

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## Błonica (*diphtheritis*) i dławiec (*croup*).

opracował

Z. SREBRNY.

(*Dalszy ciąg*).

Wogóle błonica, zdaje się, odznacza się mniejszą zaraźliwością i rozszerzalnością, niż inne choroby zakaźne, jak odra, ospa, szkarlatyna, dur. Seitz z pomiędzy 60 alumnów monachijskiego Georgianum niejednokrotnie miał w leczeniu tylko jednego albo dwóch chorych na błonicę. Mackenzie wspomina o przypadku, gdzie w jednym domu zachorowało 7 dzieci na błonicę, w sąsiednich zaś domach z obu stron, jak również w naprzeciwko położonym domu, odległym od zarażonego nie więcej, niż na 24 stopy, znajdowały się młode dzieci, z których żadne nie zachorowało. Francotte i Oertel<sup>198)</sup> także utrzymują, że błonica często ogranicza się do jednego domu, piętra, a nawet do jednego mieszkania. Przytoczony wyżej przypadek Semon'a stwierdza również to zdanie.

Siła zarazka błonicowego, zdaniem Oertel'a<sup>199)</sup>, tem jest większa, im cięższy jest przypadek, od którego zarazek pochodzi, im więcej nagromadza się go w przestrzeni, w której znajduje się chory, i im gorszą jest tu wentylacja i czystość. Każdemu jednak znane są przypadki, że od chorych na lekką formę błonicy zarażenie występowało w najcięższej postaci i naodwrot. W takich razach przypuszczać należy więcej lub mniej sprzyjające rozwojowi zarazka warunki: większą lub mniejszą wrażliwość błon śluzowych, wiek i inne warunki usposabiające. Nie można jednak wątpić, że siła zarazka bywa w istocie rozmaita, o czem świadczy niejedna-

<sup>198)</sup> Handbuch der speciellen Pathol. u. Therapie. Ziemssen'a.

<sup>199)</sup> Ibidem.

kowy charakter różnych epidemij: jedna odznacza się większą, druga mniejszą złośliwością. W przypadku zresztą, podanym przez Oertel'a <sup>200)</sup>, natężenie choroby znajdowało się w odwrotnym stosunku do jednego przynajmniej z warunków usposabiających—do wieku: W pewnym domu zachorowało najprzód na lekką błonicę czteroletnie dziecko. Siedmioletnia siostra jego po upływie 8 dni zapadła na nią w formie daleko cięższej; w kilka dni później 9 letnia siostra zachorowała na błonicę z objawami jeszcze poważniejszymi, wreszcie u matki, która pielęgnowała tylko najmłodsze dziecko, a drugimi wcale się nie zajmowała, rozwinęła się choroba w bardzo ciężkiej septycznej postaci z następczem porażeniem mięśni oka i podniebienia miękkiego. Szczególnej jakiejś skłonności do błonicy w tej rodzinie nie było.

Okres wylegania przy błonicy dokładnie dotychczas nie został ustanowiony. Monti oznacza go na 12—14 dni. Henoch <sup>201)</sup> przypuszczałnie na 7, Seitz na 2—8 dni, Oertel <sup>202)</sup> powiada, że okres wylegania zależy od ilości i jakości zarazka, od odporności ustroju i od stanu tkanek, na które dostaje się zarazek, a zatem od większej lub mniejszej trudności przenikania i wchłaniania się jadu błonicowego. Wskutek tego okres wylegania podczas epidemii i w złośliwych formach błonicy będzie krótszy, niż w przypadkach sporadycznych i lekkich, w razie bezpośredniego zetknięcia z wytworami błonicy lub długiego przebywania pośród nich krótszy, niż przy krótkotrwałem wdechaniu znajdującego się w powietrzu zarazka.

Dalej, objawy błonicy występują tem wcześniej, im lepszy jest grunt dla zatrzymania rozwoju i przeniknięcia zarazka do tkanek, a zatem przy chorobliwym stanie błony śluzowej i skóry. Przy przenoszeniu produktów błonicowych na rany Oertel otrzymał objawy miejscowe po upływie 12—24 godzin. Przy zarażeniu bezpośredniem, jak przekonywają przypadki Bartels'a, Kardel'a i Jacobi'ego okres wylegania trwa 2 dni. Krócej, jak powiada Jacobi, okres ten trwać może w tych tylko razach, kiedy podczas epidemii błonicy robi się wycięcie migdałków, lub inne jakie opera-

<sup>200)</sup> Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten. (Patrz: Francotte. Op, cit.).

<sup>201)</sup> Kinderkrankheiten. 1882. Tłom. rossyjskie.

<sup>202)</sup> Ziemssen's Handbuch.

cyje. Można wtenczas napewno liczyć, że każda taka operacja, szczególnie tonsillotomia w przeciągu 24 godzin skończy się błonicą operowanych części. O ile jednak w tych przypadkach wolno mówić o wystąpieniu błonicy u zupełnie zdrowego osobnika, to rzecz inna. Zdaje się, że w czasie epidemii błonicy każdy osobnik znajduje się pod jej wpływem, a operacja stanowi tylko najbliższą przyczynę wystąpienia choroby. To samo można powiedzieć o uszkodzonych, ogołoconych z nabłonka błonach śluzowych. Według Mackenzi'ego zwykły termin trwania okresu wylegania jest 2 — 3 dni, możebny jest jednak i daleko dłuższy, bo do 15 dni dochodzący, jak dowodzi jeden przez niego spostrzegany przypadek. W przypadku Semon'a, wyżej wspomnianym, okres ten należałoby przedłużyć do 5 tygodni. Senator<sup>203)</sup> utrzymuje, że zwykle pomiędzy zarażeniem, a wystąpieniem pierwszych objawów upływa 2—8 dni, w wyjątkowych razach 3—4 tygodni. Spostrzeżenia Steiner'a pozwalają okres wylegania oznaczyć na 2 — 16 dni, Sanné'ego na 1 — 20 dni, najczęściej jednak na 2 — 8 dni. Według Gerhardt'a okres wylegania przy błonicy nie jest i nie może być stałym. „Widzimy, powiada on, że niektóre choroby zakaźne, a mianowicie te, które kończą się przesileniem (crisis), mają określony czas trwania inkubacji, jak dur wysypkowy, odra, ospa; inne zaś, w których gorączka kończy się powolnieniem (lysis), mają niejednakowy okres wylegania, jak dur brzuszny, płonica; zdaje się, że okres wylegania, zarówno jak sposób opadania ciepłoty, znajduje się w związku z określonym lub nieokreślonym czasem trwania wegetacji drobnoustrojów chorobotwórczych; błonica należy do tych chorób zakaźnych, które mają niejednakowy okres wylegania, niejednakowy czas trwania gorączki i lityczny spadek jej.“

Tylokrotnie wspomniany przez nas zarazek błonicowy dotychczas nie wyłonił się jeszcze z pokrywającej go mgły. Wprawdzie badania ostatnich lat pozwalają przypuszczać, że jesteśmy bliżcy odkrycia prawdy, ale dopiero bliżcy, gdyż spór o naturę tego zarazka dotąd nie został stanowczo rozstrzygnięty, jakkolwiek większość badaczy obecnie przyznaje, że błonica jest chorobą pasorzytniczą. Kwestyja tylko

<sup>203)</sup> Ueber Synanche contagiosa. Volkmann's Samml. klin. Vorträge, N. 78.

tak stoi, że niewiadomo, który z licznie znajdujących w błonach rzekomych pasorzytów, uznać za swoisty, nie udało się bowiem jeszcze żadnego rodzaju znaleźć we wszystkich przypadkach błonicy, ani też wykazać, że nie ma go na zdrowej błonie śluzowej gardzieli, i po zaszczepieniu czystej hodowli zawsze otrzymać kompletny obraz błonicy.

Idea o pasorzytniczem pochodzeniu błonicy była po raz pierwszy wypowiedziana przez Laycock'a <sup>204)</sup> z Edinburga w r. 1858. Znalazł on w błonach rzekomych grzybek, który uważał za *oidium albicans*, a zarazem za przyczynę błonicy. W następnym już jednak roku Hillier <sup>205)</sup> uznał ten sam grzybek za stale w jamie ustnej znajdujący się *leptothrix buccalis* i nie mający żadnego związku z chorobą. Jednocześnie prawie z Hillier'em odkrył pasorzyty w błonach dyfterytycznych Jodin <sup>206)</sup>. Buhl <sup>207)</sup> stale znajdował przy błonicy w nabłonku grzybek, któremu jednak nie przypisuje wielkiej roli w powstawaniu choroby. Oertel <sup>208)</sup>, Hueter i Tommasi wykazali obecność małych, okrągłych lub owalnych ciałek w nabłonku chorych błon śluzowych w sąsiednich naczyniach chłonnych, w nerkach i we krwi. Oertel nazwał je podług Hillier'a—*micrococci*. Hueter i Tommasi szczepiąc błony dyfterytyczne w mięśnie królików, znajdowali po śmierci ich w tkankach owe okrągłe, posiadające ruch, drobnoustroje, a także we krwi jeszcze żyjących królików byli w stanie je wykazać. Te same grzybki widział i Trendelenburg, jednak nie zawsze. W każdym razie, zdaniem Trendelenburga, myśl przypisywania tym pasorzytom znaczenia etiologicznego momentu błonicy jest zbyt śmiała. W r. 1870 Nassiloff <sup>209)</sup> ogłosił swoje badania nad błonicą, z których wynika, że obecność grzybków w błonach dyfterytycznych jest objawem stałym, że na brzegach chorobliwie zmienionych miejsc można w nabłonku wykryć grzybki tam, gdzie jeszcze nie wytworzyła się błona i że pasorzyty z powierzchni błony śluzowej przenikają w naczynia chłonne

<sup>204)</sup> Med. Times and Gazette. 1858. (Patrz: Seitz. Op. cit.).

<sup>205)</sup> Med. Times and Gazette. 1859. (Patrz: Seitz. Op. cit.).

<sup>206)</sup> De la nature et du traitement du croup et des angines couenneuses. 1859. (Patrz: Seitz. Pp. cit.).

<sup>207)</sup> Zeitschr. f. Biologie. 1867. (Patrz: Seitz. Op. cit.).

<sup>208)</sup> Aertzl. Intelligenzblatt. 1868. (Patrz: Seitz. Op. cit.).

<sup>209)</sup> Virchow's Archiv. T. 50. 1870.

i tkanki. Ztąd Nassiloff wyciąga wniosek, że rozwój grzybków nie jest objawem następczym i że prawdopodobnie one stanowią przyczynę obumierania tkanki. W tym samym roku Oertel ogłosił znowu pracę o błonicy w VIII-ym tomie Deutsches Archiv. f. klinische Medicin, w której dowodzi, że w każdym przypadku tej choroby znajdował w tkankach i wysiękach mikrokokki wraz z większą lub mniejszą ilością bacterium termo. Grzybki te zdaniem Oertel'a, jak to i w późniejszej pracy, w podręczniku Ziemssen'a umieszczonej, utrzymuje, nie są tu czemś przypadkowym, lecz znajdują się z błonicy w związku przyczynowym. Ilość tych grzybków w miarę postępu choroby wzrasta, jednocześnie zaś inne znajdujące się zwykle w jamie ustnej pasorzyty znikają. Przeciwnie, gdy w chorobie daje się zauważyć zwrot ku lepszemu, gdy większa część błon oddzieliła się i błona śluzowa powraca do stanu prawidłowego, w pozostałych błonach znowu ukazują się oidium albicans, leptothrix, cryptococcus i inne formy bakteryj, mikrokokki zaś i bacterium termo znikają lub znajdują się w niewielkiej ilości. Nawet w samym początku choroby, kiedy błon jeszcze nie ma, już obecność tych grzybków wykryć się daje. Dalej, badania doświadczalne na zwierzętach wykazały, co następuje: w błonach rzekomych, otrzymanych w tchawicy królików pod wpływem amoniaku, nigdy nie można było wykryć przenikających w błonę śluzową mikrokokków, nawet wtenczas, gdy na błony rzekome przeniesione zostały zwykle w jamie ustnej znajdujące się grzybki. Jeżeli zaś przenieść mikrokokki z błon dyfterytycznych na błonę śluzową dróg oddechowych, na rogówkę lub mięśnie, to rozmnażają się one szybko w krótkim czasie i z miejsca szczepienia rozprzestrzeniają się po tkankach, przy czem stopień zakażenia znajduje się w prostym stosunku do ilości mikrokokków, które przeniknęły w tkanki. Prócz tego spostrzegał Oertel, że przy szczepieniu błon, w których oprócz uznanych przez niego za patogenetyczne grzybków znajdowały się inne rodzaje bakteryj, wszystkie te ginęły, pierwsze zaś rozmnażały się znakomicie. Przyznając grzybkom swym wpływ niewątpliwy na rozwój błonicy, Oertel jednak nie rozstrzyga, jakim sposobem wywołują one chorobę. „Jak działają bakteryje w patogenezie błonicy, czy wywołują rozszczenia i nowe kombinacje, czy pod wpływem działania ich rozwijają się we krwi czynniki trujące, czy pochłaniają one ze

krwi tlen, zostaje jeszcze nierozstrzygnięciem<sup>210</sup>. Letzerich<sup>210</sup>) pomiędzy grzybkami dyfterytycznymi odróżnia cztery postacie: 1) massy mikrosporowe, 2) kulki plazmatyczne, 3) pęcherzyki mikrokokkowe, 4) grzybki zgorzelinowe (*tilletia diphtheritica*), które był w stanie wykazać w wysięku, tkance migdałków, w nerkach i sercu. Eberth<sup>211</sup>) znalazł w błonach dyfterytycznych bakteryje i utrzymuje, że bez nich nie może być błonicy. Szczepiąc błony dyfterytyczne na rogówkę królika, sprowadzał oprócz miejscowych (nawiasem mówiąc nie charakterystycznych dla błonicy zmian) śmierć zwierzęcia na 3 dzień. W tkankach, krwi i nerkach szczepionego zwierzęcia Eberth znajdował te same, co w błonach dyfterytycznych bakteryje. Cohn<sup>212</sup>) opisał grzybki błonico-we, jako ciała okrągłe, wielkości mniej niż jednego mikrolimetra. Cornil<sup>213</sup>) znalazł w świeżo przy tracheotomii wyrzuconych błonach mikrokokki pojedyncze lub w kolonijach i laseczniki. Talamon<sup>214</sup>) odkrył inny grzybek różniący się pod względem morfologicznym od poprzednio znajdujących przy błonicy grzybków i uznaje go za swoisty dla tej choroby. Według Klebs'a<sup>215</sup>) w błonach dyfterytycznych można napotykać dwa rodzaje drobnoustrojów, odpowiadające dwóm formom błonicy: septycznej i dławkowej. Cechą pierwszej formy jest grzybek, nazwany przez niego *microsporon diphtheriticum*, występujący w dwóch postaciach: jako lasecznik dwa razy większy od rzęsek nabłonka oskrzeli i jako ułożone w łańcuszki mikrokokki. Obie te postaci stanowią różne okresy rozwoju jednego i tego samego drobnoustroju. W drugiej formie znajdujemy laseczniki na powierzchni błony rzekomej i w komórkach nabłonka. Laseczniki te wywołują wysięk włóknikowy na błonach śluzowych skutkiem wytwarzanych przez nie zmian w ścianach naczyń. Reprodukcyja jednak błonicy u zwierząt przy szczepieniu

<sup>210</sup>) Die Diphtherie. 1872 i Virchows' Archiv. T. 52.

<sup>211</sup>) Correspondenzblatt der Schweizer Aerzte. 1872. (Patrz: Seitz. Op. cit.)

<sup>212</sup>) Beiträge zur Biologie der Pflanzen. 1872. (Patrz: Seitz. Op. cit.)

<sup>213</sup>) Arch. de physiol. normale et path. 1881. (Patrz: Francotte. Op. cit.)

<sup>214</sup>) Note sur le microbe de la diphthérie. Progrès médical, 12 février. 1881. (Patrz: Francotte. Op. cit.)

<sup>215</sup>) Diphtheritis w Eulenburg'a Real-Encyklopedie. T. IV. 1880 i Ueber Diphtherie. Verhandlungen des Congresses f. innere Medicin. II. Congress. Wiesbaden. 1883.

tych grzybków nie udawała się. Szczęśliwszym nieco pod tym względem był Loeffler<sup>216)</sup>. Podobnie jak i Klebs znajdował on przy błonicy mikrokokki i laseczniki, z których pierwsze w formie łańcuszków wykazać był w stanie zarówno w błonach, jak i w głębi tkanek i w naczyniach chłonnych, drugie tylko w błonach. Orth<sup>217)</sup>, który w zupełności stwierdził badania Loefflera, znajdował laseczniki na granicy pomiędzy uległą zgorzeli błoną śluzową i pokrywającą ją błoną rzekomą. Im błona taka była świeższą, tem laseczników było więcej, gdy zaś sprawa przechodziła w zgorzel koagulacyjną, to przeważała zawsze liczba kokków, a czasem laseczników wcale nie było widać. Laseczniki Loeffler'a, które należy uważać za identyczne z lasecznikami Klebs'a, są tej samej wielkości, co i gruzlicze, różnią się tylko od nich większą grubością, na obu końcach ich znajdują się zgrubienia. Loeffler szczepił czystą hodowlę tych laseczników mniejszym ptakom, gołębiom, kurom, królikom i świnkom morskim, przy czem ostatnie okazały się szczególnie wrażliwymi na zarazek. Przy szczepieniu pod skórę i w mięśnie zwierzęta zdychały, miejsce szczepienia było pokryte biało-szarym nalotem, w tkance podskórnej znajdowano nacieczenie krwawe, w mięśniach wynaczynienia, jak również i w narządach wewnętrznych; bakteryje nagromadzone były przeważnie w miejscu szczepienia i w pewnej odległości od niego; gruczoły chłonne i śledziona były obrzmiałe. Przy szczepieniu tych laseczników na zdrową błonę śluzową wynik był zawsze ujemny, dopiero po uszkodzeniu nabłonka udawało się wywołać tworzenie się błon, w samej zaś błonie śluzowej nacieczenie krwawe. Przy szczepieniu mikrokokków wywoływał Loeffler tylko zapalenie bez błon. Z doświadczeń i poszukiwań swoich Loeffler wyprowadza wniosek, że istotną przyczyną błonicy są laseczniki, mikrokokki zaś są wyrazem zakażenia wtórnego. Tak więc znaleźlibyśmy nakoniec tak poszukiwanego winowajcę, gdyby nie dwie okoliczności:

- 1) że lasecznik Loeffler'a, jakkolwiek w większości, jednak nie we wszystkich przypadkach został wykryty.
- 2) że Loeffler raz znalazł go w śluzie, wziętym z jamy

<sup>216)</sup> Untersuchungen über die Bedeutung der Mikroorganismen für die Entsehung der Diptherie beim Menschen etc. Mittheilungen des Kais. Gesundheitsamtes. Bd. II. 1884.

<sup>217)</sup> Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. I. B. 1887.

ustnej zdrowego dziecka. O ile atoli pierwszy punkt jest ważnym, o tyle drugi, zdaje mi się, nie powinien zmniejszać doniosłości poszukiwań Loefflera, gdyż lasecznik jego może znajdować się na błonie śluzowej zdrowego człowieka, nie wywołując choroby dopóty, dopóki nie zajdą jakieś okoliczności, ułatwiające mu wywarcie jego swoistego wpływu.

W ostatnich czasach znowu ukazała się praca niezmoreowanego na polu badań nad błonicą Oertel'a <sup>218)</sup>, w której autor ten stara się udowodnić, że grzybki błonicowe przez niego jeszcze w r. 1868 opisane, są identyczne z tworam, znalezionymi przez Klebs'a i Loefflera. „Przy wielokrotnie powtarzanych pomiarach zupełnie rozwiniętych laseczników,—powiada, określiłem długość ich na 6,4 mikromilimetra, szerokość zaś na 1,1 mikromilimetra; Klebs ostatnio w swojej patologii ogólnej podaje w tej mierze następujące liczby: długość 6 mikromilimetrów, szerokość 0,16, podług rysunków jego jednak wypada, że zapewne powinno być 1,6. Opierając się na tych liczbach należałoby bezwątpienia przyjąć, że obydwa przy pomiarach swoich mieliśmy przed sobą te same twory, że zatem znalezione przezemnie bakteryje są identyczne z bakteryjami Klebs'a i Loeffler'a. Dokładniejsze określenie formy, jakie występuje po zabarwieniu farbami anilinowemi było wówczas (w r. 1870) niemożliwem, ponieważ farby te znacznie później weszły w ogólne użycie“. Wówczasnych badaniach swoich Oertel nie mógł stanowczo określić, czy znalezione przez niego mikrokokki i laseczniki stanowią dwa różne rodzaje grzybków, czy jeden i ten sam w rozmaitych okresach rozwoju. Obecnie, dzięki pracom Koch'a, Klebs'a i Loefflera, uważa je za dwa różne gatunki, różniące się także w swoim działaniu, nie widział ich jednak nigdy oddzielnie, jak Klebs. Zarówno jak Loeffler, uważa Oertel lasecznikową postać grzybka za swoistą dla błonicy, wywołującą tworzenie się błon rzekomych, mikrokokki zaś za twory z działaniem ropnicowo-posocznicowem. Stosunek grzybków do zakażenia ogólnego, jak o tem niżej obszerniej pomówimy, widzi Oertel w wytwarzaniu się pod wpływem ich sprawy życiowej ciała jadowitego w tkankach, należącego bez wątpienia do grupy ptomain.

Jedną okoliczność wymaga jeszcze wytłomaczenia.

<sup>218)</sup> Die Pathogenese der epidemischen Diphtherie nach ihrer histologischen Begründung. 1887.



W ostatniej swej pracy powiada Oertel, że w głębi tkanek i w narządach wewnętrznych prawie nigdy nie znajdował pasorzytów, tymczasem w poprzednich badaniach wykrywał je tu, głównie zaś w nerkach. Sprzeczność tę objaśnia Oertel dwoma momentami: 1) zmianą charakteru choroby, która wówczas (w latach 1865, 1868, 1870 i 1871) występowała przeważnie w formie septycznej, podczas gdy w ostatnich latach częściej ukazywała się w postaci dławcowej. Za przypuszczeniem tem przemawiają także pomyślne wyniki przecięcia tchawicy w ostatnich epidemjach, gdy przeciwnie w dawniejszych prawie wszyscy operowani chorzy ginęli przy objawach ropnicy i posocznicy, 2) stosowaniem wówczas leczenia. Od czasu gdy zarzucono gwałtowne zrywanie błon dyfterytycznych z jamy ustnej i gardzielowej bez użycia wszelkich środków przeciwnilnych, energiczne przypalania azotanem srebra w kamieniu, kwasem chromnym i solnym, od czasu zatem, gdy przestano sztucznie wytwarzać w tej okolicy rozległe zniszczenia, septyczne formy błonicy stały się rzadszemi. Metody te lecznicze zaś były bez wątpienia przyczyną przenikania mikrokokków do krwi, a ztąd do narządów wewnętrznych, specjalnie do nerek.

Głosy o pasorzytniczem pochodzeniu błonicy wywołały protesty z rozmaitych stron. Jeden z pierwszych Senator stawia jej następujące zarzuty: 1) w drogach oddechowych, począwszy od części podstrunowej krtani, nie znajdowano nigdy ustrojów niższych, przynajmniej nie w znaczniejszej ilości. 2) Choroba nigdy nie przechodzi z gardzieli na przewód pokarmowy, a nic przecie? nie przeszkadza grzybkom posuwać się niżej. 3) Przy płonicy, przy której znajdujemy w gardzieli zupełnie te same zmiany, co i przy błonicy, przejście sprawy chorobowej na krtani jest o tyle rzadkiem, o ile przy błonicy częstem zjawiskiem, pomimo to, że jakość i ilość grzybków w obu chorobach jest jednakowa. W tworzeniu się błon rzekomych zresztą Senator skłonny jest przyznać pewien wpływ grzybkom, jakkolwiek nie widzi żadnej różnicy pomiędzy tymi, jakie znaleziono przy błonicy, a gnilnymi. Pierwszy zarzut Senator'a obalają spostrzeżenia Oertel'a, który, jak dawniej, tak i ostatnio, wszędzie w błonach dyfterytycznych, gdziekolwiekby się znajdowały, był w stanie wykazać obecność laseczników i mikrokokków. Że pasorzytów nie znajdujemy na błonie śluzowej przełyku, to może być objaśnione gruntem niepomyślnym dla ich roz-

woju. Co się tyczy zarzutu, że przy szkarlatynie nie widzimy rozszerzania się sprawy dyfterytycznej na krtań, to na to odpowiedzieć można, że identyczność błonicy pierwotnej i szkarlatynowej wcale jeszcze nie została dowiedziona, pomimo pozornego ich podobieństwa; przeciwnie badania Loeffler'a zdają się najzupełniej jej przeczyć, jak to niżej zobaczymy.

Wertheimber<sup>210)</sup> zwraca uwagę na to, że choroby pasorzytnicze, jak soor, favus, herpes tonsurans mają nieograniczony czas trwania, czego o błonicy powiedzieć nie można. Oertel objaśnia okoliczność tę w następujący sposób: 1) Co się tyczy samych grzybków, to energija życiowa ich powoli maleje, aż wreszcie zupełnie się wyczerpuje. Skutkiem tego nie wytwarza się już więcej pod ich wpływem jadu, podczas gdy ten, który już istnieje, zostaje rozcieńczony przez soki tkanek i traci swą siłę. 2) Jad sam przez się przy znacznej skłonności ptomain do rozkładu nie jest w stanie więcej utrzymać swego składu i powoli pod wpływem sprawy życiowej komórek i energii prawidłowego rozkładu materij w ciele przechodzi w prostsze, mniej szkodliwe związki.

Heubner<sup>220)</sup> przyznaje, że błonica jest chorobą pasorzytniczą, dodaje jednak, czemu zresztą i dziś jeszcze stanowczo przeczyć nie można, że grzybek błonicy nie został jeszcze znaleziony, żaden bowiem pasorzyt nie mógł być wykrytym ani przez niego, ani przez innych we krwi ludzi zmarłych na błonicę. Obecnie jednak ostatnia teoria Oertel'a tłumaczy nam brak grzybków we krwi i tkankach, utrzymuje on bowiem, jak widzieliśmy wyżej, że pod wpływem vegetacyi grzybków, które znajdują się tylko w błonach dyfterytycznych i na powierzchni błon śluzowych, wyrabia się jadowita substancyja, przenikająca w krew i tkanki.

O zarzucie, że pasorzyty, znajduwane na błonach rzekomych niczem się nie różnią od zwykle w jamie ustnej znajdujących się, wobec badań Loeffler'a mówić nie potrzebujemy.

Inni, jak Monti, utrzymują, że grzybki, odkryte na błonach rzekomych, nie stanowią przyczyny, lecz skutek cho-

<sup>219)</sup> Traité d'Hygiène publique et privée. 1877. Patrz: Francotte. Op. cit.).

<sup>220)</sup> Discussion ueber Diphtherie. Verhandl. des Congresses f. innere Medicin, II. Congress. Wiesbaden. 1883.

roby. Rozwijają się one tutaj z powodu zmian, jakie już bez ich pośrednictwa zaszły w tkankach. Przeciwno temu przemawiają spostrzeżenia Oertel'a, w których można było z pewnością wykazać obecność laseczników na zupełnie zdrowym jeszcze nabłonku, jakkolwiek w bliskim sąsiedztwie z choremi miejscami.

Dzięki wszystkim wyżej opisanym badaniom kwestyja pasorzytniczego pochodzenia błonicy stoi na dobrej drodze. Dalsze poszukiwania nad tym przedmiotem zapewne doprowadzą do upragnionego celu—wytworzenia kompletnego obrazu błonicy u zwierząt przez szczepienie czystej hodowli grzybków.

Jakimi drogami jad błonicowy przenika do ustroju?) które zmiany przy błonicy należy uważać za pierwotne — miejscowe, czy ogólne? innemi słowami: czy błonica jest chorobą, która zaczyna się od zakażenia ogólnego z następczem umiejscowieniem na błonach śluzowych, czy odwrotnie od miejscowych zmian, które wywołują później dopiero zakażenie ustroju? Kwestyja ta wielokrotnie przez rozmaitych autorów rozbiegana, dotychczas jeszcze nie znalazła ostatecznego rozwiązania, jakkolwiek wobec coraz bardziej utrwalającego się przekonania o pasorzytniczem pochodzeniu błonicy większość autorów skłania się do uznania miejscowych objawów za pierwotne. Że błonica w pewnym okresie, a w wyjątkowych przypadkach i od samego początku jest chorobą ogólną, o to nikt sprzeczać się nie będzie, ale regułą, zdaje mi się, powinno być zdanie, jeszcze w 1868 roku przez Oertel'a <sup>221)</sup> wypowiedziane: błonica jest chorobą zakaźną, która rozpoczyna się zwykle na błonie śluzowej jamy ustnej lub gardzielowej i w nieokreślonym terminie przechodzi w ogólną. Zwolennicy przeciwnego poglądu opierają się na następujących punktach: 1) Błonica jest chorobą epidemiczną, podobnie jak ospa, odra i szkarlatyna. 2) Podobnie jak te choroby jest ona zaraźliwą. 3) Błonica jest chorobą przeważnie wieku dziecięcego, jak odra, ospa i szkarlatyna. 4) Pomiędzy miejscowymi i ogólnymi objawami w natężeniu jest duża różnica. 5) Błonica uogólnia się szybko, wywołując zmiany w rozmaitych narządach. 6) Leczenie miejscowe nie wystarcza. 7) Przy błonicy skórnej zachodzą zmiany i w gardzieli.

<sup>221)</sup> Aerztliches Intelligenzblatt, 1868.

Ad 1) Jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że błonica często występuje w formie epidemicznej, to jednak w rozszerzalności jej i chorób wysypkowych ostrych spostrzegać się daje duża różnica: ospa, odra, szkarlatyna, wreszcie dur w postaci epidemicznej występują nagle i bardzo szybko się rozszerzają, czego o błonicy powiedzieć nie można.

Ad 2) Pleśniawki (soor) są chorobą zaraźliwą, a jednak miejscową.

Ad 3) Usposobienie dzieci do błonicy tłumaczy się, jak już wyżej mówiliśmy, warunkami anatomicznymi błony śluzowej ich jamy ustnej i gardzieliowej.

Ad 4) Że zmiany w gardzieli resp. w krtani mogą być minimalne, że błon może na nich wcale nie być, nie przeczy to wcale temu, żeby zarażenie zaczęło się od nich; zależy to może od stopnia jadowitości zarazka: przy mniejszej jego sile wytworzą się z początku zmiany na błonach śluzowych, przy większej zarazek, zostawiwszy bardzo nieznaczne zmiany na błonach śluzowych, szybko przenika do ustroju. Zresztą ten sam zarzut można zrobić zwolennikom teorii pierwotnego zakażenia ustroju: dlaczego w pewnych formach błonicy przy bardzo słabem, prawie nie dającym się spostrzedz ogólnem zakażeniu zmiany miejscowe wyrażone są bardzo silnie?

Ad 5) Okoliczność, że choroba się uogólnia, to jest, daje się spostrzegać zarówno klinicznie, jak i anatomicznie w rozmaitych narządach wewnętrznych, dowodzi tylko, że zakażenie ustroju przy błonicy jest niewątpliwe, czemu też nikt nie przeczy, ale nie obala teorii, według której błonica jest z początku chorobą miejscową.

Ad 6) Nieskuteczność miejscowego leczenia tłumaczy się przedewszystkiem czasem, w którym jest ono rozpoczęte: leczenie miejscowe nie może być wystarczającym tam, gdzie już nastąpiło zakażenie ustroju, co miewa miejsce często już wtenczas, kiedy zmiany na błonie śluzowej gardzieli nie są jeszcze tak wyraźne, aby w nich napewno rozpoznać można było błonicę; po większej części zresztą leczenie rozpoczyna się dopiero wtenczas, kiedy jad już zdążył przeniknąć do ustroju. Prócz tego względ, że chorzy na błonicę składają się przeważnie z dzieci, u których każda manipulacja w gardzieli i krtani napotyka na nieprzewyciężone trudności, u których zatem nie można nigdy być pewnym, że wszystkie chore miejsca wystawione zostały na wpływ tego

lub owego środka przeciwnilnego, także tłumaczy dastatecznie, dlaczego leczenie miejscowe nie daje zadawalniających wyników. Z drugiej strony nie można twierdzić, aby leczenie to zawsze zawodziło. W ostatnich dniach dopiero leczyłem na błonicę dwudziestokilkoletnią kobietę, u której natura choroby nie ulegała wątpliwości, gdzie nawet skonstatowane było napewno źródło zarażenia, prawie wyłącznie miejscowo (pendzlowania sublimatem 1 : 500 w przerwach dwugodzinnych dniem i nocą, wzięwania kwasu karbolowego 4 : 100 w przerwach pomiędzy pendzlowaniami, płókanie kwasem bornym 4 : 100, pigułki lodowe) z najlepszym skutkiem: czwartego dnia choroby migdałki, łuki i tylna powierzchnia języczka zaczęły się oczyszczać, gorączka spadła, białkomoczu nie było. Ze środków wewnętrznych chora dostawała przez pierwsze dwa dni infus. sennae comp., przez dwa następne 6 pięciogranowych dawek chininy obok obfitego przyjmowania koniaku. Więcej wagi, zdaniem mojem, można tu przypisać energicznemu leczeniu miejscowemu, niż pół drachmie chininy.

Ad 7) Tu zauważyć należy przedewszystkiem, że badania doświadczalne Oertel'a klinicznie przynajmniej nie sprawdzają się. Chcąc dowieść, że błonica zaczyna się od zmian miejscowych, Oertel<sup>222)</sup> tak rozumował: jeżeli prawdą jest, iż błonica jest chorobą ogólną z lokalizacją miejscową, to po zaszczepieniu pod skórę lub w mięśnie zwierząt błon dyfterytycznych, choroba, rozwinąwszy się w ustroju, powinna ukazać się później na błonie śluzowej gardzieli, krtani lub tchawicy. Wykonawszy to doświadczenie Oertel wywołał ogólne zakażenie i śmierć zwierząt, nie znalazłszy błon rzekomych na rzeczonych błonach śluzowych. Otóż przeciwko wynikowi tych doświadczeń przemawiają spostrzeżenia kliniczne, wyżej przytoczone, w których po skałeczeniu się w palec przy tracheotomii u chorych lub sekcyi u zmarłych na błonicę, a także w przypadku Hurd'a po ogólnem zakażeniu wystąpiły zmiany miejscowe w gardzieli i krtani. Ale fakt ten nie może służyć za argument dla teorii pierwotnego ogólnego zakażenia, gdyż i tu choroba zaczyna się miejscowo, mianowicie od rany: zamiast przeniknąć przez błonę śluzową gardzieli, jad przenika przez uszkodzoną skórę, pozostawiwszy na niej zmiany, wywołuje

<sup>222)</sup> Deutsches Archiv f. klin. Med. T. VIII. 1870.

następcze zakażenie całego ustroju, z kąd znowu przeniknąć może do gardzieli. Zresztą miejscowe zmiany w gardzieli można tu objaśnić jeszcze w inny sposób: z zakażonej rany zarazek dostaje się do powietrza, a ztąd do gardzieli.

Do tych zarzutów Heubner dodaje jeszcze dwa: 1) zarazek nie może przeniknąć przez nieuszkodzony nabłonek. Autor ten robił doświadczenia nad przenikaniem jadu błonicowego przez pochwę królika z wynikiem ujemnym i sądzi wogóle, że wszystkie choroby zakaźne ogólne powstają skutkiem przenikania zarazka do ustroju przez płuca, kanał pokarmowy lub przez szczepienie (Inhalations- Fütterungs- oder Impfkrankheiten). Tu zauważyć jednak należy, że Stöhr<sup>223)</sup> wykazał, iż na powierzchni migdałków znajdują się miejsca pozbawione nabłonka, przez które mogą przenikać białe ciała krwi. 2) Gorączka przy błonicy nie odpowiada miejscowej chorobie zakaźnej. Podług Heubner'a najwyższa ciepłota ciała przy błonicy będzie 1-go dnia, a potem gorączka stopniowo i szybko opada, przy miejscowej zaś chorobie zakaźnej, jaką jest, na przykład, róża, każdy postęp choroby objawia się przez nowe i wyraźne nasilenie gorączki. Heubner powołuje się przy tem na cały szereg odnośnych spostrzeżeń. Zobaczmy jednak, co mówią inni. Gerhardt, jako regułę, podaje to, że gorączka przy błonicy dopóty utrzymuje się, dopóki wysięk się powiększa, z ustaniem eksudacyi ciepłota ciała zaczyna spadać. Ze spostrzeżeń Faralli'ego wypada, że gorączka przy błonicy nawet może często przedstawiać pewną analogję z gorączką przy róży, w przypadkach bowiem średniego natężenia, jak autor ten twierdzi, ciepłota podniósłszy się pierwszego dnia do pewnego stopnia, drugiego i trzeciego dnia spada, około 4-go zaś znowu podnosi się. To podniesienie się ciepłoty zawdzięcza swoje pochodzenie pojawieniu się nowych blaszek dyfterytycznych na miejscach poprzednio zdrowych, albo wtórnemu zakażeniu gruczołów. Monti o gorączce przy błonicy powiada, że wogóle słusznem jest zdanie, iż wysokość gorączki w początku choroby znajduje się w prostym stosunku do rozległości produktów dyfterytycznych, i że ciepłota podnosi się lub opada stosownie do powiększania się lub zmniejszania wysięku.

Wogóle teoryja pierwotnych zmian miejscowych przy

<sup>223)</sup> Gerhardt. I. c.

błonicy obecnie znajduje coraz więcej zwolenników, naturalnie z pomiędzy tych, którzy uznają pasorzytnicze jej pochodzenie i głównie opierają się na fakcie znajdywania schyzomycetów w błonach dyfterytycznych i na błonach śluzowych, a także na objawach klinicznych, które zawsze prawie najpierw ukazują się w gardzieli resp. krtani. Jeżeli tedy badania Loeffler'a zostaną stwierdzone przez innych, jeżeli jego lasecznik okaże się rzeczywiście swoistym dla błonicy, to zwycięstwo tych, którzy uważają zakażenie ogólne za wtórne, jest oczywiste. W każdym jednak razie będziemy musieli przyznać wraz z Klebs'em<sup>224)</sup>, że w nielicznych, prawda, przypadkach jad błonicowy (nie mówiąc o skórze, łącznicy nosie i narządach płciowych), może przenikać do ustroju inną drogą, a nie przez gardziel. Będą to mianowicie te przypadki, w których zarażenie następuje przez pokarmy, dostające się do żołądka i kiszek i nie pozostawiające po drodze żadnych zmian; jad mieszczący się w nich z kanału pokarmowego wprost wchłania się i przenika w krew. Że zarażenie tą drogą jest możebne, dowodzi następujący przez Klebs'a spostrzegany przypadek. W małej miejscowości szwajcarskiej po uciszeniu się ciężkiej epidemii błonicy, choroba ta na nowo zaczęła ukazywać się wpośród wielu rodzin, które do tego czasu zostały oszczędzone, być może dla tego, że ich mieszkania leżały w odosobnieniu, a środki ostrożności przeciwko przeniesieniu energicznie były przedsiębrane. W jednej z tych rodzin zmarło szybko jeden za drugim dwóch chłopców — pięcio- i siedmioletni; starszy chłopczyk, który zaraz został usunięty, zarówno jak rodzice, przeszli pozornie zwyczajne zapalenie gardła; przeciwnie mała dziewczynka trzyletnia pozostała zupełnie zdrową, chociaż nie zaraz była usunięta z domu. Przy wywiadach okazało się, że tylko ta jedna dziewczynka piła mleko, brane z sąsiedniego domu, podczas gdy reszta rodziny używała go z mleczarni, w której przed niedawnym czasem chorowało dwoje dzieci na błonicę i nawet spało w tym samym pokoju, gdzie stały naczynia do mleka. Takie przypadki najczęściej przebiegają bez zmian lub z bardzo nieznacznymi zmianami w gardzieli. Że przy tym sposobie zarażenia błona śluzowa żołądka i kiszek nie przedstawia żadnych zmian dyfterytycznych, to zgadza się najzupełniej z faktem, że przy rozle-

<sup>224)</sup> Diphtheritis w Eulenburg'a Real. Encyklopedie. T. IV. 1880.

głych błonach w gardzieli nie znajdujemy ich w rzeczonych narządach, pomimo to, że błony bezwątpienia zostają połykane przez dzieci. Przypadki zmian dyfterytycznych w żołądku i kiszki należą do rzadkości.

Tą drogą tedy w rzadkich przypadkach zarazek może przeniknąć do ustroju i wywołać odrazu zakażenie ogólne. Najczęstszą jednak drogą będzie błona śluzowa gardzieli, rzadziej krtani i nosa, dalej łącznica, skóra i narządy płciowe zewnętrzne. W tych razach błonica może przebiegać z następczym zajęciem gardzieli lub bez niego. Że tu umiejscowioną chorobę należy także uważać za błonicę, dowodzi w pierwszym razie zajęcie gardzieli, w drugim często konstатовane zarażenie od przypadków błonicy gardzieli lub następcze porażenie.

Jakim sposobem choroba, zacząwszy się miejscowo, wywołuje zakażenie ogólne?

Oertel<sup>225)</sup> wyprowadza je w następujący sposób: „Przeoglądając preparaty nasze przy użyciu wszystkich dotychczas w tym celu wypróbowanych metod badania i barwienia oraz przy pomocy najnowszych przez Zeiss'a przygotowanych apochromatycznych i homogennych soczewek immersyjnych, nie znajdujemy w głębi tkanek, ani w cewczkach sokowych tkanki łącznej, ani w komórkach lub naczyniach, ani w migdałkach lub gruczołach chłonnych i śledzione charakterystycznego kształtu bakteryj, albo w ogóle bakteryj w takiej ilości, ażebyśmy znalezione w tkankach zmiany mogli położyć na karb bezpośredniego ich działania. Że czasem jednak i większa ilość pasorzytów może przeniknąć w tkanki i tam rozwijać się, dowodzi spostrzegany przez nas przypadek ciężkiej błonicy septycznej, w którym mikrokokki w znacznej ilości znalezione zostały w ochrząstnej chrząstki tarczowej. Wogóle jednak zauważyć się daje zupełny brak grzybków rozszczepkowych w głębi tkanek i w narządach wewnętrznych chorego ustroju . . . , a zatem nie mogą one być uważane za bezpośrednią przyczynę tych wysoce szkodliwych i rozległych zmian nekrobiotycznych i degeneracyjnych, jakie spotykamy w głębi tkanek i narządów: bakteryj nie ma w ogniskach nekrobiotycznych ani już powstałych, ani dopiero powstających. Ztąd wynika, że do wytłomaczenia owych charakterystycznych zmian w tkan-

<sup>225)</sup> Die Pathogenese der epidemischen Diphtherie. 1887.



kach musimy szukać innych czynników, a raczej zbadać sprawę życiową grzybków rozszczepkowych. Z rozmaitych przejawów życiowych schyzomycetów najważniejszym dla wywołania spraw chorobowych jest zdolność rozkładania i zmiany związków chemicznych w materjach, w których się znajdują i z których czerpią pożywienie. Przejawy te musimy uważać w części jako sprawy fermentacyjne, prowadzące do rozkładu, zmiany i powstawania nowych związków chemicznych, tu specjalnie z szeregu ciał białkowych. Jakie mianowicie ciała z tego rozkładu powstają, nie jesteśmy obecnie jeszcze w stanie powiedzieć, ale z największym prawdopodobieństwem należałoby przypuszczać, że należą do tych substancyj chemicznych, które jako alkaloidy zwierzęce bywają określane nazwą ptomain, których pewną ilość otrzymał Brieger<sup>226</sup>) przez działanie grzybków rozszczepkowych na ciała białkowe. . . . Wywody te pozwalają nam jad dyfterytyczny bliżej określić w ten sposób, że skutkiem vegetacyi znajdujących się w nabłonku i błonach dyfterytycznych grzybków rozszczepkowych, wytwarza się ciało chemiczne, należące do grupy ptomain, które z początku przenika w nabłonek i głębiej, prowadzi do miejscowej zmiany soków tkankowych i wywołuje stan podrażnienia, powodujący energiczną emigrację białych ciałek krwi do otrutego nabłonka. Wchłaniając w siebie jadowitą materję, leukocyty ulegają otruciu i giną przy objawach nekrobiozy, podczas gdy ich związki białkowe, ich protoplazma i substancja jądrowa, przeniknięte ciałami jadowitemi ulegają rozkładowi. Jeżeli rozkładowi temu towarzyszą sprawy fermentacyjne, to powstają nowe ptomainy. . . . Skutkiem zachodzących w nabłonku zmian jest co raz większe nagromadzenie się białych ciałek krwi w pobliżu i pod chorym nabłonkiem: komórki rozmaitej wielkości, głównie duże (phagocyty) nadciągają tutaj dla rozpoczęcia walki z przenikającym jadem. Wszystkie te gromady komórek, pochłaniając jąd, ulegają zachorowaniu i wreszcie nekrobiozie. Sprawa ta wywołuje nowe podrażnienie i nowy napływ takich że komórek, które w walce z jadem także giną. . . . Jak leukocyty, a głównie phagocyty wnoszą jadowite substancje z nabłonka w tkankę błony śluzowej, w której w ten sposób wytwarzają się ogniska ne-

<sup>226</sup>) Ueber Ptomaine, 1885—1886. (Patrz Oertel: Die Pathogenese der epid. Diphth.).

krobiotyczne, tak samo przenikają te chore z powodu przyjęcia w siebie jadu komórki do naczyń chłonnych, ztąd do gruczołów chłonnych, do szpiku kostnego i tu giną, zaraziwszy inne komórki i wytwarzając ogniska nekrobiotyczne, jak w nabłonku i błonie śluzowej. W ten sam sposób zaraziłone komórki dostają się do krwiobieg, a ztąd do narządów wewnętrznych... W rozprzestrzenianiu się jadu dyfterytycznego po całym ciele pośredniczą nie tylko komórki, lecz i soki tkankowe. Że jad ten dostaje się do naczyń krwionośnych i do krwi, dowodzi ta okoliczność, iż zmiany w ścianach naczyń od wsierdza i naczyń wieńcowych do naczyń nerek znajdują się w tkankach jeszcze zdrowych, lub mało zmienionych. Dlaczego jednak przy cyrkulującej we krwi materii jadowitej niektóre narządy mogą być mało lub wcale nie zmienione? Dla objaśnienia tego należy przypuścić, że komórki nie tyle przyjęły w siebie jadu, aby zginąć, i mają jeszcze dosyć siły, ażeby go rozłożyć. Tak samo i płynny jad, dostając się do narządów wewnętrznych drogą krwi, będziemy sobie musieli wyobrazić, nie równomiernie w massie krwi rozdzielonym, wskutek czego naczynia tych narządów, jak i one same nie w jednakowym stopniu ulegną zachorowaniu.<sup>4</sup>

Pozostaje jeszcze kilka słów powiedzieć o stosunku wtórnej błonicy do pierwotnej, czy jest ona w istocie prawdziwą błonicą, czy też pozornie jest tylko do niej podobna. Ponieważ kombinacja błonicy ze szkarlatyną jest bardzo częstą, wielokrotnie więc już podnoszono kwestyję, w jakim stosunką obie te choroby znajdują się względem siebie. Możliwe tu są cztery przypuszczenia: 1) błonica i szkarlatyna są jedną i tą samą chorobą; 2) zmiany w gardzieli przy szkarlatynie są czysto dyfterytycznej natury; będziemy zatem mieli podwójne zakażenie; 3) zwyczajne zapalenie gardzieli, zwykle towarzyszące szkarlatynie, może spotęgować się do stopnia włóknikowego; 4) zmiany błoniaste w gardzieli zawdzięczają pochodzenie swoje jakiemś swoistemu, ale nie właściwemu pierwotnej błonicy zarazkowi.

Identyczność błonicy i szkarlatyny opierają na faktach zarażenia się pierwszą od chorych na drugą i na odwrót: osoby pielęgnujące chorych na szkarlatynę dostawały błonicy, a od tych znowu inne szkarlatyny. Stoerk<sup>227)</sup> podaje

<sup>227)</sup> Laryngoscopie und Rhinoscopie. Hand. der allgem. u. speciell. Chirurgie von Pitha und Billroth. 1876. 3 B. 7 Lief.

następujący przypadek: od dziecka chorego na szkarlatynę z lekkimi zmianami dyfterytycznymi w gardzieli zaraziła się pielęgnująca je matka błonicą septyczną i zmarła na trzeci dzień przy objawach dławca; przyjaciel domu, który pielęgnował ją, na piąty dzień zachorował na szkarlatynę. Gerhardt wspomina o studencie, który, używszy u siebie tego samego szpadla, przy pomocy którego badał gardziel chorego na szkarlatynę, nabawił się sam błonicą. Czy jednak z tego wnosić można, że zarazek szkarlatyny jest identyczny z błonicowym? czy nie należałoby raczej przypuścić, że z dwóch zarazków, znajdujących się w jednym ustroju, raz udziela się jeden, raz drugi? Identyeczności błonicy i szkarlatyny przeczy przedewszystkiem ich historia: błonica jest chorobą o wiele starszą od szkarlatyny; zanim ukazała się ostatnia przy błonicy nigdy nie spostrzegano wysypki na skórze. (Wysypka, wspomniana przez Mercatusa, w opisie jego nie przypomina wcale wysypki szkarlatynowej). Okres wielkich epidemij błonicy zaczyna się w końcu 16-go wieku w południowo-zachodniej Europie między 36° i 38° szerokości, a 11° i 15° długości geograficznej; szkarlatyna zaś epidemicznie występuje po raz pierwszy w r. 1672 w Warszawie, leżącej pod 52° szerokości i 39° długości geograficznej. Sennert<sup>225)</sup> opowiada, że zięć jego Döring z Warszawy pisał mu o wielu przypadkach choroby, która panowała tu między dziećmi w r. 1627: na 4 — 5 dzień po wystąpieniu gorączki ciało całe czerwieńiało, a między 7 a 9 dniem zaczynało się łuszczenie naskórka. Chorobie towarzyszyło zapalenie migdałków, gorączka była wysoka z bredzeniem. Częstą komplikacją była puchlina wodna, śmiertelność była nie wielka. O zmianach błoniastych w gardzieli nie ma tu mowy. Dowodów przeciwko tożsamości błonicy i szkarlatyny w nowszych czasach dostarcza nam Seitz. W czasie epidemii szkarlatyny w r. 1850 w Monachium autor ten ani razu nie widział powikłania jej z błonicą. Dopiero od r. 1863, w którym pojawiła się tu błonica, zaczęły być spostrzegane kombinacje obu chorób. Odwrotnie zaś wysypki, zdaniem Seitz'a, przy błonicy nie ma; Mackenzie jednak i inni uważają ją za możliwą, ale w każdym razie za objaw rzadki. Szkarlatyna bardzo rzadko nawiedza powtórnie tego samego osobnika, dla błonicy nie jest to rzadkością. Jeżeliby obie te choroby

<sup>225)</sup> Opera med. T. XVI. Lib. IV. c. 2. (Patrz: Fuchs, Op. cit.)

były identyczne, to przebycie jednej przynajmniej na pewien czas powinno być zabezpieczyć od drugiej. Tymczasem Seitz widział niejednokrotnie błonicę po niedawno przebytej szkarlatynie i naodwrot.

Następująca podana przez Seitz'a tablica śmiertelności od błonicy i dławca z jednej, a szkarlatyny z drugiej strony nie wykazuje żadnego związku pomiędzy nimi:

| Zmarło w r. 1860 na szkarlat. |      | 5, |      | na błonicę —, |      | na dławiec 37 |    |
|-------------------------------|------|----|------|---------------|------|---------------|----|
| „                             | 1861 | „  | 22,  | „             | —,   | „             | 30 |
| „                             | 1862 | „  | 48,  | „             | —,   | „             | 55 |
| „                             | 1863 | „  | 20,  | „             | —,   | „             | 54 |
| „                             | 1864 | „  | 8,   | „             | 20,  | „             | 56 |
| „                             | 1865 | „  | 6,   | „             | 63,  | „             | 54 |
| „                             | 1866 | „  | 22,  | „             | 49,  | „             | 46 |
| „                             | 1867 | „  | 47,  | „             | 92,  | „             | 56 |
| „                             | 1868 | „  | 81,  | „             | 182, | „             | 88 |
| „                             | 1869 | „  | 49,  | „             | 132, | „             | 62 |
| „                             | 1870 | „  | 55,  | „             | 99,  | „             | 80 |
| „                             | 1871 | „  | 152, | „             | 139, | „             | 61 |
| „                             | 1872 | „  | 66,  | „             | 100, | „             | 46 |
| „                             | 1873 | „  | 32,  | „             | 114, | „             | 58 |
| „                             | 1874 | „  | 80,  | „             | 89,  | „             | 47 |

Z tej tablicy widzimy, że w czasie rozszerzania się błonicy w Monachium w r. 1864 liczba przypadków śmierci od szkarlatyny jest małą, znacznie mniejszą niż od błonicy. W r. 1865 śmiertelność od błonicy powiększyła się, podczas gdy na szkarlatynę przypada najmniejsza w całym tym okresie liczba 6. W następnym roku, w którym śmiertelność, spowodowana szkarlatyną wzrosła, liczba przypadków śmierci od błonicy zmniejszyła się. Ten sam stosunek przedstawia śmiertelność od obu chorób w latach 1870 i 1874, podczas gdy w r. 1873 przy mniejszej śmiertelności od błonicy, liczba ofiar dyfterytu się powiększyła. Dalej Seitz wykazuje na zasadzie danych statystycznych, że szkarlatyna panuje przeważnie w miesiącach ciepłych, na które też przypada i największa śmiertelność, gdy błonica częściej ukazuje się i zabija w porze zimowej.

Porażenia, tak często spostrzegane po przebyciu błonicy, po szkarlatynie nie występują, chyba po komplikacji jej z pierwszą.

Wszystkie te fakty dostatecznie dowodzą, że w naturze obu tych chorób nie ma nic wspólnego.

O możliwości kombinacji szkarlatyny z prawdziwą błonicą, zdaje się, wątpić nie należy, przynajmniej sądząc z analogii: jeżeli szkarlatyna może przebiegać jednocześnie z drugą chorobą zakaźną, jak z odrą lub ospą, co jest faktem piwnym, to dlaczegooby nie można było przypuścić, że możliwym jest powikłanie jej z błonicą. Przepuszczenie to ten bardziej nie jest do odrzucenia, że zwyczajne zapalenie gardzieli, towarzyszące szkarlatynie, już stanowi moment niezwykle usposabiający do przyjęcia zarazka dyfterytycznego. Jeżeli przytem wobec skonstatowanej już przez Bretonneau'a rzadkości zajęcia dróg oddechowych przy błonicy szkarlatynowej, co miało służyć za dowód, że ta postać zmian w gardzieli nie ma nic wspólnego z pierwotną błonicą, jeżeli wobec tego nie ulega jednak wątpliwości, że w niektórych przypadkach cierpienie błoniaste gardzieli przechodzi na krtani i tchawicę, to czy nie mogłoby to upoważnić do przypuszczenia, że właśnie w tych rzadkich przypadkach mamy do czynienia z powikłaniem istotnie błonicowem.

Że zapalenie gardzieli błonicowe może dojść do stopnia włóknikowego, nie jest niemożliwym, chociażby ze względu na okoliczność znajdowania małych błon rzekomych przy zwyczajnych zapaleniach migdałków. Za najczęstszą jednak formę błoniastego zapalenia gardzieli przy szkarlatynie należałoby przyjąć taką, która, nie mając nic wspólnego z pierwotną błonicą, zależy od działania jakiegoś swoistego zarazka (nie właściwego błonicy). Zresztą i pod względem klinicznym i anatomicznym są tu nie dające się zaprzeczyć różnice. Przedewszystkiem wspomniane już rzadkie przejście sprawy chorobowej na krtani nie może być lekceważone. Tłumaczenie, że przy szkarlatynie cierpi gardziel, a więc ona tylko wystawioną jest szczególnie na wpływ jadu błonicowego, objaśnia, dlaczego choroba zaczyna się od gardzieli a nie od krtani. Wobec znanej skłonności błonicy do przejścia z gardzieli na drogi oddechowe pozostaje jednak niewytłumaczonym, dlaczego tu nie ma to miejsca. Same błony przy pierwotnej błonicy częściej spostrzegamy na powierzchni bł. śluzowej, tu zaś w samym jej mięszu (istotny dyfteryt). Zajęcie gruczołów chłonnych podszczękowych przy błoniastem cierpieniu gardzieli, towarzyszącem szkarlatynie, odznacza się większą złośliwością, niż w przypadkach błonicy pierwotnej. Uwaga Heubner'a <sup>220)</sup>, jakoby błonica przy szkar-

<sup>220)</sup> Beobachtungen über Scharlachdiphtherie. Jahrb. f. Kinderheilk. XIV. 1879.

latynie występować miała zawsze 4 lub 5 dnia choroby, co miało służyć na poparcie zdania o specyficzności tej formy błonicy, nie jest słuszną, gdyż pod tym względem nie ma żadnej prawidłowości. Fakt ten, zresztą przez każdego spostrzegany, miałem sposobność stwierdzić mniej więcej przed rokiem u dwudziestoletniej służącej, u której na drugi dzień po ukazaniu się zmian w gardzieli wystąpiła wysypka płonicowa.

Najważniejszym dowodem różnorodności obu form cierpienia gardzieli jest brak łaseczników Loeffler'a przy błonicy szkarlatynowej. Loeffler znalazł tu tylko mikrokokki, układające się w łańcuszki i mające wiele podobieństwa z mikrokokkami róży. Kokki te przenikają do naczyń chłonnych i krwionośnych, co też tłumaczy zapewne rozleglejsze zajęcie gruczołów i nerek przy tej chorobie w porównaniu ze zmianami, napotykanymi w tych narządach przy pierwotnej błonicy. Ale może kokki te nie są sprawcami zmian w gardzieli, lecz samej szkarlatyny? Przeciwno temu przemawiają dwie okoliczności: 1) zmiany w nerkach przy szkarlatynie powikłanej z błoniastem cierpieniem gardzieli bardzo różnią się od zmian w nerce czysto szkarlatynowej. 2) te same kokki znajdujemy w błonach rzekomych przy błonicy pierwotnej. Orth, mówiąc o tej kwestyi, zastanawia się jeszcze nad tem, czy grzybki te są przyczyną zmian rzekomo-błoniastych, czy też wywołują tylko rozplyw ropny (eiterige Schmelzung), podczas gdy dyfteryt zależy od samej szkarlatyny. „Tu“, powiada dalej, „kwestyja zostaje nierozstrzygniętą, ale tyle, sędzę, wolno mi wnosić ze znajdujących przezemnie zmian anatomo-patologicznych, że nie należy błonicy szkarlatynowej uważać pod względem etiologicznym za identyczną z pierwotną błonicą, ponieważ są to dwie rzeczy zupełnie różne.“

W etiologii dławca nie doszliśmy jeszcze do zupełnej jedności. Jedni z równym zapałem bronią zdania, że dławiec jest zawsze czysto zapalną sprawą w znaczeniu Home'a, z jakim drudzy uznają tylko istnienie dławca błonicowego. Pierwsi opierali się głównie na faktach klinicznych, że dławiec jest zawsze chorobą tylko miejscową bez zajęcia gruczołów chłonnych i ogólnego zakażenia, bez białkomoczu, bez następczego porażenia. Nie mówiąc o tem, że i błonica może przebiegać bez szczególnego zakażenia ustroju i zajęcia nerek, oraz układu nerwowego, a odwrotnie dła-

wiec z białkococzem i z następczem porażeniem, przyznać musimy, że zakażenie ustroju przy dławcu błonicowym zwykle nie jest w takim stopniu wyrażone, jak przy błonicy gardzieli. Okoliczność tę jednak tłumaczy nam dostatecznie Luschka<sup>230)</sup>. „Dla symptomatologii sprawy błonicowej miękkiego podniebienia i migdałków,“ powiada on, „bardzo ważnym jest wyśledzenie związku naczyń chłonnych miękkiego podniebienia z gruczołami chłonnymi szyi. W tym względzie okazało się niewątpliwie, że naczynia chłonne znajdują się w związku po części z gruczołami leżącymi w pobliżu miejsca dzielenia się tętnicy szyjowej wspólnej, po części z tymi, które leżą obok wyrostka rylcowego (processus styloideus) oraz z boku od kości gnykowej i krtani. Nie powinno więc dziwić przy błonicy gardzieli stałe i szybkie obrzmiewanie gruczołów szyjowych.“ Ztąd więc stałe i szybkie zakażenie ustroju. W rozdziale o naczyniach chłonnych krtani u Luschki<sup>231)</sup> czytamy, że wlewają się one do trzech gruczołów, z których jeden leży pomiędzy większym rogiem kości gnykowej i górnym brzegiem chrząstki tarczowej, dwa drugie zaś po bokach tchawicy. Jasnym jest tedy, że przy tak ubogiem połączeniu naczyń chłonnych z gruczołami zakażenie ustroju przy dławcu błonicowym nie może nastąpić tak prędko, jak przy błonicy gardzieli, gdzie połączeń tych jest daleko więcej. Przypominamy tu tylko, jak późno występuje charłactwo przy raku krtani. Ponieważ zaś przy umiejscowieniu choroby w krtani śmierć prędko następuje, a więc do ogólnego zakażenia może wcale nie dojść. Należałoby tylko stwierdzić, o ile zakażenie to ma miejsce w pomyślnie kończących się lub przedłużających się po tracheotomii przypadkach czystego dławca błonicowego. Zresztą przypadki zarażenia się błonicą gardzieli od chorych na dławiec, nie ulegają wątpliwości. Hensch powiada, że w takim razie zmiany w gardzieli u dotkniętego krupem nie zostały zauważone z powodu ich umiejscowienia. Przy obecnych metodach badania jednak nie ma w gardzieli miejsca, któreby było niedostępnem dla oka. Schrötter utrzymuje stanowczo, że błonica wcale nie rzadko zaczyna się od krtani bez żadnego śladu cierpienia w gardzieli. Ztąd choroba może posunąć się w górę lub na dół. Może także się zdarzyć, że bło-

<sup>230)</sup> Der Schlundkopf des Menschen. 1871.

<sup>231)</sup> Der Kehlkopf des Menschen. 1871.

nica umiejscawia się odrazu w tchawicy i ogranicza się tylko na niej. U 4-roletniego chłopca skonstatował Schrötter początek choroby w krtani z następczem prześciem na migdałki. Istnienie tedy dławca błonicowego nie ulega wątpliwości.

Oprócz zarazka dyfterytycznego w etiologii błonicy mogą grać rolę czynniki nie swoiste, nie zakaźne. Że pod tym względem wpływ substancyj chemicznych jest niewątpliwy. Świadczą najlepiej udatne próby wywoływania sztucznego dławca u zwierząt. Pierwszym, który z pomyślnym wynikiem takie doświadczenia wykonał na młodych świniach za pomocą wstrzykiwań do tchawicy rozcieńczonego kwasu siarczanego i roztworu potasu gryzącego, był Horsch<sup>232)</sup> w Würzburgu. Albers w celu wytworzenia błon rzekomych w tchawicy kota użył czerwonego tlenka rtęci; Bretonneau wywołał objawy dławca i skonstatował wytworzenie się błon rzekomych w tchawicy zwierząt po zastrzyknięciu kantarydyny. Reitz<sup>233)</sup> użył do tego amoniaku. Trendelenburg w doświadczeniach na królikach otrzymał błony rzekome po wlaniu do tchawicy rozmaitych drażniących substancyj chemicznych, zwłaszcza sublimatu (1 : 120). Oertel<sup>234)</sup> przez wlanie kilku kropel amoniaku do przeciętej tchawicy królików wywoływał zapalenie, które pod względem objawów, niczem się nie różniło od dławca i zabijało przez zaduszenie. Na powierzchni błon znajdował grzybki, szczepienie których dawało wyniki ujemne. Zmian w innych narządach nie było. Mayer<sup>235)</sup> otrzymał w ten sam sposób błony, ale, jak powiada, pod względem mikroskopowym nie zupełnie identyczne z błonami rzekomymi przy dławcu u człowieka. Na skutek tego Oertel<sup>136)</sup> jeszcze raz powtórzył swoje doświadczenia i powiada, że otrzymane przez niego sztucznie błony niczem nie różnią się od krupowych. To samo stwierdził Zahn. Ciekawe bardzo spostrzeżenia pod względem tworzenia się błon rzekomych pod wpływem rozmaitych czynników drażniących podaje Bollinger<sup>137)</sup>. Wyraźna błona rze-

<sup>232)</sup> Annalen der klinisch. technischen Schule 2 Heft. 1810. (Patrz: Seitz Op. cit.).

<sup>233)</sup> Centralblatt f. die medicinischen Wissenschaften. 1867. Nr. 43. (Patrz Seitz: Op. cit.).

<sup>234)</sup> Deutsches Archiv f. klin. Med. T. VIII. 1870.

<sup>235)</sup> Archiv der Heilkunde. 14 Bd. (Patrz: Seitz, Op. cit.).

<sup>236)</sup> Deutsches Arch. f. klin. Med. 1874. 14 Bd.

<sup>237)</sup> Aerztliches Intelligenzblatt. 1876. N. 4. (Patrz: Seitz, Op. cit.).



koma została wykrztuszona przez konia, u którego przy wlewaniu lekarstw część ich dostała się do tchawicy i oskrzeli. W drugim przypadku wytworzyła się błona u wołu pod wpływem dymu w palącej się stajni. U człowieka, który umarł na wścieklicznę, znaleziono w oskrzelach dolnego płatu lewego płuca błony i krupowe zapalenie płuca. Wieczorem przed śmiercią dano mu chloralu i mleka, którego część dostała się do płuc: kulki tłuszczowe mleka znalezione były w wysięku, a prawdopodobnie i chloral został wciągnięty do płuc. Jeżeli tedy u zwierząt za pomocą środków drażniących można wywołać czysto zapalny dławiec, dłaczegoby więc nie przypuścić tej możliwości u człowieka. Ponieważ czynniki mechaniczne także działają drażniąco, a więc i pod ich wpływem dławiec rozwinąć się może. Co się tyczy wpływów termicznych — gorąca i zimna, to działanie pierwszego najlepiej spostrzegać można przy przypalaniu błony śluzowej gardzieli i nosa żegadłem galwanicznym: otrzymujemy w ten sposób najwyraźniejszą błonę. To zaś, co stosuje się do tych błon śluzowych, może być zastosowane i do błony śluzowej krtani i tchawicy. Zapewne, że pod tą postacią gorąco nie było spostrzegane jako moment etiologiczny dławca, ale w formie wody wrzącej lub pary wodnej jest możliwe. Orth mówi o przypadku, w którym cała gardziel, osada języka i nagłośnia były pokryte błonami rzekomemi u dziewczynki, która przez nieostrożność połknęła trochę wrzącego płynu.

Co się tyczy zimna, to z analogii z doświadczeniami Heubner'a<sup>238)</sup>, można przypuszczać, że i ten czynnik bezwąt-  
pienia jest w stanie wywołać włóknikowe zapalenie krtani i tchawicy. Heubner mianowicie, chcąc wywołać błonicę drogą syntetyczną u zwierząt t. j. sztucznie wytworzyć charakterystyczne cierpienie błony śluzowej, w którą później szczepił produkty dyfterytyczne, podwiązywał na 2 godziny dno pęcherza królika i, zabiwszy go po upływie 36—48 godzin, znajdował błonę rzekomą. „Wyobraźmy sobie teraz“, powiada, „kurcz naczyń błony śluzowej, wywołany przez działanie zimna, który trwa 2 godziny i powoduje przynajmniej w powierzchownych naczyniach włoskowatych kompletny zastój krwi; w takim razie z analogii z mojemu doświadczeniami po upływie 1½ do 2 dni bez pomocy jednego nawet mikro-

<sup>238)</sup> Die experimentelle Diphtherie. 1883.

kokka musi wytworzyć się wysięk włóknikowy. Że kurcz naczyń może trwać tak długo, to, naturalnie, wymaga jeszcze odnośnych doświadczeń<sup>a</sup>. Jakkolwiek rozumowania te pozwalają wierzyć w istnienie dławca czysto zapalnego, jednak przyznać trzeba, że najczęstszą jego postać stanowi forma błonicowa.. Dławiec zapalny, wywołany wpływami chemicznymi i mechanicznymi oraz wysoką temperaturą należy z pewnością do rzadkości, częściej nieco zapewne w etiologii jego gra rolę zimno.

Ci, którzy przeczą istnieniu dławca zapalnego, powołują się na to, że może on występować epidemicznie. To jednak dowodzi tylko możliwości dławca błonicowego, a nie obala przypuszczenia, że w sporadycznych przypadkach może on być wywołanym przez inne wpływy.

Następujący przypadek Jürgensen'a <sup>230)</sup> najwymowniej o tem świadczy. Dziecko, dotknięte dławcem, poddane zostało tracheotomii. Wydzielinę, wziętą z tchawicy, zaszczepiono królikom: zwierzęta pozostały zarówno miejscowo, jak i ogólnie zdrowymi. Wkrótce potem dziecko zmarło. Badanie zwłok dokonane zostało zaraz po śmierci chorego, i znowu zrobiono kilka szczepień. Przy sekcji zdarzyło się także jedno skaleczenie: zarówno zwierzęta, jak i skaleczony człowiek nie zachorowali. Badanie drobnowidzowe błon, zmiany w narządach wewnętrznych i w ogóle wszystko razem, zdaniem Ziegler'a, robiło wrażenie czegoś innego, a nie prawdziwej błonicy.

Ostateczne załatwienie kwestyi etiologii dławca zależy od stanowczego wykrycia grzybka, powodującego błonicę, wtenczas bowiem za dławiec błonicowy uważać będziemy te przypadki, w których grzybek ów będzie wykryty, w przeciwnym razie uznamy go za czysto zapalny. O naturze dławca, towarzyszącego odrze, ospie, krztuścowi nic stanowczego powiedzieć nie możemy. Być może, że sprawa włóknikowa zależy tu od tego samego zarazka, który wywołuje pierwotne choroby, a może przygotowuje on tylko grunt pomyślny dla przyjęcia błonicowego lub jakiego innego zarazka.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*

---

<sup>230)</sup> Discussion ueber Diphtherie. Verhandl. des Congr. f. innere Medicin. II. Congress. Wiesbaden 1883.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby nerwowe.

306. Prof. v. KRAFFT-EBING. **O nerwicach i zбочeniach umysłu w skutek abstynencyi płciowej.** (*Jahrbüch. f. Psych.* 1888, VIII, 1 i 2).

Wpływ powstrzymywania się od czynności płciowych zależnym jest w swych skutkach od własności osoby, jej konstytucyjności oraz natężenia tego popędu. U ludzi z usposobieniem prawidłowym powstrzymywanie się od aktu płciowego nie pociąga za sobą żadnego niebezpieczeństwa dla układu nerwowego i umysłowego zdrowia. U mężczyzny zdrowego abstynencya nie bywa szkodliwą, jeśli do pomocy przychodzą: odpowiedni spokój duchowy, poważna praca umysłowa i zawodowa, unikanie wyobrażeń podniecających sferę płciową, wreszcie obfite proste pożywienie i dostateczne ruchy ciała. U kobiet z prawidłowym usposobieniem brak stosunku płciowego lub zaprzestanie jego (wdowy) jest jeszcze mniej dotkliwym aniżeli u mężczyzny. I tutaj też zawód wyrównywający obowiązki małżeńskie, dyetetyka duchowa i cielesna oddziałują korzystnie. Kobieta w ogóle jest mniej zmysłową aniżeli mężczyzna i niezaspokojenie popędów płciowych nie odgrywa tak ważnej roli w hysteryi, jaką dotąd przypuszczano. Autor kładzie główny nacisk nie na zmysłowość kobiet, lecz na niezaspokojenie idealnych uczuć (zapewnione stanowisko żony i matki i t. d.). U kobiet, które bez małżeństwa znajdują także same zadawalniające je stanowisko życiowe, nie spostrzegamy niżej przytoczonych objawów chorobowych. Zawód, sztuka, estetyka i t. p. nie są jednakże w stanie zastąpić sobą moralnej sfery uczuciowej, jaką przedstawia małżeństwo. Przyczynę hysteryi szukać należy na drodze psychicznego powstawania, nie zaś w niezaspokojeniu zmysłowego popędu płciowego. Natomiast u osób z usposobieniem neuropatycznym, wyrazem którego niejednokrotnie bywa wzmógłony popęd płciowy, przymuszone powstrzymywanie się od czynności płciowych może pociągnąć za sobą szkodliwe skutki. Wzmocnienie popędu płciowego w takich razach sprowadza prawdziwy eretyzm mózgowy, w razie trwania którego pojawia się bezsenność, halucynacje, neurastenia, nymfomania, stany (erotycznego) obłąkania halucynacyjnego i t. p. Patogeneza zбочen jest ta sama co przy nadużyciach płciowych i samogwałcie. Wskutek ciągłego pobudzenia i przekrwienia narządów płciowych spowodowanego ośrodkową nadczułością płciową, rozwija się przy niewyrównywaniu pobudzeń za pomocą aktu płciowego, nerwica płciowa, osłabienie ośrodkowego układu nerwowego. Nerwica ta z czasem staje się neurastenią ogólną. Wrazie usposobienia neuropatycznego neurastenia przechodzi w psychozę, która objawia się bądź jako melancholia hypochondryczna, bądź jako obłąkanie pierwotne lub połączone z wyobrażeniami przymusowymi i t. d. Małżeństwo może służyć środkiem leczniczym, je-

dynie dla neurastenii płciowej spowodowanej abstynencją i to tylko wtedy można je poradzić, jeśli nerwica znacznie się polepszyła.

A. Rosental.

307. Prof. NAUNYN (Strassburg). **Rokowanie w cierpieniach przymiotowych układu nerwowego.** (*Wanderrersammlung südwestdeut. Nerv. u. Irrenärztl. zu Freiburg. 1888*). W praktyce niezmiernie jest ważną rzeczą postawić możliwie pewne rokowanie w przypadkach cierpienia przymiotowego. Przeprowadzenie bowiem długiej kuracji przeciwprzymiotowej wymaga dużo cierpliwości ze strony chorego. Autor zebrał statystykę tak z własnych spostrzeżeń jako też z literatury. Zarówno wiał pacierzowy jak i bezwład ogólny postępujący (*Paralysis progressiva*) pochodzenia przymiotowego zajmują pod względem rokowania odrębne stanowisko, rokowanie jest tu zupełnie niezależnem od przebytego przymiotu i leczenie rtęcią pozostaje bez skutku. W innych cierpieniach układu nerwowego rokowanie nie jest tak smutnem, jakkolwiek i tu jest poważnem. Niewielką bowiem jest liczba trwałego wyzdrowienia po kuracji swoistej. Z 93 przypadków z własnej praktyki autor przytoczyć może 8 przypadków zupełnego i trwałego (od 5 lat) uleczenia. Dalej idą przypadki, w których leczenie spowodowało wyzdrowienie, lecz dalszy przebieg stanu chorego nie jest autorowi wiadomym. Z pośród 88 przypadków klinicznych w 10 leczenie było bezskutecznem; w 49 polepszenie, 5 zmarło w klinice, w 24 nastąpiło wyzdrowienie. W kazuistyce zebranej w literaturze znajdujemy lepsze wyniki: z 325 przypadków było uleczonych 155 (48%), nieuleczonych 170 (52%). Dalej autor zwraca uwagę na następujące punkty ważne przy rokowaniu. Wiek w jakim występuje cierpienie nerwowe nie jest bez znaczenia; po 40-ym roku życia rokowanie jest niepomyślnem. Rokowanie jest lepszem jeżeli bezpośrednio po wystąpieniu cierpienia nerwowego przepisujemy leczenie swoiste; gdy jednak minęły pierwsze tygodnie rokowanie nie staje się mniej pomyślnem, choćbyśmy po roku nawet i więcej do leczenia przystąpili. Dalej odgrywa rolę postać choroby: padaczka przedstawia dobre rokowanie, również przypadki podrażnienia mózgu (ból głowy, zawrót dochodzący do omdlenia, stany pobudzenia) oraz cierpienia nerwów (nerwobóle, porażenie gałki ocznej i nerwów podstawy czaszki); natomiast gorsze a nawet zupełnie niepomyślne rokowanie dają porażenie kończyny, p. połowicze, p. kończyn dolnych, ciężkie rozlane cierpienia mózgowie i t. p.

W razie pomyślnego przebiegu choroby skutki leczenia nie dają długo na siebie czekać. Jeśli przy leczeniu jodkiem potassu nie następuje poprawa po upływie tygodnia, a przy leczeniu rtęcią po upływie 2-ch tygodni, wtedy nadzieja wyleczenia według doświadczenia autora staje się bardzo niepewną. Pomyślny wynik leczenia swoistego przejawia się przedewszystkiem w poprawie stanu ogólnego. Duże dawki: wcierania od 5—10 grm. stopniowo zwiększone, są tu niezbędne. A. Rosental.

308. Dr. BRESSLER. **Histeryczna gorączka.** *Hysterical Fever.* (*Medical Record. 1888. 33. 466*).

Pod tym tytułem autor opisuje cierpienie, nie wspomiane dotąd przez autorów, które obserwowal na pewnej liczbie chorych. Cierpienie to polega na podniesieniu się ciepłoty ciała, podniesieniu trwającym od kilku godzin do kilku tygodni, częstokroć z peryjodycznymi przerwami, występującem u sercowych osobników w towarzystwie całego szeregu objawów historycznego charakteru. Co się tyczy zmian anatomicznych, to o takich nie ma wiadomości, prawdopodobnie są one tegoż charakteru co i przy histeryi plus jakiś wpływ, działający na ośrodku termiczne. Obmawiane cierpienie zazwyczaj poczyna się zimnem, utratą zupełną apetytu, zaparciem stolca, język przytem bywa obłożony, towarzyszy ból głowy, podwyższona ciepłota ciała i t. d. Przytomność umysłu bywa zachowaną, specjalne zmysły czułe; bredzenia nie bywa nigdy, apetyt najczęściej zepsuty, chory bywa drażliwy i ze względu na silną czułość zmysłów, nie znosi szczególnie wszelkiego rodzaju hałasu, a nawet szmeru, który niepokojąc go, zwiększa gorączkę. Przyczyny, wywołującej powyższe ataki, wykazać niepodobna.

Jednym z najważniejszych objawów są wymioty, które uporczywie występują po każdej próbie jedzenia czegośkolwiek i męczą do tego stopnia chorych, iż ci z obawy wymiotów pozostają bez pokarmów całe dnie. Brzuch zwykle bywa zbyt wrażliwy na dotyk, lecz w tych razach nie może być mowy o zapaleniu otrzewnej, gdyż bóle są niestale, niema tympanicznego oddźwięku, natomiast występują stale: charakterystyczna wrażliwość jajników i wahania się temperatury. Tętno zazwyczaj jest prędkie i częste. Newralgija kiszek, bezsenność i historyczna dusznica zdarzają się wyjątkowo. Ciepłota ciała bywa rozmaita; przeważnie trzyma się wysokich granic i w początkach choroby i w dalszym przebiegu, lub też podlega wszelkiego rodzaju nagłym wahanom. Nieznaczne wychudnięcie ciała zawsze miewa miejsce. Leczenie jest także samo jak i przeciw histeryi z dodaniem pewnych przeciwgorączkowych środków, w liczbie których najpierwsze miejsce należy się antyfebrynie. Chorego należy postawić w takich warunkach, aby przyjmował pokarmy, a objawy leczyć według ogólnie przyjętych zasad.

*J. Drzewiecki.*

309. WEBBER. **Badania nad ciśnieniem krwi w tętnicach przy neurastenii.** *A Study of Arterial Tension in Neurosthenia.* (Boston Med. and Surg. Journal. 1888. CXVIII. 441).

Autor na podstawie wyników, otrzymanych przy badaniu neurastenicznych chorych sfigmografem, dzieli ich na kilka kategorii.

Do pierwszej kategorii zalicza tych, u których ciśnienie krwi jest prawie lub też zupełnie prawidłowe. Tacy chorzy zapadają tylko chwilowo i prędko powracają do zdrowia.

Do drugiej kategorii należą ci, u których naczynia tracą swoją sprężystość, lecz u których prawidłowe ciśnienie powraca przy leczeniu.

Trzecią kategorię stanowią ci, u których ciśnienie krwi bywa znacznie niższe aniżeli prawidłowo być powinno, u któ-

rych częstokroć bez powodu ciśnienie się zwiększa i następnie znowu opada. Sprawdzić polepszenie zdrowia u takich chorych jest nader trudną rzeczą, i jeżeli się zdarzają polepszenia, to takowe są wątpliwe i niestałe ze względu na niestałość ciśnienia krwi w układzie naczyniowym.

W kilku przypadkach zdjęte stygmograficzne rysunki przedstawiały początkowo prawie prawidłowe ciśnienie krwi, lecz później zdjęte okazały się mniej pomyślne, w tych jednak przypadkach zawsze można było wykryć przyczynę, od której ta zmiana zależną były. W kilku przypadkach silnie rozwiniętej neurastenii wahania w ciśnieniu krwi odbyły się co parę minut.

Autor zakończy pracę wnioskiem, że stygmograf stanowi cenną pomoc dla określenia nerwowego wyczerpania a zarazem służy za wskazówkę czy wyzdrowienie postępuje. Wątpliwe polepszenie w zdrowiu łatwo odróżnić od rzeczywistego na mocy tego, czy napięcie naczyń jest stałe, czy też chwilowe.

Zdjęcia stygmograficzne należy robić przynajmniej raz na dwa lub trzy tygodnie.

*J. Drzewiecki.*

310. F. R. FRY. **Paramyoclonus multiplex.** (*St. Louis Cour. Med.*, 1888, 487, referat *Americ. Journal of the Medic. Sciences*, August 1888).

Autor w streszczeniu kreśli wszystkie charakterystyczne rysy tego cierpienia na mocy wszystkich dotąd opisanych przypadków i oprócz tego przytacza swój własny przypadek. Chory, lat 30, który zawsze cieszył się należytem zdrowiem, przez kilka lat zmuszony był bez przerwy pracować przy maszynie do szycia. Choroba rozpoczęła się trzy miesiące temu nim go poddano obserwacji i od tego czasu ataki stawały się coraz częstszymi, i najczęściej powtarzały się codziennie. Objawy chorobowe polegały na klonicznym kurczu mięśni goleni, czasami mięśni ramienia, barku, brzucha, uda a także mięśni oddechowych. Chory nie był w możności powstrzymać tych ruchów i wszelkie wysiłki z jego strony, skierowane w tym celu, sprowadzały tylko zmęczenie. Ruchy były tak gwałtowne, że nogi uderzały o podłogę z siłą, a całe ciało podskakiwało i rzucało się w fotelu.

Napady takie trwały przez ciąg pięciu minut i powtarzały się same znowu po pięciuminutowej przerwie.

Mocniejsze ukłucie w goleni wystarczało, aby napad wywołać. Dwa razy napad powstał bezpośrednio, gdy chory wszedł do zimnego łóżka. Niekiedy napady rozpoczynały i kończyły się kilkoma głębokimi westchnieniami.

W ciągu trzechmiesięcznego leczenia, stopniowe i znaczne nastąpiło polepszenie; najskuteczniejszym środkiem okazał się chloral, lubo należy dodać, że i hyoscynamina i antipyrina nie pozostawały bez skutku.

*J. Drzewiecki.*

311. William LACEWEN. **The Pupil in its Semeiological Aspect.** (*The American Journal of the Medical Sciences*, July, 1887).

Wiele z różnych punktów już poczyniono spostrzeżeń nad źrenicą, jednak, z małemi wyjątkami, prawie wszystkie spostrze-

żenia dokonane zostały w sposób wysoobniony, t. j. przy tych tylko chorobach lub uszkodzeniach ustroju, dla których źrenica mogła mieć większe lub mniejsze znaczenie symptomatyczne.

Sądono, a nawet jeszcze i teraz niektórzy utrzymują, że zmiany w stanie źrenicy stanowią ciekawy i zajmujący, lecz błędny objaw, zależny od bardzo wielu warunków, pomiędzy którymi przewodniej nici przeprowadzić nie można.

W zajmującym tym artykule Dr. William Macewen daje nam krótki rys fizjologicznych objawów, tyjących się ruchów źrenicy i przytacza cały szereg swoich własnych spostrzeżeń. Autor dość przekonywająco dowodzi, że chwilowe wstrzymanie lub zniesienie czynności mózgu zaznacza się w żyjącym ustroju przez rozszerzenie źrenicy. Teoryja, że ruchy źrenicy są w ścisłym związku z czynnością mózgu, tłumacząca nam, jeżeli nie wszystkie, to przynajmniej większą część objawów ze strony źrenicy, — należy się D-rowi Mosso, który w swoim czasie tak umiejętnie jej bronił. Teoryja ta jest następującą.

Bierne ruchy źrenicy są regulowane za pomocą naczyniowego układu w tęczówce, która jest znowu w zupełnej harmonii z naczyniami krwionośnymi mózgu. Jeżeli więc w obec pomyslnych warunków zawiesimy czynności mózgu, a zatem spowodujemy małokrwistość mózgu *res p.* tęczówki, to otrzymamy *mydriasis*. Podobny objaw wystąpi i przy uszkodzeniach mózgu, jeżeli ciśnienie na jedną półkulę będzie do tego stopnia silne, że wywoła małokrwistość mózgu *res p.* tęczówki. Zwężenie źrenicy będzie występować przy podobnym mechanizmie, lecz postępującym w odwrotnym kierunku.

Drażnienie, napływy krwi do mózgowych i oponowych naczyń powodują napływ krwi do naczyń tęczówki i tym sposobem wywołują zwężenie źrenicy. Dr. Macewen dowiódł, że gdy czynność mózgu jest nie zajęta, źrenice są w stanie rozszerzenia.

Gdy zaś czynność mózgu postawioną jest w warunkach, określanych zwykłą nazwą „stan podrażnienia“, źrenice w tych razach są w stanie zwężenia bądź to przejściowego, bądź to stałego.

Też same patologiczne czynniki, wywołujące zwężenie, mogą powodować i rozszerzenie, co zależy od siły działania, z jaką te czynniki występują, lubo miejsce ich działania leżeć może i po za obrębem mózgu.

Gdy jedna połowa mózgu znajduje się w stanie beczynnym bądź to wskutek powierzchownych lub korowych uszkodzeń, źrenica na tej samej stronie będzie w stanie rozszerzenia.

Gdy czynność jednej półkuli mózgu odbywa się przy istniejącem podrażnieniu korowej substancji mózgu, źrenica na odpowiedniej stronie ulega zwężeniu.

Wylewy krwiste do mostu Varola im są większe, tem większe następuje zwężenie źrenicy; lecz gdy wylew jest tak obfity, iż zajmuje i szarą substancję poniżej wodociągu Sylwiusza — źrenica ulega stałemu rozszerzeniu.

*J. Drzewiecki.*

**312. Ciekawe spostrzeżenia nad ośrodkiem mowy.** (*The Medical Record*). 21 Stycznia 1888. Korespondencyja z Paryża.

Ważny przyczynek do nauki o umiejscowieniu władz umysłowych w pewnych okolicach mózgu, stanowią poglądy, wygłoszone niedawno przez Mathiasa Duval, prof. antropologii w Paryżu.

Paweł Broca zrobił odkrycie, że każdy zwój mózgowy zdaje się być odrębnym narządem. Prowadząc w dalszym ciągu badania w tym kierunku, Duval niejednokrotnie miał możność stwierdzenia faktami tego, co dotąd było tylko hipotezą. Będąc chirurgiem przytułku Bicêtre, D. obserwował mężczyznę, który przed kilku laty utraciłszy zdolność zapamiętywania słów, wstąpił do przytułku, gdzie pozostał do śmierci. Przy autopsyi okazało się, że w lewym przednim zrazie mózgowia tylna połowa drugiego i trzeciego zwoju czołowego były zniszczone skutkiem chronicznego rozmięczenia mózgu. Z tego faktu D. wywnioskował, że rzeczony zwoje mogą być siedliskiem artykulowanej mowy, wstrzymał się jednak z ogłoszeniem tego spostrzeżenia, wyczekując dalszych faktów stwierdzających jego indukcję. Wkrótce nadarzyło się więcej faktów tego rodzaju.

Do zakładu został przyjęty pacjent, który utracił mowę jak mniemano, z powodu paralizu języka. I w tym razie sekcya wykryła zmiany w tych samych zwojach co u pierwszego pacjenta. W końcu oględziny pośmiertne 11-tu osób, które utraciły już to dar mowy, już to zdolność przechowywania w pamięci słów lub liter alfabetu, rozproszyły w umyśle znakomitego antropologa wszelkie wątpliwości co do siedliska tych władz umysłu w porażonych zwojach mózgu. Poglądy te są po prostu powtórzeniem systemu Galla, tylko opierają się na dokładniejszych i więcej naukowych obserwacjach, B. P.

## II. Medycyna wewnętrzna.

**313. CORNET. Poszukiwania doświadczalne nad gruźlicą.** *Experimentelle Untersuchungen über Tuberculose* (*Wiener Medic. Wochenschrift* N. 22—23. 1888).

Autor podaje wyniki otrzymane przez się przy poszukiwaniach nad gruźlicą w ciągu 2 lat w berlińskim higienicznym instytucie dokonanych. Doświadczenia te dadzą się podciągnąć pod 3 grupy.

Pierwszą grupę stanowią doświadczenia mające wykazać obecność laseczników gruźliczych po za ustrojem zwierzęcym. Dotychczas nie udało się na drodze doświadczalnej wykryć l. g. w powietrzu i mieszkaniach tak, że w możliwość wykrycia ich dzisiejszymi sposobami zaczęto powątpiewać. Autor posługiwał się następującą metodą: gąbką wycierał badaną powierzchnię mieszkania z kurzu i w ten sposób otrzymał pył z powietrza, który następnie zmywał w bulionie i otrzymany płyn zastrzykiwał do jamy brzusznej morskich świnek.



Wszystkie przedmioty użyte do doświadczeń jak gąbka, bulion, strzykawki i t. p. były uprzednio wyjałowione, niemniej i ściana brzuszna zwierząt. Wszystkie zwierzęta użyte do doświadczeń były świeżo nabyte i w 40 dni po zastrzyknięciu zabijane, gdyż po tym czasie przy zakażeniu przez jamę brzuszną gruźlica bywa ograniczoną wyłącznie do narządów jamy brzusznej, a płuca i gruczoły oskrzelowe bywają albo wcale, albo mało zajęte. Przy oględzinach pośmiertnych wszystkich tych zwierząt znaleziono gruźlicę narządów jamy brzusznej, którą stwierdzono obecnością laseczników gruźliczych.

Przedmioty użyte do doświadczeń, ściany, podłogi i t. p. zawsze wybierano tak, by nie mogło być najmniejszej wątpliwości, że nie były one zanieczyszczone płwociną, lub palcami płwociną zbrudzonymi.

Badaniu poddano 21 sal z 7 szpitali berlińskich, w których wyłącznie lub przeważnie miescili się chorzy na gruźlicę, 3 zakłady dla chorych umysłowych, którzy jak wiadomo często padają ofiarą gruźlicy, mieszkania prywatne 53 chorych na gruźlicę; oprócz tego 2 polikliniki, 1 salę inhalacyjną dla chorych piersiowych, 1 pokój w którym się miescili chorzy na wilka, 1 dom sierot z wielu dziećmi chorymi na żołądki, salę instytutu patologicznego, sale chirurgiczne, operacyjne, niektóre ulice Berlina, a zatem miejscowości, w których rozpylenie mass gruźliczych mało było prawdopodobnem.

W ogólności zastrzyknięto 388 zwierzętom pył w bulionie, a mianowicie 311 zwierzętom pył pochodzący z pomieszczeń chorych gruźliczych, z tych umarło 167 zaraz po zakażeniu, 59 a zatem  $\frac{1}{5}$  było po zabiciu z objawami gruźlicy, 85 pozostało zdrowymi; z 77 zwierząt którym zastrzyknięto pył w bulionie pochodzący z miejscowości niepodjęrzanych 37 umarło z innych chorób, 40 pozostało zdrowymi. Między innymi udało się wykazać l. gr. w jednym z hoteli berlińskich, w którym czasowo przemieszkiwała suchotnica, w pokoju w którym przed 6 tygodniama zmarła chora na gruźlicę, w jednym zakładzie krawieckim i fabryce gorsetów.

W drugiej grupie doświadczeń autor starał się sprawdzić fakt przez Kocha podany, że zawsze gruczoły limfatyczne położone najbliżej miejsca, przez które zarażenie nastąpiło najprzód zostają dotknięte i największym ulegają zmianom. Poszukiwania w tym kierunku przez autora podjęte (wiele setek przypadków) dowiodły z małymi wyjątkami prawdziwość powyższego twierdzenia Kocha. Przy gruźlicy powstałej sztucznie przez wdychanie najprzód dotkniętymi zostały gruczoły oskrzelowe, przy podskórnem zastrzyknięciu mass gruźliczych w ścianę brzuszną, gruczoły pachwinowe, przy zakażeniu przez jamę brzuszną gruczoły kreskowe.

Małe ilości płwociny i czyste hodowle l. g. wprowadzone w worek łącznicowy, zaszczipione w ucho, wcierane do jamy nosowej, co u dzieci może mieć miejsce przez dłubanie palcami, wprowadzenie l. gruźliczych do jamy ust sprowadzało gruźlicę przez długi czas (4 do 8 tygodni) ograniczoną do obrzmienia,

zserowacenia i zropienia gruczołów podjęzykowych, szyjowych, usznych, karkowych, które dopiero następnie prowadziły do ogólnej gruźlicy.

Wcieranie czystych hodowli w prącie lub pochwę obnażone z naskórka lub nabłonka, zastrzyknięcie w obie te części wywołały w tychże lub w macicy tworzenie się licznych guziczków z następczą ogólną gruźlicą. Przez życie płciowe z jego przewrotnościami dadzą się może objaśnić niektóre przypadki gruźlicy tych narządów.

Wcieranie czystych hodowli l. g. lub też substancji wilka w skórę spowodowało obrzmienie sąsiednich gruczołów limfatycznych, a następnie ogólną gruźlicę.

Trzecią grupę doświadczeń stanowiły próby lecznicze. Autorowi szło o wykazanie, czy tkanki zwierzęce przez pewne środki mogą stać się odpornymi dla rozwoju laseczników gr. Odpowiednie środki były użyte w ilościach maksymalnych przez ustrój zwierzęcy jeszcze znoszonych i śmierć przez otrucie nie spowodowujących, w ilościach, jakie człowiek w stosunku do jego wagi znieść nie może.

5 świnek morskich i 3 króliki zostały zakażone gruźlicą i otrzymały następnie 0,05 — 1 tanniny dziennie (co dla człowieka stanowiłoby 50 do 100 gramów); wszystkie 3 króliki i 1 świnka zdechły w ciągu pierwszych dni, 4 pozostałe świnki zdechły między 20 a 34 dniem z rozwiniętą gruźlicą.

Szereg innych zwierząt wdychało masy zawierające l. g., a następnie otrzymało 0,05 do 1,0 plumb. acet. dziennie (dla człowieka 10—20 gramów). I u tych zwierząt okazała się gruźlica po 26 dniach.

W dalszych doświadczeniach użyto pinguin (otrzymany z allantolu i kwasu allantowego), mentol, stężony roztwór siarkowodoru, lecz i te środki okazały się bezskutecznymi.

Ośmiorgu zwierzętom zastrzyknięto pod skórę  $\frac{1}{4}$  do  $\frac{1}{2}$  gramów kwaśnego 1% roztworu sublimatu (dla człowieka 25 do 250 gram. roztworu). Zwierzęta te dopiero po jedenastu dniach zakażono gruźlicę, gdy już wystąpiły wyraźne objawy otrucia. I u tych zwierząt rozwinęła się gruźlica.

Wielu innym zwierzętom zastrzyknięto masy gruźlicze do jamy brzusznej, a w godzinę po zastrzyknięciu wprowadzono tamże 10% roztwór kreoliny. Nie udało się jednak w ten sposób przeszkodzić rozwojowi laseczników gruźliczych.

Sześciorgo zwierząt otrzymało już to w ciągu 2 miesięcy już w ciągu 3 tygodni 0,02 kreozotu dziennie, a następnie zostały zakażone. Zwierzęta te i po zakażeniu brały kreozot; wszystkie jednak padły ofiarą gruźlicy. Autor nie wnioskuję z tego bynajmniej, by wyniki te dały się wprost przenieść na ludzi, gdyż szczególnie co się tyczy kreozotu autor stwierdził niejednokrotnie skuteczność jego przy gruźlicy. Doświadczenia te dowodzą jednak, że możliwie największymi dawkami kreozotu nie podobna wyjałowić tkanek zwierzęcych.

12 zwierząt zostało zakażonych w połowie przez wdychanie i za pomocą szczepienia; z tych sześć zostało następnie wy-

slanych do Davos, 6 umieszczono w stajni instytutu higienicznego; wszystkie te zwierzęta bez różnicy w czasie i w zmianach anatomicznych padły ofiarą ogólnej gruźlicy.

*Feliks Arnstein.*

**314. JACCOUD. Gruźlica płuc w postaci krupowego zapalenia.** *Tuberculose pneumonique. (Leçons de clinique medicale, Paris, 1888).*

Postać ta gruźlicy nie została jeszcze dotychczas dostatecznie poznana, a nieznanomość jej jest źródłem ciężkich błędów w rozpoznaniu i zawodów w rokowaniu. Szczególnie początkowe okresy tej postaci są zwodnicze, poznanie ich przeto dokładnie bardzo jest ważnem.

Młody 24 lat mający człowiek, konduktor omnibusowy silnej budowy ciała nigdy dotąd nie był ciężko chorym, w r 1870 przechodził niezbyt oskrzeli kilka zeledwie dni trwający. Wstąpił on do kliniki 24 listopada 1886 r., lecz już był chorym od 14 dni. Bliższe jednak rozpytywanie chorego przekonywa, że okres ten 14 dniowy składa się z dwóch oddzielnych okresów zupełnie od siebie różnych, pierwszy trwający 10, drugi 4 dni. Pierwszy odznaczał się utratą chęci do jadła, ogólnem osłabieniem, chory mógł jednak pracować. Po 10 dniach takiego niedomagania nastąpił drugi okres rozpoczynający się silnym dreszczem, silnym bólem po lewej stronie klatki piersiowej, kaszlem i trudnym oddechem. Objawy te wskazujące na jakieś ostre cierpienie narządu oddechowego trwały już od 4 dni, gdy chory wstąpił do kliniki. Ten sposób rozpoczęcia się choroby jest charakterystycznym dla tej postaci gruźlicy i posiada ważne znaczenie rozpoznawcze; ostre objawy zupełnie podobne do objawów zapalenia płuc poprzedza okres choroby bezgorączkowy kilkanaście dni trwający, a odznaczający się coraz bardziej zwiększającym się niedomaganiem bez umiejscowienia choroby.

Po przybyciu chorego do kliniki rozpoznanie choroby zdawało się bardzo nie trudnem; dreszcze, gorączka (40,2<sup>o</sup>), ból w boku, kaszel, duszność, plwocina skąpa, lepka z odcieniem rdzawym, stępienie z lewej strony klatki piersiowej z tyłu i u dołu, lekkie wzmocnienie drgani głosowych, rżenia trzeszczące w tem miejscu zdawały się niewątpliwie wskazywać na ostre krupowe zapalenie płuc. Oprócz tego po tejże samej stronie klatki piersiowej w dole nadgrzebieniowym autor znalazł lekkie przyciępienie i rżenia podtrzeszczące. Ognisko to ograniczone i oddzielone od ogniska dolnego przez szeroką przestrzeń zdrowej tkanki. Przyjmując pod uwagę początek choroby nieodpowiednie krupowemu zapaleniu płuc, autor wątpił w obecność zapalenia płuc krupowego i był zniewolonym do podejrzywania sprawy gruźliczej w postaci swoistej tuber. pneumonique.

Dane anamnestyczne tyczące się rodziny chorego: ojciec chorego umarł z gruźlicy płuc, a z pomiędzy 6 dzieci tylko nasz chory pozostał przy życiu, potwierdzały przypuszczenia.

Dalszy przebieg choroby w zupełności potwierdził rozpoznanie: pierwotne ognisko zapalne dolnego lewego zrazu

plucnego z dnia na dzień się powiększało; w tkance zdrowej między tem ogniskiem, a drugim w dole nadgrzebieniowym wystąpiły rżenia podtrzeszczące; następnie i prawe płuco zostało zaatakowane tak, że w połowie grudnia, t. j. w 21 dni po wstąpieniu chorego do kliniki można było stwierdzić: zgęszczenia gruźlicze w stanie rozpadu w dolnym lewym zrazie i w prawym wierzchołku, zgęszczenie w lewym wierzchołku i w  $\frac{2}{3}$  dolnych częściach płuca prawego. Przyroda gruźlicza cierpienia mogła być teraz potwierdzoną obecnością laseczników gruźliczych w płwocinie.

Sposób rozpoczęcia się choroby i charakterystyczne rysy tej postaci gruźlicy nie są zawsze jednakowe; pierwsze okresy choroby przedstawiają różne modyfikacje kliniczne, które też są źródłem częstych błędów rozpoznawczych.

Zwykle początek choroby jest takim jak w naszym przypadku; choroba rozpoczyna się zbiorem objawów właściwych zapaleniu płuc, a po 48 godzinach stan chorego jest tak ciężkim jak przy tej ostatniej chorobie; zawsze jednak przy szczegółowym badaniu możemy się przekonać, że już od pewnego czasu, od kilku dni, do miesiąca, chory czuł się mniej zdrowym aniżeli zwykle. Okresu tego nigdy nie brak przy omawianej postaci gruźlicy.

W drugiej grupie przypadków, mniej licznych, początek nie jest tak ostrym; cierpienie rozpoczyna się gorączką mniejszego natężenia, a inne objawy mniej wyraźnie rozwinięte.

Jest jeszcze trzeci sposób rozpoczęcia się choroby, najrzadziej spostrzegany, a opisany przez autora w r. 1880 w jego *Leçons sur la phtisie pulmonaire*. Objawów ostrych gorączkowych brak w początkowych okresach. Początek jest tak powolnym jak w zwyczajnej przewlekłej gruźlicy; chory nie jest zmuszonym kłaść się do łóżka, lecz czuje się osłabionym, doznaje przelotnych bólów po jednej stronie klatki piersiowej, lekko gorączkuje wieczorami i w nocy, potem zaczyna kasłać, a gdy po kilku tygodniach badać będziemy chorego, znajdziemy w płucach nie objawy nieżyty w wierzchołkach lub rozsianej gruźlicy lecz objawy zgęszczenia zbitego (*infiltration compacte*) w jednym płucu różnej rozległości.

Pierwsza postać jest najczęstszą i początek jej nagły, silna od samego początku gorączka nastęrcza często nie małe trudności przy rozpoznaniu, co i w naszym przypadku miało miejsce.

W znacznej jednak ilości przypadków rozpoznanie jest przeciwnie bardzo łatwe, ponieważ do zwykłych objawów zapalnych dołącza się objaw krwioplucie; objawu tego w naszym przypadku brakło, co uważać należy za rzadkość; najczęściej bowiem omawiana postać gruźlicy od krwioplucia się zaczyna. Zaznaczyć z naciskiem należy, że mamy tu do czynienia z prawdziwym krwotokiem płucnym a nie z płwocinami krwią zabarwionemi. Obfitość krwotoku może być rozmaita, powtarza się en stale w ciągu wielu dni z rzędu. Niekiedy bywa tak silnym, że stać się może przyczyną szybkiej śmierci.

Przebieg i rozwój tej postaci gruźlicy jest też tak różnym jak i początek. Śmierć może nastąpić w ciągu pierwszych 10 dni wskutek obfitych krwotoków lub też nieco później między 15 a 60 dniem w ostrym okresie choroby wskutek zmian w płucach.

Innym razem przebieg jest dłuższy; stan ostry choroby trwa do końca, gorączka w dalszych okresach jest mniejszą aniżeli w początkowych, śmierć następuje po kilku miesiącach, w płucach następuje rozpad, powstają jamy; dla tej odmiany zachować należy nazwę suchot galopujących, Niekiedy znowu po kilku tygodniach okres ostry choroby ustępuje, a choroba dalej przebiega pod postacią przewlekłej gruźlicy płuc.

W naszym przypadku przebieg był następujący: pod wpływem leczenia przeciwgorączkowego za pomocą salicylanu sodu przez dłuższy czas podawanego gorączka przez długi czas ciągle zmieniała swój typ na zwalniający tak, że podczas gdy wieczorna dochodziła do 40, ranna opadała do 38° a nawet do 37. Przez czas jakiś stan ogólny nieco się poprawił, lecz niebawem cierpienie płuc zaczęło czynić szybkie postępy, tak że w ciągu niewielu dni wystąpiły objawy właściwe ostatniemu okresowi suchot płuc, w zrazie górnym lewego płuca stwierdzić się dawała obszerna jama, w pozostałej części płuca zgęszczenie w okresie rozpadu i mniej rozległe zgęszczenie w górnej części prawego płuca. Pod koniec utworzyła się odma pierśiowa i otok ropny, 20 stycznia chory zmarł.

Ogledziny pośmiertne potwierdziły rozpoznanie i znaleziono w opłucnej lewej plyn ropiasty, w płucach zgęszczenia gruźlicze i liczne jamy. Gruźlekków prosowatych nie znaleziono ani na opłucnej ani też na innych błonach surowicznych.

W przypadku naszym mieliśmy do czynienia z gruźlicą pneumoniczną pierwotną. Może ona być i wtórna i przyłączyć się do przewlekłej sprawy gruźlicy płuc.

Przypadki tego rodzaju posiadają ważne znaczenie praktyczne. Chory na gruźlicę niegorączkującą nagle dostaje silnej gorączki, bólu w boku, krwioplucia, zmuszonym jest położyć się do łóżka, z którego już więcej nie wstaje. Objawy fizykalne w pierwszych dniach stwierdzić się dające łatwo mogą zaprowadzić na myśl, że się ma do czynienia z krupowem zapaleniem płuc u chorego na gruźlicę, lecz już po kilku dniach trwania gorączki, szybki postęp zmian w płucach, ciężki stan ogólny chorego pozwalają rozpoznać gruźlicę pneumoniczną; rokowanie staje się niepomyślnem.

Podług doświadczenia autora gruźlica pneumoniczna wtórna jest cierpieniem daleko cięższem aniżeli pierwotna nie tylko z przyczyny poprzedniego stanu chorego, lecz dlatego, że prawie nigdy nie dopuszcza choćby czasowego powrotu do dawniejszego stanu, taki korzystny zwrot jest nadzwyczaj rzadki, autor spostrzegł go zaledwie 2 czy 3 razy. *Feliks Arnstein.*

315. Dr. O. KANZLER. *Die Scrophulose, ihre Pathologie und allgemeine Therapie.* (Leipzig und Wien. 1887).

Na podstawie obfitego materiału (około 2,000 przypad-

ków), zebranego w Rothenfelde (solanka) przedstawia autor patologię zółzow, zwracając szczególną uwagę na objawy zółzowej konstytucji i ogólnej skrofulozy, a także na najskuteczniejsze ich leczenie za pomocą balneoterapii.

W początku swej pracy autor pobieżnie przytacza rozmaite poglądy, dotyczące się istoty zółzów i odrzuca w ostatnich czasach przyjęte utożsamianie zółzów z gruźlicą. Według autora istotę zółzów stanowią zboczenia w sprawach odżywiania i asymlacji w organizmie, zależne od niedostatecznej czynności nerwów troficznych. Zboczenia te wyrażają się objawami niedokładnej budowy histologicznej wszystkich lub niektórych tkanek lub upośledzonej przemiany materii (skłonnością do kataru błon śluzowych) z przebiegiem przewlekłym i obrzmieniem gruczołów limfatycznych. Co się tyczy stosunku zółzów do gruźlicy, to autor utrzymuje, że skrofuloza jest podstawą, na której łatwiej wytwarzają się gruźelki; istnieją zółzy bez gruźlicy, która może jednak rozwinąć się miejscowo w gruczołach limfatycznych, kościach, stawach, skórze i t. d. Zółzy występują najczęściej u dzieci, pochodzących od rodziców z upośledzoną przemianą materii, a więc chorych na suchoty, zółzy, syfisy, anemije, raka i t. p. Bywają one zwykle wrodzone, częściej jednak zdarzają się w niższych warstwach ludności, gdzie rozwojowi ich sprzyjają złe higieniczne warunki.

W przebiegu choroby rozróżnia autor 3 okresy: 1) okres objawów ogólnych: złe odżywianie tkanek, nadmierna wrażliwość tkanek na zewnętrzne bodźce, powiększenie gruczołów chłonnych i t. d.; 2) okres spraw miejscowych: obrzmienia gruczołów z owrzodzeniem, cierpienia oczu i uszu, skóry, kości i stawów; 3) okres końcowy: obrzmienia gruczołów znikają, ustępują kataru oskrzeli i nosa, a natomiast zjawiają się cierpienia żołądka i kiszek i organów płciowych (u kobiet); w późniejszym wieku często spostrzega się rozedma płuc i osłabienie serca. Następnie oddziela autor 3 rozmaite typy postaciowe zółzów: 1) cierpienia zółzowe, zależne od niedostatecznej histologicznej budowy tkanek i od niepełnej przemiany materii (wąty organizm, słaby podkład tłuszczowy, delikatne kości, krótkowzroczność, powiększenie gruczołów chłonnych, eczema i t. d.); 2) cierpienie zółzów, zależne od nadmiernej wrażliwości tkanek na zewnętrzne bodźce (rozmaite kataru i usposobienie do cierpień nosa i oczu, trudne zabliznienie owrzodzeń skóry i t. d.); 3) cierpienie zółzowe zależne od obecności i rozwoju laseczników gruźliczych.

W opisie objawów szczególnych, rozpoznawania, trwania i rokowania choroby autor nie podaje nic nowego. Szczegółowiej zastanawia się nad leczeniem zółzów, opisuje dyetyczne i higieniczne leczenie, zwracając uwagę na troskliwe pielęgnowanie skóry i ostrzegając przed przesadnym hartowaniem skrofulicznych dzieci. Nader ważną w leczeniu zółzów jest zmiana powietrza; wybierać należy miejscowość ze zdrowym górskim lub leśnym powietrzem, albo też nadmorską stacyję. Klimat jednak miejscowości położonych nad morzem północnem nie na-

daje się dla dzieci z nadmierną wrażliwością błon śluzowych. Szczególnie rozbiera autor wpływ kąpieeli solankowych na chorych żółzowatych i podaje szereg ważnych rad, dotyczących się używania tych kąpieeli. Rozpocząć kurację solankową radzi autor jak najwcześniej, przed zjawieniem się objawów miejscowych. Z wewnętrznych środków poleca: picie solanek, użycie soli karlsbadzkiej, preparatów jodu, żelaza i tranu.

*M. Hopfenblum.*

316. Dr. GEMPT. **Użycie podskórnych soli kofeiny w chorobach płuc.** (*Berl. klin. Woch. N. 25, 26. 1888*).

W przebiegu ostrego krupowego zapalenia płuc wskazaniem jest użycie soli kofeiny, jak tylko spostrzegają się osłabienia czynności serca, zmniejszenie ciśnienia tętniczego, lub zwiększona częstość tętna i arytmija. Należy użyć ich przed pojawieniem się objawów zapaści, wobec której wskazanie staje się ważniejszym. Przy istniejących objawach osłabienia, wad i zaniku serca użycie soli kofeiny poleca się z samego początku choroby, zarówno u starców i pijaków. W razie stosownego użycia soli kofeiny następuje zmniejszenie częstości tętna i oddechu, wzmocnienie ciśnienia tętnicy, spadek ciepłoty i poprawa stanu ogólnego. Użycie środków pobudzających przez podanie kofeiny nie wyklucza się. Działanie kofeiny bywa prędkim, przyspiesza się ono przez podskórne wstrzyknięcie. Podobne działanie wywiązują sole kofeiny przy atektazie płuc, a przy rozedmie i stanach astmatycznych wskazania do użycia soli kofeiny są analogiczne ze wskazaniami przy chorobach serca.

*M. H.*

### III. Chirurgija.

317. THOMAS BRYANT. **O przyczynach, skutkach i leczeniu naprężenia (tkanek) w praktyce chirurgicznej.** (*On the Causes, Effects and Treatment of Tensivis as met with in Surgical Practice. The Lancet. 1888. Nr. 3, 382 i 3383*).

Doniosłość naprężenia tkanek dopiero w ostatnich latach została należycie oceniona, i właściwe pojmowanie tego stanu oddaje wielkie usługi w praktyce przy rozpoznawaniu oraz leczeniu chorób chirurgicznych. Przez wyraz „naprężenie” (tensio) rozumiemy najczęściej stan tkanek, znajdujących się pod wpływem ciśnienia od wewnątrz, bądź przez nowotwór, bądź to przez jakikolwiek wylew. Mówimy też o naprężeniu tkanek, spowodowanem przez zbliżenie elastycznych brzegów rany za pomocą szwów. Skutki naprężenia zależne są z jednej strony od natury podlegających mu tkanek, mianowicie od stopnia podatności ich a także od szybkości z jaką naprężenie zostało wywołanem. Skutkiem bezpośrednim tego stanu jest zmiana krwiobiegu, zwłaszcza żylnego: zwolnienie przepływającej fali i wreszcie zastój krwi żyłnej, a prawdopodobnie i tętniczej, za czem następuje zniszczenie (destructiv) tkanki. Nerwy, znajdujące się w obszarze tkanki naprężonej ulegają również wpły-

wowi ciśnienia, a wynikiem tego jest objaw podmiotowy ból; natężenie jego ma się w prostym stosunku do wysokości naprężenia i obfitości nerwów czuciowych w cierpiącej tkance.

Rozpoznanie naprężenia i jego stopnia jest rzeczą łatwą do dokonania za pomocą obmacywania w narządach powierzchownych; w głębszych bywa trudniejszą, w kościach lub jamie czaszkowej niemożliwą. Porównanie naprężenia pewnego narządu ze stanem równoznacznego (n. p. naprężenie galki ocznej), wygląd narządu, powiększenie jego objętości dopomaga do rozpoznania. Tak dzieje się np. ze stawem kolanowym. Jeżeli tkanka naprężona okryta jest warstwą części miękkich, np. przy periostitis femoris, oznaki te mogą nie mieć miejsca, ale w takim razie powiększenie narządu, i przepełnienie żył widoczne na powierzchni daje wiele do myślenia, a w sposób racjonalny możemy wnioskować o ucisku, kryjącym się w głębi.

Rozpatrzmy rodzaje naprężenia tkanek, spowodowane przez różne przyczyny a także zasady postępowania leczniczego.

Naprężenie zależne od nowotworów w zawiąło z jednej strony od stopnia ich złośliwości, szybkości, wzrastania, a z drugiej od podatności tkanek otaczających. Tłuszczak podskórny nie wywołuje naprężenia a przeto i bólu, a jeżeli ostatni istnieje, tedy należy od współdziałania nerwu. Guz niezłośliwy, umiejscowiony głębiej, np. w sutce, pokrytej skórą i powiezią bólu nie wywołuje, albo tylko nieznaczny, dopóki jest niewielkich rozmiarów i nie napina ani rozpiera otaczających tkanek. Ale skóra okrywająca guz wzrastający zmienia swój wygląd, staje się siedliskiem przekrwienia; przekrwienie to stopniowo wzrasta i stanowi źródło zapalenia lub owrzodzenia. Jeżeli guz tęgi (solid) lub torbielowy wzrasta w jeszcze głębszych częściach i pokryty jest przez mocną powięź, tedy obraz zmienia się: jak tylko powięź staje się naprężoną lub części głębsze rozciągane, wtedy występuje naprężenie czyli ciśnienie odśrodkowe a wraz z tem ból staje się objawem mniejszego lub większego natężenia. Guz wzrastający w pośród mięśni w okresach wczesnych dopóty nie sprowadza bólu, póki tkanki są podatne, ale kiedy guz wzrastając zaczyna silnie napinać, powięź, wtedy pojawia się ból i stopniowo wzrasta. W dodatku do bólu wywołanego przez naprężenie dołącza się jeszcze ból spowodowany przez miejscowy ucisk wsteczny na pnie nerwowe. Jeżeli prztem guz (neuroma) umiejscawia się w samej pochwie nerwowej, ból zjawia się natychmiast i wzrasta się z powodu ucisku wywieranego bezpośrednio na włókna nerwu. Guz powstający z kości wywołuje ból zawisły od naprężenia. Np. guz tęgi (solid), lub torbielowy w komorze Highmora, wzrastając rozpiiera ścianki kostne i wywołuje ból; wprawdzie często nie jest tutaj bardzo dokuczliwym, ponieważ cienka ścianka kostna zwykle ustępuje niewielkiemu ciśnieniu od wewnątrz, przez co ból zmniejsza się, a jeżeli ból w tym razie istnieje, tedy raczej zależy od współdziałania (implicatio) nerwów. Jeżeli zaś trzon kości długiej staje się siedliskiem guza torbielowego, wtedy naprężenie jest znacznem a ból gwałtownym, i to z powodu twar-



dości i niepodatności tkanki. Tego rodzaju ból kostny jest ciągłym i nie wzmaga się pod wpływem ciepła pościelnego, jak w zaburzeniach zapalnych. Jeżeli przytem guz twardy (mięsak; powstaje w środku tęgiej kości, np. szczęce dolnej, zawierającej kanał wraz z nerwem czuciowym, naprężenie w najwyższym stopniu jest tego skutkiem, a ból gwałtowny zyskuje w nateżeniu z powodu dodatkowego ucisku wstecznego na nerw. Guzy w kości długiej powstałe nie zawsze jednak sprowadzają naprężenie jej, gdyż wzrastając przez ciągły ucisk wywołują jej zanik i wessanie, a powiększenie objętości idące w parze z rozrastaniem się guza neutralizuje skutki naprężenia. Dla tego też ból, jaki mógł istnieć początkowo z czasem znika, jeżeli tylko nowotwór w dalszym ciągu nie uciska nerwów lub tkanek obficie unerwionej.

Z tego widzimy, że wpływ naprężenia tkanek miękkich lub kostnych, spowodowanego przez guzy nie może być lekceważonym: jako najważniejsza przyczyna bólu jest czynnikiem potężnym, a jako objaw kliniczny ma wielką wartość rozpoznawczą.

Naprężenie zależne od wylewów ma się w stosunku odwrotnym do podatności ścianek jamy przez wylew powstałej, lub tkanek otaczających, a objawy zależą od stopnia unerwienia ich. Wylew krwawy podskórny w powiece lub mosznie, opatrzonej skórą cienką i rozciągliwą, jeżeli tylko nie jest zbyt wielkim, wywołuje ból nieznaczny lub inne uczucie chorobliwe. Ale jeżeli krew zostaje wylaną pod powięzią, pod skórę ucha, w miejscu połączenia nosa z wargą górną, w okolicy gruczołu przyusznego, t. j. w częściach nietylko czułych ale i nierozciągliwych, wtedy ból jest gwałtownym, zależnym od naprężenia tkanek. Toż samo ma miejsce przy wylewach krwi do jam wewnętrznych. Można jednak mieć śmiertelny krwotok do jamy otrzewnej, nie doznając żadnego bólu, gdyż utrata krwi prędzej śmierć sprowadzi, zanim wywoła naprężenie jamy. Przy krwotokach wewnątrz czaszkowych, gdzie niema tkanek podatnych i gdzie może mieć miejsce tylko ucisk wsteczny skutki naprężenia są bardzo wyraźne i destrukcyjne. Jeżeli po złamaniu kości, tworzących staw kolanowy, następuje krwotok do jamy stawowej, to ta staje się niezmiernie naprężoną i wywołuje ból gwałtowny oraz zaburzenia ogólne, a jeżeli to naprężenie nie zostanie wcześniej zniesionem, tedy pociąga za sobą destrukcją stawu. Gałka oczna może być siedliskiem wylewu krwi do jamy przedniej, środkowej lub tylnej, wywołującego ból w takim tylko razie, jeżeli krwotok jest dość obfitym, aby sprowadzić naprężenie gałki. To samo tyczy się otoczeki pochwowej jądra (tunica vaginalis). W daleko większym stopniu występuje ból, jeżeli krwotok ma miejsce w narządach głębszych, niepodatnych i obficie unerwionych (jądro, część opuszkowa cewki). W ogóle więc, gdzie niema naprężenia tam niema bólu i vice versa.

Naprężenie zawisłe od zapalenia. Obrzmienie jest jednym z objawów klasycznych zapalenia, zależnym

od przesiąkania płynu z naczyń, a których bieg fali został zwolnionym a nawet powstrzymanym. To kapitalne Sanderson'owskie zjawisko powinniśmy zawsze mieć w pamięci, gdyż daje ono w każdym przypadku klucz do należytego ocenienia objawów miejscowych oraz zjawisk chorobliwych. Wielkość obrznięcia zapalnego zależy od własności cierpiącej tkanki, a zwłaszcza od jej podatności.

Ból miejscowy jest i tu oznaką naprężenia i oba te objawy mają się w prostym do siebie stosunku, i gdzie naprężenie zapalne zostaje zniesionem, czy to drogą samoistną czy też przez rękoczyn właściwy, tam ból ustaje. Jeżeli ból wzmaga się w nocy, t. j. kiedy chory znajduje się w cieplej pościeli a krwiobieg jest spotęgowany, prawdopodobnem jest, że zaburzenie jest zapalnym i że ten nadmiar szybkości krwi przypływu wywołuje naprężenie tkanki lub potęguje je.

Skutki naprężenia tkanek, znajdujących się w stanie zapalnym, zależą bardzo od jego stopnia a wynikiem ostatecznym jest obumarcie (necrosis) tkanki, a to z powodu zastojów krwi, do którego przy zapaleniu od zwolnienia fali jest tylko jeden krok. Wiadomo bowiem, że destrukcyja tkanki przy zapaleniu nie zależy od braku krwi, przeciwnie, krwi tu nie brak, ale ta wycofana została z obiegu.

Ból zatem jest oznaką naprężenia i zarazem miarą jego, a zależy od umiejscowienia zapalenia i rodzaju cierpiącego narządu. Róża na miejscu skóry podatnym i rozciągliwym nie wywołuje wielkiego bólu, ale kiedy się umiejscowi na nosie, górnej wardze, na karku, uchu t. j. w miejscach skóry niepodatnych, wtedy ból staje się gwałtownym z powodu silnego naprężenia tkanek. Jeżeli naprężenie zapalne powstaje w narządzie otoczonym pochewką niepodatną (inflammatio thecal) wtedy ból zjawia się z samego początku i wzmaga się gwałtownie; przytem, w dalszym ciągu naprężenia następuje destrukcyja tkanki cierpiącej. Rychle zaś zniesienie tego naprężenia usuwa ból, oraz zapobiega tej destrukcyi. Sprawa bowiem jaka tu zachodzi jest następująca: Naczynia włoskowate tkanki stają się w większym lub mniejszym stopniu zatkane (thrombosed) a jako skutek tego następuje wysięk, który będąc zamkniętym w niepodatnej pochwie wywiera ciśnienie odśrodkowe na wsze strony, napina i rozsadza tkanki otaczające i wreszcie toruje sobie drogę w kierunku najmniej odpornym. Jeżeli naprężenie nie zostaje zniesionem, wtedy wskutek ciśnienia i krwi zastojów następuje śmierć tkanki. Wraz z e śmiercią tkanki następuje ropienie w kanale pochwowym i w końcu wydalenie znekrotyzowanej tkanki.

Wynik praktyczny wszelkich spraw tego rodzaju jest ten mianowicie, aby usuwać wcześniej naprężenie oraz ciśnienie odśrodkowe i zapobiegać tegoż skutkom wyżej wyluszczonej. Niestety, zbyt wielu dzisiaj jeszcze wzdraga się wykonać cięcie lub nawet przekłucie głębokie zapalnej tkanki, zanim jeszcze dojdzie do ropienia. Tryumfem chirurga nie powinien być strumień ropy, tryskającej z pod

jego noża: jego radością powinno być wypełnienie obowiązku, mianowicie upuszczenie płynu zapalnego zanim dojdzie do spraw destrukcyjnych i ropienia. Jest to faktycznie pierwszym obowiązkiem lekarza a wykonanie jego nigdy *zawczesnem*. Bryant zwykł nacinać tkanki w stanie zapalenia znajdujące się bardzo wcześniej i jest zadowolonym z tego postępkę, jeżeli wypływa tylko krew i surowica, a nie ropa: obecność ropy oznacza zawsze dokonaną już destrukcję tkanki, którą należy uprzędzić.

Przy zapaleniu stawu np. kolanowego torebka śluzowa zostaje nadmiernie naprężoną i rodzi się wtedy obawa zaborzeń stawych w stawie, które niewątpliwie następują, jeżeli naprężenie zostaje zawczasu zniesionem. Bryant przeto aspiruje wysięk lub nakłuwa torebkę za pomocą tenotomu, robiąc zastawkowatą ranę klutą i nieco surowiczego wysięku upuszcza lub pozwala mu przedostać się do tkanki łącznej, gdzie zostaje wessanym. Ta mała operacyja nie tylko usuwa ból przez zniesienie naprężenia, ale czyni więcej, mianowicie nieznaczna ilość płynu pozostalego w stawie ulega wessaniu i wyzdrowienie szybko następuje. To samo tyczy się zapalenia woreczków surowicznych. Wypuszczenie bowiem niewielkiej ilości wysięku zapalnego w początkach zapalenia usuwa naprężenie i ból i jednocześnie umożliwia swobodę krążenia w naczyniach, chłonnych żyłach i tętnicach. Na też zasadzie zawartość ropnia ostrego lub przewlekłego często ulega wessaniu drogą naturalną, jeżeli zostaje wydaloną ilość płynu dostateczna do zniesienia naprężenia. Wszak przy jaskrze, czy to ostrej, czy przewlekłej leczenie ma na celu zniesienie naprężenia (i bólu) wcześniej, t. j. zanim nastąpią stałe zmiany wtórne w tkankach oka, jako rezultat rozprężenia (*distensio*), i ta zasada powinna być stosowaną we wszystkich sprawach zapalnych połączonych z naprężeniem tkanek.

Przy zapaleniu ucha średniego naprężenie odbija się albo na ściankach kostnych niepodatnych lub na szybkach błoniasztych, zakrywających otwory (zewnątrzny i wewnętrzny prowadzące pośrednio do jamy czaszkowej). Ztąd to ból bywa tak gwałtownym, promieniującym w rozmaitych kierunkach, ztąd wysoka gorączka i bardzo często objawy mózgowe. Takież naprężenie występuje przy zapaleniu i ropieniu nerki, spowodowanym przez obecność kamyka lub innej przyczyny zatykającej światło moczowodu. W tym razie ból nerkowy zależy od naprężenia miedniczki.

Wpływ niepomysłny naprężenia tkanek na przebieg sprawy gojenia się ran jest ogólnie znanym. Sprawy zagojenia się rany i jej zapalenie nie tylko że nie są identycznymi, ale wprost są sobie przeciwne: pierwsza jest sprawą fizyologiczną, konstrukcyjną, druga jest, chorobliwą, destrukcyjną. Jeżeli do rany gojącej się przez Hunterowską *prima intentio*, przyłączy się zapalenie, wtedy sprawa reparacyjna ustaje, a następnie rozbudzona wytwarza ziarninę; jeżeli zaś do rany ziarninującej do-

łączy się zapalenie, wtedy w ziarninie następuje rozpad cząsteczkowy, i tworzy się wrzód. Z tego też powodu należy unikać zapalenia ran, bądź to przez niedopuszczenie mikrobow z zewnątrz, bądź przez zapobieganie naprężenia od wewnątrz. Przy najściślejszej antyseptyce zbyt przez szwy naprężone brzegi rany muszą ulec zapaleniu a zatem procesowi destrukcyjnemu. W ranach głębokich nagromadzenie się krwi lub surowicy wywołuje także naprężenie tkanek, sprządza więc zapalenia i przeszkadza zagojeniu.

Nieraz ułatwienie odpływu krwi żyłnej i zmniejszenie przyływu tętniczej już jest dostatecznym do zmniejszenia naprężenia, a zatem i bólu, jak to ma miejsce np. przy wysokiem ułożeniu kończyny, będącej siedliskiem zapalenia. Tak samo skutkuje uciskanie tętnicy doprowadzającej, miejscowy lub ogólny upust krwi, przystawienie pijawek, baniek, a to przez zmniejszenia naprężenia i ulżenia krążeniu krwi.

Najdobitniej potwierdzają się prawdy powyższe przy zapaleniach kostnych. Niewątpliwie ważną rolę odgrywają tutaj warunki krążenia mianowicie ścisły związek zachodzący między ukrwieniem kości i okostnej z jednej, a kanałem z drugiej strony. Należy też pamiętać, że naczynia kostno przebiegają w kanalikach o niepodatnych ściankach, że żyły ubogie są w włókna mięśniowe, w zastawki, i w ogóle pozbawione są tych urządzeń, które w narządach miękkich sprzyjają krwiotokowi, że jednym słowem system krwionośny w kościach znakomicie do zastojów usposabia. Ztąd zrozumiałą jest łatwość rozszerzania się sprawy zapalnej z endosteum na kość, na periosteum i vice versa, a także słabość natury nie wspieranej przez sztukę w sprowadzeniu wyleczenia. Nekrotyzacja kości jest zwykłą konsekwencyją tych spraw (periostitis, endostitis, osteomyelitis, osteitis), a w innych wypadkach wytwarza się ropień lub ropnie z częściowym obumarciem kości. Nawet zapalenie przewlekłe w tych narządach raz wybuchłe powiększa się stopniowo i niezawodnie, a ostatecznym rezultatem jest także ropień kostny z nekrotyzacją większego lub mniejszego odcienia, albo skleroza całej kości, jako wynik stałego drażnienia jej przez obecność ropnia lub martwaka. Obumarcie zaś kości, jak również ból zapaleniu towarzyszący, zależą od naprężenia tkanek, spowodowanego przez przekrwienie zapalne i jego skutki. Obowiązkiem więc lekarza i tutaj jest zniesienie wczesne naprężenia, a ceną tegoż wskazówką jest ból zarówno w ostrych jak przewlekłych wypadkach. W ostatnim razie ból może być łagodnym, ale wzmaga się przy okolicznościach sprzyjających zastojowi krwi: przy chodzeniu, jeżeli cierpiącą jest kość kończyny dolnej, przy opuszczeniu kończyny górnej, jeżeli ta jest siedliskiem zapalenia. Ciepło pościeli, jak już powiedziano, również ból powiększa, a błędem jest sądzić, że bóle wzmagające się w pościeli, mają swą przyczynę w chorobie specyficznej (t. zw. dolores osteocopi). Są to zawsze bóle kostne z charakterem zapalnym. Zwykle w tych razach możemy skonstatować podniesioną temperaturę kości, jeżeli porównamy ją z temperaturą

otaczających miejsc i odpowiednich okolic przeciwnej strony ciała.

Ból i naprężenie usuwamy przez wykonanie cięcia głębokiego, jak tylko rozpoznanie periostitis jest niewątpliwem. Jeżeli ostra osteitis, endostitis, lub osteo-mielitis zajmuje trzon kości długiej, a tembardziej jeżeli wybucha w chrząstce nasadowej lub w samej nasadzie, konieczność głębokiego nacięcia jest również praktycznie ważną rzeczą i to na tej samej zasadzie, jak przy ostrej periostitis, ale w tym razie służy jeszcze jako środek do jeszcze ważniejszego rękoczynu, mianowicie do otworzenie środka samej kości, gdy tu jest siedlisko zapalenia. Tylko taki rękoczyn działa skutecznie na sprawę chorobową, czy to przez wywołanie, czy też ograniczając jej tendencje, których wyrazem jest ropienie. Zbyt długo czekać t. j. aż dojdzie do ropienia jest stratą czasu i krzywdą dla chorego. Należy pamiętać, że skutki destrukcyjne naprężenia przy ostrej periostitis lub endostitis w większości wypadków występują po upływie tygodnia od chwili wybuchu zapalenia, tak że jeżeli leczenie ma im zapobiedz, powinno być stosowane wcześniej. Każdy przyzna, że przez otworzenie (drilling) lub trapanacją kości zapobiegamy jej nekrozie. Jeżeli po głębokim nacięciu okostnej w stanie zapalnym będącej wypływa płynny infiltrat zapalny lub tylko krew, możemy mieć nadzieję, że do nekrozy nie dojdzie, ale jeżeli znajdziemy ropę, wtedy wielkiem jest już prawdopodobieństwem, że na większym lub mniejszym obszerze kości nastąpi jej obumarcie. Taż sama zasada ma pełne zastosowanie w przewlekłych sprawach zapalnych okostnej i kości i na szczęście zaprawdę nie trzeba nawet zbyt ścisłego rozpoznania natury cierpienia: dość, jeżeli ból i naprężanie, oraz inne dane wskazują na cierpienie głębokie kości. Bryant nie waha się wtedy przeniknąć do środka kości w jednym lub wielu miejscach dla zmniejszenia naprężenia i jeżeli tylko krew lub surowica wypływa, tedy wnioskuje z tego, że sprawa destrukcyjna nie ma miejsca i nie robi nic więcej w przekonaniu, że ból (jako miara naprężenia) natychmiast ustanie i sprawa skończy się pomyślnie. Jeżeli po tym rękoczynie ból nie ustaje, tedy pozostaje jedna tylko możliwość, mianowicie ropnia kostnego, dla otworzenia którego należy uciec się do trepanacyi. Jeżeli przy pierwszym otworzeniu kości ukaże się ropa, to obecność jej upoważnia do poszukiwań głębszych i najczęściej znajdzie się martwak w ropniu.

Jeżeli zawartość ropnia kostnego przedostaje się do stawu destrukcyjna, tegoż jest prawidłem ogólnem i w takim razie konieczność odjęcia członka jest niedaleką. Zadaniem więc lekarza powinno być zapobieganie temu powikłaniu, a to możliwem jest tylko przez ugaszenie zapalenia w kości dopóki do ropienia i spraw destrukcyjnych jeszcze nie doszło, lub też przez otworzenie ujścia dla zawartości ropnia.

Bryant przytacza w swej znakomitej pracy historyje około 40 nader pouczających przypadków, ilustrujących i potwierdzających jego zapatrywania, ale dla braku miejsca musi-

my je niestety pominąć, ograniczając się na traktowaniu ogólnym przedmiotu.

Reasumując drugą połowę pracy, autor dochodzi do następujących wniosków:

1<sup>o</sup> Ból połączony z jakąkolwiek postacią zapalenia kości lub okostnej zależy od naprężenia, a natężenie jego ma się w prostym do tegoż stanu stosunku.

2<sup>o</sup> W ostrym zapaleniu tych narządów naprężenie jest główną przyczyną obumarcia kości, a w ostrych i przewlekłych postaciach jest ważnym powodem ich przewlekłości, jako też spraw destrukcyjnych prędzej lub później następujących.

3<sup>o</sup> Zniesienie naprężenia tkanek, gdziekolwiek ono ma miejsce, jest ważną zasadą praktyczną, którą należy stosować wszędzie.

4<sup>o</sup> Dla zmniejszenia naprężenia w tkankach miękkich miejscowe zastosowanie pijawek, miejscowy i ogólny upust krwi, nakłówanie (acupunctura), aspiracja, mogą być wystarczające mi; przy periostitis, endostitis może się okazać potrzebnem, zależne od osobliwości przypadku, podskórne lub otwarte cięcie głębokie aż do kości, jako też przedziurawienie (drilling), trepanacja lub obnażenie kości odpowiednim narzędziem.

5<sup>o</sup> W okresie wczesnym przekrwienia zapalnego kości, zanim nastąpią sprawy destrukcyjne, doświadczenie wyraźnie nakazuje zmniejszyć naprężenie dla wstrzymania postępu choroby i przyczynienia się do uleczenia, a w ostatecznym razie do usunięcia bólu oraz ograniczenia zmian destrukcyjnych.

6<sup>o</sup> Przy zapaleniu kości stawowych, jakiegokolwiek okresu i postaci też sama zasada powinna być stosowaną w celu uratowania stawu.

7<sup>o</sup> Przy ostrych lub przewlekłych ropniach kości jama ropnia powinna być otworzona i opatrywana tak samo, jak ropień każdej innej tkanki.

*D. Wassercug (Zawiercie).*

318. BARTH A. O wyciowaniu otwartego wyrostka Meckel'a wraz z wypadnięciem kiszki. (*Deut. Zeit. f. Chir.* B. 26. H. 3, 4. 1887).

Po opisanu przez Meckel'a wypuklenia kiszki biodrowej jako pozostałości po przewodzie omph. mesaraici, inni autorzy przyszedli do tegoż wniosku na skutek wielokrotnych badań. — Spostrzegali oni mianowicie wyrostek ten rozmaitej długości łączony z kiszką, ślepo zakończony, to swobodnie zwieszający się w jamie brzusznej, innym razem nitkowato łączący się z pępką, lub wprost otwierający się na zewnątrz w rodzaju przetoki pępkowej, nareszcie wyciowania owego wyrostka, nieraz zaś wraz z wyciowaną wypadniętą kiszką.

W ten sposób objaśniają teraz owe rzadkie guzy pępka granulomata, enterokystoma (Roser), enteroteratoma (Kolaczek), adenoma (Küstner) tworzące się na ścianie kiszki.

Barth'owi zdarzył się wypadek bardzo powikłany, ze względu więc na rzadkość ich, trudność w rozpoznaniu i leczeniu, zebrał wszystkie dotąd opisanie wypadki proste i powikłane, przytacza

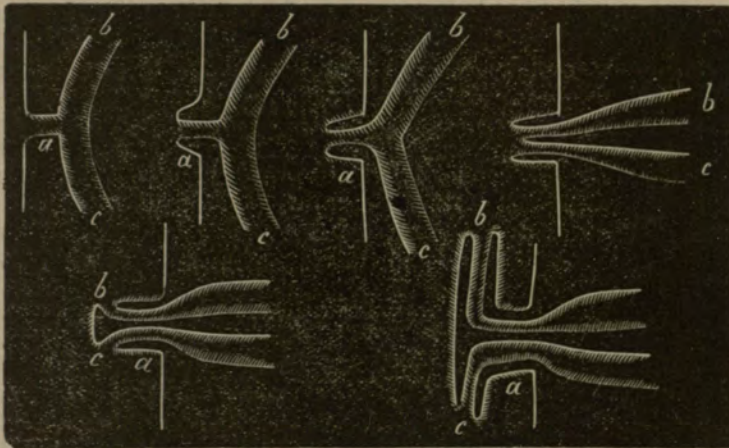
w krótkości historję chorób, sposób traktowania, następnie wyprowadza wnioski.

My przytoczymy tylko wypadek autora jako typowy. — U dziecka 9-cio dniowego w kilka dni po opadnięciu sznurka pępkowego zauważono guz na pępku, z którego wydziela się kał, bez względu na wypróżnienia normalną drogą. Guz formy walcowatej, długości 1 cm. poprzeczny wymiar  $1\frac{1}{2}$  cm., koloru krwawo czerwonego, powierzchnia podobna do nastrzykniętej błony śluzowej kiszki, bezpośrednio przechodzi na skórę pępka, z otworem na wolnym końcu, zgłębnik zanurza się do 4 cm. w jamie brzusznej, guz zmienia się przy krzyku dziecka. Rozpoznawszy guz jako wycnicowany wyrostek Meckela, autor opatrzył go gazą jodoformową i nałożył z plastra opaskę uciskającą.

W 5 dni widząc powtórnie dziecko, B. znalazł ze zdziwieniem w tem miejscu narosł cylindryczną bardzo czerwoną,



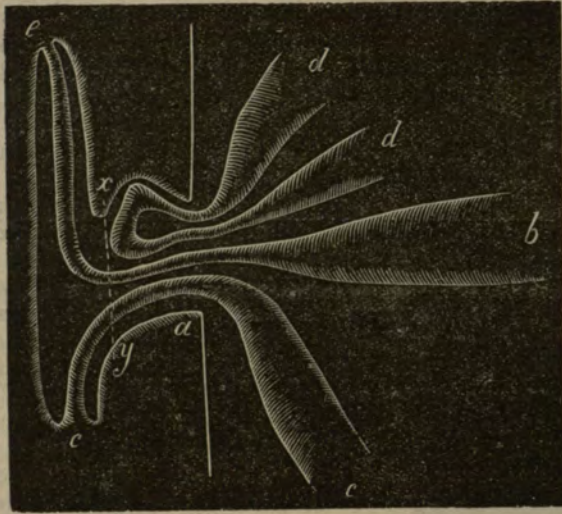
łatwo krwawiącą, długości  $2\frac{1}{2}$  cm., szerokości  $1\frac{3}{4}$  cm., która w rodzaju trzona lub szypuły (a) wydłużała się pod kątem prostym w walec długości 7 cm., grubości 1 —  $1\frac{1}{2}$  cm. (b c), a w miejscach b i c są otwory nie łączące się z sobą; przez otwór b łatwo dostać się zgłębnikiem do jamy brzusznej, przez c tylko na długość b c. Prócz tego na przedniej górnej powierzchni szypuły zauważyć można wypuklenie d. B. podaje szematyczne rysunki powstawania i postępowania owego wycnicowania od początku aż do stadium, w którym znajduje się jego chory.



a — Wyrostek Meckela. b — Kiszka doprowadzająca.  
c — Kiszka odprowadzająca. f — skóra.

Koniec kiszki doprowadzającej coraz więcej się wycnicowuje i oddala od odprowadzającej, dochodzi do kresu, gdyż dalej

nie dopuszcza naprężająca się kreska kiszkowa. Autor przypuszcza, że wypuklenie d stanowi rodzaj przepukliny kiszkowej przez wrota pępkowe pomiędzy ścianką wycięwanego wyrostka i ścianką wycięwanej wypadniętej kiszki.



W takim stanie dziecko było demonstrowane przez D-ra Schmidt'a lekarzom i przy następnem usiłowaniu odprowadzenia, dziecko nie uspięno zaczęło krzyczeć i kiszka (d) pokryta błoną surowiczą wypadła przez sztuczny otwór na granicy (x) wyrostka i kiszki wycięwanej. Po zachloroformowaniu pacjenta, udało się w odpowiednim miejscu (y) odciąć wyrostek od kiszki, teraz B. kiszki napowrót wywrócił, powłoki brzuszne rozciął wzdłuż smugi białej na 4 cm., kiszki odprowadził, utworzył sztuczny odbył, przyszywając przedziurawioną kiszkę do skóry. Wyrostek po podwiązaniu u pępka odciął.

Podczas operacji pękła kiszka w innym miejscu, ale ją zdołano zeszyć, dziecko w 3 dni umarło. Autopsya wykazała mały ropień w powłoce brzusznej i ograniczone zapalenie otrzewnej.

Autor dzieli zebrane 13-cie wypadków na: 1) proste, w których znaleziono tylko wycięwanie otwartego wyrostka i 2) powikłane wycięwaniami wypadniętymi kiszkami.

Co do powstawania powyższego procesu B. jest zdania, że z odpadającym sznurkiem pępkowym część wyrostka znajdująca się w owym sznurku znika i odpada jednocześnie, pozostała zaś z r o ś n i ę t a z pępkiem, jak gdyby odcięta zostaje otwartą, następnie nadzwyczaj szybko się wyciętuje pod wpływem tłoczni brzusznej. Nie zgadza się B. z tymi, którzy twierdzą, że powstaje w skutek zbyt blizkiego do pępka podwiązania sznurka i tym sposobem odcięcia części wyrostka znajdującego się w sznurku, w takim razie otwór nie byłby na pępku, ale w pewnej odległości i ta część wyrostka byłaby pokrytą na zewnątrz



bloną surowiczą, a wewnątrz śluzową, czego w żadnym wypadku nie zauważono. Dalej twierdzi, że pierścień pępkowy jest zawsze silnie zrośnięty z wyrostkiem i od szerokości pierścienia zależy, czy nastąpi wygojenie, czy wycięcie kiszki w dalszym ciągu.

Dla rozpoznania trzeba zwrócić uwagę na następujące punkta:

1. Wrodzoną przetokę kałową uważać należy jako otwarty wyrostek, za pomocą elastycznego kateteru możemy wyciągnąć cząsteczki kału i tem odróżnić od otwartego pomocznika (urachus).

Przetoki kałowe mogą powstawać na skutek zapalnych processów z zewnątrz lub z wewnątrz, np. gangrena pępka, lecz rozpoznajemy po tem, że są nabyte. Przetoka może też powstać z odpadnięciem sznurka pępkowego wraz z częścią przepukliny do sznurka, rozróżnia się jak szuczny odbył od przetoki kałowej.

2. Wygląd zewnętrzny opisany w powyższym wypadku. Można tylko pomieścić powikłanie wyrostka z wypadnięciem kiszki przy przetoce pępkowej, lecz w ostatnim wypadku szypuła jest bardzo krótką; w wycięciu przy anus ex omphalo nie ma wcale wspólnej szypuły. Prognoza zależy od stopnia wycięcia, bo 1) z 6 wypadków 3 wyleczono, a 2) wszystkie 7 zmarły.

Leczenie zasada się na możliwie wczesnem rozpoznaniu owej przetoki i stosowaniu środków żrących, by przyspieszyć zarosnięcie, w przeciwnym razie na drodze operacyjnej, to jest okrwawić sposobem Kinga na około i zaszyć, następnie nałożyć uciskający opatrunek. Jeżeli nastąpiło już wycięcie, ale w małym stopniu, to możemy próbować odprowadzenia, w większym — atoli na nic się ono nie przyda, trzeba przystąpić do operacji. Niektórzy operatorowie wprost od razu usuwali guz wystający bądź galwanokaustycznie (Marschall) i zeszywał skórę przy pępku po nad kikutem, lub też nożycami (Chadelux) i pozostawiała ranę do wytwarzania się ziarniny, lub też nakładając ligaturę.

We wszystkich tych sposobach możemy się spodziewać uprzedniego, lub też pooperacyjnego zrośnięcia obu przylegających do siebie warstw otrzewnej, co się wcale przy autopsyi nie sprawdza; można byłoby sposobem Kinga częściowo odciąć, nakładając uprzednio ligaturę na wewnętrzną część wyrostka i ligaturę tę następnie złączyć ze skórą, lecz w tym wypadku nie usunęlibyśmy możliwości dalszego wycięcia kiszki.

Sposób podany przez autora następujący:

Laparotomija, cięcie poczynamy 2 cm. po nad pępkiem, okrążamy z lewej strony pępek i kończymy na 2 cm. pod nim, odprowadzamy wycięty wyrostek przez pociąganie za koniec kiszkowy, dalej autor odcina wyrostek przy kiszce, nakłada szew kiszkowy sposobem Czerny'ego, wyłuszcza cały pępek wraz z wyrostkiem, szew skórny.

W wypadkach daleko posuniętych trzeba natychmiast przystąpić do operacyi, w razie długotrwałego zaciśnięcia (strangulatio) kiszki i ztąd powstałej zmiany, grożącej zmartwieniem, nałożyć sztuczny odbyt.

Jeżeli chcemy prędko skutecznie operacyję ze względu na siły dziecka, to wystarcza: laparotomija, odprowadzenie, szew skórny i ucisk na otwór wyrostka (sposób Siebold'a). Nawet w wypadku świeżego zaciśnięcia możemy operować w ten sposób, rozcinając uciskający pierścień z zewnątrz ku wewnątrz t. j. od rany przy laparotomii do wyrostka, nie zaś jak radzi Weinlechner przeciąć ściankę wyrostka, herniotomem rozciąć pierścień uciskający, następnie przed całkowitem odprowadzeniem zaszyć ściankę wyrostka. W razie wytworzenia sztucznego odbytu, jeżeli mamy zatrzymanie stolca, autor radzi robić iniekcycje za pomocą elastycznego kateteru, lecz nigdy nie zostawia go na stale, by się nie doczekać odleżyny.

*Michał Brüner.*

319. Prof. F. E. WAXHAM z Chicago. **Uwagi przy intubacyi krtani.** *Remarks on intubation of the larynx. (The british medical journal Sept. 29, 1888).*

Professor Waxham na rocznem zebraniu Towarzystwa lekarskiego w Glasgowie, w dyskusyi nad błonicą, wyłożył w krótkim a treściwym przemówieniu zasady, wedle których odbywać się ma intubacyja krtani, rękoczyn, wobec grożących życiu objawów konkurujących z tracheotomią.

Narzędzia potrzebne do intubacyi składają się z: a) rozwieracza jamy ustnej, b) wprowadacza rurki, c) wyciągacza rurki, d) pięciu rurek krtaniowych różnego kalibru. Mówca zaleca przedewszystkiem, aby mający zamiar kiedy wykonywać omawianą operacyję przedewszystkiem doskonale zaznajomili się z narzędziami, wprawiali się w rękoczyn intubacyi na trupach, a nawet przez wkładanie i wyjmowanie rurek w złożoną dłoń drugiej osoby wyrabiali sobie czucie dotyku narzędzi między sobą, nakoniec wielka delikatność w manipulowaniu musi być połączoną z szybkością rękoczynu, który dłużej nad 5—10 sekund trwać nie powinien. Przystępując do rękoczynu lekarz wybiera rurkę stosownego do wieku kalibru, obwiązuje ją przy górnej części nitką jedwabną, pozostawiając koniec nitki długi do 16 cali, zaczem rurkę ujmuje wprowadzaczem.

Pacyenta, jeżeli to jest dziecko, bierze piastunka na kolanach, główkę opiera na swem lewem ramieniu, a skrzyżowanymi na piersiach dziecka rękami obezwładnia jego ruchy. Pomocnik z tyłu piastunki stojący powinien ustalić rękami główkę dziecka i przechylić ją cokolwiek w tył. Założywszy w lewym kącie ust rozwieracz szczęk, operujący, lekko ująwszy wprowadacz z rurką i przewiesiwszy koniec nitki przez hakowato zajęty mały palec lewej ręki, wskaziciela tejże ręki podprowadza pod wsuwaną do gardzieli rurkę; tymże wskazicielem, odchyliwszy ku przodowi nagłośnień doprowadza ku niej koniec dolny rurki, która, jeżeli zachowany jest kierunek linii środkowej zsunie się ku szparze głosowej, a przez nią do krtani. Albo

też sunie palec nad rurką, i dosięgnąwszy jego brzuścem tylnych granic szpary głosowej, po nim zapuszcza rurkę do krtani. Po przesunięciu rurki przez szparę głosową, wprowadacz się usuwa, a pozostałym jeszcze w gardzieli palcem naciska się na rurkę, aby ją lepiej usunąć i ustalić. Wprowadzenie rurki zaznacza się silnym kaszlem i ulgą w oddechaniu, co miejsca mieć nie będzie, gdy rurka wprowadzoną została do przelyku; o tem zająsci świadczy i chowanie się nitki w gardzieli. Dokonawszy pomyślnego wprowadzenia rurki, operator, obwiązawszy około ucha pacjenta nitkę przez kilka minut, baczyć powinien, czy rurka pozostaje w należytem miejscu i czy przy silnym kaszlu wydzielają się przez nią na zewnątrz produkta błonowego rozpadu. W razie przeciwnym, lub w razie zatkania rurki należy założyć rozwieracz i przez delikatne pociąganie za nitkę i wpychanie palcem napowrót, starać się ją dobrze umieścić. Jeżeli zaś to się osiągnąć nie daje i ulgi w oddechaniu nie ma, trzeba bezwzględnie przystąpić do tracheotomii. Rurkę wydobywa się zawsze z temi samemi ostrożnościami i wedle zasad jak przy wprowadzeniu, w odwrotnym tylko kierunku, przy czem strzedz się należy urazu otaczających rurkę tkanek przy chwytaniu wyciągaczem za jej główkę. Ze względów osobistego bezpieczeństwa, operator podczas rękoczynu zasłania swe nozdrza i usta złożonym kawałem antyseptycznej gazy, przymocowanym do głowy, a na manewrujący palec wkłada gumowy pokrowiec. Korzyści które otrzymujemy przy tym rękoczynie są następujące: a) operacja jest krótka, b) nie istnieje obawa shock'u i krwotoku, c) kwestyja zgody ze strony rodziców dziecka nie istnieje jak przy tracheotomii.

Nakoniec zestawia mówca rezultaty otrzymane przez stosowanie intubacyi z takimiż—przy tracheotomii. Na 160 dokonanych intubacyi otrzymał mówca 44 wyleczeń czyli 28<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Z 1,072 przypadków dokonanych intubacyi w różnych miejscach Stanów Zjednoczonych, 287 przypadków dało pomyślny rezultat czyli 27<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Dr Max Stern na ostatnim międzynarodowym lekarskim kongresie zebrał z całego świata statystykę pomyślnych rezultatów, otrzymanych przez tracheotomię, rezultaty te wyraża odsetka 26. Rokując wreszcie świetną przyszłość intubacyi krtani, przytacza mówca porównawczą statystykę rezultatów dobrych, otrzymanych przy tracheotomii i intubacyi.

| Tracheotomija.    |         | Intubacyja.   |         |
|-------------------|---------|---------------|---------|
| Wiek              | Odsetka | Wiek          | Odsetka |
| mniej niż 2 lata  | 3       | ditto         | 15,62   |
| między 2 i 2½ lat | 12      | ditto         | 19,46   |
| " 2½—3½ lat       | 17      | między 3—4 r. | 30,00   |
| " 3½—4½ "         | 30      | " 4—5 "       | 32,65   |
| " 4½—5½ "         | 35      | " 5—6 "       | 33,92   |
| około 5½ lat      | 39½     | około 6 lat   | 43,33   |

W. Stepiański.

320. CASPER. O doszczętnem leczeniu przerostu gruczołu krokowego i guzów tegoż gruczołu drogą elektrolizy. (*Die Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie und Pro-*

*statatumoren durch Elektrolyse*). *Centralblatt für Chirurgie* Nr. 37, 1888 j.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Berlińskiego, Casper przedstawił 4 przypadki przerostu prostaty, traktowane powyższą metodą, z których w dwóch razach otrzymał rezultaty dobre, jeden dał widoczne polepszenie, w ostatnim nie było rezultatu. Postępowanie polega na następujących rękoczynach. Po ułożeniu chorego na boku prawym lub lewym, względnie do operować się mającego płatu gruczołu i po dokładnem opróżnieniu kiszki stolcowej i wypłokaniu jej roztworem 0,1% sublimatu wprowadza się doń ujemny biegun stałej baterji pod postacią igły platynowej, pokrytej werniksem, którą wkłówa się, pod kontrolą palca drugiej ręki w żądany punkt gruczołu; dodatni zaś biegun jako gładką metalową platkę ustala się na przedniej powierzchni brzucha w okolicy nadłonowej. Natężenie strumienia dochodzi do 10—25 milliamperów, co sprawia lekkie palenie i klócie w samym gruczole. Posiedzenie trwa około 5 minut ale można robić na jednym posiedzeniu 2 lub 3 ukłóć, w różne okolice gruczołu, a po każdym wkłóciu wystawia się na działanie strumienia gruczoł na taki sam przeciąg czasu. Posiedzeń takich nalicza się 20 lub więcej. Na podstawie swych spostrzeżeń Casper spodziewa się pomysłnych rezultatów ze stosowania omawianej metody, gdyż dotąd udało mu się osiągnąć bez żadnych złych następstw, towarzyszących innym metodom leczenia zmniejszenia gruczołu, jak również i ilości pozostającego stale w pęcherzu moczu po dokonaniem moczenia (Residualharn), dalej mniej częste moczenie i poprawę ogólnego stanu. Przeciwwskazaną operacją będzie: 1) gdy gruczoł krokowy powiększony jest więcej podłużnie niż poprzecznie (więcej rozwałkowany niż zgrubiały); 2) przy rozciągnięciu i flakowatości pęcherza; 3) przy przeroście dośrodkowym pęcherza; 4) przy przeroście środkowego zrazu. W dyskusji nad tym przedmiotem F ü s t e n h e i n, zauważył, że nie posiadany pewnego sposobu sprawdzenia czy gruczoł się rzeczywiście zmniejszył, a operacja sama niewinną znów nie jest; v. B e r g m a n n twierdzi, że zmniejszenie liczby moczenia zależy nie od zmniejszenia gruczołu, a od regularnego opróżniania i wypłukiwania pęcherza.

W. Stepiński.

321. KÜMMEL. **Laparotomija przy gruźlicy otrzewnej.**  
*Ueber Laparotomie bei Bauchfelltuberculose.* (*Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXVII, H. 1.*)

Poglądy na gruźlicę otrzewnej uległy zasadniczej zmianie w roku 1884 wskutek ogłoszenia spostrzeżeń Königa. Do tego czasu uważano to cierpienie za objaw ogólnej gruźlicy; tymczasem obecnie zapatrują się na nie, jako na chorobę miejscową, która, zarówno, jak gruźlica kości i stawów, może podlegać miejscowemu leczeniu i dać trwałe wyleczenie.

Autor zebrał 40 przypadków gruźlicy otrzewnej, leczonych za pomocą laparotomii; w tej liczbie znajdują się dwie laparotomije przez niego samego wykonane. Z ogólnej liczby dwie chore zmarły wskutek septycemii; w kilku przypadkach śmierć

następowała w kilka miesięcy po operacji z powodu ogólnej gruźlicy. Znaczna jednak większość przypadków cieszy się dotąd dobrem zdrowiem: chore czują się dobrze, zyskały na wadze, miejscowe objawy stale ustąpiły; w niektórych przypadkach znikły nawet współcześnie istniejące objawy płucne. W takim stanie znajdują się chore już w ciągu 10 (raz nawet 25) lat do kilku miesięcy.

Z pomiędzy 40 przypadków jeden tylko dotyczył mężczyzny. Wiek chorych wahał się od 40 do 50 lat; najczęściej wynosił od 15—20 lat. Prawie zawsze wykonywano laparotomię wskutek błędnego rozpoznania. Rozpoznawano zazwyczaj torbiel jajnika, guz brzucha z płynną zawartością lub też, niemogąc zdać sobie sprawy, robiono laparotomię próbną. Raz przypadkowo wykryto gruźlicę przy laparotomii z powodu skręcenia kiszek. W niewielu przypadkach udało się rozpoznać istotę cierpienia przed operacją.

Krótko tylko wspomina autor o symptomatologii omawianego cierpienia. Najczęściej spotykanym objawem zewnętrznym jest guz w jamie brzusznej. Raz bywa on gładki, okrągły, wytworzony przez otorbioną puchlinę brzucha (ascites), i wówczas naśladuje torbiel jajnika; w innych razach guz bywa nierówny, naśladuje nowotwór złośliwy i powstaje wskutek sklejenia się pojedynczych pętlic pomiędzy sobą. Złudzeniu dopomaga jeszcze to, że posklejane pętlice pokrywa gruba warstwa włókniaka. Niekiedy pomiędzy posklejanymi pętlicami mogą tworzyć się próżnie, wypełnione płynem, co robi wrażenie obecności kilku naraz mniejszych lub większych guzów w jamie brzusznej (Scheingeschwülste Königa).

Na czem polega dobroczynny wpływ laparotomii na gruźlicę otrzewnej, powiedzieć trudno. Nie można go stawiać w zależności od antyseptyków, gdyż w niektórych przypadkach otrzymano dobry wynik po samem tylko wypuszczeniu płynu i zasyciu jamy brzusznej. Przeważnie dokładnie oczyszczano otrzewną za pomocą kwasu karbolowego lub sublimatu; czasami posypywano ją jodoformem. Rozpoznanie stawiano podczas operacji, opierając się na tem, że otrzewna zazwyczaj usiana była gruzelkami. W wielu razach przeprowadzono i badania mikroskopowe. Po operacji zawsze następowało wyleczenie lub poprawa, nawet w tych razach gdzie obok otrzewnej zajęte były inne organy. W kilku przypadkach powiększone gruczoły znikły po operacji. W tych przypadkach, w których wykonano oględziny pośmiertne w kilka miesięcy po operacji, otrzewna przedstawiała się zdrowo, i gruzelków na niej już nie znajdowano.

Podobne do gruźlicy otrzewnej objawy, a głównie otorbioną puchlinę jamy brzusznej (ascites incapsulata) mogą wywołać także małe brodawkowate narośla na niej (papillomata), podobne nieco do gruzelków, lecz nie mające z nimi nic wspólnego. Brodawki takie spostrzegano kilkakrotnie.

Możliwe jest i dobrowolne wyleczenie gruźlicy otrzewnej bez operacji, jak to dwakroć Gräfe spostrzegał. Nie mniej prze-

to gorąca zachęca autor do laparotomii nawet w przypadkach powikłanych gruźlicą płuc.

Sawiński.

322. PĚIBRAM. Ueber Therapie der Bauchfelltuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Laparotomie. (Prager med. Wochschrft. 1887. N. 35).

Wnioski swoje autor opiera na pracy Kümmeł'a, cytowanej na 16 zjeździe chirurgów niemieckich, oraz na 165 wypadkach gruźlicy otrzewnej, znalezionych przy sekcjach w praskim instytucie anatomo-patologicznym.

Omawiając daną kwestyję, stawia autor następujące pytania:

1) Czy operacyja w ogóle jest wykonalną i do jakiego stopnia?

2) Jakie są jej najbliższe następstwa?

3) Jakie jest jej późniejsze działanie?

4) Co się staje z nieoperowanymi?

a) wskutek czego śmierć następuje?

b) czy wszyscy umierają? jeżeli zaś nie; to

c) co należy czynić, ażeby dopomóc wyleczeniu lub polepszeniu, gdy takowe samo dobrowolnie nie następuje?

Co do 1) Wobec spostrzeżeń, ogłoszonych przez wielu chirurgów, wykonalność operacyi nie może podlegać kwestyi. Inaczej się ma sprawa z tem, o ile utworzenie jamy brzusznej utoruje chirurgowi drogę do zajętej procesem otrzewnej. W większości wypadków znajduje on takie zrosty i zlepienia otrzewnej, że tylko nieznaczna część powierzchni takowej okazuje się działaniu jego dostępną.

Co do 2) Operacyja bezpośrednio nie wpływa ujemnie i wskutek licznych zrostów miejsce otworzone czysto bywa zupełnie oddzielone od reszty jamy otrzewnej; nadto zgrubiała, miejscami modzelowata zmieniona otrzewna odznacza się mniejszą zdolnością wysiania. To też Kümmeł przytacza dwa tylko przypadki śmierci z zakażenia.

Co do 3) Dotychczasowa statystyka laparotomii przy gruźlicy otrzewnej wykazuje dodatni wpływ na dalszy przebieg cierpienia: większość operowanych znacznie i stale się poprawiała. Pomimo to trudno we wszystkich, a nawet w większości wypadków gruźlicy otrzewnej oczekiwać od laparotomii dobrego wyniku. Polepszenie następuje tu wskutek opróżnienia jamy brzusznej z mass płynnych, galaretowatych i serowatych, które uposledzały czynność kiszki i tamowały krążenie krwi i soków; dalej wskutek usunięcia źródła gorączki trawiającej oraz niebezpieczeństwa ogólnej gruźlicy prosówkowej. To też dobry wynik może dać laparotomija tylko w tych razach, gdy otrzewna stanowiła główne ognisko choroby, oraz gdy wyczerpało się już źródło, z którego ona zakażenie otrzymała. W wielu przypadkach operowanych cierpienie rzeczywiście w ciągu już długiego czasu nie powracało; w pewnej ilości jednak przypadków cierpienie po operacyi występowało w innych miejscach (płuca) i chorzy umierali.

Co do 4) Chcąc wnioskować o losie chorych nieoperowa-

nych P. zwraca się do wyników 165 sekcji, na których znaleziono gruźlicę otrzewnej. Z tej liczby w większości przypadków peritonitis tuberculosa stanowiła cierpienie drugorzędne, bezpośrednimi sprawcami śmierci były: pericarditis, pleuritis, meningitis, cirrhosis hepatis, nephritis, tuberculosis pulmonum. Otóż wszystkich tych przypadków nie można brać w rachubę przy ocenianiu wartości laparotomii, ponieważ nic nie byłaby ona tu zrobiła. Tu może być mowa tylko o przypadkach czysto otrzewnowych (rein peritoneale), t. j. takich w których śmierć spowodowana była gruźlicą otrzewnej i nastąpiła wskutek: niepo mierneego wysięku (ascites), wyniszczenia, zwięzienia jelit, przedziurawienia jelit, wreszcie wskutek przerzutów z otrzewnej na inne organy (meningitis). Lecz i w takich przypadkach laparotomija rzadko byłaby w stanie usunąć samo źródło zakażenia. Z pomiędzy 165 przypadków w 87 znaleziono owrzodzenia kiszek starszej daty, aniżeli gruźlica otrzewnej; w 8 — gruźlicę macicy i jajowodów; wreszcie w 5—gruźlicę kości. Widzimy ztąd, że najczęściej pierwotne ognisko bywa w kiszkiach, tymczasem wątpi P., by w tych razach laparotomija mogła coś zrobić. Lepsze wyniki mogą dać te wypadki, rzadsze liczebnie, w których pierwotne ognisko znajdowało się w organach płciowych, jeżeli takowe uda się usunąć podczas operacji. W tych razach, w których za punkt wyjścia dla gruźlicy służyły płuca lub gruczoły, laparotomija daje wyniki dobre. Przy tem wszystkim jednakże gruźlica otrzewnej może być uleczona i bez laparotomii. Na dowód tego P. przytacza spostrzegany przez siebie przypadek gruźlicy otrzewnej, który w 1½ roku pod względem wyliczenia był operowany przez Breisky'ego z powodu torbiela jajnika. Podczas operacji znaleziono już tylko ślady gruźlicy, którą sprawdzono mikroskopowo. Nadto mógłby P. przytoczyć wielu innych chorych na gruźlicę otrzewnej, którzy wyzdrowieli bez laparotomii. Rozpoznanie w tych przypadkach opierano na następujących objawach: Obecność otorbionego płynu w jamie brzusznej, obok czego znajdował się często i płyn wolny; obecność łatwo wyczuwalnych taśm, najczęściej umiejscowionych w bocznych częściach brzucha; wreszcie trawiąca gorączka i zmiany w płucach, gruczołach, skórze i kościach.

Jako środki najodpowiedniejsze przy nieoperacyjnem traktowaniu choroby, P. zaleca: stałe obniżanie temperatury, stosowane nie dorywczo, odczasu do czasu, lecz systematycznie; następnie zalecane przez Hausmann'a i Senator'a wcieranie szarego mydła (sapo viridis). W tym celu należy raz dziennie cały brzuch, z wyjątkiem pępka i miejsc bardziej pokrytych włosami, natrzeć mydłem z odrobiną wody. Następnie pokrywa się go jakąś tkaniną nieprzepuszczalną. Nacieranie nie powinno być wykonywane mocno, jak to się robi naprzykład przy mięsieniu. U kobiet i dzieci występuje wprędce wyprysk; wówczas trzeba miejsca zajęte posypać proszkiem cynkowym, a po usunięciu wyprysku dalej wcieranie kontynuować. Stosowanie środków moczopędnych (digitalis, coffeinum, scillipierinum, calomel) nie dawało dotąd dobrych wyników, ponieważ chorzy zwykle źle

znosili takowé. Pod wpływem wcierañ szarego mydła skóra brzucha twardnieje i łuszczy się, jak przy płonicy. Gdyby dal-sze wcieranie okazało się potrzebnem, należy wyczekać, aż no-wy naskórek odrośnie. Zwykle jednakże już wcześniej zaczyna się brzuch zmniejszać, plyn i taśmy znikają. Na dotyk brzuch wykazuje konsystencyję skórzastą, co zależy od zmian w otrze-wnej. Ogólny stan chorego poprawia się. P. naznacza mu wów-czas ciepłe kąpiele, pozwala chodzić, wysyła na południe.

Opisawszy jeden leczony przez siebie w ten sposób przy-padek gruźlicy otrzewnej, P. stawia następujące wnioski:

a) Gruźlica otrzewnej ilekroć przedstawia sobą tylko czę-ściowy przejaw ciężkiej ogólnej gruźlicy, nie wymaga żadnego szczególnego leczenia oprócz symptomatycznego.

b) Czysto otrzewnowe przypadki lub też przypadki z nie-znacznymi powikłaniami ze strony innych organów, wymagają leczenia systematycznego. Takowe powinno być przedewszyst-kiem skierowane przeciw gorączce trwającej i upadkowi sił. Nadto dla przyspieszenia wysysania należy stosować wcierania mydła szarego w ściany brzuszne. Jeżeli wessanie pomito to nie następuje, zmiana klimatu może się okazać pożyteczną.

c) Jeżeli po 4-ro tygodniowym leczeniu systematycznym wessanie nie następuje, należy zwrócić się do laparotomii. Niezna-czne zmiany w płucach nie stanowią przeciwwskazania. W ra-zie cierpienia jajowodów, takowe należy usunąć.

d) Jeżeli rozpoznanie waha się pomiędzy torbielem i gru-źlicą otrzewnej, wskazane jest cięcie próbne. *B. Sawicki.*

#### IV. Choroby weneryczne i skórne.

323. Dr. HARTUNG. **Zastosowanie szarego bédźwino-wanego oleju** (*Ol. cinereum benzoatum*) **Neissera do leczenia przymiotu.** *Die Verwendung des Oleum cinereum benzoatum (Neisser) zur Syphilis Behandlung (Viertelj. für Derm. und Syph. 1888 H. 3).*

Podskórne wstrzykiwania soli rtęci przy leczeniu przy-miotu mają te zalety, że 1) pozwalają wprowadzać do organiz-mu ściśle obliczone ilości rtęci i to niezależnie od woli chorego i 2) że o wiele łatwiej jest choremu leczącemu się w domu przeprowadzić kuracyją wstrzykiwaniami, niż wcieraniami. Mają one jednak tę wadę, że zarówno przy używaniu do nich soli rtęci rozpuszczalnych jak i nierozpuszczalnych, powstają bar-dzo łatwo długo trwające i bolesne nacieczenia, a niekiedy i ropnie.

Dla usunięcia tych niewygód zaproponował przed 4-ma jeszcze laty LANG (por. jego artykuł) swój olej szary, składa-jący się z Hydrargyri i Lanolini po 3,00 i Ol. oliv. 4,00, po-dobny bardzo ze składu chemicznego i z działania leczniczego do szaruchy i znoszony bardzo dobrze przez organizm. Autor z porady Neissera starał się zmienić preparat w 2-ch kierun-kach: po 1-e z amast lanoliny i oliwy dość pręd-ko jełczejących i już po 2-ch tygodniach czy-



niących preparat niezdatnym do użycia, zastosował płynną parafinę i po 2-iej dla możliwie dokładnego i równomiernego rozdzielania rtęci użył autor sposobu Leboeufera, zastosowywanego we Francji przy przygotowywaniu szaruchy i polegającego na rozcieraniu rtęci z nalewką będzwinową. Preparat przygotowywa się rozcieraniem albo wstrząsaniem w grubej, dużej szklance z przyszlifowanym korkiem 20,0 metalicznej, oczyszczonej rtęci z 5,0 nalewki będzwinowej (Aetheris sulphurici 40,0, Benzoes amygdal. 20,0; ol. amygd. dulc. 5,0. Solve po 4—5 dniach filtra) aż do zupełnego ulotnienia się eteru, poczem dodaje się 60,0 parafini liquidii. Otrzymuje się płyn ciemny, dość gęsty, dopiero po dłuższym staniu dający osad, zresztą łatwo znikający po wstrząśnieniu płynu i, co jest najważniejszym, zawierający rtęć w postaci bardzo małych kulek, otoczonych obrączką paraffinową. 62,2 płynu (2,8 nalewki będzwinowej ulatnia się) zajmuje objętość 48 cetm. a więc 1 cetm. = 1,29 ol. cinerei = 0,41 metall. rtęci. Autor wstrzykiwał raz na tydzień, w mięśnie pośladków, w 1—6 miejscach po  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  szpryki Pravatz'a, po dokładnem wstrząśnieniu szpryki i poprzedniem (i następnem) wypełnieniu jej parafiną, dla uniknięcia osadzania się cząsteczek rtęci w kanale igły. Objawów ze strony kiszek, nerek nie widział autor ani razu; zapalenie błony śluzowej jamy ustnej 3 razy na 248 przypadków; bolesność i nacieczenia dłużej trwające 14 razy i ropienie raz, u chorej dotkniętej przymiotem dziedzicznym, wrzodziejącym, po wstrzyknięciu danego preparatu w okolicy czoła i na wyprostnej powierzchni ramienia. Krótkotrwałe, niebolesne nacieczenia w głębi mięśni, wielkości małego orzecha laskowego, zdarzały się dość często. Niekiedy skóra zdawała się być zrosniętą ze środkiem nacieczenia, co autor objaśnia bliznowatym ściągnięciem się skóry w tem miejscu, wskutek zapalenia w kanale ukłócia od podrażnienia cząsteczkami rtęci. W moczu znajdowano rtęć już w 3 dni po wstrzyknięciu i to wydzielenie rtęci trwało jeszcze  $3\frac{1}{2}$  miesiąca po ostatniem wstrzykiwaniu, przyczem należy nadmienić, że dani chorzy byli oddzieleni od leczonych wcieraniami i mocz ich badany jeszcze przed wstrzyknięciem.

Doświadczenia na zwierzętach co do prędkości wysiania i oddziaływania miejscowego nie dały stałych rezultatów. Znajdywano w kilka godzin po wstrzyknięciu kuleczki rtęci w środku parafinowych kropel, co podług autora ułatwia wessanie, bo kropelki rtęci będąc pochwycone wraz z otaczającym je tłuszczem, nie przedstawiającego dla otaczających tkanek ciała drażniącego. Kropelki rtęci bywały z metalicznym blaskiem i bez takowego (rtęć utleniona). Przy wstrzykiwaniach głębokich, ponieważ wydziela gruczołów skóry nie może tu okazać swego wpływu, utlenienie rtęci idzie wolniej. Doświadczenia na ludziach dały bardziej pozytywne dane. Wstrzykiwano w pośladki głęboko po 0,1—0,25 na kilka dni (7—10—13) przed śmiercią osobnikom, u których przyczyna śmierci była nie do usunięcia. Ropienia ani bolesności nie zauważono ani razu,

a nacieczenia były tak nieznaczące, że trzeba było starannie szukać. Zwykle w 24 godzin po śmierci wyrzynano odnośne kawałki skóry z mięśniami i kładzono je do płynu Müllera. Na przekroju znajdowano żółtawe, często prawidłowej, okrągłej formy ogniska wielkości główki od szpilki do grochu polnego, otoczone często krwawem nacieczeniem, z błyszczącymi pośrodku punkcikami. W jednym preparacie znaleziono jamkę nieotorbioną, wielkości lepka od szpilki, wypełnioną szarym będzwinowanym olejem. Ścianki jej stanowiły częściowo rozerwane, częściowo rozpadłe włókna mięsne; na około pośród włókien mięsnych kuleczki rtęci otoczone parafiną. Nigdzie w preparacie ropienia nie znajdowano, objawy zapalne bardzo słabo wyrażone. A więc wstrzyknięty płyn nie otarbia się, lecz rozszerza się we wszystkich kierunkach, przyczem rtęć utlenia się nie na miejscu wstrzyknięcia, lecz w dalszej drodze wśród tkanek.

Rezultaty lecznicze wstrzykiwań robionych w klinice Neissera nie zadowolniły z początku autora; dopiero po większej ilości wstrzykiwań przyszedł on do wniosku, zgodnego z ogólnem wrażeniem, jakie na nim szary olej sprawił od początku. tj. że działanie jego jest wprawdzie powolniejszym od działania kalomelu, lecz za to dłużej trwałem, w ogóle bardzo analogiczne z działaniem szaruchy.

Ważne, podług autora, może mieć zastosowanie szary olej dla miejscowego leczenia przymiotu wewnętrznych narządów, ponieważ organizm bardzo dobrze go znosi. Tak Lang wstrzykiwał po 0,1 swego oleju szarego do wątroby jagniąt i badając je po 6-ciu tygodniach znajdował b. nieznaczące objawy zapalne.

*Stanisław Markusfeld.*

324. Prof. I. NEUMANN. **O leczeniu przymiotu wstrzykiwaniami kalomelu.** (*Ueber die Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen*) *Wiener Med. Presse* 1888, 32—34.

Scaren zio jeszcze w 1864 roku zastosowywał podskórnie kalomel, jako środek mało drażniący (?), nie wywołujący objawów otrucia rtęcią z powodu powolnego wsysania się i skutecznie wpływający na przebieg przymiotu. Ale długo metodę tę leczniczą przyjmowano sceptycznie i dopiero od kilku lat zaczęto się nią bardziej zajmować. Zastosowywano go z wodą i gummą arabską (wody 1,00, kalomelu 0,10—0,15, gummy arabskiej 0,05), z wazeliną (0,05—1,00), gliceryną (1,10,0) z oliwą i olejkiem migdałowym (1,00—po 5,00) z solą kuchenną (kalomelu i soli kuchennej aa 5,00, wody 50,00, mucilaginis gummi arabici 2,5—Neisser, albo kalomelu 5,0, soli kuchennej 1,25, wody 50,0).

Podług niektórych autorów wystarcza 0,4 kalomelu dla zupełnego wyleczenia przymiotu. Robiono wstrzykiwania w pośladki, między mięśnie, co 6—7—10—14 dni, po 0,05—0,1—0,25 kalomelu. Slinotok obserwowano rzadko, nacieczenia bardzo często, ropnie u różnych autorów różnie często 1,5%—1,7%—nawet 25%—u Neissera 45% przypadków, częściej u kobiet.

Co się tyczy wpływu danej metody leczniczej na sam proces, to Sigmund, Besnier nie bardzo ją zalecają, natomiast Balzer, Kölliker, Chotzen i Kopp, Steiner, Stuckowenkov, Watraszewski i Neisser mniej lub więcej ją zachwalają i przytaczają przypadki rychłego znikania pod jej wpływem objawów przymiotu. Przy tej metodzie leczniczej rتęć przechodzi do moczu bardzo prędko i długo jeszcze po zaprzestaniu leczenia można ją w moczu wykazać.

Wnioski autora oparte na własnych spostrzeżeniach są następujące:

1) U 51 chorych zrobiono ogółem 353 wstrzykiwań w okolicę pośladków po 1,0 płynu, zawierającego kalomelu i soli kuchennej po 5,00, wody 50,0 albo kalomelu 1,0 na 10,0 oliwy, co 6 dni. Przecięciowo na jednego chorego wypadło 7 wstrzykiwań (przy wykwitach plamistych, grudkowatych po 6—6½, krostowatych i guziczkowatych po 12—13).

2) Wstrzykiwania kalomelu działają o wiele słabiej od wcierañ szaruchy; na pierwotne stwardnienia mało wpływają; ograniczone wykwyty plamiste i guziczkowe pomimo leczenia dalej się rozszerzały i w ogóle chorzy średnio musieli o wiele dłużej leżeć, niż przy leczeniu wcieraniami z powodu powolnego znikania objawów; na bóle przy świeżem zapaleniu okostnej preparat nie wpływał, tak że trzeba się było zwracać do jodu. Nigdy nie zauważono opisywanego przez innych raptownego znikania objawów.

3) Ropnie i nacieczenia znajdowano w 70%, głównie u kobiet, slinotok w 0,5% przypadków; najodpowiedniejszymi okazały się olejne zawieszenia.

4) Wobec o wiele słabszego działania wstrzykiwań kalomelowych, niż wtartej szaruchy i wobec bolesności, nacieczeń i ropni na miejscu wstrzyknięcia pomimo wszystkich ostrożności, autor przypuszcza, że środek ten nie ma żadnej przewagi nad innymi preparatami rتęci, zastosowywanymi podskórnie.

Stanisław Markusfeld.

325. Prof. LANG. **O podskórnem zastosowaniu szarego oleju w leczeniu przymiotu.** (*Ueber die subcutane Verwendung des Oleum cinereum in der Syphilis therapie.*) *Wien. Med. Blät.* 1888 Nr. 21.

Od lat czterech używa autor szarego oleju, składu chemicznego. Hydrargyri, Lanolini aa 3,00, Ol. oliv. 4,00, chcąc połączyć wygody podskórnego używania rتęci z potężnym, tylokrotnie stwierdzonym wpływem na przymiot szaruchy. Wstrzykuje on po 0,1—0,15 swego oleju, w 2-a miejsca, na plecach lub pośladkach, co 5—8 dni, przez 2—3 tygodnie, potem robi 2—3 tygodniową przerwę i następnie dalej prowadzi wstrzykiwania dopóki chory nie zużyje 1½—2 cetm. preparatu. Ponieważ w 1 cetm. oleju jest 0,39 czystej rتęci=0,52 sublimatu=52 pełnym szpryckom 1% roztworu, nie należy naraz wstrzykiwać więcej, niż 0,3 dla uniknięcia objawów ostrego

otrucia rtęcią, co przy ostrożnem użyciu preparatu prawie nigdy się nie zdarza.

Przy należytem przygotowaniu preparatu i zachowaniu przeciwnilnych ostrożności nie bywa ani ropienia, ani bolesności na miejscu wstrzyknięcia; ślinotok bywa bardzo rzadko.

Olej szary dawał autorowi znakomite rezultaty, nawet w przypadkach przymiotu ośrodków nerwowych, co można uważać za kamień probiereczy wartości leczniczej preparatu.

Dalej przekonał się autor, że wstrzyknięcie oleju w pobliżu produktów zapalnych przymiotowych wywołuje rychłe ich wessanie, przyczem jednak nie należy zapominać, że łatwo wywołać objawy ropadu i ropienia wstrzyknięciem w miejsce nieodpowiednie, np. na twarzy, gdzie, tembardziej pod wpływem procesu chorobliwego, skóra staje się cienką, napiętą, źle odżywaną.

Szczególniej nadaje się, podług autora, preparat ten do miejscowego zastosowania przy miękczakach szpiku kostnego, trąbki Eustachjusza, gardzieli, jamy nosowej i przy przymiotowem cierpieniu oczu (w ostatnim razie wkłada się preparat do worka łącznicy).

*Stanisław Markusfeld.*

326. Dr. KÜHN. **Porównanie wartości leczniczej wstrzykiwań żółtego tlenika rtęci i kalomelu.** (*Zur Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Hydrargyrum oxydatum flavum im Vergleich zum Calomelöl*) *Deutsche Mediz. Woch.* 1888 Nr. 31.

Żółty tlenik rtęci, (*Hydrargyrum oxydatum via humida paratum vel flavum*) użyty po raz pierwszy przez Watraszewskiego (*Gaz. Lekarska* 1886 Nr. 21) do leczenia przymiotu, stosował autor, podobnie jak i chlerek rtęci, w zawieszeniu olejnym (*Calomel 1,0—ol. oliv. opt. 10,0; Hydrargyri ox. flavi 1,0—ol. oliv. opt. 30,0*). Autor wstrzykiwał głęboko, między mięśnie pośladowe, co tydzień po szprycze, ściśle zachowując odpowiednio ostrożności przeciwnilne, ale płynu nie nagrzewając.

Porównywając rezultaty lecznicze wstrzykiwań żółtego tlenika i chlorku rtęci, doszedł autor do następujących wniosków:

1) Objawy miejscowego podrażnienia, jak i otrucia organizmu rtęcią daleko rzadziej się zdarzały przy stosowaniu żółtego tlenika rtęci: ból na miejscu wstrzyknięcia bywał daleko mniejszym, nigdy nie dochodziło do ropienia, nacieczenia rzadziej się zdarzały i krócej trwały; zapalenie błony śluzowej jamy ustnej było wszystkiego w 1,5% przypadków.

2) Na znikanie objawów przymiotowych żółty tlenik rtęci działa słabiej od kalomelu: tak, że przecięciowo trzeba było 6—10 wstrzykiwań dla zniknięcia wykwitów, i lepiej przymiotowych, podczas gdy kalomelu tylko 4—6.

3) Z korzyścią więc można stosować żółty tlenik rtęci w przypadkach lekkich, w celu uniknięcia powrotu choroby, jakoteż przy

lekkich powrotach, kalomel zaś, przy objawach groźnych, dalej gdy żółty tleniokrzemki działa słabo, albo u chorych mniej wrażliwych, gdy lekarz rzadko tylko może widzieć chorego.

*Stanisław Markusfeld.*

327. Dr. UNNA. **Sykosis.** *Ueber Sykosis.* (*Monatshefte für Prak. Dermatologie N. 5 i 7. 1888*).

Unna powstaje przeciwko dzieleniu sykosis na formę pasożytniczą i niepasożytniczą; dzielenie takie odrzuca na zasadzie pracy Bockharta (rok 1887). Rozróżnia dwie odmiany sykosis: formę kokkową (kokkogene sykosis) i formę grzybkową (hyphogene sykosis).

Rozpoznanie tych dwóch odmian może być skuteczniejsze albo za pomocą drobnowidzu albo na zasadzie oznak klinicznych. Kokkowa forma charakteryzuje się na podstawie wysypki trądzikowej zajmującej części twarzy pokryte włosami; ropienie bardzo wolno posuwa się w głąb skóry, choć zwykle sprowadza zapalenie strati papillaris. Oddzielne blaszki, wysypki zlewając się z sobą tworzą czerwone, ograniczone plamy lekko wystające nad powierzchnię skóry pokryte trądzikiem; cierpienie zawsze jest tylko powierzchowne i mocno ropiejącem; jeżeli choroba umiejscawia się na górnej wardze sprowadza niezbyt nosa.

Forma sykosis grzybkowa (hyphogene s.) bywa albo powierzchowna albo głęboka. Obie formy trafiają się pod postacią małych epidemii, biorących początek z zakażenia przy goleniu.

Forma powierzchowna grzybkowej sykosis występuje pod postacią okrągłych, czerwonych mocno swierzbiących plam na brodzie, pokrytych często małymi łuskami; pęcherzyków na około wysypki zwykle nie ma; forma ta przedstawia herpes tonsurans squamosus i w ropieniu nigdy nie przechodzi.

Forma głęboka przedstawia się również pod postacią czerwonych mocno wystających plam na brodzie; włosy na miejscach wysypki zwykle się oblamują i wypadają; wysypka albo weale, albo mało swierzbi. Tkanka łączna pod plamami przedstawia silne nacieczenie. W następstwie czasu zwykle infiltraty podlegają ropieniu w skutek wtórnego rozwoju kokków. Przyczyna dwóch tych rodzajów sykosis — grzybki, dotychczas nie mogą być pod drobnowidzem wzajemnie od siebie odróżniane.

Leczenie różni się zależnie od tego, czy włosy są golone lub też nie. Jeżeli włosy nie są golone, to przy powierzchownych formach Unna zaleca pomadę z rezorcyną z dodatkiem lub bez sublimatu według przepisu:

Rp. Ung. pomodinum 20,0  
 Rezorcini 2,0  
 (Hydr. bich. corros. 0,05)

DS. Pomada ta dwa razy dziennie wciera się ręką w chore miejsce, po zmyciu ich mydłem.

Jeżeli włosy są golone, co powinno mieć miejsce w odstępach czasu 3-ch dniowych, Unna poleca maść:

|                            |      |  |
|----------------------------|------|--|
| Rp. Pastae zinci           | 20,0 | } Pasta Zinci według Unny składa się z Ung. Zinci benzoinati pp. 90, Terrae siliceae pp. 10. |
| Rezorcini                  | 2,0  |  |
| (Hydr. bich. corroc. 0,05) |      |  |

Po wtarceniu tej pasty w chore miejsce i po jej zaschnięciu, we dnie skórę można wytrzeć wilgotnym ręcznikiem, aby pozostałość pasty usunąć.

Przy powierzchownej formie sykosis bez względu czy włosy są golone, lub też nie, może być użyte rozpylanie na chore miejsca spirytusów z rezorcyną, według przepisu:

|                                 |      |
|---------------------------------|------|
| Rp. Rezorcini                   | 5,0  |
| (Hydr. bich. corroc. 0,01—0,05) |      |
| Aq. colonensis                  |      |
| Spiritus aa                     | 50,0 |
| Ol. ricini                      | 1,0  |

DS. Zewnątrz.

Jeżeli rozpylanie skutecznie się na skórę ogoloną, takową się pudruje. Przy głębokich formach sykosis Unna poleca następne plastry na muślinie (Pflastermull):

|                 |      |
|-----------------|------|
| 1. Hydrargyri   | 20,0 |
| Acidi carbolici | 7,0  |
| 2. Hydrargyri   | 10,0 |
| Acidi carbolici | 10,0 |
| Sublimat        | 1,0  |
| 3. Hydrargyri   | 10,0 |
| Acidi carbolici | 10,0 |
| Sublimat        | 2,0  |
| Zinc. oxydat.   | 1,00 |

Chore miejsca są golone, lub bardzo krótko ostrzyżone; plaster nakłada się na te miejsca i wzmacnia bandażem. Nacieki szybko zostają wessane, lub też ropieją; uczucie naprężenia w skórze zostaje zniesione. Ciepłe okłady zwierzchu plastra przyspieszają przebieg choroby. Jeżeli torebki włosowe przeszły w ropienia, włosy należy usunąć, w przeciwnym razie mogą pozostać.

Po wessaniu infiltratów jako zakończenie leczenia poleca Unna pastę wyżej wzmiankowaną z rezorcyną.

Wł. Kopytowski.

## V. Wiadomości pomniejsze.

328. Suchoty i obłąkanie. (The Lancet 14 Lipca 1888).

Na ostatniem posiedzeniu Société Française d'Hygiène dr. Moreau rozpatrywał pod względem etjologicznym stosunek między suchotami płucnemi a obłąkaniem i doszedł do wniosku, że suchotnicy mogą przekazywać

swemu potomstwu drogę dziedziczości nie suchoty, lecz choroby umysłowe, albo nerwowe.

329. **Saccharina.** (The Lancet 14 Lipca 1888 korespondencyja z Paryża).

Prefekt policyi m. Paryża zażądał od Rady Hygienicznej opinii co do sacchariny, czy używanie tej substancji jako pożywki nie wywiera szkodliwego wpływu na zdrowie publiczne. Zdanie wyznaczonej w tym celu komisji, wygłoszone przez usta Dujardin-Beaumetz brzmi jak następuje: „Wobec zaburzeń w trawieniu jakie sprawia S. i wobec faktu, że substancja ta przechodzi przez organizm niezmienną, komisja jednogłośnie uznała ją za środek lekarski a nie za pożywkę. Co więcej w przekonaniu, że użycie S. przyczyni się do wzrostu i tak znacznej liczby fałszowań, komisja jest tego zdania, że używanie sacchariny w charakterze pożywki powinno być wzbronione jako szkodliwe dla zdrowia publicznego.“ Pomimo to Dujardin-Beaumetz przyznaje, że środek ten oddaje wielkie usługi niewielkiej liczbie osobników, cierpiących na cukromocz, poprawiając smak pokarmów, pozbawionych cukru. Worms przytacza zdanie wypowiedziane jakoby przez Pavy'ego, że diabetycy, używający tego środka przez kilka dni musieli go odstawić z powodu zaburzeń w trawieniu i utraty apetytu. Omawiając powyższe wnioski komisji dr de Pietra Santa zapytuje w Journal d'Hygiène, jakim sposobem może być uznana za szkodliwą substancja, wydalana naturalną drogą z organizmu, nie podlegająca w nim żadnym zmianom i nie będąca trucizną? Jak można opierać wniosek (pociągający za sobą zakaz) na kilku faktach przytoczonych przez Wormsa a będących w sprzeczności z poważnymi obserwacjami klinicznymi Stutzer'a, Abelosa, Pollatschek'a, Merciera, Adducco, Mosso i wielu innych? Dalej de Pietra Santa przytacza następujące uwagi z Bulletin Municipal Officiel. Z licznych doświadczeń wykonanych nad fizjologicznem i trującym działaniem sacchariny (Salkowski, Adducco, Mosso, Worms, Dujardin-Beaumetz, Mercier i in.) wynika, że S. posiada niezaprzeczenie własności przeciw fermentacyjnej i przeciwnie. Co do własności trujących, doświadczenia na zwierzętach przekonały, że 6 gramów dziennie nie wywoływało szkodliwych następstw. Niektóre osoby znoszą S. przez czas dłuższy w małych dawkach, u innych zaś w krótkim czasie następują poważne zaburzenia.

B. P.

330. **Albuminuria.** Na 97-mem posiedzeniu Towarz. Lek. w Connecticut dr. G. R. Shepherd odczytał referat przeważnie statystyczny o białkomoczu. Dane statystyczne wzięte były z badań dokonanych nad osobnikami, przypuszczalnie zdrowymi. Około 35,000 badań zebrano z towarzystw ubezpieczeń życiowych i niektórych urzędowych w Waszyngtonie. Oto wnioski:

- 1) Białkomocz napotyka się rzadziej w Stanach Zjednoczonych niż w Anglii.
- 2) Pracujący umysłowo (brainworkers) dają większe odsetki niż pracujący fizycznie.
- 3) W moczu zupełnie zdrowych ludzi po jedzeniu rzadko można wykryć białko, ludzie zaś cierpiący na dyspepsyję i oxalurję skłonniejsi są do albuminuryi.
- 4) Niedostatek, liche odżywianie i odzież, oraz warunki niesanitarnie zwiększają usposobienie do białkomoczu.

- 5) Zimne kąpiele zwiększają skłonność do albuminuryi.  
 6) W znacznej większości (?) przypadków białkomocz nie jest połączony z chorobą nerek.  
 7) W kwestjach ubezpieczenia na życie białkomocz należy uważać tylko za objaw, przyjęcie zaś lub odrzucenie ryzyka powinno zależeć od natężenia wywołującej przyczyny.  
 8) Istnienie t. z. fizjologicznego białkomoczu jest bardzo problematyczne. (The Lancet 30 Czerwca 1888). B. P.

### Hypnotyzm i sugestycja, jako środki lecznicze.

331. Dr. E. Baierlacher (Nürnberg) stosował hypnotyzm i sugestyję w celach leczniczych i otrzymał następujące wyniki:

1) Chora lat 66, rak żołądka, silne bóle, wstręt i nieznoszenie mięsa, sen krótkotrwały tylko po zażyciu morfiny. Chorą zahypnotyzowano i wmówiono w nią, by bólów więcej nie miała i że mięso jeść powinna chętnie. Po przebudzeniu bóle ustały, chora zażądała mięsa, jadła je z apetytem i dobrze zniosła, spała bez morfiny. Trzeciego dnia bóle pojawiły się znowu—sugestycja z dobrym rezultatem na dni kilka. W ten sposób do śmierci hypnotyzowano chorą 17 razy.

2) Kobieta lat 61, od 11 lat z powodu bezsenności używa chloralu (początkowo 1 grm., a od 3 lat 2 grm.), bez użycia którego nie śpi. Po kilku sugestjach spała bez chloralu, obecnie już 6 tygodni jak go nie zażywa.

3) Kobieta l. 31 poprzednio silna i zdrowa, przeziębila się, wynikiem czego prawostronny nerwoból kulszowy (Ischias). Bóle nie następowały po salicylanie sodu, antypyrynie i po zastosowaniu prądu stałego. Morfina w ilości 0,02 — 0,03 łagodzi bóle. Hypnotyzm, odpowiednia sugestycja z gładzeniem ręką po bolącej kończynie. Po dwóch próbach bóle ustały, a obecnie już trzy miesiące upłynęło i chora bólów nie doznaje.

4) Mężczyzna lat 27 z powodu zajęć w miejscu gdzie były silne cugi — Neuralgia occipitalis, niemożność wykręcania głowy; elektryzacja i inne środki wewnętrzne nie pomogły. Jednorazowa sugestycja z gładzeniem ręką bolącego miejsca—skutek natychmiastowy i długotrwały.

5) Kobieta lat 47. Co 8 dni silne krwotoki maciczne trwają 10—15 dni. Badanie żadnych zmian miejscowych nie wykryło. Odpowiednie środki wyczerpano bez skutku. Sugestycja w połączeniu z gładzeniem ręką okolicy nadłonowej, przez dwa dni następnie lekkie krwawienie, obecnie już sześć tygodni jak nowych krwotoków nie było.

6) Kobieta 45-letnia w początkach Czerwca zachorowała na reumatyczne bóle głowy i obydwóch kończyn dolnych. Natrum salicilicum i antypyryna bez skutku. 7. VI pierwsza sugestycja, bóle głowy ustały zupełnie, w kończynach zmniejszyły się. 9. VI powtórna sugestycja—bóle znikły bezpowrotnie.

7) Chora lat 32, oddawna cierpi na melancholiję z częstymi słuchowami halucynacyjami, ból głowy i bezsenność. Hypnotyzm snu nie wywołał, lecz tylko w następstwie chora przez czas jakiś nie mogła otworzyć oczu. Była to, jak sądzi autor, tylko częściowa hypnoza, dotycząca mięśni zwieraczy powiek. (Münchener Med. Woch. N. 30. 1888).

W następstwie tenże sam autor podaje dalszy ciąg opisu przypadków, w których hypnotyczna sugestycja również skuteczną się okazała. Ogółem hypnotyzował B. 58 osób, 24 mężczyzn i 34 kobiet w wieku od lat 16—



71, z tych 15 osób (7 mężczyzn i 8 kobiet) okazało się niewrażliwemi na hypnotyzm. Nie chcąc zbyt przedlnać naszego opisu, wspomniemy tylko, że suggestyja ulgę przyniosła w przypadkach: silnych bólów nadłonowych powstałych po poronieniu, przy chronicznym katarze żołądka w połączeniu z silnemi bólami kurczowemi, nerwobólu twarzy, płasawicy na tle hysterycznym, przy nieprawidłowem i bardzo bolesnem miesiączkowaniu, przy bólach zębów i przy nieustającej czkawce u starca 71-letniego. Otrzymał też autor za pomocą suggestyi hypnotycznej zmniejszenie się częstości pulsu, raz u mężczyzny 37-letniego z biciem serca natury nerwowej z 92 puls zniżył się na 76 i zniżka ta utrzymała się przez czas jakiś po eksperymencie i raz u młodej hysteryczki z 86 puls spadł na 76. (Münchener Med. Woch. N. 39. 1888.

332. Dr. Trujilliano za pomocą suggestyi podczas snu hypnotycznego wyleczył 40 letnią chorą od lat dzieciennych cierpiącą na epilepsyję. Upřednio już niejednokrotnie próbowano leczyć chorą środkami terapeutycznymi i sam autor przeprowadził kilka stosownych kuracyi, lecz zawsze bezskutecznie. Chorą kilka dni zrzędu hypnotyzowano i następnie wmawiano w nią, by więcej ataków epileptycznych nie miała. Po przebudzeniu się chora zwykle czuła się dobrze, a ataki epileptyczne nie powtórzyły się. (El Correo medico. Castellano et El Siglo medico. Lyon med. N. 38. 1881.)

K. W. S.

333. Dr. Ringier w trzech przypadkach **jakania się** stosował hypnotyczną suggestyją. W jednym otrzymał zupełne wyleczenie, a w dwóch pozostałych znaczną i mniejszą poprawę. (Münch. Med. Woch. N. 26).

334. Na kongresie w Heidelbergu Dr. Howe wskazał na **muchy** jako na jedną z przyczyn rozszerzających zaraźliwe choroby oczu (np. jaglicę). Jako przykład przytacza H. żebraków z nad brzegów Nilu, znanych ze swej ospałości i lenistwa, którzy wyczekując na datki, pozwalają muchom siadać na swych oczach i w ten sposób choroby oczu są u nich bardzo częste. Jeżeli wzięść muchę przedtem siedzącą na oku chorego na jaglicę i puścić ją na blaszkę pokrytą agar-agar, lub też substancyję odżywczą, to łatwo się przekonac, że w miejscach dotknięcia się muchy tworzą się kolonije mikrobów, zmniejszające się z oddaleniem się muchy od miejsca na którym pierwotnie na blaszce usiadła. Dr. H. uważa te mikroby za specyficzne dla jaglicy. (Lyon med. 39. 1888).

(W Egipcie przypadki tego rodzaju mogą tem łatwiej się zdarzać, ponieważ i Virchow w swych sprawozdaniach z podróży po Egipcie zaznacza, że muchy tantejsze z powodu nadmiernie ciepłego i suchego klimatu w wielkiej ilości napadają na ludzi i zwykle usadwiają się na twarzy na miejscach wilgotnych, a więc w kątach powiek, w nozdrzach i na wargach. (Virchows Archiw. T. CXIII. s. VIII). (Przyp. Ref.).

335. Dr. Georgiewski na klinice prof. Lesza przedsięwziął doświadczenia na drodze doświadczalnej o ile **przyswajają się tłuszcze u suchotników**. Tymczasowo przeprowadził kilka odpowiednich badań co do przyswajania się tłuszczu z mleka i wykazał, że nawet w bardzo ciężkich przypadkach suchot, tam gdzie nie ma pewnych dowodów zaburzeń żołądko-kiszkowych, wessanie tłuszczu z mleka odbywa się ze zwykłą energiją i trwa do ostatnich dni życia chorego. (Wrac. N. 26. 1888).

336. Dr. Gaucher i Huchard obserwowali, każdy po jednym przypadku, uporczywe krwotoki nosowe, jako pierwszą oznakę rozwijające-

go się zapalenia nerek. W przypadku G. krwotok był tak uporczywy, że nawet tamponowanie okazało się bez skutku. W moczu chorego znaleziono nieznaczną ilość białka. G. zalecił z tego powodu kurację mleczną, miksaturę ściągającą i krwotok ustal. Z tego powodu w przypadkach uporczywych krwotoków nosowych zaleca G. badać moczu chorego. (La Franc med. 7 Lipca).

337. Dr. Bouchard zaleca następującą kurację przy zapaleniu ślepej kiszki (Typhlitis).

1) Łagodzić bóle zapomocą wstrzykiwań morfiny, lub też miejsce bolesne cierpieniu uległe nasmarować grubo maścią szarą z belladoną, a na to położyć bardzo ciepły katalplazm.

2) Oczyszczać i odkażać kiszkę grubą zapomocą wlewać dwa razy na dzień z 1 litra conajmniej wody 38<sup>o</sup>, do której dodać: 5 grm. Natri borici i 2 lub 3 łyżeczki mieszaniny T-rae benzoës i Spiritus camphoratus po równej części. Wlewanie należy robić bardzo wolno.

3) Zupełny spokój.

4) Wogóle używać mało środków czyszczących, a w razie potrzeby tylko słabo działające (np. magnezję w wodzie ocukrzonej).

5) Dyjeta. Początkowo w małej ilości na raz mleko rozcieńczone jakakolwiek wodą alkaliczną, w następstwie można dodać żółtko od jajka i wreszcie pokarmy łatwo strawne, pozostawiające mało pozostałości i niewywolujące zbytnej fermentacji kiszkowej. (Lyon medical N. 38. 1888).

338. Dr. Goodwin zwraca uwagę na skuteczne działanie **Cascarae Sagradae** (rhamnus purschiana) **przy reumatyzmie**. Sam będąc chorym na reumatyczne bóle stawu barkowego, trzeciego dnia choroby, jako środek czyszczący zaczął przyjmować codziennie 3 razy dziennie po 10 kropek Extr. cascarae sagradae fluidi; bóle na drugi dzień zmniejszyły się, a trzeciego dnia zupełnie ustały. To dało powód autorowi do dalszych obserwacji i obszerniejszego zastosowania środka. U 30 chorych reumatyków, którym autor podawał trzy razy dziennie po 1 k. cen. ekstratu, u tych nawet, u których preparaty salicylowe i jodowe okazały się bez skutku, już drugiego dnia poprawa była widoczna. G. zaleca używać ekstrakt nawpół z gliceryną i podawać go w wodzie po 30—40 kropek. (New-York med. Journ. 9 Czerwca. Wracz N. 36).

339. Dr. Cùt t e r zwraca uwagę, by nie nadużywać cascarae sagradae jako środka czyszczącego, spostrzegal bowiem silne jakby choleryczne rozwolnienie po zacyciu 2 drachm tego środka w dwóch dawkach rannej i wieczornej. (Bull. gen. de therap. Nr. 25).

340. **Zamiast glicerynowych lewatyw**, użycie których jest więcej ambarasowne, a nieraz z powodów miejscowych i trudne, używają obecnie glicerynowe czodki. Przepis ich następujący:

Według aptekarza Heck'a: Gliceryni 2,00. Gelatini q. sat. na jeden czopek, jeżeli czopek ma być stalszej konsystencji, to dodaje się do tej ilości na 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> części 1 część Saponis medicati. Taki czopek nasmarowany gliceryną z łatwością daje się wprowadzić i rozpuszcza się szybko. Stolce następują po 2—15 minutach. (Prag. med. Woch. N. 25. Pharmaceutische Zeitung. 12 Września).

W Warszawie pp. aptekarze Biertümpfel i Gessner wyrabiają czopki glicerynowe w trojakiłej postaci: 1) z mydłem stearynowem zawierające 90<sup>o</sup>/<sub>0</sub> gliceryny, 2) z mydłem stearynowem i żelatyną—80<sup>o</sup>/<sub>0</sub> gliceryny i 3) z że-

latyną i mydłem leczniczem—60% gliceryny. Czopki te stosowałem wielokrotnie i zawsze z pomyślnym skutkiem; wypróżnienia występowały po 2—20 minutach po wprowadzeniu czopka. Za najodpowiedniejszą postać uważam N. 2 ze względu na konsystencyję, ewentualnie łatwe wprowadzenie czopka. Pod względem działania wszystkie trzy formy nie ustępują sobie.

Referent

341. Zdarza się czasami, że i powtórne glicerynowe lewatywy nie wywołują stolców. Subbotic i Reisinger na podstawie własnych spostrzeżeń, za przyczynę tego podają brak mass kałowych w dolnym wycinku kiszki prostej. (Cbl. f. Gynec. N. 27. Prag. med. Woch. N. 22).

342. Antyseptyczny proszek do zębów Dra Lagendre:

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| Acidi borici subtilissime pulverati | 2,50 |
| Kali chlorici . . . . .             | 2,00 |
| Pulveris Guajaci . . . . .          | 1,50 |
| Cretae praeparatae . . . . .        | 4,00 |
| Magnesiae carbonicae pulveratae .   | 4,00 |
| Olei rosati vel menthae gutt. 1.    |      |

(Franc. méd. 6 Września).

K. W. Sierpiński.

#### SPROSTOWANIE.

W numerze 9 Kroniki Lekarskiej w artykule wstępnym na str. 561 w wierszu 9 od góry zamiast 120 powinno być 1200  
 „ 567 „ 17 „ „ nięta „ „ nięta.

## OGŁOSZENIA.



---

### APTEKA J. RUTKOWSKIEGO

dawniej

**E. WERNERA**

w Warszawie, Długa 16

poleca:

**Ekstrakt słodowy do zupy Liebiga dla dzieci.**

Łyzeczka kawiana tego ekstraktu rozpuszczona w filiżance ciepłego niezbianego mleka stanowi t. zw. **Zupę Liebiga**—znakomity środek odżywczy, przewyższający swojemi własnościami inne znane sztuczne pokarmy, zalecany przez wielu lekarzy jako pokarm dla niemowląt i dzieci osłabionych długotrwałą chorobą.

**Wina lecznicze. — Nowe środki lecarskie.**

Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie chemikalja używane przy badaniach mikroskopowych. 12—10

---

## ZAKŁADY

CHEMICZNO-TECHNICZNE

I

**SKŁADY MATERIAŁÓW APTECZNYCH I FARB  
LUDWIKA SPIESS I SYNA**

ulica Senatorska Nr. 464/5 obok kościoła PP. Kanoniczek  
drugi Marszałkowska N. 140, pomiędzy Ś-to Krzyską i Placem Zielonym

W WARSZAWIE.

12—10