

MEDYCYNA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do sprawy stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej w celach leczniczych. Podał D-r B. Korybut-Daszkiewicz. — O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej. Podał L. Kozicki. (Dokończenie). — Metoda „leczenia w łóżku“ (Bettbehandlung) chorych umysłowych. Napisał A. Wizel. (Ciąg dalszy). — **WYKŁADY KLINICZNE.** Najnowsze poglądy na kamieć żółciową. Podał W. Rubin. — **STRĘSZCZENIA I WYCIĄGI.** 16. O leczeniu rzeżączkowego zapalenia przyjądrza preparatami salicylu. — **Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO.** Posiedzenie z dnia 20 stycznia 1900 r. — **ODCINEK.** Wskazówki praktyczne o dżumie, opracowane przez niemiecki urząd zdrowia. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **ZMARLI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Korybut-Daszkiewicz — Contribution à la thérapie par le sérum antistreptococcique, 2) D-r S. Kozicki — Sur la valeur thérapeutique du sérum antistreptococcique. 3) D-r A. Wizel — Sur le traitement des aliénés par la méthode d'alitement.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Korybut-Daszkiewicz — Ein Beitrag zur Behandlung mittels des Antistreptococcenserum. 2) D-r S. Kozicki — Ueber den therapeutischen Werth des Antistreptococcenserum. 3) D-r A. Wizel — Die Bettbehandlung der Irren.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Przyczynek do sprawy stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej w celach leczniczych.

Podał

D-r BOHDAN KORYBUT - DASZKIEWICZ.

Obszerna praca kol. Kozickiego, oparta na obfitej literaturze przedmiotu i dziewięciu własnych przypadkach, w których stosowanie surowicy w celu leczniczym było przeprowadzone z zachowaniem pożądaných warunków dla badania i dało, bądź co bądź, zachęcające wyniki, ośmiela mnie do opisanía na tem miejscu przypadku, spostrzeganego przeze mnie w roku 1897-ym. Ponieważ nie zdarzyło mi się ze względu na warunki praktyki prowincjonalnej przeprowadzić odpowiednich doświadczeń u innych chorych podobnego rodzaju przy możliwości codziennego ich obserwowania, nie chciałem pojedynczego przypadku podawać do wiadomości; dziś, jak to wyżej zaznaczyłem, zachęca mnie do tego praca kol. Kozickiego. Żałuję mocno, że z po-

wodów odemnie niezależnych badanie bakteriologiczne w moim przypadku dokonane nie było, to też, powstrzymam się od wysnuwania dalej idących wniosków, przestając przedewszystkiem na możliwie dokładnym opisie spostrzeganego przypadku, na podstawie notatek z praktyki mojej w Siedl-
cach gub.

Chorą przez czas dłuższy obserwowaliśmy wspólnie z kol. PAWŁOWI-
CZEM, widywali ją i inni miejscowi koledzy, a prócz tego z Warszawy odwie-
dzali ją koledzy BORYSSOWICZ, SOKOŁOWSKI i CIECHOMSKI. Wszyscy jedno-
zgodnie rozpoznawaliśmy ciężką postać zakażenia połogowego i na roko-
wanie zapatrywaliśmy się bardzo wątpliwie.

Historia choroby przedstawia się, jak następuje:

W dniu 17 października 1897 roku zostałem wezwany do ośmnastoletniej
mężatki, żydówki, która poprzedniego dnia, około 24 godzin przed mojem
przybyciem, urodziła po dwudniowym ciężkim porodzie żywą dziewczynkę,
obsługiwała ją przy porodzie jedna z licznych babek, uważających, naturalnie,
za swój najświętszy obowiązek możliwie częste badanie rodzącej brudnymi
rękami (fakt sprawdzony); pierwsze badanie, jak się o tem dowiedziałem,
miało miejsce na 48 godzin przed ukończeniem porodu. Wezwano mnie z po-
wodu gorączki (bez poprzedzających dreszczów), silnego bólu głowy, upor-
czywych wymiotów u chorej i uczucia ogólnego rozłamania.

Znalazłem (17. X. 97. o godz. II rano) chorą średniego wzrostu, bardzo
umiarkowanej budowy; język suchy, obłożony, brzuch wzdęty, odchody
krwią zabarwione, nieznaczne, nieco cuchnące. Badanie przez pochwę, po na-
leżytem odkażeniu rąk, wykazało znaczne obustronne naderwanie (*laceratio*)
szyi macicznej (przeważnie po stronie lewej). Żadnej prawie bolesności przy
badaniu, macica duża, miękka. Podejrzeń na znaczniejsze pozostałości z łoż-
yska w jamie macicy niema. Chora osłabiona bardzo i robi wrażenie nieco
wystraszonej swoim stanem; zresztą samopoczucie niezłe. Ciepłota 39,5°. Tę-
tno 120. Zalecono — kalomel, olej rącznikowy i zrobiono naprzód przemywa-
nie pochwy, następnie (przy pomocy cewnika d-ra BORYSSOWICZA) jamy ma-
cicy roztworem lizolu. Wieczorem ciepłota 40,0°. Tętno 140.

18. X. Przemywanie pochwy i macicy powtórzono. Było 8 płynnych
wypróżnień po kalomelu. Chora bardzo osłabiona. Brzuch nieco mniej wzdę-
ty. Odchody cuchnące. Macica duża, ale kurczy się. Wymioty. Ciepłota rano
38,7°, tętno 120; wieczorem ciepłota 39,5°, tętno 140. Zalecono: wino i spo-
rysz z chiną.

19. X. Stan ogólny zatrważający. W nocy chora bredziła. Osłabienie
silne. Samopoczucie dobre (*euphoria*). Ciepłota rano i wieczorem 39,5°, przy
tętnie od 120 — 140. Wymioty. Odchody nie cuchną. Zrobiono, przy zachowa-
niu potrzebnej aseptyki, zastrzyknięcie 10 ctm. sz. surowicy przeciwpacior-
kowcowej prof. BUJWIDA (sprowadzonej umyślnie z apteki Wendy z Warsza-
wy). Zalecono kofeinę po 0,24 trzy razy dziennie.

20. X. Wymioty. Ogólny stan, jakby nieco lepszy, język wilgotniejszy.
Macica kurczy się. Ciepłota 38,0°—39,0°. Tętno 120. Zastrzyknięcie drugie
10 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej.

21. X. Wymioty rzadsze. Samopoczucie dobre. Ciepłota 38,0°—39°.
Tętno 120. Trzecie zastrzyknięcie 10 ctm. sz. surowicy. Wino, sporysz z chi-
ną i kofeina.

22. X. Ciepłota 38,0° [o 7 rano jakoby 37,2°, według słów babki (?)].
Ból gardła z objawami *anginae catarrhalis*. Ból na mostku i w okolicy kości

ogonowej (*coccyx*) i na kilku żebrach bez zmian obiektywnych. Wobec braku surowicy zastrzykiwania nie robiono. Wieczorem ciepłota nie mierzona. Tętno od 90—100 pełniejsze. Wymioty nieznaczne. Zalecono 0,5 chinu w lawatywie.

23. X. Nad ranem ciepłota 39,5°. Wymioty silne. Majaczenie. Rano zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy. Tętno 140—160. Późnym wieczorem ciepłota 37,2°, (w nocy najwyżej 37,8°). Tętno 90—104. China dwa razy na dzień po 0,3.

24. X. Wymiotów i bólu głowy niema. Rano ciepłota 36,8°, tętno 84. Wieczorem ciepłota 37,1°, tętno 94. Na skórze nóg i brzucha wysypka zbliżona do odrowej, tylko nieco większa. Zalecono chinę 2 razy na dzień po 0,3.

25. X. Rano ciepłota 36,8°, tętno 90; wieczorem ciepłota 37,2°, tętno 100. Ból na dolyszku bez zmian obiektywnych. Zalecono kataplazm HAMILTON'a.

26. X. Ból w dolnej części mostka (jakby się wyczuwało chęłbotanie bardzo niewyraźne). Rano ciepłota 37,8°, tętno 96; wieczorem ciepłota 38,0°, tętno 104.

27. X. Rano ciepłota 37,9°, tętno 115. Wieczorem ciepłota 37,6°, tętno 100. Stan subiektywny dobry.

28. X. Ciepłota rano 37,1°, tętno 100; ciepłota wieczorem 37,5°.

29—30. X. Stan bezgorączkowy. Tętno 84—90. Chora skarży się na ból w dolnej części mostka.

31. X. Ciepłota rano 36,7°. Przed wieczorem dreszcz wstrząsający. Ciepłota 38,5°, tętno 120. Wyraźne chęłbotanie na mostku. Chora nie zgadza się na zrobienie przecięcia.

1. XI. Ciepłota rano 36,7°. Dreszcze. Ciepłota wieczorem 38,5°. Wyraźne chęłbotanie.

2. XI. Ciepłota rano 36,8°. Ropień na mostku przecięto (kol. CIECHOMSKI), przyczem wypłynęło zaledwie kilka kropel gęstej ropy.

3—4—5. XI. Stan bezgorączkowy, ale 4. XI. chora zaczyna się skarżyć na ból w okolicy stawu łokciowego prawego; w skórze wyczuwa się rozlane stwardnienie bolesne.

6. XI. Ciepłota rano 37,8°, tętno 104. Ciepłota wieczorem 39,5° (z poprzedzającym dreszczem). Tętno nie notowane.

7. XI. Ciepłota wieczorem 38,2°, tętno 120. Bolesność w okolicy prawego *parametrium*. Ciepłota wieczorem 39,5°. Na ręku prawem jakby chęłbotanie (?). Zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy. Zalecono tampon z ichtyolem do pochwy i chinę po 0,3 dwa razy dziennie.

8. XI. Ciepłota rano 37,4°, tętno 120; ciepłota wieczorem 38,0°, tętno 120. *Status idem*.

9. XI. Ciepłota rano 36,8°, tętno 96; ciepłota wieczorem 37,0°, tętno 100. Bolesność na wewnętrznej powierzchni prawego uda bez zmian obiektywnych.

10. XI. Ciepłota rano 36,8°. Przed wieczorem dreszcz wstrząsający, ciepłota 39,7° przy 140 uderzeniach tętna. Po naradzie z wezwanym kol. CIECHOMSKIM przypuszczaliśmy rozpoczynającą się *parametritis ex phlebitide dextra*. Zalecono przemywania wodą gorącą, kąpiele 28° R., tampony z ichtyolem i nowe zastrzyknięcie 20 ctm. sz. surowicy.

11. XI. Ciepłota rano 36,8°, wieczorem 38,0°, tętno 100. Chora nie skarży się na ból w ręku i nodze; żadnych zmian; prócz niewielkiego stwardnienia na rękę, nie wyczuwa się.

12. XI. Ciepłota rano 36,8°, wieczorem 37,4°; tętno 92. Bolesność w okolicy *parametrum* nie wyraźne.

13. XI. Ciepłota rano 36,8°, wieczorem 37,0°. Stan ogólny zupełnie dobry; zmian miejscowych żadnych niema.

Od tego czasu ciepłota nie podnosiła się wcale, i wkrótce chora przyszła do sił i zdrowia.

W zeszłym roku miałem wiadomość, że chora nasza szczęśliwie odbyła następny poród i czuje się w zupełności zdrową.

Przypadek nasz należy zaliczyć do rzędu ciężkich postaci zakażeń położogowych z przebiegiem początkowo o charakterze posocznicy, następnie zaś ropnicy, jednym słowem, należy go uważać za posocznico-ropnicę (*septicopyaemia*). Przebieg cierpienia, ewentualne momenty przyczynowe i t. d. są o tyle charakterystyczne, że mimo braku bakteriologicznych danych nie uważam za rzecz potrzebną zastanawiać się nad rozpoznaniem różniczkowym.

Zakażenie, co jest najprawdopodobniejsze, nastąpiło już przed ukończeniem porodu, jak sądzić wypada wobec pojawienia się tak wczesnego pierwszych objawów choroby.

W czasie leczenia użyto 90 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej; zastrzykiwano ją okresowo z przerwami, w miarę polepszania się stanu chorej.

Prócz krótkotrwałej wysypki żadnych innych ubocznych objawów, jako następstwa zastrzykiwań, nie widziano.

Zanotowania godne są kilkakrotnie wyraźne obniżania się ciepłoty i poprawa w tętnie po zastrzykiwaniach pojedynczych; jeszcze ważniejsze jest to, że, mimo spostrzeganych w kilku miejscach stwardnień, tylko w okolicy mostka nastąpiło ropienie.

Czy to było wszystko „propter hoc“, czy też tylko „post hoc“, nie mogę stanowczo rozstrzygać, bądź co bądź, uważam przypadek mój za bardzo zachęcający do dalszych w tym kierunku badań.

A że tylko wielka liczba bardzo sumiennych i poważnych spostrzeżeń może upoważniać do wypowiedzenia stanowczego zdania, na zasadzie więc mego jednego przypadku nie ośmielam się stanowczych wniosków robić, co najwyżej ten tylko, że należy sprawę, w mowie będącą, drogą doświadczeń możliwie starać się wyjaśnić, że każda pojedyncza, byle tylko sumienna obserwacja, jest godna zaznaczenia.

Co się tyczy literatury przedmiotu, to ciekawych odsyłam do obszernej pracy kol. KOZICKIEGO, tu tylko w kilku słowach wspomnę o tych pracach, o których wzmianki w pracy tegoż nie znalazłem.

W protokołach ostatniego międzynarodowego zjazdu w Moskwie: d-r WALLICH¹⁾, jakkolwiek nie doszedł do stanowczych wniosków co do skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej w zakażeniach położogowych, jednakże do dalszych badań na tem polu zachęca.

Prof. PINARD wydaje się nam nawet zwolennikiem metody i wyraża nadzieję, że obfitszy materiał, zebrany na zjeździe w Paryżu w roku 1900, może sprawę stanowczo rozstrzygnąć.

1) D-r WALLICH (Paris). De sérothérapie appliquée à la septicémie puerpérale.

Na tymże zjeździe WEINSTEIN²⁾ (Odessa) referuje wyniki swoich badań doświadczalnych na kotkach i przychodzi do następujących wniosków: Kotki, zakażone (wprost do macicy zapomocą szprycki PRAVAZ'a z długą igłą przez specjalny wziernik) hodowlą dwudniową łańcuszkowców, dobrze przenoszą zakażenie, o ile są wcześniej leczone surowicą swoistą w dość dużej dozie. Zakażenie doświadczalne wywoływał autor bezpośrednio po porodzie.

Kocięta kotek, leczonych surowicą, bez szkody dla zdrowia ssaly swe matki, ale wkrótce zdychały po przeniesieniu ich do kotek nie leczonych, kocięta matek nie leczonych również wkrótce zdychały, o ile ssaly swe matki.

Naturalnie, że sprawdzenie wyników badań d-ra WEINSTEIN'a byłoby pożądané na drodze eksperymentalnej i, w razie stwierdzenia tych że objawów, przemawiałoby bardzo na korzyść skuteczności surowicy.

Trzykrotne zastosowanie surowicy przeciwpaciorkowcowej, jakie robiłem u dzieci chorych na płonicę (nb. w każdym przypadku nastąpiła śmierć 2—3 dnia) w czasie ciężkiej epidemii 1897 roku w Siedlcach, nie upoważnia mnie do jakichkolwiek wniosków, były to bowiem przypadki niezwykle ciężkie, i surowica była stosowana prawie *in extremis*.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
I Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ D-RA PALMIRSKIEGO W WARSZAWIE.

O WARTOŚCI LECZNICZEJ SUROWICY PRZECIWPACIORKOWCOWEJ.

Podał

L. KOZICKI.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 5).

Spostrzeżenie VII. M. R. lat 30, włościanka, zamężna od lat 13-tu, rodziła 5 razy dzieci donoszone; przedostatni raz przed 6-ciu laty bliźnięta. Pochodzi z rodziny zdrowej; miesiączkowała przez 4 dni co 4 tygodnie, zaburzeń w miesiączkowaniu nie bywało. Poród ostatni odbył się 23. II. 1899 roku rano; dnia poprzedniego w bólach porodowych odbyła pieszo 6 wiorstową drogę. Podczas porodu wypadła pępowina, którą otoczenie (wieśniaczki) wepchnęło wglęb'; dziecko przyszło na świat martwe. Tegoż dnia wieczorem chora poczuła dreszcze wstrząsające, ciepłota podniosła się do 39,5°.

28. II. Dreszcze wstrząsające, w południe ciepłota 39,7°, odchodów macicznych niema.

2. III. Dreszcze wstrząsające, ciepłota 40,2°, odchodów macicznych niema.

3. III. Stan ogólny bez zmiany, wieczorem ciepłota 40,7°.

4. III. Po raz pierwszy odwiedziłem chorą osobiście w jej domu (w chacie wiejskiej) po południu. Rodzina chorej opowiada, że nad ranem zwykle następuje polepszenie, ku wieczorowi zaś codziennie bywają dreszcze,

²⁾ D-r E. M. WEINSTEIN (Odessa). Sérum antistreptococcique de M. MARMOREK appliqué à la septicémie puerpérale.

poczem duża gorączka; nocie chora spędza bezsennie. Chora zbudowana i odżywiana dobrze, przytomna, uskarża się na osłabienie, nieustanny ból głowy i pragnienie. Ciepłota $39,8^{\circ}$, tętno 136, język suchy, obłożony nalotem szarym. Brzuch nieco wzdęty, przy obmacywaniu w części dolnej nieco bolesny. Trzon macicy wyczuwa się pośrodku między pępkiem i spojeniem łonowem; macica bardzo mało bolesna, ruchoma, odchodów niema. Wobec groźnego stanu chorej radziłem otoczeniu spróbować wstrzykiwań surowicy przeciwpaciorkowcowej. Wiadomości dalsze o przebiegu choroby otrzymywałem co kilka dni.

5. III. Rano ciepłota $38,2^{\circ}$ — $39,6^{\circ}$ tętno 100, chora rańniejsza. O godzinie 12-tej w nocy po dreszczach wstrząsających tętno niewyczuwalne; obecny w tej wsi student starszego kursu medycyny zastrzyknął pod skórę podbrzusza prawego 50 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej paryskiej.

6. III. Godzina 5-ta rano. Ciepłota $39,3^{\circ}$, stan ogólny bez zmiany; zastrzyknięto powtórnie 50 ctm. sz. tejże surowicy. W południe ciepłota $38,1^{\circ}$, chora czuje się lepiej. O godzinie $2\frac{1}{2}$, po południu przy ciepłocie $38,5^{\circ}$ zastrzyknięto po raz 3-ci pod skórę brzucha 50 ctm. sz. surowicy paryskiej. Wieczorem dnia tego dreszczów pierwszy raz od początku choroby nie było, ciepłota jednak o godz. 3-ciej po południu doszła do $38,6^{\circ}$, tętno 96 prawidłowe. Podług nadesłanych wiadomości 7. III. i 8. III. chora dreszczów nie miewa, po nocach sypia.

9. III. Rano ciepłota $38,5^{\circ}$, tętno 92, język czysty, wilgotny; chora uskarża się na ból głowy; miejsca wstrzyknięć surowicy mało bolesne.

11. III. Wieczorem ciepłota $38,4^{\circ}$, tętno 102 cokolwiek napięte, język wilgotny, obłożony, Ze szczeliny sromowej wypływa skąpo wydzielina cuchnąca. Chora dreszczów nie miewa, po nocach sypia niewiele, łaknienie małe, często żąda wody. Kolega PALMIRSKI zastrzyknął 50 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej paryskiej.

12. III. Ciepłota $38,4^{\circ}$, tętno 102, odchody maciczne nieobfite, cuchnące, po południu dreszcze.

13. III. Ciepłota $37,9^{\circ}$, tętno 88, język wilgotny, oczyszcza się, chora wygląda lepiej, nocy ubiegłej spała dobrze. Kolega PALMIRSKI zalecił lawatywę, kofeinę po 0,18 dwa proszki dziennie, za pokarm polewkę z wina.

19. IV. Chorą miałem sposobność widzieć podczas bytności mej w tej wsi. Podług słów otoczenia poprawa następowała bardzo wolno. Od dwóch tygodni dreszczów nie ma, nie gorączkuje od tygodnia; czasami dolega jej szum w głowie, dla braku sił nie może wstawać z łóżka. Przy badaniu znalazłem: ciepłota $36,8^{\circ}$, tętno 88 prawidłowe, chora osłabiona, lecz o swej mocy siada na łóżku; język wilgotny, czysty, pokarmy przyjmuje wyłącznie płynne, stolce bywają jedynie po użyciu środków lekarskich; brzuch niebolesny prócz pachwin, gdzie przy naciskaniu występuje ból umiarkowany. Trzon macicy wyczuwalny na 3 palce poprzeczne nad spojeniem łonowem, macica mało ruchoma, jej ujście zewnętrzne przepuszcza koniec wskaziciela; w sklepieniach bocznych, a szczególniej lewem, obrzmienia mało bolesne. Obrzmienia te, według słów kol. PALMIRSKIEGO, który widział chorą kilkakrotnie nikną po użyciu środków przeczyszczających. Wydzielina z przewodu rodnegu bardzo skąpa, śluzowa, niecuchnąca.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z ciężkimi objawami zakażenia ogólnego. Jakkolwiek niejednokrotnie zdarza się widzieć, iż sprawy tego rodzaju kończą się pomyślnie siłami samej natury, jednakże w cierpieniach ta-

kich skłonni jesteśmy zawsze do złego rokowania. Dla tego też poprawa samopoczucia i zniknięcie dreszczów w kilka godzin po trzeciej dawce surowicy, wreszcie złagodzenie objawów zakażenia w przebiegu dalszym choroby zdają się przemawiać na korzyść surowicy. Leczenie surowicą rozpoczęto po 6 dniach wysokiej gorączki, przy znacznym upadku sił. W ciągu 15 godzin wstrzyknięto 3 dawki surowicy paryskiej po 50 ctm. sz. Osiągnięto, jak to już powiedziano, znaczną poprawę samopoczucia i obniżenie ciepłoty stale niżej 39°. Po jednodniowej przerwie, wobec trwających chociaż wiele łagodniejszych objawów zakażenia, zastrzyknięto jeszcze jedną 50 centymetrową dawkę surowicy paryskiej. Stan chorej poprawiał się powoli, gorączka trwała jeszcze około trzech tygodni, jednakże nie dochodziła do 39°.

Działania, przecinającego zakażenie szybko i całkowicie, nie dostrzegamy u M. R., należy zaliczyć spostrzeżenie to do przypadków, w których, podług DENYS'a, surowica wzmacnia odporność ustroju przeciw zakażeniu, dając mu możność zwalczać je stopniowo.

Przez 3 doby M. R. otrzymała ogółem 200 ctm. sz. surowicy, w tem 150 ctm. sz. w ciągu jednej doby, pomimo to nie dało się zauważyć nawet śladu ujemnego działania. Miejsca wstrzyknięć przez parę pierwszych dni były nieco bolesne przy obmacywaniu, powoli jednak płyn uległ zupełnemu wessaniu bez odczynu miejscowego. Badania bakteryologicznego nie wykonywano.

Spostrzeżenie VIII. W. S. lat 71 służąca. Zapisła się do oddziału chirurgicznego s. 16 dnia 28. II. 1899 r. Chora opowiada, że przed czterema tygodniami wskutek uderzenia wytworzyło się jej owrzodzenie na goleni lewej. Przed 40 laty na tej że goleni był ropień, który przecięto. Zawsze była zdrowa.

Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiana lichu. W narządach wewnętrznych nie znaleziono zmian żadnych. W części dolnej goleni lewej na powierzchni tylna-wewnętrznej znajduje się owrzodzenie okrągłe wielkości trzykopiętkówki miedzianej z dnem szarem, pokrytem skąpą ziarniną, z brzegami ściętymi. Skóra naokoło owrzodzenia na niewielkiej przestrzeni zaczerwieniona i nacieczona. Wzdłuż teje goleni obiedwie żyły powierzchowne wraz z rozgałęzieniami bocznymi rozszerzone, miejscami tworzą guziki twarde (kamienie żyłne). Zalecono chorej leżenie w łóżku i opatrunki wilgotne z płynu BUROW'a. W ciągu kilku dni owrzodzenie oczyściło się i pokryło ziarniną dobrą.

6. III. Po wstrzyknięciu dla znieczulenia miejscowego 30 ctm. sz. płynu SCHLEICH'a wzdłuż żyły wewnętrznej i około 10 ctm. sz. wzdłuż żyły zewnętrznej poprowadzono cięcie skórne, obnażono żyłę wewnętrzną i usunięto z niej około 20 ctm. Żyła rwała się łatwo podczas odłączania od tkanek otaczających. Żyłę zewnętrzną obnażono i podwiązano na przestrzeni około 3 ctm., brzegi ran spojono szwem węzełkowym, poczem wycięto dno całego owrzodzenia wraz z bliznowatymi brzegami. Rany zaszyte pokryto opatrunkiem wilgotnym z płynu BUROW'a, na ranę po wycięciu owrzodzenia nałożono opatrunek wyjałowiony suchy.

7. III. Ciepłota 39°—39,6°; gorączka poprzedzona dreszczami wstrząsającymi. Brzegi rany w pobliżu dawnego owrzodzenia zaczerwienione; czerwoność ostro ograniczona szerzy się do brzegu przedniego goleni. Usunięto szwy z ran, nałożono opatrunek z płynu BUROW'a pod ceratką.

8. III. Ciepłota $39,2^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$, język suchy, obłożony. Na wewnętrznej i tylnej powierzchniach goleni zaczerwienie jednostajne o brzegach wyraźnych zygzagowatych; zaczerwienie rozszerzyło się nieco na stopę i dolną szóstą powierzchni przedniej uda.

Pomimo względnie niezłego stanu chorej, obawiano się wobec wieku podeszłego o jej życie w razie cięższego przebiegu róży. Zastosowano surowicę przeciwpaciorkowcową.

Zastrzyknięto podług sposobu, zalecanego przez DENYS'a, 50 ctm. sz. surowicy paryskiej na granicy skóry zdrowej i zaczerwionej w 3 miejscach, mianowicie: na powierzchni wewnętrznej goleni i na udzie nad kolaniem na powierzchniach przedniej i zewnętrznej; jednocześnie nacięto powierzchowną warstwę skóry na chorej kończynie i otrzymaną kroplę krwi posiano na agarze. Ranę pooperacyjną wysmarowano 10% chlorkiem cynku, na część chorą kończyny położono okład sublimatowy pod ceratką.

Wieczorem ciepłota $37,4^{\circ}$, tętno 100 pełne, chora czuje się o wiele lepiej, zaczerwienie jednak z obrzękiem rozszerzyło się cokolwiek ku górze; zastrzyknięto nad granicą świeżego zaczerwienia 25 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej paryskiej, nałożono opatrunek sublimatowy pod ceratką.

9. III. Ciepłota $38,8^{\circ}$ — $39,4^{\circ}$, tętno 100 prawidłowe, czuje się lepiej, ból głowy ustąpił, język suchy, pokryty nalotem szarym; stolca nie było. Zapalenie na skórze nie szerzy się. W trzech miejscach około ogniska róży na udzie w dolnej $\frac{1}{3}$ zastrzyknięto 25 ctm. sz. surowicy paryskiej. Zalecono olej rącznikowy, nałożono okład sublimatowy pod ceratką.

10. III. Ciepłota $39,4^{\circ}$ — $39,6^{\circ}$, chora czuje się nie źle; zaczerwienie posunęło się nieco ku górze na powierzchni wewnętrznej uda. Skórę na miejscach zapalnych i powyżej wysmarowano ichtyolem, nałożono opatrunek przeciwnilny pod ceratką.

11. III. Ciepłota $38,6^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$, tętno 100 napięte, nocy zeszłej ziębienie, bezsenność, nad ranem czuje się lepiej, język suchy, obłożony. Zaczerwienie skóry posunęło się ku górze, szczególnie na powierzchni zewnętrznej, sięgając prawie do pachwiny; na miejscach dawnych zaczerwienie przybladło. Rana pooperacyjna szarawa — wysmarowano ją jodyną, na całą kończynę nałożono opatrunek sublimatowy pod ceratką. Wynik badania bakteriologicznego krwi ujemny.

12. III. Ciepłota $37,4^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$, tętno 100 prawidłowe, czuje się lepiej. Zaczerwienia blednieją, zaznaczają się wyraźniej w dolnej $\frac{1}{2}$ uda i na całej przestrzeni jego boków. Okład sublimatowy pod ceratką.

13. III. Ciepłota 39° — $38,8^{\circ}$, tętno 104, język wilgotny, obłożony. Chora uskarża się na bóle palące w goleni lewej i udzie. Stan miejscowy bez zmiany. Ichtyol, okład sublimatowy pod ceratką.

14. III. Ciepłota 37° — 38° . Czuje się dobrze; miejscowo zmian niema. Okład sublimatowy.

15. III. Ciepłota 37° — $37,4^{\circ}$, tętno 112. Ognisk świeżych niema, na goleni i stopie zaczerwienia ustąpiły, pozostają wyraźne na udzie. Ichtyol. Okład sublimatowy.

16. II. Ciepłota 37° — $37,4^{\circ}$. Stan ogólny pomyślny.

17. III. Ciepłota 37° — $37,2^{\circ}$. Ślady róży znikły. Nad kolaniem na powierzchni przedniej w miejscu zastrzyknięcia surowicy obrzmienie bolesne, skóra nacieczona, zaczerwioniona. Owrzodzenie pierwotne goleni podgaja

się; powierzchnia rany pooperacyjnej szarawa, wysmarowano ją nalewką jodową.

18. III. Ciepłota $37,2^{\circ}$ — 37° .

19. III. Ciepłota 37° — $37,2^{\circ}$. Na miejscu obrzmienia nad kolaniem wytworzył się ropień który pękł.

20. III. Ciepłota 37° — 37° . Otwarto ropówkę nad kolaniem, wykonano 3 równoległe cięcia podłużne, zajmujące dolną $\frac{1}{6}$ powierzchni uda, po opróżnieniu jamy od ropy, wyłożono ją muślinem jodoformowym, opatrunek przeciwnilny.

21. III. — 1. IV. Stan ogólny zupełnie dobry, rany goją się dobrze. Z ropy, zasianej na agarze, wyhodowano paciorkowca.

2—6. IV. Stan ogólny zupełnie pomyślny, w górnej części powierzchni zewnętrznej uda lewego wytworzył się ropień, otwarto go.

11. IV. Chora opuściła szpital. Rana wypełniona dobrą ziarniną.

Leczenie surowicą rozpoczęto wcześniej, gdyż w drugim dniu choroby. Pomimo dawek dużych, gdyż 75 ctm. sz. zastrzyknięto w pierwszym dniu i 25 ctm. sz. w drugim, nie dostrzeżono poprawy wyraźnej. Chora, co prawda, czuła się lepiej w kilka godzin po drugiej dawce, jednakże róża szerzyła się dalej po całej kończynie, gorączka przez kilka dni towarzyszyła pojawianiu się świeżych ognisk. Zastrzyknięta surowica uległa zupełnemu wessaniu. W okresie zdrowienia na chorem udzie wytworzyła się ropówka; z ropy wyhodowano paciorkowca. Tak więc w przypadku tym surowica nie zapobiegła pojawieniu się ropienia po róży, co podług MARMOREK'a należy do rzadkości w przypadkach, leczonych surowicą. Przez dwa dni chora otrzymała 100 ctm sz. surowicy paryskiej, wszakże działania ujemnego na ustrój nie dostrzeżono. Białkomoczu przy rozbiórce chemicznym nie znaleziono.

Spostrzeżenie IX. J. P., lat 29, żona stróża, zamężna lat 12. Przez całe życie była zdrowa. Miesiączkowała co 4 tygodnie przez 1 tydzień. Rodziła 4 razy bez pomocy lekarskiej, przedostatni raz przed trzema laty. 5. V. 1897 r. urodziła dziecko żywe, przyjmowała dziecko i obsługiwała położnicę kobieta bez wykształcenia fachowego. Trzeciego dnia po porodzie wieczorem chora uczyła dreszcze wstrząsające. Chorą odwiedziłem tegoż dnia z kol. PALMIRSKIM. Przy oględzinach znaleźliśmy, co następuje.

Chora zbudowana prawidłowo, odżywiana niezłe, uskarża się na ból głowy i osłabienie. Ciepłota 40° , tętno 120 nieco napięte, język suchy, brzuch umiarkowanie wypełniony, bolesny tylko w swej dolnej części przy dotyku, odgłos wypukowy w górnej jego części bębnowy, w dolnej tępy. Trzon macicy wyczuwalny pośrodku między spojeniem łonowym i pępkiem, wydzielina z przewodu rodnegoskąpa, nieco cuchnąca, macica zupełnie ruchoma, wiotka. Kanał szyi macicznej przepuszcza swobodnie dwa palce, po wprowadzeniu których usunięto z łatwością swobodnie leżący kawał cuchnącego łożyska, wielkości dłoni małej. Macicę przemyto wodą wyjałowioną. Pod skórę brzucha kol. PALMIRSKI zastrzyknął 20 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej paryskiej. Zalecono sporysz 0,6 po 1 proszku dziennie. Na drugi dzień ciepłota 37° samopoczucie zupełnie dobre. Przebieg dalszy okresu połogowego prawidłowy, po 4 dniach chora wstała z łóżka, powracając do zwykłych zatrudnień domowych.

W przypadku tym na pierwszy plan występuje, jako przyczyna poprawy, usunięcie resztek gnijących łożyska.

Surowica, jak to widać z powyższego opisu chorób, stosowana była przez nas jedynie w przypadkach ciężkich ze względu na sam przebieg lub też inne okoliczności, budzące obawy o życie chorego, np. wiek podeszły w spostrzeżeniu VIII. W ciągu okresu, podczas którego próbowano zastrzykiwać surowicy w oddziale, zdarzały się przypadki zakażeń paciorkowcowych, jako to, róże lub sprawy połogowe z umiejscowionem ropieniem, które jednak, ze względu na stan ogólny i przebieg w ciągu kilku dni pobytu w szpitalu, uznawano za dające rokowanie dobre przy zwykłych sposobach leczenia.

Zatrzymując się na wyniku badań osobistych nad surowicą, widzimy, iż z 9 chorych zmarło 3, w tej liczbie znajduje się przypadek VI, gdzie nie stwierdzono paciorkowcowego zakażenia. Wyłączając przypadek IX, w którym poprawę można złożyć na karb usunięcia resztek gnijącego łożyska, pozostajemy przy siedmiu przypadkach, nadających się do oceny działania surowicy. Przypadki I i III zakończyły się śmiercią. Przypadek pierwszy przedstawia się trudnym do oceny; zauważyć tu należy, iż mieliśmy do czynienia z zakażeniem mieszanym, leczenie zaś rozpoczęte było późno. W przypadku III surowica najwyraźniej okazała się bezsilną, pomimo iż ani za życia, ani też po śmierci nie stwierdzono innej sprawy zakaźnej, prócz róży. W przypadkach II i V nie możemy dostrzedz innej przyczyny poprawy raptownej, prócz surowicy. W spostrzeżeniu IV zaznacza się trzykrotnie poprawa przy stosowaniu i pogorszenie po przedwczesnem usunięciu surowicy. W spostrzeżeniu VII surowica, aczkolwiek nie przerwała sprawy zakaźnej, spowodowała jednak polepszenie znaczne, wskutek opanowania gwałtowniejszych objawów, dalsza zaś poprawa następowała pod wpływem sił natury. Wpływ bezpośredni surowicy w przypadku VIII pomimo wczesnego rozpoczęcia zastrzykiwań przejawiał się na razie poprawą samopoczucia. Sprawa czas jakiś szerzyła się dalej; czy surowica rzeczywiście wywarła wpływ na przebieg zakażenia w przypadku tym, orzec stanowczo nie można.

Zestawiając spostrzeżenia własne z ogłoszonymi przez wyżej wymienionych autorów, streszczamy wnioski nasze co do surowicy przeciwpaciorkowcowej w następujących punktach.

1) Surowica, dziś będąca w handlu, nie posiada działania pewnego w każdym zakażeniu paciorkowcami, jest ono jednak widoczne w znacznej większości przypadków.

2) Działanie szybkie, przecinające zupełnie sprawę zakaźną, spotykamy względnie rzadko; o wiele częściej przejawia się wpływ surowicy w opanowaniu cięższych objawów zatrucia, dzięki czemu ustrój ma możliwość zniszczenia stopniowego zarazka.

3) Surowica, stosowana w ilościach większych, nie spowoduje zaburzeń poważniejszych, prócz przemijającej szybko wysypki. Spostrzegamy niekiedy na miejscu zastrzyknięć ropnie bez ostrych objawów miejscowych lub ogólnych, które po otworzeniu goją się bardzo szybko.

Materyał nasz był zbyt mały, aby sądzić o wyższości surowicy przeciwpaciorkowcowej, pochodzącej z różnych pracowni.

Przystępując do prób z nową surowicą, pamiętać należy, że jest to jedyny środek, budzący pewne zaufanie na podstawie doświadczeń pracowni, dla tego też lekarze, hamując w sobie z jednej strony przedwczesny zachwyty, nie powinni zniechęcać się parokrotnymi niepowodzeniami. Nie należy spodziewać się działania efektywnego w każdym przypadku; dokazalibyśmy na razie wiele, wprowadzając środek, choćby tylko wzmagający od-

porność przeciw jadowitemu zarazkowi. Jeżeli bezcelowe jest zalecanie surowicy w przypadkach lekkich, to znowu niewłaściwe ociąganie się zbyt do chwili, gdy cierpienie przechodzi w okres beznadziejny. Dla oceny wartości surowicy przeciwpaciorkowcowej konieczne jest dokładne rozpoznanie rodzaju zakażenia. Od chwili, gdy przeciw zakażeniom otrzymujemy rozmaite odpowiadające każdemu rodzajowi zarazka surowice, badanie bakteriologiczne nabiera znaczenia pierwszorzędnego; bez niego niema rozpoznania dokładnego sprawy zakaźnej; a być może, w stosunkowo krótkim czasie nie będzie wskazań ścisłych do sposobu leczenia.

W zakończeniu uważam za swój miły obowiązek złożyć podziękowanie ordynatorowi oddziału, doktorowi SAWICKIEMU, za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału w jego oddziale, pomoc przy przeprowadzaniu odnośnych badań i wogóle zainteresowanie się czynne moją pracą. Koledze PALMIRSKIEMU wyrażam wdzięczność za pozwolenie korzystania ze środków jego pracowni i pomoc materyalną, prof. BUJWIDOWI za bezinteresowne ofiarowanie znacznej części potrzebnej do badań surowicy.

Z ODDZIAŁU CHORYCH UMYSŁOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
(NA CZYSTEM).

Metoda „leczenia w łóżku“ (Bettbehandlung) chorych umysłowych.

Napisał

ADAM WIZEL

ordynator oddziału.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 5).

Szpital ma to olbrzymie pod względem leczniczym znaczenie, że usuwa chorego od masy wrażeń życia codziennego, odłącza go od rodziny, znajomych i t. p. Ale znów z drugiej strony sam stać się może źródłem podnieć, ujemnie nań działających; podniety te wynikają z podniecenia innych chorych oraz ze starć i potyczek, będących naturalnem następstwem wspólnego życia wielu osobników niepoczytalnych.

Wyobraźmy sobie oddział chorych niespokojnych taki, jaki on jest, gdy się nie stosuje metody leczenia w łóżku.

Oddział podobny, a właściwie jego sala dziennego pobytu, gromadzi najbardziej podnieconych chorych, skutkiem czego rozbrzmiewa on nieustannie wrzaskiem iście piekielnym. Chorzy poruszają się, skaczą, biegają, tańczą, śpiewają, krzyczą, kłócą się, wymyślają i t. p., powstaje ztąd prawdziwy odmęt szалу, z którego płynie nieunikniona zaraza na każdego oddzielnie wziętego osobnika. Podniecenie jednych chorych udziela się drugim i wraca do nich z powrotem, ale powrotna ta fala podniecenia jest już potężniejsza, zachodzi tym sposobem istna akumulacja podnieceń. Dodajmy do tego, że chorzy podnieceni często kłócą się ze sobą, napadają na siebie wzajemnie, bi-

ją się, kaleczą, a zrozumiemy, jak łatwo w takich warunkach obłąkany pod wpływem doznanej krzywdy i bólu fizycznego podnieca się jeszcze bardziej.

Tę fatalną stronę szpitalnego trybu życia usuwa zupełnie lub prawie zupełnie metoda leczenia w łóżku.

Metoda ta znosi zbiegowisko hałasujących obłąkanych, pozwalając na rozmieszczenie ich na daleko większej przestrzeni. Z chwilą, gdy wprowadzamy metodę leczenia w łóżku, podział dawny na sale dziennego i nocnego pobytu traci swe bezwzględne znaczenie. Sale nocnego pobytu, gdzie są umieszczone łóżka, stają się jednocześnie salami pobytu dziennego dla chorych leżących, dzięki czemu w salach dziennego pobytu pozostają jedynie spokojniejsi chorzy. Już to jedno działa wysoce uśmierzająco na chorych: przez rozmieszczenie ich na większej przestrzeni wpływ wzajemny jednych chorych na drugich słabnie. Następnie, leżenie w łóżku, działając uspokajająco na każdego oddzielnie wziętego obłąkanego, stwarza w sumie środowisko, skąd przestają płynąć impulsy podniecające na pojedynczych chorych. Wreszcie, zaczepki, potyczki oraz kłótnie przy tym systemie redukują się niemal do zera, co znów bez wpływu kojącego pozostać nie może.

Rozebrawszy szczegółowo technikę metody leczenia w łóżku i wyjaśniliśmy sposób jej działania, możemy już teraz przejść do rozbioru kwestyi, jakie korzyści metoda ta nam daje. Leczenie w łóżku pod wieloma względami jest ważne i pożyteczne.

Przedewszystkiem czyni ono chorego zupełnie bezpiecznym zarówno dla samego siebie, jak i dla otoczenia. Chory, leżąc w łóżku i będąc nieustannie dozorowany, nie może ani sobie, ani innemu choremu krzywdy żadnej wyrządzić. Nietylko chorzy z mniej lub więcej przyćmioną świadomością, chorzy, rzucający się na oślep tu i owdzie, ale nawet melancholicy z popędem samobójczym, chorzy, z całą świadomością dążący do odebrania sobie życia, nie są w stanie nic takiego uczynić, coby ich życiu poważnie zagrażało. Oto jest pierwsza olbrzymia korzyść metody leczenia w łóżku.

Następnie chorzy, skłonni do robienia przykrości innym, chorzy z popędem napastniczym, zupełnie pozbawieni są możliwości krzywdzenia, innych. W czuwalniach nie widuje się wcale siniaków, ani guzów u chorych, gdy tymczasem w oddziałach dla chorych niespokojnych, w których leczenie w łóżku nie jest stosowane, zranienia są na porządku dziennym.

Przechodząc do innych korzyści metody leczenia w łóżku, zaznaczę z kolei, że chorzy leżący zachowują się po większej części czysto. Co prawda, i tu się zdarza, że obłąkany zrobi pod siebie, nigdy jednak nie mają miejsca owe ohydne sceny, jakie się stale powtarzają wśród lokatorów separatek. Separatka, która dłuższy czas służyła za pomieszkanie dla obłąkanego, przedstawia zawsze pewien szczególny widok. Na ścianie widzimy tu i owdzie pewne charakterystyczne plamy, uderzające wstrętną swą wonią. Też same plamy znajdujemy na rękach i na innych częściach ciała chorego. Walenie siebie i pokoju kałem należy do najulubieńszych rozrywek mieszkańców separatek. Nigdy nic podobnego niema miejsca przy stosowaniu metody leczenia w łóżku. I towarzystwo reszty chorych i stały dozór posługaczy powoduje, że chorzy powstrzymują się od wszelkich cynicznych czynności.

Dalej wspomnieć należy, że darcie odzieży niema tu prawie zupełnie miejsca, chorzy bowiem, leżąc w łóżku, mają na sobie tylko koszulę, a i tę drą o wiele rzadziej, niż ci, którzy nie są leczeni metodą leżenia.

Pomijam inne jeszcze drobniejsze korzyści i przechodzę do najdonioślejszej: leżenie działa na chorych, jako potężne *sedativum*.

Stosuję metodę leczenia w łóżku w swym oddziale od pół roku i przyznać muszę, że, dzięki niej, otrzymałem wyniki zdumiewające. Wygląd oddziału od czasu wprowadzenia tej metody i zarzucenia środków przymusowych (kaftan, separatka) zmienił się nie do poznania. Krzyk, wrzask i hałas ustąpił miejsca względnej ciszy, względnemu spokojowi. Oczywiście i teraz jeszcze zdarzają się sceny podniecenia, są one jednak o wiele rzadsze i o wiele mniej rażące, aniżeli dawniej. Natomiast całymi godzinami, a nieraz i dniami bywa tak cicho, jak np. w oddziale dla chorych wewnętrznych. Ci z kolegów, którzy w ostatnich czasach oddział mój zwiedzali, mieli sposobność naocznie się o tem przekonać. Wszyscy psychiatrzy, stosujący metodę leczenia w łóżku, stwierdzają jednomyślnie, że, zawdzięczając tej metodzie, szpital traci całkowicie wygląd „domu waryackiego“ i staje się podobnym do każdego innego zakładu leczniczego.

Tak doskonale wyniki udało mi się osiągnąć przy materyale, bynajmniej nie łatwym do opanowania. Z ogólnej ilości 70 chorych, leczonych w oddziale w przeciągu ostatniego półrocza (stałe w każdej chwili przebywa 50 — 52 chorych) — 35 chorych, a zatem 50% kwalifikowało się z rozmaitych powodów, a głównie z powodu większego lub mniejszego podniecenia, do metody „leczenia w łóżku“. Chorzy „leżący“ należeli do najrozmaitszych kategorii. Były tu przypadki następujące: trzy przypadki *maniae acutae*, trzy przypadki *maniae periodicae*, siedm przypadków *melancholiae*, jeden — *psychosis circularis*, jeden — *amentiae*, jeden — *paranoiae acutae hallucinatoriae*, jeden — *paranoiae chronicae*, jeden — *paranoiae masturbatoriae*, jeden — *katatoniae*, jeden — *degenerationis psychicae* z wielką skłonnością do samobójstwa, jeden — *psychosis epilepticae*, jeden — *dementiae praecocis*, jeden — *dementiae senilis*, trzy — *dementiae secundariae* i dziewięć — *paralysis progressivae*.

Lista powyższa wykazuje, iż wśród „leżących“ było wielu takich chorych, którzy zazwyczaj bywają bardzo podnieceni i których nader trudno uspokoić. A jednak udało mi się ich, i to dość szybko, uspokoić, co zawdzięczam jedynie racjonalnie stosowanej metodzie leczenia w łóżku.

Jakie znaczenie posiada leczenie kojące w terapii chorób umysłowych, wie o tem doskonale każdy psychiatra. Otóż, jeżeli pewna metoda lecznicza daje nam możność jaknajszybciej i jaknajpewniej wpływ kojący na chorego wyrzucić, to dla metody tej winniśmy być z jaknajwiększem uznaniem, a taką właśnie jest metoda leczenia w łóżku. Dodamy tu jeszcze, cośmy zresztą już na wstępie zaznaczyli, że leczenie w łóżku jest metodą nawskroś humanitarną oraz że ruguje ona całkowicie wszelkie środki przymusowe, jak np. kaftan i separatkę, i że, dzięki temu, pozwala ona na osiągnięcie w terapii psychiatrycznej ideału „no-restraint“.

Wyругowanie kaftana i separatki to nie tylko krok naprzód, uczyniony na drodze emancypacji chorych umysłowych, ale to także zarzucenie środków, które więcej ujemnych, niż dodatnich stron przedstawiają. Że kaftan nigdy nie działa na chorego uspokajająco, lecz zawsze tylko drażniąco, że nie jest on środkiem leczniczym, lecz tylko narzędziem, spełniającem zadanie czysto mechaniczne (ogranicza swobodę ruchów), że, nieumiejętnie stosowany przez służbę, kaleczy on często chorych i utrudnia im oddech, że wreszcie obraża w wysokim stopniu godność ludzką chorego, o tem aż nadto dobrze wiedzą oddawna psychiatrzy, i dziś szeregi obrońców kaftana przerzedzają się coraz bardziej.

WYKŁADY KLINICZNE.

NAJNOWSZE POGLĄDY NA KAMICĘ ŻÓŁCIOWĄ.

(Przyczyny powstawania napadów kolki wątrobowej
i wskazania do zabiegów chirurgicznych w tej chorobie).

Podał **W. RUBIN.**

Na zjeździe przyrodników w Düsseldorfie w roku 1898 dwaj wytrawni badacze na polu zagadnień nowoczesnych, internista prof. NAUNYN i chirurg prof. RIEDEL, ogłosili nowe poglądy na sprawę kamicy żółciowej, które następnie w r. 1899 w „Mitth. aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie“ ogłosili. W maju roku zeszłego również prof. KEHR wydrukował pracę p. t. „Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit“ i oparł swe wywody na materyale, złożonym z 433 przypadków, przez niego spostrzeganych i operowanych. Poglądy te streszcza w ostatnim seszycie „Therapie der Gegenwart“ F. KLEMPERER.

Częstość kamicy żółciowej dopiero w ostatnich czasach dokładnie została oceniona, i, według RIEDEL'a, w Niemczech np. co najmniej około 2 milionów ludzi dotkniętych jest tem cierpieniem. Z owej liczby jednakże tylko około 5% cierpi na dolegliwości z tego powodu, u reszty zaś osób cierpienie pozostaje przez całe życie nierozpoznanem i często dopiero sekcyja ujawnia obecność kamieni. Tak więc kamienie żółciowe same przez się nie stanowią jeszcze „choroby“, gdyż lata całe mogą nie powodować żadnych dolegliwości.

Przeważnie kamienie żółciowe wytwarzają się w pęcherzyku żółciowym i ztąd dopiero przechodzą do przewodów żółciowych. Jaka jest wszakże przyczyna, że znajdujące się w stanie spokoju kamienie nagle poruszają się i wywołują napad kolki?

RIEDEL wyjaśnia to samoistną dążnością pęcherzyka żółciowego do wydalania kamieni; wydalanie to odbywa się bez bólów lub jakichkolwiek objawów podmiotowych i nie pociąga za sobą napadu kolki. Lecz już samo pozostawanie przez jakiś czas kamieni w pęcherzyku żółciowym nie jest dla tegoż rzeczą obojętną, i w 95% przypadków pęcherzyk ulega zmianom. Napad zaś kolki następuje dopiero wówczas, gdy wywiązuje się zapalenie. „Każda kolka wątrobowa, powiada RIEDEL, następuje wskutek ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego“. Wytwarza się przytem wysięk, w większości przypadków surowiczny, wyjątkowo zaś surowiczo-ropny lub czysto ropny, — pęcherzyk powiększa swą objętość i daje się wyczuć, jako bolesny guz, a kamień wskutek tego zostaje wyparty do przewodu pęcherzykowego i następnie żółciowego. Zapalenie rozszerza się potem na drogi żółciowe (*cholangitis*), wątroba obrzmiewa, bóle są znacznego natężenia. Jeśli kamień nie jest zbyt wielki i, dzięki wzmagającemu się ciśnieniu wysięku, przedostaje się do dwunastnicy, w krótkim czasie obrzęk pęcherzyka znika i napad się kończy (przyczem cel napadu został osiągnięty; „erfolgreicher Anfall“). Lecz najczęściej, bo w 90% przypadków, nie udaje się to z powodu zbyt wielkich rozmiarów kamienia lub innych przyczyn; jakkolwiek zaś i w tym razie zapalenie wkrótce mija, wysięk ulega wessaniu i bóle znikają, — lecz kamień pozostaje na swem dawnem miejscu (napad staje się bezcelowym: „erfolgloser Anfall“) i po pewnym czasie znów może wywołać nowe zapalenie i nowy napad kolki.

NAUNYN nie zgadza się z poglądami RIEDEL'a w 2 punktach następujących: przede wszystkim nie uważa za dowiedzione, że każdy bez wyjątku napad kolki wątrobowej jest następstwem zapalenia. Jakkolwiek uznaje wybitną rolę, jaka przypada zapaleniu pęcherzyka żółciowego w kamicy żółciowej, jednakowoż twierdzi stanowczo, że zdarzają się przypadki czystej kolki wątrobowej bez zapalenia pęcherzyka, zwłaszcza w praktyce internisty.

W licznych przypadkach z praktyki codziennej, gdzie napad kolki trwa krótko i przebiega bez gorączki i bez dającego się wyczuć obrzęku pęcherzyka, zapalenie nie odgrywa najmniejszej roli.

Następnie różni się NAUNYN z RIEDEL'em w poglądzie na etiologię owego zapalenia. Gdy RIEDEL uważa je za aseptyczne, wolne od jakichkolwiek drobnoustrojów (choć w następstwie mogą wtargnąć i te ostatnie i zamienić sprawę zapalną na infekcyjną), — NAUNYN stanowczo uznaje infekcyjny charakter zapalenia pęcherzyka, występującego przed napadem kolki. Sprawcą zapalenia jest lasecznik okrężnicy (*bacterium coli*), znajdujący się zazwyczaj w miejscach zastojów żółci (*cholecystitis et cholangitis colibacterica serosa*); ropnym staje się wysięk dopiero wówczas, gdy wtargną bakterie ropy.

Tegoż zdania jest i KEHR, który również za przyczynę powstawania napadu kolki wątrobowej uważa zakażenie drobnoustrojami. Słowem, pogląd ich (NAUNYN'a i KEHR'a) wyraża się w następującem: „każde zapalenie pęcherzyka jest od początku pochodzenia zakaźnego i różnorodność w przebiegu i czasie trwania sprawy zapalnej zależna jest od rodzaju pierwiastku zakaźnego, ilości drobnoustrojów i t. p.“.

Ważna pod względem praktycznym i terapeutycznym jest sprawa żółtaczki w kamicy żółciowej. W dużej liczbie przypadków żółtaczka wcale nie występuje, lecz gdzie występuje — nie zawsze jest spowodowana przez zastój żółci, wskutek zamknięcia światła przewodu żółciowego, gdyż spostrzegane były przypadki żółtaczki przy wolnych przewodach, nawet przy przetoce żółciowej zewnętrznej, obficie żółć wydzielającej. Żółtaczka ta jest „czynnościowa“, spowodowana cierpieniem wątroby. Zapalenie pęcherzyka mianowicie przechodzi na drogi żółciowe i na komórki wątrobowe, jestto zatem żółtaczka „zapalna“.

Pytanie, — czy możliwem jest odróżnić żółtaczkę zastoinową od zapalnej, — należy po wyjaśnieniach NAUNYN'a i RIEDEL'a rozstrzygnąć przecząco.

Przechodząc do kwestyi leczenia kamicy żółciowej, przede wszystkim trzeba zauważyć, że cierpienie to obecnie powszechnie zostało uznane za bardzo poważne, że często jedynie tylko zabieg chirurgiczny jest w stanie doprowadzić do zejścia pomyślnego, że wreszcie wyniki operacyjnego leczenia kamicy żółciowej obecnie stały się tak świetnymi, a procent śmiertelności tak nieznaczny, że trudno lepszych oczekiwać rezultatów (NAUNYN). Ze 120 chorych NAUNYN'a umarło 20, z 353 zaś chorych KEHR'a zmarło 49, — przyczem należy dodać, że w przypadkach, zakończonych zejściem śmiertelnem, choroba była daleko posunięta, lub nastąpiło powikłanie rakiem, zakażeniem ogólnem, zapaleniem otrzewny i t. p. Zaś wcześniej operowane czyste przypadki (153 cystotomii i 36 cysticotomii) dały tylko 1,5% śmiertelności, z czego wypływa, że jaknajwcześniejsze usunięcie drogą operacyjną kamieni nie przedstawia prawie żadnego niebezpieczeństwa, i że należy kamienie usuwać, zanim do przewodu żółciowego (*d. chol.*) się dostaną. (RIEDEL).

Gdy wszakże chirurgowie zalecają jaknajwcześniejsze wykonanie operacji, — internisci, a na czele ich NAUNYN, przeciwko temu powstają. Liczne bowiem spostrzegane są przypadki, przeważnie w praktyce codziennej, gdzie po kilku

napadach kolki sprawa na zawsze lub na duży przeciąg czasu ucicha, a więc wynik pomyślny i bez zabiegu chirurgicznego osiągnięty zostaje. W tej więc większości przypadków operacja staje się zbyteczną, trudno zaś na razie przewidzieć, czy dany przypadek należeć będzie do większości, czy też do mniejszej liczby, źle bez operacji przebiegających.

Według KEHR'a operacja wskazana jest w następujących przypadkach.

1) Ostrego surowiczoroznego zapalenia pęcherzyka i tkanki okołopęcherzykowej.

2) Zrostów pomiędzy pęcherzykiem żółciowym a kiszki, żołądkiem, jeśli wywołują dolegliwości (bóle, zwężenie odźwiernika, dwunastnicy i t. d).

3) Chronicznego zamknięcia światła przewodu żółciowego.

4) Chronicznego zamknięcia światła przewodu pęcherzykowego.

5) We wszystkich uporczywych przypadkach kamicy żółciowej, nie podających się leczeniu balneologicznemu i farmaceutycznemu, powodujących ciężką dolegliwość i uprzykrzających życie choremu.

6) W przypadkach zapalenia ropnego dróg żółciowych i ropni wątroby.

7) W przypadkach przedziurawień dróg żółciowych i zapalenia otrzewny.

8) Wreszcie w przypadkach morfinizmu wskutek kamicy.

NAUNYN natomiast, dzieląc wszystkie przypadki na 2 grupy, daje następującą wskazówkę:

I grupa: Ostre i chroniczne zapalenia pęcherzyka żółciowego (Nr. 1 KEHR'a). Jakkolwiek wskazanie do operacji jest tu większe, niż w innych postaciach kamicy, jednakże NAUNYN stanowczo radzi w tego rodzaju przypadkach zwlekać przez jakiś czas z zabiegiem operacyjnym, gdyż wielokrotnie stwierdził, że sprawa zapalna sama przez się mija i znika bez operacji. Jak długo należy czekać z operacją, zależnem jest od ogólnego stanu chorego, od siły infekcji i grożącego skądinąd niebezpieczeństwa; samo zaś wyczuwanie guza, odpowiadającego pęcherzykowi, nie wystarcza stanowczo do zastosowania zabiegu chirurgicznego.

II grupa: Chroniczne przypadki kamicy żółciowej z nawrotami, przypadki nietypowe i t. p. (KEHR'a Nr. 2—8) należy operować, lecz nie wcześniej, niż po bezowocnem zastosowaniu kuracji wodami karlsbadzkimi.

Ta powściągliwość w operowaniu znajduje dostateczne tłumaczenie w następujących punktach: a) bądź co bądź, możliwe jest w każdym z tych przypadków samowyleczenie, np. dzięki utworzeniu przetoki z przewodu żółciowego do dwunastnicy i t. p. b) operacja w przypadkach powikłanych w każdym razie nie jest zupełnie bezpieczna, i c) nawet wykonanie operacji nie daje pewności co do zupełnego-wyleczenia (zrosty pooperacyjne, wytworzenie nowych złogów i t. d.). Wobec tego zatem nie od rzeczy będzie przytoczyć radę NAUNYN'a w tym względzie: „Sądzę, powiada on, że operacja jest wskazana, gdy choroba stała się przewlekłą, t. j. gdy następują po sobie często nawroty, a kuracja wodami karlsbadzkimi okazała się bezcelową“. Jasne zaś i pewne wskazania do operacji wczesnych nie dają się ułożyć.

(F. Klemperer. „*Ther. der Geg.*“ Nr. 1. 1900).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

16. BETTMANN. **O leczeniu rzeżączkowego zapalenia przyjądrza preparatami salicylu.** W zapaleniu rzeżączkowym przyjądrza stosowano salicyl wewnątrznie. KOPP, PICOT i inni, zalecając dziennie do 4,0 grm. salicylanu sodu, zauważyli w większości przypadków bardzo prędkie zmniejszanie się objawów zapalnych oraz bólu. W ostatnich latach w ostrym gościecu stawowym zaczęto stosować kwas salicylowy oraz preparaty jego zewnątrznie i otrzymano wyniki bardzo dobre: znana jest kombinacja BOURGET'a *), LANNOIS i LINOSSIER stosowali zewnątrznie salicylan metylu i t. d. Pierwszy CAZIOT, opierając się na dodatnich wynikach zewnątrzniego stosowania salicylu przez powyższych autorów, zastosował salicylan metylu w 5 przypadkach rzeżączkowego zapalenia przyjądrza i we wszystkich pięciu otrzymał wyniki zadawalające. Autor robił spostrzeżenia w 12 przypadkach (w 10 było jednostronne, w 2 zaś obustronne zajęcie przyjądrza). Salicylan metylu zewnątrznie stosował on w sposób następujący. Z mieszaniny 1 części salicylanu metylu z 2 częściami *ol. olivarium* lał 6—8 ctm. na kawałek nieodluszczonej waty; kawałek ten umieszczał na mosznie, na to kładł papier gutaperkowy, a później tak opatrzone jądra lokował w dobrze wyłożonem watą suspensoryum. Co 12 godzin opatrunek zmieniano. Według autora, stosowanie salicylanu metylu *per se*, jak to czynił CAZIOT, jest nieracjonalne, gdyż powoduje silne zaczerwienienie skóry, połączone z bardzo bolesnem uczuciem palenia. Prócz tego, salicylan metylu, będąc zmieszany z oliwą, o wiele prędzej się wchłania, gdyż już w parę godzin po nałożeniu opatrunku na mosznę, mocz dawał odczyn na salicyl. Co się tyczy działania salicylanu metylu, to uśmierzał on tylko bóle; rezerbcyi oczekiwać tu nie możemy. Subiektywnie chorzy czują się o wiele lepiej, i po 3—4 dniach stosowania salicylanu metylu można przystąpić do nałożenia opaski uciskającej. Ważne jest zastosowanie salicylanu metylu pod tym względem, iż w zupełności zastępuje okłady z aluminium acet., działa dłuższy czas bez zmiany opatrunku, a zmiana okładów nie zawsze wszak może być uskuteczniiana. Dalsze spostrzeżenia nad działaniem salicylanu metylu w wyżej wspomnianych przypadkach byłyby bardzo pożądane. W reumatyzmie stawowym pochodzenia rzeżączkowego salicyl autora często zawodził.

(*Münch. med. Woch. Nr. 38. 1899.*)

M. Dobrzyński.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 20 stycznia r. 1900.

Posiedzenie zajęło dalsze rozprawy nad mieszkaniem ludu wiejskiego (patrz Nr. 2 „Medycyny“). Wady tych mieszkań w mniejszej tylko części zależą od warunków materialnych, daleko bardziej zaś od ciemnoty i rutyny, wskutek których nawet zamożniejsi włościanie budują się tak samo, jak, to robili ich ojcowie, i jak robią wszyscy na około. W Królestwie jest kilkaset tysięcy osad; na-

*) W „Medycynie“ przed dwoma laty były umieszczone spostrzeżenia kol. STERLINGA nad działaniem maści BOURGET'a w ostrym gościecu stawowym.

leżących do zamożniejszych włościan, do szlachty zagonowej, kolonistów. Osady te już dziś mogłyby wyglądać po ludzku i służyć za wzór do naśladowania. Przecież trzeba, że w ostatnich 30 latach w budowaniu zagród wiejskich sam przez się odbywa się postęp i to wielki. Nowsze chaty są obszerniejsze i wyższe, okna mają większe, piece lepsze; kuchnie angielskie są prawie wszędzie; komór ciemnych jest coraz mniej. Inne wady jednak utrzymują się uporczywie: z ustępów np., nawet jeżeli je gdzie pobudowano dla służby, przeważnie nikt nie korzysta. Zbierając wiadomości o mieszkaniach wiejskich, nie należy potępiać w czambuł całej dzisiejszej rutyny. Niewątpliwie ma ona i dobre swoje strony. Dobry jest np. zwyczaj zwracania okien chaty przeważnie na południe i wschód. (Zwyczaj ten prócz p. RAKOWIECKIEGO stwierdzają i inni: d-r KLARNER, p. MORACZEWSKI). Dobrze jest dalej krycie dachów strzechą słomianą, która i od zimna, i od deszczu, a nawet i w razie pożaru zabezpiecza lepiej, niż dachy drewniane, nawet gontowe, i ustępuje chyba tylko dachówce z cegły. Niepodobna przyklaskiwać postępcowi, polegającemu na dawaniu dachu drewnianego, na urządzeniu izby gościnnej tam, gdzie jeszcze kuchnia i sypialnia mieszczą się w izbie mieszkalnej.

Między książeczkami, popularyzującymi dla ludu sprawę zagród włościańskich, jest jedna wyborna p. M. MORACZEWSKIEGO: „O budowie zagród włościańskich“, chociaż zastosowana raczej do warunków galicyjskich.

Budowniczy p. K. MAKOWSKI przedstawił plan wzorowej zagrody dla właściciela 10 morgów, układ wsi, złożonej z takich zagród, oraz plany czworaka i ośmioraka. Rzecz zasługująca na uwagę, że plany zagrody, podane przez p. MAKOWSKIEGO, p. MORACZEWSKIEGO oraz wydany jeszcze w r. 1845, mają dużo podobieństwa ze sobą. Plany p. MAKOWSKIEGO postanowiono ogłosić drukiem.

Co do czworaków i ośmioraków wypowiedziano zdanie, że mieszkania takie w zasadzie już trudno się godzą z higieną. Połowa bowiem mieszkań ma okna północne, zanieczyszczenie powietrza potęguje się, wreszcie niechlujstwo choćby jednej rodziny paraliżuje starania innych około czystości. Plan oszczędnego czworaka p. JÓRSKIEGO w kalendarzu ziemiańskim na rok bieżący pod wszystkimi tymi względami grzeszy, choć po za tem projektuje obszerne izby, duże okna, dobre fundamenty. Izby jednak według tego planu mają być o jednym tylko oknie; jedna z komór ma mieć tylko wewnętrzne okienko; sień wspólna dla czterech mieszkań a bez przewiewu ma mieścić jeszcze piec piekarski wspólny dla czterech rodzin. Jeszcze gorszy jest plan czworaka, powtarzający się w najnowszych wydaniach „Gospodarza“ Łyszkowskiego, z przybudowaniami 4 chlewkami i 4 obórkami do dwóch ścian czworaka. D-r POLAK, kładąc nacisk na konieczność liczenia się ze względami ekonomicznymi, sądzi, że północna strona domu służbowego mogłaby być przeznaczona na inne cele, a więc izby mieszkalne.

Odczytano tymczasowy kwestyonaryusz w sprawie mieszkań ludności wiejskiej, wypracowany przez p. RAKOWIECKIEGO. Proponowano dołączyć doń pytania, dotyczące budynków gospodarskich. Przy czytaniu pojedynczych punktów przytaczano odnośne dane z książeczki MORACZEWSKIEGO. P. MAKOWSKI przemawia przeciwko fundamentom suchym nawet dla chat drewnianych, przeciwko zbyt wystającym okapom dachów, jako zasłaniającym światło, przeciwko użyciu piasku pod podłogę, przeciwko wstawkom w szpary podłogi, kominom w sieni, jako ograniczającym wentylację izby, przeciwko żywopłotom, tamującym odpływ wody z przed chaty.

Utworzono komitet dla sprawy mieszkań ludności wiejskiej.

ODCINEK.

Wskazówki praktyczne o dżumie, opracowane przez niemiecki urząd zdrowia.

Historya epidemii uczy nas, że ilekroć dżuma występowała i panowała w Europie, zawsze do nas została zawleczona.

Historya uczy nas dalej, że sporadyczny przypadek dżumy, stawał się zwykle źródłem zakażenia wolnego przedtem od dżumy kraju, i że bez wyjątku każda epidemia dżumy nawet wtedy, gdy sposób jej przeniesienia nie został wyjaśniony, rozpoczynała się od pojedynczych przypadków chorobowych i powoli się rozwijała.

Przy zagrażającym niebezpieczeństwie dżumy rozpoznanie pierwszych przypadków ma nieobliczone znaczenie i jest niejako konieczne dla wczesnej i skutecznej obrony przed dalszem jej rozszerzaniem się.

Poniżej podane wskazówki mają na celu zapoznanie lekarzy z głównymi objawami dżumy, jako choroby i jako zarazy, i tem samem umożliwienie im według możności przyjęcia na siebie odpowiedzialności za zdrowie publiczne, którą w czasach dżumy tak samo, jak i podczas innych epidemii, dzielą z władzami sanitarnymi.

Dżuma występuje najczęściej nagle i przebiega zwykle, jako cierpienie ogólne, trwające trzy do pięciu dni. Zapalne obrzmienie zewnętrznych gruczołów chłonnych lub krosta, wąglik na skórze albo zapalenie płuc występują jako miejscowe objawy chorobowe w początku lub w dalszym przebiegu choroby, lub też dopiero na trupie je znajdujemy. Oto obraz ogólny w najgrubszych zarysach.

Ilekroć występowała dżuma, zawsze nawet najwybitniejsi lekarze, którzy nie znali delikatnych odcieni obrazu choroby lub też nie myśleli o dżumie, przy pierwszych przypadkach zachorowań byli przekonani, że mają do czynienia ze zwykłym wąglikiem, lub też ze zwykłym zakażeniem gruczołów, lub też z codziennie występującym zapaleniem płuc, lub wreszcie z szybko i złośliwie przebiegającym dżumem, zimnicą, czarną króstą, i dopóty pozostawali w błędzie, dopóki mnożenie się podobnych przypadków, zwiększająca się liczba przypadków śmiertelnych i nie ulegająca wątpliwości zaraźliwość choroby nie przekonała ich, że nadzwyczajnie złośliwa choroba rozwijała się przed ich oczami.

Choroba występuje u osób obojga płci, w każdym wieku i u wszystkich stanów; w domach biedaków i nędzarzy zwykle występuje najwcześniej i przebiega najzłośliwiej.

Wyraźny początek choroby poprzedzają czasami zwiastuny, trwające kilka godzin lub kilka dni: zmęczenie, osłabienie, bóle w krzyżu, ból głowy, zwiększone pragnienie i brak łaknienia. Często początek choroby jest nagły. Kłujące, palące lub tępe bóle w miejscu, w którym się później lub zaraz rozwija zapalenie gruczołów, wąglik lub zapalenie płuc, mogą stanowić pierwszy objaw chorobowy, do którego prędko przyłączają się dreszczyki lub dreszcz wstrząsający i następuje wysoka gorączka. Gorączka może trwać kilka godzin lub kilka dni, zaniem wystąpią objawy miejscowe.

W początku choroby zjawia się prawie zawsze uczucie zawrotu głowy, które potęguje się i wyraża się jako ciężkie odurzenie, potem zjawiają się objawy zewnętrzne silnego osłabienia czynności mózgowych i niedostateczne panowanie nad ruchami kończyn.

Nudności i wymioty często jednocześnie występują z zawrotami głowy; nie rzadko istnieje osłabienie czynności serca, dochodzące do zapaści.

W przypadkach ciężkich, w których chorzy zasięgają porady lekarskiej, zwykle obraz chorobowy już jest zupełnie rozwinięty. Spostrzegamy wtedy: wzrok, skierowany w dal, twarz obrzmiałą i bez wyrazu, białkówkę oka żywo zaczerwienioną, mowę ciężką i bełkotliwą, chód niepewny i chwiejny, tak, że chory robi wrażenie pijanego. Wrażenie takie bywa jeszcze potęgowane przez zdrapania i guzy krwawe na skórze, powstałe wskutek padania chorego i zniekształcające twarz i kończyny. Język białawy, jakby wapnem pobielony, rzadziej czerwony, podobny do maliny i brodawkowaty; skóra na całym ciele sucha i rozpalona lub też na twarzy i tułowiu posiada podniesioną ciepłość, gdy kończyny już są bez tętna, chłodne i pokryte lepkiem potem. Oddech przyspieszony; chory wzdycha, uderzenia serca mocno przyspieszone, tętnice mało napięte, tętno w tętnicy promieniowej dwubitne, duże lub nitkowate, bliskie zniknięcia, gdy bicie serca jeszcze jest dość żywe.

Ułożony w łóżku chory leży nadzwyczaj osłabiony i drzemie, cicho mruczy lub mówi bez sensu, lub też niespokojnie przewraca się na pościeli, głośno przytem mówiąc od rzeczy, podnosi się, rozpoczyna ciągłą wędrówkę, wściekle się rzuca i robi usiłowania ucieczki pod pozorem, że musi wrócić do domu, do swych zajęć lub też dla ugaszenia pragnienia, tak, że musi być trzymany przez posługacza lub przywiązany do łóżka.

Przy dokładnem badaniu można w większości przypadków już w pierwszych godzinach choroby odszukać miejscowe ognisko chorobowe i tym sposobem ułatwić sobie rozpoznanie. Świeżo powstały guz gruczołowy, lub krosta na skórze, lub też początkowe okresy zapalenia płuc należą do zupełnego obrazu dżumy, która może występować tym sposobem pod trzema postaciami: jako dżuma gruczołowa, dżuma skórna i dżuma płucna. (Dżuma żołądkowa, kiszkowa dotąd tylko u zwierząt na pewno stwierdzona została).

W dżumie gruczołowej, czyli dżumie dymienicznej, najczęstszej postaci chorobowej, mamy do czynienia z wytworzeniem się bubonu, występującego jako słabsze lub silniejsze, szybko lub powoli się rozwijające zapalne obrzmienie jednego lub kilku gruczołów chłonnych i otaczających go tkanek; każdy gruczoł chłonny może być pierwotnem siedliskiem choroby. Najczęściej bubon taki powstaje w pachwinie lub w górnym trójkącie uda, często w jamie pachowej lub, szczególnie u dzieci, na szyi; w pojedynczych przypadkach siedliskiem zapalenia są gruczoły na potylicy, w zgięciu łokciowym, w dołku podkolanowym, przednie lub tylne gruczoły przyuszne, gruczoł podjęzykowy i t. p. Często widzimy, że zewnętrzne gruczoły chłonne są tylko słabo podrażnione lub też pozornie ominięte przez zarazek chorobotwórczy, gdy tymczasem głębokie gruczoły drugiego i trzeciego rzędu rozwijają się w postaci dymienic: tak np. gruczoły udowe mogą być niezajęte, a wielka dymienica rozwija się w okolicy biodra lub lędźwi, i można ją wyczuć przez powłoki brzuszne, jako guz podobny do guza okołoki szkowego.

Dalej może np. być gruczoł szyjowy nieznacznie obrzmiały, a stępienie w okolicy obojczykowej i objawy uciskowe w narządach szyjowych wskazują istnienie bubonu w górnym odcinku klatki piersiowej. W bubonie takim można

wymacać dokładnie pojedyncze powiększone gruczoły, lub też wskutek zapalenia tkanki łącznej międzygruczołowej wytwarza się dość duży pakiet, odgraniczony niewyraźnie od sąsiednich tkanek, często zaś otoczony ciastowatym obrzękiem, rozszerzającym się na tkanki sąsiednie i skórę. Bolesność przy ucisku takiego bubonu jest znacznie silniejsza, aniżeli ból samoistny, chory zatem w położeniu spokojnym i przy nawpół zgiętej kończynie, nad którą się rozwinął bubon, nie bardzo cierpi. Na niewielki bubon często ani chory, ani otoczenie nie zwracają uwagi, i lekarz często zmuszony jest przez obmacywanie wszystkich gruczołów ostrożnie i wielokrotnie go poszukiwać.

Krosta lub wąglik w porównaniu z bubonem nie jest tak częsta. Początkowo występuje plamka, jakby od ukąszenia pchły, wielkości ziarnka soczewicy na skórze. Z takiej bardzo bolesnej plamki rozwija się szybko mniejszy lub większy pęcherzyk, wypełniony mętną zawartością. Sprawa może ograniczyć się na wytworzeniu krosty, lub też tkanki, głębiej położone, stają się twarde i zbite, i powstaje głęboki wąglik, przeistaczający się w następstwie w zgorzelinowe owrzodzenie. Od krosty takiej często prowadzą naczynia chłonne, będące w stanie zapalenia, do najbliższej położonych warstw gruczołowych, w których zwykle potem wytwarza się bubon. Taki sąsiedni bubon może również wikłać już wytworzony wąglik.

Dżuma płuc, która w niektórych epidemiach przeważnie występuje, zwykle jednak w porównaniu z poprzednimi postaciami rzadsza jest, przebiega prawie tak samo, jak zwykle silne kataralne lub krupowe zapalenie płuc. Dla tego też, nie bacząc na niezwykle ciężkie objawy ogólne, z góry wskazujące złośliwość choroby, trudno w niektórych przypadkach bez bakteriologicznego badania płwociny stanowczo rozróżnić dżumę płuc od innych zapaleń płuc.

Bubon, krosta i zapalenie płuc zwykle istnieją już na początku choroby, czasami nawet przed zjawieniem się gorączki, lub też wyraźnie występują po kilku godzinach lub kilku dniach; rzadko opóźnia się ich wystąpienie do 3 dnia choroby. We wszystkich postaciach dżumy uderza wczesne występowanie osłabionej działalności serca; we wszystkich postaciach mogą w początkowych okresach występować objawy podrażnienia żołądka i kiszek, bolesność przy ucisku górnej okolicy brzucha i okolicy ślepej кишки, silne wymioty, a później oddawanie czarnych mas kałowych.

Prawie stale spostrzegamy nieznaczne wzdęcie brzucha, miękkie, wyczuwalne lub dające się wypukać obrzmienie śledziony, ślady nukleoalbuminy i białka surowiczego w moczu. Wymioty krwawe lub krwawy mocz rzadziej występują. Błoniaste zapalenie migdałków podniebiennych często widzujemy we wczesnym okresie choroby, często bardzo i nadzwyczaj szybko występuje zapalenie rogówki oka, które może doprowadzić do zupełnego zropienia gałki ocznej. Krwawienia na skórze i błonach śluzowych w postaci punkcików lub pasków występują nierównomiernie w różnych epidemiach. Czasami w przebiegu choroby występuje pod dymienicami zapalenie naczyń chłonnych, wytwarzają się pęcherze i nowe dymienice w różnych okolicach ciała.

Przebieg dżumy jest różny, zależnie od narządu, zajętego sprawą chorobową. Niektóre przypadki dżumy skórnej i dymienicznej mogą przebiegać dość łagodnie i pomyślnie, nie zdradzając wyraźnych objawów chorobowych, natomiast dżuma płucna zwykle szybko kończy się śmiercią wśród bardzo ciężkich objawów. Z pomiędzy dymienic odznaczają się najniepomyślniejszym przebiegiem dymienice szyjowe; w tych przypadkach śmierć następuje często wskutek zaduszenia. Zdarzają się takie przypadki, w których śmierć następuje błyskawicznie,

zanim widoczne są ślady jakiegokolwiek umiejscowienia, i zanim chory zdoła sobie uświadomić, że jest chory. W trzecim lub w czwartym dniu choroby następuje zwykle spadek ciepłoty i bardzo często jednocześnie i śmierć. Jeżeli chory przetrzyma trzeci lub czwarty dzień choroby, to może i w dalszym ciągu pozostać bez gorączki i wyzdrowieć, lub też gorączka zjawia się powtórnie i przebiega w dalszym ciągu bez spadku lub ze spadkiem ciepłoty. Szóstego lub dziewiątego dnia choroby znów występują znaczne wahania krzywej ciepłoty i tętna, tak że dłuższe trwanie choroby, która wyjątkowo przeciąga się po za drugi tydzień, zdaje się zależeć od nawrotów, które mogą się również objawiać wystąpieniem nowych wtórnych dymienic. Ciepłota ciała zwykle podczas gorączki wynosi 39° do 40° C., bywa jednak często niższa.

Podniesienie ciepłoty do 41° C. i utrzymywanie się na tej wysokości, a nawet wyższa ciepłota nie rzadko bywa notowana szczególnie w początkach choroby lub przy nawrotach. Przed śmiercią, zwykle jednocześnie z szybkim upadkiem sił, ciepłota szybko spada; spadek może być także raptowny; ciepłota może i w tym okresie jeszcze się podnieść i wynosić na trupie 42° C. i więcej.

Wyżej opisany przebieg gorączki dżumowej może być w niektórych przypadkach zmieniony przez przyłączenie się innych spraw zakaźnych; jeszcze częściej wikłają właściwą dżumę inne choroby zakaźne i warunkują gorączkę od tych zakażeń zależną, a mianowicie, zakażenia paciorkowcami, gronkowcami, pneumokokami i lasecznikami grypy.

Śmierć może przerwać przebieg choroby w każdym jej okresie; w przypadkach, kończących się wyzdrowieniem, objawy chorobowe mogą nagle ustąpić lub też powoli się zmniejszać. Przyczyną śmierci zwykle bywa powolnie lub nagle występujące porażenie krwiobiegu, naturalnie, jeżeli nie nastąpi już przedtem śmierć przez zaduszenie skutkiem dymienic szyjowych lub zapalenia płuc.

Wyzdrowienie następuje w 10%, a najwyżej w 40% przypadków. W przypadkach tych wyzdrowienie następuje po ustąpieniu gorączki w dżumie gruczołowej i przy powolnym znikaniu lub zropieniu dymienic; u chorych z wąglikiem przy prędkim lub powolnym oddzielaniu się tkanek zgorzelinowych. Okres zdrowienia w przypadkach ciężkich trwa zwykle bardzo długo. Nagłe porażenie serca może zabić pozornie już wyleczonych we wczesnym lub późnym okresie. W gorączce ropnej umiera znaczna ilość chorych; niektórzy w późniejszym okresie umierają na dżumowe zapalenie opon mózgowych.

Zakażenie wtórne, przeważnie dróg oddechowych, powodowane przez niedostateczną opiekę i brudne otoczenie, zabija bardzo wielu rekonwalescentów. Jeszcze po upływie wielu tygodni i miesięcy ginie znaczna liczba chorych wśród objawów postępującego zaniku wskutek długotrwałego ropienia, postępującego zwyrodnienia narządów wewnętrznych lub stale zwiększającej się małokrwistości.

Ważną rolę odgrywają, jako choroby następne, porażenia nerwów w różnych okolicach.

Ogólne rokowanie w dżumie, ze względu na dużą śmiertelność, jest złe. W pojedynczym przypadku nie można nigdy zrobić pewnego rokowania. Można tylko powiedzieć, że kto po 3 lub 6 dniu nie ma gorączki, ten prawdopodobnie wyzdrowieje, o tyle naturalnie, o ile nie ma poważnych powikłań.

Wczesne wystąpienie dymienic jest objawem stosunkowo pomyślnym; niepomyślne są: krwawe wymioty, krwiomocz, krwawe plamy na skórze, następne pojawienie się czyraków i wąglika i błonica migdałków. Czkawka jest oznaką bliskiej śmierci. Dżuma płucna daje bardzo niewiele wyzdrowień. Dawniej przebyte przewlekłe choroby płuc i innych trzew odejmują wszelką nadzieję wy-

zdrowienia. Śmiertelność suchotników, syfilityków i pijaków zwiększa się znakomicie podczas epidemii dżumy.

Dwukrotne zachorowanie na dżumę należy do wyjątków. Drugi napad zwykle kończy się śmiercią.

Rozpoznanie dżumy jest podczas epidemii w większości przypadków łatwe, szybko bowiem występuje ciężki stan ogólny z gorączką, i daje się zauważyć wytwarzanie się miejscowego ogniska chorobowego w gruczołach, na skórze i w płucach, a prócz tego chory zdradza objawy jakby odurzenia, ma chód chwiejny i tętno słabe i nadzwyczaj miękkie, przekrwienie oka i jakby pobielony język. Po za epidemią rozpoznanie nawet w przypadku zupełnie rozwiniętej choroby pozostanie tylko rozpoznaniem prawdopodobnym i wahać się będzie pomiędzy dżumą a czarną krostą, złośliwą zimnicą, tyfusem lub zwykłym zapaleniem płuc. Przypadki łagodne z nieznacznymi objawami miejscowymi i ogólnymi i przypadki ciężkie, w których śmierć następuje przed wytworzeniem się miejscowego ogniska chorobowego, nie bywają wcale rozpoznawane, jeżeli nie będzie zrobione badanie bakteryologiczne bądź u chorego, bądź na trupie.

Wogóle chroni od błędów dyagnostycznych jedynie wykazanie zarazka dżumy, i dla tego konieczne jest krótkie omówienie właściwości tego zarazka w tem miejscu.

Zarazek dżumy jest to lasecznik, nie posiadający własnych ruchów i wykazujący dość znaczne różnice, zależne od zewnętrznych warunków rozwoju, składu odżywki i t. p. Zwykle przedstawia się, jako krótka laseczka, u obu końców zaokrąglona, której długość 2 do 3 razy przewyższa szerokość. Czasami różnica pomiędzy długością i szerokością jest tak nieznaczna, że postać pałeczki mało się uwydatnia. Laseczniki dżumy barwią się bardzo łatwo na preparatach zwykłymi barwnikami anilinowymi. Przy tem obwodowe części ciała lasecznika, a szczególnie jego końce, znacznie silniej się barwią, aniżeli część środkowa (barwienie biegunów), występuje to najjaskrawiej przy ostrożnem barwieniu sinikiem metylenu. Metodą GRAM'a laseczniki dżumy się nie barwią.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PIERI spostrzegł chorą, która nagle zauważyła wylew krwawy pod łącznicę powiekową i gałkową w obu oczach; okazało się, iż miesiączka, dotąd prawidłowa, tym razem nie nastąpiła, jakkolwiek w chwili owego krwotoku pod łącznicę powinna była się zjawić. Za następnym razem wystąpiła wprawdzie miesiączka w słabym stopniu, lecz jednocześnie był także wylew krwawy podłącznicowy. FRANÇOIS opisuje przypadek, w którym każdej miesiączce towarzyszył krwotok z lewego ucha; LERMOYEZ zaś widział takiż krwotok z prawego ucha. (Jour. de med. et chir. prat. 10. 8. 99).

= W wołu przy chorobie GRAWES'a PITRES zastosował z pomyślnym skutkiem zastrzykiwania miąższowe jodoformu w eterze, w ilości 1 ctm. sz. co tydzień. Dość silny ból trwał około 10 minut. Wkrótce zauważył autor poprawę: gruczoł zwolna zmniejszał się i twardniał, wysadzenie gałki ocznej zniknęło, a bicie serca ustawało. Z 12 chorych autor dokładnie mógł spostrzegać przebieg u 6-u, którzy w ciągu 2 lat pozostali zdrowi. (Bull. med. 5. 8. 99).

= CUSHING opisuje dwa przypadki ostrego rzeżączkowego zapalenia otrzewny, które wystąpiło podczas miesiączki. Cięcia brzuszne, dokonane w je-

dnym przypadku, wykryło rozlane zapalenie włóknikowe, a badanie wysięku stwierdziło obecność gonokoków. W ropie zewnętrznego końca jednej z trąbek również znaleziono gonokoki. Chora wyznała, iż zaraziła się rzeżączką raz przed 5 laty, a powtórnie na kilka dni przed ostatnią miesiączką. (Bull. of the Johns Hopk. Hosp. maj 99).

= JACOBI utrzymuje, iż są przypadki zimnicy przewlekłej ze znacznem obrzmieniem śledziony, nie ustępujące

pod wpływem ani chininy, ani arsenu, błękitu metylenowego i t. p., w których natomiast skutecznie działa sporysz. Napady gorączkowe ustępują wcześniej, niż obrzmienie śledziony. Niekiedy wyższa ciepłota utrzymuje się jeszcze przez czas jakiś, lecz bez dreszczy; wówczas należy dawać sporysz z chininą lub arsenikiem. W przypadkach zimnicy ostrych lepiej działa chinina. (Ann. de méd. et chir. infant. 1. 2. 99). P.

Zmarli. We Lwowie w d. 28 stycznia r. b. zmarł prof. d-r Oskar WIDMAN. Ś. p. WIDMAN urodził się we Lwowie w roku 1839, do szkół średnich uczęszczał w Preszburgu. W roku 1860 wstąpił na wydział lekarski w Wiedniu, przeszedłszy potem do Krakowa otrzymał tamże stopień doktora medycyny w roku 1866. Jeszcze przed ukończeniem uniwersytetu pełnił obowiązki asystenta przy katedrze fizyologii. W roku 1867 został mianowany asystentem przy klinice terapeutycznej w Lwowskiej szkole medyko-chirurgicznej. W roku 1870 został prymaryuszem w szpitalu powszechnym we Lwowie, obowiązki te godnie pełnił do końca swego pracowitego życia. W roku 1898 ś. p. WIDMAN objął we Lwowie katedrę chorób wewnętrznych, początkowo jako docent, a następnie jako profesor nadzwyczajny. Z licznych prac ś. p. WIDMANA przedewszystkiem wspomnieć należy o podręczniku p. t. „Choroby serca i wielkich pni naczyniowych“, wydanym nakładem „Gazety lekarskiej“.

— W Warszawie w końcu grudnia r. z. zmarł d-r Wacław Sławomir STĘPIŃSKI. Zaczawszy studia lekarskie w Warszawskim uniwersytecie, następnie pojechał do Moskwy, gdzie ukończył wydział lekarski. Przez dwa lata pracował nad anatomią opisową, a następnie w ciągu kilku lat bardzo gorliwie pełnił obowiązki lekarza asystenta w oddziale chirurgicznym szpitala na Pradze.

— W dniu 30 grudnia r. z. zmarł w 67 roku życia w Szarogrodzie d-r Walery DOBRUCKI.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Jana BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej po rb. 81. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przystawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7), na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów lekarskich przy Rządach gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Z upoważnienia Komitetu, Członek Komitetu Zarządzający Kasą Wsparcia
D-r M. Jakowski.