

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

opracował

Z. SREBRNY.

(*Dokończenie*).

Choroby następcze.

Gdy błony oddzieliły się, i gorączka spadła, chory przechodzi w okres zdrowienia, ale często dalekim jest jeszcze od zupełnego powrotu do zdrowia: z rozmaitych stron grożą mu jeszcze niebezpieczeństwa. W niektórych przypadkach w tym okresie, rzadziej w przebiegu błonicy, wystąpić może zapalenie wsierdza i mięśnia sercowego. Według Labadie-Lagrange'a objawy zapalenia wsierdza są następujące: 1) nieprawidłowe, silne bicie serca, 2) rozlane uderzenie serca, 3) szmer skurczowy u wierzchołka.

Objawy zapalenia mięśnia sercowego Unruh²⁸⁴) opisuje tak: 1) tętno staje się małym, próżnym i miękkim; częstość jego z początku jest niezmienną, po 1—2 dniach powiększona (160—180); przy tem tętno bywa nieprawidłowem. 2) Uderzenie serca staje się słabem; opukiwanie wykazuje powiększenie wymiaru poprzecznego; przy wysłuchiwanu pierwszego dnia nie ma żadnych nieprawidłowych objawów, wkrótce jednak potem zauważyć się daje osłabienie siły pierwszego tonu; na wysokości choroby obok pierwszego tonu słychać dosyć wyraźny podmuch.

Przypadki tych powikłań ze strony serca są rzadkie, Monti widział zapalenie wsierdza po błonicy tylko dwa razy, zapalenie mięśnia sercowego raz.

Daleko częściej chory w okresie zdrowienia ginie przy innych objawach: nagle tętno staje się małym, słabem, mięk-

²⁸⁴) Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 20. (Patrz: Monti. Op. cit.).

kiem i bardzo częstem, nie do zliczenia, rzadziej przeciwnie ilość uderzeń jego zmniejsza się i może dojść do 30—20 na minutę; twarz blednie, kończyny stygną, ciepłota ciała spada niżej normy, chorzy często wpadają w stan omdlenia i po kilku godzinach umierają. Czasem objawy te występują powoli i trwają dłużej. Za przyczynę takiego zejścia Mosler podaje tłuszczowe zwyrodnienie serca, które w istocie często bywa napotykanie przy oględzinach pośmiertnych, ale jednak nie zawsze. Zresztą spostrzegane niejednokrotnie za życia zmniejszenie ilości uderzeń serca nie odpowiada temu stanowi patologicznemu, a brak objawów zwyrodnienia tłuszczowego serca w przypadkach, w których tętno za życia było przyspieszone, dowodzi, że może tu zachodzić coś innego.

Tam, gdzie przy sekcji znajdowano rozległe skrzepy w sercu i większych żyłach, przypuszczano, że przyczynę śmierci stanowi sprawa zakrzepowa serca. Czy jednak nie są to skrzepy pośmiertne, to jeszcze kwestyja niezdecydowana. Senator sądzi, że powstawanie skrzepów zawdzięcza pochodzenie swoje osłabionej działalności serca, która jednak nie w każdym przypadku musi zależeć od zwyrodnienia tłuszczowego tego narządu, lecz może być spowodowaną także zaburzeniami w innerwacyi serca, a więc porażeniem i przy tem najczęściej, jak należy sądzić z objawów, porażeniem nerwu błędnego, daleko rzadziej współczulnego.

Że w pewnej ilości przypadków, tak tragicznie kończących się w czasie okresu zdrowienia, rzeczywiście ma miejsce porażenie nerwów sercowych, za tem przemawia okoliczność, że w tym samym okresie często występują porażenia innych narządów. Czas, w którym je najczęściej spostrzegamy, jest 2 lub 3 tydzień okresu zdrowienia, czasem widzimy je jeszcze później. Przypadki porażenia w pierwszych dniach choroby należą do wielkich rzadkości.

Częstość porażen dyfterytycznych w rozmaitych epidemjach bywa niejednakowa: Bouillon Lagrange²⁸⁵⁾ spostrzegł je w $\frac{8}{100}$, Mansord²⁸⁶⁾ w $\frac{10}{100}$, Seitz w $\frac{5}{100}$, Roger²⁸⁷⁾ w $\frac{16}{100}$, Sanné w $\frac{11}{100}$. Porażenia dyfterytyczne nie znajdują się w żadnym związku z lżejszym lub cięższym prze-

²⁸⁵⁾ Gazette des hôpitaux. 1859. (Patrz: Seitz, Op. cit.).

²⁸⁶⁾ Thèse de Paris. 1874. N. 52. (Patrz: Mackenzie, Op. cit.).

²⁸⁷⁾ Union medicale 1861. T. XII. (Patrz: Seitz, Op. cit.).

biegiem błonicy: zarówno, jak w najłżejszych przypadkach można je spostrzegać, tak w najcięższych może ich nie być. Wogóle bywają one lekkie, a czasem nawet ustępują bez leczenia, zdarzają się jednak i wyjątki. Czas trwania tych porażeń w przypadkach, ograniczonych tylko do gardzieli i krtani, wynosi 1 — 2 tygodni, w rozległych kilka, a nawet kilkanaście miesięcy. Podniesienia ciepłoty ciała przy ich występowaniu nie bywa. Odznaczają się one tem, że nigdy nie zajmują całego ciała, lub większych przestrzeni odrazu, lecz powoli posuwają się z jednego miejsca na drugie, przy tem tak, że po ustąpieniu objawów paralitycznych lub po prawie w jednym miejscu, porażenie występuje w drugim. Nie zawsze porażenie jest zupełne, często bywa tylko niedowład. Pobudliwość na prąd galwaniczny i faradyczny zmniejszona, czasem spostrzegać można reakcję zwyrodnienia. Obok zmian w sferze ruchowej zwykle bywają także zmiany i w czuciowej. Porażenia dyfterytyczne najczęściej występują w następującym porządku: podniebienie miękkie, gardziel i przełyk, oko, krtień, kończyny dolne, kończyny górne, mięśnie tułowia. W takim samym też porządku porażenia ustępują. Jacobi utrzymuje, że z tego prawa widział liczne wyjątki, że porażenia nie szły w tym porządku, przeskakiwały z miejsca na miejsce lub jednocześnie zajmowały rozmaite części ciała. Porażenia mięśni twarzy, pęcherza moczowego i zwieraczy odbytu należą do rzadkich.

Najwcześniej i najczęściej porażeniu ulegają mięśnie podniebienia miękkiego: chorzy zaczynają mówić przez nos, tak że często zrozumieć ich trudno, i chrapią w nocy; płyny wychodzą nosem.

Porażenie mięśni gardzieli i przełyku objawia się utrudnieniem w łykaniu; pokarmy płynne z trudem bywają jeszcze przełykane, stałe nie mogą być zepchnięte do przełyku i, dostawszy się do krtani lub jamy nosogardzielowej, zostają wyrzucane nazewnątrz. Dalszym skutkiem porażenia miękkiego podniebienia i mięśni gardzieli jest niemożność wykrztuszania zbierającego się w dolnym odcinku gardzieli śluzu. Przy badaniu tych narządów widać, że podniebienie miękkie wraz z języczkiem i łukami zwiesza się nieruchomo. Dotknięcie tych części, zarówno jak tylnej ściany gardzieli nie wywołuje żadnego odruchu. Przy wymawianiu litery „a” podniebienie miękkie nie unosi się ku górze. Często i czucie jest tu zupełnie zniesione, tak że klócie nie wywołuje

żadnego lu. Nierzadko porażeniu ulega tylko jedna połowa podniebienia, druga zaś albo jest zupełnie zdrowa, albo znajduje się tylko w stanie niedowładu. W tym razie języczek bywa uchylony ku stronie zdrowej i przy wydawaniu głosu unosi się razem z nią.

Porażenie miękkiego podniebienia występować może nie tylko po błonicy gardzieli, ale i innych narządów. W rzadkich tylko przypadkach miękkie podniebienie nie bywa dotknięte paraliżem.

Ze względu na utrudnione łykanie porażenie miękkiego podniebienia i mięśni gardzieli stanowi poważną chorobę i zmusza do żywienia chorego przy pomocy sondy przelkowej. Jeżeli zaś jednocześnie z tem porażeniem chory dotknięty jest zapaleniem oskrzeli lub płuc, to z powodu niemożności wykrztuszania płwociny, sprawy te przyjmują zły przebieg i mogą sprowadzić śmierć. Czasami jednocześnie z porażeniem miękkiego podniebienia i mięśni gardzieli zdarza się porażenie języka i warg.

Po tych narządach najczęściej ulegają porażeniu mięśnie oka. Pierwszy objaw stanowi trudność widzenia z bliska małych przedmiotów. Najczęściej spostrzegają to chorzy przy czytaniu. W późniejszym okresie oczy męczą się prędko przy każdej robocie, nawet jeżeli przedmiot znajduje się dalej. Te początkowe objawy spowodowane są porażeniem mięśnia akkomodacyi. W następstwie skutkiem takiegoż porażenia mięśni ruchowych może wystąpić podwójne widzenie, zezowatość i opadanie powiek górnych.

Rzadziej, niż opisane, zdarza się porażenie mięśni krtani. Jeżeli porażone są wszystkie mięśnie, to struny prawdziwe stoją nieruchomo na środku pomiędzy położeniem inspiracyjnym i fonacyjnym (Cadaverstellung). W takich razach mieć będziemy bezgłos i duszność przy forsownym wdechu i niemożność kaszlu oraz wykrztuszania śluzu. Jeżeli tylko pojedyncze mięśnie ulegają porażeniu, to najczęściej dotyczy ono zwieraczy głośni jednej lub obu stron. W ostatnim razie struny stoją w położeniu wdechu i przy próbie wydania głosu nie zbliżają się ku sobie, wskutek tego chorzy dotknięci są bezgłosem. Przy jednostronnem porażeniu głos będzie ochrypliwy. Przy porażeniu rozwieraczy głośni struny prawdziwe stoją w położeniu fonacyjnym, pozostawiając między sobą wąską szparę, przy oddechaniu nieruszają się, przy wydawaniu głosu zbliżają się ku sobie. Wskutek tego przy

tem porażeniu występuje duszność, głos pozostaje zupełnie lub prawie niezmienionym. Często bardzo ulega porażeniu i nagłośnia. Jeżeli przy tem cierpi i sfera czuciowa, a zdarza się to prawie zawsze, to części pokarmów dostają się do dróg oddechowych i mogą wywołać albo natychmiastowe zaduszenie, albo zapalenie płuc (Schluckpneumonie).

Kończyny ulegają porażeniu rzadziej i później, niż opisane narządy, przy tem dolne wcześniej, niż górne. Porażenie poprzedza słabość oraz uczucie zimna i mrowienia w kończynach. Chorzy z początku z trudnością chodzą, a potem i stać bez oparcia nie są w stanie. Powoli rozwija się porażenie zupełne kończyn dolnych. Tak samo i kończyny górne z początku z trudnością pełnią swoje funkcje, drętwieją, aż w końcu uniesione przez kogoś do góry opadają bezwładnie. Jednocześnie istnieje większe lub mniejsze znieczulenie. Ze sfery czuciowej najbardziej i najwcześniej cierpi zmysł określania przestrzeni (Raumsinn); innemi słowami przy zastosowaniu cyrkla Webera przestrzeń, na której czuje się dwa ukłócia powiększa się (Vergrößerung der Tastkreise). Zmysł określania miejsca dotkniętego, ucisku, temperatury i siły cierpi znacznie mniej. Odruchy skórne bywają normalne, odruch kolanowy zniesiony. Wskutek znieczulenia skóry na podszwach bywa bezład (ataxia). Uczucie bólu pozostaje niezmienione, w późniejszym okresie występuje nawet powiększenie bolesności (hyperalgesia). Zanik mięśni kończyn prędko się rozwija. Czasami porażone są kończyny tylko jednej strony.

W najcięższych przypadkach do opisanych porażeń dołącza się porażenie mięśni szyi, karku i tułowia. Przy porażeniu mięśni szyi i karku chorzy nie są w stanie trzymać głowy prosto, głowa opada wtył lub naprzód. Przy porażeniu mięśni tułowia wszystkie ruchy stają się niemożliwymi, chorzy nie są w stanie podnieść się, ani obrócić z jednego boku na drugi. Z powodu zajęcia mięśni klatki piersiowej i brzucha oddech staje się powierzchownym i rzadkim. Najniebezpieczniejsze jest porażenie przepony, przy którym występuje charakterystyczny objaw, polegający na tem, że przy wdechu ściany brzuszne nie wypuklają się, lecz przeciwnie wciągają się. Przy lekkim porażeniu przepony występuje duszność, przy ciężkim śmierć od zaduszenia.

Do najrzadszych należą porażenia pęcherza moczowego, zwieraczy odbytu i mięśni twarzy. Do rzadkich zjawisk

należy również utrata pociągu płciowego u mężczyzn. Kilkakrotnie spostrzegano także po błonicy zбочenia w sferze psychicznej: niedołężstwo umysłowe, obłąkanie, podniecenie umysłu, omamy.

Powstawanie porażień po przebyciu błonicy było w rozmaity sposób objaśniane. Bretonneau²⁸⁸) i Trousseau²⁸⁹) uważali porażenia za skutek ogólnego zakażenia, powodującego zaburzenia w układzie nerwowym. Teoryja ta jednak nie tłumaczy powstawania porażień w lekkich przypadkach błonicy, gdzie zakażenie ustroju może być bardzo nieznaczne, a także nie określa bliżej miejsca i natury tych zaburzeń. Gubler²⁹⁰) widzi przyczynę porażień w niedokrewności, spowodowanej błonicą. Temu objaśnieniu można zrobić kilka zarzutów: 1) dlaczego porażenia występują po najłżejszych, kilka dni trwających przypadkach błonicy, 2) dlaczego występują w okresie zdrowienia, we 2 — 3 tygodnie po skończeniu się choroby, kiedy chory zdołał już odzyskać siły i poprawić się ogólnie, 3) dlaczego nie spostrzegamy porażień po innych wyniszczających chorobach. Eisenmann²⁹¹) chciał znaleźć w ciemnej, trudno krzepnącej krwi chorych na błonicę wytłumaczenie powstawania porażień. Tak zmieniona krew ma mieć skłonność do tworzenia zatorów, nerwy zaś, otrzymujące pożywienie od takich dotkniętych sprawą zatorową tętnic, są niedostatecznie odżywiane, a wskutek tego mięśnie, będąc źle unerwionymi, ulegają porażeniu. Badania anatomo-patologiczne nie wykrywały jednak tak często zatorów w tętnicach przy błonicy, a przedewszystkiem nigdy w takim porządku, w jakim występują porażenia. Przeciwno przypuszczeniu Zenker'a²⁹²), że przyczynę porażień błonicowych stanowi woskowe zwyrodnienie mięśni, podobnie jak po durze, przemawia najprzód to, że po błonicy bardzo rzadko napotymano to zwyrodnienie, a potem teoryja ta nie objaśnia jednocześnie spostrzeganego znieczulenia. Colin²⁹³) z trzech przez niego spostrzeganych przypadków porażenia miękkiego podniebienia po błonicy wno-

²⁸⁸) Archives Générales, Janv. et Sept, 1855. (Patrz: Seitz. Op. cit.).

²⁸⁹) Clinique médicale. T. I. (Patrz: Francotte. Op. cit.).

²⁹⁰) Archives de médecine. 1859. (Patrz: Francotte. Op. cit.).

²⁹¹) Seitz. Op. cit.

²⁹²) Zeitschr. f. ration. Med. Bd. 24. H. 2 i 3. (Patrz: Francotte.

Op. cit.).

²⁹³) Gazette des hôpitaux. 1862. (Patrz: Seitz. Op. cit.).

si, że zawdzięcza ono pochodzenie swoje miejscowej sprawie zapalnej. To jednak nie tłumaczy porażenia innych narządów, a z drugiej strony pozostawia nieobjaśnionem porażenie miękkiego podniebienia w tych przypadkach błonicy, w których gardziel nie była dotkniętą.

Jaccoud ²⁹⁴⁾ objaśnia porażenia dyfterytyczne w ten sposób, że zaburzenia w gardzieli działają dośrodkowo na nerwy naczynioruchowe ośrodków nerwowych, zmieniając chwilowo ich odżywianie, przez co zmniejsza się zdolność czynnościowa tych ośrodków. Tłumaczenie to byłoby słuszne, gdyby porażenia występowały w przebiegu błonicy, kiedy gardziel jeszcze jest dotkniętą sprawą chorobową; trudno natomiast zrozumieć, dlaczego powstają one wtenczas, kiedy zmiany miejscowe w gardzieli już oddawna znikły.

Wszystkie te teoryje, jako nie wytrzymujące krytyki, zostały odrzucone. Obecnie przyczynę porażen jedni widzą w rozszerzeniu się stanu zapalnego z dotkniętych błonicą tkanek na nerwy, po których zapalenie to posuwa się coraz dalej, inni w zmianach układu nerwowego, spowodowanych samym zarazkiem błonicowym. Ci ostatni znowu dzielą się na dwa obozy: takich, którzy pierwotne zmiany odnoszą do ośrodków nerwowych, i takich, którzy ich szukają w nerwach obwodowych.

Znalezione przez Buhl'a i Oertel'a zmiany w mózgu i rdzeniu kręgowym służą dotychczas niektórym autorom za dowód, że ośrodki nerwowe cierpią pierwotnie. Klebs ²⁹⁵⁾, który w ogniskach krwawych w mózgu znajdował prócz tego pasorzyty (*microsporion diphtheriticum*), stanowczo uważa zmiany ośrodków nerwowych za pierwotne. Jeżeli zaś w niektórych przypadkach porażen błonicowych nie znajdowano po śmierci w mózgu i mleczu pacierzowym zmian, to, zdaniem jego, nie dowodzi to, że ich tam nie było; mogło nie być grubszych zmian, przy badaniu zaś doskonalszemi metodami możnaby było je wykryć. Déjérine ²⁹⁶⁾, który znalazł zmiany zapalne w nerwach obwodowych, uważa je za wtórne, spowodowane zmianami w ośrodkach nerwowych, chociaż tych ostatnich nie był w stanie

²⁹⁴⁾ Wykład patologii szczegółowej. Przekład z siódmego wydania francuzkiego. T. II. 1884.

²⁹⁵⁾ Diphtheritis w Eulenburg'a Real-Encyklopedie.

²⁹⁶⁾ Archives de physiologie norm. et pathol. 1878. (Patrz: Francotte, Op. cit.).

skonstatować zawsze. Większość autorów skłania się jednak do przypuszczenia, że porażenia dyfterytyczne są czysto obwodowej natury, że jednak na zasadzie danych, znalezionych przez Buhl'a i Oertel'a, należy przypuścić, iż w rzadkich przypadkach mogą one być i ośrodkowego pochodzenia. Senator sądzi, że za wyjątkiem rzadkich przypadków ciężkich, rozległych porażień, łagodny wogóle ich charakter i właściwość posuwania się z jednego miejsca na drugie, zmusza do przypuszczenia, że mamy tu do czynienia z lekkościami, szybko występującymi i również szybko znikającymi zaburzeniami, które biorą początek w nerwach podniebienia miękkiego i tylnej ściany gardzieli, że zatem mamy rozszerzające się ztąd cierpienie nerwów obwodowych, które można określić mianem wędrującego zapalenia ich (neuritis migrans). „Sposób, w jaki czynniki szkodliwe,“ powiada dalej, „mianowicie bodźce zapalne, szerzą się po tkance łącznej, łatwo tłumaczy typowe szerzenie się omawianych porażień. Nerwy podniebienia miękkiego i gardzieli wychodzą po większej części ze spłotu gardzielowego, w powstaniu którego biorą udział: nerw języko gardzielowy, błędny i gałązki górnego zwoju szyjowego nerwu współczulnego. Po tych nerwach, w ich pochwach łącznotkankowych i w otaczającej je luźnej tkance łącznej, czynnik szkodliwy posuwa się ku górze do spłotu tętnico-szyjnego (plexus caroticus), a ztąd do zwoju rzęskowego, do nerwu odwodzącego, okoruchowego i bloczkowego, ku dołowi do spłotu sercowego, tak samo po nerwie błędnym do dodatkowego i t. d. Wreszcie nie trudno zrozumieć rozszerzanie się szkodliwości tą drogą na zwoje rdzeniowe i na rdzeń kręgowy.“ Na zarzut, że zdarzają się przypadki porażień bez porażenia miękkiego podniebienia, Senator odpowiada, że w takich razach dotknięcie tego ostatniego zostało przeoczonem, co tem łatwiej stać się może, że spowodowane przez nie zboczenia w czynności mogą być położone na karb sprawy zapalnej. Jak jednak teorią wędrującego zapalenia nerwów objaśnić początek porażenia od miękkiego podniebienia w tych razach, gdzie błonica zajmowała, na przykład, skórę? Na to zadawalniającej odpowiedzi nie mamy.

Za naturą obwodową porażień dyfterytycznych przemawia także i Ziemssen²⁰⁷⁾. Różnica jednak zapatrywań je-

²⁰⁷⁾ Ueber diphtheritische Lähmungen und deren Behandlung. Klinische Vorträge 6. Vortr. IV. Abthlg. I. 1887.

go i Senator'a polega na tem, że, gdy drugi cierpienie nerwów uważa za sprawę czysto zapalną, pierwszy nie odmawia jej swoistości. Według Ziemssen'a wysoce prawdopodobnem jest przypuszczenie, że sprawa zapalna zakaźna szerzy się od nerwu krtaniowego górnego do pnia nerwu błędnego, a ztąd odśrodkowo na resztę gałęzi (nerw wsteczny, gałązki sercowe, przełykowe). Tylko w ten sposób można objaśnić rozszerzanie się porażenia z gardzieli na krtani i przełyk. Że zaś i pień nerwu błędnego zostaje dotkniętym, tego dowodzi niezwykła częstość i mała energija uderzeń serca, które dla tego stanu są tak charakterystyczne. Dalsze rozszerzanie się zakaźnego zapalenia nerwów zdaje się ztąd dosyć wolno postępować. Objawy porażenia kończyn i tułowia najprawdopodobniej są także natury obwodowej, być może jednak, że potrzebują dla powstania swego pośrednictwa mlecza pacierzowego, jako narządu przejściowego. Tak więc Ziemssen uważa zapalenie szarej istoty rdzenia, znalezione przez Déjérine'a, za wtórne, a przynajmniej tylko za efekt, wywołany jadem dyfterytycznym jednocześnie z cierpieniem nerwów obwodowych. Dalej wszystkie objawy kliniczne Ziemssen zupełnie zadawalniająco objaśnia cierpieniem nerwów obwodowych. A więc autor ten wyraża się nie tylko na korzyść obwodowej natury porażen dyfterytycznych, lecz i ich swoistości. Przeciwno tej ostatniej ich własności przytaczają jednak dużo zarzutów. Przedewszystkiem porażenia mogą występować po innych chorobach zakaźnych, jak dur, ospa. Nie da się atoli zaprzeczyć, że po błonicy paraliże zdarzają się bez porównania częściej, niż po wspomnianych chorobach, a prócz tego, podczas gdy po nich porażenia powstają zaraz po skończeniu się choroby, po błonicy do wystąpienia ich upływa dosyć duży przeciąg czasu, kiedy ustrój już prawie wrócił do zupełnego zdrowia. Charakterystycznemu szerzeniu się porażen dyfterytycznych Senator odmawia także cechy swoistości, gdyż jak powiada, istnieje cały szereg porażen, które występują po mniej lub więcej rozległych sprawach wrzodziejących rozmaitych błon śluzowych, i które noszą rozmaite nazwy: porażenia dyfterytyczne, jeżeli poprzedziła je sprawa wrzodziejąca błony śluzowej kiszki grubej, połogowe, jeżeli cierpieniem została dotknięta błona śluzowa części rodnych w okresie połogowym, porażenia moczowe, jeżeli chorowały narządy moczowe. Wszystkie te porażenia zaczynają się od pierwotnie

dotkniętego miejsca, szerzą się ztąd dalej i mogą przy tem zająć te same okręgi nerwowe, których zajęcie uważanem jest za charakterystyczne dla błonicy. Jednak i tu to samo powiedzieć można, że gdy po tych sprawach porażenia tak szerzące się stanowią prawie wyjątki, po błonicy są one niemal prawidłem. Dalej, gdy po najłżejszej postaci błonicy także porażenia powstać mogą, inne choroby, aby tak samo się zakończyły, muszą mieć przebieg bardzo ciężki, chociaż i tu znowu Senator twierdzi, że i po innych chorobach ostrych z przebiegiem łagodnym porażenia były spostrzegane. Wreszcie fakt, że i po zwyczajnych ostrych zapaleniach gardzieli, naprzykład po mięszowem zapaleniu migdałka, konstatowane były porażenia, najwymowniej świadczyłby o nieswoistej naturze porażen dyfterytycznych. Przypuściwszy jednak, nie bez pewnego prawdopodobieństwa, że w niektórych, przynajmniej, z tych przypadków były omyłki w rozpoznaniu (błonica jamy nosogardzielowej, nieżyłowa postać błonicy), przyznać trzeba, że w nielicznych, nie ulegających wątpliwości przypadkach były spostrzegane porażenia po zwyczajnych zapaleniach gardzieli. Jeden taki przypadek podaje Seitz: najskrupulatniejsze badanie gardzieli i nosa nie wykazało nigdzie nawarstwień dyfterytycznych, a jednak sprawa skończyła się porażeniem mięśni oka i dolnych kończyn. W każdym jednak razie są to zjawiska bardzo rzadkie, a zapalenia gardzieli, po których wystąpiły porażenia, będziemy z wielkiem prawdopodobieństwem mogli uważać za pozornie tylko zwyczajne.

Rozpoznanie.

Rozpoznanie błonicy w samym jej początku wtenczas dopiero nie będzie przedstawiało żadnych trudności, kiedy stanowczo odkrytym zostanie wywołujący ją zarazek. Dopóki zaś drobnowidz nie może rozstrzygnąć tej kwestyi, dopóty tylko wobec przypadków typowych i trwających już nieco dłużej nie znajdziemy się w kłopotcie. W początkowych okresach choroby postawienie pewnego rozpoznania może napotkać na trzy przeszkody: 1) nie wszystko, co przebiega z tworzeniem się błon jest błonicą (w znaczeniu etiologicznem), 2) nie zawsze błonica przebiega z błonami, 3) błonami mogą być pokryte miejsca niedostępne bezpośrednio badaniu okiem.

Ad 1). Najtrudniej jest odróżnić w samym początku choroby błonicę od mieszkowatego zapalenia migdałków (tonsillitis follicularis). Nie ulega wątpliwości, że pod tym względem grzeszy się często. W wielu przypadkach, wprawdzie, błąd taki zależeć może od braku wprawy ze strony badającego, ale w niektórych trudność w rozpoznaniu jest w samej rzeczy nieprzewyciężona: najdoświadczeńsi pod tym względem lekarze mogą w początkowych okresach błonicy przyjąć ją za mieszkowate zapalenie migdałków i odwrotnie. Dlatego też w tych razach nie należy spieszyć się z rozpoznaniem w przeciągu pierwszych 24 godzin. Następnego dnia zwykle przynosi już nam pewniejsze dane. Przy mieszkowatym zapaleniu migdałków, zarówno jak w samym początku błonicy, która najczęściej też rozpoczyna się od jednego migdałka, znajdujemy na nim białe plamki wielkości główki od szpilki. Przy pierwszej chorobie jednak plamki te wystające z jamek migdałka w kształcie czopków, łatwo usuwać się dają szczypczykami lub pendzelkiem bez wywołania krwawienia, przy błonicy tego zrobić nie można. Takie przypadki nie przedstawiają trudności w rozpoznaniu. Nierzadko jednak zdarza się, że owe oddzielne plamki przy mieszkowatym zapaleniu migdałka zlewają się szybko, tworząc dużą błonę, szarozółtego koloru, która mocno do migdałka przylega. W tych właśnie przypadkach w przeciągu pierwszej doby nie należy nic stanowczego powiedzieć. Henocho powiada, że często w takich razach pośpiech z jego strony był przyczyną mylnego rozpoznania, Mackenzie zaś radzi wogóle rozpoznanie przez pierwsze 24 godziny trzymać w zawieszeniu. Następnego już dnia pozwala nam stanowcze zdanie wypowiedzieć. Jeżeli wysięk posunął się na łuki lub na podniebienie miękkie, języczek, to, naturalnie, będziemy mieli przed sobą błonicę, jeżeli zaś nie tylko to nie ustąpiło, ale nawet część błony oddzieliła się, lub już tak słabo przylega, że ją można łatwo usunąć, to choroba jest mieszkowatym zapaleniem migdałka. Przy tem ostatnim cierpieniu prócz tego często tworzą się powierzchowne wrzodziki, co także jest ważną wskazówką dla rozpoznania, błonica bowiem w tej postaci nigdy nie wywołuje utraty tkanki (Oertel). Innym objawom, jak gorączce i obrzęciu gruczołów, ważnego znaczenia pod względem rozpoznania przypisywać nie można, gdyż błonica może tak samo zacząć się bardzo nieznaczem podniesieniem się ciepłoty, jak miesz-

kowate zapalenie migdałka wysoką gorączką i naodwrot. Zdaje mi się jednak, że ostatnia choroba częściej rozpoczyna się odrazu gorączką, dochodzącą do 39° i wyżej, błonica zaś niższą — 38°. Gruzoły obrzmiewają w obu chorobach. Ogólny stan cierpi jednakowo, a czasem nawet, jak to miałem sposobność widzieć, mieszkowatemu zapaleniu migdałka towarzyszy takie ogólne niedomaganie i wyczerpanie, jakie rzadko spotyka się w początkach błonicy, która w lekkiej formie może przebiegać bez wybitnych objawów ogólnych.

Nie mogę w tem miejscu przemilczeć, że rozpoznanie, postawione na błonicę w przypadku mieszkowatego zapalenia migdałków, wydaje mi się daleko mniej karygodnem, niż zdanie, mające swoich zwolenników, że każda sprawa w gardzieli, chociażby przebiegała z błonami, jeżeli tylko nie prowadzi do rozległych zniszczeń, a przynajmniej do wyraźnego zakażenia posoczniczowego, nie jest błonicą. Że zdanie to jest fałszywe, na to zgodzi się każdy, kto widział więcej przypadków błonicy, a tembardziej jeszcze, kto miał sposobność robienia sekcyj na trupach, zmarłych z powodu tej choroby. Błonica najczęściej przedstawia się w postaci zapalenia, zajmującego tylko nabłonek, tkanka podnabłonkowa nie przyjmuje już udziału w sprawie chorobowej; najczęściej więc spotykamy tę formę, którą Weigert nazwał pseudodiphtheritis. Przypadki błonicy prawdziwej, tkankowej (Gewebediphtherie), a bardziej jeszcze zgorzelinowa postać błonicy należą do rzadkich. Tak samo bywa i z posocznicowemi formami błonicy gardzieli, których częstość w porównaniu z lżejszemi jej postaciami jest znacznie mniejsza.

„Wogóle,“ powiada Jacobi, „śmiertelność nawet w złośliwych epidemjach błonicy nie jest tak wielką, gdyż jeżeli w jakiejś epidemii zdarza się duża ilość bardzo ciężkich przypadków, to jednak liczba lżejszych i średnio ciężkich zawsze przeważa. Nie mało przypadków może, naturalnie, w przeciągu kilku dni zginąć na wysokości gorączki lub wskutek zakażenia posoczniczowego, zapalenia nerek albo dławca, ale większość chorych w przeciągu jednego, dwóch tygodni powraca do zdrowia.“ Błonica gardzieli, przynajmniej, nie jest więc ani pod względem miejscowych zmian, ani pod względem ogólnego zakażenia tak złą chorobą, jak chcą ci, którzy zanadto ograniczyli jej zakres. Szkodliwość takiego po-

glądu polega na lekceważeniu w leczeniu podobnych przypadków, lekceważeniu, które może przynieść prawdziwą szkodę nie tylko choremu, lecz i otaczającym go. Dla zwolenników tego zdania choroba gardzieli z błonami, która kończy się szczęśliwie w przeciągu kilku dni, nie może być błonicą. A jednak nieraz zdarzyło mi się leczyć dotknięte porażeniem miękkiego podniebienia dzieci, które, według słów rodziców przed kilku tygodniami chorowały 5—6 dni na gardło. Wobec możliwości porażenia po zapaleniach gardła, nie mających nic wspólnego z błonicą, przypuszczam, że pomiędzy moimi przypadkami były i takie, ale czy możnaby twierdzić, że wszystkie te porażenia miękkiego podniebienia powstały nie po błonicę? Z pewnością nie, gdyż porażenia takie po zwyczajnych zapaleniach gardła bezwątpienia należą do wielkich rzadkości.

Z innych chorób gardzieli mających podobieństwo z błonicą, grzybica gardzieli włoskowcowa (*mycosis pharyngis leptothricia*), łatwo może być odróżniona od błonicy za pomocą drobnowidzowego badania wytworów chorobowych. Rzekomo-błoniaste cierpienia gardzieli czysto-zapalnego pochodzenia rozpoznać można z powodu braku ogólnych objawów; zresztą wywiady zawsze tu mogą pomódz. Jedynie błoniaste zapalenie gardzieli, spowodowane wpływem zimna, mogłoby z początku dać powód do omyłki. Ale i tu w następstwie okaże się zupełny brak cierpienia ogólnego, brak zajęcia gruczołów chłonnych i szybko następujące oddzielanie się błon. W gardzieli zresztą sprawy takie są rzadkie, częściej napotykać je można w nosie. W ostatnich czasach Hartmann²⁰⁸⁾ i Moldenhauer²⁰⁹⁾ ogłosili przypadki rzekomo-błoniastego zapalenia nosa, przebiegającego jako sprawa czysto-miejscowa, bez zajęcia błony śluzowej gardzieli i krtani i bez ogólnego zakażenia. Trzy tego rodzaju przypadki spostrzegalem i ja: jeden u 10 letniego chłopca, dwa u mężczyzn dorosłych. We wszystkich moich przypadkach zajęta była tylko jedna jama nosowa, tak, jak i w trzech spostrzeżeniach Moldenhauer'a. Czy sprawa ta zależy od działania zimna, czy też od jakiegoś swoistego zarazka, trudno powiedzieć, z błonicą jednak najprawdopodobniej nie ma nic wspólnego. Dla rozpoznania ważny jest

²⁰⁸⁾ Deutsche Med. Wochenschr. 1887. N. 29.

²⁰⁹⁾ Monatschr. f. Ohrenheilkunde. 1887. N. 9.

przebieg bezgorączkowy, brak zajęcia błon śluzowych innych narządów, brak objawów ogólnych, i jednostronne cierpienie. Podobne przypadki, dotyczące zewnętrznego przewodu słuchowego, ogłosili Bezold³⁰⁰), Steinhoff³⁰¹) i Guranowski³⁰²).

Co się tyczy liszaja (herpes) gardzieli, to odróżnia go od błonicy bardzo silny, palący ból; liszaj nie szerzy się z miejsca pierwotnego ukazania się; jeżeli przytem nie wszystkie jeszcze pęcherzyki pękły, to obecność ich już uniemożliwia omyłkę w rozpoznaniu, jeżeli zaś pękły, to często jeszcze można znaleźć liszaj na wargach.

Zapalenie mięszone migdałka może dać powód do omyłki tylko w samym początku choroby, w dalszym przebiegu zapalenie albo zmniejsza się, albo prowadzi do ropnia. Pomieszać błonicę z płaskimi łepieżami błon śluzowych chyba jest bardzo trudno.

Zwrócić jeszcze chcę uwagę na okoliczność, że przerosłe migdałki często na powierzchni swojej wyglądają zupełnie biało, co, jak się przekonałem, daje powód do omyłek, które, rozumie się, powstać mogą tylko skutkiem niedostatecznej uwagi przy badaniu. Jacobi zwraca także uwagę na to źródło pomyłek.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego pomiędzy szkarlatyną a błonicą z wysypką, to zajęcie mózgowia i nerw, łuszczenie się naskórka i silne zaczerwienienie gardzieli przy pierwszej, a brak tych objawów przy drugiej, ułatwiają je.

Zapalenie pryszczycowe jamy ustnej (stomatitis aphtosa) w tych razach, kiedy pęknięte pęcherzyki zlewają się w jeden większy wrzodzik, może być przyjęte za błonicę, ale zawsze obok tych pękniętych pęcherzyków znajdziemy jeszcze całe. Zresztą omyłka tutaj zajść może tylko przy bardzo powierzchownem badaniu.

Ad 2). Bez błon, jak widzieliśmy, błonica przebiegać może w bardzo lekkich lub bardzo ciężkich przypadkach. W pierwszym razie możebne jest pomieszanie ze zwyczajnem zapaleniem gardzieli, i w rzeczywistości zapewne nie-

³⁰⁰) Virch Arch. Bd. 70.

³⁰¹) Beobachtungen über otitis externa crouposa. 1886. (Patr: Guranowski l. c.).

³⁰²) Monatschr. f. Ohrenheilkunde. 1888. N. 7.

raz się to zdarza; dopiero następcze porażenia w okresie zdrowienia wyjaśniają pomyłkę. W czasie epidemii błonicy, każde zapalenie gardzieli powinno być uważane za błonico-
we, chociaż, rozumie się, omyłki mogą być częste. Mackenzie powiada, że przy dyfterytycznym cierpieniu gardzieli, przebiegającym bez błon, przekrwienie jest ograniczone, ale za to znacznie silniejsze, niż przy zwyczajnym zapaleniu, przy tem zajęta jest często tylko jedna strona miękkiego podniebienia lub jeden migdałek, podczas gdy nieżyt zajmuje zwykle całą jamę gardzielową. W przypadkach ciężkich, w których chory umiera, zanim zdążyła się jeszcze wytworzyć wyraźna błona, występują na pierwszy plan objawy ogólnego zakażenia. W takich razach za jedyne moment rozpoznawczy uważa Mackenzie charakter epidemii; w endemicznej formie ta postać błonicy niezmiernie rzadko się zdarza. Naturalnie, w pierwszych przypadkach takiej epidemii omyłki są nieuniknione.

Ad 3). Do miejsc niedostępnych bezpośrednio badaniu okiem należy jama nosogardzielowa i krtani z tchawicą. W tych razach dla postawienia pewnego rozpoznania potrzebne jest koniecznie użycie lusterka. To jednak możliwe jest tylko u ludzi dorosłych i starszych, a przede wszystkim dobrze wychowanych dzieci. W przeciwnym razie możemy tylko opierać się na domysłach. Jeżeli błonica rozpoczęła się od gardzieli, to o rozszerzeniu się na jamę nosogardzielową będziemy mogli wiać z nosowego dźwięku mowy i chrapliwego oddechania; jeżeli przytem zostały dotknięte i nozdrze tylne, to, według Jacobi'ego, obrzmienie głębokich gruczołów twarzowych w okolicy kąta dolnej szczęki ma być pewnym momentem rozpoznawczym. Jeżeli zaś błonica pierwotnie rozpoczyna się od jamy nosogardzielowej, to rozpoznanie jej w początkach, dopóki nie przejdzie na nos, bez lusterka staje się niemożliwym, powyższe bowiem objawy, głos nosowy i oddech chrapliwy, mogą zależeć od innej jakiejś sprawy, a nie od błonicy.

To samo da się powiedzieć i o krtani. Jeżeli zostaje ona dotknięta przy istniejącej już błonicy gardzieli, to rozpoczynającą się chrypka, kaszel i duszność wraz z nagłym podniesieniem się ciepłoty ciała wskazują na rozszerzanie się wysięku. Z drugiej strony nie należy zapominać że objawy zwężenia krtani mogą powstać skutkiem samego tylko obrzęku krtani. U dzieci zresztą, szczególnie młodych, przy

silnem przyciśnięciu języka, występuje ruch wymiotowy, przy którym nagłośnia unosi się ku górze i może być widziana bezpośrednio, prócz tego u dzieci, nawet największy opór przy badaniu stawiających, można w lusterku zobaczyć nagłośnię. Stan jej daje już nam pewne wskazówki rozpoznawcze: jeżeli spostrzegamy na niej błonę, to już wnosić możemy o obecności błon we wnętrzu krtani; brak błony tutaj jednak nie upoważnia wcale do przeciwnego zdania. Gorzej jest, gdy objawy zwężenia dróg oddechowych występują pierwotnie. Rozpoznanie różniczkowe wahać się może wtenczas pomiędzy: dławcem, ostrym nieżytem krtani, obrzękiem jej, zapaleniem ochrzęstnej, ciałem obcym, nowotworem krtani, porażeniem mięśni rozwieraczy głośni i ropniem pozapłytkowym. Przedewszystkiem należy starannie zbadać płwocinę, czy nie znajdują się w niej strzępki błon. Jeżeli ich nie ma, to następujące objawy mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie: przy ostrym nieżycie krtani duszność rozpoczyna się odrazu i występuje napadami, pomiędzy którymi oddech nie jest utrudniony; dławiec zaczyna się ogólnem niedomaganiem, trudność w oddechaniu rozwija się powoli, w pauzach pomiędzy napadami zaduszania się pozostaje duszność. W dalszym przebiegu, naturalnie, przy dławcu objawy zwężenia dróg oddechowych wzmagają się, a przy ostrym nieżycie krtani powoli zmniejszają się. Inne objawy, jak występowanie napadów zaduszania się nocą, gorączka, kaszel, głos, nie mają żadnego znaczenia rozpoznawczego, gdyż mogą być jednakowe w obu chorobach. Obrzęku krtani nie poprzedza okres zwiastunów, jest on zawsze skutkiem innych chorób ostrych lub przewlekłych. Zapalenie ochrzęstnej łatwo dać może powód do omyłki, gdyż zarówno początkowe objawy, jak i przebieg w obu chorobach mogą być jednakowe. Pierwotne jednak zapalenie ochrzęstnej krtani jest bardzo rzadką chorobą, zwykle bywa ono następstwem chorób ogólnych: gruźlicy, przymiotu, lub występuje po chorobach ostrych zakaźnych. Ciało obce odrazu wywołuje napad zaduszania bez żadnych zwiastunów; wywiady, badanie gardzieli i krtani palcem wewnątrz i zewnątrz pomagają przy rozpoznaniu. Że jednak i w tym razie omyłki są możebne dowodzą dwa przez Monti'ego przytoczone przypadki. W pierwszym przypadku przyprowadzono do niego dziecko z objawami dławca, trwającymi od 3 dni. Przy badaniu krtani palcem znalazł Monti zaklinowane

w szparze głosowej twarde ciało, które po wydobyciu okazało się małą sprzączką metalową. Pierwotne rozpoznanie innego lekarza było w tym przypadku postawione na dławiec. W drugim spostrzeżeniu choroba, uznana przez lekarza za zapalenie krtani, zależała, jak się okazało przy sekcji od obecności pieczętki do laku w uchyłku (diverticulum) przetyku. Nowotwór nigdy nie da nagłej duszności, rozwija się ona powoli w miarę wzrastania guza. Wywiady zatem zawsze uchronią tu od pomyłki. Przy porażeniu rozwieraczy głóśni duszność jest tylko wdechowa, wydech odbywa się swobodnie; przy dławcu oddech jest zarówno utrudniony przy wdechu, jak i przy wydechu. Ropień popazołykowy tylko przy bardzo powierzchownem badaniu może dać powód do omyłki: uważne badanie gardzieli okiem i palcem zawsze uchroni od niej. Na jeszcze jedną możliwą pomyłkę zwrócić uwagę moję przed niedawnym czasem następujący przypadek: dziewczynka 9-letnia dostała duszności, która od czasu do czasu, szczególnie po kilku godzinach snu, wzmagała się i dochodziła do stopnia zaduszania się. Oddech chorej lekko cuchnący, głos nieco ochryply, stan bezgorączkowy. W nosie znalazłem dużo brudno-szarych i zielonawych strupów cuchnących. Stan nosa i charakterystyczny zapach wydechanego powietrza naprowadził mnie już na właściwe rozpoznanie, które też stwierdziło badanie lusterkiem: takie same strupy, jak w nosie, znalazłem na błonie śluzowej tchawicy; błona śluzowa całej krtani była mocno zaczerwieniona. Miałem więc do czynienia z przypadkiem ozaenae trachealis, zależnej od takiegoż cierpienia nosa.

Takie tedy trudności przy rozpoznawaniu napotkać można wtenczas, kiedy badanie wziernikiem krtaniowym jest niemożliwe. Gdy zaś zastosowanie jego udaje się, to jeszcze nieraz wypada zwalczać wątpliwości, podane pod N. 1).

Odróżnić dławiec czysto zapalny, spowodowany działaniem zimna od pierwotnego dławca błonicowego w początku choroby, dopóki nie ma wyraźnych objawów ogólnego zakażenia jest rzeczą niemożliwą, chyba że daje się napewno wykluczyć zarażenie. W dławcu zapalnym, spowodowanym wpływami chemicznymi i mechanicznymi oraz wysoką temperaturą, wywiady dadzą dostateczną wskazówkę. Przejście sprawy rzekomo-błoniastej na tchawicę i oskrzela objawia się obok wzmocnienia się duszności, zmniejsze-

nia się lub ustania kaszlu i podniesienia się ciepłoty ciała, znacznem powiększeniem się częstości oddechania. Ten ostatni objaw może służyć za ważną wskazówkę rozpoznawczą. Pewność daje tylko wykrztuszenie błon, mających kształt cylindrów zwyczajnych lub rozgałęzionych. Jeżeli sprawa rozpoczyna się od tchawicy lub oskrzeli, to odrazu trudność w oddechaniu dochodzi do stopnia zaduszania się. Inne objawy będą, naturalnie, takie same, jak przy następczem cierpieniu tych narządów. Przy wysłuchiwanie płuc nie otrzymujemy żadnych objawów charakterystycznych, a przeto i tutaj tylko wykrztuszenie wspomnianych błon cylindrycznych rozstrzyga wątpliwość.

Pozostaje jeszcze kilka słów powiedzieć o rozpoznaniu błonicy nosa i ucha, zgorzelinowej jej postaci oraz powikłań i następczych porażań.

Błonica jam nosowych rozpoczyna się odrazu wysoką gorączką, dochodzącą do 40° ; wypływ z nosa z początku ma charakter śluzo-ropny z domieszką krwi, później przechodzi w czysto-ropny, cuchnący, zmieszany ze strzępkami błon. Oddechanie przez nos utrudnione, chrapanie, skóra nosa silnie zaczerwieniona, gruczoły w okolicy kąta dolnej szczęki powiększone; wcześniej występują objawy ogólnego zakażenia. W późniejszym okresie można już okiem skonstatować obecność błon.

Zajęcie ucha rozpoznaje się po bólu zwykle w okolicy wstępującej gałęzi dolnej szczęki, następnie po wypływie, wreszcie przez skonstatowanie błon. Rozpoznanie błonicy skórnej i narządów płciowych oraz łącznicy nie przedstawia trudności.

Zgorzel tkanek gardzieli i jamy ustnej rozpoznać łatwo, kwestyja może być tylko, czy jest ona następstwem błonicy; tu już rozstrzyga poprzedni stan tych narządów lub wywiady. Nieraz można przyjąć rozkładające się błony za zgorzel tkanek, ale jeżeli usuniemy je, to ukaże się nie-naruszona błona śluzowa, podczas gdy po usunięciu strupa zgorzelinowego znajdziemy utratę tkanki.

Rozpoznanie częstego powikłania zapalenia i obrzęku płuc możebne jest tylko wtenczas, gdy nie ma jednoczesnego zwężenia krtani. Najczęściej jednak powikłania te występują właśnie wskutek zwężenia dróg oddechowych. W takich razach wysłuchiwanie nie daje żadnych wskazówek, gdyż oddech jest maskowany przez szmer stenotyczny, opu-

kiwaniem zaś, wykazującym stopienie, nie można określić, czy zależy ono od nacieczenia tkanki płucnej, czy od niedodmy.

Rozpoznanie następczych porażień w przypadkach, o których wiemy, że nastąpiły po błonicy, ma się rozumieć, nie przedstawia trudności. Ale nawet wtenczas, kiedybyśmy z wywiadów nie mogli mieć pewności, że poprzedzone one były przez błonicę, już samo charakterystyczne ich występowanie w pewnym porządku uchroni od pomyłki. W przypadkach porażień, nieprawidłowo przebiegających, trudnych do rozpoznania Ziemssen przywiązuje wielką wagę do powiększenia się przestrzeni, na której chory czuje dwa ukłócia przy użyciu cyrkla Weber'a, szczególnie na końcach palców. Wobec rzadkości porażień po cierpieniach gardzieli natury niebłonicowej, można z wielkim prawdopodobieństwem porażenia, które powstały po nieznannej chorobie gardła, uważać za dyfterytyczne.

Rokowanie.

Pod względem rokowania nie należy przy błonicy wypowiedzieć stanowczego zdania wcześniej, niż po upływie 2 — 3 tygodni od czasu rozpoczęcia się okresu zdrowienia. Błonica, rozpoczynająca się najłagodniej, może w przebiegu swoim zmienić charakter albo wskutek rozszerzenia się sprawy rzekomo-błoniastej na nos lub na krtani, albo przez ciężkie ogólne, septyczne zakażenie lub zgorzel tkanek. Następnie w przebiegu błonicy, czego także nigdy przewidzieć nie można, grozi powikłanie ze strony płuc, kanału pokarmowego, serca lub, co się rzadziej zdarza, ze strony nerek; krwotoki w czasie trwania choroby mogą być pośrednio lub bezpośrednio zabójczymi. Po ukończeniu się sprawy wysiękania i spadku gorączki, a więc w okresie zdrowienia, nie wykluczona jest jeszcze możliwość któregośkolwiek z tych powikłań, największym jednak niebezpieczeństwem grożą następcze porażenia serca, mięśni oddechowych i krtani, które spowodować mogą śmierć. Wszystko to może wystąpić najniespodzianie. Wogóle rokowanie przy błonicy może być tylko wypowiedziane z pewnym prawdopodobieństwem, nigdy z pewnością. Okoliczności, pozwalające przypuszczalnie wypowiedzieć zdanie co do stopnia niebezpieczeństwa choroby są następujące:

- 1) Charakter epidemii. Śmiertelność w rozmaitych epi-)

demjach błonicy wogóle waha się pomiędzy 20⁰/₀—a 50⁰/₀. W niektórych epidemjach wahania tego mogą być znacznie większe. W rozmaitych miejscowościach Lombardyi pomiędzy r. 1873 a 1875 śmiertelność od błonicy wahała się pomiędzy 10⁰/₀ — 91⁰/₀ ³⁰³), w Holandyi w roku 1859 w pojedynczych miejscowościach 4⁰/₀—75⁰/₀ ³⁰¹). W Wiedniu śmiertelność, spowodowana błonicą, wynosiła: ³⁰⁵)

W roku	1877	—	44,3 ⁰ / ₀	
„	„	1878	—	38,3 ⁰ / ₀
„	„	1879	—	35,9 ⁰ / ₀
„	„	1880	—	21,7 ⁰ / ₀
„	„	1881	—	29 ⁰ / ₀ .

Sporadyczne przypadki błonicy zawsze dają lepsze rokowanie.

2) Wiek. Dla dzieci błonica jest chorobą bez porównania niebezpieczniejszą, niż dla dorosłych, przy tem im młodsze jest dziecko, tem rokowanie jest gorsze. Wynika to z jednej strony ze skłonności błonicy do szerzenia się na drogi oddechowe, co dla mało rozwiniętej krtani stanowi chorobę daleko poważniejszą, niż dla obszernej, z drugiej z mniejszej odporności ustroju dziecka względem ogólnego zakażenia. Według sprawozdania Radcliffe'a ³⁰⁶) od r. 1861 do r. 1871 śmiertelność od błonicy w Anglii podług wieku przedstawia się, jak następuje:

Zmarło osobników	niżej	1 r.	3720
„	„	od 1 „	5166
„	„	„ 2 „	4615
„	„	„ 3 „	4629
„	„	„ 4 „	4020
„	„	„ 5 „ do 10	10285
„	„	„ 10 „ „ 15	3082
„	„	„ 15 „ „ 20	1218
„	„	„ 20 „ „ 25	733
„	„	„ 25 „ „ 35	833
„	„	„ 35 „ „ 45	523
„	„	„ 45 „ „ 55	404
„	„	„ 55 „ „ 65	325

³⁰³) Seitz. Op. cit.

³⁰⁴) Ibidem.

³⁰⁵) Monti. Op. cit.

³⁰⁶) Med. Times and Gazette. 1863. (Patr: Seitz, Op. cit.).

Zmarło osobników od 65 r. do 75	187
" " " 75 " " 85	66
" " " 85 " i wyżej	8.

A zatem od 1 do 10 r. życia zmarło 32435, od 10 do 85 i wyżej—7369.

W Holandyi dzieci niżej 10 lat zachorowało w r. 1858 — 1343, z tych zmarło 588, t. j. 43,1⁰/₀, dzieci wyżej 10 lat zachorowało 1502, z tych zmarło 203, t. j. 13,5⁰/₀ ³⁰⁷⁾.

Z 1701 przypadków śmierci od błonicy w roku 1873 w Saksonii przypada na wiek do 10 lat osobników 1589, od 10 do 70 r. 112 ³⁰⁸⁾.

W Wiedniu zmarło na błonicę:

	W roku 1879	W roku 1880	W roku 1881	Summa
Do 1 r. życia	38	31	19	88
Od 1 r. do 5 r.	468	321	278	1067
" 5 " " 10 "	159	100	73	332
" 10 " " 15 "	15	6	8	29
" 15 " " 20 "	5	4	—	9
" 20 " " 25 "	2	2	2	6
" 25 " " 35 "	2	1	3	6
" 35 " " 40 "	1	1	—	2

Według tej tablicy największą liczbą przypadków śmierci od błonicy jest pomiędzy 1—5 rokiem życia, dalej następuje wiek od 5 do 10 r., później od 0—1, od 10 roku śmiertelność wogóle jest mała ³⁰⁹⁾.

3) Pora roku, jak na powstawanie błonicy, tak i na śmiertelność od niej, zdaje się, ma pewien wpływ. W Bazylei od r. 1824 do 1874 zmarło na błonicę i dławiec 436 osobników. Z tej liczby 306 t. j. 70,2⁰/₀ przypada na 6 zimnych, 130 t. j. 29,8⁰/₀—na 6 ciepłych miesięcy ³¹⁰⁾.

W Wiedniu zmarło: ³¹¹⁾

³⁰⁷⁾ Seitz. Op. cit.

³⁰⁸⁾ Ibidem.

³⁰⁹⁾ Monti. Op. cit.

³¹⁰⁾ Seitz. Op. cit.

³¹¹⁾ Monti. Op. cit.

W roku	W półroczu zimnem	W półroczu ciepłem
1872	129	84
1873	105	80
1874	85	78
1875	139	99
1876	387	291
1877	512	306
1878	597	392
1879	409	285
1880	281	215
1881	230	153

Z tych tablic okazuje się, że śmiertelność od błonicy w półroczu zimnem jest większą, niż w ciepłym.

4) Osobniki słabo zbudowane i wyniszczone poprzedniami chorobami podlegają większemu niebezpieczeństwu, niż silni i przed tem zdrowi.

5) Gorączka przy błonicy nie znajduje się w żadnym związku ze stopniem niebezpieczeństwa choroby: przypadki, przebiegające z małą gorączką mogą kończyć się śmiercią, podczas gdy przypadki, w których ciepłota dochodzi do bardzo wysokiego stopnia, mają pomyślne zakończenie. Jeżeli jednak po spadku gorączki odrazu następuje nowe nasilenie jej, to jest to złym objawem, gdyż dowodzi rozszerzenia się sprawy błonicowej lub rozwinięcia się jakiegoś powikłania. Stopniowo i długi czas trwające podnoszenie się gorączki, lub przeciwnie stopniowe opadanie jej niżej normy z upadkiem sił, częstem i nieregularnem lub przeciwnie zbyt zwolnionem tętnem jest objawem niepomyślnym.

6) Ogólne zakażenie, im bardziej jest wyrażone, tem mniej daje szans wyzdrowienia. Posocznicowe formy należą do najcięższych.

7) Im mniejszy obszar zajmują błony rzekome, tem rokowanie jest lepsze. Najpomyślniejsze rokowanie daje błonica migdałków, w razie jeżeli zostaje tu umiejscowioną. Mackenzie utrzymuje, że z tych przypadków, w których doszło do wytworzenia się wyraźnej błony rzekomej przy najmniej trzecia część umiera. Rozszerzenie się błon na krtań jest objawem bardzo groźnym: bez tracheotomii wyleczenie następuje najwyżej w 10%. Jeszcze gorsze rokowanie daje zajęcie sprawą rzekomo-błoniastą tchawicy i os-

krzeli resp. rozpoczęcie się jej tutaj. Błonica nosa szybko prowadzi do zakażenia posoczniczego. Rozszerzenie się błonicy na jamę ustną, zajęcie skóry, narządów płciowych zewnętrznych pogarsza rokowanie. Również ważne dla rokowania znaczenie ma okoliczność, czy błonica jest powierzchowną, czy głęboką, pierwsza jest mniej niebezpieczna niż druga. Zgorzelinowe postaci błonicy należą prawie do bezwarunkowo śmiertelnych.

8) Gruczoly chłonne, im bardziej są dotknięte, tem więcej wskazują na ciężkie ogólne zakażenie, a więc stanowią objaw zły.

9) Każde powikłanie: zapalenie płuc, obrzęk płuc, zapalenie wsierdzia lub mięśnia sercowego, nerek, częste wymioty albo rozwolnienie, krwotoki, zajęcie mózgowia, pogarszają rokowanie.

10) Wynaczynienia na skórze i petocie oraz pęcherzyca krwotoczna spostrzegane były przez Monti'ego przy ciężkich posocznicznych postaciach błonicy.

11) Co do porażień dyfterytycznych, to nie można nigdy napewno przewidzieć, czy wystąpią, czy nie. Oertel sądzi, że im cięższe jest zajęcie błon śluzowych, i im więcej czasu upływa od początku choroby do oddzielenia się błon, tem prawdopodobniejsze jest ich wystąpienie; siła ich i rozprzestrzenienie na większy lub mniejszy obszar aparatu mięśniowego mają, według niego, znajdować się zwykle w stosunku prostym do stopnia natężenia błonicy. Zdaje się jednak, że zdaniu temu nie można przypisywać wielkiej wagi, gdyż po lekkich postaciach błonicy spostrzegane były ciężkie, nawet śmiertelne porażenia i odwrotnie. Rokowanie w przypadkach, gdzie porażenia już wystąpiły, tem jest pomyślniejsze, im mniejszy zajmują obszar. Zajęcie mięśni gardzieli i krtani grozi śmiercią od wyniszczenia i przenikaniem części pokarmów do dróg oddechowych, skutkiem czego może nastąpić zaduszenie albo zapalenie płuc (Schluckpneumonie). Przy stopniowem szerzeniu się porażień obawiać się należy przejścia ich na mięśnie oddechowe i serce. Co się tyczy zachowania funkcji porażonych narządów, to pod tym względem przepowiednia zwykle bywa dobra; w bardzo rzadkich przypadkach, jak naprzykład w jednym przez Seitz'a spostrzeganym, kończyny jednej strony jeszcze po 4 latach były bezwładne, przez ten czas zaś nastąpił taki zanik mięśni, że o wyleczeniu już nie mogło być mowy.

Leczenie.

I. Zapobiegawcze.

Zbytecznym byłoby dowodzić, jak ważne są ogólne urządzenia zdrowotne przeciwko chorobie, która tak często występuje epidemicznie i zabiera pokaźną ilość ofiar. W rękach municypalności miast powinna leżeć troska o jaknajczystsze utrzymywanie ulic i domów, o zdrową wodę, a przede wszystkim o dobrze przeprowadzoną kanalizację. Szkoły, które najczęściej przyczyniają się do szerzenia epidemii, powinny być pod bezustanną kontrolą lekarzy. W każdym mieszkaniu winno się kłaść dużą wagę na czystość i wentylację. Pierwszorzędnego znaczenia kwestyję stanowi należyte pielęgnowanie jamy ustnej, gardzieli i nosa, na co zwracać się powinno uwagę nie już po wybuchnięciu epidemii, ale i w czasie wolnym od niej; zresztą każde dziecko od urodzenia powinno być do tego przyzwyczajane i przyuczane. Zwracam szczególnie uwagę na nos, który pod względem czystego utrzymywania dotychczas nie ma tyle szczęścia, co jama ustna i gardziel. Co się tyczy tej ostatniej, to zwyczajem, od dawien dawna przyjętym, ograniczamy się na płukaniu, przypuszczając, że płyn, wzięty do ust, przy przechyleniu głowy w tył i wymawianiu „gru“, opłukuje całą gardziel. Jest to bardzo mylne zdanie. Przy płukaniu przyciskamy osadę języka do podniebienia, a przy wymawianiu powyższego wyrazu zaledwie trochę płynu może dostać się na środek tylnej ściany gardzieli. Osób, które byłyby w stanie płukać gardło przy spłaszczonym języku chyba jest bardzo niewiele. Ja osobiście uczę się tego od dłuższego czasu i nie mogę dojść w tym względzie do wielkiej wprawy. Dla tego też płukaniom przy chorobach gardzieli nie przypisuję żadnego leczniczego znaczenia. Przy płukaniu tedy jesteśmy w stanie oczyścić tylko jamę ustną i może małą jakąś część tylnej ściany gardzieli, o bocznych ścianach, głównie migdałkach, a co już samo przez się rozumie się, o całej jamie nosogardzielowej nie może już być mowy przy takim postępowaniu. O ile jednak ważnem byłoby oczyszczenie migdałków ze wszystkich zatrzymujących się w ich jamkach i rozkładających się tam częściach pokarmów, nie potrzebuję mówić. Jeżeli część dolna gardzieli ma więcej szczęścia do pielęgnowania jej, niż część nosowa i sam nos, to zawdzięcza to, bezwątpienia, właś-

nie tym zatrzymującym się w niej cząstkom pokarmów. O ile jednak oczyszczanie jej w ten sposób jest tylko iluzją, powiedziałem już. Ale pytam się, czy tylko te części pokarmów powinniśmy usuwać, czy nie ma innych czynników szkodliwych, które odkładają się nie tylko tutaj, ale i w nosie i jamie nosogardzielowej przy oddechaniu? Drogą naturalną dla oddechania jest nos, powietrze przez niego przechodzące, dostaje się ztąd do jamy nosogardzielowej, gardzieli i t. d. Razem z tem powietrzem wdychamy cząsteczki pyłu i najrozmaitsze drobnoustroje, które osiadają na błonie śluzowej nosa i jamy nosogardzielowej, tak samo jak w gardzieli. Dlaczegoż więc, przypuściwszy już, że płukanie wystarcza do usuwania ich, pozostawiać tamte narządy bez odpowiedniego pielęgnowania? Według mego zdania, pozostawiwszy płukanie, jako środek, oczyszczający tylko jamę ustną, powinniśmy dla pielęgnowania nosa i całej gardzieli wprowadzić przestrzykiwania nosa. Tak samo, jak codziennie zrana i po jedzeniu płuczemy gardło, a raczej usta, tak też powinniśmy za każdym razem przestrzyknąć kilka razy nos. Przy manipulacji tej większa część płynu, wstrzykniętego do jednej jamy nosowej, obszedłszy przegrodę tylną, wychodzi przez drugą jamę, reszta zaś, opłukawszy jamę nosogardzielową i gardziel, wychodzi ustami. Każde dziecko przeto od najwcześniejszego dzieciństwa powinno być przyzwyczajone do płukania ust i przestrzykiwania nosa. Nie przeczę, że robić dzieciom małym tę ostatnią operację jest trochę niebezpiecznie z tego względu, że przy krztuszeniu się lub łykaniu (gdy podniebienie miękkie zostaje przyciśnięte do tylnej ściany gardzieli), płyn łatwo dostać się może przez trąbki Eustachiusza do ucha średniego i wywołać tam ciężkie zapalenie. To też zaczynać powinno się trochę inaczej. U najmłodszych dzieci do 2 lat, należy codziennie zrana i po każdym jedzeniu wprowadzić do ust, a następnie do gardzieli palec owinięty kawałkiem czystego płótna, zmoczonego w ostudzonej wodzie przegotowanej i wytrzeć lekko całą błonę śluzową policzków, języka, dziąseł, dna jamy ustnej, twardego i miękkiego podniebienia, migdałki i tylną ścianę gardzieli; następnie hakowato zgiętym palcem, owiniętym takim samym kawałkiem płótna, należy wejść do jamy nosogardzielowej, o ile to u bardzo małych dzieci jest możebne, i tu, ile się da, oczyścić. Tę ostatnią czynność mogłyby z lepszym skutkiem spełniać kobiety, jako mające

palce cieńsze, a zatem łatwiej mogące być wprowadzone do wąskiej przestrzeni pomiędzy podniebieniem miękkim, a tylną ścianą gardzieli. Do nosa tym małym istotom powinno się wlewać, najlepiej z łyżeczki, w pewnych odstępach czasu tę samą wodę przegotowaną letnią. Tego sposobu jednak radziłbym używać tylko tak długo, aż dziecko nie nabierze tyle rozumu, aby zachować wszystkie ostrożności, jakie potrzebne są przy przestrzykiwaniu nosa. Mówię to dlatego, że do wydalenia z nosa niepotrzebnej zawartości, należy użyć pewnej siły, która przy wlewaniu płynu do nosa osiągniętą być nie może. Do przestrzykiwań nosa najlepiej jest używać szprycek, mieszczących około 1—2 łyżek płynu; większe szpryki, a szczególnie irygatory, są nie dobre, gdyż długi strumień wody, przechodząc przez jamę nosową, zbyt długo drażni podniebienie miękkie, wywołuje kurcz jamy, i tym sposobem woda może dostać się do jamy bębnekowej. W czasie przechodzenia płynu należy wstrzymywać się od łkania i krztuszenia się, trzymać usta otwarte, głowę nieco naprzód przechyloną i wymawiać literę „h”. U nieprzyzwyczajonych do przestrzykiwania nosa ciśnienie powinno być z początku słabe, stopniowo tylko należy je powiększać. Przy zachowaniu tych ostrożności i stosowaniu szpryki, o jakiej mówiłem, niebezpieczeństwo zapalenia średniego ucha schodzi do minimum. Nie mówię już o tem, o ile rzadsze byłyby cierpienia nieżytowe nosa i gardzieli przy takim pielęgnowaniu tych narządów, cierpienia, które w etiologii błonicy grają doniosłą rolę, ale zwracam uwagę na to, jak ważnem jest przyzwyczajanie dzieci do tych manipulacji w leczeniu samej błonicy. Do przestrzykiwań i płukań zalecam czystą wodę przegotowaną, mając na myśli usunięcie szkodliwych czynników a nie zabicie ich. Zachwalano w tym ostatnim celu płyny przeciwgnilne, szczególnie alkaliczne: chloran i nadmanganian potasu, salicylan i będzwinian sodu, wodę wapienną, a prócz nich kwas karbolowy. Środki te jednak muszą być brane w tak słabych roztworach, że o ich skuteczności można wątpić. Z drugiej strony zdaniem Monti'ego mogą one być wprost szkodliwe, gdyż wywołują przekrwienie błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli, a tem samem, usposabiają ją do przyjęcia zarazka.

Dalej dzieci powinny być przyzwyczajone do codziennych wycierań ciała zimną wodą, do zmian temperatury, zbytne ochranianie bowiem dzieci przed wpływem tych

zmian czyni je skłonnemi do zaziębień, a tem samem do przyjęcia zarazka błonicowego. Wszelkie istniejące już niezżyty nosa i gardzieli mają być wcześniej leczone, przerosłe migdałki usuwane. Na profilaktyczne znaczenie usuwania dużych migdałków zwrócił uwagę Rossbach³¹²⁾. Zrobił on na samym sobie spostrzeżenie, że, gdy przed 20 laty chorował na błonicę, która umiejscowiła się na migdałkach, później, kiedy z innego powodu migdałki zostały usunięte, przy powtórnym zarażeniu się, narządy te pozostały nietkniętymi. Rossbach sądzi, że blizna, wytworzona na pozostałej po usunięciu części migdałka, stanowi przeszkodę dla przeniknięcia zarazka. Nie rozstrzygam, o ile tłumaczenie to jest słuszne, sam fakt jednak, zauważony przez Rossbach'a, zasługuje na uwzględnienie. Następujący przypadek wprawdzie nie błonicowego, ale mieszkowatego zapalenia migdałków, sprawy w każdym razie zakaźnej, może posłużyć za dowód użyteczności profilaktycznego usuwania migdałków: młody człowiek zgłosił się do mnie z powodu bólu gardła, na który często zapadał. Przy badaniu znalazłem mieszkowate zapalenie obu migdałków. Po zaordynowaniu odpowiedniego leczenia poleciłem choremu zgłosić się do mnie dla dokonania operacji na migdałkach. Gdy chory przybył, znalazłem oba migdałki w stanie przerostu, były one jednak zbyt płaskie, aby można było je usunąć narzędziem do wycinania ich. Z tego powodu postanowiłem je zmniejszyć przez przypalenie żegadłem galwanicznym. Dokonałem tej operacji na lewym migdałku, pozostawiając prawy do czasu, aż na pierwszym niewytworzy się blizna. Chorego potem długi czas nie widziałem. Po upływie kilku miesięcy zgłosił się znowu, skarżąc się na ból gardła z prawej strony. Znalazłem teraz mieszkowate zapalenie tylko prawego migdałka.

Monti nazywa tonsillotomię bardzo skutecznym środkiem zapobiegawczym: po dokonaniu tego rękoczynu dzieci rzadziej zapadają na błonicę.

Szczepienie profilaktyczne błonicy, jak widzieliśmy, nie dało zadawalniających wyników; zresztą wobec faktu, że błonica nawiedzać może jednego i tego samego osobnika kilkakrotnie, że zatem jednorazowe przebycie jej nie ma żadnego wpływu ochronnego, szczepienie takie nie miałoby żadnej wartości.

³¹²⁾ Discussion über Diphtherie. Verhandl. d. Congr. f. inn. med. 2 Congr. 1883. Wiesbaden.

Tak postępować należy wczasie wolnym od epidemji, po wybuchnięciu zaś jej wszystkie przytoczone przepisy powinny być przestrzegane z tem większą akuratacją. Na jedno tylko chciałbym zwrócić uwagę, na co i Jacobi kładzie nacisk, aby podczas epidemji błonicy nie dokonywać żadnych operacyi chirurgicznych, szczególnie w jamie ustnej, gardzielowej i nosowej; przerosłe zatem migdałki, jeżeli się ich nie usunęło wcześniej, lepiej już pozostawić takimi do wygaśnięcia epidemji. Rany powinny być starannie opatrywane i czysto utrzymywane, gardło dzieci codziennie badane, szczególnie pielęgnowanie jamy ustnej, gardzieli i nosa troskliwie powinno być prowadzone, aby usunąć mogący dostać się z wdychaniem powietrzem na błonę śluzową tych narządów zarazek błonicowy. Voltolini³¹³⁾ przypuszcza, że zarazek ten prędzej dostaje się na błonę śluzową gardzieli z pokarmami, niż przy oddychaniu, motywując przypuszczenie swoje w ten sposób, że gdyby zarazek przenikał z wdychaniem powietrzem, to przypadki błonicy nosa, który stanowi naturalną drogę dla oddechania, powinnyby były być bardzo częstymi; tymczasem Oertel w swojej ostatniej pracy, podając bardzo dokładny opis zmian anatomo-patologicznych w rozmaitych narządach, dotkniętych błonicą, o nosie wcale nie wspomina, błonica nosa zatem musi być rzadką. To ostatnie zdanie jest słusznem, ale według rozumowania Voltolini'ego należałoby przypuścić, że i łaseczniki gruźlicze z powietrzem niedostają się do ustroju, gdyż gruźlica nosa jest jeszcze rzadszą, niż błonica tego narządu. A jednak przypuszczenie takie byłoby mylnem. Prędzej może rzadkość cierpienia błonicowego nosa dałaby się objaśnić tem, że przy przeniknięciu jakiegokolwiek czynnika szkodliwego, a więc i zarazka błonicowego, do tego narządu, ciała jamiste pęczniają, wydzielina powiększa się i zmywa go.

Jeżeli w domu jakimś już ukazała się błonica, to przede wszystkim należy chorego izolować od zdrowych; oprócz osób, dozorujących chorego, nikt, a szczególnie dzieci, nie powinny się z nim stykać; te ostatnie nawet, jeżeli to jest możebne, powinny być zupełnie usunięte z domu, w którym przebywa chory. Gdzie to daje się skutecznie, tam chory powinien być umieszczony na najwyższem piętrze domu,

³¹³⁾ Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. 1888.

ze względu na to, że zarazek, przenoszony przez powietrze, w domach ogrzewanych unosi się ku górze (Jacobi). Jak sam chory, tak i osoby, dozoruujące go, nie powinny stykać się ze zdrowymi. Lekarze, przy badaniu lub wykonywaniu jakichkolwiek manipulacyj u chorego, powinni się mieć na ostrożności, aby wytwory chorobowe niedostały się im do oka, nosa, lub jamy ustnej. Ażeby nie przenosić zarazka z jednego miejsca na drugie, lekarz, wychodząc od chorego, powinien umyć ręce i twarz, a ubranie starannie oczyścić. Powrót do mieszkania usuniętym z niego; osobnikom, powinien być dozwolony, dopiero po 2—3 tygodniach od rozpoczęcia się okresu zdrowienia chorego i po dokładnej dezynfekcyi zajmowanego przez niego mieszkania, sprzętów w niem znajdujących się, bielizny i odzieży. Tak samo i powrót dziecka chorego do szkoły nie powinien nastąpić przed wskazanym terminem po należytem zdezynfekowaniu całego ciała i ubrania. Do dezynfekcyi mieszkania, w którym przebywał chory, zwykle używają parów kwasu siarczanego lub chloru. Monti nad te środki przekłada 1% kwas karbolowy, którym każe zmyć ściany i podłogi. Gdzie to jest niemożliwe, tam zaleca rozpylanie kwasu karbolowego lub sublimatu (0,05 : 200) w przeciągu kilku godzin, poczem pokój ma być przez pół dnia przewietrzany, a ściany i podłoga na sucho wytarte. Najlepiej jest, naturalnie, jeżeli się to da uskutecznić, zniszczyć tapety i zastąpić je nowymi, resp. dać ściany na nowo pomalować, wszystkie sprzęty i podłogę obmyć szarem mydłem z ługiem. Bielizna i pościel chorego, zarówno jak i tych osób, które z nim razem przebywały, powinny być albo wyprane w sublimacie (1 : 400), albo oczyszczone w kamerze dezynfekcyjnej, ubranie dobrze wytrzepane i przewietrzone. Sam chory i osoby, które z nim się stykały w czasie choroby, mają być obmywane mydłem karbolowym i następnie wziąć ciepłą kąpiel. W domach ubogich, gdzie wszystkie te przepisy są niemożliwe do wypełnienia, chorzy nie powinni być trzymani, lecz przenoszeni jaknajprędzej do szpitala. Tutaj dla chorych błonicowych powinien się znajdować osobny pawilon, mający swojego lekarza i swoją obsługę, którzyby się nie komunikowali z innymi chorymi, ani lekarzami, ani z służbą niższą. Zbytecznem jest dodawać, że chorzy błonicowi powinni tu mieć swoje naczynia, których nie należy dawać innym chorym lub zdrowym.

I I. Miejscowe.

Zatrzymałem się dłużej na leczeniu zapobiegawczem dlatego, że często łatwiej jest uchronić od choroby, niż wyleczyć ją. O błonicy z wszelką słuszością można to powiedzieć. Wszystkie jakoby swoiste i pewne przeciw błonicy leki bezwątpienia zawdzięczają sławę swoją albo mylnemu rozpoznaniu, albo łagodnemu przebiegowi choroby; w ciężkich przypadkach błonicy wszystkie dotychczas używane środki okazują się bezsilnymi. Pomimo to dziwnym jednak wydaje się pesymizm Henoch'a w leczeniu błonicy. Prawda, że przypadki lekkie kończą się dobrze bez leczenia, a w ciężkich wszystkie środki nie przynoszą żadnej korzyści, ale pomiędzy temi dwiema ostatecznościami są jeszcze przypadki średnio ciężkie, przy których skrupulatne, energiczne leczenie przeciwnie może jeszcze coś zdziałać. Powtórzyć jednak muszę, że leczenie to musi być pedantycznie dokładne. Nie wątpię, że w tej formie, w jakiej je skreślię, będzie ono nieraz trudnem do wykonania u tych małych chorych, których najczęściej wypada leczyć, ale cierpliwość i dobra wola mogą to wszystko często przewyciężyć.

Główne zadanie w leczeniu błonicy polegać powinno na możliwie bezustannej dezynfekcyi chorych części. Często dotychczas jeszcze używane sposoby, jak płukanie, które szczególnie u dzieci, na nic nie zdało się, albo przestrzykiwanie, robione raz lub dwa, czy trzy razy dziennie, pozostawianie zmian miejscowych bez leczenia przez całe noce, aby dać choremu możność spania, nie mogą przynieść żadnej korzyści i w samej rzeczy jej nie przynoszą. Ideal leczenia miejscowego powinniśmy czerpać z chirurgii: jak rana zakażona znajduje się ciągle pod opatrunkiem przeciwnie, tak i dotknięte błonicą narządy powinny być w miarę możności wystawione na bezustanny wpływ środków antyseptycznych. W tym celu wszystkie sposoby lecznicze, o jakich zaraz mowa będzie, mają być praktykowane jak najczęściej: dniem co $\frac{1}{2}$ godziny, nocą co godzina, przynajmniej w pierwszych dniach choroby. Wszystkie gawędy o osłabianiu chorych przez pozbawianie ich spoczynku i budzenie do wypełniania przepisów lekarza są bezzasadne, gdyż chorzy, męczeni bólem, zasychaniem w gardle, dusznością lub gorączką, i tak nie śpią. A wreszcie kilka nocy bezsennie spędzonych mniej im zaszkodzi, niż przenikanie jadu z chorej błony śluzowej do krwi. Wszystkie niżej podane manipulacje

powinny być stosowane jednocześnie; ograniczenie się w lek-
kich przypadkach na jednej lub dwu z nich jest nie słuszne,
gdyż nigdy przewidzieć nie można, czy lekki z początku
przypadek nie przejdzie w ciężki. Czynności te nie wyma-
gają obecności lekarza, co też ułatwia jaknajczęstsze ich
wykonywanie.

1) Płukanie. O wartości ich mówiłem już wyżej, przy-
pisując im znaczenie tylko dla jamy ustnej, dla której mogą
być używane z korzyścią, ale tylko u osób dorosłych i dzie-
ci starszych.

2) Przestrzykiwanie gardzieli i nosa. Gardziel powinna
być przestrzykiwana przy przechylonej nieco naprzód gło-
wie i przyciśniętym języku i tylko w tych przypadkach,
gdzie nie ma zwężenia dróg oddechowych, w tym razie
bowiem przy przeniknięciu płynu do krtani i tchawicy może
nastąpić niebezpieczny kurcz głośni. Przestrzykiwania, a ra-
czej wlewania w nos zimnej wody radzi Rigauer³¹⁴⁾. O wyż-
szości przestrzykiwań nosa nad wlewaniem mówiłem wy-
żej, tam więc, gdzie to jest możebne, przekładam pierwsze.
Prócz tego płyn powinien być nie zimnym lecz letnim, gdyż
pierwszy wywołuje bardzo nieprzyjemne kręcenie w nosie.
Przestrzykiwania nosa możebne i pożyteczne są tylko wten-
czas, kiedy płyn może swobodnie przechodzić przez niego,
dla tego więc przy zatkaniu nosa błonami należy je usunąć,
jeżeli to może być dokonane bez uszkodzenia błony śluzo-
wej, w przeciwnym razie powinno się tępo zakończonym
zgłębnikiem przebić błony. Niebezpieczeństwa wpędzenia
błon do średniego ucha przez przestrzykiwanie nosa, na co
zwraca uwagę Gottstein³¹⁵⁾, przy zachowaniu ostrożności,
o jakich mówiłem, nie ma.

3) Pendzlowanie gardzieli i nosa powinno być robione
ostrożnie i tylko u dzieci spokojnych, u których nie grozi
niebezpieczeństwo zranienia błony śluzowej, w przeciwnym
razie lepiej zupełnie go zaniechać. W każdym razie pod-
czas pendzlowania należy dziecko trzymać na kolanach, jedną
ręką przytrzymywać mu ręce, a drugą unieruchomić głowę.
Pendzel najlepiej jest zrobić z waty, nawiniętej na długi
patyczek, wata za każdym razem powinna być świeża.

4) Świecek do nosa mogą być przygotowane z żela-

³¹⁴⁾ Die Diphtherie und ihre Behandl. durch. das Kalte Nasobad 1880

³¹⁵⁾ Arch. f. Ohrenheilkunde. XVII.

tyny z dodatkiem jednego ze środków przeciwnilnych, albo waty, skręconej na drucie i posmarowanej maścią z takiego samego środka. Przed każdym wprowadzeniem świeczki należy nos przestrzyknąć i nie zatykać obu jam jednocześnie.

5) Wziewania przy pomocy przyrządu Siegel'a do gardzieli, nosa i krtani. Przy wziewaniach do gardzieli język powinien być przyciśnięty, — do krtani — wyciągnięty i trzymany przez chustkę, nos zatkany. Przy wziewaniach do nosa usta powinny być zamknięte.

6) Wdmuchiwanie proszków uważam za najmniej skuteczne, szczególnie do gardzieli i krtani, z których przy lękaniu i kaszlu zostają wydalane. Każde wdmuchnięcie powinno poprzedzać gruntowne przestrzyknięcie gardzieli i nosa.

7) Usuwanie błon, które nie zostały wydalone przy przestrzykiwaniu, może być dokonywane za pomocą szczypczyków tylko wtenczas, kiedy manipulacja ta daje się uskutecznić bez zranienia błony śluzowej. Wszelkie gwałtowne środki, wywołujące takie uszkodzenia, powinny być zaniechane, gdyż ułatwiają przenikanie jadu do krwi. Z rozmaitych środków, zaleconych do rozpuszczania błon, najskuteczniejszymi okazały się: będzwinian sodu, kwas mleczny woda wapienna i papajotylna. Szerokiem zastosowaniem cieszy się wprowadzone przez Oertel'a wziewanie pary wodnej, co, w samej rzeczy jest doskonałym środkiem, przyspieszającym oddzielanie się błon i oczyszczającym jamę ustną i gardziel. Zamiast czystej wody jednak korzystniejszym byłby słaby roztwór jakiegokolwiek płynu przeciwnilnego. Niszczenie błon za pomocą środków żrących i zrywanie ich drogą mechaniczną mogą tylko szkodzić przez zranienie błony śluzowej i powiększenie zapalenia, i dziwić się tylko można, jak tacy żarliwi obrońcy teorii pasorzytniczej, jak Letzerich i Klebs, mogą radzić zrywanie błon paznokciem lub zcieranie ich gąbką. Cel ich, wprawdzie, polega na tem, aby stosowane następnie środki przeciwnilne stykały się bezpośrednio z błoną śluzową, co byłoby zupełnie słuszne, gdyby nie było połączone z wymienionem uszkodzeniem błony śluzowej. Leube³¹⁶⁾ chwali leczenie poronne za pomocą przyżegań kwasem karbolowym ze spirytusem aa, ale

³¹⁶⁾ Discussion über Diphtherie. Verhandl. d. Congr. f. inn. Med. II Congr. Wiesbaden. 1883

tylko jeden raz i w początku choroby, przyznając, że częste takie przylegania obostrzają zapalenie. Przy pomocy jednorazowego zastosowania tego środka Leube był w stanie w przeciągu 24 godzin usunąć nawarstwienia i obniżyć ciepotę ciała do stopnia prawidłowej.

Stoerk³¹⁷⁾ radzi, jako leczenie poronne, w czasie, kiedy błony jeszcze nie wytworzyły się, lecz w jamkach migdałków znajdują się biało-szare czopki, usuwanie ich za pomocą pendzelka miękkiego, nie raniącego błony śluzowej. Z początku maczał on pendzel w płynach przeciwgnilnych, później w obojętnych, a nawet w czystej wodzie. W 30 tak leczonych przypadkach jedno—lub dwukrotne wypendzlowanie wystarczało do zupełnego usunięcia nalotów i gorączki.

Co się tyczy płynów przeciwgnilnych, jakie mogą być stosowane do powyższych manipulacji, to jakość i rozczyń ich zależeć będzie od tego, do czego mają być użyte. Do płukań i przestrzykiwań używać należy środków, nie mających silnych własności trujących, gdyż część ich bywa połykaną przez dzieci, a więc: kwas borny 4—5%, nadmanganian potasu 1—3%, kwas salicylowy 2—4%.

Do pendzlowań najlepiej wybierać sublimat, jako najdzielniejszy środek przeciwgnilny, który w stężeniu 1 : 500 nie drażni błony śluzowej.

Do wdechań najchętniej używam kwasu karbolowego 2—4%, przy czem mocz powinien być ciągle kontrolowany; do wdmuchiwań — jodoformu, do świeczek — maści jodoformowej 1—2 : 30.

Poznawszy rozmaite metody leczenia miejscowego błonicy, zobaczymy, jak postępować należy przy zajęciu rozmaitych narządów.

Najczęściej choroba rozpoczyna się od punktikowatych nalotów na migdałkach, czemu towarzyszy większy lub mniejszy obrzęk błony śluzowej. Jeżeli znajdujemy chorego w tym okresie choroby, to zalecamy pigułki lodowe i okłady zimne na szyję. Jedno i drugie powinno być robione systematycznie: łykanie lodu co godzina lub co 1/2 godziny przez 5 minut, okłady zimne w takich samych odstępach czasu przez 10—15 minut. Okłady powinny być robione w ten sposób, aby po rozgrzaniu się jednego płatka, umoczonego w zimnej wodzie, zaraz położony został drugi i t. d. Przeciwno nalo-

³¹⁷⁾ Separatabdruck aus d. Wien. Med. Wochenschr. N. 46. 1881.

tom na migdałkach pędzlowania z sublimatu, wdechania kwasu karbolowego, o ile można, chłodne, co może być osiągnięte przez ustawienie przyrządu Siegel'a zdaleka od ust, i płukania zimne z kwasu borowego. Wielką wagę przypisuje już teraz przestrzykiwaniom nosa resp. wlewaniom. Nie należy czekać z niemi, aż błonica przejdzie na jamę nosogardzielową i nos, lecz przez ciągłą dezynfekcję starać się zapobiedz temu. Oprócz tego wszystkiego powinny być robione przestrzykiwania gardzieli. Jeżeli sprawa błonicowa na tem się ogranicza, to następnych dni, kiedy zaczynają się wytwarzać wyraźne błony w gardzieli, lód i zimne okłady zostają usunięte, przestrzykiwania, płukania i wdechania powinny być możliwie gorące, aby przyspieszyć oddzielenie się błon. W miarę oddzielania się ich wszystkie przepisy mogą być wykonywane rzadziej, dniem co godzina lub co 2 godziny, nocą 2—3 razy. Tak samo postępować będziemy przy błonicy jamy ustnej. Jeżeli błonica rozszerza się na nos, lub rozpoczyna się tu, to przestrzykiwania nosa powinny być robione z tem większą skrupulatnością, po nich zaś następować ma wprowadzanie świeczek. Za każdym razem świeczka taka powinna leżeć w jednej jamie nosowej $\frac{1}{2}$ godziny; po usunięciu jej ztąd należy założyć świeżą w drugą, i tak ciągle naprzemian. I tu wdechania należy robić z początku chłodne, przestrzykiwania letnie, następnie zaś zmienić je na ciepłe. Najenergiczniejszego postępowania wymaga przejście błonicy na krtani. Z początku będzie ono takie same, jak opisane przy zajęciu gardzieli. Żadne pijawki, ani przyszczydła nie powinny być stanowczo praktykowane, są one bowiem nie tylko zbyteczne, gdyż sprawy wysiękania nie mogą wstrzymać, lecz po większej części przynoszą szkodę przez możliwe powikłanie błonicowe ze strony skóry, pijawki zaś prócz tego przez pozbawienie chorego krwi, co w chorobie, mającej tyle skłonności do zapaści, z pewnością nie jest pożądane.

Ponieważ nie jesteśmy w stanie wstrzymać sprawy wysiękania, pozostaje więc inne zadanie, mianowicie: możliwie szybkie usunięcie błon z krtani. Niestety, po większej części wszystkie wysiłki bywają daremne. Zdaje się, że i tutaj najwięcej liczyć można jeszcze na wzięwania gorące. Jeżeli doprowadziliśmy błony do stanu łatwego oddzielania się, co poznać można po wilgotnym kaszlu i rżęzeniach, to dla zupełnego usunięcia ich z krtani pożytecznym bywa środek

wymiotny, szybko działający. Takim będzie emetyk, którego wpływu paraliżującego na serce w tym okresie choroby nie należy się zbyt obawiać. W początku choroby i w okresie ciągłego zaduszania się śródki wymiotne nie przynoszą żadnej korzyści, a bądź co bądź, osłabiają chorego. Zimne oblewania także często ułatwiają wykrztuszenie błon. Inne sposoby wydostawania ich, jak wprowadzanie do krtani kateteru lub pendzla, którym, jak radzi Oertel, wykonywać należy ruchy rotacyjne, czasem rzeczywiście pomagają, ale często ranią błonę śluzową lub, co gorsze, zepchnąwszy błonę niżej, mogą wywołać natychmiastowe zaduszenie. Wdmuchiwanie środków przeciwniepalniczych i ściągających oraz pendzlowanie krtani, pomimo zapewnień ich zwolenników, nie prowadzą do celu, a zresztą samo wykonanie tych manipulacji u dzieci, a tem bardziej jeszcze u dotkniętych dusznością, napotyka na wiele trudności. Dalej możliwy kurcz głosi także nie należy do pożądanых niespodzianek. Gottstein³¹⁸⁾ chwali wstrzykiwania do krtani wody wapiennej pod kierunkiem lustra. Ale i to chyba w wyjątkowych tylko przypadkach mogłoby przynieść korzyść, a prócz tego, jako wymagające ciągłej obecności lekarza, w praktyce prywatnej jest niemożliwe.

Po większej części, jak powiedziałem, usiłowania usunięcia błon z krtani nie prowadzą do celu, i jedynym środkiem dla zapobieżenia zaduszeniu się jest przecięcie tchawicy. Operacja ta wskazaną jest jednak nie wtenczas dopiero, kiedy chory kona, lecz na początku okresu ciągłego zaduszania się. Im wcześniej w tym okresie tracheotomia zostaje wykonana, tem szansa wyzdrowienia jest większa. Wcześniej także nie należy robić operacji, gdyż choroba niespodzianie może wziąć dobry obrót i uczynić ją zbyteczną. Wszelkie zarzuty, robione tracheotomji przy dławcu, muszą upaść wobec faktu, że gdy najwyższa ilość wyzdrowienia z niego bez tej operacji wynosi 10%, odsetka szczęśliwych zejść po operacji podnosi się do 25% i wyżej. Z zebranej przez Monti'ego statystyki, liczącej 12736 przypadków tracheotomji, przy dławcu 3409 zostało wyleczonych, co stanowi 26,7%, własna statystyka Monti'ego daje 33% wyzdrowień, a Kühna³¹⁹⁾ nawet 45, 1%. Z innych au-

³¹⁸⁾ Die Krankheiten des Kehlkopfes. II. Aufl. 1888.

³¹⁹⁾ Hueter, Tracheotomie und Laryngotomie. Handb. d. Allg. und speciell. Chirurgie von Pitha u. Billroth. III. B. I. Abth. 5. Lief. 1872.

torów, wymienionych u Rauchfuss'a, Sanné miał 24% wyzdrowień, Bartels 31,2%, Krönlein 29%. Z wielu tablic statystycznych nie można wyrobić sobie pojęcia o użyteczności operacji z tej przyczyny, że nie podane są w nich uwagi, dotyczące się charakteru epidemji i okresu choroby, w jakim tracheotomija z powodu dławca była wykonaną. Jacobi powiada, że od r. 1872 do 1874 operował 50 dzieci, dotkniętych dławcem, i nieocalił ani jednego, co kładzie na karb złośliwości epidemji. Tracheotomje, robione w ostatnich chwilach życia, dadzą gorsze wyniki, niż wcześniej wykonywane. Powikłania ze strony oskrzeli i płuc także pogarszają statystykę, ale nie stanowią przeciwwskazania do operacji. To samo można powiedzieć odnośnie do wieku. Niektórzy autorzy uważają wiek niżej 2 lat za przeciwwskazanie do tracheotomji. Statystyka tego nie stwierdza. Z danych, zebranych przez Monti'ego okazuje się, że na 1012 operowanych dzieci pomiędzy 1 a 2 rokiem życia wyzdrowiało 147, czyli 14,5%, a niżej 1 roku na 81 operowanych 11, czyli 13,5%. Liczby te wymownie świadczą o korzyści tracheotomii u dzieci, nawet mniej niż 2 lata mających. Wogóle jednak, co się tyczy wieku, wyniki tracheotomii są tem lepsze, im starszym jest operowany osobnik. Za przeciwwskazaną uważa Monti tracheotomję: 1) przy jednoczesnem zajęciu rozmaitych błon śluzowych (nosa, łącznicy, jamy ustnej, gardzieli, krtani, oskrzeli, części rodnych) i przeważaniu objawów ogólnego zakażenia, 2) przy znacznem obrzmieniu gruczołów chłonnych i tkanki naokoło nich oraz wybitnem zakażeniu ogólnem, 3) przy posocznicowych postaciach błonicy, przy których objawy zwężenia krtani są słabo wyrażone.

Co się tyczy wyboru miejsca dla operacji, to większość autorów radzi robić tracheotomję wysoką: po przecięciu chrząstek krtani Schrötter często widział przeszkody w usunięciu rurki, a po tracheotomii niskiej spostrzegane były ropnie śródpiersia.

Ważną kwestyję stanowi leczenie pooperacyjne. Że rana powinna być ściśle według metody przeciwnilnej opatrywaną, o tem nie potrzebuję mówić. Dziecko po operacji nie powinno ani na chwilę pozostawione być same, gdyż wskutek zatkania rurki śluzem lub błoną może się zadusić. Rurka wewnętrzna ma być oczyszczana co 2 godziny. W takich samych przerwach mają być robione wzięwania kwasu

karbolowego 1—2% przez rurkę. Temperatura pokoju, w którym chory leży powinna być jednostajna 14 — 16° R., powietrze wilgotne, co osiągnąć się daje przez ustawianie naczyń z wrzącą wodą. Przewietrzanie pokoju gra także ważną rolę: w lecie wystarcza do tego otworzenie okien, w zimie przenosić należy chorego z jednego pokoju do drugiego, w pierwszym otworzyć okno, a doprowadziwszy temperaturę do właściwego stopnia, znowu go tu umieścić. Z usuwaniem rurki nie należy zwlekać, jeżeli tylko można, to w końcu pierwszego dnia powinno się ją wyjąć. Przy dłuższem pozostawianiu rurki mogą wytworzyć się wrzody odleżynowe na przedniej lub tylnej ścianie tchawicy, albo też narosnąć granulacje, co później zmusza do dłuższego pozostawienia rurki. Oprócz tych powikłań po tracheotomii zdarzać się mogą krwotoki, czasem nawet śmiertelne, błonica rany, zapalenie tkanki łącznej naokoły rany, róża, ropnie śródpiersia. Często po tracheotomii zdarza się, że polykane płyny wychodzą przez rurkę: jest to skutek porażenia gardzieli i krtani; czasem zresztą zależeć to może od stężenia zapalnego nagłośni. W takim razie dla zapobieżenia wyniszczeniu i zapaleniu płuc należy albo karmić chorego przez sondę przelykową lub za pomocą ławatyw, albo wprowadzić do tchawicy rurkę Trendelenburg'a.

Zamiast tracheotomii zaczęto w ostatnich latach praktykować, szczególnie w Ameryce, intubację krtani według metody, podanej przez O'Dwyer'a ³²⁰⁾. Autor ten wprowadza do krtani na stałe, dopóki objawy zwężenia jej nie ustępują, rozmaitej grubości i odpowiednio przygotowane rurki. Do wprowadzania i wyjmowania rurek służą stosowne przyrządy. O metodzie tej, mało dotychczas używanej, nie można nic stanowczego powiedzieć. W każdym razie postępowaniu temu można zrobić kilka zarzutów: 1) wprowadzona do krtani rurka skutkiem ucisku na chore tkanki może wywołać wrzody odleżynowe, 2) dolny otwór rurki może zatkać błona, wskutek czego grozi zaduszenie, 3) przy wprowadzaniu rurki błona może być zepchniętą do tchawicy i wywołać groźny napad zaduszania, 4) przy kaszlu rurka może wyskoczyć i zostać polkniętą, a w braku odpowiedniej pomocy może nastąpić zaduszenie, 5) spostrze-

³²⁰⁾ New-York Medical Journal. 1885. (Patrz: Centralblatt f. Laryngol. Jahrg. III. N. 2. Ref. 64).

gano przy tej metodzie przenikanie płynów i cząstek pokarmów do dróg oddechowych z powodu upośledzenia funkcji nagłośni.

Przy przejściu błonicy na tchawicę i oskrzela oprócz wzięcia słabych roztworów płynów przeciwgnilnych i rozpuszczających błony, można stosować wstrzykiwania ich przez ranę tchawicy i drażnienie jej elastycznym cewnikiem. Pieniążek ³²¹⁾ radzi przy rozszerzeniu się błon na oskrzela wydobywać je za pomocą odpowiednich szczypczyków ostrożnie, aby nie zranić błony śluzowej.

Dla zapobieżenia przejściu sprawy błonicowej na tchawicę z jednej strony, a dla możliwie energicznego stosowania leczenia przeciwgnilnego w gardzieli i krtani z drugiej, proponuje Frisch ³²²⁾ tamponować tchawicę rurką Trendelenburg'a po uprzedniej tracheotomii już wtenczas, kiedy bezpośredniego wskazania do niej jeszcze nie ma. — Ażeby używane do przestrzykiwań płyny nie dostawały się do żołądka, Frisch radzi także tamponować na czas wykonywania tych manipulacyj przełyk za pomocą kawałka waty, umocowanego na nitce.

Jeżeli zapalenie przechodzi na ucho średnie, to z początku wskazane są okłady zimne na wyrostek sutkowy i wlewania do ucha 10% roztworu kwasu karbolowego w glicerynie. Po przedziurawieniu błony bębenkowej — wdmuchiwanie lub wlewania środków przeciwgnilnych.

III. Ogólne.

Nie będę silił się na wyliczenie wszystkich środków, zaleconych w rozmaitych czasach przez wielu autorów przeciwko błonicy. Kto chce bliżej je poznać, znajdzie krótki ich rozbiór w pracach Monti'ego i Francotte'a. Zamilczę również o cudownych wynikach, jakie otrzymywał Schottin ³²³⁾ przez leczenie błonicy kwasem siarkawym, Wachsmuth od hydroterapii, inni od terpentyny, jodku potasu i preparatów rtęci. Te ostatnie, jako przyspieszające oddzielanie się błon, znalazły jednak poważnego zwolennika

³²¹⁾ Przegląd lekarski. 1886. N. 29.

³²²⁾ Monti. Op. cit. i Stoerk. Wien. Med. Woch. N. 46. 1881.

³²³⁾ Die diphtheritische Allgemein-Erkrankung und deren Behandlung. 1885.

w osobie Rauchfuss'a, który zachęcony pomyslnemi wynikami Burow'a ³²⁴⁾ stosuje sublimat wewnątrznie (Rp. Hydrarg. bichl. coros. 0,06 Alb. ovi, N. 1. Aq. dest. 120,0. Co godzina łyżeczkę) w połączeniu z wcieraniami szarej maści, lub tylko te ostatnie, jeżeli stan kanału pokarmowego nie pozwala na zastosowanie pierwszego. Rauchfuss powiada, że nigdy nie widział przy tem leczeniu żadnych złych skutków, jeżeli tylko ogólna ilość zużytej szarej maści nie przewyższała 40—50 grammów. Gutmann ³²⁵⁾ zalecił w celu przyspieszenia oddzielenia się błon wewnętrzne użycie lub wstrzykiwanie podskórne pilokarpiny (Rp. Pilocarpin. muriat. 0,01—0,02. Aq. dest. 80,0. Syr. cort. aur. 20,0. Co godzina łyżeczkę. Rp. Pilocarpin. muriat. 0,1. Aq. destil. 10,0 1/4 — 1/2 strzykawki na raz). Środek ten z powodu paraliżującego działania na serce powinien być ostrożnie używany.

Głównem zadaniem ogólnego leczenia powinnaby była być ogólna dezynfekcja ustroju, o której Lürgensen powiada, że zawsze pozostanie mrzonką. Klebs jednak na zasadzie doświadczeń Graham-Brown'a ³²⁶⁾ sądzi, że środek taki znaleziony został w będzwinianie sodu. Zalecając prócz tego usilnie jego miejscowe użycie, powiada, że doświadczenia owe wykazały, iż przy nasyceniu ciała zwierzęcego tą solą, a mianowicie przy stosowaniu 0,001 na gramm wagi ciała szczepienie microsporon diphtherit. na rogówkę dawało wynik ujemny. Jeżeli to samo da się zastosować do ustroju ludzkiego, to wypadnie, że na 50 kilogrammów wagi ciała dawka dzienna, wynosząca 50 gramm, mieć będzie ten sam skutek. Taka wielka ilość będzwinianu sodu nie mogłaby być jednak odrazu użytą, ale ponieważ idzie głównie tylko o nasycenie krwi tym środkiem, to już 10 część jego, a więc 5 grammów na pewien czas wystarczy. Ilość tę radzi Klebs dawać w dwóch porcjach co 1/2 godziny, dawkę dzienną oznacza na 1/2—1 gramma wziętą tyle razy, ile kilogrammów waży chory osobnik. Przy wysokiej gorączce jednocześnie Klebs stosuje chininę.

Z innych stron głosy o działaniu będzwinianu sodu nie brzmią tak pomyslnie.

³²⁴⁾ Beobacht. an 27 Fällen von Bräune. Deutsche Klin. N. 6. 1863. (Patrz: Rauchfuss. Op. cit.).

³²⁵⁾ Berl. Klin. Wochenschr. 1880.

³²⁶⁾ Zur Therapie der Diphtheritis. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharm. Bd. VIII. (Patrz: Klebs w encyklopedyi Eulenburg'a).

Heubner³²⁷⁾, idąc za radą Taube'go³²⁸⁾ i Götz'a³²⁹⁾ robi wstrzykiwania 3 — 5⁰/₀ kwasu karbolowego w miąższ migdałków i podniebienia miękkiego, mając na myśli nie miejscowe, lecz ogólne działanie, i zapewnia, że przy błonicy szkarlatynowej tą drogą otrzymywał bardzo zadawalniające wyniki, przy pierwotnej jednak ten środek zawodził. Götz przeciwnie chwali to postępowanie, jako szczególnie skuteczne przy błonicy pierwotnej. Jakkolwiek bądź, pewnego środka na uczynienie nieszkodliwym jadu, który już przeniknął do krwi, nie mamy, leczenie więc ograniczać się będzie na odpowiedniemu traktowaniu objawów. Ważną rzeczą jest pamiętać, iż chorzy błonicowi odznaczają się skłonnością do zapaści i, pamiętając o tem, od samego początku choroby stosować obficie koniak. Środki przeciwnigilne, do wewnątrz zadawane, mogą mieć usprawiedliwione wskazanie chociażby przez wpływ na sprawę miejscową w gardzieli. Ażeby zaś działanie to ich było możliwie ciągłe, należy stosować je w dawkach małych, ale częstych. Chloran potasu odpowiada doskonale temu celowi, o czem sądzić można z prawie swoistego działania jego przy innych chorobach zakaźnych jamy ustnej (stomatitis aphtosa, ulcerosa, soor). Naturalnie, nie należy oczekiwać od niego tych cudów, jakie mu przypisują zbyt żarliwi jego zwolennicy i w każdym razie wobec skonstatowanego wpływu zgubnego tego środka na nerki nie zbyt obficie go podawać (dla dzieci i gramm dziennie, dla dorosłych 4—6 gramm).

Przeciwko gorączce używać można chininy lub salicylanu sodu, przy grożącej zapaści obok alkoholu, mocnej kawy czarnej i herbaty, piżma, kamfory, eteru. Powikłania wymagają zwykłego w tych razach leczenia. Przy wystąpieniu porażień — elektryczność i strychnina; przy porażeniu mięśni gardzieli i krtani — karmienie przez sondę lub za pomocą lawatyw; przy grożącym paraliżu serca — absolutny spokój i środki pobudzające.

Co się tyczy pokarmów, to z początku powinny one być płynne i nie zbyt obfite: mleko, bulion, kawa, czekolada. Jeżeli mleko bywa źle trawionem, to dodatek wody wapiennej

³²⁷⁾ Ueb. die Scharlachdiphtherie und deren Behandl. Volkmann's Samml. Klin. Vortr. N. 322. 1888.

³²⁸⁾ Ibidem.

³²⁹⁾ Ibidem.

okazuje się często korzystnym. W późniejszych okresach choroby dyjeta powinna być jaknajpożywniejsza, wzmacniająca: wino, mięso, jajka, kawior. Pokój, w którym przebywa chory, powinien być często przewietrzany i mieć temperaturę równomierną 12—14° R.

SPROSTOWANIE.

W N. II „Kroniki Lekarskiej“ w artykule wstępnym na str. 705 po słowach: „niż w szyjowych“ — powinno być:

W nosie Zuckerkandl*) raz znalazł następujące zmiany: ściany jam nosowych pokryte były grubą błoną, której powierzchnia wolna miała kolor zielonawo-żółty, podczas gdy ta, która przylegała do ścian nosa, przedstawiała zabarwienie czerwone. Każde zagłębienie i każda wyniosłość ścian nosa wytwarzały odpowiednie odciski w błonie dyfterytycznej, a w tej, która przylegała do przegrody, odznaczały się nawet ślady gruczołów. Po usunięciu błony rzekomej w błonie śluzowej nosa widać było miejscami wynacznienia.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

377. SEHRWALD. Co przeszkadza samotrąwieniu żołądka za życia? (*Was verhindert die Selbstverdauung des lebenden Magens? Münch. Med. Woch. Nr. 44 (1888).*)

Są kwestyje naukowe, powiada autor, na pozór zakończone, które nie ulegają już dalszej naukowej dyskusji. Tak się rzecz ma z kwestyją powstawania okrągłego wrzodu żołądka, samotrąwienia tego narządu za życia i po śmierci. Ogólnie przyjętym i powszechnie rozwiniętym jest pogląd, który poniżej przytaczamy: przez błonę śluzową żołądka stale przepływa obfity prąd krwi alkalicznej, która zubożniona kwaśny sok żołądkowy, dążący stale do przenikania w głąb błony śluzowej. Krew więc alkaliczna stanowi zaporę dla niszczonego wpływu soku żołądkowego. W razie gdy zubożnianie to staje się niemożliwym następuje samotrąwienie błon, wchodzących w skład ścian żołądka. Niemożliwym byłoby zubożnianie to przy ustaniu krążenia w błonach żołądka, przy małej alkaliczności krwi, przy nadmiernie kwaśnej zawartości żołądka, albo też najpewniej przy jednoczesnym istnieniu kilku wyżej wspomnianych czynników. Teoryja ta panuje dotąd powszechnie i jest podwaliną nauki o wrzodzie żołądka. Można jej jednakże zrobić kilka poważnych zarzutów; przedewszystkiem, zauważyć należy, że istnieje cały szereg wrzodów żołądka, których ta teoryja nie

*) Normale und pathol. Anatomie der Nasenhöhle. 1882.

jest w stanie objaśnić, a następnie że doświadczalnie nikt jej dotąd nie dowiódł.

Przejdźmy teoryje, jakie w tej dziedzinie różnemi czasy panowały.

Hunter powiada, że to, co chroni żywą rękę włożoną do żołądka, od strawienia, podczas gdy ta sama ręka ucięta zostaje strawiona, jest siłą życiową „zasadą życia“ (Lebensprinicip). Cl. Bernard pierwszy obalił tę teoryję. Badacz ten spostrzegł że żyjąca nóżka żaby w żołądku psa po upływie 3 kwadransów ulega w znacznej części strawieniu, że sok żołądkowy wstrzyknięty pod skórę, szerzy tu ogromne zniszczenia i przyszedł do przekonania że nie siła życiowa chroni żołądek od samotrawienia, lecz właściwa błonie śluzowej przemiana materji Cl. Bernard spostrzegł, że śluz, powlekający błonę śluzową, i nabłonek takowej ulegają ciągłemu strawianiu podczas gdy od wewnątrz następuje ciągle odradzanie się nabłonka. Odradzanie się więc tego nabłonka chroni żołądek od zniszczenia większych rozmiarów. Śmierć przerywa to odradzanie się nabłonka i zniszczenia wówczas powstawać mogą (gastromalacia). Harley przypuszcza, że śluz stanowi jedyną ochronę dla błony śluzowej. Teoryja ta nie wytrzymuje krytyki, gdyż jeżeli śluz wydziela się po upływie pewnego czasu od wydzielenia się soku żołądkowego, czas ten będzie aż nadto dostatecznym by strawić się mogła błona śluzowa nie pokryta śluzem; jeżeli zaś wydzielenie śluzu poprzedza wydzielenie soku żołądkowego, to pomijając niemożność przenikania soku przez warstwę śluzu wstrzymującego działanie na pokarmy, sok ten właśnie powinien by wówczas szerzyć największe zniszczenia. Pavy na zasadzie swoich pięknych badań doświadczalnych przyszedł do przekonania, że nie odradzanie się nabłonka stanowi tamę dla niszczącego wpływu soku żołądkowego, lecz normalne krążenie krwi, zobojętniające kwas żołądkowy, stale dążący do zniszczenia błony śluzowej. Dopiero przy ustaniu krążenia ogólnego lub miejscowego samotrąwienie do skutku przyjść może. Trawienie nóżki żaby i ucha królika w żołądku, pomimo normalnego w nich krążenie, objaśnia Pavy tem, że części te nie są obficie unaczynione. Już Viretan dowiódł, że miejscowa martwica, (nekroza) wywołana np. przez upośledzone krążenie (zakrzep, zator) jest w stanie sprzyjać powstawaniu wrzodu okrągłego żołądka, co Pavy stwierdził na drodze doświadczalnej. Dalej Panum wstrzykiwał małe kulki woskowe w tętnice udowe i wywoływał powstawanie licznych wrzodów żołądka, tworzących się skutkiem rozwinięcia się zatorów z następnem obumieraniem v. martwicą błony śluzowej na pewnej przestrzeni. Cohnheim wstrzykiwał również rozmaite substancyje wprost w tętnice żołądkowe i również ten sam skutek osiągał.

Leube sądzi, że na tej drodze da się tylko objaśnić powstawanie wrzodu wówczas, gdy zatorowi ulegnie znaczna jakaś tętnica, gdyż błony żołądkowe są nadzwyczaj obficie unaczynione i naczynia wchodzą ze sobą w liczne połączenia, tworzące gęste sieci, nie pozwalające na powstrzymanie krążenia przy

zamknięciu światła mniejszych naczyń. Na teorię Klebsa, według której sok żołądkowy odruchowo wywoływać może skurcz błony mięśniowej i ucisk naczyń tętniczych z następującą bezkrwistością błony śluzowej, ulegającej skutkiem tego strawieniu odpowiada Axel Key poważnemi zarzutami i zbija takową. Przy powstawaniu zatorów wytwarzają się w naczyńkach w błonie śluzowej i te dopiero ulegają strawieniu. Tak właśnie objaśnia Rindfleisch powstawanie wrzodów z nadżarć krwotocznych. Axel Key utrzymuje, że silne kureze błony mięśniowej wywołują nie bezkrwistość lecz zastój żylny powodujący krwotoki a następnie i wrzody peptyczne. Ze spostrzeżeniami temi zgodnem jest zdanie Virchowa, że wrzody powstają często po silnych wymiotach. Müller przez podwiązanie żyły wrotnej wywoływał w istocie zastój żylny, w naczyńkach i wrzody żołądka. W przypadkach tych zwolnienie albo wstrzymanie krążenia alkalicznej krwi wywoływało niedostateczne zobojętnianie kwasów żołądkowych i samotrawienie. Z drugiej strony, nadmierna kwaśność soku żołądkowego powinna również ten sam rezultat wywoływać, co też Panum uzasadniał. Jednakże nadmierną kwaśnością nie jesteśmy w stanie objaśnić sobie wrzodów peptycznych ściśle umiejscowionych, raczej cała błona śluzowa powinna ulegać w tych razach strawieniu. Otóż kwaśność owa wywierała miała swój wpływ niszczący w miejscach uległych już poprzednio jakimś szkodliwym wpływowi (uraz, wysoka temperatura pokarmów, nadżarcia i t. d.), wywołując miejscowy skurcz naczyń i bezkrwistość. W ramy tak pojmowanej teorii powstawania wrzodu żołądka starano się wtłaczać fakty mniej zgodne z ową teorią. Już Schiff wykonywał doświadczenia, z których wynika, że zranienie pewnych miejscowości mózgu i rdzenia wywołuje powstawanie wrzodów żołądka. Ebsstein nie tylko jest w zupełnej zgodzie z wynikami doświadczeń Schiffa, lecz widział także tworzenie się wrzodów skutkiem drażnienia nerwów czuciowych i skutkiem przyjmowania strychniny: w jednym i drugim przypadku u psów i królików powstawały w naczyńkach i wrzody, które E. objaśnia zwiększonym ciśnieniem krwi w naczyńkach żołądka. Koch i Ewald również wykonywali podobne doświadczenia, przecinali bowiem rdzeń na wysokości czwartego szyjowego i drugiego grzbietowego kręgu i jednocześnie wprowadzali znaczne ilości kwasu solnego, poczem po kilku dniach spostrzegali liczne wrzody i w naczyńkach w tkance błony śluzowej, a sądzą, że przyczyną tego faktu jest zmniejszenie ciśnienia krwi. Inne znów doświadczenia dowodzą, że samem ciśnieniem krwi i nadmierną kwaśnością soku żołądkowego nie dadzą się objaśnić owe wrzody i w naczyńkach, musi więc wchodzić w rachubę jeszcze jakiś czynnik nieznan. Jeszcze mniej objaśnić jest w stanie przyjęta powszechnie teoria, jeżeli zadamy sobie pytanie, co wywoływało powstawanie wrzodów, które Aufrecht otrzymywał przez wstrzykiwanie kantarydyny; tu bowiem pierwotnie powstają zmiany w nabłonku, który następnie ulega trawiacemu wpływowi soku żołądkowego, a dopiero wtórnie powstają zmiany w naczyńkach; w doświadczeniach

tych zachowane z początku normalne krążenie krwi nie przeszkadzało bynajmniej powstawaniu wrzodów. Pozostaje nareszcie cały szereg klinicznie stwierdzonych wrzodów, w etiologii których zaburzenia cyrkulacyjne żadnej zgola nie odgrywają roli; teoriaja obecna nie nam tu sprawy nie rozjaśnia. Ponieważ nie można, jak widzieliśmy, wszystkich przypadków wrzodu drażącego objaśnić za pomocą teoryi „naczyniowej“, musi więc z konieczności istnieć jeszcze jakiś czynnik za mało dotąd uwzględniany. Tem bardziej będzie to zastanawiającem, jeżeli doświadczenia Pavy'ego dadzą się wytłomaczyć inaczej niż chciał eksperymetator. Można by myśleć, że nie zubożenie kwasów przeszkadza strawieniu błony śluzowej, lecz „żywoćność“ tkanek, siła jaką posiada żywa komórka wskutek prawidłowego odżywiania; upośledzenie odżywiania komórek czyni je mniej odpornymi i następują zniszczenia; zaburzenia cyrkulacyjne oddziaływałyby więc drogą pośrednią. Że musimy przyjąć czynny udział komórek w tej sprawie samoochrony, dowodem pewne fakta. W kiszkiach żab i trytonów znajdujemy zwykle liczne i żywo poruszające się wymoczki; jeżeli będziemy żaby głodzić przez dni 8, to jakkolwiek nie z pokarmów poprzednio przyjętych prócz chityny nie pozostanie, wymoczki nie giną i żywe ruchy wykonywają. Jeżeli one przechodzą przez żołądek i dostają się do kiszki, powinny by tu uleść strawieniu, gdyż kwas, jaki ewentualnie zawierają mogą (który je chroni od trawienia żołądkowego) tu się zubożenie całkowicie. Jeżeli zaś protoplazma ich posiada odczyn alkaliczny, ten powinien by przyspieszyć ich zgubę w przewodzie kiszkiowym z jego wybitnie alkalicznymi sokami. A jednak żyją one całymi tygodniami pomimo że nieorganizowane białko ulega całkowitemu strawieniu. Opór taki da się tylko objaśnić czynami siłami odpornymi żyjącej komórki. To samo można by powiedzieć o innych pasożytach kiszkiowych i o samym nablonku kiszkiowym podczas życia ustroju. Zasługuje tu również na uwagę zachowanie się blizn po wrzodach żołądka. Blizny nie posiadają prawie naczyni, odczyn alkaliczny soków zależy od małego i wolnego strumienia płynu z przestrzeni limfatycznych, a jednakże nie często bywają trawione, jakkolwiek surową tkankę łączną sok żołądkowy trawi doskonale. Nie powiększając liczby zarzutów natury więcej teoretycznej, przejdźmy do doświadczeń wprost przekonywających, że musimy jeszcze przyjąć wyżej wspomniany czynnik rozwoju wrzodu — udział nablonkowych i w ogóle komórkowych tworów. Samelson przekonał się, że, wprowadzając mocne roztwory kwasu solnego, nie wywołamy wrzodu lub samotrawienia. Ewald z tym samym skutkiem powtarzał to doświadczenie. Ritter i Hirsch spostrzegali nadmierną kwaśność zawartości żołądka przy nieuszkodzonej błonie śluzowej, (nie należy tu wcale do rzadkości. Ref). Z drugiej zaś strony Samelsonowi udało się doświadczalnie zmniejszyć alkaliczność krwi i stwierdzić że w tych razach wrzody nie powstają. Prawda że u chorych na błednicę często spostrzegamy wrzody żołądka, co jedni przypisują nadmiernej kwaśności soku, drudzy

zmniejszonej alkaliczności krwi (dowiedzianej przez Jaksch'a) ale w takim razie zapalenie płuc, ostra posocznica, cierpienie Bright'a, mocznica, przerostowa marskość wątroby, rak wątroby, białaczka (leukaemia) i niedokrwistość złośliwa również powinny by dawać powód do powstawania wrzodów, gdyż we wszystkich tych cierpieniach zachodzi zmniejszenie alkaliczności krwi. Bynajmniej tak nie jest. Można by myśleć, że i wydzielanie kwasu solnego w tych przypadkach upośledzone, lecz w wielu razach sztucznie wprowadzamy kwas solny i pepsynę bez wywołania wrzodów, a dalej nie wszystkie przypadki wrzodu cechują się nadmierną kwaśnością soku żołądkowego (Ritter i Hirsch). Ponieważ jednakże doświadczeniom Samel-sona uczynić można zarzuty poważne, szczególnie co do stopnia alkaliczności krwi, jaki otrzymywał S. w swych doświadczeniach, autor nasz podjął to zadanie rozwiązać na innej drodze.

Teoryja „zobojętniania“ (Neutralisationstheorie) uważa ścianę żołądka jako zwykłą błonę która zdolna jest przepuszczać przez się ciała rozpuszczalne na zasadach endosmozy i exosmozy. Błona ta do pewnego stopnia jest rozciągniętą pomiędzy kwaśnym płynem, jaki stanowi sok żołądkowy, z jednej strony, a z drugiej alkalicznym, jaki stanowi krew. Kwaśny płyn zdolny jest zniszczyć tę błonę, a zniszczenia tego uniknąć można tylko w tym razie, jeżeli najmniejsze ślady kwasu, które się dostają z jednej strony owej błony zostaną natychmiast zobojętnione za pomocą alkalicznego płynu, dostającego się ze strony przeciwległej. Ilości alkalicznego i kwaśnego płynu które się w danej jednostce czasu łączą zależą od stopnia stężenia danych płynów i własności błony, która je dzieli. Dopóki te czynniki pozostają niezmienione, dopóty nie ulegną zmianie ilości kwasów i zasad, wchodzące ze sobą w związek resp. stopień difuzji. Jeżeli więc w rzeczywistości w żołądku fizjologicznym zachodzi neutralizacja soku żołądkowego w tym samym stopniu, w jakim dobywa się ta sprawa pomiędzy płynami owemi przedzielonemi zupełnie identyczną lecz martwą błoną śluzową, w takim razie teoryja „zobojętniania“ zachowa swą siłę niewzruszenie. Można więc sobie kwestyję sformułować takim sposobem, czy w żywej błonie śluzowej (bł. śl. żyjącego żołądka) odbywa się wyrównywanie pomiędzy kwasem solnym z jednej strony, a zasadami krwi z drugiej, na podstawie praw difuzji? Jeżeli więcej płynu alkalicznego przejdzie do żołądka niż na zasadach endosmozy może to być uskuteczniomem. w takim razie wypadnie przyjąć jeszcze jakąś czynną siłę, która może jedynie zależeć od żyjącej komórki; w razie jeżeli zamało zasad krwi przedostaje się do żołądka, niżby sądzić należało licząc na prawa osmotyczne, to samo przypuszczenie będzie nieuniknione; żyjąca komórka przez siły sobie właściwe upośledzałaby przedostawanie się tych zasad w stopniu odpowiednim. Innemi słowy, należy określić, czy stopień difuzji żywej i martwej błony śluzowej żołądka jest wielkością identyczną, czy też stopnie te między sobą się różnią, a następnie, jakie mianowicie różnice zachodzą pod tym względem. Na zasadzie licznych i dowcipnie

pomyślanych doświadczeń, które autor wykonywał na żywych psach, robiąc im przetoki, i na zabitych, którym zaraz po zabiciu wyjmował żołądek, autor przychodzi w interesującej swej pracy do pewnych wniosków. Doświadczeń samych z powodu znacznych komplikacji, jakie przedstawiają, podawać tu nie możemy. Wszystkie one dążą do tego, aby przekonać się za pomocą wprowadzania do żołądka kwaśnych płynów pewnego stężenia (kwas fosforowy i inne) o stopniu, w jakim zachodzi sprawa dyfuzyjna w żołądku żywym i martwym.

Oto rezultaty, do jakich dochodzi autor na zasadzie swych badań.

1) Wyrównywanie pomiędzy zasadami krwi i kwasem soku żołądkowego odbywa się przy życiu nie na podstawie dyfuzji, lecz w znacznie mniejszym stopniu niż by oczekiwać należało.

2) Samotrawienia żołądek unika w części skutkiem alkaliczności krwi, w części zaś skutkiem czynnej życiowej działalności komórek.

3) Żywy nabłonek, znajdujący się pomiędzy kwasem żołądkowym z jednej strony a alkaliczną krwią z drugiej, zmniejsza wzajemne zobojętnianie się tych czynników, działa więc sam jako czynnik, z jednej strony, chroniący od zniszczenia zasady krwi, z drugiej zaś chroniący od takiegoż zniszczenia kwas żołądkowy.

4) Przez wyżej wspomnianą własność żołądek unika znacznej wydzielniczej i chłonniczej czynności.

5) Ochrona, jakiej dostarcza krążąca krew w części tylko zależy od alkaliczności takowej, w części zaś od własności odżywczych jakie krew posiada.

6) Wszystkie czynniki, które upośledzają odżywianie komórek, wchodzących w skład błon żołądka, mogą pociągać za sobą samotrawienie i powstawanie wrzodów. Czynniki te stanowią: a) zaburzenia w krążeniu krwi; b) bezpośrednio uszkodzenie nabłonka najrozmaitszego rodzaju; c) upośledzenie czynności nerwów troficznych, rządzących odżywianiem nabłonka i innych tkanek, w skład żołądka wchodzących.

Ignacy Grundzich.

378. LETULLE. (Academie des Sciences à Paris). **O infekcyjnym pochodzeniu pewnych wrzodów pierwotnych żołądka i dwunastnicy.** *Wien. Med. Woch. Nr. 32.*

Autor wielokrotnie konstatował związek pomiędzy chorobą zakaźną a zjawianiem się wrzodów pierwotnych na powierzchni przewodu pokarmowego. Dwa tego rodzaju przypadki autor przytacza; sprawa zakaźna miała się w nich ku końcowi. Autor utrzymuje, że choroby zakaźne mogą dawać powód do rozwoju kolonii grzybków chorobotwórczych w każdym okresie swego przebiegu. Czasami kolonie te osiadają na wewnętrznej powierzchni żołądka i kiszek i tworzą tym sposobem w błonie śluzowej wtórne ogniska, wywołując owrzodzenia; fakt ten tem bardziej może mieć miejsce, jeżeli stan przewodu pokarmowego już przed rozwojem infekcyi był niezadawalniający pod względem czynnościowym lub też jeżeli kwaśność zawartości żołąd-

kowej była zwiększoną. Sekcja, jaką autor wykonał na zmarłej wskutek gorączki poługowej (septicopyaemia), wykazała dwa świeżo powstałe hemoragiczne wrzody. Żyły w miejscach uległych owrzodzeniu były zakrzepnięte, tkanka łączna zawierała mnóstwo streptokoków. Żyły maciczne były przepelnione temi kolonjami. Autor nawet sztucznie wywoływał (u zwierząt) też owrzodzenia takie w błonie śluzowej i podśluzowej nietylko przez wstrzykiwanie czystych hodowli dyzenteryi, ale przez zastrzyknięcie staphylococcus pyogenes aureus. Naruszenie całości wahało się pomiędzy wybroczynami krwawymi a wielkimi okrągłymi wrzodami, które pociągały za sobą przedziurawienie. Wrzody zakaźne żołądka i dwunastnicy mogą być skutkiem dwóch przyczyn: w rzadszych przypadkach mogą poknięte grzybki chorobotwórcze rozwijać się na powierzchni błony śluzowej, albo też dostawszy się do krwi, tą drogą wędrują do tkanki podśluzowej. Znalazłszy w niej dobrą glebę dla swego rozwoju, utrudniają błonie śluzowej zdobycie sobie materiału odżywczego i wywołują w niej nekrozę, pozwalającą sokowi żołądkowemu szerzyć zniszczenia. *Ignacy Grundzach.*

379. SMIRNOW. **O błonicy i dyfterycie żołądka.** (*Ueber gastritis membranacea u. diphteritica*). Arch. Virch. CXIII Z. II.

Krótkie zestawienie wszystkich opisanych dotąd w literaturze przypadków dyfterytycznego zapalenia żołądka poprzedza badania jakie autor wykonywał. Zestawienie to przekonywa, że dyfteryt żołądka wcale nie jest znanym wszechstronnie i dokładnie, a przynajmniej tak jak dyfteryty innych błon śluzowych. Dla tego też nowy przyczynek do tej nauki będzie nabytkiem pożądanym, a praca powyższa zasługuje na szersze jej poznanie.

Recklinghausen nasunął autorowi myśl skorzystania z 6 przypadków dyfterytu w celu dokładnego zbadania anatomo-patologicznego, a następnie ogłoszenia wyników pracy. Przypadki dotyczyły, po większej części, osobników młodych, u których cierpienie żołądka rozwinęło się po przebyciu dyfterytu gardzieli lub po przebiegu takowego.

Badania te przekonały autora, że nie zawsze miał do czynienia z właściwym dyfterytem, że sprawa chorobowa w żołądku zachodząca a zwana „dyfterytem“ często bardzo na to miano nie zasługuje, że zachodzą i inne sprawy chorobowe, powodujące wytwarzanie się błon na wewnętrznej powierzchni żołądka. Zanim jednakże przejdziemy do wyników pracy, warto za autorem podać anatomo-patologiczny obraz dyfterytu żołądka i pokrótce przejrzeć naukę o krupie i dyfterycie, co dla zrozumienia wyników pracy autora będzie niezbędne. Według Kundrat'a proces dyfterytyczny na błonie śluzowej żołądka charakteryzuje się tem, że na silnie obrzęklej i przekrwionej błonie śluzowej miejscami, szczególnie na wysokości fałd owej błony albo też na całej szerokości ich znajdujemy błonki barwy szaro żółtej, które mniej lub więcej silnie przylegają do tkanki, znajdującej się pod niemi. Badanie drobnowidzowe przekonywa, że błony te składają się z sieci włóknikowej, która w ocz-

kach swych zawiera śluz, części składowe morfotyczne krwi, komórki nabłonkowe powierzchowne i gruczołowe, że błony te ściśle przylegają do błony śluzowej, miejscami wkraczając do otworów gruczołowych lub też odwrotnie wystają nad owymi otworami przepelnionemi zluszczonym nabłonkiem. W lżejszych przypadkach błony te były dość wyraźnie odgraniczone od tkanki, znajdującej się pod niemi albo nawet zupełnie oddzielone przez warstwy nabłonka. W cięższych jednakże przypadkach nie było takiej wyraźnej granicy, a wysięk zawierał większe ilości pierwiastków komórkowych, będących w stanie rozpadu, i mikrokoków zebranych w kolonie. Mikrokokki te znajdowały się i w błonie śluzowej, która była obrzękniętą, przepelnioną wynaczynieniami i nacieczoną drobnymi komórkami. Jak się poniżej przekonamy, Kundrat w tym opisie, jak to zrobiło wielu innych autorów, łączy dwa zupełnie odrębne procesy chorobowe, jak krup i dyfteryt, w jedną formę anatomopatologiczną o różnem natężeniu.

Co się tyczy teorii krupu i dyfterytu, zauważyć należy że Virchow początkowo odróżniał krup od dyfterytu, twierdząc, że ostatnia ta sprawa chorobowa polega na wytwarzaniu się wysięku włóknikowego w powierzchownych warstwach błony śluzowej pośród pierwiastków tkankowych i na następnem krzepnieniu i wysychaniu jego, podczas gdy wysięk ów w krupie znajdujemy na powierzchni błony śluzowej. Później pogląd ten uległ zmianie. Virchow począł uważać jako istotną cechę dyfterytu,—obumieranie pierwiastków tkankowych i samego wysięku, oto słowa, streszczające ten pogląd: „Sprawa dyfterytyczna mieści się w samej tkance, nie tworzy więc żadnych błon rzekomych (pseudomembranae), siedzących na powierzchni, lecz jeżeli sprawa ta pozornie tworzy błony rzekome, tworzy je przez to, że część powierzchni błony śluzowej zostaje zluszczoną (jako obumarła); w każdym więc przypadku, gdzie ma miejsce takie zluszczenie, następuje utrata substancyi i w najpomyślniejszych nawet przypadkach muszą powstawać powierzchowne owrzodzenia.“ W krupie zaś dróg oddechowych, zdaniem Virchowa, ma miejsce jedynie wysięk włóknikowy, pod którym znajduje się nieuszkodzona błona śluzowa. Według Wagnera różnicy takiej nie ma. Pomiędzy dwiema temi sprawami jest różnica makroskopowa, lecz pod względem drobnowidzowym jedynie zwraca uwagę rozmaite stopniowanie tej samej sprawy chorobowej. W błonie śluzowej i podśluzowej ma miejsce przekrwienie rozmaitego natężenia. Błona rzekoma zajmuje miejsce warstwy nabłonkowej, nigdy zaś śluzowej; granica między niemi zawsze spostrzegać się daje. Błona tworzy się przez swoistą zmianę komórek nabłonkowych, w których następuje zwyrodnienie włóknikowe (krupowe), powstają puste przestrzenie (vaculae) i wyrostki, łączące komórki między sobą. To zwyrodnienie i drobnokomórkowe nacieczenie tkanki błony śluzowej jest istotą dyfterytycznego zapalenia. Buhl, Seitz, Zahn, Ranvier, Cornil i inni zdanie to podzielili. Oertel sądził, że w sprawie tej nie da się wyłączyć istnienie wysięku włókniko-

wego. Podług Weigert'a w dyfterycie ma miejsce sprawa nekrobiotyczna (Coagulationsnecrose). Do komórek tkankowych dostaje się substancja włóknikorojna i w nich krzepnie, powodując napęcznienie i błyszczący jednorodny wygląd komórek, przez nagromadzenie których i właściwe zgrupowanie powstaje zbite i błyszczące „rusztowanie” (Gerüst), które stanowi główną składową część błon dyfterytycznych. Z teorią Weigert'a, na którą zgadzał się Cohnheim, w zupełnym przeciwieństwie stoi Recklinghausen. Uczony ten, błony dyfterytyczne uważa za skutek szczególnego zwyrodnienia pierwiastków tkankowych. Zwyrodnienie szkliste (hyalinowe), zachodzące w tym razie w komórkach tkankowych, powoduje napęcznienie komórek, z których wypływa hyalina łącząca się następnie w twory beleczkowe. Twory te pod względem makroskopowym stanowią owe błyszczące jednorodne rusztowanie. Jest to zmiana ostateczna. Początkowo komórki zmieniają swą formę, protoplazma staje się błyszcząca, jednorodna, jądra komórek znikają, z ciał komórkowych występuje hyalina w postaci beleczek o których wyżej wzmiaknęliśmy. Tym zmianom ulega nie tylko nabłonek, ale i inne twory komórkowe i międzykomórkowe tkanki śluzowej i podśluzowej jakoteż i naczyń krwionośnych. W tkance podśluzowej sprawa zwyrodnienia rozpoczyna się od naczyń, tak że nie tylko ściany naczyń ulegają zmianom, ale i zawartość ich przez szkliste zwyrodnienie białych ciałek również stanowią zatyczki hyalinowe. Zmiany te naczyniowe znajdują się w przyczynowym związku z obumieraniem tkanek i powstawaniem ognisk hyalinowych w samej błonie śluzowej, budowę przypominających twory hyalinowe błon dyfterytycznych. Ogniska owe zdaniem Peters'a zawsze przylegają do zwyrodnionych naczyń. Słowem, cała sprawa nekrobiotyczna rozwija się w ten sposób, że ulega jej pierwiastkowo nabłonek i skutkiem szklistego zwyrodnienia zachodzą wszystkie owe zmiany, które Wagner nazywa zwyrodnieniem włóknikowem. Przy rozszerzeniu się sprawy na błonę śluzową ulegają zwyrodnieniu naczynia krwionośne w sposób wyżej opisany, co znowu pociąga za sobą dalszą nekrobiozę i zwyrodnienie pierwiastków tkankowych. Drobnokomórkowe nacieczenie jest nieznaczne i w sprawie tej idzie na drugi plan. Recklinghausen uważa zwyrodnienie szkliste nabłonka również i w krupowem zapaleniu jako zmianę charakteryzującą to cierpienie. Tu jednak następuje częściej zwyrodnienie nabłonka, warstwa więc błony krupowej siedzi na zdrowym nabłonku. (Odnosi się to do nabłoneków wielowarstwowych, w żołądku, jako posiadającym jedną warstwę cylindrycznego nabłonka sprawa musi przebiegać inaczej. Ref.) Ostatniemi czasy Oerthel w swej pracy w ogólnych zarysach przyjmuje teorię R., w szczegółach jednak się różni. Zdaniem Oerthel'a początkowo nagromadzają się okrągłe komórki w powierzchownych warstwach nabłonka (wielowarstwowego), skutkiem czego nabłonek się złuszcza i ginie. Leukocyty tworzą ogniska i wdrażają się głębiej w tkankę podnabłonkową. Sprawa dochodzi do nekrobiozy, przyczem powstaje rozpad drobnociarni-

sty. Rozpad ten przybiera siatkowatą formę przez zlanie się w środku takiego ogniska ziareczek i uformowanie beleczek błyszczących i jednorodnych. W końcu całe ognisko zamienia się w substancję hyalinową. Tym sposobem, sprawę dyfterytyczną rozpoczyna zapalenie czyli emigracja z naczyń b. ciałek krwi, poczem następuje nekrobioza i rozpad pierwiastków komórkowych. Krew a raczej płyn wysiękowy gra przy wytwarzaniu hyalinowej substancji niepoślednią rolę. Materyjał, z którego powstaje owa substancja stanowią przeważnie leucocyty, jednakże i ściany naczyń i pierwiastki łącznotkankowe udział w tem również przyjmują.

Widzimy więc, streszczając wszystko dotąd powiedziane, że dwa panują poglądy co do istoty zmian dyfterytycznych. Według pierwszego, powstawanie błon dyfterytycznych jest skutkiem nekrobiozy i zwyrodnienia pierwiastków tkankowych; według drugiego zaś, błony dyfterytyczne są niczem więcej, jeno wysiękiem, uległym zmianom po przejściu ścian naczyniowych. Zmiany te polegają na krzepnięciu i powstawaniu tworów beleczkowych w postaci błon. Jeżeli zestawimy teraz pojęcia te z opisem „dyfterytu“ żołądka, podanym przez Kundrata, przekonamy się że Kundrat i inni badacze, opisujący dyfteryt żołądka mieli do czynienia najprawdopodobniej z zapaleniem, charakteryzującym się wytwarzaniem błon, jakie powstają np. przy otruciach kwasem siarczanym, arsenikiem i t. d., słowem z „zapaleniem błoniastem“ (gastr. membranacea) lecz nie dyfterytem. Tym sposobem krytycyzm na punkcie każdego opisanego przypadku „dyfterytu“ żołądka będzie zupełnie na miejscu i raczej kierować się należy podanym obrazem anatomicznym i drobnowidzowym aniżeli nazwą cierpienia, nadawaną przez różnych autorów. Analizując ściśle swoje przypadki, autor znalazł z pomiędzy 6 tylko 2 przypadki „dyfterytu“, pozostałe zaś cztery odpowiadają raczej zapaleniu błoniastemu. W 4 tych przypadkach autor znajdował jedynie przekrwienie, wynaczynienie, tu i owdzie większe lub mniejsze nacieczenie drobnokomórkowe, mniejsze lub większe złuszczenie prawidłowego nabłonka, gdzie nigdzie tylko będącego w rozpadzie. Błony były w pierwszym przypadku w części pochodzenia wysiękowego, w części składały się ze śluzu, komórek gruczołowych i ich rozpadu. W drugim przypadku składały się z włókniaka w oczkach którego znajdowano komórki nabłonkowe i okrągłe. W trzecim zaś i czwartym znaleziono drobną siatkę włóknikową, zawierającą w oczkach przeważnie komórki nierozpadnięte. W żadnym z tych przypadków nie widział autor owych tworów beleczkowych, nigdzie nie dostrzegł również szklatego zwyrodnienia komórek, tkanek i naczyń. Granice pomiędzy błonami rzekomymi a błoną śluzową były po większej części wyraźne.

Właściwie mówiąc, miał autor w przypadkach tych do czynienia nie z „dyfterytem“ lecz z zapaleniem rozmaitego natężenia: raz z zapaleniem włóknikowym, drugi raz śluzowo-włóknikowym, nareszcie włóknikowo-ropnem. Dodać należy, że cierpienie to rozwijało się po „dyfteryście gardzieli“, gdzie rów-

nież znajdowano miejsca, bardziej odpowiadające charakterem zmian chorobowych zapaleniu włóknikowemu obok miejsce dotkniętych dyfterytem.

Zupełnie inny obraz przedstawiają dwa ostatnie przypadki autora. Tu już na pierwszy rzut oka zwracała uwagę sprawa zwyrodnienia, polegająca na szklistej przemianie komórek nabłonkowych. (Recklinghausen) komórki pęczniały, jądra się zacierały, komórki przybierały postać błyszczących jednorodnych ciał, które się następnie zlewały, tworząc rusztowanie beleczkowe. Zmiany te łącznie z nekrobiozą tkanki łącznej śluzowej dowodziły niewątpliwie istnienia sprawy dyfterytycznej.

Autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Sprawa dyfterytyczna rozpoczyna się nie od zapalenia ale od obumierania (nekrozy), które zachodzi łącznie z powstawaniem produktów szklistego zwyrodnienia.

2) Produkty te stanowią główny materiał do powstawania błon dyfterytycznych.

3) Jeżeli w dyfterycie gardzieli zauważymy objawy zapalne, odnoszą się one do późniejszych (wtórnych) prawdopodobnie, do objawów zapalenia odczynowego.

Co się zaś tyczy czterech przypadków powyżej zanotowanych, są one dowodem, że nie każde zapalenie, powodujące powstawanie błon rzekomych, jest „dyfterytem“ lub „krupem“ nawet wtedy, gdy przyłączy się ono jako następstwo rzeczywistego dyfterytu gardzieli. Rozpoznanie anatomo-patologiczne będzie pewnym tylko wtedy, gdy badając drobnowidzowo błonę rzekomą, znajdujemy powyżej opisane zmiany: zwyrodnienie szkliste i nekrozę. Wtedy dopiero mamy zupełne prawo rozpoznać „dyfteryt.“

Ignacy Grundzach.

380. HAMPELN. O gorączce przepuszczającej w przebiegu raka żołądka. (*Ueber intermittirendes Fieber im Verlauf d. Magencarcinoms. Zeit. f. klin. Med. T. XIV, Z. 5 i 6, 1888.*)

Autor zwracał uwagę na fakt, iż czasami w przebiegu raka żołądka napotykać można napady gorączkowe, pozwalające raczej przypuszczać zakażenie zimnicze lub ognisko ropienia w jakimś narządzie, mające jednakże źródło jedynie w istnieniu złośliwego nowotworu. O tem, że często w przebiegu raka żołądka ciepłota bywa podwyższoną można się bardzo łatwo przekonać. W zwykłych jednakże razach idzie tu o podwyższenie ciepłoty bardzo nieznaczne, do tego stopnia, że uchodzi ono uwagi zarówno chorego jak lekarza. Ciepłota dosięga 38°; więcej pod wieczór, ważniejszego jednak rozpoznawczego znaczenia nie posiada. Rzecz inna, gdy gorączka przybierze cechy febris intermittens, która zarówno chorego zmusza do uzalania się, jak lekarza do zwracania uwagi na ten objaw. Łatwo zrobić by można zarzut, że w tego rodzaju przypadkach po prostu na tle cierpienia rakowego przypadkowo powstaje zakażenie zimnicze, lecz kilka przypadków, jakie autor przytacza, uwidoczniło, że jedynym powodem gorączki był nowotwór rakowy żołądka. Nie wchodząc w szczegóły tych przypadków, zaznaczyć z autorem należy, że rak żołądka, jako taki, pociąga za sobą czasami go-

raczkę o typie przepuszczającym. Tym sposobem roztrząsając ukryte i możliwe przyczyny gorączki, powinniśmy zawsze mieć na względzie cierpienie rakowe żołądka (jak wiadomo — i wątroby), bywały bowiem przypadki, w których jedynym objawem raka żołądka były właśnie owe napady gorączkowe, podczas gdy objawów ze strony żołądka zupełnie brakowało.

Ignacy Grundzach.

381. LITTEN i ROSENGART. **Przypadek zupełnego prawie wygaśnięcia czynności wydzielniczej żołądka.** (*Ein Fall von völligen Erlöschen der Secretion d. Magensaftes. Atrophie d. Magenschleimhaut der Autoren*) *Zeitrft. f. klin. Med.* T. XIV. Z. 5 i 6 (1888).

Przypadek, jaki został opisany, dotyczył 18 letniej dziewczyny, cierpiącej od lat 7-miu na rozmaitego rodzaju objawy dyspeptyczne. Autorowie badali czynność żołądka pod względem wydzielniczym, ruchowym i chłonnym. Wielokrotne badanie stwierdziło w miążdze pokarmowej nieobecność kwasu solnego, pepsyny, peptonów, labfermentu (zaczynu, ścinającego sernik mleka). Wydzielanie śluzu również nie istniało. Czynność ruchowa wydawała się nieco upośledzoną, a chłonnicza znacznym nawet uległa zmianom, gdyż jodek potasu dopiero w dwie godziny po przyjęciu go można było wykryć w moczu. Żołądek nie był rozszerzony, przeciwnie raczej wydawał się zmniejszonym, gdyż po wydechnięciu go gazem dolna granica znajdowała się na cztery poprzeczne palce powyżej pępka. O zmniejszeniu pojemności żołądka można sądzić z tego, że po wlewniu 300 ct. sz. płynu, żołądek plyn ten zwracał (chora skarżyła się na silny ucisk i przepełnienie żołądka), podczas gdy normalny żołądek zmienia w sobie od 2 do 5 litrów płynu. Na zasadzie powyższych danych autorowie przypuszczają ciężkie cierpienie błony śluzowej żołądka, polegające na zanikaniu stopniowym pierwiastków gruczołowych. Takie przypadki były w ostatnich czasach przez wielu autorów opisywane. W przypadkach tych zawsze uzasadniano istnienie mniejszego lub większego zaniku błony gruczołowej z wielkim prawdopodobieństwem. Dane anatomiczne, które tu sprawę rozstrzygają stanowczo często potwierdzały rozpoznania kliniczne, uskutecznione na zasadzie objawów chorobowych.

Przypadki takie (z rezultatami sekeyi podają w swch pracach Fenwick, Nothnagel. Autorzy B. Lewy, Ewald, Kinnikutt i inni. Quinke, mają w najbliższej przyszłości powrócić do szerszego omówienia sprawy zanikowej żołądka, gdzie uwzględnić zamierzają odnośną literaturę. Obecnie podają ogólne uwagi, jakie im się przy rozstrzygniętych przypadkach nasunęły. Od dłuższego czasu stosując ściśle badanie czynności żołądka przy obfitym materiale poliklinicznym, autorowie przyszli do przekonania, że takie przypadki, jak powyżej zacytowany, stanowią ostatnie ogniwo w łańcuchu zaburzeń żołądkowych, które pociąga za sobą t. z. katar śluzowy. Początkowo chorzy ci przedstawiają zmienny obraz zaburzeń dyspeptycznych, znaczne wydzielanie śluzu i częsty brak

kwasu solnego podczas sprawy trawienia, lub też znaczne zmniejszenie ilości tego kwasu dają się wtedy konstatować. Tej klinicznej formie odpowiada pulchna (podobna do aksamitu) błona śluzowa, na której już wówczas miejscami mogą się tworzyć polipy (gruczolaki) ze znacznym rozwinięciem unaczynieniem. Przy dalszem istnieniu tego cierpienia, wydzielanie śluzu stopniowo się zmniejsza i łącznie ze zmniejszeniem się ilości kwasu solnego zmniejsza się także ilość pepsyny, tak że trawienie pokarmów białkowych znacznemu ulega upośledzeniu. Jeżeli sprawa chorobowa ciągnie się dalej, obraz kliniczny będzie taki, jak podany powyżej: brak kwasu solnego, brak pepsyny (a więc peptonów) brak labfermentu i śluzu. W przypadkach takich, jak to zaznaczyliśmy, różni autorowie na zasadzie danych anatomo-patologicznych, stwierdzających wyniki klinicznego badania, przyjmują całkowity zanik błony śluzowej wraz z pierwiastkami gruczolowemi. Błona „śluzowa“ przestaje nią być w istocie, zamieniając się w tkankę bliznowatą z nielicznymi i pokurczonymi gruczolami, tworzą się małe torbiele przez zamknięcie światła owych zmienionych gruczolów, błona podśluzowa ulega zmianom, przyjmując postać tkanki ziarninowej (granulacyjnej) i w końcu nastąpić może ogólne łącznie tkankowe zwyrodnienie ścian żołądka (*Linitis plastica* dawnych autorów, *gastritis cirrhotica* nowszych), pociągające za sobą wydatne skurczenie się żołądka. Co się tyczy etiologii, to punktem wyjścia dla spraw zanikowych jest bardzo często omówiony wyżej „nieżyt śluzowy“ żołądka. Nie jest on bynajmniej jedynym źródłem powstawania zaniku. Zanik taki powstaje też po otruciach kwasami i zasadami. W niektórych przypadkach jest on następstwem rozwijania się złośliwych nowotworów (raka, nawet w narządach oddalonych. Ref.)

Rzecz prosta, że w miarę rozległości zaniku błony śluzowej kliniczne dane będą się przedstawiać rozmaicie. Zdaniem autorów, zbiór objawów przy zupełnym zaniku jest charakterystycznym dla rozpoznania tego cierpienia: 1) bóle kardialgiczne, zjawiające się w każdym przypadku. (W przypadkach „nieżyty zanikowego“, opisanych przez ref. objaw ten ani razu nie miał miejsca; Jaworski również nie o tych bólach nie wspomina. Ref.) 2) zniesione wydzielanie śluzu; 3) zupełnie zniesione wydzielanie kwasu solnego; 4) brak pepsyny (i peptonów); 5) upośledzone (skutkiem powyższych przyczyn) trawienie białka; 6) brak labfermentu; 7) wycieńczenie ogólne, które może dojść do niedokrwistości złośliwej ze śmiertelnem zejściem (Nothnagel, Quincke, Kinnikutt). W przypadku autorów nie doszło jednak do takiego wyniszczenia. (Fakt ten, jeżeli zachodzi, jest nadzwyczajnie rzadkim. Raczej przeciwnie, stan ogólny tego rodzaju chorych jest, średnio biorąc, bardzo zadawalniający z powodu, iż zachowana siła mięśniowa żołądka pozwala pokarmom dostatecznie rozdrobnionym przejść do przewodu pokarmowego, aby tam uległy przemianom trawiennym i wreszcie wchłanianiu. Ref.)

Ignacy Grundzach.

382. MINKOWSKI. **O fermentacjach w żołądku.** (*Ueber d. Gährungen im Magen. Mittheilungen aus d. Med. Klinik zu Königsberg Naunyn's. Deu. Medizinal Zeitung. Nr. 88. Nov. 1888.*)

Na szczybie trawienia zawartości żołądka nie posiada w warunkach normalnych żadnych prawie drobnoustrojów. Jedyne znaleźć w niej możemy pojedyncze komórki drożdżowe, występujące czasami parami, ale w ilości minimalnej. (Komórki drożdżowe, o których mówi autor, pochodzą z przyjętych pokarmów, a zawierających takowe w stanie obumarłym, a więc są bez wszelkiego znaczenia, o czem autor zupełnie nie wspomina. Ref.) Napotyka się i laseczniki, ale również w ilości minimalnej. Autor zauważył, że przesącz takiej zawartości, posiadającej wolny kwas solny i pepsynę, może całymi tygodniami stać w probówce bez najmniejszej zmiany. Przesącz może być w ciąglem zetknięciu z drobnoustrojami unoszącymi się w powietrzu, a więc w nieprzykrytej niezem probówce, może być nawet sztucznie zmieszany z grzybkami drożdżowymi, drobnoustrojami gnijącego sera, pomimo to wszystko zmianie nie ulegnie. Własność tę przesącz bezwątpienia zawdzięcza kwasowi solnemu przy zubożeniu bowiem tego przesącza, powstaje w czasie bardzo krótkim rozwój licznych drobnoustrojów. Jednakże nie sam tylko kwas solny zawartości żołądka posiada własność wstrzymującą rozwój owych tworów. Zagotowawszy przesącz, jakkolwiek nie pozbawiamy go kwasu solnego, czynimy zeń glebę, sprzyjającą rozwojowi grzybków pleśniowych, laseczniki jednakże w tych razach nie powstają. Zdaje się, że zniszczenie pepsyny, jakie wywołujemy przy zagotowaniu przesącza, jest tego faktu przyczyną. Pepsyna więc łącznie z kwasem solnym nie pozwala na rozwój w zawartości żołądka licznych koloni drożdży, grzybków pleśniowych i lasieczników; twory te bowiem, dostawszy się do żołądka z atmosferycznego powietrza lub wprowadzone z pokarmami zostają w żołądku strawione.

W przypadkach, w których świeżo wydobyta zawartość żołądka posiada mniej lub więcej liczne drożdże, przesącz na powietrzu również szybkim ulega zmianom. Sok ten może zawierać wolny kwas solny w ilości normalnej lub nawet zwiększonej, rozwiną się wówczas jedynie pleśniowce i drożdże. Zwykle jednakże kwas solny za pomocą odczynników wykryć się nie daje, natomiast przesącz taki zawiera kwas mleczny i maślowy; w przypadkach tych powstają w przesączu szybko sprawy fermentacyjne i gnilne; pierwsze pociągają za sobą zwiększenie stopnia kwaśności przez wzrost ilości wytworzonego tą drogą kwasu mlecznego, drugie zaś zmniejszenie takowego resp. wywołują odczyn alkaliczny. I w tych jednakże ostatnich przypadkach kwas solny może być wykryty drogą analityczną w świeżym przesączu. Jednakże wniosek, jaki ze swej pracy zrobili Cohn i Mehring, mianowicie, że wpływy upośledzonego chemizmu nawet przy najcięższych cierpieniach nie są widoczne w tym stopniu, w jakim je dotąd przyjmowano, jest z gruntu błędnym. Dla tego aby dowieść istnienia normalnego chemizmu trawienia niedość jest przez skomplikowane badanie wykryć

obecność kwasu solnego, trzeba dowieść, że kwas ten spełnia swoją rolę w sposób należyty, t. j. że rozpuszcza i peptonizuje białkowane pokarmy, a przede wszystkim, co nas w tej chwili najbardziej obchodzi, że powstrzymuje rozwój grzybków fermentacyjnych. Że w przypadkach Cohn'a i Mehringa kwas solny (związany z ciałami białkowatymi, ptomainami etc. Ref.) nie działał anti fermentacyjnie, nie powstrzymywał gnicia, wnioskujemy niewątpliwie z tego, że sami ci autorowie znajdowali liczne laseczniki w zawartości żołądka. Nigdy nie napotykamy przesączu, któryby nie dając odczynu z błękitem metylowym, długi czas pozostał jałowym (sterilizowanym). Wykrycie produktów fermentacji (kwasu mlecznego i t. d.) w czasie, gdy normalnie tych produktów nie znajdujemy, a więc na szczycie trawienia, przemawia za upośledzeniem czynności żołądka, podczas gdy w początkowych okresach trawienia normalnie kwas mleczny znajdujemy. (Minkowski rozumuje tu niezupełnie słusznie. Jeżeli nie znajdujemy kwasu mlecznego za pomocą odczynników, nie znaczy to bynajmniej aby kwasu tego wcale w zawartości nie było; kwas mleczny jak dowiedli Cohn i Mehring, Rosenheim i inni zawsze w pewnej ilości znajduje się w zawartości żołądka, może być jednak nie wykryty za pomocą odczynników, co jak doświadczenia piszącego przekonaliśmy, ma miejsce wówczas, gdy w zawartości żołądka o średnim stopniu kwaśności znajdujemy 4, 6 razy więcej kwasu solnego niż mlecznego. Wstrząsanie przesączu z eterem i wykrywanie tą drogą kwasu mlecznego dowodzi w tych razach słuszności naszego zapatrywania, potwierdzonego zresztą przez innych (Ritter i Hirsch). Trzeba by więc dodać do zdania Minkowskiego jeszcze słów kilka: „za pomocą odczynników“, co zmienia nieco samo zapatrywanie. Ref).

Dla celów klinicznych z powodu trudności, jakie przedstawia badanie chemiczne rozmaitych produktów fermentacji, najważniejszym jest pod tym względem badanie drobnowidzowe, dające nam możność z ilości i charakteru znajdujących drobnoustrojów robić wnioski o stopniu i charakterze owych zaburzeń powodujących ich rozwój. W przypadkach, w których na szczycie trawienia albo później (1½ godz. po „śniadaniu“, 3—4 g po „obiedzie“) znajdujemy liczne drobnoustroje (grzybki drożdżowe, laseczniki etc.), należy zawsze przyjmować istnienie patologicznej fermentacji w żołądku. Co nazywamy „liczne drobnoustroje“, o tem rozstrzyga jak w wielu kwestyjach klinicznego badania doświadczenie i wprawa badającego.

P r z y c z y n y, wywołujące fermentacje, są następujące: 1) mechaniczny niedowład żołądka z następczym niedowładem wydzielniczym bezwzględny lub względny (zwężenie odźwiernika przez raka, wrzód okrągły, tu umiejscowiony, osłabienie muskulatury żołądka i t. d.

2) organiczne, ciężkie cierpienia ścian żołądka z następczym niedowładem wydzielniczym (rak, niszczący błonę śluzową na znacznej przestrzeni a oddalony od wpustu i odźwiernika, zanik błony śluzowej żołądka) i t. d.

3) nadmierna ilość wprowadzonych pokarmów, zabijających kwas solny soku żołądkowego.

(Minkowski popełnia błąd, w jaki wielu autorów już wpa-
dło. Rezultatów badań, wykonywanych w probówce, nie moż-
na nigdy przenosić wprost na narządy czynne, tu bowiem wcho-
dzą w grę zwykle najrozmaitsze czynniki, jakich na zewnątrz
użyć nie możemy. Badania Rejchmana nad trawieniem alkali-
zowanego mleka, Jaworskiego i piszącego te słowa nad trawie-
niem w żołądku, w którym sprawa wydzielnicza wcale się nie
odbywa (atrophia, catharrus atrophicus, catharrus murosus), ja-
ko też późniejsze prace Ewalda, Litten'a i innych stwierdziły
ten niewątpliwy fakt, obecnie przez wszystkich autorów przyję-
ty, że pomimo odczynu obojętnego lub nawet alkalicznego w za-
wartości żołądka podczas całej sprawy trawienia, nigdy nie pow-
stają w żołądku fermentacje, jeżeli zachowany będzie jeden kar-
dynalny warunek; warunkiem tym jest normalna siła błony
mięśniowej i normalnie funkcjonujący aparat ośrodkowo ru-
chowy obok zachowanej drożności odźwiernika. Siła bowiem
mięśniowa powoduje normalne wydalanie pokarmów i usuwa
głębę, sprzyjającą rozwojowi drobnoustrojów. Ref.)

N a s t ę p s t w a fermentacji: 1) drażnienie błony śluzowej
żołądka, stan zapalny, nieżytywy; 2) powstawanie gazów — wzdę-
cie żołądka; 3) samozatrucie produktami, fermentacji i gnicia,
śpiączka dyspeptyczna (coma dyspepticum), znany objaw przy roz-
strzeniach, znacznego stopnia; 4) upośledzenie normalnego chemiz-
mu spraw zachodzących w żołądku: peptonizacji, sacharifikacji;
5) upośledzenie czynności kiszki przez obecność w nich silnie
drażniącej zawartości żołądka wraz z czynnikami, fermentację
wywołującymi (linteria i t. d.)

L e c z e n i e. 1) przepłukiwanie żołądka według znanych
zasad; 2) zalecanie środków antyseptycznych kwasu solnego,
w razie potrzeby, kwasu karbolowego po 0,1 pro dosi przed
jedzeniem; drugi ten środek działa doskonale. Stosuje się tak-
że benzol (15, 20 kropel), kreozot (0,1—0,2 pro dosi); 3) ure-
gulowanie diety np. dieta mięsna przy uporczywym powstawa-
niu grzybków drożdżowych. *Grundzuch.*

383. SCHAEFFER. **O wartości odczynników na kwas
solny zawartości żołądka.** (*Ueber d. Werth der Farbstoffreaction-
en auf freie Salzsäure im Mageninhalt. Zeit. für Klin. Med.
T. XX. Z. 1, 2.*)

Autor w swej pracy zajmuje się krytyczną oceną wpro-
wadzonych do badań i używanych obecnie odczynników na kwas
solny zawartości żołądka. Przeszedłszy kolejno wszystkie od-
czynniki ważniejsze, jak papier „congo”, tropetlina 00, odczyn-
nik Uffelmana, odczynnik Mohr'a, błękit metylowy, w końcu
obszernie zastanawia się nad najnowszym odczynnikiem wpro-
wadzonym przez Günzburga florogluconwaniliną. W badaniach
swoich autor dochodzi do wniosku, że papier „congo” posiada
wartość niewielką, bo, jak wiadomo, większe ilości kwasu mle-
cznego również zmieniają barwę czerwoną papierków na nie-
bieską. Co się tyczy tropeoliny 00, to posiada ona swoją wartość,

zastrzedz się jednakże należy, że tylko jeżeli pójdziemy za radą Boas'a, który zaleca nalewać na parowniczkę kroplę wodnego lub alkoholowego roztworu tropeoliny zmieszać z kroplą badanego płynu i następnie parowniczkę ogrzewać. Przy obecności kwasu solnego w tym płynie, otrzymamy piękną barwę fioletową powstającą i znów znikającą. Odczynnik Üffelmana w celu wykrywania kwasu solnego nie ma racji bytu. Odbarwianie amatystowego odczynnika, jakie w tych razach występuje jest z jednej strony niestałe, z drugiej zaś często powstaje barwa pomarańczowa (orange), w końcu odczynnik może być tylko rozwodnionym, przez co traci się zupełnie criterium. Powiedzieć można, że jest to odczynnik na kwas mleczny (barwa cytrynowo-żółta!), kwasu solnego zgoła nie wykrywa. Odczynnik Mohr'a (rodanek potasu + octan żelaza) należy do najlepszych i najczulszych odczynników na kwas solny, wykrywa bowiem najmniejsze ślady tego kwasu. Barwa brunatna odczynnika zmienia się na krwisto-czerwoną resp. „mahoniową”. (Szkoda, że odczynnik ten musi być przygotowany *ex tempore*, psuje się bowiem prędko. Ref.).

Błękit metylowy, odczynnik, który był jednym z pierwszych w tym celu używanych, został obecnie silnie zdyskredytowany ze strony wielu bardzo autorów. Autor przyznaje mu względną wartość; jednakże wartość ta się obniża przez to, że trudnem jest często uchwycić zmianę barwy fioletowej na niebieską i wymaga to wielkiej wprawy i zdolności rozróżniania barw, szczególnie gdy zmiany te są niewielkie; złudzenia są tu nieuniknione.

W końcu najobszerniej zastanawia się autor nad odczynnikiem Günzburga (roztwór florogliceryny i waniliny w wysokoku). Po wielu interesujących próbach, często pomysłowych a wykonywanych starannie, które jednakże tu pominąć musimy, odsyłając ciekawych do oryginału, przychodzi autor do przekonania, że odczynnik ten jest jednym z najlepszych, a badaj czy nie jedynym pewnym odczynnikiem; odczyn występuje, zdaniem autora, zawsze, jeżeli w płynie badanym znajdujemy kwas solny wolny w ilości, zdolnej sprzyjać trawieniu ciał białkowych w obecności pepsyny przy odpowiednich warunkach.

Ignacy Grundzach.

384. Dr. G. LIROSSIER. **O soku żołądkowym.** *A propos du suc gastrique.* (Lyon Medical, Nr. 24, 1888).

Prof. M. Lépine, w razie jeśli sok żołądkowy nie daje odczynu na kwas solny z odczynnikiem Günzburg'a nawet po dodaniu owego kwasu, przypisuje zjawisko to obecności białka i peptonu, jako mających własności maskowania charakterystycznego odczynu. Autor na mocy badania soku żołądkowego neutralnej reakcyi, który nie dawał odczynu na kwas solny z odczynnikiem Günzburg'a, nawet po dodaniu HCl, twierdzi, wbrew mniemaniu Lépine'a, że może to pochodzić również i od mleczanów w takim soku żołądkowym zawartych; dodany bowiem kwas solny przestacza mleczany, przy zetknięciu się z nimi, na chlorki, wydzielając przytem swobodny kwas mlecz-

ny. I rzeczywiście, po dodaniu do danego soku kwasu solnego w takiej ilości, że z równą objętością wody otrzymywano odczyn G., sok dawał z lakmusem odczyn kwaśny, ale z odczynnikiem G. reakcyi nie otrzymano. Jak się przekonano odczynnikiem Uffelmana kwaśny odczyn zależał od kw. mlecznego, podczas gdy uprzednio reakcyi na kwas ten w stanie wolnym nie było. Autor spostrzegł jednocześnie, iż dodana niewielka ilość kwasu solnego przestacza wszystkie zawarte w soku żołądkowym sole organiczne a także dwufosforan sodu, zamieniając go na fosforan sodu, bez wszelkiego oddziaływania na odczynnik Günsburg'a; to samo zatem mogło mieć miejsce w opisanem przez Lépine'a spostrzeżeniu.

W końcu autor podaje następującą wskazówkę, której należy się trzymać przy konstatowaniu kwasu mlecznego w neutralnym soku żołądkowym, a mianowicie: zakwasić go małą ilością kwasu solnego i próbować odczynnikiem Uffelmana'a.

O. Manson

385. NETTER. **Zaraźliwość włóknikowego zapalenia płuc.** (*Arch. Gen. de Medecine 1888. Mai, Juin, Juillet.*)

Dziś już nie ulega wątpliwości, że włóknikowe zapalenie płuc jest chorobą zakaźną, którą sprowadzają swoiste drobnoustroje. Zachodzi pytanie czy i o ile choroba ta jest zaraźliwą. W odnośnych pracach znajdujemy zwyczajnie odpowiedź przeczącą. Odpowiedź taka dziwić nas nie może, jeżeli zważymy: 1) że choroba ta jest bardzo rozpowszechnioną, tak, że często trudno wyśledzić źródło zarazy; 2) że punktem wyjścia zarazy może być nie tylko chory; 3) że chociaż zarazek swoisty jest niezbędny do sprowadzenia choroby, sam on jednak często nie wystarcza. Potrzebną jest ze strony ustroju i narządów pewna zdolność przyjmowania zarazka (receptivité).

I. **Zaraźliwość w przebiegu choroby.** Fakt że pewna ilość osób, obcujących ze sobą, jednocześnie zapada na wł. zapalenie płuc, bynajmniej nie dowodzi zaraźliwości tej choroby. Zjawisko to można objaśniać istnieniem analogicznych warunków w jakich chorzy przebywali. Może ono co nawyżej znaczyć, że chorzy ci nabyli chorobę z jednego źródła. Dlatego to wszystkie przypadki spostrzegane w czasie epidemii wł. zapalenia płuc muszą być pominięte. Na dowód, że omawiana choroba jest zaraźliwą, N. przytacza spostrzeżenia Butry'ego, Müller'a, Daly'ego, Stein'a, Schroter'a i innych, w których mniema autor, zarażenie nie ulega wątpliwości (? Ref.).

W spostrzeżeniu Schroter'a zetknięcie zdrowego z chorym było bezpośrednie, długotrwałe i często powtarzające się (przebywanie w jednym łóżku z chorym). W spostrzeżeniu Séglasa córka zapadła na zapalenie płuc wskutek (? R.) pielęgnowania chorej matki. Podobnych przykładów autor zebrał 30. Aby zarażenie mogło mieć miejsce, wystarcza jednorazowe zetknięcie się z chorym. (Flindt, Van Dort). Ze spostrzeżeń Mendelsohn'a i Flindt'a okazuje się, że zarazek przenosić się może za pośrednictwem bądź przedmiotów martwych (łóżko, pościel) bądź też osoby żyjącej, która jednak może pozostać zdrową.

Cytowane przez N. prace Secretan'a, Lancereaux'a, Mery'ego, Rondet'a, Knoevenagelt'a wskazują, że pneumokoki mogą się udzielać na odległość (zarażenie w szpitalu na odległość kilku łóżek), że więc zarazek posiada zdolność rozpraszania się (diffusible).

II. **Żarazliwość po chorobie.** Autor wykazał dość wiadcześnie (na zwierzętach), że zarazek wł. zap. płuc zachowuje swą siłę zakaźną na zewnątrz organizmu w ciągu 32—45 dni. Herr opisuje następujący przypadek: ktoś objął mieszkanie w pięć tygodni po śmierci poprzedniego lokatora, zmarłego na wł. zapalenie płuc; w kilka dni potem nowy lokator zapadł na tę samą chorobę. Autor sądzi, że w tym przypadku nastąpiło zarażenie, czyli że pneumokoki potrafiły utrzymać się przy życiu w pokoju niezamieszkanym w ciągu 5-ciu tygodni. Podobne przykłady, mające stwierdzać trwałość zarazka, opisuje Riesell, Kühn i Flindt. Wobec takiej trwałości pneumokoków, znajdujących się na zewnątrz ustroju, łatwo sobie wyobrazić, że zarażenie może mieć miejsce po upływie ostrego okresu choroby. Przepuszczenie to stara się autor poprzeć spostrzeżeniem i Flindt'a, Schroeder'a, Keller'a i Bohn'a.

Siła zarazka z biegiem czasu słabnie. Z odnośnych spostrzeżeń możnaby wnioskować że po 2 latach zarazek traci swą siłę, jeżeli nie zupełnie, to przynajmniej w znacznym stopniu.

Mimo to jednak cyfry wskazują, że ilość osób, które się zaraziły (? R.) od osobnika wyleczonego, jest 5 razy większą od ilości osób, zarażonych w przebiegu choroby, co się tłumaczy krótkim trwaniem ostrego okresu. Niektórzy, jak np. Riesell, mówią o dziedziczności zapalenia płuc, na dowód czego przytaczają historyje różnych rodzin. Dziedziczność objaśnia Riesell przenoszeniem się z rodziców na dzieci takich właściwości ustroju, które sprzyjają zagnieżdżaniu się swoistego zarazka (transmission de la prédisposition). Jak widzimy objaśnienie to jest analogiczne z tem, jakie większość podaje dla wytłumaczenia dziedziczności innych chorób zakaźnych (gruźlica).

N. jest innego zdania w tym względzie. Nie uznając wewnątrz macicznego zarażenia (które, jak to stwierdził doświadczalnie Bordoni Uffredozzi, nie ulega wątpliwości, jeżeli matka w końcu ciąży przechodzi zapalenie płuc) sądzi, że w t. z. dziedziczności główną rolę odgrywa trwałość zarazka. Dotąd była mowa o szerepieniu się zapalenia płuc po rozejściu się za pośrednictwem zarazka znajdującego się na zewnątrz ustroju ludzkiego.—Pasteur pierwszy znalazł w ślinie osobników zdrowych drobnoustroje podobne pod względem morfologicznym do pneumokoków. Fraenkel i Sternberg bakteryje te poczytują za chorobotwórcze. Frankel, Wolff i autor znajdowali je w wydzielinie jamy ustnej osobników, którzy przebyli zapalenie płuc. N. znajdował je jeszcze po 10 i więcej latach. Czy autor znalezione przez się bakteryje próbował wyhodować, czy zaszczepienie czystej hodowli spowodowało zapalenie płuc.—Żadnej o tem nie znajdujemy wzmianki.

Na zasadzie tych faktów (które nie wytrzymują naukowej

krytyki—R.) N. uważa ślinę osobników, którzy przechodzili zapalenie płuc, za drugi czynnik, przekazujący chorobę.

III. Okres wylęgania we włóknikowym zapaleniu płuc (incubatio).

Od chwili zetknięcia się ustroju z zarazkiem włóknik. zapalenia płuc, aż do wystąpienia dreszczu, upływa, jak wykazuje doświadczenie, pewien przeciąg czasu, który zwyczajnie nie zdradza się żadnymi dostępnymi dla nas znakami choroby. Okres ten, jak wnosić można ze spostrzeżeń Flindt'a, Van Dort'a i innych, trwa mniej więcej 5 dni. Już w tym czasie choroba jest zaraźliwą. (Stein). Jakość zarazka (większa lub mniejsza jego siła) zdaje się nie wpływa na długość okresu wylęgania; większa zaś ilość zarazka (dłuższe i bliższe stykanie się z ogniskiem choroby) skraca ten okres.

Przebiegienie, które zmniejsza odporność ustroju na wpływ swoistych drobnoustrojów również skraca okres wylęgania.

IV. Powroty włóknikowego zapalenia płuc (recydywy).

Większość chorób zakaźnych zabezpiecza ustrój od powrotów. O włóknikowym zapaleniu płuc powiedzieć tego nie można. Powroty spotykają się tutaj bardzo często (26,8%) i w dodatku wielokrotnie. Częstość powrotów N. objaśnia trwałością pneumokoków, mających się znajdować przez lata całe w ślinie osobnika, który przechodził zapalenie płuc. Przedział czasu między pierwszym a następnym zapaleniem płuc jest zwykle dość długi, wynosi bowiem 3—8 lat; za to drugie i trzecie, trzecie i czwarte i t. d. oddziela przeciąg 3-ech lat. Dla wyjaśnienia tak nierównych przedziałów autor taką snuje teorię: pierwsze zapalenie płuc, jako najsilniejsze zabezpiecza ustrój na czas najdłuższy (porównaj szczepienie ospy). Z upływem czasu zarazek słabnie i wskutek tego na krótko tylko zabezpiecza od choroby.

W końcu pracy N. podaje w myśl swej teorii o zaraźliwości włóknikowego zapalenia płuc następujące rady zapobiegawcze:

1) Jakkolwiek ściśle odosobnienie chorych na włóknikowe zapalenie płuc, nie jest niezbędnem, należy jednak unikać zbyt bliskiej i długotrwałej styczności z chorym; nie sypiać w jednym łóżku z chorym, w tym samym co chory, pokoju i t. p.

2) W szpitalu nie należy umieszczać chorych na włóknikowe zapalenie płuc w salach małych, a w dużych unikać bliskiego (o 2—3 łóżka) sąsiedztwa dla chorych, cierpiących na dur, odrę, zaburzenia narządów oddechania i zapalenie nerek.

3) Płwocinę należy dezynfekować, (co najskuteczniej osiągnąć się daje za pomocą sublimatu).

4) Trzeba zalecić choremu po wyzdrowieniu utrzymywanie jamy ustnej w jaknajwiększej czystości. *Chelmoński.*

386. Dr. SCHADEWALDT. **Ueber die Localisation der Empfindungen in den Halsorganen.** *Ein Beitrag. zur Diagnostik der Halserkrankung.* (Deut. Med. Woch. N. 32, 33).

Wrażenia bywają albo natury ogólnej i wówczas nie posiadają określonego umiejscowienia, lub też można oznaczyć miejsce, w którym się je odczuwa. Zwykle przyjmuje się, że

przyczyna wrażeń znajduje się tam, gdzie się je czuje. Szczególną własnością organów szyjowych, do których zaliczają się: jama nosowa i nosogardzielowa, przelyk, krtani i tchawica, jest to, że podrażnienia tych miejscowości fizjologiczne i patologiczne fałszywie się umiejscowiają. Wszystkie wrażenia, pochodzące z rozmaitych części organów szyjowych, bywają zwykle odczuwane w jednym miejscu t. j. w sensorium comunum szyi. Miejsce to znajduje się w przedniej części szyi, w regio laryngo-trachealis. Tyczy się to tylko wymiaru pionowego, ponieważ w poziomym wymiarze t. j. przy określeniu środka, prawej lub lewej strony wrażenia bywają zwykle dobrze umiejscowione. Fałszywe umiejscowienie wrażeń w organach szyjowych może być dowiedzionem: a) fizjologicznie przez drażnienie zgłębnikiem rozmaitych części organów szyjowych, które zwykle odczuwa się w okolicy krtani, lub b) patologicznie, przez zachowanie się bodźca kaszlu, który powstając w rozmaitych częściach szyi, bywa zwykle odczuwanym w krtani. Również i inne chorobliwe wrażenia (uczucie obcego ciała, rozmaite parestezyje) z najodleglejszych części szyi przenoszą się zawsze do okolicy krtaniowej. Należy więc przy wszystkich wrażeniach krtaniowych rozpoznać przedewszystkiem prawdziwe miejsce powstawania tych wrażeń. Najczęściej patologiczne stany i parestezyje okolic nosowych (choanae) odczuwają się w regio laryngo trachealis.

Niedostateczna zdolność umiejscowienia w organach szyjowych zależy podług autora od niezupełnej fizjologicznej czuciowości, a po części od niedoświadczenia osobników. *M. H.*

387. Dr. C. M. HOPMANN. **Brodawkowe nowotwory błony śluzowej organów oddechowych.** *Ueber Warzenge-schwülste (Papillome) der Respirationsschleimhäute.* (*Volkmanns Klin. Vorträge H. 315*).

Brodawki zjawiają się na wszystkich błonach, zawierających nabłonek, a więc i na błonie śluzowej organów oddechowych. Bywają twarde i miękkie brodawki, zależnie od mniejszej lub większej obfitości komórek nabłonkowych. Najczęściej spotykają się w miejscach, ulegających zewnętrzному drażnieniu, a mianowicie na dolnej muszli nosowej, na łuku podniebiennym i na strunach głosowych; najrzadziej rozwijają się w tchawicy. Brodawki nosa bywają przeważnie miękkie, gardzieli zaś i krtani twarde. Są to zawsze nowotwory niewinne, powodujące mniejsze lub większe zboczenia, zależnie od mechanicznych przeskód lub odruchowych podrażnień, jakie wywołują. Nigdy jednak nie są one złośliwe, pomimo skłonności niektórych twardych brodawek krtani do rozrostu. Autor nigdy nie spostrzegł, by z takiej brodawki kiedykolwiek rozwinął się rak. Po usunięciu takiej brodawki nie spostrzegł autor recydywy, która zjawia się tylko przy niezupełnem usunięciu pierwotnej brodawki. Zaleca więc autor doszczętne usunięcie brodawek, a zarzuca wszelkie powierzchowne drażnienie lub przypalania, które właśnie mogą powodować zamianę dotychczas niewinnej brodawki na złośliwy nowotwór. *M. H.*

388. J. LUMNICZER. **Przyczynę do etiologii i symptomatologii bronchitidis putridae.** (*Wien. Med. Presse. N. 19—24. 1888*).

Traube w 1853 r. zwrócił uwagę, że płwocina gnilna spostrzega się nie tylko przy bronchiektazyjach i gangrenie płuc, lecz i w przebiegu zwykłego zapalenia oskrzeli. Gnilne zapalenie oskrzeli, podług Traubego, jestto sprawa chorobowa analogiczna tym chemicznym procesom, które powstają wówczas, jeżeli obumarłe części ciała wystawione są na wpływ powietrza przy pewnym stopniu wilgoci i ciepłoty. Wydzielina oskrzelowa przechodzi podobne przemiany chemiczne, chociaż prawdopodobnie w wytworzeniu sprawy gnilnej przyjmują udział niektóre organizmy roślinne i zwierzęce. Leyden i Jaffe odnaleźli w tej płwocinie krótkie pałeczki, które nalewką jodową barwią się na niebiesko (*Leptothirix pulmonis*); inni wspominają o monadach i cercomonadach (Kanneberg), a Rosenstein spostrzegał w płwocinie *oidium albicans*. Co się zaś tyczy spraw chemicznych to Leycock znalazł kwas masłowy, octowy i methylamin, Leyden i Jaffe oprócz tego leucynę, tyrozynę i ślady gliceryny i t. d. Charakterystyczną cechą płwociny przy gnilnem zapaleniu oskrzeli jest jej woń, którą najlepiej porównać z zapachem kwiatu akacyi lub jaśminu, woń tę wydzielają czopki płwociny (*Dittrich'sche Pfröpfe*), opadające na dno i składające się z rozpadu komórek ropnych, kropel tłuszczowych, igieł kwasu margarynowego i napęczniałych komórek nabłonkowych. Płwocina przy ropnem zapaleniu oskrzeli składa się z 3 warstw: dolną warstwę stanowią powyżej opisane czopki, średnia — surowicza — zawiera przeważnie mikrokokki i nieliczne czerwone ciała krwi, górna zaś warstwa składa się z dolnej części ropnej i górnej pienistej, zawierającej oprócz białych i czerwonych ciałek krwi ślinę i nabłonek. Bakteryjologiczne badanie płwociny przy gnilnem zapaleniu oskrzeli, wykazało następujące rodzaje mikroorganizmów:

1. *Staphylococcus pyogenes albus*
2. " " *citreus*
3. " *cereus albus*
4. " " *flavus*
5. *Diplococci*

6. *Bacillus*, od 1—5 m., 2 m. długi, nieco wygięty, zaokrąglony na końcach, w środku zgrubiały, który rozwijając się na agar-agar wytwarza woń, podobną do woni płwociny, *bacillus* ten ginie w płwocinie, która traci swą właściwą woń.

Doświadczenia na zwierzętach wykonane wykazują, że powyższy *bacillus* wstrzyknięty bezpośrednio do płuc lub też pośrednio przez oskrzela wywołuje ropne zapalenie w pęcherzykach, oskrzelach i naczyniach krwionośnych. Ponieważ naczynia chłonne unoszą go dalej, jest on więc w stanie wywołać zapalenie i w więcej oddalonych narządach, prowadzące do zgorzeli tkanek.

Podług autora, *bronchitis putrida* występuje przeważnie u mężczyzn w średnim wieku, należących do niższej klasy

ludności, t. j. u wyrobników lub wogóle z ludzi ciężko pracujących. Rzadko zdarza się ono powrotnie, najczęściej przyłącza się do rozmaitych innych cierpień płuc, szczególnie do rozszerzeń oskrzeli. Często rozwija się bronchitis putrida z poprzedzającego zapalenia oplucnej, jeżeli ono przechodzi na tkankę łączną okołoskrzelową. Gnilne zapalenie oskrzeli przebiega często z gorączką, typu przepuszczającego, ciepłota rzadko przechodzi 39°. Ciągła gorączka lub dłuższe intermisyyje zjawiają się przy powikłaniach, jak zapalenie płuc i zgorzel płuc. W wielu przypadkach choroba przebiega bez gorączki przez dłuższy czas, aż nagle zjawi się gorączka (38.2—38.4), której przyczyny nie można określić. Jestto gorączka chłonna (Resorptionsfieber), wykazująca, że sprawa gnilna nie ograniczyła się do oskrzeli, ale przeszła na ścianki oskrzeli. Jednocześnie i tętno staje się nitkowatym, prędkim, częstym. Dzienna ilość płwociny w gnilnym zapaleniu oskrzeli bywa rozmaita, waha się od 100—1000 cm. Przy tem cierpieniu zjawiają się rozmaite powikłania ze strony płuc (pneumonia, pleuritis, gangraena), także ropnie mózgowe, biegunka i t. d.

Rokowanie w tej chorobie zależy od trwania choroby, powikłań i od stanu tkanki płucnej. Ogólny stan odżywiania ma również wielkie znaczenie w rokowaniu. Leczenie zasadza się na wstrzymaniu sprawy gnilnej i na wzmocnieniu sił chorego. W pierwszym celu należy zniszczyć mikroorganizmy za pomocą środków antyseptycznych, następnie usunąć wydzielinę środkami wykrztusznymi, wzmocnić organizm środkami tonicznymi (chinina, dyjeta wzmacniająca i alkohol). Z antyseptycznych środków najlepiej używać wdechań 2% kwasu karbolowego 2—4 razy dziennie, później co 2 godziny po 5—8 minut; sublimat (1.2000), terpentyna (10—15 kropel), tinct. eucalypti okazują również dobre działanie.

M. Hopfenblum.

389. H. EICHHORST. **Dezynfekcyjja dróg oddechowych.**
(*Wien. Med. Presse. N. 42. 1888.*)

Sprawy gnilne w drogach oddechowych dotychczas najskuteczniej leczone były za poradą Skody inhalacyjami olejku terpentynowego. Często jednakże chorzy nie znoszą terpentyny i skarżą się na ból głowy, zawroty, brak apetytu i t. d. Również i użycie maski Curshmana z wdechaniem rozmaitych środków, jak kwas karbolowy, kreozot i t. d. często nie może być stosowanem. Zwraca więc uwagę autor na środek, który przez użycie wewnętrzne wywiera dezynfekcyjne działanie przy sprawach gnilnych w płucach. Jestto *Myrtol*, produkt wrzenia olejku mirtowego przy 160—170°; plyn wodny o przenikającym aromatycznym zapachu, łatwo może być użytym w kapsułkach, zawierających 0.15. Po użyciu jednej takiej kapsułki powietrze wydechane okazuje wyraźny zapach oleju mirtowego, trwający od 24—48 godzin. Aby jednak usunąć zupełnie sprawę gnilną należy podawać co 2 godziny po 2 kapsułki, tembardziej, że środek ten nie wzbudza wstrętu, a poprawia apetyt i stan ogólny. *Myrtol* znosi więc gnilny rozkład, zależny od tego zapach płwociny i oddechu, a także zmniejsza ilość płwo-

ciny, natomiast na rozwój i rozszerzenie się łaseczników gruźliczych żadnego wpływu nie wywiera. *M. Hopfenblum.*

390. M. M. BASIL. **Czy należy przeplukiwać jamę opłucny?** (*Med. Chronicae 1887, Centr. f. Chir. 32. 1888.*)

Co do kwestyi tej panują zdania bardzo różnorodne. Zdarzało się nie raz, że przy niepięrowszorazowem przeplukiwaniu, przy jednakowych pozornie warunkach, jak przy przeplukiwaniach poprzednich, chory nagle umierał. Autor cytuje kilka podobnych przypadków z angielskiej i francuskiej literatury. W *Middlesex Hospital*. (*Transact. of Clinic. Soc. of London. Vol. X, 1876*), przeplukiwano zwykle jednemu choremu przy empyemie 5% rozcynem Trae Jodii w ciepłej wodzie, co chory dobrze znosił. Razu pewnego, gdy wlano zaledwie 180 gr. płynu, chory nagle pobladł, kończyny zeszywniały, puls zwolnił, źrenice mu się rozszerzyły; następnie pojawił się przyspieszony oddech, drgawki, poty obfite, podwyższenie ciepłoty do 42° C., wymioty etc. W 16 godzin po przeplukiwaniu śmierć.

Na sekcyi znaleziono opłucną wyraźnie jodem nasyconą. W przypadku opisanym przez Vallin'a, przy szóstym przeplukiwaniu chory wpadł w stan nieprzytomny, opisthotonus, drgawki. Przeplukiwano kwasem karbolowym. Oględziny pośmiertne nie dały żadnego wyniku. Reynand opisuje zupełnie podobne objawy przy przeplukiwaniu po prostu ciepłą wodą w trzy miesiące już po otwarciu jamy opłucnej. Ten przypadek zakończył się wyzdrowieniem. - Interesujący jest przypadek Lorey'a. W trzy tygodnie po operacyi przeplukiwano jamę opłucnej ciepłą wodą z dodatkiem alkoholu. Wystąpił napad jak powyżej, po którym chory się poprawił. Przy ponownem jednak przeplukiwaniu takż sam napad, ale z zejściem śmiertelnem. Thompson, Cayler i inni opisują podobne przypadki.

Groźne objawy występowały zwykle przy powtórnych przeplukiwaniach, zwykle podczas wlewania płynu. Skład płynu i strona opłucny nie mają znaczenia.

Ażeby wyjaśnić przyczynę śmierci i groźnych objawów przy przeplukiwaniach rozpatruje autor przyczyny nagłej śmierci przy zapaleniu opłucnej wogóle, gdyż niektóre z nich dadzą się zastosować i do przeplukiwań. Te zaś bywają następujące: 1) Obrzęk płuca po zdrowej stronie. 2) Nagłe wyczerpanie ośrodka oddechowego w rdzeniu przedłużonym (raptowne zmiany położenia, nadmierne zgięcie chorego na stronę zdrową i napełnienie chorej opłucny sprzyjają poniekąd temu). 3) Częściowe lub całkowite zamknięcie światła żyły głównej dolnej, co nie jest nieprawdopodobne przy obfitem napełnieniu opłucny. 4) Zmiany anatomiczne w sercu. 5) Thrombosis, zatkanie albo zator tętnicy płucnej, mózgu lub serca, ztąd ostra niedokrewność mózgu. 6) nadmierne rozszerzenie komórki sercowej wskutek nagłego opróżnienia opłucny, albo też ucisk lub zmiana położenia serca wskutek raptownego napełnienia jamy opłucnej. 7) Odruchowe wstrzymanie się czynności serca (*Herzstillstand*), gdyż nerwy opłucnej są w ścisłym związku z nerwem błędnym. 8) Na sprawność serca mogą mieć wpływ płyny do prze-

strykiwania użyte np. Acid. sulphuric., Opium, Aqua chlorata, etc., gdy w bezpośrednim sąsiedztwie serca są zaaplikowane. 9) Nakoniec powstaje dużo przypadków śmiertelnych przy wysiękach do opłucny, które żadną z powyższych przyczyn wytłumaczyć się nie dadzą.

Mając na widoku powyższe niebezpieczeństwa, autor radzi przy przepłukiwaniach opłucny trzymać się następujących zasad: przepłukiwać tylko tam, gdzie niezbędna zachodzi tego potrzeba: przy objawach rozkładu ropy, gdzie trzeba wydaląc złuszczone błony, skrzepy, obumarłe kawałki tkanki. Przy nie-ropnych wysiękach każde wlewanie jest bezwzględnie przeciwwskazane. Co do natury używanego płynu, to trzeba unikać środków drażniących: kwas borny, kreozot, karbol w odpowiednim rozcieńczeniu (i to nie bez niebezpieczeństwa) sublimat 1—6000—8000 są najodpowiedniejsze. Co do ilości wprowadzanego płynu, to nigdy nienależy jamy nim napępniać, wlewać na raz małe tylko ilości, gdyż nigdy nie jesteśmy w stanie określić objętości jamy. Wlewać należy przy bardzo małym ciśnieniu, kanki nigdy nie kierować w stronę serca, gdyż w jednym przypadku, cytowanym przez Hiltona Fayege, okazało się na sekcji obrażenie serca. Ciepłota płynu nie powinna być ani za niska, ani za wysoka ze względu na niebezpieczeństwo odruchowego działania na serce.

Dzierżawski.

II. Choroby weneryczne i skórne.

391. I. H. SCHUURMANN'S STEKHOVEN. **Rzeżączkowe ziarniki Neissera.** (*Der Neisser'sche Gonococcus*) *Deutsch. Med. Woch. 1888. Nr. 35.*

Autor utrzymuje, że pewne rozpoznania rzeżączki z samych tylko morfologicznych własności swoistych ziarników jest niemożliwą, a nawet według jego poszukiwań nawet swoistość tych tworów jest wątpliwą. Różniczkowe rozpoznanie wspomnianych drobnoustrojów obszernie rozbierane w pracy Bumma (O drobnoustrojach rzeżączek błon śluzowych) opiera się na następujących danych, z których podług autora wiele jest wprost fałszywych lub niedowiedzionych:

1) „Ani wielkość oddzielnych ziarników, ani ich forma dwuziarnikowa, ani ich stosunek do barwników nie stanowią, słowa Bumma, danych charakterystycznych dla tych drobnoustrojów.”

2) „Za to im tylko jest właściwą zdolność przenikania do wnętrza żyjącej zarodki komórkowej, tworzenia tam naokoło jądra kupek, co z żadnym innym drobnoustrojem nie ma miejsca i co tylko czynnem zachowaniem się tych zarodników może być objaśnionem, bo gdyby w powstawaniu wspomnianych obrazów drobnoustroje grały rolę bierną i były tylko pochłoniętymi przez komórki białe przy pomocy ruchów ameboidowych (podobnie jak ziarnka barwnika, to dla czego w ro-

pie nie rzeżączkowej, gdzie chyba drobnoustrojów nie brak, podobnych obrazków nie spotykamy?"

Twierdzenie to podług autora jest błędem, bo

a) Z prac innych badaczy wiemy, że przy wielu procesach chorobowych, nie mających nie wspólnego z rzeżączką, znajdują się ziarniki we wnętrzu białych ciałek.

b) W każdej sprawie ropnej, będącej środkiem samoobrony organizmu i mającej na celu usunięcie z niego zewnętrznej szkodliwości (głównie chorobotwórczych drobnoustrojów) i powrót do normy, można wykazać 3 okresy: 1) przewagi zewnętrznej szkodliwości nad komórkami tkanki, 2) przewagi tych ostatnich, wyrażającej się pojawieniem mnóstwa białych ciałek, pochłaniających drobnoustroje i wydalających je wraz z ropą na zewnątrz i 3) powrotu do normy. Gdyby więc przenikanie ziarników Neissera do wnętrza komórek zależało od czynnego działania drobnoustrojów, to powinni byłibyśmy głównie w 1-ym okresie zapalenia, w okresie przewagi drobnoustrojów nad komórkami tkanki znajdować ziarniki rzeżączkowe we wnętrzu komórek. A przecież sam Bumm na swych skrawkach z łącznie, dotkniętych rzeżączką, w różnych okresach procesu, nie znajdował w 1-ym, zarówno jaki w 3-ym okresie ziarników we wnętrzu komórek, a tylko w 2-ym okresie, a więc wtedy, gdy znajdujące się w przeważającej liczbie białe ciała pochłaniają ziarniki, podobnie jak ameba pochłania ziarnko barwnika lub kulki tłuszczu. Nie więc, zdaniem autora, nie potwierdza przypuszczeń Bumma, co do czynnego przenikania drobnoustrojów do wnętrza komórek.

3) „W każdej rzeżączkowej ropie, wszystko jedno na jakiej błonie śluzowej odbywa się process, jeżeli tylko środki przeciw-pasorzytnicze nie podziały na dotkniętą błonę śluzową, można znaleźć rzeżączkowe ziarniki.”

4) „Wydzielina błon śluzowych, nie zawierająca rzeżączkowych ziarników, nie zdolna jest wywołać rzeżączkę”.

Podług autora, twierdzenie to, oparte na nieudatnych próbach wywołania rzeżączki inną ropą, nie dowodzi niczego, bo w innych warunkach jest błona śluzowa cewki przy próbach szczepienia i przy spółkowaniu.

5) „Ropa, zawierająca rzeżączkowe ziarniki, w minimalnej już ilości zdolne jest wywołać swoisty proces.” Jest to prawda; ale w tej ropie jest zarazem mnóstwo innych pasorzytów, dla czegoż właśnie opisywanym przez Neissera przypisać swoje własności?

Odmówiwszy następnie wszelkiej naukowej wartości spostrzeżeniom o znajdowaniu się rzeżączkowych ziarników w wysiękach stawowych, wklajających rzeżączkę cewki, autor zaprzecza, zgodnie z preparatami Bumma, rzeżączkowym ziarnikom własności przenikania przez nieuszkodzony nabłonek; dopiero wtedy, gdy białe ciała, wyszłe z naczyń, rozluźnią spoidło komórkowe i utworzą między komórkami nabłonkowymi szczeliny i zagłębienia, mogą rzeżączkowe ziarniki przeniknąć do głębszych warstw błony śluzowej.

Wobec powyżej rozebranych danych różniczkowego rozpoznania rzeżączkowych ziarników, niedostatecznych dla postawienia takiego rozpoznania wobec zarzutów autora, dalej przy analogicznym nieistnieniu specyficznego drobnoustroju dla ropnego zapalenia tkanki łącznej, które może wywołać mnóstwo drobnoustrojów; i wreszcie nielicznych (dwóch) i niedostatecznie przekonujących szczepień Bumma (bo chyba nie na virgo intacta, a zapewne i nie na femina nupta szczepił on, lecz na puella publica, a więc na osobnikach, gdzie istnienie rzeżączki, mniejszego lub większego natężenia, jest nieledwie prawidłowem) uważa autor kwestyję specyficzności rzeżączkowych ziarników nie tylko za „jeszcze niedowiedzianą”, ale nawet za „mało prawdopodobną.”

Stanisław Markusfeld.

392. LESSER. **Przezynek do nauki o wysypkach leczniczych.** *Beiträge zur Lehre von den Arzneizanthenen.* (Deutsch. Medicin. Wochen. N. 14. 1888).

W pracy tej są rozbieżne dwa przypadki wysypek leczniczych w celu wyprowadzenia ogólnych wniosków, dotyczących się tego działu dermatologii.

Pierwszy przypadek dotyczy rumienia rtęciowego (erythema mercuriale), powstałego w skutek jednokrotnego podskórnego wstrzyknięcia grana chlorku rtęci (kalomelu) 25-letniemu studentowi medycyny z pierwotnym przymiotowem stwardnieniem na dolnej wardze i z obrzmieniem sąsiednich gruczołów limfatycznych. Dany osobnik już poprzednio odznaczał się szczególną wrażliwością na preparaty rtęci. Obecnie w pół dnia po wstrzyknięciu w pośludki pół grama mleczanki (1 : 10) kalomelowej pojawiło się bez objawów gorączkowych silnie swędzące, płonicowe zaczerwienienie całej powierzchni skóry, które zaczęło się na szyi, z nieznacznym obrzmieniem gruczołów pachwinowych i z bezsennością; trzeciego dnia wysypka na górnej części ciała trochę zbladła i na czwarty dzień zaczęła się łuszczyć, podczas gdy dolna część ciała pozostała silnie jeszcze zaczerwienioną, ale i na niej piątego dnia wysypka znikła i rozpoczęło się łuszczenie, szczególnie obfite na wewnętrznej powierzchni pośludków. Mocz białka nie zawierał, nie było też zapalenia jamy ustnej.

Ilość obserwowanych rumieni, pokrzywek i liszajów po podskórnych wstrzyknięciach preparatów rtęci jest bardzo nieznaczną. Trądzik rtęciowy na miejscu zastosowania szarej maści jest objawem dość częstym i łatwo go sobie objaśnić zapaleniem torebek włosowych w skutek miejscowego drażnienia. Objasnienie to nie nadaje się już jednak tam, gdzie przy zastosowaniu drażniącego środka na ściśle ograniczonej powierzchni powstają na znacznej przestrzeni rumienie z obrzmieniem skóry, niekiedy z pęcherzami, jak np. w przypadku Alexandr'a pryszczycy na całej głowie skutkiem wtrarcia nieznaczej ilości Ungti praecipitati albi w obie powieki. Podobne przypadki objaśnić można tylko, albo 1) rozszerzeniem się zapalenia, powstałego wskutek miejscowego podrażnienia, albo 2) działaniem ogólnym wessanej rtęci, co, pomimo małych ilości wessanej rtęci,

jest możebnem, wobec przypadków idyjosynkrazyi do rzęci skóry lub błon śluzowych (np. objawy ślinotoku po wyspaniu kalomelu do worka łącznicy); albo też 3) jednoczesnem działaniem jednej i drugiej przyczyny, co i najprawdopodobniej ma miejsce.

Autor wyprowadza identyczność wysypek po zewnętrznem lub wewnętrznem zastosowaniu rzęci z charakteru wysypki i z łuszczenia wspólnego obydwóm wysypkom, z tem jednak zastrzeżeniem, że rumienie przy zewnętrznem użyciu rzęci przebiegają z objawami ostrzej wyrażonemi. Większość wysypek leczniczych przebiega z objawami, które można objaśnić zmianami w innerwacyi naczyń (rumienie, wysięki surowicze, pęcherze) pochodzenia ośrodkowego.

Drugi przypadek dotyczy się rumienia jodowego u kobiety z zastarzałym przymiotem, u której po przyjęciu 4,00 jodku potassu (po 2,00 dziennie) wystąpiły w różnych miejscach cztery guziczki wielkości orzecha laskowego, bolesne na dotyk, ze skórą nad nimi zaczerwienioną. Po 2-eh dniach nowe, niesymetryczne wykwit; nieznaczne wahania gorączkowe. Po odstawieniu jodu w 3 dni guziczki zaczęły znikać, a w tydzień (t. j. w 2 tygodnie od początku wysypki) i śladów ich nie zostało. Lecz gdy następnie znowu chora zaczęła brać jod w postaci jodku sodu po 1,00 dziennie w 3 dni pojawiły się guziczki i trzeba było użycie jodu wstrzymać; gdy po zniknięciu wysypki znowu powrócono do jodu, guziczki znowu się pojawiły. Autor chciał przy miejscowem zastosowaniu jodu (?) w postaci wstrzykiwania podskórnego wywołać objawy podobne do powyżej opisanych i wywołał, w samej rzeczy, na miejscu wstrzyknięcia guziczek, który jednak zaledwie w miesiąc po zaprzestaniu użycia jodu zniknął, a więc, jak to słusznie zauważył sam autor, był to zapewne miękczak przymiotowy powstały na miejscu podrażnienia.

W miesiącu Lipcu r. b. obserwowałem na oddziale D-ra Elzenberga dość rzadki przypadek rumienia rzęciowego u chorej B. H. lat 20 z rozpoznanyim przymiotem w stadium lepiej (lepieże płaskie przerostowe sromu, otworu stolcowego, na migdałkach). Po dziewięciu 2,00 wcieraniach szaruchy chora, u której lepieże znacznie się już wessały i żadnych objawów zapalenia rzęciowego błony śluzowej jamy ustnej nie było, zaczęła się uskarżać, podczas przyspieszonej o kilka dni miesiączki, na ból głowy, brak apetytu, obrzmienie gruczołów chłonnych okolicy potylicowej i zaczerwienienie wewnętrznej powierzchni łokcia lewego. Wieczorem T. 40,1; kilkakrotnie dręszcze. Na drugi dzień rano T. 38,4; na szyi, pod pachami, na wewnętrznej powierzchni ramion, górnych częściach przedramieni, po bokach łklatki piersiowej, na brzuchu, wewnętrznej powierzchni bioder (chora wcierała sobie szaruchę tylko w kończyny) czerwonosć wzniesiona, powstała z oddzielnych wykwitów zlewających się ze sobą. Temperatura skóry podniesioną, po brzegach okrągłe, czerwone wzniesienia nieswędzące; wielkości ziarnka grochu polnego do soczewicy—*Erythema diffusum elevatum mercuriale*. Na drugi dzień rano T. 38,4, chora czuje się znacznie lepiej, rumień zaczyna blednąć. Na trzeci dzień temperatura ciała normalna, zaczerwienienie skóry bledsze. Na czwarty dzień wysypka znikła; pojawiło się zapalenie rzęciowe błony śluzowej jamy ustnej.

Stanisław Markusfeld.

393. SZADEK. „Przypadek wysypki bromowej“. (*Zur Kasuistik des Bromexanthems*) *Vierteljahr. für Dermatol. und Syph.* 1888. 4 H.

Wysypka ta pojawia się niekiedy ostro, z objawami gorączkowymi, już po kilkokrotnem użyciu soli bromu, a częściej zaś powoli bez objawów gorączkowych i może trwać miesiącami całemi, jeżeli użycie soli bromu nie było wstrzymanem. Przedstawia się ona w postaci oddzielnych, zawierających ropę i tłuszcz, krost i trądzikowatych (acneiformis) guziczków jasno- lub ciemnoczerwonych, najczęściej na częściach ciała pokrytych włosami (głowa, wyprostne powierzchnie kończyn), wielkości prosa, grochu, nawet orzecha laskowego. Przy dalszem użyciu bromu powiększa się ilość wykwitów i same wykwity przedstawiają się (pierwiastkowo na kończynach, a potem i na innych częściach ciała) w postaci pęcherzy płaskich, wielkości talara, oddzielonych od niezmięnionej skóry nacieczonym, czerwonym kółkiem. Jeżeli i teraz użycie bromu nie będzie wstrzymanem, wysypka się powiększa, ciemnieje i podlega rozpadowi. Niekiedy wykwity się zlewają, przedstawiając duże brudne strupy, niekiedy zaś przedstawiają się one w postaci rumieni, pokrzywek albo nawet ospówek. Obserwowano wykwity bromowe na łącznicy gałki ocznej w postaci bolesnych, zapalnych pęcherzyków i w zewnętrznym przewodzie słuchowym w postaci bolesnych oddzielnych krost i czyraków. Barwa opisanych wykwitów jest z początku jasno-czerwoną, następnie różową, na koniec brunatną, nawet miedzianą. Wysypka przy zwiększeniu dawki bromu się zwiększa, i odwrotnie; przy zaprzestaniu użycia lekarstwa znika z nieznacznem łuszczeniem, pozostawiając po sobie plamy, a po guziczkach i czyrakach blizny barwnikowe. Przy rozpoznaniu różniczkowem 1) z cierpien skóry przymiotowych, tylko o trądzikowatej lub guziczkowatej wysypce może być mowa. Ale wysypka bromowa pojawia się ostrzej, z objawami zapalnymi dość silnie wyrażonemi, najpierw na włosistej części głowy, później na twarzy i dopiero potem na kończynach; nie jest zgruppowaną w koła lub zawoje; ropienie przy niej jest głębokie, a nie powierzchowne w postaci krostki (pustula) na samym wierzchu pryszczyka (papula). 2) Trądzik charłaczy można odróżnić z obecności charłactwa i z braku zapalnych objawów na skórze. 3) Przy trądziku zwykłym mamy jednocześnie i wągry; przy dziegieciowym lub jodowym wysypka pojawia się odrazu licznie, z objawami gorączkowymi. 4) Zapalny brodawczak skóry (Entzündliche Hautpapillom) pojawia się bardzo rzadko i zwykle pojedynczo.

Zmiany anatomopatologiczne podług Neumanna znajdują się głównie w torebkach włosowych, gruczołach łojowych i górnych warstwach skóry i polegają na p-zeroście i nacieczeniu okrągłymi komórkami, co się objaśnia drażnieniem przez wydzielany przez skórę i w zawartości wykwitów znajduwany brom. Fox zaś i Gilbeo uważają cały ten process, jako ogniskowe zapalenie, wiodące do powstawania bardzo drobnych ropni, z rozszerzeniem naczyń i zmianami w gruczołach potowych (zniszczonych w wie-

lu miejscach); na zmiany zaś w gruczołach lojowych i torebkach włosowych patrzają jako na przypadkowe.

Leczenie wymaga przede wszystkim usunięcia bromu, przy objawach zapalnych jest wskazanym lód, maść z ołowiem i cynkiem, plaster salicylowy Unny; twarde guzy wsysają się bardzo dobrze pod plastrem rtęciowym. Gowern jako środek pomocniczy zaleca wewnętrzne użycie arseniku.

Przypadek opisany przez autora dotyczy 30 letniego mężczyzny, który z powodu bólów głowy i napadów padaczkowatych musiał używać oddawna bromek potasu.

W r. 1887, gdy autor widział chorego, znalazł go bardzo osłabionym i źle odżywianym, wysypka trwa już od lat trzech. Na skroniach i potylicy łysinki wielkości talara, pokryte puszką i małymi łuskami, pod którymi skóra gładka i miękka; to samo na brodzie. Na głowie, czole, twarzy, szyi, ramieniu, wzdłuż łonowem i biodrach, głównie na stronach wyprostnych, oddzielne, barwy od jasnoczerwonej do miedzianej, guziczki trądzikowate i czyrakowe, miejscami krosty wielkości soczewicy do małego orzecha laskowego, pokryte strupami, z zawartością, ropiastą i krwawą, miejscami barwnikowe plamy i blizny. Podobne zmiany na kończynach górnych i dolnych, (około stawów), w różnych okresach rozwoju, nad kolanem płaskie wzniesienie wielkości dłoni. Obrzmienie gruczołów pachwinowych; zmian na błonach śluzowych nie ma.

Zastosowano Emplastr. mercuriale na większe nacieczenia, na mniejsze Ung. diachyli, wewnątrz żelazo i dyjeta pożywna. Stan ogólny chorego, znacznie się poprawił, dalej łysiny zaczęły pokrywać się włosami, wykwyty zaczęły wsysać się, pozostawiając plamy i blizny. Rychle (po 3 miesiącach) zniknięcia wysypki po odstawieniu bromu, podczas gdy kilkakrotnie specyficzne leczenie nie okazało na nią żadnego wpływu, najzupełniej potwierdza zrobione rozpoznanie. *Stanisław Markusfeld.*

394. HALLOPEAU. **Rozrostowa i zanikowa postać bąblicy jodowej.** (*Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique. L'Un. Méd. N. 82, 85, 86. 1888*).

Związki jodu mogą wywoływać najrozmaitsze zaburzenia np. guzowatości bolesne, podobne do gummatów przymiotowych; wysypki bąblowate. Besnier opisuje trądzik wąglikowy (acné antracoïde), Fournier purpurę jodową.

Przypadek bąblicy jodowej, spostrzegany przez H., w skróconiu tu zamieszczony, różni się od wszystkich innych dotąd opisanych.

H... C..., lat 48, wstąpił do szpitala St. Louis 5-go Września 1887 r. z wysypką na twarzy i kończynach górnych, silnie go szpecącą. Składała się ona z zakłęśniętych blizn, usianych tak na swej powierzchni w rozmaitych miejscach, jak i w okolo, wegetacyjami; niektóre z nich pokryte były strupami. Wykwyty miały formę nieregularnie zaokrągloną, kolor różowy, wielkość od ziarnka konopi do grochu, a nawet 15 cent. monety. Części zakłęśnięte jedne były różowe lub fioletowe, inne zaś bezbarwne. Wegetacje znajdowały się prze-

ważnie około części zakłęsniętej, wymiarów bardzo rozmaitych; większa część była wysokości kilku milimetrów; jedne były bardzo cienkie i na szypułkach, inne zaś miały wielkie podobieństwo do łepięży wenerycznych. Zmiany te zajmowały głównie twarz, szpecąc mocno chorego, chociaż było ich wiele: na kończynach, na tułowiu, prąciu.

Ze względu na dawne cierpienie przymiotowe i możliwość związku takowego z obecnymi zmianami, choremu zapisano dziennie po 1 grammie jodku potassu.

Po 4 dniach (8 Paźdz.) zjawił się pęcherz z zawartością mętną na powierzchni wyprostnej ręki lewej; zawartość zgęstlała się i utworzyła strup w okół którego wystąpiły nowe pęcherze; na policzku lewym, na granicy zmian dawnych pojawiły się również pęcherze. Na powierzchni grzbietowej języka nabłonek został podniesiony przez płyn przezroczysty.

Zaprzestano podawać jodek potassu. Pęcherze zaczęły podsycać i pokrywać się strupami, które po upływie kilku dni odpadły, pozostawiając po sobie miejsca pokryte cienką blizną i wegetacyjami.

Spostrzeżenie to, stwierdzone kilkakrotnie, bo za każdym podaniem jodu wykwyty występowały na nowo, usunęły wszelką wątpliwość co do natury tej wysypki i pozwoliło ją uznać za wysypkę jodową.

Potwierdziło to i zestawienie spostrzeżeń zrobionych w 6 innych szpitalach, gdzie chory ten szukał pomocy i przechodził podobne koleje.

J. Wojciechowski.

III. Wiadomości pomniejsze.

395. Czyraki w następstwie pryszczycy.

Dr. Unna utrzymuje, że w wielu razach pryszczycza (Eczema), jest pochodzenia pasorzytniczego; istnieje również pewien związek pomiędzy pasorzytami pryszczycy i czyraków. Unna rekomenduje w tego rodzaju pryszczycach użycie środków przeciwpasorzytnicznych. Jednym z lepszych, podług niego, jest zastosowanie maści cynkowej z dodaniem sublimatu w stosunku 1 do 2 na 100 maści, łącząc leczenie to z użyciem wewnętrznym siarczku wapna (sulphure de calcium), po 0,01 trzy razy dziennie.

Można również dodawać do maści cynkowej, lub ołowianej kwasu fenilowego, tymolu, resorcyliny i siarki. Dziegieć i kwas salicylowy są mniej skuteczne. (L'Un Med. 1888. N. 86).

396. Pryszczycza przewlekła jam nosowych.

Cierpienie to najczęściej bywa objawem stanu zolzowego u dzieci, często jest połączone z zapaleniami przewlekłymi błony śluzowej nosa; jest bardzo trudne do wyleczenia jeżeli umiejscawia się na powierzchni wewnętrznej wierzchołka nosa. Wikła się bardzo często z czyrakami, bywa również punktem wyjścia dla róży często powracającej się.

Najpierw rozmiękcza się strupy, następnie smaruje maścią z tlenku żółtego rtęci, albo z równych części maści ołowianej i wazeliny, za pomocą tamponików umieszczonych w otworach nosowych, ażeby jaknajdokładniej podziałać na miejsca zajęte cierpieniem. Niezależnie od tego jest ważnem

leczenie zapaleń chronicznych samej błony śluzowej. (L'Un Med. 1888. N. 86).

J. Wojciechowski.

397. 0 przepisaniu kreozotu. Ueber Kreosot-Verordnung. Von Dr. Keferstein. Ther. Mon. 9. 1888.

Za najlepszą formułę kreozotowej mikstury uważa autor następującą:

Rp. Kreosoti 1,3
Spir. vini rectific. 25,0
Aq. Cinamom. 100,0
Syr. Cinamom. 25,0

MDS. 3 × dziennie po łyżce stołowej; co tydzień dodawać po jednej łyżce. Cynamon, zdaniem autora, najlepiej poprawia smak i zapach kreozotu.

Kapsułki kreozotowe Somerbrodta. (Kreozotu 0,05 Bals. Tolut. 0,2) są także nie złą formą, ale niektórzy chorzy przelękają ją z trudnością, czasami występują niekorzystne objawy poboczne od Balsamu toluatańskiego, nakoniec przy dłuższem przechowywaniu w aptekach kapsułki wysychają, przy czem zmienia się ich wygląd i zawartość chemiczna.

Pigułki kreozotowe są nie bardzo praktyczną formą, gdyż trudno dobrać środki, z którymi kreozot dał by odpowiednią masę. Następnie przy robieniu pigułek kreozot płami drewniane stoliczki i czyni je do innego użytku już niezdatnymi. Zła strona pigułek polega też i na tem, że gdy chcemy dawać większą dawkę kreozotu, muszą chorzy pochłaniać duże ilości pigułek, co nie zawsze jest możliwe. Nie złe pigułki można otrzymać w składzie następującym:

Rp. Kreosoti 4,0
Pulv. rad. altheae
Succi Liquir. depur. aa 6,0
Mucil. Gumi arab. q. s. ut fiant pill. Nr. 120.

Obduc. Gelatina. DS. Trzy razy dziennie po 6 pigułek. Pokrywanie żelatyną nie jest konieczne.

Przy częstym kaszlu i rozwolnieniu poleca K. następującą formę:

Rp. Kreosoti 1,00
Plumbi acetici
Opilii puri 0,30
Succi Liquir. 6,00
Mucil. Gumi arab. q. s. ut fiant pill. Nr. 50.

S. 3 × dziennie po 5 pigułek.

5 takich pigułek zawiera 0,1 kreozotu

Kreozot z tranem stanowi obrzydliwą dla smaku kompozycję. Ponieważ kreozot rozpuszcza się w tłuszczach można go dawać w emulsji.

Rp. Kreosoti 1,3
Solve in.
Ol. Amygdal. 30,0
Gumi arab. 20,0
Aq. destill. 100,0
Mf. Emulsio, adde
Tinct. Aurant. comp. 1,0
Elaeosacch. Menthae pip. 4,0

MDS. 2 do trzech razy dziennie po łyżce stołowej. Dzieciom przepisuje się połowę i dozuje na łyżeczki. Zamiast wody destylowanej można tu użyć Aq. Menthae pip., albo Decoct. Altheae; łyżka takiej emulsji zawiera

0,1 kreozotu. Po zażyciu emulsyi, należy zalecić coś przegrzać lub popić, aby smak tłuszczu z ust usunąć.

Krople kreozotowe najlepsze są następujące:

Rp. Kreosoti 3,00

Tinct. Cinamomi 30,00

MDS. 3 × dziennie po 50 kropli, albo po pół łyżeczki od kawy w szklance mleka ciepłego. Mleko powinno być koniecznie ciepłe i trzeba je po dodaniu kreozotu dobrze zmieszać.

25 kropli tej mieszaniny zawierają 0,1 kreozotu. Bardzo dobrze zażywiają się także w mocnem i słodkiem winie lub ponczu. W płynach zawierających spirytus można dawać kreozot na zimno, inne np. mleko, koniecznie powinny być gorące. Autor praktykuje w okolicy obfitującej w gruzlicę; praktyczność tych sposobów podawania sprawdził niejednokrotnie.

B. Dzierżawski.

398. Dr. ROSENTHAL zaleca użycie kreozotu w postaci wody mineralnej. Kreozot z kwasem węglanym i koniakiem jest prawie bez smaku, a działanie jego występuje już w pierwszych tygodniach użycia. Woda gazowa kreozotowa przygotowuje się w butelkach $\frac{1}{2}$ litrowych $\frac{1}{3}$ i $\frac{1}{6}$ litrowych; $\frac{1}{6}$ litrowa butelka zawiera 0.1 — 0.2 creosoti puri i 5.0 cognac. Zaczyna się od $\frac{1}{6}$ litrowej butelki użytej po obiedzie, następnie od drugiego dnia przez tydzień używa się 2 butelki, w następnych tygodniach zwiększa się dawkę kreozotu po 0.1 tygodniowo, aż się dochodzi do 0.8 pro die. (Berl. Klin. Woch 32—33. 1888).

M. H.

399. Prof. GERHARDT zwraca uwagę, że skuteczne działanie extracti filicis maris aetheroi zależy nie tylko od dobroci (świeżości) preparatu, lecz także i od wielkości dawki. By otrzymać należyty skutek radzi G. dawać 10 — 12 grm. ekstraktu przy Taenia solium i 14 — 16 grm. przy Taenia mediocanellata; przyjętą go można wprost w wodzie lub też w odpowiednich kapsułkach żelatynowych. W razie jeśli po 1 — 2 godzinach po zażyciu środka nie ma wypróżnienia, należy podać środek czyszczący — kalomel, lub jalapę. (Therap. Monatsheft. 1888, str. 311).

400. Dr. BAYER wskazuje na trujące własności extracti filicis maris aetheroi, jeśli takowy użyty będzie w nieodpowiedniej ilości. Mimoходом wspomina B., że w jednym przypadku, w którym przez omyłkę zażyto 45 grm. ekstraktu, śmierć nastąpiła po upływie 24 godzin przy objawach ogólnej zapaści. Opisuje też następujący przypadek: 26-letnia chora z porady lekarza zażyła w kapsułkach po 17 grm. extracti filicis i extracti puniceae granati; natychmiast pojawiły się wymioty, następnie biegunka, puls stał się słabym, nitkowatym, wystąpiły objawy ogólnej zapaści. Stan taki trwał przeszło 30 godzin. Do zupełnego zdrowia przy odpowiednich staraniach chora powróciła dopiero po dniach 15.

W rezultacie B. przestrzega, by stosując wspomniany ekstrakt nie przekracza ilość od 5 — 10 grammów. (Prag. Med. Woch. 10 Października 1888 r.).

401. D-rowie GRÉCHANT i QUINQUAD starali się oznaczyć różnicę szybkości z jaką niektóre środki lecznicze dostają się do krwi, stosowane będąc drogą podskórną wstrzykiwań i przez przewód pokarmowy. I tak np. wyazali, że 3 grm. jodku potassu podskórnie wstrzyknięte ukazują się we krwi po upływie 8 minut, przyjęte zaś per os po 23 — 31 minutach. Toż samo dotyczy i salicylanu sodu, chociaż w ogóle środek ten przyswaja się

trudniej, a więc nie tak prędko we krwi wykazać się daje. (Le Prog. Méd. N. 32).

402. Dr. PETRESCO (z Bukaresztu) przedstawił Paryżkiej Akademii Medycznej rezultaty, jakie otrzymywał stosując od roku 1883 przy zapaleniu płuc mocny napar z liści naparstnicy (4 grammy fol. digitalis na 200,00 wody z dodatkiem 40,00 syropu, co $\frac{1}{2}$ godziny łyżkę stołową). Już po trzech dniach przy tej kuracji gorączka i wszystkie objawy tak miejscowe, jako też i ogólne ustępują zupełnie. Śmiertelność dochodzi do 1.22%, podczas gdy statystyka zwykłej śmiertelności przy zapaleniu płuc wykazuje 7.15% a nawet i 30%.

Autor przeprowadzał porównawcze obserwacje stosując przy leczeniu zapalenia płuc środki wykrztuśne, alkohol w znacznej ilości i wreszcie powyższy napar z naparstnicy. Ta ostatnia kuracja zawsze najlepsze dała wyniki w przypadkach zapaleń bez komplikacji, wraze takowych, rezultat nie jest tak zupełnym.

Mimo tak znacznej dawki zużytej naparstnicy P. złych następstw z powodu otrucia nie zauważył, a świadczy o tem 577 osobistych autora obserwacji. (Lyon Méd. N. 44).

403. Dr. GAUCHER przypuszczając, że błonica jest cierpieniem czysto miejscowym i że błony nie są wynikiem ale przyczyną i źródłem ogólnego zakażenia, uważa za konieczne szybkie oddzielanie i przypalanie błon z natchmiastowem odkażaniem obnażonych tkanek po usunięciu tych błon powstałych.

W tym celu uważa G. mocny roztwór kwasu karbolowego w spirytusie za środek najodpowiedniejszy i używa go w następującym składzie:

Acidi carbolici cristallisati.....	5,00 — 10,10
Camphorae.....	20,00 — 30,00
Acidi tartarici.....	0,35 — 0,70
Alcohol 90°.....	10,00.

Ol. olivarium drugie tyle co cała objętość tego roztworu.

Za pomocą odpowiedniego pędzelka z waty, lub też z twardego włosa w tym roztworze umazanego zciera się błony mocno i następnie miejsca po nich pozostałe i obnażone, również roztworem tym się pędzluje.

Operacja ta jest wprawdzie bolesną, ból jednak zmniejszyć można rozpylając w gardle 2 — 3% roztwór kokainy. Wycieranie to powtarza się 2 razy dziennie, prócz tego co 2 godziny szprycuje się w gardle 1% roztworem kwasu karbolowego. Autor w ten sposób postępując w 16 przypadkach błonicy, nie raz bardzo ciężkich, otrzymał zupełne wyleczenie. Otrucia kwasem karbolowym nie zauważył. (Bullet. Méd. 30 Września 1888 r.).

404. Dr. E. ORY już od lat 8 przy błonicy używa z pomyślnym rezultatem pendzlowań z kwasu salicylowego. Wyzdrowienie prawie zawsze następuje po dniach 5.

Do pendzlowań tych O. używa:

Rp. Infusi eucalipti .	100,00
Gliceryni	10,00
Acidi Salicylicii .	0,30
Aq. laurocaer. .	1,00

W roztworze tym macza się duży i twardy pędzel z szarpi i mocno i śmiało wyciera się nim wszystkie miejsca uległe cierpieniu. Wycieranie to powtarza się co godzinę w dzień, a co 2 — 3 w nocy dotąd, dopóki jest najmniejsze podejrzenie obecności błonicy.

Autor widział przypadki, w których po zbyt wczesnem przerwaniu wycierań błony na nowo powstawały i ginęły po powrocie na nowo do wycierań.

Co 24 godzin pendzel należy zmienić, ponieważ mięknie, a miękki nie działa tak pewnie i należyście.

Lekarz co najmniej 3 razy dziennie własnoręcznie wycieranie to powinien robić. (Jour. de Méd. de Paris. 1888. N. 23).

405. Dr. BRADDON błony dyfterytyczne pendzluje dwa razy dziennie czystym olejkiem mięty pieprzowej, błony te już 4-go dnia giną zupełnie. (Lancet, 1888).

406. Dr. F. CARMON zawsze z pomyślnym wynikiem w celu poronne-go leczenia wrzodziańek używał następującej pasty: ekstrakt belladony miesza się z taką ilością gliceryny, ażeby mieszanina utworzyła pastę, którą pokrywa się powierzchnię wrzodziańki. Według spostrzeżeń autora, środek ten działa tak energicznie, że pożądaný rezultat otrzymuje się nawet wtedy, skoro pasta działała tylko na danem miejscu przez godzin 8 — 10. (The Méd. Rec. 1888, XXX, 14).

407. Dr. TICHOMIROW używa pendzlowań T-rae jodi w wszystkich okresach rozwoju wrzodziańek z nader pomyślnym skutkiem: małe wrzodziańki giną, większe nie ropieją, a już ropiejące oczyszczają się i goją szybko pod działaniem tej nalewki. Pędzluje się mocno 1, 2 lub 3 razy dzieennie, stosownie do rozwoju wrzodziańki. Z ropiejących wrzodziańek ropa powinna być wyciśnięta, a utworzony kanał wypełnia się nalewką. Leczenie to działa również pomyślnie i przy wągliku. (Med. Oboz. 16).

408. Środki przeciw poceniu się nóg.

Według D-ra Sawicza: $\frac{1}{2}$ świecy dobrej stearynowej tłucze się na miałki proszek i wysypuje się do skarpetek, które bez zdejmowania nosi się przez dni 5 (!). Następnie jeśli proszek zbija się w kawalki, to tłucze się je ponownie. W ten sposób dwukrotne zastosowanie stearyny leczy bezpowrotnie powyższe cierpienie. (Wracz, N. 42, 1888).

Dr. Logeaux w tym celu radzi smarować stopy mieszaniną: Liq. ferri sesquichlor. $\frac{1}{2}$ uncyi, Gliceryni drach. 1, Ol. Bergam. gutt. X. Przed tem należy wycierać nogi w letniej wodzie. (Gaz. med. de P.).

Wreszcie Pruski Zarząd Wojenno-medyczny rekomenduje wycieranie miejsc ulegających poceniu się roztworem 10⁰/₀ kwasu chromowego; wyciera się kawalkiem waty raz na 2 — 3 tygodnie przy znacznem poceniu się i raz na 6—8 tygodni przy słabszem. W razie obecności nadżar rozpoczy-na się kuracyję 5⁰/₀ roztworem. Zupełne wyleczenie następuje po kilku wycieraniach. (Pharmac. Zeit. 1888. N. 35).

409. Dr. HUGO ENGEL w następujący sposób radzi skrywać przykry gorzki smak chininy:

Chinini	1
Ammoni chlorati	1
Glycyrrhizae pulveratae	4

Dwie ostatnie substancyje zmieszać należyście, a następnie dodać do nich chininy, ponownie zmieszać i z syropem lub miodem zrobić powidelka. (Jour. de se Méd. de Lille 2 Paźdz. 1888).

410. Według poszukiwań jednego z lekarzy dokładnie dowiedziono, że w ostatniej epidemij błonicy u dzieci w Daylesford powodem przeniesienia zarazy na dzieci były koty, których mnóstwo wówczas padło w okolicy od tego cierpienia. (The Brit. Med. Jour. 3 Lutego 1888 r. Wracz 44).

411. Donoszą z Chicago, że tam niedawno dopiero co ustala miejscowa epidemija płonicy, w której powodem przeniesienia zarazy był kot. (The Lancet 3 Lutego, Wrac 44).

412. Według doniesień Londyńskiego korespondenta „American Practitioner'a“ włoski fizjolog prof. Mosso znany wynalazca pletismografu wynalazł obecnie specjalne wagi do ważenia myśli. Na płaszczyźnie tej wagi kładzie się człowiek poziomo, przy najmniejszej zmianie ilości krwi w mózgu równowaga ginie. Według tej zmiany równowagi M. mógł wyróżnić, kiedy jego przyjaciel czytał po włosku, a kiedy po grecku (w tym razie potrzebował więcej naprężenia działalności mózgowej). Donosząc o tym wynalazku „The Medical Record“ (6 Października) dodaje od siebie na wespół z ironiją, że umieć ważyc cudze myśli było by to rzeczą bardzo pożyteczną, dużo by natem zyskali np. redaktorzy czasopism lekarskich i prezesi towarzystw, jeśli by można było gatunkować artykuły według wagi znajdujących się w nich myśli, przyczem również można by było ustanowić i minimum wymagalnej wagi dla prac oryginalnych. (Wrac. N. 44. 1888).

413. „Breslauer aertzliche Zeitschrift“ (22 Paździer.) poleja następujący sposób do wyrabiania czopków glicerynowych. (Patr. „Kron Lek.“ r. 88 N. 195 i 340). 10 części dobrze twardego dializowanego mydła stearynowego rozpuszcza się w wodzie gorącej i mięsza się z 90 częściami czystej gliceryny, a następnie filtruje się na parowym lejku; filtrat wyparowyywa się do 100 części i rozlewa się w odpowiednie foremki dla czopków. W ten sposób otrzymuje się czopki twarde i przezroczyste, ponieważ jednak posiadają one własności higroskopijne, to na powietrzu bardzo szybko pokrywają się pęcherzykami wodnemi i dla tego też powinny być owijane w papierki ołowiane. Wielkość takich czopków bywa dwojaka, po 1,7 grm. i po 2,5 grm. Pierwsze zawierają około 1,5 grm. gliceryny, a drugie około 2,25 grm.

K. W. Sierpiński.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Poradnik lekarski przez F. RAJKOWSKIEGO, lekarza. Nakładem „Prawdy.“ Warszawa. 1888.

„Ogół lekarzy zwykle potępia wszelkie poradniki,“ mówi autor w przedmowie do swej książki i sam cząstka tego ogółu pisze... poradnik lekarski. Czyni zaś to, jak sam powiada, między innymi dla spopularyzowania wiedzy lekarskiej... Zgadamy się z autorem, iż „prawdziwa nauka nie osłania swych zdobyczy szatą mistycyzmu“ (str. 6), musimy jednak dodać, że żadna nauka nie ścierpi, aby ubierano ją w szatę, łątaną, wątpliwej wartości szmatami. A taką jest sukienka, w jaką ubrał autor w swym poradniku wiedzę lekarską.

Zgadamy się, iż popularyzacja wiedzy lekarskiej jest nieodzownym warunkiem postępu zdrowotności publicznej i prywatnej, iż obowiązkiem każdego pojmującego swe zadanie lekarza jest oświecać ogół w kwestyi higieny i postępu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej, chodzi jednak o formę popularyzacji. Czy poradniki odpowiadają temu zadaniu pozwalamy sobie wątpić. W każdym poradniku w ogólności, a w szczególności w omawianym, na pierwszy plan występuje leczenie, które przecież nie stanowi całej wiedzy lekarskiej. Ta ostatnia jest tak ścisłym węzłem związana z nau-

kami pomocniczymi, że bez nich zrozumianą być nie może, z tych nauk pomocniczych, w których jedna z ról głównych przypada w udziale chemii i fizyce, wypływa poznanie prawidłowego i chorobowego stanu ustroju, bez znajomości zaś dokładnej tych stanów leczenia jest rzeczą wprost niemożliwą.

Wobec tego trudno więc chyba pomieścić na 143 str. 16-ki całą wiedzę lekarską, której ostatnim dopiero wyrazem jest leczenie, trudno nawet dać ogółowi przybliżone pojęcie o nowoczesnym jej stanie. Jeżeli nadto zwrócimy uwagę, iż ogół ten nie posiada żadnych zgola, lub bardzo ograniczone wiadomości z nauk przyrodniczych, łatwo zrozumiemy, iż jest to rzeczą wprost niemożliwą.

I bez podręcznika p. R. posiadamy wielu niedouków, którzy sądzą, iż są powołani do leczenia i swemi radami nieraz paraliżują działalność lekarza; poradnik da im w ręce broń nową, tem śміiej i bezwzględniej będą oni korzystać ze swej „wiedzy lekarskiej“, będą mieli za sobą powagę poradnika, pisanego przez . . . lekarza.

Bo i kto może być czytelnikiem poradnika? przeznaczony chyba on został nie dla ludzi inteligentnych, którzy na chwilę nie przecenią jego wartości i którzy wiedzą, iż leczenie wymaga trochę większych studjów, niż przeczytanie poradnika, ale głównie dla mas, którym większą szkodę niż pomoc zapewni. Ufni w poradnik będą się oni ociążać z wezwaniem pomocy lekarskiej i błędem leczeniem udaremnią nieraz już spóźnioną pomoc.

Omawiany poradnik ułożony został w ten sposób, iż obok opisu każdej choroby podane jest jej leczenie, przedtem więc nim można będzie według niego nieść pomoc lekarską należy rozpoznać daną chorobę; zobaczymy na czem opiera się to rozpoznanie. W poradniku znajdujemy tylko przedmiotowe lub nieznaczne podmiotowe objawy, które wystarczyć mają do postawienia rozpoznania. Każdemu wiadomo, jak małą wartość przypisywać należy subiektywnym i takim obiektywnym objawom jak np. kaszel, mogą one dopomódź do rozpoznania, ale nigdy nie stanowią jego treści; wiemy również ile to potrzeba doświadczenia, aby umieć oryjentować się w chaosie opowiadanych przez chorego cierpień, to też nie dziwnego, iż niektórzy klinicyści radzą wprost zaczynać od obiektywnego badania.

Poradnik p. R. robi wrażenie, jakby był pisany co najmniej przed wiekiem, fizykalne bowiem metody badania przy rozpoznaniu nie grają w nim żadnej roli. Rozumiemy, iż p. R. nie mógł, pisząc dla ogółu, mówić przy każdej chorobie o zmianach przy opukiwaniu i osłuchiwaniu, jaką jednak wartość wobec tego braku może posiadać rozpoznanie choroby i cały zresztą poradnik. Autor, widocznie, przypuszcza, iż metody te są rzeczą zbyteczną, a co gorsza może tą myślą natchnąć swego czytelnika. I takie przedstawienie naszej wiedzy, autor uważa się nazwać jej popularyzacją; autor widocznie utracił już nie przewodnią wiedzę lekarskiej, zapomniał o jej dążeniach i zadaniu, zapomniał o tem, gdzie się kończy pożyteczna, a zaczyna szkodliwa działalność popularyzacyjna.

Czyż autor może choć na chwilę przypuścić, iż czytelnik jego choć trochę nabierze pojęcia o medycynie? Sądźmy, że przeciwnie, poradnik może mu tylko poznanie jej utrudnić i w praktyce przynieść nieocenioną stratę, najprostszemu bowiem wniosek, jaki wyprowadzi z niej czytelnik, jest, iż zwykle przez lekarzy używane metody badania są wprost błagą, jakiej używają oni dla obalamucania chorych; z takim zdaniem możemy spotkać się dziś nieraz, nawet wśród ludzi, mających pretensyje do inteligencji.

I w jakim zresztą świetle przedstawia autor lekarzy, swych kolegów, przed publicznością: „rzemieślnicy,“ „maszyny do pisania recept, żyjące z nieszczęścia bliźnich i pragnące, aby cały świat dla nich chorował“ (str. 6), oto epitety, jakimi obdarza autor lekarzy. Jak może autor przypuszczać po tem, iż ktokolwiek z czytelników pójdzie za jego radą i wybierze sobie jedną z takich „maszyn“ do pisania recept à la longue, aby powierzyć jej zdrowie swoje i najbliższych jako stałemu domowemu lekarzowi. Występuje autor przeciwko mniemaniu, iż lekarz tylko leczyć winien, ostro sądzi mniemanie, iż posiadamy talizmany przeciwko każdej chorobie, a czyni to sam w swym poradniku na każdym kroku.

Nie jesteśmy par excellence przeciwnikami poradników, owszem obznajmieniem szerszej publiczności z główniejszymi objawami chorób, wymagających natychmiastowej pomocy uważamy za konieczne, za konieczne też uważamy podanie środków zapobiegania powstawaniu choroby, podawanie jednak leczenia jej uważamy wprost za nonsens, nikt bowiem prócz lekarza nie jest w stanie leczyć, on tylko jeden posiada niezbędne ku temu wiadomości, jak sobie w każdym danym przypadku poradzić. Sam autor zresztą wie dobrze, iż „nie ma chorób tylko są chorzy“ (str. 21), innemi słowy, że każdego chorego inaczej leczyć należy, nie wacha się mimo to na chwilę podawać w poradniku ogólnikowego leczenia, które, nieumiejętnie zastosowane, może być przyczyną smutnych przypadków i w każdym razie przynieść może więcej choremu szkody, niż korzyści. To przekonywa nas dostatecznie o logice autora i o zrozumieniu przez niego zadania, którego się podjął.

Zobaczmy teraz jakie to środki radzi autor używać ludziom zupełnie nieobeznanyim z ich działaniem. Amylum nitrosum (77), chloroform (51), chloral, kamfora, morfina, opium, kokaina, arszennik, ergotyna, chinina, bromki, kalomel, antyfebryna, oto niektóre ze środków, których mają używać czytelnicy poradnika i które znajdować się mają w aptece domowej! Podaje się to bez przeciwuwskazań, wprost jakby autor przemawiał nie do nieoświeconego ogółu, ale do lekarzy. Ci ostatni jednak mogliby z książki p. R. czerpać tylko... błędy, środki bowiem, podawane przez autora, często naprowadzają nas na myśl, iż autor jest średnio-wiecznym lekarzem; trudno przecież wyobrazić sobie, aby lekarz w końcu XIX wieku mógł wobec postępów antyseptyki radzić tamować krew przykładaniem na ranę... pajęczyny (51); lub zalepiać rany kości woskiem! radzi zresztą autor przy obrzękach okładać kończyny liśmami brzozowymi (94); glina jest dla niego dobrym środkiem przy stłuczeniach, kwiat lipowy i mięta dzielnymi środkami napotnemi! Mimo to p. R. jest wymagający: żąda od swych czytelników, aby wykonywali niektóre zabiegi chirurgiczne, jak wprowadzanie cewnika, tamponowanie jam ciała przy krwotokach (57), upusty krwi (92) i t. p.; czytelnicy jego winni też stosować prąd indukcyjny (92), wdmuchiwać powietrze etc. To wszystko ma odtąd wykonywać nie lekarz, ale czytelnik książki p. R.!

Pojęcie, jakie ma autor o patologii ogólnej przebija wyraźnie z następujących cytat: „upicie się jest sztucznie wywołanem obłąkaniem“ (str. 12), przyczyną krzywicy jest „zbyt długie karmienie piersią“ (str. 13), „apetyt bywa, gdy pokarmy w kiszkaach nie uległy strawieniu“ (str. 14), przyczyną blednicy jest według autora, „nieszczęśliwa miłość i czytanie romansów“ (str. 20), narządy wewnętrzne (blona śluzowa kiszek, macica etc.) nie posiadają „nerwów bólu“ (sic) (str. 23), przy zwykłym zapaleniu gardzieli ma się zdarzać powracanie pokarmów przez nos (str. 33), przy złem trawieniu

wytwarzają się według p. R. „alkaloidy“, zębowanie jest przyczyną ostrego porażenia rdzenia (str. 90), „drgawki histeryczne wywołują podwyższenie ciepłoty, czem się różnią od drgawek przy padaczce“ (str. 43); w umyśle autora dotąd jeszcze kolacze się jakiś „stan żółciowy“, pewno status biliosus dawnych autorów, a między chorobami pomieszcza jak istny lekarz średniowieczny—pełnokrwistość.

Takich naleciałości, takich błędów naukowych można naliczyć wiele, tak wiele, że dla ich spisania należało by przepisać co najmniej $\frac{3}{4}$ poradnika, nie będziem jednak nużyć czytelników wyliczaniem wszystkich tych nonsensów, przytoczone wystarczą aby dać pojęcie, jakich mamy popu'aryzatorów naszej wiedzy. Pisząc poradnik, mógł p. R. nie szczędzić trudu i przejrzeć kilka dzieł, które objaśniły by go jak daleko stoi po za dzisiejszą wiedzą lekarską.

W praktycznych zresztą swych radach, nie wymagających wielkiej nauki p. R. również umie pisać niedorzeczności, pisze naprzykład, iż szczypta=1 drachmie (str. 143), koniec noża=1 skrupułowi (143), dla niego c. wł. ciał jest czymś wymysłem i np. szczypta sublimatu ważyć będzie według niego tyle ile szczypta magnezyi palonej.

Jedyną względnie dobrą rzeczą są odtrutki, chociaż i w tym dziale niektóre z nich lepsze od podanych, pominięte zostały, tak np. przy otruciu fosforem lepszą niż olej terpentynowy odtrutką jest siarczan miedzi.

Jeszcze jedno słówko w kwestyi poradnika. Autor na wstępie zastrzegł się, iż podręcznik będzie zawierać tylko choroby ostre, w których pomoc na razie, przed przybyciem lekarza jest konieczną i niektóre „łatwe do rozpoznania“ (dla kogo?) choroby przewlekłe, tymczasem podaje on nie pierwszą pomoc, ale całe leczenie choroby i nie łatwe do rozpoznania choroby, ale choroby stanowiące szkopał w rozpoznaniu nawet dla lekarzy. Widzimy tu np. gruźlicę ostrą, zapalenie i niedrożność kiszki, zapalenie kiszki ślepej i prostej, poronienie, zapalenie ropne mózgu, jego niedokrwienność i przekrwienie, zapalenie opon rdzenia kręgowego, podagrę, reumatyzm, cukromocz, białkomocz i t. p. łatwe do leczenia i rozpoznania choroby ostre i przewlekłe. Odtąd choroby te mają być leczone bez lekarza... z poradnika p. R.! Jakże z tego mogą wyniknąć skutki mówiliśmy już wyżej.

Jeżeli strona naukowa poradnika szwankuje mocno, można było oczekiwać, że choć język w książce, przeznaczony dla szerszej publiczności szwankować nie będzie. I tak już dość znajdujemy w prasie codziennej i tygodniowej dziwolągów naukowych, mógł nam ich autor oszczędzić, tymczasem w poradniku znajdujemy takie wyrażenia jak: „jad“ w znaczeniu trucizny, „macinnica“ zamiast „macinnictwo“, „malokrwistość“ zamiast „niedokrwienność“, tętnienie aorty prawdopodobnie zamiast tętniaka tętnicy głównej; wreszcie autor używa kilkakrotnie wyrażenia „rostwór kredy“ choć wie chyba dokładnie, iż kreda nie rozpuszcza się w wodzie; podobnych usterek dość można naliczyć w tej książce.

Wogóle książka celu chybiła, nie nauczy chorych jak mają postępować w przypadkach nagłych, nie ułatwi więc zadania lekarzom, zaszkodzi ogółowi, dając broń w ręce niepowołanym przeciwko prawdziwej nauce, wytworzy szkodliwych niedouków, wreszcie może być przyczyną smutnych następstw i pomyłek, wynikających z nieumiejętnego użycia silnie działających leków i zabiegów leczniczych. Szkoda zatem nakładu sz. redaktora „Prawdy“ i szkoda pracy autora.

Therapeutisches Hilfsbuch zur rationellen Behandlung in der internen Praxis. Für Aerzte und Studierende von J. Milner Fothergill, Autorisirte Uebersetzung von Dr. I. Krakauer. Cena 3 marki.

Pierwsze kroki młodego lekarza w samodzielnej swej działalności połączone są z wielkimi trudnościami i przykrościami, zależnemi od nieumiejętności zastosowania w praktyce nabytych wiadomości. Niejednokrotnie słuchał on odczytów z medycyny praktycznej i wie dobrze, kiedy ma zastosować środki przeczyszczające, lecz jak je kombinować, w jakiej dawce je podawać trudno mu rozstrzygnąć. Każdy student wie dobrze, że przy błędniczy żelazo jest wskazanem, ale w jakiej postaci najwłaściwiej w danym przypadku je przepisać dla młodego lekarza często przedstawia nieprzezwyciężone trudności. Ztąd też powstają najdziwniejsze kombinacje, tworzą się połączenia, wybuchające pod ręką aptekarza i t. p., o czem farmaceuci wiele opowiedzieć by mogli. Powyżej przytoczona książeczka, ułożona przez jednego z najbardziej wziętych praktyków angielskich, ma na celu oswoić młodego lekarza z praktyką i nauczyć go samodzielnego, celowego postępowania. Nie jest to suche wyliczenie recept, tak bardzo używane przez młodych lekarzy, lecz autor stara się nauczyć tego, czego z wykładów uniwersyteckich nauczyć się nie można. Na podstawie więc wiadomości z fizjologii i patologii uczy autor stosować środki lekarskie odpowiednio do danego przypadku, właściwie je kombinować i czem się kierować przy zmianie przepisu. Dziełko składa się z 9 rozdziałów: pierwszy stanowi wstęp, traktujący o tem, co i jak należy przepisywać i o wskazaniach w leczeniu. W następnych zajmuje się assimilacją, wydzielinami, temperaturą ciała, bezkrwistością, zapaleniem, zakażeniem krwi, wzrostem, starością, zapaścią, reumatyzmem, podagrą i cukromoczem, przyczem podaje sposoby postępowania w każdym opisanym przypadku. W ostatnim zaś rozdziale opisuje niektóre szczególne przypadki, zdarzające się w praktyce lekarskiej. Wogóle książeczka powyższa, chociaż zawierająca tylko 156 stronic, jest nadzwyczaj bogatą w treść i może być bardzo pożyteczną nie tylko dla młodego lekarza, lecz i dla starszego praktyka.

M. H.

Kronika Lekarska i w następnym roku 1889 a 10 swego istnienia wychodzić będzie według tegoż samego programu i na tych samych warunkach jak dotychczasowo. Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się P. P. prenumeratorów o wczesne wnoszenie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu. Zaległych P. P. prenumeratorów, którzy dotąd jeszcze nie wnieśli przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o uregulowanie rachunków w jak najkrótszym czasie.