Nr. 8. Tom X. Warszawa dnia 22 Lutego 1890 r. Seryja II. Rok XXV.

GAZETA LEKARSKA.

I. INFLUENZA CZY DENGUE?

I. INFLUENZA CZY DENGUE?

D-r med. J. Pawiński,
ordynator szpitala Dz. Jezus.

W czasie panującej u nas, i wogóle w całej Europie, influenzy — niejednokrotnie poruszano w czasopismach i towarzystwach lekarskich kwestyję rozpoznawania różniczkowego pomiędzy influenzą a dengue.

Ponieważ przypadki, przypominające dengue, nie były u nas dotychczas opisywane, przeto postanowiłem podać do wiadomości kolegów następujące spostrzeżenie.

D. 29 Stycznia 1890 r. zostałem wezwany do panny N., uskarżającej się na bardzo silny ból głowy, bóle w stawach, krzyżu i na ogólne rozłamanie. Chora opowiada, iż od trzech dni zapadła na zdrowiu: z początku miewała dreszczyki naprzemian z uczuciem gorąca, następnego zaś dnia wystąpiły bóle w stawach kończyn dolnych, gorączka; trzeciego dnia zjawiła się miesiączka dość obfita, przedwczesna [po upływie dwóch tygodni]. Ból głowy wzmagał się bardzo szybko, podobnież i bóle w krzyżu, biodrach i kolanach dochodziły do bardzo silnego natężenia. W chwili badania chora jęczy z bólu, a co się tyczy głowy, chora utrzymuje, że jej się chyba wrzód w mózgu tworzy.

Stan obecny. Budowa dobra, odżywianie średnie, tkanki tłuszczowej ilość dostateczna, mięśnie słabo rozwinięte, stan gorączkowy, tętno około 100, nieco napięte, oddech 26, ciepłota 39° C.. Chora leży nieruchomo w zaciemnionym pokoju z powodu dość znacznego światłowstrętu. Każde poruszenie ciała wywołuje zwiększenie bólów stawowych i mięśniowych. Skóra pokryta potem. Ani w płucach, ani w sercu żadnych zmian chorobowych nie znaleziono. Język mocno obłożony, brzuch nieco wzdęty, niebolesny, wypróżnienie dnia poprzedniego. Mocz nieco stężony, białka nie zawiera. Śledziona niepowiększona.

Ponieważ chora domagała się przedewszystkiem usunięcia bólu głowy, przepisałem jej 10 granów antypiryny. Co się tyczy rozpoznania, to najpodobniejszem było: „reumatyzm stawowy“; zaznaczyć jednak należy, że stawy choć były bolesne, jednakże skóra na nich nie była zaczerwienioną.

Następnego dnia widziałem chorą: stan jej wydał mi się nawet gorszym, aniżeli dnia poprzedniego; antypiryna tylko na krótki czas złagodziła ból głowy; bóle w krzyżu i z obu stron kręgosłupa powiększyły się i chorej całą noc

zasnąć nie pozwoliły. Tętno około 100, ciepłota 38,6° C.. Na kończynach górnych, na przedramionach i na rękach, głównie na powierzchniach grzbietowych, wystąpiło silne, jednostajne, koloru szkarłatnego, zabarwienie, sięgające prawie aż do stawów łokciowych; przy ucisku palcem skóra bladła, wygląd wysypki przypominał szkarlatynę. Na twarzy, szyi i tułowiu, jak również i kończynach dolnych, żadnego zaczerwienienia nie zauważyłem. Na podniebieniu, ani na łukach zaczerwienienia, towarzyszącego zazwyczaj szkarlatynie, nie zauważyłem. Język bardziej jeszcze, aniżeli dnia poprzedniego, obłożony; odbijanie, niesmak w ustach. Ze względu na wydatny stan gastryczny zaleciłem olejek rycynowy.

Wieczorem ciepłota 38,8° C., tętno 90, zaczerwienienie skóry rąk znikło, natomiast na szyi i na przedniej części klatki piersiowej zauważyłem kilka grudek (*papulae*).

Dnia 31. I. Noc bezsenna z powodu ciągle trwających silnych bólów stawowych [głównie w kolanach], mięśniowych, ból głowy jeszcze wciąż silny, ciepłota 38,3° C., tętno 88, obfite poty; po olejku kilka wodnistych wypróżnień, później nastąpiły wymioty żółcią. Na kończynach dolnych, a mianowicie na goleniach i grzbietowej powierzchni stóp, spostrzedz się daje wysypka w postaci plam, blizko siebie położonych, zupełnie podobnych do tych, jakie cechują odrę. Wysypka ta sprawia chorej swędzenie. Wieczorem tegoż dnia wysypka znikła, natomiast na obu przedramionach i na czole wystąpiły grudki, które z początku sprawiały swędzenie. Poty ciągle obfite, ból głowy trochę mniejszy, natomiast bóle w krzyżu mocno dokuczają chorej, z tego też względu zaleciłem użycie salicylanu sodu 20 granów.

Dnia 1 Lutego. Ciepłota 38,4° C., tętno 90, bóle stawowe i mięśniowe po użyciu salicylanu sodu zmniejszyły się tym razem, chora jednak mocno rozdrażniona noc całą przepędziła bezsennie. Krew z narządów płciowych nie pokazuje się. Język obłożony, wstręt do jadła. Wieczorem ciepłota 38,4° C., bóle w krzyżu jeszcze silne. Zalecono salicylan sodu w ilości 20 granów.

2 Luty. Ból głowy znacznie mniejszy, chora wciąż mocno się poci, ciepłota 38° C., tętno 80. Język mniej obłożony, pragnienie. Na tylnej części klatki piersiowej wystąpiły nieliczne grudki, te zaś, które zjawiły się poprzednio, powiększyły się, a niektóre z nich posiadają żółtawo-zielonawą zawartość; słowem — są podobne do pryszczyków ospowych w okresie ich dojrzewania [zropienia].

Wieczorem ciepłota 38,3° C., obfite poty, bóle mniejsze, osłabienie i mocne rozdrażnienie nerwowe. Zalecono na noc bromek potasu w ilości 20 granów.

3. II. Stan bezgorączkowy, noc spokojniejsza, bóle ustąpiły. Język oczyszcza się. Gdzieniegdzie na skórze wystąpiły nowe pryszczyki. Tętno słabe, około 70. Z powodu ogólnego osłabienia zalecono chorej koniak, wino.

Od tego dnia rozpoczęło się już zdrowienie, dość powolne z powodu znacznego wyczerpania sił. Pryszczyki zaczęły przysychać, potem zupełnie znikać, w niektórych zaś miejscach zauważyliśmy nieznaczne łuszczenie się naskórka. Dodać wreszcie należy, iż w okresie zdrowienia zjawiło się znowu krwawienie z narządów płciowych, trwające około 7 dni.

Rozpoznanie. Z początku sądziliśmy, że mamy do czynienia z reumatyzmem stawowym i mięśniowym — tylko nadzwyczaj silny świdrujący ból w głowie wydał nam się podejrzanym i nie odpowiadał zwykłym bólom reumatycznym. Później, skoro wystąpiła wysypka, przychodziła nam na myśl szkarlatyna, następnie odra, a wreszcie t. zw. wietrzna ospa (*varicella*). Uderzała nas tylko krótkotrwałość wysypki, nietypowe wystąpienie tejże, brak zajęcia gardła, górnych dróg oddechowych, nieżytu łącznicy i t. d.. Wreszcie niezmiernie silne bóle stawowe i i mięśniowe, trwające nawet po wystąpieniu wysypki, zadziwiały nas swoją uporczywością. Poty trwały kilka dni z rzędu, były bardzo obfite, wystąpiły zaś zaraz z rozwojem choroby. Na zaznaczenie wreszcie zasługuje dwukrotne, kilka dni trwające krwawienie z narządów płciowych, brak powiększenia śledziony, znaczny upadek sił po przebyciu choroby i bezsenność. Sama choroba trwała tydzień, w drugim zaś tygodniu rozpoczęło się powolne zdrowienie, tak, że chora dopiero około 20 Lutego poraz pierwszy podniosła się z łóżka.

Zachodzi teraz pytanie: do jakiej kategoryi chorób spostrzeżenie nasze zaliczyć?.

Zdaniem mojem, może tu być tylko mowa, albo o influenzy, albo o t. zw. „dengue“. Sądząc z opisów, jakie podają lekarze, praktykujący na wschodzie, gdzie choroba zwana „dengue“ niedawno jako pandemija występowała, nie ulega, zdaje się, wątpliwości, że przypadek nasz do niej zaliczyć należy.

Za najważniejsze objawy uważane są: 1-o. znaczna gorączka, zwłaszcza w początku choroby, przyczem ciepłota do 40°—41° C. może dosięgać. Początek zwykle bywa nagły, niekiedy jednak spostrzegano i krótki okres zwiastunów.

2-o. Bardzo silne bóle głowy zwłaszcza w czole i skroniach, niekiedy w głębi oczodołów. D-r Christoph [1]) w Konstantynopolu, który sam dengue przechodził, zaznacza, że miał uczucie, jakoby mu kto bezustannie ostrem narzędziem w głowie świdrował. U naszej chorej ból głowy był również jednym z najwybitniejszych objawów choroby.

3-o. Niezmiernie silne bóle w stawach i mięśniach, zwłaszcza kończyn dolnych, przypominające gościec. Chorzy narzekają głównie na bóle wzdłuż kolumny kręgowej, w krzyżu, a przedewszystkiem w stawach kolanowych, zkąd nawet powstała nazwa arabska tej choroby: „*Abu-Rekabe*“, t. j. ojczym kolana. Niekiedy dotknięte bywają nie duże, lecz małe stawy. Wszelkie ruchy są połączone z ogromnym bólem, z tego też powodu chorzy pozostają nieruchomo w jednej pozycyi. Bóle bywają zwykle tak silne, że chorzy, podobnie jak i nasza chora, krzyczą i jęczą z bólu. Sama kolumna kręgowa bywa zwykle na ucisk niebolesna.

4-o. Wysypka występuje najczęściej trzeciego dnia, już to w postaci plam lub rozlanego jednostajnego zaczerwienienia skóry, już to w postaci grudek, lub pęcherzyków. Tym sposobem przypomina ona odrę, szkarlatynę, lub pokrzywkę, trwa zwykle 24—48 godzin, towarzyszy zaś jej często przykre swę-

[1]) Das Dangue - Fieber im Orient. Internationale klin. Rundschau. Nr. 42. 1889.

dzenie. Po kilku dniach zjawia się lekkie łuszczenie skóry. Niekiedy w samym początku choroby występuje zaczerwienienie (*erythema*) na twarzy, szyi, klatce piersiowej, lecz w przeciągu kilku godzin znika. W większości przypadków ulga, jaką chorzy doznają po ustąpieniu wysypki, jest bardzo krótkotrwałą, termometr nie wskazuje również widocznego spadku ciepłoty ciała. I u naszej chorej zadziwieni byliśmy, skoro po wystąpieniu wysypki, stan ogólny był również ciężki, jak poprzednio; stanowi to kontrast pomiędzy chorobą, o której mowa, a chorobami wysypkowemi ostremi.

5-o. Częste zaburzenia gastryczne: obłożenie języka, wstręt do jadła, wymioty.

6-o. Krwawienie z nosa, gardła, płuc, żołądka, macicy, pęcherza.

Dengue sądząc z jej przebiegu, jest bardzo zbliżoną do influenzy, a być może stanowi tylko pewną jej odmianę, ztąd też poszło, że niektórzy nazywają dengue — influenzą krajów gorących. Przebieg jej, podobnie jak i influenzy, bywa po większej części łagodny, przypadki śmiertelne zdarzają się bardzo rzadko i tylko u ludzi słabowitych, wycieńczonych innemi chorobami; zapalenie płuc zalicza się również do częstych powikłań. Podczas epidemii w Smyrnie, w jesieni roku przeszłego, na 100,000 przypadków naliczono tylko 10 śmierci. Bóle, jakie w początku choroby występują, są bardzo podobne do bólów w influenzy, dosięgają tylko znaczniejszego natężenia; podobnież obfite poty są właściwe obu cierpieniom, objawy jednak nieżytowe, mianowicie nieżytu dróg oddechowych, które głównie cechują influenzę i stały się nawet powodem jej nazwy: „grypa“, wydarzają się w dengue niesłychanie rzadko, natomiast objawy gastryczne, zdaje się, częściej występują w dengue, aniżeli w influenzy. Do tych ostatnich jednak objawów, we względzie rozpoznania różniczkowego, nie należy zbyt wielkiej uwagi przywiązywać; wiadomo bowiem, że influenza przebiega bez zajęcia dróg oddechowych, w postaci t. zw. nerwowej i gastrycznej, zatem znakiem pierwszorzędnego rozpoznania dengue będzie obecność wysypki. Mieliśmy ją i w naszym przypadku. Na zasadzie tejże, przy istnieniu innych charakterystycznych objawów, tak zwanej „dengue“ zaliczyliśmy przypadek nasz do kategoryi tej ostatniej choroby. Na jednę tylko okoliczność uważamy za stosowne zwrócić uwagę, a mianowicie, że, oprócz wysypki przemijającej podobnej do szkarlatyny i odry, mieliśmy i grudki (*papulae*). Niektóre z nich zatrzymały się w tym stopniu rozwoju i wkrótce znikły, inne znowu przeszły w stan ropienia już w okresie rekonwalescencyi, słowem przyjęły cechy pryszczyków. Powyżej już wspomnieliśmy, że pryszczyki te wystąpiły w bardzo nieznacznej ilości, głównie na wyprostnej powierzchni obu przedramion, szyi i gdzieniegdzie na twarzy, razem można ich było około dwustu kilku naliczyć. Po przyschnięciu znikały powoli, pozostawiając na skórze lekkie zaczerwienienie.

Otóż, w sprawozdaniach lekarzy, opisujących dengue, nie znalazłem wzmianki, czy grudki owe przechodziły w stan zropienia; zaznaczają tylko, że obok guziczków występują niekiedy większe pęcherzyki, jak w pokrzywce. Brak tej wzmianki byłby, sądzę, jedynym zarzutem, jakiby mnie mógł spotkać ze strony tych, którzyby na rozpoznanie nasze dengue nie chcieli się zgodzić, zdaje

się jednak, że choć rzadko spostrzegano wysypkę pryszczykową; wnosić to można ze słów prof. Proust'a, który na posiedzeniu Akademii medycznej w Paryżu, 17 Grudnia 1889 r. [1]), czytał komunikat D-r Brun'a z Beyrouthu o dengue: „*avec l'abaissement de la temperature se présente une éruption tantôt scarlatineuse, tantôt rubéolique, et quelquefois pustuleuse*". Zaznaczyć także winniśmy, że D-r Guelliot z Reims [2]) spostrzegał wysypkę podobną do tej, jaką widzieliśmy w naszym przypadku. Skłoniła go ona, jak również inne objawy, do przyjęcia dengue i to wtedy, kiedy o influenzy w Europie jeszcze nie było mowy [3]).

Możnaby zresztą zjawienie się dengue w naszej szerokości geograficznej uważać za wątpliwe, niemniej jednak wobec tak charakterystycznego przebiegu naszego przypadku, nie ustępowałbym od pierwotnego rozpoznania. Przypuszczam, że przypadek mój nie był jedynym, że przypadki tego rodzaju zdarzały się częściej, występowały jednak mniej typowo i z tego powodu brane były za influenzę. Niektórzy jednak z kolegów wyróżniali takie przypadki, zaliczam tu spostrzeżenie kol. Karwowskiego [4]): „mężczyzna, 52 lat liczący, dotąd zdrów, po dwóch dniach ogólnego niedomagania dostał dreszczy i gorączki, dochodzącej do 40° C.; przyłączyły się bóle mięśniowe w kończynach górnych i w krzyżu i dokuczliwy ból głowy. Stan taki trwał 24 godzin, poczem wystąpiła na skórze kończyn i tułowia wysypka charakteru polimorficznego, t. j. *petechiae, papulae* i *maculae* — która trwała dobę i znikła bez łuszczenia skóry po nader obfitych potach, pozostawiając po sobie nadzwyczajne osłabienie fizyczne

[1]) Gazette Hebdom. Nr. 51. 1889.

[2]) Deux cas d'une maladie rappelant la „fièvre dengue" observ. à Reims par M. le docteur O. Guelliot. Gazette hebdom. Nr. 51. 1889.

[3]) Ciekawe to spostrzeżenie ośmielamy się przytoczyć w skróceniu:

„Około połowy Czerwca roku przeszłego przybyła do Reims rodzina z Tunisu z trojgiem dzieci. Około 22 Czerwca, t. j. po upływie 2 tygodni od czasu wyjazdu z Afryki, jedno z nich, mianowicie 4-letnia dziewczynka zachorowała przy objawach zaburzenia żołądkowego. Wystąpiła gorączka, ból głowy, ogólne rozłamanie, wstręt do jadła, przyczem język był biały, mocno obłożony. W kilka dni później zjawiła się dziwna wysypka niepodobna do tych, jakie się zwykle spostrzega: naokoło ust, nosa, na skroniach wystąpiły rozsiane guziczki, z których jedne były dość twarde (*papulae*), inne zaś były rozmiękczone u swego wierzchołka, *resp.* podobne do pryszczyków. Pomimo środków czyszczących, chininy, środków tonizujących, powrót do zdrowia był bardzo powolnym. 4 Lipca chora po raz pierwszy wyszła na przechadzkę.

Następnego dnia wystąpił powrót, cechujący się lekkiem poruszeniem gorączkowem, głównie zaś nową wysypką, odmienną od pierwszej. Na rękach, głównie jednak na szyi zjawiło się kilka lekko zaczerwienionych plam, długości 1—2 centym., postaci owalnej; jednocześnie wystąpił — *torticollis*. To właśnie naprowadziło autora na myśl dengue, w której obok wysypki, bywają bóle mięśniowe, niekiedy skrzywienie głowy wskutek *torticollis* [ztąd nazwa *mal de girafe*].

Później 2-letni braciszek chorej zachorował również w podobny sposób: zjawiła się gorączka i wysypka w postaci drobnych grudek (*papulae*), poczem wystąpiły plamy różyczkowate, tylko liczniejsze niż u dziewczynki: na plecach, na dłoniach, na tułowiu. Wysypka dopiero w zupełności po 2 tygodniach znikła. Dziecko, które skarżyło się na bóle w łydkach, powoli odzyskiwało apetyt i zdrowie.

Autor sądzi, że miał do czynienia z chorobą, zwaną dengue; przypuszcza on, że dziewczynka wyjechała z Tunisu w okresie wylęgania się choroby, która dopiero po 2 tygodniach rozwinęła się w całej pełni po przybyciu do Francyi.

[4]) Heryng. Kilka słów o panującej obecnie w Warszawie influenzy. Gazeta Lek. Nr. 2. 1890.

i umysłowe, blizko 2 tygodnie trwające. Śledziona przez czas choroby nie była wyczuwalną, ciepłota spadła po owych potach do 37° C., powrotu nie było".

Kol. Szwajcer [1]) w pracy swej o influenzy wspomina, że przed skonstatowaniem tejże w Warszawie widział przypadek gorączki u młodej panny z wysypką, którą nie mógł do żadnej ze znanych zaliczyć: „miała ona wygląd szkarlatynowej, ale najwyraźniej wystąpiła na wyprostnych powierzchniach kończyn, na piersiach, najmniej zaś na szyi i twarzy. Wysypka ta trwała 5 czy 6 dni przy gorączce zwalniającej, a po jej zniknięciu widoczne było drobne łuszczenie się skóry. Jakiej natury była ta wysypka, nie podejmuje się i dziś rozstrzygnąć. Cały przebieg choroby był podobniejszy do dengue, aniżeli do influenzy". Kolega Malinowski [2]) widział u 2-letniej dziewczynki, dotkniętej influenzą, guziczkowatą wysypkę. Wystąpiła ona na trzeci dzień choroby na całem ciele i na drugi dzień znikła. Kolega Sokołowski [3]) spostrzegał w jednym przypadku influenzy — wysypkę przypominającą odrę.

Winienem wreszcie dodać, że przed kilku dniami kol. Świątecki pokazywał mi w Szpitalu Dzieciątka Jezus dwie chore, które, zdaje się, także dengue przechodziły.

W początku obecnej epidemii — w Październiku roku przeszłego — wahano się w Petersburgu z jej nazwą: czy jest to dengue, czy influenza, a to z powodu, iż zdarzały się przypadki, przebiegające z wysypką. Podobnież w Paryżu na posiedzeniu Akademii medycznej d. 17 Grudnia 1889 r. toczyły się obrady nad stosunkiem dengue — do panującej epidemii. D-r Proust uznał tę ostatnią za influenzę, a to na mocy braku objawów: 1) braku bólów w stawach kolanowych, 2) braku silnego obłożenia języka i cuchnącego oddechu, 3) braku cuchnących potów, 4) braku wysypki, swędzenia i łuszczenia na skórze. Na temże posiedzeniu zakomunikowano dużo kazuistycznych przypadków z panującej epidemii w Paryżu i zaznaczono wielką rozmaitość objawów — jak również obecność wysypki w dość znacznej liczbie spostrzeżeń.

D-r M. Bucquoy podaje, że w jednem z liceów Paryzkich zachorowało 150 uczniów. Cierpienie występowało zwykle z dreszczami, bólami w głowie, w oczach, krzyżu i w stawach, najczęściej w kolanach, z objawami nieżytu nosa, gardzieli, lub zaburzeniami żołądkowemi. Język był obłożony, oddech cuchnący. Ciepłota wahała się pomiędzy 39—40° C.. Już w pierwszym dniu występowała wysypka na twarzy, piersiach, na dłoniach, zbliżona do szkarlatyny, która zwykle ginęła na 4 dzień i przebiegała bez łuszczenia naskórka. Z tego też powodu radzi z rozpoznaniem influenzy być ostrożnym.

Takie właśnie przypadki, przebiegające z wysypką i z silnemi bólami w stawach, stały się powodem do przypuszczenia istnienia d e n g u e, a nie,

---

[1]) Kilka uwag i spostrzeżeń nad przebiegiem epidemii influenzy w Warszawie. Zebrał J. Szwajcer. Medycyna. Nr. 7. 1890 r..

[2]) Epidemija Influenzy w Warszawie. Zdrowie. Nr. 52. 1890 r..

[3]) Uwagi nad charakterem panującej w końcu roku zeszłego w Warszawie epidemii influenzy ze szczególnem uwzględnieniem objawów i powikłań ze strony dróg oddechowych, podał D-r A. Sokołowski. Gazeta Lekarska. Nr. 7.

jak mylnie sądzi prof. Hirsch [1]), nieznajomość historyi medycyny ze strony francuzkich lekarzy. To także było przyczyną, iż w początku w Paryżu przypuszczano, iż istnieją dwie epidemije: influenza przeniesiona ze wschodu i dengue z południa.

Co się tyczy zaraźliwości dengue, to kwestyja ta, podobnie jak to ma miejsce z influenzą, nie jest jeszcze rozstrzygniętą.

Co się tyczy leczenia, to kierować się należy temi samemi względami, co i przy leczeniu influenzy. Przeciwko silnym bólom należy podawać antipyrynę, salicylan sodu, salol; w razie upadku sił — wino, koniak i wogóle środki pobudzające.

Za pierwotną siedzibę dengue należy uważać Indyje Wschodnie [2]). Opisali ją najprzód lekarze indyjscy w początku bieżącego stulecia. Z Indyj przeniosła się do Persyi, Egiptu, Ameryki. W r. 1864 po raz pierwszy wybuchła w Europie: mianowicie w Kadyksie, w r. 1872—73 panowała w Indostanie, w roku 1885 szerzyła się w Nowej Kaledonii. W roku przeszłym dengue wybuchła najprzód na Cyprze, zkąd przeniosła się na wybrzeże Syryjskie i ustaliła się w Beyruth. Następnie grasowała w Chios, Smyrnie, w Konstantynopolu, Warnie, Adryjanopolu.

II. Uwagi nad charakterem panującej w końcu roku zeszłego w Warszawie epidemii

INFLUENZY,

ze szczególnem uwzględnieniem objawów i powikłań ze strony dróg oddechowych.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem dnia 28. I. 1890].

Na podstawie własnych spostrzeżeń

podał

D-r Med. Alfred Sokołowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 7].

Do najcięższych powikłań influenzy powszechnie zaliczanem bywa ostre zapalenie płuc i większość przypadków śmiertelnych, powodowanych przez influenzę, na karb zapalenia płuc ostrego odnieść należy. O ile jednakże w zapaleniach płuc natury nieżytowej, jak to poprzednio starałem się dowieść, można w większości przypadków wykazać ścisły związek między niemi a sprawą influenzową, o tyle wykazanie związku takiego między zapaleniem płuc włóknikowem napotyka na pewne rzetelne trudności. I tak: na 14 przypadków ostrego zapalenia płuc, spostrzeganych przezemnie w ciągu 2-ch ostatnich miesięcy [12 w szpitalu, 2 w praktyce prywatnej], zaledwie w 3 przypadkach dało się

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2. 1890.

[2]) Szczegóły znajdzie czytelnik w artykule D-ra Jabłonowskiego pod tytułem: „Przyczynki do epidemijologii Wschodu". Przegląd Lekarski. Nr. 2. r. 1890.

w anamnezie wykryć poprzedzające na dni kilka zapalenie płuc objawy, które można było odnieść do sprawy influenzowej [dreszcze codzienne, bóle w krzyżu, ogólne rozłamanie i t. d.]. U pozostałych chorych sprawa rozpoczynała się w zwykły, zupełnie ostry, dla zapalenia płuc właściwy sposób, a więc: mocne, jednorazowe dreszcze, kłócie w boku, silna gorączka i t. d.. Czy jednakże ci chorzy przedtem nie przebywali lekkiej postaci influenzy, wobec trudności, jakie napotyka ścisłe zebranie anamnezy u ciężko chorych szpitalnych, z wszelką stanowczością orzec jest trudno; widziałem bowiem w praktyce prywatnej ostre zapalenie płuc, które wystąpiło w dziesięć dni po przebytej bardzo lekkiej dwudniowej influenzy, przeważnie o charakterze nerwowym. Z drugiej zaś strony i o tem nie należy zapominać, że i ostre zapalenie płuc nieraz przedstawia zwiastuny kilka dni trwające, a wielce przypominające objawy influenzy, jak to wielokrotnie, szczególniej w roku 1886, w czasie panującej w Warszawie dość znacznej epidemii zapalenia płuc, przekonać się mogłem. Widziałem nawet chorych, u których przebieg początkowy tak był różnym od zwykłych objawów, że chorzy byli w stanie chodzić kilka dni pomimo obecności już wyraźnego, znacznego nasięku płucnego. Może być więc, że słusznym jest pogląd Nothnagel'a, wypowiedziany w tych czasach w Wiedniu przez niego w odczycie o influenzy, że sprawa taka usposabia tylko ustrój do przyjęcia zarazka właściwego zapaleniu płuc. Pozostaje jednakże fakt, nieulegający żadnej kwestyi, że podczas panującej u nas epidemii influenzy, podobnie jak to miało jednocześnie miejsce w Wiedniu, Berlinie i Paryżu, istniała współcześnie obszerna epidemija zapalenia ostrego płuc. Formy przytem odznaczały się pewnym nieco odrębnym przebiegiem i właściwościami, różnemi od przebiegu zwykłego zapalenia płuc.

I tak: po I-sze, wykazały one niezwykłą złośliwość w przebiegu, a mianowicie: na 14 moich przypadków zmarło 7, t. j. połowa [5 sekcyj], z liczby zaś ogólnej 36 chorych na zapalenie płuc, znajdujących się w szpitalu Ś-go Ducha w ciągu miesiąca Listopada i Grudnia roku zeszłego, zmarło 13. Stosunek ten będzie jeszcze bardziej rażącym, jeżeli zwrócimy uwagę, że w poprzedzających dziesięciu miesiącach z liczby 40 chorych na zapalenie płuc zmarło tylko 8.

Po II-e. U trzech chorych zejście fatalne warunkowane było ostrem ropnem zapaleniem opon mózgowych [2 szpitalne, z badaniem pośmiertnem, w 3-cim prywatnym objawy przyżyciowe odpowiadały w zupełności objawom, spostrzeganym u chorych szpitalnych].

Po III-e. W trzech przypadkach mieliśmy do czynienia z początku z objawami tak zwanego „zapalenia płuc środkowego", t. j. obok mocnej gorączki i ciężkiego stanu ogólnego, kilka dni z rzędu żadnych wyraźnych, objektywnych objawów nie można było wykryć, a dopiero 5-go lub 6-ego dnia występowały one wyraźnie.

Po IV-e. W 4-ech przypadkach, zakończonych śmiertelnie, badanie pośmiertne wykazało nacieczenie całego płuca *in toto* (*pneumonie massive*), a w jednym z tych przypadków obok tego istniały ogniska zapalenia zrazikowego w drugiem płucu. W 2-gim zaś przypadku wśród nacieczonego płuca w okresie

zwątrobienia szarego, istniały wyraźne ogniska ropne wielkości orzecha włoskiego.

W 2 przypadkach mieliśmy jednocześnie do czynienia z wysiękiem w opłucnej: w jednym z surowiczo-włóknikowym, a w 2-gim z surowiczo krwawym; u tychże samych dwóch chorych obok tego istniał świeży włóknikowy wysięk w osierdziu.

Jednem słowem: przypadki zakończone śmiertelnie przedstawiały się w sposób następujący:

1-szy przypadek. C. lat 28. Śmierć 19 dnia choroby. Badanie pośmiertne: *Leptomeningitis purulenta convexitalis. Hyperaemia cerebri. Oedema acutum pulmonis sinistri. Oedema partis anterioris et pneumonia crouposa partis posterioris in stadio hepatisationis griseae pulmonis dextri. Bronchitis acuta. Tumor lienis acutus. Infarctus exsanguis lienis. Obfuscatio parenchymatosa hepatis. Infarctus exsanguis renis sinistri. Cyanosis et obfuscatio parenchymatosa renum.*

2-gi przypadek. Ż. lat 60. Śmierć 21 dnia choroby. Badanie pośmiertne: *Leptomeningitis basilaris purulenta. Hyperaemia cerebri. Bronchitis acuta. Pneumonia lobularis (catharrhalis) in lobo superiori pulmonis sinistri. Pneumonia crouposa in toto pulmone dextro in stadio resolutionis. Degeneratio adiposa musculi cordis. Tumor lienis acutus. Obfuscatio parenchymatosa hepatis. Cyanosis renum.*

3-ci przypadek. B. lat 55. Śmierć 14-go dnia choroby. Badanie pośmiertne: *Oedema meningum et cerebri. Pneumonia crouposa totius pulmonis dextri in stadio hepatisationis griseae; foci abscedentes in lobo medio. Oedema pulmonis sinistri. Obfuscatio parenchymatosa musculi cordis, hepatis et renum.*

4-ty przypadek. B., lat 25. Od 6-ciu miesięcy *diabetes*. Śmierć 8 dnia choroby. Badanie pośmiertne: *Oedema cerebri et meningum. Oedema acutum pulmonis sinistri. Pleuritis seroso-sanguinolenta dextra. Pneumonia acuta lobi inferioris pulmonis dextri in stadio resolutionis. Oedema lobi superioris dextri. Synechiae valvularum* (2) *aortae. Pericarditis fibrinosa. Tumor lienis chronicus. Hepar induratum (Cirrhosis incipiens). Cyanosis renum. Dilatatio ventriculi, gastritis chronica. Atrophia pancreatis.*

5-ty przypadek. F., lat 40. Śmierć 7 dnia choroby. Badanie pośmiertne: *Pneumonia acuta fibrinosa totius pulmonis sinistri in stadio hepatisationis griseae (lobus inferior) et hepatisationis rubrae (lobus superior). Oedema pulmonis dextri. Pleuritis seroso-fibrinosa dextra. Pericarditis fibrinosa in stadio organisationis incipientis. Hypertrophia cordis. Tumor lienis acutus. Obfuscatio parenchymatosa hepatis et renum.*

Po V-te. Wreszcie w jednym przypadku, w praktyce prywatnej, spostrzegałem ostre zapalenie płuc o typie wędrującym (*pneumonia migrans*); sprawa rozpoczęła się ostro mocnym dreszczem, umiejscowiwszy się w górnym zrazie płuca lewego. Powoli opuszczała się na dół, a skończyła krytycznie 12 dnia, pozostawiwszy w rezultacie nieznaczny wysięk w opłucnej. Toż samo w jednym przypadku szpitalnym, sprawa zapalna z pełzającym charakterem miała kierunek odwrotny, posuwając się od dołu ku górze.

Tym sposobem z wykazanego widać znaczną złośliwość, ciężkie powikłania, nieprawidłowe typy przebiegu w spostrzeganych przezemnie przypadkach zapaleń płuc. Czy jednakże wszystkie powyższe ujemne właściwości należy przypisać panującej jednocześnie epidemii ifluenzowej, trudno jest cośkolwiek stanowczego wyrzec, tembardziej, że w szeregu lat ubiegłych niejednokrotnie w ciągu zimy lub też początku wiosny panowały w Warszawie dość złośliwe epidemije zapalenia płuc, przedstawiające wszelkie ciężkie właściwości przebiegu i powikłania, spotykane i w tegorocznej epidemii [zropienia, zapalenia płuc w połączeniu z żółtaczką, środkowe i t. p.]. Dość tylko przypomieć rok 1886, w którym w szpitalu Ś-go Ducha przebywało 61 chorych z zapaleniem płuc, a z których aż 17 zmarło.

Lekarzy szpitalnych jakoteż praktyków w mieście uderzyła jeszcze jedna okoliczność w czasie obecnej epidemii, t. j. znaczne zmniejszenie się przypadków tyfusu brzusznego, który zazwyczaj w ostatnich latach w miesiącach zimowych występował dosyć obficie. W roku bieżącym z rozwojem epidemii zapalenia płuc tyfus zmniejszył się do tego stopnia, że w szpitalu Ś-go Ducha w ciągu Listopada i Grudnia nie było ani jednego przypadku tyfusu. Czy istnieje pewien antagonizm między temi dwiema chorobami, trudno jest przesądzać; z faktów, spostrzeganych w naszym szpitalu, doszedłbym jednakże do wniosku przeciwnego: w roku bowiem 1886 jednocześnie ze znaczną epidemiją zapalenia płuc, istniała współcześnie również dość znaczna epidemija tyfusu. Czy jednakże z drugiej strony na słaby rozwój tyfusu mogła wpłynąć influenza, również trudno jest stanowczo wyrzec ze względu, że w roku 1889 wogóle epidemija tej choroby była słabą; w naszym bowiem szpitalu znajdowało się wszystkiego 22 tyfusowych, t. j. liczba o połowę mniejsza, niż w dwóch latach poprzednich. Wzajemny stosunek tych obu chorób, spostrzeganych w ciągu 4-ch lat ostatnich, najlepiej uwydatnia następujące zestawienie.

(*Patrz tablicę na str. 154*).

Tablica załączona, acz pod wielu względami ciekawa, nie upoważnia mnie bynajmniej do wyprowadzania na jej podstawie jakichśkolwiek wniosków ogólniejszych, dotyczących wzajemnego stosunku powyższych epidemij. Sądzę jednakże, że koledzy z innych szpitali zechcą pod tym względem uzupełnić moje spostrzeżenia, a dopiero wówczas w prawie będziemy wyciągnąć jakieśkolwiek ogólniejsze dane.

Już w poprzednich epidemijach influenzy zauważyli różni lekarze powroty nawet kilkakrotne, w czasie jednej i tej samej epidemii. Co się tyczy moich spostrzeżeń, to przypadku wyraźnego wtórnego zakażenia po zupełnie ukończonej sprawie nie spostrzegałem wcale. Natomiast spostrzegałem u kilku chorych tak zwane recydywy, które jednakże polegały na tem, że chorzy niezupełnie jeszcze zdrowi, a więc będący pod wpływem zakażenia po przebytej cięższej postaci influenzy, zawcześnie wracając do swych zajęć, doznawali, właściwie mówiąc, zaostrzenia tkwiącej w nich jeszcze sprawy: wy-

stępowały więc znowu dreszcze, gorączka, zaostrzenie kaszlu, nerwobóle i t. p. objawy. W innych przypadkach, występujące w kilka tygodni po przebytej influenzy kaszle mocniejsze, lub katary, a uważane za powroty tejże choroby, były poprostu świeżemi nieżytami dróg oddechowych, które stały się bardziej wrażliwemi na wszelkie wpływy atmosferyczne; właściwych zaś objawów, charakteryzujących początek influenzy [dreszcze, bóle w krzyżu i t. d.], w tych razach nie zauważyłem: sprawy więc takie za powroty influenzy w żaden sposób uważać nie można było.

W roku.	*Pneumonia crouposa.*		*Typhus abdominalis.*		*Typhus exanthematicus.*	
	Wogóle.	Zmarło.	Wogóle.	Zmarło.	Wogóle.	Zmarło.
1886	61	17	126	14	0	0
Szczegółowo w m. Listopadzie	5	2	1	0	0	0
„ „ Grudniu	7	1	2	0	0	0
1887	35	5	33	5	8	2
Szczegółowo w m. Listopadzie	3	0	3	0	1	0
„ „ Grudniu	4	2	5	0	0	0
1888	20	6	50	1	12	1
Szczegółowo w m. Listopadzie	2	1	5	0	0	0
„ „ Grudniu	3	1	4	0	0	0
1889	76	21	18	6	4	4
Szczegółowo w m. Listopadzie	8	3	0	0	0	0
„ „ Grudniu	28 [1])	10	0	0	0	0

Influenza

III. O WYNIKACH CHIRURGICZNEGO LECZENIA SUCHOT KRTANI.

Podał

Teodor Heryng,
ordynator szpitala Ś-go Rocha.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 6].

Dział terapeutyczny.

Mówiąc o chirurgicznem leczeniu suchot krtani, w poprzednich rozdziałach, wyraziłem się, że metoda ta prawdopodobnie nigdy nie stanie się dla wszystkich

[1]) Podobny zupełnie stosunek spostrzegał D-r GUTMANN, dyrektor szpitala Moabit w Berlinie: od początku Grudnia 1889 do 6 Stycznia 1890 r. znajdowało się w tymże szpitalu 60 chorych, dotkniętych ostrem zapaleniem płuc, z których zmarło 16. W Grudniu zaś lat poprzednich znajdowało się tylko 20 (*Berl. kl. Woch. N. 3. 1890*).

dostępną i bardzo powoli uzyska sobie prawo obywatelstwa; uznanie zaś znajdzie u tych tylko lekarzy, którzy posiadają konieczną do jej stosowania technikę. Przeczuwałem niemal, że zdanie to wywoła opozycyję i narazi mię na zarzuty, że znaczenie techniki w leczeniu suchot krtani przeceniam. Wówczas wyraziłem również przypuszczenie, że protest przeciwko nowej metodzie wyjdzie najprzód ze strony tych lekarzy, którzy już po kilku próbach, wykonanych u osób niecierpliwych, lub wrażliwych na ból — skłonni będą powodzenie jej u innych, mierzyć brakiem własnych dodatnich wyników.

Przewidywania moje poczęści się ziściły. Metoda chirurgiczna nie będzie i nie może być stosowaną przez wszystkich; wymaga ona bowiem nietylko techniki, lecz i pewnej odwagi, umiejętnego wyboru materyjału, dużej wytrwałości ze strony lekarza i nie mniejszej cierpliwości ze strony chorego. Nie przewidywałem jednak wówczas, że znajdą się lekarze, którzy zgodzą się prędzej na użycie kiurety, aniżeli na stosowanie kwasu mlecznego. A jednak fakt ten miał miejsce, jak to widzimy z wywodów Schnitzler'a, które powyżej już przytoczyłem. Zaleca on kiuretowanie i uznaje jego potrzebę przy głębokich kraterowych owrzodzeniach [1]), użycie zaś kwasu mlecznego energicznie potępia. Ponieważ wywody, na których swe zdanie opiera powyżej już krytycznie rozebrałem i jak sądzę, na podstawie doświadczenia własnego i wielu innych lekarzy skutecznie odparłem, mogę więc przystąpić teraz do omówienia kwestyi samej techniki chirurgicznego leczenia i rozbioru wyników innych środków, przezemnie przeciwko gruźlicy zalecanych.

Dalsze trzyletnie doświadczenie, oparte na dużym kazuistycznym materyjale, przekonało mnie, że dla rozpowszechnienia tej metody należy, o ile możności, dokładne postawić wskazania i podać wskazówki nietylko k i e d y ale i j a k metodę tę stosować należy.

Zaczynam od znieczulenia błony śluzowej, a więc od użycia kokainy. Pędzlowanie roztworem 15—20% dla złagodzenia utrudnionego połykania, lub dla zmniejszenia bólu przed użyciem kwasu mlecznego, lub przed łyżeczkowaniem w większości przypadków wystarcza. Wstrzykiwania kokainy do tkanki podśluzowej okazały się potrzebnemi w przypadkach rozpaczliwych, gdzie np. owrzodzenia ściany tylnej zajmowały nietylko przednią ścianę krtani, ale i powierzchnię do przełyku zwróconą. Stosowałem je również u tych chorych, u których pędzlowania kokainą z nieznanych mi powodów — odmawiały działania. W praktyce szpitalnej, gdzie zwykle wizyta lekarska raz tylko na dzień ma miejsce, możemy przy pomocy wstrzykiwania na dłuższy czas usunąć bóle przy łykaniu i choremu przynieść ulgę na 6—8 godzin. Pod tym względem porównać się one nawet nie dadzą z działaniem pędzlowań kokainą, która zaledwie na pół godziny jest w stanie usunąć utrudnione połykanie. Wstrzykiwania znajdą również swe zastosowania przy użyciu elektrolizy w krtani, metody bardzo bolesnej, wymagającej, ile możności, dokładnego znieczulenia. Szczegóły samej manipulacyi opisałem w innem miejscu; dodam tu tylko, że kilka mniejszych wstrzykiwań w miejscu, w którem bolesny rękoczyn wykonać zamierzamy, prę-

[1]) Czy Schnitzler sam stosuje łyżeczkowanie, dotąd dowiedzieć się nie mogłem, gdyż na zapytanie listowne w tym względzie nie otrzymałem odpowiedzi.

dzej wywoła znieczulenie, niżeli jedno wstrzyknięcie nieco większej ilości kokainy.

Co do wstrzykiwań emulsyi jodoformowej — to dalsze moje doświadczenia wykazały, że działanie ich w większości przypadków jest niepewne i dla tego też od nich odstąpić byłem zmuszony. Robiłem również próby ze stosowaniem mentolu u znacznej liczby chorych, zarówno w szpitalu, jak i w praktyce prywatnej, podług wskazówek, podanych przez Rosenberg'a [1]). Wyniki moje nie odpowiedziały pochwałom, jakie autor środkowi temu przypisuje. Wyznać muszę, że pod względem terapeutycznego efektu wyniki w moich przypadkach porównać się z sobą nie dały. Stosowałem mentol zarówno w formie wstrzykiwań w roztworze oleistym do wnętrza krtani, jakoteż w formie pędzlowań. Ani razu nie zdołałem po 2—3 tygodniach wytrwałego użycia tego środka uzyskać zabliźnienia. Jeżeli zmuszony byłem uciec się do innych metod, czyniłem to dla dobra chorego, na którym dalej eksperymentować środkiem słabo działającym nie widziałem potrzeby. Rozpatrując się w tablicy 57-u przypadków leczonych mentolem, podanej przez Rosenberg'a, znajdziemy w niej, że: nagłośnia zajęta była 7 razy, tylna ściana zajęta była 14 razy. W pozostałych przypadkach owrzodzenia znajdowały się najczęściej na prawdziwych, lub fałszywych strunach głosowych. Wyniki, jakie Rosenberg otrzymał, są następujące:

Na 7 przypadków owrzodzeń nagłośni, zagojenie obserwował raz jeden, u 6-ciu chorych stwierdził poprawę.

Na 14 przypadków owrzodzeń tylnej ściany, zagojenie nastąpiło 3 razy [1 raz użyta była kiureta], poprawę uzyskano 4 razy.

Próbowałem również dla oczyszczenia powierzchownych owrzodzeń stosować kwas octowy w roztworach od 10—60% i zalecany przez Stein'a kwas trójchloroctowy w stężonym roztworze. Kwas octowy z powodu zbyt silnego rozlewania się musiałem porzucić, co się zaś tyczy kwasu trójchloroctowego, dalsze doświadczenia nad nim jeszcze prowadzić zamierzam.

Przystępuję teraz do właściwego chirurgicznego leczenia, t. j. do postawienia szczegółowych wskazań do stosowania kiurety i opisu techniki, którą przez 3 lata rozwinąłem i starałem się zastosować zarówno do strun głosowych, jakoteż do leczenia cierpień wnętrza torebki Morgagni'ego.

Co do wyrobu narzędzi, muszę nadmienić, że tylko dostarczone mi przez Windler'a w Berlinie ostre łyżeczki odpowiadają wszelkim wymaganiom i tylko te polecić mogę. Sporządzone z wybornej stali — posiadają odpowiednie wygięcie, są nadzwyczaj ostre i pomimo wielokrotnego użycia nie stępiły się wcale.

Oprócz trzech kiuret różnej wielkości, o ostrzu skośnem, dodał teraz Windler kiuretę prostą z obu stron krającą przeznaczoną do łyżeczkowania górnej powierzchni strun głosowych i wolnych ich brzegów. Jest ona wykonaną podług modelu Krause'go. Tylko za pomocą w ten sposób zbudowanej łyżeczki można usuwać nasięki guziczkowe i wyrośle górnej powierzchni struny prawdziwej, czego kiuretą zagiętą dokonać poprzednio nie mogłem.

---

[1]) Therapeut. Monatshefte. H. 7, 8, 9. J. 1888.

Dla zniszczenia brzeżnych guziczków, lub nasięków strun prawdziwych, posługuję się obecnie narzędziem podobnem do pilnika, osadzonem na rączce przeznaczonej dla kiuret, w formie listewki stalowej podłużnej, na centymetr szerokiej, na 3 ctm. długiej, [fig. 1] której jedna powierzchnia nacięta w drobne ostre ząbki pozwala oderwać i zniszczyć miękkie gruźlicze wytwory. Toż samo narzędzie okazało mi się nader przydatnem do zniszczenia resztek brodawkowców (*papillomata*), szczególniej często u dzieci napotykanych. Od kilku lat bowiem wyrośla te operuję za pomocą ostrej łyżeczki, której wyższość w tego rodzaju przypadkach, nad dawniejszemi metodami przyznaje również prof. Massei z Neapolu [1]).

Fig. 1. Fig. 2.

Dla ułatwienia sobie dostępu do gruźliczo zwyrodnionych torebek Morgagni'ego, kazałem u Windler'a wykonać nożyk zgięty w kształcie haczyka [figura 2] w dwóch wielkościach, który zarówno jak i kiurety osadza się na podanej przezemnie rączce i przyjmuje wszelki żądany kierunek.

Nożykiem tym rozcinam nacieczone struny fałszywe i toruję dostęp dla łyżeczki. Samą manipulacyję wykonywam w następujący sposób. Po zupełnem znieczuleniu krtani [przyczem należy pędzlować kokainą całą wewnętrzną powierzchnię nagłośni, tylną ścianę, struny prawdziwe i fałszywe, a u osób wrażliwych nawet podniebienie i tylną ścianę gardzieli] — wprowadzam sondę krtaniową, której koniec haczykowo na prawo lub na lewo jest wygięty [w formie podanego przezemnie nożyka], do torebki Morgagni'ego w ten sposób, że przy wdechaniu wchodzę do krtani po stronie przeciwnej tej, jaką badać zamierzam, przyczem kierunek sondy nie jest prosty, lecz nieco nachylony do strony odpowiadającej torebce. Aby dostać się do niej, strunę prawdziwą nieco ku dołowi końcem sondy naciskam i do torebki wdrążam. Jak wiadomo, w $^1/_4$ przedniej *ventriculus* Morgagni posiada najgłębszą zatokę. Skoro zgłębnik w niej się znajduje, staram się ocenić jej długość w ten sposób, że podczas kiedy koniec zgłębnika dotyka wnętrza torebki, nadaję mu położenie nieco skośne. Dopiero po wprawieniu chorego do kilkakrotnego sondowania, gdy rękoczyn ten znosi już bez krztuszenia, przystępuję do rozcięcia torebki za pomocą opisanego powyżej nożyka, którego koniec i wewnętrzna sierpowata powierzchnia jest dokładnie wyostrzoną. Nożyk ten wprowadzam w ten sposób, jak to opisałem przy wprowadzeniu zgłębnika. Następnie, gdy koniec jego znajduje się w torebce, koniec nożyka kieruję ku zewnątrz. Wtedy za pomocą ruchu ku górze, a jednocześnie ku wnętrzu krtani przecinam strunę fałszywą, mniej więcej na długości 6—8 milimetrów. Operacyję tę dotąd wykonałem u 3-ch chorych, dotkniętych gruźliczym nasiękiem strun fałszywych. Ból i krwawienie było bardzo nieznaczne. Tak samo jak przy nacięciach nagłośni nacieczonej, brzegi rany zrastają się dość szybko. Odczyn zapalny był nie wielki, w dwóch przypadkach efekt bardzo wydatny; obrzmienie bowiem zapalne struny

[1]) Archiv of Laryngology r. 1889.

zmniejszyło się znacznie i uwydatniła się nie widoczna poprzednio struna prawdziwa.

Przechodząc do techniki łyżeczkowania nasięków i owrzodzeń gruźliczych, postaram się wskazania do tej manipulacyi szczegółowiej rozwinąć, opierając się na doświadczeniu, ugruntowanem na przeszło 60 spostrzeżeniach.

Wskazanem i koniecznem będzie kiuretowanie przy wszelkich ograniczonych nasiękach gruźliczych, choćby one dążności do rozpadu nie zdradzały. Tutaj rękoczyn ten ma na celu zapobiedz ogólnemu zakażeniu, przez usunięcie ogniska zakaźnego. Przeciwwskazaniem nie może tu być nawet przy daleko posuniętej sprawie płucnej z charakterem rozpadowym ani upadek sił, ani liche odżywianie, a nawet pewien stopień gorączki. Jeżeli tylko ta ostatnia nie ma charakteru hektycznego, jeżeli tylko możemy się spodziewać, że sprawa w płucach może się jeszcze ograniczyć, winniśmy w początkowym okresie nasięku usunąć takowy — raz dla tego, że stanowi ognisko zakażenia dla krtani, powtóre, że wcześniej czy później przejdzie w rozpad, wywoła zapalne obrzęki, sprowadzi utrudnione połykanie i, co za tem idzie, niemożność odżywiania chorego, a więc zamknie nam wszelką drogę do uzyskania poprawy, lub wyzdrowienia. Z drugiej znowu strony doświadczenie nauczyło nas, że nawet u osób wyniszczonych, gorączkujących, owrzodzenia gruźlicze odpowiednio leczone mogą się jeszcze zabliźnić i że w ten sposób, choćby szanse wyzdrowienia ze względu na stan ogólny i stan płuc były minimalne, interwencyja nasza, jako usuwająca dokuczliwe bóle przy łykaniu, męczący kaszel, czasami groźne objawy zwężenia — jest nietylko usprawiedliwioną, ale ze względów humanitarnych konieczną. Tych wskazań, uzyskanych na drodze osobistego doświadczenia, potwierdzonego już przez innych lekarzy, nie zdołają osłabić ani teoretyczne wywody przeciwników tej metody, ani nawet przykrości od niej nieodłączne.

Jeżeli sprawa ograniczonych nasięków gruźliczych występuje pierwotnie w krtani, jak to najczęściej ma miejsce na ścianie tylnej, wczesne usunięcie ich może na lata całe zapobiedz nietylko dalszemu zniszczeniu tego narządu, ale rozszerzeniu się jego na płuca, bądź drogą wdechania wydzieliny bogatej w laseczniki, bądź drogą zakażenia tkanek za pośrednictwe naczyń limfatycznych, lub krwionośnych. Że tak jest istotnie, za tem przemawia cały szereg opisanych spostrzeżeń.

Jak to wspomniałem w mej pracy, kiureta znajdzie swe zastosowanie: *a*) przy ograniczonych nasiękach ściany tylnej, *b*) przy nasiękach i głębokich owrzodzeniach strun fałszywych, *c*) przy owrzodzeniach i nasiękach tylnego i dolnego odcinka nagłośni, *d*) przy owrzodzeniach górnej powierzchni strun głosowych prawdziwych, gdy mamy do czynienia bądź z owrzodzeniem wargowem [rozszczepienie struny], bądź z wytworami bujania na wyrostkach głosowych, lub na górnej jej powierzchni, *e*) przy guzowatych, polipowych wyroślach natury gruźliczej — najczęściej ze strun wyrastających.

Stosowanie kiurety na górnym odcinku nagłośni (*pars suprahioidea*), zarówno jak na więzach bocznych (*lig. ary-epiglotica*), jest technicznie trudnem, często niedokładnem, czasem niewykonalnem. Do tych właśnie okolic starałem się zastosować leczenie za pomocą elektrolizy, które w innem miejscu uwzględnię.

Jako zasadę powinniśmy postawić, aby łyżeczkowaniem usunąć wszystkie części nacieczone, zwyrodnione, przerosłe i dotrzeć, o ile to możliwe, do zdrowej tkanki. Wynik będzie więc tu zależał od dokładnego wykonania samego rękoczynu, od umiejętnego użycia narzędzia. Można w tym kierunku postawić wprawdzie ogólne prawidła techniki, niepodobna jednak nauczyć kogoś kiuretowania, opisując samą metodę.

Wspomniałem już, że przy łyżeczkowaniu nasięku ściany tylnej, jeżeli on sięga wysoko, to jest aż do czubków chrząstek Santorini'ego, wydarzyć się może, że górna część nasięku, granicząca z tkankami jeszcze zdrowemi, przeciąć się nie daje, i że w takim razie dla wydobycia podciętego już kawałka należy górny koniec oddzielić ostremi kleszczami. Zwróciłem już uwagę na potrzebę tego dopełniającego rękoczynu w odpowiednim rozdziale mej pracy. Ostre kleszczyki będą również z korzyścią zastosowane przy niewielkich półokrągłych nasiękach bocznych więzów, lub przy brodawkowych, soplistych, więcej tkanko-łącznowych, a więc twardych wyroślach, szczególniej na ścianie tylnej. Podzielając słuszność podanych przezemnie wywodów, Krause skonstruował kiuretę podwójną (*Doppelkiurette*), wyrabianą w dwóch wielkościach, którą wielokrotnie wypróbowałem i dotąd się nią posługuję. Nadaje się ona doskonale w omówionych już powyżej przypadkach, szczególniej przy nasiękach więzów bocznych, strun fałszywych, lub brodawkowych wyroślach górnej powierzchni ściany tylnej.

Z powodu wielkości rozwartych ramion, manipulowanie nią wymaga dużej wprawy i jest zdaniem mojem od użycia kiurety trudniejszem. Przedstawia przytem tę niedogodność, że gdy ujęty kawał nacieczonej tkanki jest większy od okienka kiurety, takowa z trudnością tylko, t. j. przy użyciu dużej siły przecina, czasami wyjąć się nie daje, lub też zmusza do wyrwania całego kawała tkanki. Przy pewnem doświadczeniu ujemna ta strona kiurety podwójnej daje się uniknąć. Nie mogę się jednak zgodzić na zdanie Krause'go, jakoby ona zastąpić mogła podaną przezemnie łyżeczkę. Również, opierając się na bardzo znacznej liczbie dokonanego łyżeczkowania, mogę zapewnić kolegów, że przypadki, w których kiuretą nie zdołałem usunąć dużego kawałka tkanki, należały do wyjątkowych — i że zaledwie kilka razy musiałem się uciec do kleszczyków ostrych. Posługując się narzędziami Windler'a, operując zawsze pod kierunkiem lustra, bacząc dokładnie, w którem miejscu łyżeczka wdrąża w naciek, żłobiąc nią więcej, niż krając, wydobywam nieraz kawałki tkanki na centymetr blizko długie, czasami grubości 5—6 milimetrów.

Wspominałem już poprzednio, że w rzadkich tylko przypadkach stosowałem po łyżeczkowaniu kwas mleczny, natomiast prawie zawsze wdmuchuję na świeżą ranę mieszaninę jodolu z kwasem bornym. Po operacyi stosuję często w ciągu dnia pędzlowania z kokainy, zalecam okłady lodowe, kawałki lodu do łykania, lub lody, zabraniam przez kilka dni mowy i użycia gorących lub ostrych pokarmów i płynów.

Przy tego rodzaju postępowaniu zwykle utrudnione połykanie po kilku dniach ustępuje, obrzęki się zmniejszają i stosownie do rozległości procesu za-

bliźnienie następuje po dziesięciu lub piętnastu dniach. W razie przeciwnym kiuretowanie powtarzam, lub uciekam się do metody innej, t. j. do elektrolizy.

Jak to już kilkakrotnie w pracy mej wspomniałem, pomyślne wyniki zarówno stosowania kwasu mlecznego, jak i łyżeczkowania, zależne są nietylko od wyboru odpowiednich przypadków, lecz i od umiejętnego ich zastosowania. Tak samo zapatruje się na tę kwestyję Beschorner w gruntownej i wybornej swej pracy: „O miejscowem leczeniu suchot krtaniowych".

Wskazane tu metody mają naturalnie swe granice, a nawet bardzo ścisłe granice. Nie ulega żadnej kwestyi, że metoda, wymagająca wyrobienia się w kierunku, nie u wszystkich, jednakowo rozwiniętego, jak każda wogóle energiczna i ryzykowna manipulacyja, może zamiast poprawy wywołać pogorszenie, może prowadzić do nadużyć, może zaszkodzić choremu, zrazić lekarza. Przeciwskazaną będzie, jak już to wspomniałem, u chorych, dotkniętych rozległemi zniszczeniami miąższu płucnego, gdy przytem krtań cała jest siedliskiem rozległych, głębokich zniszczeń. Również rozlane nasięki nagłośni, więzów bocznych, tylnej ściany, *ceteris paribus*, stanowią przeciwskazanie do wszelkich bolesnych rękoczynów, a więc: do użycia kwasu mlecznego, do noża, lub kiurety.

W przypadkach zmian głębokich, przechodzących z krtani do górnego odcinka tchawicy, do której dostęp jest bardzo trudny, lub niemożliwy, użycie łyżeczkowania uważam za przeciwskazane, tak samo jak przeciwskazanem będzie w przypadkach, w których owrzodzenia gruźlicze i rozległe nasięki przeszły na przełykową powierzchnię ściany tylnej, doprowadziły da zapalenia ochrzęstnej, do zniszczeń chrząstek, do otwarcia stawu nalewko-obrączkowego. W takich przypadkach celem leczenia miejscowego będzie przedewszystkiem zniesienie utrudnionego połykania, który to cel najłatwiej za pomocą wstrzykiwań podśluzowych kokainy osięgnąć się daje.

Na pierwszym planie postawię tutaj dezynfekcyję nieczystych owrzodzeń za pomocą wziewań antyseptycznych [kwas karbolowy, lub wdmuchiwania jodolu, zmieszanego nawpół z kwasem bornym, lub wreszcie wstrzykiwania 20% roztworu mentolu w olejku migdałowym].

Co do wartości przecięcia krtani przy tych formach suchot krtaniowych, które wcześnie prowadzą do objawów zwężenia krtani, do której wskazania przez M. Schmidt'a ściśle i wyczerpująco postawionemi zostały, mogę tylko nadmienić, że autor ten, jak mi to wiadomo, w niektórych przypadkach zdołał przez energiczne wyskrobanie łyżeczką produktów gruźliczych, uniknąć tej ewentualności. Bliższe szczegóły w tej kwestyi zamierza on wkrótce ogłosić drukiem.

Co się tyczy szerokich nacięć nagłośni, lub tylnej ściany, znajdują one swe wskazania tylko przy bardzo rozległych obrzękach zapalnych nagłośni, więzów bocznych, lub tylnej ściany, które najczęściej zależne są od zapalenia ochrzęstnej, lub są oznaką wytworzonej już nekrotycznej sprawy, niekiedy ropnego zapalenia stawów obrączko-nalewkowych. Nacięcia znoszą w takich razach napięcie tkanki, zmniejszają obrzęki i ból, czasami zapobiedz mogą wystąpieniu zwężenia krtani natury zapalnej.

Muszę tu jeszcze uwzględnić zarzut, podniesiony przez Schroetter'a, jakoby łyżeczką nie zawsze można było usunąć wszystkie złogi krtani i zapobiedz

powrotom choroby. Dużo tu zależy od wyboru przypadków; trzeba bowiem wybierać głównie takie, w których dostęp do części chorych jest możliwym Nie ulega kwestyi, jak to już wspomniałem, że nie wszędzie kiuretą dotrzeć można; chociażby jednak manipulacyja ta nie dała się wykonać z należytą i pożądaną dokładnością, samo już usunięcie bardzo znacznego pokładu tkanek zwyrodnionych, podtrzymujących zapalenie i drażnienie, a zawierających dużą ilość laseczników, ułatwia n a t u r z e eliminacyję gruźliczych produktów, przyśpiesza wytworzenie zdrowej ziarniny i daje pochop do tak pożądanej sprawy zabliźnienia. Dla mnie możność wessania nasięku gruźliczego nie ulega wątpliwości. Naturalnie zależy to od rodzaju nasięku. Musimy bowiem rozróżnić dwojakiego rodzaju nacieki gruźlicze. Pierwszy — charakteryzuje się pojawieniem się w tkance podśluzowej n i e l i c z n y c h guziczków, które histologicznie określić można jako gruzełek siatkowy. Zawierają one prawie stale komórki olbrzymie, dużo komórek epitelioidalnych i przedstawiają się w formie okrągławych, dość ściśle odgraniczonych tworów. Jak to już wspomniałem w części anatomicznej, zawierają one bardzo nieliczne laseczniki, najczęściej złożone w komórkach olbrzymich. Tkanka pomiędzy temi ogniskami zwykle nie jest zbyt zmienioną; ilość komórek limfoidalnych jest niewielką. Te właśnie formy, przy których zgrubienie części, będących siedliskiem choroby, jest nieznaczne, barwa błony mniej lub więcej czerwona, mogą trwać dość długo, nie przechodząc w rozpad. Pokład nabłonka ponad niemi jest mało zmieniony, lub też przerosły, niekiedy w formie palczastych, wgłąb tkanki drążących tworów. Wcześniej lub później i te jednak ogniska stają się punktem wyjscia owrzodzeń i rozpadu i naturalnie źródłem zakażenia dla tkanek otaczających. Usunąć je za pomocą kiurety będzie, wobec ograniczenia sprawy, pierwszem i racyjonalnem wskazaniem. Druga forma rozlanego nasięku gruźliczego pod drobnowidzem zupełnie odmiennie się przedstawia. Tutaj zmiany rozpoczynają się najczęściej pod samym nabłonkiem, zwykle już zmienionym, rozpulchnionym. Tuż pod nim znajdujemy r o z l a n y drobnokomórkowy naciek gruźliczy. Wniknął on wszędzie, zarówno pomiędzy gruczoły śluzowe i ich wyloty, jakoteż pomiędzy naczynia krwionośne, niszczy pierwsze, drugie zwęża i zwyradnia bądź za pośrednictwem *endo* lub *periarteriitis tuberculosa*. Tkanka, pozbawiona w ten sposób dopływu krwi i soków odżywczych, obumiera i szybko przechodzi w rozpad, w owrzodzenie. Przyspiesza tę sprawę ogromna ilość laseczników gruźliczych, tworzących nieraz całe pokłady pod nabłonkiem położone, które, nadając wydzielinie charakter zakaźny, szerzą zniszczenie i stają się powodem coraz to nowych ognisk gruźliczych. Klinicznie formie tej towarzyszy bladość tkanek, zgrubienie ich bardzo znaczne, obrzęki zapalne i skutkiem rozpadu zniszczonych gruczołów śluzowych powstanie głębokich kraterowych owrzodzeń. Jeżeli naokoło tych ostatnich nie znajdziemy objawów odczynowego zapalenia tkanki łącznej w formie soplistych wyrośli, które uważać należy j a k o z b a w i e n n y o d c z y n t k a n k i z d o l n e j j e s z c z e d o p r o d u k o w a n i a b l i z n y, użycie łyżeczki, za pomocą której pewne tylko części usunąć się dają, podczas kiedy większość produktów zniszczoną być nią nie może, nie będzie miało racyjonalnego wskazania.

Przytoczone tu wywody nie są bynajmniej oparte na teoretycznych rozumowaniach, lecz są wynikiem starannych, przez długi czas prowadzonych anatomo-patologicznych poszukiwań. Na dołączonej tablicy II-ej w książce mojej [Fig. 3] przedstawiłem przecięcie tylnej ściany poprzednio łyżeczkowanej, w której wgłębi pozostał tylko jeden konglomerat gruzełków w formie owalnego ogniska, otoczonego świeżo wytworzoną tkanką łączną. Komórki olbrzymie, rozrzucone gdzieniegdzie wśród nacieku drobnokomórkowego, przedstawiają cechy regresyjnych zmian, których ostatecznym wynikiem jest stłuszczenie i częściowe wessanie elementów komórkowych. Wiadomo, że niektóre formy gruzełków po otorbieniu się ulegają częściowemu zwapnieniu. Na tej drodze pozbywa się ustrój produktów szkodliwych, od chwili, w której laseczniki gruźlicze, obumierając, przestają być bodźcem zarówno do miejscowej irytacyi, jak i do dalszego zakażenia. Preparat, który odrysowałem ma dla mnie dlatego tak ważne znaczenie, że demonstruje *ad aculos* możliwość takiej sprawy i wyjaśnia, wśród jakich warunków sprawa ta przychodzi do skutku.

Wywody tu pomieszczone, potwierdzone przez prof. Virchow'a, niechaj będą odpowiedzią na zarzut, postawiony przez Schroetter'a, co do doniosłości metody łyżeczkowania. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

4. I. Landolt. O cierpieniach ocznych, występujących w przebiegu obecnie panującej epidemii (influenzy).

II. Rozprawy, w tymże przedmiocie podjęte na posiedzeniu w Towarzystwie okulistów paryzkich, oraz

III. na posiedzeniu w paryzkiem Towarzystwie medycyny praktycznej.

I. Prof. Landolt spostrzegał podczas ostatniej w Paryżu panującej epidemii influenzy liczne przypadki cierpień ocznych. Te powikłania ze strony przyrządu wzrokowego są godne zaznaczenia, gdyż uzupełniają wykaz przejawów tak niezwykłego zaburzenia w ustroju, a nadto zasługują na uwagę ze względu, że, występując w następstwie takiego zaburzenia, mogłyby nieświadomych sprowadzić na manowce przy rozpoznaniu, oraz przy ocenie natury tych objawów.

Do najpospolitszych chorobowych przejawów zalicza się tu n i e ż y t b ł o n y ł ą c z n e j o k a — i nie dziw, gdyż błona śluzowa oka i nosa stanowią jednę całość, ztąd więc, rzecz prosta, wszelka sprawa zapalna, tkwiąca w błonie Schneider'a, łatwo może rozszerzyć się, atakując i błonę śluzową oczu. Nie jest tu jednak mowa o zwykłem nastrzykaniu naczyń łącznicy, towarzyszącem nieżytowi nosa przy influenzy, lecz o szczególnem zapaleniu łącznicy, występującem zazwyczaj w okresie wyzdrawiania. Ten objaw chorobowy dotyczy tak części gałkowej, jak i części powiekowej łącznicy. Nastrzykanie krwią naczyń włosowatych gałki jest w tym razie o wiele więcej wyraźnem, niż przy prostym nieżycie łącznicy, a nadto ma więcej fijołkowego odcienia — co, jak wiadomo, świadczy, że i powierzchowne warstwy białkówki współuczestniczą w sprawie zapalnej. Na łącznicy powiek spostrzega się obrzmienie t. zw. mieszków (*follicula*), zawartych w tej błonie, tak nieraz wydatne, że powierzchnia

łącznicy powiek wydaje się jakby aksamitną, a ztąd jej wygląd mocno przypomina okazy mieszkowatego nieżytu (*conjunctivitis follicularis*). Silny światłowstręt, łzawienie, obfitsze wydzielanie się łez, czasem też wraz ze śluzowo-ropną wydzieliną z błony łącznej: oto zboczenia czynnościowe, zwykle tu spostrzegane. Lecz niekiedy zapalenie łącznicy ma wielką skłonność do kojarzenia się z zapaleniem tkanki przyłącznicowej (*episcleritis*), przy objawach uporczywego, ściśle ograniczonego, głębokiego nastrzyknięcia białkówki (*injectio scleralis profunda*), przy bólach przenikliwych, promieniejących z gałki ku czołu, ku brwiom i ku skroniom. Skoro sprawa zapalna dotyczy li-tylko błony łącznej, wówczas nie trwa dłużej nad 15 dni; skoro zaś ta sprawa rozpostarła się w błonie białkowej, wówczas jej przebieg jest nader powolny, a zarazem całe cierpienie nie łatwo podatne wszelkiemu leczeniu.

Do objawów chorobowych, występujących w tejże epidemii, zaliczyć też należy opuchlinę powiek (*oedema palpebrarum*). Jestto mniej lub więcej wydatne obrzmienie tych błoniastych zasłon gałek ocznych. Umiarkowanie rozwinięta opuchlina powiek wydarza się tu nieraz spółcześnie z zapaleniem łącznicy, nadając tej chorobie odrębne piętno; lecz spostrzega się też u chorych, grypą dotkniętych, opuchlinę powiek, jako taką, jako wyłączne cierpienie oczu, ściśle ograniczone w obrębie powiek. Występuje ono wówczas w okresie wyzdrawiania. Raptownie, najczęściej podczas nocy, puchną powieki. Przy przebudzeniu się obrzmienie jest tak znaczne, że powieki zupełnie zasłaniają gałki oczne, jak w przypadkach urazowej opuchliny powiek („podbite oczy“ — „*l'oeil poché*“). Na powierzchni powiek skóra ma barwę blado-różową, zaczerwienienie skóry nigdy nie jest w tym razie zbyt wyraźnem, nic nie zbliżonem do ciemno-czerwonego zabarwienia powiek właściwego dla róży. Opuchlina jest miękka: przy lekkiem dotknięciu palec łatwo wytwarza zagłębienie — „dołeczek“, co dowodzi, że sama skóra nie uczestniczy w chorobowej sprawie. Przy tem cierpieniu powiek brak wszelkich bólów; choremu jedynie zawadza, że ma oczy zamknięte. Taka opuchlina powiek bynajmniej nie okazuje najmniejszych cech złośliwości: rozchodzi się szybko tak, że cały stan chorobowy trwa ogółem nie dłużej nad dwa tygodnie.

Nareszcie, często po przebyciu influenzy wytwarzają się ropnie górnej zwłaszcza powieki. Występują one w czasie, kiedy inne objawy ogólnego cierpienia ustąpiły, a niekiedy nawet w kilka tygodni po ostatecznem wyzdrowieniu. Ciepłota ciała zwiększa się, bolesne rwanie w powiece, a zarazem silny ból głowy i bezsenność dokuczają choremu. Wkrótce spostrzega się obrzmienie górnej powieki, które nieraz tak jest znacznem, że ogarnia okolicę brwi i skroni. Ciemno-czerwone zabarwienie skóry mogłoby doprowadzić do przypuszczenia, że to jest róża; lecz chełbotanie [zresztą nie łatwe do wykrycia z powodu powierzchownej opuchliny w tej okolicy] zdradza obecność ogniska ropnego. Przez głębokie nacięcie daje się upływ znacznemu strumieniowi silnie cuchnącej ropy. Taki ropień górnej powieki nie wywiera bynajmniej szkodliwego wpływu na gałkę oczną; przebieg tego cierpienia jest szybki, a leczenie trwa przeciętnie dwa tygodnie.

Te zewnętrzne cierpienia oczne zdają się pospolicie występować u osób, przychodzących do siebie po przebytym gorączkowym nieżycie nagminnym [grypa, influenza]. Sprawozdawca spostrzegał w ostatnich czasach częste przypadki cierpień łącznicy oraz samoistnej opuchliny powiek, w przypadkach tych rzeczywiście uderzały szczegóły, jakie w swej pracy Landolt zaznacza. Tak częste po przebyciu influenzy ropnie powiek, zdaniem sprawozdawcy, biorą swój początek w gruczołkach Meibom'a i są właściwie olbrzymiemi jęczmykami (*hordeola*), które tu mają prawdziwe upodobanie do górnej powieki. Pomienione powikłania influenzy nie okazują nigdy cech złośliwości. Wczas i właściwie leczone ustępują szybko. Co do ropni, ważnem jest wczesne ich rozpo-

znanie, a zatem energiczny zabieg, odpowiadający wszelkim zasadom ogólnej chirurgii.

II. Gorecki, prócz pomienionych powikłań grypy, spostrzegał u chorych, będących w wieku od lat 37 do 50 następujące objawy chorobowe, podobne do tych, jakie zauważono w przyrządzie wzrokowym po przebytej błonicy, lub też po przebyciu innych ciężkich cierpień ustroju. Chorobowe objawy oczne, zaznaczono przez Goreckiego, są następujące: niedosłep [? Spr.], osłabienie lub też skurcz akomodacyi, niedowład zbieżnych ruchów oczu, wreszcie trudność rozróżniania barw. Inni z obecnych na tem posiedzeniu okulistów podają różne spostrzeżenia cierpień oczu, wynikłych jakoby wskutek influenzy: Parent leczył chorego, dotkniętego prawdziwą migreną oczną, która nie ustępowała przy zażywaniu chininy, a znacznie została złagodzona przez antipyrynę; Valude opisuje przypadek, w którym po wysypce wypryskowej na powiekach i nosie (*herpes febrilis*) wystąpiło porażenie nerwu okoruchowego. Jeden z chorych D-ra Chevallereau — drukarz z zawodu — widział rzeczy w rozmiarach zmniejszonych [?! Spr.].

III. Gillet de Grandmont odróżnia, prócz trzech typów, nerwowej, nieżytowej i gastrycznej grypy, trzy okresy, z których pierwszy zaznacza się zaburzeniami nerwowemi, drugi objawami nawału krwi do różnych narządów, trzeci zaś wycieńczeniem ustroju. G. sądzi, że każdemu z tych okresów odpowiadają odmienne zaburzenia w przyrządzie wzrokowym. W pierwszym okresie istnieje bolesność przy poruszaniu oczu tak, że chory woli przymknąć powieki, żeby uniknąć wszelkich ruchów gałek ocznych. W okresie nawału krwi, choremu silnie dokuczają świetlne, iskrzące się błyski — objawy te występują skutkiem zaburzeń w krążeniu krwi w siatkówce; przy nadmiernym nawale krwi do oczu, wydarzyć się może nawet zapalenie ciałka szklistego, oraz następcze zmętnienie tegoż, a niekiedy nawet drobne, jak proso, wybroczyny krwawe w siatkówce, lub w naczyniówce. W tym też okresie raz już przebyte cierpienia rogówki i tęczy wznawiają się w niezwykle ostrej postaci. Wreszcie, w okresie wycieńczenia ustroju występują objawy oczne, nieraz przerażające chorych, jako to: osłabienie czynności mięśnia przystosowawczego, które, np. wielu nadwzrocznym (*hypermetropia*) chorym naraz odbiera możność rozpoznawania przedmiotów w dalszej, a tem bardziej bliższej odległości. Duboys de Lavigerie najczęściej ze wszystkich objawów ocznych influenzy spostrzegał osłabienie akomodacyi, stawia zresztą je na równi z takimże chorobowym objawem, występującym po błonicy i w przebiegu cierpień dnawych (*arthritis*); obok tego objawu najczęstszemi zdają się być bóle, tkwiące w oczodole. Leblanc twierdzi, że przy zaburzeniach w przewodzie pokarmowym, wydarzających się u koni przy grypie, niejednokrotnie zaznaczano powikłania z cierpieniami oczu, zwłaszcza z jaskrą (*glaucoma*), które często doprowadzały do utraty wzroku. *Br. Ziemiński.*

(1) (*La Semaine Médicale. Nr. 3.* 1890).
(3) (*Le Progrès Médical. Nr. 4.* 1890).

* * *

Już po złożeniu niniejszego sprawozdania w Redakcyi poznałem pracę kol. Bolesława Wicherkiewicza z Poznania: „O wpływie grypy epidemicznej na oko". [Przegląd Lekarski Nr. 6 z r. b.]. Zdanie tak sumiennego i poważnego klinicysty ze wszech miar zasługuje na uwagę, ztąd też uznałem za stosowne — choć w treściwym wyciągu — zapoznać i czytelników Gazety Lekarskiej z wynikiem spostrzeżeń, przez kol. Wicherkiewicza dokonanych.

Sądzić można, że grypa — ogólne cierpienie niewątpliwie pasorzytowej natury — tak w pandemijach, w różnych czasach występujących, jak i podczas epidemij, wybuchających w odmiennych warunkach [klimatycznych, czy też innych], jest w stanie odmiennego rodzaju wpływ wywrzeć na oko. Nie dziw więc, że opinija poznańskiego kolegi różni się poniekąd ze zdaniem wyż podanych i innych

[Zuelzer, Bezly, Thorne] autorów; jest bowiem owocem spostrzeżeń, w przyrządzie wzrokowym zaznaczonych, wyłącznie w czasie ostatniej w Poznaniu panującej epidemii grypy.

Jakkolwiek autor ze słuszną starannością unika „dopatrywania się“ nieistniejących powikłań grypy z cierpieniami ocznemi, nie przeczy jednak, opierając się na własnem doświadczeniu, iż grypowy zarazek, dostawszy się do ustroju, wywołać może w przyrządzie wzrokowym pewne objawy z właściwemi sobie znamionami. Kol. W. nie uważał bynajmniej: ani, aby w czasie epidemii grypy [w Poznaniu] zajęcia łącznicy częściej zachodziły, ani też, aby się szczególnem znamieniem odznaczały. Że zarazek na błonie łącznicowej mniej żyzne znajduje pole, przypisuje autor tej okoliczności, iż właśnie oko, przynajmniej raz dziennie, umywając twarz, oczyszczamy z osadzających się tamże drobnoustrojów. Że w okresie gorączkowym przy silnie podniesionej działalności serca, łącznica bywa przekrwioną, że powstaje światłowstręt, ból przy akomodacyi i ból oczodołowy, to już są, zdaniem autora, wtórorzędne skutki szybszego obiegu i większego napływu krwi do tego narządu, ale nie mają nic wspólnego z wpływem zarazka na oko. Natomiast spostrzegał Kol. W. w bezpośredniem następstwie influenzy cierpienia oczne, których związku z tąż chorobą zaprzeczyć nie można, a które odznaczają się pewną odrębnością. Takiemi są: po jednej tylko stronie występujące zapalenie tkanki przyłącznicowej (*episcleritis*), zazwyczaj z nabrzmieniem i silnem przekrwieniem przylegającej fałdy półksiężycowej, jako też i mięska łzowego; dalej, zwykle jednostrony nerwoból nadoczodołowy i podoczodołowy, przeciw któremu najskuteczniej działały w początkach środki napotne [salicylan sodu], a później miejscowa hydropatyczna opaska — w jednym przypadku tego rodzaju obustronnego nerwobólu stwierdził autor lekkie porażenie akomodacyi; wreszcie ropnie niektórych tkanek ocznych [w obrębie powiek i oczodołu], tworzące się w towarzystwie lub w następstwie grypy.

Ostatecznie, nie przesądzając o przyczynowym związku z grypą, zaznacza Kol. W. częste pojawienie się pryszczykowych zapaleń tak łącznicy, jako też rogówki nietylko u dzieci, ale także u dorosłych.

Spostrzegane przez autora powikłania grypy z cierpieniami oczu nie dawały złego rokowania. *Br. Ziemiński.*

Wiadomości bieżące.

— Dowiadujemy się z pewnego źródła, że istnieje projekt przeniesienia Szpitala Ś-go Rocha. Rokowania odpowiednie są w toku i mają wszelkie szanse powodzenia. Mają one na celu zamianę zabudowań obecnych szpitala na posesyję, nabytą przed niedawnym czasem przez p. J. Blocha, a zajmowaną przedtem przez fabrykę tabaczną „Union“, dawniej L. Kronenberga. Posesyja ta ze wszech miar dogodną jest do pomieszczenia szpitala, tak, że koszta przeróbki byłyby nawet niewygórowane. Samo się przez się rozumie, że szpital Ś-go Rocha zostałby znacznie powiększonym, gdyż, o ile napozór sądzić można, w nowem pomieszczeniu mogłoby się zawierać, co najmniej, 300 łóżek. Nie potrzebujemy wspominać, jak znaczne korzyści urzeczywistnienie tego projektu przyniosłoby biednej ludności Warszawy i jak gorąco pragnąć należy pomyślnego rozwiązania tej kwestyi.

— Wyszedł z druku zeszyt IV-ty Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego za r. 1889. Obok kilku prac oryginalnych i protokółów z posiedzeń naukowych, spotykamy w nim nowy dział, a mianowicie: „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego“ [za r. 1887]. Jest to dział niezmiernie ważny i mamy nadzieję, że odtąd stale pojawiać się będzie w Pamiętniku. Wogóle ten jedyny archiw w naszem piśmiennictwie lekarskiem, pomimo wielu trudności, bardzo pokaźnie się rozwija. Życzyćby należało, aby większość lekarzy poparła ów rocznik, tembardziej, że cena jego za przeszło 60 arkuszy druku z rycinami jest bardzo nizką, bo rs. 3.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.** Redaktor odpowiedzialny D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою, Варшава 8 Февраля 1890 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.