

GAZETA LEKARSKA

I. O DEZYNFEKCYI I PROFILAKTYCE

W PRAKTYCE LEKARSKIEJ.

[Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 19 kwietnia 1898 r.]

Przez

D-ra med. Adama Ciągłińskiego.

—†—†—

Temat, którym dziś osmieliłem się zająć uwagę Szanownych Panów, nie należy bynajmniej do nowych, a jeszcze mniej do zadawalająco choć w części rozstrzygniętych. Przy dzisiejszym stanie nauki każdy z nas potrzebę i ważność dezynfekcyi i profilaktyki względem chorób zakaźnych doskonale rozumie, przynajmniej w teoryi, w praktyce jednak, powiedzmy to sobie z góry i otwarcie, prawie nic w kierunku tym się nie robi. Od czasu do czasu gwałtowniejsza jakaś epidemia tyfusu, ospy, lub szkarlatyny, zabierze więcej ofiar, zaniepokoi i popłoch rzuci między publiczność, która, wystraszona, wyrzeka się prawie wszelkich stosunków z domami, w których pojawiła się zaraza, obudzi czujność niejednego z lekarzy, pojmujących nieodzowną potrzebę radykalnej reformy w naszych stosunkach praktyki lekarskiej; lecz epidemia słabnie, a prędkiej jeszcze nim ona wygasa i dobra chęć zajęcia się szczerzej tą sprawą i przygotowania do następnej walki z corocznym wiosennym lub jesiennym gościem—i dobre zamiary toną w fali zapomnienia, letniego odpoczynku, lub pełnego innych zajęć zimowego sezonu.

Z góry się muszę jednakże zastrzedz, że mam tu na myśli jedynie warunki praktyki lekarskiej, tak zwanej wewnętrznej; chirurgowie i akuszerowie stoją w chwili obecnej przeważnie na wysokości zadania i dają nam wytrwale dobry przykład, którego jednak my, interniści, naśladować nie mamy dość odwagi, ani wytrwałości.

Mówię o odwagi, ponieważ ściśle przestrzeganie dezynfekcyi i profilaktyki wymaga pewnej sumy czynności z naszej strony, na które nie zawsze przychylnie patrzy najbliższe otoczenie chorego, co, zdaniem niektórych, bardziej wrażliwych i nerwowych natur, może niekorzystnie wpływać na dalsze losy praktyki; wytrwałości, ponieważ pomyslnie wyniki profilaktyki i dezynfekcyi wymagają ścisłego i konsekwentnego zachowania pewnych środków ostrożności, nie dziś lub jutro tylko, ale zawsze, codzień, od samego rana do

późnej nocy, a i przy nocnych nawet wizytach w razach przypadków nagłych nie uwalniają lekarza od pamiętania, u jakiego chorego był, i jak mu wobec tej lub owej choroby postąpić należy. To ciągle obcowanie z zarazkiem i względnie rzadkie, bo wcale nie codzienne, skutki zaniechania wszelkich ostrożności przy sprawowaniu praktyki lekarskiej wytwarzają w lekarzach praktykach pewną obojętność, rzekłbym nawet brawurę, jaką się spotyka na przykład pomiędzy robotnikami, pracującymi dnie całe pośród kół zębatach i transmisji, zapominających wśród swych zajęć zupełnie o grożących im niebezpieczeństwach. A że tam od czasu do czasu niejedyn zostawi swe palce między żelaznymi zębami koła, lub gorzej poturbowanym zostanie przez rzemieńne pasy transmisji, to może dać tylko temat do rozmów w ciągu najbliższych paru dni, i wszystko nadal pójdzie swym torem.

Porzucmy jednak tętniącą żywą pracą fabrykę z jej kołami i transmisjami i przenieśmy się na chwilę do małego miasteczka lub osady, w dobrych warunkach zdrowotnych położonej, w której panuje spokój i dobry stan sanitarny. W szczęśliwej tej i spokojnej dotąd miejscowości jedna z przyjezdnych świeżo osób zachorowyya; przywołany lekarz stwierdza chorobę ostrą, zakaźną, bardzo zaraźliwą: dajmy na to tyfus plamisty, szkarlatynę lub dyfteryt. Alarmująca ta wiadomość rozpowszechnia się szybko w całym miasteczku, rzucając na mieszkańców jego popłoch i przerażenie: każdy drży, jeżeli nie o swoje własne zdrowie, to o zdrowie swych najbliższych i sobie najdroższych, a jak zwykle, najsilniej i najbardziej niepokoją się matki o zdrowie swych małych lub dorastających już dzieci.

Panika ta rzuca pewnego rodzaju kłutwę na dom, w którym leży chory: wszyscy go unikają, wszystkie stosunki z nim zostają przerwane; niektórzy bardziej lękliwi boją się wychodzić lub wypuszczać swe dzieci na ulicę.

Chorego, którego nie opuścili jeno najbliżsi, odwiedza tylko lekarz. Lekarz ten ma jednak innych jeszcze chorych w swej opiece, ma swe stosunki towarzyskie, ma wreszcie swój własny dom, swą rodzinę, swe dzieci, z którymi przebywa najdłużej, bo całe wieczory i noce i o których zdrowie niepokoi się i troszczy już nie jako lekarz, ale jako ojciec i mąż.

Jak ma postępować w sprawowaniu swych obowiązków fachowych ów lekarz, by, wypełniając wszystko, czego od niego stan pielęgnowanego przezeń chorego wymaga, nie stał się roznosicielem zarazy pomiędzy innymi swymi pacjentami, pomiędzy ludźmi, z którymi wiążą go interesy towarzyskie i społeczne, wreszcie w swym własnym domu, do którego po ukończeniu swych zajęć dziennych powraca i w którym spędza kilkanaście godzin w otoczeniu swej najbliższej rodziny?

Jak się ma zachować, by kłątwa, skazująca na zupełne odosobnienie dom, w którym leży ów nieszczęśliwy chory, nie przeniosła się i na niego, by go się nie bano wpuszczać do domów, w których leżą chorzy, potrzebujący jego opieki, lecz nie zaraźliwi?

Tak postawione pytania, mam to moralne przekonanie, nie zadziwią nikogo; żądania, w nich zawarte, nie wydadzą się nikomu zbyt przesadzonemi,

a co najważniejsza, i zadawająca odpowiedź na nie teoretycznie jest zupełnie możliwą, a nawet do wykonania w praktyce niezbyt trudną.

Trudności rozpoczną się dopiero wtedy, gdy, zamiast jednego chorego na pewną chorobę zaraźliwą, jeden lekarz mieć ich będzie wielu więcej, i to dotkniętych rozmaitemi chorobami zakaźnymi; gdy zamiast warunków praktyki małomiasteczkowej, rozpatrywać będziemy warunki praktyki lekarskiej wielkomiejskiej, rozrzuconej na wielkiej przestrzeni i bardzo różnorodnej; gdy wreszcie, prócz odwiedzania chorych na mieście, mieć będziemy na myśli i przyjmowanie tych chorych w prywatnym mieszkaniu lekarza, czego unikać w naszych warunkach nawet przy tak silnie rozwiniętych ambulatoriach lecznicowych i szpitalnych w zupełności nie możemy.

Czy i przy tak złożonych warunkach praktyki lekarskiej wielkomiejskiej można mówić bez łudzenia siebie i oszukiwania innych o dezynfekcyi i profilaktyce w sprawowaniu fachowych obowiązków?

Czy warto wogóle podnosić tę sprawę wobec niezaprzeczalnych faktów, tak chętnie cytowanych przez całe szeregi lekarzy praktyków, że pomimo, iż żadnych środków ostrożności przy sprawowaniu swej praktyki nie zachowywali, nie przenosili jednak zarazy ani do innych chorych, ani do swoich własnych domów?

Mojem zdaniem i warto i należy.

Prawdą jest, że dla przyjęcia się zarazka w danym ustroju, oprócz samego istnienia zarazka, koniecznem jeszcze jest pewne do tego usposobienie; prawdą jest, że staranie się o wzmocnienie ogólnej odporności ustroju jest zadaniem i wdzięcznym, i pożytecznym, i nadzwyczaj w znaczeniu higieny ważnym: niemniej przeto jest prawdą, że to usposobienie do przyjęcia zarazka jest wielkością u jednego i tego samego osobnika bardzo zmienną, od bardzo a bardzo wielu okoliczności zewnętrznych zależną [zmęczenie doraźne fizyczne, przygnębiające wpływy moralne, chwilowe warunki atmosferyczne i t. p.] i nigdy dokładnie z góry obliczyć się nie dającą.

Nie zaniebując przeto niczego, co może wpłynąć dodatnio na wzmocnienie odporności pojedynczych ustrojów, ani na chwilę nie powinniśmy zapominać, że nawet przy istniejącej skłonności do chorób zakaźnych jednakże bez zakażenia one nie wybuchną, jak nie wybuchnie najumiejętniej przygotowana mina, gdy do niej iskra nie wleci, i że niedopuszczenie, *resp.* możliwe zabezpieczenie ustroju od zarazka z zewnątrz stanowi często jedyny osiągalny dla nas moment w całej złożonej sprawie profilaktyki.

I jeżeli w danej chwili jeszcze jesteśmy dalecy od pomyślnego rozwiązania całej trudnej sprawy zabezpieczenia i odkażania w praktyce lekarskiej, to świadomość tego powinna nam być bodźcem do dalszych usiłowań w tym kierunku; naszej obojętności i małoduszności w tym względzie nic wytłómaczyć nie jest i nie będzie w stanie.

Dezynfekcyja i związana z nią profilaktyka w praktyce lekarskiej obejmować winna:

- I. dezynfekcyę osoby [ciała] lekarza,
- II. dezynfekcyę jego ubrania,

III. dezynfekcyę mieszkania, w którym przyjmowani są chorzy zaraźliwi, to jest gabinetu lekarskiego i poczekalni.

O dezynfekcyi instrumentów, do badania lekarskiego służących, jakoto: szpatli, wzierników usznych i nosowych, pukadeł i t. d. nie mówię, gdyż w tej sprawie chyba już dwóch zdań co do dezynfekcyi niema.

I. Dezynfekcyja osoby lekarza.

W chwili obecnej, gdy badania ostatnich czasów (*C. Flügge. Ueber Luftinfection. Zeitschrift für Hygiene. Band XXV. H. 1.*) zaczynają się znowu poważnie liczyć z możliwością zakażenia przez powietrze, dezynfekcyi poddane być winny nietylko ręce lekarza, stykające się bezpośrednio z zakażeniem ciałem chorego lub jego produktami, ale nadto jeszcze twarz i włosy. Ma to szczególne znaczenie przy badaniu chorych na błonicę, którzy często przy oglądaniu gardła parszczą, krztuszą się, kaszlą, a nawet plują. Nie mniej także pomyśleć o tem należy przy osłuchiwaniu chorych wysypkowych, chociażby nawet przez rącznik lub stetoskop, i t. p.. Sposób dezynfekowania ciała możemy bez żadnych zmian przyjąć od chirurgów: dobre umycie wodą z mydłem rąk, zarówno jak twarzy i głowy, stanowi najważniejszą część dezynfekcyi. Dalsze odkażanie może być dokonane przy pomocy sublimatu 1:500 dla rąk i głowy, a 1:1000 dla twarzy. Do przygotowania żądanych roztworów sublimatu mogą służyć specjalnie w tym celu przygotowywane pastylki sublimowane 1 lub $\frac{1}{2}$ gramowe, których pewien zapas lekarz nosi przy sobie.

W mieszkaniach chorych, stale przez lekarza odwiedzanych, zapas taki może się znajdować na miejscu. Przygotowując żądane roztwory sublimatu baczycy należy, by stosunek soli do sublimatu wynosił przynajmniej 10:1. Dodatek ten soli usuwa nieprzyjemne skutki stosowania sublimatu, mianowicie pewną szorstkość skóry i twardnienie jej. Z dużym dodatkiem soli nawet 1% roztwór sublimatu bywa znoszony nie tylko na skórze, ale nawet na błonach śluzowych [np. obmywania profilaktyczne *post coitum suspectum*]. Ten dodatek soli bynajmniej nie zmniejsza własności bakteryobójczych sublimatu, przeciwnie, zapobiegając ściśnięciu się białka i wytwarzaniu albuminu rtęciowego, ułatwia przenikanie tego środka do warstw głębszych.

Wreszcie spirytus lub mocna woda kolońska stanowią też dobry środek odkażający skórę na rękach, głowie i twarzy.

II. Znacznie więcej zachodu i trudności do pokonania przedstawia dezynfekcyja ubrania lekarza, i w tym też kierunku reforma do dziś przyjętych postulatów winna uleść zmianom najbardziej radykalnym. Powszechnie stosowany obecnie środek wywieszania ubrania za okno i to przeważnie podczas nocy, kiedy ani jeden promień słońca powierzchnie go nawet nie muśnie, nie może być uważany za wystarczającą i pewną dezynfekcyę.

Przy omawianiu sprawy dezynfekcyi i zabezpieczania ubioru lekarza trzeba mieć na uwadze dwa zadania: 1) zdezynfekowanie ubrania po ukończeniu dnia roboczego, gdy lekarz wraca do domu; tu na celu mieć będziemy uchronienie rodziny lekarza od przeniesienia zarazki; 2) zabezpieczanie ubrania podczas sprawowania obowiązków fachowych, odwiedzania i oglądania chorych, by możliwość przeniesienia zarazki od jednego chorego do drugiego,

jeśli nie usunąć zupełnie, to przynajmniej w znacznym stopniu zmniejszyć. Każde z tych dwóch zadań, mających na celu bezpieczeństwo odwiedzanych chorych z jednej strony, i rodziny lekarza z drugiej strony, musi być rozbierrane oddzielnie, gdyż innych wymaga środków.

a) Dezynfekcyja ubrania lekarza w domu winna odpowiadać następującym warunkom:

- 1) być pewną i dokładną;
- 2) być łatwą do wykonania przez samego lekarza lub jego służbę;
- 3) nie powinna niszczyć ubrania;
- 4) nie powinna pociągać za sobą, ani zbyt wielkich zachodów, ani zbyt wielkich kosztów;
- 5) ubranie zdezynfekowane jednego dnia winno być możliwe do użycia nazajutrz.

Kiedym w jesiennym sezonie ubiegłego roku powracał do domu z wizyt swych na mieście, odwiedziwszy niekiedy po kilkoro chorych na ciężką szkarlatynę dzieci, i kiedy zamknięty w gabinecie swym nie odważyłem się prawie przestępować progów dalszych pokojów, nie mogłem się wprost obronić cisnącym się do głowy myślom, że jednak opuszczać rąk w sprawie dezynfekcyi w praktyce lekarskiej nie wolno, a budzących się obaw usypiać wiarą w usposobienie, skłonność, czy też przeznaczenie, nie należy.

Z wielu względów zwrócić się musiałem do środka, który, znany zaledwie od lat kilku, zjednywa sobie jednak stale coraz większy rozgłos i coraz szerszem cieszy się uznaniem, mianowicie do formaldehydu.

Kompetentniejsze od mego pióro przedstawi w niedalekiej przyszłości wyczerpującą pracę o własnościach chemicznych i odkażających formaliny; to upoważnia mnie do pewnej krótkości w przedstawieniu tej strony zajmującej nas sprawy. Postaram się jednak uwzględnić parę główniejszych prac w tym przedmiocie napisanych, na których opierałem się przy obmyślanii swej domowej kamery dezynfekcyjnej.

Już w 1892 r. zwrócił uwagę ARONSON ¹⁾, że formalina w rozcieńczeniu 1:20000 wyjaławia bulion, zasiany zarazkami tyfusu, a w rozcieńczeniu 1:40000 osłabia wzrost tych hodowli, i dopiero w stosunku 1:80000 nie okazuje żadnego działania. Takie same wyniki otrzymał ARONSON, powtarzając swe doświadczenia z lasecznikami wąglkowymi i z *staphylococcus pyog. aureus*.

Dla laseczników dyfterytu roztwór 1:250, a nawet 1:400 wstrzymuje rozwój ich hodowli. Pary formaliny 1% działają wyjaławiająco, a w znaczniejszem rozcieńczeniu osłabiająco na hodowle laseczników dyfterytycznych.

TRILLAT wykazał, że formalina w stosunku 1:50000 wyjaławia kultury karbunkułowe.

Formalina powstrzymuje dwa razy silniej, niż sublimat, rozkład świeżego soku mięsnego.

¹⁾ ARONSON C. Ueber die antiseptischen Eigenschaften des Formaldehydes. Berl. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 30.

Już przed temi pracami wykazywał BUCHNER, że pary formaldehydu działają powstrzymująco na rozwój *pneumobacillus'a*, lasecznika tyfusu i lasecznika *proteus*.

GEGNER ¹⁾ wykazał, że $\frac{1}{4}$ kropli formaliny zabija po 3—5 dniach silne hodowle karbunkułowe, a $\frac{1}{30}$ kropli była w stanie zabić w ciągu 24 godzin w przestrzeni $2\frac{1}{2}$ litrowej prątki cholery.

Zadawalające te wyniki, jakie otrzymano w pracowniach bakteriologicznych przy próbach z czystymi hodowlami drobnoustrojów, zachęciły do dalszych prac, a nadto wywołały pewne próby w kierunku praktycznego zastosowania formaldehydu do dezynfekcyi.

W doświadczeniach LEHMANN'a ²⁾ laseczniki choleryczne, *staphylococcus aureus*, ginęły pod wpływem formaliny po upływie $\frac{3}{4}$ godziny.

B. prodigiosus i laseczniki karbunkułowe po upływie $\frac{3}{4}$ godziny zostały powstrzymane w rozwoju, a ginęły po upływie godziny,

Dalsze doświadczenia LEHMANN'a polegały na tem, że futra, wełny, zainfekowane powyższymi drobnoustrojami, poddawane były działaniu formaliny [5 ctm. sz.]. Po upływie dwóch godzin przedmioty te były wolne w zupełności od powyższych bakteryi z wyjątkiem laseczników karbunkułowych, które ginęły dopiero po upływie 24 godzin.

Ubranie męzkie rozłożono w skrzyni i przełożono zmoczonymi w formalinie płatami, do czego użyto 30 ctm. sz. formaliny; po upływie 24-godzin ubranie było w zupełności zdezynfekowane. Przykry zapach, jaki po takiej dezynfekcyi zostaje, można usunąć przy pomocy skropienia roztworem amoniaku. Wytwarza się wtedy bezwonny związek *hexamethylentetramin* (*urotropinum*).

Dezynfekcyja szczotek, grzebieni i t. p. odbywa się, według L., w sposób następujący: przedmioty powyższe, zainfekowane zarazkiem karbunkułu, obwija się w płachty, zwilżone kilkoma ctm. sz. formaliny. Po upływie 24 godzin rzeczy te są zdezynfekowane.

Próby wyjaławiania elastycznych kateterów przeprowadził OPPLER O. ³⁾ Katetery, zakażone czystymi hodowlami stafilocoków, *b. prodigiosus*, *pyog. aureus*, *b. coli*, cholery, tyfusu, wąglika i rozkładającym się moczem, umieszczano w blaszanej puszcze, pojemności 8000 ctm. sześć.; na siatce, w pewnej odległości od dna umieszczonej; na dno puszek nalewano formaliny 15 ctm. sześć.. Po upływie 6 godzin wszystkie katetery okazały się jałowymi.

W następnych pracach nad działaniem odkażającym formaliny kuszono się już o rzeczy trudniejsze i pierwszorzędnej wagi w zastosowaniu praktycznym, mianowicie o dezynfekcyę przestrzeni znaczniejszych: mieszkań prywatnych i wielkich sal.

¹⁾ GEGNER C. Ueber einige Wirkungen des Formaldehydes [Münc. Med. Woch. 1893. Nr. 32].

²⁾ LEHMANN K. B. Vorläufige Mittheilung über die Desinfection von Kleidern, Lederwaren, Bürsten und Büchern mit Formaldehyd. [Formalin]. Münchener Med. Woch. 1893. Nr. 32.

³⁾ OPPLER O. Zur Sterilisation elastischer Katheter mittels Formaldehyddämpfen. Münch. Med. Woch. 1896. N. 44.

Doświadczenia PHILIPP'a¹⁾ przeprowadzone były w pokoju dobrze zakurzonem.

W 2,5 ctm. sześć. kurzu, zebranego z tego pokoju, wykazano 1052000 zarazków. Do pokoju tego wstawione zostały również płytki PETRI'ego, zasiane kurzem z innych pokoi.

Za pomocą działania pary formaliny uzyskano zupełne wyjałowienie kurzu, znajdującego się w pokoju, jak również i zakażonych płytek PETRI'ego.

Hodowle agarowe cholery, tyfusu, karbunkułu i nitki, impregnowane zarodnikami karbunkułowemi, poddane były działaniu pary formaliny.

Cholera, tyfus ginęły po 2—3 dniach; na płytkach, owiniętych watą, po 5 dniach.

Jedne tylko zarodniki karbunkułowe nie dały się w zupełności wygubić.

Wyniki, do jakich doszedł PHILIPP na podstawie swych badań, są następujące:

1) Pary formaldehydu przewyższają co do siły dezynfekcyjnej wszystkie dotąd znane środki odkażające.

2) Stosując formalinę w postaci gazu w większych ilościach i przez czas dłuższy, można będzie przeprowadzić zupełną dezynfekcję przestrzeni wraz z zawartymi w niej przedmiotami.

Większą dokładnością od poprzednich odznaczają się następujące niżej prace, których wyniki muszę też przedstawić nieco obszerniej.

ROUX G. i TRILLAT A.²⁾ przeprowadzili szczegółowe badania nad odkażaniem powietrza, ścian i podłóg danych pomieszczeń, a również i rozmaitych umieszczonych w nich przedmiotów, poprzednio zainfekowanych.

Do wywiązywania formaldehydu autorowie ci używali albo aparatu do utleniania alkoholu metylowego, albo specjalnie w tym celu przygotowanego autoklawu. W tym ostatnim spożytkowywano zwykłą formalinę z dodatkiem 4%—5% obojętnego chlorku wapnia [dodawac ostrożnie]; ciśnienie w autoklawie doprowadzano do 3—4 atmosfer.

Autorowie robili swe doświadczenia w trzech salach.

1 sala 73 ct. sz. objętości—spożytkowano 5 litr. form. w aparacie do utleniania.

2 " 370 " " " " " 3 litr. form. w autoklawie.

3 " 1400 " " " " " 9 litr. form. w autoklawie.

W salach tych umieszczono w rozmaitych miejscach na rozmaitych wysokościach i odległościach od aparatu rozmaite przedmioty, zainfekowane najrozmaitszemi bakteriami. Próby brane były w krótszych [6 godzin] lub dłuższych odstępach czasu i wykazały prawie absolutne wyjałowienie tych przedmiotów.

¹⁾ PHILIPP G. Ueber die Desinfection von Wohnräume durch Formaldehyd. Münch. med. woch. 1894. p. 926.

²⁾ ROUX G. et TRILLAT A. Essais de désinfection par les vapeurs de formaldehyde. Annales de l'Institut PASTEUR. 1896. vol. X. 283—298.

Badania powietrza przed zdezynfekowaniem i po zdezynfekowaniu danych przestrzeni dały wyniki następujące:

I sala 78 m. sz. zużyto 5 litrów formaliny w aparacie utleniającym.

Do badania brano 50 litrów powietrza za każdym razem.

Przed dezynfekcją w 1 metrze sześć.	Po dezynfekcji w 1 metrze sześć.
w hodowlach 3-dniowych } 1320 rozrzedza- } jących. wykazano 49,400 bakt. } 0 pleśni.	w hodowl. 5-dniowych { 0 rozrzedzając. } 40 bakt. { 80 pleśni, po 30 dniach 40 bakt. } 20 rozpuszcz. } 160 pleśni.

II sala o 370 m. sz. autoklaw. 3 litry formaliny.

Przed dezynfekcją.		Po dezynfekcji.	
bakteryi	pleśni	bakteryi	pleśni.
3 dni — 120	— 0	0	0
10 „ 520	240	0	0
30 „ —	—	0	0

III sala 1400 metrów. Przed dezynfekcją nie badana; po dezynfekcji zaś w hodowlach 30-dniowych wykazano { 25 bakteryi w jednym metrze sześć.
 } 0 pleśni

Badanie kurzu [pyłu] w 1 decymetrze kwadratowym w trzech pokojach dało następujące wyniki:

I sala 78 m. sz. aparat utleniający,

P o d ł o g a.

Przed dezynfekcją.		Po dezynfekcji.	
Bakt.	pleśni	Bakt.	pleśni.
4-dniowe hodowle 13,890,000	{ kilka pleśni kilka rozrzedz.	—	—
30-dniowe hodowle —		2300	100

Ś c i a n y.

Przed dezynfekcją.		Po dezynfekcji.	
Bakt.	pleśni	Bakt.	pleśni.
Hodowle 4-dniowe 65,000	0	—	—
Hodowle 30-dniowe —	—	0	0

W pyłe podłogi pozostało przeto 0,016% poprzedniej ilości zarazków, a ściany prostopadłe zostały wyjałowione w zupełności.

II sala 370 metrów sześć. autoklaw.

P o d ł o g a.

W jednym dec. kwadr.	Przed dezynfekcją.		Po dezynfekcji.	
	Bakt.	pleśni.	Bakt.	pleśni.
w hodowlach 4-dniowych	30,000.	90,000.	0.	0.
w hodowlach 11-dniowych	50,000.	150,000.	200.	0.
„ 30-dniowych	70,000.	150,000.	800.	0.

Ś c i a n y.

	Przed dezynfekcją		Po dezynfekcyi.	
	Bakt.	pleśni.	Bakt.	pleśni
11-dniowe hodowle	0.	3000.	0.	0.
30-dniowe hodowle	0.	3000.	0.	0.

Pleśnie, przylegające do ścian prostopadłych, wyginęły absolutnie, z bakteryi na posadzce pozostało 1,13% poprzedniej ilości. Zdaje się, że był to *subtilis* i *mesentericus*.

Wyjałowione przy powyższych badaniach powietrze poddano prócz tego próbom co do toksyczności jego wskutek mogącej się w nim znajdować ilości CO. Świnka morska, umieszczona w powietrzu tem pod kloszem, wyszła z doświadczenia tego zupełnie cała. [D. n.].

II. KILKA SŁÓW O RÓŻYCZCE

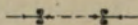
(*rubeolae*)

Z OKAZYI WŁASNYCH SPOSTRZEŻEŃ.

Skreślił

A. Puławski,

ordynator szpitala Dz. Jezus.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 19].

Wielu lekarzy spotykało w swojej praktyce ostrą wysypkę, różniącą się kardynalnie od znanych powszechnie chorób wysypkowych przez nader łagodny przebieg i brak powikłań. Wysypka ta występowała w postaci epidemii, była zaraźliwą, a zarazek jej wywoływał zawsze jedną i tę samą chorobę [chory na różyczkę zarażał innych nie szkarlatyną lub odrą, tylko różyczką]. Zdawałoby się więc, że nic nie stało na przeszkodzie, aby chorobie tej przyznać taką samą samodzielność, jaką mają odra i szkarlatyna, ospa i inne choroby wysypkowe. A jednak dopiero THOMAS w oddzielnej rozprawie, a następnie w znanem powszechnie wydawnictwie ZIEMSSSEN'a samodzielność różyczki, jako choroby *sui generis*, udowodnił. Zjawiła się wkrótce okazała liczba spostrzeżeń, potwierdzających poglądy THOMAS'a. Z różnych stron Europy i Ameryki nadsyłało opisy epidemii i endemii tej choroby, która się wszędzie przedstawiała jednakowo. Różyczka była przedmiotem rozpraw na międzynarodowym kongresie w Londynie [1881], gdzie stanowczo ją z pośród innych wysypek ostrych, zwłaszcza też szkarlatyny, wyodrębniono. [Anglicy nazwali ją niemiecką odrą—*german measles*].

Obraz kliniczny różyczki podałem wyżej przy opisie własnych przypadków. Na tem miejscu chciałbym obraz ten uzupełnić przez rozbiór poszczególnych objawów i porównanie tychże z opisami, podanymi przez innych autorów.

Choroba rozpoczyna się nagle bez żadnych zwiastunów, wśród ogólnego zdrowia. Okres wylęgania wynosi mniej więcej 2 tygodnie.

Tak właśnie było w pierwszej przezemnie spostrzeganey epidemii domowej u pp. N., gdzie początek choroby u trojga dzieci i matki, mogłem spostrzegać dokładnie, przyjmując za źródło zakażenia chorobę najstarszego chłopca, który ją nabył prawdopodobnie w szkole.

Gorączki w ciągu całej choroby albo niema wcale, albo przy dokładnem mierzeniu ciepłoty okazuje się, iż ta jest nieco podniesioną pierwszego dnia choroby. W moich przypadkach raz wynosiła ona 37,8°, raz przeszło 38°. NYMANN ¹⁾ na 119 przypadków w 58 nie widział wcale podniesienia ciepłoty, w 61 przypadkach ciepłota 39 razy podnosiła się do 38°, w 14 przyp. do 38,5°, w 6 — do 39°, w 2 — 39,5°. To samo mniej więcej widzieli i nasi autorowie, opisujący różyczkę [SZNABL, WOLBERG, J. KRAMSZTYK, o czem niżej]. Przyspieszenia tętna nigdy nie zauważyłem.

Wysypka w moich przypadkach była zawsze podobną do odrowej, t. j. występowała w postaci nieznacznych grudek na tle plamek, pozostawiających między sobą miejsca zdrowej niezabarwionej skóry. Plamki bywały zwykle drobniejsze, niż to bywa przy odrze i posiadały barwę jaśniejszą. W jednym tylko przypadku [u pani N.] wysypka przedstawiała się w postaci rozlanego zaczerwienienia skóry, podobnie jak szkarlatynowa i to nie na całym ciele, tylko na jednej kończynie. Wysypka zawsze była mocno swędząca, zjawiała się naprzód na twarzy, zajmując stopniowo w ciągu 24—48 godzin szyję, piersi, plecy, ramiona, najmniej i najpóźniej kończyny.

Łuszczenia albo nie było wcale, albo tylko na twarzy. W jednym przypadku [u p. N.] na całym ciele pokazały się drobniutkie łuski. Zaczerwienienie łącznic, nieznaczny światłowstręt bez łzawienia, zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli widziałem we wszystkich przypadkach. To ostatnie było zawsze jednolite, a nie w postaci charakterystycznych plamek, jak bywa przy odrze ²⁾.

Na szczególną uwagę w przypadkach moich zasługiwało obrzmienie i bolesność prawie wszystkich dostępnych badaniu gruczołów limfatycznych. Objawu tego nie widziałem tylko w dwóch przypadkach różyczki [sporadycznych]. W pozostałych 9 objaw ten powtarzał się stale na samym początku choroby, być może, jeszcze w okresie wylegania, gdyż, wiedząc raz o nim, znajdowałem go już bardzo wyraźnie wtedy, kiedy wysypka tylko co się zaczęła pokazywać. To samo widywał KLAATSCH podczas opisanej przez siebie epidemii. „Objaw, o jakim mowa, powiada ten autor, tak stale występował w obecnej epidemii, iż gdy się wiedziało, że ma się do czynienia z ostrą wysypką, można było rozpoznawać różyczkę pociemku przez dotykanie“. „Obrzmienie gruczołów, dodaje od siebie JUERGENSEN, zjawia się już w okre-

¹⁾ Cyt. podług JÜRGENSEN'a ib. str. 269. J. v. NYMANN spostrzegał tak obszerną epidemję różyczki w t. zw. Smolnym Monasterze w Petersburgu i opisał w pracy p. t. Zur Aufklärung der Frage über die Selbständigkeit der Rubeola u Oester. Jahrbuch für pädiatrik. II. B. 1874. [Cyt. podł. GUMPLOWICZA].

²⁾ SLAVYK [z kliniki HEUBNER'a] nie znajdował w różyczce charakterystycznych dla odrzy plam KOPLIK'a [Deut. Med. Woch. 1898. Nr. 17 i streszcz. w Gaz. Lek. 1898. Nr. 19] (przypisek w korekcie).

sie wylęgania, trwa kilka tygodni, a dochodzi nieraz do tego stopnia, że tamuje odpływ limfy, co powoduje obrzmienie twarzy“. Zropienia gruczołów nigdy nie notowano. Z innych autorów uwydatnia ten objaw BAGINSKY ¹⁾, mniej go podkreśla GUMPIOWICZ.

Z naszych autorów zaznacza go w jednym przypadku MAJEWSKI, w kilkunastu—SZNABL; WOLBERG i KRAMSZYK wcale na ten objaw nie zwracają uwagi. Widoczną jest rzeczą, że objaw ten występuje tylko w niektórych epidemiach i nie jest stałą cechą różyczki. Istnieją w literaturze opisy przypadków obrzmienia gruczołów limfatycznych, gdzie objaw ten występuje na pierwszy plan do tego stopnia, iż autorowie stworzyli zeń oddzielną chorobę—gorączkę gruczołową (*Drüsenfieber*). Opisali tę „chorobę“ PFEIFER, HEUBNER, STARK, u nas BRONOWSKI ²⁾. Nasze przypadki nie dadzą się podciągnąć pod opisywany przez powyższych autorów obraz kliniczny gorączki gruczołowej; nie było bowiem dłuższej, ani znaczniejszej gorączki, nie było obrzmienia śledziony i wątroby, charakterystycznych bólów brzucha [zależnych jakoby od obrzmienia gruczołów krezkowych], brak było tych powikłań, które każą wogóle przypuszczać, iż gorączka gruczołowa jest tylko poronną formą szkarlatyny (*nephritis*).

Żadnych powikłań w spostrzeganych przezemnie przypadkach nie było; jest to stałym prawidłem dla różyczki.

W jednym przypadku w tydzień po różyczce zjawiała się szkarlatyna, w jednym — w 4—5 dni odra, w trzech przypadkach — mniej więcej w 10 dni zjawiała się świnka, w jednym wreszcie przypadku chory we dwa tygodnie dostał wysypki, podobnej do szkarlatyny. Wogóle różyczka odznacza się tą właściwością, że chorzy na nią często dostają wkrótce jakiej innej wysypki. Prawie we wszystkich opisach epidemii tej choroby znajdujemy wzmianki o podobnych faktach. Najczęstszą chorobą następczą jest odra, niekiedy szkarlatyna. THOMAS (*l. c.*) spostrzegał troje dzieci w jednej rodzinie, które w niewielkich odstępach czasu przechodziły kolejno po sobie różyczkę [w lutym], szkarlatynę [w marcu], odrę [w lipcu]. GEUSER ³⁾ u trojga dzieci widział różyczkę [w kwietniu], odrę [w maju], szkarlatynę [u dwojga w lutym następnego roku]. WOLBERG [p. niżej] u trojga dzieci w jednej rodzinie w 10-dniowym odstępie czasu widział po sobie różyczkę i odrę, J. KRAMSZYK [p. niżej] widział to samo w 12 przypadkach w odstępach czasu jeszcze krótszych. Okoliczność ta służy z jednej strony za dowód, iż różyczka nie może być uważaną za lekką odrę lub szkarlatynę [o czem będzie mowa niżej], z drugiej zaś strony może mieć pewne znaczenie dla rokowania.

Różyczkę dwa razy spostrzegałem w postaci epidemii domowej; była ona echem epidemii, panującej w całym mieście, jak się mogłem przekonać z infor-

¹⁾ A. BAGINSKY. *Lehrbuch der Kinderkrank.* 1889. 3 wyd. str. 141.

²⁾ S. BRONOWSKI. Kilka przypadków gorączki gruczołowej (*Drüsenfieber*) u dzieci. *Gazeta Lek.* 1893. Nr. 41, str. 1077. Autor skłonny jest uważać tę chorobę za szkarlatynę poronną.

³⁾ Cyt. podług JÜRGENSEN'a.

macy, udzielonych mi ustnie przez innych kolegów [ANDERS, J. KRAMSZTYK, CHEŁCHOWSKI].

Epidemie różyczki zdarzają się wogóle nieczęsto w jednej i tej samej miejscowości. KLAATSCH (*l. c.*) np. podaje, iż spotkał się z nią w Berlinie raz w r. 1861, drugi raz zaś dopiero w 23-lata po tem, t. j. w r. 1884. Epidemia zwykle występuje w towarzystwie innych wysypek [odry i szkarlatyny], co miało miejsce i w moich przypadkach. Pierwszą wiadomość o epidemii różyczki [kuru] w Warszawie posiadamy z r. 1848. Ówczesny sekretarz doroczny Tow. Lek. MAJEWSKI ¹⁾, zdając sprawozdanie roczne ze zdrowotności Warszawy, mówi: „Do rzadszych epidemii policzyć należy panujący w roku zeszłym kur (*rubeola*), który nastąpił po szkarlatynie w miesiącu lutym i tak się rozpowszechnił, że wiceprezes [HELBICH] znalazł w jednym domu czworo dzieci nim dotkniętych. Wysypka to szczególna, o której można powiedzieć, że ma dwie twarze: przypatrując się jej z jednej strony widzimy wielkie podobieństwo do odry, z powodu katarowego zajęcia oczu, nosa i piersi; spostrzegamy tu również na ciele małe, czerwone, odosobnione plamki, nieco jednak większe, niż w odrze. Z drugiej strony uważana przedstawia podobieństwo do szkarlatyny z przyczyny zapalenia gardła. Prezes uważał nawet w jednym przypadku nabrzmienie gruczołów podszczękowych i *parotitis* zupełnie tak, jak w szkarlatynie, od której jednak różni się, że w kurze plamy są małe, tętno nie jest tak przyspieszone i nie ma takiego łuszczenia skóry. Owszem, plamki te zwykle w pięć dni po wystąpieniu nikną bez wyraźnego łuszczenia; podobne epidemie opisane już były przez dawniejszych lekarzy; zeszłoroczna należała do bardzo łagodnych, zwykle do jej wyleczenia wystarczał spoczynek, ciepłe zachowanie się i ostrożność w jadłach“. O wiele lat później, bo dopiero w r. 1873 SZNABL ²⁾ ogłosił opis epidemii różyczki, panującej w lutym tegoż roku. Autor spostrzegał kilkanaście przypadków wysypki, którą nazywa *rubeola scarlatino-morbillosa* lub *morbillo-scarlatinosa*, ponieważ miała charakter to odry, to szkarlatyny; występowała ona u dzieci, które obie te choroby przechodziły, jako też u dzieci, które ich nigdy nie miały. Przebieg był łagodny, bez mocniejszej gorączki. Wysypka była swędząca, zjawiało się zawsze zaczerwienienie łącznicy i błony śluzowej gardzieli, światłowstręt, niekiedy biegunka. Gruczoły limfatyczne szyjowe, podszczękowe i zauszne bywały obrzmiałe bardzo znacznie i bolesne. Tenże autor w r. 1880 notuje znowu kilkanaście przypadków epidemii różyczki. Tym razem przypadki te były podobne do szkarlatyny ³⁾.

W r. 1885 WOLBERG ⁴⁾ opisał trzy przypadki różyczki w jednej rodzinie; wszystko troje dzieci zachorowało po 10 dniach na odrę. Dwoje dzieci niedawno przedtem przechodziło ospę wietrzną.

¹⁾ Pam. Tow. Lek. 1850. T. XXIII, str. 21.

²⁾ SZNABL J. *Rubeola? Scarlatina? Morbilli?* P. T. L. W. 1873. T. LXIX, str. 304.

³⁾ J. SZNABL. Jeszcze słów kilka o różyczce (*roseola*) w grudniu i styczniu w r. b. w Warszawie spostrzeganej. Med. 1880. Nr. 19.

⁴⁾ L. WOLBERG. Trzy przypadki różyczki (*rubeolae*) poprzedzające odrę. Gaz. Lek. 1885. Nr. 27, str. 530.

W r. 1891 J. KRAMSZTYK ¹⁾ wygłosił w Tow. Lek. odczyt o różyczce, opierając się na własnych spostrzeżeniach, które dosięgły cyfry 88. W roku 1888 autor widział 14 przypadków różyczki, w 89—8, w 90—43, w 91—23 — wszystkie w praktyce prywatnej. KRAMSZTYK podczas jednej epidemii [w 1890 roku] widział po różyczce w 12 przypadkach występującą odrę w ciągu 4—9 dni. Tenże autor zwraca uwagę na pewną wysypkę, która, będąc na początku samym bardzo podobną do szkarlatyny [wymioty, wysoka gorączka, jednolite zaczerwienie skóry] różni się od tej ostatniej tem, że trwa bardzo krótko [1—4 dni], przechodzi bez zajęcia gardła i wszelkich powikłań, nie ma po niej łuszczenia i w dodatku od szkarlatyny nie zabezpiecza. Podobną chorobę N. FIŁATOW nazywa *rubeola scarlatinosa*, KRAMSZTYK proponuje tylko, aby ją odróżniać od zwykłej różyczki, która zawsze zbliżoną jest do odry.

Z autorów naszych BIEGAŃSKI ²⁾ jest stanowczym przeciwnikiem tworzenia z kuru osobnego klinicznego rodzaju choroby. „Fakt, że podobna lekka postać [odry] może występować w postaci epidemii nie dowodzi jeszcze swoistego zakaźnego pierwiastku, gdyż jeżeli możebne są epidemie z przeważającymi przypadkami ciężkimi, to również mogą być epidemie lekkich postaci. Przytaczany także przez autorów fakt przebywania odry po przebyciu kuru nie może służyć za dowód, gdyż znamy przypadki, rzadkie wprawdzie niewątpliwie, kilkakrotnego przebywania prawdziwej odry: jeżeli więc wybitne postaci tej choroby u jednego i tego samego osobnika powtarzać się mogą, to tembardziej należałoby spodziewać się powtórzenia po przebyciu lekkiej poronnej postaci“. W taki sam mniej więcej sposób zapatruje się na różyczkę KAPOSÍ ³⁾. Na takie rozumowanie zgodzić się trudno. Epidemie różyczki zdarzają się jednocześnie z ciężkimi epidemiami odry i szkarlatyny, jak to np. miało miejsce w chwili moich spostrzeżeń. Trudno sobie wyobrazić równoczesne istnienie w pewnym danym miejscu dwóch epidemii odry: jednej ciężkiej i drugiej lekkiej. Zapewne i podczas ciężkiej epidemii mogą się zdarzać sporadycznie przypadki lekkie, ale owa epidemia przypadków lekkich zdarza się tylko pod koniec danej epidemii, a nie w chwili jej rozkwitu. Oprócz tej epidemii lekkich przypadków trzebaby w dalszym ciągu przyjąć epidemię recydyw odry. Te ostatnie zaś, jak przyznaje sam BIEGAŃSKI, są niewątpliwie rzadkie. Wtedy może być mowa o recydywie, jeżeli między jedną a drugą wysypką upływie kilka tygodni, a przynajmniej, gdy się skończy okres łuszczenia. Takie wymaganie stawia KAPOSÍ ⁴⁾, tymczasem w całej masie przypadków odra występowała w kilka dni po różyczce [WOL-

¹⁾ J. KRAMSZTYK. Epidemia różyczki (*rubeola*) i odry w bezpośrednim po sobie następstwie. Przegl. Lek. 8891. Nr. 50—51.

²⁾ WŁ. BIEGAŃSKI. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Warszawa. 1896. Wydanie drugie, str. 557.

³⁾ MORIZ KAPOSÍ. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Wien. 1880, str. 197 i 8.

⁴⁾ „Zu deren [einer nochmaligen Erkrankung an Masern] Annahme nothwendig ist, das zwischen dem ersten und zweiten Exanthem mehrere Wochen, mindestens aber das vollende Desquamationsstadium liege“. KAPOSÍ ib. str. 191.

BERG, KRAMSZTYK i inni] i miała przebieg od tej ostatniej zupełnie inny. Z łatwością tych sprzeczności unikniemy, przyznając różyczce oddzielną etyologię.

Prawdziwie oryginalnem jest stanowisko HENOCH'a względem różyczki. Ten powiada wprost, że nigdy żadnej większej epidemii ani endemii tej choroby nie widział i dlatego nie jest w stanie wydać swego wyroku na korzyść samodzielności różyczki, opisuje ją też w swoim podręczniku w dziale odry ⁴⁾. Tyle mamy już opisów epidemii różyczki z różnych stron świata, że wątpić o istnieniu takich epidemii niepodobna, dziwnym przeto się wydaje ten argument HENOCH'a przeciwko samodzielności różyczki.

Swoistego zarazka różyczki nie znamy, jak również nieznanym nam jest także zarazek odry, szkarlatyny i tylu innych chorób wysypkowych. W sporach przeto o samodzielność różyczki pozbawieni jesteśmy najpewniejszego dowodu rzeczowego. Niektóre objawy kliniczne różyczki są rzeczywiście podobne do odry [*wysypka, conjunctivitis, pharyngitis*), ale mamy za to cały szereg innych dowodów, przemawiających za tem, że to są dwie różne choroby.

Dowody, jakich nam dostarcza trzeźwa obserwacja wielu lekarzy, dadzą się zgrupować w sposób następujący:

1) obraz kliniczny różyczki, lubo podobny pod niektórymi względami do odry, posiada pewne cechy charakterystyczne, które się stale powtarzają;

2) chory na różyczkę może зараzić innego tylko różyczką, a nie odrą lub szkarlatyną;

3) przebycie różyczki nie zabezpiecza od innych chorób wysypkowych i naodwrot; owszem, chorzy na różyczkę stosunkowo często bezpośrednio po niej dostają odry lub szkarlatyny;

4) różyczka występuje nie tylko sporadycznie, ale także w postaci epidemii; dość często wydarzają się epidemie domowe tej choroby.

Obstając za samodzielnością różyczki, mamy na widoku nie tylko obronę prawdy naukowej, ale także i względy praktyczne. Zjawienie się choroby wysypkowej w domu rodzinnym połączone jest zawsze ze strachem o jej przebieg u danego osobnika, z obawą o zdrowie pozostałych członków rodziny. Z chorobą taką związana jest długa nieraz przerwa w stosunkach z ludźmi, przerwa w naukach szkolnych i wiele bardzo dotkliwych niedogodności i kłopotów. „Jeżeli lekarz, powiada słusznie KLAATSCH, na zasadzie ścisłego rozpoznania może zrobić pewne rokowanie, wytłumaczyć jasno, że idzie tu o chorobę lekką, że nie należy się spodziewać żadnych poważniejszych następstw nawet w razie rozszerzenia się zarazy na całą rodzinę, oszczędzi przez to wiele kłopotów rodzicom, a niepotrzebnych męczarni

⁴⁾ Wenn ich auch hie und da in einer Familie ein paar Kinder an einer den „Rötheln“ der Autoren entsprechenden Affection erkrankten sah, und nicht selten Fälle beobachtete, welche mich in der Diagnose schwanken liessen, so war es mir doch bisher nicht vergönnt, grössere Epi- oder Endemien dieser Art zu beobachten. So lange dies nicht der Fall ist, bin ich ausser Stande mein Urtheil zu Gunsten der Selbständigkeit der Rötheln abzugeben. HENOCH. Vorlesungen über Kinderkrankh. 3 wyd. str. 685.

dzieciom“. Najłżejszy przypadek odry lub szkarlatyny wymaga o wiele więcej ostrożności i pielęgnowania, niż najsilniejszy nawet przypadek różyczki, która zawsze jest chorobą lekką, nie prowadzącą za sobą żadnych powikłań, ani następstw, tak często spotykanych w szkarlatynie i odrze.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O T. ZW. „CHOROBIE MÉNIÈRE'A“.

(*Vertigo ab aure laesa, vertigo auralis*).

Opracował

S. Oppenheim.

Cierpienie, znane pod powyższą nazwą, należy do rzędu tych, które spostrzegają często szczególnie lekarze chorób wewnętrznych, gdyż chorzy tacy nie dostrzegają zwykle związku przyczynowego pomiędzy swoim cierpieniem a chorobą ucha, oddawna istniejącą lub jednocześnie występującą. Dla tej więc przyczyny przez długi czas lekarze, oparci na powadze TROUSSEAU'a, chorobę MÉNIÈRE'a kładli na karb zaburzeń żołądkowych i forma „*vertigo a stomacho laeso*“ była wszechwładnie panującą.

W ostatnich dopiero czasach, poczynając od MÉNIÈRE'a, wielu autorów przyczyniło się do wyświecenia tej formy chorobowej pod wszelkimi względami, jako to: etyologicznym, patogenetycznym i terapeutycznym. Prace te, które wywołały radykalny przewrót w poglądach na istotę tej choroby, nie są jeszcze znane większości lekarzy naszych, co mnie też skłoniło do nakreślenia zwięzłego obrazu tej jednostki chorobowej na podstawie najnowszych w tej dziedzinie badań, które miałem sposobność sprawdzenia na kilku przypadkach, obserwowanych przezemnie w ambulatoryum dla chorób gardła, nosa i uszu w szpitalu Ewangelickim.

Właściwie choroba MÉNIÈRE'a nie jest jednostką patologiczną ściśle wyodrębnioną, podlegającą ściślejszej definicyi, jasno skryształizowaną, lecz jest ona zbiorem objawów, często współrzędnie występujących, i dlatego też po większej części nazywają tę formę nie „chorobą MÉNIÈRE'a“, lecz „zbiorem objawów MÉNIÈRE'a“ (*Symptomencomplex MÉNIÈRE's, syndrome de MÉNIÈRE*).

MÉNIÈRE, podobnie jak BRIGHT, był twórcą genialnej syntezy lekarskiej, gdyż on pierwszy zwrócił uwagę na jednoczesne występowanie trzech (*trias*) istotnych objawów: zawrotu głowy, szumu w uszach i wymiotów, stanowiących podstawę formy chorobowej pod nazwą „*vertigo auralis*“. Podobnie jak i w innych dziedzinach wiedzy, każdy wynalazca ma poprzedników, którzy należycie nie wyzyskali zdobyczy swojej, tak i poprzednicy MÉNIÈRE'a już wiele pracowali na tem polu i nawet pod niektórymi względami byli bliżej prawdy, niż ten, który swem nazwiskiem ochrzcił wzmiankowane cierpienie. ITARD w r. 1825-ym opisał przypadek, w którym osobnik, zupełnie zdrowy, nagle uległ głuchocie, skarżąc się przedtem na ból i zawrót głowy oraz na szum w uszach.

FLOURENS (1) w r. 1822 i DELEAU w r. 1836-ym obserwowali podobne przypadki, przyczynę zaś tych objawów przypisywali zmianom ucha środkowego.

SAISSY (2) w r. 1827-ym i TURQUET w r. 1857-ym znaleźli przy badaniu pośmiertnem zwłok osobników chorych na uszy zmiany w uchu wewnętrznym,

mianowicie, wylanie się plastycznego, czerwonego płynu do kanałów półkolistych i zgrubienie błony, wyścielającej te kanały, nie powiązali jednak przyczynowo tych danych anatomo-patologicznych z objawami chorobowymi, które występowały za życia tych osobników.

BURGGRAEVE opisuje w r. 1841-ym własne cierpienie ucha środkowego z ropieniem, do którego przyłączyły się objawy MÉNIÈRE'a, jako to: zawrót głowy przy każdym ruchu, skłonność do obracania się około swej własnej osi, niepewność chodu i inne podobne. Jako przyczynę podaje przerzutowe zmiany w mózdzku.

HILLAIRET (3) opisuje przypadek, w którym po zazięczeniu się pacjent dostał zapalenia ucha środkowego z ropieniem. Po dłuższym czasie rozwinęły się, jako skutek ropienia, polipowate twory w uchu środkowym i jednocześnie wystąpiły objawy, dowodzące, że i ucho wewnętrzne, mianowicie błędnik, też jest zajęte; pacjent skarżył się na szum w uszach, na zawrót głowy, na skłonność do wymiotów i do padania w stronę przeciwną zajętemu uchu. Po wycięciu polipów objawy te, zależne od cierpienia ucha wewnętrznego, ustąpiły zupełnie.

Już z tego krótkiego i niepełnego opisu przypadków, znanych przed MÉNIÈRE'em, widzimy, iż cierpienie, ochrzczone następnie jego imieniem, nie było obcem jego poprzednikom; MÉNIÈRE'a zaś zasługa polega głównie na tem, że on pierwszy powiązał, zestawiał pojedyncze objawy w jedną całość i odtworzył całokształt cierpienia, opierając się na danych fizyologicznych i patologicznych. Pierwszych, t. j. danych fizyologicznych, dostarczył mu FLOURENS pracami swemi o znaczeniu błędnika w ustroju ludzkim, drugie, t. j. patologiczne, zaczerpnął z jednego przypadku tej choroby, w którym sekcyja wykazała wylew krwi do kanałów półkolistych. Te dane przyjął MÉNIÈRE za podstawę dla swej teoryi, która wskutek tego ucierpiała na ścisłości, gdyż z faktów powyższych wynioskował, iż przyczyna owego cierpienia zależy zawsze od zmian w uchu wewnętrznym. Mylny ten pogląd dziwnym się wydaje tem bardziej, że już dawno przed nim, jak o tem wyżej wzmiankowaliśmy, różni autorowie byli w zapatrywaniach swoich, co do przyczyny tego cierpienia, daleko bliższymi prawdy. Taki wniosek MÉNIÈRE'a zastanawia jeszcze i dlatego, że w liczbie owych dziewięciu epokowych przypadków, które ogłosił w r. 1861-ym w „Gazette médicale de Paris“, znajdują się dwa, w których objawy zawrotu usznego przyłączyły się do choroby ucha środkowego; tylko dziwnym jakimś, jak na uczonego, niedopatrzaniem, można wytłómaczyć okoliczność, iż skonstatował tylko te dane, nie zastanowiwszy się nad nimi dłużej i główny nacisk położył na zmiany w błędniku. Późniejsze jednak spostrzeżenia KNAPP'a, POLITZER'a, GELLÉ'go i wielu innych potwierdziły przypuszczenia poprzedników MÉNIÈRE'a, iż cierpienie błędnika może się przyłączyć do zmian w uchu środkowym. Późniejsze badania znacznie rozszerzyły jeszcze pogląd w tej materii, bo obecnie „chorobą MÉNIÈRE'a“ nazywają zbiór objawów, często razem występujących i przyłączających się do różnorodnych cierpień ucha we wszystkich trzech jego oddziałach: zewnętrznym, środkowym i wewnętrznym.

Cierpienie ucha jest pierwotne i konieczne dla tej choroby; taka forma, w której ono nie występuje, chociaż inne objawy są też same, stanowi już drugą grupę, t. zw. „chorobę pseudo-MÉNIÈRE'a“. Tak więc istnienie lub brak cierpienia ucha posłużył za podkład anatomiczny do podzielenia tej formy patologicznej na dwa działy:

- A. objawy MÉNIÈRE'a i
- B. objawy pseudo-MÉNIÈRE'a.

Każdą z tych dwóch grup dzielią jeszcze na podgrupy, a mianowicie:

- A. Pierwsza dzieli się na 3 podgrupy:

I. Podgrupy pierwszej cechą charakterystyczną stanowi to, iż cała trójca objawów MÉNIÈRE'a, jako to: szum w uszach, zawrót głowy i wymioty, występuje u osobników zupełnie dotychczas zdrowych na uszy. W podgrupie tej rozróżniamy dwie formy, zależnie od przyczyny, wywołującej chorobę, mianowicie: a) forma apoplektyczna, t. j. prawdziwa choroba MÉNIÈRE'a, gdyż tę formę znalazł on u owej słynnej głuchoniemej, u której sekcyja wykazała apoplektyczne zmiany w błędniku. Był to pierwszy znany przypadek sekcyjny, w którym skonstatowano zmiany w uchu wewnętrznym. Inaczej formę tę nazywają głuchotą apoplektyczną. Zmiany w uchu występują jednocześnie z typowymi objawami MÉNIÈRE'a, które zjawiają się nagle i ztąd powstała nazwa tej formy [„apoplektyczna“]. Przyczyna widoczna, zewnętrzna, wywołująca bezpośrednio podobny stan, w tej formie pozostaje w ukryciu, anatomicznie zaś objawia się ona po większej części pod postacią wylewów krwi do błędnika.

b) Forma urazowa, w której zmiany w narządzie słuchowym i objawy MÉNIÈRE'a występują jednocześnie i bezpośrednio po urazie, który też może wywołać podobne zmiany anatomiczne, jak w formie poprzedniej.

II. Podgrupa druga zawiera formy, rozwijające się na tle istniejących poprzednio cierpień ucha; istota i stopień tych zmian w uchu stanowi o różnych formach tej podgrupy, które są następujące:

1) Objawy MÉNIÈRE'owskie są wynikiem cierpień błędnika, które mogą mieć przebieg bądź ostry, bądź przewlekły lub przejściowy. Z ostrych należy szczególnie wyróżnić zapalenie ostre błędnika, występujące albo w chorobach zakaźnych, albo samoistnie (*labyrinthitis idiopathica*); w ostatnim przypadku po większej części charakteru krwotocznego. Do cierpień przewlekłych należy zaliczyć zmiany błędnika w syfilisie, białaczce, po urazach; do przejściowych zaliczają te zmiany, które rozwijają się na tle przyczyn angio-neurtycznych, szczególnie jako skutek działania różnych trucizn, jak: chininy, salicylanu sodu, nikotyny, azotanu srebra, grzybów.

2) Druga forma zawiera te przypadki objawów MÉNIÈRE'owskich, które przylączają się do chorób ucha środkowego bądź ostrych, bądź przewlekłych, szczególnie przewlekłych sklerotycznych.

3) Objawy MÉNIÈRE'a występują przy zmianach ucha zewnętrznego; należy tutaj zwrócić uwagę na woszczek i ciała obce w uchu.

Nie wszyscy autorowie uznają samoistne i pierwotne istnienie tej formy, twierdzą bowiem, iż woszczek lub ciało obce, aby mogło sprowadzić objawy MÉNIÈRE'a, musi być takiej wielkości, by wywoływało jednocześnie zmiany w uchu środkowym pod postacią zapalenia bądź błony bębenkowej, bądź ucha środkowego.

Przytoczony powyżej przypadek HILLAIRET'a, w którym polip ucha zewnętrznego wywołał objawy MÉNIÈRE'a, był również połączony z ropotokiem.

4) Czwarta forma objawów MÉNIÈRE'a zależy od zmian nerwu słuchowego. Forma ta jest niezwykle rzadka; niektórzy, jak np. FRANKL-HOCHWART (4), zupełnie zaprzeczają istnieniu objawów MÉNIÈRE'a, wywołanych li tylko przez zmiany w nerwie słuchowym, utrzymują bowiem, iż zwykle istnieją równocześnie zmiany w mózdzku lub nowotwory w mózgu, które wywierają ucisk na nerw słuchowy. Jednakże w literaturze są opisane przypadki podobnego rodzaju; pomiędzy innymi ALT (5) cytuje jeden, w którym oba korzenie nerwu słuchowego, jakoteż i punkt wyjścia ich były nacieczone małymi komórkami; jądra zaś nerwu słuchowego, mózdzek, błędnik i ucho środkowe były zupełnie normalne.

III. Trzecią podgrupę stanowią te objawy MÉNIÈRE'a, które powstają wskutek wpływów zewnętrznych. Tutaj zaliczyć należy zawroty, powstające wskutek przestrzykiwań ucha, kateteryzacyi, lekkich urazów, wstrząszeń

[choroba morska] i galwanizacji głowy. Wszystkie mają tą wspólną cechę, iż są krótkotrwałe.

B. Drugi dział zawiera formy objawów MÉNIÈRE'a bez zmian w uchu; nazywają je wskutek tego objawami pseudo-MÉNIÈRE'a. Należą tu formy następujące:

- 1) Choroba MÉNIÈRE'a, jako objaw histeryi,
- 2) jako aura napadu epileptycznego i
- 3) jako objaw hemikranii.

Klinicznie choroba przedstawia się różnie, zależnie od formy, jaką przybiera, można ją jednak przedstawić jako typ w sposób następujący: powstaje najczęściej nagle, przeważnie pod postacią apoplektyczną; w formach wtórnych występują objawy ze strony słuchu, jako to: przytępienie słuchu, szum w uszach przy pewnych położeniach, świst i t. p. Napad właściwy zaczyna się od uczucia silnego huku lub jakby pęknięcia w uchu; chory wykonywa szybkie ruchy wahadłowe w jedną lub w drugą stronę, najczęściej pada, jeśli tylko wprzódy nie zdążył uchwycić się jakiego przedmiotu lub usiąść; pada zaś dlatego, iż traci równowagę i świadomość położenia wskutek zawrotu głowy. Niekiedy przyłączają się i objawy ze strony gałek ocznych, co naturalnie widzi tylko obserwator. Chorzy zwykle zamykają wtedy oczy i przyjmują najróżnorodniejsze położenia, by ulżyć nieznośnemu zawrotowi głowy. Rozmaitościę opisują sami chorzy to uczucie: jedni porównują je z padaniem w przepaść, inni z ruchem maszyny parowej i t. d. Gdy pierwsze oszałamiające wrażenie przemineło, chory przychodzi nieco do siebie i choć zawrót głowy trwa jeszcze, pacjent odczuwa ból głowy, mdłości. Często zdarzają się przytem wymioty, które stanowią objaw pod względem klinicznym nader ważny, niekiedy bowiem obecność ich jest rozstrzygającą dla rozpoznania, szczególnie w przypadkach zatartych (*frustes*), gdy nie wszystkie zasadnicze objawy, jakie według CHARCOT'a tej chorobie są właściwe, występują wyraźnie, mianowicie: szum w uszach, zawrót głowy, upadek i stan gastryczny. Obraz ten, zgruba nakreślony, stanowi ostry napad choroby MÉNIÈRE'a, który szybko przemija, chociaż po jakimś czasie w tejże formie może powrócić. Taka forma, t. zw. paroksyzmowa, jest dość rzadka, gdyż częściej ostry napad przechodzi w stan przewlekły (*status Ménièreicus*). W tym przypadku chory ma stale chód niepewny; rzadko odważy się wyjść sam na ulicę z obawy upadku wskutek zawrotu głowy; cierpi na ucisk głowy, dokucza mu ciągle szum w uszach i doznaje różnych sensacji ze strony żołądka.

Ta forma przewlekła objawów MÉNIÈRE'a może istnieć li tylko w takiej formie czystej lub też może być powikłana ostrymi napadami. Stan takiego chorego godny jest politowania, trapi go bowiem ciągła bojaźń większego napadu, który może być wywołany przez byle jaki, nawet błahy powód, jak np. przejście przez pusty plac, zginanie się, wytarcie nosa lub ziewanie. Człowiek taki staje się niezdolnym do pracy, a przygnębienie duchowe odbija się na ogólnym stanie organizmu; wskutek złego odżywiania chory chudnie i stopniowo z sił opada. Z czasem jednak stan ten łagodnieje, gdyż następuje zupełna głuchota, a wraz z nią, jak zauważył CHARCOT, i objawy MÉNIÈRE'a znikają.

Tak przedstawia się choroba w ogólnym zarysie. Niektóre z objawów zasługują jednak na rozbiór szczegółowszy. Przedewszystkiem ważnem jest pytanie, czy chory przy padaniu traci przytomność. Nie wszyscy autorowie są co do tej kwestyi jednego zdania; najbardziej upowszechnił się pogląd CHARCOT'a, że chorzy nie tracą przytomności. Wyjątek stanowią przypadki formy apoplektycznej, gdy wylew krwi mógl nastąpić jednocześnie w błędniku i mózgowiu, lub gdy chory, padając, rozbija się. W pierwszym razie wylew krwi do półkul, w drugim uraz pozbawiają chorego przytomności. Szum

w uszach bywa w większości przypadków ciągły, o większem lub mniejszem napięciu. Sami chorzy różnie opisują to uczucie: niektórzy jako szmer trzymanej przy uchu muszli, inni jako huk grzmotu lub spadającej z wysokości wody, inni jeszcze jako świst lub szmer owadów, a bardzo rzadko jako ruch podciągu lub bicie dzwonów. Jeśli w obrazie choroby brak stałego szumu w uszach, to występuje on zwykle jako zwiastun większego napadu.

Zaburzenia żołądkowe stanowią objaw bardzo charakterystyczny choroby MÉNIÈRE'a; bywają one różnego napięcia, niekiedy występują tylko pod postacią niepokoju żołądkowego, lub nudności i dławienia. Wymioty bywają przeważnie pod koniec większego napadu, nie przynoszą żadnej ulgi choremu w przeciwieństwie do skutku takiegoż objawu przy hemikranii. Niekiedy przyłącza się i biegunka.

Z innych [mniej ważnych i niezasadniczych objawów] tej formy patologicznej należy zwrócić uwagę na wyraz twarzy [maluje się na niej niekiedy przestraszczenie i przerażenie], na zimną skórę przy podmiotowym uczuciu gorąca i silnem pragnieniu. Odruchy w niektórych razach są wzmożone. Do objawów jeszcze rzadszych zalicza JACOBSON (9) następujące: podwójne widzenie, zmniejszenie pola widzenia, stopniowo przemijające, widzenie połowiczne (*hemianopsia*) i rozszerzenie źrenic [MOOS], wylew krwi do siatkówki i do ciała szklistego, *mouches volantes* [SCHWARTZE i LUCÆ], stan przygnębienia psychicznego i osłabienie pamięci.

Gdy objawy MÉNIÈRE'a rozwijają się na tle innego jakiego cierpienia (*tabes, leucæmia, hysteria, neurasthenia*), to samo przez się rozumie, że oprócz tych istnieją i objawy właściwe danym cierpieniom.

Przebieg ogólny choroby MÉNIÈRE'a, jak to już wyżej nadmieniliśmy, bywa najczęściej przewlekły i w rezultacie sprowadza zupełną utratę słuchu, charłactwo i niezdolność osobnika do życia społecznego. Przypadki zupełnego wyleczenia, choć rzadkie, znane są jednakże i nastąpiły nawet po nieznacznych stosunkowo rękoczynach, jako to: po przedmuchiwaniu ucha, po wyszpycowaniu woszczku lub po wyjęciu polipa.

Przebieg przewlekły cierpienia przerywają często napady ostre, opisane powyżej, trwające zwykle krótko: od kilku minut do kwadransa, co najwyżej do pół godziny. Nader rzadko: trwają dłużej, lecz zdarza się, iż chorego trapią stałe silne zawroty głowy; stan ten nazywają „*status Ménièreicus*“.

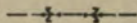
Wiadomości o zmianach anatomo-patologicznych tego cierpienia są dość skąpe, gdyż samo przez się rzadko sprowadza ono śmierć. Tylko formy urazowe lub apoplektyczne, przez uboczne przyczyny pozbawiając osobnika życia, dostarczyły niektórych danych; skonstatowano mianowicie zmiany w uchu wewnętrznem pod postacią wylewów krwi, jak w przypadku MÉNIÈRE'a i GRUBER'a, lub w formie nacieczenia drobnokomórkowego. POLITZER i VOLTOLINI opisują przypadki ostre, urazowe choroby MÉNIÈRE'a, w których badanie pośmiertne wykazało złamanie kości skalistej, sięgające aż do błędnika kostnego. Przewlekłe przypadki tego cierpienia przedstawiają bardzo mało, a niekiedy i żadnych zmian swoistych, pomijawszy naturalnie dane w uchu środkowem lub zewnętrznem, wskutek tego niektórzy autorowie, pomiędzy nimi HAUSER (6), uważają za przyczynę choroby zmiany krążenia w błędniku, przyłączające się do spraw'anatomicznych w uchu środkowem lub zewnętrznem, jak np. zapalenie, stwierdzone badaniem pośmiertnem. Zmiany te mogą być też charakteru czysto neuropatycznego i w takim razie badanie pośmiertne żadnych danych nie dostarcza.

LANNOIS (7) w jednym przypadku choroby MÉNIÈRE'a skonstatował unieruchomienie strzemięcia i nieruchomość *membranae rotundae*, błędnik pozostał jednak bez zmian. Również i GELLÉ przytacza kilka przypadków, w których w błędniku żadnych zmian w mózgowiu (*tumores, aneurysmata basilaria*) lub

w nerwie słuchowym nie było [przypadek ALT'a powyżej cytowany lub HAUG'a, gdzie zmiany były widoczne w nerwie słuchowym i jądrach jego].

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



73. A. Chauffard i A. Cavasse. O przepuszczalności nerek przy chorobach wątroby.

Autorowie stosowali chorym jednakowe dawki błękitu metylenowego i obserwowali wydzielanie się jego z moczem, co doprowadziło ich do wniosku, że czas wydzielania się tego środka z moczem waha się, t. j. mocz jednych chorych zawiera ten środek dłużej, drugich krócej. Chorzy na nerki od pierwszej chwili pokazania się błękitu metylenowego w moczu co raz więcej jego oddają, aż nareszcie, doszedłszy do pewnego *maximum*, oddają stopniowo zmniejszającą się ilość jego aż do zupełnego zniknięcia. Objaw ten nazywają autorowie: *typus continuus cyclicus*. Zupełnie inaczej wydziela się błękit metylenowy przy chorobach wątroby. Tym razem mamy już nie jeden okres z *minimum*, *maximum* i *minimum* błękitu w moczu, tylko kilka takich okresów, które albo łączą się bezpośrednio jeden z drugim (*typus continuus policyclicus*), albo też pomiędzy jednym okresem a drugim jest przerwa, t. j. błękit zupełnie znika z moczu i dopiero po 1, 2, 3 godzinach znów pokazuje się. To ostatnie zjawisko ochrzcieli mianem *typus intermittens*. Wyżej przytoczone obserwacje autorowie podają, nie siląc się na ich objaśnienie.

(*La Presse Médicale*, Nr. 22. 1898).

St. Dąbrowski.

74. Thomas. O działaniu pewnych substancji narkotycznych na gazy i zasadowość krwi oraz na czerwone ciała.

Autor w jednej z prac dawniejszych dowiódł, iż królik, pojony wysokiem, staje się daleko wrażliwszym na działanie zarazka cholery; ponieważ odporność ustroju na różnorodne zakażenia w znacznej części zależy od zmian, we krwi zachodzących, jak tego uczą badania BUCHNER'a [siła bakteryobójcza krwi jest funkcją jej zasadowości] i BEHRING'a [ta siła stoi w stosunku prostym do zawartości kwasu węglanego we krwi], więc autor postanowił bliżej poznać te zmiany, jakie we krwi sprowadza alkohol, eter i chloroform, środki, z którymi lekarz na każdym kroku się spotyka.

Doświadczenia autor czynił nad królikami, a po części nad psami oraz ludźmi i doszedł do wyników następujących:

1) Przy ostrem otruciu wysokiem zmniejsza się zawsze ilość kwasu węglanego oraz zasadowość, metodą miareczkowania oznaczana, czasem do połowy w porównaniu z stanem fizyologicznym; zjawisko to zależy od zwiększenia się ilości lotnych kwasów tłuszczowych, które chwilowo wypierają dwutlenek węgla ze krwi; zmniejszenie się ilości czerwonych ciałek nie może być przyczyną wspomnianego zjawiska, gdyż to ich zmniejszenie się występuje prawidłowo.

2) Przewlekłe otrucie wysokokowe dopiero po miesiącach wywołuje we krwi zmiany poważniejsze; badania w tym kierunku trafiały na liczne trudności, gdyż z 5 do celu tego użytych królików, 3 zdechło niespodziewanie w ciągu prowadzenia doświadczeń, a badanie pośmiertne przyczyny śmierci nie zdołało wykazać; o takich przypadkach wspominają i inni badacze. U zwierząt tych od początku do końca badań zasadowość krwi, metodą miareczkowania określana, trzymała się na wysokości prawidłowej, w początkowych tylko okresach zmniejsza się ilość tlenu, powracająca następnie mniej więcej

do normy; po pewnym tylko przeciągu czasu zmniejsza się stale zawartość CO_2 .

3) Przy podskórnem wstrzykiwaniu eteru, jak również morfiny i chlorału, zmniejsza się ilość tlenu we krwi, podczas gdy zawartość CO_2 i zasadowość krwi zostaje mniej więcej nie zmienioną.

Przy wdychaniu eteru zawartość dwutlenku węgla się wznosi, tlenu upada; metodą miareczkowania określana zasadowość nie ulega zmianie, podczas gdy ilość ciałek czerwonych częściowo wzrasta w dwójnasób. Zjawisko to zależy od tego, iż krew wskutek niedostatecznego dowozu tlenu staje się żylną i gęstszą.

4) Chloroform wprost zmniejsza alkaliczność krwi.

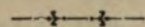
5) Przy określaniu stopnia alkaliczności krwi należy obok oznaczenia ilości dwutlenku węgla, określać ją za pomocą metody miareczkowania, gdyż nie zawsze ilość kwasu węglanego idzie w parze ze stopniem zasadowości; to pierwsze zależy może albo od stale zmniejszonego dowozu tlenu, albo od chwilowo powstałego zaburzenia w sprawie oddechania.

6) Z różnych metod miareczkowania na największe uznanie zasługuje sposób LOEWY'ego, gdyż uwzględnia on alkalia, zawarte w znacznej mierze w czerwonych ciałkach krwi; wybór wskaźnika (*lakmus, lakmoid*) wpływa też na wynik ilościowy miareczkowania.

(*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. XLI. 1898*).

A. Landé.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

W artykule D-ra GAJKIEWICZA p. n. „Kilka słów o pseudotężcu“, drukowanym w Nr-ze 16 Gazety Lekarskiej, wyczytałem następujące zdanie: „...Warszawa nie należy do miejscowości, w których pojawia się tężyczka samoistna (*tetania idiopatica*)“. Tymczasem już w październiku r. 1891 odczytał kol. ŚWIĄTECKI w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem pracę o tężyczce, umieszczoną w redakowanem przez Szanownego Pana piśmie tegoż roku [w 1892 — *przyp. red.*]. Następnego zaś roku zamieściła „Medycyna“ w Nr. 35 i 37 pracę JULJANA KRAMSZTYKA, p. n.: „Tężyczka samoistna (*tetania*) u dzieci“, w której autor omawia 17 przypadków tężyczki, spstrzeganych w latach 1889 i 1892¹⁾.

Pomijając nagminne powstawanie tężyczki w Warszawie, jak to np. miało miejsce w r. 1897, o czem sprawę wkrótce zdam w druku, można corocznie spostrzegać kilka lub kilkanaście przypadków omawianego cierpienia, występującego pod koniec zimy i z początku wiosny. Najczęstszym objawem i jedną niemal skargą matek jest skurcz głośni (*laryngospasmus*). Przy ucisku jednakże na spłot ramieniowy udaje się z mniejszą lub większą trudnością wywołać charakterystyczne przykurczenie palców rąk [objaw TROUSSEAU'a], przy podrażnieniu zaś nerwu twarzowego — skurcz mięśni wargi górnej i skrzydła nosa i mięśnia okrężnego oka [objaw CHVOSTEK'a]. Pobudliwość nerwowa i galwaniczna bywa zwykle u takich chorych wzmożoną. Czasami brak jakiegos objawu, częściej objawu CHVOSTEK'a.

Mowa tu o t. zw. tężyczce utajonej (*tetania larvata*). Nie brak jednakże przypadków samoistnego powstawania objawu TROUSSEAU'a, o czem najwymowniej świad-

¹⁾ W Łodzi obserwował epidemię tężyczki kol. GUTENTAG.

czą spostrzegane w ambulatoryum D-ra KRAMSZYTKA przy szpitalu dla dzieci Bersownów i Baumanów przypadki, Niech mi wolno będzie przytoczyć dwa z nich dla ilustracji słów powyższych.

Półtoraroczny Ludwik R. z wyraźnymi objawami krzywicy [nasady kości długich zgrubiałe, trzony skrzywione, ciemię duże otwarte, nawarstwienia kostne w postaci guzów ciemieniowych i czołowych, różaniec] w 17 miesiącu życia dostał po raz pierwszy napadów kurczu głośni. Niemal jednocześnie matka spostrzegła „jakiś dziwny“ układ dłoni dziecka, który z łatwością wywołaliśmy, wywierając ucisk na spłot ramieniowy.

Dwuletnia Pelagia Sch. z wyraźnymi objawami krzywicy [głowa czteropagórkowa, guzy czołowe i ciemieniowe wybitne, ciemię duże błoniaste, pierś kurza, różaniec] trzy miesiące temu dostała drgawek ogólnych (*eclampsia*), po miesiącu zaś zjawily się napady kurczu głośni i charakterystycznego układu dłoni.

Pobudliwość mechaniczna i galwaniczna u obojga dzieci wzmożona.

Okazuje się z powyższego, iż tężyczka w Warszawie nie należy bynajmniej do wyjątkowych zjawisk.

Łącząc wyrazy szacunku i poważania, pozostaję najniższym sługą
Warszawa, 26. IV. 1898. Kraushar.

W artykule moim powyżej cytowanym miałem na myśli tężyczkę u dorosłych i tylko samoistną, tymczasem kol. K. mówi o tężyczce u dzieci. W przypadku trzecim kol. ŚWIĄTECKIEGO, dotyczącym 70-letniej kobiety i GOLDBAUMA u dorosłego, tężyczka nie była samoistną, lecz wywołaną cierpieniem przyrzędu żołądko-kiszkiowego. Inne przypadki kol. S., jak również przypadki kol. J. KRAMSZYTKA i przytoczone obecnie kol. KRAUSHARA, spostrzegano u dzieci. W. Gajkiewicz.

Wiadomości drobne.

— Znaną jest wszystkim trudność utrzymania w czystości chorych zanieczyszczających się, dotkniętych bezwładem lub chorobą umysłową. Pomiedzy przeróżnymi sposobami i środkami, mającymi to wskazanie na celu, zasługuje na wyróżnienie sposób HERTZ'a z Bonu, zaproponowany przed dziesiątkiem lat, a polegający na zastąpieniu zwykłego posłania—mchem. Dobrze się o nim wyraża SANDER, lekarz szpitala dla umysłowo chorych we Frankfurcie nad Menem, który środek ten stosuje od 7 lat. Zdaniem jego (*Zeitschrift f. Krankenpflege*), należy używać mchu o włóknach bardzo długich i dobrze oczyszczonych. Mech o krótkich włóknach daje wiele kurzu. Łóżko, którego dno zrobione jest z desek, ściśle do siebie przytykających, pokrywa się prześcieradłem gumowem [zdaniem S. nieodzownem, aby uniknąć przeciekania moczu] i wypełnia dobrze wysuszonym mchem całkowicie, lub w razie koniecznej oszczędności tylko środek łóżka, a w głowie i nogach słomą, pokrytą cienką warstwą mchu. Na tak przygotowanym posłaniu układa się chorego w koszuli, jak można, najkrótszej, a pod głowę daje mu się zwykłą poduszkę. Trzy razy dziennie usuwa się część mchu zwalnego i zastępuje świeżym, podczas której to czynności chorego sadza się na basenie, a potem starannie obmywa. Mech jest materiałem drogim, tam więc, gdzie pożądaną jest oszczędność, część mchu, zanieczyszczona moczem, przechowuje się na powietrzu, a niszczy się tylko część zanieczyszczoną kałem. Gdy pierwszej zbierze się ilość dostateczna, to układa się ją w kosze z loziny i przepuszcza się przez nią dużą ilość wody, dopóki woda wyciekająca nie jest zupełnie czystą, bez odoru, poczem suszy się tak wymyty mech przez kilka tygodni. Mech myty nie traci własności odwanających, staje się tylko mniej miękkiem. Po 2—3 dopiero wypraniach jest on nieużytecznym. Służba dozoruująca chorego powinna pilnować, by chory nieprzytomny nie polykał mchu. Jedną z niezaprzeczonych korzyści takiego posłania z mchu jest, iż odwania on dobrze i czyni znośnem powietrze

dokoła chorego, a nadto z powodu miękkości trudniej o odleżyny. Słabą stroną mchu jest względna jego drogość. Koszt roczny jednego łóżka dochodzi do 400 marek. Naturalnie należy brać pod rachubę oszczędność na bieliźnie, pościeli i praniu.

W. G.

— FRIEDLAENDER i SCHLESINGER na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Wiedeńskich w d. 21 stycznia r. b. (*Wiener klin. Woch.* 1898. Nr. 4) przedstawili chorego operowanego z powodu gumatu mózgu. U 43-letniego mężczyzny choroba zaczęła się przed 2 laty silnymi bólami głowy, przychodzącymi napadami, do których dołączyła się apatya, uczucie znużenia, osłabienie, po części i zaburzenia mowy. Na 3 miesiące przed operacją wystąpił napad drgawek JACKSON'OWSKICH, które później się ponawiały i to stale w ten sam sposób, a mianowicie, iż chory doznawał uczucia silnego pieczenia w końcu języka, potem parestezyi w prawej połowie języka, w prawym policzku, w prawej kończynie górnej, a następnie drgawki w tychże częściach ciała, bez utraty przytomności, po których pozostawało krótkotrwałe osłabienie mięśni i niemota ruchowa. Przy badaniu na klinice prof. SCHROETTER'a znaleziono podwójną brodawkę zastoinową, *paresis hypoglossis dextri*, ataksję i zaburzenia czucia mięśniowego w kończynie górnej prawej. Lewa kość ciemieniowa bardzo bolesna na dotyk i nieco wystająca. W następnych tygodniach do objawów wyliczonych przyłączyło się osłabienie mięśni twarzy i kończyny górnej prawej. Mimo zaprzeczenia chorego, aby chorował na syfilis, przeprowadzono silną kurację rtęciowo-jodową bezskutecznie, a że objawy guza w jamie czaszkowej szybko wzrastały, apatya stawała się coraz silniejszą, bóle głowy nieznośne, wymioty, brak apetytu, przystąpiono do trepanacji. Wycięto guz wielkości guldena z opony twardej—dolnej, lewej okolicy zawojów pośrodkowych, a badanie drobnowidzowe wykazało, iż był to gumat. Po operacji przez krótki czas *hemiplegia dextra* i *aphasia completa*, a prócz tego niezwykle zaburzenia czucia: opóźnienie czucia bólowego, obok *hyperalgesiae*. Objawy te jednak nie długo znikły zupełnie, a chory wypisał się ze szpitala zdrów.

W. G.

— V. NOTTHAFT podaje opis przypadku choroby BASEDOW'a, która ostro powstała wskutek nadmiernego używania pastylek z tyreoidyną. 43-letni mężczyzna, zupełnie zdrow dotychczas i nieobciążony dziedzicznie, z powodu otyłości począł przyjmować pastylki z tyreoidyną, z początku po 3 sztuki dziennie, po 0,3 grm. każda, następnie po 10 i 15 sztuk dziennie. W ciągu 5 tygodni takiej kuracji ów mężczyzna stracił 28 funtów na wadze, lecz wystąpiły wyraźne objawy choroby BASEDOW'a, mianowicie: powiększenie gruczołu tarczowego, wypuklenie gałek ocznych, objaw STELLWAG'a, GRAEFE'go, tętno 120 na minutę, bicie serca, drżenie języka, cukier w moczu, ciężkie przygnębienie umysłowe. Część tych objawów zniknęła w ciągu 4 tygodni po zaprzestaniu przyjmowania pastylek, a wole i objawy oczne dopiero po $\frac{1}{2}$ roku stopniowo ustąpiły. Autor ocenia wartość różnorodnych teorii, starających się wyjaśnić patogenezę choroby BASEDOW'a, i dochodzi do wniosku, że przyczyn jest wiele, lecz jednym jest tylko umiejscowienie cierpienia, mianowicie gruczoł tarczowy. Pierwotnie, zmieniony nabłonek gruczołu tarczowego daje zmienioną jakościową i ilościową wydzielinę, która przenika do krwi i wtórnie dopiero wywołuje ciężkie zaburzenia czynnościowe układu nerwowego, zwłaszcza w obrębie jąder opuszki.

(*Ctbl. f. inn. Med.* Nr. 15. 1898).

K. S.

— SCHULTESS [z Jeny], badając dolne granice płuc z przodu u 100 mężczyzn zdrowych, znalazł je u 61 na linii sutkowej prawej na górnym brzegu 7-go żebra, u 15—na 6-ej przestrzeni międzyżebrowej, u 24—na dolnym brzegu 6-go, albo na 6-em żebrze. Na lewym brzegu mostka dolna granica płuca znajdowała się w 66 przypadkach na górnym brzegu 5-go żebra, w 22—w 4-ej przestrzeni międzyżebrowej i w 12—na 4 żebrze. Tenże autor badał miejsce uderzenia wierzchołka serca u 50 zdrowych kobiet i znalazł w 81 przypadkach w 5-ej przestrzeni międzyżebrowej na linii sutkowej [6 razy na zewnątrz od tej linii i 7 na wewnątrz], w 6 przypadkach

ictus cordis znajdował się w 4 przestrzeni międzyżebrowej [3 razy na linii sutkowej, 3 razy po za nią].

(*Deut. Arch. f. klin. Med. T. 60. II, III*).

A. P.

— ANDRY opisuje przypadek rozsianej zgorzeli skóry, wywołanej długim stosowaniem jodku potasu. Kobieta bardzo nerwowa, która już dawniej po jodku potasu przechodziła wysypkę pęcherzową skóry, po ponownem dłuższem użyciu tegoż środka dostała znowu pęcherzy, poczem wystąpiła ogniskami rozsiana zgorzel skóry. Takie ogniska zjawily się w lewej pasze, w zgięciu lewego łokcia, w pachwinach, w okolicy kroczo-biodrowej, na głowie. Pojedyncze ogniska poczęły się zlewać, wskutek czego wytworzyły się dość znaczne owrzodzenia, pokryte suchymi, czarnymi strupami. Po usunięciu strupów owrzodzenia przedstawiały postać kraterowatą z ostro ściętymi, nieco wyniesionymi brzegami. Ogólny stan chorej zaczął podupadać. Po zastosowaniu spokoju, dobrego odżywiania, kąpeli i okładów z wody bornej stan się poprawił, a po upływie trzech miesięcy zdawało się, że nastąpiło wyzdrowienie; tymczasem nagle wystąpił nawrot choroby. Chora stanowczo zaprzeczyła, by znowu jod zażywała, pomimo to w moczu jod wykryto. Autor przypuszcza, że wiele wśród przypadków rozsianej zgorzeli skóry może zależeć od zatrucia jodem.

B. S.

— SCHWARTZ [z Friedrichhain] podaje sposób poszukiwania laseczników grzyźliczych w płynie, otrzymanym przez *punctio lumbalis*. Sposób ten, używany przez FUEBRINGER'a, autor uważa za najpewniejszy. Płyn najlepiej jest zbierać do wyjąłowanej, małej probówki, używanej przy centryfugach, nie stawiać go do lodowni i nie centryfugować. Po 24 godzinach pipetą wyciągnąć z dna nieco osadu i rozprowadzić go cieniutką warstewką na szkiełkach pokrywkowych, wysuszyć na powietrzu i przeprowadzić przez płomień. Do barwienia używać płynu ZIEHL'a, ale odbarwiać nie płynem GABER'a, tylko kwasem solnym w alkoholu (*Salzsäurealkohol*), podbarwiać zaś wodnym roztworem błękitu metylenowego. Przejrzeć należy około 20 preparatów, zanim się znajdzie jeden lub dwa laseczniki.

(*Deut. Arch. f. klin. Med. T. 60. II i III*).

A. P.

Wiadomości bieżące.

— Dawno już nie widywaliśmy w Warszawie tak licznych przypadków zimnicy, jak w ostatnich tygodniach. Zdawałoby się, że nawet i plazmodye we krwi są liczniejsze teraz, niż zwykle. Zdarzają się i przypadki ciężkie z wymiotami, a nawet z przypadłościami mózgowymi.

— Przypominamy, iż z d. 1 czerwca 1898 r. upływa termin nadsyłania prac „o rzeźączce u mężczyzn“ na konkurs, ogłoszony w Nr. 20 naszego czasopisma 1897 r.,

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o nadsyłanie przedpłaty za r. b., Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.	Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.
Довдлено Цензурою, Варшава 1 Мая 1898,	Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8