

124

Rok IV.

Kwiecień, Maj, Czerwiec 1906 r.

Zeszyt IV, V i VI.

**BIBLIOTEKA LEKARSKA.** Rok IV. T. XIV.

**Jules Comby,**

Lekarz szpitala dla dzieci (Hôpital des Enfants malades)  
w Paryżu.

# **PÓDRĘCZNIK CHORÓB DZIECI.**

**Tom III.**

Choroby układu nerwowego. Choroby mięśni.  
Choroby narządu krążenia. Choroby narządów  
moczopłciowych. Choroby narządów zmysłów.  
Choroby skóry. Choroby płodu.

Z IV przejrzanego i uzupełnionego wydania

SPOLSZCZYŁ

**D-r Józef Zawadzki.**

WARSZAWA.

**Nakład Biblioteki Lekarskiej.**

Druk Piotra Laskauera i S-ki.

1906.



BIBLIOTEKA LEKARSKA. Rok IV. Tom XIV.

Jules Comby,

Lekarz szpitala dla dzieci (Hôpital des Enfants malades)  
w Paryżu.

PODKRĘCZNIK

CHOROBY DZIECI.

Zeszyty za II półrocze r. b. wyjdą razem  
w końcu r. b. i zawierać będą **Pozzi'ego Gi-**  
**nekologia T. I** około 50 arkuszy druku.

D-r Józef Zawadzki.



WARSZAWA.

Nakład Biblioteki Lekarskiej.

Drukiem Piotra Łaskanera i S-ki.

1906.

BIBLIOTEKA LEKARSKA. Rok IV. Tom XIV.

Jules Comby,

Lekarz szpitala dla dzieci (Hôpital des Enfants malades)  
w Paryżu.

PODRĘCZNIK  
CHORÓB DZIECI.

TOM III.

Choroby układu nerwowego. Choroby mięśni. Choroby  
narządów krążenia. Choroby narządów moczopłciowych.  
Choroby narządów zmysłów. Choroby skóry. Choroby  
płodu.

z IV przejrzanego i uzupełnionego wydania

SPÓLSZCZYŁ

D-r Józef Zawadzki.



WARSZAWA.

Nakład Biblioteki Lekarskiej.

Drukiem Piotra Laskauera i S-ki.

1906.



58

CHOROBY DZIECI

B. 3186 - III



1948 R. 1270



## CZĘŚĆ II (c. d.).

---

### DZIAŁ III.

### Choroby układu nerwowego.

---

#### ROZDZIAŁ I.

#### Choroby mózgu.

##### A. Ostre zapalenie opon mózgowych.

Na innym miejscu zajmowałem się zapaleniem nagminnem opon mózgowych, obecnie zajmę się tylko zwykłym zapaleniem, opisanem przez Rilliet'a (Arch. de méd. 1846/7).

PRZYCZYNY. Ostre zapalenie opon mózgowych może wystąpić pierwotnie skutkiem urazu (złamania lub uszkodzenia czaszki), nasłoneczowania, groźnego dla noworodków. Przypuszczano, że w ten sam sposób wpływają i wysypki skórne, które w tym jednak razie odgrywają tylko rolę wrót, dla wkroczenia zarazków. Wtórne zapalenie opon mózgowych występuje skutkiem próchnienia czaszki np. po zapaleniu ucha środkowego. W tym razie zapalenie idzie wzdłuż n. słuchowego lub licowego. W podobny sposób działa nieżyty cuchnący nosa i ropnie oczodołu, na opony przejść może również róża twarzy, czyrak na twarzy i t. p.

Prócz tych chorób niektóre choroby zakaźne wywołują, jako powikłanie, ostre zapalenie opon, pierwsze pod tym względem miejsce zajmuje zapalenie płuc, to też Netter nawet bez poprzedzającego zapalenia płuc znajdował dwoinki w oponach, dwoinka według niego odgrywa rolę ważną w nagminnem zapaleniu opon. (Arch. de méd. 1887).

Drugie miejsce po zapaleniu płuc należy się durowi brzuszemu (zap. opon skutkiem l. Eberth'a), gorączka płożowa (paciorkowce), ostre zapalenie okostny (gronkowce), płonica, gościec. W zakażeniu mieszanem paciorkowcowem i l. okrężnicy Sevestre i Gastou stwierdzili ropne zapalenie opon z obecnością l. okrężnicy. (Soc. méd. des hôp. 1891 i 1898).

Ostre zapalenie opon niegruźlicze i nie nagminne występuje u dzieci w każdym wieku jako pierwotne lub wtórne. W przypadkach tych zapalenie opon powstaje na tle zakażenia rozmaitymi drobnoustrojami, z punktu widzenia więc bakteriologii choroba z różnych powstaje przyczyn.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Opona twarda jest napięta, nastrzyknięta, zatoki wypełnione niekiedy skrzepami, część lub cała powierzchnia półkul mózgowych pokryta warstwą śmietanowatą, żółtawą, ropiastą. Zapalenie opon może być ograniczone lub rozlane; zwykle bywa ograniczone na półkulach, rzadziej znajdujemy je u podstawy mózgu, czem różni się od zapalenia gruźliczego. Nadmienić jednak wypada, że bardzo często w okolicy skrzyżowania n. wzrokowych i w przestrzeniach podpajęcznych znajdujemy ropę we wszystkich postaciach zapalenia opon mózgowych. Wogóle wysięk ropny znajdujemy w oponie miękiej i przestrzeni podpajęcznej. Ropa jest gęsta i zawiera włóknik w zapaleniu dwoinkowem, w innych postaciach jest surowicza lub surowiczokrwawa.

Naczynia opony miękiej są wypełnione krwią, opona przyrasta do mózgu, przy oddzielaniu więc uszkodzamy

mózg. Mózg jest przekrwiony i rozmiękczony, gdyż zapaleniu opon towarzyszy zawsze zapalenie mózgu. W komorach znajdujemy płyn surowiczy, niekiedy ropny.

Zależnie od postaci i czasu trwania choroby zmiany różnią się co do natężenia i rozległości, im choroba trwa krócej, tem mniejsze znajdziemy ropienie. W każdym przypadku pojedynczym należy szukać gruzelków. Poza tem należy zbadać dokładnie czaszkę, uszy, nos, oczodoły, aby znaleźć punkt wyjścia choroby.

OBJAWY. U dzieci starszych (po 2 latach) zwykle występuje ból głowy, u niemowląt o bólu sądzić możemy chyba z jęków i krzyków. Wczesnemu temu objawowi towarzyszą wymioty, zaparcie stolca i gorączka. Ból głowy trwa stale przez 1—3 dni, poczem rozwija się bredzenie lub śpiączka. U dzieci małych choroba częstokroć rozpoczyna się drgawkami, u starszych podnieceniem, bredzeniem lub śpiączką, która jest następstwem bredzenia lub występuje z niem naprzemian. Drgawki powtarzają się ciągle, są toniczne (stężenie karku, drganie ścięgien), niekiedy występują porażenia ograniczone.

Gorączka zazwyczaj wysoka, dochodzi do 40° i wyżej (w jednym spostrzeganym przezemnie przypadku 42,5°), tętno 120 — 160, zwolnienia gorączkowe nieznaczne, w przypadkach niepomysłnych przed śmiercią widzimy nasilenie gorączki. Oddech nieprawidłowy, często o typie Cheyne-Stokes'a. Twarz, początkowo czerwona, blednie, wzrok w jedno miejsce utkwiony, gałki oczne nadczułe na ucisk, nadto widzimy zez, zwężenie źrenic z następczem ich rozszerzeniem, szczękoscisk oraz światłowstręt.

W początkach występują wymioty i zaparcie stolca, mniej zresztą uporczywe, niż w gruźlicy opon.

Rozróżniamy 2 postaci kliniczne: z bredzeniem i drgawkami; u dzieci małych częściej zdarza się druga, pierwsza u starszych i zazwyczaj z takim podnieceniem, że dzieci trzymać należy.

Przebieg choroby jest szybki, ciągły, bez zwolnień, trwa 5 — 10 dni, opisywano jednak postać przewlekłą drgawkową. Wyzdrowienie możliwe, często też spotykamy głuptyaków skutkiem przebytego zapalenia opon, znajdujemy wtedy na zwłokach zgrubienie opon, zrośnięcie opon z korą mózgową, niekiedy stwardnienie mózgu z porażeniem kurczowem.

**ROZPOZNANIE.** Od zwykłych drgawek drgawki w zapaleniu opon różnią się gorączką i śpiączką następującą, w drgawkach dziecięcych natomiast w przerwach między napadami dzieci są zdrowe. W gruźlicy opon zwiastuny trwają dość długo, przebieg choroby jest podostry, zwalnający, nieprawidłowy, występują nadto objawy, świadczące o przewodze zmian u podstawy mózgu. W przypadkach wątpliwych dokonać należy przekłucia lędźwiowego, w płynie mózgodzeniowym znajdujemy w gruźlicy opon tylko limfocyty, w zapaleniu zaś opon liczne komórki wielojądrowe.

Tordeus przytacza przypadek zapalenia opon po durze u 4-letniej dziewczynki, u której zwykle zapalenie opon przebiegało jak gruźlicze.

Ostre zapalenie mózgu ma objawy zupełnie zbliżone, wylewy krwi natomiast cechują się przykurczeniami.

Zimnica złośliwa, zapalenie płuc z objawami mózgowymi, ospa, płonica, dur brzuszny różnią się od zapalenia opon przebiegiem, choć objawy początkowe mogą być zbliżone.

**LECZENIE.** Dla zapobiegania chorobie unikać należy u niemowląt nasłoneczowania i zwracać uwagę na wyciek ucha.

Ze środków leczniczych stosować możemy tylko środki, zmniejszające przekrwienie i zapalenie, a więc pryszczydła i środki odciągające. W początkach zalecamy 2—3 pijawek na odbyt lub za uszami, bańki cięte na kark lub wezykatorye oraz lód na głowę, synapizma i obwijanie kończyn watą, wreszcie kąpiele ciepłe. Do we-

wnątrz kalomel w małych dawkach (0,01—0,02), ławatywy z gliceryny, senesu lub soli glauberskiej. Stosują również wcieranie rtęci. W razie silnego podniecenia chlorał lub bromek potasu.

Pokój dla chorego winien być obszerny, przewietrzany, niezbyt gorący, należy opuścić rolety i zachować niezmażony spokój.

### B. Rzekome zapalenie opon mózgowych.

Pod nazwą rzekome zapalenie opon mózgowych opisujemy chorobę z objawów przypominającą zapalenie opon, kończącą się wszakże wyzdrowieniem.

PRZYCZYNY. Choroba wystąpić może w każdym wieku i wywołują ją choroby zakaźne (grypa, zimnica, zapalenie płuc, ostry nieżyt kiszek), zatrucia (mocznica, wyskok, zatrucie kałowe), odruch (robaki, ciała obce, zębowanie), nigdy wszakże choroba nie występuje u osobników zdrowych, ale zawsze u obarczonych nerwowo, stąd też dzieci nią dotknięte są przyszłymi histerykami, epileptykami, obłąkanymi, neuropatami jednym słowem, w każdym więc przypadku pojedynczym szukać należy piętna neuropaty.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Ponieważ choroba kończy się zazwyczaj wyzdrowieniem, rzadko bardzo mamy oględziny zwłok, zdarzyć się to może w przebiegu zakażeń ostrych, znajdujemy wtedy tylko przekrwienie opon oraz obrzęk przejściowy. A. Bergé i Claisse (Presse méd. 1894) nie znajdowali jednak u dzieci z objawami rzekomego zapalenia opon w przebiegu zapalenia płuc zmian żadnych i żadnych drobnoustrojów, przyczyny wtedy, niewątpliwie, szukać należy w jadach.

OBJAWY. Choroba rozpoczyna się nagle niepokojącymi objawami mózgowymi: bredzeniem, bólem głowy, drgawkami, poczem chory zapada w śpiączkę; tętno nie-

prawidłowe, oddech przyśpieszony lub zwolniony, światłowstręt, rozszerzenie źrenic, niekiedy zez przejściowy. Zdarza się również stężenie karku, wymioty, uporczywe zaparcie stolca, wciągnięcie brzucha. Mamy więc jednym słowem wszystkie objawy zapalenia opon mózgowych, nie wyłączając gorączki, którą spostrzegałem kilkakrotnie. Dziecko jest podniecone, krzyczy, język obłożony, brak zupełny łaknienia. Objawy powyższe słabną stopniowo i ustępują, ale możliwe są obostrzenia i nawroty.

Rokowanie jest dobre, choroba kończy się wyzdrowieniem.

**ROZPOZNANIE.** Przedewszystkiem rozważyć należy wszelkie objawy poprzedzające (grypa, zap. płuc, ostry nieżyt kiszek) i pilnie zwracać uwagę na brak niektórych objawów lub objawy nieswoiste dla zapalenia opon. W ten sposób w przypadku ostrego zapalenia istoty szarej, które rozpoczęło się gorączką, podnieceniem i bredzeniem na zasadzie braku stężenia karku i podniecenia ogólnego wykluczyłem zapalenie opon. Po za tem starannie należy wy badać dziecko i otoczenie co do wywiadów (neuropatia, skaza moczanowa, płasawica, drgawki), dokonać następnie badania płynu mózgodzeniowego (limfocyty w zapaleniu gruźliczem, komórki wielojądrowe w zwykłym, w rzekomem zaś brak tych pierwiastków). Częstość mimo to rozpoznanie jest niemożliwe i stawiamy je dopiero z zejścia.

**LECZENIE.** Tam, gdzie przyczyna wywołująca umiejscawia się w kiszkiach, wskazane są środki czyszczące, gdzie za przyczynę uważamy ząbkowanie — nacięcie dziąseł obrzmiałych; ciała obce z ucha lub innych otworów usunąć należy natychmiast. Gdy przypuszczamy zimnicę — chinina. Przy objawach mocznicy upust krwi i lawatywa. W gorączce nadmiernej kąpiele zimne i prześcieradła. Nie należy zaniedbywać podawania środków przeciwkurczowych: lawatywy z chloralu, antipiryny, piżma, mieszanek z eterem etc.

### C. Zapalenie gruźlicze opon.

Chorobę tę pierwszy opisał w 1768 r. R. Whytt p. n. przepukliny komór mózgowych, a Capuron p. n. gorączki mózgowej, Papovoiné zaś p. n. gruźlicy opon. Ostatnia ta nazwa przyjęta została powszechnie, a dalsze prace Rilliez'a, Barthez'a, Trousseau, Cadet de Gassicourt'a, Archambault'a i in. zapoznały nas z nią bliżej. Między 2—5 rokiem życia choroba zdarza się często, później coraz rzadziej, u dorosłych zaś ma przebieg odmienny zupełnie. Dzieci, zrodzone z suchotników i obłąkanych, są bardziej usposobione do choroby, ale zdarza się ona i u dzieci zdrowych i silnych, bynajmniej nie obarczonych dziedzicznie. Samo się przez się rozumie, że chorzy ze zmianami gruźliczemi (suchoty, gruźlica otrzewny, gruczolów, choroba Pott'a, gruźlica stawów) są narażeni więcej na wystąpienie choroby.

Pochodzenie choroby niekiedy nie jest wyraźne, zawsze jednak znajdujemy na zwłokach świeże lub dawne zmiany gruźlicze w drogach oddechowych (gruczolę).

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Na zwłokach znajdujemy zwiększoną ilość płynu mózgodzeniowego, wypełniającego komory i spłaszczającego zawoje mózgowe (obrzęk ostry mózgu), zmiany zapalne w oponie miękkiej i istocie mózgowej (zapalenie opon i mózgu) oraz swoiste zmiany gruźlicze na podstawie mózgu. Zmiany powyższe głównie występują w mózgu, mogą jednak przejść i na rdzeń (Lionville), a wtedy choroba nosi nazwę zapalenia opon mózgodzeniowych. Zdarza się nawet, że zmiany występują tylko w rdzeniu, gdzie znajdujemy gruzelki wielkie i wylew krwawy (haematomyelia).

Opona miękka jest przekrwiona, czerwona, zgrubiała, zrasta się z istotą mózgowia, głównie w szczelinie bocznej mózgu (Sylwiusza) i na skrzyżowaniu n. wzrokowych, gdzie jest usiana małymi gruzelkami prosowa-



tymi żółtymi lub półprzezroczystymi, rosnącymi, jak dowiódł Cornil, na tętniakach opony miękkiej, jakby wskazując drogę, którą szło zakażenie. Istota szara zawojów jest czerwona, przekrwiona, rozmiękła, wyraźnie zmieniona. Niekiedy w istocie mózgu znajdujemy zbiorowiska gruzelków, oczywiście z uszkodzeniem znacznem tkanki. W tych miejscach, gdzie gruzelki występują najobficiej, znajdujemy zwykle wysięk ropny, tworzący placki dość grube, pasma ropne znajdujemy również niekiedy i na powierzchni opony miękkiej, pod pajęczą, głównie w szczelinach i rowkach między zawojami mózgu. Gruzelki rozsiane znajdujemy również i na wypukłej części mózgu. W wyjątkowych razach znajdujemy ogniska na zwojach Roland'a i zraziku przyśrodkowym (men. en plaque). Zmiany powyższe występują razem lub pojedynczo. W jednym miejscu znajdujemy wodogłowie wewnętrzne, w innym gruzelki, w innym znów wysięk ropny, ale w większości przypadków główne zmiany znajdujemy na podstawie mózgu.

W przypadkach wątpliwych rozstrzygną zmiany gruźlicze w innych narządach wewnętrznych, prawie zawsze bowiem równocześnie znajdujemy gruzelki w płucach, opłucny, gruczołach, wątrobie i śledzionie, otrzewnie etc. Gruzelki mogą tam być rzadkie lub też bardzo gęste (prosówka). Zapalenie opon mózgowych występuje zawsze wtórnie po gruźlicy gruczołów oskrzelowych, co widziałem dotąd na wszystkich zwłokach.

OBJAWY. Prawidłowo przebiegające zapalenie opon podzielić możemy na okresy, znane od czasu R. Whytt'a. Chorobę poprzedzają zwiastuny, wyraźne tylko u dzieci, które już zdają sobie sprawę z wrażeń, a więc wyczerpanie, zmiana nastroju, łaknienie złe, niestrawność, lenistwo umysłowe, wyniszczenie ogólne, zapamiętanie, zawroty głowy, bezsenność. Wprawdzie objawy te są dość słabe, ale przy badaniu uważnem zawsze znaleźć je można, trwają bowiem od 2—3 tygodni.

Po zwiastunach kolej na okres pierwszy choroby, na który składają się trzy objawy: ból głowy stały w części czołowej, wymioty bez wysiłku, zaparcie stolca. Dziecko jest śpiące, szuka spokoju i ciemności, ucisk na gałki oczne wywołuje ból. W tym już okresie znajdujemy nadezulość wyraźną powłok, gorączkę (38—38,5), tętno szybkie (100—120) prawidłowe, niekiedy między tętnem a gorączką zachodzi niestosunkowość, mamy bowiem tętno zwolnione i niemiarowe przy ciepłocie wysokiej (60—65 : 38,5—39). Po upływie 7—8 dni występują już inne objawy. Choroba wkracza w II-gi okres. Stwierdzić wtedy możemy zgrzytanie zębami, bezwiedne ruchy żuchwy i bredzenie, ostre, krótkie okrzyki bezwiedne, nazwane przez Coindet'a krzykiem w wodogłowi. Dzieci leżą w półśnie z zamkniętymi oczami, zmarszczonem czołem i brwiami, zgiętymi nogami, na boku w postaci kurka od fuzyi, rzadziej dzieci leżą przez cały czas nawznak.

Tętno poprzednio przyspieszone zwalnia i staje się nieprawidłowem, ze 120 spada na 80 lub 60, ciepłota również spada. Brzuch zapada łódkowato, zaparcie stałe. Po zatem występują objawy naczynioruchowe: nagłe zaczerwienienie twarzy, plamy od ucisku paznogi; całe pasma i placki na skórze są znieczulone, szczękoscisk, stężenie karku.

Oddech staje się tak samo nieregularnym jak i tętno, jest głęboki, długi i silny lub też na czas pewien znika, często występuje rytm Cheyne-Stockes'a. Po upływie 2—4 dni choroba wkracza w okres 3-ci czyli końcowy, zwiastuje go podwyższenie ciepłoty (39°—41°), tętno szybkie, śpiączka oraz porażenia i drgawki.

Żrenice nierównomiernie rozszerzone oddziałują słabo na światło, często występuje zez (porażenie 3 lub 6 pary) oraz opadnięcie powieki górnej, jednocześnie wystąpić może porażenie n. twarzowego całkowite lub częściowe, ośrodkowe lub obwodowe. Według badań Bou-

chut'a i Parinaud'a często (10 : 30) występują gruzelki w naczyniówce, rzadziej na siatkówce; skutkiem zwiększonego ciśnienia krwi w wodogłowie ostrem występuje zapalenie nerwów wzrokowych (Parinaud).

Śród śpiączki występują niekiedy drgawki lub też tęzec karku i m. tylnych tułowia. Po drgawkach powstać mogą porażenia jednego członka lub połowy ciała, przejściowe i krótkotrwałe lub też stałe. Porażenia mogą być najrozmaitszego typu: porażenie połowiczne zupełne, porażenie jednostkowe n. ramieniowego lub licowego, niemota i t. p., wyjątkowo porażenie obejmuje kończyny dolne. Nadmienić należy, że u bardzo znacznej liczby chorych porażień brak zupełnie. Choroba kończy się śmiercią śród śpiączki lub drgawek z sinicą, potami, jednym słowem w zamartwicy. Niekiedy zamiast drgawek występują krótkotrwałe kurcze, lub też ruchy płąsawicze np. w języku.

Rzadko bardzo gruźlica opon ma przebieg prawidłowy, przedewszystkiem u dzieci małych oraz tam, gdzie mamy już rozwiniętą gdzieindziej gruźlicę, brak zwiastunów. Wtargnięcie choroby bywa ostre, nagłe, rozpoczyna się gorączką, bredzeniem, porażeniem połowicznym, śpiączką.

Porażenie połowiczne zdarza się głównie w zapaleniu plackowatym opon (en plaque). Przypadek tego rodzaju podaje Bourneville i Pilliet (Progr. méd. 1886): Choroba u 6-letniego chłopca rozpoczęła się nagle porażeniem połowicznym, poczem nastąpił długotrwały okres oglupienia, zakończony śmiercią; prócz gruzelków w zwykłych miejscach znaleziono wielkie gruzelki w zawoju Roland'a po stronie lewej.

Niekiedy w przebiegu choroby następują zwolnienia krócej lub dłużej trwałe, niespodzianki w chorobie tej są częste, a nawet możliwe jest wyzdrowienie. Gruźlica opon trwa przeciętnie 2 tygodnie, nie licząc długotrwałego okresu zwiastunów. Krócej trwa choroba, jeżeli

wystąpi w przebiegu innych cierpień gruźliczych, objawy wtedy są łagodniejsze, a często gruźlica opon w tych przypadkach przebiega zupełnie skrycie.

W przypadku Picot'a i d'Espine'a mała dziewczynka zmarła w ciągu 2 dni śród bólu głowy, gorączki, drgawek i śpiączki; gruźelki znaleziono przeważnie na powierzchni półkul, a nadto znaleziono złogi gruźlicze stare. Postać tego rodzaju występuje częściej u 4—6 m niemowląt, u których stwierdzono wypuklenie i tętnienie ciemiączka.

**ROZPOZNANIE.** W większości przypadków rozpoznanie gruźlicy opon mózgowych jest łatwe, niekiedy jednak następuje znaczne trudności. Oczywiście, tam gdzie wyraźnie występują wszystkie trzy okresy, rozpoznanie jest łatwe, w wielu jednak przypadkach choroba ma przebieg nieprawidłowy, zbliżony często do duru brzuszego z powodu obłożonego języka, zupełnego wyczerpania, krwotoków z nosa; wprawdzie brak różyczki, ale i w durze nie występuje ona przed końcem pierwszego tygodnia. W tych przypadkach oprócz rozpoznania wczesnego możnaby na wykryciu na dzień oka gruźelków oraz braku odczynu aglutynacyjnego Widal'a. Zaburzenia żółdkowe zdarzają się bardzo często i trwać mogą długo—do 10 dni.

D'Espine opisuje objaw według niego bardzo charakterystyczny dla zwiastunów: bezład statyczny, cechujący się bujaniem tułowia, gdy dziecko stoi, co przypisuje powiększeniu śledziony skutkiem gruźlicy.

Drgawki dziecięce cechują się zupełnym zdrowiem w przerwach między napadami oraz przyczynami. Niczem się za to w przebiegu nie różni zapalenie przymiotowe opon; to też w razie jakiegobądź wątpliwości należy zalecić leczenie przeciwprzymiotowe. Zwykłe zapalenie opon, jak wiemy, rozpoczyna się gwałtowniej i przebieg ma szybszy, ale postać ta zdarza się rzadko zarówno u dorosłych jak i u dzieci bez

urazu, tego samego poglądu trzyma się Cadet de Gassicourt. Nagminne zapalenie opon ma również przebieg szybszy, często towarzyszy mu wyprysk warg, rozstrzyga zresztą badanie płynu mózgodzeniowego (obecność l. Koch'a lub ziarniaka, leukocytów lub komórek wielojądrowych). Guzy mózgu, a w szczególności gruźelki mózgowia dają objawy zbliżone do objawów gruźlicy opon, różnią się zaledwie w szczegółach. Nie wspominam o odruchowych objawach, robakach kiszkowych mocno przesadzonych przez naszych poprzedników. Drgawki końcowe, szczękoscisk, objawy rzekomego zapalenia opon jako wyraz niedokrewności mózgu w obfitych biegunkach u dzieci trudno przyjąć za objaw gruźlicy opon. Za to w grypie, zapaleniu płuc, biegunkach zakaźnych i innych chorobach zakaźnych u dzieci nerwowych możemy mieć obraz zupełny gruźlicy opon i rozpoznanie postawić można wyłącznie z zejścia. Jest to rzekome zapalenie opon Dupré, kończące się niekiedy śmiercią. Objawy zapalenia opon wystąpić mogą w przebiegu zapalenia ucha środkowego, ropnia przewodu zewnętrznego ucha, to też zawsze należy badać uszy u dzieci starannie.

Według Netter'a wysoce charakterystycznym objawem miał być objaw Kernig'a, polegający na tem, że dziecko, siedząc na łóżku, nie może wyciągnąć nóg. Objawu tego jednak nie spotykałem w zbyt wielu przypadkach, bym mu mógł przypisywać tak ważną rolę rozpoznawczą.

**ROKOWANIE.** Choroba zwykle kończy się śmiercią. Cadet de Gassicourt, Rilliet i Roger jednak podają 3 przypadki wyzdrowienia niewątpliwego, a Roger przytacza również szereg wyników oględzin zwłok, na których znaleziono gruźelki opon, zagojone u zmarłych z innych chorób. Wyzdrowienie zdarza się najczęściej w przypadkach gruźelków pojedynczych, tam zaś, gdzie mamy prosowate, zejście jest zawsze śmiertelne. Na wyleczenie zatem liczyć nie można.

**LECZENIE.** Złe rokowanie usprawiedliwia stosowanie różnych środków leczniczych. Środki odciągające na skórę po zgoleniu głowy nie dały żadnych wyników, ograniczyć się więc trzeba tylko do stosowania lodu na głowę, który w przypadkach drgawkowych sprowadza pewne uspokojenie. Wcierania szaruchy oraz jodoformu (4 : 30) dają pewne wyniki. Do wewnątrz stosujemy jodek potasu (1 — 2 gm), zwiększając dawkę wtedy, gdy podejrzewamy przymiot. W silnem podnieceniu podajemy chloral, bromek potasu, syrop z eterem i nalewkę piżmową. Często stosują kalomel w małych dawkach (0,01—0,02) lub w większych, czyszczących (0,15—0,50). Zalecano również fosfor, który można przepisywać w dawce po 0,01 maximum w oliwie lub olejku migdałowym, środek ten stosujemy jednak bezskutecznie. Przeciw zaparciu dobre wyniki dają środki czyszczące, a w razie wymiotów lawatwy z gliceryny lub nastoju senesu albo czopki glicerynowe (1 grm. gliceryny w czopku).

Jako pokarm: mleko, rosół, a w wymiotach uporczywych do wewnątrz lód, woda Selcerska, lawatwy odżywcze.

#### **D. Gruźelki mózgu.**

W różnych częściach mózgu mogą występować gruzelki w postaci większych lub mniejszych guzów, znajdujemy je na półkulach mózgu, mózdzku i u podstawy. Gruźelki te występują pojedynczo lub też równocześnie z zapaleniem opon gruzliczem albo też z wysypką gruzelków prosowatych. Gruźelki leżą zwykle powierzchownie, niekiedy jednak znajdujemy je w ośrodku jajo-watym i jądrach istoty szarej; w przypadku Hutinel'a (Soc. anat. 1874) znaleziono je w mózgu i rdzeniu. Wielkość ich waha się od grochu do orzecha, a nawet jaja kurzego, są one twarde, żółte na przekroju, niekiedy

rozmiękłe, z przekroju wtedy wylewa się masa ropiasta lub zawartość serowata, naokoło guza znajdujemy obrączkę łączno-tkankową, oddzielającą go od mięszu mózgu, który jest uciśnięty, przekrwiony, podrażniony i daje szereg objawów, zależnych od umiejscowienia guza. Prawie zawsze znajdujemy znaczne powiększenie ilości płynu mózgodzeniowego.

Przy umiejscowieniu guzów w moście (Bourneville i Isch-Wall. Progr. méd. 1887) mogą wystąpić najróżnorodniejsze objawy: zdarza się, że guz przebiega skrycie i znajdujemy go dopiero na zwłokach, mogą występować napady skrzyżowanego porażenia, utrata równowagi, zez, które na czas dłuższy lub krótszy następnie znikają, mamy nadto przypadki, w których choroba rozwija się stale. Prawie zawsze jednak występuje równocześnie gruźlica na innych narządach.

U 3-letniego dziecka (Archambault, Progr. méd. 1877) stwierdzono porażenie twarzy po stronie prawej z niepełnym porażeniem lewostronnem, na zwłokach znaleziono gruzełek wielkości orzecha w odnodze mózgowej prawej oraz mniejszy w prawej półkuli mózdzka. U 7 letniego dziecka (Demange, Soc. an. 1874) za życia stwierdzono uporczywy ból głowy, wymioty, rozszerzenie źrenic, po śmierci zaś guz gruzelkowaty w mózdzku po stronie lewej oraz gruzelki w płucach, wątrobie, śledzionie, nerkach i kiszkaach.

Gruzelki umiejscawiają się również w pasie ruchowym kory, wywołują drgawki padaczkowate, przykurczenia, niemotę i t. p.

ROKOWANIE zawsze złe, ale wyzdrowienie możliwe, o ile guz mieści się w obojętnej części mózgu i ulegnie zwapnieniu lub zabliznieniu.

ROZPOZNANIE guza mózgu jest dość łatwe, a opierając się na wywiadach osobistych i u wstępnych można niekiedy za życia postawić rozpoznanie, że guz jest gruźliczy.

LECZENIE. W każdym przypadku próbować należy stosowania rtęci i jodu.

### E. Gruźlica czaszki.

Gruźlica czaszki zdarza się bardzo rzadko, spotykamy ją jednak od czasu do czasu. Dla dokładniejszego poznania jej dzielimy czaszkę na okolice: 1) strop, 2) jamy oczodołowe, 3) jamy nosowe, 4) wyrostek skalisty kości.

Gruźlica stropu czaszki może wystąpić w kościach ciemieniowych, potylicy i kości skroniowej pierwotnie lub wtórnie. Według Ménard'a i Bufnoir'a (Revue d'ortop. 1897) kość czołowa może być zajęta w 10:12 przypadków. Zewnętrzny brzeg oczodołu był zajęty 6 razy. Ogniska mogą być przy tem liczne: w jednym z przypadków naliczono ich 29, 4 lub 5 ognisk równocześnie znajdujemy bardzo często. Owrzodzenia kostne otwierają się do wewnątrz lub na zewnątrz, niekiedy w obu kierunkach bez narośli kostnych i odszczepów. Zmiany w kościach zdarzają się u dzieci już dotkniętych gruźlicą; po okresie utajonym lub też bólów głuchych występuje ropień na uwłosionej części głowy, pęka i pozostawia po sobie przetokę, gojącą się długo i pozostawia bliznę przyrosłą do kości. Jeżeli ropień rozwija się wewnątrz czaszki, powoduje ucisk mózgu i objawy porażenia organicznego, zez, drgawki, śpiączkę, w jednym przypadku stwierdzono nawet tętnienie ropnia. Stan ogólny zależy od innych umiejscowień gruźlicy (choroby Potta, gruźlicy stawu biodrowego etc.). Zazwyczaj brak objawów zapalenia opon, w jednym je tylko stwierdzono przypadku w zależności od rozsiania się gruzelków w oponach. Sama więc przez się gruźlica czaszki nie jest groźna groźna jest dlatego, że występuje u osobników gruźliczych. Oczywiście przetokę stałą należy wyskrobać,



odszczepy usunąć; od zabiegu tego uwalniają nas przypadki świeże oraz zły stan ogólny. W pracy, wydanej po Ménardzie, Feder (Jahb. f. Kind. 1899) zebrał 113 przypadków gruźlicy czaszki, 5 z nich spostrzegł osobście. W czasach ostatnich Villemin (Tuberculose infan. 1901) ogłosił 12 nowych spostrzeżeń, a Soulé (1901) również poświęcił jej pracę.

Gruźlica oczodołów wywołuje zmiany w oku i szereg objawów ciężkich. U 4 letniej dziewczynki (Boudet, Soc. anat. 1840) w przebiegu gruźlicy opon wystąpiło zapalenie gałki ocznej; na zwłokach pod powieką górną znaleziono przetokę, komunikującą się z masą gruźliczą która po przez ścianę oczodołu drażyła do mózgu i znajdowała się na jamie klinowej oraz w siodle tureckim, zniszczyła przysadkę mózgową, uciskała nerw wzrokowy i odsunęła nerw węchowy ku wewnątrz. Ognisko gruźlicze przebiło oponę twardą, rozszerzyło się na oponę miękką. W kości klinowej znaleziono również masy serowate.

Gruźlica nosa. Gruźlica może wystąpić i w kościach nosa, blaszce sitowej, zniszczyć jamy nosowe, drażyć do mózgu. Występuje wtedy wyciek cuchnący z nosa, zapadnięcie nosa, w dalszym zaś przebiegu drgawki, ślepotą, śpiączką. Na zwłokach znajdujemy zniszczenie kości sitowej, ucisk nerwów wzrokowych, mózgu etc.

Gruźlica wyrostka skalistego zdarza się stosunkowo często, najczęściej skutkiem zapalenia ucha środkowego i zadawnionego wycieku z ucha. Znajdujemy wtedy zniszczenie błony bębenkowej, a w uchu środkowym ognisko ropne ze zniszczeniem ucha, nerw jednak słuchowy i licowy mogą być zachowane. Opona twarda zgrubiała, pokryta ziarniną gruźliczą i gruzelkami żółtymi. W kości skalistej znajdujemy również gruzelki odosobnione, przetoki otwierające się na zewnątrz, ropienie w komorach wyrostka sutkowego, zapalenie zatok, ogniska zapalne w oponach lub ropne w mózgu etc. Pierwszym

objawem, który trwać może bardzo długo, jest wyciek cuchnący z ucha. Po pewnym czasie występuje porażenie narządu usznego skutkiem zniszczenia nerwu, wtedy, niewątpliwie, mamy do czynienia ze zniszczeniem ucha.

ROKOWANIE ciężkie, gdyż niezależnie od porażenia twarzy i głuchoty może wystąpić zakrzep w zatokach żylnych, zapalenie opon, ropień mózgowy, krwotok żylny i tętniczy.

LECZENIE polega na wyjąłowieniu ogniska za pomocą przestrzykiwań, trepanacyi i oczyszczeniu wyrostka sutkowego i t. p.

## F. Krwotoki do opon.

Krwotoki dzielimy na zewnątrzoponowe (między oponą twardą a kością) lub wewnątrzoponowe, które występują bądź na wewnętrznej powierzchni opony twardej (krwiak, krwotok międzypajęczny) lub w przestrzeni między oponą miękką a pajęczą (podpajęczny) bądź też do komór. Niekiedy krwotok występuje w kilku miejscach odrazu, jest więc mieszany.

PRZYCZYNY. Krwotoki oponowe spotykamy głównie u dzieci małych, wyjątkowo zaś u starszych. Dugés (Acad. de méd. 1833) uważał je za najczęstszą przyczynę śmierci noworodków, zmarłych z drgawek, podczas porodu, zamartwicy i t. p. Richardière (Méd. mod. 1890), Kundrat (Wien. méd. Ger. 1890) potwierdzili to w zupełności, przypisując powstawanie krwotoków uciskowi i urazowi czaszki w czasie porodu. Krwotoki po porodzie powstać mogą skutkiem zapalenia żył, zatok, ucisku żyły przez guz mózgowia i ucisku na żyłę szyjną gruczołów. W niektórych przypadkach rolę pewną odgrywają choroby ogólne: plamica, zimnica, uwiąd, gruźlica i choroby wątroby. Rzadko bardzo u dzieci występuje krwotok oponowy skutkiem zapalenia opony twardej (pachy

meningitis, Cruveillier, Virchow), zdarza się to jedynie u dzieci wyniszczonych (zołzy, gruźlica, krzywica, odra). Rilliet i Barthez spostrzegali krwotok do opon po usunięciu zapalenia skóry na części uwłosionej głowy. Urazy, upadek i t. p. mogą odgrywać pewną rolę w wystąpieniu krwotoków, a Legendre opisuje krwotok podpajęczny po silnym napadzie gniewu.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Wylew między oponą twardą i czaszką zdarza się rzadko, głównie skutkiem złamań czaszki i rozszerzenia tętnicy oponowej środkowej. Tworzy się wtedy krwiak wewnętrzny, który wessać się może. Krwotok międzyoponowy występuje w postaci warstwy płynnej na powierzchni mózgu lub też skrzepu różnej wielkości, po jednej lub obu stronach; ilość krwi rozlanej wynosi 100—200 grm. Krew zbierać się może po stronie wewnętrznej opony twardej, w przestrzeni podpajęcznej i w komorach, pozostawiając po sobie wodogłowię lub torbiele krwawe. Krew w wylewach u noworodków jest zazwyczaj płynna (Richardière), nie otorbiona, bez zmian w oponach. Częstość krwotoków bywa mieszana i wtedy znaleźć możemy 3 warstwy krwi jedna na drugiej, oddzielone oponą miękką, pajęczną i twardą.

W 3 przypadkach Richardière'a stwierdzono uszkodzenie opony miękkiej, co dowodziłoby pęknięcia tętnic, podczas gdy uszkodzeń tego rodzaju nie znaleziono; równocześnie można znaleźć wybroczyny podopłucnowe, niedodmę. Prócz tych postaci, zdarzających się wyłącznie u noworodków, występuje zapalenie i krwiaki opony twardej. Baillarger pierwszy spostrzegł krew między dwiema błonami rzekomemi, przyrosłemi do opony twardej, sądził jednak, że jest to skrzep, utworzony z włókna krwi, Cruveillier i Virchow dopiero dowiedli, że błona ta jest wytworem zapalenia opony twardej oraz że krwotok nastąpił wtórnie skutkiem pęknięcia naczyń w tej błonie. Rozróżniamy więc 2 okresy anatomiczne:

1) okres zapalenia opony twardej, 2) okres wylewu krwi, krwihak.

Ten ostatni otrbiony, przyrosły do opony twardej początkowo słabo, później silnie, strona jego wolna i gładka, odpowiada oponie pajęczej. Błona rzekoma składa się z warstw, zawiera drobne, kruche naczynia, które, pękając, wywołują krwihak, Vulpian jakoby znajdował w nich włókna nerwowe. Ilość krwi waha się w szerokich granicach od prostej wybroczyny aż do krwotoku olbrzymiego, zawierającego krew świeżą, skrzepy, zawartość ochrowatą, czekoladową, co zależy od czasu trwania krwiaka. Niekiedy następuje przeistoczenie surowicze, mamy wtedy wodogłowie zewnętrzne lub otrbione.

OBJAWY. Krwotoki obszerne u noworodków wywołują śmierć szybką po paru godzinach lub dniach, w przypadkach Elsässer'a dziecko żyło 3 tygodnie, a Virchow przypuszcza nawet możliwość wyzdrowienia. Jest to najczęstsza postać. Zapalenie opony twardej przebiega zwykle skrycie, zwiastują je drgawki ogólne lub po jednej stronie w jednej kończynie, twarzy lub też przykurczenia, wymioty oraz śpiączka. Dzieci starsze uskarżają się na ból głowy. Choroba niekiedy rozpoczyna się udarem i porażeniem połowicznym, i zakończyć się może śmiercią po upływie dni kilku.

W postaci powolnej widzimy wypuklenie ciemniaczka, porażenia z rozszerzeniem źrenic, ślepotą, zezem i przykurczeniami. Dziecko krzyczy, nie je i wpada w charłactwo. Porażenia są zwykle niezupełne dzięki temu, że ucisk idzie w kierunku podatnego ciemniaczka; po tej samej stronie, co i wylew, wystąpić mogą drgawki. Chorzy nie gorączkują. Większość przypadków kończy się śmiercią. Krwotok na podstawie czaszki wywołuje śmierć szybko.

Zazwyczaj brak zwiastunów, choroba rozpoczyna się udarem, śpiączką lub drgawkami, po których kończy-

ny i tułów tężeją, występuje zez, polykanie utrudnione, zwężenie lub rozszerzenie źrenic, bladłość twarzy, tętno nieprawidłowe. W czasie napadu ciepłota spada. Krwotok do komór wywołuje śmierć natychmiastową.

**ROZPOZNANIE.** Umiejscowienie krwotoku jest niemożliwe, dość będzie, gdy rozpoznamy krwotok. Choroba mózgu, rozpoczynająca się drgawkami, przykurczeniem, bez porażeń stałych, z porażeniami przejściowymi, naprzemian z drgawkami nie może być krwotokiem mózgowym, ani rozmiękczeniem mózgu. Pewne znaczenie rozpoznawcze posiada ból głowy, wprawdzie zdarza się on i w zapaleniu opon, ale w tym ostatnim razie objawy są rozlane i dalekie od ścisłego umiejscowienia. Guz mózgu rozpoczynać się może drgawkami, poczem następuje przerwa.

Zapalenie opony twardej przebiega w 2 tempa, poczem rozpoznać je można, krwotok pajęczy zaś występuje nagle.

**ROKOWANIE** we wszelkiego rodzaju krwotokach jest złe, gdyż nawet w rzadkich przypadkach wyzdrowienia powstają: niedorozwój, wodogłowie, porażenia, głuptactwo.

**LECZENIE.** Lód na głowę, pijawki, chloral, bromki, synapizma, środki czyszczące, bańki cięte na kark, wezykatorye, niekiedy bańka Junod'a.

## G. Zakrzep i zapalenie zatok.

**PRZYCZYNY.** Zakrzep zatok opony twardej, rzadka wogóle choroba, zdarza się częściej u dzieci, niż u dorosłych. Parot i Hutinel szczególnie często spostrzegali go u dzieci wyniszczonych. Choroba powstać może skutkiem zapalenia w sąsiedztwie, po rózę twarzy, próchnieniu wyrostka skalistego, wreszcie po czyraku wargi. Niezależnie od tego zakrzep zatok może wywołać ucisk na żyły szyi lub żyły głównej przez ropień lub gruczoły

chlonne. Spotykano również zakrzep w charłactwach po odrze, chorobie Pott'a, niezycie płuc, krzywicy, gruźlicy. Wogóle wszelkie choroby, wywołujące zmiany we krwi, mogą spowodować zakrzep. Marfan zwracał uwagę na niezyt żołądka i kiszek u niemowląt, jako na częste źródło zakrzepów.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Zakrzep występuje przede wszystkim w zatoce prostej i poprzecznej, żyły, znajdujące się w zatoce, są rozszerzone i wypełnione krwią, w okolicach zaś żył stwierdzamy obrzęk mózgu i przestrzeni podpajęcznej. Spotykane niekiedy wylewy krwi podpajęczne oraz śródmózgowe zależą od silnego zastojów w żyłach skutkiem przeszkód w krążeniu. Hutinel dowiódł, że rozmiękczenie czerwone u noworodków jest również następstwem zakrzepu żylnego. Nie zawsze rozwija się zapalenie żył, aczkolwiek skrzep ściśle przylega do żył i być może zawiera też same drobnoustroje, co w obrzęku białym. Tam, gdzie rozwija się ropienie, czynnikami są paciorkowce ropotwórcze, ropienie może wywołać zapalenie opon. Zdarza się to osobliwie w zapaleniu żył po róży głowy.

OBJAWY. Choroba nie daje objawów charakterystycznych, jest pewnego rodzaju wypadkiem, powikłaniem w przebiegu innych chorób zakaźnych lub w skażeniach, częstokroć nawet przebiega niepostrzeżenie.

Tam, gdzie w przebiegu ropotoku z ucha lub przewlekłej biegunki dziecko raptem zapada w śpiączkę, gdy wystąpią raptem drgawki, stężenie szyi, zez, gdy wobec niezarośniętego ciemiaczka kości wzajemnie zachodzą na siebie — zawsze należy mieć na uwadze możliwość zakrzepu zatok.

W zakrzepie zatoki strzałkowej górnej występuje sinica twarzy, krwawienie z nosa, pot na czole, w zakrzepie zatok poprzecznej i skalistej następuje opróżnienie żyły szyjowej, a niekiedy obrzęk okolicy wyrostka sutkowego. W zakrzepie zatoki jamistej spostrzegamy wysa-

dzenie galki ocznej lub obrzęk powieki górnej. Zwykłym zejściem bywa śmierć szybka, przypadki wyzdrowienia są wątpliwe i polegają, prawdopodobnie, na omyłce dyagnostycznej.

LECZENIE jest czysto objawowe, stosujemy więc pijawki na głowę i środki czyszczące. Głównie zwrócić należy uwagę na zapobieganie przez utrzymywanie przeciwnie ucha, ran na głowie, czyraków, przez co uprzędzamy rozwinięcie się róży, stosunkowo najczęstszej przyczyny zakrzepu zatok.

## H. Przekrwienie mózgu.

Przekrwienie mózgu należy do nader częstych objawów, zwykle jednak występuje wtórnie. Naczynia opony miękkiej są nastrzyknięte, wypełnione krwią, również i zatoki wypełnione są krwią ciemną. Powierzchnia mózgu prawie jednostajnie czerwona lub też miejscami występują plamy fioletowe, na przekroju znajdujemy punkciki, wskazujące na udział naczyń głębokich w przekrwieniu. Samo przez się przekrwienie nie jest chorobą, ale zwykle objawem wtórnym, to też nie daje znaków swoistych; za życia mogą wystąpić drgawki, śpiączka, podniecenie lub też senność i t. p.

Blaud, cytowany przez Rillet'a i Barthez'a, opisywał pierwotne przekrwienie mózgu u małych dzieci, objawiające się nagłą sennością głęboką, drętwieniem lub mrowieniem w jednej z kończyn górnych, w jednej połowie twarzy lub też bredzeniem, podnieceniem, drganiem ścięgien, stężeniem tężcowem, porażeniami i dusznością. Choroba trwa kilka godzin, zwykle kończy się śmiercią. Mamy tu, jak widzimy, objawy zapalenia rzekomego opon. Blaud zalecał ucisk tętnic szyjnych przez 50–60 sekund tam, gdzie na przekrwienie wskazuje podniecenie

tętno pełne, nastrzyknięcie oczu etc. Dziecko przebywać winno w dobrze przewietrzanym, chłodnym pokoju, leżeć na twardej poduszce z lodem na głowie.

### I. Krwotoki mózgowe.

Krwotoki mózgowe u dzieci zdarzają się rzadziej o wiele niż u starców i dorosłych, prawie zawsze wtórnie, są one włosowate lub ogniskowe. W pierwszym razie stwierdzamy w ośrodku jajowatym punkciki czerwone lub czarne, które są skrzepami krwi, dającymi się usunąć, zlewają się one niekiedy w grupy lub też są rozsiane na całej przestrzeni przekroju. W wylewie ogniskowym znajdujemy jedno lub kilka ognisk różnej wielkości (groch, jajo) w półkulach, wzgórku wzrokowym, ośrodku jajowatym, moście, mózdzku i t. p. Skrzepy są miękkie, czarne lub też ognisko zawiera krew płynną. Po za tem znajdujemy ogniska żółte, rdzawe, świadczące o wylewach dawniejszych. Jednocześnie w zatokach znajdujemy zakrzepy i wylewy krwi w oponach. Krwotoki mózgowe zdarzają się często u noworodków (urazy porodowe), a w plamicy, gnilecu i u dzieci starszych. Objawy niewyraźne, brak bowiem organicznych bezwładów, zato występują: ból głowy, zawrót, rozszerzenie źrenic, ogłupienie, śpiączka, drgawki, krzyk, podniecenie, zez i przykurczenia. To też często wylewy stwierdzamy dopiero na zwłokach. Nawet tam, gdzie ognisko krwotoczne jest ograniczone, brak objawów ogniskowych, jak u starców. Rozpoznanie w większości przypadków niemożliwe. Rokowanie ciężkie.

### J. Rozmiękczenie mózgu.

Rozmiękczenie mózgu w następstwie niedokrewności (zakrzep lub zator) jest równie rzadkie jak i krwotok



i równie niejasne daje objawy. Owrządzające zapalenie osierdzia może wywołać zatory w mózgu z następczem rozmiękczeniem (Broadbent), też same zmiany wywołać może zapalenie żył zatok, co przedewszystkiem spostrzegano u noworodków (Parrot). T. zw. przez niego wielogniskowe rozmiękczenie białe znajdujemy u dzieci nieczesnych i zależy od stłuszczenia mózgu. Objawy oczywiście niecharakterystyczne, u dzieci starszych takie same, jak u dorosłych. Osobiście u 7 letniego dziecka z porażeniem połowicznym lewostronnem z następczem przykurczeniem po durze podejrzewałem zapalenie zakaźne tętnic. W przypadkach tego rodzaju należy brać pod uwagę przymiot. Wogóle jednak zdarza się to rzadko.

### K. Niemota.

Niemotą nazywamy utratę mowy, zdarza się ona względnie często i świadczy o zniszczeniu lub zaburzeniach w trzecim lewym zawoju czołowym.

Przyczyny. Niemota może być wrodzoną, spotykamy ją u idiotów i głuchoniemych. Waldenburg opisuje następujący przypadek: kobieta, która w trzecim miesiącu ciąży uległa porażeniu prawostronnemu z niemotą, urodziła dziecko z porażeniem prawostronnem i niemotą, w 6 roku, dziecko, zkądnąd inteligentne, składało zaledwie słów kilka. Steffen spostrzegł niemotę wrodzoną bez porażenia.

Przyczyny niemoty wrodzonejsą różnorodne (Albert Clarus J. f. kind. 1874, Steffen ibidem 1883, Bernheim Gaz. des. hôp. 1900). Pierwszą grupę przyczyn stanowią choroby zakaźne, a między nimi najczęściej *d u r b r z u s z n y*, szczególnie u dzieci starszych ku końcowi choroby lub w czasie zdrowienia; niemota w tym razie trwa dni kilka lub tygodni kilka i przechodzi bez śladu; dłużej trwa, gdy towarzyszy jej porażenie; zależy od zaburzeń w krą-

zeniu. Również zdarza się niemota w przebiegu płonicy, odry i ospy, głównie w obręku ogólnym popłoniczym, acz Brasch spostrzegał niemotę przejściową u 3 letniego dziecka w czasie wysypki płoniczej. Spostrzegano również niemotę w przebiegu błonicy, krztuśca i zimnicy, a Jacobson (z Bukaresztu) w zapaleniu płuc. We wszystkich tego rodzaju przypadkach niemota jest przejściową.

Nie można tego powiedzieć o niemocie pochodzenia mózgowego. Niemota u dzieci zależy od zatoru (wady z. dwudzielnej lub półksiężycowych, zapalenie gośćcowe osierdzia), od zakrzepu tętniczego z rozmiękczeniem kory, od zapalenia opon ogniskowego, ropnia mózgowego, gruźelka, pęcherza bąblowca (6 przyp. Clarus'a), guza mózgowia, stwardnienia mózgu (porażenie połowiczne kurczowe), uszkodzeń (upadek na głowę, pęknięcie czaszki, zastosowanie kleszczy etc.), we wszystkich tych przypadkach znajdujemy równocześnie porażenie prawostronne.

Niemota powstać może na drodze odruchu (robaki) lub też z zatrucia (CO) oraz może towarzyszyć nerwicom (drgawki, padaczka, histerya, płasawica). West opisuje przypadek niemoty u 5 letniej dziewczynki po udarze słonecznym.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. W zakończonych niepomyślnie przypadkach znajdujemy zmiany następujące: zanik półkuli lewej (u 5 letniego dziecka, które stało się idyotą po 3-letnim trwaniu zapalenia mózgu—Henoch), zakrzep t. szyjnej lewej, idący przez tętnicę c. modzelowatego; Sylwiusza z ogniskiem rozmiękłym (u 9 letniego chłopca z zapaleniem osierdzia—Wrany), rozmięczenie skutkiem zakrzepu pasa Rolanda (u 12 letniego chłopca z zapaleniem osierdzia z. dwudzielnych i półksiężycowych—Kelly), torbiel surowicza wielkości orzecha w 3 zawoju czołowym lewym (u 5 letniego chłopca, zmarłego w rok po upadku z pęknięciem czaszki—Duval), ropne zapalenie lewostronne opon ze zrostem zawoju Broca oraz ropień

wielkości orzecha (u 12 letniego chłopca uderzonego kopytym — Sydney-Jones), ropne zapalenie opon i ropień wielkości jaja w lewym zrazie czołowym (u 9 $\frac{1}{2}$  letniej dziewczynki z niemotą, drgawkami i śpiączką — Rilliet i Barthez), zator t. Sylwiusza po błonicy (Abercrombie), pęcherz bąblowca (A. Clarus) oraz różne guzy i ziarniaki.

Główną rolę odgrywa umiejscowienie zmian, które powodują uszkodzenia ośrodka psychoruchowego mowy lub też połączeń ośrodka, zmiany te występują w trzecim zawoju czołowym lewej półkuli.

OBJAWY. Dziecko, dotknięte niemotą, zachowuje zwykle inteligencję, rozumie co mówią do niego, wskazuje żądane przedmioty, robi wysiłki, aby odpowiedzieć na pytanie, ale nie może myśli przyoblec w słowa. Zależnie od stopnia niemoty posiada większy lub mniejszy zapas słów lub zgłosek, których używa w każdym przypadku. Braknąć może również oznak myślenia, pisma, czytania, rysunku. Pojedynczemi odmianami niemoty zajmować się nie będą.

Niemota czynnościowa bez zmian trwałych, występująca w chorobach ostrych trwa zwykle dni lub tygodni kilka i przechodzi bez śladu. Tam, gdzie równocześnie występuje porażenie prawostronne, mamy do czynienia ze zmianami anatomicznymi w lewym zrazie czołowym. Oczywiście wystąpienie drgawek, napadów padaczkowatych, śpiączki po lub w czasie niemoty pogarsza rokowanie.

Skoro niemota jest następstwem urazu (upadek na głowę, pęknięcie czaszki etc.) rokowanie zależy od rodzaju i obrazu zmian zewnętrznych, gdy te ostatnie mogą być usunięte, ustępuje i niemota, w przeciwnym razie rokowanie jest złe.

Niemota odruchowa zazwyczaj trwa krótko.

LECZENIE. Przedewszystkiem przystępując do leczenia należy usunąć przyczynę. Tam, gdzie podejrzewamy

zapalenie opon przewlekłe, stosujemy wciieranie rtęci i jod. Gdzie mamy robaki — środki przeciworobaczne. W chorobach zakaźnych należy zwalczać chorobę zakaźną. W nerwicach środki przeciwkurczowe i wodolecznicze. Niekiedy uciec się należy do pomocy chirurgicznej i trepanacji w celu usunięcia odłamów, ciał obcych, guzów ropni. Dwa tego rodzaju przypadki pomyślne podaje Lesur i Bibrach. W przypadkach niemoty wrodzonej—leczenie metodyczne w zakładach.

#### L. Ostre zapalenie mózgu i ropień mózgu.

Na tem miejscu zajmę się jedynie zapaleniem mózgu — ropniem mózgu, nie będę natomiast opisywać zapaleń, towarzyszących zapaleniom opon (meningo-encephalitis).

PRZYCZYNY. Choroba wogóle zdarza się rzadko u dzieci, częściej u dzieci starszych, niż młodszych. Przyczyna choroby jest nam często nieznaną i wtedy uważać ją musimy za chorobę pierwotną, częściej jest chorobą wtórną, a wtedy przyczyną jest uraz (stłuczenie, rana, pęknięcie czaszki, zapalenie ucha środkowego, próchnienie wyrostka skalistego, zapalenie szpiku, ropne zapalenie oka, ropnica, [ospa, odra etc.]). Hensch jako przyczynę podaje nieżyt przewlekły nosa z następczym próchnieniem kości sitowej i ropniem w prawej półkuli Rilliet i Barthez widzieli ropień mózgu po ropnem zapaleniu opłucny. Choroby powyższe ułatwiają wtargnięcie czynników ropotwórczych (paciorkowce i gronkowiec). Przyczyną najczęstszą jest zapalenie ucha środkowego, skąd ropienie przechodzi przez zetknięcie lub przerzut.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Utworzenie ropnia poprzedzać może rozmiękczenie czerwone skutkiem słabego skupienia mięszu mózgu i przekrwienia. Według Hayem'a mamy bujanie komórek gleju, które zbierają się

około naczyń chłonnych i krwionośnych; komórki ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu i białkowemu, przylgają się do nich ciała krwi i tworzy się w ten sposób ropa. Ropa może być zawarta w jamie o ścianach gładkich lub nierównych, jest żółto-zielona, gęsta, niekiedy cuchnie. Ropień rzadko rozwija się w sąsiedztwie źródła ropienia, oddziela go od wyrostka skalistego np. zdrowa tkanka mózgowa. Ropień mózgu występuje pojedynczo lub w ilości większej, może być powierzchownym lub głębokim. Najczęściej znajdujemy ropnie w ośrodku jajowatym, pod oponami lub jednocześnie pod oponami i w głębi.

Ropnie mogą być wielkości prosa, orzecha aż do tego stopnia, że wypełniają całą półkulę. Równocześnie w wielu przypadkach znajdujemy ropne zapalenie opon.

OBJAWY. Chorobę dzielimy na 3 okresy: w pierwszym ropa zaczyna się tworzyć, w drugim ropień zaczyna się otarbiać, trzeci jest końcowym, porządek to czyisto teoretyczny. Ropień może się tworzyć skrycie i dopiero z zejścia stawiamy rozpoznanie. Najwcześniejszym objawem jest ból głowy, gorączka, zwykle umiarkowana, tętno przyspieszone, rzadziej nieregularne. Prócz bólu głowy zdarza się w tym okresie zawrót, olśnienie, utrudnienie mowy, nudności i wymioty, a obok tego rozszerzenie i nierówność źrenic, bledłość i naprzemian zaczerwienienie twarzy, mrowienie w jednej połowie ciała, lekkie przykurczenia. Choroba rozpocząć się może również bredzeniem lub drgawkami z następczem porażeniem połowicznym, może również rozpocząć się śpiączką, przerywaną, wydawanemi od czasu do czasu okrzykami i podnieceniem, a czasami i niemotą (ropień w lewej półkuli). Brzuch zwykle wciągnięty, stolec zaparty, mocza zatrzymana, żaden z objawów powyższych nie jest charakterystyczny, przypuszczać należy tak dobrze zapalenie opon, jak ropień mózgu. Zwrócić jednak należy uwagę, że w przebiegu zapalenia opon nie bywa zwolnień, czę-

sto spostrzeganych w ropniu mózgu, odpowiada to okresowi wyrównania, otorbienia ropnia. Dziecko po upływie dni kilku burzliwych wraca ponownie do zdrowia lub też pozostaje tylko porażenie. U dziecka np. z pęknięciem czaszki zwolnienie takie trwało 18 dni, w innych przypadkach dłużej. Po tym krótkotrwałym polepszeniu wybuchają objawy końcowe śmiertelne (drgawki, porażenie połowiczne, przykurczenia, śpiączka). Zależy to od podrażnienia tkanki mózgowej przez ognisko ropne lub też wylania się ropy pod opony, albo do komór. Okres ten trwa rzadko dłużej, niż 2—3 dni.

**ROZPOZNANIE.** Wobec braku objawów swoistych rozpoznanie ropnia mózgu oprócz musimy na wywiadach i na przebiegu choroby. Z przebiegu najczęściej zbliżają się do ropnia zwykle i gruźlicze zapalenie opon oraz gruźelki mózgu.

**LECZENIE.** Zapobieganie polega na leczeniu dokładnym wycieku z ucha. W razie zaś wybuchu choroby, stosować należy leczenie objawowe: bromki, pęcherz z lodem na głowę, tam, gdzie na zasadzie objawów uda się umiejscowić ropień, dokonywamy trepanacyi.

#### **M. Stwardnienie i zanik mózgu. Porowatość mózgu, porażenie połowiczne kurczowe.**

Wrodzone lub nabyte zapalenie kory mózgowej niekiedy z zanikiem sprowadza porażenia kurczowe oraz niewyleczalne częstokroć zaburzenia umysłowe. Cazauviel w r. 1827 p. n. „*Agénésie cérébrale et paralysie congénitale*“ opisał chorobę, której objawem głównym jest porażenie połowiczne kurczowe. Lallemand w r. 1835 dowiódł, że rolę główną odgrywa w tym czasie zapalenie mózgu. Później nieco Cotard (1868) opisał porażenie połowiczne u dzieci, badania powyższe uzupełnia Raymond w rozprawie o płasawicy połowicznej (1876), a d'Oulmond

o atetozie (1878), później zajmowali się tą sprawą Kundrat, Bourneville i Wuillamier (1892), Gaudart (1884), Richardière (1885), Jendrassik i Marie (Arch. de phys. 1885), Marie (Dict. D. 1888), Audry, Gibotteau (1889).

**PRZYCZYNY.** Stwardnienie mózgu zdarza się głównie w pierwszych latach życia. Na 160 przypadków 19 zdarzyło się u płodów, 35 w 1-szym roku, 29 w drugim, 17 w trzecim, 9 w czwartym, 9 w piątym, 16 w szóstym, 16 w siódmym (Wollenborg). Po roku 9 nie spostrzegano już żadnego przypadku. W niektórych przypadkach za przyczynę uważano złe położenie i poród ciężki, również powoływano się na urazy. U wielu osobników znajdujemy w wywiadach obarczenie dziedziczne (padauczka, histerya, płasawica, pijaństwo u rodziców lub w liniach bocznych). Niekiedy choroba występuje u członków jednej rodziny (Baginsky). Marie przypisuje rolę ważną w powstawaniu chorobom zakaźnym, wysypkom, durowi, przymiotowi dziedzicznemu.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Przytaczamy tu zmiany głowniejsze, znajduwane na zwłokach i opisane przez Cotard'a 1° plamy żółte lub rdzawe, wklęsnięcie zanikłych i zapadłych zawojów, do tego nieraz stopnia, że zupełnie szczelnie zamykają komory. 2° Nacieczenie komórkowe lub też jamy z przegrodami i fałdami, zawierające płyn mleczny lub przezroczysty, torbiele z twardemi, żółtymi ścianami w środku półkuli, niekiedy bliźny linijne. 3° Pory w mózgu, zanik zupełny tkanki nerwowej, otwory zagłębiające się w mózg i sięgające komór, z powodu zniknięcia tkanki mózgowej, opony stykają się z wyściółką komór (Kundrat). 4° Stwardnienie zrazów pierwotne (Richardière); cała półkula uledek może zanikow w przypadku Jendrassik'a i Marie długość półkuli wynosiła 15, a grubość 32 mm. Szczelina Rolanda po stronie chorej—68 mm., zdrowej 120 mm. W postaci tej różnica między półkulami jest wybitna. Zawoje skurczone do połowy lub czwartej części, postać anatomiczna zacho-

wana, zmian ogniskowych nie znajdujemy. Zwykle jednak zanik obejmuje niektóre zrazy lub zawoje. Zmiany powyższe są następstwem zmian w naczyniach (zakrzep, zator, wylew) lub w bliskości naczyń. 5° Zapalenie przewlekłe opon i mózgu (Bourneville i Wuilamier, J. Simon): opona miękka zrasta się ściśle z korą i nie da się odzielić bez uszkodzeń, po usunięciu istoty szarej widzimy, że istota biała jest twarda i zbita; zmiany te występują po obu stronach i wychodzą z opon, mogą jednak przeważać w jednej półkuli, wywołując porażenie połowiczne kurczowe. 6° Bourneville i Brisssaud opisali guzowate zapalenie istoty szarej (polioecenphalitis tuberosa) cechuje się wystąpieniem guzów, łącznotkankowych być może glejaków bez porażenia kurczowego.

Przystępujemy do objaśnienia, w jaki sposób występują te zmiany. Według Cotard'a torbiele są pozostałością po wylewach do mózgu lub opon, plamy żółte są następstwem rozmiękczenia, zależnego od pęknięcia i zakrzepów tętnicznych, zakrzepów żylnych (zatoki). Kunrad porowatość znalazł w 27 przypadkach w zakresie tętnicy środkowej mózgu i przypisuje jej powstawanie niedokrewności u noworodków, stwardnienie zrazów, niewątpliwie, powstaje skutkiem zmian w naczyniach.

Do zmian wtórnych zaliczyć należy bujanie gleju, zanik włókien i komórek nerwowych, rozszerzenie przestrzeni okołonaczyniowych, zatokowaty układ naczyń oraz obfity zbiór ciał ziarnistych. Wzgórek wzrokowy i prążkowany zanikają, komory ulegają rozszerzeniu, a półkula zanikła tworzy rodzaj czepca.

W mózdzku Tuner (Paryż 1856) stwierdził zanik półkuli naprzeciwległej, a w moście, opuszcze i rdzeniu stwardnienie zstępujące pęczków piramidalnych.

Skoro zmiany wystąpią już u płodu lub dzieci małych, znajdujemy zniekształcenie czaszki, która zapada się nad zanikłą półkulą, grubość jej wzrasta, rzadko bardzo kość zanika.



OBJAWY. U noworodków lub w pierwszych miesiącach życia choroba rozpoczyna się drgawkami z następczem porażeniem połowicznym i rozwijającym się wkrótce przykurczeniem, kończyny przestają się rozwijać, występują w nich ruchy nieskoordynowane, inteligencya osłabiona, częste napady padaczkowate. Pierwsze drgawki występujące nagle, często po jednej stronie, powtarzają się tak często, że w ciągu kilku godzin trwają bez przerwy, ciepłota jest wtedy podniesiona, a takie serye napadów mogą się powtarzać z małemi przerwami. Porażenie może wystąpić już po pierwszej seryi drgawek lub też później, u dzieci 2—3 letnich brak często drgawek i choroba rozpoczyna się odrazu utratą przytomności. Częściej zdarza się porażenie połowiczne, niż porażenie jednej kończyny, kończyna górna porażona zwykle w stopniu wyższym, niż dolna, rzadziej zdarza się porażenie poprzeczne lub nawet wszystkich kończyn; końce członków są porażone w stopniu wyższym, niż ich podstawy. Dość często zdarza się asymetria twarzy, często jednak brak porażień licowych nawet połowicznych. Mięśnie oka nietknięte. Kończyny porażone są zimne, ale odczyn na prąd zachowany. W stawach bóle, niekiedy trzeszczenie. Porażenie połowiczne nabiera w następstwie różnych cech, dzięki czemu odróżniamy następujące postaci:

1° Postać z przykurczeniem i zniekształceniem kończyn.

Kończyna górna zanikła leży równoległe do tułowia, przedramię zgięte i zwrócone ku wewnątrz, kiść silnie zgięta i zwrócona ku stronie łokciowej, układ jej „en gouttiere“, palce zaś w postaci szponów (en griffe). Kończyna dolna zanikła, wyciągnięta, stopa szpotawo-końska, dziecko chodzi na palcach, odruchy ścięgnowe wzmożone. Zanik zupełny zarówno skóry, jak i części głębszych mięśni i kości. Klatka piersiowa i miednica zwężone skutkiem niedorozwoju, sutka, jądro, oko i ucho zanikłe

2° Postać z atetozą. Kończyny niezbyt zanikłe ani też przykurczone, niekiedy przerost, odruchy normalne, a kończyny obdarzone ruchem, występującym przy ruchach dowolnych, wyraźnym szczególnie przy oporze. Ruchy te są zbliżone do płasawicznych lub drżączki. Zazwyczaj brak znieczuleń połowicznych. Inteligencya zachowana, niekiedy niedorozwój umysłowy (idyotyzm, głupota), w przypadkach porażień obustronnych, zejścia w demencyę nie bywa, przez stosowne nauczanie inteligencya rozwinać się może (Bourneville).

Bernhard opisywał niemotę, zdarza się ona rzadko. Często występują zato napady padaczkowate zaraz w ciągu pierwszych dni lub też po kilku latach, podmuch (aura) polega na wstrząśnieniach, bólach, mrowieniu lub drętwieniu porażonych członków i pozwala na zachowanie ostrożności. Krzyku brak, utrata przytomności niezupełna, drgawki toniczne rozpoczynają się od strony ciała chorej i nawet mogą nie przechodzić na stronę drugą, brak ukąszeń języka, piany na wargach i wypróżnień bezwiednych. Napad kończy się nagle bez śpiączki, bredzenia i czynów gwałtownych, zawrotów głowy i utraty chwilowej przytomności (absences) brak. Napady występują początkowo w dzień, mogą zdarzać się w nocy, występować seryami, nie są jednak tak ciężkie, jak w padaczce, nie wywołują podwyższenia znacznego ciepłoty ( $38^{\circ}$  —  $38,5^{\circ}$ ). Z czasem jednak różnice te wygładzają się i rokowanie pogarsza się.

ROZPOZNANIE. W początku wahać się można w rozpoznaniu między stwardnieniem mózgu a gruźlicą opon; wahanie trwa jednak krótko. Guzy mózgu dawać mogą niektóre objawy podobne (drgawki, porażenia), przebiegają jednak inaczej, mamy zwolnienia, których brak w stwardnieniu.

Płasawica wiotka występuje jako porażenie wiotkie bez przykurczeń i kurczów wśród ruchów bezwiednych, zdarza się zresztą u dzieci starszych. Porażenie połowi-

czne histeryczne u dzieci drobnych zdarza się wyjątkowo, wykluczyć zresztą histeryę łatwo.

Porażenie rzekome przymiotowe odróżniamy na zasadzie oddzielenia nasad lub narośli oraz swoistych zmian na skórze i śluzówkach. Porażenia porodowe są wiotkie, przeważnie nerwu szprychowego bez przykurczeń, mogą sprowadzić zanik, ale o pochodzeniu ich łatwo dowiedzieć się można. Konieczną jest rzeczą rozpoznać umiejscowienie zmian w mózgu.

ROKOWANIE jest złe, zmiany bowiem są stałe. Wiele dzieci nadto umiera przed okresem porażen wśród drgawek, zapalenia opon i t. p., wystąpienie padaczki w następstwie pogarsza rokowanie.

LECZENIE. W okresie ostrym środki odciągające, później elektryzacja, mięsienie, ortopedia. W ostatnich czasach, próbowano dokonywać trepanacyi. Sonnenburg (Berlin 1890) u 12 letniej dziewczynki, która od roku życia miała prawostronne porażenie kurczowe, dokonał trepanacyi w okolicy lewej szczeliny Rolanda i usunął torbiel, stan chorej uległ po tem poprawie. Lannelongue stosował z wynikami zadawalniającymi craniectomiam u dzieci idyotów ze stwardnieniem mózgu.

## N. Przerost mózgu.

Mózg dzieci małych może rozwinąć się znacznie, bądź w całości, bądź też w pewnej jej części. Tego rodzaju przerost mózgu po raz pierwszy opisał Laënnec, później Scoutenen, Landouzy, West, Barthez i Sanné, d'Espine i Picot i in. Z pośród powyższych spostrzeżeń jedno zaliczyć wypada do rodzaju stwardnienia przerostowego, inne są przerostem istotnym, t. j. w przeroście biorą udział jednakowo wszystkie części składowe: glej, komórki i włókna nerwowe. Przerost zwykle ogranicza

się do półkul mózgowych i nie rozciąga się na rdzeń przedłużony i mózdzek.

**PRZYCZYNY.** Przerost mózgu jest chorobą wrodzoną lub występuje bardzo wczesnie, częściej u chłopców, niż u dziewcząt, często u kilku członków tej samej rodziny równocześnie z innymi nieprawidłowościami na przykład z przerostem języka (Betz). West przypuszcza związek między przerostem mózgu a chorobami odżywiania np. krzywicą, zółtami, ale przyczyny te są problematyczne. Słuszniej pod tym względem podejrzewać by należało przymiot dziedziczny i pijaństwo.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Półkule mózgu są powiększone, zawoje spłaszczone i skurczone, wewnętrzna część czaszki cieńsza skutkiem ucisku z wewnątrz ku zewnątrz. Istota szara jest zgrubiała, natomiast biała znacznie powiększona, twardsza i bledsza, niż normalnie, komory zmniejszone i spłaszczone, płynu mózgowordzeniowego mało. Waga półkul znacznie powiększona (1250 grm. u 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> letniego chłopca—Espine i Picot). U 5 letniej dziewczynki waga półkuli prawej 640 grm., lewej 500 grm. Przerost w tym ostatnim przypadku głównie wystąpił po jednej stronie, półkula była twarda na ucisk, komory szerokie i puste, w tkance przerosłej były ogniska stwardniałe.

Według Rokitansky'ego przy badaniu pod drobno-  
widzem znajdujemy rozrost tkanki łącznej bez rozrostu  
pierwiastków szlachetnych. Ale w wyżej przytoczonym  
przypadku d'Espine'a i Picot'a wszystkie części mózgu,  
z wyjątkiem opuszki i mózdzka (zwyrodnienie zstępujące),  
zachowały budowę normalną, szwy zarosły, oznak krzy-  
wicy nie było.

**OBJAWY.** Choroba rozpoczyna się wczesnie. T. Watson podaje przypadek dziecka 6 tygodniowego, którego główka rosnąć zaczęła niepomierne i w 2 roku życia tak była ciężka, iż dziecko nie mogło utrzymać równowagi. Dziecko było chude, ale żywe, czynności życia

zachowane, w 2 $\frac{1}{2}$  roku zmarło z zapalenia płuc. Wymiary mózgu: obwód od ucha do ucha 36 cm., obwód na wysokości luków górnych oczodołu i potylicy 39 cm. itp. Komory mózgu były puste.

Równoległe z powiększeniem głowy zwykle występują zaburzenia umysłowe, rozwija się mianowicie apatya, senność, smutek, rzadziej dziecko jest podniecone, niespokojne, usposobienie dziecka zmienne, zdolności rozwijają się słabo, mowa, chodzenie i zębowanie opóźnione, w kończynach objawy krzywicy. Zdarzają się niekiedy drgawki, kurcz głóśni, gorączka. Po tych napadach nerwowych występują niekiedy porażenia częściowe lub całkowite, zez, przykurczenia.

Zdarza się jednak, że prócz powiększenia głowy nie ma żadnych objawów. W przypadku Scouttinen'a 5 $\frac{1}{2}$  letni chłopiec miał niepomierne wielką głowę, ale nie odczuwał żadnego bólu i nie odczuwał nic prócz ciężaru głowy, który sprawiał, że przy bieganiu dziecko padało głową naprzód. Inteligencya chłopca średnia. Dziecko zmarło z przyczyny przypadkowej. Chory Landouzy'ego, 10 letni od urodzenia miał głowę olbrzymią, przy reszcie ciała normalnej, inteligencya normalna, zmarł z choroby płuc. Na zwłokach stwierdzono, że mózg ważył o 600 grm. więcej, niż normalnie, a 300 grm. więcej, niż mózg dorosłego. Przy badaniu mikroskopowem stwierdzono budowę mózgu normalną.

Tam, gdzie występują objawy nerwowe: porażenia, drgawki, przykurczenia, idyotyzm, mamy do czynienia ze stwardnieniem mózgu całkowitem lub częściowem.

Rokowanie jest złe: większość dzieci umiera z przyczyn wypadkowych. Przy stwardnieniu choroba wczesnie kończy się śmiercią, niekiedy nagle.

ROZPOZNAWIE jest trudne, zwykle bowiem przerost mózgu bierzemy za wodogłowie i odwrotnie, objętość czaszki jednak w wodogłowie jest znacznie większa, szwy rozchodzą się, często występują objawy przygnębienia

i idiotyzmu. Czaszka w przeroście nie rośnie tak szybko, jak w wodogłowie, jest więcej kwadratowa—krzywica, ciemiączka i szwy zarastają szybko, napady drgawek są bardziej ograniczone, niż w wodogłowie do tego stopnia, iż w jednym przypadku przypuszczałem guz mózgu tembardziej, że wystąpiło stałe porażenie lewostronne z przestankowemi drgawkami częściowemi. Brun po trepanacyi nic nie znalazł, na zwłokach zaś znaleziono przerost mózgu.

LECZENIE jak w krzywicy: dobre odżywianie, kąpiele słone lub morskie, tran, niekiedy wcieranie rtęci i jodki.

## O. Wodogłowie.

Wodogłowiem nazywamy nadmiar płynu w komorach mózgowych—wodogłowie wewnętrzne czyli prawdziwe, jeżeli zaś płyn głównie zbiera się w przestrzeni pajęcej mówimy o wodogłowie zewnętrznem. Wheaton opisuje (Soc. Lon. 1891) przypadek wodogłowia, które wystąpiło w 3 miesiącu, a zakończyło się śmiercią w 6 miesiącu; między oponą twardą a mózgiem znaleziono worek, zawierający 250 grm. płynu surowiczego, uciskający mózg, komory były próżne. Na tem miejscu nie będą się zajmował wodogłowiem ostrem, które jest najczęściej zapaleniem gruźliczem opon i które spotykamy w drgawkach płoniczych, a tylko wodogłowiem przewlekłym.

PRZYCZYNY. Wodogłowie jest często wrodzone i utrudnia oczywiście poród, niektóre kobiety rodzą stale dzieci z wodogłowiem, współcześnie z innymi potwornościami (stopa szpotawa, wargę zajęcza, rozszczepienie kręgosłupa); również często w tej samej rodzinie spotykamy kretynizm i wodogłowie. Audry (Progr. méd. 1892) opisał przypadek wodogłowia po wyleczeniu rozszczepienia kręgosłupa. Fournier przypisywał wodogłowiem przymio-

towi, czterokrotnie stwierdził to Sandoz (1886), a d'Astros wprost powiada, że w każdym przypadku wrodzonego lub wczesnego wodogłowia podejrzewać należy przymiot.

Wodogłowiu nabyte może być następstwem zapalenia opon, znajdujemy wtedy nierówną i pokrytą ziarniną wyściółkę komór. W innych przypadkach przypisać można powstawanie wodogłowia guzom, uciskającym żyłę Gallen'a lub też żyłę główną (przyp. Picot'a i d'Espina). Według badań wreszcie Legendra zewnętrzne wodogłowia powstać może skutkiem wylewu krwi do opon. W przypadku Hall'a (Sheffield 1896) wodogłowiu powstało skutkiem mięsaka, uciskającego komorę czwartą, przy przekłuciu łądźziowem otrzymano zaledwie kilka gram. płynu; śmierć w ciągu 24 godzin.

Według Marfan'a wodogłowiu może być następstwem zapalenia zatok, o ile to ostatnie nie skończy się śmiercią. Choroba rozpoczyna się u płodu lub też wkrótce po urodzeniu przed zarośnięciem ciemniaczek i szwów, ale zaznaczyć należy, że te ostatnie rozejść się mogą w wodogłowiu późniejszym.

Mechanizm powstawania wodogłowia wyjaśnił Whytt, który stanął na tem samym stanowisku, co i w innych obrzękach i przypisuje wodogłowiu również zatkaniu żył, za przyczynę częstą uważa guzy przysadki mózgowej i innych sąsiadujących z komorami części mózgu.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Ilość płynu, zawartego w komorach, waha się w granicach szerokich od kilkuset gramów do litra i więcej. Płyn jest przezroczysty, składem przypomina płyn mózgodzeniowy; zawiera nieznaną ilość białka i chlerek sodu, w wodogłowiu zapalnym płyn zawiera więcej białka i jest nieprzezroczysty. Komory mózgowe są powiększone, rozszerzone, ściany ich zepchnięte w różne strony, wyściółka zgrubiała i nierówna, półkule mózgu mają postać pęcherzy chełboczących ze spłaszczonymi, zanikłymi zawojami, toż samo

dotyczy jąder środkowych, niekiedy płyn, zawarty w obu półkulach, komunikuje się z sobą.

Ściany czaszki zcieniałe i przezroczyste, kości stropu otwarte, skutkiem rozejścia szwów, połączone tylko błoną włóknistą, która może zawierać nieco jąder kostnych. Zdarza się jednak, że kości, zrosnięte zbyt wcześnie, nie poddają się naporowi wysięku, mamy wtedy mikrocefalię. Ta ostatnia przebiega zresztą bez zmian widocznych w innych narządach, powstaje wtedy jedynie zmniejszenie wagi i objętości mózgu. W przypadkach mikrocefalii Bourneville'a i Wuillamier'a mózg dorosłych ważył zaledwie 650 i 770 grm.

OBJAWY. Znaczna liczba chorych umiera w łonie matki lub wkrótce po urodzeniu, a los tych, którzy zostali przy życiu nie jest godzien zazdrości. Oto pokrótce objawy wodogłównia wrodzonego i nabytego: głowa wielka, guzy czołowe i ciemieniowe wystają, rozszerzone żyły rysują się pod skórą czoła i skroni, czaszka rozszerzona symetrycznie, asymetria zdarza się rzadko. W przypadkach wodogłównia wrodzonego niekiedy czaszka prześwieca jak w puchlinie pochwy. Twarz mała tworzy kontrast wyraźny z wielką czaszką, wyraz twarzy oryginalny: oczy w jeden punkt utkwione, bez wyrazu, częścią przykryte powieką dolną, niekiedy zezowate lub też wysadzone. Na dnie oka widzimy zanik brodawki i rozszerzenie żył siatkówki. Żrenice zwężone lub rozszerzone, wzrok zniesiony, słuch zachowany, czucie skórne osłabione. Percepcya opóźniona, dziecko długo się namyśla nad odpowiedzią; przy opukiwaniu głowy—dźwięk rozbitego garnka.

Ciemniaczka i szwy, które powinny zarosnąć między 15—20 miesiącem są otwarte i chełboczą. Z powodu ciężaru głowa spada, dziecko utrzymać jej nie może, stanie i chodzenie niemożliwe z powodu pewnego rodzaju porażenia lub niedowładu poprzecznego.

Chorzy są apatyczni, pozbawieni inteligencji, czę-



sto głuptycy, na pozór nie widzą, nie słyszą i nie poznają otaczających, mogą jednak zachować pewną inteligencję. W wodogłowie zresztą spotykamy różne stopnie, poczynając od opieszłości umysłowej, aż do głupectwa zupełnego z nieruchomym wyrazem twarzy i bezustannym ślinotokiem. Od czasu do czasu występują drgawki, kurcz głośni, ruchy przerywane, przykurczenia ogólne lub częściowe z zawracaniem oczu i napadami padaczkowatemi.

Widziałem 28 miesięczne dziecko z wodogłowiem w znacznym stopniu, które comiesiąc miało napady tchawicy, trwające 2—3 dni, duszność w tym razie przebiegała bez zmian osłuchowych; dziecko umarło śród takiego napadu. Zdarza się to często i dzieci tego rodzaju rzadko żyją dłużej, niż do lat 5. Czynności trawienne normalne, ląknienie zachowane, często nawet wzmożone, zaparcie stolca zdarza się często.

Przebieg choroby powolny, przewlekły, w początkach skryty, ale objawy ogólne ostre mogą przerwać ten przebieg powolny, tu należą drgawki, bredzenie, wymioty, zapalenie opon, sprowadzające śmierć, śmierć mogą przyspieszyć choroby przypadkowe: wysypki, zapalenie płuc. Rokowanie złe, dorosłych chorych policzyć można na palcach.

PRZYCZYNY. Najdłuższy wymiar (potylicy—czołowy) czaszki wynosi 35—36 cm. Jeżeli po urodzeniu wymiar ten jest większy, przypuszczamy wodogłowie, pamiętać jednak należy, że wodogłowie przebiega i przy czaszce normalnej.

Nabyte wodogłowie w ciągu pierwszych dwóch lat życia należy odróżniać od głowy krzywicznej, niezależnie bowiem od tego, że krzywica może się wikłać wodogłowiem, niekiedy zwykła krzywica daje objawy wodogłowia, jest to t. zw. wodogłowie rzekome krzywiczne, różni się ono tem od istotnego, że inteligencja dziecka jest zachowana i że na kościach tułowia i kończyn znajdujemy

zmiany krzywicze, wreszcie obecnością podmuchu przy wysłuchiwaniu ciemniaczka wielkiego, czego nie spotykamy w wodogłowie. O wrodzonym przeroście mózgu mówiliśmy wyżej.

LECZENIE. Wiedząc jak bezskuteczne jest wszelkie leczenie, nie tracimy na stosowaniu leczenia przeciwpriymiotowego, być może, wczesne zastosowanie tego leczenia dałoby pewne wyniki. Audeoud (R. m. de la Suisse rom. 1899) u 5-miesięcznego dziecka z przymiotem dziedzicznym, otrzymał wyleczenie wodogłowie, podając syrop Gibert'a (2 łyż. kaw. dz. w mleku). Taki sam wynik przy pomocy wcierań uzyskał Rocaz (G. h. de sc. m. de Bordeaux 1901). Przekłucie nawet dokonane bezgnilnie, jest środkiem objawowym, gdyż płyn zbiera się znowu. Zalecano metodyczny ucisk głowy za pomocą opaski, a pewien lekarz włoski Somnia zalecał nawet metodyczne nasłonecznianie. Phocas uzyskał wyzdrowienie na drodze operacyjnej, dokonawszy trepanacji powyżej ucha zewnętrznego. W innym jednak przypadku operacja miała wynik śmiertelny. Quinke zaleca opróżnienie przez przekłucie kręgosłupa w okolicy lędźwiowej, stosowałem jednak w kilku przypadkach sposób ten bezskutecznie.

Sutherland, Watson Cheyne, Stilles (Brit. m. J. 1898) próbowali leczyć wodogłowie przesączkowaniem śródczaszkowem. W dolnym kącie lewym nacinały ciemniaczko wielkie, otwieramy oponę twardą i wprowadzamy do komory koniec pęczka nici katgutowych cienkich, pozostawiając drugi koniec pod oponą twardą, którą zaszywamy. Wynik u 3 miesięcznego dziecka był dodatni, u innych zły. W. Ewart i Lec. Dickinson (Brit. m. J. 1901) w 2 przypadkach bez wyniku stosowali przekłucie komory i wstrzykiwanie do niej powietrza wyjałowionego.

## P. Guzy mózgu.

Guzy mózgu spotykamy tak samo u dzieci, jak u dorosłych.

**PRZYCZYNY.** Najczęstszą przyczyną guzów jest wyżej już opisana gruźlica, gruzelki występują pojedynczo lub grupami w półkulach, śródmózdku i mózdzku. Spotykamy je w pierwszych latach życia. Na 12 przypadków Henoch'a 10 zdarzyło się u dzieci poniżej 2 lat. D'Espine znalazł gruzełek wielkości orzecha w mózgu u 23 dniowego dziecka zrodzonego z suchotnicy, przypadek ten świadczyłby o dziedziczności gruźlicy. Drugie z kolei miejsce zajmują mięsaki, dalej idzie bąblowiec, wągry, glejaki, zato rzadko spotykamy ziarniniaki przymiotowe. Przyczyną powstawania guzów może być uraz.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Jak już nadmienilem, guzy mogą umiejscawiać się wszędzie, znajdujemy je w półkulach mózgu lub mózdzka, w opuszce, moście, odnogach. Hutinel znajdował rozsiane gruzelki w ciele prążkowanym, mózdzku, ośrodku jajowatym i rdzeniu przedłużonym. Wymiary guzów wahają się od orzecha do jaja kurzego. Gruzelki mogą być zserowaciałe, otorbione, rozmiękłe w środku, rzadziej zwapniałe, równocześnie zaś znajdujemy zapalenie opon lub wodogłowie. Pęcherze bąblowca znajduwano w komorach mózgowych bocznych, zawojach i oponach, toż samo umiejscowienie mają i wągry, które są mniejsze od bąblowca (Gerhard zebrał 12 przypadków). Obok opisywanego przez Barthez'a i Sanée śluzaka i nerwiaka zdarzyć się mogą mięsaki z punktem wyjścia z kości lub opon. Glejaki są guzami miękkimi, opalizującymi i rozwijają się powoli. Guzy mogą przebić oponę, kości i wyjść na zewnątrz.

**OBJAWY.** Guzy mózgowia, nawet wielkie, przez czas długi, o ile nie wystąpią na przebiegu drogi ruchowej, przebiegać mogą skrycie. Po kilku miesiącach przebie-

gu skrytego mogą jednak nagle wystąpić drgawki, śpiączka i śmierć. Damaschino u 6 mies. dziewczynki spostrzegł wagra IV komory, przebiegającego skrycie. Parrot widział 7 letnią dziewczynkę, u której przez czas długi w lewym zrazie czołowym rozwijał się bąblowiec, nie wywołując żadnych objawów, po pewnym czasie dopiero wystąpiły drgawki padaczkowe, zakończone śpiączką śmiertelną.

Do objawów zwykłych należy uporczywy i stały ból głowy po stronie umiejscowienia guza w czole lub też w ciemieniu, gdy guz umieści się w mózgu, w potylicy, gdy siedliskiem guza jest mózdzek, bóle posiadają niekiedy cechy bólu głowy połowicznego. W innych przypadkach zdarzają się zaburzenia wzrokowe: zez, opadnięcie powieki górnej, osłabienie wzroku, zapalenie nerwu wzrokowego, porażenia, drżączka lub też przykurczenia w członkach, stężenie karku lub bezład ruchowy. Dzieci są podniecone, łatwo pobudliwe, ulegają częstym napadom padaczkowatym lub też wymiotom, zaparciu stolca i bólowi głowy; w tym ostatnim razie przypuszczamy zapalenie opon. Prócz objawów powyższych zaznaczyć wypada zawroty głowy, ruchy wahadłowe, porażenia połowiczne, płasawicę połowiczną. W innych przypadkach na plan pierwszy występują zaburzenia w polykaniu lub oddechaniu, wskazujące na uszkodzenie opuszki lub też zupełne uszkodzenie n. licowego, porażenie skrzyżowane (guz śródmózdzia), niemota, padaczka Jachson'a, bezład mózdkowy.

Przebieg choroby jest nieprawidłowy, choroba trwać może długo, więcej niż 2 lata, rokowanie jest jednak prawie zawsze złe, gdyż chory umiera wśród drgawek lub objawów zapalenia opon.

ROZPOZNANIE jest częstokroć niemożliwe, zwrócić jednak należy uwagę na dane, dotyczące umiejscowień w mózgu; posługiwać się trzeba wzornikiem ocznym i starannie oceniać objawy szczególne, jak niemotę, porażenia

skrzyżowane, częściową padaczkę, które mogą nam dać pewne wskazówki co do umiejscowienia guza. W każdym przypadku wykluczamy ból połowiczny głowy, bóle głowy, drgawki dziecięce, padaczkę, zapalenie opon, wylew do opon. U dzieci osłabionych, dotkniętych wyciekami z ucha, powiększeniem gruczołów, gruczołami, rozszczeniem kręgosłupa, pochodzących z rodziców gruźliczych należy podejrzewać gruźlicę mózgu. Przymiot rozpoznajemy dzięki innym objawom, wywiadom, wreszcie *ex juvantibus*.

LECZENIE. Jod i wcierania rtęci dają niekiedy wyniki. Tam, gdzie udało się nam stwierdzić dokładnie siedlisko guza, wskazana jest trepanacja.

#### Q. Guzy zewnętrzne głowy.

Po zapoznaniu się z guzami mózgu słów kilka poświęć muszę guzom zewnętrznym głowy, dostępnym dla badania bezpośredniego.

Krwiak głowy jest wylewem krwi między kością a okostną czaszki. Rozwija się zaraz po urodzeniu lub też w kilka tygodni później, rzadziej później, wyjątkowo u dzieci starszych. Lamarque jednak opisał odnośny przypadek u 7 letniej dziewczynki (Soc. de Bordeaux 1898). Przyczyną krwiaka jest ucisk na główkę przy przejściu przez miednicę małą, najczęściej znajdujemy go na kości ciemieniowej prawej, niekiedy równocześnie z wylewem krwi między czaszką a oponą twarłą. W początku znajdujemy guz miękki, chełboczący, okrągły, kulisty z obwódką kostną tak jak w ropniu. Niekiedy krwiak rozwija się po obu stronach, na 2 — 3 dzień lub też przed porodem, zwiększa się aż do 8 dnia poczem pozostaje w ciągu 2 — 3 tygodni bez zmiany. W ciągu 2 — 3 miesięcy ulega zupełnemu wessaniu, najpóźniej zaś znika obwódka kostna. W czasie wessania

wyraźnie czujemy pod palcem trzeszczenie, dzięki blaszkom kostnym, co dowodzi, że krwiak zanika nietylko skutkiem wessania, ale i skutkiem skostnienia. Bardzo rzadko krwiak wikła się wylewem podskórnym, ropieniem lub zgorzelą, Rokowanie wobec tego jest dobre. Przy leczeniu unikać należy przekłucia, środków odciągających i t. p., jednym słowem wstrzymać się od wszelkiej czynnej interwencji, ograniczając się wyłącznie do zabezpieczenia guza od wpływów zewnętrznych (wata i czepiec).

**Ropień czaszki.** Ropnie pod okostną czaszki bez względu na pochodzenie (uraz, próchnica i t. p.) są zbliżone z objawów do krwiaków czaszki. Tak samo występuje guz kulisty, miękki, chełboczący z obwódką kostną, ropień zwykle jest mniejszy, niż krwiak i umiejscawia się w dowolnem miejscu czaszki, a z drugiej strony nie występuje specjalnie u noworodków, ale u dzieci wszelkiego wieku. Pozostawiony sobie sprowadza stopniowe zaczerwienienie skóry i pęka. Ropę należy usunąć jaknajprędzej, a następnie nałożyć opatrunek przeciwnilny.

**Naczyniaki,** o których szczegółowo pomówię w chorobach skóry, występują na twarzy i czaszce w postaci guzów powierzchownych, miękkich, poddających się uciskowi, barwy ciemnej lub niebieskawej (naevi flaminei) i mogą być w związku z oponą twardą (Lannelongue).

**Torbiele głowy** dzielą się na nabyte (torbiele łojowe) i wrodzone (skórzaste). Te ostatnie spotykamy głównie na brwiach lub podstawie nosa. Są one zwykle małe, okrągłe, nie chełboczą i zawierają w sobie niekiedy włosy (Lannelongue i Achard. Paris 1886).

**Przepukliny mózgowe** zawierać mogą opony mózgowe i istotę mózgową, w pierwszym przypadku mówimy o przepuklinie oponowej (meningoeele), podobnej do rozszczepu kręgosłupa. Zdarza się ona częściej

u dziewcząt i umiejscawia w okolicy czołowej. Przepuklina mózgowa ma postać guza okrągłego pośrodku czaszki, w szczycie lub z tyłu wielkości orzecha do jaja, może rosnać z wiekiem; jest guzem wrodzonym. Przy badaniu znajdujemy w niej tętnienie współczesne z tętnem i oddechem. Częściowo zwykle daje się odprowadzić, podczas wysiłków i krzyku zwiększa się i napina, często jest półprzezroczysta, skóra nad nią jest łysa lub też pokryta rzadkimi albo zmienionymi włosami. Guz siedzi niekiedy na szypule, ma postać półkuli lub też jest zrazowaty i nieregularny. U podstawy wyczuwamy okrągły brak kości. Dzieci zachowują inteligencyę zupełną lub też są nierozwinięte, zezują, podlegają padaczkce. Przy ucisku na guz możemy wywołać krzyk, ruchy drgawkowe lub porażenia. U opisywanej przez Froelicha (Méd. inf. 1898) 2 letniej dziewczynki guz składał się głównie z tkanki łącznej z domieszką zmienionych pierwiastków nerwowych, guz ten, prawdopodobnie, w początkach był przepukliną mózgową, potem zaś dopiero nastąpiło samowyleczenie przez bujanie tkanki łącznej. Leczenie powinno być ostrożne. Dawniej wstrzymywano się od zabiegów, dziś śmieiej operujemy tak samo jak w rozszczepieniu kręgosłupa.

Szczeliny czaszki. Szczeliny i otwory w czaszce pochodzenia urazowego lub t. p. wywołać mogą przepuklinę mózgową lub zbliżone do niej guzy. Według Virchow'a, Henoch'a, Weinlechner'a, Genser'a, Kundrat'a już w pierwszych chwilach życia wystąpić może ustrata istoty kostnej nabyta lub wrodzona, wywołująca powstawanie guzów. Guzy są miękie, częściowo dają się wprowadzać, przy przekłuciu otrzymujemy płyn przezroczysty lub krew, a na zwłokach, jak w 2 przyp, Henoch'a, znajdujemy utratę istotę kości, zmiany w oponie twardej, ale nie znajdujemy przepukliny mózgowej, ani oponowej; według Henoch'a jest to przepuklina rzekoma skutkiem pęknięcia czaszki. Weinlechner, który zebrał 13 tego ro-

dzaju przypadków, przypuszcza, że szczeliny powstają w pierwszych latach życia i są wynikiem upadku lub uderzenia. Spotykamy je i u dzieci starszych, jak w przypadku Genser'a u 12 letniego dziecka krzywiczego z guzem w okolicy ciemieniowej 10 cm. długim i 3 cm. szerokim, otoczonym wałem kostnym i siedzącym na szczelinie czaszki. Guz powstał w 18 m. życia po upadnięciu na głowę z utratą przytomności, drgawkami i porażeniem prawego ramienia. W tego rodzaju przypadkach pod wpływem urazu następuje wessanie tkanki kostnej, zapalenie opon, wyciek surowiczy i t. p. Kundrat widział dziury w czaszce skutkiem bujania ziarniny w gruźlicy lub w przymiocie.

Widzimy z powyższego, jak różnorodne guzy mogą występować na czaszce. Dobrze należy zbadać guz nim przystąpimy do leczenia, należy przedewszystkiem stwierdzić, w jakim stosunku pozostaje do mózgu i nie operować guzów, gdy niema objawów nerwowych i guz nie ma skłonności do szybkiego wzrastania.

## R. Niedołęstwo umysłowe. Idyotyzm.

Idyotyzm w różnym stopniu jest niedorozwojem lub nieprawidłowym rozwojem władz umysłowych. Jest to ostatni stopień zwyrodnienia.

PRZYCZYNY. Pod względem przyczyn Bourneville dzieli niedołęstwo umysłowe na: niedołęstwo z wodogłowia, n. z małogłowia, skutkiem niedorozwoju zawojów, skutkiem potworności wrodzonej, stwardnienia przerostowego lub guzowatego, stwardnienia zanikowego, oponowego, obrzęku śluzowego.

Niedołęstwo umysłowe może być wrodzone lub nabyte w ciągu pierwszych lat życia. Przyczyną wybitną jest dziedziczność (nerwowość, histerya, padaczka, pijaństwo, obłąd, przymiot, pokrewieństwo rodziców). Urazy płodu



w czasie ciąży, zabiegi położnicze (kleszcze, obroty) mogą wywołać niedoleństwo skutkiem obrażeń mózgu (wylewy, rozmiękczenie, zapalenie opon). Wzruszenia i przestrah matki w czasie ciąży może mieć wpływ podobny. Po urodzeniu niedoleństwo umysłowe może się rozwinąć jak i padaczka skutkiem urazów głowy, zapalenia opon, chorób zakaźnych (gorączki wysypkowe, dur etc.).

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Rozróżniamy zmiany trojakiem: niedorozwój, zboczenia rozwoju i uszkodzenia przypadkowe. Czaszki, właściwej idyotom specjalnie, nie znamy, czaszka może być mała, niesymetryczna, normalna lub zbyt wielka, stąd rozróżniamy małogłowych, wielkogłowych, wodogłowych. Szwy mogą zrastać się zbyt wczesnie lub nie zrastać wcale, czoło może być wypukłe, a potylicą płaska. Wielkogłowie może być zależne od przerostu czaszki lub wodogłowia, odnośnie do nieprawidłowości czaszki rozróżniamy: czaszkę płaską -- głowa spłaszczona u wierzchołka, czaszkę kańczastą, łódkowatą, krótką, skośną, długą.

W każdym prawie przypadku znajdujemy twarz niesymetryczną, nos długi, wyciśnięty u podstawy, kości policzkowe, żuchwa i szczeka, zbyt wystające lub wystające nierównomiernie -- prognatismus, część skalista kości skroniowej spłaszczona, uszy nieprawidłowe, podniebienie, rozszczepione, zębowanie opóźnione, w narządach płciowych nieprawidłowości. Mózg może uleść w całości lub też częściowemu przerostowi, znajdujemy też wodogłowie wewnętrzne, a wtedy obie komory boczne lub jedna komora są rozszerzone, nadto znaleźć możemy zanik jednej półkuli przy zupełnie prawidłowej półkuli drugiej.

Częściej niż wielkogłowie, spotykamy małogłowie, skutkiem niedorozwoju mózgu lub czaszki, mózg wtedy jest mały, ale normalny lub też częściowo zanikły. Istota szara cieńsza, naczynia zmienione, ogniska krwotoczne rozmiękle, dziury w mózgu. Często brak wielkiego spoidła mózgu, przegrody przezroczystej, mózdzka i t.p.



Jednym słowem, niedołęstwo umysłowe nie posiada zmian swoistych, w każdym przypadku znajdujemy inne.

OBJAWY również różnią się w każdym przypadku. Niektórzy niedołądzy mają normalny wyraz twarzy, inni głupkowaty bez wyrazu, w pierwszym razie choroba jest wrodzoną, stan drugich może się polepszyć mimo wyraźne oznaki zwyrodnienia. Jedni są podnieceni, inni nieruchomi, jedni mają ruchy rytmiczne, przestankowe, mimowolne, są podobni do automatów, inni znów jakby wrosli w ziemię z dziwnym wyrazem twarzy. Pośród idiotów dużo jest żarłoków. Często podniecenie występuje naprzemian z przygnębieniem.

Do spostrzeganych w niedołęstwie nieprawidłowości zaliczyć należy zez, krótkowzroczność, wargę zajęczą, zrośnięcie palców, niedowład, zaniki, atetozę, jądra ukryte, obajniactwo, spodziectwo, karłowatość i t. p. Znajdujemy często nadmierny porost włosów, przerost sutek i tarczycy.

Czucie dotykowe i ciepła osłabione, spotykano porażenie połowiczne, przykurczenia, padaczkę. Nie zawsze zanik inteligencji i czucia jest zupełny, rozróżniamy bowiem różne stopnie niedołęstwa (całkowite lub częściowe). W niedołęstwie zupełnym dzieci żyją życiem czysto roślinnym, w drugim do pewnego stopnia są zdolne do rozwoju przez wychowanie.

ROZPOZNANIE przed 18 m. lub 2 latami jest trudne, widzimy tylko, że dziecko jest opóźnione w rozwoju, nie chodzi, nie mówi, nie słucha jak inne dzieci, ale krzyczy bez powodu, śpi zbyt wiele lub zbyt mało, a zmysły posiada nierozwinięte. Pozostaje określić rodzaj, postać, stopień i przyczynę niedołęstwa, czy jest wrodzone czy nabyte.

LECZENIE. Segain obmyślił metodę wychowania fizycznego i umysłowego dla niedołągów. Dzięki temu udało się niekiedy nauczyć ich rzemiosła, przez co stali się pożytecznymi członkami społeczeństwa.

Zabiegi chirurgiczne (cranicetomia) według Lannelongue'a dają pewne wyniki częściowe.

### S. Porażenie ogólne postępujące.

Zapalenie rozlane około-oponowo-mózgowe lub też porażenie postępujące zdarza się przeważnie u dorosłych, prace jednak Régis'a, Charcot'a i Dutila, Moussous'a, Haushalter'a i in. dowodzą, że zdarzyć się może u dzieci starszych (12—15 l.), wobec czego mamy prawo mówić bądź o młodzieńczem porażeniu postępującem, a nawet o porażeniu postępującem dziecięcem (Moussous).

PRZYCZYNY. W większości przypadków znajdujemy dziedziczność, ale nie prostą, gdyż u wstępnych znajdujemy skazę nerwową, pijaństwo, przymiot. Pierwsi chorzy Moussous mieli przymiot nabyty lub dziedziczny. Pierwszy miał owrzodzenie pierwotne na wardze z wyraźnymi objawami wtórnymi i trzeciorzędnymi. Porażenie wystąpiło w 4 lata po zakażeniu. Trzynastoletnia dziewczynka z oddziału Kraft Ebing'a, którą Zappert pokazywał w Wien. med. Kl. 1897 roku, przechodziła przymiot dziedziczny w 6 tygodniu życia, Kassowitz leczył ją z powodu nieżyty nosa i wysypek. Jak widzimy przymiot jest główną przyczyną niezależnie od wieku. Choroba zdarza się równie często u chłopców jak u dziewcząt, nieraz u kilku członków danej rodziny.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Zmiany u dzieci są także same jak u dorosłych: opony zgrubiałe i unaczynione przyrosłe do istoty korowej, od której bez uszkodzenia oddzielić ich nie można, ośrodek jajowaty punkcikowaty, wyściółka komór nierówna, na powierzchni komór ziarnistość włóknista, zapalenie opony twardej, zanik mózgu. Pod mikroskopem—unaczynienie nadmierne, zanik komórek nerwowych, bujanie komórek śródmiaższowych i gleju.

**OBJAWY.** Zazwyczaj brak u dzieci zwiastunów takich jak u dorosłych: bredzenia, megalomanii, podniecenia. Głównie spotykamy przygnębienie, apatyę, mniej lub więcej wyraźny zanik pamięci, stopniowy zanik czynności mózgowych, sprowadzający zupełne niedołęstwo. Niekiedy już w początkach występuje niedowład lub porażenie kończyn dolnych oraz bezwład. Wkrótce widzimy drżenie warg i języka, mowę utrudnioną, zaburzenia wzrokowe i żrenicowe etc. Na dnie oka znajdujemy zapalenie naczyń i nerwu. Powolny przebieg choroby przerywają napady drgawek lub udary i śpiączka. W końcu dzieci nie opuszczają łóżka, nie trzymają moczu i kału. Po 2—3 latach śmierć z wyniszczenia. Rokowanie złe. Rozpoznanie tem trudniejsze, im dziecko jest młodsze, wykluczyć należy niedołęstwo, porażenie kurczowe, atetozę.

**LECZENIE** mieszane (jodek potasu i rtęć), izolacya, żywienie obfite, w ten sposób udaje się przedłużyć fatalną egzystencyę.

## T. Obląkanie.

Obląkaniem nazywamy zaburzenia psychiczne wyraźne i trwałe u dzieci przedtem zdrowych. Granice obłądzenia, szczególnie u dzieci, są bardzo trudne do rozpoznania.

**PRZYCZYNY.** Obląkanie zdarza się bardzo rzadko u dzieci, psychiatrzy jednak spostrzegali u dzieci starszych obłądzenia ostre, śledzienie, omamy, skłonność do samobójstwa lub zabójstwa i t. p., z czego wynika, że i u dzieci zdarzyć się mogą choroby umysłowe, właściwe dorosłym, nabyte lub dziedziczne. W dziele Moreau (*De la folie chez les enfants*, Paris 1888) znajdujemy wzmiankę, że pierwszorzędni psychiatrzy zeszłego wieku stwierdzili u dzieci choroby umysłowe. Esquirol leczył

3 dzieci z szaleństwem ostrem (8, 9 i 14 lat) i z zadumą (11 lat). Aubanel i Thore w Bicêtre widzieli 8 przypadków szaleństwa i 1 zadumy u dzieci 8 — 10 lat (1839). Obłąd samobójczy i zabójczy, a nawet omamy mogą występować bardzo wczesnie. Po chorobach zakaźnych ostrych, gościecu, zapaleniu płuc, płonicy, róży, a szczególnie po durze brzusznyu nawet u dzieci małych (3 letnich) mogą wystąpić objawy obłądu chwilowo lub też trwać czas dłuższy.

Przyczyny przypadkowe są różne, prócz chorób zakaźnych, wywołać mogą obłąd silne wyniszczenia moralne, przepracowanie umysłowe, przestrasz, urazy, złe obchodzenie się, samogwałt, pijaństwo i udar słoneczny. Przyczyny te działają jednak tylko na ustrój usposobiony dziedzicznie, na osobników zwyrodniałych, dziecko bowiem zawsze dziedziczy obłąd i zawsze znajdujemy wśród wstępnych obłąd, płasawicę, histeryę, padaczkę, suchoty, pijaństwo i t. p. Dziedziczność może być prosta, identyczna lub też pośrednia.

Niepodobna nie zwrócić uwagi i na wywiady u dzieci, mam tu na myśli podrażnienie mózgu u dzieci małych, które jest preludium do nerwic u dzieci starszych. Poza tem znajdujemy w wywiadach płasawicę, drgawki, nietrzymanie moczu, ruchy mimowolne, obgryzanie paznokci, lunatyzm, strachy nocne, samogwałt, nimfomanie, śmiech lub płacz bez przyczyny, zazdrość, gniew etc.

OBJAWY. Obłąkanie występuje u dzieci w różnych postaciach. Znamy np. popędy niepowstrzymane, zmuszające dzieci do gwałtu, samobójstwa, zabójstwa, podpaleń; samobójstwo u dzieci starszych zdarza się często z przyczyn błahych: nagana, gniew, toż samo da się powiedzieć o zabójstwach: 4, 5, 6 letnie dzieci zabijały braci z zimną krwią, zupełnie nieświadomie. Niekiedy zabójstwo jest instynktowne, inne dzieci stają się podpalaczami (pyromania), zawsze jednak w tych razach stwierdzić można obarczenie dziedziczne.

Omamy zdarzają się u dzieci często, są zwykle straszne (zwierzęta dzikie, ludzie uzbrojeni) i są nietylko wzrokowe, ale słuchowe, węchowe, smakowe i dotykowe. Są one często następstwem opowiadań, ceremonii religijnych lub też zatrucia (wilcza jagoda). Omamy występują niekiedy w przebiegu chorób ostrych (płasawica, płonica, zapalenie płuc, dur brzuszny).

Trzyletnie dziecko, które przedstawiłem 20/XI 1896 roku w Soc. m. d. hôp., przybyło na 8 dzień duru brzuszego z bredzeniem, na 17 dzień gorączka spadła. Od początku okresu zdrowienia wystąpiło silne podniecenie, bredzenie i krzyk, dziecko chce wyskoczyć z łóżka, trzeba je ciągle pilnować, wzrok błędny, nie poznaje rodziców, wyraz twarzy taki, jakby widziało straszne zwierzęta, od których chce uciekać. Podawałem trional kilka razy (0,25), oraz zaleciłem odżywianie wzmożone (mleko, rosoly, zupy), lanknienie złe. Po 15 dniach wyzdrowienie.

Weisse (1878) opisał niemotę przejściową, niemocie tej, występującej po durze, przeważnie u dzieci starszych nie towarzyszy porażenie, kończy się zaś ona wyzdrowieniem. D'Espine i Picot zwrócili uwagę na głupowaty wyraz twarzy w okresie zdrowienia. S. Adams (Arch. of Ped. 1896) p. n. „Temporary insanity following typhoid fever“ opisuje podobne objawy (2 przypadki) u 7 i 9 letnich dzieci; Crandal zaś omamy straszne u dziewczynki. Objawy powyższe lekarze amerykańscy przypisują wyniszczeniu. Opisywano: niemotę przejściową, omamy, zadumę, szaleństwo.

Pomieszanie ogólne (paranoia) zdarza się u dzieci rzadziej, opisywano wszakże u dzieci obłąd rozprawczy, zadumę bierną i t. p. Delasiauve opisał u dzieci obłąd z małomównością, podnieceniem, ciągłymi ruchami; dzieci te, mówi Moreau, krzyczą, biegają, śmieją się, śpiewają, łamią i drą, rozbierają się bez końca i celu, siły mięśniowe są jakby podwojone, dziwnem nam się wydaje podnoszenie ciężarów, przewyższających siły dziecka. Czu-

cie osłabione, dziecko nie zwraca uwagi na uderzenia, rany, gorąco i zimno, często występują napady szaleństwa. Po kilku dniach dziecko uspokaja się, występuje przerwa jasna, przerwy są coraz częstsze i w końcu następuje wyzdrowienie. Bardzo często spotykamy postać zachwytową z odpowiednimi omamami. W każdym razie, niezależnie od postaci, obłęd ostry jest wyleczalny, ale ulega nawrotom, po wyzdrowieniu dzieci są zawsze nadmiernie pobudliwe, wrażliwe, ruchliwe i wymagają opieki starannej. W każdym przypadku wykluczyć należy napady bredzenia w zapaleniu opon (gorączka, cechy tętna, zaburzenia wzrokowe), toż samo dotyczy zapalenia płuc i duru (objawy swoiste).

Śledziennictwo, obłęd prześladowczy występują u dzieci bardzo rzadko, zaduma prosta i bierna doprowadza dzieci do samobójstwa; osłupienie z milczeniem, folie a double forme oraz podróżomanję spotykamy również u dzieci.

Co się tyczy rokowania wogóle, zaznaczamy, iż napady ostre i wyraźne bredzenia kończą się pomyślnie; również pomyślnie kończy się obłęd przejściowy po chorobach zakaźnych, ale nawet w przypadkach pomyślnych na razie niepodobna przewidzieć następstw. Należy nadto zważyć wywiady osobiste i wstępnych, dziedziczność, oznaki zwyrodnienia, skrzywienie twarzy, asymetryę czaszki, zez, ruchy mimowolne, jąkanie, zębowanie wadliwe, zniekształcenie podniebienia i uszu, potworności narządów płciowych i t. p. Dziecko, nie obciążone dziedzicznie, może wyzdrowieć, dziecko zaś obciążone może ulegać nawrotom, a nawet przejściu sprawy w stan przewlekły.

LECZENIE ostrego obłędu, obłędu napadowego polega na stosowaniu kąpieli ciepłych (3—4 godzinnych) codziennie, z oblewaniem głowy zimną wodą, 2 razy na tydzień lawatywy silne, chloral i bromek potasu na sen, unikać makowca, naparstnicy, blekotu i wilczej jagody. Dela-

siauve zalecał jednocześnie lód na głowę i siarczan chinu w lawatywach, co jest szczególnie wskazane w przestankowych postaciach obłądu.

W każdym przypadku obłądu dziecko usunąć należy z dotychczasowego otoczenia i umieścić w zakładzie specjalnym, zabraniając rodzinie odwiedzania chorego. Tu należy unikać leków, stosować natomiast leczenie wodą (natryski, oblewania, prześcieradła, kąpiele długotrwałe), nadto zalecić ćwiczenia na wolnem powietrzu, gimnastykę, jazdę na rowerze, szczególnie w zadumie. W ostrych przypadkach należy unikać pracy umysłowej, w innych natomiast trzeba zwracać uwagę dziecka na literaturę, sztuki piękne i dawać zajęcie umysłowe, unikając jednak przepracowania. Obarczeni dziedzicznie powinni ulegać specjalnym przepisom higieny, mieszkać na wsi i głównie zwracać uwagę na rozwój sił fizycznych.

#### U. Podniecenie mózgowe.

Zdarza się, że dzieci już od kołyski są podniecone, krzykliwe, nieznośne dla otoczenia. Śpią źle, przewracają się, bez przyczyny, jęczą i gdyby nie wysokie brzegi wypadłyby z łóżka. Później, gdy zaczną chodzić, ustać nie mogą na miejscu, idą i wracają, tłuką, co im wpadnie w ręce, uderzają się o meble. Skoro opierać się ich popędom, gniewają się, ulegają napadom kurczu głośni lub drgawkom. Gdy podrosną, nigdy nie są spokojne, ale wiażą na meble, poruszają wszystko, wykonują masę dziwnych ruchów. Większość dzieci tego rodzaju śpi źle, co najczęściej niepokoi rodziców. W szkole są nieuważni, uczą się z trudnością, mimo to niektóre dzieci są bardzo inteligentne, są to osobniki zwyrodniałe w wysokim stopniu niezrównoważone, później zaliczyć ich wypada do rzędu histeryków, neuropatów, z czasem stają się neurastenikami, oddają się samogwałtowi, mie-



wają nasieniотok i nietrzymanie moczu. W wywiadach znajdujemy nerwice (histerya, padaczka), pijaństwo i dur u rodziców.

Unikać należy lekarstw, natomiast zalecamy kąpiele ciepłe na noc, jako środek nasenny, u dzieci starszych prześcieradła, natryski, rozcierania, mięsienie, zwracać uwagę należy na dyetę, usuwać dania ostre i wyskok, polecać pobyt na wsi, wzmacniać ciało i unikać podniecania mózgu przez nadmierną pracę umysłową, długie czuwanie, widowiska etc.

## V. Neurastenia.

Osobniki z nadmierną pobudliwością w wieku młodzieńczym stają się neurastenikami. Są oni wtedy ospali, leniwi, niezdolni do wysiłku umysłowego, opóźniają się w naukach, uskarżają na ból głowy w postaci helmu, przeszkadzający pracować. Spostrzegalem 12 letniego chłopca (ojciec ze skazą moczaniową, histeryk) zupełnie niezdolnego, uskarżającego się na bóle głowy w skroniach, bezsenność, podniecenie, z zupełnem wyczerpaniem, niezdolnością do pracy, trwającą od lat wielu. Przy badaniu nic nie znaleziono. Dziecko rozumiało dobrze, miało wyraźną inteligiencyę i wyraźnie zdawało sobie z tego sprawę, co czuje. Przez 3 lata trwała przerwa w naukach, wypadło dać mu oddzielnego wychowawcę i ograniczać godziny pracy, później zalecono jazdę na rowerze. Pobyt na wsi wpływał dobrze. Łaknienie nieregularne, zwolnienie wszelkich czynności, przygnębiecie. Około 15 roku życia równowaga wróciła, młodzieniec wyzdrowiał.

W tego rodzaju przypadkach leczenie polega na wzmoczeniu sił, stosowaniu hydroterapii, rozcierań suchych, dyecie wzmacniającej. Zalecić należy pobyt na wsi, ćwiczenia na powietrzu.

## ROZDZIAŁ II.

## Choroby rdzenia.

## A. Przekrwienie rdzenia.

PRZYCZYNY. Odróżniamy przekrwienie czynne i bierne, pierwotne i wtórne; przekrwienie czynne i pierwotne zdarza się skutkiem przeziębienia, nadmiernego zmęczenia i przepracowania fizycznego; czynne i wtórne spotykamy w gościecu stawowym, ospie, gorączkach wysypkowych, durze brzuszny i t. p.; wtórne bywa w chorobach serca i płuc, powikłanych zastojem żylnym, w ucisku wewnątrzrdzeniowym skutkiem guzów, gruźlicy, kilaków etc.

Przyczyną bezpośrednią mogą być: uderzenie, upadek, zimno, samogwałt, dur w postaci rdzeniowej, drgawki, tężec, płasawica, niedomoga serca etc.

OBJAWY. Po dreszczach i gorączce występuje rozbicie ogólne, ból kręgosłupa, stężenie karku, porażenie kończyn dolnych z mrowieniem, zdrętwieniem, kurczami i przykurczeniami, moczeniem utrudnionem i nadczułością skóry etc. Czynnościowe te zmiany wystąpić mogą w różnym stopniu, przeważnie jednak są przejściowe. Krótkotrwałość tych objawów odróżnia przekrwienie od zapalenia rdzenia.

ROKOWANIE samo przez się jest dobre, wogóle jednak zależy od choroby wywołującej.

LECZENIE. Na kręgosłup należy stosować środki odciągające: bańki suche i cięte po obu stronach kręgosłupa, pijawki w okolicy karku (West), zalecano również wezykatorye lub pointes de feu. Równocześnie stosujemy środki odciągające na kiszki (czyszczące), a nadto sporysz lub ergotyne, długotrwałe kąpiele ciepłe, wdechania

chloroformu, obmywania zimne i wcierania, niekiedy środki kojące (bromki, chloral).

### B. Zapalenie opon rdzeniowych.

Bardzo rzadko zdarza się samoistne zapalenie opon rdzeniowych, cechuje się ono przekrwieniem opon, zwiększeniem ilości i zmętnieniem płynu mózgordzeniowego; zapaleniu równocześnie ulega i rdzeń.

Występuje sztywność karku i kręgosłupa, przykurczenia kończyn, bóle ostre w mięśniach i opasujące na tułowiu. Zdarza się również obraz tęcza: wstrząśnienia, kurcze, nadczołość, ale przytomność jest zachowana. Sprawa może być podobną do zapalenia rdzenia, krwiała, tęcza etc.

Rozróżniamy postać pierwotną (przeziębienie, uraz) oraz wtórną (odleżyna krzyżowa, przekłucie próbne lędźwiowe, operacja na kręgosłupie rozszczepionym, ropień w sąsiedztwie, gorączki ciężkie i t. p.). Choroba Pott'a wywołuje postać specjalną: zapalenie przerostowe opony twardej, głównie w części szyjnej z objawami swoistymi (ucisk nerwów szyjoramieniowych).

### C. Zapalenie okołoponowe kręgosłupa.

Niezależnie od wspomnianego wyżej zapalenia przerostowego opon, które jest zapaleniem opon okołoponowem, znamy jeszcze postać zwaną ostrem zapaleniem okołoponowem (*périméningite aiguë spinale Deléarde—Gaz. hébd. 1900*), bardzo rzadką (16 przypadków) występującą skutkiem zimna, zmęczenia i t. p. przyczyn błahych. Tkanka łączna, otaczająca oponę twardą przepojona jest ropą, a punktem wyjścia zakażenia może być gardziel (gronkowiec, paciorkowiec).

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Ropę znajdujemy na tylnej powierzchni opon w okolicy karku, piersiowej lub lędźwiowej, ropa jest niekiedy płynna, surowicza, w danym miejscu rdzeń jest miękki i rozplywa się.

OBJAWY. Przedewszystkiem zwraca naszą uwagę nieomoga kończyn dolnych, porażenie poprzeczne i znieczulenie, równocześnie występuje gorączka. Kręgosłup w miejscu zapalenia na ucisk bolesny. Po za tem występuje zatrzymanie moczu i kału i zaburzenia odżywcze (odleżyny), wyraz twarzy durowy, język spieczony. Po kilku dniach choroba kończy się śmiercią przy objawach zamartwicy.

ROZPOZNANIE jest bardzo trudne dzięki temu, że choroba zdarza się bardzo rzadko. Wykluczyć trzeba złamanie kręgosłupa (wywiady), ostre zapalenie rdzenia (brak bolesności ograniczonej), zapalenie kręgosłupa (ważne zbadanie kręgosłupa), chorobę Pott'a (przebieg powolniejszy), raka lub mięsaka kręgosłupa (guz umiejscowiony rozwijający się wolniej), wylewy do kręgosłupa i rdzenia, zapalenie opon rdzeniowych, wreszcie porażenie Landry'ego. To ostatnie idzie z dołu ku górze, rozpoczyna się od kończyn dolnych i stopniowo obejmuje kończyny górne i tułów, kończąc się śmiercią.

Rokowanie wogóle złe.

LECZENIE. W przypadku Chipault'a dokonano lami-nektomii. Po za tem stosujemy środki odciągające i kąpiele gorące.

#### D. Zapalenie opony twardej w części szyjnej.

U dzieci starszych, jak u dorosłych, zdarza się niekiedy zapalenie i zgrubienie opon szyjnych, wywołujące ucisk korzeni nerwowych, skutkiem czego występują nerwobóle w kończynach górnych, przykurczenia, porażenia z odczynem zwyrodnienia, wreszcie zanik. Po pora-

zeniu kurczowem zdarza się niekiedy porażenie poprzeczne kończyn dolnych: dziecko nie może chodzić, odruch kolanowy wzmożony.

Przy badaniu kręgosłupa w okolicy 1 lub 2 kręgów znajdujemy bolesność z mniej lub więcej wyraźnem obrzmieniem oraz sztywność karku, dzięki czemu udaje się nam umiejscowić chorobę. Mogą wystąpić i inne objawy.

U 13 letniej dziewczynki Grancher (Bul. méd. 1887) znalazł porażenie przepony oraz osłabienie 4 kończyn. Na zwłokach stwierdzono skrzep krwi 3—4 cm. długości w kanale kręgowym na wysokości 3 i 4 kręgów szyjnych, leżał on w tylnej części rdzenia i wywierał nań ucisk ku przodowi. Skrzep był na zewnątrz opony twardej (pachymeningitis cervicalis externa haemorrhagica), wewnętrzna zaś powierzchnia była zupełnie gładka, sprawa więc zapalna nie przekraczała powierzchni zewnętrznej. W skrzepie znaleziono ziarninę unaczynioną, świeżą.

W przypadkach Michaud'a (1871) sprawa powstała jako następstwo choroby Pott'a. W przerostowym zapaleniu opon Joffroy (Thèse de Paris 1872) znaleziono bujanie tkanki łącznej zrośniętych opon i w rdzeniu. Przebieg powolny, choroba w początkach wywołuje bóle, następnie zaś porażenie i zanik.

LECZENIE. W szczęśliwie zakończonym przypadku (13 letni chłopiec) Remak (Berl. m. Ges. 1887) uzyskał wyzdrowienie, stosując jodek potasu (0,10 — 0,20 na rok życia) oraz prąd stały. Równocześnie z jodem wskazane jest stosowanie rtęci w ciągu 2—3 tygodni (2 gm. maści szarej na dawkę).

### E. Krwotok rdzeniowy.

Wylewy krwi do rdzenia dają objawy niewyraźne, znajdujemy je w rdzeniu, w oponach lub kanale krę-

gowym (haematomyelia, haemorrhagia meningum, haemorrhachis).

Wylew krwi do rdzenia bardzo rzadko zdarza się sam przez się pierwotnie, widzimy go u noworodków skutkiem porodu ciężkiego, użycia kleszczy, pociągania za tułów lub nóżki przy porodzie nóżkowym lub też w nowotworach, ziarniniakach i gruzelkach rdzenia, które wywołały zmiany w naczyniach. Wylew bywa ograniczony lub rozlany, wywołując ucisk na miejscu ograniczonym z następczym porażeniem poprzecznym. Zmiany tego rodzaju widzimy głównie w części szyjnej lub w górnej części grzbietowej, równocześnie z zapaleniem rdzenia.

Prócz przypadków z nagłym porażeniem poprzecznym zdarzają się przypadki o przebiegu powolnym (mrowienie, bóle, kurcze, moczenie utrudnione), niekiedy występuje porażenie kończyn górnych. Śmierć następuje szybko.

Krwotoki do opon umiejscawiają się jak i w mózgu i dzielą się na podpajęczne, wewnątrzpajęczne oraz do opony twardej. Przyczyną zwykłą są urazy. Objawy, jak w krwotokach do rdzenia.

Krwotok do kanału kręgowego zdarza się często u noworodków (urazy, drgawki, tęzec, guzy naczyniowe, napady padaczki, płasawica, zapalenie rdzenia, opon mózgodzeniowych, białaczka). Krwotok jest rozlany, rozciąga się na znaczny odcinek rdzenia. Ucisk rdzenia jest słabszy, to też i objawy mniej wyraźne (bóle, nadczułość, drgawki, przykurczenia, drżenie, niedowłady).

**LECZENIE.** Środki odciągające na całej długości kręgosłupa (bańki suche i cięte, pointe de feu po obu stronach kręgosłupa, kompresy z lodu i wody zimnej) jednocześnie z kalomelem (0,01 gm. co 2 — 3 godziny) i jodkiem potasu (0,1 gm. 3—4 r. dz.) do wewnątrz.

## F. Porażenie Landry'ego.

Opisane już w 1859 r. przez Landry'ego ostre wstępujące zapalenie rdzenia, zdarza się u dzieci bardzo rzadko, przypadki jednak odnośne znane są w literaturze.

Soltman (Jahrb. f. Kindh. 1900) opisuje następujący przypadek: 11 letnia dziewczynka zaczyna raptem gorączkować, występują zawroty głowy, osłabienie i bóle w kończynach dolnych i stopach, a wkrótce i porażenie poprzeczne wiotkie, rozszerzające się szybko na tułów i kończyny górne. W ciągu 3 tygodni zupełne porażenie ogólne, w końcu duszność. W stanie ciężkim przeniesiono dziecko do szpitala, gdzie stwierdzono obrzęk skóry i rumień. Zastosowano wcierania i wkrótce wynik był pomyślny; ruchy zaczęły powracać. Skoro znów wystąpiły groźne objawy opuszkowe, powtórzono wcierania i zastosowano prąd stały, kąpiele gorące, salipiryne. Dziecko wyzdrowiało, co dowodzi, że wyzdrowienie nastąpić może nawet wobec objawów opuszkowych.

Zwykle jednak choroba kończy się śmiercią, jak tego dowodzi przypadek H. Robsona (Brit. m. J. 1896): 11 letnia dziewczynka, na pozór delikatna, ale zdrowa, przechodziła odrę i zapalenie migdałów, w rodzinie liczne przypadki gruźlicy. Po długiej przechadzce wróciła na imperialu do domu, po powrocie dreszcze, nazajutrz ból głowy i oczu, w 3 dni potem światłowstręt, trochę gorączki, zalecono antyfebrynę i salicylan sodu. W 4 dni od początku choroby znaleziono jeszcze osłabienie kończyn dolnych, a wieczorem oddech utrudniony, nazajutrz już wyraźne porażenie poprzeczne zupełne, czucie zachowane, odruchy kolanowe zniesione, wkrótce słabsze ruchy w mięśniach międzyżebrowych, pęcherz i odbytnica działają prawidłowo, nerwy czaszkowe nietknięte. Dziecko nie uskarża się na ból; zaproszony na naradę dr. Bans potwierdził rozpoznanie porażenia wstępującego i za-

lecił strychninę. Nazajutrz nie uzyskano żadnego polepszenia, przeciwnie, utrudnione polykanie, widzenie podwójne, a wkrótce ślepotą, wieczorem nietrzymanie moczu i kału oraz bóle w kościach, oddech ciężki i nieprawidłowy, sinica, gorączka wysoka, tętno nieprawidłowe; śmierć w nocy na 6 dzień choroby.

Przypadek powyższy jest typem porażenia wstępującego. W przypadku L. A. Rowden'a (Br. m. J. 1901) porażenie miało typ zstępujący: u 10 letniego chłopca choroba rozpoczęła się od porażenia kończyn górnych, śmierć po 4 dniach z zapaści wśród przytomności zupełnej.

### G. Ostre zapalenie rdzenia.

PRZYCZYNY. Ostre zapalenie rozlane rdzenia po raz pierwszy opisał Olivier, zdarza się ono bardzo rzadko i tylko u dzieci starszych skutkiem zakażenia (paciorowce, gronkowce lub dwoinka zapalenia płuc). Do przyczyn wywołujących zaliczamy zimno, szczególnie wilgotne, upadnięcie, uraz, choroby zakaźne, zatrucie etc.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Zmiany występują głównie w części grzbietowej rdzenia na całej jego grubości i rozmaitej przestrzeni, zapalenie jednak przejść może i na opony. Na zwłokach znajdujemy przekrwienie, rozszerzenie naczyń, napęcznienie komórek nerwowych, wylew krwawy oraz zniszczenie komórek (rozmięczenie czerwone).

OBJAWY. Choroba rozpoczyna się ostro gorączką, bólami w lędźwiach i porażeniem poprzecznym, dziecko chodzić nie może i odczuwa w kończynach dolnych mrowienie, klucie, gorąco, nerwoból rzekomy; obok pasów nadczułości znajdujemy miejsca znieczulone; ból opasujący występuje stale; prócz tego spostrzegano kurcze, przykurczenia i wstrząśnienia mimowolne; odruchy



zniesione, zwieracze porażone. Wkrótce przyłączają się objawy odżywcze: obrzęk kończyn dolnych i odleżyny. Choroba po kilku dniach lub tygodniach kończy się śmiercią. Skoro wystąpi typ wstępujący mamy porażenie Landry'ego. Rokowanie wogóle złe.

**ROZPOZNANIE.** Rozlane zapalenie rdzenia różni się od zapalenia dziecięcego zaburzeniami w czuciu, udziałem zwieraczy oraz ograniczeniem porażenia do kończyn dolnych. Zapalenie uciskowe wykluczamy na zasadzie wywiadów, porażeniom histerycznym nie towarzyszy gorączka, ani zmiany odżywcze.

**LECZENIE.** Bańki cięte, pointes de feu lub lód na kręgosłup, do wewnątrz ergotyna, środki czyszczące lub lawatywy. Prąd stały. Nadto zachowanie czystości, przemywanie pęcherza etc.

#### H. Porażenie zanikowe dziecięce.

Spostrzegane już w r. 1784 porażenie u dzieci opisał Rilliet (G. m. de Paris 1851) p. n. paralysie essentielle, a Duchenne p. n. paralysie atrophique graisseuse (G. h. 1855). W r. 1864 Laborde i Cornil (Soc. de biol. 1866) dowodzi, że choroba ta ma podkład anatomiczny: zanik pęczków przednio-bocznych rdzenia. W r. 1866 Vulpian i Prévost (Soc. de biol.), zbadawszy sprawę ściślej, doszli do wniosku, że mamy tu do czynienia ze zmianami w rogach przednich i właściwie od tego czasu możemy twierdzić, że porażenie zanikowe jest zapaleniem układowem rogów przednich i istoty szarej rdzenia. Późniejsze badania Charest'a i Joffroy (Arch. de ph. 1870), Roger'a i Damaschino (G. m. d. hôp. 1871) potwierdziły to w zupełności. Według Charcot'a zapalenie rozwija się odrazu w komórkach ruchowych rogów przednich, według zaś Damaschino rozpoczyna się od naczyń i gleju. Zaznaczyć musimy,

że główne badania nad tą chorobą zawdzięcza nauka francuzom.

**PRZYCZYNY.** Porażenie dziecięce spotykamy wyłącznie prawie u dzieci małych w ciągu pierwszych 2 lat, po 4 latach zdarza się rzadko, spotykano je wszakże u młodzieży i osób dorosłych.

Choroba zdarza się najczęściej w okresie pierwszego zębowania, to ostatnie jednak, oczywiście, nie wpływa bezpośrednio na powstawanie choroby, więcej prawdopodobnym jest wpływ przeziębienia, ale rolę naczelną odgrywają tu choroby zakaźne (odra, płonica, dur, zimnica), częstokroć bowiem choroby te poprzedzają porażenie. Tęż samą rolę odgrywają i zwykle czynniki ropotwórcze jak przekonywa nas przypadek Béclère'a (Soc. des hôp. 1898), który u 2 siostr spostrzegł porażenie po licznych ropniach, wywołanych przez gronkowce, osobiście zaś spostrzegalem porażenie po zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Posiadamy dziś zresztą już spostrzeżenia małych endemii porażen dziecięcych, stwierdzające zakaźne pochodzenie choroby. Ciekawe spostrzeżenia w tym kierunku ogłosił Medin w Sztokholmie (Arch. de méd. des enf 1898). Cordier (Lyon méd. 1888) na 1400—1500 ludności stwierdził równocześnie prawie wystąpienie porażenia w 13 przypadkach, z których 4 zakończyły się śmiercią. Być może, że u dzieci umierających wśród drgawek mamy właśnie początek porażenia dziecięcego.

Za przyczynę wywołującą uważają usposobienie dziedziczne, Joffroy bowiem przytacza wiele spostrzeżeń, w których u wstępnych stwierdzono histeryę, obłąkanie, pijaństwo. Czynniki chorobotwórczy rozwijać się zatem może na tle neuropatycznym.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Przedewszystkiem opiszę zmiany pierwotne (rdzeń i nerwy), później zaś wtórne (mięśnie i kości). Cornil był blizkim prawdy, gdy stwierdził zanik pęczków przednio-bocznych w rdzeniu oraz

nacieczenie ciałkami skrobiowatemi rogów przednich; opis jednak dokładny zmian i zaniku pierwotnego komórek ruchowych zawdzięczamy Prévost'owi i Vulpian'owi, Charcoto'owi i Joffroy oraz innym. Roger i Damaschino zbadali zmiany świeże i doszli do wniosku, że w istocie szarej rogów przednich tworzą się rozmiękłe ogniska zapalne (rozmiękczenie czerwone), naczynia włosowate są rozszerzone, jądra komórek gleju mnożą się, toż samo znajdujemy w komórkach pochewki naczyń, w pochawkach chłonnych naczyń włosowatych znajdujemy ciała ziarniste, komórki ruchowe pęcznieją, poczem ulegają zanikowi i nacieczeniu barwnemu. Ogniska powyższe występują na większej lub mniejszej przestrzeni zależnie od umiejscowienia porażenia. Archambault i Damaschino na przekrojach odróżniali ogniska te nawet okiem gołym (dziecko zmarło na 26 dzień — *Revue de mal. de l'enf* 1883) w postaci plam; później zmiany ulegają ograniczeniu, ustępują częściowo równocześnie z ustąpieniem objawów klinicznych.

Już w tym okresie korzenie przednie ulegają zanikowi, otoczka traci myelinę i włókienka osiowe znika, włókno staje się paciorkowatym. Później znajdujemy stwardnienie komórek, zamiast gleju tkankę łączną, pęczki białe. Według Charcot'a zmiany rozpoczynają się od komórek rzekomych, Roger i Damaschino za punkt wyjścia zapalenia uważają naczynia i glej, zmiany w komórkach zaś za wtórne. Zmiany mogą wystąpić po jednej lub po obu stronach, głównie w okolicy nabrzmięta lędźwiowego, rzadziej szyjnego. Zwyrodnienie i zanik występuje i w nerwach, zasilających mięśnie porażone, np. n. kulszowy, Dejérine zanik ten znajdował aż do zakończeń nerwów w mięśniach (*Pr. méd.* 1878). Zmiany w mięśniach, opisane przez Duchenné'a i uważane przez niego za pierwotne, sprowadzają się do zaniku, objętość mięśnia jest zmniejszoną lub też mięsień zanika zupełnie, a na jego miejscu następuje bujanie powięzi, barwa

mięśnia może być zachowana lub też mięsień nabiera barwy żółtej skutkiem zwyrodnienia tłuszczowego, tę ostatnią zmianę Duchenne uważał za stałą w porażeniu dziecięcym.

W początku mamy zanik prosty, włókno mięśniowe staje się cieńszem, traci prężkowatość i ziarnistość, natomiast następuje dzielenie jąder omięsny i tkanki łącznej, wkrótce w omięśni zaczynają występować kuleczki tłuszczu i z czasem stłuszczenie może objąć cały mięsień, zamiast którego znajdujemy tkankę tłuszczową. Kuleczki tłuszczowe mogą w wielkiej ilości zbierać się między włóknami mięsnymi, rozciągając powieź tak, że napozór mamy jakby przerost mięśnia. Zwyrodnienie jednak tłuszczowe występuje w małej ilości mięśni lub też brak go zupełnie. Dejerine (Soc. de biol. 1887) opisywał przerost zastępczy pewnych włókien mięsnych. Joffroy i Achard (Arch. de méd. exp. 1889) zauważyli również przerost tego rodzaju, nie odpowiada on jednak czynności.

Kości również uczestniczą w zaniku części miękich, kończyny zdrowe rosną normalnie, wzrost zaś chorych jast opóźniony, stąd kilkucentymetrowe skrócenie kończyn. Objętość kości bywa zmniejszona głównie w okolicy nasad, powierzchnie stawowe ulegają zanikowi skutkiem czego powstają zniekształcenia (stopa szpotawa, nadwichnięcia). Pod mikroskopem widzimy, że kość rzednieje, a szpik kostny obfituje w tłuszcz i zwiększa się codo ilości. Jeffroy i Achard zauważyli zmniejszone wymiary układów Havers'a, grzebienie zaś i wypukłości znikają, co zależy częścią od braku ruchu w mięśniach.

**OBJAWY.** Choroba rozpoczyna się gorączką stałą lub zwalniającą, wysoką lub niską (Laborde, Roger), często połączoną z drgawkami. Wyjątkowo porażenie występuje przed gorączką. Ta ostatnia może jednak trwać bardzo krótko lub też 2 — 10 dni. Dzieci uskarżają się niekiedy na bóle w stawach lub plecach (Sanné), mrowienie i zdrętwienie w kończynach. Porażenie jest odra-

zu ogólne, a w każdym razie obszerniejsze, niż później, może objąć 4 kończyny, a następnie ograniczyć się do jednej. Porażenie ogólne ustępuje stopniowo po 8 — 10 dniach. Kończyny porażone są wiotkie, odruchy osłabione lub zniesione, czucie zachowane, pęcherz i kiszki zdrowe, odleżyn brak. W końcu porażenie ogranicza się do obu lub jednej kończyn dolnych, rzadziej powstaje porażenie połowiczne, częściej jednej kończyny, niekiedy mamy porażenie skrzyżowane (lewej górnej i prawej dolnej kończyny). Ale też ograniczyć się może do jednego tylko mięśnia lub pewnej grupy mięśni, co widzimy po upływie kilku tygodni lub miesięcy. Porażenia występują głównie po stronie prawej w kończynach dolnych, gdzie zajęte są mięśnie goleniowy przedni, m. wyprostny wspólny palców, trójgłowy. U niemowląt widzimy nieruchomość członka, dzieci, które już chodzą, ciągną kończyny za sobą, stawy są bezbolesne i wolne.

W początkach kurczliwość elektryczna jest zmniejszona lub zniesiona, rokowanie jest lepsze tam, gdzie jest zachowana choćby w stopniu słabym, mięśnie, nie dające odczynu, są stracone bezpowrotnie, z rokowaniem jednak ostatecznym wstrzymać się należy 2—3 tygodni. Prawo to jednak nie jest bezwzględne, jak chce Duchenne, zdarzało się bowiem, że udawało się uratować mięśnie, które nie dawały odczynu na prąd przerywany, dają odczyn wzmożony na prąd stały (odczyn zwyrodnienia). Czucie skórne jest zachowane lub nieco osłabione. Odruchy ścięgnowe zawsze osłabione.

Po pewnym czasie kończyny porażone, szczególnie stopy ziębną i sinieją, niekiedy nawet obrzękają, nadto u 3 letniego dziecka spostrzegalem zgorzel palca, która zagoiła się wkrótce. Prócz tego w kończynach porażonych występuje pocenie nadmierne.

Po miesiącu zanik jest już widoczny, mięśnie są miękkie, wiotkie, zmniejszone, stąd kończyna chudnie i staje

się krótszą, przy pomiarach różnica w obwodzie i długości wynosić może 4—5 cm.

Skutkiem zaniku pewnych mięśni i działania mięśni przeciwdziałających powstaje ułożenie nieprawidłowe kończyny i zniekształcenie, oczywiście wtedy, gdy nie wszystkie mięśnie są zajęte. Najczęściej spotykamy stopę szpotawą, koślawą lub pięto-nożną, częściej koślawo-końską, skutkiem czego dziecko chodzi na palcach. Skutkiem zaniku m. trzygłowego podudzie przyjmuje pozycję półzgiętą, więzy i ścięgna kolana są rozluźnione, skutkiem czego ruchy w kolanie są powiększone (jambe de polichinelle). Dla wyrównania tych ułożeń kręgosłup może uleść skrzywieniu bocznemu lub przedniotylnemu. Skutkiem zaniku m. naramiennego następuje rozdzielenie powierzchni stawowych; poniżej wyrostka barkowego występuje przestrzeń pusta, sam zaś staw staje się nader wiotkim. Hensch, Medin, Béclère równocześnie z porażeniem kończyn spostrzegali porażenie licowe, co łącznie z drgawkami wskazywać może na zajęcie mózgu. W porażeniu dziecięcym możemy mieć zapalenie istoty szarej rdzenia mózgu i nerwów obwodowych, co zresztą zdarza się w okresie ostrym np. w czasie epidemii sztokholmskiej, spostrzeganej przez Medin'a.

Rozpoznanie w okresie ostrym jest niemożliwe, gdyż początek zwiastuje raczej zapalenie opon lub chorobę zakaźną, później dopiero sprawa wyjaśnia się, gdy wystąpią porażenia i zaniki. Porażenie porodowe odróżnić łatwo, gdy kończy się wyzdrowieniem, gdy zaś sprowadza zaniki sięgnąć należy do wywiadów oraz oprzeć się w rozpoznaniu na umiejscowieniu w kończynach górnych. Porażenia pochodzenia mózgowego odrazu są połowiczne i występują na twarzy, nigdy natomiast nie są ogólne, aby następnie ograniczyć się do pewnych kończyn lub grup mięśni, wreszcie nie wywołują zaniku.

Zanik postępujący mięśni ma tę samą podstawę

anatomiczną co porażenie dziecięce, jest jednak chorobą przewlekłą i postępującą.

Stany porażenne w chorobie Pott'a, krzywicy, błonicy, opóźnione chodzenie w niektórych chorobach, zanik mięśni w chorobach stawów i t. p. odróżnić łatwo.

**ROKOWANIE.** W ostrym okresie porażenie dziecięce kończy się częściej śmiercią, niż sądzono, a w każdym razie powoduje wiele kalectw.

Są jednak postaci poronne, kończące się szybko zupełnym wyzdrowieniem (Kennedy, d'Espine, Medin).

Nawroty i obostrzenia zdarzają się: u dorosłych np., którzy przeszli porażenie dziecięce, występuje zanik mięśni. Pauly zwłaszcza w rozprawie swej (Lyon 1895) kładł nacisk na przebudzenie się zmian dawnych w ośrodkach nerwowych.

**LECZENIE.** W początkach, skoro możemy postawić rozpoznanie, porażenie leczyć należy jak każde ostre zapalenie rdzenia (bańki suche, przyżeganie, wezykatorye po obu stronach kręgosłupa), środki czyszczące, ergotyna (0,15—0,2 gr. dz.). Później stosujemy strychninę (0,001—0,002 w syropie), w ciągu 8—15 dni prąd stały (biegun dodatni na kręgosłup w części szyjnej, ujemny na kończynę porażoną) co 1—2 dni.

Skórę i mięśnie podniecamy przez rozcieranie, mięsienie, kąpiele solne i siarczane. Do wewnątrz tran. Niekiedy wskazana jest gimnastyka, a w celu uniknięcia zniekształceń ortopedyka, tenotomia, rezekcyja kości. Są to jednak tylko środki paliatywne, gdyż uleczalność porażenia dziecięcego jest bardzo ograniczona.

### I. Zanik mięśniowy rodzinny u noworodków.

Z ciemnej sprawy zaników mięśniowych u dzieci wyłaniać się zaczyna swoisty typ kliniczny, występujący u noworodków i cechujący się niezwykłą ciężkością

i szybkością). Pierwszy nań zwrócił uwagę Hoffman (D. Z. f. N. 1893) i dał mu nazwę: *atrophia muscularis spinalis chronica familiaris*. Wkrótce Marie zwrócił na pracę tę uwagę (Traité de méd. t. VI) i w ten sposób określa chorobę:

Choroba rozpoczyna się w pierwszym roku życia podostro lub przewlekle, najprzód występuje zanik kończyn dolnych, później tułowia, wreszcie górnych, szyi i karku, w stopniu najwyższym zajęte są mięśnie pleców, pośladków i zginacze uda, odruchy ścięgnowe zniesione, kurczów włókienkowych brak, częściowy zato lub całkowity odczyn zwyrodnienia występuje wyraźnie, zaburzeń w nerwach czucia w zwieraczach i nerwach czaszki brak, choroba kończy się śmiercią w ciągu pierwszych 4 lat życia. Na zwłokach znajdujemy zanik komórek zwojowych, rogów przednich i korzeni przednich, zapalenie nerwów obwodowych, zmiany te występują na całej długości rdzenia, symetrycznie. Znajdujemy również zmiany w pęczkach białych rdzenia (piramidalny, skrzyżowany, Türck'a, część środkowa pęczków bocznych). Dzięki symetryczności oraz rozlaniu zmian, odróżnić można tę chorobę od porażenia dziecięcego.

Od typu powyższego różni się przypadek opisany przez Mya i Liusada (Riv. di pat. nerv. 1898) i zbliża się raczej do grupy zaników samoistnych (patrz Arch. de méd. des enf. 1899). Dziewczynka 5 miesięczna przybyła do szpitala 23/III 1893 r. i zmarła po 4 dniach pobytu. Według słów matki, dziecko od 1½ miesiąca nie poruszało już kończynami, porażenie wkrótce objęło całe ciało, klatka piersiowa spłaszczyła się z boku i wystawała jak w krzywicy, głowa, nie podtrzymywana przez mięśnie, opadała. Dziecko urodziło się na czasie z matki, która w 20 roku życia przeszła chorobę ciężką i z ojca, który przeczy, aby przechodził przymiot, choć w wywiadach znaleziono 2 poronienia; brat chorej zmarł w 6 miesięcy z nieżyty płuc. Dziecko rozwinięte dobrze wa-



żyło 13 funtów, bez śladów krzywicy, zdrowe z czaszką normalną, mięśnie szyi miękie i wiotkie, mięśnie międzyżebrowe, grzbietu, brzucha i kończyn zanikłe, tkanka tłuszczowa obfita, odruchy ścięgnowe zniesione, odczynu na prąd brak, czucie zachowane, dziecko nie gorączkuje. Na zwłokach znaleziono zanik mięśni, głównie kończyn; badanie mikroskopowe: prążkowatość włókien zachowana, bujanie tkanki łącznej w bliskości naczyń, nerwy obwodowe bez zmian, w ośrodkach nerwowych również zmian żadnych.

Pod n. amyotrophie primitive progressive Haushalter (R. d. méd. 1898) opisał przypadek, podobny do przypadku Hoffmann'a. Dwuletnia dziewczynka zapisana została na klinikę 1/XI 96 r., pochodzi z rodziny zdrowej, babka ojczysta ma zapalenie zniepodabiające stawów. Dziecko zrodzone na czasie, karmione piersią później sztucznie. Nie chodzi, gdyż mięśnie kończyn dolnych zanikły, ustać również z tego powodu nie może, zanik obejmuje i kończyny górne, silnie otłuszone.

Przypadek Sevestre'a (Soc. de Péd. 1899) zbliża się więcej do przypadku Mya, niż Haushalter'a. 2½ mies. chłopiec z zupełnem porażeniem 4 kończyn, mięśni tułowia, szczególnie piersiowych, stąd cała czynność oddechania spada na przeponę, mięśnie szyi podtrzymują głowę dość dobrze, oczy ruchome, dziecko ssie i połyka dobrze, krzyczy słabo. Porażeniu towarzyszy zanik, acz dzięki grubemu pokładowi tłuszczu z trudnością stwierdzić go można, mięsień piersiowy wielki cienki i zanikły, klatka piersiowa zniekształcona, przekrój przedniotylny tworzy czworobok, klatka spłaszczona z przodu ku tyłowi, płaszczyna tylna szersza od przedniej z boku wkleśła, zapadnięcie to zwiększa się przy oddechu, a jednocześnie koniec mostka wysuwa się ku przodowi. Nie ulega wątpliwości, że zniekształcenie klatki piersiowej zależy od porażenia mięśni międzyżebrowych, piersiowych i grzbietowych i powstałej skutkiem tego przewa-

gi przepony. Od czasu do czasu występują napady z jękami, bezwładnością, rzęzzeniami i potami, napady trwają krótko (kilka minut lub godzin) lub dłużej i wystąpiły w 6 tygodniu. Rodzice zdrowi, przymiotu nie przechodzili, wysokoku nie nadużywali. Chory jest 6 z kolei, najstarsze (11 letni) i drugie dziecko zdrowe, 3-cie z kolei śród objawów podobnych zmarło w 3-cim miesiącu, 4-te, dziewczynka, bardzo nerwowa, piąte miało też same objawy, co 3-cie i zmarło w 5 miesiącu śród przekrwienia płuc. Szóste, po urodzeniu ważyło 8 f. Dodać należy, że dziecko trawi dobrze, karmione jest piersią, niema śladów krzywicy. Larat stwierdził zupełne zniesienie odczynu na prąd przerywany i odczyn zwyrodnienia, jak w porażeniu dziecięcym. Sevèstre skłania się ku rozpoznaniu porażenia dziecięcego, przypuszczając, że rozpoczęło się ono przed urodzeniem lub w pierwszych dniach życia.

Spostrzeżenie Sevèstre'a da się streścić jak następuje: dziecko 2 $\frac{1}{2}$  m., porażenie wiotkie od urodzenia z zanikiem mięśni w 4 kończynach, tułowiu, oszczędzające przeponę, napady z punktem wyjścia z opuszki, dwoje dzieci z tej samej rodziny zmarło śród objawów podobnych. Wczesne wystąpienie choroby, przebieg szybki, rozszerzenie sprawy zanikowej na wszystkie mięśnie, wreszcie wystąpienie u kilku członków danej rodziny — oto cechy główne tego spostrzeżenia.

Hutinel opisuje 2 przypadki podobne u noworodków, przeważało w nich porażenie kończyn dolnych; w obu przypadkach klatka piersiowa zniekształcona jak w przypadku Sevèstre'a. Przypuszczano wylew krwi do rdzenia, nie znaleziono go jednak na zwłokach jednego z dzieci.

Zbyt wczesnie było by wysnuwać ze spostrzeżeń powyższych wnioski, gdyż ilość ich jest zbyt mała i różnią się bardzo od siebie. Przypadek Hoffmann'a wyraźnie stwierdza wczesne wystąpienie choroby, obszar mięśni porażonych i wystąpienie w jednej rodzinie, ale

zmiany nie dotyczą wyłącznie mięśni, jak w przypadku Mya, przeciwnie znajdujemy je w rdzeniu i nerwach; w przypadkach Sevèstre'a brak badań anatomo - patologicznych.

Bądź co bądź, mojem zdaniem, tego rodzaju przypadki różnią się od zwykłego porażenia dziecięcego wiekiem wczesnym, szybkim przebiegiem nie wstecznym, a postępującym, zejściem śmiertelnem i zupełną nieuleczalnością. Być może, są i przypadki pośrednie między zanikiem mięśni rodzinnym noworodków i dzieci starszych (przyp. Haushalter'a).

Przypadek Concetti'ego (Arch. de méd. des enf. 1900) byłoby tego rodzaju przykładem. Dziewczynka 10 letnia, której brat miał ostre zapalenie rogów przednich z porażeniem, od dzieciństwa odczuwała osłabienie kończyn dolnych, później osłabienie to uogólniało się i powikłało zanikiem mięśni, mięśnie twarzy były zajęte na końcu, po mięśniach tułowia. Chora nie może stać, siedzieć, utrzymać głowy i jeść bez pomocy.

### J. Zanik postępujący mięśni.

Wielki neuropatolog francuski, Duchenne, dowiódł, że postępujący zanik mięśni, opisany przez niego u dorosłych, zdarzyć się może i u dzieci z przebiegiem jednak odmiennym. Landouzy i Déjerine, potwierdzając opis Duchenne'a, wypowiedzieli zdanie, że w większości przypadków choroba nie jest zapaleniem rdzenia, ale zanikiem mięśniowym swoistym, postępującym bez zmian w ośrodkach.

Hoffman (1892), a następnie Vernicke opisali zanik mięśni postępujący pochodzenia rdzeniowego u małych dzieci z zejściem śmiertelnem w ciągu lat pierwszych kilku, ze zmianami w rogach przednich i korzeniach. Dejerine i Sottas (Soc. de biol. 1893) opisali inną

postać zaniku mięśni pochodzenia nerwowego, cechującą się zanikiem postępującym kończyn z oznakami władu rdzenia, skrzywieniem bocznem i garbem oraz przerośnięciem pni nerwowych ręki.

Jak widzimy z tego p. n. zaniku postępującego mięśni u dzieci opisują równocześnie i choroby pierwotne mięśni, zapalenie przedniej części rdzenia podobnie jak u dorosłych (Charcot i Marie, R. d. méd. 1886) oraz rozsiaślane zapalenie nerwów.

PRZYCZYNY. Dotąd znamy 30 przypadków zaniku postępującego mięśni u dzieci, choroba więc zdarza się rzadko, jest dziedziczna i rodzinna (Duchenne, Th. d'agr. 1886). Pod tym względem zasługują na uwagę przypadki Duchenne'a; w jednej rodzinie znajdujemy: dziad zmarł z zaników, ojciec zapadł na nie w 48 roku życia, córka i syn w 5 roku, w innej znów jednocześnie trzech chorych; ale są też i przypadki, gdzie niepodobna stwierdzić dziedziczności.

Według Babińskiego i Onanowa zanikowi ulegają te mięśnie, które najpóźniej rozwijają się u płodu. Wszystkie te choroby mięśni (zanik, porażenie rzekomo-przerostowe, choroba Thompson'a), a być może i choroba Friedreich'a powstają, prawdopodobnie, na tle niedorozwoju.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Nie wchodząc w szczegółowy opis zmian w zaniku postępującym mięśni typu Aran — Duchenne'a, wspomnę, że w początku (1849) Duchenne wykluczył przypuszczenie, że jest to pierwotna choroba mięśni, choroba obwodowa i pod tym względem znalazł zwolenników w Aran'ie i Virchow'ie. Cruveilhier opisał zanik korzeni przednich rdzenia (1853), a później Hayem komórek rogów przednich (1869). Wistocie w większości przypadków u dorosłych znajdujemy zmiany układowe w ośrodkach. Wobec tego możemy postawić pewne granice między zanikiem mięśni u dorosłych i porażeniem zanikowem u dzieci, obie te choroby zależą od

zmian w rogach przednich rdzenia, ale sprawa u dorosłych jest przewlekła postępująca, u dzieci ostra. Zmiany są jednakie.

Co się tyczy zmian w zaniku pierwotnym mięśni Dejerine'a polega on na zaniku włókien mięsnych z następczem zwyrodnieniem tłuszczowem, nerwy zaś i rdzeń są zdrowe.

OBJAWY. W typie Duchenne'a, stwierdzonym później przez Landouzy i Déjeine'a na 4 członkach jednej rodziny, porażenie rozpoczyna się od mięśni twarzy. Między 5—6 rokiem życia rysy twarzy ulegają zmianie, powieki przymykają się szczelnie (zanik zwieracza), wargi są nieruchome i zwisają. stąd usta zamknąć się nie mogą, powoduje to dziwny wyraz twarzy przy mówieniu, śmiechu i krzyku, przy śmiechu policzki są wciągnięte, dziecko nie może gwizdać i źle wymawia dźwięki wargowe. Przy badaniu elektrycznością znajdujemy zanik i brak odczynu w m. m. zwieraczu powiek, unoszącym wargę górną i skrzydła nosa. Po kilku latach zanik przechodzi na tułów, kończyny górne i dolne. Skoro nastąpi raptem porażenie m. wdechowych sprawa szybko kończy się śmiercią. Rozwijając się stopniowo, choroba niszczy mięśnie częściowo i bez widocznego planu. Przebieg choroby jest powolny, początek uchodzi zwykle uwagi i dopiero dziwny wyraz twarzy zwraca naszą uwagę. Mięśnie kończyn (kłębu) zwykle są zachowane, mięsień dwugłowy ramienia skurczony (Landouzy i Déjerine).

Choroba trwa długo.

Prócz typu tworzo-ramienio-łopatkowego Landouzy i Déjerine'a, odpowiadającego typowi Duchenne'a znamy jeszcze typ Erb'a (D. Arch. 1884) jest to typ łopatkoramieniowy u młodzieży. Choroba rozpoczyna się od barku i ramienia, często po jednej stronie, najczęściej zajęte są m. m. piersiowy, czworoboczny, wielki grzbietowy, wielki zębaty, krzyżołędźwiowe i zginacze ramienia; mię-

śnie dłoni zachowane. Zwiotczenie ramienia odbija się wyraźnie od dobrze zachowanego mięśnia naramiennego i m. przedramienia, w mięśniach zanikłych nie znajdujemy odczynu zwyrodnienia, ani drgań włókienkowych. Między typem Erb'a a porażeniem rzekomo - przerostowem znajdujemy typy pośrednie i mieszane. Postać młodzieńcza ma przebieg powolny ze zwolnieniem, Erb widział 20 przypadków u osobników od 7—46 lat, po 20 roku choroby już się nie zaczyna, natomiast zanik Duchenne-Aran'a właśnie rozpoczyna się wtedy.

Charcot przypuszcza, że istnieje zupełne podobieństwo postaci młodzieńczej Erb'a do porażenia rzekomo-prerostowego (Pr. méd. 1885), co dowodzi między innymi, że u jednego osobnika jedne mięśnie są zanikłe inne rzekomoprzerosłe oraz występowanie rozmaitych typów u członków jednej rodziny. (Zimmerlin u jednego dziecka znalazł porażenie rzekomoprerostowe, u drugiego zaś z tej rodziny postać zaniku młodzieńczego).

Cenas i Douillet w tej samej rodzinie spotykali 2 przypadki zaniku pierwotnego mięśni (typ Landouzy) i w 1 typ Duchenne-Aran'a).

Z drugiej strony postać Duchenne Landouzy i Déjérine'a zbliżona jest co do twarzy do postaci Erb'a i Remak widział przypadek, w którym twarz była zajęta po mięśniach łopatkowo-ramieniowych. Wreszcie Leyden opisał postać dziedziczną, rozpoczynającą się od kończyn dolnych. Skutkiem tego Charcot zaniki postępujące mięśni podzielił w sposób następujący:

I. Amyotrophiae spinales		Scelerosis later. amyotrophica. Atrophia progr. Duchenne - Aran.
II. Amyotrophia pro- gressiva primitiva: myopathia progressi- va primitiva		Paralysis pseudohypertrophica. Typus juvenilis Erb. " infantilis Duchenne. " trausitorius Charcot. " heredit. Leyden.

**ROZPOZNANIE.** Musimy wykluczyć wszelkie choroby które mogłyby dawać na pozór objawy zaniku mięśni, rozróżnić postaci poszczególne, uciekając się do wywiadów i badania elektrycznością etc.

**LECZENIE** jest bezsilne, próbować można elektryzacji, mięsienia i środków higienicznych.

## H. Porażenie rzekomo-przerostowe.

Porażenie rzekomo-przerostowe tylko ze względów historycznych zaliczyć można do neuropatologii, w istocie zaś na zasadzie prac Eulenburg'a i Cohnheim'a, Charcota, Erb'a, Landouzy i Déjerin'a zarówno porażenie rzekomo-przerostowe jak i zanik postępujący mięśni u dzieci należy uważać za choroby pierwotne mięśni. Nie opisuję jednak tych chorób w dziale poświęconym chorobom mięśni dlatego, że z dziedziczności oraz z połączeń z innymi chorobami, wiąże się ściśle z całą neuropatologią. Pierwszy opis choroby zawdzięczamy Duchenne'owi (Ar. g. de m. 1868).

**PRZYCZYNY.** Porażenie rzekomo-przerostowe występuje częściej u chłopców, niż u dziewcząt, wielu autorów wskazuje na występowanie choroby u kilku członków danej rodziny oraz dziedziczność (rodzice z zanikami mięśni rodzą dzieci z porażeniem rzekomo-przerostowym). Choroba rzadko rozpoczyna się po 10 roku życia, częściej wcześniej, na 80 przypadków Eulenburg'a 45 rozpoczęło się od 5 lat i 22 od 6—10 lat, 8 od 11—16 i 6 po 16 roku życia, stosunek zaś chłopców do dziewcząt 4 : 1. Przyczyny przypadkowe nieznanne, Buss przypuszcza pokrewieństwo rodziców (Berl. kl. W. 1887).

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Badania na zwłokach, przeprowadzone przez Cohnheim'a (przyp. Eulenburga 1863), Charcot'a i Joffroy (Bérgeron'a — Arch. de phis. 1874),

Cornil'a i Brault'a (Soc. de hôp. 1880) dowiodły, że zarówno rdzeń jak i nerwy nie biorą udziału w sprawie. Przypadek Cornil'a dotyczył dziecka, którego brat był przedstawiony przez Bergerona w Soc. des hôp. i opisany w r. 1868 przez Duchenne'a. U chorego tego, zmarłego po 13 latach m. naramienne, dwugłowy, mięśnie uda i łydek były na pozór herkulesowe, a mimo to chory nie mógł chodzić i stał z trudnością. U obu braci zmiany były jednakowe: rdzeń, n. środkowy, udowy oraz zakończenia nerwów w mięśniach zupełnie normalne, a zakończenia nerwów znaleziono nawet tam, gdzie znikły już włókna mięśni. Mięśnie zachowały swą postać, były grube, ale bezbarwne i półprzezroczyste jak świeża słonina, pęczki włókien mięsnych w ilości bardzo nieznacznej, włókna zachowują prążkowatość, ale są cieńsze i otoczone obfitą tkanką tłuszczową, w więcej zajętych mięśniach pęczki włókien stanowią zaledwie  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{15}$  cz. mięśnia, resztę zaś tkanka tłuszczowa. Po za tem w samych włóknach nie znaleziono nic nienormalnego, w omięsny natomiast widzimy bujanie jęder. Mamy więc zastąpienie zanikłych włókien mięsnych przez tłuszcz, co stwierdzili Duchenne i Charcot, same zaś włókna mięsne są zdrowe zupełnie, Cornil zaś nie znalazł stwardnienia, jak chce Duchenne, ani też zgrubienia tkank łącznej w kawałkach mięśni wyciętych za życia. Nie dowodzi to wszakże, że stwardnienie nie istnieje w innych przypadkach i że tym sposobem nie ma racyi bytu nazwa: porażenie ze stwardnieniem mięśni.

OBJAWY. Choroba rozpoczyna się niedowładem w kończynach dolnych, dziecko zaczyna chodzić niezgrabnie, trzymając tułów ku tyłowi. W okresie tym mamy pewne lenistwo mięśni i niedomogę czynnościową, później dopiero występuje rzekomy przerost mięśni; mięśnie łydek grubieją i twardnieją jak drzewo lub kamień. Zgrubienie mięśni może przejść na udo, pośladki, m. naramienne i dwugłowe, a nawet na większość mięśni, skut-



kiem czego dzieci mogą być podobne do Herkulesa farnezyjskiego. Nie zawsze tak bywa, Charcot bowiem spostrzegł jednoczesny przerost rzekomy kończyn dolnych i zanik mięśni kończyn górnych. Objawem głównym pozostaje niedomoga mięśniowa, przerost lub zanik mają znaczenie drugorzędne.

Charcot opisał postaci przejściowe między porażeniem przerostowem a zanikiem postępującym mięśni u dzieci (typ Erb'a lub Déjerina).

Mięśnie ulegają przerostowi w ciągu 1—18 miesięcy, w tym stanie choroba trwa 2—3 lat lub dłużej, wkrótce jednak porażenie przechodzi na mięśnie kończyn górnych przez co stan ogólny pogarsza się znacznie, gdyż dziecko wtedy nie może stać ani chodzić i podnosi się z wysiłkiem przy pomocy kończyn górnych.

Niekiedy przerost rozpoczyna się od pośladków (Mahot) lub też m. trzygłowego (Bourdel R. de m. de l'enf. 1885) lub też przerost ogranicza się do łydek, mimo to Weir-Mitschel widział przerost mięśni języka, twarzy i skroni. Mięśnie przednio-zewnętrzne podudzia, piersiowe, czworoboczne i szyi są zawsze zdrowe. Skrzywienie kręgosłupa w położeniu na grzbiecie znika.

Podczas stania dziecko waha się, aby utrzymać równowagę, usiłowania te są trudniejsze, gdy trzymać dziecko za rękę (Bourdel).

W wyjątkowych wypadkach mięśnie zamiast stwardnieć — miękną. W każdym razie różnica między mięśniami przerosłymi a pozostałymi jest wysoce charakterystyczna. Zdarza się, że część mięśnia jest przerosła, druga zaś nie. Czucie zachowane, kurczliwość elektryczna osłabiona. Chód swoisty: dziecko chodzi na palcach i suwa się, stopa—końska, niekiedy szpotawa.

Duchenne przypuszczał możliwość wyleczenia za pomocą elektryzacji w okresie początkowym, śmierć jednak jest zejściem zwykłym i jest wynikiem wyniszczenia lub choroby przypadkowej, chorzy umierają w 15

roku życia, rzadko w dwudziestym, to też rokowanie jest złe.

**ROZPOZNAWANIE.** Atletyczny przerost mięśni przy jednoczesnem ich osłabieniu pozwala na szybkie postawienie rozpoznania, trudniej postawić je tam, gdzie mamy tylko osłabienie lub zanik i odróżnić tę postać od innych zaników. Rozpoznanie różniczkowe otyłości jest łatwe, o chorobie zaś Tompsen'a pomówimy niżej.

**LECZENIE.** Mimo zaprzeczeń Duchenne'a prąd przerywany bardzo małe daje wyniki. Mimo to stosować należy prąd stały i przerywany, mięsienie, natryski, środki wzmacniające, gdyż nawet polepszenie chwilowe będzie wielkim tryumfem.

### G. Choroba Thompsen'a.

Choroba, opisana najprzód przez Thompsen'a (Arch. f. Psych. 1876), później przez Erb'a (1886), Strümpel'a, Westphal'a, Raymonda i Déléage (These Paris 1890), polega na stężeniu lub kureczach mięśniowych w początku ruchu dowolnego, zaburzeniach psychicznych i nadmiernym rozwoju tkanki mięsnej przy jednoczesnem osłabieniu siły mięsnej (cecha wspólna z porażeniem rzekomo-przerostowem).

**PRZYCZYNY.** Choroba Thompsen'a jest rodzinną i dziedziczną, stoi w bliskim pokrewieństwie do innych chorób nerwowych, ulegają jej licznie dzieci tej samej rodziny, przeważnie chłopcy. Erb przytacza drzewo genealogiczne rodziny, w której chorobie tej podległy 4 pokolenia. Dziedziczność może być bezpośrednia, częściej jednak u wstępnych znajdujemy padaczkę, obłąd, migrenę, skazę moczanową.

Na 46 przypadków w 33 choroba rozpoczęła się u małych dzieci, w 11 u starszych, w 2 u dorosłych (20 i 24 roku). Do przyczyn przypadkowych zaliczają:

wzruszenie, przestrasz, zmęczenie, samogwałt, w każdym razie pewną jest rzeczą, że wzruszenia potęgują objawy choroby.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. W cząstkach mięśni, wyciętych za życia, Raymond i Déléage stwierdzili tak jak Erb bujanie jąder i zarodki oraz jamy we włóknach mięsnych. Na przekroju poprzecznym widzimy, iż włókienka są nierówne, nadzarte lub zniszczone przez ciało miękkie, ziarniste, źle barwiące się karminem i mocno brunatną barwą Bismarka — zarodki. Mamy jednym słowem powrót do stanu zarodkowego, co objaśnia nam osłabienie mięśni. Wynika z tego, że choroba omawiana jest chorobą mięśni jak porażenie rzekomo-przerostowe, jest to jednak choroba mięszoza, którą można przeciwstawić chorobie śródmięszozej — stwardnieniu Duchenne'a.

OBJAWY. W początku ruchu dowolnego raptem występuje kurcz mięśni, utrudniający ruch i znikający przy wysiłku, chory więc może chodzić, ale dopóki się nie zatrzyma i nie zmieni rytmu ruchów. Kurcz, trwający krótko (kilka sekund lub minut), jest bezbolesny lub mało bolesny, przeważnie występuje w pewnych grupach mięśni, szczególnie uda, dochodzi nieraz aż do tęcza i chory upada jak twarda kłoda. W kończynach górnych znajdujemy utrudnienie w dotykaniu i trzymaniu przedmiotów. Odpoczynek i upał zmniejszają kurcze, zimno i wzruszenia wzmagają.

Mięśnie są zgrubiałe, w przypadku Erb'a 14 letni chłopiec miał mięśnie herkulesowe, przy twarzy małej, wogóle dzieci są podobne do olbrzymów małych. Częstość jednak znajdujemy zaniki częściowe, będące w sprzeczności z przerostem innych okolic jak w porażeniu rzekomo-przerostowym. Mięśnie chore są twardsze, niż normalnie. Czucie, odruchy i czynności zwieraczy zachowane. Jeżeli dziecko nie chodzi na palcach, jak w porażeniu rzekomo-przerostowym i brak swoistego ułoże-

nia, spotykamy jednak skrzywienie kręgosłupa, przejściowe. Wreszcie spotykamy zaburzenia psychiczne.

Przy badaniu elektrycznością Erb stwierdził odczyn miotoniczny, pobudliwość mechaniczną nerwów ruchowych jest zmniejszona, mięśni zaś wzmożona, pobudliwość elektryczna nerwów bez zmiany, mięśni nieco zwiększona, prąd stały wywołuje w mięśniach skurcze drętwę, toniczne i dość długotrwałe. Choroba nie jest śmiertelna, ale jest kalectwem nieuleczalnym.

**ROZPOZNANIE.** Od porażenia rzekomo-przerostowego choroba Thompsen'a różni się obecnością kurczów tępcowych i swoistym chodem, od histeryi odróżnić ją łatwo.

**LECZENIE.** Mięsienie, gimnastyka, elektryczność i natryski.

### **M. Bezład dziedziczny, choroba Friedreicha.**

Friedreich (Heidelberg 1861) pierwszy opisał chorobę rdzenia, zbliżoną nieco do uwiądu, różną jednak ze względu na przyczynę, przebieg i zmiany anatomiczne (Arch. Virch. 1863).

**PRZYCZYNY.** Choroba Friedreicha, czyli bezład dziecięcy jest chorobą dziedziczną i rodzinną. Friedreich przytacza 10 przypadków w 2 rodzinach w pierwszej pracy, w drugiej—3 siostry. Dziewczynki ulegają chorobie tej częściej.

Choroba rozpoczyna się u dzieci starszych w 8—11 roku, czasami później. Rook (New-York) w jednej rodzinie widział 4 dzieci chorych około 11 roku życia (Méd. mod. 1890). Przymiot nie odgrywa tu żadnej roli, często, ale nie zawsze, spotykamy dziedziczność neuropatyczną.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Zmiany w rdzeniu są zbliżone do zmian w wiądzie, również znajdujemy je w pęczkach tylnych, zamiast jednak w warstwie promienistej zewnętrznej, znajdujemy je w pęczkach Goll'a, Bourda-

ch'a i słupach Clarke'a. Po za tem, według prac nowszych (Déjerine i Létulle, Méd. mod. 1890)—stwardnienie rdzenia, wychodzące nie z naczyń, a z gleju, podobne do stwardnienia, wykrytego przez Charhn'a (Soc. de biol. 1889) w padaczce. Pod drobnowidzem widzimy włókienka skręcone pasmami między resztami włókien ocalałych nerwowych oraz komórki gleju.

Stwardnienie gleju czyli gliozą jest niedorozwojem dziedzicznym, pochodzi z zewnętrznego listka blastodermy, podczas gdy stwardnienie zwykle ze środkowego. Jak widzimy Déjerine i Letulle uważają chorobę Friedreich'a jako bujanie ogniskowe gleju pęczków tylnych. W zbadyanych dotąd przypadkach znajdowano je w pęczkach Goll'a, Burdach'a i słupach Clarke'a, w korzeniach tylnych i pasie Litauer'a; pęczki jednakże są zdrowe, w pęczkach bocznych znaleziono stwardnienie, pochodzące z opon; opony w tylnej części — zgrubiałe. Znaleziono również wrodzone zwężenie z. dwudzielnej. Innemi słowy niedorozwój rdzenia wywołać może zmiany w innych narządach. Friedreich opisywał zapalenie n. podjęzykowego, czem tłómaczy się bezład języka. Tam, gdzie wystąpi drżenie gałek ocznych i zmiany w nerwie, należy przypuszczać uszkodzenie opuszki. Tam, gdzie występują bóle i zanik mięśni (Déjerine, Soc. de biol. 1890), przypuszczać należy zmiany w korzeniach i nerwach lub zapalenie nerwów obwodowych.

OBJAWY. Choroba rozpoczyna się skrycie, objawów przedbezlądowych (bóle strzelające, zaburzenia wzrokowe, pęcherzowe, żołądkowe) brak. Pierwszym objawem jest bezwład ruchowy. Dziecko staje się niezgrabnem i słabem, odczuwa trudności przy chodzeniu i zachowaniu równowagi, szczególnie w ciemności, ale w stopniu mniejszym, niż w władzie. Głowa ulega wahaniom, mowa powolna z przestankami. Odruchy ścięgnowe zniezione, ale czucie zachowane, czucie mięśniowe zachowane, zaburzeń odżywczych brak, odczyn na prąd — normal-

ny. Stopy szpotawo-końskie, mamy wtedy bezład statyczny (Blocq., Soc. clin. 1888). Po podniesieniu dziecko nie może utrzymać nogi nieruchomo. Kończyny dolne rozwijają się powoli, osobnik rośnie powoli i długo zachowuje wygląd dziecka. Często znajdujemy garb i skrzywienie boczne kręgosłupa oraz drżenie gałek ocznych. Władze umysłowe zachowane lub nieco upośledzone.

Według Déjerine'a chód jest pośredni między wiądem a chorobami mózdzka. Przytacza on dwa przypadki (brat i siostra), w których czucie było upośledzone, a mięśnie zanikły, zachowanie więc czucia nie jest *conditio sine qua non* choroby Friedreich'a, tembardziej, że w wielu przypadkach wspomniano o bólach błyskawicznych i lekkich zaburzeniach czucia. Zmiany te pochodzą od zmian w korzeniach i nerwach obwodowych.

Choroba bezpośrednio nie zagraża życiu, wlecze się za to bez końca, leczenie dotąd nie wywiera wpływu na jej przebieg. Rokowanie jest poważne.

**ROZPOZNANIE.** Bezład dziecięcy od dziedzicznego odróżnić łatwo. Jeżeli w bezładzie dziedzicznym, tak jak i wiądzie chory chodzi jak żołnierz pruski na przegładzie, gdy odruchy ma zniesione, różni się jednak ruchami atetotycznymi w czasie pokoju, stopą końską, skrzywieniem kręgosłupa, drżeniem gałek ocznych, brakiem zaburzeń czuciowych, opuszkowych i w stawach oraz zaniku n. wzrokowego. Stwardnienie wieloogniskowe u dzieci zdarza się wyjątkowo.

**LECZENIE** nie różni się od leczenia w wiądzie i innych stwardnieniach rdzenia: przyżegania po obu stronach kręgosłupa, elektryzacja, mięsienie, natryski, do wewnątrz lapis (0,1—0,5).

#### **N. Wiąd rdzenia.**

Wiąd rdzenia zdarza się bardzo rzadko, spostrzegano go jednak (3 razy Remak, 1 — Strümpel, 1 — Mendel,

1—Bloch). Dydyński (1900) opisuje przypadek wiądu u 8 letniego chłopca chorego od lat 5 z nietrzymaniem i zatrzymaniem moczu, oznakami Romberg'a i Argyll-Robertsona, zniesieniem odruchów kolanowych bez zaniku wszakże mięśni i bezładu; bóle błyskawiczne, czucie opaczne w kończynach dolnych, miejscowo hypaesthesia i hypalgesia. Dziecko nie przechodziło przymiotu dziedzicznego ani chorób zakaźnych, ale ojciec miał przymiot i objawy początkowe wiądu; przed urodzeniem chorego matka rodziła 5 razy, później 3 zdrowych dzieci. Dydyński zwraca uwagę, że przymiot znajdowano u wstępnych wszystkich dzieci z wiądem, uważać więc go należy za przyczynę. W wiądzie dzieci choroba rozpoczyna się zaburzeniami pęcherzowemi, poczem występują objawy wzrokowe i czuciowe, bezład zaś późno lub wcale.

#### **O. Wiąd kurczowy. Porażenie rdzeniowo-kurczowe. Choroba Little'a.**

P. n. wiąd kurczowego (Charcot), porażenia rdzeniowego kurczowego (Erb) opisują zbiór objawów, częstszych u dorosłych, ale dość częstych i u dzieci; d'Heilly, Strümpel, d'Espine i Picot, Samuel Gee, Hadden i Ross przytaczają szereg odnośnych spostrzeżeń. Z tych spostrzeżeń, różniących się od siebie, wyodrębniono typ kliniczny, zwany chorobą Little'a.

Choroba Little'a jest porażeniem kurczowem poprzecznem i wrodzonym 4 kończyn, wyraźniej występującem w kończynach dolnych, głównie u dzieci niedoświadczonych, cechującem się więcej kurczem, niż porażeniem; w chorobie tej nie zdarzają się drgawki, brak zbroczeń w inteligiencyi, jest ona zresztą prawie uleczalna, a przynajmniej liczyć można na stopniowe polepszenie.

PRZYCZYNY. Istotnej przyczyny choroby nie znamy,

zdarza się ona od urodzenia lub w pewnych latach życia (w przypadku Heille'go dziecko miało 8 m. R. m. d. l'enf. 1888). Za przyczynę podawano poród przedwczesny, urazy w czasie porodu (kleszcze), przeziębienie, wady rozwojowe mózgu, pokrewieństwo rodziców, dziedziczność neuropatyczną. Wogóle wiał kurczowy może być wyrazem zmian różnorodnych w układzie nerwowym, nie jest więc ściśle wyosobnioną chorobą.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Jeżeli porażenie kurczowe zależy od zmian w rdzeniu, znajdujemy zmiany w pęczkach bocznych, gdyż w stwardnieniu zstępującem po sprawach ogniskowych w mózgu znajdujemy objawy kurczowe, przypominające wiał kurczowy. To też Dreschfeld przypuszcza, że jest to stwardnienie symetryczne pęczków bocznych (kongres w Londynie 1881), natomiast Raymond poddał krytyce ogłoszone 14 oględzin pośmiertnych i twierdzi, że ani jeden nie może być dowodem, że mamy tu do czynienia z pierwotnem układowem stwardnieniem pęczków bocznych. W istocie mamy wiele faktów negatywnych: tu znajdujemy zdrowe pęczki boczne, tam stwardnienie rozsiane, owdzie stwardnienie opuszki (Espine i Picot). Mya i Levi u 20 miesięcznego dziecka znaleźli niedorozwój pasa Roland'a, przypuszczają więc, że choroba jest pochodzenia mózgowego. Strümpel u 10 letniej dziewczynki za przyczynę uważał wodogłowie, Hadden również zmian pierwotnych dopatruje w mózgu, zmiany zaś w rdzeniu uważa za wtórne, Ross spostrzegł dziury w mózgu z brakiem pęczków bocznych. Philippe i Cestan wreszcie w 4 przypadkach znaleźli zdrowe pęczki piramidalne (Soc. de biol. 1897).

OBJAWY. Główne zmiany ogniskują się w narządzie ruchowym, inne czynności zachowane, odczyn na prąd normalny. Choroba polega na stałych, rozwijających się stopniowo przykurczeniach, sprowadzających niemoc. Chód utrudniony, skaczący, na palcach, skutkiem skurczu rozsuniecie



nóg utrudnione, skurcz ten występuje napadami, słabnie lub wzmacnia się, szczególnie przy wzruszeniach. Przy podnoszeniu nogi mamy drganie, odruchy ścięgnowe wzmożone. Po dłuższym czasie nogi ulegają stałemu przykurczeniu w zgięciu, układają się na krzyż i wyprowadzone z tego ułożenia wracają doń zaraz, układ stopy szpotawo-koński. Przykurczenie przechodzi następnie na brzuch.

Przy staniu skurcz wzrasta, kończyny w położeniu ksobnem, jedna stopa przed drugą, chód w tych warunkach niemożliwy. Niekiedy mięśnie nóg są wiotkie, ale, gdy dotknąć się ich lub dziecko zechce chodzić, występuje skurcz, uniemożliwiający ruchy. Kończyny nie są zanikłe, odżywione dobrze.

Później przykurczenie staje się stałym i nawet w końcu przejść może na kończyny górne. Wzmożenie odruchów poprzedza przykurczenia i trwa dalej nawet po przejściu. Ze strony pęcherza zmian żadnych. U dzieci małych opisywano drgawki, chorzy są nierozwinięci, zaczynają mówić późno, znajdujemy asymetryę czaszki etc. Choroba może trwać długo, sprowadzając kalectwo nieuleczalne, kończy się śmiercią skutkiem powikłań gruźlicą.

Rozpoznanie jest łatwe, gdyż objawy głównie są środkowane w kończynach dolnych, różnią się tem od porażień kurczowych mózgowych, które są połowiczne, a nie poprzeczne. Trudniej odróżnić chorobę tę od zapaleń przewlekłych rdzenia, a nawet histeryi. Pamiętać należy, że choroba Pott'a skutkiem ucisku na rdzeń może wywołać porażenie poprzeczne kurczowe, znajdujemy tam jednak garb, zaburzenia pęcherzowe i kiszkowe. Stwardnienie boczne z zanikiem mięśni (Charcot) powstaje w rogach przednich i wywołuje zanik, w bezładzie dziedzicznym mamy drżenie gałek ocznych, bezład i brak odruchów, powstaje stwardnienie wielogniskowe, zdarza

się ono rzadko, było ono jednak przyczyną omyłki w przypadku Erb'a i Charcot'a.

LECZENIE. Erb uzyskał wyleczenie, stosując w I przypadku prąd stały, Charcot natomiast nie widział wyniku po stosowaniu prądu, przyżegań i hydroterapii. Bromek potasu koi kurcze, ale ich nie usuwa, w tym samym celu podajemy antipirynę. Ruchy bierne, wyrabianie mięśni, gimnastyka szwedzka są wskazane, a Vincent zaleca ortopedyę: tenotomia zwykła lub boczna z unieruchomieniem. Pod chloroformem przekonać się możemy czy ułożenie wadliwe jest następstwem przykurczeń, czy skróceń ścięgna, resekcya w tym ostatnim razie jest wskazana. Zalecano trycykl (1898).

---

Niektórzy utożsamiają wiađ kurczowy z chorobą Little'a. Brissaud wyodrębnia tę ostatnią i uważa ją za porażenie kurczowe poprzeczne swoiste i wrodzone, wyleczalne do pewnego stopnia i zależne od niedorozwoju lub rozwoju opóźnionego pęczków przedniobocznych rdzenia. W jednym ze swych wykładów (Soc. méd. 1897) Raymond dochodzi do następujących wniosków:

„Fakt przedwczesnego porodu nie ma znaczenia w chorobie Little'a, główną przyczyną są zmiany przed urodzeniem lub skutkiem ciężkiego porodu. Uszkodzenie to powoduje powstrzymanie w rozwoju pęczków piramidalnych zależnie od tego czy znajduje się lub nie u ich wyjścia; zarówno niedorozwój pęczków jak i stężenie są następstwem zmian w mózgu. Kurcz może trwać bez niedorozwoju pęczków bocznych, nie zależy więc od nich“.

#### **P. Stwardnienie wielogniskowe.**

Stwardnienie wielogniskowe jest zapaleniem śródmiąższowem ośrodków nerwowych, występującem bez

określonego porządku, ogniskami rozsianymi w rdzeniu, opuszcze i mózgu. Choroba była zbadana przez Cruveilhier'a, Charcot'a i Vulpian'a (1866), Ordenstein'a (1867), Bourneville i Guérarda (1869) u dorosłych, u dzieci opisał ją Marie (1883), Unger i Moncorvo (1887).

PRZYCZYNY. Choroba bardzo rzadko zdarza się u dzieci, z trudnością zebrać można zaledwo 20 istotnych przypadków. Frerichs na zasadzie tego, że w jednej rodzinie spostrzegł 2 przypadki, przypisuje ją dziedziczności, świeżo Eichhorst (Arch. f. path. Anat. 1898) przytacza również przypadek stwardnienia wieloogniskowego u dziecka, którego matka zmarła z tej samej choroby, w obu przypadkach dokonano oględzin pośmiertnych.

W wielu razach stwierdzono wpływ chorób zakaźnych np. wysypek, duru, błonicy, krztuśca być może i przymiotu (Pick i Kahler, Marie), u innych znów chorobę przypisywano przeziębieniu, urazowi, przepracowaniu, silnemu wzruszeniu, ostatnie te jednak przyczyny nie odpowiadają teorii Marie'go, który zaznacza: „stwardnienie wieloogniskowe jest w związku ścisłym z chorobami zakaźnymi“; drobnoustroje mogą ją wywołać, albo przez zatory, albo też skutkiem zatrucia jadami.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Opony zwykle są zdrowe, w całym zaś ośrodku nerwowym znajdujemy rozsiane ogniska. Dzięki większemu skupieniu ognisk odróżniamy postaci: mózgową, rdzeniową i mózgodzeniową. Ogniska są różnej wielkości, zwykle drobne, barwy sinawej, twardsze od tkanki otaczającej, mogą one występować w korzeniach oraz pniach nerwów rdzeniowych. Pod mikroskopem w zbitej tkance gleju znajdujemy ciała ziarniste, niszczące otoczkę myelinową, ale zachowujące włókienka osiowe. Zwyrodnienia wtórnego nie bywa. Ściany naczyń są stwardniałe skutkiem zapalenia błony zewnętrznej i stąd właśnie wychodzi sprawa zapalna, jak gdyby pod działaniem krążących we krwi jądów.

**OBJAWY.** Choroba rozpoczyna się wolno i głucho ociążałością i mrowieniem w kończynach i osłabieniem nóg, a następnie i rąk. Od czasu do czasu dziecko mie-wa zawroty i bóle głowy, zaburzenia wzrokowe, drżenie gałek ocznych. Wkrótce w kończynach, języku i głowie występuje drżączka przy ruchach dowolnych, wzrastając przed samem wykonaniem ruchu, skutkiem czego dziecko nie może jeść i pić bez pomocy. Mowa powolna, skandowana. W zwieraczach, czuciu i władzach umysłowych zaburzeń nie ma. Przebieg choroby przewlekły, przerywany polepszeniem lub pogorszeniem czasowem, po upływie lat jednak chorzy zmuszeni są pozostawać w łóżku.

W końcu rozwijają się przykurczenia stałe i stężenie w położeniu wyprostnem, chory chudnie, mie-wa biegunkę i umiera z charłactwa. Rokowanie złe.

**ROZPOZNANIE.** Drżączka porażenna zdarza się u dorosłych, a drżenie trwa i w czasie spokoju. Wiąd rdzenia wywołuje bólebłyskawiczne, bezład, zniesienie odruchów kolanowych. Choroba Friedreicha jest nieco zbliżona z objawów do stwardnienia, nie wywołuje wszakże przykurczeń, znosi odruchy, a wywołuje skrzywienie kręgosłupa. Stwardnienie mózgu jest do pewnego stopnia podobne do stwardnienia wielogniskowego, różni się jednak porażeniami umiejscowionemi (najczęściej porażenie połowiczne).

**LECZENIE.** Środki odciągające na kręgosłup, jodek potasu i wcierania rtęci.

#### **Q. Drżączka porażenna.**

Choroba Parkinson'a zdarza się głównie u dorosłych i w starości, spostrzegano ją wyjątkowo u dzieci; Rou-villois (Lyon 1899) podaje w swej rozprawie to, co dotąd wiemy o tej chorobie u dzieci. Wskazywano na

przestrach, wzruszenia, gościec, odrę (Lannois) i t. p. jako na przyczynę choroby.

Objawy wystąpić mogą przed dojrzałością płciową w 3 roku (Huchard), 2 (Lannois), 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> (Weil i Rouvillois) lub po 15 roku życia. W wielu razach stwierdzono obarczenie dziedziczne oraz występowanie rodzinne (Clairici i Medea 4 dzieci na 10).

Choroba rozpoczyna się gwałtownie lub powoli od kończyn górnych, drżenie może być jedno lub obustronne, następnie stężenie kończyn, twarz nieruchoma, tremulacja, powolna mowa, objawy naczynioruchowe, skłonność do zadumy. Przebieg powolny i długotrwały.

Od histeryi drżączka różni się brakiem piętna, płasawica wywołuje ruchy bezcelowe, drżączka dziedziczna nie wywołuje stężenia kończyn. Trudniej rozpoznać ją od diplegii pochodzenia mózgowego, porażenia rzekomopuszkowego, guzów mózgu, choroby Friedreicha, stwardnienia wieloogniskowego.

Leczenie daje te same wyniki ujemne jak u dorosłych, zalecany życie higieniczne, świeże powietrze, pobyt na wsi, hydroterapię, szczególniej prześcieradła (1/4 do 1/2 godziny rano).

## R. Guzy rdzenia.

Guzy mogą wychodzić z opon, rdzenia, tkanki łącznej i kości.

Gruźelki. Gruźlica bardzo często rozwija się w oponach rdzenia, częściej, niż myślimy, gdyż w większości przypadków nie otwieramy rdzenia. Gruźelki znajdujemy w oponie miękiej i pajęczej; w chorobie Potta rozwija się zapalenie opony twardej ze stwardnieniem, wywołującym ucisk rdzenia (Charcot i Michaux), ucisk powstać może również skutkiem nagromadzenia mas serowatych w oponie miękiej. Wreszcie znajdujemy

w rdzeniu gruzelki pojedyncze, rzadziej wszakże, niż w mózgu. Gruzelki zwykle znajdują się w rdzeniu wtórnie, zdarzają się jednak pierwotnie w istocie szarej lub białej na różnej wysokości. Wymiary ich od grochu do orzecha, postać kulista, jajowata lub płaska, skupienie twarde lub miękie. W sąsiedztwie gruzelka rdzeń ulega rozmięczeniu, uciśnięciu, uwięźnięciu, spotykamy niekiedy ogniska krwotoczne (Marfan), jak również zapalenie żył opony miękiej, zwyrodnienia wtórne, zapalenie opon etc.

**Ziarniniaki przymiotowe.** Przymiot dziedziczny rdzenia może wystąpić w postaci rozlanego zapalenia opon i rdzenia oraz gumatów w rdzeniu, a szczególnie oponach. Spotykamy niekiedy zapalenie opony twardej ze zrostami opon między sobą i opon z rdzeniem. Game widział rozlane zrosty, uciskające rdzeń, wywołujące zniekształcenie i ucisk.

**Mięsaki.** Guzy złośliwe mogą wystąpić w rdzeniu i oponach oraz kościach, tworzą one niekiedy guzy grzybowate na zewnątrz rdzenia.

**Tłuszczaki** spotykamy u dzieci małych i noworodków nawet, tworzą się one w tkance łącznej otaczającej rdzeń, w oponach miękiej i pajęczej i zajmują na wysokość kilka kręgów, tłuszczaki zwykle są otorbione i nie uszkodzają rdzenia. Głównie umiejscawiają się w okolicy krzyżolędźwiowej, wystają niekiedy nazewnątrz ku tyłowi.

Z innych guzów spotykamy wyjątkowo ropnie, pęcherze bąblowca i t. p.

Wszystkie te guzy mogą przebiegać skrycie i znajdujemy je wypadkowo na zwłokach lub też objawy są ukryte, skutkiem jednoczesnego wystąpienia zapalenia opon. Gdy osiągną pewnej wielkości wywołują objawy swoiste: bóle skutkiem ucisku korzeni, mrowienie, znieczulenia, kurcze, wstrząśnienia, przykurczenia, stężenie karku, porażenie postępujące, niekiedy nagłe porażenie

poprzeczne początkowo wiotkie, później z przykurczeniami, odleżyny, zanik mięśni. Zwykłym zejściem jest śmierć. Objawy powyższe wyraźnie wskazują na ucisk rdzenia. W chorobie Little'a zwieracze są zachowane, ogranicza się ona do stężenia kurczowego bez zaburzeń odżywczych. W histeryi mamy piętna histeryczne. Zapalenie ostre rdzenia rozpoczyna się gwałtownie, a zaburzenia odżywcze występują wcześniej. Skoro postawimy rozpoznanie ucisku rdzenia należy znaleźć przyczynę (gruźlica, mięsak, przymiot etc.), zwracając uwagę na okoliczności towarzyszące uciskowi; na zasadzie objawów możemy określić i wysokość, gdzie się guz znajduje. Jeżeli zmiany wystąpią po jednej stronie, przypuszcza należy guz uciskający jedną stronę rdzenia.

Przy leczeniu zawsze wypróbować należy jodek potasu i rtęć, gdy nie pomagają -- pozostaje leczenie objawowe. Chirurgia dotąd nie zawsze daje wyniki dobre.

### S. Rozszczepienie kręgosłupa.

Nazwą spina bifida, hydrorrhachis oznaczamy przepuklinę rdzenia i jego opon z płynem mózgowordzeniowym, wychodzącą przez szczelinę w łukach kręgowych.

PRZYCZYNY. W jednej i tej samej rodzinie spotykamy nieraz kilka przypadków rozszczepienia kręgosłupa lub innych braków w rozwoju (wodogłowie, zez, stopa szpotawa). Opierając się na nauce o rozwoju z łatwością możemy wyjaśnić pochodzenie choroby, niewątpliwą jest rzeczą, że rozszczepienie kręgosłupa polega na niedorozwoju kręgosłupa. Według Lannelougue'a przyczyną jest sprawa owrządzająca, przeszkadzająca zrósnięciu kręgow, Cruveilhier przypuszcza zróst błon z jajem. Znajdywano niekiedy wyrosła kostne, wystające do kanału kręgowego, spostrzegano również włókniaki, tłuszczaki, naczyniaki. W nowo wydanej pracy Ballantyne (Arch.

d. m. de l'enf. 1898) wykazał związek rozszczepienia kręgosłupa z wrodzonym opadnięciem macicy.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Sprawa umiejscawia się głównie w okolicy lędźwiowej, rzadziej w okolicy szyi; u jednej dziewczynki (Comby) widziano jednocześnie wodogłowie i rozszcep kręgosłupa w okolicy szyi. Kręgi grzbietowe rzadko ulegają rozszcepowi. Rozszcep najczęściej jest pojedynczy i mały, wyjątkowo wielki, przepuklina siedzi na podstawie szerokiej, rzadziej na szypule, ta ostatnia zdarza się głównie na szyi; przepuklina zwykle bywa okrągła lub jajowata, rzadziej płaska lub niąrówna. Skóra nad nią może być normalna, zgrubiała, zcieniała i t. p., niekiedy ulega owrzodzeniu. W jednym przypadku Kirmisson stwierdził śluzaka w oponie twardej. Tej ostatniej może brakować. Płyn jest surowiczy przezroczysty, zasadowy lub obojętny, zawiera dużo chlorków, niekiedy mętnieje, zawiera krew i białko, znajduje się w nim cukier. Płyn mieści się w jamie pajęczej na zewnątrz rdzenia lub też w kanale rdzeniowym w pierwszym wypadku mamy przepuklinę rdzeniową zewnętrzną, w drugim—wewnętrzną, może wystąpić tylko przepuklina opon bez udziału rdzenia, częściej wszakże w worku znajdujemy rdzeń, który skręca się w nim, przyrastając w jednym miejscu lub też kończy się w przepuklinie jednostajną masą albo licznymi powrózkami. Na zewnątrz znajdujemy niekiedy na miejscu przyczepu rdzenia wciągnięcie pępkowate. Nerwy tworzą w przepuklinie pętle lub też kończą się jak rdzeń.

Rozszczepienie rzadko występuje w jednym kręgu, częściej w 3—4, długość jego jest mniejsza niż szerokość, otwór kostny może zarosnąć, a wtedy pozostaje istotna torbiel.

OBJAWY. Guz siedzi na linii środkowej, jest przezroczysty lub nie, skóra pęknąć może przed lub po urodzeniu, porównywano go do pomidora, często znajdujemy chełbotanie, rzadziej guz bywa twardy, na obwodzie guza



wyczuwamy brzegi rozszczepionych łuków. Guz daje się odprowadzić częściowo i to nie zawsze. Ucisk może wywołać bóle, drgawki, porażenia. Podczas stania, krzyku, wysiłków i wydechu guz się zwiększa. Tam, gdzie istnieją dwie przepukliny, uciskając jedną, wypełniamy drugą, toż samo, gdy będzie równoczesne wodogłowie. Stan ogólny może być dobry lub też występują objawy w kończynach dolnych czuciowe i ruchowe, nietrzymanie moczu i kału, zaburzenia odżywcze (wrzód dziurawiący, wysypki etc.). W rzadkich przypadkach mamy rozszczep kręgosłupa bez przepukliny, odmiana ta występuje równocześnie z wrodzonym uschnięciem biodra i stopą koślawą. Przebieg rozmaity: guz może pęknąć, a następstwem tego będzie zapalenie śmiertelne opon lub też tworzy się szczelina, przez którą z przestankami sączy się płyn, Dość często jednak guz pozostaje bez zmiany.

Lannelongue w jednym przypadku widział wyzdrowienie przez oddzielenie się i zarośnięcie szypuły.

ROZPOZNANIE wogóle jest łatwe, wykluczyć jednak należy torbiele wrodzone, które siedzą niżej od rozszczepu kręgosłupa. To też guzy na linii środkowej zawsze uważać należy za przepuklinę rdzeniową. Należy rozróżniać meningocele i myelomeningocele, pierwsze siedzi nieco z boku, dwa pozostałe pośrodku.

LECZENIE. Do worka przepukliny wstrzykujemy nalewkę jodową, glicerynę z jodem (solutio Mortoni, 2% jodu i 6% jodku potasu) w ilości 1 — 4 grm. Proste podwiązanie daje niekiedy dobre wyniki, wycięcie, dzięki aseptyce dziś udaje się dobrze, równocześnie należy nałożyć szwy kostne, przeszczepić łuk ze zwierzęcia lub chorego. Nawroty możliwe.

## T. Zapalenie szarej istoty mózgu,

Obok ostrego i przewlekłego zapalenia istoty szarej rogów przednich (paralysis infantum, atrophia muscu-

laris Duchenne Aran) mamy zapalenie odpowiadających im jąder szarych w mózgu. Zapalenie istoty szarej rdzenia (Kussmaul), odpowiada zapalenie istoty szarej mózgu (Wernicke). To ostatnie może u dzieci występować równocześnie z pierwszym (Medin. Arch. de méd. des enf. 1898), oraz zapaleniem nerwów. Zdarza się to w niektórych zakażeniach mieszanych. Wiemy również, że porażenie opuszkowe (par. labioglossolaryngea) może nastąpić w przebiegu postępującego zaniku mięśni i stwardnienia boczego z zanikiem mięśni, wreszcie zapalenie istoty szarej mózgu może wystąpić w typowym porażeniu dziecięcym. Przypadki powikłania porażenia dziecięcego porażeniem licowem, nie należą do wyjątków, a objawy opuszkowe (Nił Filatow) mogą zdarzyć się w chorobach różnych (przymiot, błonica, posocznica).

Zapalenie istoty szarej mózgu dzielimy na górne i dolne, zależnie od tego, czy zajęte są jądra szare mostu i górnej połowy opuszki, lub też dolnej jej części. W pierwszym wypadku mamy porażenie mięśni ocznych, w drugim porażenie wargojęzyko-krtaniowe. W obu wypadkach znajdujemy zmiany w komórkach nerwowych.

Przyczyny. Zapalenie istoty szarej mózgu może być wrodzone, gdyż dzieci rodzą się już z porażeniem ocznym (choroba rozwija się już u płodu). Wspólnie z Dethil'em u noworodka, zakażonego w macicy (łożysko zropiałe), stwierdziliśmy rumień ogólny łuszczący i zapalenie ostre dolne istoty szarej mózgu (dziecko nie mogło krzyczeć, ssać, poruszać wargami, twarz miało bez wyrazu), które po 2 miesiącach przeszło. Najczęściej zapalenie występuje po rozpoznanej lub nierozpoznanej chorobie zakaźnej (gorączki wysypkowe, ospica—Marfan,—grypa, dur brzuszny, przymiot, zakażenie paciorkowcami, gronkowcami, dwoinkami itp.) lub też po zatruciu (ołów, tlenek węgla etc.). Niekiedy jest wynikiem rozszerzenia się sprawy z mózgu lub rdzenia (porażenie postępujące, zmiany ogniskowe w mózgu, guzy opuszki i mostu, stward-

nienie wieloogniskowe, zapalenie istoty szarej rdzenia, wiąd, etc.), sprawa wtedy oczywiście jest wtórna.

OBJAWY. W zapaleniu górnem istoty szarej mózgu lub porażeniu m. ocznych zewnętrznych powieki są napół zamknięte, oczy nieruchome, często odciągnięte nazewnątrz (n. odwodzący, nie jest porażony), mięśnie gałki ocznej są porażone z wyjątkiem m. prostego zewnętrznego, natomiast wewnętrzne mięśnie oka są zdrowe. Przy takim umiejscowieniu objawów mamy zmiany w jądrze okoruchowem wspólnem, z wyjątkiem górnej jego części i w jądrze n. bloczkowego. Niekiedy występuje całkowite porażenie m. oka, lub też wyłącznie porażenie m. zewnętrznych.

W porażeniu istoty szarej mózgu mamy objawy porażenia opuszkowego: niemożność gwizdania, utrudniona mowa i połykanie, stopniowo rozwijające się porażenie języka, gardzieli, policzków, krtani i t. p.

Zapalenie istoty szarej występuje po obu stronach. W postaci ostrej zapalenie jest uleczalne, w przewlekłej rokowanie jest złe. Rozpoznanie łatwe.

LECZENIE. Elektryzacja miejscowa, jodek potasu, strychnina.

---

### ROZDZIAŁ III.

## Choroby nerwów obwodowych.

Choroby nerwów obwodowych zdarzają się o wiele rzadziej u dzieci, niż u dorosłych, a wogóle mniej są gwałtowne. Nerwobóle, nieznanne u dzieci małych, zaczynają występować w okresie dojrzewania. U noworodków za to występują swoiste porażenia porodowe. Jedynem zapaleniem nerwów, zasługującym na zaznaczenie u dzieci, jest

półpasiec. Opiszę wreszcie w krótkości i kurcz m. obojczyko sutkowego.

### A. Rozsiane zapalenie nerwów.

Pod nazwą rozsianego zapalenia nerwów opisujemy występujące równocześnie zaburzenia czynnościowe w nerwach ruchu i czucia.

**PRZYCZYNY.** Zapalenie rozsiane nerwów, zdarza się u dzieci o wiele rzadziej, niż u dorosłych, gdyż zatrucia (pijaństwo, ołów), zdarzają się tu wyjątkowo, dzieci natomiast zapadają częściej na choroby zakaźne (blonica, wysypki), które wywołują zapalenie nerwów. Zapalenie rozsiane nerwów występuje najczęściej po blonicy, zdarza się jednak po odrze, płonicy, durze, śwince, grypie, krztuścu i innych zakażeniach. Może również wystąpić na skutek zatrucia arsenikiem (mój przypadek po podawaniu arszeniku w płasawicy). Zależnie od szybkiego lub powolnego działania przyczyny wywołującej mamy zapalenie ostre, przewlekłe lub podostre. Zmiany anatomiczne nie są bliżej znane, a w każdym bądź razie, są powierzchowne.

**OBJAWY.** W związku z tem, czy przyczyna zakaźna lub trująca podziała na nerwy czucia czy ruchu, mamy zaburzenia czuciowe lub ruchowe, zazwyczaj równocześnie występują oba rodzaje zaburzeń. Dziecko uskarża się na mrowienie, klucie, drętwienie w kończynach, miejscami znajdujemy znieczulenia lub nadczułość skóry, nogi są ociężałe, dziecko nie może chodzić szybko. Porażenie rozwija się szybko, jest wiotkie, nie wywołuje przykurczeń ani zaniku mięśni. Odruchy ścięgnowe są osłabione lub zniesione, niekiedy wzmożone. Porażenie idzie w kierunku wstępującym, z kończyn dolnych przechodzi na tułów, kończyny górne i szyję, dziecko utracą zdolność poruszania się, musimy więc je karmić. Gorączki zwykle brak. Odczyn ma prąd osłabiony, często spotykamy odczyn zwy-

rodnienia. Aczkolwiek mamy do czynienia z zapaleniem nerwów, porażeniu uleż mogą i zwieracze, będziemy mieli wtedy zatrzymanie moczu i nieotrzymanie kału lub odwrotnie. W przypadkach ciężkich, dziecko umiera z zaduszenia skutkiem zajęcia n. klatki piersiowej i przepony. Zapaleniu nerwów obwodowych może towarzyszyć zapalenie istoty szarej mózgu i rdzenia.

Skoro dziecko chodzi, widzimy chwanie, niemożność zachowania równowagi, bezład, po kilku tygodniach jednak porażenie stopniowo ustępuje i chorzy wracają do zdrowia, to też rokowanie w przypadkach ostrych i podostrych jest dobre.

**ROZPOZNANIE.** jest często trudne, należy wykluczyć zapalenie rdzenia, mózgu, zmiany ogniskowe, histeryę, płasawicę wiotką, wiał rdzenia. Ułatwiają rozpoznanie wywiady, nagle wystąpienie porażen ogólnych z zaburzeniami w czuciu, przyczyny.

**LECZENIE.** Mięsień codzienne, nacierania, prąd stały lub przerywany, do wewnątrz strychnina i jodek potasu.

### **B. Porażenie n. twarzowego (licowego).**

**PRZYCZYNY.** W większości przypadków porażenia n. twarzowego u noworodków przyczyną jest ucisk od kleszczy, porażenie tego rodzaju zwykle występuje po jednej stronie, wyjątkowo po obu, zebrano (Roulland) kilka przypadków, zależnych od ucisku w drogach porodowych bez użycia kleszczy.

Aż do czasu P. Dubois i Landouzy (1839) przypuszczano, że porażenie licowe jest zawsze ośrodkowe, i przypuszczano, że kleszcze działają przez ucisk mózgu. Huchard potwierdził tłumaczenie Landouzy (1866) i już oddawna na tym punkcie panuje zgoda. U dzieci starszych porażenie następuje skutkiem uszkodzeń nerwu na jego

przebiegu (ropotok z ucha), próchnienie kości. Może również rozwinąć się pod wpływem zimna lub przyczyn innych u osobników usposobionych, widzimy bowiem, że w większości przypadków mamy do czynienia z osobnikami, obarczonymi dziedzicznie, zwyrodniałymi. Niedawno widziałem córkę histeryczki, która obudziła się z lewostronnem porażeniem n. twarzowego, u dziecka tego stwierdziłem znieczulenie gardzieli. Tego rodzaju odmiana niczem się nie różni od porażenia u dorosłych, to też głównem uwzględnieniem tu tylko porażenie porodowe.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Tam, gdzie mamy porażenie przejściowe, ucisk był krótkotrwały i wywołał zmiany minimalne, niekiedy jednak dojść może do zupełnego zgniecenia nerwu, opis zmian tego rodzaju znajdujemy u Parrot'a i Teissier'a (Arch. de tologie 1816) koniec obwodowy nerwu zgniecionego ulega zwyrodnieniu. Po obnażeniu nerwu na jego przebiegu w kości mamy wyraźną granicę między jego częścią czaszkową i zewnętrzną, pierwsza jest zdrowa, druga rozmiękła, szara, galaretowata, zamiast myeliny, znajdujemy w niej różnej wielkości kuleczki tłuszczowe. U dzieci, zmarłych między 28—30 dniem, widziano wessanie tych kuleczek i obnażenie otoczki Schwanna, u dziecka, zmarłego na 12 dzień, myelina była wyraźnie nacieczona tłuszczem. Zmiany powyższe, ciągnęły się od miejsca uszkodzenia aż do zakończeń w mięśniach, które były w początkowym okresie zaniku. Wobec tego rodzaju zmian widoczną jest rzeczą, że o wyzdrowieniu nie może być mowy.

OBJAWY. Natychmiast po urodzeniu widzimy asymetryę twarzy, usta wykrzywione ku stronie zdrowej, powieki po stronie chorej otwarte, skrzydło uszu mniej ruchome i rozszerzone, język natomiast i języczek nie są wykrzywione, gdyż gałęzie, unerwiające je, nie są zajęte. Ramię kleszczy może uszkodzić nerw twarzowy, po wyjściu z otworu ryłco-sutkowego, niekiedy w znacznej nawet odległości, to też i porażenie może być części-

we: górne i dolne. W pierwszym wypadku mamy porażenie powiek, ale usta nie są wykrzywione, przeciwnie, gdy porażeniu ulegnie gałąź dolna. Prócz tego, porażenie zależnie od stopnia uszkodzenia może mieć różne natężenie. Kleszcze mogą nie zostawić śladu na skórze lub też znajdujemy wybroczynę, a nawet ranę. Pobudliwość elektryczna zniesiona, czucie zachowane. Po kilku dniach objawy porażenia ustępują, rzadziej porażenie trwa kilka tygodni lub miesięcy, a gdy uszkodzenie nerwu było ciężkie, porażenie pozostaje nazawsze.

Rokowanie zwykle dobre, wyzdrowienie następuje szybko, nim to nastąpi, dziecko ssie źle, co może odbić się źle na jego odżywianiu.

Rokowanie w porażeniu nerwu u dzieci starszych zależy od przyczyny, porażenie skutkiem zmian w kościach jest nieuleczalne.

**ROZPOZNAWANIE.** jest zwykle łatwe dzięki widocznym porażeniom twarzy, ułatwiają je nam zwykle wywiady. Nieco uwagi wymaga porażenie dolnej gałęzi, gdy kleszcze nie były w użyciu, tego jednak rodzaju przypadki należą do wyjątków.

**LECZENIE.** Należy zachować pewne ostrożności higieniczne. Nie należy uciskać szyi dziecka i z powodu porażenia zwieracza powiek, należy zabezpieczyć oko. Przy karmieniu należy zachować ostrożności i w razie potrzeby karmić łyżeczką. W cięższych przypadkach prąd stały lub przerywany, stosowany ze względu na wiek z ostrożnością wielką. Porażenia u dzieci starszych leczymy jak u dorosłych.

### **C. Porażenie n. twarzowego wrodzone.**

Prócz porażenia n. twarzowego, zależnego od ucisku kleszczami, zdarza się u noworodków porażenie wewnętrzne maciczne wrodzone, dotąd znamy 24—25 przypadków. Henoeh (Lecons clin. str. 181, 1885) przytacza

przypadek lewostronnego porażenia twarzy u chłopca 10 letniego, Heubner (Charité — Annalen XXV) przytacza przypadek, zakończony badaniem zwłok: zupełne lewostronne porażenie n. licowego, lekkie porażenie n. twarzowego prawego, porażenie n. okoruchowego wspólnego, na zwłokach zanik wyraźny lewego jądra n. twarzowego, lekki—prawego. Trzeci przypadek spostrzegł Hoppe-Seiler. Cabannes (Revue neur. 1900) zebrał 17 przypadków porażenia wrodzonego n. twarzowego, obu i jednostronnego, samego lub w połączeniu z porażeniem m. ocznych lub potwornościami.

Lagrange (Bull. méd. 1901 p. n. wrodzonego porażenia m. ocznych, opisał wyraźny przypadek lewostronnego porażenia n. twarzowego i m. prostych zewnętrznych u 3 i pół letniej dziewczynki.

Marfan i Delille (Soc. méd. des hôp. 1901), stwierdzili wrodzone porażenie lewostronne n. twarzowego z niedorozwojem ucha u 3 i pół m. dziewczynki, na której zwłokach stwierdzili brak części skalistej i zewnątrzskalistej nerwu oraz zanik jądra odnośnego nerwu.

Comby (Soc. méd. des hôp. 1901) przytacza trzy nowe przypadki wrodzonego porażenia n. twarzowego u dziecka 5-letniego, 9-m. i kilkudniowego, w 2 przypadkach porażenie wystąpiło po stronie lewej, w jednym po stronie prawej, obejmowało obie gałęzie nerwu, a nadto w jednym było zniszczenie rogówki.

PRZYCZYNY. Dzieci rodzą się już z porażeniem przy porodzie prawidłowym bez kleszczy, niewątpliwie więc sprawa jest wrodzona. Skutkiem tego sprawę przypisujemy słusznie do pewnego stopnia niedorozwojowi, który często występuje z innymi potwornościami, niekiedy zależy od przymiotu, zapalenia opon, mózgu, sprawy zapalnej w jądrze, która przejść może na jądra sąsiednie. Przyczyną tej sprawy może być niedorozwój wyrostka skalistego, lub sprawa zapalna w kości z następczym nie-



dorozwojem nerwów i różnych części ucha (Marfan). W jednym przypadku sprawa była rodzinną (2 bracia).

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Choroba jest nieuleczalną, ale nie śmiertelną, stąd też ilość oględzin pośmiertnych jest mała. Najczęściej znajdujemy zmiany w jądrach: brak jądra, lub zanik n. twarzowego, który znajdujemy po stronie porażenia lub obu jąder, gdy porażenie jest obustronne, zanik lub brak może być częściowy, a wtedy i porażenie jest częściowe. Pień nerwu może być cieńszy, zanikły, lub brak go zupełnie, jak w przypadku Marfan'a, gdzie niedorozwój był pochodzenia obwodowego. Wreszcie w porażeniu m. ocznych, znajdujemy zanik jądra okoruchowego zewnętrznego lub wspólnego.

**OBJAWY.** U dziecka, najczęściej, donoszonego, bez żadnych trudności zrodzonego odrazu, widzimy porażenie, asymetria jest widoczna szczególnie w czasie krzyku. Oko po stronie chorej nie zamyka się, mamy wtedy porażenie obu gałęzi nerwu, rzadziej górnej tylko gałęzi. W porażeniu obustronnem i całkowitem mamy twarz symetryczną, ale nieruchomą i bez wyrazu, oczy napół zamknięte, ssanie utrudnione, to też nie można karmić dzieci chyba łyżeczką, później mowa utrudniona, szczególnie dźwięki wargowe. Zdarza się, że ruchy podbródka i dolnej wargi są zachowane. Źrenice równe, często występują zaburzenia ruchu w gałce ocznej: zez zbieżny, porażenie gałki ocznej. Odczyn na prąd stały i przerywany zniesiony, odczynu zwyrodnienia brak, może nastąpić zniszczenie rogówki i upośledzenie wzroku po stronie porażenia.

**ROKOWANIE.** Choroba jest nieuleczalną, elektryzacja nie daje wyników. W lekkich przypadkach wykrzywienie twarzy jest nieznaczne, w cięższych następuje zniszczenie oka. Jednocześnie niedorozwój ucha oraz porażenie m. ocznych pogarsza rokowanie.

**ROZPOZNANIE.** opiera się na objawach i wywiadach, które dowodzą, że poród był prawidłowy i na twarzy nie-

znajdujemy śladów od kleszczy. Ujemne działanie elektryzacji potwierdzi rozpoznanie.

LECZENIE. Nic nie należy przedsiębrać, ograniczyć się jedynie do zachowania przepisów higieny, karmić dziecko mlekiem sterylizowanym, gdy nie może ssać i t. p.

#### D. Porażenie kończyn górnych Porażenie porodowe n. sprychowego.

Porażenie porodowe kończyn górnych było opisane przez Duchenne'a (*Traite d'électricité* 1872). Nadaud'a (Paris 1872), Erb'a (Kongres, Heidelberg 1874), Roulland'a (Paris 1877), Comby (Soc. méd. des hôp. 1891).

PRZYCZYNY. Jacquemier i Polaillon spostrzegali występowanie porażenia n. barkowego bez użycia kleszczy lub obrotu, ale w tych razach szybko następowało wyzdrowienie. Porażenia barku zazwyczaj jednak wywołują: kleszcze (Smelie, Danyau, Guenist, Blot, Depault) i obrót. Sprowadzenie rączek jest niekiedy bardzo trudne, szczególnie przy porodzie nóżkami po obrocie lub przy położeniu pośladkowym, wreszcie po wyrznięciu się główki, gdy lekarz wprowadzić musi palce w postaci haka pod pachy. Nawet doświadczonym akuszerom zdarza się, że następnie pewna część mięśni pozostanie porażoną i ulegnie później zanikowi w różnym stopniu, skutkiem ucisku lub wyciągnięcia nerwu lub spłotu barkowego. Spostrzegane przezemnie trzy przypadki, zupełnie dadzą się w ten sposób objaśnić. Pierwsze dwa miały za przyczynę obrót trudny, drugi nastąpił po porodzie pośladkowym, we wszystkich przypadkach, energiczne pociągania wywołały porażenie spłotu barkowego.

Według Roulland'a, pochodzenie porażen porodowych da się streścić jak następuje: 1. W wyjątkowych przypadkach samoistnego porażenia ramionka płodu są zbyt szerokie, odległość bowiem obu wyrostków ramiennych wynosi 13 cm., w czasie porodu następuje ucisk obojczy-

ków w kierunku kręgosłupa i ucisk na splot w punkcie Erb'a. Ten sam wynik może dać u dorosłych upadek na ramię. 2. Przy użyciu kleszcze mogą same przez się spowodować toż samo. 3. Przy użyciu haka lub palca, wprowadzonych pod paszkę, następuje zepchnięcie obojczyka ku szyi i ucisk n. szyjnych. 4. Tam, gdzie nastąpi okręcenie szyi pępowina, oczywiście ucisk na nerwy będzie bezpośredni, jak to bywa z porażeniem u tragarzy (Bernhard). 5. Zastosowanie palców, obejmujących kark, w kształcie widelca, może wywołać porażenie skutkiem ucisku bezpośredniego na punkt Erb'a. 6. Pociąganie za ramię powoduje wyciąganie splotu barkowego.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Niezmiernie rzadko możemy dokonać sprawdzenia anatomicznego, w przypadku Danyau (śmierć po 8 dniach skutkiem zgorzeli, wywołanej przez ucisk kleszczy na m. czworoboczny) stwierdzono wylew krwi naokoło splotu i nastrzyknięcie nerwów. Niewątpliwie w niektórych przypadkach znajdujemy zgniecenie oraz zwyrodnienie następcze nerwów w obwodowym ich końcu.

OBJAWY. Porażenie występuje zwykle po jednej stronie, wyjątkowo po obu stronach. W ciągu pierwszych dni po urodzeniu, zauważyć można bezwład ramienia przy zachowaniu czucia, pobudliwość na prąd przerwany, zależnie od stopnia porażenia, zachowana lub zniesiona, w tym ostatnim razie rokowanie jest złe.

Aczkolwiek większość porażań korzeni kończy się pomyślnie w krótkim stosunkowo czasie, zdarza się wszakże, iż porażenie nie ustępuje, a następstwem tego będzie zanik mięśni. W czterech przypadkach Duchenne'a, porażenie wystąpiło w mięśniach naramiennym, podgrzebieńniowym, dwugłowym i ramiennym wewnętrznym, skutkiem czego kończyna ma układ swoisty: kończyna zwiśnięta, przyciśnięta do tułowia, ramię skrócone ku wewnątrz, przedramię leży na ramieniu, a dłoń na przedra-

mieniu. Według Erb'a, t. z. porażenia korzeni zależą od porażenia nerwów splotu barkowego na wysokości mm. pochyłych głowy (scaleni), 2—3 cm. powyżej obojczyka, nazewnątrz brzegu tylnego m. mostkosutko-bojczykowego w pobliżu guziczka na wyrostku poprzecznym VI kręgu szyi; drażniąc punkt ten wyjścia V i VI pary. n. szyjnych (punkt Erb'a) wywołujemy skurez jednoczesny m. naramiennego, dwugłowego, grzebieniowych i kruczoramiennego, poza niemi jednak obejmować może jak w mojem trzeciem spostrzeżeniu, wszystkie nerwy nawet po obu stronach, w tych razach następuje i zniesienie czucia.

Rokowanie w większości przypadków jest dobre, choroba może nie pozostawić żadnych po sobie śladów, należy jednak wcześniej rozpocząć leczenie. W przypadkach ciężkich leczenie jest bezskuteczne. Niedawno ponownie widziałem dziecko, które dwa lata temu leczyłem z powodu obustronnego porażenia. Dziecko trzyletnie, rozwinięte dobrze pod względem umysłowym i fizycznym, z wyjątkiem obu kończyn górnych, które nieruchomo zostają w pronacyi bez ruchu wzdłuż tułowia. Skutkiem braku tego naturalnego czynnika równowagi, dziecko nie ma dobrze rozwiniętych kończyn dolnych, nie może chodzić bez pomocy. W kończynie górnej prawej zaburzenia naczynioruchowe (sinica stała i zimno), mięśnie barku, ramienia i przedramienia zanikłe.

**ROZPOZNANIE.** Porażenie porodowe rozpoznać łatwo, dzięki przyczynom wywołującym, ułożeniu kończyny i umiejscowieniu w pewnych mięśniach. Porażenia ośrodkowe rzadko występują w tej kończynie, częściej są połowiczne, porażenia zanikowe nigdy nie zdarzają się zaraz po urodzeniu i obejmują różne mięśnie bez określonego ładu, szczególnie w kończynie dolnej. Porażenie rzekomo przymiotowe (choroba Parrot'a), aczkolwiek w tych samych występuje mięśniach, rozpoczyna się po 1—3 m. po urodzeniu równocześnie z innymi objawami przymio-

tu oraz ze zmianami w kościach (trzeszczenie, narośla). Co się zaś tyczy porażen skutkiem złamania lub zwichnięcia ramienia przy porodzie wykluczy je badanie dokładne.

**LECZENIE.** Prócz kąpieli słonych, rozcierań, stosować przedewszystkiem należy bardzo wczesnie elektryzacyę, której Duchenne zawdzięcza dobre wyniki. Świeżo zalecano prąd stały (10—20 M.A.): biegun dodatni powyżej punktu Erb'a, ujemny na mięśnie porażone. Nie należy zniechęcać się zbyt wczesnie, gdyż polepszenie może się opóźniać.

### **E. Porażenie bolesne u dzieci małych.**

Dziecko, idące za rękę z osobą starszą, raptem źle etapnie i może upaść, jeżeli nie podtrzymamy go, pociągając ramię ku górze. Skoro ruch ten, pociągnięcie, będzie zbyt gwałtowne i silne, dziecko zacznie krzyczeć i wystąpi porażenie kończyny górnej. Wywołane w ten sposób porażenie po 8 dniach zwykle przechodzi. Chassaignac (1856) po raz pierwszy zwrócił na porażenie to uwagę, świeżo (1893-5) Brunoni przytoczył cały szereg spostrzeżeń odnośnych.

Cechą porażenia tego jest wystąpienie zaraz po urazie, porażenie początkowo jest zupełne, ustępuje stopniowo i jest bolesne, dziecko więc unika ruchów instynktownie z powodu bólów. Przy ścisłym nawet badaniu nie znajdujemy w kończynie żadnych zbroczeń. Ułożenie kończyny jest takie samo jak w porażeniu porodowem. Tam, gdzie mamy do czynienia ze złamaniem, zwichnięciem etc., zmiany są zbyt widoczne, by można było mieć jakąś wątpliwość, zawsze jednak urazy te jak również i histeryę, wykluczyć należy. Rokowanie dobre.

Kończynę należy unieruchomić, a w razie przewleknięcia się sprawy rozcieranie, mięsienie i elektryzacya.

## F. Półpasiec.

Półpasiec jest swoistem zapaleniem nerwów, wywołującym wysypkę liszajową na przebiegu nerwów czucia lub mieszanych. Występowanie wysypki po jednej stronie i brak nawrotów sprawiają, że choroby uważamy za swoistą i zbliżają ją do chorób zakaźnych (gorączka półpaścowa Landouzy).

Przyczyny. Półpasiec zdarza się stosunkowo rzadko, w każdym wieku, równie często u dzieci jak i u dorosłych. Według spostrzeżeń moich w la Villette średnio spotykałem go w 1 proc. przypadków, zdarza się częściej latem, niż zimą. Na 33 przypadki było 12 chłopców i 21 dziewcząt, najmłodsze dziecko miało 8 miesięcy, 3 miało mniej niż 2 lata, 30 poniżej 2 lat (7 w. 10 r. ż.).

Śród przyczyn wywołujących wymienić należy uraz u 12 i pół letniego chłopca, chłopiec został ukąszony przez konia, po upływie trzech tygodni wystąpił półpasiec na ramieniu, u 10-letniego chłopca wystąpił półpasiec w dni ośm po zaszczepieniu ospy. Na 33 dzieci 14 było zdrowych. 19 zaś stwierdzono choroby różne (6 nerwice, 9 niestrawność, 4 zolży). Dreyfuss kładł nacisk na nerwowość u dzieci, w istocie u trzech dziewcząt z półpaścem stwierdziłem znieczulenie gardzieli.

Półpasiec zresztą może powstać pod wpływem różnych przyczyn, zaczynając od urazu kośćca, zatrucia (10) i chorób zakaźnych (odra, krztusiec). Co do zaraźliwości półpaśca, dotąd nie posiadamy danych pewnych.

Nie wchodząc w bliższe przyczyny półpaśca, zgodnie z Bouchard'em (Soc. cl. 1885) określić go możemy w sposób następujący: półpasiec jest objawem zapalenia nerwów, niekiedy pochodzenia zakaźnego, ale może być pochodzenia urazowego i t. p. Nie sam półpasiec jest swoisty, ale wywołujące go zapalenie nerwów. Półpasiec nie ulega nawrotom, jednorazowa choroba nadaje odporność. Charles N. Alien jednak widział 13-letnią dziewczynkę z

półpaścem lędźwio-brzusznym w 1898, a w dwa lata później również z lewostronnym półpaścem ramienia. (Méd. Rec. 1899).

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Biorąc anatomicznie pęcherzyki półpaśca zbliżone są do krost ospowych, mamy bowiem bujanie komórek warstwy Malpighi'ego, a w pęcherzyku podzielonym na komory znajdujemy wysięk surowiczy zawierający c. krwi, nadto Pfeiffer znajdował jak i w ospie zarodniki nieswoiste. Do zmian najciekawszych, należą zmiany w korzeniach nerwowych (Bärensprung 1863) u 2-miesięcznego dziecka, zmarłego w 6 tygodni po półpaścu, klatki piersiowej i gruźlicy (obrzęk, nastrzyknięcie i zapalenie VII i VIII n. między żebrowego). Zapalenie szło w kierunku odśrodkowym. Takie same zmiany znalazł w 1865 Charcot i Cotard, u kobiety dotkniętej rakiem oskrzeli i półpaścem: zapalenie zwojów i nerwów obwodowych. Zapalenie nerwów w półpaścu, stwierdzili następnie Lesser, Kaposi, Pitres i Villand, Dubler, Leudet i inni. Na 18 przypadków w 15 stwierdzono zmiany w splotach rdzeniowych lub Gassera, w trzech brakło tych zmian, we wszystkich natomiast przypadkach znaleziono zapalenie nerwów, jest ono zatem podstawą półpaśca.

OBJAWY. Półpasiec u dzieci nie daje objawów gwałtownych, to też często znajdujemy go przypadkowo przy rozbieraniu dziecka, niekiedy uwagę rodziców zwraca świąd, nigdy natomiast u dzieci nie zdarzają się bóle silne, dzięki którym chorobie dano nazwę ignis sacer. Zdarzają się jednak zwiastuny w postaci gorączki, niestrawności, niedomagania i braku łaknienia. Objawy ogólne wogóle są słabe i niewyraźne, opierać się więc trzeba na objawach miejscowych. Po 10 roku życia nerwoból jest wyraźniejszy, do tego czasu jednak nigdy się nie zdarza.

Wysypka sama składa się z pęcherzyków, ugrupowanych okrągło, lub jajowato, a na tułowiu w postaci odcinków koła,, na kończynach w postaci wstęg. Na twa-

rzy pęcherzyki występują w sferze n. trójdzielnego (jedyny nerw czaszkowy, posiadający zwoje). Rzadziej zdarza się półpasiec oczny z zapaleniem surowiczym rogówki. Każda grupa pęcherzyków siedzi na tle rumieniowem, pęcherzyki często zlewają się z sobą i tworzą pęcherze różnej wielkości, wypełnione początkowo wysiękiem surowiczym, później mętnym, czerwonym lub czarnym (półpasiec krwotoczny). Wysypka nie zawsze ogranicza się do jednej połowy ciała, przekracza niekiedy na drugą połowę. Pęcherzyki mogą być rozrzucone lub też grupy ciągną się nieprzerwalnym pasem, niepozostawiając skóry zdrowej. Ucisk na skórę w przerwach między pęcherzykami nie wywołuje bólów, znieczulenia ani nadczułości nie znalazłem. Po 4—5 dniach następuje zaschnięcie pęcherzyków w strupki, które rozwijają się niejednocześnie tak jak i pęcherze, z których powstały. Po odpadnięciu strupków powstaje ostuda, plamy barwne lub blizny.

Często równocześnie znajdujemy obrzmienie gruczołów sąsiednich, które ustępuje bez śladów; po ustąpieniu wysypki, dziecko zdrowieje odrazu.

Na 33 przypadki w 19 półpasiec wystąpił po stronie lewej, w 14—po prawej, w 16 przypadkach na tułowiu, w 8 na kończynach, w 5 na twarzy, w 4 na brzuchu, w 2 przypadkach równocześnie stwierdziłem zapalenie łącznicy po tej samej stronie.

Rokowanie jest zupełnie dobre, choroba wszakże może dać powikłania (zapalenie gruczołów, ropień), chcąc ich uniknąć, należy wystrzegać się drapania.

**ROZPOZNANIE** jest łatwe, dzięki umiejscowieniu wysypki na przebiegu nerwów grupami, wstęgami etc. Na twarzy można by myśleć o liszaju gorączkowym, który zwykle grupuje się około jamy ustnej, ale może wystąpić i na policzkach, towarzyszy mu jednak silna gorączka.

**LECZENIE** zabezpieczyć wysypkę od drapania lub otarcia, w tym celu pudrujemy ją w równych częściach



kwasem bornym i pudrem ryżowym, oraz nakładamy opaskę z grubej warstwy waty, pozostawiając ją na 4—5 dni. Po zachnięciu stosujemy wazelinę borną lub salolową. W gorączce i niestrawności — środek czyszczący.

---

### ROZDZIAŁ III.

## N e r w i c e.

---

#### A. Drgawki dziecięce.

Drgawki dziecięce nie mają nic wspólnego z mocnicą ani zmianami w mózgu, uważać więc je należy za nerwicę.

Przyczyny. Nim wyliczymy szereg przyczyn wywołujących drgawki, zaznaczyć musimy, że koniecznym dla ich powstania warunkiem jest usposobienie wrodzone lub nabyte. Są rodziny, dziesiątkowane przez drgawki, w wywiadach znajdziemy u nich padaczkę, histeryę, dnę, pijactwo, obłąd. Znam histero-epileptyczkę, która straciła 5 dzieci wśród drgawek, z szóstym zwróciła się do mnie. W innej rodzinie, której ojciec był pijakiem, na 15 dzieci żyło 3, 12-ro zmarło z drgawek. To też główną przyczyną drgawek jest obarczenie dziedziczne, nie więc dziwnego, że większość tych dzieci, które zdrowieją, zapada w następstwie na padaczkę, histeryę lub obłąd. U tego rodzaju osobników, najbliższa przyczyna wywołać może drgawki, jest to więc stan stałego usposobienia do drgawek (*convulsionnabilité Baumes'a*).

Drgawki najczęściej zdarzają się u dzieci bardzo małych, po 2 roku życia zdarzają się coraz rzadziej. Za główną przyczynę uważano zębowanie, zaznaczając, że

każde podrażnienie przewodu pokarmowego, poczynając od jamy ustnej, a kończąc na odbycie, wywołać może drgawki odruchowo u osobników usposobionych. Wogólności pogląd to słuszny, drgawki bowiem zdarzają się bardzo często u dzieci w czasie biegunki, wymiotów, w rozstrzeni żołądka, u dzieci karmionych sztucznie, a nawet piersią, jeżeli karmicielka nadużywa wysokoku. Zębowania jednak niepodobna uważać za przyczynę drgawek, już choćby z tego powodu, że występują one przed pierwszym zębowaniem (przed 6 m.), zębowanie samo przez się jest czynnością fizyologiczną i wyjątkowo tylko może wywoływać bardzo łagodne zresztą objawy, u wszystkich nadto dzieci z drgawkami, zawsze mogliśmy stwierdzić zaburzenia w trawieniu. Jedynie tylko dzięki autorytetowi niektórych autorów można by w wypadkach wyjątkowych u osobników starszych uważać zębowanie za przyczynę, wywołującą drgawki dziecięce; u dzieci zresztą tej kategorii każde, choćby najslabsze podrażnienie, może wywołać drgawki.

Drgawki mogą być zwiastunem choroby ostrej, gorączkowej, (wysypki, zapalenie płuc).

Płec nie odgrywa żadnej roli, w tym wieku bowiem, kiedy zdarzają się drgawki, wiek wogóle nie odgrywa roli. Dzieci osłabione, zrodzone przed czasem są bardziej usposobione do drgawek, wszelkie przyczyny, wywołujące osłabienie i charłactwo, usposabiają do drgawek. Wielu autorów uważa za przyczynę krzywicę, Henoch np. przypisuje jej większość przypadków drgawek, Gee (St. Barth. Hosp. 1867) naliczył na 65 chorych z drgawkami 56 dzieci krzywicznych. Cyfra ta zdaje mi się nieco przesadzona. Czaszka krzywicza, według mnie, nie odgrywa żadnej roli w powstawaniu drgawek, spotykałem ją bowiem w bardzo wielu przypadkach, w których nie było drgawek i odwrotnie.

Aczkolwiek u wielu dzieci wzruszenie, przestraszenie i gniew wywołać mogą drgawki, głównie jednak punk-

tem wyjścia drgawek odruchowych jest podrażnienie na obwodzie, a nie w mózgu. W ten sposób działa np. na skórę oparzenie, ukłucie szpilką, pryszczycdło, gorczyca, na śluzówki zaś kamica nerkowa, zatrzymanie moczu, stulejka, polipy odbytu, niedrożność kiszek, robaki i ciała obce w drogach oddechowych, uszach. Uwięźnięcie jąder w kanale pachowym również wywołać może drgawki, a d'Espine widział je po zatruciu (dym). Nie zawsze jednak za przyczynę drgawek w cierpieniach trawienia (zaparcie, rozwolnienie, rozstrzeń żołądka), uważać należy odruch, częstokroć są one następstwem samozatrucia lub zatrucia, też sama przyczyna wywołuje drgawki w chorobach zakaźnych; w kształcu natomiast, nieżycie płuc i dławcu, przyczyną drgawek jest zamartwica. Mya (la *Pediatria* 1894) przypisuje drgawki samozatruciu skutkiem niedomogi wątroby. U niemowląt każde wtargnięcie choroby zakaźnej może wywołać drgawki, toż samo rzecz należy o każdej wysokiej gorączce.

Jeżeli chcemy uzupełnić przyczyny drgawek u dzieci, wspomnieć należy o krwotokach obfitych, moczniccy, chorobach mózgowych i opon (zapalenie opon, wodogłowie, gruźlica, torbiele, ropień mózgu, guzy, krwotoki do opon, stwardnienie mózgu, porażenie dziecięce, etc.).

Wogóle co do przyczyny, drgawki u dzieci dadzą się podzielić na trzy rodzaje: drgawki samoistne, odruchowe i z zatrucia. Wszelkiego rodzaju przyczyny dla wywołania drgawek, muszą wywołać podrażnienie mostu Varole'a (ośrodek drgawkowy Nothnagel'a), ośrodek ten leży w bliskości ośrodka naczynioruchowego w opuszce. U dorosłych istotne drgawki, nie objawowe zdarzają się bardzo rzadko, gdyż własności miarkujące mózgu przeważają, u dzieci natomiast brak własności miarkujących i wpływy drgawkotwórcze mogą ujawniać bez przeszkód swe działanie.

**OBJAWY.** Drgawki zjawiają się nagle wśród pełnego zdrowia lub też w przebiegu różnych chorób. Raptem

wzrok dziecka staje się nieruchomym, oczy zawracają się ku górze, są napół pokryte przez powieki, stąd widzimy tylko białkówkę, częstokroć w gałkach ocznych zauważyć możemy ruchy przerywane w kierunku pionowym lub poziomym, lub zez rozbieżny. Żrenica zwięziona lub rozszerzona. Twarz początkowo blada, później występują w niej drgawki, na wargach piana, u dzieci posiadających już zęby krwawa skutkiem ukąszeń języka. Bardzo często zdarza się szczękocisk, zęby zgrzytają. Głowa w tył odrzucona niekiedy zwrócona na bok, kark sztywny, palce zgięte, palec wielki w położeniu zwrotnem, dłoń naprzemian zwraca się i odwraca, w przedramieniu widzimy wstrząśnienia nagłe, kończyny dolne sztywne. Niekiedy przeważają ruchy po jednej stronie, rzadko bezwiedne oddawanie moczu i kału.

Twarz początkowo blada, skutkiem utrudnionego oddechu, czerwienieje, sinieje, pokrywa się potem. Głowa pała, kończyny zimne, oddech głośny, tętno szybkie bardzo. Drgawki mogą być stałe (toniczne) ikloniczne, w większych napadach mamy najprzód pierwsze później drugie. Gdy drgawki są częściowe i ograniczają się do połowy ciała, jednej kończyny, twarzy, lub oczu, nie bywa piany na ustach, ani utraty przytomności. Drgawki przychodzą zwykle nieoczekiwanie, niekiedy według Brachet'a, Rilliet'a i Barthez'a, zdarzają się zwiastuny: bezsenność, pobudliwość, tętno wibrujące etc. Po drgawkach powstaje senność, wzrok nieruchomy, śpiączka, a w tych wypadkach, gdy powstanie porażenie, przypuszczać należy zmiany w mózgu.

Drgawki trwają krótko: 1—5 minut, ale powtarzać się mogą w krótkich odstępach czasu, to też w ciągu doby naliczyć można 5—20 napadów, napady pojedyncze mogą zlewać się z sobą, tworząc stan drgawkowy, trwający niekiedy dni kilka.

Drgawki, rozpoczynające chorobę ostrą, występują raz jeden, drgawki w chorobach mózgu powtarzają się

wielokrotnie. Śmierć nastąpić może po jednym napadzie, lub też po całym ich szeregu, obawiać się należy, gdy drgawki są silne lub częste.

**ROZPOZNANIE.** Padaczką ma wiele podobieństwa do drgawek dziecięcych, które są też często jej zwiastunami, ale postawić rozpoznanie padaczki możemy dopiero u dzieci starszych. W każdym przypadku pojedynczym; zwracać należy uwagę na wiek, częstość występowania napadu, towarzyszące mu charczenie, stan zdrowia i wywiady, wreszcie przyczynę. Tę ostatnią nie zawsze udaje się oznaczyć. U dziecka przed drugim rokiem, które nie ma ani gorączki, ani białkomoczu gdy drgawki występują często, gdy dziecko obarczone jest dziedzicznie, należy przypuścić raczej drgawki samoistne. Tam, gdzie mamy zewnętrzne lub wewnętrzne podrażnienie: uraz skóry, niezbyt kiszek, lub robaki, przypuszczać należy drgawki odruchowe, które po usunięciu choroby zasadniczej ustępują. Drgawki z zatrucia zależą od wadliwego żywienia, pokarmów niestrawnych, pieprznych, drażniących (kawa, wyskok) i ustępują po usunięciu przyczyny. Jeżeli drgawki powtarzać się będą, gdy naprzemian z drgawkami wystąpią porażenia, gdy wreszcie towarzyszą im wymioty i zaparcie stolca, należy przypuszczać chorobę mózgu. Drgawki zwiastunowe w chorobach zakaźnych, zawsze występują z gorączką.

**ROKOWANIE.** Lekkie drgawki bez chrapania dają rokowanie dobre, gdy jednak powtarzają się często, rokowanie pogarsza się znacznie, im dziecko jest starsze, tem gorsze jest rokowanie, gdyż u dzieci małych lada przyczyna wywołuje już drgawki, u starszych zaś trzeba przyczyny poważniejszej.

Bardzo wiele dzieci umiera śród drgawek, wyzdrowienie może nastąpić, i jest albo zupełne, albo też w następstwie rozwija się histerya lub padaczka u obarczonych dziedzicznie. Drgawki zwiastunowe nie dają złego rokowania. Skoro zaś wystąpią w przebiegu samej choroby

gorączkowej wskazują na powikłania ze strony mózgu. Jeszcze cięższe są drgawki w stanie zamartwicy w dławcu, krztuścu i nieżycie płuc, również ciężkie są drgawki objawowe w chorobach mózgu. Drgawki w płonicy kończą się zwykle pomyślnie.

**LECZENIE.** W czasie napadu należy rozpiąć ubranie, wznieść głowę i ułatwić dostęp powietrza, następnie trzeba wywołać stolce za pomocą ławatyw z miodu, oleju, gliceryny (po łyżce stołowej). Trousseau zaleca ucisk tętnic szyjnych, West wziewania chloroformu, chloral w ławatywach (0,5) lub do wewnątrz (0,2) co kwadrans podawać można, gdy niema zamartwicy. Po zatem rozcieranie pośladków twarzy wodą zimną, wziewanie amoniaku. Tam, gdzie przypuszczać można zimnicę, podajemy chininę w ławatywach, czopkach lub podskórnie (0,2), bromki sodu, amonu i strontu podajemy po 1—4 gm. Po napadzie starannie szukać należy przyczyn i zalecić leczenie odpowiednie; środki przeciwoznaczne, tracheotomia, środki czyszczące etc. W drgawkach, w czasie wysokiej gorączki, zalecamy kąpiele zimne lub ciepłe, prześcieradła. Tam, gdzie przyczyną jest mocznica,—bańki cięte lub pijawki. Probować należy piżma w ławatywach (0,2—0,6); w dużej ilości,—wziewania tlenu; niekiedy wyniki dobre dawała surowica sztuczna ( $70/100$ ).

## B. Padaczka.

Padaczka rozpoczyna się u dzieci małych, głównie jednak rozwija się u starszych.

**PRZYCZYNY.** Najważniejszą przyczyną padaczki jest dziedziczność prosta, lub też pośrednia, wśród chorób tej drugiej kategorii, wymienić należy histeryę, migrenę, płasawicę, drgawki, obłąd, pijaństwo, blizkie pokrewieństwo rodziców. Związek dziedziczny między padaczką a drgawkami dziecięcymi jest dowiedziony (Déjerihe). W doświadczeniach Brown-Séquarda, świnki morskie, do-

tknięte padaczką, rodziły małe, dotknięte tą samą chorobą, po zatem ważną rolę wśród przyczyn odgrywa uraz czaszki i niedorozwój (Laségue). Padaczka rozpoczyna się u dzieci starszych, jeżeli mowa o drgawkach, w 5—8 roku, choroba wielka zdarza się dość często, a raz napad typowy widziałem u trzyletniego dziecka. Jeżeli jednak przyjmiemy drgawki dziecięce za objaw padaczki, początku tej ostatniej szukać należy u niemowląt. To też w drgawkach dziecięcych zawsze powstrzymać się należy z rokowaniem.

Do przyczyn wywołujących zaliczają wzruszenia i przestraszenia, odgrywające też samą rolę w histeryi i płasawicy.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Jeżeli wierzyć badaniom Chasslin'a, należałoby wykluczyć padaczkę z rozdziału o nerwicach, znajdujemy bowiem według niego stwardnienie gleju (listek zewnętrzny blastodermy), cechujące się bujaniem pęczków gleju bez udziału naczyń; jest to glejak wrodzony, rodzaj niedorozwoju, co wyjaśnia dziedziczność bezpośrednią.

**OBJAWY.** W większości przypadków brak objawów początkowych i zwiastunów. Starannie wypytyując otoczenie, znaleźć możemy w wywiadach zamroczenie, zawroty, drgawki, nietrzymanie moczu. Mała choroba jednak trudniejszą jest do stwierdzenia u dzieci, niż u dorosłych. To też często u dzieci, uważanych dotąd za nerwowe, pobudliwe, niezrównoważone odrazu występuje napad: krzyk, błądzenie twarzy, utrata przytomności, upadek, stężenie, drgawki kloniczne, charczenie i piana na ustach. W czasie napadu ciepłota podnosi się, mocz wydalany bezwiednie. Po pierwszym napadzie, dziecko może być wolne od dalszych przez całe lata, później wszakże napady występują coraz częściej. W przerwach stan ogólny jest zadowalający, w rozwoju umysłowym jednak następuje pewnego rodzaju opóźnienie. U dzieci z padaczką, znajdujemy niekiedy piętno stałe; znieczulenie gardzieli, często

też spostrzegamy zбочenia płciowe, Feré naprzykład, u 12-letniego chłopca (Méd. mod. 1899) po drgawkach i zamroczeniu, nerwowem widzeniu, spostrzegał cięgotkę (priapismus) bolesną, śród nocy naprzemian z drgawkami, cięgotka ustąpiła po zadaniu bromków.

Choroba jest prawie nieuleczalną, rokowanie złe, dzieci są wystawione nietylko na niebezpieczeństwo urazu w czasie napadu, ale tracą stopniowo zdolności umysłowe aż do idiotyzmu, im wcześniej występują napady, tem więcej odbija się to na zdolnościach umysłowych.

Rozpoznanie padaczki nie zawsze jest łatwe, wykluczyć bowiem należy padaczkę objawową czyli Jackson'a, padaczkę skutkiem robaków i drgawki dziecięce. Co się tyczy pierwszej, objaśnia nas wywiady oraz przebieg napadu (p. częściowa), druga, bardzo rzadka, ustępuje po usunięciu robaków, trzecie wreszcie występują u małych dzieci, brak w nich krzyku przed napadem. Histerya u dzieci zbliża się niekiedy z objawów do padaczki, znajdujemy wtedy jednak piętna swoiste (znieczulenia, zaburzenia wzrokowe etc.).

Muiret i Vires (Acad. de méd. 1897) na zasadzie badań doszli do wniosku, że w czasie napadu ilość azotu i fosforanu w moczu zwiększa się, a trujące jego własności są mniejsze, ten ostatni objaw trwa i w przerwach nawet, gdy napady są bardzo rzadkie, jest to cecha charakterystyczna dla padaczki.

LECZENIE. czysto objawowe: bromek potasu 1—4 gm. dziennie, boraks, natryski. Zalecać należy spokój, pobyt na powietrzu i unikanie wzruszeń.

### C. Kurcz Salaam'a. Kurczowe kiwanie głową. (Spasmus nutans)

Pod nazwą kurczu Solaam'a opisują nerwicę, występującą u dzieci małych i polegającą na ruchach przerywanych głowy w kierunku z przodu ku tyłowi, jak przy



pozdrowieniu lub z jednego boku na drugi, jak przy prze-  
czeniu.

PRZYCZYNY. Dzieci, dotknięte tą chorobą, są nerwo-  
we, pobudliwe, pochodzą z chorych na padaczkę, histe-  
ryę, od pijaków. Przypadki tej choroby zdarzają się rzad-  
ko, nie została więc zbadana należycie. West uważa ją  
za padaczkę. Decroisille (France méd. 1886), podziela ten  
pogląd, Feré uważa chorych za usposobionych do padacz-  
ki, (Progr. méd. 1883). Osobiście spostrzegalem dotąd  
10 przypadków i dla krótkotrwałości spostrzeżenia nie  
mogłem wyrobić sobie sądu własnego. U wstępnych stwier-  
dziłem nerwowość u obojga rodziców, lub tylko u matki,  
a w jednym przypadku przymiot dziedziczny. Śród cho-  
rych moich 4 chłopców miało 4—20 m., 6 dziewcząt 10—42  
m. Na razie uzyskałem wyzdrowienie, dalsze losy dzieci  
nie są mi znane. W wielu przypadkach stwierdzono spó-  
cześnie krzywicę. Bądź co bądź, kurczowe kiwanie gło-  
wą należy do rzędu chorób nerwowych.

OBJAWY. Głowa wykonywa gwałtowne i przerywa-  
ne ruchy z przodu ku tyłowi po 10—15 na minutę, w  
ruchach biorą niekiedy udział barki i powieki (mruga-  
nie), oraz gałki oczne (drzenie). U 5-miesięcznego chłop-  
ca głowa kiwała się w stronę lewą, u 4-miesięcznego  
z przymiotem dziedzicznym, głowa kiwała się na bok z  
przerwami chwilowemi. Niekiedy głowa równocześnie ki-  
wa się naprzód i w bok, w ruchach biorą udział wtedy  
i ramiona. W przerwach między napadami, dzieci są pod-  
niecone i nie mogą znaleźć sobie miejsca.

W przypadku Gautier'a 17-m. chłopiec, zrodzony  
z matki, która w niemowlęctwie przechodziła drgawki,  
bladł w czasie napadu, upuszczał z rąk przedmioty, któ-  
re trzymał, i zginał głowę i tułów, ręce wyciągał naprzód  
szybko 30 razy, ruchy te niekiedy były szczątkowe, stale  
za to występował wzrok błędny oraz bladość na twarzy  
i utrata przytomności. Po napadzie dziecko płakało. Po-

wtarzało się to 10 razy dziennie. Choroba trwała 8 miesięcy bez zmiany.

Gdy zechcemy przeciwdziałać ruchom, dziecko jest niespokojne i krzyczy, w czasie snu napadów nie bywa. Henoch, który widział kilka przypadków, zaznacza, że dzieci kiwają się z przodu ku tyłowi jak małpy chińskie. W jednym przypadku było zawracanie oczu ku górze, w drugim drżenie gałek ocznych, w trzecim — zez, wynika z tego, że w sprawie udział brać mogą i mięśnie oczu, jak i m. mostko-obojęczyko-sutkowy i m. zwracające głowę. W przypadkach Henoch'a i moich, ruchy były stałe, a nie napadowe, jak w przyp. Gautiez'a. Odwracając uwagę dziecka, ruchy przerwać możemy na czas pewien. Według Henoch'a, choroba ustaje z chwilą wyrżnięcia się pierwszych zębów. Kassowitz starał się ustalić związek między tą chorobą a krzywicą, związek to jednak wątpliwy.

Rokowanie jest dobre co do ustąpienia choroby, dzięki jednak związkowi pewnemu z padaczką, na przyszłość wątpliwe.

LECZENIE. Podniecenie zwalczać należy przy pomocy codziennych długotrwałych kąpeli, bromków (0,2—1,0); karmienie naturalne obowiązkowo.

#### D. Histerya.

Dzięki badaniom Charcot'a i jego uczniów, uważamy histeryę za najczęstszą nerwicę nie tylko u kobiet, ale i u mężczyzn, ciż sami badacze opisali również histeryę u dzieci.

PRZYCZYNY. Dejerine uważa histeryę za chorobę par excellence dziedziczną; dziedziczność ta jest prosta lub pośrednia. Briquet pierwszy, dzięki statystyce klinicznej (1854), dowiódł związku między histeryą a innymi chorobami nerwowymi. Badając rodziny 35 histeryków, złożone z 1103 osób (430 mężczyzn i 673 kobiet) u 214 zna-

laży histeryę, u 13 padaczkę, u 16 obłąd, u 3 lunatyzm, u 14 drgawki, u 10 udar mózgowy. Dodać należy, że za czasów Briquet'a, histerya u mężczyzn była nieznana. Bernutz widział sześć histeryczek, zrodzonych z matki histeryczki, co się do pewnego stopnia tłómaczy naśladownictwem i zarazą nerwową. Do rzędu chorób, wywołujących u zstępnych histeryę, zaliczyć wypada pijaństwo, samobójstwo, skazę moczanową, gruźlicę i przymiot. Związek wszystkich nerwic występuje wyraźnie, gdy weźmiemy pod uwagę, że często histerya łączy się z płasawicą, obłądem, chorobą Basedow'a, bezładem. etc.

Za przyczyny wywołujące uważamy wzruszenie, podniecenie wszelkiego rodzaju: przestרחi, samogwałt, czytanie, przedstawienia, bale, zmartwienia, przeciwności, urazy. Przyczyny, wywołujące histeryę, są nieobliczalne. Baratoux przytacza jako przykład rodzinę bretońską, w której u 6-ga dzieci rozwinęła się histerya pod wpływem opowiadań pełnych duchów i wrózek (Progr. méd.), uni-kać więc tego należy u dzieci usposobionych.

Charcot opisał epidemię w koszarach wojskowych. X-owie mieli 35 dzieci (11, 12 i 13 i pół letnie), również nerwowe. W czasie wakacyi zebrała się cała rodzina i dla rozrywki zajęła się praktykami spirytystycznymi. Dziewczynka (13 i pół letnia) dostała napadu nerwowego, który powtórzył się w czasie następnego seansu, poczem powtarzał się często. Takież same napady wystąpiły u chłopców (11 i 12 lat) i gdy jedno dziecko dostało napadu, występował on u wszystkich. U wszystkich stwierdzono piętna histeryczne (pasy hysterotwórcze, znieczulenie, zaburzenia wzrokowe).

Według Charcot'a u chłopców 12—13 letnich histerya zdarza się często w postaci napadów wielkich: drgawki, ruchy wielkie, łuk. Bournerville i Olier opisują u chłopca 13-letniego, pochodzącego z rodziców z padaczką 582 napady w ciągu roku. Niektóre rasy, np. Żydzi, są usposobieni więcej do histeryi.

Obok usposobienia nerwowego i skazy moczanowej, przyczynia się do histeryi życie miejskie, ze swem skupieniem, podnieciami, życiem siedzącym i przepracowaniem w szkole. Histeryę głównie spotykamy u dzieci starszych w okresie zbliżonym do dojrzałości płciowej, ale zdarzać się może wcześniej. Miałem naprzykład w leczeniu 2-letnią dziewczynkę z istotnymi napadami, Gyon stwierdził porażenie histeryczne u 4-letniej dziewczynki. Według Briquet'a, histerya u dzieci stanowi 25 procent wszystkich przypadków histeryi. Blednica często występuje łącznie z histeryą, toż samo można powiedzieć o płasawicy. Szybki wzrost usposabia do histeryi.

OBJAWY. Histerya, jak słusznie mówi Charcot, może dawać objawy wszystkich chorób układu nerwowego, ilość więc objawów jest nieskończona. Ilość jednak objawów u dzieci jest mniejsza, niż u dorosłych. Już w kołysce możemy niekiedy przewidzieć histeryę, dziecko jest podrażnione, podniecone, złe, rzuca się na ziemię przy najmniejszym sprzeciwieniu, krzyczy aż do zaduszenia—kurczu głóśni, drgawek. U sześciotygodniowej dziewczynki widziałem sen letargiczny, trwający 2—3 godzin, sen występował w ciągu dnia, w nocy sen zupełnie normalny. Starsze dzieci stają się fantastami, kłamcami, przesładowcami, jednym słowem mają charakter nieznośny, a przy uważnem badaniu znajdujemy oznaki histeryi. Stale występuje znieczulenie gardzieli, na skórze rozsiane są miejsca znieczulone, na czaszce i bokach punkty histeryotwórcze, uczucie kuli histerycznej, zaburzenia wzrokowe, (zwężenie pola wiązania, ślepotą barwną), znieczulenie połowiczne. Rzadko brak u dziewcząt punktu jajnikowego, u chłopców zaś bolesności jąder przy ucisku. W obrazie choroby mogą występować: bredzenie, omamy, drgawki, przykurczenia i kaszel histeryczny, porażenia, napady drgawkowe, katalepsja. U 12-letniej dziewczynki widziałem (Arch. de méd. des enf. 1901) porażenie ramienia prawego ze znieczuleniem, które szybko wystąpi-

ło i znikło; był to już od szóstego roku czwarty napad porażenia histerycznego, (porażenie lewostronne połowiczne, prawostronne, porażenie ramienia). Porażenie może wystąpić i w kończynach dolnych (Simon, Soc. de péd. 1901), niekiedy zdarza się niemota zupełna lub też jakanie, wreszcie brak zupełny łaknienia, chorzy tego rodzaju morzą się głodem; w innych znów wypadkach zdarza się kołatanie serca. Béclère u 13 i pół letniej dziewczynki widział wybroczyny samoistne pod skórą i pot krwawy (Soc. méd. hôp. 1900). Lunatyzm zdarza się u dzieci często hipoteza łatwa. Do rzadszych objawów zaliczyć wypada pot barwny, który widział Chabbert (Congr. de neur. 1895 Bordeaux) u 12-letniego chłopca, którego ojciec i matka mieli pot żółty. Do rzadkich również objawów należy porażenie rzekome opisane przez Blocq'a, pod nazwą astasia-abasia. Chory nie może ani stać, ani chodzić, podczas gdy czucie, siła mięśniowa i skojarzenie innych ruchów, kończyn dolnych jest zachowane. W przypadku Ausset'a (Soc. de méd. du Nord 1900) astazyja-abazyja u 12-letniej dziewczynki była połączona ze znieczuleniem obu kończyn dolnych, dziewczynka po wzmówieniu wyzdrowiała. w ciągu dni paru. Osobiście spostrzegalem przypadek astazyji-abazyji histerycznej u 10-letniej dziewczynki (Arch. de méd. des enf. 1901). W łóżku dziecko zachowało wszelkie ruchy, ale stać ani chodzić nie mogło; mogła czołgać się tylko na kolanach. W czasie stania ruchy płasawicze. Wyzdrowienie nastąpiło szybko.

Rokowanie co do choroby jest lepsze u dzieci, niż u dorosłych, o ile nie rozwijamy sami nerwicy i leczymy ją prawidłowo, dławić ją bowiem należy w zarodku.

ROZPOZNANIE jest trudne tylko wtedy, gdy napady odbywają się w naszej nieobecności, ale i wtedy oznaki stałe ułatwiają rozpoznanie, toż samo można powiedzieć o wywiadach osobistych i u wstępnych. Trochę podobieństwa do wielkiej histeryi ma wielka choroba, w pierwszej jednak nigdy nie bywa wysokiej gorączki, ani wypróżnień

bezwiednych, są za to pozy patetyczne, których brak w padacze. Przykurczenia z zanikiem mięśni mogą rodzić przypuszczenie stwardnienia mózgu. Niekiedy histerya daje objawy bólu biodrowego, rozpoznanie można postawić po zachloroformowaniu. Wreszcie w histeryi zwracać trzeba uwagę na udawanie.

**LECZENIE.** U dzieci, obarczonych dziedzicznie przedsięwzięć należy środki zapobiegawcze. Matka histeryczka nie może karmić dziecka, wyszukać mu należy karmicielkę zdrową, i karmić do 18 miesięcy, trzymać należy jaknajdłużej na wsi, wychowując go jak chłopą, unikać zaś w każdym razie przepracowania w szkole. Chorych należy oddzielać od rodziny chorej w zakładach. Tu stosować hydroterapię, prąd statyczny i bromki.

### E. Płasawica.

Płasawica, czyli taniec ś-go Wita, jest nerwicą, cechującą się ruchami mimowolnymi, niemiarowymi kończyn, oraz zaburzeniami czucia i umysłowemi, zdarza się często i prawie zawsze tylko u dzieci starszych i u dorosłych, (kobiety w ciąży) zdarza się wyjątkowo, jeszcze rzadziej u starców.

**Przyczyny.** Najczęściej spotykamy płasawicę między 7—14 rokiem życia, ale przed tym wiekiem i potem również zdarzyć się może. Według danych Rilliet'a i Barthez'a, obejmujących 334 wypadki płasawicy, między 3—6 r. ż. było 23 przypadki, od 7—10 lat 134, od 11—15 109, od 15—17—8. Według moich spostrzeżeń na 257 przypadków do lat trzech było 2 przypadki, do 5—8, między 5—7 119 prz., od 10—15 126. Choroba częściej zdarza się u dziewcząt, na 257 moich spostrzeżeń, 205 dotyczyło dziewcząt, według Rilliet'a i Barthez'a, na 4 chorych, przypada 3 dziewczęta i chłopiec, według G. Sée wypada 1 chłopiec na 2 dziewczyny, według West'a na 1141 przypadków, było 794 dziewczęta i 347 chłopców. Wyższa

liczba dziewcząt w mojej statystyce zależy od tego, że w szpitalu dziecięcym ordynuję na sali dziewcząt.

Niewątpliwie tak jak w każdej nerwicy odgrywa w płasawicy rolę ważną dziedziczność, która może być bezpośrednią, t. j. matka płasawicza rodzi dziecko płasawicze, lub też pośrednią; Sée spostrzegał wypadki dziedziczności bezpośredniej w wielu przypadkach, Rilliet i Barthez w 10, Monaj na 214 przypadków w 14 stwierdził płasawicę u wstępnych.

Płasawica dziedziczna Huntington'a u dorosłych nie ma wspólnego z płasawicą Sydenham'a u dzieci. Płasawica elektryczna przypomina raczej histeryę (Bergeyron), z którą zresztą płasawica ma wiele cech wspólnych. Mané na 27 dziewcząt płasawicznych znalazł w 19 przypadkach bolesność jajnika (Progr. méd. 1886), osobiście bolesności jajników nie widziałem, natomiast znajdowałem często znieczulenie gardzieli, prawdopodobnie co brano za bolesność jajników, było punktem nerwobólu lędźwio-brzusznego. Raymond spostrzegał jednocześnie płasawicę i histeryę ze znieczuleniem połowicznym, ślepotą ect. (Soc. m. des hôp. 1890). Zarówno jak i w histeryi gra ważną rolę w pensyonatach i szkołach, naśladownictwo (zaraza nerwowa).

Po zatem płasawica jest często następstwem innych chorób, szczególnie gościca stawowego. G. Sée (Ar. de méd. 1850), mówi: „śród chorób najczęściej wywołujących płasawicę w pierwszym rzędzie postawić należy skazę gościcową, spotykamy ją bowiem najmniej 2 razy na 5 w 2 innych przypadkach jest następstwem różnych chorób, w jednym zaś przypadku płasawica jest czystą nerwicą”. H. Roger uważa płasawicę za umiejscowienie gościca w mózgu i rdzeniu, tak jak umiejscawia się w sercu, opłucnie etc. (Arch. de méd. 1866—7). Większość lekarzy przyjęła pogląd ten z pewnemi zastrzeżeniami. Archambault np. w swem tłómaczeniu dzieła West'a, pisze: „im więcej widzę chorych płasawicznych, i baczniej-

szą zwracam uwagę na przyczyny tem więcej przekonuję się, że główną, jeżeli nie jedyną przyczyną płasawicy, jest gościec". Pogląd ten podziela Simon, Cadet de Gassicourt zaś przyjmuje pochodzenie gościcowe dla jednej trzeciej przypadków. Z niepodzielających tego poglądu wymienię Szteiner'a, który na 252 przypadki zaledwo w czterech stwierdził gościec, Vogel'a (Traité de mal. de l'enf. 1872), który przyznaje tylko bardzo daleki związek między płasawicą a gościcem, Bouchut, który uważa gościec za chorobę zakaźną i według którego usposabia on od płasawicy tylko dla tego, że wywołuje anemię, Empiss'a, który, zbierając wywiady staranne wśród chorych gościcowych, ani razu nie znalazł płasawicy, Joffroy (Progr. m. 1886), który polemizując z G. Sée, uważa płasawicę za nerwicę mózgo-rdzeniową, okresu rozwoju Ch. Leroux'a (R. de mal. de l'enf, 1890), który na 162 przypadki, zaledwo w pięciu stwierdził gościec, Perret'a i Dervic'a (Prov. m. 1890 i 1890), którzy na 235 przypadków płasawicy w kilku zaledwie stwierdzili gościec. Na 257 spostrzeżeń moich, gościec poprzedzał lub następował zaledwo w 28 przypadkach, płasawicy. Wszyscy autorzy stwierdzili spółistnienie chorób serca (szmeru podstawy lub wierzchołka). Zapalenie osierdzia, zakaźne lub też skutkiem zaburzeń w odżywianiu, może wystąpić bez gościca, co zdarza się często, nie należy więc uważać, płasawicy pochodzenia sercowego za gościcowe.

Jak wyjaśnić te sprzeczności? Zdaje mi się, że trzeba przedewszystkiem zwrócić uwagę na warunki otoczenia. W szpitalach widzimy tylko płasawicę ciężką, która bardzo często znajduje się w związku z gościcem, na 146 przypadków szpitalnych w 32 stwierdziłem zapalenie osierdzia, dzięki temu przeceniono rolę gościca w powstawaniu płasawicy. W poliklinice, gdzie widziałem tylko przypadki łagodne, sprawa jest czystą nerwicą. Prawda więc leży pośrodku.



Pląsawica jest chorobą nerwową, nerwicą okresu rozwoju, najczęściej występuje bez przyczyny, bez poprzedzającej choroby, w innych przypadkach zdarza się po chorobach ostrych a między innymi po gościecu, ale poprzedzić ją może odra, płońca, dur brzuszny, świnka (Hausalter—Revue m. de l'Est 1894). Choroby te wywołują osłabienie ustroju, ale wywołują pląsawicę tylko wtedy, gdy znajdują usposobienie nerwowe. Niektórzy (Triboulet) uważali pląsawicę za chorobę zakaźną. Do przyczyn wywołujących zaliczyć wypada także wzruszenia, przestrasz, upadek z wysokości, złe obchodzenie się z dziećmi.

Pląsawica ulega niekiedy nawrotowi; u 2 dziewcząt widziałem pląsawicę 5-krotnie z przerwami kilkumiesięcznymi, 4-krotny nawrót spostrzegałem 12 razy, 3-krotny 15 razy, 2-krotny 20 razy. Henoche naliczył aż 6, a Rilliet i Barthez 8 nawrotów u tegoż samego osobnika.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Niektórzy z autorów angielskich przypuszczali, iż pląsawica może być następstwem zatorów mózgu pochodzenia sercowego, najbliższą więc przyczyną pląsawicy było by zapalenie osierdza (Hughlings, Jackson, Tuckwell), w większości jednak przypadków, wyniki oględzin pośmiertnych dały wynik ujemny, obecnie więc niepodobna oprzeć choroby na jakichkolwiek zmianach anatomicznych. Dickinson opisuje przekrwienie naczyń mózgu i rdzenia, zmiany te jednak mogą powstać wtórnie lub też są trupie, inni znajdowali zmiany w oponach, gruźelki wzgórków czworaczych, mózgu i mózdzka (wylewy, torbiele, gruźelki, etc.), Balzer spostrzegał niezwykle łamanie światła w komórkach nerwowych rogów przednich, Broadbent szuka zmian w ciele prądkowanym i wzrokowym. Jednym słowem, anatomia patologiczna nie jest wyjaśniona należycie.

OBJAWY. Pląsawica może rozwinąć się nagle skutkiem wstrząśnienia nerwowego lub przestraszenia, odrazu występują ruchy mimowolne lub poprzedzają je zwiastuny w postaci zmiany usposobienia, drażliwości, niecier-

pliwości i zaburzeń w trawieniu. Z początku podniecenie mięśniowe, cechujące płasawicę, jest nieznaczne, niezgrabność występuje tylko przy ruchach delikatnych, utrudnionych skutkiem ruchliwości nadmiernej, a więc dziewczynki nie mogą szyc tak dobrze, jak przedtem, kłują sobie palce i nie mogą nawlec igły, pisanie jest utrudnione, pismo nieregularne. W spoczynku widzimy nieustanne wstrząśnienia, dziecko ustać na miejscu nie może. W miarę wzmaganja się ruchów płasawicznych, chory chodzi skacząc, rozbija meble, pada, gdy zechce ująć jaki przedmiot, wykonywa szereg szerokich ruchów bezcelowych i mimowolnych, zmuszających go do przewracania i tłuczenia przedmiotów. Ruchy płasawicze są częścią wyjętą z pod woli, nieprawidłowe; ułożenie groteskowe.

Gdy chory zechce uścisnąć rękę, czujemy wysiłki przerywane i przestankowe. Równocześnie z ruchami w kończynach występują straszne lub komiczne ułożenie rysów twarzy, powieki unoszą się lub zamykają bez powodu, wargi otwierają się lub zaciskają, dziecko śmieje się bez powodu. Mowa przerywana, niekiedy jąkanie, rzadziej milczenie lub też rodzaj szczekania, zależnego od wstrząśnień krtani i przepony (czkawka); połykanie nawet może być utrudnione, a często po jedzeniu zaraz następuje zwracanie. Cadet de Gassicourt stwierdził naprzemian zważanie i rozszerzanie źrenic. Jednem słowem mamy do czynienia z zupełnym obłędem mięśniowym, ogólnym lub po jednej stronie albo z przewagą po jednej stronie. Ta ostatnia zdarza się głównie po stronie lewej (hemichorea). Na 273 przypadki Rilliet i Barthez, stwierdzili obustronną płasawicę w 168 przypadkach, przeważnie lewostronną—w 27, przeważnie prawostronną w 23, tylko prawostronną— w 29, lewostronną—26. Płasawica nadto może być częściową, w jednym członku, lub naprzeciwległą. Natężenie choroby może wystąpić w różnym stopniu. W przypadkach lekkich, bardzo licznych, dzieci mogą chodzić,

posługiwać się rękoma, a choroba ogranicza się do pełnego rodzaju ruchów mimowolnych, wykrzywiań, paru wstrząśnięć ramienia i rąk, które zwiększają się, gdy zwracać na dziecko uwagę. W ciężkich przypadkach, dzieci padają i chodzenie może być uniemożliwione całkowicie, dziecko zmuszone leżeć, i nawet wtedy, skutkiem ruchów gwałtownych rozbić się może o ścianę. W czasie snu ruchy ustają, to też gdy chory cierpi na bezsenność, za przykładem Joffroy, należy wywołać sen sztuczny za pomocą środków nasennych.

Odruchy ścięgnowe oraz pobudliwość na prąd elektryczny zachowane, niekiedy wzmożone. Wogóle zajęte są tylko mięśnie dowolne, ale mogą ulegać też ruchom mięśnie głośni i przepona (czkawka, szczekanie mimowolne), a niekiedy płasawica występuje i w sercu (kołatanie serca, niemiarowość, szmery anem.-kurcz.). Podniecenie kurczowe mięśni nie obejmuje całości obrazu choroby, zdarza się bowiem w przebiegu płasawicy i porażenie; płasawica wiotka (chorée molle, lymf chorea Wilks'a i Gowers'a), która może towarzyszyć, poprzedzać lub też wystąpić po płasawicy. W postaci tej, zbadanej przez Ollive'a, dziecko powłóczy nogą, lub też ma ramię zwiśnięte, wreszcie może wystąpić porażenie połowiczne. Osobiście spostrzegłem 2 przypadki płasawicy z porażeniem ogólnem. Mięśnie są wiotkie, porażone zupełnie, lub niedowładne, porażenie to jest w każdym razie czasowe, przejściowe i nie pogarsza rokowania. Postać ta wbrew zdaniu Picot'a i d'Espine'a nie częściej, niż zwykła jest następstwem goścca.

Zaburzenia czuciowe są różnorodne, ale nie występują stale, rzadko zdarza się w płasawicy znieczulenie połowiczne wraz w połowicznym porażeniem narządów zmysłów, częściej występuje znieczulenie gardzieli. Zdarzają się również znieczulenia plackowate oraz punkty bolesne wzdłuż kręgosłupa. Marie spostrzegł bolesność jajników, ja zaś punkty bolesne nerwobólu lędźwio-brzusznego. Chorzy uskarżają się często na bóle w kościach

i stawach, nie zawsze zależne od gościca, ale często od wzrostu i czysto nerwowe. Równocześnie z płasawicą spostrzegalem dość często nietrzymanie nocne moczu u tego samego osobnika lub w jego rodzinie.

Zaturzenia psychiczne występują niemal stale. Obłęd płasawiczny (omamy, bredzenie, milczenie, zaduma, skłonność do samobójstwa), zdarzają się rzadko (Regis J. d. m. de Bordeaux, 1890), Marié spostrzegal inny przypadek, częściej wszakże zdarza się tylko niewyrównane usposobienie, brak uwagi, lenistwo umysłowe, osłabienie pamięci, a jak w przypadku West'a i niemota.

Niezbyt ciężka płasawica nie wpływa na stan ogólny chorego, nie wywołuje gorączki; łaknienie i trawienie bywa dobre, w przypadkach ciężkich obawiać się można wychudzenia i charłactwa. Częstem powikłaniem, niekiedy poprzedzającym płasawicę, jest niedokrewność, wywołująca szmer u podstawy serca i w naczyniach szyi. W sercu, obok kołatania w przebiegu lub po płasawicy, rozwinąć się może zapalenie osierdzia lub wsierdzia, nawet bez gościca; być może zapalenia te są pochodzenia zapalnego, rzadziej zdarza się zapalenie opłucny. W ciężkich postaciach płasawicy wystąpić mogą odleżyny ropne, owrzodzenia, róża przypadkowa skutkiem urazów bez związku bezpośredniego z chorobą. U 7-letniej dziewczynki, razem z dr. Morisson'em widzieliśmy rozlaną ropówkę lędźwio-krzyżową.

Czas trwania choroby nie zależy od natężenia, choroba trwa zwykle długo (średnio 3 miesiące). Leczenie właściwe skrócić ją może do 5—6 tygodni, obawiać się jednak zawsze należy nawrotów, które zdarzają się częściej u dziewcząt, niż u chłopców; na 85 nawrotów Rilliet i Barthez 77 znaleźli u dziewcząt, na 88 z moich spostrzeżeń, u chłopców nawroty wystąpiły tylko w 7 przypadkach. Płasawica kończy się zawsze pomyślnie, często jednak występują powikłania (zapalenia osierdzia, gościc), które pogarszają rokowanie. Na 167 przypadków w

szpitalu, miałem dwa zejścia śmiertelne, skutkiem zapalenia owrzadzająco-twórczego wsierdza. Aczkolwiek związek płasawicy z goścem uważam za mocno przesadzony, zawsze jednak obawiam się objawów ze strony serca. Nadto pamiętać należy, że płasawica świadczy o usposobieniu neuropatycznym.

Według badań Babea'u (Bull. m. 1897) w płasawicy znajdujemy w moczu zmiany następujące: zwiększoną ilość mocznika, fosforanów (o 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub> do 400<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), oraz zwiększenie ilości wapnia i magnu, mamy więc wzmożenie rozpadu.

**ROZPOZNANIE** płasawicy jest bardzo łatwe, płasawica histeryczna różni się miarowością ruchów. Nagminny taniec ś-go Wita w wiekach średnich był wygasłą już dziś nerwicą, nie mającą nic wspólnego z płasawicą okresu rozwoju. Płasawica zmienna Brissaud'a, płasawica wielopostaciowa zwyrodniałych Magnan'a rozpoczyna się wprawdzie tak jak i zwykła w dobie rozkwitu, ustępuje jednak wkrótce miejsca kurczom, mowie sprośnej etc. Płasawica połowiczna po porażeniu połowicznym oraz atetoza, ograniczają się do pewnych mięśni i trwają bez końca, towarzyszy im zwykle przykurczenie. W stwardnieniu wieloogniskowem ruchy mimowolne występują tylko przy dokonywaniu ruchów zamiarowych. Płasawica elektryczna, obrotowa, skacząca cechuje się ruchami przerywanymi, jakby skutkiem wyładowań elektrycznych. Choroba kurczów (*maladiè de tics*. Charcot'a, Gille de la Tourette, Guinon), jest właściwie histeryą lub też obłąkaniem, jest dziedziczna, cechuje się ruchami szybkimi, systematycznymi, nie zmiennymi, niestałymi, skojarzonymi, czem różni się od ruchów płasawicznych.

Po rozpoznaniu płasawicy określić należy, czy ta ostatnia jest pochodzenia goścowego, czy też nerwowego, zbadać, czy nie ma oznak histeryi, zebrać wywiady co do wstępnych chorego z linii prostej i bocznych i dopiero wtedy możemy określić pochodzenie choroby.

LECZENIE. W celu zapobiegawczym należy odosabnić płasawicznych od innych dzieci, oddzielenie to wywiera również wpływ zbawienny i na chorych, gdyż żarty towarzyszy i łajanie starszych wpływają źle na chorego, podniecają go bezpotrzebnie. Przerwać należy naukę w szkole, zabronić czytania i pisania, pozostawić natomiast zupełną swobodę dziecku, oraz spoczynek dla mózgu i nerwów. W przypadkach ciężkich, wymagających leżenia, kończyny zabezpieczyć należy od urazów. W lżejszych wystarcza gimnastyka szwedzka, lub ruchy miarowe, wzdoleczenie, pobyt na świeżem powietrzu, środki wzmacniające i żelazo.

W ciężkich przypadkach uciec się wypadnie do wypróbowanych już środków. Do środków tych zaliczyć należy antipirynę po 3,0—6,0 p. die, która skraca czas choroby i łagodzi napady; polepszenie sprowadza również bromek potasu (1—4 grm. zależnie od wieku), pewne wyniki otrzymywano przy stosowaniu natrysków z eteru na kręgosłup. Dobrze działa arsenik (liqu. Boudin  $\frac{1}{1000}$  po 10—30 gm.). West zaleca siarczan cynku (0,1—0,5 gm. pro die), Voisin tlenek cynku (0,2 gm.) i wyciąg waleryany po 5—6 gm. Zalecany przez Gillett'ea emetyk, dziś zarzucono. Bardzo ostrożnie stosować należy siarczan strychnicy, ezerynę, chlorek hyoscyny (Magnan daje po 0,001—0,002 pod skórę). Joffroy radzi stosować obwijania w prześcieradła oraz chloral jako środek nasenny, w tym samym celu stosować można nakoniec i chloroform. Kąpiele siarczane, natryski zimne, mięsienie, prąd stały i przerywany dawały różne wyniki, toż samo rzecz można o poddawaniu i magnezie.

Nim przystąpimy do leczenia upewnić się należy, czy nie ma powikłań ze strony trzewiów, gdyż zapalenie osierdzia i wsierdzia daje przeciwwskazanie do stosowania wzdoleczenia.

Mimo zapewnień G. Sée salicylan sodu nie daje żadnych wyników.

Osobiście stosują zwykle leczenie następujące: leżenie w łóżku, pożywienie lekkie, przeważnie roślinne, unikanie napojów fermentujących, w przypadkach o natężeniu średniem antipiryna po 0,5 na rok życia dziennie, w ciężkich liqu. Boudin w zwiększających się dawkach po 10—35 grm., później zmniejszających się do 10 grm. Jeżeli podniecenie nie ustępuje, prześcieradła.

### F. Płasawica elektryczna.

Płasawica elektryczna nic nie ma wspólnego ze zwykłą. Znamy dwa główne jej typy, opisane przez Dubini'ego z Medyolanu (1848) i Bergeron'a (1880). Płasawica Dubini'ego cechuje się miarowemi drganiami w mniejszej lub większej grupie mięśni, kończącemi się śpiączką i śmiercią, na zwłokach znajdujemy zmiany w ośrodkach nerwowych. Płasawica Bergeron'a mniej ciężka uważana za kurcze z drganiami miarowemi przez Joffroy, jest według Pitres'a i Gille de la Tourette'a odmianą histeryi.

Choroba zdarza się u dzieci starszych i objawia się drganiami mimowolnemi, gwałtownemi, szybkimi przypominającemi wyładowanie elektryczne. Kurcze występują w szyi, kończynach górnych, dziecko wtedy wzrusza ramionami i gestykuluje energicznie, lub też ograniczają do m. twarzy, nadając jej coraz to inny wyraz. Zdarzały się przypadki jednoczesnego wystąpienia płasawicy Sydenham'a i Bergeron'a (Berland. Thèse, Paris 1880). Ruchy ograniczają się do pewnych mięśni, nie rozprzestrzeniają się na inne. Stan ogólny dobry, powikłań ze strony serca nie bywa. Chłopcy częściej ulegają chorobie, niż dziewczęta. Choroba występuje bez przyczyny, lub też po przestraszeniu u dzieci już obarczonych. Massalongo płasawicę elektryczną uważa za odmianę myoklonii (paramyoclonus multiplex), od zwykłej płasawicy różni się ona miarowością. Miarowość ta zresztą jest wła-

ściwą wszystkim płasawicznym miarowym, skaczącym, chorobie kurczów, myoklonii.

### G. Tężyczka.

Tężyczkę, opisaną przez Dance'a, p. n. tężca przestankowego (Arch. de m. 1831), u dzieci spostrzegł Tonnellé (G. m. de Paris 1832), który opisał ją jako nową chorobę drgawkową, niezależną od zmian w nerwach. Constant zalecał nazwę: pierwotne przykurczenie kończyn (Gaz. m. de Paris 1832) Corvisart zaś tężyczki, przyjętej przez Trousseau.

PRZYCZYNY. Tężyczka zdarza się częściej u dzieci małych, na 87 przypadków Rilliet i Barthez powyżej l. 2 opisują 36 przypadków, chłopcy ulegają najczęściej (53: 87). Niektórzy autorzy przypisują ją dziedziczności. De la Berge przypuszcza wpływ zimna, większość przypadków bowiem zdarza się zimą. Tężyczka jest chorobą wtórną w przebiegu biegunki przewlekłej, uwiadu, krzywicy, w okresie zdrowienia z chorób zakaźnych (krztusiec, dur brzuszny, gościec). Baginsky 15 przypadków spostrzegł u dzieci w pierwszym roku życia, źle żywionych, odstawionych zbyt wcześnie i t. p., po ustąpieniu zaburzeń w trawieniu ustępowała i tężyczka. (D. m. Woch. 1886). Pochodzenie faktyczne tych przypadków jest widoczne, również jak i w tężyczce następczej po rozstrzeni żołądka. Bouveret i Dervic zresztą znaleźli w roku 1891 w rozszerzonym żołądku jad, wywołujący drgawki.

Do przyczyn wypadkowych zaliczyć należy wzruszenie, urazy, zimno (Laségue), niestrawność, robaki kiszkowe, wgłobienie kiszek, mamy wtedy tężyczkę odruchową.

Choroba ma wiele podobieństwa do drgawek dziecięcych, a pokrewieństwo jej z histeryą, jest szczególnie wyrażne w przypadkach nagminnych (Simon Progr. m.



1846). Nawroty zdarzają się często, napady tężyczki mogą pochodzić lub też występować po drgawkach.

OBJAWY. Choroba rozpoczyna się od kończyn górnych, palce zginają się, członeczki są rozszczepione, palec wielki zwrócony ku wewnątrz, pokryty innymi palcami (ręka akuszerza), stężenie może być znaczne lub też z łatwością przewyciężyć się daje; dłoń zgięta w pronacji, mięśnie skurczone wyraźnie uwydatniają się pod skórą. Pobudliwość elektryczna wzmożona. Z kolei tężyczka obejmuje kończyny dolne, stopa wyprostowana z piętami zwróconymi ku wewnątrz, mięśnie podudzia napięte. W m. ramienia i uda stężenia zwykle nie znajdujemy. Nie wyklucza to jednak możliwości przykurczeń w m. miednicy skutkiem czego jak w zapaleniu stawu biodrowego, udo zgina się. Sprawa rozszerzyć się może na m. tułowia, a skutkiem tężyczki przepony, nastąpić może duszność z sinicą i obawą zaduszenia, do czego jednak nie dochodzi. Wkrótce występuje zwolnienie mięśni. Według Escherich'a tężyczka i kurcz głośni są z sobą w związku ścisłym, gdyż u dzieci z kurczem głośni wywołać można łatwo tężyczkę, ograniczającą się do m. karku, szyi i tułowia, a u 16-m. dziecka Rilliet znalazł tężyczkę żuchwy.

Tężyczce towarzyszy niekiedy nieznaczny obrzęk zapalny naokoło stawów i pochewek ścięgowych. Przytomność zachowana, dziecko zdaje sobie sprawę z napadów powtarzających się w prawidłowych mniej więcej odstępach czasu. Według Trousseau'a można wywołać napad przez ucisk naczyń wielkich lub pni nerwowych.

Zwolnienie trwa godzinę do dni kilku, ale może trwać zaledwie kilkanaście minut (Rilliet i Barthez). Zbiór napadów tworzy jeden napad wielki. Choroba może przebiegać z gorączką, niestrawnością i t. p., lub przewlekle z inną chorobą wyniszczającą.

Czas trwania bardzo krótki (kilka godzin), lub dłużej (5 m. w przyp. Rilliet'a i Barthez'a). Tężyczka widać się może drgawkami, kurczem głośni, zezem, rozsze-

rzeniem lub zwężeniem źrenic. Zwykłym zejściem jest wyzdrowienie, zejście niepomysłne tylko wtedy, gdy tężyczka towarzyszy stanom charłacznym i rozstrzeni żołądka.

**ROZPOZNANIE.** W objawowym stężeniu skutkiem zmian w mózgu irdzeniu przykurczenia są stałe, ograniczone z drgawkami, w tężyczce natomiast przykurczenie jest przejściowe i napadowe. Przy opukiwaniu kąta zewnętrznego oka wywołujemy kurecz błyskawiczny w odnośnej połowie twarzy (oznaka Weiss'a i Chwostek'a). W hysterii przykurczenia są stałe, przewlekłe i nieprawidłowe. Toż samo w zapaleniu opony twardej. Tężec odróżnia się stężeniem mięśni karku, szczękosciskiem, stężeniem m. tułowia, w tężyczce jednak ogólnej, opisanej przez Escherich'a, Cattaneo i Guinon'a, możliwe są omyłki.

**LECZENIE.** W czasie napadu lub w przerwach kąpiel ciepła długotrwała, bańki suche wduż kręgosłupa, wzięwania kilku kropel chloroformu, po napadach bromek potasu (1—2 grm.), Pewne wyniki daje prąd stały. W tężyczce objawowej skutkiem zaburzeń w trawieniu, leczyć należy te ostatnie, zapobiegać im przez żywienie odpowiednie, stosować antyseptykę kiszek, (benzonaftol lub salol), przemywanie żołądka, choć to ostatnie wywołać może tężyczkę.

## H. Strach nocny.

Strach nocny jest raczej objawem, niż chorobą; właściwy jest dzieciom między 2—7 rokiem życia, nieznanym u dorosłych.

**PRZYCZYNY.** Ważną rolę w etyologii odgrywa wiek dziecka, zarówno młodzież jak i noworodki nie ulegają strachom nocnym. Niemowlęta natomiast, już przed drugim rokiem życia budzą się nocą wstają i krzyczą. Zwykle jednak choroba nie rozpoczyna się przed 2—3 rokiem życia. Dzieci dopiero po odstawieniu dzieła stół z rodzi-

camami i wtedy dopiero zaczynają dzielić prócz stołu i wrażeń życia codziennego. W większości przypadków przyczyną jest obciążenie dziedziczne, nie jest jednak rzeczą konieczną, gdyż każde dziecko, postawione w złe warunki higieniczne, może mieć strach nocny. U dzieci tego rodzaju częstokroć widzimy zaburzenia w trawieniu (rozszerzenie żołądka, zaparcie stolca). To też w olbrzymiej większości przypadków, jak to stwierdzili Moizard (Rev. d. m. de l'enf. 1884) i Simon, przyczyną bezpośrednią jest żywienie wadliwe, na pierwszym miejscu postawić należy nadużycie płynów, przedwczesne podawanie kawy, wyskoku, pijaństwo karmicielki, Również często strach nocny zdarza się u dzieci, dotkniętych krzywicą z rozstrzenią żołądka, pragnieniem i łaknieniem wzmożonym. Też same objawy może dawać użycie wilczej jagody, siarczynu, chininy (J. Simon), West i Bouchut przypisują strach zaparcia stolca, wistocie w jednym przypadku użycie w czasie właściwym środka czyszczącego zapobiegało strachom nocnym. Wynika z tego, że w większości przypadków strach nocny jest objawem nerwowym z zatrucia. Ale może również powstać i na drodze odruchowej, w ten właśnie sposób działają zębowanie, robaki kiszkiowe. Pewną rolę odgrywają również wzruszenia moralne (opowiadanie o strachach, przepracowanie umysłowe). Niekiedy przyczyn upatrywać należy w niedokrewności, samogwałcie, padaczce (J. Simon), a Baginsky widzi je w przewlekłym niezycie nosa i przeroście migdałów.

Zbyt czarno, mojem zdaniem, zapatruje się na strach nocny Ollivier, według niego dzieci tego rodzaju są osobnikami zwyrodniałymi, a w 99 pr. przypadków, mamy do czynienia z histeryą ukrytą. Do pewnego tylko stopnia przyznać mu można rację, ale nie we wszystkich, jak chce, przypadkach.

OBJAWY. Dziecko zasypia głęboko, częściej wśród podniecienia, spocone. Po kilku godzinach budzi się raptem, siada na łóżku, krzyczy z przestachu, płacze, mówi od

rzeczy, że widzi osoby, które chcą zrobić mu krzywdę. Jest to sen straszny, który trwa na jawie. Rodzice przekonują dziecko, ale ich nie poznaje. Po kilku minutach uspakaja się i zasypia, napad tego rodzaju powtórzyć się może tej samej nocy lub nazajutrz. West widział 11-m. dziecko, u którego napady powtarzały się do 11 razy w nocy, zwykle jednak napady oddziela przerwa większa 1—kilku tygodni. U chorego Moizard'a jednak w ciągu sześciu tygodni, strach nocny występował co noc o określonej godzinie.

Nazajutrz dziecko budzi się zdrowe, przypominając sobie nie zawsze jednak wypadki nocne.

Wogóle strach nocny jest widziadłem sennem, które porównać można do widziadeł u pijaków, podczas jednak, gdy dorośli panują nad widziadłami, dzieci ulegają im.

Powtarzanie się napadów zależy od obchodzenia się z dzieckiem. Tam, gdzie napady pochodzą ze złego żywienia, po usunięciu przyczyny ustępują zupełnie, z wiekiem również ustępują.

Rokowanie nie jest złe, nie można też uważać dzieci, dotkniętych strachem nocnym za histeryków lub obłąkanych, choć Moizard po napadach nocnych widział lunatyzm. Rozpoznanie jest łatwe.

**LECZENIE.** Przedewszystkiem zwrócić należy uwagę na żywienie, unikając nadmiaru płynów, kawy i pokarmów podniecających. Zabronić należy opowiadań strasznych, a dzieciom z zaparciem stolca dawać środki czyszczące. Zalecamy nadto kąpiele ciepłe, codzień wieczorem, ilość pożywienia wieczornego zmniejszyć należy, aby nocą żołądek był pusty. Probować można bromku potasu (1—2 grm.), unikać natomiast makowca skutkiem wywoływanego przezeń przekrwienia i zaparcia stolca. W wielu przypadkach dobre wyniki dała mi antyseptyka kiszek (salol, batol, benzonaftol, 1 grm. w 5 dawkach dziennie).

## I. Jąkanie.

Jąkanie jest nerwicą skojarzeniową, cechującą się swoistymi zaburzeniami w mowie. Zaburzenie to cechuje się powtarzaniem kurczowem i utrudnionem pewnych zgłosek lub sylab, na pierwszy rzut oka zależy od wad rozwojowych języka, krótkości wędzidełka, etc., w rzeczywistości jednak jąkanie jest pochodzenia mózgowego, i jest oznaką zwyrodnienia, obarczenia dziedzicznego. Rozpoczyna się u dzieci małych, usposobionych dziedzicznie skutkiem innych wzruszeń. W czasie wzruszenia, lub gdy zwracać na chorego uwagę, jąkanie wzmaga się, oddech staje się utrudnionym, przerywanym.

Jąkanie występuje przestankowo zależnie od okoliczności i zbliża się z tego powodu do kurczów (tics), które mogą mu zresztą towarzyszyć. Jąkanie powstać może i pod wpływem naśladownictwa.

Czas trwania, uleczalność i rokowanie, zależą od okoliczności i leczenia. Wcześniej podjęte leczenie daje wyniki dobre. Zabiegi chirurgiczne są bezcelowe, ani podcinanie wędzidełka języka, ani przyżeganie śluzówki nosa, ani usunięcie wyrostki gruczołowych nie mogą sprowadzić wyleczenia. Zwrócić natomiast trzeba uwagę na gimnastykę oddechania, dążącą do tego, aby chory był panem tej czynności. Pozatem metodyczna nauka mowy i rozwijanie siły woli u chorego.

## J. Czkawka.

Czkawka jest nagłym kurczem przepony, wywołującym dźwięk nieartykulowany skutkiem bezwiednych drgań głośni, w czkawce zatem istnieje kilka czynników, które wyodrębnić trudno; skurcz przepony, podniecenie kurczowe brzucha i klatki piersiowej, drganie głośni, szmer. Wszystkie te czynniki działają nagle, kurczowo i mimowolnie. Jest to zaburzenie nerwowe, zbliżone

do kurczów i występujące napadami. Czkawka zdarza się często, zarówno u noworodków jak i u starców, u noworodków zaledwie zauważyć się daje, u dzieci starszych, obarczonych dziedzicznie, zdarza się często, trwa długo i niepokoi otoczenie. Częsta i długotrwała czkawka zdarza się tylko u osobników nerwowych, u 10-letniej dziewczynki występowała jednocześnie z kurczem przelyku i w takich przypadkach należy ją uważać za objaw histeryi; zbyt przepełniony żołądek może wywołać czkawkę, ten sam wpływ mieć mogą odruchowo robaki.

Leczenie niepewne, często pomagają środki najprostsze; picie powolne przy wstrzymaniu oddechu, ssanie cukru z octem, wywołanie nagłego przestachu, ucisk n. przeponowego lewego w ciągu kilku minut (Leloir), w przypadkach uporczywych, prześcieradła i natryski.

#### K. Kurcze.

Kurcze są objawem nerwowym dziedzicznym, spotykanym u dzieci zwyrodniałych, pochodzącym z rodziców dnawych, artrytycznych, neuropatów etc.

Występuje w postaci skurczów częściowych, nagłych jakby skutkiem wyładowań elektrycznych w obrębie nerwów kręgowych, ruchowych twarzy i kończyn.

Dziecko w czasie spokoju raptem wzrusza ramionami, wstrząsa głową, zamyka powieki, robi grymasy, wykrzywia się dziwnie. Równocześnie z tymi ruchami wydawać może dźwięki dzikie, skutkiem kurczu m. krtani.

Kurcze te, acz są objawem zwyrodnienia, są wyleczalne. Częstokroć są następstwem naśladownictwa i wadliwego siedzenia w szkole. Stwierdzano niekiedy równocześnie robaki w kiszkiach. W tym ostatnim wypadku zalecić należy środki przeciwrobacze. Pozatem należy zwracać uwagę na stan ogólny i układ nerwowy. Pobudliwość osobników nerwowych zwalczać należy za pomocą długotrwałych kąpieeli ciepłych, prześcieradeł, natrysków, zi-

mnych. Chorym zalecamy pobyt na świeżem powietrzu, gry i gimnastykę szwedzką, wzbraniamy przepracowania umysłowego, kąpeli morskich, pokarmów podniecających (wyskok, kawa, korzenie).

#### L. Obgryzanie paznogi.

Obgryzanie paznogi jest złem przyzwyczajeniem dzieci starszych, polegającym na ssaniu i obgryzaniu paznogi. Niezależnie od następstw, wywołanych skutkiem wprowadzania do ustroju nieczystości z rąk zwalanych na członczkach palców tworzą się nadżerki, podrażnienie, przerost, nadający palcom postać pałeczki od bębna. Uporczywe obgryzanie paznogi, zazwyczaj występuje współcześnie z innymi objawami zwyrodnienia, a więc z nocnym nietrzymaniem moczu, płasawicą, podnieceniem mózgowem. Neurologicy uważają objaw ten za łagodną oznakę zwyrodnienia, zbliżoną do zezu, kurczów, zjadania włosów.

Dla usunięcia tego złego przyzwyczajenia nie wystarczają zwykle nagana i odwoływanie się do miłości własnej, niezależnie więc od zajęć umysłowych i rozrywek fizycznych, (gimnastyka, ćwiczenia, gry na świeżem powietrzu, wodoleczenie) należy pęzlować końce palców jakimkolwiek płynem gorzkim, przykrym, np. roztworem chinu. Derecq uzyskał wyleczenie w sposób następujący: brzegi paznogi i skórę otaczającą pęzlował 5 pr. roztworem lapisu, skutkiem czego tkanki miękkie i paznogieć zabarwiają się brunatno. Nazajutrz, gdy dziecko obgryza paznogie, na ciemnym tle znajdujemy białe ślady od zębów, ponawiamy wtedy pęzlowanie, skutkiem czego dziecko chowa palce, pokazuje je niechętnie i przestaje ssać. Jeżeli mimo to nie przestaje ssać, pęzlujemy ponownie, wywołując w końcu bolesność przy ssaniu. Po 8—30 dniach, dziecko odzwyczajają się zupełnie.

### M. Samogwałt.

Samogwałt jest zwyrodnieniem czucia płciowego, zdarza się u obu płci, ale nie zasługuje na tę rolę, jaką przypisują mu zazwyczaj.

**PRZYCZYNY.** Przyzwyczajenie to szkodliwe głównie zdarza się u dzieci starszych, przeważnie w szkołach, pensyonatach i internatach. Dziecko, uprawiające samogwałt, szerzy go wśród kolegów, to też w jednym pensyonacie tej zarazie nerwowej skutkiem naśladownictwa oddaje się wiele dzieci. Dzieci nerwowe, histerycy, dzieci usposobione do nerwicy najczęściej nadużywają samogwałtu. Pod ich wpływem samogwałt rozwija się u dzieci nieobarczonych, w tym ostatnim jednak razie sprawa jest wyleczalna. Dzieci, oddające się gwałtownemu samogwałtowi, według Lassègua mają obłęd ostry, są nieprzytomne. Samogwałt u nich jest kurczem, który trwać może po za granicami zwyklemi. Zwykle z chwilą dojścia do rozwoju płciowego samogwałt ustaje sam przez się, u obarczonych trwa dalej i staje się oznaką cięższą. Przyczyną samogwałtu są niekiedy glistnice, stulejka, świąd sromu. Nawet dzieci małe (18—24 m.) mogą oddawać się samogwałtowi.

**OBJAWY.** Nie będę opisywać samego aktu, ale następstwa częstego powtarzania się samogwałtu. Dzieci wkrótce chudną, bledną, tracą zdolności fizyczne i umysłowe, skarżą się na bicie serca, duszność, powolne i złe trawienie, łaknienie zmniejsza się, natomiast zwiększa się pragnienie. Często zdarzają się zawroty i bóle głowy, bóle żołądka, nerwobóle w różnych częściach ciała, usposobienie więcej smutne, zaduma.

Skoro zły nałóg nie ustanie, dziecko głupieje, traci pamięć, rozumie z trudnością, miewa zaburzenia wzrokowe, szum w uszach, bezsenność, źrenice rozszerzone i t. p. Równocześnie rozwija się niedokrewność. Zdarza



się to tylko u osobników zbyt często oddających się nałogowi, w pozostałych przypadkach sprawa nie wywołuje zaburzeń trwałych. Samogwałt w wieku młodzieńczym może wywołać nasieniotok i niemoc płciową.

LECZENIE. Nie należy oburzać się na dzieci, oddające się samogwałtowi, ani karać ich lub też wymyślać środki nadzwyczajne dla zapobiegania. Nie przesadzając niebezpieczeństw, zwykle iluzyjnych, należy ustalić nadzór nieprzerwany nad dziećmi, mieszkającymi razem, aby przeszkodzić nadużyciom nałogu, od którego niepodobna ustrzedz zupełnie. Należy uwagę dziecka odciągnąć za pomocą gier na powietrzu, gimnastyki, natrysków, które wywołują zmęczenie i sen głęboki. Silnie podnieconym zalecamy bromek potasu. A. Voissin zalecał poddawanie w czasie snu hypnotycznego, u dziewcząt zalecano z powodzeniem wycięcie łechtaczki (Lawson Taite).

---

## DZIAŁ IV.

### Choroby mięśni.

---

#### A. Szyja krzywa (torticollis).

Szyja krzywa jest chorobą kurczową, przykurczeniem, występującem u dzieci starszych. Tu zajmę się opisem skrzywienia zwykłego, goścowego, z przeziębienia.

PRZYCZYNY. Choroba zdarza się przedewszystkiem u dzieci nerwowych, histeryków, zwyrodniałych, którzy w pewnych latach życia miewali drgawki dziecięce. Przyczyną bezpośrednią może być przestmach lub też przeziębienie. Zimno wywołuje skrzywienie goścowe ostre, jest więc zapaleniem stawów szyi (Lannelongue). Skrzywienie szyi zdarza się w początkach chorób ostrych (Rilliet i Barthez), spostrzegałem ją np. w grypie. Wreszcie skrzywienie występuje przestankowo pod wpływem zimnicy.

Skrzywienie przewlekłe szyi zdarza się częściej u dziewcząt, może być wrodzone. Dieffenbach spostrzegł 5 braci i siostr, dotkniętych skrzywieniem szyi ku stronie lewej. Na 64 spostrzeżenia Guyon przytacza 15 przypadków skrzywień wrodzonych. Za przyczynę po-

dawano urazy porodowe, kleszcze, pociąganie energiczne. Dieffenbach i Stromeyer widzieli wylew krwi do mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego po kleszczach, nadmienić jednak należy, że wylew krwi może wystąpić i bez skrzywienia szyi. Konieczną jest rzeczą, że nerw musi być podrażniony. Skrzywienie szyi może wystąpić po napadzie drgawek, a u dzieci usposobionych po ułożeniu wadliwym w szkole, skutkiem wad wzroku, zezą, zmuszającego do ciągłego skrzywiania szyi, skutkiem nagłego ruchu, wysiłku wreszcie.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. W nader rzadkich przypadkach—śmierć. Na zwłokach znajdowano stwardnienie łącznotkankowe  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{3}{4}$  lub całego mięśnia. Mięsień jest krótszy, węższy, zmniejszony na długość i szerokość, kręgi są zupełnie zdrowe, naczynia mogą być zwężone, wyrostek sutkowy wydłużony, obojczyk skrzywiony więcej, niż normalnie. Sprawa umiejscawia się głównie po stronie prawej, część mostkowa zajęta jest w stopniu wyższym, niż obojczykowa. Co do stanu nerwów nie posiadamy żadnych danych.

OBJAWY. W ostrych przypadkach choroba rozpoczyna się nagle, po bieganiu, zmęczeniu lub też bez żadnej przyczyny bólami, gorączką, czasem bezsennością. Niekiedy dziecko budzi się ze snu z szyją skrzywioną. Głowa wtedy jest skrzywiona na bok, a podbródek w stronę zdrową, szyja nieruchoma, twarda, ruch każdy wywołuje ból i krzyk dziecka. Przy obmacywaniu znajdujemy napięcie m. obojczyko-sutkowego. Po upływie kilku dni (7—8) choroba ustępuje lub też przechodzi w stan przewlekły. W przewlekłym skrzywieniu szyi wzmaga się skrzywienie, a nadto głowa wykonywa ruch obrotowy, skutkiem którego ucho po stronie prawej zbliża się do ramienia, a broda ku ramieniu strony zdrowej; w kręgach następuje skrzywienie następcze skutkiem czego bark po stronie chorej stoi wyżej. Mięsień jest twardy, napięty, szczególnie gdy głowę chcemy wyprostować.

Po stronie zdrowej mięsień jest szeroki. Ruchy głowy są, oczywiście, upośledzone.

Po długotrwałem skrzywieniu występuje zanik mięśni i twarzy (J. Guérin) oraz zez (Cuignet). Według Bouvier'a (Ac. de méd. 1851) t. szyjna zewnętrzna ma światło zmniejszone. Jednym słowem po stronie chorej następuje zanik ogólny skutkiem złego odżywiania. Choroba ma przebieg powolny, ale postępujący, co wymaga leczenia.

Wspomnę mimochodem na tem miejscu o przykurczeniu m. szerokiego szyi, czworobocznego i innych. Przykurczenie m. czworobocznego opisał Duchenne, Debove zaś m. karku. Skrzywienie kurczowe, przestankowe, drgawkowe i kurczowe wywołuje zmiany też same, ale przejściowo.

Rokowanie zależy od rodzaju skrzywienia. W przypadkach ostrych jest dobre, gorsze w napadowych, poważne i wymagające zabiegu chirurgicznego w przewlekłych.

ROZPOZNANIE jest bardzo łatwe, trudniej określić przyczynę. W tym celu zbadać ściśle należy kręgosłup i gardziel, co nam pozwoli wykluczyć chorobę Pott'a. Również wykluczyć należy obrzmienie i ropienie gruczołów głębokich i guzów.

LECZENIE. Gdy mięsienie, prąd przerywany lub stały oraz statyczny, wcierania, wezykatorye, zawieszanie, kołnierz zawiodą, uciec się należy do zabiegu chirurgicznego, wprowadzonego przez Dupuytren'a (1822), Dieffenbacha i in. Po podskórnem rozcięciu ścięgna nałożyć kołnierz ortopedyczny, zwany Minerwą. Morgan dokonywał rezekcji nerwu i w 5 przypadkach na 6 otrzymał wyzdrowienie, wyciąganie nerwu daje dobre wyniki w 1 : 2.

## **B. Krwiak i guzy m. sutko-obojczyko-mostkowego.**

Częstokroć u noworodków znajdujemy guz twardy, okrągły w m. sutko-mostkowym, uważany przez więk-

zość autorów za krwiaka pochodzenia urazowego skutkiem ciężkiego porodu, w większości wszakże przypadków znajdowano zamiast krwiaka zapalenie śródmięzso-we mięśnia lub gumaty.

PRZYCZYNY. Na 23 przypadki Henocha (18 po stronie prawej, 5 po lewej), w 16 położenie było pośladowe, w 7 główkowe, ale z ciężkim wyrżnięciem ramion). Skutkiem tego we wszystkich wypadkach powyższych można było przypuszczać ucisk, stłuczenie, naderwanie z następczym krwiakiem mięśnia. Natomiast w przypadku Roben'a (Paris 1898) poród był szybki i prawidłowy, a mimo to na zwłokach noworodka stwierdzono 2 guzy czyste włókniaki bez śladu krwi. W przypadku Variot'a (J. d. ch. et thér. inf. 1898) guz powstał skutkiem zapalenia śródmięzszego, toż samo rzecz można o przypadku skrzywienia szyi Kirmisson'a i Küss'a (Rev. d'orth. 1898). Wobec niemożności zatem przypisania wszystkich przypadków urazowi w czasie porodu należy przypuścić chorobę płodu. Taylor (1874) np. w swoim przypadku stwierdził przymiot dziedziczny, świeżo Durante (Soc. obst. 1898) opisał u zmarłego po 12 dniach noworodka dwa ziarniniaki przymiotowe umiarowe i wrodzone w środkowej części mięśni sutkoobojczykowych. Temi właśnie gumatami i zapaleniem śródmięzszowem objaśnić można przypadki wrodzonego skrzywienia szyi.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. W mięśniu, najczęściej w dolnej części lub górnym pęczku mostko-sutkowym, znajdujemy guz okrągły wielkości orzecha bez wyraźnego od-czynu zapalnego, o skupieniu chrząstki. W krwiaku znajdujemy rozszerzenie włókien mięsnych ze śladami wylewu krwi i następczym skurczeniem mięśnia, powodującym skrzywienie szyi. Zwykle jednak nie znajdujemy na zwłokach śladów wylewu krwi, ale natomiast bu-janie tkanki łącznej, która zastępuje włókna mięsne. Nie-kiedy naokoło włókniaka znajdujemy, jak w przypadku Durante'a, zapalenie wewnętrznej i zewnętrznej błony

tętnic oraz ziarniniaki przymiotowe. Wogóle zdarzają się tu 4 rodzaje guzów: 1) krwiaki skutkiem urazu w czasie porodu, 2) zapalenie śródmiąższowe skutkiem nadwyrężenia mięśnia, 3) zapalenie wrodzone i 4) gumaty.

**OBJAWY.** W kilka dni po urodzeniu stwierdzamy u noworodków trudność ruchów głową, skrzywioną w jedną stronę; przy próbach wyprostowania głowy dziecko krzyczy, nie chce ssać piersi z jednej strony i w czasie ssania widocznie cierpi. Objawy powyższe nie występują stale, stale natomiast występuje stwardnienie oraz guz pojedynczy lub podwójny, po jednej lub obu stronach szyi w części środkowej lub dolnej m. mostko-sutkowego, stopniowo przechodzący w mięsień. Guz zmniejsza się stopniowo i w ciągu kilku miesięcy znika. Przebieg zawsze przewlekły, po wessaniu guza pozostać może skrzywienie szyi. Rokowanie zależy od przyczyny. Zwykły krwiak daje rokowanie dobre, toż samo rzec można o gumacie, gdy będzie stosowane leczenie swoiste, zdarza się jednak, że i te przypadki, a szczególnie zapalenie śródmiąższowe, są nieuleczalne i wywołują skrzywienie stałe szyi.

**ROZPOZNIANIE.** Uważne obmacywanie mięśnia z łatwością wykluczyć pozwoli gruczoł powiększony, ropień zimny, torbiel skórzastą lub surowiczą, tłuszczaka lub chrząstki. Jeżeli współcześnie wystąpi wysypka przymiotowa — dziecko było nieczesne, a u ojca lub matki stwierdzono przymiot, będziemy mieli do czynienia z gumatem mięśnia. Po porodzie kleszczowym słusznie przypuszczać należy krwiaka, a przy porodzie łatwym zapalenie śródmiąższowe mięśnia u płodu.

**LECZENIE.** W każdym przypadku zastosować należy leczenie swoiste: codzienne wcieranie szaruchy, kąpiele sublimatowe 1 : 10000, na guz plaster de Vigo. Skoro guz nie ustępuje, stosujemy mięsienie. Przeciw stałemu skrzywieniu szyi—tenotomia i kołnierz Minerwa.

### C. Zapalenie ostre mięśni.

PRZYCZYNY. Wogóle zapalenie ostre mięśni zdarza się rzadko, dziś jednak coraz częściej notują przypadki tego rodzaju, zwrócono bowiem na nie uwagę pilniejszą. Choroba występuje pierwotnie skutkiem zimna, zmęczenia, przepracowania, urazu lub też, częściej, wtórnie w przebiegu chorób zakaźnych (odra, ospa, płonica, gościec, dur, zapalenie osierdzia, nosacizna i t. p.).

P. n. dermatomyositis acuta Unverricht (1891) opisał zakaźne rozsiane zapalenie mięśni i skóry, a niekiedy i śluzówek. Po szczegóły odsyłam do pracy Bonnet'a (Gaz. de hôp. 1900). Choroba ta nie zdarza się u dzieci poniżej lat 8.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Zmiany anatomiczne zależą od tego czy choroba kończy się lub nie ropieniem. W razie zropienia znajdujemy ropę w tkance łącznej, włókna zaś mięsne są oddzielone i częścią zniszczone, zniszczeniu może ulegnąć i powięź, a wtedy ropa rozlewa się po tkankach otaczających. Obok ropy znajdujemy krew oraz posokę; z drobnoustrojów spotykamy najczęściej paciorkowce, gronkowce, a w durze i l. Eberth'a samego lub łącznie z innymi drobnoustrojami.

Tam, gdzie nie dochodzi do ropienia, zmiany ograniczają się do przekrwienia i obrzęku mięśnia, pewnego stwardnienia, które trwać może czas dłuższy, a nawet przejść w stwardnienie stałe.

W zapaleniu mięśni i skóry znajdujemy obrzęk skóry, rozszerzenie naczyń, przepojenie mięśni surowicą, ropienia brak, często zato stwierdzamy w mięśniu zwyrodnienie ziarniste i szkliste; nerwy są zdrowe zupełnie.

OBJAWY. Zapalenie wtórne mięśni występuje w przebiegu choroby zakaźnej w czasie zdrowienia, w czas dłuższy nawet po ustąpieniu gorączki. Zapalenie ograniczyć się może do jednego mięśnia (przyłędźwiowy, dwu-

głowy i t. p.) lub wystąpić w wielu naraz mięśniach (polymyositis). Znajdujemy wtedy obrzęk gorący, twardy, bolesny na ucisk, skóra w większości przypadków nie zmieniona, czerwienieje zaś i ulega obrzękowi skoro w mięśniu rozwinie się ropienie.

Rozejście jest powolne, trwa kilka tygodni. Zapalenie mięśni ulegać może nawrotom, a niekiedy stwierdzono kilkakrotne po przerwie pewnej występowanie ognisk zapalnych w tym samym mięśniu. Zdarza się to najczęściej pod wpływem gośćca, który niekiedy wybucha współcześnie i w stawach. Przytoczę tu kilka spostrzeżeń zapalenia mięśni u dzieci.

Brück (Arch. f. Kind. 1897) spostrzegł 3 przypadki zapalenia mięśni w przebiegu płonicy, w 2 i 3 tygodniu po spadku ciepłoty. Bez gorączki wystąpiły bóle i bolesność silna na ucisk, utrudnione ruchy i zgrubienie mięśni. 14 letnia dziewczynka zaczęła skarżyć się na 15 dzień płonicy na bóle w plecach i udzie. Skóra w tem miejscu napięta, gładka, gorąca, obwód o 3 cm. większy, niż po stronie zdrowej. Po podaniu salicylanu sodu rozejście zupełne. Postać tę Brück nazwał gośćcem płoniczym. 6½ letnia dziewczynka na 9 dzień płonicy zaczęła uskarżać się na bóle międzyżebrowe i w pierśsiach. Mięśnie w tej okolicy na ucisk bolesne. W ciągu 3 dni wyzdrowienie. 11 letni chłopiec na 15 dzień płonicy uskarżać się zaczął na bóle w brzuchu; mięśnie brzucha przykurczone i bolesne, przy podawaniu salicylanu sodu wyzdrowienie po 9 dniach.

Powyższe przypadki należą do rzędu zapaleń łagodnych, po za tem zdarzają się, acz bardzo rzadko, przypadki złośliwe z zejściem w ropienie, a nawet śmiertelne. Choroba wtedy rozpoczyna się dreszczem, gorączka jest silna, upadek sił znaczny, stan ogólny jak w durze. Utworzyć się mogą liczne ropnie (Polymyositis acuta infectiosa primitiva. Larger, Paris 1891).

Również ciężkie jest t. zw. dermatomyositis. Po



kilkudniowych zwiastunach (ból głowy, niedomaganie ogólne) występują silne bóle w plecach oraz stężenie mięśni, poczem rozwija się gorączka. Wkrótce znajdujemy obrzęk powiek i kończyn z zaczerwienieniem skóry (dermatitis erythematosa). Bóle umiejscawiają się w mięśniach, wzmagają się przy każdym ruchu, chory więc musi pozostawać w łóżku. Choroba rozwija się wybuchami pojedynczymi bez porządku określonego i symetrii obejmuje coraz większą ilość mięśni, nie wyłączając mięśni gardzieli i krtani, śmierć wtedy nastąpić może skutkiem zaduszenia lub zapalenia płuc. Choroba może zakończyć się jednak i wyzdrowieniem pozostawiając mniej lub więcej rozległy zanik mięśni. Przebieg, początkowo ostry, łagodnieje, ale często następuje obostrzenie i nawroty.

ROZPOZNIANIE jest trudne choćby z uwagi na rzadkość. Zwykle rozpoznajemy w początkach gościec, który zresztą może być przyczyną zapalenia mięśni, co stwierdzi wynik dobry po salicylanie sodu. Zapalenie żył, naczyń chłonnych, różę, ropówkę wykluczyć trudno, toż samo rzec można o zapaleniu szpiku kostnego. Obecność zapalenia osierdzia przemawia za pierwotnym zapaleniem mięśni. Jeszcze trudniej rozpoznać postać podostrą pierwotną. Zawsze zresztą mieć należy na uwadze włośnicę.

LECZENIE. Zalecamy unieruchomienie zupełne w łóżku, wcierania szaruchy. W gorączce nadmiernej kąpiele ciepłe, do wewnątrz salicylan sodu. Po wystąpieniu chęłbotania opróżnienie ropnia.

#### **D. Zapalenie mięśni kostniejące postępujące.**

Pod nazwą tą opisujemy zapalenie przewlekłe wiologogniskowe, powodujące skostnienie przyczepów i samych mięśni z następczą niedomogą czynnościową oraz zniekształceniem.

PRZYCZYNY. Na 42 zebrane przez Weill'a i Nissima przypadki (Nouv. Icon. de la Salpêtrière 1898), 15 dotyczyło dzieci małych w pierwszych 2 latach. W jednym przypadku choroba wystąpiła w 14 dniu życia, w 12 między 2—5 rokiem, w 10 między 5 — 15 r., w 6 po 19 r. U 8 letniej dziewczynki, opisanej przez W. P. Herringham'a (Clin. Soc. of London 1898), skostnienie rozpoczęło się przed 2 rokiem życia, stwierdzono wtedy stwardnienie barku, uważać ją więc należałoby za wrodzoną, ale nie dziedziczną. U 6½ letniego chłopca Crawford'a (tamże 1898) choroba rozpoczęła się w 3 roku po urazie. W przypadku R. Jones'a (Liverpool méd. Inst. 1899) choroba rozpoczęła się również po urazie, ale w 13 roku życia. Uraz zresztą podają za przyczynę i w innych spostrzeżeniach.

Chłopcy częściej ulegają chorobie (40 : 13), z dotąd ogłoszonych przypadków 20 zdarzyło się u Niemców, 22 u Anglików, 3 u Rosjan, 2 u Amerykanów, po 1 u Szweda, Węgry, Rumuna i Francuza. Dziedziczności nie stwierdzono. Weill i Nissim uważają chorobę za nerwicę odżywczą (trophoneurosis).

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Zmiany znajdujemy w mięśniach, ścięgnach, powięzi i kościach. Sprawa rozpoczyna się od tkanki łącznej międzymięśniowej (myositis ossificans interstitialis Kummel'a), nacieczonej komórkami zarodkowymi; mięsień ulega zgrubieniu, pęczki mięśnia toną wśród tkanki zarodkowej nie obrzękłej, skupienie w tym okresie jest miękkie, ciastowate. Wkrótce tkanka przeistacza się we włóknistą, włókna mięsne zanikają, bujanie tkanki łącznej rozszerza się na ścięgna i przyczepy mięśni. Po tym okresie występuje skostnienie: pośrodku tkanki łącznej zjawia się ognisko kostne, powoli rozszerzające się coraz więcej. Często nie dochodzi do skostnienia, sprawa ogranicza się do 2-go okresu. Sprawa przejść może z mięśni na powięź, ścięgna, kości, na których tworzą się wyrosła stożkowate lub płaskie,

albo okrągłe na wewnątrz - przedniej części piszczeli i zewnętrznej stronie zeber. Między dwiema sąsiednimi kośćmi rozwinąć się może most kostny (łuki między kręgami). W wielu razach przypuszczać należy liczne wyrośla kostne. Tkanka łączna zwykle silnie rozwinięta (więzy zgrubiałe, szczególnie w bliskości stawów, zresztą wolnych, gdyż zrost stawów zdarza się bardzo rzadko). W końcu choroba rozwija się w całym narządzie ruchowym, głównie, oczywiście, w mięśniach prążkowanych. Wyróżniamy 2 postaci: 1-o zajęcie przeważnie mięśni, 2-o zajęcie przeważnie kości.

Pod drobnowidzem znajdujemy budowę tkanki zbitej: otwory odżywcze, kanaliki Havers'a, nowe naczynia etc. Ilość istoty organicznej większa, niż nieorganicznej.

Mięśnie, oszczędzone przez skostnienie, ulegają zanikowi i zwyrodnieniu tłuszczowemu.

**OBJAWY.** Choroba rozpoczyna się niewyraźnie. U dziecka dotąd zdrowego zupełnie znajdujemy guz bezbolesny z początku miękki, twardniejący z czasem. W kilku przypadkach stwierdzono lekką kilkudniową gorączkę z bolesnością miejscową, zaczerwienieniem skóry, obrzękiem gruczołów sąsiednich, obrzękiem. Wkrótce objawy ostre ustępują, guz natomiast twardnieje, a jeżeli leży powierzchownie—zrasta się ze skórą. Stwardnienie zwykle bywa bezbolesne, ale niekiedy bolesność może być znaczna. Pobudliwość na prąd przerywany słabnie. Mięsień ulega skostnieniu w całości lub też tylko w części swej mięsnej, podczas gdy ścięgnię są zdrowe. Guz kostny może się rozejść, zlać się z kością lub też pozostać wolnym.

Przebieg choroby można opisać w sposób następujący: u dziecka małego bez przyczyny lub po urazie, gorączce, gościecu występuje na karku lub plecach mały guz, pierwsze ulegają zawsze skostnieniu m. karku, więz tylny szyi ulega skostnieniu, m. długie grzbietu tworzą blaszkę kostną. później kolej na m. naramienny, wielki

i mały obły, wielki piersiowy i pleców. Głowa staje się nieruchomą, schyla ku przodowi i na bok, kręgosłup staje się nieruchomym, potem ramiona. Wkrótce następuje skostnienie i unieruchomienie w łokciu, kończyn górnych, mięśni miednicy, uda i podudzia wreszcie m. żwacznych. W tym stanie dziecko jest nieruchome, nie może chodzić, ani obrócić się w łóżku, tułów zgięty ku przodowi, ręce skrzyżowane, władze umysłowe zachowane, odżywianie dobre. Na 43 przypadki w 15 pierwszy uległ grzbiet, w 7 kark, w 5 bark, choroba jednak rozpocząć się może w innem miejscu lub w kilku miejscach naraz. W kilku przypadkach znajdowano ogniska twarde na głowie z rozejściem następczem, w 1 przypadku skostnieniu uległy mięśnie oka.

Pewne mięśnie nie ulegają skostnieniu: zwieracze, m. skórny szyi, przepona, serce, m. krtani. Według Münchmeyer'a nie ulegają skostnieniu mięśnie, nie mające obu przyczepów na kości, od tego prawa jednak liczne znamy wyjątki.

Zapalenie kostniejące mięśni wybucha napadami, stąd u dziecka znajdujemy guzy w różnych okresach rozwoju. Skostnienie występuje samoistnie lub też skutkiem przeziębienia, urazu, choroby gorączkowej, często sezonowo (wiosna, lato).

Skoro skostnienie już się rozwinie stawy są zrosnięte, kręgosłup skrzywiony, podbródek dotyka do mostka lub też głowa jest wykrzywiona na bok. Jeden bark może stać wyżej, niż drugi, ramiona ściągnięte ku wewnątrz, łokcie zgięte, ruchy ręki upośledzone. Grzbiet nierówny, garbaty, uda zgięte, kolana wyprostowane, Skoro skostnienie obejmie szczęki, dziecko żywić się może tylko płynami.

Niejednokrotnie opisywano niedorozwój ogólny, infantyizm, zaburzenia w oddechaniu, utrudnione połykanie, zmniejszenie ilości cz. składowych moczu.

Rokowanie bardzo złe. Choroba może rozwinąć się

szybko lub też trwać 10—20 lat. Urazy pogarszają sprawę. Śmierć następuje skutkiem powikłań: gruźlicy, zapalenia opłucny, ropni, obrzęku głóśni. W każdym razie, wywołuje nieuleczalne kalectwo.

**ROZPOZNANIE** w początkach trudne, gdyż zależnie od umiejscowienia rozpoznajemy krwiaka głowy, gościec szyi, później wykluczyć należy wyrosła kostne i gościec zniepodobniający.

**LECZENIE** prawie beznadziejne. Henry opisuje dobre wyniki po stosowaniu rtęci i kąpeli morskich, Hawkins stosował jodek potasu, wezykatorye, kalomel, kwas fosforowy, Münchmeyer nalewkę gwajakową, Gibney bez skutku kwas mleczny, Weyl kwas solny. Przeciw wzrostom stawów Kummel stosował wyciąganie.

## DZIAŁ V.

### Choroby narządów krążenia.

#### A. Zapalenie osierdzia.

Zapalenie osierdzia dzielimy na ostre, podostre i przewlekłe, a z anatomopatologicznego punktu widzenia na suche, surowiczo-włóknikowe, ropne i krwotoczne.

PRZYCZYNY. Zapalenie osierdzia wystąpić może w każdym wieku, nawet u noworodków, przebiega czasami skrycie, szczególnie u osobników charłacznych. Wogóle pamiętać należy, że zapalenie osierdzia zdarza się u dzieci częściej, niż u dorosłych. Przypuszczam, że rolę wywołującą gra przeziębienie, po za tem częstą przyczyną jest gościec. Bouillaud słusznie mówi, że osierdzie u dzieci zachowuje się w gościecu jak staw, zapalenie bowiem osierdzia występuje w  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{1}{3}$  przypadków gościeca ostrego.

Zapalenie osierdzia jest częstym powikłaniem zapalenia płuc i opłucny, zarówno gruźliczego jak i niegruźliczego, płasawica poprzedza często zapalenie osierdzia lub też występuje po zapaleniu. Do chorób zakaźnych, wywołujących zapalenie osierdzia, zaliczyć należy płonicę, ospę, odrę, dur, ropnicę, plamicę, wreszcie zapale-

nie nerek, z chorób przewlekłych zapalenie osierdzia najczęściej wywołuje gruźlica. W wytworach zapalnych spotykamy najczęściej l. Kocha, dwoinki, gronkowce i paciorkowce.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** W okresie początkowym znajdujemy nastrzyknięcie naczyń oraz nierówność powierzchni jakby aksamitnej, pokrytej błoną nowotworzoną, stykające się powierzchnie osierdzia mogą się zrastać, tworząc zrost sercowy. W zapaleniu suchem znajdujemy tylko zrost obu powierzchni lub tarcie błon rzekomych w czasie ruchów serca, w błonach tych znajdujemy niekiedy gruzelki. W osierdziu zbierać się może wysięk od 50—500 grm., a Roger u 12 letniej dziewczynki znalazł nawet 780 cm. Płyn jest bezbarwny zawiera nieco strzępów lub też różowy, krwawy, wreszcie surowiczoro-ropny.

W przewlekłym zapaleniu osierdzia znajdujemy zgrubienie błony surowiczej, w której mogą być rozsiane zgrubienia chrząstkowate, oraz zrosty z sercem i opłucną.

Serce jest rozszerzone, wielkie, a w osierdziu zmiany.

**OBJAWY.** Rozpoznanie zapalenia osierdzia nie jest łatwe, gdyż oznaki fizykalne są niewyraźne, a innych objawów w początkach brak. Zapalenie suche osierdzia lub ze stałym wysiękiem nie daje żadnych objawów, objawy występują dopiero wtedy, gdy zwiększy się ilość wysięku. Okolica serca wypukła się wtedy, uderzenie serca jest niewyczuwalne, tony serca głuche, jakby słyszane zdaleka, przy opukiwaniu znajdujemy stłumienie, w okolicy serca z tyłu nas odgłos bębniasty (Rendu), niekiedy obrzęk skóry w okolicy serca. W zapaleniu suchym wysłuchujemy przy skurczu i rozkurczu szmer tarcia, rozprzestrzeniający się na naczynia, tarcie występuje przed wysiękiem i po wessaniu tego ostatniego. Szmer tarcia, występując przed każdym tonem, może

nadawać cechy „bruit de galop“. O ile wysięk jest obfity, w okolicy serca chory czuje niepokój, ucisk, duszność z sinicą, tętno jest małe i częste, niekiedy ustaje, a równocześnie występuje omdlenie.

Zapalenie osierdzia zwykle jest wtórne i w początkach objawów żadnych nie daje; skoro wystąpi w przebiegu choroby gorączkowej, ciepłota wzmagą się, tętno i oddech staje się szybszem, poczem dopiero znajdujemy zmiany miejscowe. Czas trwania choroby zależy od postaci.

Choroba trwać może krótko (15—21 dni w postaci ostrej) lub też dłużej. Wyzdrowienie jest zupełne lub też pozostają szmery zastawkowe, świadczące o powikłaniu ze strony osierdzia. Śmierć następuje skutkiem omdlenia lub zakażenia ogólnego (zap. ropne), rzadziej śród śpiączki po okresie bredzenia i drgawek lub stanu durowego.

Szybko tworzący się wysięk obfity powoduje ucisk serca, a szczególnie przedsiódek z sinicą, dusznością i nagłym zejściem śmiertelnem.

Pierwotne zapalenie osierdzia może przejść w stan przewlekły, sprowadzić zrosty i przerost serca. Zrost serca jest pozostałością po jednym lub kilkakrotnym napadzie zapalenia osierdzia i wywołuje osłabienie ruchów serca oraz wstrząsanie okolicy serca, tony serca są głuche, drugi ton zdwojony, a w czasie skurczu przestrzenie międzyżebrowe wciągają się, w czasie zaś rozkurczu wypuklają. Przez czas pewien nie powoduje to następstw groźnych, z czasem jednak występuje niedomoga serca.

**ROKOWANIE.** Suche i surowiczo-włóknikowe zapalenie osierdzia kończy się wyzdrowieniem, szczególnie, gdy jest następstwem gościca. Zapalenie ropne natomiast jest groźne i dla życia i skutkiem zrostu serca po wyzdrowieniu. Przewlekłe zapalenie osierdzia trwać może latami, słusznie więc Cadet de Gassicourt uważa je za cho-



robę ciężką, wywołującą skutkiem długotrwałości zapalenie mięśnia sercowego. Ropne lub krwotoczne gruźlicze zapalenie osierdzia oraz ropnicze zapalenie oczywiście dają bardzo złe rokowanie.

**ROZPOZNANIE.** Zapalenie osierdzia u dzieci stwierdzamy często dopiero na sekcji, wynika z tego, że należy ściślej badać dzieci. Zapalenie wsierdzia, które zresztą może towarzyszyć z osierdzia wywołuje szmer skurczowy u wierzchołka, idący w kierunku ku pasze, tarcie osierdzia natomiast towarzyszy obu tonom, jest ściśle ograniczone i nie rozprzestrzenia się dalej. Zapalenie opłucny wywołuje szmer tarcia w czasie ruchów oddechowych, szmer to jednak zewnątrzsercowy, na co zwrócić szczególną uwagę należy w zapaleniu lewostronnem opłucny. Przerost serca zwiększa tępość serca jak w zapaleniu osierdzia, w przeroście jednak najdłuższy wymiar tępości jest u podstawy, w z. osierdzia u wierzchołka. Cechy wysięku określić można dopiero po dokonaniu przekłucia, wiemy jednak, że gruźlica, plamica i gościec wywołują wysięk krwawy, ospa, ropnica i płonica — ropny.

**LECZENIE.** W gościcowym ostrem zapaleniu osierdzia zalecamy pijawki, bańki cięte i wezykatorye na okolicę serca, środki czyszczące, moczopędne, digitalis, kofeinę, salicylan sodu do wewnątrz. W obawie zapaści podajemy eter. Tam, gdzie ilość wysięku jest wielka, co zagraża życiu dziecka lub gdy wysięk jest ropny dokonywamy przekłucia (Roger, Rendu). Przekłucia dokonywamy za pomocą przyrządu Potain'a w 5 międzyżebżu lewym między mostkiem a brodawką. Rendu dokonywał przekłucia w 6 międzyżebżu w odległości 8 cm. od mostka. Skoro przekłucie zawiedzie, należy zrobić cięcie szerokie (Rosenstein) z wycięciem 5 żebra (Gussenbauer) oraz przemyć jamę 1 : 2000 roztworem sublimatu; opatrunek przeciwnilny jak w otoku piersiowym.

## B. Puchlina osierdzia.

Puchliną osierdzia nazywamy przesiek do jamy osierdzia płynu surowiczego.

PRZYCZYNY. Puchlina zdarza się bardzo często u dzieci i jest częstokroć tylko objawem konania. Płyn przezroczysty znajdujemy w osierdziu w wielkich ilościach na każdym trupie. Nie jest to oczywiście puchlina. Ta ostatnia jest jednym z objawów obrzęków ogólnych, chorobą wtórną. Znajdujemy ją w rozszerzeniu prawego serca, w wadach zastawek w okresie niewyrównania, w chorobach płuc w czasie zamartwicy i duszności, w obrzękach płoniczych i chorobie Bright'a, w suchotach, krztuścu etc.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Osierdzie rozszerzone gładkie, jakby wymyte, zawiera 50—150 grm. płynu przezroczystego, serce powiększone, obrzękłe. Na powierzchni zmian żadnych, wewnątrz często wady zastawkowe.

OBJAWY. Puchlina nieznaczna osierdzia nie daje żadnych objawów, znajdujemy ją dopiero nazwłokach; wogóle zaś objawy są niewyraźne: nieregularne bicie serca, tony głuche i z odległości słyszane, tępość nie powiększona. Duszność i niepokój mogą zależeć od współczesnego obrzęku płuc, zapalenia osierdzia etc. Szybko rozwijająca się puchlina z obfitym przesiekaniem wywołuje niepokój sercowy, rozszerzenie tępości w wymiarze poprzecznym i pionowym, osłabienie uderzeń serca, obrzęk twarzy, kończyn i ograniczenie ilości moczu. W przypadkach ciężkich duszność wzmaga się aż do uduszenia, kończyny zimne, sine, żyły szyjne nabrzmiałe, tętno nieregularne, a okolica serca wypukłona.

Rokowanie zależy od przyczyny. Puchlina ostra w płonicy i ostrem zapaleniu nerek ustępuje szybko, natomiast puchlina zależna od wad serca, gruźlicy, choroby

Bright'a i charłactwa jest nieuleczalna, sama przez się nie powoduje śmierci, ale ją przyspiesza.

ROZPOZNANIE jest trudne tam, gdzie sprawa przebiega skrycie przy małej ilości przesięku. Przesięk obfity daje także objawy jak zapalenie wysiękowe, różni się tylko przyczynami wywołującymi i przebiegiem.

LECZENIE. Tam, gdzie puchlina jest jednym z objawów obrzęku ogólnego, leczyć należy przyczynę, działając na nerki lub kiszki (środki moczopędne, czyszczące) i podając digitalis dla wzmocnienia działalności serca. W zapaleniu nerek dyeta mleczna, bańki cięte na lędźwia, wziewanie tlenu. W wyosobnionej puchlinie osierdzia, o ile brak białkomoczu, wezykatorye na okolicę serca. Do przekłucia uciekamy się w ostateczności.

### C. Zrost serca.

PRZYCZYNY. Zrost serca jest następstwem suchego, podostrego lub przewlekłego zapalenia osierdzia lub też często powtarzającego się gośćca, zapalenie ropne usposabia do zrostu w stopniu jeszcze większym. Najczęstszą wogóle przyczyną ogólną jest gościec i gruźlica. Zrost serca zdarza się w każdym okresie życia, nawet u noworodków (zapalenie osierdzia u płodu).

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Jama osierdzia znika, serce pokryte jest błoną włóknistą, grubą, zrosniętą z mięśniem. Niekiedy zrost nie jest całkowity, ale tworzą się przegrody i fałdy różnej długości. Przy badaniu mikroskopowym znajdujemy zbiorowiska tłuszczu, jamy, szpary, wysłane śródbłonkiem, w gruźlicy nadto znajdujemy ogniska serowate i gruźelki szare. Wymiary serca nie powiększone. W zroście gośćcowym przeciwnie serce przerosło i rozszerzone, równocześnie bowiem znajdujemy i wady zastawek. Wielu badaczy opisuje jednocześnie i stwardnienie mięśnia sercowego, Renaut stwierdził tylko

obrzęk tkanki międzymięśniowej, a Bamoux nawet zapalenie mięszowe. Niezależnie od zrostu osierdzia mogą wytworzyć się zrosty osierdzia z opłucną, przytwierdzające serce do mostka, żeber lub płuca. Skutkiem tych zrostów powstać może niedomykalność czynnościowa otworów serca (tętniczego, z. dwudzielnej etc.).

OBJAWY. Weil rozróżnia dwie odmiany kliniczne z sercem wielkiem (zrost gośćcowy czyli czynny) lub normalnem (zrost gruźliczy, c. bierny). Zrost może przebiegać skrycie. Zrost gośćcowy wywołuje raczej objawy czynnościowe, niż fizykalne, powodując nieomogę serca. Unoszenie okolicy serca z wciąganiem w czasie skurczu wierzchołka zdarza się niestale, a falowania tej okolicy (Jaccoud) brak często. Nie należy również liczyć na wypuklenie serca, wierzchołek serca może obniżyć się i bić na dość szerokiej przestrzeni, nie przesuwając się przy ułożeniu chorego na bok (niezmiennosc położenia serca). Tępość powiększona, oznaki wysłuchowe zmienne. W okresie niewyrównania nic nie słyszymy, gdy serce uspokoi się występuje bruit de galop, zdwojenie 2-go tonu. U podstawy lub wierzchołka słyszymy nieraz szmer skurczowy (niedomykalność czynnościowa z. dwudzielnej lub aorty). Tam, gdzie równocześnie wystąpi zapalenie osierdzia, szmery te mają podstawę organiczną. Do innych objawów zaliczyć należy niejednoczesność uderzeń serca i tętna w tętnicy promieniowej, zapadanie rozkurczowe żył szyi, tętno paradoksalne (przerwa podczas oddechu).

Zaburzenia czynnościowe są ciężkie, uciśnięty przez pancerz m. sercowy wkrótce słabnie, powodując nieomogę serca: wątroba powiększona, obrzęki, sinica warg, duszność, tętno małe, nitkowate, śmierć raptowna. Niekiedy dzieci umierają wśród objawów, przypominających dusznicę bolesną. Zrost gruźliczy wywołuje objawy łagodniejsze, po okresie gorączki występuje puchlina brzuszna, ponawiająca się po przekłuciu brzucha, wątroba

wielka, dziecko umiera z charłactwa. Ze strony serca nie mamy żadnych objawów. Jest to niedomoga obwodowa bez udziału serca (Weill). Niekiedy zrost osierdzia przebiega zupełnie skrycie bez objawów niedomogi serca, ale wśród objawów prosówki ostrej, zrost znajdujemy dopiero po śmierci. Czas trwania zależy od postaci. Zrost goścowy przebiega wybuchami, które w końcu powodują stałą niedomogę serca: śmierć z charłactwa sercowego następuje po kilku miesiącach, ale choroba trwać może i lat kilka. Zrost gruźliczy trwa średnio rok. Rokowanie w każdym razie złe, u wszystkich dzieci zmarłych z gościca znajdowano zrost osierdzia (Roger, Cadet de Gassicourt).

**ROZPOZNANIE.** Zrost goścowy rozpoznajemy na zasadzie wywiadów oraz oznak fizykalnych. Zrost gruźliczy przebiega często pod postacią marskości wątroby. Jeżeli zrostowi osierdzia towarzyszy zapalenie włóknikowe śródpiersia, skutkiem ucisku żył rozwija się obrzęk kończyn górnych i twarzy oraz tętno paradoksalne.

**LECZENIE** skierować należy ku wyrównaniu niedomogi serca: środki czyszczące, naparstnica, mleko, spokój. W okresie wyrównania jodek potasu do wewnątrz i środki odciągające.

#### D. Gruźlica serca.

Gruźlica może rozwinąć się na osierdziu ściennem i sercowem, w mięśniu sercowym i osierdziu, najczęściej umiejscawia się w osierdziu, gdzie często znajdujemy wysypkę drobną gruzelkową na listku sercowym lub też żółtawe, wielkości grochu ogniska, równocześnie z zapaleniem, licznymi błonami rzekomymi, zrostami z następczem zarośnięciem osierdzia. Zapalenie gruźlicze osierdzia przebiegać może skrycie i powodować zrost osierdzia, niekiedy jednak przebieg ma ostry lub podostry

z wysiękiem ropnym lub krwawym, co zdarza się głównie wtedy, gdy sprawa idzie z zewnątrz ku wewnątrz z jamy płucnej lub gruczołów.

W mięśniu sercowym na zwłokach dzieci gruźliczych znajdujemy dość często (1 : 10) gruźelki pojedyncze rozsiane, wielkości główki szpilki, szare lub żółte, wyraźnie odcinające się na tle tkanki sercowej. Rzadziej znajdujemy masy serowate, wypuklające niekiedy osierdzie lub wsierdzie. Wynikiem tego może być przerost serca (Fauvel).

Na osierdziu może również rozwinąć się gruźlica, znajdujemy wtedy na zastawkach dwudzielnej i półksiężycowych zgrubienia, bujanie, owrzodzenia, w których znajdujemy wielkie ilości l. Koch'a. Sabrazès i Brenguès znaleźli u 16 letniej dziewczynki, zrodzonej z ojca suchotnika i zmarłej z zapalenia opon, gruźelki wielkości grochu na podstawie jednej z zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej (Soc. des hôp. 1899). Comby u 4½ letniej dziewczynki, zmarłej z zapalenia gruźliczego opon, znalazł owrzadzająco-twórcze zapalenie gruźlicze osierdzia na zastawce dwudzielnej, a jednocześnie gruźelki w mięśniu sercowym i osierdziu.

Zmiany powyższe za życia nie dają żadnych objawów, są wtórne i zdarzają się w przebiegu gruźlicy płuc i innych nerwów. Objawy, wywołane przez nie, giną wśród objawów gruźlicy lub prosówki. Zrost osierdzia dawać może opisane w poprzednim ustępie objawy.

Wobec tego rozpoznanie gruźlicy serca jest niemożliwe. Przebiega ona bądź skrycie, bądź jako zapalenie osierdzia, wsierdzia i wywołuje kołatanie serca.

### **E. Zapalenie wsierdzia.**

Zapalenie wsierdzia zdarza się u dzieci równie często, jak u dorosłych i wywołuje też same zmiany w otworach serca.

**PRZYCZYNY.** Pierwotne zapalenie wsierdZIA z przeziębienia uważam za wątpliwe, główną natomiast przyczyną jest gościec ostry stawowy, prócz niego wywołać może zapalenie wsierdZIA ropnica, choroba Bright'a, rumień guzkowaty, róża, być może błonica, plonica, ospa, dur, płasawica i zapalenie płuc. Zwężenie otworu z. dwudzielnej może być wrodzone i być następstwem zapalenia wsierdZIA u płodu.

Zapalenie wsierdZIA bywa owrządzające i twórcze, pierwsze nie jest określoną jednostką chorobową, usposabia do zakażenia ogólnego i zatorów, powstaje pod wpływem różnych drobnoustrojów i występuje w przebiegu różnych chorób zakaźnych.

Zapalenie wsierdZIA zdarzyć się może u płodów i noworodków, częściej wszakże występuje u dzieci starszych, gdyż im dziecko jest starsze, tem częściej ulega gościcowi.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Uważam za zbyt cenne zajmować się szczegółowo postaciami oraz budową zmian anatomicznych na zastawkach. U dzieci, jak i u dorosłych, znajdujemy zwężenie otworów, niedomykalność zastawek dwudzielnej i tętnicznych lub obie zmiany równocześnie. Jednocześnie występuje przerost zastępczy komory lewej w wadach aorty i prawej oraz skrzepy w przedsionku lewym w zwężeniu z. dwudzielnej. W okresie niewyrównania znajdujemy zmiany wtórne w wątrobie (w. muszkatolowa), nerkach (przekrwienie), płucach (obrzęk i wylew krwawy), jamach surowicznych (przesięk), w tkance podskórnej (obrzęki). W zapaleniu owrządzającym nadto liczne zatory. W przypadku Duguet'a i Hayem'a np. u 13 letniego chłopca, w przebiegu zapalenia wsierdZIA po zapaleniu płuc znaleziono zawały w skórze, tkance podskórnej, nerkach, mózgu i płucach. Wogóle jednak owrządzające zapalenie wsierdZIA zdarza się rzadziej u dzieci, niż u dorosłych.

**OBJAWY.** Oznaki fizykalne są też same, co i u do-

rosłych: szmer skurczowy u wierzchołka (niedomykalność z. dwudzielnej), szmer rozkurczowy lub przedskurczowy, zdwojenie drugiego tonu (zwężenie otworu żylnego). Zapalenie zastawek półksiężycowych aorty daje szmer skurczowy (zwężenie) lub rozkurczowy (niedomykalność) u podstawy serca w 2 międzyżebżu po stronie prawej mostka. Zmiany te rozprzestrzeniają się na naczynia szyi.

Przy obmacywaniu w miejscach powstawania szmerów znajdujemy pomruk koci. Jednocześnie możemy mieć szmery u wierzchołka i podstawy w razie, gdy równocześnie wystąpią zmiany w z. dwudzielnej i półksiężycowych. W tym ostatnim razie mamy przerost serca i gwałtowne uniesienie klatki piersiowej; przerost serca dzieci znoszą lepiej, niż dorośli.

Po dłuższym czasie do oznak fizykalnych przyłącza się kołatanie serca, duszność, niemiarowość, obrzęki obwodowe serca oraz przerost wątroby (niedomoga).

W początkach zapalenie wsierdzia wywołuje gorączkę, błądność twarzy, niepokój sercowy, tony są głuche, niewyraźne, tętno częste, nieprawidłowe, szmerów jednak brak jeszcze, gdyż zmiany zapalne na zastawkach nie wywołały jeszcze zwężenia otworów lub niedomykalności zastawek. Do tych objawów przyłączyć się mogą objawy niedomogi serca oraz zatorów, dając razem objawy ciężkiego duru. Zdarza się to w zapaleniu owrzadzającym. U płodu można rozpoznać zapalenie wsierdzia przy osłuchiwaniu brzucha matki, Barth w ten sposób stwierdził szmery, a po urodzeniu zapalenie twórcze z. trójdzielnej.

Ostre zapalenie wsierdzia daje lepsze rokowanie u dzieci co do wyzdrowienia, ale pod wpływem nowych obostrzeń gośćca odnawia się, wikłać się może zapaleniem osierdzia, opłucny, mięśnia sercowego, niedokrewnością etc.

Rokowanie, jak już mówiłem, jest u dzieci lepsze,



dzięki temu, że mięsień sercowy jest mocny, zdrowy, naczynia obwodowe nietknięte, wyrównanie więc zapewnione na czas długi. Przewlekłe zapalenie wsierdza może być wyleczone (Roger, Cadet de Gassicourt, Blache, Barthez i Sanné). Tam, gdzie równocześnie wystąpiło zapalenie osierdza skutkiem zrostów, niedomoga serca jest wczesna.

ROZPOZNANIE ostrego z. wsierdza w początkach trudne, przewlekłego opiera się na wysłuchiwanu serca. Od zapalenia osierdza odróżnia się zapalenie wsierdza cechami szmeru tarcia. Blednica i niedokrewność wywołują szmer u podstawy serca, jednocześnie jednak w żyłach szyi wysłuchujemy bruit de diable.

LECZENIE w początku także same, jak zapalenie osierdza, środki odciągające, digitalis, później jodek potasu (20—50 ctgm.), żelazo, arszenik. Kąpieli zimnych i natrysków unikać należy, jak również wcierań i wszelkiego rodzaju podniet.

#### F. Zapalenie owrzadzające wsierdza.

Zapalenie złośliwe owrzadzające wsierdza cechuje się kruchemi wyrostkami na zastawkach, które wywołują często zatory posocznice i ropnicę.

PRZYCZYNY. Zapalenie twórcze i owrzadzające wsierdza nie jest bynajmniej chorobą swoistą, ale umiejscowieniem dość rzadkiem chorób zakaźnych (gruźlicy, zapalenia płuc, duru) lub też zakażeniem wtórnem, najczęściej paciorkowcami. Za zapalenie pierwotne uważamy te przypadki, gdzie w pełni zdrowia występuje gwałtownie, świeżo tego rodzaju przypadek opisał Daum u 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> letniego chłopca. Zwykle trudno określić którądy wkroczył zarazek, uważnie więc badać należy śluzówki jamy ustnej, gardzieli i nosa, tembardziej, że zapalenie gardzieli często poprzedza zapalenie wsierdza, niekiedy

punktem wyjścia jest rana skórna lub źle opatrzone oparzenie np. po wezykatoryi (Netter). Wtórne zapalenie wsierdzia zdarza się w przebiegu zapalenia płuc, suchot płucnych, duru, płonicy, ospy, błonicy, płasawicy etc. W przypadkach tego rodzaju zależy od drobnoustrojów wywołujących daną chorobę lub też zakażenia wtórnego paciorkowcami, gronkowcami, a być może i l. okrężnicy. Etienne (Arch. de méd. 1898) opisywał zapalenie wsierdzia, zależne od l. Koch'a, Castaigne (Soc. anat. 1898) — zapalenie wsierdzia w przebiegu duru, a w wyroślach kalafiorowatych na z. półksiężycowych znalazł bardzo złośliwe paciorkowce, Comby u 14 letniej dziewczynki, zmarłej z duru, stwierdził świeże twórcze zapalenie wsierdzia oraz także zapalenie w przebiegu płonicy z krwiomoczem, białkomoczem i t. p. objawami zapalenia nerek, stan ogólny ciężki, gorączka wysoka, dziecko zmarło 15 dnia; wreszcie u 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> letniej dziewczynki, zmarłej z prosówki ostrej stwierdził zapalenie z. dwudzielnej owrzadzające oraz gruzelki w mięśniu sercowym.

We wszystkich prawie przypadkach zap. owrzadzającego, zawsze stwierdzić możemy wtargnięcie drobnoustrojów ze krwi do tkanki zdrowej lub uprzednio zmiennej.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Sprawa umiejscawia się najczęściej na zastawce dwudzielnej, rzadziej na z. półksiężycowych, t. głównej, trójdzielnej etc. Prócz zgrubienia znajdujemy na brzegu wolnym zastawek wyrośla nierówne, przypominające kalafiory, bardzo kruche i miękie, a często owrzodzone, cząsteczki mogą pod wpływem krwi oderwać się i wraz z krwią, jeżeli pochodzą z komory lewej, idą do układu tętniczego, powodując zatory w mózgu, wątrobie, nerkach, śledzionie, a gdy pochodzą z serca prawego powodują zatory i zawały w płucach. W przytoczonym wyżej przypadku Castaigne'a w t. głównej i płucnej znaleziono plamy miazdżycowe, a na wolnym brzegu z. półksiężycowej znaleziono wyrośla kala-

fiorowate. Aczkolwiek we krwi ze śledziony znaleziono l. Eberth'a i paciorkowce, na zastawkach wykryto tylko te ostatnie. W „Pathological Museum“ w Edyngburgu widziałem preparat tętniaka aorty skutkiem zapalenia owrzadzającego wsierdza, pochodzący od 12 letniego chłopca, preparat ten ofiarował Burn Murdoch.

OBJAWY. Podczas gdy zwykle zapalenie wsierdza nie wywołuje żadnych objawów i dla rozpoznania dokładnie badać należy serce, w zapaleniu owrzadzającym objawy ogólne są bardzo ciężkie. Choroba rozpoczyna się raptowną gorączką, dochodzącą do 39 — 40° C., tętno 140 — 150 male, słabe, uciekające, chory czuje niepokój i duszność, twarz blada, bladość ta w przypadku Daum'a obejmowała i śluzówki i zależy od głębokich zmian we krwi. Po za tem widzimy silne wyczerpanie, senność, obłożenie i zeschnięcie języka, bredzenie, jednym słowem typowy stan durowy. W innych znów przypadkach występują napady przestankowe, jak w ropnicy.

Przy badaniu serca rzadko znajdujemy wypuklenie klatki piersiowej, tępość serca powiększa się w obu wymiarach, wierzchołek serca obniżony, jednym słowem objawy rozszerzenia i przerostu serca; przy obmacywaniu — pomruk koci. Przy osłuchiwaniu — szmer skurczowy, najczęściej u wierzchołka, twardy i długi lub dźwięczny, piszczący, co zależy od obecności wyrosli. Serce bije gwałtownie i nierówno, żyły szyjne nabrzmiąle, a w 2 przypadkach znalazłem przerost wątroby i śledziony. Brzuch jest wzdęty niekiedy, a na kończynach dolnych obrzęk.

Stan ten, sam przez się ciężki, mogą pogorszyć niepokojące objawy, zależne od zatorów zwykłych lub septycznych: duszność, plwocina krwawa, rzężenia drobne i oddech oskrzelowy ograniczony (zator płucny z serca prawego) lub porażenie połowiczne, przykurczenia, drga-

wki padaczkowate (zator z mózgu), bóle w nerkach z krwimoczem (zawał nerek), rumień odrowaty, plamica (zatory skóry). Śmierć śród zapaści, rokowanie jest więc bardzo złe.

**ROZPOZNANIE** stawiamy raczej na zasadzie objawów ogólnych, niż miejscowych oraz towarzyszących im okoliczności. Niekiedy w rozpoznaniu pomaga nam badanie krwi, w której znajdujemy czynniki chorobotwórcze.

**LECZENIE.** Na okolicę serca stosujemy środki odciągające: *pointes de feu*, wezykatorye, pęcherz z lodem, unikamy naparstnicy, która mogłaby ułatwić oderwanie cząstek wyrosła, ale stosujemy kawę i sparteinę, nadto wziewania tlenu, kalomel w małych dawkach i kąpiele ciepłe. Dyeta mleczna.

### G. Krwiak zastawek serca.

Na zastawkach u noworodków i niemowląt dość często rozwijają się krwiaki małe, wystające do przedsiionków, w bliskości brzegu wolnego. Są to guziczki wielkości gorczyicy lub prosa. Na 47 serc zbadanych przez Haushalter'a i Thiry (*Arch. de méd. exp.* 1898) w 35 znaleziono krwiaki: 18 razy na z. dwudzielnej, 5 na trójdzielnej, 12 na obydwóch jednocześnie. Ilość tych ziarn nieprzekracza 3—5. U dzieci starszych zdarzają się bardzo rzadko. Przy badaniu drobnowidzowem znajdujemy w tkance zastawek jamki, wypełnione krwią. Luschka i Parrot sądzą, że zależą one od pęknięcia naczyń, nieślusnie jednak, gdyż w zastawkach naczyń niema, słuszniej przypuścić, że krwiaki powstają w przestrzeniach zatokowatych zastawek. Krwiaki objawów za życia nie dają żadnych, rokowanie dobre, rozpoznanie za życia niemożliwe.

## H. Tętniaki tętnicy głównej.

Tętniaki u dzieci zdarzają się bardzo rzadko, sprawy bowiem wywołujące tętniaki: miażdżyca, stwardnienie tętnic u dzieci należą do wyjątków. Wyjątkowo jednak, ale zdarza się u dzieci miażdżyca skutkiem zakażenia (przypoty, zimnica, gościec etc.) lub zatrucia (wyskok etc.), u dzieci więc starszych zdarzyć się mogą i tętniaki. Świeżo ogłoszono przypadek tętniaka tętnicy brzusznej u 9 letniego chłopca (Aitken Brit. m. Jour. 1898), który przechodził gościec i wadę serca, na zwłokach znaleziono plamy miażdżycowe na łuku aorty oraz dość wielkiego tętniaka skutkiem zatoru na rozwidleniu. W przypadku Berry (Brit. m. Journ. 1898), 15 letni chłopiec w czasie zabawy padł bez przytomności, na zwłokach znaleziono olbrzymią grasicę (75 grm.), w osierdziu zaś skrzepy krwi, pochodzące z rozszerzenia tętnicy głównej pod łukiem, tętniak był wrzecionowaty, w tętnicy zstępującej znaleziono plamy miażdżycowe. Jacobi podobny przypadek widział u rocznej dziewczynki, Sanné zaś 4 przypadki (płód, dziecko dwu, dziesięcio i trzynastoletnie). Osobiście na zwłokach 2 niemowląt znalazłem rozszerzenie wrzecionowate łuku bez objawów za życia.

Skoro rozpoznamy chorobę, co jest rzeczą trudną, zalecamy spokój, dyetę mleczną, jodek potasu (1—2 grm. dziennie); wstrzykiwanie surowicy żelatynowej (Lancereaux) grozi niebezpieczeństwem.

## I. Przerost serca i bicie serca.

Przerostem nazywamy rozrost mięśnia, powiększenie zaś komór — rozszerzeniem serca. Obie te zmiany często występują razem. Przerost może być częściowy

lub ogólny, w tym ostatnim razie postać serca jest normalna, w pierwszym zaś serce jest zniekształcone. Przerost komory lewej powoduje wydłużenie serca i obniżenie wierzchołka — komory prawej rozszerzenie serca i zwiększa tępość w kierunku poprzecznym.

**PRZYCZYNY.** Przerost rzadko bywa wrodzony, zwykle jest nabyty. Sée przypisać go chciał wzrostowi, zdania tego nie uznają jednak Paul, Huchard, Comby, Potain i Vaquez, tylko bowiem wysiłki nadmierne, bieganie i nadużycie ćwiczeń atletycznych mogą wywołać przerost i rozszerzenie serca; przerost tego rodzaju znika z usunięciem przyczyny. Bóle głowy, bicie serca nie zależą od przerostu serca, ale usposobienia nerwowego, bezkrwistości, niestrawności etc. Nie znajdujemy u dzieci zwykłych przyczyn przerostu: miażdżycy, ani tętniaka, ani pijaństwa, zatrucia tytoniem, ani wreszcie rozedmy płuc, natomiast krztusiec, nieżyt płuc i rozszerzenie oskrzeli, mogą wywołać rozszerzenie serca. Beneke uważa za przyczynę krzywicę. Oczywiście nie wspominam o zapaleniu osierdzia i wadach serca, które zawsze powodują przerost, toż samo rzecz można o zapaleniu śródmiąższowem przewlekłym nerek.

**OBJAWY.** Oznaki fizykalne: wypuklenie okolicy serca, tępość zwiększona: bicie serca widać na wielkiej przestrzemi; przy przeroście komory lewej wierzchołek serca znajdujemy w 5 lub 6 międzyżebżu, więcej na lewo, przy przeroście komory prawej tępość zwiększona w wymiarze poprzecznym, a uderzenia serca znajdujemy u wzrostka mieczykowatego. Może również wystąpić bruit de galop. Uderzenia sercane tylko są wzmocnione, ale i przyspieszone, mamy t. zw. bicie serca, które zresztą zdarza się po zmęczeniu, wzruszeniu, niestrawności i bez przerostu serca. Kołatanie serca występuje u dzieci obarczonych skazą moczanową, neuropatów, zwyrodniałych i może być w związku z blednicą, niedokrewnością i samogwałtem.

W rozszerzeniu serca skurcze są słabe, tętno małe tony serca niesłyszalne, żyły nabrzmiałe, kończyny zimne i sine; dziecko często uskarża się na duszność i niepokój sercowy. Tętno niekiedy miarowe, szmery zmienne, o ile niema wady zastawkowej.

Rokowanie dobre zarówno w zwykłym kołataniu serca, jak i w przeroście bez wad zastawkowych, przy zachowaniu przepisów higieny wyzdrowienie pewne.

Rokowanie gorsze, gdy sprawa powstała na tle wad zastawkowych, zapalenia mięśnia, rozszerzenia serca. Również złe jest w ciężkim krztuścu i nieżycie duszącym.

**ROZPOZNANIE.** Trzeba należycie wyróżniać przerost od rozszerzenia serca, w pierwszym tępość serca powiększona w wymiarze pionowym, w drugim—w poprzecznym, w pierwszym skurcze silne, w drugim słabe. Rozszerzenie i przerost mogą wystąpić jednocześnie. Zapalenie wysiękowe osierdzia wykluczyć łatwo dzięki właściwym mu objawom. Pamiętać należy, że niema przerostu serca skutkiem wzrostu, ale że kołatanie serca w tym wieku zależy od wyczerpania, przepracowania, niedokrewności i obciążenia nerwowego.

**LECZENIE.** Przerost objawowy (w wadach serca) leczyć należy razem z przyczyną wywołującą, przerost prosty wymaga spoczynku, pożywienia dobrego z wykluczeniem pokarmów podniecających (kawa, wyskok, korzenie i t. p.), pobytu na świeżem powietrzu, rozciekań skóry oraz podawania średnich dawek jodku potasu.

### J. Kołatanie napadowe serca.

Osobniki młode ulegają względnie często nerwicy serca, objawiającej się kołataniem napadowym serca (tachycardie paroxystique essentielle—Bouveret'a).

**PRZYCZYNY.** Choroba rzadziej występuje u dzieci, niż u dorosłych, częściej u dzieci starszych między 10—

12 roku, u starszych niekiedy początek napadów sięga dzieciństwa, na co zwrócił uwagę Bouveret. Henningham na 40 przypadków w 5 stwierdził tędawność napadów, Merklen stwierdził u 40 letniego chorego kołatanie, trwające od 10 roku życia. Choroba częściej zdarza się u kobiet, niż u mężczyzn, przeważnie w rodzinach ze skazą moczanową i neuropatów.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z nerwicą serca bez zmian pierwotnych w sercu, zresztą brak gościa i przymiotu. W czasie napadu i w czas jakiś po nim serce jest wielkie, rozszerzone do tego stopnia, iż przypuszczamy zrost osierdzia lub zapalenie mięśnia sercowego. Henningham nie przypuszcza, że serce jest zdrowe, ale utrzymuje, że mamy do czynienia z ostrem goścowem lub przymiotowem zapaleniem m. sercowego; twierdzenie to niczem nie jest poparte.

OBJAWY. Choroba cechuje się napadami w dłuższych lub krótszych przerwach (parę tygodni lub miesięcy) kołatania serca z niepokojem i dusznością. Tętno wzrasta wtedy od 150 — 240, jest słabe i małe, twarz blada, oddech przyspieszony, serce natomiast uderza mocno. Przy badaniu znajdujemy znaczne rozszerzenie tępości serca (podwójne u 13 letniej dziewczynki spostrzegane przez Merklen'a (Soc. de hôp. 1901), płuco może być przekrwione — (krwioplucie), niekiedy przekrwienie wątroby. Jednym słowem powstaje nagła i przejściowa niedomoga skutkiem ostrego rozszerzenia serca. Dzieci są podniecone, nie śpią, skarżą się na bóle w sercu, nad pępkiem i u przyczepów przepony. Ilość moczu, zmniejszona w czasie napadu, po napadzie zwiększa się (wielomocz przelomowy), niekiedy ciepłota podniesiona (37,8 — Merklen). Przełom przychodzi nagle, tętno z 220 spada z dnia na dzień do 100 lub 80, uderzenia serca słabną, tępość wraca do granic normalnych. Czas trwania zależy od przypadku i rodzaju napadu. Chora Merklen'a we wrześniu miała napad, trwający 48 godzin, w październiku 12



godzin, a w 6 miesięcy później 8 dni). U 11 letniego chorego Henninghama napady trwały 36 godzin do 12 dni. Rokowanie jest dobre — wyjątkowo napad kończy się śmiercią—ale przeważnie mamy bowiem do czynienia z męczącą nerwicą, wracającą często, trwającą bez końca często, która sprowadzić może — według zdania pewnych badaczy—zapalenie mięśnia sercowego.

**ROZPOZNANIE** kołatania serca jest łatwe, wystarczy wprost zliczyć tętno. Wywiady, o ile napad nie był pierwszym, wyjaśnią nam, jak długo trwają napady oraz przerwy, dla pewności wykluczyć należy zapalenie wsierdza, m. sercowego i osierdza oraz zbadać właściwości osobnicze i dziedziczne.

**LECZENIE.** Bezwzględny spoczynek w łóżku, spokój moralny i fizyczny, żywienie lekkie: mleko, rosół, napary. Dla uspokojenia serca — makowiec, bromek potasu lub amonu, kozłkan cynku lub amonu, w przypadkach bolesnych wstrzykiwanie morfiny. Merklen wyborne wyniki przypisuje 4 pijawkom w okolicy serca, również w tym celu stosować można przyżegania i wezykatorye.

### K. Zapalenie mięśnia sercowego.

Zapalenia mięśnia sercowego dzielimy na mięźszowe i śródmięźszowe.

**PRZYCZYNY.** Ostre choroby zakaźne wywołują ostre zapalenie mięśnia, do nich należą błonica, płonica, ospa, dur, gruźlica ostra, dur plamisty i powrotny, róża i gościec, który według Weill'a i Barjon'a wywołuje zapalenie śródmięźszowe. Zapalenie przewlekłe mięśnia jest zejściem ostrego lub też rozwija się pierwotnie (gruźlica, przymiot).

Choroby zakaźne działają przez swe drobnoustroje i ich jady. W mięśniu sercowym znajdowano paciorkowce, gronkowce, l. duru, ale nie znajdowano l. błonicy,

to też obecność drobnoustrojów nie jest konieczną—działają wtedy ich jady.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, stwardnienie serca rzadko znajdujemy u dzieci, brak bowiem u nich sprawy miażdżycowej, zatrucia wyskokiem, oraz innych czynników tego rodzaju, zwykle mamy do czynienia z zapaleniem ostrem, szczególnie gdy wykluczmy wtórne zapalenie w zroście osierdzia. Zapalenie mięśnia jest ograniczone lub rozlane, w tem ostatniem serce jest miękie, kruche, barwy liścia zwiędłego, rozszerzone, rzadko spotykamy przerost oraz wady zastawek. Na 500 przypadków błonicy Rabot i Philippe raz tylko stwierdzili zapalenie wsierdzia.

W przedsionkach, szczególnie prawem, znajdujemy skrzepy krwi, a na wewnętrznej stronie tętnic plamy białe, przypominające miażdżycę. Włókna mięsne tracą prężność, jądra wydłużają się i dzielą, włókna są jakby wydrażone; w okresie dalszym włókno rozpada się na ziarenka białkowe lub tłuszczowe, nanizane jak paciorki (zwyrodnienie tłuszczowe i woskowe); w rozszerzonych przestrzeniach między włóknami znajdujemy zbiorowiska komórek zarodkowych, szczególnie u wierzchołka i na wysokości przegrody (zapalenie śródmiąższowe); równocześnie znajdujemy zapalenie tętnic małych i ich błony wewnętrznej oraz zapalenie nerwów i ich otoczki.

W zapaleniu ograniczonym między włóknami znajdujemy małe ropnie, niekiedy w mniejszej ilości, ale większe. Ropnie otwierać się mogą do wsierdzia lub osierdzia. Bardzo rzadko rozlana lub ogniskowa postać zapalenia przechodzi w zapalenie przewlekłe. To ostatnie jest zwykle następstwem gruźlicy lub przymiotu dziedzicznego, znajdowano np. u noworodków w komorze lewej pasma białawe, usiane gumatami. Zapalenie gruźlicze jest wtórne i występuje w postaci wielkich gruzelków podobnych do gumatów, ale zawierających l. Koch'a, na-

cieczenia drobnokomórkowe i komórki olbrzymie na tle przerostu śródmiąższowego, połączone z błądzą mięśnia. Równocześnie na osierdziu i wsierdziu występują gruzelki.

OBJAWY są niezbyt wyraźne. Dziecko np. po błonicy wstaje, chce chodzić, raptem blednie i mdleje, serce bije szybko, tętno słabe, niekiedy nieprawidłowe i zwolnione. Przy badaniu znajdujemy rozszerzenie serca oraz szmer skurczowy, nadto stwierdzić można brak łaknienia, wymioty, biegunkę, obrzęki, duszność i sinicę. Po kilku omdleniach sprawa może mieć zejście śmiertelne lub też stopniowo dziecko zdrowieje. Po za tem są postaci łagodne i skryte, w których trudno błądzą powłok i tętno nieco przyspieszone przypisać zapaleniu m. sercowego. W chorobach, które wywołać mogą zapalenie m. sercowego, przyspieszenie tętna zawsze zwrócić winno naszą uwagę, toż samo dotyczy zwolnienia tętna.

Zapalenia ograniczone, ogniskowe, gruźlicze, przymiotowe zwykle nie dają objawów klinicznych.

Rokowanie w ostrem zapaleniu m. sercowego jest bardzo ciężkie, w błonicy w 12 przyp. na 22 kończy się śmiercią (Rabot i Philippe). Po wyzdrowieniu na czas dłuższy pozostaje osłabienie serca: duszność przy chodzeniu, kołatanie przy najmniejszym wysiłku.

ROZPOZNANIE. Najtrudniej odróżnić zwykle zaburzenia czynnościowe, odczuwane przez chorych w okresie ostrym lub w czasie zdrowienia, od objawów zapalenia m. sercowego. W okresie spadku ciepłoty dziecko może być blade, osłabione, skłonne do zapaści, z tętnem niemiarowem, bez śladów zapalenia m. sercowego, są to objawy przełomowe, świadczące o wyzdrowieniu. Zap. m. od zapalenia wsierdzia i osierdzia odróżnić łatwo. W dużej kąpiel zimna może powodować skłonność do zapaści, ale nie zapalenie mięśnia, toż samo widzimy w krwotokach kiszkiowych, w tych razach wystarcza badanie brzucha i stolców.

LECZENIE. Spokój bezwzględny w łóżku na wznak,

unikać wszelkich wysiłków i ruchów nawet do badania. W ostrem zapaleniu lód na okolicę serca, dla podniecenia rozcierania wodą kolońską lub terpentyną, zastrzykiwanie kofeiny, kamfory, strychniny, eteru i surowicy sztucznej, wzięwania tlenu.

Naparstnica przeciwwskazana, przynosi bowiem raczej szkodę, niepokój chorego zwalczamy wstrzykiwaniami morfiny. W zapaleniu przewlekłym (przymiot) podajemy jodek potasu.

Chorym podajemy pokarmy płynne (mleko, sok mięsny), grog, nieco win mocnych rozcieńczonych wodą (szampan, malaga, porto). Chory musi pozostawać w łóżku dopóki tętno jest szybkie.

#### L. Niemiarowość tętna.

Niemiarowością nazywamy nierówne co do siły i trwania skurcze serca, przerywane przestankami prawdziwymi i rzekomymi. Rozróżniamy niemiarowość co do liczby i siły (tętno zmienne, nierówne), skoro nastąpi nagle przerwa w tętnie—mówimy o tętnie przestankowem. W kołataniu serca, przy szybkim tętnie, niema niemiarowości, przeciwnie, często ją spotykamy w tętnie zwolnionem. W okresie ostrym, gorączkowym zapalenia gruczołowego opon oraz w tym samym okresie chorób ostrych niemiarowego tętna nie bywa, występuje ono po spadku gorączki przy tętnie wolnem.

PRZYCZYNY tętna niemiarowego są bardzo liczne; niezależnie od głównej przyczyny—wad serca niewyrównanych, od chorób mózgu, głównie zapalenia opon, inne przyczyny podzielić można na 6 grup:

1. Niemiarowość tętna u dzieci zdrowych. Pamiętać należy, że dzieci nawet zdrowe mogą mieć tętno niemiarowe, zdarza się to zarówno u niemowląt, jak dzieci starszych, na jawie i w czasie snu, głó-

wnie jednak w czasie snu; stwierdzić można wtedy przestanki, skurcz wadliwy lub seryę uderzeń szybkich. Z seryą naprzemian uderzeń wolnych. Niemiarowość tego rodzaju nie występuje stale, ale zjawia się samoistnie skutkiem zmęczenia, przepracowania, wzruszenia, częściej spotykamy ją u dzieci nerwowych; nie można przypisywać jej żadnej roli i uważać należy za niemiarowość fizyologiczną.

2. Niemiarowość skutkiem zatrucia psiankowatemi (belladona, blekot, szalej), makowcem, naparstnicą, eterem, chloroformem, tlenkiem węgla, stosowanymi jako leki lub przypadkowo.

3. Niemiarowość pochodzenia żołądkowo-kiszkowego. Wszelkie choroby narządów trawienia, począwszy od zwykłej niestrawności, mogą wywołać niemiarowość tętna skutkiem samozatrucia. Niemiarowość też często widzimy w niestrawności, rozstrzeni żołądka; ponieważ często występuje ból głowy rodzi się obawa zapalenia opon. Niemiarowość wywołuje również żółtaczka i robaki kiszkowe.

4. Niemiarowość w skazach: skaza moczowa (otyłość, cukrzyca, dychawica, migrena etc.), niedokrewność, krzywica, białkomocz przestankowy, szybki wzrost.

5. Niemiarowość skutkiem nerwic: płąsawica, histerya, padaczka, podrażnienie mózgowe, samogwałt etc.

6. Niemiarowość u ozdrowieńców występuje często po ostrych chorobach zakaźnych. Po durze np. widziałem spadek tętna do 44 z niemiarowością w zapaleniu płuc po przełomie u 11 letniej dziewczynki tętno spadło do 42 i było niemiarowe. Toż samo widziano w błonicy po stosowaniu surowicy lub bez surowicy. Jeżeli współcześnie z niemiarowością tętno jest wolne, twarz blada i chory łatwo wpada w omdlenie, przypuszczać należy zapalenie mięśnia sercowego. Nie-

miarowość tętna po długotrwałych chorobach gorączkowych można przypisać osłabieniu i wyniszczeniu, skoro jednak zmiany te wystąpią po chorobie krótkiej np. grypie, zapaleniu płuc poronnem przypisać raczej trzeba zatrucie ośrodków mleczyń serca jadami drobno-ustrojów.

Niemiarowość może być czysto nerwowa, odruchowa (dzieci zdrowe, wrażliwe) lub też jest wynikiem zatrucia lub zakażenia. Jady, pochodzące z zewnątrz lub wytworzone w ustroju, działają nie tylko na wsierdzie, ale i na zwoje sercowe, opuszkę oraz jądra n. błędnego. Przecięcie tych nerwów powoduje przyspieszenie tętna, podrażnienie zaś—zwolnienie, dzięki badaniom braci Weber uważać go musimy za regulatora serca.

OBJAWY I ROKOWANIE. Skoro u dziecka wystąpi zwolnienie i niemiarowość tętna szukać należy przyczyny, niemiarowość z zatrucia ustanie po usunięciu przyczyny, niemiarowość po spadku gorączki uważamy za przełomową, dającą dobre rokowanie. Obawę natomiast budzi niemiarowość, połączona z bladeścią twarzy, osłabieniem, nudnościami, zamartwicą, grozi bowiem zatrzymaniem serca i porażeniem opuszkowem. Nim na zasadzie arytmii rozpoznamy zapalenie opon, wykluczyć trzeba wszelkie inne przyczyny.

LECZENIE. Niemiarowość fizyologiczna nie wymaga leczenia, zalecamy tylko higieniczny tryb życia, w zatruciu stosować należy odtrutki i usunąć przyczynę, skoro przypuszczamy samozatrucie kiszki, stosujemy antyseptykę kiszki (środki czyszczące, kalomel, benzonaftol), robaki usuwamy za pomocą środków przeciwbaczących. Niemiarowość przełomowa nie wymaga leczenia, o ile nie wystąpi zapaść, zamartwica etc., w tym ostatnim razie stosujemy rozcierania, wstrzykujemy surowicę sztuczną pod skórę, eter, kofeinę, sparteinę, kamforę, wzięwanie tlenu, kąpiele gorczyczne, pęcherz z lodem na serce, elektryzację etc.

### M. Zwolnienie i przyspieszenie tętna.

Zwolnienie tętna. Im dzieci są mniejsze, tem szybsze mają tętno, zwolnienie tętna wskazuje na stan chorobowy lub też na zdrowienie pochorobne i jest często zwiastunem wyzdrowienia po durze, zapaleniu płuc, grypie etc. Tętno w tych razach spada ze 120 do 42 jednocześnie staje się niemiaremowem i nieregularnem. Takież tętno zwolnione i niemiarowe występuje w drugim okresie zapalenia opon i jest złą oznaką, zawsze jednak wtedy mamy równocześnie inne objawy. Zwolnienie tętna widzimy również w zdrowieniu po błonicy, może być wtedy objawem zapalenia mięśnia sercowego.

Kołataniem serca nazywamy szybsze, niż normalnie, skurcze serca, jest ono objawem normalnym u płodu i noworodka (140), później tętno spada do 120—72, niektóre dzieci jednak, zupełnie zdrowe, mają tętno 120. Tętno ulega podwyższeniu w gorączce pod wpływem wzruszeń, wzrost szybki i przerost serca również wywołują przyspieszenie tętna. W chorobie Bąsedow'a tętno szybkie jest jednym ze zwykłych objawów, często jest również objawem gruźlicy, blednicy, niestrawności, skazy moczanowej, o kołataniu napadowem mówiliśmy wyżej.

Leczenie skierować należy przeciw przyczynie wywołującej. Dzieciom nerwowym w przeroście serca lub nadmiernej pobudliwości zalecamy pobyt na powietrzu, zawijania w prześcieradła, bromek i naprzemian jodek potasu, kozłkan amonu. Bacznią uwagę zwracać należy na stan żołądka.

### N. Niedomoga sercowa.

Niedomoga sercowa jest tem samym dla serca, co mocznica dla nerek, jest wyrazem osłabienia mięśnia

sercowego, który nie może przepchnąć krwi do układu tętniczego, stąd ciśnienie w tętnicach niższe, w żyłach—wzmózone. Wynikiem tego są zastoje w różnych narządach, przesięki surowicze do tkanki podskórnej, jam i trzewiów. Skutkiem krążenia wadliwego czynności płuc, nerek, wątroby, żołądka, kiszek i mózgu są upośledzone. Dziecko z trudnością oddycha, stąd krew utlenia się źle, występuje sinica i oziębienie warg i kończyn, obrzmienie twarzy, obrzęk nóg, brzucha, wątroba przekracza swe granice, łaknienie znika, mocz wydziela się skąpo, jest nasycony, często zawiera białko. Chory skutkiem obrzęków bez duszności nie może się poruszyć, skutkiem obrzęku mózgu wpada w osłupienie, co zależy od jednoczesnego samozatrucia, wkrótce też wzmaga się charłactwo sercowe. To ostatnie zdarza się u dzieci rzadziej, niż u dorosłych.

Wyczerpanie i osłabienie skurczów mięśnia może być następstwem zapalenia goścowego wsięrdzia, serce przez czas dłuższy, dzięki nietkniętemu mięśniowi sercowemu i naczyniom, działa prawidłowo. W końcu jednak, gdy coraz nowe wybuchy osłabiają serce, gdy rozwinie się zapalenie i zrost osięrdzia, występuje niedomoga. Tam, gdzie mamy wady sercowe, przewidywać ją należy zawsze.

Prócz tej klasycznej postaci zdarza się niedomoga ostra, występująca w przebiegu chorób ostrych zakaźnych, wywołujących zatrucia i zmiany szybkie w mięśniu sercowym i nerwach dzięki jodom krążącym wę krwi; tu należy błonica, dur brzuszny, płonica, ospa, zapalenie płuc i t. p. Ostra niedomoga rozwinać się może w goścucu stawowym, powikłanym zapaleniem wsięrdzia i osięrdzia oraz zrostem serca. Tego rodzaju zapalenie serca (carditis) zdarza się często u dzieci.

Liczyć się też należy z wadami wrodzonymi, sinicą ogólną, w tych razach zwykle przeziębienie, wzruszenie,



zmęczenie, nieżyt oskrzeli już spowodować mogą niedomogę serca.

**LECZENIE.** W wadach serca przewidzieć należy niedomogę i starać się jej zapobiedz. W tym celu dziecko odziewamy ciepło we flanelę, aby uniknąć przeziębienia, zimę w tym celu dziecko powinno spędzać na południu, przeciwwskazany jest pobyt w górach, kąpiele morskie i pobyt nad morzem północnem, również unikać należy cieplic. Bosia opisuje dobre wyniki po wodach Bourbon-Laney w zapaleniu wsierdza. Unikać należy wodoleczenia (kąpiele zimne i natryski), ale nacierania skóry, mięsienie, ruchy bierne, gimnastyka szwedzka, mechanoterapia (aparaty Zander'a), ułatwiające krążenie i wzmacniające nerwy bez zmęczenia, mogą być pożyteczne.

Unikać należy zmęczenia fizycznego i umysłowego oraz wzruszeń. Unikać należy wszelkich wstrząśnięć. Dyeta powinna być lekkostrawna: mleko, jaja, śmietanka, puree z mięsa i jarzyn, ryby, owoce gotowane, w odstępkach regularnych, napoje wysokowe wzbronione.

Tam, gdzie mamy objawy obostrzenia sprawy, podniecenie serca (gorączka, tętno szybkie, kołatanie) stosować należy środki odciągające: pęcherz z lodem, wezykatorye. Zwykle kołatanie serca ustępuje pod wpływem bromku potasu. Dzieciom chudym, wyniszczonym dajemy tran, żelazo przyswaja się źle, drażni żołądek i układ naczyniowy, natomiast dobrze działa hemoglobina, arszenik, a przedewszystkiem jodek potasu.

Przy pierwszych zaraz objawach (niedomogi serca zwrócić należy uwagę na czynność wydzielniczą, która jest kłapą bezpieczeństwa ustroju, w tym celu zalecamy środki czyszczące i moczopędne. U dzieci starszych z sinicą dobrze robi upust lekki krwi (pijawki na ranach, bańki cięte na serce lub okolicę wątroby), wziewania tlenu. Dyeta mleczna i naparstnica (0,1 — 0,2 sproszkowanego liścia na każdy rok życia w zawieszynie, naparze lub nastoju), do naparstnicy dodajemy scilla, scamonium

lub kalomel. Naparstnicę podawać można przez 5 dni. W przypadkach niecierpiących zwłoki — wstrzykiwanie kofeiny (0,1 w 2—3 dawkach na każdy rok życia), siarczanu sparteiny (0,04 — 0,05 grm. na dzień). Do mleka dodajemy cukier mleczny (40—50 grm. na litr) jako środek moczopędny. Po za tem próbować należy strofantus, teobrominy etc.

## 0. Obrzęk ogólny skóry.

Na tem miejscu zajmiemy się obrzękiem samoistnym, z wyłączeniem obrzęków w białkomoczu i niedomodze serca.

PRZYCZYNY. Obrzęk skóry zdarza się u dzieci małych często. Na 78 przypadków Barthez'a i Sanné'go w 35 obrzęk był samoistny. w 43 następczy (płonica), obrzęk przewlekły zależy od gruźlicy i nieżytu kiszek. Autorzy ci zestawili następującą tablicę: 35 przypadków obrzęku pierwotnego, 25 po płonicy, 2 po odrze, 1 po krztuścu, 1 po durze, 6 po ostrym nieżycie kiszek, 2 po przewlekłym, 6 po gruźlicy. Często notowano wpływ zimna, choroba zdarza się głównie zimą, przeważnie w styczniu i grudniu. Na 78 przypadków Barthez'a i Sanné było 49 chłopców i 29 dziewcząt, większość przypadków zdarzała się między 2 — 7 rokiem życia. Działanie zimna można wytłomaczyć w ten sposób, że następuje porażenie nerwów naczynioruchowych, skutkiem tego naczynia tracą napięcie i następuje przesiek surowicy; w charłactwie po za tem działa osłabienie serca, dzięki czemu obrzękom skóry towarzyszą obrzęki narządów wewnętrznych.

OBJAWY. Skóra obrzękła, blada, gładka i mięka, fałdy skóry wygładzone, ucisk palca pozostawia ślad, na dotyk skóra jest zimna. Obrzęk głównie występuje w miejscach pochyłych oraz tam, gdzie tkanka podskórna

jest luźna. Na owłosionej części głowy obrzęku prawie brak, na twarzy obrzękają głównie powieki, do tego stopnia, że przeszkadzają patrzyć, policzki są wielkie, wargi wystają. Na klatce piersiowej i brzuchu wygładzają się fałdy, prącie, moszna, wargi wielkie i wewnętrzna powierzchnia ud powiększone do znacznych wymiarów. Kończyny zaokrąglone i obrzękłe tracą swą postać, ruchy w stawach utrudnione, na tylnej powierzchni rąk i stóp — poduszki. Tętno wyczuwamy z trudnością, dopiero po rozgnieceniu obrzęku.

Rozróżniamy obrzęk ostry pierwotny, rozpoczynający się niekiedy gorączką, ograniczony lub ogólny oraz przewlekły, wtórny towarzyszy suchotom płucnym i wogóle charłactwom, trwającym miesiącami ze zwolnieniami i nasileniami.

Mocz skąpy lub też obfity nie zawiera białka. Obrzęk ostry kończy się pomyślnie, na 63 przypadki Barthez i Sanné stwierdzili 49 wyzdrowień i 4 zejścia śmiertelne, wobec tego rokowanie jest dość poważne.

Biorąc cyfry w całości widzimy, że z 78 przypadków 19 zakończyło się śmiercią, w ostrych przypadkach 1:5, w przewlekłych 1:2. W przypadkach ostrych śmierć następuje skutkiem powikłań (obrzęki wewnętrzne, zapalenia, drgawki), w przewlekłych — skutkiem gruźlicy.

**ROZPOZNANIE.** Wykluczyć należy odmę podskórną, wylewy podskórne krwi i twardzinę noworodków. Badanie moczu wykáže, czy mamy do czynienia z obrzękiem pierwotnym, czy skutkiem białkomoczu, brak zmian w sercu wykluczy choroby serca. Skoro rozpoznamy obrzęk samoistny szukać należy przyczyny: w przeziębieniu poprzedzającym choroby ostre (płonica, odra etc.), w przypadkach długotrwałych podejrzewamy gruźlicę.

**LECZENIE.** Dziecko należy ogrzewać, zawinąć w wate i umieścić w pokoju ogrzonym do 20 — 22° C., podawać napoje gorące, rozcierać skórę flanelą, dokonywać mięsienia, z dobrym skutkiem stosowano łaźnię parową lub

z gorącego powietrza. Przeciw zapaści koniak, naparstnica, kawa, pod skórę sparteina, surowica sztuczna etc.

## **P. Choroby serca wrodzone. Sinica (Morbus coeruleus).**

Zajmę się tu temi chorobami, które dają objawy kliniczne oraz nie wykluczają życia. Objawem ich głównym jest sinica skóry i śluzówek, stała lub przestankowa, napadowa, ustępująca w czasie spoczynku, wzmagająca się podczas ruchów. Towarzyszy jej duszność.

Pierwszym, kto wypowiedział teorię o mieszanii się dwóch rodzajów krwi (połączenie prawej połowy serca z lewą) był Sénac (1749), teorię jego przyjęli: Gintrac ojciec (Paris 1814) i syn (Dict. Jaccoud 1869). Morgagni natomiast sinicę przypisywał zwężeniu tętnicy płucnej. Teorię jego przyjęli: Louis (Arch. de méd. 1823), Valleix, Rokitansky, Barthez i Sanné, Cadet de Gassicourt, Talot i in., dziś ma ona więcej zwolenników, niż teoria Sénac'a. O wadach wrodzonych otworów serca nie będę tu mówić, niczem się bowiem nie różnią od nabytych (Duroziez).

**PRZYCZYNY.** Choroba częściej zdarza się u chłopców, niż u dziewcząt, przyczyna choroby nie jest znana, czy jest to niedorozwój, potworność, należąca raczej do teratologii, czy też jest to pozostałość zapalenia wsierdza u płodu w sercu prawem, a głównie w tętnicy płucnej. Wrodzone wady i wady nabyte różnią się pod względem budowy mikroskopowej, pierwsze są potwornością, drugie powstają na tle zmian zapalnych: wyrosła, stwardnienie zastawek etc. Zmiany objaśniano upadkiem, uderzeniem w czasie ciąży, przymiotem, gośćcem, pokrewieństwem rodziców i t. p.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Na zwłokach znajdujemy stale zmiany w sercu, na pierwszym zaś planie — zwężenie tętnicy płucnej tak wielkie nieraz, że dzieci żyć mogą

tylko do okresu dojrzałości płciowej; w przypadkach ze zwężeniem znacznym kanał tętnicy zostaje, zwężenie może umiejscawiać się w lejku, na wysokości zastawek i w pniu. Im zwężenie jest większe, tem wyraźniej występuje przerost komory prawej, który zupełnie zakrywa komorę lewą, przegrody międzyprzedsionkowej brak lub też znajdujemy w niej otwór szeroki; otwór Botal'a pozostaje prawie zawsze, czemu dziwić się nie można wobec zwężenia tętnicy płucnej, przegroda międzykomorowa u podstawy serca bywa przedziurawioną. Otwory w przegrodach między przedsionkami mogą powstać razem lub oddzielnie. Równocześnie znajdujemy rozszerzenie łuku aorty oraz niedorozwój i opóźnienie ogólne w rozwoju (ciemiączka, szwy czaszkowe, zębowanie). Fallot, który w r. 1888 poświęcił sprawie tej monografię, w 74% stwierdza następujące potworności: 1) zwężenie tętnicy płucnej, 2) połączenie międzykomorowe, 3) przesunięcie ujścia aorty na prawo i 4) przerost wpołśrodkowy komory prawej. Obecność otworu Botal'a jest tylko objawem drugorzędny i w pochodzeniu sinicy nie odgrywa żadnej roli, stwierdzono bowiem go tam, gdzie nie było sinicy (Renault, R. d. m. d. l'enf. 1881, Simon ib. 1888), a przeciwnie — sinicę tam, gdzie otwór był zarośnięty.

Mieszanie krwi żyłnej z tętniczą przez otwór Botal'a nie jest więc przyczyną sinicy. Przeciwnie — zwężenie tętnicy płucnej sprowadza przerost komory prawej, niedostateczne krążenie w płucach, małe utlenianie krwi i sinicę. Z drugiej znów strony zwężenie tętnicy płucnej, o ile powstało wcześniej, przeszkadza zarośnięciu przegród i z serca 4 jamowego tworzy się serce z 2 lub 3 jamami, a skoro zwężenie będzie bardzo znaczne droga oboczna, kanał tętnicy, pozostaje niezarośniętym. Widzimy z tego, że główną podstawą chorób wrodzonych serca jest zwężenie tętnicy płucnej. Za dalsze następstwo zwężenia tętnicy płucnej Constantin Paul uważa gruźlicę płuc (Soc. méd. des hôp. 1871), zwężenie

to po urodzeniu wikłać się może zapaleniem wsierdza, niekiedy twórczem na zastawkach. Cadet de Gassicourt stwierdził w tym razie u chłopca 10 letniego, u którego nie było sinicy—zator płucny (R. d. m. d. l'enf 1883).

**OBJAWY.** W oczy rzuca się przedewszystkiem sinica ogólna, na twarzy odcień więcej niebieskawy, takiż odcień na narządach płciowych i kończynach, sinicę nadto znajdujemy na nosie, powiekach górnych, płatku usznym, wargach, śluzówce jamy ustnej. Oczy są pokryte rozszerzonymi żyłkami, wystają. W czasie spoczynku sinica zmniejsza się, wzmacnia się w czasie krzyku, płaczu, wysiłków, wzruszeń, nabiera wtedy barwy prawie czarnej, też same objawy wywołuje przeziębienie. Ciepłota wewnętrzna normalna, obwodowa obniża się i chory czuje zimno. Toż samo zresztą widzimy w niedomodze serca z innych przyczyn. Sinica wystąpić może od urodzenia lub też później, końce palców grubieją, paznogie są sine, we krwi znajdujemy zwiększoną ilość cz. c. krwi (hyperglobulia).

Duszność jest objawem stałym, wzmacnia się od czasu do czasu pod wpływem tych samych przyczyn, co i sinica. Towarzyszy jej kaszel napadowy skutkiem stałego przekrwienia płuc, przypomina niekiedy napady krztuśca. Od czasu do czasu występują napady z zewnętrzną sinicą, twarz zlewa się wtedy potem, tętno małe, nitkowate, zdarzają się drgawki i omdlenie, często bardzo zdarza się kołatanie serca.

Niekiedy pomimo daleko posuniętych zmian, znajdujących po śmierci, brak za życia sinicy, duszności i innych objawów. L. Verwaeck (Arch. d. m. d'enf. 1900) u 4½ letniej dziewczynki, zmarłej z nieżyty płuc, znalazł w sercu 2 tylko jamy, przedsionki łączyły się ze sobą szeroko, lewa komora przerosła, prawa szczątkowa, z trójdzielnej brak, połączenie z komorą lewą, jednym słowem była jedna komora z przegrodą. Tętnica płucna zwężona.

Przy badaniu serca znajdujemy tępość powiększoną w obu wymiarach wierzchołek obniżony, okolicę serca wypukloną, u podstawy serca, głównie po stronie lewej, szmer idący ku obojczykowi.

Dzieci z sinicą ogólną są wrażliwe, powolne, śpiące, rozwijają się powoli, są małe na swój wiek, inteligencya opóźniona, nie mogą biegać, ani bawić się skutkiem duszności, dojrzewanie opóźnia się, często miewają krwotoki, szczególnie z nosa.

Sinica wczesna występuje w 74% (Peacock); 15 razy przed rokiem, 1 w 16 m., 3 razy w 2 roku, 2 razy w 3, 1 raz w 3½ l., 2 w 5-tym, 1 w 8-ym, 13-tym i 15-tym, Przebieg stały z napadami, chorzy umierają młodo skutkiem zaduszenia, krwotoku, omdlenia, gruźlicy płuc. Kilka osób dożyło jednak wieku późnego (50 i 60 lat). Według Schmidt'a na 186 przypadków 67 skończyło się śmiercią w 1-szym roku, 50 między 1—10, 41 między 10—20, 20 między 20—40 rokiem, 4 powyżej. Liczyć się tu należy z gruźlicą. Rokowanie, jak widzimy z tego, złe, chorzym długiego życia rokować nie można.

ROZPOZNIANIE sinicy wrodzonej jest łatwe dzięki zabarwieniu skóry i śluzówek oraz wywiadów co do początku choroby. Trudniej rozpoznać umiejscowienie zmian w sercu, w tym celu jednak służy uważne badanie oznak fizykalnych. Prawie zawsze znaleźć możemy zwężenie t. płucnej, pamiętać jednak należy, że nawet w znacznem zwężeniu może braknąć szmerów (Variot, Soc. des hôp. 1890).

Na zwłokach zwężenie wrodzone od nabytego różni się brakiem zmian w zastawkach.

LECZENIE jest czysto objawowe: spokój, unikanie zmęczenia, wzruszeń, naparstnica (tra digitalis po 5—10 kropel lub 0,05—0,1 grm. w nastoju), bańki suche, wziewanie tlenu, kąpiele powietrzne. Po za tem ogólne środki wzmacniające (żelazo, china, tran). Tam, gdzie to możliwe, pobyt zimą na stacyach klimatycznych.

### Q. Choroba Roger'a.

Nazwą choroby Roger'a (Arch. d. méd. 1879) oznaczamy wrodzone połączenie komór serca z zupełnym lub częściowym brakiem przegrody, w tym ostatnim razie pasa tylnego przegrody przedniej. Przegroda może być przedziurawiona w części dolnej lub środkowej (Féréol, Soc. des hôp. 1881), w przypadku Dupré (Soc. anat. 1891) otwór znaleziono w części środkowej i górnej poniżej przyczepu z. półksiężycowej prawej. Kilka przypadków tego rodzaju zebrał Reiss (1893). Otwór jest okrągły lub półksiężycowy, rzadziej trójkątny o średnicy 5—10 mm., wysłanej gładkiem wsierdziem, przepuszcza koniec palca małego, koniec dolny nigdy nie bywa porwany.

OBJAWY opisał Roger: przy osłuchiwaniu szmer skurczowy stały, niezmienny, chrapliwy w środkowej części okolicy serca, dosięgający najwyższego natężenia w części środkowej 3 międzyżebra lewego aż do 4 żebra, nie rozszerza się na naczynia. Niekiedy szmer jest tak silny, że słycać go z odległości u podstawy i wierzchołka oraz na grzbiecie nawet. Jednocześnie pomruk koci na miejscu szmeru. Po za tymi objawami fizykalnymi objawów czynnościowych niema, chorzy żyć mogą długo. Sinicy nie bywa nigdy.

ROZPOZNANIE. Przedziurawienia nabyte przegrody skutkiem owrzadzającego zap. wsierdzia mają zarysy nieprawidłowe, pokryte są wyrosłami, znajdujemy je dopiero na sekcji.

Od innych chorób wrodzonych, a w szczególności od zwężenia t. płucnej choroba Roger'a różni się obecnością szmeru skurczowego, brakiem sinicy i zupełnym brakiem zaburzeń czynnościowych.



## DZIAŁ VI.

### Choroby narządów moczopłciowych.

#### A. Zapalenie nerek. Choroba Bright'a.

Całkowita zasługa ustalenia związku między białkomoczem a zmianami w nerkach należy się anglikowi R. Bright'owi (1827), imię jego pozostanie nierozłącznie związane z chorobami nerek.

PRZYCZYNY zapalenia nerek u dzieci są mniej liczne, niż u dorosłych. Wprawdzie choroby ostre (płonica, błonica, dur, odra) mogą wywołać zapalenie nerek, brak jednak u dzieci chorób przemiany materii, pijaństwa, nadużyć wszelkiego rodzaju. To też choroba Bright'a (zapalenie miąższowe i śródmiąższowe) zdarza się u dzieci stosunkowo rzadko, zato często zdarza się zwyrodnienie skrobiowate.

U dzieci zdarza się ostre zapalenie nerek z przeziębienia z zejściem przeważnie w wyzdrowienie, może ono jednak przejść i w stan przewlekły — chorobę Bright'a. Prócz przeziębienia odgrywają rolę zatrucia kantarydami (wezykatorye), jodem (J. Simon i Regnard), smołami (kubeba, copahu, terpentyna), ale przyczyny te wywołują zwykle zapalenie przejściowe.

Zapalenie ostre najczęściej występuje wtórnie po chorobie zakaźnej (plonica, błonica, ospa, odra, dur, ospa wietrzna, zimnica, świnka, krztusiec, gościec, zapalenie płuc, niezyt zakaźny kiszek, przymiot). Niezyt zakaźny kiszek, przymiot, gruźlica, zolzy (próchnica kości) wywołują często zapalenie przewlekłe oraz zwyrodnienie skrobiowate nerek.

Tu zaliczyć również należy podrażnienia skóry, zapalenia skóry (pryszczycyca, liszajec), które obejmując znaczną powierzchnię skóry lub trwając długo, mogą być punktem wejścia drobnoustrojów, wywołujących zapalenie nerek.

Wielu autorów włoskich (Guiata, Concetti, Regoli, Canali (Arch. italiano di Ped. 1891/2) spostrzegali naprz. zapalenie nerek po pryszczycy u dzieci. Ponieważ nerki są najgłówniejszym narządem wydzielniczym ustroju dziwić nas nie będzie fakt, że skutkiem wydzielania jądów i drobnoustrojów ulegają zapaleniu w przebiegu większości chorób zakaźnych. Stałe wydzielanie ciał drażniących przez nerki wywołuje przekrwienie, złuszczenie nabłonka, bujanie tkanki łącznej i białkomocz.

Śród przyczyn zapalenia nerek wymienić należy dziedziczność. Dickinson (Pat. soc. of London 1889) w czterech pokoleniach stwierdził zapalenie nerek, Lecorche i Talamon przytaczają również przykłady białkomoczu dziedzicznego (Nancy 1896), Talamon jednak dodaje, że białkomocz dziedziczny rzadko bardzo przechodzi w chorobę Brihgt'a, chociaż występuje często u młodzieży i dzieci. Arnoz (Nancy 1896) stwierdził dziedziczny białkomocz u noworodków (drgawki porodowe).

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Zmiany anatomiczne są także jak u dorosłych, zaznaczyć tylko należy, że stwardnienie nerek, nerka zmarszczona, zapalenie śródmiąższowe zdarza się rzadziej u osobników młodych, niż u starszych, nerka jednak stwardniała, podobna do nerki starczej, zdarza się u dzieci, a nawet niedawno (1890) w Towarz.

Lekarskiem w Londynie pokazywano kilka tego rodzaju przypadków.

Handford u 12 letniej dziewczynki, która w 3½ roku przebyła odrę, a w 4 płonice, znalazł nerkę prawą wagi 60 grm., lewą 15 grm., waga serca 280 grm. Badanie dowiodło rozrostu tkanki łącznej. Hale White u 10 letniego chłopca znalazł nerkę małą ziarnistą (70 grm.) oraz przerost serca (280 grm.). Dickinson dowodzi, że stwardnienie nerek zdarza się częściej u dzieci, niż u dorosłych, a Roger widział tę postać nawet u płodu.

Zwykle spotykaną postacią jest wielka nerka biała lub czerwona (zap. miąższowe), co nie wyklucza bujania tkanki łącznej. Nerka jest powiększona, mięka, przekrwiona, otoczka schodzi łatwo. Komórki kanalików krętych zniekształcone, ziarniste, naczynia przepelnione krwią. Też same zmiany w ciałkach Malphigi'ego. W przypadkach lekkich, przejściowych zmiany występują w kanalikach Bellini'ego, przekrwienie znajdujemy tylko w istocie rdzennej, a komórki kanalików prostych ulegają złuszczeniu i zwyrodnieniu ziarnistemu. Lecorché porównywa zapalenie nerek w lekkim stopniu do lekkiego nieżytu oskrzeli, w cięższych postaciach zajęte są kanaliki kręte tak, jak w ciężkim nieżycie oskrzeli—oskrzeliki. Upodobnienie to z punktu widzenia kliniki jest możliwe, nie wytrzymuje jednak krytyki z punktu widzenia anatomii patologicznej, znajdujemy bowiem zarówno w lżejszem, jak i cięższym zapaleniu zmiany rozsiane w kłębkach i kanalikach krętych. Zwykle znajdujemy zapalenie kłębków o różnem natężeniu. Według Fede (kongres w Rzymie 1894) zmiany w kłębkach rozpoznajemy z obecności w moczu wałków i b. ciałek krwi bez komórek nerkowych.

Nerka skrobiowata jest wielka, mięka, szara na przekroju, jod zabarwia ją na kolor czerwono - mahoniowy, przechodzący w kolor fioletowy pod działaniem kwasu siarczanego.

**OBJAWY.** Klinicznie odróżniamy dwie postaci: zapalenie ostre i przewlekłe.

Ostre zapalenie nerek. W przypadkach łagodnych choroba rozwija się niepostrzeżenie i jedynym objawem rozpoznawczym jest białkomocz. Dziecko zaczyna częściej oddawać mocz w ilości mniejszej, bardziej nasycony z większym osadem, w którym znajdujemy wałki, pochodzące ze złuszczenia kanalików. Zapalenie nerek rozpoczyna się niekiedy bezmoczem, trwającym 2 do 3 dni. Obrzęk, którego przedewszystkiem szukać należy na twarzy, wystąpić może w stopniu bardzo słabym. Objawy powyższe są dość wyraźne w zapaleniu pierwotnem, we wtórnem giną wśród objawów choroby zasadniczej.

W przypadkach ciężkich ilość dobową moczu spaść może do 150 cm., mocz jest czerwony, zawiera liczne cz. i b. c. krwi oraz rozpuszczoną hemoglobinę. Równocześnie występuje ból w nerkach, [rozbitcie ogólne, pragnienie, utrata łaknienia. Wkrótce obrzęk występuje na powiekach, kończynach i twarzy, często pierwszym objawem jest obrzęk powiek. Obrzęk wystąpić może na całej skórze, często w płonicy przechodzi na śluzówki, wejście krtani (obrzęk głośni), jamy surowicze (opłucna, mózg), a wtedy dziecko umiera z zaduszenia.

W przebiegu zapalenia nerek zagraża zawsze mocznicą, którą zwiastuje ból głowy, zaćmienie wzroku, bredzenie i wymioty, poczem występują drgawki i śpiączka. Skóra jest sucha, zaparcie stolca stałe. W ciężkich przypadkach białkomocz obfity, z chwilą, gdy objawy słabną, ilość białka zmniejsza się stopniowo i w końcu białkomocz znika, ale wrócić znów może po pewnym czasie. Z chwilą znikania białka mocz staje się jaśniejszym, czystszy, wydziela się obficie, przesieki znikają.

W przebiegu zapalenia nerek znajdujemy przerost komory lewej, bruit de galop, szczególnie, gdy sprawa przechodzi w przewlekłą.

Zapalenie przewlekłe nerek może być zejściem ostrego lub też przewlekłym od początku i wtedy rozwija się niepostrzeżenie, skrycie. Dzieci bledną, słabną i stopniowo wpadają bez przyczyny widocznej w charłactwo, dopiero obrzęki ogólne, występujące niekiedy późno skierowują rozpoznanie na tory właściwe. Lekarz dobry nie czeka jednak aż rozwiną się tak poważne objawy, winien bowiem zaraz zbadać moczu i wyjaśnić pochodzenie choroby. Ilość moczu może być normalna lub nawet większa, niż normalnie. Mocz zawiera białko, wałki włóknikowe i ziarniste oraz komórki nabłonkowe.

Zastrzykiwanie błękitu metylenowego i kryoskopia dać nam mogą wskazówki co do drożności nerek i stężenia moczu. Tętno jest niekiedy zwolnione i nieprawidłowe, uderzenia serca silne, wierzchołek serca obniżony (przerost komory lewej), często wysłuchujemy bruit de galop.

Dziecko blade, niedokrewne, źle trawi, wymiotuje lub ma gorączkę. Po pewnym czasie występują bóle głowy, duszność bez zmian w płucach, zaburzenia wzrokowe, senność, bredzenie, które świadczą o zatruciu ogólnym. Po szeregu polepszeń i obostrzeń mniej lub więcej wyraźnych dziecko wpada w charłactwo, mocznicę lub umiera skutkiem powikłań (zapalenie płuc, krwotoki, zgorzel). Zwyrodnienie o wiele rzadsze, niż w postaci ostrej.

**POWIKŁANIA.** Zaburzenia mózgowe na tle mocznicy najczęściej występują w płonicy, zwiastunem ich jest bezmocz (w przypadku Henocha 7 dniowy) lub zmniejszenie ilości mocznika, obniżenie ciepłoty, ból głowy, wymioty, zwolnienie tętna, duszność i ślepotą; lub też zaburzenia te występują w postaci drgawek padaczkowatych albo bredzenia; drgawki i bredzenie występują naprzemian, powtarzają się, w końcu dziecko zapada w śpiączkę z oddechem Cheyne-Stokes'a, rozszerzeniem źrenic, zezem i t. p. Tam, gdzie zapalenie nerek nie kończy się

mocznicą, wywołuje ciężkie powikłania w narządzie oddechowym (nieżyt i zapalenie płuc oraz opłucny), w sercu (zap. osierdzia i wśierdzia), otrzewnie, mózgu i oponach, oku (zapalenie białkomoczowe siatkówki). Często wywołuje krwotoki, plamicę, krwawienia z nosa, może w końcu usposabiać do gruźlicy.

Czas trwania przewlekłego zapalenia nerek jest długi—rok i więcej; postaci ostrej znacznie krótszy. Według Barthez'a i Sanné na 126 przypadków czas trwania w 8 oznaczyli na mniej, niż 8 dni—zejsć śm. 5, w 22 na mniej, niż 15 dni, śmiertelnych zejsć 9, w 19 mniej, niż 21 dni, zejsć 6, 25 mniej, niż 2 tyg. do 3 m., zmarło 5, 52 przyp. 1—3 m.—zmarło 7.

Rokowanie jest wogóle złe, lepsze jednak, niż u dorosłych. Na 180 przypadków Barthez i Sanné mieli 60 zejsć śmiertelnych. W postaci ostrej umiera 25%, w płoniczem zapaleniu 20%, gorsze rokowanie daje zapalenie nerek po innych chorobach zakaźnych. Przewlekłe zapalenie nerek daje 20 zejsć śmiertelnych na 25. Na 14 przypadków mocznicy w 4 było zejście śmiertelne (Sanné). Zapalenie płonicze nerek jest najłagodniejsze ze wszystkich postaci wtórnych, ale osłabia nerki i usposabia do rozwoju w następstwie choroby Bright'a.

Nie należy jednak zbyt czarno zapatrywać się na rokowanie w zapaleniu nerek u dzieci. Osobiście widziałem dużo wyzdrowień. W r. 1896 leczyłem w szpitalu Trousseau 13 letniego chłopca, który od 2 lat miał zapalenie popłonicze nerek z krwomoczem, białkomoczem (3%), bruit de galop i po 2 miesięcznem leczeniu i dyecie mlecznej chłopiec opuścił szpital zupełnie uzdrowiony. Również dobre wyniki osiągnąłem w pierwotnem ostrem zapaleniu nerek mimo zmniejszonej ilości moczu i znacznego białkomoczu. Oddawna już zwracałem uwagę na pierwotne i łagodne zapalenie nerek z punktem wyjścia

z jamy nosogardzielowej (Pallegoix, Paris 1902). Zwyrodnienie skrobiowate nerek w przebiegu przymiotu, zółzów i gruźlicy (ropienie długotrwałe) zawsze kończy się śmiercią.

**ROZPOZNANIE** zapalenia nerek opiera się głównie na wykryciu białka w moczu, w nerce skrobiowatej białka brak, ale wtedy śledziona i wątroba są znacznie powiększone. Zbieranie moczu u dzieci małych jest bardzo trudne, uciec się wtedy należy do cewnikowania. Skoro stwierdzimy białkomocz, należy zbadać czy jest on stały lub przejściowy, opierać się należy w tym razie na ilości i cechach osadu, obrzękach, krwimoczu, wreszcie wywiadach (płonica etc.).

**LECZENIE.** W czasie zdrowienia po wysypkach ostrych zabezpieczać należy dzieci od zaziębień za pomocą zawijań we flanelę i stosować dyetę mleczną, gdy wystąpią bodaj ślady białka, należy zdwoić ostrożność, nie wypuszczając dzieci z łóżka.

Skoro rozwinęło się już zapalenie nerek, chory pozostać musi w łóżku na ścisłej dyecie mlecznej, w początkach stawiamy bańki cięte lub pijawki na lędźwie, później środki napotne (łaźnia, wstrzykiwanie pilokarpiny 0,005—0,02), moczopędne (cukier mleczny, odwar siewienia lnianego, naparstnicę, kofeinę), środki czyszczące (jalapa, rycyna, kalomel). W obrzęku płuc środki wymiotne. Bańki suche, nacierania wzmacniające i rozgrzewające są zawsze wskazane.

Dla zmniejszenia własności trujących moczu stosujemy środki przeciwnilne betol lub benzonaftol (1 — 2 grm.), w postaciach przewlekłych są wskazane tanina, żelazo (po 0,5 — 0,15), jodek sodu, syrop jodotaninowy, u dzieci starszych rzadko wody mineralne (Contrexeville, Vittel, Evian, Saint Nectaire, Szczawnica, Żytnicka etc.).

## B. Białkomocz przejściowy i okresowy.

Badając mocz dzieci na pozór zdrowych wielu lekarzy stwierdzić mogło dość często białko. Capitain (Thèse, Paris 1883) na 97 dzieci od 18 m. do 8 lat u 38 znalazł w większym lub mniejszym stopniu białkomocz. Chateaubourg na 142 dzieci od 6 — 15 lat u 111 znalazł białko (u 14 wyraźne), Leroux (Rev. de méd. 1883) na 330 dzieci (118 dziewcząt i 212 chłopców) znalazł białko tylko u 19 (9 chłopców) czyli 1:17.

Dwaj pierwsi posługiwali się odczynnikami bardzo czułym Tanret'a, ostatni zaś kwasem azotnym, pikrynowym i octowym. Stąd, być może, i różne wyniki. Wynika jednak z tego, że u dzieci, tak samo jak i u dorosłych, może rozwinąć się białkomocz fizyologiczny, przestankowy, brak bowiem wszelkich innych oznak zapalenia nerek. Białkomocz tego rodzaju jest przejściowy i uleczalny. Pod nazwą białkomoczu okresowego, czyli choroby Pavy'ego (Brit. m. J. 1885), Merley (Lyon 1887) opisuje inną postać nieprzejściową i patologiczną. Występuje ona u dzieci w okresie rozkwitu, wyniszczonych, limfatycznych (Saundy znajdował ją u większości dzieci wyniszczonych—Brit. m. J. 1879). Tessier, który już przedtem zajmował się tą sprawą i był inicjatorem pracy Merley'a, przytacza następujące spostrzeżenia: 1-o 15 letnia dziewczyna z rodziny dnawych, miesiączkowanie nieprawidłowe, nerwowa, chuda, często wymiotuje, rano białka w moczu nie bywa, wieczorem białko i azoturya, wyzdrowienie po pobycie w Ragaz; 2-o 17 letnia dziewczyna z rodziny dnawej, z migreną i pryszczycą, rano brak białka, po obiedzie białkomocz, po wcieraniach, po wdechaniu tlenu, syropie jodotaninowym wyzdrowienie nawrót po 2 latach, po leczeniu w Ragaz wyzdrowienie stałe; 3-o 16 letnia dziewczynka z białkomoczem po obiedzie; 4-o 17 letni chłopiec — też same objawy. Według Talamona białkomocz zwany okresowym jest białkomo-



czem rodzinnym i dziedzicznym, który później przechodzi w chorobę Bright'a. Zawsze spotykamy go u osobników obarczonych skazą moczanową i neuropatów. Nazywają go ortostatycznym skoro znika w położeniu poziomem, a występuje w czasie chodzenia lub stania.

OBJAWY białkomoczu okresowego polegają na ogólnem, nieokreślonem niedomaganiu, osłabieniu, niechęci do pracy, bólach w kręgach, kołataniu serca, zawrotach, bólach głowy, nerwowości, pobudliwości nadmiernej serca, poceniu, rozstrzeni żołądka. Ilość moczu nieznacznie zwiększona, ilość białka 30 — 40 ctgm., wiele moczanów i barwników, ku końcowi azoturya. Wynika z tego, że mamy tu do czynienia z nadmiernem wydzielaniem barwników, moczanów, mocznika i białkomoczem. Okres białkomoczu rozpoczyna się po wstaniu i ustaje z chwilą, gdy chory się kładzie. Rano przy próbie z kwasem azotnym otrzymujemy azotan mocznika, ale białka nie ma, około południa, w godzinę po śniadaniu — białkomocz, około 5 lub 6 wieczorem znów nie ma białka. Stan taki trwać może miesiącami i latami bez uszczerbku dla zdrowia. Przy leżeniu w łóżku białko znika, Rocher, trzymając chorą w łóżku przez 3 miesiące, uzyskał zniknięcie białka. Pavy u 11 letniej dziewczynki i 13 letniego chłopca otrzymał ten sam wynik. Nawroty pod wpływem przeziębienia, wzruszeń, błędów w dyecie, częste. Czy chorym w następstwie grozi choroba Bright'a nie wiemy; wiedząc jednak, że pochodzą z rodziców ze skazą moczanową, można się tego obawiać.

Stąd też leczenie takie, jak w skazie moczanowej: dyeta i wody Ragatz, Saint Nectaire etc.

### C. Hemoglobinurya okresowa.

Choroba ta, po raz pierwszy opisana w r. 1865 przez Harley'a i 1866 — Pavy'ego, polega na wydzielaniu

moczu czerwonego i czarnego, zawierającego rozpuszczoną hemoglobinę bez cz. c. krwi (czem różni się od krwio-moczu). U dorosłych zajmował się nią Mesnet i Hayem zdarza się jednak i u dzieci.

**PRZYCZYNY.** Przypuszczano, że hemoglobinurya jest właściwością płci męskiej (Labadie—Lagrare. *Maladies des reins* 1888), a jednak na 6 spostrzeżeń moich w 3 były dziewczynki. Choroba rozwinąć się może wcześniej (9 m., 2½ lat—Henoch), zwykle zaś występuje u dzieci starszych. U dorosłych przypisywano ją zimnicy i przymiotowi, który, zdaje się, odgrywa tu rolę ważną, w moich przynajmniej przypadkach stwierdziłem przymiot niezbitcie. Do przyczyn wywołujących zaliczyć trzeba zmęczenie, a przede wszystkim zimno, chorzy moi mieli mocz czarny tylko podczas zimy skutkiem przeziębienia (przy wyjściu na mróz i śnieg).

Pochodzenie hemoglobinuryi z zimna jest niejasne. Niewątpliwie, barwnik moczu zależy od zniszczenia cz. ciała krwi, niewątpliwie rozpad odbywa się powyżej pęcherza, kwestyą dotąd sporną jest czy rozpad odbywa się we krwi czy w nerkach. Lépine przemawia za pierwszym przypuszczeniem, opierając się na tem, że we krwi palca znalazł również rozpuszczoną hemoglobinę, a Küssner znalazł i stwierdził, że surowica jest rubinowoczerwona, Hayem zaś hołduje drugiemu przypuszczeniu, nigdy bowiem we krwi nie znajdował hemoglobiny.

Prawdopodobnie oba przypuszczenia są słuszne, zależnie od przypadku: ciała krwi rozpadają się w nerkach lub we krwi.

**OBJAWY.** Choroba rozpoczyna się gwałtownie gorączką, silnym dreszczem, poczem następuje wydzielanie silnie zabarwionego moczu (czerwonego, barwy malagi lub kawy). Moja chora zapadła nagle zimą, po wyjściu ze szkoły. Niekiedy zdarzają się zwiastuny w postaci bólów w łądźwiach, dreszczyków, ziewania.

Rosenbach spostrzegł napad u dziecka od początku

i notuje w czasie zwiastunów białkomocz przy c. 37,4 w odbyticy, w kilka minut później ciepłota podniosła się do 38,8—39,1°, w moczu wystąpiła wtedy hemoglobina, w kwadrans później c. 39,5, poczem powrót stopniowy do stanu normalnego (Berl. klin. Wch. 1880). Sam napad jest krótki, dziecko oddaje mocz z hemoglobina w ciągu jednego lub części dnia. Może jednak powstać się w ciągu następnych dni kilku lub w odstępach nieregularnych, można go nadto wywołać, pozwalając wyjść dzieciom w czasie zimnej pogody. W przerwach między napadami stan ogólny jest dobry, spostrzegane jednak przezemnie dzieci były blade, anemiczne, a jedna z dziewcząt miała częste krwawienia z nosa. Joseph widział u chłopca z hemoglobinurją jednocześnie guzy sine na skórze, rodzaj ograniczonego obrzęku krwotocznego (Alg. Wien. med. Zg. 1889).

Przy badaniu moczu pod mikroskopem nie znajdujemy cz. c. krwi, widmo właściwe hemoglobinie, pewien stopień białkomoczu. Goetz u 9 letniej dziewczynki z przymiotem dziedzicznym znalazł 1,800,000 cz. c. krwi w czasie napadu, 2,500,000 po napadzie i 4,000,000 po wyleczeniu.

Choroba trwać może bez końca—długo, pierwszy z moich chorych po raz pierwszy zachorował przed 11 laty i miewa dotąd co zimę napady, w tym czasie przebył krztusiec i odrę, które ani pogorszyły, ani polepszyły jego stanu.

ROKOWANIE niezbyt ciężkie, dzieci nie przerywają zajęć i uczą się dobrze, ale wyzdrowienie wątpliwe, zawodziły mnie bowiem wszelkie metody.

Rozpoznanie łatwe: napadowe występowanie w moczu hemoglobiny, którą stwierdzić można przy badaniu widma.

LECZENIE. Niedokrewność występująca u większości chorych wymaga odpowiedniego leczenia wzmacniającego, zalecałem tran (4 — 5 łyżek dziennie), wino, spus

ferri jodati latem oraz natryski zimne, rozcierania suche i kąpiele siarczane. Skoro przypuszczać można zimnicę, chinina (0,5—1 grm.), tam, gdzie podejrzewamy przymiot, leczenie rtęcią i jodek potasu. Napadów unikamy przez zawijanie dzieci we flanelę i trzymanie zimą w domu.

#### D. Krwiomocz.

Krwiomoczem nazywamy wszelką domieszkę krwi do moczu, obecność cz. c. krwi odróżnia krwiomocz od hemoglobinuryi.

PRZYCZYNY. Krwiomocz zdarza się w każdym wieku z licznych przyczyn. Z punktu widzenia pochodzenia dzielimy na krwiomocz z przyczyn miejscowych, ogólny i samoistny.

1-o. Przyczyny miejscowe: zmiany w drogach moczowych od cewki aż do nerek, rozerwanie śluzówki skutkiem uderzenia, upadku, przejścia kamienia, wypadnięcia w zapaleniu pochwy, zapalenie gonokokowe, gruźlicze i nowotworowe pęcherza, pęknięcie miednicy, zapalenie kamicowe miedniczki, zapalenie gruźlicze, kantarydowe, zakrzep żył nerkowych, zapalenie nerek, nerka ruchoma.

2-o. Krwiomocz z przyczyn ogólnych: choroby zakaźne (wysypki, błonica, zap. płuc, gorączka żółta etc.), odżywiania (gnilec, krwawiączka, plamica, krwotoki kiszek u noworodków etc.), podrażnienia i zapalenia skóry.

3-o. Krwiomocz pierwotny, często okresowy, bez przyczyn widocznych, opisywany p. n. krwawiączki nerkowej.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Zwykle znajdujemy nadżerki, rozdarcie, owrzodzenie śluzówki dróg moczowych lub kamienie w pęcherzu, nerkach, wreszcie gruźelki. Gdy krwiomocz pochodzi z nerek, narządu silnie unaczynionego, na przekroju znajdujemy punkciki i ogniska czarne

kanaliki Bellini'ego wypełnione są wałkami włóknikowo-krwawymi (blood casts); w miedniczkach znaleźć możemy wybroczyny, skrzepy, błony rzekome. U 6 letniego chłopca z krwimoczem po durze Barthez i Sanné znaleźli zapalenie krwotoczne nerek i miedniczek: nerka wielka czerwona, piramidy fioletowe, w miedniczce wybroczyny, skrzepy krwi ciągną się aż do moczowodu.

OBJAWY. Dziecko oddaje mocz krwawy. Krew z cewki i pęcherza jest czerwona, tworzy osad na dnie nocnika, a skrzepy w postaci strzępów czarnych pływają w moczu. W krwotoku z cewki krew wychodzi przed moczem, w krwawieniu z pęcherza—odwrotnie: ku końcowi moczenia występują silne bóle i krwawienie. Krew z miedniczek i nerek jest zmieszana z moczem i posiada barwę czarnej kawy, malagi etc., ale i wtedy w płonicy krew zachować może swą barwę. C. wł. moczu krwawego jest wysoki i stoi w stosunku prostym do ilości krwi, odczyn obojętny lub zasadowy, białko w ilości znacznej (seryna i globulina), białkomocz jednak ustępuje z chwilą, gdy mocz staje się jaśniejszym. Zebrany w naczynie mocz dzieli się na 2 warstwy: dolną nieprzezroczystą czarną i górną przezroczystą i jasną. W osadzie pod drobnowidzem znajdujemy włóknik, wałki włóknikowo-krwawe, komórki nabłonkowe, białe i czerwone ciała krwi, mniej lub więcej zmienione, czem krwimocz różni się od hemoglobinuryi.

Objawy ogólne są zmienne. Niekiedy dzieci nie odczuwają żadnych dolegliwości, nie gorączkują, nie uskarżają się na bóle w lędźwiach, ani w głowie, inni znów miewają nastrzyknięcie twarzy, obrzęk moszny lub warg wielkich, bóle głowy, bredzenie mocznicowe.

Pierwotny krwimocz daje obraz swoisty. Spotykamy się z nim w krajach zwrotnikowych, gdzie przyczyną krwimoczu jest nitkowiec lub motylca krwawa (filaria oraz bilharzia haematobia); krwimocz występuje wtedy naprzemian z mleczkomoczem, napadami, w przerwach stan zdrowia jest zupełnie dobry. Mocz, zebrany

w czasie napadu po ustaniu dzieli się na 3 warstwy: na dnie krew, pośrodku mocz jasny i przezroczysty, w górnej warstwie tłuszcz w postaci zawiesiny. Po wyjeździe z danej okolicy krwimocz ustępuje. Krwimocz pierwotny, samoistny może wystąpić i w strefie umiarkowanej bez mleczkomoczu i pochodzi wtedy z nerek bez żadnej przyczyny widocznej lub też po zmęczeniu, długim marszu; trwać może lat kilka. W moczu prócz krwi nie znajdujemy, ani śladów kamienia, guzów lub gruzlicy, niekiedy krwimocz wikła się zimnicą, plamicą lub też występuje z niemi naprzemian.

Rokowanie w tej postaci jest dobre, w każdym jednak razie wystąpienie krwimoczu jest objawem poważnym, poprzedzać bowiem może ostre zapalenie nerek, gruzlicę dróg moczowych, kamicę nerkową. Krwimocz w przebiegu chorób ostrych ustępuje pod wpływem leżenia w łóżku, diety mlecznej i t. p., uporczywszy jest krwotok gruzliczy; krwimocz w gorączce żółtej, ospie krwotocznej, czarnych stolcach noworodków daje bardzo złe rokowanie.

Rozpoznanie krwimoczu jest bardzo łatwe przy pomocy badania drobnowidzowego. Przyczynę krwimoczu rozpoznajemy na zasadzie wywiadów, bólów lędźwiowych, częstego moczenia, z krwawień innych okolic, obrzęków etc. Nim postawimy rozpoznanie krwimoczu pierwotnego, nieodzowną jest rzeczą wykluczyć gruzlicę i kamicę nerkową.

LECZENIE. Leżenie w łóżku, dieta mleczna, bańki suche i cięte na lędźwia — w chorobach nerek; kąpiele ciepłe, okłady, odwar siemienia lnianego, przemywanie — w chorobach pęcherza. W krwimoczu pierwotnym zalecano terpentynę (Dieulafoy daje 12 kapsulek 15 letnim dzieciom). W zimnicy — chinina i zmiana miejsca pobytu. W kamicy leczenie wodami zasadowemi.

### E. Mleczkomocz.

Mleczkomocz jest chorobą pasorzytniczą, zdarza się w strefie zwrotnikowej pod wpływem nitkowca i cechuje się wydzielaniem z moczem mleczka, niekiedy z krwią (haemabac — chyluria). Towarzyszy mu niekiedy wylew mleczka do opłucny i otrzewny.

Wydzielanie mleczka występuje napadami, niekiedy z kurczami bolesnymi w czasie oddawania moczu. U murzyna 12 letniego (Moncorvo kongr. Buenos Aires 1898) w ciągu 3 miesięcy występował kurcz w czasie oddawania moczu, z początku mocz mętny, później mleczkowaty, w końcu krwawy, przy badaniu znaleziono nitkowca. W Europie opisywano mleczkomocz bez nitkowca.

Leczenie: zmiana miejsca pobytu, 0,5, później 1 — 2 grm. ichtyolu dziennie do wewnątrz w ciągu 2 tygodni (Moncorvo).

### F. Zakrzep żył nerkowych.

Hutinel w rozprawie z 1877 r. dowiódł, że zmiany organiczne w krążeniu u dzieci zawsze wychodzą z żył. Zakrzepy zdarzają się u noworodków bardzo często, w większości wypadków skutkiem biegunek ciężkich; zakrzepy tu powstają głównie w mózgu, tętnicy płucnej (która zachowuje się jak żyła) i żyłach nerkowych. Powstają one nie skutkiem zmian w ścianach naczyń, ale zmian we krwi.

Zakrzep żył nerkowych wywołuje przekrwienie, wylewy śródmiąższowe, a nawet ogniska ropne (zawał ropiejący). Przyczyną zakrzepów są przyniesione z krwią drobnoustroje, paciorkowce, gronkowce, l. okrężnicy.

Sprawą tą zajął się powtórnie Hutinel w 1887 roku (Rev. mens. de chir. et méd.) i opisuje tam zakrzepy

u małych dzieci, zmarłych z uwiadu ostrego (Parrot), zajmowali się tą sprawą również O. Beckman, Parrot i Landouzy.

Hutinel przytacza 45 spostrzeżeń; w 2 : 3 zakrzep był obustronny, równocześnie z żyłą główną, 3 : 4 skrzep znajdujemy w pniu ż. nerkowej, 1 : 4 w jej rozgałęzieniach. Nerka może być napozór zdrową, częściej wszakże jest przekrwiona i obrzękła; na przekroju piramidy tworzą stożki czarne, o wyglądzie ognisk krwotocznych, z pyłem moczanowym żółtym w wierzchołku. Czarniejsze zabarwienie istoty rdzennej zależy od ilości żył, nabłonek istoty nerwowej ulega zwyrodnieniu tłuszczowemu. W 3 przypadkach zakrzep wywołał powstanie ognisk ropnych w istocie korowej, ułożonych umiarkowo w postaci stożków z podstawą zwróconą ku obwodowi, a wierzchołkiem ku wnętrzu, naokoło tych ognisk obwódka czarna (przekrwiona). W przypadku tym zatkana była żyła nerkowa i jej rozgałęzienia. Zmiany powyższe prowadzą upośledzenie czynności nerek z następującą mocznicą.

Osobiście widziałem u 6 m. dziecka (uwiad) zakrzep 2 żył zwieszających się dolnych lewych z wylewem do piramid, wyglądem trufłowatym nerek jak w przypadku Hutinel'a. Nerka z zakrzepem była 2 razy większa, niż zdrowa i zawierała 4—5 kamieni moczanowych, żołądek rozszerzony; dziecko karmione sztucznie ważyło około 4000 grm., było chude i wątłe, zmarło bez gorączki po kilku dniach pobytu w szpitalu wśród biegunki kwaśnej i rumienia pośladków; prócz tego stwierdzono niedomogę dolnych zrazów płuc, wątrobę wielką z pasmami łącznotkankowymi, oraz zapalenie otoczki śledziony.

U innego 5-cio miesięcznego chłopca, karmionego sztucznie, zmarłego z nieżyty płuc, gałąź górną ż. nerkowej prawej była zatkana skrzepem, w nerce na powierzchni i przekroju znaleziono wybroczyny czarne; w części środkowej, miedniczce i kielichach piasek mo-



czowy żółtawy; żyła nerkowa lewa była zdrowa, ale natomiast stwierdzono tu wodonercze z piaskiem moczowym, żołądek rozszerzony (330 cm. sz.), na żebrach różaniec krzywicy, śledziona wielka (30 grm.), wątroba stłuszczone.

Widzimy z tego, że zakrzep może być ubu lub jednostronny, w pierwszym wypadku całkowity lub częściowy.

Spotykamy go i u dzieci starszych, jak tego dowodzi świeże spostrzeżenie u 15 letniej dziewczyny z nieżytem żołądka i kiszek, gruźlicą i zgorzelą skóry. Lewa nerka powiększona, czarna waży 88 grm. (zamiast 42), pień żyły nerkowej zatkany całkowicie.

Zakrzepy ż. nerkowych zdarzają się często, rzadko są jednak rozpoznawane, należałoby badać nerki wszystkich dzieci zmarłych z nieżyty żołądka i kiszek.

### G. Wylew krwi do nadnercza.

Wylew krwi do nadnercza występuje głównie u noworodków. Hamill (Arch. of Ped. 1901) podaje 3 własne i 87 przypadków z piśmiennictwa.

PRZYCZYNY nie są znane, przypisywano go długotrwałym porodom, zabiegom położniczym, w wielu wszakże przypadkach należy wykluczyć uraz i przypisać ją zakażeniu (pępek). Bądź co bądź choroba występuje w pierwszych dniach życia. Na 90 przypadków 28 stwierdzono zaraz po porodzie, 27 między porodem, a odpadnięciem pępowiny, w 24 czas nieoznaczony, według wszelkiego jednak prawdopodobieństwa u 11 pępowina jeszcze nie odpadła, u 2 pępowina już odpadła, w 11 czas nieznanym. Jednym słowem większość przypadków powstała w czasie lub przed porodem lub zaraz po porodzie.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Krwotok może być jedno lub obustronny, częściej w nadnerczu prawem; nadnercze

skutkiem krwotoku jest mniej lub więcej powiększone, nieraz wielkości jaja. Jeżeli pęknie otrzewna, krew wylewa się do niej. Znajdywano zrosty z wątrobą, żołądkiem, poprzecznicą, dwunastnicą lub śledzioną. Barwa nadnercza czerwono-brunatna, tam, gdzie krwotok był częściowy, na tle barwy żółtej odgranicza się ognisko krwotoczne. Na skutek krwawienia obfitego całe nadnercze przeistacza się w rodzaj pęcherza, wypełnionego skrzepami. Krew przebija się często do tkanki otaczającej, otrzewny, okolicy pozatrzewnowej. W wielu przypadkach stwierdzono gruźlicę żyły nerkowej i głównej.

W przypadkach zbadanych mikroskopowo stwierdzono zwyrodnienie tłuszczowe całego narządu bez zmian w ścianach naczyń. Niekiedy znajdowano gruźlicę, dotąd jednak o pochodzeniu choroby z danych anatomicznych wniosków przeprowadzić nie możemy.

OBJAWY niewyraźne: bledność nagle, gorączka, podniecenie, duszność i zapaść. Objawy te nic nie mówią, nieco znaczenia posiadają objawy skórne (grudki lub plamy czerwone na tułowiu).

W lekkim lub ograniczonym krwotoku objawów zresztą brak. To też rozpoznanie krwotoku do nadnerczy u noworodków uważam za niemożliwe za życia; zarówno krwotoki te, jak i gruźlica żył nerkowych będą długo jeszcze przypadkowo znajduwane na zwłokach.

ROKOWANIE nie zawsze jest złe, gdyż u zmarłego w 2 miesiącu z niezytu płuc dziecka Wainwirght znalazł ślady starego krwotoku do warstwy rdzennej nadnercza. Ogniska małe mogą się wessać i zabiżnić, przeistoczyć w torbiel, stwardnieć wreszcie. Być może choroba Addison'a jest następstwem tych krwotoków wskutek osiedlenia się w nich l. Kocha. Wielkie krwotoki wywołują zejście śmiertelne.

## H. Kamica nerkowa.

Kamica nerkowa u dzieci posiada, niewątpliwie, znaczenie drugorzędne, różni się jednak zarówno pod względem zmian, jak i przebiegu, co usprawiedliwia jej opis na tem miejscu.

**PRZYCZYNY.** Częstość spotykamy u noworodków zawały moczanowe w kanalikach Bellini'ego, kielichach i miedniczce. W życiu płodowym i u noworodków w pierwszych dniach życia proste kanały nerek wypełnione są złożami, rozpuszczanymi i stopniowo wydalaniem wraz z moczem. O ile ilość moczu ulegnie zmniejszeniu (np. skutkiem braku pokarmu) zawały mogą wywołać napady kolki nerkowej. Osobiście bardzo często znajdowałem kamienie moczanowe w kielichach i miedniczkach małych dzieci, źle odżywianych, z uwiązaniem, tego rodzaju przypadków w jednym roku zebrałem 40.

U dzieci starszych kamica występuje z tych samych przyczyn, co i u dorosłych: dziedziczna skaza moczanowa. U 8 letniego chłopca widziałem olbrzymią ilość piasku moczowego, równocześnie z migreną, matka jego również cierpiała na migrenę. A. Robin u 17 miesięcznego dziecka widział napady kolki nerkowej oraz wydzielanie piasku dzięki nieodpowiedniemu karmieniu mlekiem koziem, zawierającym dużo kazeiny, tłustymi zupami, mięsem etc. Po zmianie pożywienia nastąpiło wyzdrowienie zupełne.

Długotrwałe biegunki mogą spowodować wydzielanie piasku moczowego skutkiem zgęszczenia krwi. Eihchorst spostrzegał to u swego syna po ostrym niezycie żołądka i kiszek. Osobiście zresztą widziałem dość wielkie nacieczenie w miedniczce na zwłokach dzieci zmarłych z różnych chorób bez objawów za życia. U 6½ letniej dziewczynki po bardzo ścisłej suchej dyecie w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego znalazłem kamienie

soczewicowate, po obfitym podaniu napojów znikły one z moczu zupełnie.

Debout d'Estrées w Contréxeville (1876) spostrzegł 13 przypadków kamicy u dzieci. Stąd też widzimy, że choroba ta u dzieci zdarza się dość często.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Złogi moczanowe u noworodków występują w postaci pasm żółtawych na przekroju piramid, składają się z moczanu amonu, kryształów kwasu moczowego oraz komórek nabłonkowych w kanalikach Bellini'ego. W ciągu pierwszego tygodnia złogi wydzielają się z moczem i znajdujemy je na pieluchach w postaci złotawego piasku. W drogach moczowych mogą pozostawać cząstki tych złogów i być punktem wyjścia dla tworzenia się kamieni.

Kamienie zazwyczaj składają się z kwasu moczowego, są twarde, niewielkie i w postaci piasku zbierają się w kielichach lub miedniczkach; śluzówka może być przytem zdrowa lub podrażniona. Zmiany są o wiele mniejsze, niż u dorosłych, rzadko też spotykamy powikłania (krwomocz, zapalenie nerek, miedniczek, ropnie okołonerkowe, wodonercze i t. p.), dość często znajdujemy natomiast kamienie pęcherza.

**OBJAWY.** Wogóle w skróceniu też same objawy, co u dorosłych: kolka nerkowa od objawów łagodnych (ból lędźwiowy, nerwoból lędźwiobrzuszny) aż do typowych z wymiotami i drgawkami. Mocz w czasie napadu skąpy, z piaskiem, skoro kamień zatrzyma się w moczowodzie lub cewce—bezmocz. Rzadko zdarza się krwiomocz, białkomocz, zapalenie miedniczek i wodonercze, ale spotkać je można w każdym wieku; osobliwie wodonercze, które zdarza się nawet u płodów.

Rokowanie względnie dobre, kamica bardzo rzadko zagraża bezpośrednio życiu, wskazuje jednak na skazę ze wszelkimi objawami w przeszłości.

**ROZPOZNAНИЕ** trudne, u noworodków rozpoznajemy piasek po krzyku w czasie moczenia, cienkim strumieniu

moczu, złogach na pieluchach. Później zwracać należy pilną uwagę na mocz. Dla wykluczenia kamienia w pęcherzu uciec się należy do cewnikowania. Stulejka wrodzona może stanowić przeszkodę do wydalania moczu—rozpoznać ją łatwo.

**LECZENIE.** Napoje obfite (woda Contrexéville, napary moczopędne), zmniejszenie ilości pokarmów azotowych: mięsa pieczonego etc. W czasie napadów okłady ogrzewające na brzuch i okolice nerek, kąpiele. Po napadzie ćwiczenia na powietrzu, wykluczenie wysokości, korzeni, czarnego mięsa etc.

### I. Zapalenie miedniczki nerkowej.

**PRZYCZYNY.** Rozróżniamy pierwotne zapalenie miedniczki u dzieci zdrowych przedtem skutkiem przeziębienia, urazu lub niestrawności. Emmet Holt (Soc. de Péd. amér. 1894) opisuje przypadki u niemowląt. Zwykle jednak zapalenie miedniczek występuje wtórnie w przebiegu chorób zakaźnych ogólnych (ospa, płonica, odra, błonica, dur, zimnica), skutkiem zatrucia (kantarydyna) lub nieżyty żołądka i kiszek (Monti, Bagiński—l. okrężnicy). Częściej jeszcze zapalenie miedniczki jest następstwem cierpień narządu moczowego: kamicy nerkowej, kiedy nierówne, ostre kamienie drażnią śluzówkę, gruźlicy dróg moczowych, zapalenia pęcherza, cewki, sromu i t. p.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Lekkie zapalenie, nieżyt miedniczek bardzo często uchodzi naszej uwagi. Śluzówka jest czerwona, zgrubiała, pokryta niekiedy błonami rzeptomemi, usiana wybroczynami lub owrzodzona, miedniczkę wypełnia płyn mętny, ropiasty. U 2letniej dziewczynki, zmarłej z zapalenia pęcherza oraz miedniczek i nerek, Haushalter znalazł nieprawidłowości w drogach moczowych, któremi można było wytłómaczyć zapalenie pęcherza, kamień amonmagnowy oraz ropne zapalenie

miedniczek. Najprzód powstało zatrzymanie moczu i zapalenie skutkiem tego pęcherza, kamień pęcherzowy, rozszerzenie moczowodów, zapalenie miedniczek i nerek oraz kamica nerkowa.

Zmiany w nerkach bardzo często towarzyszą zapaleniu miedniczek, nerka jest wtedy powiększona, unaczyniona, nabłonek ulega zmętnieniu, w mięszu tworzą się liczne ropnie, sprawa wreszcie przejść może i na tkankę okołonerkową.

**OBJAWY.** Zapalenie miedniczek przebiega często skrycie. U niemowląt postać pierwotna rozpoczyna się dreszczami, gorączką rzekomo przepuszczającą, dziecko chudnie i blednie, nie chce ssać. W zapaleniu kamicy zdarzają się bóle w okolicy nerek, skutkiem czego dziecko krzyczy i jest podniecone. Badanie moczu dostarcza nam najpewniejszych oznak rozpoznawczych. Mocz jest mętny, po ustaniu na dnie znajdujemy osad gęsty, ropiasty, złożony ze złuszczonej komórki, odczyn moczu kwaśny, mocz zawiera nieco białka. C. wł. większy; w osadzie zawsze szukać należy l. Kocha. Skoro w osadzie brak wałków wykluczyć możemy zapalenie nerek. W zapaleniu jednej miedniczki mocz może być chwilami czysty, ale wtedy po stronie chorej znajdujemy obrzmienie lędźwi (zatkanie moczowodu), po ustąpieniu przeszkody wydziela się znów mocz mętny. Czystoskopia daje nam niekiedy wskazówki, która nerka jest chora.

**ROZPOZNANIE** niezytu miedniczek jest trudne, podejrzewać go można na zasadzie bólów lędźwiowych, gorączki, wydzielania złogów moczanych oraz krwiomoczu (pyelitis calculosa). Przy upośledzeniu stanu ogólnego należy mieć na uwadze gruźlicę i poszukiwać w osadzie moczowym l. Koch'a. Zapalenie pęcherza wywołuje parcie na mocz, w moczu znajdujemy strzępy. W zapaleniu nerek mamy białkomocz, mocz jednak nie zawiera ropy, w osadzie natomiast znajdujemy wałki i złuszczone ko-

mórki. Oczywiście przy badaniu moczu wystrzegać się należy brania fosforanów i moczanów za ropę.

ROKOWANIE w pierwotnym zwykłym zapaleniu miedniczek dobre, toż samo dotyczy zapalenia kamicowego i wtórnego po chorobach ostrych, gruźlicze natomiast oraz wstępujące daje złe rokowanie.

LECZENIE. Dyeta mleczna, wody zasadowe (Vichy, Vals, Pougues, Contrexéville) w ilości znacznej, kąpiele długotrwałe, leżenie w łóżku. Emmet Holt zaleca cytrynian potasu (0,1 grm. co 2 godz.); w zimnicy—chinina; w zapaleniu ropnem z guzem—zabiegi chirurgiczne (nefrotomia, przemycie, przesączkowanie).

### J. Zapalenie okołonerkowe.

PRZYCZYNY. Zapalenie tkanki okołonerkowej zdarza się często u dzieci, wystąpić może pierwotnie lub wtórnie. Pierwotnie wśród zupełnego zdrowia po przeziębieniu lub urazie, wtórnie skutkiem przejścia sprawy zapalnej z okolic lub zakażenia ogólnego: zapalenie nerek i miedniczek, gruźlica, guzy i kamica nerkowa, nerka wędrująca, zapalenie wyrostka, szpiku kostnego, odra (Lannelongue), dur (Tuffier). Gruźlica nerek wywołuje raczej ropnie zimne, niż ropówkę okołonerkową.

Według Hallego (1863) choroba nie zdarza się przed 10 r. ż., Gibney jednak spostrzegł ją u 5 miesięcznego dziecka, a Weber nawet u płodu, Buscarlet u 20 mies. chłopca (R. m. d. l. Suisse rom. 1894), Loeb u 6 letniego chłopca po upadku (J. f. Kind. 1874), Rawdon (B. m. J. 1878) w tym samym wieku, J. Hallé i Bernard (Arch. d. m. d. enf. 1899) u 8 letniej dziewczynki (gronkowiec złoty). Gibney (Chic. m. J. 1880) zebrał wszystkie znane dotąd przypadki w ilości 28 między 18 mies. — 15 r. ż. (15 dziewcząt, 13 chłopców), z których połowa po stronie prawej; w 8 przyczyną był uraz, wszystkie

zakończyły się pomyślnie, w 12 przypadkach bez, w 16 po zabiegu chirurgicznym. Ropień opróżnić się może do kiszki, opłucny, oskrzeli nawet (Gibney).

Z drobnoustrojów spotykamy najczęściej l. okrężnicy, gronkowca żółtego (Lannelongue i Achard), paciorkowca i dwoinkę zapalenia płuc (Tuffier). Albarran w 4 przypadkach na 7 znajdował czyste hodowle l. okrężnicy, 1 raz łącznie z ziarniniakami. Wstrzykując do moczowodów hodowle l. okrężnicy, wywołać możemy zapalenie okołonerkowe.

OBJAWY. Nim wystąpi guz w okolicy lędźwiowej wyraźnych objawów brak. Większe dzieci uskarżają się na ból w lędźwiach, przestają chodzić, wołają leżąc, gorączkują, ciepłota wieczorem podnosi się znacznie, często ma typ przestankowy z dreszczami, poprzedzającymi i następczymi potami, czują brak łaknienia, wymiotują; mocz skąpy, czerwony, rzadziej z krwią. Po upływie 3 do 6 tygodni występuje obrzęk lędźwi, a później i całego boku, skóra zaczerwieniona miejscami i zgrubiała, poczem wkrótce wyczuwamy chęłbotanie. W okresie tym występują straszne bóle szczególnie przy ucisku i ruchach, skutkiem czego dziecko nie pozwala podnieść się z łóżka. Ropień szerzyć się może na wielką i małą miednicę, opłucną przez przeponę i przebić się do otrzewny, kiszek, pęcherza lub pochwy. Skutkiem tego rozwinąć się może zapalenie opłucny, otrzewny, przetoka etc. U 12 letniego chłopca, wspólnie z Biron'em, stwierdziłem prawostronne zapalenie okołonerkowe po upadku; stan ogólny ciężki, durowy z bredzeniem; po 10 dniach zapalenie przyusznicy prawej, później lewej; przypadek zakończył się śmiercią. Z początku rozpoznano chorobę Potta, gdyż matka dziecka była suchotnicą.

Zwykle choroba u dzieci przebiega łagodniej i rzadko kończy się śmiercią, o ile wcześniej pośpieszyć z pomocą.

Rozpoznanie opieramy na przyczynach wywołujących,



przebiegu i objawach: bólu, gorączce, guzie. W zapaleniu miedniczki guza zwykle brak, mocz natomiast jest ropny, mętny, guzy zaś nerek przebiegają wolniej i z mniejszym bólem. Wodonercze przebiega bez gorączki. Źródłem pomyłek rozpoznawczych może być zapalenie wyrostka, które jednak może wywołać zapalenie okołonerkowe. Wykluczyć również należy zapalenie kręgosłupa lub kości biodrowej. Ropnie opadowe wykluczyć łatwo. W okresie przed wystąpieniem guza niekiedy trudno wykluczyć dur. Wogóle rozpoznanie jest trudniejsze, niż u dorosłych, ci ostatni bowiem umiejscawiają wyraźnie ból.

Leczenie wyłącznie chirurgiczne, bóle zmniejszają się pod wpływem kąpeli ciepłych, okładów etc., nie należy jednak zbyt długo zwłóczyć z operacją. Chirurg nie powinien jednak czekać aż wystąpi chębotanie wyraźne, cięcie ma być szerokie. W ropniu zimnym łyżeczko-

#### K. Wodonercze.

Skoro w któremkolwiek miejscu dróg moczowych powstanie przeszkoda, mocz wydzielający się stale rozszerza moczowód i miedniczkę, w ten sposób powstaje wodonercze.

PRZYCZYNY. Przeszkoda tkwić może w miedniczce, moczowodzie, pęcherzu lub cewce. Guz może być wrodzony skutkiem niedorozwoju moczowodu, stulejki etc. lub też nabyty skutkiem zatkania przez ciało obce (kamień, robak), zająęcia moczowodu (nerka ruchoma), ucisku z zewnątrz (guzy nerki, miedniczki etc.). Brinon wśród przyczyn wodonercza wrodzonego wylicza niedrożność moczowodów, zwężenie, zagięcie, zastawki, ucisk przez fałdy, nienormalny otwór w kiszkiach, pęcherzu,

do stercza, cewki, sromu, macicy, pochwy, niedrożność, brak lub zwężenie cewki.

Najczęstszą przyczyną wodonercza wrodzonego jest kamica nerkowa, wielokrotnie też znajdowałem w moczowodach złogi, przeszkadzające wydalaniu moczu, sprawie tej oddzielną pracę poświęcił mój intern Bernard (Arch. de méd. des enf 1898).

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Wodonercze może być obu lub jednostronne, częściowe lub całkowite, ze zniszczeniem lub zachowaniem tkanki nerek, jedno lub wielokomorowe. Wodonercze wielkie powoduje zepchnięcie nerki na zewnątrz i ku górze, a następnie zanik gruczołu. Ściany wewnętrzne są gładkie i lśniące, torbiel zaś może być rozdzielona na komory. Po rozcięciu wypływa płyn najczęściej przezroczysty, rzadziej mętny, ciemny, czerwony, w przypadkach świeżych (zatkanie przez kamień) zawartość zbliżona jest zupełnie do moczu. Wodonercze może rozwinąć się tylko z moczowódów (w moim przypadku u 6 mies. dziecka), skutkiem ucisku ropnia na szyję pęcherza, (skutkiem czego rozszerzeniu uległ pęcherz i moczowody) zdarza się to również, gdy kamień utkwi w dolnej części moczowodu, po nad przeszkodą moczowód rozszerza się aż do wymiarów kiszki, podczas gdy miedniczka może być normalna, w tych razach, prawdopodobnie, moczu wydziela się częściowo.

W zadawnionym wodonerczu zawartość nie przypomina swym składem moczu, jest surowicza, surowiczośluzowa, zawiera białko, a w osadzie znajdujemy komórki nabłonka i ciała krwi c. wł. 1007 — 1010, mocznik i fosforany znikają stopniowo. Ściany torbieli są nierówne, zrastają się z narządami sąsiednimi, nerka zanika, twardnieje, w końcu tworzy rodzaj błony łącznotkankowej. Wymiary guza sięgać mogą wymiarów główki dziecka. W przypadku Heller'a zawartość wynosiła 400 cm. Skoro przeszkoda tkwi wysoko, wodonercze rozwija

się z miedniczki; gdy tkwi wysoko w cewce, rozszerzeniu ulegają wszystkie drogi moczowe i śmierć jest nieunikniona. Charron (Chir. inf. 1895) opisał przypadek wysokiej pod tym względem tolerancyi ustroju. Dziecko zrodzone 22 lipca 1893 r. przyniesiono 10 września z powodu, iż od urodzenia nie oddawało moczu, zmarło 20 września, znaleziono przeszkodę w cewce w postaci przegrody, a nad nią rozszerzony pęcherz, moczowody, miedniczki i zniszczenie nerek.

**OBJAWY.** Wodonercze przebiegać może skrycie, to też u większości dzieci znajdowałem je dopiero na zwłokach. Sprawa ogranicza się do guza wypuklającego bok, chęlboczącego, nad guzem ton opukowy tępy, przy obmacywaniu guz bezbolesny. Guz, zależnie od wymiarów, powodować może skutkiem ucisku duszność, zaparcie stolca. W moczu nie znajdujemy nic nienormalnego, w wodonerczu przestankowem wydziela się od czasu do czasu masa płynu jasnego, zawierającego mało azotu, zdarza się to w nerce ruchomej skutkiem zajęcia moczowodu, rzadziej w kamicy. Przebieg choroby powolny, drętwy, rokowanie zależy od przypadku. Wrodzone wodonercze jest nieuleczalne, obustronne daje rokowanie gorsze, niż jednostronne. Wodonercze skutkiem kamicy, przestankowe jest wyleczalne, chorym jednak grozi zawsze mocznica.

**ROZPOZNANIE** jest trudne, wodonercze małe uchodzi naszej uwagi, wielkie przyjąć można za puchlinę brzucha, torbiel jajnika, wątroby, nerki, otrzewny, mięsaka i t. p. Puchlina brzucha różni się tem, że przebieg jest wolny, nieotorbiony, zmienia miejsce przy zmianie ułożenia chorego, występuje symetrycznie, wywołuje krążenie przez żyły skóry i t. p. Torbiele krezki leżą pośrodku i są ruchome we wszystkich kierunkach, torbiele jajnika rozwijają się w okolicy podbrzusza, wystają ku przodowi, zawierają płyn gęsty i mniej przezroczysty. Guzy nerki są ruchome, na ucisk bolesne, rosną szybko

i szybko sprowadzają zaburzenia ogólne. Zapalenie miedniczki i ropne zapalenie nerek rozpoznajemy na zasadzie badania moczu.

Po rozpoznaniu wodonercza znaleźć trzeba przyczynę na zasadzie wywiadów i ścisłego badania.

LECZENIE. W przypadkach nerki wędrującej należy przyszyć ją, aby uniknąć niedrożności moczowodu skutkiem zagięcia, w przypadkach wadliwego ujścia moczowodu niekiedy udaje się przeszczepienie. Po za tem leczenie objawowe, dobre wyniki daje przekłucie. Schattauer (Cent. f. chir. 1887) dokonał wyluszczenia wodonercza u 7 letniego chłopca po wypuszczeniu z guza 11 litrów zawartości. J. Thomson Shirlaw (Brit. m. J. 1901) z powodzeniem u 9 tygodniowego dziecka z wodonerczem wrodzonym dokonał nefrotomii.

#### L. Nerka wędrująca.

PRZYCZYNY. Nerka wędrująca może być wrodzoną, wogóle wady rozwojowe nerek znajdujemy przypadkowo na zwłokach. Zdarza się np. brak jednej nerki, druga wtedy leży na kręgosłupie wnęką zwrócona do kręgow, wypukłością do jamy brzusznej, z wnęki wychodzi mogą dwa moczowody. Nerka pojedyncza jest większa, niż zwykła. Rzadziej spotykamy nerkę nadliczbową. W przypadku Pousson'a i Laroche'a (Soc. de Bordeaux) olbrzymia nerka prawa miała 2 moczowody, 2 tętnice. Zdarza się, że jedna nerka chowa się za drugą. Nadnercza mogą nie uczestniczyć w potwornościach, w przypadku np. Riessmann'a brakło zupełnie nerek, ale były oba nadnercza; dziecko żyło 4 godziny. Haussmann widział dwie nerki ze wspólnym moczowodem. Przed nefrektomią chirurdzy mieć muszą na uwadze te potworności.

Nerki ruchome dotąd uważano u dzieci za objaw rzadki, badając jednak ściśle dzieci pod tym względem

w 20 przypadkach udało mi się stwierdzić je u dzieci, przeważnie u dziewcząt (18 dziewcząt, 2 chłopców). W 2 przypadkach dzieci miały 33 dni i 90 dni, były obarczone dziedzicznie przymiotem, sprawa była prawdopodobnie wrodzona, w 2 przypadkach dziedziczność była bezpośrednią (nerka ruchoma u matki i córki, u ojca i syna). Wogóle u dzieci małych nerka ruchoma zdarza się rzadko, natomiast częściej występuje u dziewcząt w okresie rozkwitu, w wielu razach stwierdziłem noszenie wczesne gorsetu, dziewczynki wogóle były nerwowe, miały blednicę, cierpiały na niestrawność, rozstrzeń żołądka.

Za przyczynę nabytej nerki wędrującej, pomijając usposobienie wrodzone, uważać należy noszenie gorsetu, urazy, niestrawność etc. Albarran (Ann. de m. des org. géniturin 1895) małą tym przyczynom przypisuje wagę, główny natomiast nacisk kładzie na usposobienie i dziedziczność, przypisuje wreszcie ją zwyrodnieniu. Nie podobna nie przyznać mu racji, uraz działa tylko na osobniki usposobione; usposabia do nerki ruchomej przymiot dziedziczny, skaza moczanowa i inne zwyrodnienia.

Rozstrzeń żołądka, przez rozciąganie wątroby spowodować może i zrośnięcie nerki prawej, zwrócić też należy uwagę, że ta ostatnia leży niżej, niż lewa. Dzieci żywione wadliwie z wielkim obwisłym brzuchem często miewają zrośnięcie nerki i wogóle trzewiów brzusznych skutkiem rozluźnienia więzów. W 2 przypadkach znalazłem zwiśnięcie nerki lewej.

OBJAWY. Choroba przebiega zwykle skrycie, rozpoznać ją można przy ścisłym badaniu. Niekiedy jednak występują głucho przejściowe bóle od czasu do czasu, niekiedy tak stałe, że w jednym np. przypadku rozpoznawano zapalenie wyrostka. W innym znów przypadku nerka ruchoma była przyczyną wodonercza, skutkiem czego należało przyszyć nerkę. Wyjątkowo występuje krwiomocz lub zapalenie miedniczki. U dziewcząt roz-

winiętych nerka ruchoma wywołuje napady histeryczne. Zdarzają się również napady rzekomego zapalenia otrzewny: bóle, wymioty i t. p.; brak gorączki, tętno normalne, język czysty pozwalają wykluczyć zapalenie istotne. Przy bezpośrednim badaniu uważnem zawsze z łatwością rozpoznać można nerkę wędrującą. Chory leży na plecach z otwartymi ustami, zgiętymi nogami, badać należy dwuręcznie bok prawy i lewy. Wyczuwamy guz okrągły nerkowaty, wyslizgujący się z pod palców, bezbolesny.

Choroba trwa bez końca, w większości jednak przypadków nie wywołuje żadnych objawów. Rokowanie jest gorsze, gdy wystąpi wodonercze oraz gdy nerce wędrującej towarzyszy niestrawność.

ROZPOZNANIE. Wykluczyć należy zbiorowiska kałowe w okrężnicy, zapalenie wyrostka robaczkowego, gruźlicę gruczołów krezkowych, guzy nerki na zasadzie właściwych tym chorobom objawów.

LECZENIE. Opaski, ale bez peloty, w razie ciągłych bólów lub zaburzeń w wydalaniu moczu — przyszcycie nerki.

### M. Gruźlica nerek i dróg moczowych.

NERKI. Gruźlica nerek występuje pod dwiema postaciami: prosówka rozsiana oraz zserowacenie, prosówka występuje w przebiegu prosówki ogólnej i gruźlicy innych narządów. Na 28 zwłok u 4 dzieci gruźliczych znalazłem gruzelki rozsiane nerek, Barthez 49 : 312. Częściej wszakże gruźlica występuje w wątrobie i śledzionie: na 28 przypadków gruzelki w wątrobie i śledzionie znaleziono w 13 przypadkach. Dotyczy to dzieci od 0 — 2 lat. Oczywiście w tego rodzaju przypadkach gruźlica nie daje żadnych objawów, znajdujemy ją tylko na zwłokach. Zdarzają się nieraz przypadki pierwotnej gruźlicy

nerka. Nerka jest wtedy powiększona, nierówna, wypełniona jamami z zawartością serowatą; miedniczka i kielichy są rozszerzone i wypełnione płynem ropiastym. Zserowacenie przechodzi na moczowód i pęcherz, w ten sposób cały narząd moczowy ulega gruźlicy. W tego rodzaju przypadkach, zwykle po jednej stronie, nerka przeistacza się w jamę, wypełnioną masą serowatą, ściany miedniczki ulegają zgrubieniu, cały zaś narząd zniekształceniu. Niekiedy moczowód ulega zwężeniu lub zrośnięciu. W nerkach i ich okolicy skutkiem zakażeń wtórnych tworzą się ropnie. Częstość na przekroju zamiast nerki znajdujemy torbiele z zawartością serowatą, jamy są zamknięte lub też łączą się z sobą. Tego rodzaju zwyrodnienie serowate spotykamy u dzieci starszych, nigdy zaś u niemowląt (w moich spostrzeżeniach w 7, 8 i 9 $\frac{1}{2}$  roku).

Określić początek choroby bardzo trudno, zdarza się jednak krwiomocz w mniej lub więcej odległych odstępach.

Gruźlica nawet w postaci pierwotnej może przejść niepostrzeżenie, brak bólów, krwiomocz występuje rzadko, mocz jednak zawiera ropę, musi więc być badany uważnie. W jednym przypadku ilość moczu była obfita, szczególnie w nocy, chorego leczono skutkiem nietrzymania moczu, brakło gorączki i bólów. Pewnego dnia chory zmarł nagle, a na zwłokach znalezione zserowacenie nerki prawej, moczowodu i pęcherza, w płucach zmian świeżych nie było. Chorzy umierają niekiedy wśród ogólnych objawów mocznicowych lub z charłactwa.

Niekiedy wyczuwamy, jak w moim przypadku, wyraźny guz w prawym lub lewym boku, guz jest zwykle nierówny, twardy, bolesny, niekiedy chęłbocze. Stwierdzony guz należy zbadać dokładnie, mocz pod względem bakteryologicznym i dokonać szczepień świnkom morskim. Choroba, zależnie od wypadku trwa 6—18 m., stan ogólny dobry lub też wkrótce występuje charłactwo

głównie w tych razach, gdy nastąpi powikłanie ze strony pęcherza.

W gruźlicy tylko jednej nerki możliwy jest zabieg chirurgiczny: nefrektomia lub nefrotomia. Ta ostatnia pozwala na dezynfekcyę ogniska, ale nie jest środkiem radykalnym. Na nieszczęście nigdy nie możemy być pewni, czy gruźlica ogranicza się tylko do jednej nerki. Morgan zaleca w ropaniu nefrotomię i sączkowanie, a dopiero później wyluszczenie nerki, jeżeli zaś sprawa nie jest zbyt posunięta po starannem zbadaniu obu nerek wyluszczenie chorej (Brit. m. J. 1898).

**PĘCHERZ.** Gruźlica często ma przebieg zstępujący, rozpoczyna się od nerek i przez moczowody schodzi do pęcherza, zdarzają się jednak przypadki, w których rozpoczyna się od pęcherza. W obu razach daje ciężkie objawy. Dziecko nieustannie ma chęć moczenia, siedzi wciąż na nocniku i przy silnem parciu oddaje po kilka kropel mętnego lub krwatego moczu, w którym znajdujemy strzępy, skrzepy krwi, ropę. To też gruźlicę pęcherza cechują ropomocz, krwiomocz i bóle. Według Armandon'a może braknąć tych objawów, (Lyon 1897) występuje zaś nietrzymanie moczu.

Gruźlica pęcherza zdarza się o wiele rzadziej u dzieci, niż u dorosłych, może być pierwotną lub wtórną, w tym ostatnim razie jest gruźlicą zstępującą nerek i nieuczalną, gdyż istnieje powyżej stałe źródło zakażenia, natomiast gruźlica pierwotna może być wyleczona. W tym celu dziecko odżywiać należy starannie, podawać tran, przemywać pęcherz, a w razie bólów dokonać cięcia nadłonowego i wyłyżeczować owrzodzenia (Rochet).

## N. Choroba Addisona.

W r. 1855 Th. Addison opisał chorobę cechującą się brązowem zabarwieniem skóry i postępującem charakterem ogólnem skutkiem gruźlicy nadnerczy.



**PRZYCZYNY.** Choroba zdarza się rzadziej u dzieci, niż u dorosłych, ale spotykano ją po odstawieniu oraz u młodzieży w 30 dotąd ogłoszonych przypadkach. Choroba wyjątkowo występuje przed 6 — 7 rokiem, częściej u dzieci 12—14 letnich, częściej nieco u chłopców, niż u dziewcząt. Fleming i Miller (Brit. m. J. 1900) spostrzegali ją u 28-letniej kobiety i 4 jej dzieci. Jak dotąd jednak jest to jedyny opis rodzinnego występowania choroby.

Poza 2—3 przypadkami raka, zaniku lub braku wrodzonego jednego lub obu nadnerczy, rzec można, że zwykłą przyczyną jest gruźlica. Barwa brązowa, według Mühlmann'a pirokatechina zawarta w nadnerczach wywołuje zatrucie przy jednoczesnem porażeniu włókien n. spółczulnego, bez przeszkody krąży we krwi i w zeknięciu z powietrzem daje barwę brunatną oraz wywołuje niemoc, zaburzenia w trawieniu oraz charłactwo, kończące się śmiercią.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Na zwłokach obok gruźlicy innych trzewiów (płuc, gruczołów śródpiersia, krezki etc.) znajdujemy nacieczenie gruźlicze, zserowacenie, rozmięczenie i zniszczenie nadnerczy. W przypadku Baginsky'ego (6 l. dziewczynka) nadnercza były zdrowe, natomiast stwierdzono zapalenie serowate płuc oraz gruźlicę otrzewny. Osobiście spotrzegałem przypadki gruźlicy nadnerczy bez zabarwienia skóry. W skórze znajdujemy nagromadzenie barwnika w sieci Malpighi, barwnik nadto może nagromadzić się we włosach, słuzówce, błonach surowicznych, gruczołach, trzewiach i nadnerczach.

Zmiany we krwi nie są stałe, toż samo da się powiedzieć o zmianach w splocie słonecznym, półksiężycowym, grasicy etc.

**OBJAWY.** Choroba rozpoczyna się niepostrzeżenie w pełni zdrowia lub w przebiegu gruźlicy trzewiów

(płuc, otrzewny). Pierwszym objawem wyraźnym jest zabarwienie odbytnicy części skóry, uważane w początku za zbrukanie lub opaleniznę; skoro jednak zabarwienie rozszerzy się na całe ciało, wątpliwości ustają. Zabbarwienie jest żółto ziemiste aż do czarnego, ciemniejsze w okolicach obfitujących w barwnik (obwódka brodawki sutkowej, narządy płciowe, okolica pępka, pachowa, lonowa). Zabbarwienie występuje niekiedy w postaci plam wielkich, wysp lub smug, nadających skórze podobieństwo do tygryziej, wkrótce jednak plamy te zlewają się z sobą. Włosy w tym czasie czernieją, paznogiec jednak nie zmieniają barwy, na śluzówce jamy ustnej znajdujemy plamy sinawe jak u psów rasowych.

Wkrótce występuje niemoc krańcowa: łaknienie zmniejsza się lub znika, chory chudnie, miewa od czasu do czasu bóle w brzuchu, wymioty, biegunkę, rozwija się coraz większa niedokrewność i charłactwo. Spostrzegano obrzęki stóp, całego ciała, puchlinę brzuszną i białkomocz. Gorączki może braknąć, zwykle jest umiarkowana, oddech przyspieszony (48 na minutę—Henoch). Chorzy umierają wśród śpiączki lub drgawek. Dzieci do końca zachowują przytomność zupełną. Choroba trwa kilka miesięcy do kilku lat, rokowanie jednak daje złe, podawane zaś przypadki wyzdrowienia polegają na omyłce rozpoznawczej.

**ROZPOZNAWANIE.** Zabbarwienie ciemne skóry zdarza się w wielu cierpieniach. Arsenik wywołuje przy użyciu długotrwałem zabbarwienie kończyn i paznogiec, charłactwo zimnicze daje również ciemne zabbarwienie skóry; natomiast z łatwością odróżnić można żółtaczkę z powodu zabbarwienia białkówki i obecności barwników żółciowych w moczu, zatrucie ołowiem lub srebrem rozpoznać również łatwo, toż samo rzecz można o opaleniznie i zabbarwieniu od pcheł. W każdym razie żadne z cierpień powyższych nie wywołuje postępującej niemocy.

**LECZENIE.** Pobyt na świeżem powietrzu w dobrych

warunkach higienicznych, środki wzmacniające, tran. Probać należy organoterapii, dzieci znoszą dobrze spożywanie nadnerezy baranich. Beclère otrzymał dobre wyniki przy stowaniu wstrzykiwań podskórnych wyciągu glicerynowego z nadnerezy. Wyzdrowienie możliwe, o ile sprawa ogranicza się do nadnerezy, rzadko to jednak się zdarza.

## O. Torbiele nerki.

PRZYCZYNY. Torbiele nerki rozwinać się mogą już u płodu, powodując nawet porody ciężkie (Joulin 1863, Guéniot Acad. de méd. 1890), tworzą się one z kanałków oraz kłębków, u dzieci zaś prócz torbieli wrodzonych rozwijać się mogą w nerkach bąblowce oraz wodonercze.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Guz bywa jednostronny lub obustronny. Nerka torbielowata wrodzona składa się z licznych torbieli z zawartością przezroczystą, narząd może być normalnej wielkości lub znacznie powiększony, istota nerki zwykle zanikła, słusznie też porównywiają nerkę torbielowatą do grona winnego. W przypadku Brockmann'a u zmarłego skutkiem bezmoczności 9-dniowego noworodka znaleziono nerkę torbielowatą wielkości orzecha bez śladu tkanki nerkowej (Sem. méd. 1886). O ile torbiele wrodzone nie są zbyt wielkie, nie powodują śmierci. Pęcherze bąblowca zwykle występują w jednej nerce, niekiedy dosięgają znacznej wielkości i mogą uleść zropieniu; równocześnie bąblowiec rozwijać się może w innych narządach. O wodonerczu mówiliśmy wyżej.

OBJAWY zależą od istoty guza, torbiele wielkie tworzą guz chęłboczący w boku, wystający ku przodowi lub tyłowi, bezbolesny zazwyczaj, bez zmian w moczu.

Rokowanie jest lepsze, oczywiście, niż w guzach złośliwych.

ROZPOZNANIE guzów nerki jest trudne. Przedewszystkiem trzeba umiejscowić guz, co nie zawsze jest łatwe, wykluczyć bowiem trzeba z prawej strony guzy wątroby, z lewej śledziony, nie mówiąc już o sieci. Po wykryciu chęłbotania przekłucie próbne dostarczy nam może bardzo cennych wskazówek (haczyki bąblowca). Guz bolesny, twardy, nierówny z jednoczesnym krwimoczem budzi podejrzenie raka lub mięsaka.

LECZENIE: przekłucie z zastrzyknięciem roztworu jodu lub 1:2000 sublimatu albo 5% chlorku cynku. Pęcherze bąblowca wyluszczyć trzeba wraz z nerką.

#### P. Mięsak nerki.

Przypuszczano dawniej, że u dzieci guzy nerki należą do wyjątków, przekonano się jednak, że nerka jest najczęstszym umiejscowieniem nowotworów u dzieci, słusznie wobec tego Filatow zaznacza, iż tam gdzie rozpoznajemy guz złośliwy narządów brzusznych u dzieci, szukać go należy w nerkach.

PRZYCZYNA. Guzy nerki zdarzają się częściej u dzieci młodszych, niż starszych. Według L. Concetti najczęściej między 0 — 1 r. ż. Jacobi i Kocher spotykali mięsaki nawet u płodów, a Semb mięsaka drobnokomórkowego, wagi 250 gm. u noworodka. Wynika z tego, że mięsak nerki może być wrodzony, w tego rodzaju przypadkach Brosin znajdował w mięsaku włókna mięsne. Max opisał mięsaka nerek u 1½ miesięcznej dziewczynki, Monti u 2-miesięcznej, a Ollivier u 3 m. chłopca. Dziedziczność nie została stwierdzoną, w większości przypadków guzy znajdowano u chłopców (2:1), guzy są pochodzenia płodowego (skutkiem wadliwego wkroczenia do istoty nerek ognisk) lub pasorzytniczego. W przy-

padku Concetti'ego (Rif. med. 1898) znaleziono włókna prążkowane mięsne (rabdomyosarcoma). Co się zaś tyczy pasorzytów-blastomyces prócz Sanfelice'a nikt ich nie widział.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. W większości przypadków znajdujemy mięsaki lub śluzomięsaki, najczęściej zaś następujące odmiany: 1) drobnokomórkowe z niewielką ilością tkanki międzykomórkowej, 2) wrzecionowato-komórkowe, 3) śluzomięsaki i 4) mięsomięśniaki z włóknami prążkowanymi lub gładkimi, wreszcie kostniako-chrzęstniako-śluzomięsaki. Odmiana pierwsza dzięki szybkiemu rozmnażaniu się komórek rośnie bardzo szybko. Nabłoniaki zdarzają się bardzo rzadko. Guzy nerki mogą dosięgać znacznych rozmiarów: 970—1030 gm. w 2 przyp. Concetti'ego. 6750 i 8500 gm. w przyp. Guddings'a i Israel'a, 9000 gm. w przyp. Spencer Wells'a (dziecko 4-letnie), 15000 gm. w przyp. Van der Byl'a. Mięsak nerki jest pierwotny i daje rzadko przerzuty, zwykle występuje w jednej nerce, częściej prawej, może zniszczyć zupełnie mązsz narządu, resztki istoty korowej pozostają wtedy w kilku miejscach. Ogniska mięsaka spotykamy w kielichach, moczowodach etc.

W początku guz otacza tkanka łączna twarda, której pasma dzielą go na zrazy, wkrótce jednak guz przekracza te granice, tworzą się zrosty z wątrobą, śledzioną, gruczołami pozaozrownowymi, żyłą, płucami etc. W tym okresie zabieg chirurgiczny jest bezcelowy. Skupienie guza miejscami twarde, miejscami miękie tam, gdzie nastąpiło zwyrodnienie klejowate, torbielowate, w tym ostatnim razie guz daje uczucie chęłbotania. Niekiedy torbiele krwawe dosięgają znacznych wymiarów i mają zawartość olbrzymią. W guzach nadto znajdujemy świeże lub dawne wybroczyny.

OBJAWY i ROZPOZNANIE. Objawem głównym jest obecność guza w brzuchu, który w okolicy lędźwiowej może wyrastać ku przodowi. Guz jest jajowaty, sięga od łuku

aż do grzebienia biodrowego, przed guzem można wypukać poprzecznice. Oznaką drugą jest szybki wzrost guza. Podczas ruchów oddechowych guz jest nieruchomy, o ile niema zrostów. Przy chelbotaniu należy dokonać przekłucia próbnego: skoro otrzymany płyn krwawy, przemawia to za mięsakiem nerki (Le Dentu). Krwiomocz zdarza się dość rzadko. Stan ogólny w początku dobry, później szybko rozwija się charłactwo. Kühn w 1 przypadku stwierdził przerost komory lewej, jak w zapaleniu śródmiąższowem nerek. Skutkiem ucisku żyły głównej rozwija się obrzęk kończyn dolnych i puchlina brzucha. Szybki wzrost guza, widoczny u dzieci małych, świadczy, że mamy do czynienia z mięsakiem drobno-komórkowym. Według Taylor'a (62 przypadki) choroba trwa średnio 7 m. Przerzuty najczęściej znajdujemy w wątrobie i płucach (70%).

**ROKOWANIE** w przypadkach pozostawionych własnemu losowi bezwzględnie złe, zabieg chirurgiczny daje niekiedy nadzieję wyzdrowienia, o ile podjęty będzie wcześniej, gdy guz jest jeszcze ograniczony i nie nastąpią przerzuty.

**LECZENIE.** Jedynym zabiegiem jest wyluszczenie nerki. W 1876 Hüter po raz pierwszy dokonał tej operacyi, dziecko zmarło z krwotoku w czasie zabiegu. Od tego czasu dokonano już 150 operacyi u dzieci. Wiele operowanych zmarło skutkiem zabiegu lub następstw (wstrząs, krwotok, zatrucie chloroformem, ostra posocznica), z tych, które zabieg wytrzymały, wiele zmarło po kilku tygodniach, niektóre dzieci żyły 1 – 2 lat, a nadto znane są przypadki, acz w ilości szczupłej, w której dziecko żyło 3 lata i dłużej, fakty te upoważniają do podjęcia zabiegu.

G. Walker (Ann. of. Surg. 1897) na 145 przypadków w 4 stwierdził wyzdrowienie po 3 latach od operacyi (2 operowanych przez Abbe, 1 przez Izraela i 1 przez Schmidt'a), do tego dodać należy pomyślny przy-

padek Concetti'ego. Śmiertelność po operacji Walker oznacza na 38,25%, dzieci po operacji żyją średnio 8 miesięcy. Według Concetti'ego śmiertelność skutkiem operacji wynosi 40%, skutkiem nawrotów 45%, wyzdrowienie po 2 latach 7%, wynik nieznanym 8%. Można powiedzieć, że wynik nie jest świetny, według Albarran'a jednak jest lepszy po 1890 roku, niż przedtem.

### Q. Moczówka.

Moczówka zwykła cechuje się wzmożeniem oddawaniem bladego moczu o niskim ciężarze właściwym.

PRZYCZYNY. Moczówka jest zwykle objawem pochodzenia nerwowego, Bouchut uważa ją za następstwo wzmożonego pragnienia, które jest nerwicą smaku, ten sam pogląd wypowiada Mussy, przeciwnie Lancereaux przyczyn szukał w zaburzeniach w wydzielaniu moczu. Moczówka zwykła zdarza się rzadko u niemowląt, częściej u dzieci starszych, trwać może i w latach późniejszych. Płeć nie odgrywa roli żadnej, na 29 przypadków Guinon naliczył 15 chłopców i 14 dziewcząt. Do przyczyn przypadkowych należą urazy głównie czaszki, silne wzruszenia, przestrasz; oziębienie spoconego ciała. Przyczyną usposabiającą jest obarczenie dziedziczne nerwowe. Moczówka może wystąpić po chorobie ostrej i zimnicy.

OBJAWY. Choroba rozpoczyna się ostro tam, gdzie jest następstwem urazu lub przestraszu. 10-letni chłopiec, którego widziałem na oddziale d'Heilly'ego zaczął oddawać mocz w ilości zwiększonej (9 litrów) po upadku na głowę. Dzieci oddają mocz często, skarżą się na pragnienie palące, suchość w ustach, pękanie warg. Głównym objawem nawet u noworodków jest pragnienie: dziecko pije wszystko, co znajdzie pod ręką, i budzi się z pragnienia.

Ilość moczu u 7—8 letnich dzieci dochodzi do 8 — 10 l. na dobę, t. j. do  $\frac{1}{4}$  ich wagi, ilość moczu w ciągu dnia wydzielanego jest większa, niż nocą i może być większa, niż ilość przyjętego płynu. C. wł. moczu nizki 1005—1001, barwa blada, odczyn obojętny lub lekko kwaśny. Ilość mocznika normalna. W moczówce połączonej z azoturją lub fosfaturją rokowanie jest gorsze. Białka i cukru mocz nie zawiera.

Łaknienie zachowane, wahania ilości mocznika zależą od ilości pożywienia. Znajdujemy niekiedy rozstrzeń żołądka skutkiem wzmożonego pragnienia oraz niekiedy rozstrzeń pęcherza moczowego. Możemy mieć nietrzymanie nocne moczu, stolce zaparte, ciepłotę nieco obniżoną. Niektóre leki jak np. wyskok skutkiem szybszego wydzielania dzieci znoszą lepiej. Skóra sucha. Stan ogólny dzieci dobry.

Choroba ma przebieg przewlekły i trwa bez końca, choroby ostre łagodzą moczówkę. Moczówka urazowa może być wyleczona, dziedziczna jest nieuleczalna. Choroba sama przez się nie kończy się zejściem śmiertelnem, to ostatnie następuje skutkiem powikłań, aczkolwiek moczówka bynajmniej nie zmniejsza odporności.

**ROZPOZNANIE** opiera się na badaniu ilości moczu. Zwrócić należy uwagę, że moczówka może być objawem guzów mózgu, gruźlicy mózgu, wtedy mamy jeszcze objawy im właściwe.

**LECZENIE.** Dziecko ciepło ubierać. Kąpiele ciepłe, rozcierania suche, środki wzmacniające (żelazo, tran), goryczki (quassia, gentiana) dają dobre wyniki. Unikać należy zmęczenia, wzruszeń. Próbować należy makowca (0,05 w małych dawkach dla dzieci 10 letnich), waleryany, strychniny, belladony, bromków, antipiryny, prądu stałego. Z uwagi na szybkie wydalanie dawki można powiększyć.



## R. Nietrzymanie nocne moczu.

Nietrzymaniem nocnem moczu nazywamy mimowolne oddawanie moczu w czasie snu. Objaw ten fizyologiczny w zaraniu życia — u dzieci starszych jest chorobą.

**PRZYCZYNY.** Nietrzymanie moczu nie jest wywołane przez przyczyny anatomiczne, ale jest nerwicą, właściwą dzieciom starszym, pozostającą w związku z innymi nerwicami, co stwierdził Guinon (1889). Jest to piętno nerwowe łagodne, ale niewątpliwie zależne od chorób nerwowych (pobudliwość nadmierna, histerya, padaczka, zez, drgawki, strach nocny, samogwałt, idyotyzm) i obciążenia dziedzicznego. Często spotykamy dziedziczność bezpośrednią, częściej zwykłą (pijaństwo, histerya, obłąd) u rodziców lub w liniach bocznych. Trousseau uważa nietrzymanie nocne moczu za skrytą padaczkę.

Spostrzegalem u małego chorego z padaczką jednoczesne nietrzymanie moczu i kału. Często znajdowałem u tego rodzaju osobników znieczulenie gardzieli, jamy ustnej, dziąseł (10 letnia dziewczynka), wyrwanie zęba nie wywoływało bólu. Dane powyższe dowodzą, że nietrzymanie moczu jest oznaką zwyrodnienia. Thiemich (Berl. kl. W. 1901) uważa również nietrzymanie moczu za nerwicę, wyraz histeryi, stąd też radzi leczyć je podawaniem. Choroba częściej występuje u chłopców (Rilliet i Barthez), po 12—13 roku spotykamy ją rzadko. Stulejką, glistnicą robaczkową, nadużycie napojów uważać należy za przyczyny przypadkowe. Trousseau przypisuje nietrzymanie wzmożonemu napięciu warstwy mięsnej, biorącemu przewagę nad uspionym zwieraczem. Guinon zaś przypuszcza niedomogę zwieracza, teoria (J. L. Petit), przypisująca nietrzymanie lenistwu, głębokości snu, marzeniom, niema wartości żadnej.

**OBJAWY.** Dzieci są zdrowe i nigdyby nie widziały lekarza, gdyby nie to, że 1 — 2 razy nocą oddają moczu pod siebie, niekiedy powtarza się to rzadziej, w odstępach

kilkudniowych, po spożyciu większej ilości pokarmów lub napoi. Nietrzymanie występuje zwykle wśród pierwszego snu, rzadziej nad ranem, dziecko zachować może półświadomość, śni, iż oddaje mocz do nocnika, ale budzi się dopiero, gdy poczuje mokro. Nietrzymanie moczu występuje nie tylko podczas snu w nocy, ale i w dzień nawet na jawie.

Choroba trwa tygodniami i latami z przerwami i kończy się w okresie dojrzewania, a niekiedy trwa i u dorosłych, cięża dopiero przerywa ten nałóg. Pod wpływem chorób zakaźnych choroba ustaje na czas jakiś lub ostatecznie (rzadko).

Rokowanie nie jest złe, choroba po pewnym czasie ustaje, ale nałóg ten usposabia do podrażnień skóry i przeziębień; rozwija się niekiedy pryszczycyca i rumień, zresztą jest niekiedy zwiastunem innych nerwie (płasa-wica, histerya, padaczka, zmyły nocne, samogwałt etc.).

**ROZPOZNANIE.** Za pierwszym razem wahać się można między wypadkiem, skrytą padaczką i nietrzymaniem zwykłym. Skoro zdarzy się to u dziecka osłabionego przebytą chorobą ciężką w czasie zdrowienia można przypuszczać szybkie wyzdrowienie. Białkomocz przemawia za zapaleniem nerek, obecność kamienia w pęcherzu może być również przyczyną; obecność stulejki wymaga pomocy chirurgicznej, wreszcie zwrócić należy uwagę na choroby rdzenia. Dopiero po wykluczeniu tych przyczyn uważać można nietrzymanie za nerwicę.

**LECZENIE.** Nietrzymanie moczu jest chorobą bardzo uporczywą. Przedewszystkiem zalecić należy umiarkowane użycie płynów, wzbronienie używania wysokoku, kawy, pokarmów podniecających, wieczorem wstrzymać zupełnie podawanie płynów, a nocą budzić dziecko dla oddania moczu. Zwolennicy teorii podrażnienia pęcherza zalecali środki przeciwkurczowe: bromek potasu 2—4 grm. p. die, wyciąg belladonowy po 0,005 grm. w pigułce na noc, Vogel radzi dawać go aż do wywołania

rozszerzenia źrenic, a Trousseau aż do 0,1 — 0,2 grm. Środek ten podawać należy całymi miesiącami i przestawać stopniowo, zmniejszając dawkę. Osobiście zalecam z pewnym skutkiem tram belladonae i siarczan atropiny we wciąż zwiększających się dawkach. Dobrze działa niekiedy antipiryna po 2—3 grm. w ciągu godziny w 3—4 dawkach.

Ci, którzy przyczynę widzą w osłabieniu zwieracza, radzą strychninę w syropie (0,005 grm.), pulv. nuc. vom. (po 0,05 — 0,1 grm.). Vogel dzieciom po 3 latach daje strichninum nitriacum po 0,001 grm., stopniowo zwiększając dawkę do 0,007—0,0075 grm., mając pod ręką kawę jako przeciwtrutkę. Według niego przy niebezpiecznej tej metodzie otrzymujemy szybki wynik dodatni (8—15 dni). Próbowano też podawać sporysz i ergotyne. Kraus (Buf. med. J. 1891) zaleca extr. rhuis aromaticae po 5—10 kropel, później 15—20 kropel 4 razy dziennie.

Równocześnie zalecamy podać wzmacniające: żelazo, tran, arsenik, natryski zimne, prześcieradła, kąpiele morskie.

Van Thienhofen doskonale wyniki opisuje po ułożeniu dzieci z podniesioną miednicą (Kongres w Berlinie 1890). Liébeault zaleca poddawanie (Nancy 1886). Guyon wreszcie i jego uczniowie (Guiard, Ann. de mal. gen. 1893) uzyskali wyborne wyniki po elektryzacji bezpośredniej zwieracza. Wprowadzają oni oliwkę metalową aż do szyi pęcherza, łączą ją z biegunem ujemnym maszyny faradycznej, a dodatni stawiają na łonie. Seanse co 2 dzień po 5 minut, prąd słaby.

**SKURCZ PĘCHERZA.** Bókay oraz d'Espine i Picot pod nazwą powyższą opisują skurcz zwieracza, wywołujący utrudnione i bolesne moczenie. Zdarza się on przejściowo u noworodków ze złogami moczanowymi oraz u niemowląt w czasie gorączki lub biegunek. Jednym słowem wszelkie przyczyny, powodujące rzadkie wydzielanie stężonego moczu mogą wywołać skurcz pęcherza. U dzie-

ci starszych zdarza się on po przeczyszczeniu i przeziębieniu. Wtórnie zdarza się w chorobach rdzenia, odbytu, sromu, kątnicy, m. przylędźwiowego etc. Objawia się raptownem zawieszeniem moczenia, wywołującym bóle, płacz i krzyk u dzieci. Choroba trwa krótko, ograniczając się do kilku napadów. Wyzdrowienie zwykle samoistne. Ciepłe okłady i kąpiele, czopki i ławatywy z mawkowca przyspieszają wyzdrowienie.

### S. Zapalenie sromu, zapalenie sromu i pochwy. Upławy białe.

PRZYCZYNY. Wyciek z pochwy u dziewcząt zdarza się bardzo często, szczególnie u warstw biedniejszych. Zapalenie ograniczać się może do sromu lub sromu i pochwy, rzadziej występuje w cewce. Choroba zdarza się przeważnie u dziewcząt starszych, wyjątkowo u niemowląt. Na 151 ogłoszonych przezemnie przypadków (Soc. m. d. hôp. 1891) 21 zdarzyło się od 0—2 lat, 130 powyżej tego wieku.

Choroba nie zdarza się u dziewcząt śpiących oddzielnie, źródłem jej bowiem jest zarażenie od matek i siostr śpiących razem. Wynikiem choroby może być zapalenie łącznicy nawet u 3 miesięcznych dzieci. Zarazek udziela się nie tylko przy wspólnem spaniu w jednym łóżku, ale też skutkiem użycia gąbek wspólnych oraz innych przyborów toaletowych (Ollivier, Acad. de Méd. 1888), a w szpitalach przy użyciu wspólnych termometrów (Weill), widziano ją po kąpielach w jednej wannie (Suchard. R. m. d. l'enf. 1888), wyjątkowo skutkiem zakażenia przy zgwałceniu (Olivier, Méd. mod. 1891).

Badania bakteryologiczne dokonane przez wielu autorów wykryły w wycieku gonokoki Neisser'a (Widmark, Cséeri, Israël, Spaët i Epstein), Veillon i Hallé w 25 przypadkach na 28 w ropie znaleźli gonokoki (Arch. de méd. exp. 1896). Eraut, Vibert i Bordas, Diday nie podzielają tego poglądu. Dwaj ostatni zaznaczają, że biegly wobec

tego nie ma prawa przypuszczać gwałtu na zasadzie wykrycia gonokoków (Arch. de méd. 1890). Wynioskowość by z tego należało, że zapalenie sromu może być gonokokowe i niegonokokowe. W pierwszym przypadku przypuszczać zawsze należy zarażenie bez względu na to, że dziecko nie było pozbawione dziewictwa, w drugim, gdy przyczyną jest glistnica, samogwałt u dziewcząt białych, żółtawych wykluczyć można pochodzenie gonokokowe. W tych razach w śluzoropie znajdujemy zwykle ustroje ropotwórcze: paciorkowce, gronkowce, niekiedy l. okrężnicy.

Prócz powyższych zapaleń w sromie i pochwie dziewcząt, rozwinać się może w przebiegu odry zapalenie pryszczkowe Parrota (Rev. de méd. 1881), poprzedzające niekiedy zgorzel sromu lub też zapalenie ospowe w przebiegu ospy wietrznej w postaci pęcherzyków na wielkich i małych wargach, zapalenie liszajcowe, liszaj i wreszcie pryszczka. Wszystkie te jednak odmiany co do częstości i znaczenia ustępują przed zapaleniem gonokokowem.

OBJAWY. Rozróżniamy 2 postaci: lekką, przejściową oraz uporczywą i długotrwałą, pierwsza postać zapalenia ograniczyć się może do sromu. Znajdujemy wyciek żółtozielony mniej lub więcej obfity, wałający bieliznę i zlepiający wargi, wyciek jest umiarkowany ledwo widoczny lub obfity, kleisty ze swędzeniem oraz zaczerwienieniem wewnętrznej strony ud. Po rozsunięciu warg wielkich widzimy zaczerwienienie warg małych, łechtaczki oraz przedsionek pokryty śluzoropą. Tego rodzaju ostre zapalenie sromu może zakończyć się w ciągu 6 tygodni wyzdrowieniem; wcześniej nawet w bardzo łagodnych przypadkach wyzdrowienie nie następuje. Skoro sprawa przechodzi na pochwę, zaciąga się na dłużej i przechodzi w przewlekłą. W postaci tej ilość wycieku jest tak wielka, że zasycha on na wargach, tworząc skorupki dość

grube. Po rozsunięciu warg sromnych widzimy, iż ropa wycieka z pochwy.

Rzadziej sprawa przechodzi na cewkę, dziecko uskarża się wtedy na ból przy moczeniu, a z ujścia cewki wycisnąć można kropelkę ropy. Za pomocą małego wziernika Koplík stwierdzić mógł wyciekanie ropy z ujścia szyjki macicznej. Choroba ulega obostrzeniom i zwolnieniom, trwa jednak długo, osobście spostrzegalem przypadek, trwający 2 lata.

Powikłania zdarzają się rzadko, zdarza się jednak zapalenie łącznicy skutkiem przeniesienia ropy, Senger i Welander spostrzegali zapalenie otrzewny, w tym ostatnim razie zakończone śmiercią, moje 6 przypadków zapalenia gonokokowego otrzewny zakończyły się wyzdrowieniem (Arch. de méd. des enf. 1901), tego rodzaju przypadki podaje również Marfan (R. d. m. de l'enf. 1897) Zdarza się rzadko zapalenie stawów (Koplík, Olivier, Chaunier, Béclère, Moncorvo i Haushalter). U 2 letniej dziewczynki w przebiegu zapalenia sromu i pochwy po odrze widziałem krwawienie, pochodzące, prawdopodobnie, z pochwy, w rzeczywistości było to jednak krwawienie z cewki, w której rozwinęło się zapalenie z następczem wypadnięciem. Tego rodzaju przypadki opisał Broca (Gaz. hebdom. 1896) i Hénoc. Po za tem spostrzegano zapalenie gruczołów Bartholina (Rocaz), zapalenie pęcherza skutkiem l. okrężnicy (Haushalter u 8 letniej dziewczynki), zapalenie macicy, jajowodów (Cheadler u 21 mies. dz.), a Baginsky raz w ropie z jajników znalazł gonokoki.

Oczywiście powikłania powyższe należą do wyjątków i nie pogarszają dobrego rokowania w zapaleniu sromu i pochwy u dziewcząt.

Dodać należy, że w przypadkach przewlekłych upławów u dzieci zółzowych stan ogólny jest oczywiście zły.

Rozpoznanie choroby jest łatwe, w każdym jednak

przypadku należy uważnie zbadać o ile sprawa rozszerzyła się na cewkę i pochwę, co się tyczy pochodzenia rozpoznajemy je na zasadzie wykrycia gonokoków i wywiadów.

**LECZENIE.** Zapobieganie polega na unikaniu spania wspólnego oraz używania przez dziewczynki przedmiotów toaletowych, używanych przez kobiety z upławami, toż samo dotyczy kąpeli oraz zetknięcia z osobami cierpiącymi na zapalenie łącznicy.

Leczenie właściwe jest miejscowe, po starannem obmyciu sromu wodą ciepłą lub z dodatkiem odwaru liści orzecha pudrujemy go starannie salolem lub kwasem bornym. Przy jednoczesnem zapaleniu pochwy przez otwór w błonie dziewiczej wprowadzamy ołówki z 0,1 salolu lub kreoliny z kakao. Zamiast ołówek tych zalecam zastrzykiwanie do pochwy 1% roztworu nadmanganianu potasu lub wodę utlenioną ( $\frac{1}{2}$  litra). Dziewczętom niedokrewnym i limfatycznym jednocześnie zalecamy tran, żelazo, kąpiele słone lub siarczane oraz pobyt nad morzem lub na wsi.

## T. Zapalenie pęcherza.

**PRZYCZYNY.** Do rzędu przyczyn zapalenia pęcherza u dzieci zaliczyć należy przedewszystkiem gruźlicę zstępującą dróg moczowych (Armandon, Lyon 1897), zapalenie rzeżączkowe cewki np. w przebiegu zapalenia sromu u dziewcząt. Kamienie pęcherzowe często wywołują zapalenie. Toż samo zdarzyć się może po wezykatoryach, jak w moim przypadku u 7 letniego chłopca. W sposób podobny działa uricemia i zbyt obfite karmienie dzieci mięsem, wywołujące wydzielanie stężonego i kwaśnego moczu, który drażni pęcherz i wywołuje skurcze; po leczeniu diety odpowiedniej podrażnienie ustępuje (Bokay). Niemowlęta z uwiązdem miewają mocz stężony, który

i w tym wypadku wywołać może zapalenie pęcherza, u dzieci starszych wreszcie też same następstwa wywołuje przeziębienie (Espine i Picot).

Escherich (1894), Haushalter, Hutinel opisali zapalenie pęcherza skutkiem l. okrężnicy, który dostać się tam może przez cewkę lub przez ścianę z prostnicy. Trumpp zebrał 26 tego rodzaju przypadków u dzieci od 5 tygodni do 9 lat (21 dziewcząt i 8 chłopców), 12 z nich miało mniej niż rok, 6 mniej niż 2 lata, z czego wynikałoby, że choroba częściej zdarza się u niemowląt. Według Trumpp'a sprawa powstać może w sposób dwojaki: 1) u dziewcząt w czasie biegunki, skutkiem zwałania kałem sromu łasecznik dostać się może do cewki, a stąd do pęcherza; 2) u chłopców zaś rozwija się zapalenie odbytnicy i skutkiem tego przejście l. przez ścianę kiszki i pęcherza; l. okrężnicy nie dostaje się do pęcherza za pośrednictwem krwi. Hutinel zwracał uwagę na jednoczesne występowanie niezytu odbytnicy, sromu i zapalenia pęcherza u dziewcząt.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Finkelstein znalazł przekrwienie, zgrubienie i owrzodzenie śluzówki pęcherza z zawartością mętną, z domieszką niewielkiej ilości białka i strzępów; pod drobnowidzem złuszczone nabłonek, liczne b. c. krwi, l. okrężnicy. W gruźlicy pęcherz jest zgrubiały, w ścianach jego znajdujemy masy serowate, owrzodzenia, ziarninę, obok zmian w nerkach, moczowodach i płucach.

OBJAWY. Zapalenie pęcherza wywołuje parcie częste na mocz, skurcze bolesne oraz wydalanie w skąpej ilości moczu mętnego, często cuchnącego i krwawego. Niekiedy występuje czysty skurcz szyjki pęcherza z bólem przy końcu moczenia oraz bolesnym wydalaniem kropelki krwi. Obok moczenia bolesnego wystąpić może gorączka, język obłożony, pragnienie, wymioty, stan durowy. W tych razach wszystkie te objawy wskazują na ciężkie zakażenie ogólne, a na zwłokach znajdujemy ciężkie zapalenie miedniczek i nerek oraz ropnie w nerkach.



Prócz tych dwóch postaci opisują jeszcze postać skrytą, wtedy chorobę stwierdzamy dopiero na zwłokach dzieci z uwiązaniem, charłactwem po długotrwałych chorobach ciężkich. W moczu dzieci takich bez żadnych objawów występuje ropa i l. okrężnicy. Wyzdrowienie w tych razach możliwe. Rokowanie w zapaleniu gruczołem pęcherza jest ciężkie, głównie jednak zależy od rozszerzenia się gruczoły na inne narządy.

**ROZPOZNANIE.** Częste moczenie, parcie na mocz, bóle, mała ilość moczu, ropomocz, krwiomocz są objawami tak charakterystycznymi, że rozpoznanie nie następuje trudności, pamiętać jednak należy, że u niemowląt w pierwszych miesiącach choroba przebiegać może skrycie, na najdrobniejsze więc zaburzenia w moczeniu zwracać należy uwagę.

Po rozpoznaniu zapalenia pęcherza należy rozpoznać przyczynę, współczesne upławy wskazywać mogą na zapalenie rzeżączkowe; w moczu (osad) szukać należy l. Kocha i l. okrężnicy. Niektóre zapalenia gruczołowe według Armandon'a wywołują tylko nietrzymanie moczu skutkiem częstego moczenia. W przypadkach wątpliwych, gdy w moczu nie znajdujemy l. Kocha należy szczepić go królikom. Skoro wystąpią bóle w podbrzuszu, rozszerzające się na szyjkę pęcherza i prącie, wzmagające się ku końcowi moczenia, z przerywaniem moczenia, skoro chodzenie i jeżdżenie wzmagają bóle i wywołują krwiomocz—przyjąć należy kamice pęcherzową. Nadużycie mięsa, wina i środków podniecających wskazuje na zapalenie moczanowe.

**LECZENIE.** Spokój zupełny, kąpiele długotrwałe, kaptalazmy, dyeta mleczna. W ropomoczu przemywanie pęcherza wodą przegotowaną, lub z dodatkiem kw. borsynowego lisolu 1:400 (50—140 gram naraz), Hutinel zaleca użycie przez czas dłuższy 1:5000 roztworu nadmanganianu potasu dla uniknięcia nawrotów. W zapaleniu

gruźliczem Rochet dokonywał cięcia nadłonowego i wyłyżeczkowania ognisk gruźliczych.

## U. Kamica pęcherzowa.

Kamica pęcherzowa u dzieci zdarza się bardzo rzadko we Francyi (i u nas), często natomiast na Węgrzech, gdzie Bókay zebrał bardzo wielką ilość przypadków. Źródłem kamieni są nerki. Kamienie tworzą się w kielichach lub miedniczkach w zaraniu jeszcze życia, jedne z nich zostają wydalone z moczem, inne, zalegając w pęcherzu, rosną na skutek nawarstwienia fosforanów amono-magnowych, jądrem zaś wtedy będzie czysty kwas moczowy.

Kamienie pęcherzowe częściej zdarzają się u chłopców niż u dziewcząt, cewka bowiem tych ostatnich jest krótsza i rozciągliwsza. Najczęściej spostrzegamy je między 2—7 rokiem. Dziedziczność nie została ustalona, ważniejszą rolę raczej odgrywa wadliwe żywienie. Mimo to u rodzin ze skażeniem moczanowem kamica pęcherzowa zdarza się często. W. Hunt np. w rodzinie pewnego rybaka stwierdził kamice u 3 dzieci i dziada, słusznie też zaznacza Bókay, że dziedziczność można wytłumaczyć warunkami jednakowymi, w jakich żyje dana rodzina.

Zwykle występuje obraz typowy nie pozostawiający wątpliwości: dziecko oddaje mocz z bólem szczególnie w końcu, strumień moczu jest przerywany, parcie na mocz częste, chodzenie, jazda, wstrząśnienia zwiększają bóle, a parcie częste wywołuje wypadnięcie odbytnicy lub przepukliny, dziecko pociąga wciąż prącie, które skutkiem tego wydłuża się niepomierne. Zatrzymania moczu nie bywa o ile kamień nie zatka cewki, częściej zato występuje nietrzymanie. Mocz często mętny, zmieszany z krwią i strzępami. W tych razach skutkiem zakażenia ogólnego życia grozi niebezpieczeństwo.

Dla rozpoznania wprowadzamy zgłębnik metalowy po uśpieniu, w pęcherzu wypełnionym prawie zawsze natrafiamy na kamień. Dobre wyniki daje radiografia (F. Brun. *Présse méd.* 1898) i pozwala nam określić wielkość kamienia. Rzadko zdarza się więcej, niż 1 kamień (6%—Bókay).

Kamień w cewce wywołuje zupełne zatrzymanie moczu skutkiem uwięźnięcia w dołku łódkowatym, ujściu, po za otworem. Obmacywanie prącia daje nam cenne wskazówki.

Leczenie czysto chirurgiczne, kamienie miękie i małe kruszymy, twarde wydobywamy po cięciu pęcherza kroczeniem lub podłonowem, Bókay zaleca cięcie boczne. U dziewcząt kamienie średniej wielkości wprost usuwamy przez cewkę, wielkie przez cięcie nadłonowe.

## V. Guzy pęcherza.

PRZYCZYNY. Guzy pęcherza u dzieci zdarzają się bardzo rzadko, mimo że L. Concetti (*Arch. de mal des enf.* 1900) zebrał 42 spostrzeżenia. Na 252 spostrzeżenia Albarran'a (Paryż 1862) w 6 dzieci miały 0—10 lat, 3 od 10—20. Wiele przypadków pozostaje nierozpoznanych; niekiedy guz jest wrodzony, a w każdym razie rozwinąć się może u bardzo małych dzieci (Concetti u 9 m. dziewczynki). Według Concetti'ego 19 dzieci miało od 0—3 lat, 10 od 3—5 lat, 6 od 5—10 lat, 7 powyżej. Wobec tego należy przyjąć, że guzy pęcherza stosunkowo dość często zdarzają się u dzieci i prawdopodobnie są wtedy wrodzone, są to mięsaki, raków nie spotykano. Na 198 raków żadnego nie znalazł Albarran u osób poniżej 20 lat. Ani dziedziczność, ani płęć nie odgrywają żadnej roli.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Jak zaznaczyliśmy głównie zdarzają się mięsaki, na 24 przypadki w 13 były mięsa-

ki, w 2 chłoniako-mięsaki, w 7 mięsaki włókniste, w 8 śluzaki, w 2 śluzako-mięsaki, w 6 włókniało-mięśniaki, w 3 guzy nieokreślone, w 1 torbiel skórzasta. U dorosłych przeciwnie przeważają raki. Najczęściej spotykamy mięśniaki drobnokomórkowe (20 przypadków), następnie mięsaki z komórkami wrzecionowatymi, włókniało-mięsaki itp. Guz rozwija się ze śluzówki i podśluzówki, nigdy jednak nie rozwija się z nabłonka. Guz szerzy się na cewkę, ściany pęcherza grubieją (22 — 24 młm.). Guz ma postać polipa, jest wielozrazowy, kalfiorowaty. Niekiedy znajdujemy torbiele z zawartością klejowatą lub cytrynowatą. Guzy są zwykle silnie unaczynione; warstwy powierzchowne mogą być przesycone solami i dają przy zgłębnikowaniu wrażenie kamienia. Guz umiejscawia się zwykle na dnie w trójkącie, a wtedy ujście moczowodów uledek może zatkać. Guz przechodzi niekiedy na srom, pochwę, macicę, stercze itp. Po usunięciu guzy szybko odrastają, nigdy nie przechodzą na moczowody i nerki oraz gruczoły.

OBJAWY. Pierwsze objawy są niewyraźne, zatrzymanie lub nietrzymanie moczu, parcie, bóle w podbrzuszu, pociąganie za prącie. Dzieci są podniecone, niespokojne, nie śpią. W połowie przypadków występują zaburzenia w moczu i nieraz są jedynym objawem choroby. W  $\frac{1}{4}$  przypadków zdarza się krwimocz (11:42) obfity, powtarzający się często i trudny do wyleczenia. U dziewcząt zdarza się cenny objaw: guz sterczy przez cewkę na zewnątrz. Rodzić się wtedy może wątpliwość czy guz nie pochodzi z pochwy lub macicy, zdarzały się bowiem przypadki śluzako-mięsaków macicy (5 przyp.) pochwy (16), sromu (1 przyp.) między 1 — 7 r. życia, kwestyę jednak rozstrzyga badanie zgłębnikiem, które pozwala określić stan pęcherza i jego zawartość. Nie należy też nigdy zaniedbywać badania przez odbył, szczególnie badanie chirurgiczne często wykryć pozwala

guz w pęcherzu. Cystoskopia u dzieci skutecznie się nie da.

Do objawów dodatkowych oraz powikłań zaliczyć wypada rozszerzenie pęcherza (11:42—Concetti) aż do pępka ze zgrubieniem ścian (rozrost podśluzówki i warstwy mięsnej), rozszerzenie miedniczek i moczowodów (7 razy) wodonercze, rozszerzenie kanalików i kłębków a w następstwie mocznica, zakażenie moczowe (zapalenie pęcherza, miedniczek, ropnie prosowate w nerkach, w ścianie pęcherza, ropówka pęcherza i ścian brzusznych, zapalenie otrzewny). W jednym przypadku przyczyną śmierci był krwotok obfity, aczkolwiek guz był dobrotliwy (włókniako-mięśniak), w innym znów przypadku podobnym krwotok ustał po wyłuszczeniu guza.

ROKOWANIE jest bardzo złe: na 42 przypadki 36 zakończyło się śmiercią, 5 wyzdrowieniem, 1 z wynikiem nieznanym. Z guzów złośliwych wszystkie zakończyły się śmiercią, jeden jakoby wyzdrowieniem (?). Jednym słowem dzieci z guzami pęcherza skazane są na śmierć.

Na 35 guzów złośliwych i nieokreślonych, w 19 dokonano operacji (9 śmierć z nawrotu, 3 skutkiem zapalenia otrzewny, 2 ropni, w innych skutkiem zakażenia moczowego), 16 nie operowano, (w 5 śmierć skutkiem rozwoju guza, w 2—zakażenia moczowego, i po 1 skutkiem płonicy, błonicy, ropówki ścian brzucha). Na 7 przyp. guzów dobrotliwych 4 operowane zakończyły się wyzdrowieniem, z 3 nieoperowanych w 1 śmierć z krwotoku, w 1 z zap. miedniczek w 1 z bezmoczem.

LECZENIE. Na wyzdrowienie samoistnie niema co liczyć, to też operować należy wcześniej i doszczętnie, zabieg niezupełny jest raczej szkodliwy, gdyż powoduje szybkie nawroty. Guzów złośliwych nie operować, a ograniczyć się do leczenia objawowego.

## X. Guzy jąder.

GRUŻLICA jądra i przyjądrza zdarza się równie często u niemowląt, jak i u dorosłych, spostrzegalem ją np. u 14 miesięcznego chłopca. Równie wczesne przypadki przytaczają Jullien, Hutinel i Deschamps (Arch. de méd. 1890). Na 20 przypadków zebranych przez Jullien'a w szpitalu Trousseau 6 było poniżej roku, 6 od 1 — 2 l. i 8 od 2—13 lat. Utrzymywano, że gruźlica jąder jest pierwotną, jest to do pewnego stopnia słuszne, ale według mnie zarazek wkracza przez płuco i gruźlicę opłucny poprzedza zawsze gruźlica gruczołów oskrzelowych, z których gruźlica szerzy się drogą naczyń krwionośnych. Ścisłe badanie zwłok sprawę tę potwierdza w zupełności.

Sprawa zwykle ogranicza się do jednego jądra, głównie lewego, najprzód rozwija się w jądrze, później dopiero w przyjądrzu, rzadziej i w sznurku nasiennym. Zserowacenie postępuje wolno i zwykle jądro nie osiąga znacznej wielkości. Cała sprawa ogranicza się do stwardnienia, które znajdujemy przy badaniu dokładnem, zejście w stwardnienie i zanik następuje szybko.

Sprawa rozpocząć się może i od ostrego zapalenia z obrzmieniem jąder i bólem, ostry ten okres po paru dniach przechodzi, poczem przebieg jest przewlekły. Stwardniałe jądro uledek może rozmiękczeniu, zropieniu z następczemi przetokami, zdarza się to jednak rzadko, guz rozchodzi się powoli. Równocześnie może wystąpić gruźlica innych narządów np. opon mózgowych. Wyzdrowienie samoistne zdarza się dość często.

Leczenie wyczekujące, nie stosować trzebienia, ale plaster de Vigo na worek mosznowy i zachować dobre warunki higieniczne.

PRZYMIOT. Hutinel dowiódł, że przymiot dziedziczny często bardzo rozwija się w jądrze. Przymiot jądra

rozwija się u płodu lub też w pierwszych miesiącach życia po obu stronach wyłącznie w jądrach, szczczędząc przyjądrze. W osłonie pochwowej wysięku brak, jądro jest twarde, bezbolesne, nie ulega nigdy rozmiękczeniu i w końcu ulega zanikowi. Leczenie przeciwprzymiotowe ogólne, wcieranie rtęci i jodek potasu do wewnątrz.

**RAK.** Guzy złośliwe jąder u dzieci zdarzają się względnie często, Monod w 1884 (Progr. méd.) zebrał 27 przypadków. W większej części przypadków choroba rozpoczynała się w pierwszym roku, często w pierwszym półroczu życia. Między 1—2 rokiem zdarza się dość często, po 3—4 latach wyjątkowo. Dziedziczność zaznaczono w 1 tylko przypadku Hutchinson'a (2 ciotki zmarły z raka sutki). Przypisywano chorobę urazom, często jednak urazy działały już na chory narząd. Stan ogólny chorych dobry, guz jest bezbolesny, ale rośnie szybko. Po stronie prawej lub lewej znajdujemy guz wielkości jaja kurzego, rzekomo-chelbotający, ciemny, ciężki, na ucisk niebolesny, o powierzchni gładkiej lub nierównej. Guz głównie siedzi w jądrze, sznurek bez zmian, gruczoły pachwinowe niepowiększone, skóra nie zrosnięta lub też unaczyniona.

W pierwszej chwili, szczególnie po urazie przypuszczamy krwiak, przy przekłuciu jednak otrzymujemy mało krwi, krwiak mosznowy zresztą nie zdarza się u dzieci.

Wodniak jądra odróżnić łatwo dzięki chelbotaniu i wynikom przekłucia, gruźlica rozwija się zarówno w jądrze jak i w przyjądrzu i nigdy nie dosięga znacznej wielkości, wywołuje niekiedy zropienie i przetoki; przymiot jądra jest zwykle tak charakterystyczny, że nie następuje trudności rozpoznawczych. Pozostawiony własnemu losowi guz przechodzi na skórę i ulega owrzodzeniu, po pewnym czasie następują przerzuty do gruczołów lędźwiowych i rozwija się charłactwo. Rokowanie jest bardzo złe, nawet pomimo wytrzebień nawroty

w ciągu pierwszego  $\frac{1}{2}$ —1 roku częste. Nawet w przypadkach chrzęstniaka lub torbieli wynik był zły. W każdym razie operować trzeba wcześniej; o ile w gnilicy operować trzeba ostrożnie, w raku jest to jedynie racjonalna metoda.

**GUZY WRODZONE.** Ogłoszono kilka przypadków wrodzonych torbieli i guzów skórzastych jąder. Verneuil operował 2-letniego chłopca z powodu guza jądra wielkości jaja kurzego, guz był wrodzoną torbielą, guzy te jednak zwykle rosną dopiero później u dzieci starszych (potworniaki).

#### **Y. Wodniak wrodzony.**

Wysięk surowicy do pochewki po zapaleniu jądra i przyjądrza u dzieci zdarza się rzadko i niczem się nie różni od wodniaka u dorosłych; u noworodków natomiast zdarza się wodniak nabyty, prawdopodobnie skutkiem urazu w czasie porodu i rozwijający się w ciągu pierwszych dni życia wodniak ten znika po kilku tygodniach.

Wodniak wrodzony inne ma pochodzenie, zależy od niezarośnięcia kanału pochwo-otrzewnowego, który w pierwszych dniach życia łączy jamę pochewkową z otrzewną. Ramonède połączenie to stwierdził u 32 dzieci na 215 badanych. Kanał uledez może uwięźnięciu, skutkiem czego rozwija się wodniak pochewki, otorbiony wodniak powrózka, wodniak podwójny (en bisac). W tym ostatnim wypadku torbiel mosznowa łączy się za pomocą kanału z torbielą biodrową. Płyn jest zawsze przezroczysty, błona surowicza gładka jakby polerowana, niekiedy jednak obnażona z nabłonka, usiana wyrosłami lub błonami rzekomemi. Jądro zajmuje zwykle swe miejsce styłu i u dołu moszny, niekiedy nie zstępuje do moszny.



Wodniakowi towarzyszyć może przepuklina pachwinowa, zwykle występuje on zaraz po urodzeniu, skutkiem jednak opóźnienia w opuszczeniu jąder może wystąpić i później. Jest to guz miękki, gładki, równy ze ścianami elastycznymi, chęlboczący, przezroczysty, do kanału pachowego idzie od guza rodzaj szypuły; przy ucisku stałym i powolnym guz znika, ale skoro ucisk ustanie tworzy się znowu; w czasie odprowadzania nie słyszymy przelewania, brak też odgłosu opukowego bębniściego, czem różni się od przepukliny.

Rokowanie jest dobre, wyzdrowienie następuje samoistnie, przyśpieszyć je można przez stały ucisk oraz przymoczek z 5% chlorku amonu, eteryzację. W przypadkach uporczywych stosujemy cięcie lub też wstrzykiwanie środków przeciwnilnych (wyskok, nalewka jodowa, chlorek cynku).

## Z. Zgorzel moszny.

PRZYCZYNY. U noworodków i niemowląt spostrzegamy, acz bardzo rzadko, zapalenie zgorzelinowe moszny i napletka. W przypadkach Brun'a i Broca (Gaz. hebd. 1900) dzieci miały po 17 i 21 dni (2 przypadki), w czwartym przypadku Broca 2 $\frac{1}{2}$  lat. Po tym czasie choroba występuje już tylko u dorosłych, u których rolę główną odgrywają choroby weneryczne i choroby pęcherza. U dzieci nie należy szukać przyczyny ani w nacieczeniu moczowem, ani w szankrze, ani w zwałaniu kałem i zakażeniu przez nadżerkę, którą możemy znaleźć na narządach płciowych lub też na udzie. Przyczyną być może również oparzenie pieluszką, ogrzewaczem i t. p. Choroba zdarza się u dzieci zdrowych, silnych, piersią karmionych.

OBJAWY. Choroba rozpoczyna się zapaleniem powierzchnowych naczyń chłonnych, zaczerwienieniem, go-

rączką, brakiem łaknienia, wkrótce moszna i prącie puchną, występuje napięcie bolesne i twarde, przez co moczenie staje się utrudnionem; po niedługim czasie występują plamy sinawe na mosznie i prąciu, białe, zgorzelinowe. Z łatwością rozpoznajemy wtedy ropówkę zgorzelinową moszny, punktu wyjścia jednak często znaleźć niepodobna, choć nie ulega wątpliwości, że jest on na skórze i że przyczyną sprawy są paciorkowce. W przypadku Broca punktem wyjścia były niesztowice na brzuchu i kończynach dolnych.

Rokowanie nie jest złe, dzieci zdrowieją, jeden tylko chory Brun'a zmarł.

**ROZPOZNANIE.** Wykluczyć rumień moszny, zdarzający się często u dzieci z biegunką, łatwo; niekiedy stulejka może nas wprowadzić w błąd, brak jednak w tym razie charakterystycznych plam zgorzelinowych.

**LECZENIE** powinno być szybkie i radykalne, nie należy czekać, aż się zgorzel rozwinie, ale zaraz w początkach robić cięcia szerokie w miejscach napiętych, aby uniknąć utraty krwi można użyć termokauteru. W przypadkach zgorzeli skutkiem oparzenia wystarcza zwykły opatrunek przeciwnilny.

## Ż. Zapalenie cewki u chłopców.

U chłopców zdarzyć się może zapalenie cewki podobne z wydzieliny zielonkawej do rzeżączki u dorosłych. Englisch cytowany przez M. Sée (Paris 1896) spotykał je u chłopców 15—121 dniowych. Na 109 przypadków Bókay'a 27 miało rok, 36 od 1—3 l., 32 od 3—7 l., 14 od 7—14 lat. Przyczyn zapalenia upatrywano w samogwałcie, tarciu, zgłębnikowaniu i t. p. Rosza poddał krytyce te poglądy (Arch. f. Derm. u. Syph. 1893) i przypisuje taką samą rolę zwykłym przyczynom, jak podrażnieniu przez wnetrzniki oraz stulejce. Cseri (Assoc. de méd.

Budapeszt 1885) znalazł gonokoki u 2 chłopców 4 i 5-0 letnich, siostrą ich miała upławy rzeżączkowe. Rosza zebrał aż 14 przypadków rzeżączki cewki u chłopców (1 u 15 m. dziecka z zapaleniem przyjądrza, pozostałe u chłopców od 21 m. do 13 lat). U dwóch braci i siostry stwierdził rzeżączkę. Zarażenie odbywa się za pośrednictwem kąpeli, przyborów toaletowych, pieluch, nocników, zetknięcia pośredniego i bezpośredniego. W wielu razach (Isaac A. Abt Ann. of gyn. 1898) gonokoków brak, zapalenie cewki goi się wtedy szybko. W zapaleniu gonokokowym rokowanie jest gorsze, należy leczyć je szybko z obawy wystąpienia powikłań (zapalenie przyjądrza, stawów, łącznicy, zwężenia cewki, zapalenia pęcherza, żołądździ, naczyń chłonnych, prącia etc.), w tym celu stosujemy zastrzykiwania z roztworu nadmanganianu potasu (1 : 5000) lub 1% ichtioli (Abt).

### Ż. Stulejka.

Nazwą tą oznaczamy wadę wrodzoną napletka, która nie pozwala obnażać żołądździ, a nawet może przeszkadzać oddawaniu moczu. Jest to zwężenie otworu niekiedy ze zrostami między żołądździą a napletkiem, które jednak usunąć łatwo po obrzezaniu; znajdujemy wtedy w worku napletka nagromadzenie mastki szczególnie w rowku. Dzięki temu rozwija się zapalenie żołądździ, żołądździ i napletka, zgorzel, wyciek ropny, a w pewnym przypadku spostrzegalem jako następstwo stulejki — posocznicę. Obrzezanie usuwa objawy powyższe. Mały otwór w napletku, a szczególnie nie odpowiadający ujściu cewki, utrudnia moczenie, wywołuje zatrzymanie moczu, nietrzymanie nocne lub dzienne, częste naprężenie członka, samogwałt, wypadnięcie odbytu, przepukliny, nawet drgawki. W rozszerzonym przez mocz zebrany worku napletkowym tworzyć się mogą

kamienie. Bardzo poważnem następstwem stulejki po zsunięciu w tył napletka jest załupek (paraphimosis), żołądź uciśnięta obrzmiewa, uledek może owrzodzeniu, a nawet zgorzeli.

Stulejkę usunąć można: 1) za pomocą rozszerzenia po znieczuleniu, szczypczykami hemostatycznymi, co nieraz wystarcza; 2) nacięcia, którego nie zalecam; 3) obrzezanie — metoda najlepsza: przecinamy skórę przed żołądźką nożyczkami, a następnie na zgłębniku żłobkowym śluzówkę z przodu ku tyłowi, rozrywając zrosty, następnie robimy cięcie obrączkowe naokoło rowka i zeszywamy śluzówkę ze skórą; opatrunek z proszku przeciwnilnego.

## Z'. Zboczenia narządów płciowych u dziewcząt.

ZROSTY SROMU. Zarosnięcie błony dziewiczej daje objawy dopiero z chwilą wystąpienia miesiączki, wspominam więc o tem mimochodem, większe znaczenie mają zrosty wielkich lub małych warg, utrudniają bowiem moczenie i wymagają szybkiego dokonania zabiegu. Wargi zrastać się mogą za pomocą błony lub też nitek, które rozerwać łatwo, most wytworzony przez błonę zwykle nie jest pełny, ale pozostawia w górnej części otwór, przez który odbywa się moczenie, w przeciwnym razie mocz nagromadza się w pęcherzu lub sromie; w większości wypadków wystarcza rozcięcie na zgłębniku rowkowanym, Henoch rozrywa zrost warg małych rączką noża, każdy zresztą instrument, o ile jest wyjąłowany, służyć może w tym celu.

Zdarza się również zrost łechtaczki z napletkiem, zrosty takie usuwać należy dla uniknięcia swędzenia i wywołanego przez nie samogwałtu.

KRWOTOKI ZE SROMU. Prócz krwawień u noworodków w pierwszych dniach życia, u starszych dziewcząt zda-

rzają się krwawienia skutkiem zapalenia (sromu, cewki), które wziąć by można za przedwczesne miesiączkowanie. Dowiodłem, że krwawienia te zależą od zapalenia sromu (Soc. m. d. hôp. 1896) i że pochodzą z ziarniny około ujścia cewki, uważanej przedtem za wypadnięcie cewki. To ostatnie zdarza się, jak mogłem się przekonać i bez zapalenia sromu skutkiem zaparcia stolca. Ziarninę tę łatwo poznać potem, że dotknięcie zgłębnikiem po rozszerzeniu ud i rozwarciu sromu wywołuje krwawienie, przyżeganie pałeczką lapisu lub 2% roztworem usuwa cierpienie. W przypadkach obszernego wypadnięcia słuzówkę wyciąć należy (Broca).

MIESIĄCZKOWANIE WCZESNE zdarza się u 2 letnich nawet dziewcząt, rozwiniętych zwykle po nad wiek, sutki są wtedy dość wydatne, a wzgórek łonowy pokryty włosami. Gautier (R. m. d. l. Suisse rom. 1884) ułożył tabelkę następującą:

Miesiączkowanie od urodzenia przyp. 1 w 15-tym	1
" w 4-tym mies.	2 " 16 " 1
" w 5 " "	2 " 18 " 1
" w 7 " "	3 " 19 " 1
" w 9 " "	5 " 22 " 1
" w 10 " "	1 " 23 " 1
" w 12 " "	5 " inne " 3

Razem w 1-szym roku 19, w 2-gim r. 9

Między 2—6 rokiem 11 przypadków, razem 39.

Dziewczynki miesiączkujące tak wczesnie mają blednicę (Unger).

MIESIĄCZKOWANIE BOLESNE I KRWOTOKI MACICZNE. Zaburzenia w miesiączkowaniu u zbyt wczesnie rozwiniętych dziewcząt zasługują na uwagę. Rozkwit nie zawsze odbywa się spokojnie, występują często zaburzenia bolesne, nerwowe, a nieraz i krwotoki.

Zwykle w początkach miesiączkowanie nie odbywa się prawidłowo, po pierwszej na następną czekać należy kilka miesięcy lub też przez pierwsze 5 — 6 miesiączkowanie odbywa się w odstępach prawidłowych, a później wstrzymuje się na 3—6 m., poczem występuje na nowo. Dziecko uskarża się na bóle, w okresie miesiączki jest podniecone lub też bledsze i rozwija się blednica. W innych znów razach występują krwotoki. Według Lamy (Nancy 1896) mogą one zdarzyć się u bledniczych i zupełnie zdrowych dziewcząt, w pierwszym razie poprzedza zwykle krwotok jakaś choroba wyniszczająca ogólna, w drugim przypuszczać należy chorobę miejscową (zapalenie szyi, macicy, jajników i jajowodów po zapaleniu sromu etc.). Bécigneul (Soc. de Nantes 1896) podaje przypadek obfitego krwotoku u 13 letniej dziewczynki, wyleczony zastrzykiwaniami gorącymi (45°) i leżeniem w łóżku. W tych razach zawsze zalecać należy leżenie oraz zwykle środki przeciwkrwotoczne: ergotyne, hamamelis, wodę gorącą etc., w blednicy nadto zalecamy żelazo i dyetę wzmacniającą. Rzadko krwotoki u dziewcząt są groźne, po kilku miesiącach zaburzeń występuje zwykle miesiączka normalna.

Siredey (J. de praticiens 1899) utrzymuje, że bardzo rzadko u dziewcząt przyczyn szukać należy w chorobach miejscowych mimo, że opisywano mięsaki macicy, wydłużenie szyi, zapalenie jajowodów i jajników, zwyrodnienie torbielowate jajników etc., zwykłą zaś przyczyną są choroby ogólne (wady serca, białkomocz, blednica, histerya, choroby zakaźne, zatrucie chininą i salicylanami etc.). Często jedyną przyczyną jest skaza moczanowa, krwotoki w tym razie są zbliżone do krwotoków z nosa.

Do przyczyn wywołujących zaliczamy długie chodzenie, bieganie, jazdę na rowerze lub konną i taniec, Wobec tego w czasie miesiączki zalecamy spokój, a po za tem zwykle leczenie przeciw skazie moczanowej.

## Z". Torbiele jajników.

Torbiele jajników zarówno wczesne jak i późne są wrodzone, niekiedy są skórzaste i zawierają cząstki kości, włosów, chrząstek etc. Torbiele rozwinać się mogą i przy jajnikach, w jajowodach, więzjach szerokich etc.

Objawy są zwykle jednakowo: guz dość równy, wywołujący powiększenie brzucha, chęłboczący, z odgłosem opukowym tępym, nie zmieniającym się przy zmianie położenia.

Torbiele dzielą się na jedno lub wielokomorowe. Badanie dwuręczne przed odbyt pozwoli nam na określenie czy mamy do czynienia z guzem otrzewny, nerek, przepukliny brzucha, ropniem opadowym, ropniem krezki i t. p. Po dokonaniu przekucia próbnego przystąpić należy do wyluszczenia przez laparotomię.

Dokonywano zabiegu tego nietylko u dziewcząt starszych, ale i u kilkumiesięcznych niemowląt. Power z powodzeniem operował 4 mies. dziewczynkę (Berl. J. m. 1898) i znalazł torbiel, zawierającą 1 litr płynu. Ściany torbieli były wysłane nabłonkiem i zawierały liczne pęcherzyki Grafa również przeistoczone torbielowato—była to więc torbiel wielokomorowa. W innym przypadku znaleziono i wycięto z powodzeniem u 20 m. dziewczynki torbiel skórzastą. Hue (Soc. de chirurgie 1899) usunął również torbiel skórzastą u 2 $\frac{1}{2}$  letniej dziewczynki.

## DZIAŁ VII.

### Choroby narządów zmysłów.

Opiszę tu tylko najważniejsze choroby uszu i oczu, zdarzające się często i niezbędne dla wiadomości każdego lekarza.

#### ROZDZIAŁ I.

### Choroby uszu.

#### A. Ciała obce w uchu

Dzieci mają zły zwyczaj wprowadzania do ucha wszystkiego, co im wpadnie do ręki, znajdujemy więc często w przewodzie zewnętrznym paciorki, perelki, guziki, ziarna, pestki etc. Ciała obce zapadają w głąb, skleją się woszczkiem i usunąć się dają z trudnością. Zazwyczaj ciała obce nie wywołują objawów żadnych, występuje jednak zapalenie, krwotoki, ropień lub też objawy odruchowe: kaszel, zawroty, omdlenia i t. p. Typowy pod tym względem przykład podaje L. Ce<sup>rf</sup> (An-



jou méd. 1898): 8 letni chłopiec przy chodzeniu rozstawia nogi, podczas biegu trzyma się sztywno, bez przyczyny pada, skutkiem szczękościsku z trudnością otwiera usta i mówi, od czasu do czasu miewa napady kaszlu; na łóżku nie może siedzieć, ale sztywnieje i pada nawznak, chodzić o własnej sile nie może, chwieje się bowiem i pada wznak bez utraty przytomności i wymiotów; słuch zachowany. W uchu prawem znaleziono wśród woszczku jakiś przedmiot błyszczący, po starannem przestrzyknięciu wypadły 3 kamuszczyki, które dziecko nosiło 37 miesięcy. Wyzdrowienie natychmiastowe.

Przy wydobywaniu ciał obcych z ucha zachować należy jaknajwiększą ostrożność, nie należy w tym celu używać szczypczyków i innych instrumentów metalowych, które spychają ciała obce i mogą uszkodzić błonę bębenkową, natomiast zalecać należy obfite przestrzykiwania wodą letnią z mydłem, oliwą aseptyczną. Tam, gdzie błona bębenkowa jest przedziurawiona i wystąpi ropienie, konieczny jest zabieg chirurgiczny (Raoult).

## B. Czop woszczkowy.

Wzmózone wydzielanie woszczku wywołać może zatkanie przewodu zewnętrznego z następczym szumem, dzwonieniem w uszach wreszcie głuchotą w większym lub mniejszym stopniu. Przy badaniu bezpośrednim znajdujemy żółtawy lub brunatny czop, u blondynów jasny, u brunetów prawie czarny (Moure). Leczenie polega na rozmiękczeniu czopa i usunięciu go, w tym celu w ciągu 1—2 dni robimy wkraplania do ucha boranu sodu w glicerynie (0,15 natri biborici na 10 gm. glicerini) po 15—20 kropel na raz i otwór zatykamy watą, potem przemywamy ucho wodą letnią z kwasem bornym. Za pomocą zwierciadła przekonywamy, się czy czop został usunięty.

### C. Zapalenie ucha i ropotok z ucha.

Zapaleniu uledec może przewód zewnętrzny lub ucho środkowe.

1) Zapalenie przewodu zewnętrznego występuje u niemowląt bez widocznej przyczyny. Dziecko ni stąd ni zowąd staje się krzykliwe, smutne, płacze bezustannie, nie chce ssać lub zbyt często domaga się piersi, wymiotuje od czasu do czasu, źle sypia, jest podniecone i niewątpliwie cierpi. Napróżno szukamy przyczyny, dopiero ropotok z ucha wyjaśnia nam przyczynę w postaci małego ropnia w przewodzie zewnętrznym. Lekarze doświadczeni zawsze w tym razie ściśle badają uszy i znajdują małą guzowatość, sterczącą w przewodzie. Jeżeli pęknięcie ropnia opóźnia się, przeciąć go należy, poczem wycieka ropa gęsta dobrotliwa, po kilkakrotnem przemyciu wodą borną ciepłą i zasypianiu salolem — wyzdrowienie.

Martha opisuje u noworodków zapalenie skutkiem zalania przewodu pokarmem zwróconym. Ropa jest czysta i cuchnie. Po przemyciu kilkakrotnem ucha ciepłą wodą borną z dodatkiem 10% liqu. Van-Swieten, następuje wyzdrowienie. Zapalenie ucha zewnętrznego nastąpić może skutkiem rozszerzenia się pryszczycy lub liszajca na przewód uszny.

2) Zapalenie ucha środkowego jest chorobą o wiele poważniejszą ze względu na ważność narządu.

PRZYCZYNY. Choroba zdarza się często w każdym wieku, nawet u noworodków rzadko skutkiem czopu z woszczku, ciał obcych, szerzenia się pryszczycy lub liszajca, dzięki błonie bębenkowej odcinającej ucho zewnętrzne od środkowego. To ostatnie jednak komunikuje się ze światem zewnętrznym przez trąbkę Eustachiusza, stąd też nieżyty gardzieli i nosa swoiste i zwy-

kle są najczęstszą przyczyną zapalenia ucha środkowego, w odrze np. zapalenie to jest objawem zwykłym, przechodzi wraz z wysypką, ale wystąpić może później ponownie już jako ropne.

Zapalenia ucha środkowego dzielimy na ostre i przewlekłe, przyczyną tych ostatnich są wyrosła gruczolowate jamy nosogardzielowej lub też zapalenia ostre z zejściem w przewlekłe. Według Netter'a zapalenie ucha środkowego nie jest chorobą swoistą, wywołać ją mogą różne drobnoustroje i dawać różny obraz choroby, różniamy więc: zapalenie paciorkowcowe, dwoinkowe, skutkiem l. Fridländer'a i gronkowcowe. W zapaleniu przewlekłym znajdujemy drobnoustroje gnilne, a często l. Koch'a. Najczęściej zdarza się zapalenie ostre paciorkowcowe pierwotne (w jamie gardzielowej osobników zdrowych często znajdujemy paciorkowce) lub wtórne po durze, odrze, płonicy, blonicy, jedno lub obustronne. Zapalenie dwoinkowe może również wystąpić pierwotnie (Zaufal, Netter) lub wtórnie po zapaleniu płuc, grypie etc. Rzadziej spotykamy zapalenia gronkowcowe i z l. Fridländer'a. Wszelkie te rodzaje powstają skutkiem wtargnięcia drobnoustrojów z gardzieli przez trąbkę Eustachiusza, oczywiście drobnoustroje te, stale przebywające w gardzieli i nosie, przedtem nabrać muszą pewnej złośliwości, a ustrój utracić musi odporność; dzieje się to pod wpływem chorób zakaźnych. Wyjątkowo chyba drobnoustroje dostają się do jamy bębenkowej przez naczynia krwionośne.

**OBJAWY.** Objawów początkowych braknąć może zupełnie, pierwszym wtedy objawem będzie ropotok z ucha, zdarza się to najczęściej u niemowląt, rzadziej u dzieci starszych. Zwykle jednak przed ropotokiem dzieci uskarżają się na ból w uchu, wywołujący krzyki, podniecenie ogólne, nawet drgawki, a dzieci starsze wskazują na umiejscowienie bólu w uchu, rozprzestrzeniające się niekiedy na całą głowę oraz szum i dzwonienie w uszach.

Równocześnie z bólem występuje gorączka, język jest obłożony, zdarzają się wymioty. Okres ten trwa 1 — 3 dni, poczem występuje ropotok z ucha krótko lub długotrwały. Po upływie kilku dni do tygodnia w przypadkach łagodnych (np. po grypie) ropotok zmniejsza się i chory zdrowieje, zejście tego rodzaju widzimy przede wszystkim w zapaleniu dwoikowym. W zapaleniu paciorkowcowym mogą nastąpić nawroty i sprawa przejść może w przewlekłą, ropotok jest wtedy zwykle cuchnący. W ten sposób widziałem ropotok, trwający miesiącami i latami aż do 10 — 15 roku życia z przerwami. W ropotoku przewlekłym zazwyczaj słuch bywa upośledzony lub też stracony na zawsze, obustronna głuchota u dzieci małych sprowadzić może głuchoniemotę.

Do rzędu powikłań zaliczyć wypada ropienie wyrostka sutkowego, zapalenie opon mózgowych, ropnie mózgu i ropnieć. W przewlekłym zapaleniu ucha, szczególnie gruźliczem spotykamy próchnicę kości skalistej z następczem porażeniem n. licowego, zakrzepem zatok etc. Powikłania te, acz rzadkie, pogarszają znacznie rokowanie w długotrwałem zapaleniu ucha środkowego. Zresztą rokowanie zależy i od przyczyny wywołującej, wyników badania bakteryologicznego ropy oraz zmian wywołanych przez chorobę (badanie wziernikiem): zgrubienia błony bębenkowej, przedziurawienia, zniszczenia lub zrostu kosteczek itp.

**LECZENIE.** W każdej chorobie z objawami w gardzieli nieodzowną jest rzeczą utrzymywać jamę nosową i gardzielową w stanie aseptycznym za pomocą płukań i przestrzykiwań, wzięwań lub pęzłowania gardzieli roztworami kw. bornego, wdmuchiwania sproszkowanego salolu lub kwasu bornego etc.

W czasie silnego bólu uciec się trzeba niekiedy do przecięcia błony bębenkowej lub trepanacyi wyrostka sutkowego. Po wystąpieniu ropotoku stosować należy przestrzykiwania ciepłymi roztworami 4% kwasu bornego,

wodą utlenioną lub 1 na 2000 sublimatu. Po przestrzykiwaniu co 2-gi dzień należy wdmuchiwać kwas borny lub naftol, ten ostatni stosuję zwykle w praktyce szpitalnej. Po wdmuchiwaniu wylot otworu należy zatamponować watą, którą usuwamy dopiero przy przestrzyknięciu następnem. W postaciach przewlekłych zalecamy nadto tran, jodek żelaza, pobyt na wsi lub nad morzem.

#### **D. Zapalenie wyrostka sutkowego.**

Wyrostek sutkowy jest jakby uchylkiem jamy bębenkowej, stąd często sprawa z ucha przechodzi na wyrostek. Rozróżniamy zapalenie okostny i kości.

Zapalenie okostny jest wynikiem zapalenia przewodu lub przedsionka ucha, wywołuje obrzmienie za uchem, wygładzające bruzdę, spychające ucho zewnętrzne ku przodowi, napięcie skóry, obrzęk i zaczerwienienie, a następnie chelbotanie; o ile nie pospieszymy z operacją, sprawa szybko się rozszerza, cięcie prowadzić należy do kości, a w razie potrzeby założyć sączek.

Zapalenie kości jest również następstwem zapalenia ucha środkowego lub też powstaje równocześnie z tą sprawą w przebiegu chorób zakaźnych, ostrych (odra, płonica etc.). Rozpoczyna się bólem napadowym, pozbawiającym snu, ucisk na wyrostek jest bolesny, natomiast obrzęku może braknąć. Przewód wewnętrzny uszny jest zwężony skutkiem ucisku od tyłu i od góry; towarzyszy tym objawom zazwyczaj gorączka. Rokowanie gorsze, niż w zapaleniu okostny dzięki powikłaniom, to też spieszyć należy z trepanacją, aby dać ujście ropie, ziarninę zaś należy wyłyżeczkować i wyjąłować 10% roztworem chlorku cynku (Moure). Sprawa pozostawiona samej sobie przechodzi w przewlekłą, ropienie występuje na zewnątrz, a wtedy w przypuszczeniu, że ma-

my do czynienia z zapaleniem okostny, ograniczamy się do cięcia części miękkich. Zawsze więc cięcie prowadzić należy do kości i w razie potrzeby dokonać trepanacyi.

Jedynym racjonalnym sposobem leczenia jest trepanacya; po obnażeniu wyrostka szukamy ości nad otworem (spina supra meatum) w części tylnogórnej przewodu kostnego, robiąc trepanacyę w odległości 0,5 cm. od tego przewodu, trafiamy na komorę wielką wyrostka, po oczyszczeniu zakładamy sączek i zaszywamy części miękie.

### E. Głuchoniemota.

Dziecko, które utraciło słuch skutkiem przyczyn wrodzonych lub nabytych nie może nauczyć się mówić i jest głuchonieme.

PRZYCZYNY. Stosunek przypadków nabytych do wrodzonych ustalić trudno, wiadomo wszakże, że chłopcy ulegają kalectwu temu częściej. Jako przyczyny głuchoniemoty wrodzonej wymieniało małżeństwa między krewnymi. Przyczyny głuchoniemoty nabytej są znane bliżej: nagminne i zwykłe zapalenie opon mózgodzeniowych, płonica, błonica, odra, dur, świnka, jednym słowem wszystkie choroby zakaźne, które mogą wywołać zapalenie jamy bębenkowej, nerwów słuchu, błędnika i tem samem głuchotę.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Do zmian spostrzeganych najczęściej należy zarośnięcie obu stron przewodów słuchowych, wady rozwoju błędnika i nerwów słuchowych, zakażenie w życiu płodowem lub w czasie porodu, próchnica lub zgorzel kostek słuchowych i błędnika, zniszczenie n. słuchowego, skostnienie otworów lub błędnika etc. Boucheron wskazuje na wpływ zatkania trąbek Eustachiusza po urodzeniu, skutkiem tego powietrze w jamie

bębenkowej ulega wessaniu, błona bębenkowa traci napięcie, a plyn w błędniku i nerw uciskowi.

Im głuchota wystąpi wcześniej, tem pewniej wywoła głuchoniemotę, dzieci do 4 lat po utracie sluchu tracą mowę, starsze, o ile zmuszać je do mówienia, mogą ją zachować.

**OBJAWY.** Głuchoniemi niekiedy zachowują sluch na dźwięki głośne (półgłusi), ta kategoria jest najinteligentniejsza i najpodatniejsza do nauki mowy. Chorzy nie słyszą zegarka lub kamertonu przyłożonego do głowy, wyjątkowo odróżniają kilka drgań. Na 100 przypadków według Toynbec, de Rossi i Hartmann'a w 60,2 głuchota jest zupełna, 24,3 słyszą drgania kamertonu, 11,2 słyszą samogłoski, 4,3 pewne słowa. Przy badaniu ucha prócz zniekształceń cavum tympani i zrostów zwykle nic nie znajdujemy.

Rokowanie zależy od przyczyn, jeżeli przyczyną głuchoniemoty będzie zapalenie ucha środkowego lub też inne choroby uleczalne, można uprzedzić kalectwo lub ograniczyć je znacznie. Politzer uważa głuchoniemotę wrodzoną za łatwiej uleczalną od nabytej, dzieci głuchonieme od urodzenia w 7—10 roku życia zaczynają słyszeć nieco i mówić, dziecko uważane w 3-cim roku życia za głuchonieme w 6 zaczęło słyszeć i mówić.

**LECZENIE.** Po zbadaniu dokładnem narządu sluchowego uzyskamy wskazania lecznicze, nie należy zapominać o jamie nosogardzielowej, wyroślach gruczołowych etc., Moure bowiem po usunięciu ich przywracał choć częściowo sluch głuchoniemym. Metody leczenia zawsze widualizować należy. Dawniej uczono porozumiewać się za pomocą znaków, dziś uczymy głuchoniemych rozpoznawać mowę z ruchów warg. Urbantschitz, próbował również wzmożnić siłę sluchu za pomocą silnych i długotrwałych dźwięków.

Im utrata sluchu jest mniejsza, tem osobnik jest więcej inteligentny i łatwiej uczy się mowy, toż samo

dotyczy wczesnego rozpoczęcia nauki. Z głuchoniemymi idyotami zwykle nic zrobić nie można.

---

## ROZDZIAŁ II.

# Choroby oczu.

---

### A. Zapalenie łącznicy.

Dla ułatwienia opisów oddzielnie rozpatrzmy zapalenie łącznicy u noworodków i dzieci starszych.

#### *1. Zapalenie łącznicy u noworodków.*

**PRZYCZYNY.** Zapalenie łącznicy u noworodków jest następstwem zarażenia wydzieliną z pochwy w czasie porodu, w szpitalach zaś i przytułkach może być przeniesione z dziecka na dziecko. W czasie porodu wydzielina dostaje się na rzęsy, a przy otwarciu oczu do łącznicy, wystarcza w tym celu nietylko wydzielina rzeżączkowa, ale i zwykle t. zw. upławy białe, w tym ostatnim jednak razie zapalenie będzie o wiele łagodniejsze. Zapalenie łącznicy skutkiem zarażenia od matki rozwija się w ciągu pierwszych dni, po 5 dniach pochodzi ono już z zarażenia po porodzie: z bielizny, gąbek lub pękniętej brodawki. Ta ostatnia postać jest łagodniejszą: im wcześniej wystąpi zapalenie, tem jest cięższe. Zauważono, iż dzieci wątłe, słabe, zrodzone przed czasem są więcej usposobione do ciężkiego zapalenia łącznicy. Czynnikiem lwywołującym jest gonokok Neisser'a, rzadziej spotykamy Löffler'a.



**OBJAWY.** U noworodków rozróżnić należy dwie postaci kliniczne: łagodną i ciężką. Pierwsza, występując późno w końcu 1-go lub w początku 2-go tygodnia, jest zapaleniem zwykłym nieżytowem: łącznica czerwona i wydziela śluzoropę w postaci strzępków i skleja powieki, kilkakrotne przemycie wodą borną usuwa chorobę, u dzieci wątłych choroba ulega nawrotom i przejść może w przewlekłą. Występuje w jednym lub obu oczach.

Druga postać cięższa rozpoczyna się w ciągu pierwszych 3 dni niekiedy lekkim nieżytem, który wkrótce przechodzi w zapalenie ropne: ropa wydziela się obficie, powieki brzękną i nie mogą się otwierać. Po otwarciu z pod powiek wytryska ropa, łącznica jest czerwona i obrzęknięta. Wkrótce sprawa przejść może na rogówkę, która traci przezroczystość, ulega owrzodzeniu i przedziurawieniu. To też w ciężkich przypadkach gałka ulega zupełnemu zniszczeniu.

Rokowanie w zapaleniu łącznicy u noworodków jest w postaciach ciężkich złe, według okulistów  $\frac{1}{3}$  część ślepych we Francji zawdzięcza swe kalectwo tej chorobie.

**LECZENIE.** Dla zapobiegania zalecić należy kobietom ciężarnym przemywania, w ostatnim szczególniejszym miesiącu, pochwy codziennie roztworem sublimatu 1 : 2000 lub 3—4% kwasu bornego; toż samo powtarzać należy kilkakrotnie w czasie porodu, a zaraz po urodzeniu przemyć należy dziecku oczy ciepłym roztworem kwasu bornego. Akuszerzy nie uważają metody tej za wystarczającą, zalecają też (Crédé) wkraplanie do uczu kropli roztworu 2% lapisu każdemu dziecku, można również w tym celu stosować roztwór 1% lub nawet 0,66%. Piccard zaleca w tym samym celu sok cytrynowy, a Valude wdmuchiwanie proszku jodoformowego. W przypadkach łagodnych wystarcza przemywanie oczu ciepłym 4% roztworem kwasu bornego 4—5 razy dziennie za pomocą szpryki, zamiast kwasu bornego w tym samym celu użyć

można naftolu, roztworu 1 : 5000 sublimatu etc. W postaciach cięższych dokonywać należy przyżegań łącznicy powiek lapisem (lapis mitigatus lub roztwór 1 : 30, 1 : 50) i następnie zobojętnić go przez przemywanie wodą słoną. W przytulkach dzieci chore natychmiast odosabniać należy. Prawo z 1892 r. poleca obowiązkowo zawiadamiać władze o każdym przypadku zapalenia łącznicy u noworodków.

## 2. Zapalenie łącznicy u dzieci.

Dzieci starsze zapadają na zapalenie łącznicy w przytulkach lub rodzinie skutkiem zarażenia od noworodków, skutkiem rzeżączki pochwy udziewcząt. W tym razie przebieg choroby i leczenie jest takie samo jak u noworodków. Po za tą odmianą spotykamy i inne.

A. Zapalenie ostre łącznicy zwykle po urazie, przeziębieniu wywołuje zaczerwienienie łącznicy i nieznaczną wydzielinę śluzoropną; powieki zrana są zlepione a dziecko uskarża się na klucie i uczucie, jakby miało piasek w oczach. Po kilkakrotnem wkraplaniu 1% roztworu siarczanu cynku następuje wyzdrowienie. Tak samo przebiega zapalenie łącznicy w odrze. Drugą postacią jest zapalenie szkolne, rozprzestrzeniające się skutkiem zarażenia w szkole, jest nieco silniejszym nieżytem łącznicy, wywołuje obfitszą wydzielinę śluzoropną, większe nastrzyknięcie łącznicy, niekiedy wyboczyiny, ból podczas patrzenia i czytania. Choroba ta jest silnie zaraźliwa, rozszerza się na całe rodziny, ale ustępuje pod wpływem leczenia szybko. Maść z hydrarg. praec. flavum 1 : 50 i wkraplania 1% roztworu siarczanu cynku usuwają chorobę w ciągu 8 dni, zaniedbana jednak choroba trwa kilka miesięcy. Czynnikiem chorobotwórczym jest l. Wechs'a. W innych odmianach zapalenia łącznicy

znajdujemy paciorkowce, gronkowce, dwoinki lub diplobaccilii Morax'a.

Po za tem znamy zapalenie pęcherzykowe lub pryszczykowe łącznicy, cechujące się wystąpieniem na łącznicy białkówki kilku pęcherzyków okrągłych wielkości ziarnka prosa, przechodzących niekiedy na rogówkę.

Łącznica naokoło pęcherzyka jest nastrzyknięta i czerwona. Postać to cięższa od poprzedzających, gdyż wywołuje zapalenie rogówki. Pęcherzyki na samej łącznicy ustępują pod wpływem maści z hydrarg. praec. flavum, przyżegań siarczanem miedzi, lapisem (l. mitigatus) Zapalenie pryszczykowe i pęcherzykowe może być dalszym ciągiem liszajca zakaźnego, często też widziałem je w liszaju twarzy, może przejść i na rogówkę. W ospie wietrznej pęcherzyki również zdarzyć się mogą na łącznicy, rzadko na rogówce. Po użyciu wyżej wspomnianych leków — przechodzą szybko, w razie światłowstrętu 1 kropla roztworu 1 : 300 atropiny rano i wieczorem.

B. Zapalenie przewlekłe łącznicy, zapalenie brzegu powiek i rogówki może być zejściem opisanych wyżej spraw ostrych u osobników usposobionych, często bardzo po odrze. Zapalenie brzegu powiek z wypadnięciem rzęs zdarza się szczególnie u osobników zolizowanych równocześnie z pryszczycą twarzy, jest wtedy, prawdopodobnie, umiejscowieniem tej ostatniej. Równocześnie zdarzyć się może wtedy zapalenie jaglicze łącznicy. Prócz zolizów i odry w pochodzeniu przewlekłego zapalenia łącznicy u dzieci rolę ważną odgrywają przymiot dziedziczny, który powoduje nacieczenie, zgrubienie i utratę przezroczystości rogówki, w większości jednak przypadków owrzodzeń rogówki przyczyną jest odra lub zolizy. Częstokroć zmiany powyższe występują równocześnie z nieżytem nosa, który przez drogi łzowe rozszerza się na łącznicę.

Rokowanie w przewlekłym zapaleniu rogówki jest złe, pozostawia po sobie bowiem zmętnienie, plamy,

utrudniające widzenie. Choroba zresztą często ulega nawrotom.

Leczenie ogólne i miejscowe. Pierwsze skierować należy przeciw skazie wrodzonej (zólży, przymiot). Zależnie od rodzaju choroby zalecamy jodek potasu, syrop jodożelazisty lub jodotaninowy, tran, kąpiele słone. W zapaleniu powiek i łącznicy maść z hydr. ox. praec. flav. (1 : 50), skoro wystąpi zapalenie jaglicze — przyżeganie lapisem. W owrzodzeniach rogówki zalecamy wkraplanie eserini sulfurici (1 : 300), w zwykłym zapaleniu rogówki siarczan atropiny (1 : 300), plamy i zmętnienia usuwamy przez wdmuchiwanie kalomelu. W razie bólu i światłowstrętu opaska czarna na oko.

## B. Obrzęk ostry powiek.

PRZYCZYNY. L. Galliard opisał chorobę tę p. n. oedème idiopatique aigue des paupières (Soc. méd. des hôp. 1900), Trousseau zaś (Presse méd. 1901) jako oedème arthritique des paupières, wreszcie de Speville oedème aigu essentiel de la paupières sup. chez l'enfant (Journ. de méd. de Paris 1901). Zdarza się ona u dzieci starszych, zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt bez widocznej przyczyny, u rodzin ze skazą moczanową, często ulega nawrotom.

OBJAWY. Dziecko przedtem zdrowe, raptem budzi się z obrzękiem powieki górnej lub obu powiek po jednej stronie; obrzęk może być tak znaczny, że nie pozwala otworzyć oczu. Obrzęk jest biały lub czerwony, bezbolesny, ucisk jednak powoduje pewną dolegliwość. Po rozsunięciu powiek znajdujemy zupełnie normalną łącznicę; w moczu brak białka. Stan ogólny dobry, gorączki ani zaburzeń żołądkowych nie bywa. Obrzęk trwa 24—48 godzin i sam przez się znika. Często jednak ulega nawrotom po 2—3 miesiącach po tej samej lub przeciw-

ległej stronie. Rokowanie jest dobre, choroba jednak ukazuje na istnienie skazy moczanowej.

**ROZPOZNANIE.** Znalazłszy się wobec obrzęku powieki po raz pierwszy, jesteśmy nieraz w kłopotie, zrazu przypuszczamy zapalenie łącznicy, brak jednak właściwego jej zaczerwienienia oraz objawów podmiotowych: światłowstrętu, uczucia piasku w oczach, następnie białkomocz skutkiem zapalenia nerek, badanie jednak moczu wyklucza i tę przyczynę. W niektórych przypadkach obrzęk dochodził do tego, iż można było obawiać się zapalenia błoniczego łącznicy lub rzeżączkowego, badanie jednak bezpośrednio łącznicy wyjaśnia sprawę odrazu. Sprawa może mieć pewne podobieństwo do pokrzywki.

**LECZENIE.** Nie należy stosować żadnych środków, dziecko zostawić w pokoju, dać lekki środek czyszczący i uregulować dyetę.

### C. Zapalenie dwoinkowe łącznicy.

**PRZYCZYNY.** Parinaud w 1894 r. (Ann. d'ocul.) stwierdził u noworodków zapalenie dwoinkowe łącznicy, a sprawę tę omówił bliżej uczeń jego Nicollas w 1901 r. (Paris). Sprawa ta rzadko zdarza się u dorosłych, natomiast spotykamy ją u noworodków i dzieci w wieku szkolnym. Choroba jest zaraźliwą, spotykano nawet nagminne jej występowanie.

Głównie zdarza się na wiosnę i jesienią. Przy badaniu bakteryologicznem znajdujemy czyste hodowle dwoinki zapalenia płuc lub też dwoinkę z innymi drobnoustrojami.

**OBJAWY.** Odczyn zapalny łącznicy bardzo słaby, na białkówce zmian żadnych, sprawa występuje po obu stronach, z jednej strony może wygoić się, z drugiej przejść w stan przewlekły. Występuje w pierwszych dniach po urodzeniu równocześnie z nieżytem nosa, przedewszyst-

kiem zwraca naszą uwagę łzawienie obfite, rano powieki są trochę sklezione. U dzieci starszych odczyn zapalny jest trochę silniejszy, po 5 dniach jednak choroba ustępuje, rokowanie więc jest dobre. Gasparini widział mimo to owrzodzenia rogówki.

**ROZPOZNANIE** opiera się na ograniczeniu sprawy zapalnej do łącznicy powiek, szybkim przebiegu, równocześnie istniejącym niezycie nosa i obfitem łzawieniu. Badanie bakteryologiczne potwierdza rozpoznanie.

**LECZENIE.** U noworodków Parinaud ogranicza się do przemywań wodą borną lub maszczenia waseliną, później okłady z siarczanu cynku lub azotanu srebra 1%. Dzieci chore w szkołach należy oddzielać.

#### **D. Zapalenie rzekomobłoniaste.**

Rozróżniamy zapalenie błonnicze i rzekomo-błoniaste.

**Zapalenie błonnicze.** W postaci zwanej śródmiąższową powieki są obrzmiałe, twarde, nie dają się wyrwać, na brzegach i w kątach owrzodzone, krwawią. Łącznica lśniaca, prawie sucha, po nacięciu nie krwawi skutkiem nacieczenia włóknikowego. Stan ogólny zły; chorzy gorączkują, równocześnie może wystąpić błonica w innych miejscach. Po tym okresie następuje zgorzel i oddzielanie się strupów, wydzielina jest wtedy ropiasta, obfita; w okresie trzecim zabliznienia tworzą się często zrosty powiek. Przy badaniu bakteryologicznym znajdujemy l. błonnicze. Rogówka prawie zawsze ulega zniszczeniu skutkiem przymieszki drobnoustrojów (gronkowców i paciorkowców). Coppez (Bruksella 1897) zniszczenie rogówki przypisuje jadowi błonniczemu.

Przy leczeniu unikamy przyżegań, nacięć i t. p. ograniczamy się do gorących przepłukiwań 30–40° nalewką makowca (0,1 na litr) oraz maści 2% z jodoformem, wreszcie stosujemy surowicę przeciwbłoniczą.

Odmianę tego zapalenia stanowi wytwarzanie się nalotu na łącznicy bez zbytniego obrzęku powiek, przy obfitym wycieku ropnym, błonę usunąć można szczypczkami. Rozpoznanie opiera się na wykryciu l. Loeffler'a oraz wystąpieniu błonicy na innych śluzówkach. Leczenie jak wyżej.

2. Zapalenie rzekomo-błoniaste. Zwykle drobnoustroje ropotwórcze mogą wytwarzać na łącznicy błony rzekome. Rozróżniamy zap. powierzchowne, głębokie, przewlekłe wreszcie chemiczne.

a) Zap. rzekomo-błoniaste powierzchowne, niczem się nie różni od zwykłego zapalenia łącznicy prócz błon, oddzielających się z łatwością, wyciek obfitszy, niż w błonicy, śluzówka mało zmieniona. Znajdujemy różne drobnoustroje: gonokoki, dwoinki, l. Wechs'a, paciorkowce.

b) Zap. rzekomo-błoniaste głębokie. Błona rzekoma siedzi głębiej i przyrasta do łącznicy, po usunięciu błony ta ostatnia krwawi lekko, sprawa często przechodzi na rogówkę, a po wyleczeniu pozostawia zrosty. Wydzielina niezbyt obfita zawiera gonokoki, dwoinki z płuc, paciorkowce. Leczenie polega na przemywaniach gorących i stosowaniu maści jodoformowej; środków przyżegających i drażniących unikać należy.

c) Zapal. rzekomo-błoniaste przewlekłe (Valude); na łącznicy tworzy się gruba szara błona wywołuje małą wydzielinę i zawiera gronkowce.

d) Zap. rzekomo-błoniaste chemiczne rozwija się pod wpływem środków żrących (azotan srebra, sublimat, nadmanganian potasu). Wydzielina ropna ustaje, śluzówkę pokrywa szara przyrośnięta błona rzekoma, rogówka mętnieje. Rokowanie, o ile natychmiast wstrzymać działanie środka żrącego, nieźle, zastosować bezzwłocznie maść z waseliny z jodoformem, przepłukiwanie błękitem metylowym, wodą z opium, unikając dotknięcia rogówki szparyką.

### E. Jaglica (trachoma).

Jaglica jest chorobą zakaźną, występującą w okolicach niskich i wilgotnych u ujścia rzek, w Egipcie, Rosyi, Holandyi, nad Dunajem. Rozprzestrzenieniu jej sprzyja nędza, nieczystość, przeludnienie. Drobnoustrój właściwy nie został dotąd wykryty. Rozróżniamy 2 postaci: brodawkowatą i ziarnistą.

Pierwsza zdarza się częściej u dzieci małych po ostrym nieżycie łącznicy lub pierwotnie. Łącznica powiek jest wtedy zgrubiała, usiana brodawkami, ciemno czerwona, jakby malinowata; jest to nieżyt przerostowy, sprawa prawie nigdy nie przechodzi na łącznicę gałki i rogówkę.

Postać ziarnista zdarza się u dzieci starszych, cechuje się występowaniem na łącznicy ziarn szarych, napółprzezroczystych, przypominających ikrę żabią. Towarzyszy temu łzawienie, światłowstręt, sklejanie ranne powiek, a od czasu do czasu ostry nieżyt łącznicy. Sprawa przechodzi często na rogówkę, gdzie rozwija się łuszcзка i owrzodzenie. Po ustąpieniu ziarnistości rozwija się tkanka bliznowa skutkiem czego łącznica przyrasta do chrząstki, marszczy się, następuje wywiniecie lub zawinięcie powieki. Valude zaleca przy obostrzeniach przemywania z opium (0,1 gm, na 1 litr wody ciepłej) oraz przyżegania 2%—3% roztworem lapisu; w stanie przewlekłym zaś przyżegania pałeczką ałunu lub siarczanu miedzi. Przy powikłaniach ze strony rogówki wkraplanie atropiny (1:300) oraz ungn. hydr. praec. flavi (1%). Ziarna siedzące głęboko po nacięciu wyciskamy, poczem worek łącznicy przemywamy 1:2000 roztworem sublimatu i przyżegamy siarczanem miedzi.

Gruźlica łącznicy. Gdy do worka łącznicy dostanie się tą lub inną drogą l. gruźliczy, po wywróceniu powieki znajdujemy owrzodzenie o zarysach nie-



prawidłowych, ziarninujące, przy dalszym rozwoju gruczoly przeduszne ulegają powiększeniu. Na białkównce zamiast owrzodzenia rozwija się guzik twardy, szerzący się wgłąb powoli. Należy zniszczyć ognisko gruzlicze za pomocą wyluszczenia lub wypalenia. Na nieszczęście równocześnie występuje gruzlica w innych narządach, leczenie więc ma tylko znaczenie miejscowe. Gruzlica naczyńiówki powstaje na drodze zakażenia przez krew, jesteśmy wobec niej bezsilni, rozpoznanie więc ma tylko czysto kliniczne znaczenie.

#### F. Zapalenie worka łzowego.

U noworodków. Około 2 tygodnia życia występuje wyciek ropny, świadczący o nieżycie łącznicy, bezskuteczność jednak leczenia zwraca naszą uwagę, uciśkając wtedy worek łzowy widzimy, że przez otwory łzowe wychodzi ropa, w której często znajdujemy dwinki z płuc. Nos i okolica worka nie są obrzmiałe. Valudę w ropie z guza worka łzowego u noworodka znalazł czworniaka, w innym znów przypadku stwierdził przymiot dziedziczny. Zapalenie worka łzowego u noworodków ma zejście pomyślne, z chwilą ustalenia drożności dróg łzowych ustępuje wkrótce. Początkowo probujemy wycisnąć zawartość worka i wkraplać 1% roztwór siarczanu cynku, o ile to nie pomaga, dokonać należy nacięcia i kanał przesączkować, gdy i to zawodzi należy przestrzyknąć kanał spryczką Anel'a.

U dzieci sprawa powstaje przeważnie na tle zółzów, próchnienia kości itp. Objawów ostrych brak, u podstawy nosa znajdujemy guz, przy ucisku z punktów łzowych tryska ropa. Skóra uledez może zapaleniu i przedziurawieniu, tworzy się wtedy przetoka łzowa uporczywa. Choroba daje gorsze rokowanie, niż u noworodków. Należy rozszerzyć znacznie otwór łzowy, przemyć jamę,

wyłyzczkować, wyluszczyć i przypalić. Leczenie jest często bezskuteczne, nie należy też zaniedbywać leczenia ogólnego (tran, jodki) oraz wzmożonego odżywiania.

### G. Ciała obce w oku.

Ciała obce w oku zdarzają się bardzo często, zwykle znajdujemy tu pył, owady, kawałki kłosów, metali etc. Ciała względnie nawet wielkie mogą się mieścić w zatokach lub też między wyrosłami zapalnymi łącznicy, często się też zdarza, że dzieci z ciałami obcymi są leczone na zapalenie łącznicy, w każdym więc takim przypadku należy wywrócić powiekę górną, co u dzieci nie zawsze jest rzeczą łatwą. Po usunięciu ciała obcego należy przemyć worek łącznicy płynem przeciwnilnym i robić kompresy zimne.

Cięższe następstwa wywołują ciała obce w rogówce lub białkówce, skoro nastąpi zakażenie rany, rogówka mętnieje, tworzy się ropne zapalenie komory przedniej, owróżdzenie rogówki. Skoro rozwinię się ropówka oka, pozostaje wyluszczenie gałki ocznej lub cięcie. Ciała obce z rogówki usuwamy za pomocą przepalonej igielki.

### H. Zaćma.

Soczewka utracić może przezroczystość i staje się białą-szarą na powierzchni lub też pośrodku. Rozszerzając źrenicę za pomocą atropiny, zdajemy sobie sprawę ze stopnia zaćmy. Zaburzenia wzrokowe są stałe, stopień zależy od umiejscowienia zaćmy.

1. Zaćma wzrokowa. Zaćma warstwowa najcięższa występuje w postaci szarawej przezroczystej plamy okrągłej, wyraźnie oddzielającej się od części obwodowej, zabarwienie szaro-perłowe jest wyraźniejsze

na obwodzie, niż pośrodku, w części równikowej soczewka jest przezroczysta. Zaćmy malej, środkowej nie opisujemy, większa zaćma, nie wykluczająca widzenia przy rozszerzeniu źrenicy za pomocą atropiny wymaga dokonania wycięcia tęczówki od dołu i ku wewnątrz; tam gdzie jądro jest wielkie należy ją wydalić. Zaćmy biegunowe przednia i tylna zdarzają się bardzo rzadko, leczenie: wycięcie tęczówki. Zaćma mięka wrodzona widoczna wcześniej dzięki mlecznej barwie soczewki, musi być operowana.

2. Zaćmy nabyte. Pod wpływem białkomoczu i moczówki tworzy się zwykła zaćma mięka, która następnie uledek może zwapnieniu, ustępuje po zwykłym nakłuciu, o ile operacja dokonana zostanie wcześniej. Zaćma urazowa zdarza się po zranieniu rogówki (piórem, nożem, nożyczkami), drażącym aż do soczewki. Ta ostatnia szybko mętnieje, zwykłym zejściem jest zaćma mięka; przeczekać należy okres zepalny, zdarza się bowiem niekiedy wyzdrowienie samoistne. Zaćmy następcze (po zapaleniu tęczówki) z daleko posunięciem zniszczeniem oko pozostawiamy bez interwencji.

### I. Jaskra (glaucoma).

Jaskra cechuje się zwiększonymi wymiarami gałki ocznej, ciśnienie wewnątrzoczne jest wzmożone, białkówka obrzękła samoistnie lub skutkiem uwięźnięcia tęczówki po zniszczeniu rogówki. W postaciach pierwotnych znajdujemy objawy podrażnienia ciała rzęskowego; płyn w komorze przedniej ulega zmętnieniu, białkówka tworzy naokoło rogówki walek lub też cały odcinek przedni jest wypuklony, oko znacznie powiększone, tęczówka rozszerzona, a skutkiem zmian głębokich w oku wzrok osłabiony. Ciało szkliste mętnieje. Leczenie w przypadkach uwięźnięcia tęczówki polega na wcieraniu maści

z ezeryny 1 : 100, podawanie fosforanu wapnia do wewnątrz, wycięciu wreszcie tęczówki. W jaskrze pierwotnej u dzieci starszych dokonywamy sklerotomii, przekucia białkówki w celu obniżenia ciśnienia wewnątrzocznego. U dzieci ze skazą moczanową leczenie ogólne: dwuwęglan sodu, salicylan sodu, beńdźwinian lityny.

### J. Rak i mięsak oka.

Guzy oka zdarzają się bardzo rzadko, ale spostrzegano przypadki odnośne w pierwszych miesiącach i pierwszym roku życia, najczęściej był to mięsak. Spotykano również glejaki. Żrenica posiada odcień białawy i świeci jak oczy kocie nocą. Wzrok zniesiony, przy oświetleniu bocznem znajdujemy guz nierówny unaczyniony. Z czasem guz obejmuje całe oko, oczodół i jego ściany, może dalej szerzyć się na nerw wzrokowy i drążyć do mózgu lub przez powieki wystawać nazewnątrz. Przez skrzyżowanie nerwów sprawa może przejść na drugie oko.

Prócz mięsaka wewnątrz oka rozwijać się może mięsak i w oczodole, skąd rozszerza się na oko i sąsiednią zatokę. W przypadku Davisa u 2 $\frac{1}{2}$ -letniego dziecka guz wysadził gałkę oczną, po opróżnieniu oczodołu zaczął znów rosnąć szybko i sprowadził śmierć w ciągu miesiąca. Pomimo to zwlekać nie należy, ale wcześniej rozpoznać sprawę, która ma zresztą wiele podobieństwa do gruźlicy tęczówki.

### K. Gruźlica tęczówki i ciała rzęskowego.

PRZYCZYNY. Gruźlica oka najczęściej umiejscawia się w tęczówce. Gruźlica tęczówki zdarza się głównie u dzieci starszych, rzadziej u niemowląt: 2-letnich (Berthod) i rocznych (Perl).

Zakażenie pierwotne z łącznicy zdarza się rzadko, zwykle jest wtórne z gruczołów śródpiersia i płuc jak w innych umiejscowieniach tej sprawy. Van Duyse widział u 11-letniego dziecka gruźlicę tęczówki i ciała rzęskowego; które zmarło później z zapalenia gruźliczego opon, na zwłokach znaleziono zserowaciale i zwapniałe gruczoły oskrzelowe, skąd właśnie rozszerzyła się gruźlica. U 12-letniej dziewczynki (Péchin Gaz. hébd. 1900) gruzelki tęczówki rozwinęły się w następstwie dawnej gruźlicy kości, rozdęcia członczków wskaziciela prawego, w innym przypadku gruźlica tęczówki rozwinęła się w następstwie gruźlicy stawu biodrowego, w trzecim po gruźlicy kiści.

**OBJAWY.** Rozróżniamy kilka postaci: ziarniniaki—Graefe czyli guzy serowate po jednej tylko stronie, otoczone często gruzelkami prosowatymi i podobne do guza bez odczynu zapalnego z zejściem często pomyślnem. Lub też małe guziki szare, znikające na czas pewien, a nawet stale lub też ulegające zserowaceni i wywołujące zniszczenie przedniego odcinka oka, znajdujemy je głównie na zewnętrznym brzegu tęczówki (van Duyse) lub tylko w ciałku rzęskowym. Wreszcie może braknąć gruzelków, mamy wtedy zapalenie surowicze lub twórcze tęczówki. Dalej rozróżniamy postać łagodną wyleczalną i postać ciężką ropną, niszczącą, w tym ostatnim razie gruzelki powiększają się, wypełniając komorę przednią, sterczą nazewnątrz, rozciągają białkówkę. Bardzo rzadko wreszcie gruźlica przebiega jako jaskra ostra.

**ROKOWANIE.** Niekiedy możliwe jest wyzdrowienie samoistne, w większości przypadków rokowanie dla oka i stanu ogólnego złe.

**ROZPOZNANIE** trudne, wykluczyć należy przymiot dziedziczny, mięsaka, zapalenie gośćcowe tęczówki, zapalenie ogólne oka. W przypadkach wątpliwych zastrzykują 0,0001—0,0003 tuberkuliny Koch'a.

**LECZENIE.** Tam, gdzie podejrzewamy przymiot, leczenie swoiste, oko wyluszczamy tylko w przypadkach jaskry i guza grzybowatego, w pozostałych przypadkach wystarcza wycięcie tęczęwki, w ten sposób operował Wecker 5-letnie dziecko, a w 7-lat później stwierdził zupełną sprawność narządu. Toż samo wskazanie dają guzy serowate. W gruźlicy rozsianej Péchin radzi zupełnie wstrzymać się od zabiegu, gdyż uraz w czasie zabiegu grozi dalszym rozwojem choroby. Wogóle należy stosować raczej metodę wyczekującą.

### L. Zaburzenia w refrakcyi.

Oko normalne jest miarowe, promienie równoległe zbierają się na tym samym punkcie siatkówki. Do nieprawidłowości refrakcyi zaliczamy nadwzroczność, krótkowzroczność i niezborność (astygmatyzm).

1. **Nadwzroczność.** Przelamanie światła słabsze, niż normalnie, promienie nie schodzą się na siatkówce, nastawienie oczu musi poprawiać wadę refrakcyi, wyrównanie u dzieci trwa aż do czasu przepracowania wzroku, występuje wtedy niedomoga akomodacyjna. Niekiedy skutkiem przepracowania wzroku występuje zez zbieżny przejściowy. Oko nadwzroczne jest małe, ruchliwe, głęboko osadzone w oczodole. Rozpoznanie za pomocą skiaskopii Cuignet'a łatwe: cień źrenicy idzie w tym samym kierunku co i lustro. Leczenie polega na stosowaniu szkieł wypukłych, nie należy jednak poprawiać nadwzroczności całkowitej, pozostawiając część akomodacyi, szkła nosić należy stale.

2. **Krótkowzroczność.** Przelamanie światła silniejsze, niż normalnie, promienie krzyżują się przed siatkówką, obraz wyraźny otrzymujemy przy zbliżeniu przedmiotu. Oczywiście nastawienie oczu nie poprawia wady. Wadę rozpoznajemy dopiero w czasie nauk Krótkowzroczność może być wrodzona lub nabyta

i bez względu na pochodzenie może się zwiększać skutkiem przepracowania wzroku. W tym ostatnim razie grozi garbiak tylny, częściowy zanik naczyńówki, zmętnienie ciała szklonego (muszki latające), odklejenie siatkówki. W krótkowzroczności cień źrenicy idzie w kierunku przeciwnym ruchom zwierciadła. Oko krótkowzroczne jest wielkie, wypukłe, mniej ruchliwe niż u nadwzrocznych. Leczenie polega na stosowaniu szkieł wklęsłych. Dla zapobiegania należy zwracać uwagę na odległość książki i kajetów o 25 — 33 cm. oświetlenie ze stron obu wieczorem lampę pokrywać należy abażurem, papier powinien leżeć prosto i pisać należy prosto, ciało winno być wyprostowane, książki szkolne drukować drukiem czytelnym, wreszcie zajęcia powinny trwać krótko.

3. Astygmazym, Ponieważ promienie nie zbierają się w jednym punkcie, dziecko źle widzi zblizka i zdaleka, dla naprawy wzroku zalecamy szkła walcowate w celu poprawy oka w jednym z południków.

4. Anisometropia polega na tem, że stopień refrakcyi jest różny w każdym oku.

### M. Zez i porażenie m. oka.

1. W zezie oś wzrokowa oka tworzy kąt z osią przedmiotu. Zez może występować okresami, zwykle jest jednak stały, nazywamy go przemiennym, gdy chory patrzy naprzemian jednym lub drugim okiem, gdy jedno oko staje prosto, drugie zezuje, w jednym oku, zez zbieżny, gdy oko zwrócone jest ku wewnątrz, rozbieżny — ku zewnątrz, nieprawidłowości te wikłać się mogą zbyt wysokiem lub niskiem ustawieniem.

Obszar ruchów oczu jest normalny, skrzywienie pierwotne oka zezowatego równa się skrzywieniu wtór-

nemu oka zdrowego, widzenie jest pojedyncze, gdyż oko wykrzywione neutralizuje swój obraz. Dla rozpoznania zakryć należy oko ręką i pozostałym okiem patrzeć na przedmiot z odległości 30 cm., poczem odsłaniamy drugie oko, jeżeli oko ustawione poprzednio, skrzywia się, mamy dowód, że jest zezowate.

Przyczyny zezowatości nie są znane dostatecznie, niewątpliwie zależą od wad w refrakcyi i akomodacyi (Donders), zaburzeń mózgowych (Parinaud), obciążenia dziedzicznego (Valude), wreszcie od zmian w mięśniach oka.

Zez zbieżny głównie się zdarza u nadwzrocznych i rozpoczyna się między 3 — 4 rokiem po drgawkach, wysypkach, błonicy, durze itp., u młodzieży może ustąpić. Zez rozbieżny głównie u krótkowzrocznych i samostnie nie ustępuje.

Leczenie ortoptyczne może znaleźć zastosowanie tylko w zezie zbieżnym, okresowym i trwać musi latami. Zaczynamy od wkraplania atropiny przez 8 dni, aby ujawnić stopień nadwzroczności, poczem zalecamy szkła wypukłe i na godzinę lub 2 zasłaniamy oko zdrowe. Leczenie operacyjne usuwa zeszpecenie, ale nie przywraca widzenia dwuocznego.

2. W porażeniu m. oka widzimy zmniejszoną jego ruchomość, oko zdrowe zmniejsza się więcej niż chore, występuje widzenie podwójne. Oko traci ruch w kierunku mięśnia porażonego, aby przekonać się o tem, należy zasłonić oko zdrowe i kazać choremu wodzić okiem za przedmiotem, oko chore nie może iść za przedmiotem w stronę mięśnia porażonego, występuje zboczenie powolne, w oku zaś zdrowym wtórne w stopniu wyższym niż poprzednie. Nadto istnieją objawy wadliwej projekcyi, dzięki czemu dzieci potykają się o meble, przedmioty etc. Stałym objawem jest widzenie podwójne przy zwróceniu wzroku w kierunku mięśnia porażonego. Widzenie podwójne znika przy zasłonięciu lub zamknięciu



oka chorego; wykrzywając głowę w różnych kierunkach, dzieci unikają widzenia podwójnego. Dla rozpoznania widzenia podwójnego należy polecić prosto trzymać głowę i patrzeć na światło przez szkło barwne, dziecko widzi 2 światła różnej barwy, dzięki ułożeniu 2 obrazów można rozpoznać, który mięsień uległ porażeniu (diplopia homonyma, skrzyżowana). Skoro osi gałek ocznych rozchodzą się, mamy widzenie podwójne jedno imienne, w przeciwnym razie skrzyżowane. Dla rozpoznania mięśnia porażonego pamiętać należy, że odległość obrazów zwiększa się, skoro skierowujemy światło w kierunku mięśnia porażonego, zmniejsza, gdy światło idzie w kierunku odwrotnym.

Oto najczęściej zdarzające się porażenia:

A. Porażenie n. okoruchowego wspólnego (m. prosty wewnętrzny, górny, dolny mały skośny, unoszący powiekę górną, zwieracz tęczówki, m. rzęskowy). Razem otrzymujemy porażenie ogólne gałki ocznej: opadnięcie powieki górnej, skoszenie oka na zewnątrz i ku dołowi, osłabienie ruchów wewnętrznych, ku górze i dołowi, widzenie podwójne skrzyżowane, porażenie akomodacyi. Skoro porażeniu ulegnie m. prosty wewnętrzny, mamy skoszenie oka na zewnątrz, widzenie podwójne skrzyżowane, twarz zwrócona w stronę porażoną, m. prosty górny daje skoszenie oka ku dołowi, podwójne widzenie pionowe, twarz zwrócona ku górze; m. prosty dolny—skoszenie ku górze, widzenie podwójne pionowe, głowa ku dołowi.

B. Porażenie n. okoruchowego zewnętrznego lub m. prostego zewnętrznego. Osi widzenia skoszone ku wewnątrz, ruchy na zewnątrz osłabione, oko zdrowe wtórnie skoszone ku wewnątrz, głowa zwrócona w stronę porażenia, widzenie podwójne jednoimienne.

C. Porażenie m. boczowego i wielkiego skośnego. Skoszenie ku górze i wewnątrz, wtórne ku dołowi i ku wewnątrz, widzenie podwójne ku dołowi

i wewnątrz, obrazy jednoimienne jeden nad drugim, głowa opuszczona i zwrócona w stronę zdrową.

Rozpoznać należy czy porażenie jest obwodowe czy ośrodkowe: na podstawie (gruźlica, złamania podstawy) lub odnógach (zmiennie) lub wreszcie jądrowe.

Porażenie jądrowe może być wewnętrzne, skoro zajęty będzie m. tęczówki i rzeszka (porażenie akomodacyjnej), zewnętrzne, gdy będą porażone tylko m. zewnętrzne oka, całkowite, skoro ulegną porażeniu jedno i drugie (zap. szarej istoty mózgu).

Leczenie przyczynowe: przymiot, guzy, gruźlica.

## DZIAŁ VIII.

### Choroby skóry.

---

#### I. Obrzęki, twardzina noworodków.

Sprawy te opisuję razem, częstokroć bowiem brano je za jedno cierpienie, zresztą przyczyny, rokowanie i leczenie ich jest jednakowe. Pierwszy wyosobnił twardzinę Underwood, poczem poparł jego wywody Depault i Parrot.

#### 1. Obrzęk noworodków.

Obrzęk zarówno u noworodków, jak i u starszych, polega na nacieczeniu płynem wodnistym tkanki podskórnej. (Baillard, 1828).

PRZYCZYNY. Obrzęk bywa wrodzony u dzieci nieczesnych, zwykle jednak występuje już po urodzeniu, dzieci jednak tłuste, mocne, nie ulegają obrzękowi prawie nigdy, ulegają mu za to dzieci wątłe, nieczesne, obciążone przymiotem. Choroba zdarza się częściej zimą, w podniebiu zimnem, u klas biedniejszych, źle odzianych

i odżywianych, w przytułkach dla podrzutków etc. Kiedyś w tych ostatnich szerzyła się bardzo, w r. 1826 Billard na 5392 dzieci stwierdził ją w 240 przypadkach, z tych 50 z zejściem śmiertelnem, w 80 przypadkach stwierdzono żółtaczkę i u 50 biegunkę; choroba występowała u dzieci między 1—8 dniami życia. Skutkiem polepszenia warunków higienicznych ilość przypadków zmalała o  $\frac{1}{3}$  (Heyfelder).

Obrzęk noworodków uważano czas jakiś za obrzęk biały, bolesny (Dumas), jako przyczynę podawano również wady rozwojowe układu naczyniowego. W jednym przypadku równocześnie z obrzękiem wystąpiło porażenie porodowe prawego ramienia i znikło równocześnie.

Według Billard'a choroba jest zwykłym obrzękiem, podobnym do tego, jaki spotykamy u dorosłych i starców w chorobach serca, naczyń i płuc i dodaje: „Baron oddawna już uważa tę chorobę za obrzęk, zwykle nacieczenie surowicze tkanki podskórnej, objaw zaburzeń i przeszkód w obiegu krwi, sercu, płucach i wielkich naczyniach”.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Na przekroju ze skóry wycieka surowica z krwią zmieszana, krzepliwa; w płucach znajdujemy rozszerzenie naczyń często niedodmę, serce rozszerzone, zatoki opony twardej wypełnione krwią; niekiedy w jamach surowiczych znajdujemy przesięk, zmiany w kiszkaach, właściwe nieżyłowi i uwiądowi, a w jednym przypadku (Ballantyne) stwierdzono zapalenie nerek.

OBJAWY. Obrzęk występuje wkrótce po urodzeniu, rozpoczyna się od łydek, tylnej strony ud, rąk i narządów płciowych. Skóra blada, pozostawia ślad palca przy ucisku, złuszczenia normalnego nabłonka brak. Bardzo rzadko obrzęk bywa ogólny, wyraźniejszy jest na częściach pochyłych. Niekiedy skóra napięta i twarda. Ciepłota skóry niska, krążenie zwolnione, dziecko może zapaść

w śpiączkę. Obrzęk częściowy kończy się zwykle wyzdrowieniem, skóra wiotka jest blada i ruchoma, skóra napięta—sina, twarda, oporna, nie utrudnia jednak ruchów w stawach. Obrzękowi skóry towarzyszy często uwiąd, to też przy obniżeniu ciepłoty nie wiemy właściwie czy objaw ten przypisać pierwszemu, czy drugiemu. Oddech zwolniony, krzyk ostry, świszczący skutkiem lekkiego obrzęku głośni (Billard). Do powikłań zaliczamy żółtaczkę, nieżyt płuc, niedodmę i obrzęk, uwiąd, wreszcie szereg objawów nerwowych, poprzedzających śpiączkę.

Choroba rozpoczyna się między 1—50 dniem życia, Valleix najpóźniej spostrzegał ją u noworodków 4-dniowych zdarzały się jednak przypadki występowania w pierwszych tygodniach i miesiącach życia. Osobiście, np., spostrzegalem obrzęk rąk, nóg, przedramienia i podudzia u 3-mies. dziecka, karmionego sztucznie. Rokowanie w obrzękach ograniczonych nie jest złe, o ile warunki higieniczne są dobre. Zresztą rokowanie zależy od warunków otaczających, złe w przytułkach, lepsze w szpitalach, jeszcze lepsze w praktyce prywatnej. Cała sprawa sprowadza się do dobrego odżywiania i ogrzewania, w przeciwnym razie, dziecko ginie. Żółtaczka nie jest ciężkiem powikłaniem, natomiast zaburzenia ze strony oddechania, dają złe rokowanie.

LECZENIE. Wskazania: podnieść krążenie, ogrzewać niemowlę, pomagać wessaniu wysięku. Billiard zaleca zawijanie we flanelę ciepłą oraz nacierania spirytusem kamforowym, przeciw osłabieniu serca zaleca upust krwi. Obecnie zarzucono tę metodę, dajemy natomiast wyskok (kilka kropel w mleku), kofeinę, zalecamy wziewania tle-  
nu; dzieci umieszczamy w ogrzewalni, zawijamy w watę, do kołyski wstawiamy kamionki z wodą gorącą. Dla przyspieszenia wchłaniania zalecamy kąpiele gorczyczne i mięsienie za pomocą flaneli ogrzanej, nalewki arnikowej, oliwy, spirytusu kamforowego. Rozcierania robimy zdołu ku górze 2 razy dziennie po 5—10 m.

## 2. Twardzina noworodków.

Twardzina cechuje się stwardnieniem skóry, nieruchomością powłok, czem różni się od obrzęku.

**PRZYCZYNY.** Według Parrot'a, przyczyną główną jest uwiąd, nigdy bowiem nie widział twardziny bez uwiadu. Jest to choroba rzadsza, niż obrzęk skóry, spotykana nawet przez Parrot'a wyjątkowo. Zdarza się u dzieci wątłych, nieczesnych, poza tem odgrywa wśród przyczyn pewną rolę przeziębienie, zły nadzór, żywienie sztuczne. Knöpfelmacher (J. f. K. 1897) utrzymuje, że tłuszcz noworodków zawiera wogóle mało kwasu oleinowego, u dzieci zaś z uwiadem mniej, niż u zdrowych, to też ulega stwardnieniu, szczególnie przy odwodnieniu i obniżeniu ciepłoty. U dzieci po  $\frac{1}{2}$  roku nie spotykamy już twardziny skóry dzięki temu, że ilość kwasu oleinowego zwiększa się z wiekiem.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Skóra jest sucha, twarda, cieńsza, niż normalnie, z przekroju nic nie wycieka, w tkance tłuszczowej podskórnej przerost beleczek łącznotkankowych, zanik tłuszczu, naczynia są cieńsze, skręcone. Mamy więc do czynienia z zanikiem, a nie ze stwardnieniem, jak w stwardnieniu skóry u dorosłych. W trzewiach przekrwienie i szereg zmian, zależnie od powikłań, które spowodowały śmierć. U dzieci starszych jednak może wystąpić i stwardnienie skóry prawdziwe. (Bracq i Veillon Soc. de Derm. 1896—u  $7\frac{1}{2}$ -letniej dziewczynki).

**OBJAWY.** Twardzina występuje później, niż obrzęk 7—10 dnia po urodzeniu, poprzedzają ją objawy uwiadu. Parrot utrzymuje, iż twardzina szerzy się z dołu ku górze, od kończyn dolnych, może jednak rozpocząć się i od twarzy. Skóra twardnieje i tworzy z niżej leżącymi warstwami jedną całość, jak przy zamrożeniu, skóra jest si-

na, nieruchoma, traci prężność, skutkiem czego ruchy ciała są upośledzone, dziecko unosimy, jak jedno nieruchome ciało. W razie zajęcia twarzy jest ona nieruchoma, ssanie utrudnione. Równocześnie znajdujemy pleśniawki, rumień pośladków, biegunkę, uwiąd, oziębienie ciała, osłabieniu tętna i t. p. Po upływie 3—4 dni występują drgawki, śpiączka lub zapalenie płuc, będące sprawą końcową.

Rokowanie gorsze, niż w obrzęku, złe wogóle; niektórzy autorzy (Billiard i Valleix) uważają twardzinę za objaw końcowy.

LECZENIE. takie samo, jak w obrzęku noworodków.

## Rumień.

### I. Rumień zwykły noworodków.

Rumień zdarza się często u dzieci w pierwszych miesiącach życia, zwalanych ciągle moczem i kałem, źle odżywianych, zwalanych ciągle moczem i kałem, źle odżywianych, (smoczek, odstawienie przedwczesne). W tych razach rumień umiejscawia się głównie na pośladkach, udach i narządach płucnych, skąd jednak może rozszerzyć się na podudzie, stopę, a nawet na całe ciało. U dzieci z biegunką rumień umiejscawia się głównie w okolicy odbytu. Nie można jednak powiedzieć, aby dzieci zupełnie zdrowe nie ulegały rumieniowi, zdarza się on i u dzieci bardzo tłustych, szczególnie w fałdach skórnych na udach i szyi. Odmianę tę nazywamy wyprzałością, może ona ulegać owrzodzeniu, a niekiedy pokrywać się nalotem blicicowatym. Meyer w wyprzałości stwierdził obecność drobnoustroju, który nazwał *micrococcus intertriginis* Rossbach (The N. I. m. J. 1899). W powstawaniu oraz obostrzeniu rumienia odgrywają rolę nie tylko wpływy zewnętrzne, ale i we-

wewnętrzne (samozatrucie), te ostatnie niekiedy grają nawet rolę główną.

Rumień początkowo występuje w postaci plam czerwonych lub różowych, znikających pod palcem i krótkotrwałych, plamy te ustępują bez śladu lub też pozostawiają po sobie nieznaczne łuszczenie otrębowate, wreszcie nadżerki krwawiące i bolesne, rozpadliny, pęcherzyki i mniej lub więcej wystające grudki.

Widzimy z tego, że zmiany początkowe zaledwie zasługują na uwagę, dalsze jednak są poważne, a w następstwie wielokroć widziałem w fałdach szyi, uda i odbytu trudno gojące się owrzodzenia.

Nie zawsze rumień pośladków wywołuje łuszczenie otrębowate, częstokroć skóra łuszczy się płatami, jak w zapaleniu złuszczącym, w ciągu kilku miesięcy. Płonicowate to łuszczenie zdarza się względnie rzadko.

U dzieci osłabionych, chudych, z zanikiem, rumień wywoływać może ciężkie zmiany w skórze, rany i zgorzel pośladków, kostek, pięt i wikłać się może różą, niebezpieczną już samą przez się.

Rumień jest chorobą rozwoju, zdarzającą się u niemowląt, po odstawieniu zaś rzadko. Przyczyną główną jest złe żywienie, zwykle poprzedza go biegunka, z chwilą unormowania wypróżnień znika, przewidzieć zaś go można z chwilą, gdy wystąpią stolce zielone. Te ostatnie, kwaśne i płynne, najprzód działają na brzegi odbytu, a następnie na sąsiednią skórę.

Zwrócić muszę jednak uwagę, że nie tylko biegunka, ale i zaparcie stolca może niekiedy wywołać rumień, który zresztą występuje nie tylko przy karmieniu sztucznym, ale i naturalnym. Zbyt stary, lub zbyt obfity pokarm wywołać może rumień, zwykłą w tych razach przyczyną jest używanie przez karmicielkę wysokoku oraz pokarmów ostrych.

Rokowanie co do samej choroby nie jest ciężkie, wskazuje ono jednak na to, że dziecko znajduje się w



złych warunkach higienicznych, które zmienić należy. Przed zastosowaniem zatem leczenia miejscowego należy unormować żywienie, ograniczyć ilość i częstość karmienia (7—8 razy na dobę) usunąć pokarmy nieodpowiednie, podawać bismut w biegunkach. Prócz zachowania jaknajwiększej czystości zalecamy środki wchłaniające (próchno) oraz przeciwgnilne kąpiele z odwaru liści orzechowych, niekiedy sublimatu (1—2 gm. na kąpiel). Zwykle najlepiej działa przysypka.

## 2. Rumień grudkowy.

Rumień grudkowy występuje u niemowląt starszych od 2—25 m., rozpoczyna się małymi plamami czerwonymi, rozsianymi lub zebranymi około odbytu i narządów płciowych. Na plamach tych wkrótce występują pęcherzyki pękające i zasychające niebawem w łuski. Następstwem rumienia mogą być nadżerki powierzchowne, a nawet owrzodzenia. Te ostatnie są następstwem rumienia skutkiem zetknięcia z moczem i kałem. Wreszcie skutkiem podrażnienia stałego następuje rozrost skóry i tworzą się okrągłe grudki wielkości łebka szpilki lub soczewicy różowe, brunatne lub sinawe. Grudki nie zlewają się, ale są rozsiane, pozostawiając zdrowe przestrzenie skóry. Jacquet i Sevestre utrzymują, że są to grudki rzekome, brak bowiem nacieczenia skóry. Rumień grudkowy po nadżerkach, uważany za przymiot soczewicowaty przez Parrot'a, rozwija się na pośladkach, tylnych powierzchniach ud, goleni, mosznie i wargach wielkich. Dzieci zachowują pozory zdrowia, dzięki czemu sprawa nie jest groźną.

Jednym słowem nadżerki w następstwie rumienia u dzieci mogą mieć zejścia różne: goją się bez śladu, powodują rozrost w postaci grudek, wreszcie przechodzą w owrzodzenia.

Rozpoznanie jest dość trudne, trudno wykluczyć przymiot, szczególniejszą postać soczewicowatą, chyba na zasadzie braku innych jego objawów: nieżyty nosa, rozpadlin kątów ust, stanu ogólnego.

U noworodków zdarza się jeszcze inna odmiana rumienia grudkowego: erythema vacciniforme — są to grudki okrągłe, owrzodzone lub pokryte strupem, otoczone wiankiem szarawo-białym z obwódką różową, postać ta jest uporzeczywsza od poprzedniej. (Feulard, France méd. 1887).

Leczenie: zachować czystość, często zmieniać pieluchy, dokonywać często przesypek, wreszcie stosować kąpiele sublimatowe, a przedewszystkiem dobrze karmić.

### 3. Rumień potowy, potówka.

Potówką nazywamy wysypkę pęcherzykową na tle czerwonym, zdarza się ona bardzo często u dzieci po 2-gim roku życia skutkiem gorąca i potu, stąd też występuje w okolicach, wydzielających najwięcej potu. Dzieci, np. z ciągle spoconą głową i twarzą, jakby maską pokryte są wysypką rumieniowo-pęcherzykową. Nadmiar płynów wzmagają cierpienie, toż samo rzecz można o zbyt ogrzanych mieszkaniach i zbyt ciasnym ubraniu. Potówka umiejscawia się głównie na twarzy, na szyi, na piersiach i plecach, poprzedza ją pocenie nadmierne. Początkowo występują ostre lub zaokrąglone pęcherzyki małe, zlewające się, początkowo przezroczyste, później mętne, szybko wysychające i zostawiające po sobie łuszczenie otrębowate; skóra nieco swędzi; niekiedy brak rumienia, a wysypka jest zupełnie biała (sudamina).

Zaznaczę tu jeszcze dwie postaci, które spostrzegalem u dzieci. Pierwsza jest wysypką, zlewającą się, występującą na bocznych powierzchniach palców i wywołującą silne swędzenie, przy nakłuciu wycieka z pęche-

rzyków płyn przezroczysty, jest to *disidrosis* Tilboury-Fox'a; wysypka zdarza się latem i często ulega nawrotom. Drugą spostrzegalem u 2 dziewcząt 6 i 14-letnich w 1890 r. skóra jaszczurowata na twarzy i rękach,, wznoszenie naskórka, które daje przy gładzeniu wrażenie nierówności liczynek, przy ukłuciu igłą płyn nie wycieka, swędzenie silne, zaczerwienienia brak; cierpienie zdarza się przeważnie latem, przy obfitem użyciu napoi i obfitem poceniu.

Wysypki potowe ustępują szybko, czem różnią się od pryszczycy, ale ulegają za to częstym nawrotom.

LECZENIE polega na kąpielach z krochmalu, wcieraniu maści z tlenkiem cynku (1:10), lepiej działa pudrowanie próchnem, talkiem i kwasem bornym w równych częściach. Jako środek zapobiegawczy zalecam ubiór lekki, przestronny, unikanie napojów, jednym słowem obfitego wydzielania potu.

#### 4. Odziębienia.

Odziębienie jest odmianą rumienia, powstaje pod wpływem zimna i mrozu i występuje w postaci plam sinych, zimnych, okrągłych lub nieprawidłowych na rękach, stopach, nosie i w uszach.

PRZYCZYNY. Odziębienie zdarza się u dzieci starszych, rzadziej u młodzieży, usposabia doń skaza limfatyczna, moczanowa oraz siedzący tryb życia. Przyczyną wywołującą jest zimno, jest to choroba zimowa, ustępująca na wiosnę i odnawiająca się z chwilą wystąpienia mrozów. Wypadkowo zdarza się u dzieci źle odzianych.

OBJAWY. Na rękach i stopach znajdujemy plamy nieco wzniesione, sine, płaskie, szerokie, głównie na tylnych powierzchniach palców. Skóra jest sina, zimna, często tworzą się rozpadliny, pęcherze, a nawet owrzodzenia głębokie i zgorzel, ta ostatnia głównie na końcach pal-

ców nóg, to też początkowo choroba jest podobna do choroby Raynaud'a. Przechodząc z zimnego do ogrzanego pokoju lub odwrotnie dziecko uczuwa silne swędzenie, palenie; cierpienia te wzmagają się szczególnie nocą, zmuszając dzieci do drapania. Choroba słabnie lub ulega nasileniom, zależnie od stanu ciepłomierza. Tam, gdzie wystąpią rozpadliny, choroba trwa całą zimę. Niewinna sama przez się choroba jest jedną z najprzykrzejszych, a o ile zbyt się rozszerza, staje się nawet poważną. Rokowanie zależy od przypadku. W jednym przypadku sprawa ogranicza się do kilku plam przejściowych w czasie silnego mrozu, w innych ręce są obrzękłe, posługiwać się nimi można z trudnością, stopy są tak bolesne, że trudno wdziewać obuwie.

ROZPOZNANIE łatwe, wykluczyć jednak należy rozdęcie palców (*spina ventosa*), (brak zgrubienia kości); wilk rumieniowy trwa stale, podczas, gdy odziębienie występuje tylko zimą; przyznać trzeba, że postaci zgorzelinowe odziębien różnią się mało od choroby Raynaud'a, mogą bowiem występować symetrycznie. Legroux sprawie tej poświęcił pracę specjalną. (Soc. derm. 1892).

LECZENIE ogólne i miejscowe, dzieciom zółzowatym, limfatycznym, zalecamy tran, syr. ferri jodati, nadto odziewamy je ciepło i zalecamy nosić rękawiczki i wełniane pończochy, myć je należy wodą ciepłą lub odwarem liści orzechowych. Obmywania spirytusem kamforowym łagodzą cierpienie, to samo rzecz należy o pędzlowaniu nalewką jodową, co 2—3 dni, przy pęknięciach stosujemy glicerynę, empl. zinizi oxyd, de Vigo, zalecam również obmywania 2 razy dziennie mieszaną: glicerini, aquae rosarum: a na 50,0 tannini 10,0.

## 5. Oparzenia.

Oparzenia skóry i śluzówek powstają pod wpływem działania bezpośredniego gorąca, zmiany przez nie wy-

wołane są podobne do zmian, wywołanych przez zimno lub ciała żrące.

**PRZYCZYNY.** Promienie słoneczne mogą powodować oparzenie powierzchowne, częściej wszakże oparzenia powstają skutkiem zetknięcia z gorącymi gazami, płynami i ciałami stałymi. U dzieci najczęściej zdarza się oparzenie wodą gorącą, zresztą niepodobna wyliczyć warunków, w jakich oparzenie nastąpić może. Oparzenia zdarzają się wyjątkowo u niemowląt, często po odstawieniu, skoro dziecko zacznie chodzić i dotyka się wszystkiego, co mu wpadnie pod rękę, oczywiście zdarza się częściej u dzieci źle strzeżonych.

**OBJAWY.** Oparzenia według Dupuytren'a dzielimy na 6 stopni: 1-o rumień zwykły, 2-o pęcherze, 3-o zniszczenie części skóry, 4-o zniszczenie całej skóry, 5-o zgorzel części miękkich i 6-o zwęglenie całkowite. Nie tylko jednak rokowanie zależy od głębokości, ale i od przestrzeni oparzenia, oparzenie np.  $\frac{1}{2}$  ciała choćby drugiego stopnia jest śmiertelne, dziecko wśród ogólnego podniecenia i drgawek lub też w stanie zamartwiczym umiera na 2 — 3 dzień. Oparzenia ograniczone dają lepsze rokowanie, stopień wszakże zapalenia nie zawsze się udaje rozróżnić. W każdym razie, pęcherze, wypełnione surowicą przezroczystą, wskazują na stopień drugi oparzenia, gojący się bez blizny, mętna lub krwawa zawartość wskazuje na stopień 3-ci gojący się blizną. Strup głęboki, pozbawiony jest czucia, otoczony skórą obrzęką. Zwykle równocześnie znajdujemy oparzenia różnych stopni. W niektórych okolicach ciała, głównie na twarzy, oparzenie wywołuje olbrzymi obrzęk, szczególnie powiek, ból w czasie opatrunku silny. W wyższych stopniach oparzenia stan ogólny zły, chorzy gorączkują, są wyczerpani i podnieceni. Po tej gorączce urazowej występuje drugi okres gorączkowy w czasie ropienia, czemu sprzyjały dawne opatrunki. Blizny po oparzeniach wywołują zniekształce-

nia, np. wywrócenie powiek, skrzywienie szyi, unieruchamiają stawy, zwązają szparę oczną, otwór odbytnicy, powodują zrosty palców, etc. Stosując opatrunki przeciwgnilne, ograniczamy ropienie, a blizny przy zagojeniu są powierzchowne. (Nageotte. Obszerne oparzenia wywołują przekrwienie i zapalenie trzewiów (płuc, kiszek, owrzodzenia dwunastnicy). Oparzenia jamy ustnej i gardzieli (polykanie zbyt gorących płynów) wywołują obrzęk i zaczerwienienie, niekiedy ostry obrzęk głośni, w następstwie zaś zwięzienie przetyku.

**LECZENIE.** Przeciw objawom ogólnym wziewanie tlenu i wstrzykiwanie surowicy sztucznej, kąpiele gorące, zawijania w watę wyjałowioną. Miejscowo po staranem oczyszczeniu skóry opatrunek przeciwgnilny suchy lub wilgotny. Na szerokie przestrzenie ziarninujące przeszczepiamy kawalki skóry.

## 6. Nasłońcowanie.

Promienie słoneczne wywołują niekiedy oparzenia powierzchowne, rumień, sprawę łagodną w większości przypadków na szyi, twarzy, rękach etc. Skutkiem długotrwałego działania słońca występuje opalenie skóry. Wreszcie silne upały latem mogą zarówno u dzieci, jak u dorosłych wywołać chorobę ciężką — porażenie słoneczne.

**PRZYCZYNY.** Rumień z nasłońcowania zdarza się głównie u dzieci miejskich, nieprzywykłych do słońca i otwartego powietrza, opalenie następuje po dłuższym pobycie na wsi, w górach i nad morzem, nawet przy umiarkowanej ciepłości. Przeciwnie, porażenie słoneczne zdarza się wyłącznie podczas upałów, niemowlęta są bardziej narażone, na skórze brak wtedy wszelkich objawów.

**OBJAWY.** Nasłońcowanie występuje nagle; po kilkunowem pobycie na świeżem powietrzu, na twarzy znaj-

dujemy zaczerwienienie, oczy są nastrzyknięte, skóra swędzi. Ciepłota miejscowa podwyższa się, ogólna 38—38,5°. Rumień może wystąpić w rozmaitym stopniu: proste zaczerwienienie lub obrzęk na całej twarzy lub też tylko czole, policzkach, nosie, szyi, rękach etc. Po 2 — 3 dniach skóra łuszczy się. Opalenie wywołuje brunatne zabarwienie skóry na twarzy, szyi, rękach etc. lub też plamy, podobne do ostudy, znika po przejściu lata lub powrocie do miasta. Porażenie słoneczne wywołuje objawy o wiele groźniejsze. Irving Snow (Arch. of. Ped. 1898) w Buffallo w lipcu 1897 r., w czasie bardzo gorącego lata zaznacza 24 zgonów z porażenia, z tych 12 u niemowląt 6 m. i 7 m. Porażenie wywołało c. 41, drgawki, zapaść.

Rozpoznanie łatwe.

LECZENIE. Kąpiele chłodne 28—25°, zawijania zimne, wlewania do kiszki, zastrzykiwanie surowicy w zapaści, strychnina, sparteina i wziewanie tlenu.

## 7. Rumień guzowaty.

Rumień guzowaty cechuje się występowaniem plam czerwonych, pokrywających guzy w skórze lub tkance podskórnej (Paulouch. Erytheme nouveaux chez les enfants Paris, 1901).

PRZYCZYNY. Choroba zdarza się rzadko w pierwszym roku życia, najmłodszy z moich chorych mieli 12 — 14 miesięcy, największa zaś ilość spostrzeżeń dotyczyła wieku od 5—10 lat. Rumień guzowaty występuje w postaci wysypki ostrej, zdaje się więc, że jest chorobą zakaźną, dermatolodzy często biorą ją za rumień wielopostaciowy, nie mogą jednak zgodzić się na ten pogląd, znajdowałem bowiem u dzieci wyłącznie rumień guzowaty bez innych postaci. Stosunek do gościca nie został ustalony i mimo zdarzających się w przebiegu rumienia guzowatego bólów stawowych, nie ma on z gościcem nic wspólnego. Boi-

geses i Moncorvo opisywali runień guzowaty na tle zimnicy, a Para i Moussous przypadek przeniesienia choroby z dziecka na dziecko.

Kaposi zwraca uwagę na wpływ pory roku (wiosna i jesień), na 32 spostrzeżenia własne 19 zdarzyło się między październikiem, a marcem, 13 między kwietniem, a wrześniem, według Kaposi'ego choroba częściej zdarza się u dziewcząt, na 32 własne spostrzeżenia było 16 chłopców i tyleż dziewcząt. Mantle (Ass. med. Brit. 1887) opisuje drobnoustrój, którego jednak inni nie znajdowali. Sprawa wreszcie może wystąpić wtórnie w gruźlicy, odrze, płonicy etc.

**OBJAWY.** Chorobę zwykle poprzedzają na dni kilka zwiastuny w postaci niedomagania, utraty łaknienia, gorączki zwalniającej lub przepuszczającej. Dzieci są blade, osłabione, przygnębione, lekarz waha się z rozpoznaniem, dopóki nie wystąpi na skórze charakterystyczna wysypka. Przedewszystkiem znajdujemy ją na wewnętrznej stronie i grzebieniu podudzia, rzadziej na udach, powyżej kolana, przedramieniu i ramieniu oraz pośladkach. Guzy wystają i są czerwone, wielkości orzecha i okrągłe lub też płaskie, w początkach zwykle bolesne. Bóle samoistne występują niekiedy wzdłuż kończyn i w stawach. Wysypka powtarzać się może z kilku nawrotami, ilość jednak guzów jest ograniczona do 2—3, najwyżej 15—20. Silne zaczerwienienie ustępuje wkrótce i barwa zmienia się, jak w wylewach krwawych. Po ustąpieniu guzów pozostaje żółto-zielone zabarwienie, świadczące o przebytem cierpieniu.

Choroba trwa 2—3 tygodni, niekiedy dłużej. Okres zdrowienia trwa dłużej, niż sama choroba, dzieci są blade, anemiczne i odzyskują po dłuższym dopiero czasie łaknienie i siły. Ciepłota w czasie choroby niezbyt wysoka: 38—38,5°, według Rondot'a 40—40,5°. Osobiście u dzieci nie spotykałem powikłań, u dorosłych jednak zdarza się zapalenie wsierdzia i osierdzia, przekrwienie płuc,



zapalenie płucny. U 14-letniej dziewczyny stwierdziłem nawrót po roku.

Rumień guzowaty niekiedy ma przebieg nagminny i zakaźny. Appert (Corr. Bl. Schw. 1890) podaje następujące spostrzeżenie: rodzina z 11 osób, zamieszkuje wilgotne, ciasne mieszkanie, na 9 dzieci 7 zmarło w ciągu tygodnia, pierwsze miało rumień z nieżytem oskrzeli, drugie z nieżytem płuc, trzecie z zapaleniem płuc, czwarte stan durowy bez rumienia, piąte rumień z gorączką przepuszczającą, szóste rumień ze stanem durowym, siódme rumień z biegunką, nieżytem oskrzeli, a później zapaleniem opon.

**ROZPOZNAWANIE.** Rumień guzowaty różni się umiejscowieniem od przejściowych, objawowych guzów w gościcach, od pokrzywki brakiem swędzenia, umiejscowienia i gorączką, ziarniniaki przymiotowe (gumaty) są okrągłe, nie czerwone i przy ucisku nie bolesne.

**LECZENIE.** W początkach środek czyszczący, później w razie gorączki siarżan chininy i jodek potasu. Chory powinien pozostać w łóżku, pobyt nad morzem lub na wsi.

## 8. Guzy gościcowe.

Guzy gościcowe są to małe guziki twarde, okrągłe występujące u dzieci pod skórą w czasie gościca ostrego. Ciekawe pod tym względem spostrzeżenia podają Fitcher, Lindmann, Barlow, Weill i Galavardin, Josias i inni. (Nissim Davicion. Thèse de Paus 1901).

**PRZYCZYNY.** Choroba występuje między 5—15 rokiem, ku końcowi gościca stawowego, niekiedy bez objawów ze strony stawów, świadczy jednak o gościcu zawsze. Im dziecko starsze, tem choroba zdarza się rzadziej. Częściej występuje u chłopców.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Guzy znajdują się pod skórą.

ra, często na ścięgnach i okostnie, składają się z tkanki łącznej z koimórkami okrągłymi, leukocytami wielojądrowymi i rozszerzonymi naczyniami; niekiedy guzy są nacieczone wysiękiem klejowatym lub też ulegają przeistoczeniu w chrząstkę albo zwapnieniu, dzięki czemu wchłanianie jest utrudnione. Skóra nad guzami jest normalna.

**OBJAWY.** W różnych okolicach ciała, na palcach w dolnej części przedramienia, naokoło łokcia lub kolana i t. p. znajdujemy ziarenka wielkości łebka szpilki do ziarna konopi, a nawet orzecha, o ile leżą powierzchownie widzieć je można okiem gołym. Na dotyk nie są bolesne, nie wywołują również bólów samoistnych. Hość guzów bywa rozmaita od 10—30, niekiedy 100 i więcej, wysypywać mogą kilkakrotnie. W okresie wysypki zapalenie stawów już ustąpiło lub osłabło, częstokroć jednak współcześnie mamy zmiany we wsierdziu lub płasawicę. Obecność ich świadczy o ciężkości gośceca. Czas trwania długi, od dni kilku do kilku miesięcy zwykle jednak ulegają doszczętnemu wessaniu.

**ROZPOZNAWIE** dość trudne, wykluczyć należy gruczolę, rumień guzowaty (uniejscowienie, gorączka, bolesność, zaczerwienienie skóry), rumień twardy dziewcząt (występuje na łydkach w postaci szerokich guzów i trwa długo rozwija się jak gumaty), wyrośli kostnych (związanych z kością i leżących głębiej), guzów przejściowych gościcowych (zbliżonych do pokrzywki olbrzymiej); guzy wreszcie Haberdena'a i tłuszczaki wykluczyć łatwo.

**LECZENIE.** Leżenie w łóżku, salicylan sodu, jodek potasu, później arsenik.

## 9. Rumień wielopostaciowy.

Rumień wielopostaciowy jest chorobą zakaźną i zblizoną do r. guzowatego, cechuje się jednak różnorodnością

wysypek o podstawie rumieniowej (zaczerwienienie, guzy, pęcherzyki, pęcherze etc.).

PRZYCZYNY. Choroba wogóle rzadka, zdarza się jednak częściej u dzieci starszych. Zwracano uwagę na wpływ pory roku, zimna, zatrucia pokarmami i lekami, niewątpliwie też rolę ważną odgrywają w pewnych przypadkach zaburzenia w trawieniu; choroba raczej jest samozatruciem, niż zakaźną; mimo zdarzających się w przebiegu r. wielopostaciowego bólów stawowych, sprawa nie ma nic wspólnego z gośćcem.

OMAWY. Przed wystąpieniem wysypki chory skarży się na ogólne niedomaganie, niekiedy jednak wysypka jest pierwszym objawem choroby, znajdujemy wtedy plamy czerwone lub nieco wzniesione, jak w pokrzywce, wciągnięte po środku symetrycznie na nogach, rękach, twarzy i szyi. Tylna powierzchnia rąk może być w całości pokryta wysypką kolistą, sinawą, bledniejącą przy ucisku. Jednocześnie twarz i napletek mogą być obrzękłe, częstokroć wysypka występuje na powierzchni wewnętrznej warg, jamy ustnej i gardzieli. Bardzo wczesnie występuje wielopostaciowość, zarówno co do postaci, jak barwy i wymiarów. Mamy więc rumień mały, okrągły, wielki, owalny, nieregularny, czerwony, sinawy, wybroczyny etc. Występują też pęcherzyki, lub pęcherze, niekiedy krwotoczne; mamy więc rumień prosty, grudkowaty, obrzeżony, pęcherzykowy i pęcherzowy etc. Skoro pośrodku plamy wystąpi pęcherzyk lub pęcherz nazywamy to opryszczką (hydroa). poza tem na skórze możemy znaleźć pęcherze bez rumienia.

Po 8—15 dniach wysypka blednie, pozostawiając zabarwienie lub łuszczenie naskórka. U dzieci sprawa kończy się pomyślnie bez powikłań. Jeżeli nastąpi powtórna wysypka, sprawa ciągnąć się może miesiącami. W każdym przypadku zwracać należy uwagę na mocz i serce, opisywano bowiem w przebiegu tego rumienia zapalenie nerek, płuc, opłucny, oskrzeli i osierdzia.

**ROZPOZNAНИЕ.** Wielopostaciowość (plamy, pęcherzyki, grudki, pęcherze), umiejscowienie na odkrytych częściach skóry (twarz, ręce), dostatecznie wyróżniają rumień wielopostaciowy od guzowatego, wykluczyć jednak należy przymiot, odziębienia, chorobę Raynaud'a, pokrzywkę, gorączki wysypkowe, różyczkę.

**LECZENIE.** Dieta mleczna, leżenie w łóżku, usunięcie trunków i pokarmów ostrych. Do wewnątrz kalomel i antyseptyki kiszkowe (benzonaftol). Miejscowo: pudrowanie powierzchni chorej, lepsze, niż stosowanie maści i płynów, które skutkiem wymoknięcia naskórka mogą sprzyjać owrzodzeniom.

## 10. Rumień twardy u młodych dziewcząt.

Pierwszy opis tej choroby znajdujemy u Bazin'a, polega ona na występowaniu na łydkach plam twardych i grubych z rumieniem na powierzchni.

**PRZYCZYNY.** Choroba zdarza się wyłącznie u dziewcząt w okresie rozkwitu, zmuszonych stać długo przy pracy. Spotykamy ją więc głównie u praczek i prasowaczek, a według Thieberge'a u telefonistek i panien z magazynów. Nie sama tylko profesya jest przyczyną, większość bowiem dziewcząt chorych była dotknięta skazą limfatyczną i zółzami. Osobiście raz spostrzegalem chorobę u dziewczynki 5-letniej z ziarniniakami gruźliczemi, rozsia-nemi po całym ciele.

**OBJAWY.** Choroba ma przebieg powolny, drętwy, bezbolesny. Na jednej lub obu łydkach znajdujemy jedną lub kilka plam bezbolesnych z ciepłotą normalną, pod plamami temi przy obmacywaniu znajdujemy stwardnienie, przypominające twardością mięso zamrożone. (Thieberge) z nieściśle ograniczonymi zarysami, wielkości różnej, nigdy jednak plamy nie przekraczają granic łydki i nie przechodzą ani na boczne, ani na przednią część podudzia;

w jednym tylko przypadku Thiebergie widział plamy na udzie. Zmiany powyższe rozwijają się powoli i nie okazują tendencji do samoistnego rozejścia; w końcu jednak znikają bez śladu, ulegają jednak nawrotom i wobec tego trwać mogą lat kilka, dopóki trwa zajęcie, które je wywołało. Po wyleczeniu pozostaje wklęsnięcie na skórze prawdopodobnie skutkiem zaniku tkanki łącznej podskórnej, zdarza się jednak i zejście w ropienie z następczem tworzeniem blizn. Bądźco bądź choroba nie jest ciężką, jest czysto miejscową i ustaje z usunięciem przyczyn wywołujących, wskazuje jednak na usposobienie limfatyczne osobnika.

**ROZPOZNANIE** łatwe, gdy weźmiemy pod uwagę pleć, wiek i zajęcie, nie mówiąc już o opisanych wyżej zmianach, rumień guzowaty bowiem jest chorobą ostrą, a guzy występują głównie na przedniej stronie podudzia, guzy przemijające gościcowe różnią się zarówno przebiegiem, jak i postacią, guzowatości wskutek zatrucia jodem rozsiane są po całym ciele, guzy zaś przymiotowe i żółtawe nie są rumieniowe i w końcu ulegają rozmiękczeniu, z początku więc tylko możliwe są omyłki. Nadmienić jednak należy, że gdy sprawa kończy się ropieniem, blizna jest podobna do przymiotowej.

**LECZENIE.** Osobnikom żółtawym lub limfatycznym zalecamy środki wzmacniające: tran, żelazo, jod, równocześnie jednak spokój, a tam, gdzie sprawę wywołało stanie, bezwzględne porzucenie zajęcia; miejscowo stosujemy plaster de-Vigo, mięsenie etc. Thieberge zaleca głębokie przyżeganie galwano-kauterem.

## 11. Rumień zakaźny wtórny.

Rumień występuje w wielu chorobach zakaźnych w różnej postaci, prawdopodobnie skutkiem wydzielania się jądów przez skórę (najczęściej jad paciorkowcowy).

**Błonica.** Rumień w przebiegu błonicy został zbadany dokładniej przez G. Seé (1858), Hutinel'a i Mussy (Paris, 1891), jest on wielopostaciowy, odrowaty, płonicowaty, plamicowaty, zwykle trwa krótko, stąd też częstość jego występowania podają na 5—20%. Występuje w początkach lub w końcu choroby i pogarsza rokowanie. Trwa krótko 3—4 dni, rozpoczyna się od dłoni, łokci, kolan, pośladków, nigdy nie występuje na twarzy. Rumień wielopostaciowy rozpoczyna się małymi plamami, lub też szerokimi plamami z łukowatymi brzegami, środkiem bladym, które zlewają się z sobą. Wysypka powtarza się może kilkakrotnie, niektóre z wykwitów wystają nad powierzchnią skóry, swędzenia brak. Wysypka odrowata występuje w postaci plamek drobnych, okrągłych lub z brzegami postrzępionymi, półksiężycowatych, łukowatych, oddzielonych skórą zdrową. Wysypka płonicowata występuje odrazu jako taka lub powstaje ze zlania szerokich plam rumienia wielopostaciowego, umiejscawia się na rękach lub nogach i tułowiu, nigdy na twarzy, oszczędza śluzówek, czem różni się od plonicy; po wysypce skóra łuszczy się. Wysypka wczesna nie wywołuje podwyższenia ciepłoty, a przynajmniej określić trudno, skąd gorączka powstała. później sama wysypka powoduje ponowne podwyższenie ciepłoty.

**Dur brzuszny.** Forget, Murchison, Raymond, Lövy, Hutinel, Marin i Gimard, Galliard i inni opisywali rumień w przebiegu duru brzusznego. Rumień w tym razie jest wielopostaciowy, występuje na przedramieniu, łokciu, kolanach, pośladkach, powierzchni grzbietowej rąk i trwa 4—5 dni. Specjalnie ciężki typ występuje ku końcowi choroby lub w czasie nawrotów i wywołuje stan ciężki, zależy, prawdopodobnie, od zakażenia wtórnego. Punktem wyjścia zakażenia są wargi, jama ustna, nosowa i gardzielowa. Wysypka ta, według Hutinel'a jest zaraźliwa, dzieci więc należy oddzielać.

**Cholera.** Też same objawy, co powyżej; rumień występuje niekiedy w biegunce zwykłej.

**Posocznica.** W tych razach pochodzenie zakaźne rumienia nie ulega wątpliwości; w rzeżączce przyczyną może być zakażenie lub też użycie środków balsamicznych.

**Ospa ochronna, zwykła i ospica.** Wysypka przedospowa (rash) po szczepieniu jest znana powszechnie, występuje w postaci odrowatej wokoło szczepienia lub na kończynach i twarzy. Tak samo występuje rumień przed wysypką ospową.

**ROZPOZNAНИЕ.** W rumieniu zakaźnym, wtórnym, należy wykluczyć rumień lekowy, na zasadzie wywiadów, poczem wykluczyć odrę, różyczkę, płonicę, ospę, różę, prosówkę, plamicę etc. Rokowanie zależy od przypadku. Wogóle rumień występujący wcześniej nie zagraża niebezpieczeństwem, występujący zaś ku końcowi choroby daje złe rokowanie.

**BAKTERYOLOGJA.** W większości przypadków przyczyną rumienia jest paciorkowiec sam lub w połączeniu z innymi drobnoustrojami, w durze Lesage przypisuje rolę l. okrężnicy. Drobnoustrój oczywiście działa dzięki wytwarzanym przez się jodom, drażniącym skórę. Drobnoustrój dostaje się do ustroju przez kiszki (dur), skórę (ospa szczepiona), nos, wargi, gardziel. Wynika z tego, że należy jąmy te utrzymywać w czystości, oraz oddzielać chorych.

## 12. Zapalenie złuszczone skóry u noworodków.

Pod nazwą powyższą Ritter (Centr. f. Kind. 1878/9), opisał rodzaj posocznicy, cechującej się obfitem łuszczeniem skóry z rozpadlinami, pęknięciami, nadżerkami, ropniami, wyjątkowo zmianami w narządach wewnętrznych. Kaposi nie uważa tej choroby za swoistą, ale za wzmożone łuszczenie fizjologiczne skóry.

**PRZYCZYNY.** Większość autorów uważa chorobę za wielką rzadkość, Ritter za częstą (297 przypadków w ciągu lat 10 w domu podrzutków w Pradze). Zdarza się u dzieci bardzo małych, kilkudniowych noworodków lub kilkutygodniowych niemowląt. Osobiście spostrzegłem 5 przypadków u 10, 30, 40, 60, i 90-dniowych niemowląt. Występuje u dzieci źle odżywianych, nieczesnych. Riehl opisuje swoisty drobnoustrój w postaci długich nici, Frisch uważa ją za zwykłą posocznicę paciorkowcą.

**OBJAWY.** Najczęściej choroba występuje w czasie łuszczenia fizyologicznego. Skóra schnie i staje się czerwona, rumień rozpoczyna się od twarzy, szyi, pośladków i stopniowo obejmuje całe ciało, prócz kończyn, pozostawiając miejscami zdrową skórę. Niekiedy wysypka ogranicza się do kończyn lub pewnego odcinka ciała. Zmiany najwyraźniej występują w okolicy otworów naturalnych ust, nosa, oczu, odbytu, tu bowiem znajdujemy rozpadliny, wywołujące bóle i zaburzenia czynnościowe. Rozpadliny w kątach ust utrudniają ssanie i powodują owrzodzenia i zapalenie jamy ustnej. Rumień silnie czerwony wywołuje świąd i palenie, dziecko skutkiem tego jest podniecone i krzyczy. Skóra jest obrzękła. Na śluzówkach nosa i oczu rozwinąć się może sprawa zapalna, w kilku przypadkach spostrzegano zapalenie ucha środkowego i ropotok uszny.

Po okresie rumieniowym występuje łuszczenie oraz tworzenie się pęcherzyków. Łuszczenie może być suche, naskórek, odnawiając się, odpada płatami lub też występują pęcherzyki i moknięcie, jak w pryszczycy. Zwykle łuszczenie nie bywa suche, ale towarzyszy mu tworzenie się moknących nadżerek, pęcherzyków i strupków. Równocześnie rozwinąć się może łojotok głowy i twarzy. Zdarza się też, iż naskórek unosi się na znacznej przestrzeni i marszczy, jak po sparzeniu. Po 2—3 tygodniach narasta nowy naskórek.

W większości przypadków stan jest dobry, w innych



znów równocześnie występuje biegunka, wymioty, gorączka, charłactwo. Zdarza się to przedewszystkiem w przypadkach powikłanych ropniami, niesztowicą i zgorzelą skórą, choroba kończy się cholera dziecięcą lub nieżytem płuc. Riter utracił połowę chorych, oczywiście w złych warunkach higienicznych. Przypadki sporadyczne, spostrzegane przezemnie, nie dały tak smutnych zejść, jedno z dzieci (na 5) zmarło z nieżytu płuc w szpitalu. W przypadku, spostrzeganym wraz z dr. Delthil'em dziecko mimo objawów opuszkowych wyzdrowiało, zakażenie w tym przypadku nastąpiło w macicy, gdyż łożysko było zielonkawę, a porażenie miało też same cechy, co w błonicy.

**ROZPOZNANIE.** Sprawa przeważnie przebiega bez gorączki, czem różni się od róży; od pryszczycy różni się brakiem wczesnie występujących pęcherzyków, strupków etc., od pęcherzycy ostrej brakiem bąbli, przewlekła zaś nie zdarza się u noworodków; najczęściej zbliża się do rumienia zwykłego.

**Leczenie.** Przedewszystkiem zastosować dobre żywienie naturalne, poza tem wstrzymać należy kąpiele, unikać opatrunków wilgotnych, powierzchnię chorą natomiast pudrować mieszaniną próchna, krochmalu, talku, kwasu bornego i tlenku cynku w równych częściach z dodatkiem 1—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kwasu salicylowego.

### III. Pokrzywka.

Pokrzywka zdarza się często u dzieci w postaci bąbli nieco wzniesionych różowych lub czerwonych, trwających krótko i wywołujących silne swędzenie. U niektórycu ukąszenie pluskiew lub pcheł wywołuje typową pokrzywkę.

**PRZYCZYNY.** Pokrzywka nie jest bynajmniej jednostką chorobową, ale objawem, powstającym z różnych przyczyn i przebiegającym rozmaicie. O przyczynach zewnętrznych nie będę tu wspominać (ukąszenia, o-

parzenia pokrzywą etc.), wywołują bowiem one pokrzywkę miejscową, pokrzywka istotna jest pochodzenia wewnętrznego i zależy od zatrucia pokarmami (moule), lekami (środkami balsamicznymi), lub też od samozatrucia (bąblowiec, niestrawność). Niewątpliwie w powstawaniu pokrzywki odgrywa rolę pewną odruch i usposobienie nerwowe chorych, w większości jednak wypadków jest ona następstwem samozatrucia (rozstrzeń żołądka, nadużycie płynów etc.). Jady, wytworzone w kiszkiach, są wydzielane przez skórę; skoro wydalanie to jest przejściowe i niestałe, pokrzywka jest przejściowa lub przestankowa; skoro wydalanie powtarza się i jest długotrwałe i stałe, pokrzywka powtarza się—jest przewlekłą. Nigdy nie widziałem, aby przyczyną było zębowanie, spotykałem natomiast pokrzywkę u schyłku odry i płonicy, toż samo stwierdza Coulon. Bez względu na przyczynę drapanie odgrywa rolę wybitną i Jacoud uprzedza wysypkę, chroniąc skórę przed drapaniem.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Raoult dowiódł, że pokrzywka jest obrzękiem ograniczonym skóry: naczynia skóry są rozszerzone, b. c. krwi wypełniają z naczyń do tkanki łącznej, następuje przesięk, wygórowanie jest wynikiem obrzęku, obwódka zaś przekrwienia, które poprzedza obrzęk. Na przygotowanych przez Poncet'a i demonstrowanych przez Vidal'a preparatach widzieliśmy nastrzyknięcie i rozszerzenie naczyń powierzchownych i głębokich skóry, nacieczenie b. c. krwi naokoło naczyń w oczkach sieci skóry, gdzie znajdowano i cz. c. krwi, gdy grudka miała cechy krwotoczne.

OBJAWY. Rozróżniamy następujące postaci pokrzywki:

1-o. Pokrzywka ostra. Raptem w ciągu dnia lub nocy występuje swędzenie, niekiedy po obfitem jedzeniu, równocześnie występuje wysypka rumieniowa grudkowata (bąble) na tułowiu, kończynach i twarzy, która obrzęka, szczególnie powieki (urticaria oedematosa, erysipelatoi-

des). Zdarza się również duszność (pokrzywka oskrzeli i gardzieli), wymioty, biegunka, objawy niestrawności lub zatrucia. Ostra pokrzywka przebiega bez gorączki lub też z krótkotrwałą gorączką. Wysypka może ulegać nawrotom. Na wysypce rozwijają się niekiedy pęcherze (urt. vesiculosa lub bullosa).

2-o. Pokrzywka podostra cechuje się kilkakrotną wysypką z przerwami lub bez przerw, bez gorączki i objawów ogólnych. Choroba trwa kilka tygodni.

3-o. Pokrzywka przewlekła lub stała jest cięższa od poprzedzającej, dzięki nieprzerwanym wybuchom wysypki ze swędzeniem w nocy przeważnie, trwać może miesiące, a nawet lata. Całe ciało dziecka pokryte jest zdrapaniami, grudkami, plamami zabarwionemi. Z czasem wysypka staje się wielopostaciowa, zawsze jednak wśród następstw zdrapania znaleźć można wykwity typowe dla pokrzywki. Po kilku latach pokrzywka może przeistoczyć się w świąd Hebry, w ilszaj (lichen agrius), lub liszaj wielopostaciowy Vidal'a. W tym okresie występują typowe grudki nadżarte, rozpadliny etc. W podobnych przypadkach zawsze stwierdzić mogłem przewlekłe zaburzenia w trawieniu (nieżyt przewlekły, rozstrzeń żołądka, krzywicę).

Rozpoznanie pokrzywki jest łatwe dzięki typowym wykwitom. Jedyne t. zw. pokrzywka olbrzymia w postaci olbrzymich bąbli, zbliżonych do guzów goścowych, gumatów etc., może nasuwać pewne wątpliwości, różni się od nich wszakże nagłym wystąpieniem i swędzeniem.

**ROKOWANIE.** Ostra, przypadkowa pokrzywka, wywołana przez niestrawność, daje rokowanie dobre, jeżeli zaś powtarza się równocześnie z zaburzeniami w trawieniu, przejść może w świerzbiączkę Hebra'y.

**LECZENIE.** Dla uniknięcia pokrzywki, należy zapobiegać nadużywaniu pokarmów, niemowlętom zalecamy wyłącznie mleko, regulując ściśle karmienie, dzieciom po odstawieniu wzbraniamy pokarmów ostrych i niestraw-

nych, wina, kawy i napoi drażniących, jednym słowem uprzędzamy samozatrucie.

Skoro wysypka wystąpi, zalecamy środek czyszczący, antyseptykę kiszek (betol lub benzonaftol 1 grm. w 6—8 dawkach), kąpiele z octu (butelka na kąpiel), pudrujemy skórę krochmalem, talkiem, próchnem etc.

W pokrzywce przewlekłej stosujemy nacieranie tranem, plastry z tranem oraz do wewnątrz tran. Dla zapobieżenia zdrapaniom stosujemy zawijania metodą Jacoud'a.

**Pokrzywka barwnikowa.** Zabarwienie wystąpić może na skórze w pokrzywce przewlekłej, opisują jednak rzadką postać barwnikową (Raymond), cechującą się występowaniem plam stałych barwnych: rozpoczyna się w pierwszych miesiącach życia w postaci plam równych, 1 cm. szerokich, które przeistaczają się w bąble, trwa jednak i dłużej. Plamy te ciemnieją, nabierają barwy brunatnej i pozostawiają po sobie plamy jajowate, żółtawe, barwy kawy z mlekiem. Wysypka niekiedy występuje na całym ciele. Choroba trwa bez końca, wykwity bowiem powstają wybuchami. Stan ogólny dobry, wykwity pozostawiają po sobie blizny. Leczenie objawowe: chinina, przeciw swędzeniu zmywanie wodą chloroformową lub chloralową.

#### IV. Ognik (Strophulus).

Ognik (Willan i Bateman) jest chorobą skóry u dzieci małych, cechującą się występowaniem rozsianych, małych, okrągłych, ostro zakończonych, swędzących z początku grudek, które wysypują się stopniowo i trwają długo. Vidal zwał go ostrym liszajem.

**Przyczyny.** Ognik zdarza się niezwykle często u niemowląt w pierwszych miesiącach, najpóźniej w 2-gim roku, rzadko u dzieci karmionych piersią, często u dzieci

wątłych, chudych, karmionych sztucznie, zbyt wcześnie odstawionych i żywionych nieodpowiednio. Warunki jego rozwoju są też same, co i dla pokrzywki, a więc przede wszystkim zaburzenia w trawieniu, różni się jednak tem od pokrzywki, że zdarza się tylko u niemowląt. Przypisywano niesłusznie rolę zębowaniu, natomiast zawsze występuje rozstrzeń żołądka, zaparcie stolca i krzywica.

**OBJAWY.** Wysypka jest zawsze rozsiana na twarzy, przedramieniu, ręce, kończynach dolnych, znajdujemy tu bardzo swędzące w ciągu dni paru małe grudki. W początku naokoło każdej grudki znajdujemy obwódkę rumieniową, która znika, pozostaje zaś grudka ostro zakończona, wielkości główki szpilki, ziarna konopi, niekiedy soczewicy, opalizująca, biała, szara, półprzezroczysta, twarda, jakby wtłoczona w skórę. Skutkiem zdrapania wierzchołka znajdujemy na nim zaschłą krew, niekiedy mały pęcherzyk. Wysypka nigdy nie zlewa się, dość często znajdujemy jednak zgrupowane grudki po 5—6. Grudki głównie umiejscawiają się na tylnej powierzchni rąk i przedramienia, na twarzy, czole, pośladkach i łydkach. Wykwit trwa 7—8 dni, ale wysypka powtarza się tak, że choroba trwać może rok nawet, w tych jednak postaciach przewlekłych zwolnienia trwają długo. Rokowanie dobre, przewlekłe postaci przestarczają się w świerzbiczkę Hebra'y.

Rozpoznanie łatwe na zasadzie opisanych objawów.

**LECZENIE.** 1) uregulować dyetę, leczyć zaburzenia w trawieniu, 2) usuwać wykwity za pomocą tych samych środków, co w pokrzywce.

## V. Świerzbiczka.

Nazwą świerzbiczki oznaczamy wykwity grudkowe, różnej wielkości, twarde, okrągłe, pozbawione naskórka,

skutkiem zdrapań, trwające nieokreślony czas, pochodzące z różnych przyczyn.

**PRZYCZYNY.** Świerzbieżka bardzo często występuje u osobników młodych skutkiem przyczyn zewnętrznych (pchły i wszy i t. p.), wszy głowy wywołują ją na karku i górnej części grzbietu, świerzba na rękach, nogach, pośladkach etc. równocześnie z krostami; wystąpić jednak może samoistnie lub z przyczyn wewnętrznych u dzieci źle trawiących, nadżywających jedzenia, obarczonych niekiedy nerwowo, wtedy jednak występuje świąd bez wysypki.

**OBJAWY.** W świerzbieżce zwrócić należy uwagę na 2 objawy: wysypkę i świąd. Wysypka jest jedno lub wielopostaciowa, zawsze grudkowa, t. j. skutkiem miejscowego nacieczenia skóry. Pierwotny wykwit ulega zmianom skutkiem zdrapań, które pozbawiają go naskórka, przez co wykwit moknie, może przyłączyć się pryszczycę, pęknięcia, krosty, liszaj etc., szczególnie często spotykamy to w świerzbieżce Hebra'y.

Grudki są różnej wielkości, od główki szpilki aż do soczewicy. Świąd najsilniej występuje w nocy. Rokowanie w ostrej świerzbieżce jest dobre, gdy usuniemy pasorzyty, przewlekła trwa długo.

**ROZPOZNANIE.** Od pokrzywki różni się wykwitem, od ognika tem, że zdarza się u dzieci starszych, od pryszczycy przebiegiem, przyczyną etc.

**LECZENIE.** Tam, gdzie mamy przyczyny wewnętrzne, należy uregulować dyetę oraz zadawać antyseptyki kiszkowe. W wykwity wcieramy tran lub pokrywamy je plastrami z tranem. Oczywiście przedewszystkiem usuwamy pasorzyty.

#### IV. Świerzbieżka Hebry.

Świerzbieżka Hebry cechuje się występowaniem roz-

sianych czerwonych grudek już u dzieci małych i trwa zwykle aż do czasu dojrzałości.

PRZYCZYNY. Choroba zdarza się częściej u chłopców, niż u dziewcząt, pewną rolę odgrywa niekiedy, acz rzadko, dziedziczność oraz usposobienie rodzinne. Wogóle świerzbączka Hebry, jak ognik i pokrzywka oraz inne toksydermie jest chorobą nabytą, spotykaną u dzieci źle żywionych, przekarmianych, odstawionych za wcześnie, z zaburzeniami w trawieniu. Dzieci takie są blade, chude, opóźnione w rozwoju. Ani żołąd, ani skaza moczanowa nie odgrywają żadnej roli, sprawa jest wynikiem samozatrucia. Granica między ognikiem, pokrzywką i świerzbączką jest bardzo wązka, to też choroba właściwie za swoistą uważana być nie może.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Leloir i Tavernier oraz Unna i Darier opisują obrzęk skóry z rozszerzeniem przestrzeni chłonnych, wychodzeniem b. c. krwi, przerostem m. włosa, w naskórku ogniska zgorzelinowe komórki kolczaste, które brzękną i wypełniają się płynem.

Pod wpływem zdrapań skóra w sąsiedztwie jest zgrubiała, rozwija się stan zapalny z nacieczeniem, drobno-komórkowem i zgrubieniem naskórka.

OBJAWY. W początkach występują bąble pokrzywki pęcherzyki i grudki ognika, później po kilku wysypkach znajdujemy tylko małe, suche, okrągłe grudki, swędzące i następstwa drapania. Skóra po pewnym czasie staje się liszajowata, ulega zabarwieniu, zapaleniu, pokryta jest pęcherzykami, krostkami, co jest już następstwem drapania.

Grudki świerzbączki są małe, okrągłe, pokryte brunatnymi strupkami skutkiem zdrapań; grudki są rozsiane na tułowiu i kończynach, kończyny dolne na powierzchniach wyprostnych są zajęte więcej, niż tułów i górne, powierzchnie wewnętrzne i przeguby wolne, na twarzy i rękach zmiany nieznaczne. Swędzenie prawie stałe, przeszkadza spać. Gruczoły chłonne obwodowe obrzmiałe, mo-

gą uledez zropieniu skutkiem zakażenia i zadrapań, prócz pryszczycy rozwinąć się może liszajec, niesztowica, wrzodzianki, ropnie skórne, zapalenie naczyń chłonnych etc. Choroba wzмага się latem, słabnie zimą. Dzieci są chude, blade, mało rozwinięte, z tego wywnioskowano, że są żółzowate, zależy to jednak od niestrawności. Choroba trwa bez końca, może jednak zakończyć się wyzdrowieniem, tem bardziej, że u dorosłych należy do wyjątków.

Przypadki nieuleczalne należą do wyjątków.

**ROZPOZNANIE.** Od ognika różni się większą ilością grudek i długotrwałością, od pokrzywki grudkami. Obie te choroby mogą przejść w świerzbiączkę. Pryszczycza wywołuje słabsze swędzenie, występuje grupami i mownie silniej.

**LECZENIE.** Zamiast zalecanych przez innych kąpieli, stosują opatrunki suche lub oleiste, maści kwaśne. Dobrze działają zawijania w kompresy z tranu lub linm. oleocalcar., poczem używam przysypki: lycopodii, amyli, talcis ana 20,0, acidi salicylici 1,0.

Nie należy zaniedbywać odżywiania ogólnego, usunąć pokarmy ostre, słone, słodkie, kapustę, ryby morskie, do wewnątrz: bicarbon. sodae, magnesia usta, benzonaphtoli, ana 0,2—0,3 pulv. vom. 0,01—0,02.

## VII. Choroby gruczołów potowych i łojowych.

1. Anhidrosis. Upośledzone wydzielanie potu wywołuje suchość nadmierną skóry, łuszczenie naskórka oraz uczucie twardości i chropowatości przy dotykaniu; choroba ta jest następstwem wrodzonego braku gruczołów lub też charłactwa gruczliczego, uwiadu i t. p. chorób, wywołujących utratę soków.

2-o. Hyperhidrosis. Nadmierne pocenie może być następstwem gorączki, krzywicy, nadużycia płynów, potówki i wtedy trwa krótko. Pierwotne i samoistne nadmierne wydzielanie potu spostrzegamy u obarczonych



skążną duawą i nerwową, występuje stale lub też pod wpływem zmęczenia, wzruszenia i gorąca. Przeważa lub też wyłącznie występuje w pewnych miejscach: pod pachą, na dłoniach i stopach. Sprawa wywołać może wymoknięcie naskórka, rumień zwykły lub pęcherzykowy (potówka). Ogólną potliwość nadmierną nazywamy ephidrosis. Nadmierne pocenie stóp częstokroć jest cuchnące (bromhidrosis), spotykamy je równocześnie z sinicą i zamartwicą kończyn.

W celu zwalczenia choroby, należy wzmóc wydzielenie kiszkowe (środki czyszczące), i nerek (moczopędne), poza tem zalecać należy czystość, a na układ nerwowy działać wzmacniająco (natryski, rozcierania). Miejsca wilgotne należy pudrować mieszaniną próchna, bismutu, talku i krochmalu w częściach równych z dodatkiem 2<sup>o</sup>/<sub>6</sub> nadmanganianu potasu oraz zmywać roztworem 1<sup>o</sup>/<sub>00</sub> nadmanganianu potasu.

3-o. Dyshidrosis. W odmianie tej pocenia nadmiernego wyosobnionej przez Tilboury Fox'a pod naskórkiem rąk, palców i w przestrzeniach między palcami tworzą się pęcherzyki, szczególnie latem u pijaków. Według tego autora pęcherzyki są następstwem zatrzymania potu, a według Hutchinsona wysięku z naczyń brodawek. Chorobie towarzyszy swędzenie, powodując zdrapania i pryszczycę. Po kilku dniach pęcherzyki zasychają i skóra łuszczy się. Od pryszczycy różni się sprawa brakiem zaczerwienienia, moknięcia oraz strupków, wreszcie ścisłem umiejscowieniem. Potówki występują w postaci oddzielnych pęcherzyków rozsianych, powierzchownych i krótkotrwałych. Liszaj umiejscawia się gdzieindziej, a świerzbą powoduje pryszczce, pęknięcia etc.

LECZENIE. obmywanie ciepłe i rozmiękczejące, pudrowanie, po wystąpieniu strupków maść borna.

4-o. Chromhidrosis. Pot barwny—niebieski, czerwony, żółty występuje w rodzinach histerycznych i neurastenicznych.

5. *Sudamina*. Potówki występują w postaci pęcherzyków lub pęcherzy małych, przezroczystych, przejściowych, wywołujących łuszczenie otrębowate na szyi, piersiach, podudziach i wszędzie, gdzie skóra jest gładka i cienka. Są wynikiem zatrzymania potu w gruczołach przez zatkanie przewodów naskórką. W czasie przełomu po chorobach ostrych sprawa występuje często, różni się od spraw innych brakiem objawów podmiotowych. Po 24—36 godzinach potówki ustępują, pozostawiając łuszczenie skóry. Sprawa stanowi w chorobach ostrych dobrą oznakę.

6. *Miliaria prosówkę* opisywano p. n. *miliaria rubra* potówkę p. n. *m. alba*. Pierwsza składa się z wykwitów pęcherzykowych, małych, okrągłych, jednakowej wielkości, ulegających wkrótce zmętnieniu skutkiem czego tworzą się perełki białe lub żółtawe na tle czerwonym. Zdarza się ona często w czasie upałów u niemowląt dużo pijących i ciepło okrytych.

7. *Acne*—trądzik jest następstwem zapalenia i zaburzeń czynnościowych w gruczołach łojowych. Sprawa, rzadko spotykana u dzieci, głównie rozwija się u młodzieży, częściej u dziewcząt, niż u chłopców. Odróżniamy postaci następujące: trądzik różycowaty, węgrowaty, prosowaty, zapalny i pryszczykowaty. U noworodków na twarzy i na podniebieniu twardem znajdujemy pęcherzyki białe, okrągłe, wielkości główki szpilki lub ziarna prosa—torbiele naskórkowe, wypełnione łojem, nietrwałe (*milium*). U dzieci starszych przedewszystkiem spotykamy trądzik punkcikowaty lub węgrowaty na twarzy, czole, nosie, brodzie. Skóra w okolicy jest wilgotna i tłusta (łojotok), dzieci są żółtawe, limfatyczne i chore na żołądek stan ogólny zły (samozatrucie). Naciskając na podstawę trądzika z łatwością wyciskamy węgra, składającego się ze zgęszczonego łoju, w którym mieści się pasorzyt *acarus v. demodex folliculorum*. Trądzik zapalny i pryszczykowy jest stożkowaty, wystaje, nacieczony ropą, skutkiem

zakażenia gronkowcami, powstaje często skutkiem nadużycia jodków i bromków. Pokrewieństwa różnych odmian trądzika dowodzi między innymi jednoczesne ich występowanie, wysypka jest wtedy wielopostaciowa, a skoro trwa nieco dłużej na twarzy, na piersiach między sutką a karkiem znajdujemy punkciki czarne, guziczki czerwone, pryszcze żółte, ropnie niewielkie (acne phlegmonosa), plamy sinawe, blizny białe etc.

Cocott Fox opisuje oddzielnie trądzik żółtawy (acne scrophulosorum Brit. m. J. 1895) ustępujący pod wpływem tranu i jodków, są to wykwity pryszczkowo-pęcherzykowe, rozsiane po całej skórze, stożkowate lub spłaszczone, ropiejące nie zawsze, bezbolesne, wysypujące kilkakrotnie i trwające miesiącami. Spotykamy je u dzieci małych i później. Pierwszy opisał je Bazin.

Trądzik punkcikowaty różni się dzięki obecności wągra; zapalny, krostkowaty, ropówkowy są podobne do wrzodziańki, ta ostatnia jednak jest większa, twardsza i trwa krótko. Pryszcz niesztowicy jest okrągły, żółty, wypełniony ropą na podstawie zaczerwienionej twardej i bolesnej, lecz się samoistnie i należy do chorób przypadkowych skóry.

Leczenie trądzika musi być ogólne i miejscowe. Pierwsze skierowane być musi przeciw żoźlom lub skazie moczanowej (tran, jod, zasady), obok tego środki czyszczące i przeciwgnilne do wewnątrz, oraz uregulowanie diety, unikanie napojów i pokarmów ostrych, słodkich, kapusty, serów i dzieżyzny. Miejscowo: maści siarczane (10%) lub roztwory siarki (10% w wysokoku).

8. Furunculosis. Wrzodziańki są bardzo podobne do trądzika pryszczkowego. Wrzodziańka jest zapaleniem gruczołów łojowych, zdarza się rzadko u dzieci skutkiem podrażnień miejscowych, tarcia, brudu, pcheł, świerzbowca, po weżykatoryach, rozszerza się dzięki samozaszczepieniu. We wrzodziance następuje zgorzel cebulki włosowej i gruczołu łojowego, która w postaci t. z. rdzenia zostaje

wydaloną wraz z ropą i pozostawia otwór. Kilka połączonych wrzodziańek tworzą wąglik. Niektóre osobniki są usposobione szczególnie do wrzodziańek i trądzika (limfatyczni i zołzowi), to też wrzodziańkę uważać należy za wyraz skazy. Leczenie ogólne i miejscowe, jak w trądziku, pozatem zalecamy pęzłowanie jodyną oraz do wewnątrz drożdże (2—3 łyż. kaw. dziennie).

9. *Seborrhoea*—łojotok jest nadmiernem wydzielaniem łoju skór nego i potu, dzięki czemu na skórze powstają strupki lub też powłoka tłusta. U dzieci zdarza się często, częściej u płodu, dziecko bowiem rodzi się zupełnie pokryte mazią. Unna uważa łojotok za chorobę pasorzytniczą i łączy z pryszczycą łojotoczną. Postać sucha, łupież występuje na owłosionej części głowy i cechuje się łuską drobną, suchą, otrębowatą, sprowadza niekiedy pryszczycę. Postać strupkowa zdarza się na główkach niemowląt, gdzie nosi nazwę ciemieniuchy. Od pryszczycy i liszajca różni się brakiem zapalenia skóry.

Miejsca łojotoczne zmywać należy ciepłym roztworem zasad, w uporczywych razach maść siarczana (10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), pozatem dobre żywienie i t. p.

### VIII. Pryszczycyca.

Pryszczycyca jest zapaleniem skóry, cechującym się występowaniem małych zlewających się pęcherzyków początkowo przezroczystych, później mętniejących, zasychających w strupy mniej lub więcej grube.

PRZYCZYNY. Pryszczycyca zdarza się b. często u dzieci i zazwyczaj jest u nich łagodniejszą, niż u dorosłych. Przyczyny są różnorodne: podrażnienie skóry (pchły, drapanie, nieczystość), wadliwe żywienie (karmienie sztuczne, napoje wyskokowe i drażniące). Poza tem u dzieci dobrze żywionych, karmionych przez matkę, rozwinać się może pryszczycyca skutkiem zbyt częstego karmienia lub złego

pokarmu, złego żywienia karmicielki (napoje wysokowe, pokarmy ostre i t. p.) W tych razach pryszczycy jest wynikiem samozatrucia, które odgrywa też rolę w pryszczycy, w przebiegu krzywicy, niestrawności, rozstrzeni żołądka. Zębowanie. oczywiście nie odgrywa w tym razie żadnej roli.

Mniej wyraźną rolę w etyologii odgrywają skazy moczanowa i żółkowa; pryszczycy jest niekiedy dziedziczna: rodzice mają pryszczycę lub są otyli, a wtedy występuje mimo że dzieci wychowują się w dobrych warunkach higienicznych. U żółkowych pryszczycy występuje w wieku późniejszym, głównie w okolicy muszli usznej, około otworów nosowych, ust i oczu, częstokroć spólcześnie z ropotokiem z ucha, zapaleniem powiek, łącznicy, powiększeniem gruczołów, ropniami zimnymi i t. p. Pryszczycy bywa często następstwem odry, toż samo rzecz można o szczypieniu ospy, które może wywołać pryszczycę ogólną. Według Unn'y pryszczycy łojotoczna i niektóre inne jej odmiany są pochodzenia pasorzytniczego, jest to rodzaj nieżyty skóry, wywołanego przez morokoka.

Pospolicie pryszczycę u dzieci nazywają ogniopiórem, nazwa ta jednak obejmuje i szereg innych chorób skóry u dzieci.

**OBJAWY.** Pryszczycy u dzieci występuje prawie zawsze w postaci wilgotnej, tworzy strupy grube, żółte, zbliżone do liszajca, stąd często używana nazwa: pryszczycy liszajcowata; umiejscawia się głównie na twarzy i owłosionej części głowy. Pryszczycy twarzy głównie występuje na policzkach, wargach, nosie, uszach i bruzdzie, oddzielającej muszlę od wyrostka sutkowego. Drugie co do częstotści, miejsce zajmuje szyja, narządy płciowe, kończyny, wreszcie tułów. U niemowląt spotykamy często pryszczycę całego ciała z rozsianym po całej skórze rumieniem, zdarza się to przedewszystkiem u dzieci sztucznie karmionych zarówno chudych, jak i tłustych. Zwykle jednak pryszczycy ogranicza się do twarzy, która jest po-

kryta jakby maską dość grubą z zabarwionemi krwią śladami od zdrapań, te ostatnie wywołują świąd. Niekiedy jak widziałem, wysypka pryszczycy wywołuje napady duszności i nieżyt suchy oskrzeli, w tych razach pryszczycza wybuchu naprzemian z objawami oskrzelowymi. Poza tem jako powikłania spostrzegano objawy mózgowe (drgawki), nerkowe (białkomocz), w tych więc razach należy stosować w obawie przerzutów oględnie leki naskórne, zdawałoby się bowiem, że pryszczycza jest w tym razie jakby wyrzuceniem choroby na zewnątrz. Nim jednak przyjmujemy takie tłumaczenie szukać należy przyczyn w samozatruciu pochodzenia kiszkiowego, tembardziej, że pryszczycy towarzyszy często biegunka lub zaparcie uporczywe.

Pryszczycza powoduje często zapalenie gruczołów sąsiednich, ze zropieniem gruczołów szyjnych i podszczękowych w pryszczycy twarzy, powikłanej zdrapaniami. Pryszczycy towarzyszą niekiedy wykwity pryszczycowe, grudkowe (pr. liszajowa) i wrzodzianki. Do rzędu powikłań zaliczyć wypada zapalenie powieki, łącznicy, rogówki, ropotok z ucha, nieżyt nosa, zapalenie i przerost wargi górnej. Poza tem na brzegu wargi pryszczycza wywołuje pęknięcia krwawiące. Opisują zapalenie pryszczycowe powiek, nieżyt pryszczycowy nosa, ropotok z ucha etc., Besnier t. z. łuszczycę języka uważa za pryszczycę.

Klinicznie rozróżniamy: 1) pryszczycę suchą, głównie umiejscowioną na policzkach i brodzie u dzieci starszych ze złuszczeniem łupieżowatym; 2) pryszczycę moknącą, wilgotną ze strupkami, liszajowatemi, podobną do liszajca zakaźnego, z którym zresztą nic nie ma wspólnego; 3) pr. łojotoczną na brwiach, czole, muszli, skórze głowy w postaci strupków żółtych, grubych i tłustych; 4) pr. wszawa na głowie ze strupkami, zrosłymi z włosami (liszajec ziarnisty), z zapaleniem gruczołów szyjnych tylnych.

Pryszczycza u dzieci zazwyczaj przebiega ostro i jeżeli jest przypadkowa, ustępuje po kilku dniach przy le-

czeniu odpowiedniem. Przewlekła pryszczycza ustrojową rzadziej zdarza się u dzieci, niż u dorosłych, jest uporczywa i trwa całemi latami. Pryszczycza muszli lub za muszlą jest niekiedy bardzo uporczywa. Po przekluciu uszu występuje niekiedy pr. liszajcowata, wywołując niekiedy zupełne rozszczepienie płatka (C. Paul) u dzieci żółtych. Wogóle jednak wyzdrowienie u dzieci jest łatwiejsze, niż u dorosłych.

**ROZPOZNANIE.** Od łuszczycy różni się brakiem łusek perłowych, występujących grupami, głównie na kolanach i łokciach, od liszajca zakaźnego brakiem pryszczycy na twarzy, prosówka wywołuje pęcherzyki krótkotrwałe; liszaj ma przebieg swoisty; ostra pryszczycza twarzy podobna jest z początku do róży. Różni się wyraźnie od łupieżu zwykłego i czerwonego Gibert'a.

**LECZENIE.** W pryszczycy u niemowląt przedewszystkiem uregulować należy karmienie i przed każdym karmieniem podawać parę kropel wody Vichy, w razie konieczności zmienić karmicielkę. Na zewnątrz maści z wazelina, tlenkiem cynku, kwasem bornym, salolem (10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), maść z hydr. praec. flavum (2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), w uporczywych przypadkach czepiec z kauczuku. W pr. moknącej przysypka pudrem, talkiem etc. Niekiedy są wskazane ciepłe kąpiele z krochmalu i sublimatu. W pr. części owłosionej przed zastosowaniem maści należy ostrzyż włosy, grube strupy usuwamy przez maceracyę. Dzieciom żółtym zalecamy tran, sp. jodotannicus, ferri jodati etc.

W pryszczycy przewlekłej, dziedzicznej wody Royal, Bourboullte, siarczane (Uriage).

Dyeta: mleko, jarzyny suche, mięso białe, wzbrania się dziczyzna, sałaty, ryby, przyprawy, wino, kawa. W niestrawności i rozstrzeni żołądka leczenie odpowiednie.

## IX. Liszajec.

Liszajec cechuje się wysypką pęcherzykowo-pry-

szczykowa, powierzchowna, szybko zasychająca w strupki żółtawe, grube, niezrośnięte ze skórą i nie pozostawiające blizn. Jest to zapalenie zakaźne skóry, zaraźliwe; inne rodzaje liszajca są pryszczycą.

PRZYCZYNY. Tilboury Fox, Vidal i inni dowiedli już dawno przeszczepialności liszajca, świeżo Dubreuilh w pryszczach liszajca znalazł drobnoustroje ropotwórcze, głównie gronkowce, potwierdził to Sabouraud, Leroux, Barzer i Griffon, za czynnik chorobotwórczy, uważają paciorkowca. Oba te drobnoustroje dostają się do skóry przez zdrapania i uszkodzony naskórek, punktem wyjścia liszajca może być i ospa ochronna, jak to widziałem u 18-letniego chłopca, u którego po szczepieniu strupy liszajca wystąpiły na przedramieniu, twarzy, czole, przewodzie słuchowym etc.; spostrzegano również liszajec po przekłuciu płotka usznego u dziewcząt. Przeniesienie choroby z dziecka na dziecko jest rzeczą częstą zarówno w rodzinie, jak i w szkole. Te same uwagi dotyczą niesztowic, często towarzyszących liszajcowi.

OBJAWY. Liszajec rozpoczyna się od plamy czerwonej, na której wkrótce występuje pęcherzyk, mętniejący z czasem; na miejscu pęcherzyka tworzy się masa lepka żółtawa, zasychająca w grube strupy ciemne mniej lub więcej zależne od pyłu i domieszki krwi wyschłej. Wymiary pryszczki liszajca są rozmaite: małe, średnie i wielkie, pryszczki umiejscawiają się na czole i twarzy, zlewają się z sobą, tworząc placki dość wielkie. Sprawa umiejscawia się głównie na twarzy (policzki, czoło, wargi) i stąd przez drapanie rozszerza się na palce, ramię, uda, tułów, jednym słowem, objąć może całe ciało. W jednym z przypadków moich liszajec ostry rozwinął się w jamach nosowych, uszach i oczach (pęcherzykowe zapalenie rogówki łącznicy), jamie ustnej, sromie, sprawie tej zresztą Chaumier na kongresie w r. 1884 (Blois) poświęcił wiele uwag. Sevestre i Gastou zajmowali się zapale-



niem liszajcowem jamy ustnej i dowiedli zależności tej sprawy od gronkowca żółtego. (Soc. des. hop. 1891). Widzimy z tego, że liszajec zakaźny może umiejscawiać się w różnych miejscach, wikłać się może zapaleniem gruczolów, ropniami podskórnymi na skórze owłosionej i tułowiu i może być punktem wyjścia ostrego zapalenia szpiku. (Duprey). Pryszcz trwa krótko, ale strupy długo, kilka tygodni, po odpadnięciu pozostawiają plamy barwy wina, znikające po dłuższym czasie, mogą pozostać nawet na zawsze, jak to widziałem u małej mulatki. W każdym razie nie pozostawiają po sobie blizn, o ile energiczne zdrapania nie spowodują owrzodzeń. Rokowanie w liszajcu zakaźnym jest dobre, o ile nie wystąpią powikłania w postaci zapalenia rogówki, ropni, róży i zapalenia szpiku.

**ROZPOZNANIE.** Stopniowy rozwój pryszczycy wyróżnia liszajca od pryszczycy, przeciw tej ostatniej przemawia i przeszczepialność. Pryszczycy nie sztywne są głębsze i otoczone podstawą twardą, zapalną, pęcherzyca daje wielkie pęcherze, nie dające się przeszczepiać. Liszaj występuje w postaci grup pęcherzyków, zasychających w tym okresie możliwe są omyłki.

**LECZENIE.** Włosy na głowie ostrzydz należy, poczem robić należy kataplazmy z krochmalu w celu usunięcia strupów, rano i wieczorem wcieranie waseliny z 10% salolu lub kwasu bornego. Oddzielne grupy najlepiej pokryć plastrem de Vigo. W liszajcu tułowia—kąpiele z sublimatu (1:10000). Unikać drapania. Wyzdrowienie następuje szybko.

## X. Nieszowice.

Nieszowica jest chorobą pokrewną liszajcowi, cechuje się oddzielnymi pryszczami okrągłymi, siedzącymi na podstawie czerwonej zapalnej i pozostawiającymi

po sobie brunatne strupy, łatwo daje się przeszczepić z dziecka na toż samo lub inne dziecko.

**PRZYCZYNY.** Dzieci brudne, źle utrzymywane i odżywiane, chore na biegunkę lub inną chorobę ciężką, są usposobione do niesztowic, które stanowią też powikłanie pryszczycy, liszajca, ropni, wezykatoryi, świerzby. Zażłliwość nie ulega wątpliwości. Po przypadkowym lub umyślnem przeszczepieniu pierwszego dnia występuje plama, na drugi dzień grudka, na 3-ci pęcherzyk na 4 pryszcz, który rośnie w ciągu 2—3 dni, wysycha w strup ciemny, który po zagojeniu pozostawia bliznę zabarwioną. Skóra pod niesztowicą jest obrzękłą, nacieczona b. c. krwi. Niekiedy niesztowica przechodzi w głębokie, kraterowate, zgorzelinowe owrzodzenie długotrwałe. W ropie znajdujemy gronkowce i paciorkowce, te ostatnie znajdowali Thibierge i Bezançon, Babier i Griffon.

**OBJAWY.** Niesztowice zdarzają się częściej u dzieci osłabionych, niż zdrowych. Na jednym dziecku znaleźć można różne okresy rozwoju tego cierpienia. W świerzbie i wszawicy, skutkiem zdrapań, niesztowice są jajowate, liniżne, rozlane. Niekiedy strup staje się bardzo grubym (brudziec—rupia). Niesztowice głównie umiejscawiają się na kończynach dolnych, co nie wyklucza możliwości innych umiejscowień, w świerzbie np. znajdujemy je na rękach, w wszawicy na szyi, między łopatkami; n. charłaczą na pośladkach i łydkach.

Vidal i Leloir rozróżniają n. zwykle i charłaczne, czyli drażące u dzieci, wyniszczonych przez chorobę uprzednią, w tym ostatnim razie spostrzegamy powikłania zgorzela, głębokimi ropniami, zapaleniem naczyń i gruczołów chłonnych.

**ROZPOZNANIE.** Liszajec nie sięga głęboko i brak mu podstawy zapalnej, nie pozostawia po zagojeniu blizn. Wrzodzianka i trądzik są zakończone ostro.

**LECZENIE.** czysto przeciwnilne: kąpiele sublimatowe

(1:10000) każdy pryszcz pokryć może plastrem de Vigo, strupy rozmiękczyć należy za pomocą okładów z kw. bornego, a następnie zrobić opatrunek z jodoformu, arystolu, kw. bornego etc. Oczywiście przedewszystkiem usunąć należy pasorzyty.

## XI. Zanogcica u noworodków i niemowląt.

Częstokroć u noworodków i niemowląt spotykalem zniszczenie jednego lub kilku paznogi, zaczerwienienie macierzy bez zbytniego bólu. Sprawa jest drętwa. Ostatnio spostrzegalem symetryczne zniszczenie paznogi paluchów, które ustąpiło pod wpływem plastra de Vigo, mimo, że w danym razie nie było mowy o przymocie dziedzicznym, który obok rozděcia palców jest zwykłą przyczyną zniszczenia paznogi, w tym ostatnim razie paznogieć jest gruby, czarny i twardy, jak kamień. Dr. Brindeau (Obstétrique, 1900), p. n. *tournoie des nouveau-nés* opisuje sprawę pęcherzykową naokoło paznogi rąk u noworodków najwyżej 10-dniowych. Na 43 przyp. na klinice Tarnier'a, w 8 stwierdzono tę sprawę z przebiegiem łagodnym. Choroba rozpoczyna się łuszczeniem w rowku paznogia, poczem skóra moknie, ciemnieje, rozwija się powierzchowne zapalenie naczyń chłonnych palca, na tem sprawa może się zakończyć, zdarza się wszakże, że idzie dalej i naokoło paznogia występują pryszczki w kształcie półksiężyca, zasychając i pozostawiając strupki. Sprawa może rozwinąć się na kilku palcach odrazu lub stopniowo. W większości przypadków wkrótce następuje zagojenie po 24—48 godzinach, wikłać się jednak może różą. Jest ona prawdopodobnie powikłaniem łuszczenia normalnego.

LECZENIE. Empl. de Vigo, Brindeau radzi maść borną, rączki dziecka zawinąć należy w długie rękawy dla uniknięcia zdrapań.

## XII. Ropnie mnogie skóry.

U bardzo małych dzieci, u niemowląt ze skórą delikatną, bardzo łatwo ulegającą nadżerkom przy zetknięciu z kałem i moczem, rozwijają się dość często podskórne lub w samej skórze zbiorowiska ropy, nie mające wspólnego z gruźlicą lub przymiotem. Ropnie te zbadał bliżej Escherich, Hallopeau, i Renault i dowiedli, że przyczyną ich jest gronkowiec, który dostaje się przez otwory gruczołów, a rozprzestrzenia skutkiem samozaszczepienia. W żadnym razie nie mamy bynajmniej zakażenia ogólnego, sprawa jest powierzchowną i czysto miejscową. Mimo to ropnie trwać mogą długo i pozostawiać po sobie blizny oraz plamy barwne, czerwone. Od ziarniniaków gruczliczych różnią się brakiem stwardnienia, przetok szybkim przebiegiem, wreszcie brakiem l. gruczliczych. Wymiary tych ropni wahają się od grochu do orzecha. Rokowanie dobre, a przy postępowaniu przeciwnie wyzdrowienie następuje szybko.

Zalecamy kąpiele sublimatowe (1:10000) codzień lub co tydzień dla odkażenia skóry, każdy ropień należy obcierać oddzielnie i opatrywać plastrem de Vigo; pokrywanie ropni plastrem przed dojrzaniem, zapobiega powstawaniu nowych ropni.

## XIII. Zgorzel rozsiana skóry.

Przed kilku laty opisywano p. n. rozsianej zgorzeli skóry chorobę, spotykaną u niemowląt, zwykle jako powikłanie nowych chorób skóry lub charłactwa ogólnego.

PRZYCZYNY. O. Simon opisywał zgorzel rozsianą skóry u charłacznych 1—2 letnich dzieci, Hutschinson też samą chorobę spostrzegł jako powikłanie ospicy i ospianki Crocher (Med. chir. Trans. 1887), Ranke (Jahrb. f. Kind.

1857), Martin i Gimard, Gallois (Bull. méd. 1889), Char-moy (Paris, 1890), podają liczniejsze jej opisy, z których wynika, że zgorzel skóry zaszczepia się na tle innej cho-roby skóry (ospica, rumień, plamica), lub też występuje samoistnie u dzieci wyniszczonych 2—3-letnich. Jest to więc zawsze choroba wtórna, zależna od wyniszczenia. Do chorób usposabiających w pierwszej linii zaliczyć wy-pada odrę. W szpitalu zgorzel skóry może stać się zaraźli-wą i przebiegać w postaci endemii, punktem wyjścia dla niej może być zgorzel policzków, sromu etc. Widziałem, jak rany po oparzeniach, wezykatorych, tapsyi, źle opa-trzone wikłyły się zgorzelą skóry. Punktem wyjścia dla zgorzeli może być liszajec (staphylococcie cutanée gan-greneuse); Veillon i Halle opisują drobnoustrój swoisty dla zgorzeli bacillus ramosus.

**OBJAWY.** Choroba rozpoczyna się występowaniem pę-cherzy różowych, które po pęknięciu obnażają skórę czar-ną, naokoło rozwija się obwódka zapalna, poczem strup odpada, a na jego miejscu powstaje owrzodzenie z ostro-ściętymi brzegami, okrągłe lub jajowate, niekiedy pełzają-ce lub drażące wgląb, w tym ostatnim razie zgorzel objąć może mięśnie i kości. Naokoło tych ognisk zgorzeli nowych naczynia są zatkane, a skóra i tkanka podskórna obrzękle. Równocześnie występuje silna gorączka z ciężkimi obja-wami ogólnymi, bólami w stawach, biegunką, wymiotami, bezsilnością, w moczu białko i cukier, a w tym ostatnim razie rodzi się słusznie pytanie, czy cukromocz nie po-przedzał zgorzeli. Poza tem należy obawiać się powikłań ze strony serca (zapalenie osierdzia lub wśierdzia), płuc (przekrwienie, zgorzel, nieżył płuc). Rokowanie — złe, wcześniej przedsięwzięte środki mogą jednak polepszyć je nieco.

**LECZENIE.** polega na wzmocnieniu ogólnem ustroju przez żywienie wzmózone, podawanie mleka, żelaza, chinu, oraz postępowaniu przeciwnilnem miejscowem. W tym celu rany pudrujemy jodoformem, salolem, arystolem, na-

kładamy opatrunek szczelny, wreszcie stosujemy kąpiele sublimatowe (2—3 grm. na kąpiel).

#### XIV. Zgorzel symetryczna Choroba M. Raynaud'a.

PRZYCZYNY. Zgorzel uniarowa (symetryczna) występuje przeważnie na rękach, stopach, muszli usznej, nosie. Choroba zdarza się rzadko u dzieci, przypisywano ją zaburzeniom nerwowym, naczynioruchowym, zmianom we krwi, naczyniach, zatorom etc. Jednym słowem pochodzenie jej jest bardzo ciemne.

OBJAWY. Rozróżniamy trzy okresy choroby, która dobieść może do końca lub ograniczyć się do pierwszego i drugiego. Niedokrewność miejscowa cechuje się bladością i utratą czucia w palcu, w drugim okresie wyższym mamy zamartwicę, w trzecim—zgorzel: na miejscach symetrycznych występują strupy zgorzelinowe, czarne z obwódką zapalną, odgraniczającą, po zagojeniu powstają blizny mniej lub więcej głębokie. Zgorzel zwykle jest ograniczona. Wobec tego sama przez się choroba nie jest ciężką, ale ulega nawrotom i zdradza zaburzenia w odżywianiu.

ROZPOZNANIE różniczkowe między chorobą Raynaud'a i zgorzelą rozsianą dzięki tłu ogólnemu i umiejscowieniu jest łatwe, trudniej odróżnić ją od odmrożeń, zwracając jednak uwagę na typowe 3 okresy choroby, niezależność od zimna etc. i tu postawić możemy rozpoznanie różniczkowe. Sinica w chorobach serca nie wywołuje utraty istoty, ale zniekształcenie palców (pałeczka od bębna) i skrzywienie paznogi. Przerost kości pneumaticznej wywołuje obrzmienie członczków z zabarwieniem różowym lub czerwono-fioletowym skóry, wszakże bez zgorzeli. Akromegalia wywołuje powiększenie kończyn i twarzy. Zatrucie sporyszem daje zgorzel obszerniejszą i mniej

symetryczną, stwardnienie palców (sclerodactylia), jest zanikiem skóry, ze zrostami z kością.

LECZENIE. Niezależnie od opatrunków miejscowych (plaster de Vigo, jodoform etc.) stosować należy często prąd stały wzdłuż kręgosłupa, do wewnątrz zaś podawać żelazo (w niedokrewności), tran (w zółkach) i pobyt nad morzem, chininę (zimnica), digitalis (osłabienie serca).

### XV. Choroba Dühring'a.

PRZYCZYNY. Nazwiskiem słynnego dermatologa amerykańskiego ochrzczono chorobę skóry wielopostaciową (pęcherzyki, pęcherze, pryszcze, grudki, rumień), którą Unna opisał p. n. hydroa hereditaria. Chorobę tą opisał najprzód u dorosłych, Barrois w r. 1900, zebrał 17 przypadków u dzieci, z których jeden spostrzegł sam na klinice Fourmer'a (u 10-letniej dziewczynki chorej od roku), przed nim przypadek odnośny u 5-letniej dziewczynki pokazywał w Soc. de Dermat. w r. 1894 Audry. Już po rozprawie Barrois'a Gottheil (Arch. of Ped. 1901), podał dwa nowe przypadki (u 9-letniej dziewczynki i 12-l. chłopca). Według statystyki Unny w 6 m. życia było 6 przypadków, w 2 r. życia—1, w 3-cim — 1, w 5—tym—1. Choroba Dühring'a może być dziedziczną i rodzinną. Do przyczyn wywołujących zaliczyć należy wzruszenia. Przypisywano też pewną rolę w powstawaniu choroby zatruciu i niedomodze nerkowej, co dotąd nie zostało stwierdzone.

OBJAWY. W chorobie Dühring'a wysypka jest zawsze wielopostaciowa, zwykle przeważają pęcherze, choroba więc zbliża się do pęcherzycy, oprócz pęcherzy jednak znajdujemy jednak pęcherzyki liszajcowate rozsiane lub zgrupowane oraz pryszcze, wreszcie wykwity, zależne od zdrapań i rumień. Wykwity te umiejscawiają się w różnych okolicach ciała: na kończynach, około narządów płcio-

wych, na tułowiu i twarzy i grupują się niekiedy w koła lub odcinki kół. Wykwity występują napadami z przerwami dłuższymi lub krótszymi pod wpływem wzruszenia, zmęczenia, błędów w dyecie. Obok wykwitów skórnych choroba wywołuje bóle, świąd, uczucie palenia etc. Stan ogólny mimo to jest dobry, chorzy nie gorączkują, zachowują łaknienie, Barrois kilkakrotnie stwierdził zmniejszoną ilość azotu w moczu. Objawy choroby u dzieci różnią się nieco od objawów u starszych, mianowicie występowaniem zaburzenia na skórze, stwardnienia, rozlanego rumienia, małej ilości pęcherzy, przewagą bólów, osłabieniem nateżenia w okresie rozkwitu dziecka, ograniczeniem do pewnych okolic i podobieństwem do wykwitów przymiotowych. Choroba trwa długo, rokowanie co do choroby wątpliwe, co do życia dobre.

**ROZPOZNANIE.** Wykluczyć należy pęcherzycę ostrą i przewlekłą, która jest wielopostaciową i bezbolesną, pokrzywkę, świerzbiczkę Hebra'y oraz rumień wielopostaciowy (przebieg szybszy).

**LECZENIE.** Do wewnątrz tran, arsenik, dyeta mleczna, jodek potasu, pozatem dobre warunki higieniczne, zmiana powietrza. Miejscowo: kąpiele stałe, zawijania w watę, pudrowanie proszkami przeciwnilnymi. Gottheil zaleca roztwory lub maści z ichtyolem (5—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

## XVI. Framboezya podzwrotnikowa.

Framboezya jest zakaźną, zaraźliwą, ale nie dziedziczną chorobą skóry, występuje w postaci brodawczaków lub brodawek i zdarza się głównie u dzieci w Indo-Chinach i wogóle na dalekim wschodzie (Jeanselme. Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1901).

**PRZYCZYNY.** Ogniskiem endemii jest Kambodża, choroba daje się przeszczepiać i występuje na 12—20 dzieci po zaszczepieniu, daje się przeszczepiać u tego samego



osobnika, nie wytwarza odporności, w okresie rozwoju krew i wydzieliny z wykwitów są zaraźliwe. Dziecko może zachorować wkrótce po urodzeniu na 20—30 dzień najwcześniej po ssaniu chorej matki, wykwity wtedy występują na ustach. Choroba nie jest dziedziczna.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Pierwotne zmiany powstają w warstwie brodawkowej skóry, naczynia tej warstwy są rozszerzone, naczynia wydłużone, wzdłuż naczyń włosowatych znajdujemy Plasmazellen idące w postaci beleczek liniowych w osi brodawki. Sieć elastyczna skóry zanika, naskórek ulega przerostowi i draży wgląd skóry. Komórki powierzchniowe ulegają spłaszczeniu i wysychają, tworząc skorupę nad brodawczakiem. Naczynia włosowate przepelnione są b. c. wielojądrowymi, które po wypełnieniu z naczyń tworzą ropnie prosowate wewnątrz naskórka. Jeanselm nie mógł wykryć żadnych drobno-ustrojów.

**OBJAWY.** Okres wylegania jest długi, 15 dni do kilku miesięcy przy szczepieniu 2—3 tygodni. Okres wtargnięcia cechuje się gorączką, rozbiciem, niestrawnością, biegunką, bólem głowy i w stawach. Na skórze występują plamy czerwone, pokryte drobnymi łuskami w postaci kół, pierścieni, jak w liszaju strzygącym, na skórze dłoni i podszewie skóra grubieje. Wkrótce występuje guzik na nodze lub goleni, rodzaj twardej wrzodzianki, pokrytej strupem, pod którym znajdujemy uporczywe ziarninujące owrzodzenie. Po kilku tygodniach znika, pozostawiając bezbarwną plamę, lub bliznę gładką, nieco zabarwioną. Po kilku tygodniach lub miesiącach gorączka występuje ponownie, wraz z bólami gośćcowymi, zwiastującymi uogólnienie sprawy. Występują wtedy guziczki stożkowate z żółtym punkcikiem u szczytu, otoczone u podstawy brzeżkiem czerwonym, skutkiem czego są podobne do wykwitów trądzikowatych i niesztowiec przymiotowych; wykwity te mogą znikać lub uleść owrzodzeniu, które przyjmuje postać maliny lub truskawki, tworząc występ pół-

kulisty 1—2 cm. w średnicy, pokryty strupkiem przyrośłym. Po usunięciu strupka znajdujemy wyrosła miękie, żółtawe lub różowe, krwawiące, wydzielające cuchnący płyn, zasycający na powierzchni. Niektóre wykwity dosięgają znacznych rozmiarów, jedne są okrągłe, inne obrączkowate w postaci kokardy, mogą się zlewać, tworząc zarysy wielokątne... Grupy małych wykwitów zbierają się około wielkich być może skutkiem samozaszczepienia przez drapanie. Świad wyraźny występuje między wykwitami, same zaś wykwity są bezbolesne. Po 2—3 tygodniach wykwit stopniowo znika, pozostawiając bezbarwne plamy lub blizny, jak po niesztowicach przymiotowych. Wykwity występują przeważnie naokoło otworów naturalnych, w kącie ust, przy otworach nosowych, na sromie, kroczu etc. Prócz tego spotykamy wykwity na policzkach, czole, uszach, karku, w dole nadobojczykowym, przegubach, rękach i nogach oraz przy paznogiach. Przebieg choroby przewlekły, każdy wybuch wywołuje gorączkę.

Rokowanie dobre, zdarza się niekiedy, że wykwity nabierają cech żrących, następstwem zaś tego mogą być zniekształcenia i kalectwa.

LEGZENIE. jak w przymocie, w uporeczywych przypadkach przyżeganie wykwitów. Dla zapobiegania należy chorych oddzielać.

## XVII. Łuska rybia.

Przyczyny. Nazwą łuski rybiej ohrzczono stan chorobowy skóry, cechujący się suchością skóry i łuszczeniem podobnem do łusk rybich lub płazów. Choroba jest wrodzoną, różni się jednak od łuski rybiej u płodów, tem że występuje po kilku miesiącach lub latach. Jest to choroba dziedziczna i rodzinna, rzadziej występuje u dziecka, zrodzonego z rodziców zdrowych, przeskakuje wtedy kilka pokoleń. Dzieci są blade, bezkrwiste, mało rozwinięte,

wyjątkowo silne i zdrowe. Rybia łuska wtórnie wystąpić może w charłactwach, gruźlicy etc.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Naskórek rozwija się nadmiernie, brodawki powiększone, gruczoły skóry zanikłe, czem się tłumaczy suchość nadmierna skóry. Z punktu widzenia anatomii zbliża się łuska rybia do zrogowaceń naskórka, z pochodzenia do wrodzonych zniekształceń skóry.

**OBJAWY.** Skóra sucha, twarda na dotyk barwy szaro-brudnej, ciągle łuszczy się. Na twarzy, rękach i przedramieniu jest pomarszczona i pargaminowa. Łuszczenie odbywa się w postaci pyłu lub płatów dość wielkich. Najwyraźniej zmiany występują na stronie wyprostnej kończyn, na dłoniach i podszewkach zmian brak, rzadziej na twarzy. Skoro sprawa wystąpi na głowie, włosy znikają lub są rzadkie i zanikłe. W jednych przypadkach skóra zanikają, a u podstawy często są otoczone guziczkami (kse-rodermia), w innych przypadkach łuski są obfite i tworzą złogi dość znaczne. Paznogie są suche i pękają, włosy zanikają, a u podstawy często otoczone guziczkami (xerato-sis pilaris). Choroba trwa bez końca, jest nieuleczalna, jest to właściwie już nie choroba, a potworność, skutkiem upośledzonych czynności, chorzy są niedokrewni i wyniszczeni. Odra i płonica nie wywierają wpływu na przebieg choroby. Z początku zmiany są małe, zwiększają się jednak z roku na rok. Wyzdrowienie wątpliwe.

**ROZPOZNANIE.** Dzięki wczesnemu wystąpieniu odróżnić ją łatwo od łuszczycy ogólnej.

**LECZENIE.** Do wewnątrz żelazo, arszelik, tran, china. Miejscowo kąpiele długotrwałe z dodatkiem gliceryny, wcierania, zawijania w kauczuk, środki napotne. Wreszcie wody Luchen, Barèges, Uriage, Saint-Gervais, Bourboule.

### **XVIII. Rybia łuska u płodów**

Rybia łuska u płodów od choroby tej u dzieci różni się głównie głębokością zmian, Hebra i Kaposi uważają

je nawet za zupełnie różne sprawy, druga zdarza się w 2-im roku i później, pierwsza zaś występuje u płodów i powoduje szybko zejście śmiertelne. Spostrzeżenia innych badaczy dowodzą jednak, że rybia łuska u płodów nie zawsze jest śmiertelna, a granice między obiema chorobami są bardzo nieznaczne.

**PRZYCZYNY.** rybiej łuski u płodów nie są znane, przypisywano tę chorobę przymiotowi dziedzicznemu, wrzuceniom i urazom w czasie ciąży, zmięknieniu kości, zwykle jednak rodzice są zupełnie zdrowi: rybia łuska u płodu nie jest bynajmniej dziedziczną (w jednym tylko przypadku rybia łuska wystąpiła u kilku płodów jednej matki).

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Powłoki są jakby zbyt ciasne, stąd dziecko wygląda jakby zawinięte w połamany pancerz. Na skórze znajdujemy plamy czerwone, oddzielone bruzdami. Zgrubienie naskórka jest znaczne, na zgrubieniach naskórek jest grubszy, niż w bruzdach (do 30—50 razy: Houel, Chambard). Zmiany znajdujemy tylko w warstwie rogowej. Skóra jest jakby przedziurawiona na miejscu uszkodzenia włosów, stąd też skóra na głowie ma wygląd gąbczasty. Gruczoły potowe niekiedy zanikłe, łojowe nierozwinięte, włosów brak lub są zgięte i schowane pod warstwą rogową, cebulki włosowe zanikłe skutkiem ucisku łoju. Skóra właściwa nie zmieniona. Równocześnie z łuską rybią znajdujemy u płodu kalectwa wrodzone, a w narządach wewnętrznych stan zapalny, jak w oparzeniach skóry. Wogóle zmiany na skórze prowadzą się do przerostu warstwy rogowej.

**OBJAWY.** Rybia łuska u płodu cechuje się zgrubieniem naskórka, który staje się twardym, traci elastyczność, otwory rozszerzają się, normalne wyniosłości znikają, a skutkiem wzrastania płodu naskórek pęka. Wygląda to, jakby płód pokryty był zaschniętą masą płodową barwy brudno-żółtej, usianej bruzdami. Twarz odrażająca, usta otwarte, rozpadliny na wargach, nos słabo zarysowany,

policzki pocięte bruzdami, powieki wywrócone nazewnątrz, oko obnażone, rzęsy rzadkie, uszy w zaczątku, włosy krótkie, szyja usiana rozpadlinami poprzecznymi, toż samo zresztą widzimy na tułowiu, narządy płciowe szczątkowe, kończyny, jakby obrzękłe, ruchy ich ograniczone, palce niekiedy zrosnięte. Przy ruchach bruzdy pękają i krwawią. Dzieci takie umierają w ciągu pierwszych dni.

Leczenie bezsilne, zalecają jednak kąpiele przeciwgnilne z sublimatu (1:10000), a dzieci trzymają w cieplarni.

### **XIX. Zapalenie symetryczne skóry z nadmiernem zrogowacieniem naskórka (Keratodermia).**

1. Zrogowacenie wrodzone może być dziedziczne i rodzinne. Neumann (Wien. med. Ges. 1897) przypadki tego rodzaju spostrzegł w pewnej rodzinie Dalmackiej. Skóra na dłoniach i stopach była zrogowaciała symetrycznie, na łokciach, przedramieniu i kolanach znajdowano wysepki zrogowaciałe.

Kaposi uważa sprawę tę za rybią łuskę miejscową. Podeszwa jest silnie zgrubiała, a naokoło niej znajdujemy rąbek rumieniowy, dłonie również zgrubiałe, faldy wyraźniejsze. Choroba ta sprowadza tylko pewną niezgrabność.

2. Zgrubienie nabyte naskórka również występuje symetrycznie, nie jest wrodzone, zdarza się u dzieci starszych, występuje napadami, ulega obostrzeniom i zwolnieniom. Zgrubienie znajdujemy na powierzchni dłoniowej palców, na przedniodolnej części śródreżca, na wierzchołku kłębu palca wielkiego, na brzegu łokciowym dłoni. Zgrubienie w tych miejscach dosięga olbrzymich rozmiarów, a w bruzdach znajdujemy nadżerki i rozpadliny. Między temi wysepkami zgrubiałego naskórka znajdujemy zdrową skórę oddzieloną od cho-

rej obwódką czerwoną. Brodawki skóry ulegają przerośnięciu. Skutkiem tych odcisków symetrycznych chodzenie i ruchy dłoni są utrudnione, bólów brak. Paznogie często wrastają, a członeczki są z boku spłaszczone.

3. Zgrubienie naskórka ogniskowe. Zgrubienie występuje na dłoniach i podeszwach niezależnie od ucisku.

4. Zgrubienie przypadkowe naskórka występuje skutkiem ucisku, jest częściowe, wyleczalne i zdarza się głównie u dorosłych skutkiem pracy. Od odcisków różni się szerokością, grubością i długotrwałością, zależą od usposobienia, a nie tylko od ucisku.

LECZENIE czysto objawowe: unikać ucisku, nosić dobre obuwie; zgrubienia rozmięczać przez stosowanie kąpieeli długotrwałych, wilgotne opatrunki, rękawiczki gumowe. Po rozmięczeniu naskórek schodzi, narasta jednak z powrotem, gdyż usposobienie do choroby trwa.

Prócz leczenia miejscowego stosujemy kąpiele Luchon, Uriage, Sain Gervais.

## XX. Zrogowacenie torebki włosa.

Choroba ta, opisana przez Tilboury Fox'a p. n. dystrophia folliculorum, przez E. Wilsona p. n. folliculitus, przez Lemsine'a p. n. ichthyosis anserina scrophulosorum cechuje się występowaniem w niektórych okolicach ciała złogów naskórka w miejscu wychodzenia włosów.

Choroba częściej zdarza się kobiet i rozpoczyna się u dzieci starszych, wzmagając się u młodzieży i dorosłych. Aczkolwiek pod względem anatomicznym zbliża się do łuski rybiej, różni się od niej przebiegiem i ścisłym umiejscowieniem. Częstokroć jest dziedziczne i rodzinne. Sprawa umiejscawia się głównie na stronie tylnozewnętrznej ramienia i przedramienia, ud, podudzia, pośladkach etc. Skóra w tych miejscach zachowuje barwę

normalną lub jest nieco sinawa, sucha, twarda, na dotyk chropawa. Przy bliższem badaniu znajdujemy grudki prosowate twarde, łuskowate, przez które przechodzi włos zagięty lub urwany. Skóra gładka bez zmiany. Zewnętrzna część brwi jest gładka, policzki zaczerwienione i szorstkie. Sprawa sprowadzić może zniszczenie włosów i pozostawić po sobie małe blizny.

Dzieciom, zwykle limfatycznym i zolżowym, podawać należy tran, arsenik, sp. jodotannicus; miejscowo stosujemy mydła, tłuszcze, wcieranie gliceryny oraz kąpiele rozmięczające.

### XXI. Łupież czerwony przywłosowy.

Devergie, Bessnier i Richaud opisali pod nazwą „pityriasis rubra pilaris“ sprawę, stojącą pośrodku między zrogowaceniem torebki włosowej a łuszczycą. Cechuje się ona występowaniem na skórze stożków zrogowaciałych oddzielnych lub zgrupowanych, zbliżonych do łuszczycy i występujących na grzbiecie, stronach wyprostnych kończyn oraz głowie. Przy dotykaniu otrzymujemy wrażenie szczotki. Łuszczenie jest rozsiane lub rozlane, tworząc w tym ostatnim razie powłokę na kolanach i łokciach. Dłoń i podeszwa są zaczerwienione, rowki wyraźne, białe. Paznogie prawie zawsze są zgrubiałe prążkowane. Stan ogólny dobry. Choroba ma przebieg przewlekły z obostreniami. Ciekawy i typowy przypadek ogłasza Leredde (Ann. de dem. 1898) u 14 letniego chłopca. Od łuszczycy różni się umiejscowieniem około włosów oraz obecnością stożków oddzielnych obok blaszek łuszczycowatych.

Leczenie jak w zrogowaceniu torebek włosowych.

## XXII. Łuszczyca.

Łuszczyca jest chorobą skóry, cechującą się występowaniem plam okrągłych, białych, perłowych, składających się z grubych lub cieńszych łusk naskórka, siedzących na podstawie czerwonej, krwawiącej przy obnażeniu.

PRZYCZYNY. Łuszczyca zdarza się dość często u dzieci nawet małych (od 1—12 r.), Rille spostrzegał ją u 38 dniowego dziecka (Wien. m. Ges. 1895); chociaż utrzymują, że zdarza się częściej u chłopców, nie mogłem tego stwierdzić w moich spostrzeżeniach. Większą rolę odgrywa dziedziczność, nie we wszystkich jednak przypadkach można ją stwierdzić. W każdym razie stwierdzić można dziedziczną skazę moczanową (Bazin). Lang (1878) przypisywał chorobę pasorzytom: epidermophyton, lepa colla repens, znajdował go w łuskach; szczepienie jednak dało wynik ujemny. Inni badacze uważają łuszczycę za nerwicę odżywczą (Besnier) powstającą pod wpływem wzruszeń, wstrząśnięć, zmartwień równocześnie z nerwobólami, bólami mięśniowymi i stawowymi.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Zmianą główną jest przerost warstwy rogowej naskórka, warstwy Malpighi i brodawkowej, brak warstwy ziarnistej, obok tego znajdujemy rozszerzenie naczyń skóry. Kaposi znalazł zmiany w samej skórze, ale Peciska dowiódł, że zmian pierwotnych szukać należy w naskórku (Monatschr. f. prak. Derm. 1887).

OBJAWY. Choroba rozpoczyna się niepostrzeżenie wykwitami odosobnionymi bez odczynu, gorączki, swiądu lub bólów. Na tułowiu i wyprostnych stronach kończyn, na łokciach, kolanach i czole występują małe plamy okrągłe, błyszczące, białe, wielkości prosa, soczewicy nawet, podobne do plam od świecy, wystające nad powierzchnią skóry i pokryte łuskami. Po usunięciu łuski znaj-



dujemy plamę okrągłą czerwoną, krwawiącą. Rozróżniamy łuszczycę punkcikowatą, kroplistą, pieniążkową i kolistą. Plamy te i blaszki grupują się głównie na łokciach, kolanach, grzbiecie, krzyżu, głowie, acz mogą być rozsiane po całym ciele. Paznogie są żółte, ciemne, prążkowane i guzikowate.

Choroba występuje napadami w różnych odstępach czasu, nawroty są częste, w przerwach skóra zupełnie zdrowa. Stan ogólny dobry.

Dziecko dwuletnie miało napady co 6 miesięcy, napad trwał 5—6 tygodni, u innego dziecka napady powtarzały się co 2—3 lat.

Łuszczycza rozsiana ustępuje łatwiej, niż ogólna. Rokowanie zależy od natężenia, dla życia zawsze dobre.

ROZPOZNANIE wogóle łatwe, niekiedy tylko pewne trudności następuje rozpoznanie różniczkowe od pryszczycy suchej i łupieżu przywłosowego, na zasadzie jednak przebiegu zawsze postawić można rozpoznanie. Łuszczycza przymiotowa jest bardzo do zwykłej zbliżona.

LECZENIE. Dawniej ważną rolę przypisywano leczeniu wewnętrznemu, podawano arsenik i zasady, zalecano też świeżo wielkie dawki jodku potasu. Dziś ograniczamy się przeważnie do leczenia zewnętrznego obok dyety, jak i w innych chorobach skóry. Leczenie miejscowe rozpoczynamy od kąpeli mydlanych w celu rozmiękczenia łusk. Później stosujemy codzienne nacieranie z dziegciu, po usunięciu większości blaszek maść 10% z kwasu pirogalasowego.

### XXIII. Skóra pargaminowa barwna.

Pod nazwą powyższą (xeroderma pigmentosum) w 1870 r. Kaposi opisał rozsiany zanik skóry u dzieci od 1—15 r. życia. Besnier nazwał ją epitheliomatosis pigmentosa.

PRZYCZYNY. Choroba zdarza się częściej u dziewcząt (7:3 Kaposi) i może rozpocząć się już w 6 m. życia (Perrin, Mars. méd. 1896) u kilku członków danej rodziny, a nawet być dziedziczną (Barré).

P. n. melanosis lenticularis progressiva Roth podaje 2 przypadki skóry pargaminowej u sióstr 6 i 7 letniej (Arch. of Ped. 1898), u starszej choroba rozpoczęła się w 3 roku. Chorobę przypisywano działaniu światła, słońca, podrażnieniom skórnym, przyczyny te jednak nie są w stanie objaśnić nam tak rzadkiej choroby rodzinnej.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Stwierdzono przerost tkanki łącznej i śródbłonna w naczyniach, zanik następczy brodawek, nagromadzenie nieprawidłowe barwnika, obrzmienie gruczołów ze zwyrodnieniem nabłonka. To skłoniło Besnier'a do nadania jej nazwy epitheliomatosis. Właściwy nabłoniak zdarza się u dzieci wyjątkowo, a i wtedy ma postać owrzadzającą.

U 14 letniego chłopca Hartzell (N.-Y. m. J. 1898) znalazł w okolicy licowej guzik, który po upływie 6 m. uległ owrzodzeniu, o brzegach twardych, wyniosłych, dnie pokrytem strupem czarnym wielkości 50 centymetr. Przy badaniu drobnowidzowem—nabłoniak.

OBJAWY. Skóra zabarwiona, twarz, szyja, barki, pierś, ramiona, tylna część rąk, niekiedy i kończyny dolne usiane plamami brunatno-zółtymi, bliznami wgłębionymi, o wyglądzie pargaminowym. Choroba rozpoczyna się w dziecięctwie plamami i wyrosłami barwnymi, z następczemi bliznami i wgłębieniami skutkiem zaniku. Usta i otwory nosowe ulegają zwężeniu, powieki wywrócone. Kaposi w połowie przypadków stwierdził występowanie guzów złośliwych. Rokowanie bardzo złe.

LECZENIE. Do wewnątrz chloran potasu i arsenik, miejscowo próbować należy różnych metod.

## XXIV. Brodawki.

Brodawkami nazywamy ograniczone nagromadzenie naskórka z przerostem brodawek skórnych. Tu głównie zajmujemy się brodawkami u dzieci. Rozróżniamy 2 ich postaci: zwykłą wystającą, twardą na rękach, oraz płaską, jednostajną, prosowatą lub soczewicowatą na twarzy. Dodać muszę, że właściwie niema między nimi różnicy, zbyt często spotykamy je jednocześnie u tegoż osobnika, różnica zależy od umiejscowienia.

PRZYCZYNY. Brodawki bardzo rzadko występują u niemowląt, często u dzieci starszych i młodzieży, dzięki temu, że w szkole są bardziej narażone na zarażenie, niż niemowlęta. Dziś już zaraźliwość brodawek nie ulega wątpliwości, zarażenie następuje przez proste podanie ręki, skąd mogą dostać się przez dotknięcie na twarz. Część pokryta skóry wolna jest od brodawek. Variot szczepił brodawki z powodzeniem. Kühnemann próbował znaleźć pasorzyty odnośne.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Główne zmiany znajdujemy w naskórku, brodawki ulegają im wtórnie. Warstwa zębata ulega rozrostowi, wtórnie rozwija się przekrwienie i przerost skóry. Kühnemann w warstwie zębatej między komórkami, w komórkach, w przestrzeniach chłonnych znajdował laseczki długości 1,5 cm., rzadko dostają się one do skóry, częściej do naskórka. W starych brodawkach są mniej liczne, niż w świeżych. Na agarze i żelatynie rozwijają się dobrze.

Prócz płaskich i zwykłych brodawek u dzieci znajdujemy brodawki naczyńniakowate, opisane przez V. Mibellie'go p. n. angiokeratoma, a przez Dubreuilh'a veruca telangiectodes.

OBJAWY. Brodawki pospolite znajdujemy na tylnej powierzchni rąk, palców i na twarzy, są one twarde, rogowate, okrągłe, występują nad powierzchnię skóry,

różnej wielkości od grochu do ziarna prosa. Zwykle są rozsiane, rzadko się grupują po kilka. Są bezbolesne, nie swędzą, nie przeszkadzają ruchom, chyba, że umiejscowią się na bocznej stronie palców. Przebieg powolny, trwają całymi nieraz latami, znikają, na ich miejsce powstają inne, stąd na ręce widzimy brodawki w różnych okresach: brodawki matki i córki.

Brodawki płaskie są mniejsze, mniej zabarwione, zato liczniejsze i chętnie grupują się po kilka. Są nieraz tak małe, że dla wykrycia ich wpatrzeć się trzeba, odnajdujemy je więc często tylko przy obmacywaniu. Bardzo zbliżone do siebie brodawki gładkie są nieco podobne do liszaja płaskiego, nie wywołują jednak swiądu. Na czole, policzkach i brodzie są zabarwione na żółtawo, niekiedy jak ksantelazmy.

Prócz brodawek płaskich i okrągłych zdarzają się brodawki włoskowate, na szypule głównie w okolicy warg, Kaposi uważa je za *molluscum pendulum s. fibrosum*.

Leczenie dzielimy na ogólne i miejscowe. Do wewnątrz zalecano arsenik i magnezję bez wyniku, niektórzy zalecali tram *Thuyae occidentalis* po 10 — 50 kropli. Głównie należy stosować leczenie miejscowe. Wielkie brodawki usuwamy za pomocą przyżegań galwanolub termokauterem, wyłyżeczkowania po znieczuleniu jodkiem etylu. Młode ustępują przy pęzlowaniu jodyną.

Zapobieganie polega na unikaniu dotknięcia osób, mających brodawki.

## XXV. Nabłoniak zaraźliwy skóry.

Zaraźliwy nabłoniak skóry (*molluscum contagiosum* Bateman'a, *acne varioliforme* Bazin'a) występuje w postaci małych okrągłych wykwitów opalizujących, pępkowato wciągniętych, rozsianych na twarzy i skórze<sup>2</sup> cienkiej.

**PRZYCZYNY.** Nabłoniak zaraźliwy jest zaraźliwy i daje się szczepić, stąd też na salach szpitalnych oraz w szkołach spostrzegano endemię tej choroby. Toż samo stwierdziłem w jednej rodzinie. Szczepień bezpośrednich z dodatnim wynikiem dokonali Betius, Vidal, Haab, Pick (Münch. m. Woch. 1891). Neisser uważa za czynnik chorobotwórczy koccydę, sporozoa, toż samo twierdzi Quinquaud (France méd. 1889) i Darier.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Guz daje się wyluszczyć ze skóry. Wciągnięcie pępkowate jest czarne skutkiem domieszki pyłu, większe guzy sączą. Na przekroju znajdujemy zraziki gruszkowate, wychodzące jakby z jednego punktu, w każdym zraziku znajdujemy eleidynę. Renaud uważa nabłoniaka zaraźliwego za wytwór chorobowy gruczolów łojowych, Neisser zaś wyprowadza jego początek z głębokiej warstwy Malpighi.

**OBJAWY.** W różnych okolicach skóry, przeważnie na twarzy, czole, policzkach, powiekach, szyi, około narządów płciowych wreszcie na kończynach znajdujemy kuliste małe guziki, początkowo wielkości łebka szpilki, wreszcie grochu, zgrupowane przeważnie naokoło otworów naturalnych, napółprzezroczyste, białe, wciągnięte u wierzchołka jak krosty ospowe; między palcami wyciśnięć z nich można ciało okrągłe, poczem pozostaje jama krwawiąca. Ilość tych wykwitów może dojść do znacznych rozmiarów. W zasadzie są to wykwity rozsiane, nigdy nie są tak zgrupowane, jak brodawki płaskie. Nabłoniak zaraźliwy sam przez się nie wywołuje na skórze odczynu zapalnego chyba pod wpływem zdrapań, guziki wtedy uleż mogą zakażeniu i zropieniu, pozostawiając po zagojeniu blizny.

Nabłoniaki trwają długo, rokowanie jednak jest dobre.

**ROZPOZNIANIE** łatwe dzięki brakowi odczynu zapalnego i wyglądowi charakterystycznemu.

**LECZENIE.** Dzieci chore należy oddzielić od zdrowych. Leczenie czysto miejscowe. Przyżegania lapisem

i jodyną są bezcelowe. Należy każdy guzik otworzyć nożem lub nożyczkami i guzik wypalić termokauterem. Małe guziki Besnier radzi wyłyżeczować łyżeczką dla wilka, a na powierzchnię nałożyć opatrunek uciskający. Przy znacznej obfitości guziki wyłuszczamy grupami; gdy ilość jest bardzo znaczna--należy stosować grupami mydło szare celem wywołania złuszczenia skóry.

## XXVI. Gruźlica skóry.

1. Wilk jest gruźlicą przewlekłą skóry, cechuje się występowaniem ziarn żółtych lub gruzelków zserowatych głęboko w skórze, wystających mniej lub więcej nad powierzchnią. Rozpocząć się może u dzieci małych i trwać przez całe życie. Częściej zdarza się u dziewcząt, szczególnie limfatycznych i żółzowych. U otoczenia chorego stwierdzić można nieraz gruźlicę płuc. W wilku znajdujemy l. Kocha w ilości nieznacznej, wytwory wilka, szczepione świnkom morskim, wywołać mogą gruźlicę (Cornil, Leloir). Wilk jest następstwem zakażenia l. Kocha z zewnątrz, skoro rozwinie się gdziekolwiek, może być przeniesiony palcami chorego, to też powstać może z ropnia zimnego. Może przechodzić ze śluzówek na skórę i odwrotnie. Baumgarten przyjmował, że wilk rozwinąć się może z zakażenia przez naczynia krwionośne.

W wilku znajdujemy komórki olbrzymie, otoczone komórkami nabłonkowatymi i zarodkowymi. Zmiany w skórze mogą być powierzchowne lub głębokie, w końcu cała skóra ulega zniszczeniu. Naskórek znika lub też ulega przerostowi. Blizna tworzy się od środka.

Wilk umiejscawia się głównie na twarzy, naokoło otworów naturalnych, spostrzegano go jednak niekiedy na czole; na części owłosionej nie zdarza się nigdy, często przechodzi na śluzówki nosa, jamy ustnej i oczu.

Przy badaniu uważnem znajdujemy na powierzchni wilka ziarna żółtawe wielkości główki szpilki, miękie,

kruche, wewnątrz skóry. Wilk nie jest bolesny. Gruczoly sąsiednie są powiększone. Ziarna zbierają się w grupy, na ich obwodzie znajdujemy gruzelki świeże. Świeży wilk nieowrzodzony tworzy plamy czerwone o zarysach nieprawidłowych, nieco wystające, skóra przy obmacywaniu jest w tem miejscu zgrubiała, naskórek gładki lub złuszczoney. Wilk owrzodzony pokryty jest grubymi strupami, pod którymi skutkiem zakażenia wtórnego znajdujemy powierzchnię ropiejącą.

Dubreuilh opisał odmianę wilka prosowatego ostrego, występującą pod postacią małych oddzielnych ziarn, rozsianych bez porządku na twarzy, tułowiu i kończynach. Jedne z ziarn znikają, inne zaś rozwijają się dalej. Postać tę spostrzegano u dzieci starszych w czasie zdrowienia po ospie i płonicy, powstaje prawdopodobnie skutkiem zakażenia z krwi. Wilk przerostowy tworzy nierówną powierzchnię brodawkowatą, śluzakowaty przeważnie na uszach tworzy masę miękką galaretowatą.

Wilk przebiega bez bólu, swędzenie szerzy się odśrodkowo, może ustąpić, ale pozostawia po sobie blizny, powodujące zaburzenia skutkiem kurczenia się (wywrócenie powiek, zwężenie otworów nosowych, zrost palców etc.). Wilkowi twarzy może towarzyszyć olbrzymie powiększenie gruczołów szyi. Związkowi wilka z suchotami płucnymi zaprzeczano.

Rozpoznanie łatwe, wykluczyć należy liszajca, pryszczycę, wykwity z zatrucia (brom, jod).

Leczenie: ogólne — tran, odżywianie dobre, kąpiele słone, wody siarczanosłone. Miejscowo — plaster rtęciowy, maść salicylowa (1 : 30), kreozotowa (1 : 20). Owrzodzenia pędlujemy kwasem mlecznym. Lepsze wyniki daje leczenie chirurgiczne: wyluszczenie, skrobienie z przyżeganiem następczem, przyżeganie, nacinanie. Osobiście stosuję co 8 dni ignipunkturę, a następnie plaster de Vigo.

2. Gruźlica brodawkowata, opisywana p. n

wilka brodawkowego, umiejscawia się głównie na kończynach w ilości 10—20 (Comby, Arch de méd. des enf. 1898). Są to brodawki suche, twarde, zrogowaciałe, zczerniałe od pyłu. Podstawa ich czerwona, twarda, z brodawki przy ucisku wycieka płyn ropiasty. Jest to wynik zakażenia plwociną. Postać ta, zbadana przez Riehl'a i Paltauf'a umiejscawia się na dłoni i powierzchni tylnej palców, niekiedy na przedramieniu i łokciach. Jest sprawą powierzchowną i uleczalną; wystarcza w tym celu przyżeganie lub wyskrobanie z następczym przyżeganiem po rozmięczeniu za pomocą plastra de Vigo. Jest to najłagodniejsza postać gruźlicy skóry, zbliżona do brodawki trupiej u studentów i lekarzy.

3. Owrzodzenia gruźlicze skóry są groźniejsze od brodawek, gdyż siedzą głębiej, powstają z ran lub uszkodzeń zakaźnych l. Kocha. Rana w tych razach nie goi się, brzegi jej grubieją, na dnie tworzy się owrzodzenie, a gruczoły sąsiednie ulecz mogą obrzmieć. Gdy nie pośpieszymy z pomocą, gruźlica rozszerzyć się może na narządy wewnętrzne. Na 10 dzieci obrzezanych przez suchotnika Lehman u 7 stwierdził zapalenie gruźlicze opon. To też ognisko przypalić należy głęboko jak można najwcześniej.

4. Ziarniniaki gruźlicze zdarzają się często u dzieci małych (guzy żoźowe), niekiedy równocześnie z wilkiem, ropniami zimnymi, gruźlicą kości i stawów. Są one wynikiem zakażenia przez naczynia krwionośne, a nie z zewnątrz. Ziarniniak jest z początku twardy, bezbolesny, wielkości grochu lub orzecha, siedzi głęboko w skórze lub pod skórą, nie występuje jednak nad powierzchnię skóry i znajdujemy go dopiero po obmacywaniu. Zwykle znajdujemy kilka ziarniniaków, rozsianych na pośladkach i kończynach. Po pewnym czasie ziarniniak ulega rozmięczeniu, zropieniu, chęłbocze, skóra nad nim czerwienieje, zanika, pęka, poczem wylewa się ropa płynna z ziarenkami. Na miejscu ziarniniaka two-



rzy się owrządzenie z brzegami podniesionemi, dnem nierównem, po zagojeniu pozostaje blizna wciągnięta, fioletowa. Ziarniniak jednak może uleść wessaniu, pozostawiając zawsze sinawe plamy po sobie. Z anatomicznego punktu widzenia jest to zbiorowisko gruzelków zserowaciałych, w których znajdujemy l. Kocha. Rozpoznanie natrafia niekiedy na pewne trudności. Wykluczyć należy ropnie liczne skóry i ziarniniaki przyrostowe. Leczenie polega na opróżnieniu ogniska, wyluszczeniu oraz opatrunkach przeciwnilnych.

### XXVII. Liszaj zółtowy.

PRZYCZYNY. Liszaj zółtowy występuje w postaci grudek u dzieci starszych, w klasie biedniejszej równocześnie z chorobami gruczołów, ropniami zimnymi i wilkiem. Grupki liszaja zbierają się niekiedy około starych ognisk ropnych.

OBJAWY. Grudka liszaja jest mała (główka szpilki do ziarna soczewicy), bladoczerwona lub czerwona, płaska lub stożkowata, pokryta łuską, stożkiem zrogowaciałym lub strzępką. Mieści się w otworze torebki i przez środek jej przechodzi włos. Wysypka jest rozsiana lub zgrupowana w postaci plam lub kół kilkucentymetrowych w średnicy. Przeważnie umiejscawia się na tułowiu, nigdy na twarzy. Świądu nie wywołuje. Występuje ostro lub podostro i po kilku miesiącach lub latach ustępuje. Rzadko pozostawia po sobie małe zabarwione blizny. Nawroty bardzo częste, szczególnie gdy dziecko żyje w złych warunkach higienicznych. Rozpoznanie od chorób pokrewnych łatwe.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Grudka otacza torebkę włosa i ma budowę gruzelków (Derier, Hallopeau). Napęczniały naskórek zatyka otwór torebki. Laseczników gruczołowych nie znajdujemy, szczepienia próbne dają wynik

ujemny, dotąd znany jeden tylko wynik dodatni szczerpień (Haushalter). Kaposi uważa liszaj za objaw charłaczy, Jacobi za gruźlicę skóry, Hallopeau przypisuje go działaniu jadów gruźliczych, wytworzonych w gruczolach, ziarniniakach etc. Dane kliniczne w istocie wskazują na związek z gruźlicą, dowodów jednak anatomicznych i patologicznych brak.

LECZENIE. Miejscowo maść ichtyolowa (10%). Po za tem do wewnątrz tran, spus jodotannicus, pobyt na wsi, kąpiele słone lub morskie, dobre odżywianie.

### XXVIII. Bielactwo.

Bielactwem nazywamy przypadkowy zanik barwnika skóry, skutkiem czego w różnych punktach skóry występują plamy białe, okrągłe lub jajowate, zazwyczaj też równocześnie w innych miejscach zbiera się nadmiar barwnika, jest to więc nietylko achromia, ale dyschromia; barwnik znika w jednym miejscu, a zbiera się w drugim.

PRZYCZYNY. Przyczyny są zazwyczaj nieznanne. Sprawa zdarza się częściej u mężczyzn, u murzynów, u brunetów i w rasach barwnych. Związku bielactwa ze skazą moczanową, zimnicą, przymiotem i różnemi charłactwami nie dowiedziono. Występuje ono i u dzieci zupełnie zdrowych, z drugiej znów strony spostrzegalem je u 7 letniego chłopca z niestrawnością, kamicą nerkową, przerostem wątroby.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. W plamach nie znajdujemy ziarn barwnikowych w sieci Malpighi, a za to nadmiar barwnika na obwodzie. Leloir opisuje zmiany w układzie nerwowym: zapalenie mięszone nerwów, zabarwienie myeliną, bujanie jąder, niekiedy nawet znikanie włókienka osiowego.

OBJAWY. Choroba rozpoczyna się powoli na zakry-

tych częściach skóry. Bez żadnej widocznej przyczyny i odczynu widocznego na skórze występują jajowate lub okrągłe plamy białe z ciemną obwódką co wygląda, jakby barwnik został zepchnięty na obwód. Plamy, początkowo małe i nieliczne, zlewają się ze sobą i tworzą pasy mniej lub więcej długie. Niekiedy zwraca uwagę naszą nie tyle bielactwo, ile nadmiar barwnika, który na szyi np. tworzy plamy, podobne do plam przymiotowych. Skóra w bielactwie na miejscach, pozbawionych barwnika jest matowa, mleczna, śnieżno-biała, wszelkie inne jej własności są zachowane, włosy ulegają odbarwieniu. Plamy są zwykle rozsiane bez planu na skórze, rzadziej występują symetrycznie. Rokowanie jest dobre co do życia, sama zaś choroba jest nieuleczalna.

Rozpoznanie postawić łatwo. Bielactwo wrodzone skóry cechuje się brakiem barwnika bez nagromadzenia barwnika w innych miejscach.

Leczenie bezskuteczne. Besnier zalecał zastrzykiwania pilokarpiny, Władirow (Arch. f. Kind. 1897) uzyskał pewną poprawę u 6 letniego chłopca, stosując arsenik.

## XXIX. Piegi.

Są to plamy barwnikowe na skórze okrągłe lub soczewicowate, żółtawe, barwy kawy z mlekiem i czekoladowe, umiejscawiają się na twarzy, szyi, powierzchni grzbietowej rąk, wstępują głównie u rudych, szczególnie wystawionych na działanie promieni słonecznych. To też twarz zasłaniać należy kapeluszem o szerokim rondzie, zalecać noszenie rękawiczek etc. Dla usunięcia piegów stosujemy sublimat 1 : 1000, 1 : 500, 1 : 200, mydło, nalewka jodowa, kwasy rozcieńczone, maści siarczane i rtęciowe.

### XXX. Stwardnienie skóry.

Stwardnienie skóry polega na stwardnieniu zarówno skóry, jak i tkanki podskórnej. Thirial nazwał je *scelerema adultorum* (1845). Później Forget (1847) i Gintrac wyodrębnili stwardnienie od twardziny, a Rilliet (1848) pierwszy opisał ją u dzieci.

PRZYCZYNY są ciemne, podawano jako przyczyny usposobienie dziedziczne lub rodzinne, skazę moczanową, neuropatyę i przeziębienie. Choroba zdarza się u członków tej samej rodziny. Występować może już w pierwszych tygodniach życia, stąd wniosek, że jest wrodzoną (Neuman, Haushalter). Częściej zdarza się u dziewcząt, niż u chłopców. Aczkolwiek zdarzyć się może u noworodków i niemowląt, częściej występuje u dzieci starszych i u dorosłych. Większość autorów uważa stwardnienie skóry za nerwicę odżywczą, anatomia jednak patologiczna nie potwierdza tego.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Skóra jest twarda jak miedź, w tkance podskórnej zanika tłuszcz. Przy badaniu mikroskopowem znajdujemy: naskórek cieńszy, warstwa brodawkowata pozbawiona normalnych wgłębień i wypukłości, w tkance łącznej przerost beleczek łącznotkankowych, tkanka tłuszczowa zanikła, ilość włókien elastycznych zwiększona, ściany naczyń zgrubiałe, światło ich zwężone, niekiedy zatkane, nerwy częścią zanikłe lub przerosłe. W narządach wewnętrznych żadnych zmian charakterystycznych. Wogóle w stwardnieniu skóry mamy przeważnie przerost tkanki łącznej i włókien elastycznych skóry.

OBJAWY. Pod względem klinicznym rozróżniamy 3 postaci:

A. Stwardnienie skóry ogniskowo rozsiane. Dla przykładu przytoczę 3 przypadki Haushalter'a i Spilman'a (N. Icon. de la Salpêtrière 1899).

A. U 11-letniej dziewczyny na prawym boku wystąpiła plama wielkości dłoni ze zgrubieniem i stwardnieniem skóry barwy kaszy mleczej z plamką białą pośrodku; pod lewą sutką druga plama jajowata, szara z brzegami żółtawymi o połowę mniejsza, skóra twarda nie daje ująć się w fałdy, na górnej powierzchni prawej stopy wstęga biało-perłowa od 2 i 3 palca aż do stawu goleniostopowego, skóra cienka, gładka, zapadła, podobna do blizny, przyrosła do tkanek podskórnych, wzdłuż przedniego brzegu prawej nogi skóra twarda przyrośnięta do kości.

B. U 6-letniej dziewczynki, zrodzonej z rodziców zdrowych, która w 2 $\frac{1}{2}$  roku miała drgawki, na górnej powierzchni prawej stopy znaleziono małą plamę, pokrytą skórą białą, cienką, o cechach blizny, która stale rosła; także plamy stwierdzono na powierzchni zewnętrznej prawego uda oraz na przedniej części klatki piersiowej i ramieniu prawem. Wszystkie te plamy były podobne do blizn po oparzeniach.

2. Stwardnienie palców. Haushalter opisał u 7-letniej dziewczynki stwardnienie palców, które rozpoczęło się między 5—6 rokiem. Palce wydłużone, ścięnięte, paznokcie zajmują całą szerokość członeczków, skóra cienka, lśniąca, sinawa, zimna z czuciem osłabionem, na dłoni i palcach naskórek zgrubiała suchy, zrogowaciały, blaszkowaty. Takie same zmiany znaleziono u 2-letniej siostry chorej.

3. Ciekawy przypadek trądu plamistego podaje Haushalter u 12 letniej dziewczynki. Przed 18 m. u zdrowej i pochodzącej ze zdrowej rodziny dziewczynki wystąpiła plama biaława powyżej brwi lewej, sprawa przeszła następnie na część owłosioną głowy, powodując łysinę, skóra gładka i lśniąca; 15/XI 98 r. znaleziono plamę białawą lśniąca, długości 8 cm., szerokości 2 cm. w górze i 1 cm. w dole od nosa aż do wierzchołka głowy, przy obmacywaniu otrzymujemy wrażenie pargami-

nu, w dolnej części plama biało-perłowa, w górnej żółto-brunatna; na obwodzie tasiemka nosowa, odgraniczająca się od skóry pasem sinawym.

Stwardnienie wrodzone opisywał Neumann (Arch. f. Kind. 1897) i Haushalter. Pierwszy u 13-dniowego niemowlęcia znalazł rozsiane stwardniałe nacieczenie skóry zaczerwienione i bolesne; gorączki brak, stan ogólny dobry, dziecko wyzdrowiało, przeszło w tym czasie ropne zapalenie sutki. Drugi opisuje przypadek u 1 m. dziewczynki, u której od urodzenia stwierdzono plamę i zanik na kończynie dolnej lewej, idącą wzdłuż przednio zewnętrznej strony uda i podudzia, tworzącą naokoło kolana rodzaj podwiązki. Skóra zcieniała, tkanka tłuszczowa zanikła. Na kolanie plama sinawa wgłębiona pośrodku, także plama na krętarzu prawym, pasma białawe na grzbiecie stopy. Przypadek ten o wiele wyraźniejszy, niż Neumann'a oraz 4 przypadki Cruse, zbliżające się raczej do twardziny noworodków.

Przebieg choroby przewlekły, często choroba zatrzymuje się w przebiegu. Rokowanie niezłe, wyzdrowienie u dzieci możliwe. Śmierć—z chorób przypadkowych (gruźlica, zapalenie nerek, choroby serca etc.).

ROZPOZNANIE. U dzieci małych wykluczyć należy obrzęk skóry i twardzinę, u starszych trąd, bielactwo.

LECZENIE. Uważając chorobę za nerwicę odżywczą, przedsiębrać należy środki w celu ogólnego wzmocnienia ustroju (wodoleczenie, kąpiele siarczane etc.). Poza-tem do wewnątrz jodek potasu, żelazo, chinina i tran.

### XXXI. Nerwica odżywcza twarzy.

Pod tą nazwą Romberg 1846 opisuje zanik połowiczny postępujący twarzy, zbliżony do stwardnienia skóry. Między jedną a drugą połową twarzy widzimy kontrast wyraźny, z jednej strony uśmiechnięta twarz

dziecka, z drugiej wyschła pargaminowa twarz starca. Choroba rozpoczyna się u dzieci i stopniowo rozwija się, sprowadzając zanik połowiczny skóry, mięśni i kości.

Bitod i Lande uważali tę chorobę (1870 r.) za wadę rozwoju tkanki łącznej, dziś jednak uważamy ją za wynik zmian w nerwach odżywczych. Jagot (Arch. méd. d'Angers 1899) opisał typowy przypadek zaniku połowicznego twarzy u 7-letniego chłopca. Choroba rozpoczęła się w 5 r. ż. wystąpieniem plam białych na końcu wewnętrznym brwi lewej i na brodzie po tej samej stronie, wkrótce na miejscu tym nastąpiło wklęsnięcie, a niebawem temuż losowi uległ i policzek. Twarz po lewej stronie zanikła i zwiędła jak u starca, barwy pargaminu, skóra bezpośrednio zrosnięta z kością, skutkiem zaniku mięśni ruchy mimiczne upośledzone, oko zapadłe, rzęsy i włosy pozostały, czoło wklęsnięte, skrzydło nosa zanikłe, cały nos wklęsnięty, wargi po stronie lewej mniejsze, ucho, podniebienie, język i języczek bez zmiany. Dziecko mówi dobrze. Stan ogólny dobry.

W przypadku Huber'a obok powyższego wystąpił i zanik połowiczny języka, a sprawa, prawdopodobnie, była następstwem zapalenia nerwów skutkiem zastosowania kleszczy przy porodzie (Arch. of Ped. 1899), jak to widać dowodnie z samego opisu.

Pięcioletnia dziewczynka, poród ciężki, kleszczowy, ślady kleszczy widoczne długo. W 4 mies. asymetrya twarzy, spłaszczenie żuchwy po stronie prawej, sprawa stopniowo rozwijała się i doszło do zupełnego zaniku połowicznego, podobnego do opisanego powyżej.

Zanik twarzy jest chorobą nieuleczalną. Rozpoznanie jest łatwe, wykluczyć należy jednak stwardnienie skóry oraz porażenie n. licowego. Leczenie: mięsienie, prąd stały i przerywany, z niewielkim skutkiem.

**XXXII. Nerwiako-włókniaki rozsiane.**

Nerwiako-włókniaki rozsiane czyli choroba Recklinghausen'a (1882) cechuje się występowaniem guzów na skórze, guzowatościami na przebiegu nerwów oraz plam barwnych.

PRZYCZYNY. Przypuszczają niedorozwój wrodzony, niezależnie od tego czy sprawa trwa od urodzenia, czy rozpoczęła się później (Feindel). Choroba jest często dziedziczną wprost lub pośrednio, niektórzy uważają ją za chorobę zwyrodnienia (pijaństwo, neuropatia), Murray zaznacza w jednym przypadku pokrewieństwo rodziców. W kilku przypadkach choroba występowała u członków jednej rodziny, to też Feindel mówi, że nerwiako-włókniaki są zawsze wrodzone, często dziedziczne, niekiedy rodzinne.

Choroba występuje przeważnie u dzieci, płeć nie wywiera wpływu. Chorzy są przeważnie matkami, a w każdym razie upośledzeni pod względem fizycznym i umysłowym. Śród przyczyn wywołujących wymienia no przeziębienie, uraz, przepracowanie, gorączki wysypkowe i inne choroby zakaźne, zatrucia i gruźlicę.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Na skórze znajdujemy znamiona, naczylniki jamiste o budowie swoistej, plamy barwne skutkiem nagromadzenia barwnika żółtego i czarnego w sieci Malnighi'ego lub w tkance łącznej. Guzy na skórze są włókniakami z domieszką włókien gładkich, włókien nerwowych, gruczołów potowych i naczyń (Marie) i umiejscawiają się w brodawkach, oczkach sieci lub tkance podskórnej. Mimo swej nazwy nie zawsze można ustalić punkt wyjścia z nerwów. Włókniaki nerwów mogą mieć postać trzonu, rozgałęziać się lub tworzyć zwoje, pierwsze dwa rodzaje występują oddzielnie lub grupami siedzą na szerokiej lub wąskiej szypule. Wymiar ich—soczewica lub groch, zawierają włókna łączno-



tkankowe, komórki i naczynia, powstają z nerwów. Nerwiaki zwojowe przypominają pasmo nerwowe, wychodzące z jednego trzonu, rozgałęzienia nerwów są skręcone, paciorkowate, przerosłe, otoczone tkanką łączną. Przy obmacywaniu wyczuwamy je jako sznurek splełtany i nierówny. Opisywano guzy nerwiako-włókniakowe na śluzówkach (żołądka, kiszek cienkich i migdałach). Anatomia patologiczna nie pozwala również na wysnucie żadnych wniosków co do istoty choroby.

**OBJAWY.** Choroba w początku przebiega niepostrzeżenie, zwracają dopiero naszą uwagę plamy barwne lub też guziki na skórze rozsiane, w innych znów razach występują wpięrw objawy czynnościowe: bóle i kurcze. Choroba ostatecznie rozwija się po upływie 2 — 3 lat i wtedy występuje tryada objawów poniższych:

Guzy skóry występują w ilości kilku setek lub tysięcy, powierzchnia skóry często bez zmiany, wielkość guzów waha się od ziarnka aż do orzecha, umiejscowienie—w skórze lub pod skórą tułowia, szyi, głowy, rzadziej kończyn, nigdy na podeszwie i dłoni. Skupienie miękkawe; guzy są bezbolesne i rozsiane niesymetrycznie, według Boudet'a niekiedy występuje jeden guz wielki, który może przeistoczyć się w mięsaka.

Guzy na nerwach leżą pod skórą, widać je pod światło, są one twardsze i nanizane jak paciorki na nerw, bolesne na ucisk lub samoistnie.

Plamy barwne w postaci rozsianych punkci-ków barwy kaszy młecznej lub czarnej, okrągłe lub nieprawidłowe, różnej wielkości, asymetryczne, śluzówki nie zabarwione, równocześnie występują guziki na szypułach (*molluscum pendulum*), tętniaki etc.

Zaburzenia czynnościowe są zmienne i niestałe zarówno w sferze ruchu (osłabienie, ciężar, niemoc), czucia (kurcze, bóle, znieczulenia etc.). Stan umysłowy przygnębiony. W końcu choroby wpadają w charłactwo, niekiedy jako powikłanie zdarza się kościzmiek. Roz-

różniamy kilka postaci klinicznych, między innymi poronną, w której brak jednego lub dwu objawów.

**PRZEBIEG i ROKOWANIE.** Choroba może rozpocząć się od urodzenia lub nieco później, przebiega z nasileniami w pewnych odstępach czasu. Trwa długo i kończy się zejściem w charłactwo, gruźlicę, mięsaki. Stąd też rokowanie złe, samoistne bowiem wyleczenie zdarza się wyjątkowo; im ilość guzów jest większa, tem rokowanie gorsze.

**ROZPOZNANIE.** Wykluczyć należy chorobę Addison'a oraz guzy skóry.

**LECZENIE.** Guzy wielkie i bolesne należy wyciąć. Po zatem pokrzepianie chorego i unikanie urazów, przeziębień etc. przy zachowaniu przepisów higieny.

### XXXIII. Trąd.

Trąd czyli słońiowacizna Greków jest chorobą zakaźną i zaraźliwą, wywołaną przez l. Hansen'a. Kilka jej ognisk znajdujemy w Europie (Norwegia, Kurlandya, Pomorze), niewątpliwie i one wygasną z czasem. Po zwiastunach długotrwałych (napady gorączki i bólów) występuje rumień, plamy białe, guziki okrągłe, amputacja kończyn. Dzieci nie rodzą się trędowatemi, ale dopiero później zarażają się; pod tym względem trąd jest podobny do gruźlicy. Do chorych zastosować należy ściśle odosobnienie. Do wewnątrz podają ol. Chaulmoogra po 10—100 kropel rano i wieczorem w herbacie lub kawie, ol. Guryum (1—6 grm.), ichtyol (0,5—1 grm.).

### XXXIV. Ksantoma. Plamy żółte.

**PRZYCZYNY.** Nazwą powyższą oznaczamy plamy, grudki, guziki lub guzy żółte lub barwy liścia zwiędłego.

Hutchinson w 1871 zwrócił uwagę na związek tych plam z żółtaczką i wogóle chorobami wątroby, później przypisywano je cukrzycy. Tak bywa u dorosłych i starców, u dzieci bardzo rzadko przypisać można ksantomaty przyczynom powyższym. Choroba może wystąpić wcześniej prawie od urodzenia, często u kilku członków rodziny, u wstępnych stwierdzić można skazę moczową, przymiot i ksantomaty. Hallopeau dowodzi, że ksantomat u dzieci jest rodzajem nowotworu dobrotliwego u płodu, zbliżonego do znamion i brodawczaka. Chauvière (Paris 1894) podaje 30 spostrzeżeń, z których 4 wrodzone, 13 rozpoczęte przed 5 rokiem i 13 przed 14 r., do tego dodać należy przypadki Mircouche'a (Paris 1901) oraz podane poniżej.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Zabarwienie plam pochodzi od tłuszczu. Budową plam żółtych zajmowali się Balzer i Chambard. Ksantomat płaski i guzikowaty nie różnią się ani co do budowy, ani umiejscowienia (powieki, tułów, kończyny, słuzówki). Między pasmami tkanki łącznej znajdujemy tłuszcz barwy złotawej, a w oczkach sieci komórki ksantelazmatyczne (wielojądrowe zawierające tłuszcz), jest to więc tkanka tłuszczowa o odmiennej nieco budowie. Plamy żółte występują głównie na skórze, wyjątkowo na słuzówkach jamy ustnej, rogówce i błonach surowicznych. W moim przypadku znalazłem ksantelazmaty na tułowiu i szyi.

**OBJAWY.** U dzieci od 2—12 lat w różnych okolicach skóry znajdujemy podobne do brodawek wyrosła na twarzy, kończynach, tułowiu etc. Wykwity są różnej wielkości, barwy żółtej, nie wywołujące ani bólu, ani swędzenia, sprężyste. Stan ogólny dobry, zaburzeń czynnościowych brak. Choroba trwa bez końca, ale może i ustąpić. Dla przykładu przytaczam 4 przypadki ksantelazmatów u dzieci: 1) Gaucher i Herscher (Soc. de dermat. 1899): 2½-letni chłopiec od 2 lat na twarzy grudki żółte, przechodził zapalenie rogówki, na której rozwinął

się mały ksantomat, prawe jądro schowane, czaszka asymetryczna—2) Feulard (R. de dermat. 1894) 12-letnia dziewczyna, małe symetryczne guziki na tylnej powierzchni rąk, brane za brodawki, oraz na łokciach i kolanach. Przed 4-ma laty żółtaczka, w rodzinie skaza mocznicowa—3) Chauvier (Paris 1894) 2 braci; początek między 8 a 14 rokiem, małe żółte guziki na łokciach i kolanach, później na rękach, pośladkach i karku. Żółtaczki i cukromoczu nie ma. 4) Comby — 9½-miesięczna dziewczynka: na głowie, szyi, górnej części tułowia i kończynach grudki żółte, matka ma również plamy żółte (180), matkę przed 20 laty leczyłem od przymiotu, 4 poronieńia, 5 dzieci żywych. Po użyciu terpentyny do wewnątrz wyzdrowienie.

LECZENIE. Besnier zaleca z dobrym skutkiem terpentynę w dużych dawkach, co mogłem stwierdzić i na moich przypadkach. Tam, gdzie wystąpi żółtaczka lub białkomocz, leczenie swoiste; jestem przeciwnikiem stosowania środków miejscowych (przyżegania).

### XXXV. Naczyniaki.

Naczyniaki występują w postaci znamion, płomieni, guzów prężnych i powstają z rozszerzenia naczyń włosowatych na skórze, śluzówkach i narządach wewnętrznych, jest to rozwój nadmierny naczyń. Rozróżniamy znamiona naczyniakowe, barwnikowe (grains de beauté), gładkie, włosiste, płaskie i wzniesione guzikowate i brodawkowate.

PRZYCZYNY. Naczyniaki po większej części są wrodzone. Na 558 dzieci ze znamionami, Parker znalazł je u 500 przed 1-szym rokiem. Porta na 151 przypadków 65 stwierdził u noworodków, 32 w pierwszym roku, 44 między 1—14 r., a 10 po 14 roku. Znamiona występują częściej u dziewcząt, niż u chłopców. Pewną rolę

odgrywają urazy, szczególnie kleszcze w naczyniakach głowy (Boeckel, Mauclaira i Bovis—collection Debove. Angiomes, Paris 1896). Powstawanie znamion przypisywano urazom w czasie ciąży, przestkach i wzruszeniom, w niektórych przypadkach zauważono dziedziczność, spółistnienie niektórych chorób (nerwice) lub wad rozwoju (warga zajęcza, przepukliny mózgowe etc.), guzów (tuszczaków, włókniaków, chłoniaków etc.).

Małe naczyniaki zdarzają się bardzo często, według Depaul'a u  $\frac{1}{3}$  noworodków, najczęściej w postaci znamion skóry (80%), później idą naczyniaki śluzówek, mięśni, kości i t. d. Mauclaira i Bovis podają podział następujący:

Naczyn. zewnętrz. Angiomata externa	powierz- chowne		Skóra i widzialne śluzówki
			Tkanka podskórna
Naczyn. zewnętrz. Angiomata externa	głębokie		Tkanka międzymięśniowa
			Mięśnie
			Oczodół i jama Highmor'a
			Okostna i kości
Naczyn. zewnętrz. Angiomata interna			Tkanka podsurowicza
			Gruzoły
Naczyn. wewnętrz. Angiomata interna			Błona podsurowicza: opony, otrzewna etc.
			Trzewia: wątroba, śledziona etc.

Najczęściej występują i są najciekawsze naczyniaki skóry, występujące na głowie, tułowiu i kończynach. Dwie trzecie naczyniaków znajdujemy na głowie. Kirmisson znalazł 5 w przyusznicy i 1 w śliniance podżuchwowej (Traité des mal. cong. 1898), Lannelongue znalazł naczyniaki w związku z oponą twardą.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Na zewnątrz naczyniaki występują w postaci plam różowych, czerwonych, sinych,

guzów gładkich lub brodawkowatych, gołych lub owłosionych, zasiedziałych lub na szypule, miękkich lub napiętych, wreszcie wiotkich lub tętniących. Na przekroju znajdujemy bądź punkcikowatość zaczerwienioną, bądź też jamy, układ gąbczasty i dzielimy nacz. na zwykłe i jamiste. Zwykle nie tworzą guzów, ale szerzą się na powierzchni, mało unosząc skórę, na przekroju, prócz punkcików, znajdujemy otwory rozszerzonych naczyń, podstawę stanowi tkanka łączna zebrana około naczyń i usiana komórkami tłuszczowemi. Ściany wypełnionych c. krwi naczyń są zgrubiałe, rozszerzone i wydłużone, później rozszerzenie staje się paciorkowatę, walcowatę lub dzbanowatę. Prócz naczyń krwionośnych niekiedy znajdujemy tętnice lub żyły rozszerzone, guzy (kędzierzaste i żyłakowate), granic jednak wyraźnych brak. Między naczyniami znajdujemy tkankę łączną, komórki płaskie, włókna sprężyste, rzadziej tkankę zarodkową, ziarnistość Porta, nerwy.

Wyższym stopniem rozwoju jest naczylniak jamisty ograniczony i otorbiony. Na przekroju znajdujemy jamy nierówne, łączące się z sobą, wysłane nabłonkiem brukowym. Łączą się one niekiedy z wielkimi naczyniami np. żyłą szyjną wewnętrzną, zatokami opony twardej etc. Naczylniak może znikać, stać w mierze lub rozwijać się, może uleść przerostowi łącznotkankowemu, stłuszczeniu, zwyrodnieniu barwnikowemu, słoniowaciznie, przeistoczyć się w torbiel lub zwapnieć. Według Lan-nelongue'a i Achard'a większość naczylniaków torbielowatych jest chłoniakami. Naczylniaki mogą wywołać krwotok, ropówkę, różę, zgorzel etc. Punktem wyjścia są n. włosowate, zmiany w naczyniach większych powstają wtórnie.

OBJAWY. Naczylniaki zwykle rozwijają się na skórze i noszą nazwę zmian wrodzonych. Są to plamy barwy różowej aż do fioletowej, bledną przy ucisku, podczas krzyku, zimna, wysiłku ciemnieją. O ile są małe

i barwne nie szpecą, uważane są przeważnie za upiększenie; szerokie szpecą. Skóra nad nimi jest twarda, gruba, guzy naczyńniakowe są zasiedziałe lub na szypule, rozlane lub ograniczone. Powierzchnia może być gładka lub brodawkowata, a w tym ostatnim razie mogą być podobne do poziomki, truskawki, maliny, wiśni na długiej lub krótkiej szypule. Niekiedy występują w znacznej ilości (do 100), mogą zlewać się, a wtedy cała kończyna może być zajęta. Naczyńniaki podskórne unoszą nieco skórę i są sinawe, n. śluzówek mają również odcień niebieskawy, często są dalszym ciągiem naczyńniaków skóry (na wargach). Naczyńniaki głębokie mogą być rozpoznane tylko w czasie operacji.

2. Naczyńniaki jamiste rozwijają się ze zwykłych, wyjątkowo są pierwotne lub wrodzone. Tworzą guzy wyraźne, nierówne, nie dają się odprowadzić, skupienie gąbczaste. Przy ucisku następuje nastrzyknięcie żyły najbliższej, mogą być prężne i dawać szmer wysłuchowy Umiejscawiają się na skórze, mięśniach i narządach wewnętrznych. Objawy niestałe: bóle, złe odżywianie, łuszczenie, zmiana włosów, nadmierne pocenie, owrzodzenia, zanik mięśni, wyrosła kostne etc. Naczyńniaki mogą łączyć się z innymi nowotworami, stąd naczyńniako - tłuszczaki, naczyńniako włókniaki, naczyńniako chłoniaki etc.

Zależnie od postaci przebieg rozmaity; znamiona trwają bez zmiany lub znikają szczególnie między 1—2 rokiem, postaci mieszane zazwyczaj nie ustępują. Zwykle naczyńniaki przeistaczają się w jamiste, skóra wtedy unosi się, powstaje guz nierówny. Przeistoczenie to następuje głównie u małych dzieci. Naczyńniaki jamiste znikają samoistnie bardzo rzadko, acz mogą uleść przeistoczeniu torbielowatemu, mogą rozwinąć się w nich kamienie żylne i zakrzepy. Naczyńniaki wikłać się mogą sprawami zapalnymi, ulegają owrzodzeniu, zgorzeli, zapaleniu żył, wywołać mogą obrzęk, różę i krwotoki. Te ostatnie powtarzać się mogą okresowo i mają cechy

krwawień zastępczych (miesiączka). Do najgorszych powikłań zaliczyć należy guzy prężne.

ROZPOZNANIE łatwe, wykluczyć należy molluscum pendulum, brodawki zwykle.

ROKOWANIE wogóle dobre, chirurg operować musi rzadko. Naczyniaki twarzy szpecą nieco, naczyniaki naokoło oczu i ust utrudniają czynności. O ile jednak naczyniak szerzy się szybko, rokowanie jest gorsze.

LECZENIE. Stosowano: ucisk palcem lub kolodium, oziębianie, pęzłowanie nalewką jodową, półtorachlorkiem żelaza, nacierania, podwiązywanie naczyń, wstrzykiwanie płynów, wywołujących skrzep (wyskok, półtorachlorek żelaza, jodyna), elektroliza, chlorek cynku, szczepienie ospy, wcieranie emetyku, ol. krotonowego, wezykatoryi, ignipunkturę lub akupunkturę etc.

Naczyniaki ograniczone lepiej wyłuszczyć, zasiedziałe i wielkie za pomocą noża lub galwanokauteru. Elektrolizę stosujemy w guzach prężnych i jamistych. Płomień leczymy za pomocą nacięć lub powierzchniowych pointes de feu.

### XXXVI. Łupież pstry.

Łupież pstry jest chorobą pasorzytniczą naskórka, wywołaną przez grzybek łupieżowy—microsporon furfur (Robin), wykrytego w r. 1846 przez Eichstedta.

Łupież występuje w postaci plam brunatnych, okrągłych lub jajowatych, rozsianych na skórze mostka lub między łopatkami. Zbliżka ma barwę kaszy mleczej. Łuszczy się w postaci pyłu drobnego, paznogciem można zdrapać łuski, zawierające znaczną ilość pasorzytów, Sprawa przebiega bez bólu z lekkim swędzeniem, ale jest uporczywa. Łupież pstry jest zaraźliwy, występuje dopiero u dzieci starszych, wyjątkowo Sabouraud znalazł grzybki łupieżowe u noworodka. Utrzymywano, że gru-



żlica usposabia do łupieżu, według Sabouraud'a o tyle jednak, o ile chory nosi kamizelkę flanelową.

Rozpoznanie łatwe, w razie wątpliwości wystarcza zbadać łuski w kropli 30% roztworu ługu potasowego i zabarwić błękitem metylowym, w grzybku znajdujemy wtedy zarodki okrągłe o podwójnych zarysach różnej wielkości, ułożone w kształcie kiści winogronowej.

Leczenie łatwe, jodynowanie usuwa szybko plamy łupieżu, który jednak ulega nawrotom bądź z pozostawionych plam, bądź też z niewyjałowionego odzienia.

Przy obszernych plamach rozcieńczyć należy jodynę w stosunku 1 : 4 lub 1 : 10 wodą kolońską (Sabouraud).

### XXXVII. Łupież różowy Gibert'a.

Łupież różowy Gibert'a, zwany przez Hebra'ę i Kaposi'ego liszajem strzygącym plamistym u dzieci starszych zdarza się często. Nie jest to choroba zakaźna, ani też nie daje się szczepić, aczkolwiek przebiega jak gorączki wysypkowe. Zwiastuny niewyraźne, to też choroba rozpoczyna się wysypką początkowo na tułowiu, na piersiach i plecach, później u podstawy kończyn w postaci rozsianych i nielicznych plam czerwonych, coraz liczniejszych. W początkach pod uciskiem plamy znikają, później sączą się i są pokryte jakby mączką, barwa staje się żółto - szarą, to też wysypka jest nieco podobna do różyczki przymiotowej. U tego samego chorego znajdujemy wysypkę w różnym okresie rozwoju, stąd pewna wielopostaciowość.

Przy badaniu uważnem w początkach znajdujemy plamę-matkę, okrągłą, szeroką, otoczoną łuszczącą obwódką, która trwa 8-10 dni nim wysypka wystąpi na całej skórze: Wogóle wysypka ogranicza się do tułowia i pokrytych części kończyn, nie występuje na twarzy,

szy, dłoniach i stopach. Trwa 2—4 tygodni bez zmiany. Stan ogólny dobry, swędzenie nieznaczne, jedynym objawem, jak to mogłem świeżo stwierdzić osobiście jest wysypka. To też rokowanie jest dobre, aczkolwiek choroba ma skłonność do nasileń i nawrotów.

Rozpoznanie dość trudne, wykluczyć bowiem należy różyczkę przyfmiotową, łupież pstry, liszaj strzygący, wreszcie pryszczycę łojotoczną.

Leczenie: odpoczynek, dyeta mleczna, kąpiele siarczane i zasadowe, wcieranie maści glicerynowych.

### XXXVIII. Łysina plackowata.

Łysina plackowata (Besnier, Acad. de méd. 1888) prócz na głowie może wystąpić i na całym ciele.

PRZYCZYNY. Dotąd niema zgody co do istoty i pochodzenia łysiny plackowatej, jedni uważają ją za chorobę pasorzytniczą, opierając się na badaniach Vaillard'a i Vincent'a (Ann. de l'inst. Pasteur 1890), którzy wyhodowali dwoinkę, dającą się zaszczerpić zwierzętom z torebek włosowych, i badaniach Sabouraud'a (Ann. de l'inst. Pasteur 1897), który znalazł bardzo krótkiego lasecznika zarówno w łysinie plackowatej, jak i pryszczycy łojotocznej. Inni, z Kaposi'm na czele, nie uważają łysiny plackowatej za chorobę pasorzytniczą, ale za nerwicę odżywczą.

Bądź co bądź choroba zdarza się często u dzieci starszych w szkołach, wśród członków jednej rodziny lub pensjonarzy, gdzie szerzy się endemicznie za pośrednictwem grzebieni, szczotek, kolczyków etc. Łysina plackowata zdarza się i u zwierząt domowych (koni, psów i kotów), z których przejść może na dzieci. Choroba jest zaraźliwa przez cały czas trwania.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Włosy zanikają bez wyraźnych zmian mikroskopowych, między cebulką a torebką znaj-

dujemy dwoinki Vaillard'a i Vincent'a. Przed tymi badaczami opisał drobnoustrój Malassez (Arch. de phis. 1874). W nerwach zmian żadnych.

**OBJAWY.** Według Bateman'a choroba cechuje się występowaniem plam okrągłych, łysych wśród zupełnie zdrowych włosów, lśniących-białych i gładkich. Choroba wybucha nieoczekiwanie, przypadkowo znajdujemy placki łyse, rzadziej włosy czarne złamane. Placki powiększają się odśrodkowo i mogą łączyć się z sąsiednimi, to też w cięższych przypadkach nastąpić może wyłysienie zupełne, utrata brwi i rzęs. Dziecko nie odczuwa ani bólu ani swędzenia. Zwykle sprawa ogranicza się do kilku placków, a po kilku tygodniach lub miesiącach następuje przerost włosów początkowo jasnych, później ciemnych.

Rokowanie zależy od przypadku, są bowiem łysiny uporczywe, opierające się wszelkiemu leczeniu.

**ROZPOZNANIE.** Tam, gdzie włosy są krótkie i głowa czysta, rozpoznanie jest łatwe, liszaj postrzygający odróżnia się obecnością włosów złamanych, a skóra jest szarawa, łysina przymiotowa nie występuje plackami. Łysina fizyologiczna zdarza się u noworodków. Dziecko rodzi się często z gęstymi i ciemnymi włosami, które po kilku miesiącach wypadają, a na ich miejsce wyrastają jaśniejsze. Na niektórych miejscach, jak np. na potylicy, około uszu skutkiem ucisku skóra jest gładka, ale to nie ma to nic wspólnego z łysiną plackowatą. Łysina wrodzona zbadana przez Audry'ego (Soc. obst. 1898) całkowita lub częściowa, często dziedziczna, powstaje z niedorozwoju cebulek włosowych, z wiekiem ulega polepszeniu. W jednym przypadku łysina trwała do 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat.

**LECZENIE.** Zapobieganie polega na odosobnianiu chorych w szkołach i pensjonatach i wogóle tam, gdzie zbierają się dzieci, wśród rodzin również unikać należy obcowania z chorymi, głowę chorych zawsze okrywać należy, włosy ostrzyć i myć codziennie, a w każdym razie unikać grzebieni wspólnych i szczotek.

Codziennie rano i wieczorem głowę należy zmyć mydłem, a następnie mieszanką: hydrargyri bijodati 0,2, hydrargyri bichlorati 1,0, alcohol 90°, 40,0, aquae destill 200,0 (Quinquaud) lub też obmywanie. Balsami Fioravanti, apir. camphorana. 100,0, liqu. am. caustici 6,0. Co 6 dni Quinquaud zaleca maść acidi chrysophanici, acidi salicylici, ac. borici aa 2,0, Vaselini 100,0. Niezłe wyniki dało mi pęczłowanie głowy co 2 dzień jodyną. Zalecano również wstrzykiwania pilocarpiny. Jaquet zaleca nacieranie placek szorstką szczotką (Presse méd. 1898).

Po za tem zalecamy leczenie ogólne, pobyt na powietrzu, natryski zimne i leki wzmacniające.

### XXXIX. Zanik paciorkowaty włosów.

Nazwą tą oznaczamy wadę odżywczą, rodzinną i dziedziczną, cechującą się nabrzmieniem i naprzemian zanikiem włosów.

PRZYCZYNY. Choroba występuje od urodzenia, jest bowiem dziedziczną i wrodzoną, a w większości przypadków i rodzinną, w przypadku Jeanselme'a (Ann. de dermat. 1901) w jednej rodzinie chorowało 6 osób, Sabouraud widział ją u 14—17 członków jednej rodziny w kilku pokoleniach, przeciwnie Danlos spostrzegł przypadek choroby nabytej u 6½ letniej dziewczynki (Soc. de dermat. 1901).

OBJAWY. Dziecko rodzi się z włosami normalnymi, po wyłysieniu fizyologicznem pozostaje łysina przez pewien czas, poczem wyrastają włosy rzadkie, suche, krótkie, łamliwe na zrogowacialej skórze głowy. Przy uważnem badaniu widzimy na włosie zgrubienia zabarwione naprzemian z cieńszymi i odbarwionymi miejscami. Sprawa przejść może na brwi i rzęsy. Równocześnie znajdujemy zrogowacenie skóry i torebek włosowych na wyprostnych kończyn.

Cała skóra sucha. Choroba trwa długo, wyzdrowienie niepewne, mamy bowiem do czynienia ze sprawą analogiczną do łuski rybiej, zrogowacenia torebek włosowych etc.

**ROZPOZNAWIE.** Wykluczyć należy rozszczep włosa węzłowaty (Juhel Rénoy) bardzo do zaniku paciorkowatego zbliżony, w tym ostatnim jednak razie znaleźć możemy pasorzyty.

**LECZENIE.** Przez czas długi codziennie wcierać należy codziennie masę drażniącą ichtyolową, siarczaną (1:5, 1:10), włosy potem rosną obficie i są mocniejsze.

## XL. Liszaj wyłysiający.

Liszaj wyłysiający jest chorobą, wywołaną przez grzybek strzygący (trichophyton tonsurans), odkryty przez Gruby'ego w 1848 r. Na owłosionej skórze grzybek powoduje liszaj strzygący, na częściach pozbawionych włosów—liszaj kolisty, różniący się zarówno co do rokowania jak i leczenia, pierwszy występuje u dzieci starszych i jest wstydem dla terapii, drugi ustępuje po kilku pęzlowaniach jodyną

**PRZYCZYNY.** Liszaj wyłysiający zdarza się głównie wśród dzieci w mieście, rzadziej na wsi, szerzy się w szkołach, rzadko występuje u młodzieży i dorosłych. Jedyłą przyczyną jest zarażenie przez zetknięcie bezpośrednie (grzebieńie wspólne), zdarzają się więc małe epidemie w szkołach i rodzinach tembardziej, że choroba rozwija się u zwierząt domowych (koń, pies, kot). Liszaj kolisty na skórze gładkiej jest chorobą częstszą i pochodzi również z zarażenia.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Pasorzyt występuje pod postacią zarodników i grzybków, pierwsze mniejsze, niż grzybka parcha, są okrągłe, bezbarwne, w średnicy 4 cm. wypełniają włosy, powodując ich pękanie. Grzybnia głów-

wnie umiejscawia się w skórze i składa się z długich rurek, mniej rozgałęzionych, niż w parchu. Drobnoustrój pod mikroskopem znajdujemy we włosie, traktowanym gliceryną, ługiem lub amoniakiem. Według Sabouraud'a odróżniamy kilka gatunków grzybka: 1) grzybek z wielkimi zarodnikami, żyjący wewnątrz włosów (*trichophyton megalosporon entotrix*); zarodniki jego mają 7—8  $\mu$ . w średnicy, jest przyczyną liszaja kolistego. 2) *Trichophyton megalosporon ectotrix* żyjący nazewnątrz włosa, spotykamy go zarówno u zwierząt jak i u ludzi, on to wywołuje figówkę i zapalenie ropne torebek włosowych. 3) *Microsporon Audouini* z małymi zarodnikami, tworzący łańcuch około włosów i wywołujący wyłysienie u dzieci.

OBJAWY. Początkowy okres choroby przechodzi niepostrzeżenie, skóra na głowie jest podrażniona, czerwona i swędzi, około włosów znajdujemy kilka łusek lub pęcherzyków, skoro dziecko ma włosy rzadkie, w okresie następczym widzimy koła szerokie; sprawa szerzy się odśrodkowo i postać ta, mojem zdaniem, jest łatwiej wyleczalną, niż zwykła plamicowa, w której pasoryt osiedla się głębiej w skórze, co utrudnia usunięcie grzybka. Plamy są okrągłe lub jajowate, nieco wypukłe, szare, ziarniste lub łuszczące się, usiane trzonami włosów suchych, kruchych, złamanych na wysokości 1—2 m. nad skórą, skutkiem czego powstaje łysina kilka centymetrów w średnicy; na obwodzie plam mamy pas przejściowy, z którego włosy wyrwać można z łatwością. Plamy wystąpić mogą i na czole, skroniach, karku, mamy wtedy równocześnie dwie odmiany liszaja.

Choroba trwa długo, opiera się leczeniu, ale kończy się wyzdrowieniem samoistnem bez łysin i blizn.

Postać kolistą liszaja na skórze niepokrytej włosami jest nieco wypukła na obwodzie, goi się pośrodku, szerzy na obwodzie, gdzie znajdujemy pęcherzyki lub pryszcze szarawe. Choroba rozpoczyna się od niewi-

docznego punktu i w ciągu dni paru zajmuje dość znaczną przestrzeń, z połączenia kilku kół tworzą się plamy policykliczne. Plamy te znajdujemy na skórze niepokrytej: twarzy, szyi, karku, przedramieniu, tylnej powierzchni rąk, wyjątkowo na dłoni i stopie, zdarzyć się może również na tułowiu i innych częściach ciała. Rokowanie w tej postaci dobre, gdyż wyzdrowienie następuje szybko. Balzer spostrzegł wyzdrowienie zupełne po durze, inne choroby gorączkowe nie mają na przebieg wpływu. Noir w jednym tylko przypadku widział wyzdrowienie po odrze (Soc. derm. 1899).

**ROZPOZNANIE** jest łatwe, od łysiny plackowatej liszaj wyłysiający różni się obecnością wykwitów, kruchością włosów, w przypadkach wątpliwych rostrzyga badanie mikroskopowe, które jest niezbędne i w celu określenia gatunku grzybka. P.n. liszaja wyłysiającego plamicowego Vienne opisuje łupież pstry Gibert'a w postaci plam czerwonych lub różowych, jakby pokrytych pyłem, trwających 2—3 tygodni i nie mających nic wspólnego z liszajem.

**LECZENIE.** Dla zapobiegania szerzeniu się choroby należy odosabniać chorych i wystrzegać się zwierząt chorych, głowa chorego winna być wystrzyżona, czysta i przykryta. Leczenie długotrwałe i polega na wystrzyżeniu włosów, wrywaniu ich na przestrzeni 1 — 2 cm. naokoło plamy dla uniknięcia rozszerzania się sprawy. Quinquaud radzi skrobać części chore, Besnier unika ropienia. Głowę zmywać należy codzień sublimatem (1:500), a rano i wieczorem stosować na plamy maść. Leczenie, proponowane przez Quinquaud'a, jest radykalniejsze, ale zato daleko skuteczniejsze. Zaczynamy od zmydlenia głowy, później zmywamy ją sublimatem 1:1000, po ostrzyżeniu włosów za pomocą łyżeczki starannie wyskrobujemy skórę, usuwając włosy chore, i pasorzyty, przedtem znieczulamy skórę za pomocą chlorku metylu. Po wyskrobaniu stosujemy obmy-

wania: Rp. hydrargyri bijod 0,15, hydrarg. bichlor 1,0, alcohol. 900—40,0, aquae destill 250,0 grm. Po 24 godzinach plaster usuwany, głowę zmydlamy, wcieramy roztwór powyższy i znowu przykładamy plaster i powtarzamy to co 2-gi dzień aż do wyzdrowienia. Skoro wyleczenie opóźnia się, należy włosy wyrwać nanowo i nanowo wyłyżeczować plamę. Wyzdrowienie po 2—3 miesiącach. Leczenie na skórze gładkiej jest łatwiejsze, wystarcza jodynowanie co 2-gi dzień, po 8 dniach wyzdrowienie.

### XLI. Parch.

Parch jest chorobą skóry, wywołaną przez grzybek achorion Schoenleinii.

PRZYCZYNY. Parch zdarza się rzadziej, niż liszaj wyłysiający głównie na wsi (we Francyi, u nas głównie wśród ludności żydowskiej *przyb. łom.*), w Niemczech i Anglii jest nieznany, we Francyi częsty. Choroba zdarza się zarówno u dzieci jak i u dorosłych, a nawet starców. Jest zaraźliwa w stopniu jednak słabszym, niż liszaj wyłysiający, przeważnie spotykamy ją u chłopców. Choroba rozwija się naprzód na włosach, stąd przejść może na skórę i paznogie skutkiem drapania, może również przejść ze zwierząt na człowieka; na paznogciach rozwija się po dłuższym czasie od wyleczenia głowy.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Grzybek składa się z zarodników 10  $\mu$ . w średnicy i grzybni. Zarodniki mogą być oddzielne lub w postaci łańcuszków, rurki grzybni są rozgałęzione i miejscami wgłębione. Pasorzyt siedzi naokoło włosa, tworząc punkcik żółty pod naskórkiem, stopniowo zwiększający się i tworzący tarczkę wklęsłą pośrodku, przez którą przechodzi włos. Po usunięciu tarczki znajdujemy talerzyk, wklęsnięcie, zanik skóry.



Skóra naokoło ulega podrażnieniu, występują pryszcze. Cebulka włosowa zazwyczaj zdrowa.

**OBJAWY.** Choroba rozpoczyna się lekkim podrażnieniem skóry, zaczerwienieniem, poczem tworzą się łuski lub pryszcze, wkrótce zjawia się przebity przez włos punkcik żółty, swoisty dla parcha. Niebawem ilość tarczek zwiększa się, zlewają się one z sobą, włosy wypadają, talerzyki, rozszerzając się na obwodzie, tworzą gniazda jaskółcze, naskórek pęka, a wtedy ciało żółte miesza się z pyłem i złuszczone naskórkiem, tworząc strupy cuchnące jak mysz. Pod strupami skóra jest podrażniona, owrzodzona skutkiem zdrapań, włosy wypadają, a na ich miejsce rosną cienkie, poczem choroba ustępuje, pozostawiając blizny i łysinę, nie mówiąc już o zapaleniu gruczołów i ropniach wikłających parcha. Rokowanie jest gorsze, niż w liszaju wyłysiającym. Parch na skórze gładkiej i paznogiach ustępuje łatwiej pod wpływem jodynowania i mydła szarego. Rzadko zmuszeni jesteście usuwać paznogie.

**ROZPOZNANIE** łatwe, wykluczyć należy przyczynę liszajcową, w przypadkach wątpliwych – badanie mikroskopowe.

**LECZENIE.** Zapobieganie jak w liszaju wyłysiającym. Leczenie ogólne i miejscowe. Dzieciom zołzowatym i limfatycznym podawać należy tran, żelazo i pożywienie wzmacniające. Włosy ostrzydz należy. Strupy rozmięczamy za pomocą okładów bornych lub czepka kauczukowego. Naokoło ogniska należy włosy wyrwać i stosować maść pyrogalasową. Choroba trwa lat kilka, skrócić jej przebieg można przy stosowaniu podanej wyżej metody Quinquaud'a.

## **XLII. Zapalenie grzybicowe torebek włosowych.**

Zapalenie torebek włosowych powstaje pod wpływem megalosporon ectotrix konia, umiejscawia się na

szy i karku, tworząc płaty wypukłe, brodawkowate, z których przy wyciskaniu wypływa ropa. Hallopeau i Besnier usuwali je przy częstem jodynowaniu, u dzieci stosują plaster de Vigo.

### XLIII. Świerzba.

Świerzba jest chorobą skóry, wywołaną przez owad *acarus s. sarcoptes scabiei*.

PRZYCZYNY. Świerzba właściwą jest każdemu wiekowi, jest zaraźliwa, odpornych ustrojów nie spotykano dotąd, zetknięcie z chorym jednak musi być długotrwałe (spanie w jednym łóżku).

Pasorzyt jest małym owadem, widzialnym okiem gołym ( $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{5}$  mm.), opisu jego jako powszechnie znanego nie podaję. Samica w czasie znoszenia jaja pod naskórką wygryza kurytarz, gdzie składa jaja, nie mogąc się wydostać ginie w głębi, każdy kurytarz ma 2 cm. długości, za pomocą igły na dnie wykryć można w nim pasorzyta. Po zatem znajdujemy zmiany wtórne w postaci zdrapań, liszajca, pryszczycy, świerzbiączki etc.

OBJAWY. Przez pierwsze kilka dni po zarażeniu nie występują żadne objawy, po tygodniu dopiero świad nieznośny, szczególniej nocą. Na rękach, podszwach, narządach płciowych, sutkach, przedniej części pachy znajdujemy korytarze oraz zmiany skutkiem zdrapań. Na twarzy świerzba nie występuje nigdy. Po za tem znajdujemy pokrzywkę, rozpadliny, zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych, jednym słowem wysypkę wielopostaciową.

ROZPOZNANIE. Wysypki wielopostaciowe na miejscu zwykłego umiejscowienia świerzby przemawiają za tą ostatnią, szczególniej o ile twarz nie jest zajęta. Skoro też same objawy wystąpią u kilku członków danej rodziny, rozpoznanie nabiera pewności. Od świerzbiączki

Hebra'y, wszy, które również dają wysypkę wielopostaciową i swędzącą, różni się świerzba wykryciem pasorzyta przy badaniu mikroskopowem. Rokowanie dobre, gdyż zabicie pasorzyta jest łatwe, wyleczenie opóźnia się skutkiem uporczywych wykwitów wtórnych.

LECZENIE. Bieliznę i ubranie chorego należy wyjałować w parze lub w dymie siarczanym, u dzieci starszych stosujemy kąpiele, wcieranie mydła szarego, maści Helmerich'a, młodszym dzieciom wcieramy ungu. styracis na połowę z oliwą. Stosować można mydło Constantin'a Paul'a: Rp. Saponis Marsili 100,0, petroli. alcohol. 90°, aa 50, wosku 4,0. Balsam peruwiański stosowany na noc przed kąpielą daje dobre wyniki. Rp. Balsami peruviani 18,0, ungu. styracis 25,0, ol. olivar. 100,0.

#### XLIV. Wszy.

Rozróżniamy 3 rodzaje wszy: 1) mędoweszki (*phtirius inguinalis*), występujące u dorosłych w okolicy narządów płciowych i powodujące występowanie plam niebieskich na skórze. U niemowląt mędoweszki mogą rozwijać się na głowie, a szczególnie w rzęsach, wywołując uporczywe zapalenie brzegu powiek (Jullien. Soc. de dermat. 1891. Trouessart Acad. de sc. 1892), które ustępuje pod wpływem maści: hydr. praec. rubrum v. flavum 1:40. 2) Wszy odzieniowe, większe od głowich, częściej spotykamy u starców i dorosłych, niż u dzieci. 3) Wszy głowie spotyka się głównie u dzieci.

PRZYCZYNY. Wszy spotykamy głównie u dzieci biednych, źle utrzymywanych. Są jeszcze matki, które sądzą, że wszy na głowie zapobiegają chorobom. Zarażenie jest łatwe, szczególnie w rodzinie.

OBJAWY zależne od ilości pasorzyców, obfitości włosów, czystości etc. U dzieci czystych mogą się znaleźć wszy, ale jest ich mało i prócz swędzenia nie wy-

wołują żadnych objawów, u dzieci brudnych natomiast znajdujemy olbrzymie ich ilości wraz ze zmianami skutkiem drapania, a więc nadżerkami, rozpadlinami, strupkami liszajca, zlepiającymi włosy. Strupy są niekiedy suche, pokruszone i tworzą na włosach ziarna (impetigo granulata), wśród których pełzają wszy i osiedlają się gnidy. Na karku znajdujemy następstwa zdrapań, które sięgają aż do grzbiętu. Po za tem na głowie, karku, twarzy i kończynach wystąpić może liszajec ostry zakaźny, któremu wrota otworzyły zdrapania skutkiem wszy. Wtórnie powstają zapalenia naczyń i gruczołów chłonnych, które uledez mogą zropieniu. Zwykle u dzieci wszawych znajdujemy powiększenie gruczołów wzdłuż szyi. Na głowie i szyi wszy mogą wywołać ropnie i ropówkę. Jako następstwo wszawicy rozwija się na skórze karku zabarwienie skóry, podobne do przymiotowego.

Sama przez się wszawica jest nieraz trudna do wyleczenia, utrudniają też wyleczenie powikłania.

LECZENIE. Zapobieganie polega na krótkim obcinaniu włosów i czystości. Wszy zabijamy za pomocą sublimatu 1:500 lub maści szarej, spirytusu kamforowego, trudniej zabić gnidy, wyczesać je więc należy po zmyciu głowy mieszkanką: sublimati 1,0, aceti 300,0. U chłopców wystarcza obciąć włosy. Na strupy liszajca stosujemy masę borną lub salolową 1:10.

---

# DODATEK.

## 1. Choroby płodu.

Balantyne, który specjalnie zajmował się chorobami płodu, dzieli je na 1) choroby samoistne (skóry, tkanek podskórnej, układu nerwowego i innych narządów, nowotwory) 2) choroby przeniesione (przymiot, gorączki, zakażenia różne), 3) choroby urazowe. Patologię życia wewnątrzmacicznego podzielić można na patologię zarodka (potworności i płodu). Wobec trudności rozpoznania sprawa wogóle jest ciemna i nastęrcza wielkie trudności rozpoznawcze. Nieodzowną jest rzeczą przede wszystkim zbadać stan zdrowia rodziców i objawy ciąży. Niektóre choroby: puchlinę brzucha, wodogłowie można niekiedy rozpoznać w czasie porodu. Leczenie wewnątrzmaciczne płodu jest trudne, wiemy jednak, że rtęć i chlorek potasu dochodzą do płodu, pierwszy leczy przymiot, drugi w połączeniu z żelazem może opóźnić poród i zapobiedz poronieniu. W każdym razie strzedz należy ciężarną od chorób zakaźnych i zatruc.

Przejdziemy obecnie do zapoznania się z niektórymi chorobami płodu w krótkości, większość bowiem tych chorób znajdujemy u noworodków.

Obrzęk ogólny płodu Balantyne spostrzegł 7-krotnie. Prócz obrzęku skóry mamy puchlinę opłucny, wsierdzia, otrzewny i łożyska. Dziecko rodzi się nieżywe lub żyje parę godzin, u matki znajdujemy chorobę Bright'a, serca, niedokrewność lub chorobę wątroby, niekiedy nadmiar wód, jedna kobieta może mieć kilkoro dzieci obrzękłych. Do przyczyn zaliczamy zamknięcie przed czasem otworu jajowatego, torbiele nerki, białaczkę, brak przewodu piersiowego, a prócz tego choroby matki: zapalenie nerek, zimnica, zapalenie śluzówki macicy. W ciąży bliźniaczej jeden płód może być zdrowy, drugi obrzękły.

Słoniowacizna torbielowa może być ogólną lub miejscową, znajdujemy obrzęk kleisty skutkiem rozszerzenia naczyń chłonnych. Dziecko umiera w łonie matki lub też żyje po urodzeniu kilka dni do lat kilku. Obok tego opisują słoniowaciznę wrodzoną, która jest rodzajem przewlekłego zapalenia naczyń chłonnych lub chłoniakiem rozlanym.

Zanik wrodzony tkanki podskórnej. Dziecko ma wygląd kościca, powleczonego skórą, lub też skóra jest szeroka, rozciągliwa, sprężysta (dermatolysis).

Łuska rybia u płodu jest nadmiernem zrogowaceniem z rozpadlinami i głębokimi bruzdami, zniekształceniem ust, nosa, oczu i uszu (foetus arlequin). W ciężkich przypadkach płód jest do życia niezdolny, w lepszych (alligator boy) żyć może i sprawa zbliża się do zwykłej łuski rybiej.

Znamię nerwowe, wytwór brodawkowaty zabarwiony, ogranicza się do jednego boku na przebiegu nerwu, rodzaj półpaśca u płodu.

Modzelowatość dłoni i podeszwy — zgrubienie warstwy rogowej, często dziedziczne. Dobrze działają pęzłowania 5% roztworem eterowym kwasu salicylowego.

Złuszczenie naskórka, który odpada płatami skutkiem choroby zakaźnej, przebytej w łonie matki lub rybiej łuski.

Porost nadmierny włosów na całym ciele (hairy boy, człowiek — pies), jest to objaw atawistyczny; porost nadmierny może wystąpić tylko w niektórych miejscach (rozszczep kręgosłupa, przepuklina mózgowa, znamię),

Niedorozwój włosów. Łysina ograniczona lub ogólna dziedziczna lub skutkiem chorób skóry u płodu.

Pęcherzyca — przyczyną jej główną jest przymiot, rzadziej pęcherzyca istotna.

Brak skóry występuje częściowo i zależy od zrostów lub urazów, często symetrycznie.

Choroby kości: krzywica, niedorozwój chrząstek, kruchość kości, złamania oraz różne potworności kośćca.

Puchlina brzuszna. Jama zawiera czasem 5 do 6 litrów przesięku, w  $\frac{1}{3}$  części przypadków mamy nadmiar wód. Puchlina brzuszna jest, prawdopodobnie, następstwem zapalenia otrzewny, to ostatnie o ile jest silne może wywołać nieprawidłowy układ trzewiów. Zapalenie otrzewny może być następstwem przymiotu, rzeźączki lub innej choroby zakaźnej, wreszcie urazu.

Niedrożność dróg żółciowych. Żółtaczką, smołką odbarwioną, wymioty, drgawki, krwotoki; znajdujemy brak pęcherzyka i zatkanie dróg żółciowych (Thomson).

Rozszerzenie pęcherza występować może równocześnie z rozszerzeniem moczowodu, wodonerczem, torbielą nerki, zapaleniem otrzewny, wywołać je może zatkanie cewki i jej ujścia.

Choroby przeniesione na płód. Prócz przymiotu na płód mogą być przeniesione gorączki wysypkowe (ospa, odra, płonica, dur, grypa, róża), które występują równocześnie u matki i płodu, wyjątkowo wyłącznie u płodu. Po za tem na płód mogą być przenie-

sione sprawy posocznicowe (R. Fischl), występujące tu pod postacią zapalenia wsierdza, mózgu, opon lub też wywołujące zatrzymanie w rozwoju. Gruźlica wyjątkowo tylko może być przeniesiona z ojca lub matki, dzieci rodzą się jednak słabe (zwężenie tętnicy głównej etc.). Balatynie znalazł hematozoa zimnicy u noworodka i matki, dziecko urodziło się z wielką śledzioną. Cukrzyce u płodu można przypuścić, dotąd jej nie stwierdzono przed 3 m. życia (Bell). Urazy wywołują zniekształcenia lub choroby płodu.

## II. Zapalenie sutek u noworodków.

U noworodków obu płci w ciągu pierwszych dni lub tygodni rozwija się znaczne nabrzmienie sutek takie, jak u kobiet po porodzie.

Obrzmienie i wydzielanie mleka. Guillot, Boutequoy, Gubler, dowiedli, że mleko z sutek noworodków jest podobne do mleka kobiecego, toż samo występuje u koni. Według Depaul'a wydzielanie mleka występuje u dzieci zdrowych, brakło go w 1 przypadku na 100, rozpoczyna się na 2—3 dzień i w 2—4 tygodni. Początkowo płyn jest surowiczy później mleczny i według Lecoque'a o składzie: masła 14—15%, kazeiny 11—25%, cukru mlecznego 42—46%, znajdujemy więc głównie części składowe mleka, między innymi i ciała mleczne.

Ropó w k a i r o p i e ń. Jedna lub druga sutka jest obrzmiała, skóra czerwona, napięta, towarzyszy temu gorączka. Sprawa może się rozejść lub zropieć w tym ostatnim razie znajdujemy chelbotanie, niekiedy równocześnie rozwija się zapalenie gruczołów pod pachą i zatoki ropne. Sprawa może zakończyć się śmiercią (Pestalozza La Pediatría 1894). Zejście w ropienie nastąpić może skutkiem ucisku na sutki. Według Macé (Soc. obst. 1894) ropienie może umiejscowić się w przewodach mle-



cznych i można je wyleczyć przez wyciskanie metodą Budin'a. W zasadzie unikać jednak należy ucisku, można bowiem zniszczyć w ten sposób gruczoł, co dla dziewcząt będzie miało złe następstwa. Zropiała sutka może zaniknąć lub uleść zniekształceniu. Ropienie jest następstwem zakażenia wtórnego z rąk lub ubrania, to też obrzmiałe sutki najlepiej zawinąć w watę lub przykryć plastrem de Vigo. W razie zropienia zrobić należy cięcie małe, ale nie poprzeczne, z obawy by nie uszkodzić przewodów mlecznych.

### III. Zapalenie sutek u młodzieży.

Od urodzenia aż do 15 roku życia sutka nie daje znaku istnienia, wyjątkowo Morau spostrzegł obrzmienie sutek wielkości jaja gołębiego u 6 mies. dziewczynki. Może się to zdarzyć w 8, 10 i 11 roku, najczęstszem zejściem jest rozejście, może jednak nastąpić zropienie (Comby, Tellier). Obrzmiałe więc sutki zabezpieczyć należy przez opatrunek odpowiedni.

### IV. Torbiele wrodzone.

Lannelongue (Traité de kystes. congén. Paris 1896) dzieli je jak następuje:

1. Torbiele skórzaste. Torbiele skórzaste, kaszaki, teratomaty, torbiele skutkiem wkluczenia mają budowę taką jak i powłoki, z których pochodzą, znajdujemy je zwykle w oczodole, czaszce, na twarzy, na szyi, na podniebieniu, języku, klatce piersiowej, w jamie brzusznej, jajniku, w kroczu. Są różnej wielkości, małe są jedno, wielkie—wielokomorowe, zawartość ich jest serowata, zawierają włosy, zęby, cząstki kości, ściana ma budowę skóry i jest pokryta naskórkiem; możemy znaleźć

w nich wszystkie tkanki (nerwową, kostną, chłonną, chrząstki, mięśnie, tłuszczową). Są one zawsze wrodzone i najprawdopodobniej są następstwem uchyłka powłok (Lannelongue). Jedyńm środkiem jest wyłuszczenie. Spotykamy guzy skórzaste nie torbielowate (guzy oczne, jamy ustnej etc.).

Torbiele śluzówkowate mają budowę śluzówek i są zbliżone do skórzastych, często znajdujemy t. mieszane w połowie skórzaste, w połowie śluzówkowate, różnią się umiejscowieniem na śluzówkach.

Torbiele surowicze w komorach swych zawierają surowicę, dzielą się na zwykle jednokomorowe i złożone lub wielokomorowe. Są wrodzone, spotykamy je nawet u 4 m. płodów, równocześnie niekiedy z innymi guzami, np. naczyńnikami. Umiejscawiają się na szyi, stąd też nazywają je oskrzelowemi. Dosięgają znacznych wymiarów, mogą opuszczać się aż do brzucha, podchodzą pod mięśnie, wchodzą do klatki piersiowej, zrastając się z naczyniami i nerwami. Pokryte tkanką łączną, tworzą masę, podzieloną na zrazy przez faldy, to też na przekroju mają postać gąbki. Jamy wysłane są śródbłonkiem, zawierają płyn surowiczy. Broca uważa je za pochodne z naczyń, prawdopodobniej — naczyń chłonnych. Są to guzy miękkie, chelboczące, niebolesne, ale dają się odprowadzić, są podobne do tłuszczaków wrodzonych. Usunąć je można tylko na drodze operacyjnej przez wyłuszczenie, nie zawsze jednak jest to możliwe. Lannelongue w 2 przypadkach próbował elektrolizy i uzyskał w jednym polepszenie, w drugim pogorszenie.

Torbiele różne nie należą dożadnej z grup poprzednich, są to torbiele, pochodzące z otrzewny, krezki, przepukliny mózgu, torbieli oka, jamy ustnej, krtani, tarczycy, przelyku, kiszek, narządu moczopłciowego etc.

## V. Słoniowacizna wrodzona.

Fuchs opisał słoniowaciznę skóry p. n. pachyderma. Cechuje się ona znacznym zgrubieniem skóry i tkanki podskórnej na jednej kończynie, odcinku pewnym ciała, zazwyczaj w związku z zaburzeniami krwi lub limfy. Słoniowacizna wrodzona najczęściej jest rozlanym naczyniakiem chłonnym.

**PRZYCZYNY.** Słoniowaciznę wrodzoną spotkać można wszędzie, przeważnie jednak w okolicach podzwrotnikowych. Według danych, zebranych przez Moncorvo, u białych spotykano ją w 50 przypadkach, u metysów w 11, u murzynów w 1. Na 36 przypadków w Brazylii 32 było u miejscowych, 4 u obcokrajowców. Płeć nie ma wpływu. Moncorvo 1 przypadek spostrzegł na 15 dzień życia, 4 między 4—24 mies., 27 między 2—14 rokiem, 12 wrodzonych. W krajach pod zwrotnikiem przypisują ją nitkowcowi, zwykle jednak znajdowano paciorkowca. Kilkakrotnie stwierdzono dziedziczność.

Nie jest to właściwie określona jednostka chorobowa, ale wywołać ją mogą różne przyczyny. Wogóle jest to przerost tkanki łącznej skutkiem długotrwałego obrzęku, częściej pochodzenia chłonnego.

**ANATOMIA PATOLOGICZNA.** Znajdywano rozszerzenie naczyń chłonnych, przerost tkanki tłuszczowej, pasma łącznotkankowe, jamy naczyniaka, zapalenie przewlekłe przerostowe naczyń chłonnych.

**OBJAWY.** Na kończynie lub tułowiu, rzadziej na twarzy, znajdujemy guzowatość nierówną, żelatynowatą lub twardą, wodno-mięką, usianą znamionami unaczynionemi, gładkimi lub owłosionemi. Olbrzymie niekiedy obrzmienie zupełnie zniepodobnia kończynę. Przerost zwiększa się stopniowo bez odczynu zapalnego i bólów. Ruchy utrudnione: jest to kalectwo nieuleczalne. Powikłania zapalne, owrzodzenia i róża sprowadzić mogą zejście śmiertelne.

**ROZPOZNANIE.** Wykluczyć należy głównie przerost wrodzony, który jest jednak prawidłowy i obejmuje w całości jedną kończynę lub połowę ciała,

**LECZENIE.** Częściowe wyniki otrzymać możemy przez ucisk opaską elastyczną, mięsienie i elektryzację. Sorel (Ac. de sc. 1898) otrzymał wynik dodatni przy stosowaniu promieni X.

## VI. Przerost wrodzony.

Skoro dziecko rodzi się z większą, dłuższą, więcej rozwiniętą kończyną, niż druga, mówimy wtedy o przerście wrodzonym. Przerost może wystąpić w całej połowie ciała. Wogóle przerost wrodzony dotyka wszystkich tkanek. Sprawa ta, należąca raczej do teratologii, niż do patologii, została zbadana przez Trélat'a i Monod'a (Arch. gén. de méd. 1869), Duré'a (Congr. de Grenoble 1885), Mamejean'a, Rédard'a (Arch. gén. 1890), Duplay'a (Gen. hebdom. 1897).

**PRZYCZYNY.** Aczkolwiek spostrzegano ją niekiedy w czasie jakiś po urodzeniu, jest zawsze wrodzona, to też przyczyn szukać należy w chorobach płodu. Chłopcy ulegają jej częściej. Przypisywano ją, jak i inne potworności, dziedziczności, atawizmowi, urazom, przymiotowi etc., właściwie jednak nie o pochodzeniu choroby nie wiemy.

Sam mechanizm powstawania Pollosson przypisuje zaburzeniom w układzie chłonnym, Barwel — opóźnieniu w rozwoju błony mięsnej tętnic, które ulegają rozszerzeniu, przez co znów tkanki otrzymują więcej pożywienia. Duréa kładzie nacisk na wpływ spotykanych często współcześnie naczynek, godzą się na ten pogląd Trélat i Monod. Duplay zbudował teorię nerwową; według niego jest to zaburzenie odżywcze pochodzenia nerwowego.

**OBJAWY.** Przerost wrodzony jest właściwie kalectwem, a nie chorobą. Zwykle przerost występuje po stronie prawej, rzadziej po lewej (Duplay). W przeroscie całej połowy ciała głównie znajdujemy go w kończynie dolnej. Kończyna jest grubsza i dłuższa, stąd przy chodzeniu chorzy chromią, co nie przeszkadza im chodzić, ale sprowadza częste upadki. Przez cały czas wzrostu obie połowy ciała rosną, przerosła szybciej; z chwilą ukończenia wzrostu nieproporcjonalność ustala się. Różnica w obwodzie wynosi 5—10 cm., w długości 10—30 cm. Twarz zwykle symetryczna, wyjątkowy pod tym względem przypadek przytacza Miguel Gil y Casares (Arch. de méd. des Enf. 1900), 18 zaś tego rodzaju przypadków zebrali Sabrazès i Cabannes (Nouv. Icon. 1898).

Przerostowi równomiernie ulegają wszystkie tkanki. Skóra jest gładka, często zgrubiała stwardniała, owłosienie normalne, po stronie przerosłej znajdujemy często wiele znamion oraz żylaki. Paznogie mogą być zgrubiałe, zakrzywione, ciemniejsze. Spostrzegano często zrosty palców i inne wady rozwoju. Zaburzeń w czuciu brak, również brak jakichkolwiek objawów ogólnych. Sprawa jest nieuleczalna. Kończyny przerosłe łatwiej ulegają owrzodzeniom.

**ROZPOZNAŃE** nie zawsze łatwe ze względu na rzadkość choroby. Wykluczyć należy obrzęk noworodków (miękość, obrzęk całej skóry, ogólne osłabienie), obrzęk śluzowy (nie jest wrodzony, rozwija się w 2-gim roku, inteligencya upośledzona), porażenie rzekomoprzerostowe, (mięśnie twarde, brak wydłużenia kośćca i osłabienie kończyny), akromegalii (tylko u dorosłych, symetrycznie po obu stronach). Trudniej wykluczyć słoniowaciznę wrodzoną, brak w niej jednak wydłużenia kości, za to obrzmienie mają jednostajne.

**LECZENIE.** Niepodobna usunąć zupełnie kalectwa, można je tylko ograniczyć. W tym celu Redard zaleca mięsienie, ucisk i elektryzację, co może powstrzymać

wzrost kończyny. Stosując nadto but ortopedyczny ułatwiamy chodzenie. Leczenie musi być rozpoczęte wczesnie. U dorosłych należy tylko oszczędzić kończynę i zabezpieczyć ją od urazów.

Pewien amerykańczyk otrzymał polepszenie znaczne po wyciągnięciu n. kulszowego. W przeroście ograniczonym np. palca można stosować amputację (Galvani Rev. d'Orthop. 1898).

## VII. Amputacje wrodzone.

Niektóre dzieci rodzą się z mniej lub więcej głębokimi bruzdami naokoło palców, zupełnie odciętych lub zniekształconych. Widoczną jest rzeczą, że nastąpił uraz u płodu.

Słusznie przypisywano te amputacje fałdom owodni oraz pępowinie, fałdy owodni wistocie znajdujemy owinięte naokoło palców. Lhomme słusznie zwraca uwagę, że amputacje te występują na częściach ruchomych płodu. Fałdy owodni mogą być następstwem spraw zewnętrznych, przymiotu, urazu etc.

OBJAWY. Dziecko urodzone na czasie może rozwijać się, znajdujemy jednak brak lub zniekształcenie palców. Amputacja może być całkowita lub częściowa, a wtedy powyżej zniekształcenia znajdujemy kolistą bruzdę. Rzadziej bruzdy tego rodzaju znajdujemy na podudziu, ramieniu, zdarza się jednak, że  $\frac{3}{4}$  kończyny wisi tylko na małym mostku skóry i wtedy obciąć ją należy. U dziewczynki z mego oddziału 5 palców u ręki prawej zrosło się u podstawy i tworzyły stożek (ręka akuszerki), wyglądało to jakby były zaciśnięte sznurkiem, na szerokości II członczków, które były obcięte, tylko na małym palcu był zachowany paznokieć. I na drugiej ręce V palec był obcięty, pozostałe zaś pozbawione I członczka. Sprawa jako wrodzona jest nieuleczalna i daje

się rozpoznać z łatwością. Wprawdzie chciano ją przypisać chorobie egzotycznej ainhum, ta ostatnia jednak zdarza się tylko u dorosłych murzynów, wyjątkowo u dzieci (8-letnia dziewczynka Brun'a Sem. méd. 1894 i Acad. méd. 1896). Ainhum jest chorobą nerwową lub pasorzytniczą i przebiega powolnie.

LECZENIE bezskuteczne. Ortopedyja może coś nie coś polepszyć w kalectwie.

### VIII. Zgrubienie kości palców w toku zmian zapalnych płuca.

Palce w postaci paleczek od bębna, hipokratyczne występują w sinicy wrodzonej i gruźlicy płuc.

Marie (Revue de méd. 1890) opisał inną odmianę, którą wyodrębnił od akromegalii i stawia w związku z chorobami płuc; według niego podostre to zapalenie okostny jest następstwem samozatrucia pochodzenia oskrzelo-płucnego. Chorobę najprzód opisano u dorosłych, później u dzieci. Moussous (J. m. de Bordeaux 1890) spostrzegł sprawę u 14-letniej dziewczynki w przebiegu zapalenia ropnego opłucny. Gillet (Ann. de la Policl. 1892) przytacza 2 przypadki (rozszerzenie oskrzeli i rozedma płuc oraz zapalenie opłucny). Nozzard (Soc. méd. des hôp. 1898) znów widział 2 przypadki po ropnem zapaleniu opłucny u 6-letniego chłopca i 5-letniej dziewczynki. W przypadkach Marfan'a były sprawy ropne w płucach, w jednym zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych. Comby widział 3 przypadki po nieżycie płuc, rozszerzeniu oskrzeli i zapaleniu dwoinkowym opłucny.

PRZYCZYNY. Choroba wystąpić może w każdym wieku od 2—14 roku u dzieci. Jak widzieliśmy głównie w przebiegu spraw zapalnych w płucach, oskrzelach i opłucnie ostrych, ropnych, wyjątkowo w zapaleniu pęcherza (Marfan), czerwionki (Teleky).

Być może, że w płucu wydziela się jakiś przeciwjad i brak tego ciała we krwi powoduje zapalenie okostny.

ANATOMIA PATOLOGICZNA. Według Bamberger'a, Raugier'a, Lefebre'a (Paris 1891) mamy tu zapalenie kości i okostny ze sporowaceniem kiści. Teleky (Wien méd. Cl. 1897) stwierdził za pomocą X promieni zgrubienie tylko części miękkich. Badania chemiczne wykazały zwiększenie cz. organicznych i zmniejszenie mine ralnych, a zamiast wapnia, magn.

OBJAWY czysto obiektywne bez bólów. Końce palców sine lub czerwone, słowem sinica w różnym stopniu, zimne, zgrubiałe i zniekształcone. Palce skrobiowato zgrubiałe na końcach, paznogieć wzdęty przypomina dziób papugi, palce u nóg dotknięte w stopniu słabszym.

Zniekształcenia te powstałe pod wpływem chorób ostrych płuc są uleczalne. Rokowanie dobre.

Rozpoznanie łatwe, należy wykryć przyczynę w płucach, które badać należy szczegółowo, aby uniknąć pomyłek.

LECZENIE miejscowe jest bezcelowe, zwrócić je więc należy na cierpienie zasadnicze w płucach. Świeżo zalecano wstrzykiwanie soku płucnego (Brunet 1896). De mons i Binaud wistocie uzyskali polepszenie po zastosowaniu wyciągu glicerynowego z płuc.

KONIEC TOMU III-GO I OSTATNIEGO.





The first of these is the fact that the average life expectancy at birth in the United States is now over seventy years. This is a significant increase from the average life expectancy at birth in 1900, which was only about forty-seven years. This increase is due to a number of factors, including improved medical care, better nutrition, and a more healthful environment.

The second of these factors is the fact that the average life expectancy at birth in the United States is now over seventy years. This is a significant increase from the average life expectancy at birth in 1900, which was only about forty-seven years. This increase is due to a number of factors, including improved medical care, better nutrition, and a more healthful environment.

The third of these factors is the fact that the average life expectancy at birth in the United States is now over seventy years. This is a significant increase from the average life expectancy at birth in 1900, which was only about forty-seven years. This increase is due to a number of factors, including improved medical care, better nutrition, and a more healthful environment.

The fourth of these factors is the fact that the average life expectancy at birth in the United States is now over seventy years. This is a significant increase from the average life expectancy at birth in 1900, which was only about forty-seven years. This increase is due to a number of factors, including improved medical care, better nutrition, and a more healthful environment.

The fifth of these factors is the fact that the average life expectancy at birth in the United States is now over seventy years. This is a significant increase from the average life expectancy at birth in 1900, which was only about forty-seven years. This increase is due to a number of factors, including improved medical care, better nutrition, and a more healthful environment.

## Spis rzeczy, zawartych w T. III-cim.

### CZĘŚĆ II.

#### **Dział III. Choroby układu nerwowego.**

##### *Rozdział I. Choroby mózgu.*

	str.		str.
A. Zapalenie ostre opon . . .	3	M. Stwardnienie i zanik mózgu. Porażenie polowicz- ne kurczowe . . . . .	31
B. Rzekome zapalenie opon	7	N. Przerost mózgu . . . . .	36
C. Zapalenie opon gruźlicze	9	O. Wodogłowie . . . . .	39
D. Gruźelki mózgu . . . . .	15	P. Guzy mózgu . . . . .	44
E. Gruźlica czaszki . . . . .	17	Q. Guzy głowy zewnętrzne	46
F. Krwotoki do opon . . . . .	19	R. Idyotyzm . . . . .	49
G. Zakrzepi zapalenie zatok	22	S. Porażenie postępujące .	52
H. Przekrwienie mózgu. . . . .	24	T. Oblęd. . . . .	53
I. Krwotok mózgowy . . . . .	25	U. Podrażnienie mózgu. . .	57
J. Rozmiękczenie mózgu . . . . .	25	V. Neurastenia. . . . .	58
K. Niemota. . . . .	27		
L. Zapalenie ostre mózgu, ropień mózgu . . . . .	29		

##### *Rozdział II. Choroby rdzenia.*

A. Przekrwienie rdzenia . . . . .	59	D. Zapalenie opony twardej na szyi. . . . .	61
B. Zapalenie opon rdzenia.	60	E. Krwiaki rdzenia . . . . .	62
C. Zapalenie okołoponowe	50		

	str.		str.
F. Porażenie Landry'ego . . . . .	44	N. Wiąd rdzenia . . . . .	87
G. Zapalenie ostre rdzenia . . . . .	65	O. Wiąd kurczowy. Porażenie rdzeniowo-kurczowe. Choroba Little'a . . . . .	88
H. Porażenie dziecięce . . . . .	66	P. Stwardnienie wieloogniskowe. . . . .	91
I. Zanik mięśni rodzinny u noworodków . . . . .	72	Q. Drżączka porażenna. . . . .	93
J. Zanik postępujący mięśni . . . . .	76	R. Guzy rdzenia . . . . .	94
K. Porażenie rzekomoprzerostowe . . . . .	80	S. Rozszczep kręgosłupa . . . . .	96
L. Choroba Thompsen'a . . . . .	83	T. Zapalenie szarej istoty mózgu . . . . .	98
M. Bezwład dziedziczny. Choroba Friedreicha. . . . .	85		

*Rozdział III. Choroby nerwów obwodowych.*

A. Rozsiane zapalenie nerwów . . . . .	101	D. Porażenie kończyn górnych . . . . .	107
B. Porażenie n. twarzowego . . . . .	102	E. Porażenie bolesne u dzieci. . . . .	110
C. Porażenie n. twarzowego wrodzone . . . . .	104	F. Półpasiec . . . . .	111

*Rozdział IV. Nerwice.*

A. Drgawki dziecięce . . . . .	114	G. Tężyczka. Przykurczenie kończyn . . . . .	137
B. Padaczka . . . . .	119	H. Strach nocny . . . . .	139
C. Kurcz Salaam'a . . . . .	121	I. Jąkanie . . . . .	142
D. Histerya. . . . .	143	J. Czkawka . . . . .	142
E. Płasawica Sydenham'a. Taniec ś-go Wita. . . . .	127	K. Kurcze . . . . .	143
F. Płasawica elektryczna . . . . .	136	L. Obgryzanie paznokci. . . . .	144
		M. Samogwałt . . . . .	145

***Dział IV. Choroby mięśni.***

A. Skrzywienie szyi. . . . .	147	C. Ostre zap. mięśni . . . . .	152
B. Krwiaki i guzy m. sutko-obojęczkowego . . . . .	149	D. Zapalenie kostniejące mięśni . . . . .	154

***Dział V. Choroby narządu krążenia.***

A. Zapalenie osierdzia . . . . .	159	C. Zrost serca . . . . .	164
B. Puchlina osierdzia . . . . .	163	D. Gruźlica serca. . . . .	166

	str.		str.
E. Zapalenie wsierdzia . . . . .	167	K. Zapalenie m. sercowego	178
F. Zapalenie wsierdzia ow- rzadzające . . . . .	170	L. Niemiarrowość tętna . . . . .	181
G. Krwiaki zastawek serca	173	M. Zwolnienie i przyspie- szenie tętna. . . . .	184
H. Tętniaki t. głównej . . . . .	174	N. Niedomoga serca. . . . .	184
I. Przerost i kołatanie serca . . . . .	174	O. Obrzęk ogólny. . . . .	187
J. Kołatanie napadowe serca . . . . .	176	P. Choroby wrodzone ser- ca. Choroba niebieska. . . . .	189
		Q. Choroba Roger'a. . . . .	193

### ***Dział VI. Choroby narządów moczopłciowych.***

A. Zapalenie nerek. Cho- roba Bright'a . . . . .	194	Q. Moczówka . . . . .	232
B. Białkomocz okresowy i przejściowy . . . . .	201	R. Nietrzymanie moczu nocne. . . . .	234
C. Krwiomocz napadowy . . . . .	202	S. Zapalenie sromu, sromu i pochwy. Upławy białe	237
D. Hemoglobinurya . . . . .	205	T. Zapalenie pęcherza . . . . .	240
E. Mleczkomocz . . . . .	208	U. Kamica pęcherza . . . . .	243
F. Zakrzep żył nerkowych	208	V. Guzy pęcherza . . . . .	244
G. Krwotok nadnerczy . . . . .	210	X. Guzy jąder. . . . .	247
H. Kamica nerkowa . . . . .	212	Y. Wodniak jąder wrodzony	249
I. Zapalenie miedniczek . . . . .	214	Z. Zgorzel moszny . . . . .	250
J. Zapalenie okołonerkowe	216	Z' Zapalenie nieżytowe ce- wki u chłopców . . . . .	251
K. Wodonercze . . . . .	218	Z'' Stulejka . . . . .	252
L. Nerka wędrująca . . . . .	221	Z''' Nieprawidłowości w na- rządach płciowych dzie- wcząt . . . . .	253
M. Gruźlica nerek i dróg moczowych . . . . .	223	Z'''' Torbiele jajnika . . . . .	256
N. Choroba Addison'a . . . . .	225		
O. Torbiele nerek. . . . .	228		
P. Guzy nerek. . . . .	229		

### ***Dział VII. Choroby narządów zmysłów.***

#### *Rozdział I. Choroby uszu.*

A. Ciała obce . . . . .	257	D. Zapalenie wyrostka sut- kowego . . . . .	262
B. Czop z woszczku. . . . .	258	E. Gluchoniemota . . . . .	263
C. Zapalenie ucha . . . . .	259		

*Rozdział II. Choroby oczu.*

	str.		str.
A. Zapalenie łącznicy . . .	265	F. Zapalenie worka łzowe-	
1) u noworodków . . .	265	go . . . . .	274
2) u dzieci starszych . . .	267	G. Ciała obce w oku . . .	275
B. Ostry obrzęk powiek . . .	269	H. Zaćmy . . . . .	275
C. Zapalenie dwoinkowe		I. Jaskra . . . . .	276
łącznicy . . . . .	270	J. Rak oka. . . . .	277
D. Zapalenie rzekomobło-		K. Gruźlica tęczówki i cia-	
niaste . . . . .	271	ła rzęskowego . . . . .	277
E. Zapalenie ziarniste, ja-		L. Zaburzenia w refrakcyi	279
glica . . . . .	273	M. Zez i porażenia oka. . .	280

***Dział VIII. Choroby skóry.***

I. Obrzęk i twardzina no-		III. Pokrzywka . . . . .	306
worodków . . . . .	284	IV. Ognik . . . . .	309
1. Obrzęk noworodków	284	V. Świerzbiczka . . . . .	310
2. Twardzina noworod-		VI. Świerzbiczka Hebry . . .	311
ków . . . . .	287	VII. Choroby gruczolów po-	
II. Rumień . . . . .	288	towych i łojowych . . . . .	313
1. Rumień zwykły nie-		VIII. Pryszczyca . . . . .	317
mowląt . . . . .	288	IX. Liszajec. . . . .	320
2. Rumień grudkowy . . . . .	290	X. Niesztovice . . . . .	322
3. Rumień potówkowy,		XI. Zanogcica u noworod-	
prosówkowy . . . . .	291	ków i niemowląt . . . . .	324
4. Odziębienia. . . . .	292	XII. Ropnie mnogie skóry. . .	325
5. Oparzenia . . . . .	293	XIII. Zgorzel rozsiana skóry . .	325
6. Nasłońcowanie. . . . .	295	XIV. Zgorzel symetryczna.	
7. Rumień guzowaty . . . . .	296	Choroba M. Raynaud'a . . . . .	327
8. Guzy gościcowe . . . . .	298	XV. Choroba Dühringa. . . . .	328
9. Rumień wieloposta-		XVI. Framboezya podzwrotni-	
ciowy . . . . .	299	nikowa . . . . .	329
10. Rumień ze stwardnie-		XVII. Łuska rybia . . . . .	331
nieniem u młodych dzie-		XVIII. Łuska rybia u pło-	
wcząt . . . . .	301	dów . . . . .	332
11. Rumień zakaźny wtór-		XIX. Zapalenie symetrycz-	
ny . . . . .	302	ne skóry kończyn	
12. Zapalenie złuszczą-		z nadmiernem zrogo-	
jące skóry u noworod-		wacaniem naskórka . . . . .	334
ków . . . . .	304		

	str.		str.
XX. Zrogowacenie torebki włosa . . . . .	335	XXXIII. Trąd . . . . .	355
XXI. Łupież czerwony przy- włosowy . . . . .	336	XXXIV. Ksantoma. Plamy żółte . . . . .	355
XXII. Łuszczyca . . . . .	337	XXXV. Naczyniaki . . . . .	357
XXIII. Skóra pergaminowa barwna . . . . .	338	XXXVI. Łupież pstry . . . . .	361
XXIV. Brodawki . . . . .	340	XXXVII. Łupież różowy Gibert'a . . . . .	362
XXV. Nabłoniak zaraźliwy skóry . . . . .	341	XXXVIII. Łysina placko- wata . . . . .	363
XXVI. Gruźlica skóry . . . . .	343	XXXIX. Zanik paciorkowa- ty włosów . . . . .	365
XXVII. Liszaj żółzowy . . . . .	346	XL. Łiazaj wyłysiający . . . . .	364
XXVIII. Bielactwo . . . . .	347	XLI. Parch . . . . .	369
XXIX. Piegi . . . . .	348	XLII. Zapalenie grzybicowe torebek włosowych . . . . .	370
XXX. Stwardnienie skóry . . . . .	349	XLII. Świerzba . . . . .	371
XXXI. Nerwica odżywcza twarzy . . . . .	351	XLIV. Wszy . . . . .	372
XXXII. Nierwiako-włókni- ki rozsiane . . . . .	353		

### D o d a t e k

I. Choroby płodu . . . . .	374	V. Słoniowacizna wro- dzona . . . . .	380
II. Zapalenie sutek u no- worodków . . . . .	377	VI. Przerost wrodzony . . . . .	381
III. Zapalenie sutek u młodzieży . . . . .	378	VII. Amputacje wrodzone . . . . .	302
IV. Torbiele wrodzone . . . . .	378	VIII. Zgrubienie kości pal- ców w toku zmian za- palnych płuca . . . . .	384

21	1870	...
22	1871	...
23	1872	...
24	1873	...
25	1874	...
26	1875	...
27	1876	...
28	1877	...
29	1878	...
30	1879	...
31	1880	...
32	1881	...
33	1882	...
34	1883	...
35	1884	...
36	1885	...
37	1886	...
38	1887	...
39	1888	...
40	1889	...
41	1890	...
42	1891	...
43	1892	...
44	1893	...
45	1894	...
46	1895	...
47	1896	...
48	1897	...
49	1898	...
50	1899	...
51	1900	...

APPENDIX

52	...	...
53	...	...
54	...	...
55	...	...
56	...	...
57	...	...
58	...	...
59	...	...
60	...	...
61	...	...
62	...	...
63	...	...
64	...	...
65	...	...
66	...	...
67	...	...
68	...	...
69	...	...
70	...	...
71	...	...
72	...	...
73	...	...
74	...	...
75	...	...
76	...	...
77	...	...
78	...	...
79	...	...
80	...	...





Rok IV.

# Biblioteka Lekarska

MIESIĘCZNIK,

poświęcony wydawnictwu podręczników z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych  
pod redakcją D-ra Józefa Zawadzkiego.

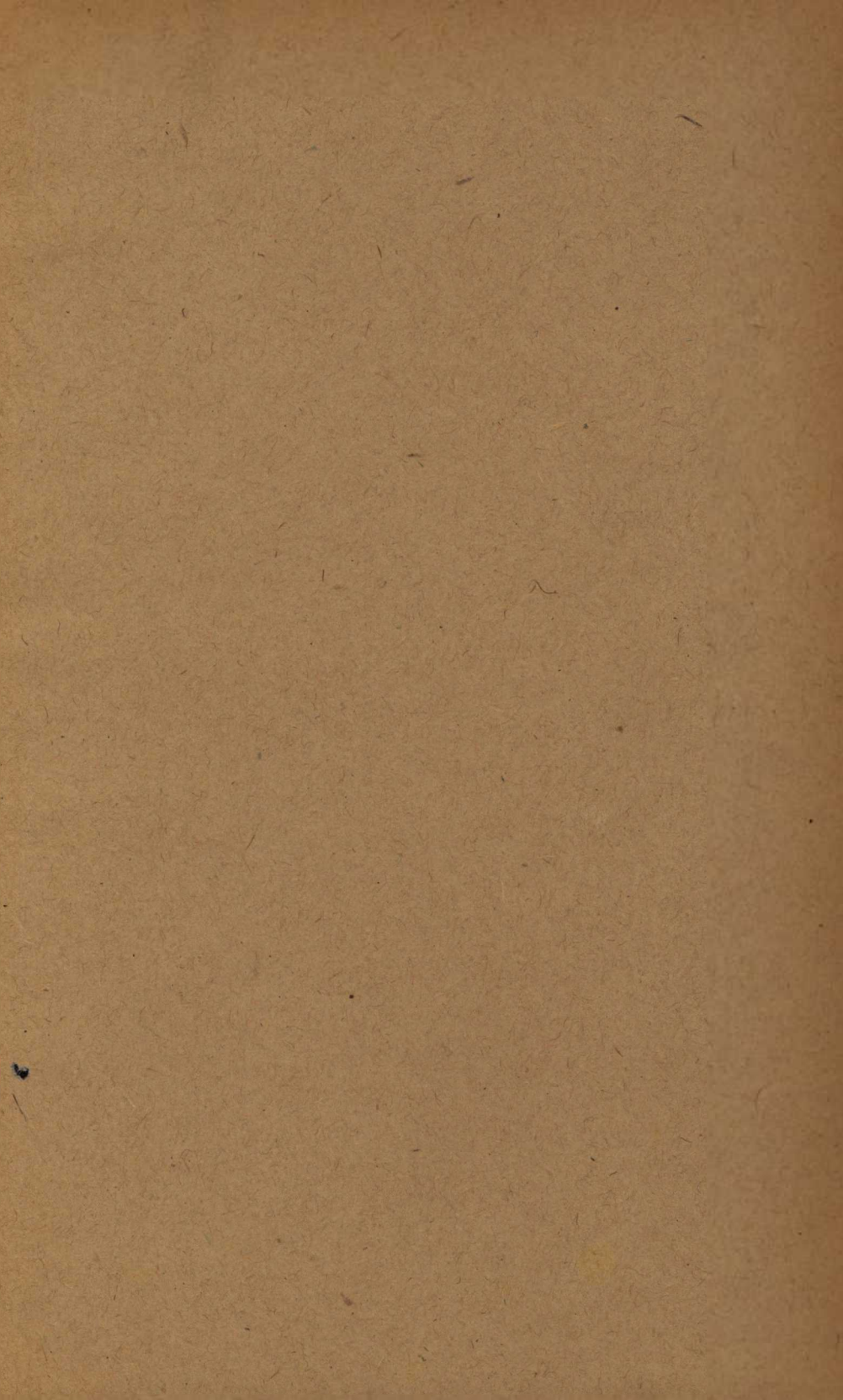
Cena roczna rb. 8 w Warszawie, rb. 10 z przesyłką pocztową, półrocznie rb. 4 w Warszawie, i 5 na prowincyi. Cena ogłoszeń za stronę rb. 10.	Cena wraz z <i>Kroniką Lekarską</i> ; (tylko rocznie) W Warszawie rb. 14 rocznie. Na prowincyi rb. 16 „
Warszawa, Szkolna 8.	

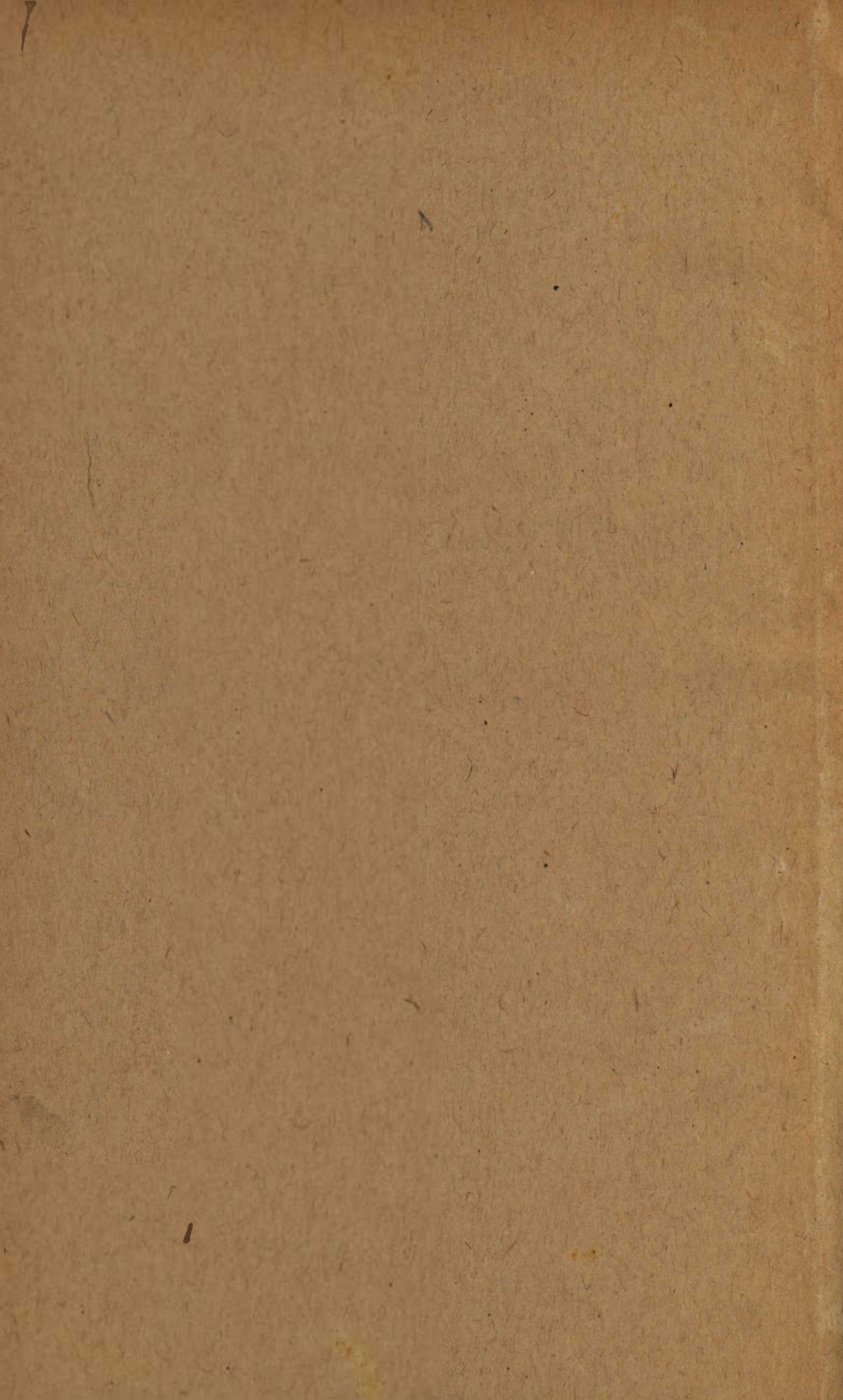
Wyszły z druku i są do nabycia:

- 1) Prof. G. DIEULAFOY. *Podręcznik chorób wewnętrznych*. Tom I (*Choroby narządów oddechania i krążenia*), Cena rb. 4, w oprawie 4.50. II (*Choroby narządów trawienia, wątroby i trzustki*). Cena rb. 4, w oprawie 4.50. III (*Choroby nerek i układu nerwowego*). Cena rb. 4 w oprawie 4.50. IV (*Choroby zakaźne*). Cena rb. 3.
- 2) Prof. LANDERER, *Dyagnostyka chirurgiczna*. Część I-sza ogólna z 36 rysunkami. Cena rb. 1. kop. 20. Cz. II *Dyagnostyka chirurgiczna szczegółowa* z 66 rysunkami (Cena 1.20.).
- 3) Prof. RUNGE. *Położnictwo*. Część I. *Fizjologia ciąży, porodu i położu*. *Operacje akuszersyjne*, z 73 rysunkami w tekście. Cena rb. 2 kop. 50. Cz. II *Patologia i terapia ciąży położu i porodu* (z 34 rysunkami). Cena rb. 2 kop. 50.
- 4) Dr. W. MORACZEWSKI (ze Lwowa). *Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych* (badania moczu, kału, treści żołądkowej, śliny, krwi etc.) C. rb. 1 k. 25
- 5) J. COMBY. *Podręcznik chorób dzieci*. T. I-szy Cena rb. 2., T. II-gi cena rb. 2. T. III cena 2 rb. 50 kop.
- 6) Prof. JESSNER *Krótki podręcznik chorób skóry*. Cena rb. 2 kop. 75.
- 7) Dr. W. OŁTUSZEWSKI. *O mowie i jej zбочzeniach*. Cena rb. 2 kop. 50.

Wkrótce rozpoczęty zostanie  
druk dzieła:

Prof. SAMUEL POZZI. *Choroby kobiece*. (Ginekologia kliniczna i operacyjna z licznymi rysunkami).







Biblioteka Uniwersytetu  
M. CURIE-SKŁODOWSKIEJ  
w Lublinie

B 3186 III

BIBLIOTEKA U. M. C. S.

**Nie pożyczka  
się do domu**



1000174517