

# MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** Przypadek całkowitego przewlekłego wycięcia macicy (*Inversio uteri completa chronica*), spostrzegal i opisał D-r J. Rogowicz. O tak zwanym „ostрым ograniczonym obrzęku skóry“, podał D-r med. H. Higier. — **Kazuistyka.** Przypadek szczególnego zaburzenia nerwowego, powstałego po cholerycznej zapytykłej, podał Jakób Rosenberg. — **Streszczenia zbiorowe.** Istota i leczenie błędnicy, krytycznie opracował D-r Stanisław Klejn. — **Streszczenia i Wyciągi.** 1. Przyczynek do anatomii patologicznej wiądu rdzenia. **Odcinek.** W sprawie ukończenia asenizacji Warszawy. — W sprawie leczenia błędnicy surowicą swoistą. — **Wiadomości bieżące** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“  
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Rogowicz — Un cas d'inversion complete chronique de l'uterus. 2) D-r H. Higier — Sur l'edeme de la peau ci-dit aigue. 3) D-r J. Rosenberg — Des troubles nerveux particuliers dans le cours d'un cas du cholera asiatique.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“  
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Rogowicz — Ein Fall von totaler chronischer Inversion der Gebärmutter. 2) D-r H. Higier — Ueber sog. acutes Oedem der Haut. 3) D-r J. Rosenberg — Ein Fall von ungewöhnlichen nervösen Erscheinungen im Verlauf von Cholera asiatica.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str., 5.

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU GINEKOLOGICZNEGO.

## PRZYPADEK CAŁKOWITEGO PRZEWLEKŁEGO WYCIĘCIA MACICY

(*Inversio uteri completa chronica*).

Spostrzegal i opisał D-r J. Rogowicz.

Aczkolwiek wycięcie macicy jest cierpieniem bardzo rzadko spotykanym, niemniej atoli choroba ta, tak ze względu na jej przebieg, jakoteż leczenie, zwłaszcza zaniedbanych przypadków, na baczną uwagę zasługuje. O ile odcięcie świeżo powstałego wycięcia macicy w łożyskowym okresie porodu zwykle nie przedstawia poważnych trudności, o tyle leczenie przewlekłego wycięcia jest najczęściej trudne i mozolne; cały szereg rozlicznych sposobów leczenia jest wymownym tego dowodem. Gdy nadto zważymy, że śmiertelność 14% wynosi, a 19 razy na 100 nie pozostaje nic innego, jak tylko odcięcie macicy wycięwanej, to podanie opisu chociażby jednego przypadku tego cierpienia uważamy za pożądany nabytek dla naszych czytelników, zwłaszcza tych, którym przypadnie w udziale niesienie pomocy w tej chorobie. Że zaś sądzę, iż dokładny opis spostrzeganego przypadku większą ma doniosłość praktyczną, niż teoretyczną, z wielką nawet erudycją skreślone wypracowanie, dla tego ograniczę się na podaniu opisu leczonego przezemnie przypadku i uwagach, jakich spostrzeżenie go dostarczyło.

Fajga K., lat 20 wieku mająca, żona ubogiego krawca z Komorowa (Lubelskiego), zgłosiła się do mnie dnia 9 stycznia r. z., z powodu od 11-tu tygodni nieustannie trapiącego ją krwawienia z macicy, którego źródłem było jej wycięcie. Wobec braku środków do leczenia się chorej na miesiąc, zapisałem ją do Zakładu

Ginekologicznego, do którego nazajutrz wstąpiła w stanie tak znacznego osłabienia, że zaledwie na nogach utrzymać się mogła. Chora o powstaniu swego cierpienia opowiedziała co następuje. Przed 11-tu tygodniami urodziła na czasie pierwsze dziecko; poród trwał zaledwie 7 godzin i odbył się bez pomocy sztuki, aż do urodzenia się dziecka. Gdy to nastąpiło, akuszerka, nagłona potrzebą udania się do innej rodzącej, wprowadzała po trzykroć w przewód rodny chorej rękę, ażeby łożysko z niej wydobyć, co jej się wreszcie dokonać udało. Po trzecim wprowadzeniu ręki przez akuszerkę, chora omdlała i nie wie, co się dalej z nią działo; pamięta to tylko, że po ocuceniu była bardzo osłabioną i że 3-go dnia po porodzie mocz dowolnie całkiem wydalać nie mogła; wypuszczał go felczer. W tydzień później odwiedził ją lekarz z najbliższego miasta powiatowego, który założył jej wianek maciczny gumowy, okrągły, i od tego czasu, nosząc ów wianek ciągle, dowolnie mocz wydala. Od chwili urodzenia się dziecka, krwawienie nie ustało zupełnie ani na jeden dzień, lecz trwa dotąd: już to jako krwotok, od czasu do czasu się ponawiający, już też w postaci obfitych odpływów krwistych; chora, aż do wyjazdu do Warszawy, dziecko swoje własną piersią karmiła.

Chora przedstawiała typowy obraz bezkrwistości ogólnej: cera woskowej białości, wszystkie dostępne dla oka błony śluzowe nie różniły się barwą swoją od błądności skóry, wiotkiej, prawie zupełnie pokładu tłuszczowego pozbawionej; osłabienie ogólne bardzo znaczne, odpowiadało poduadłemu odżywianiu.

Części płciowe zewnętrzne nigdzie nie uszkodzone, wchód do pochwy ciasny, a po rozchyleniu warg sromnych mniejszych palcami, widać było ciało barwy krwistej, z twardości i wyglądu do mięśniaka wysuniętego z macicy podobne. Dalsze badanie wykazało, że ciało to dosięga ujścia zewnętrznego macicy, w którego brzegi bezpośrednio przechodzi tak, że między niem a brzegami ujścia istniał na całym obwodzie tylko rowek 0,5 ctm. głęboki, po którym przesuwany koniec zgłębnika macicznego nigdzie głębiej nie dał się wprowadzić. Przez powłoki brzuszne, bardzo wiotkie i podatne, w okolicy nadłonowej, zwykle wyczuwanego dna macicy nie znaleziono; było tam pusto, jak po całkowitem wycięciu macicy. Cechującego jednakże zagłębienia lejkowatego w tem miejscu nie wyczuwałem, zapewne z powodu podatności miękkich i gładkich brzegów ujścia zewnętrznego macicy i sąsiedniej części guza, do pochwy wystającego, też same właściwości przedstawiającej. Dolne  $\frac{3}{4}$ , stanowiące grubszą część guza, były twarde i mało podatne; sam tylko wierzchołek, t. j. tylko część najniższą leżącą pod uciskiem palca nieco zakłęsała. Powierzchnia guza gładka, przy dotykaniu łatwo krwawiąca. Wreszcie nigdzie: tak poza sklepieniem, jakoteż w samej pochwie, żadnych stwardnień ani zrostów pozapalnych nie wykryto; guz swobodnie zwieszał się z ujścia macicznego do pochwy, otoczony u góry prawidłowymi brzegami tegoż ujścia, tworzącego fornemnie kolisty otwór, 5 ctm. w średnicy mieć mogący, dla sterzącego w niem guza, przypominającego kształtem i wielkością dużą, świeżą figę, 10 ctm. długą.

Z tych danych doszliśmy do stanowczego przekonania, że mamy do czynienia z całkowitem przewlekłym wycięciem macicy, wobec czego wskazanem było dokonanie jej odnicowania. Gdy atoli wszelkie usiłowania dokonania tego rękami, bez użycia znacznej siły, okazały się daremnymi, przystąpiliśmy do stosowania działania pęcherza gumowego (kolpeuryntera), napełnianego wodą. W tym celu, po należytem odkażeniu pochwy 2% roztworem kwasu karbolowego, wymieniony pęcherz pusty, odpowiednio zmięty i pośladowany, aby go można było pomieścić w szczupłej pochwie, w większej części wyciętą macicą wypełnionej, wprowadziliśmy do pochwy naszej chorej i wstrzyknęliśmy do niego 150 grm. wody chłodnej. Po upływie doby pęcherz gumowy opróżniono, wyjęto i oczyszczono, a po przestrzyknięciu pochwy ciepłym roztworem karbolowym, ponownie go założono i wypełniono 200 grm. wody. Toż samo powtarzało się przez 5 dni następnych, z tą jedynie różnicą, że każdego dnia następnego powiększaliśmy o 50 grm. ilość wody wstrzykiwanej do pęcherza gumowego. Chora w miarę powiększania ilości wody, skarżyła się na coraz większe prężenie w pochwie, parcie do dołu i ból krzyża, jednak dosyć spokojnie leżała ciągle nawznak i okazywała chęć do jedła, z czego korzystano, aby ją odpowiednio odżywiać; odpływ śluzowy z pochwy, mniej lub więcej krwawy zabarwiony, nie ustawał. Siódmego dnia takiego leczenia wystąpiła znaczna bolesność w dole brzucha, zwłaszcza po stronie prawej, a po wydobyciu pęcherza gumowego z pochwy, wylało się z 50 grm. śluzo-ropnej, cuchnącej

wydzieliny, gęstości śmietany; nadto chora, która dotąd całkiem nie gorączkowała, wykazała ciepotę ciała 39,2° C. Zaprzestano dalszego wprowadzania pęcherza gumowego; zalecono olej rącznikowy wewnątrz, okład lodowy na dół brzucha i przestrzykiwanie pochwy dwa razy na dzień 2% roztworem karbolowym. Po upływie 4-ch dni odpływ stał się znowu jak poprzednio śluzowo-krwistym, bóleści w brzuchu ustały zupełnie i ciepota ciała spadła do 37,0° C. W stanie wyciszonej macicy nie zauważyliśmy dotąd żadnej wybitnej zmiany. Po pięciu dniach przerwy, wróciliśmy do zakładania pęcherza gumowego, poczynając tym razem od 250 grm. wody do jego napełnienia i tak samo jak poprzednio powiększając jej ilość co kilka dni o 50 grm. aż do 600 grm. na raz, co nastąpiło 12-go dnia od rozpoczęcia tej nowej seryi stosowania pęcherza gumowego. Przy tej ilości wody chora, dotąd dosyć cierpliwa, narzekała na dolegliwe rozpieranie i ból krzyża nie do zniesienia, tak, że przy każdej zmianie wody, co 2 razy na dobę się powtarzało, dla umożliwienia wydalania moczu przez chorą, błagała ona, aby jej tak dużo wody nie wlewać. W ciągu tego czasu zauważyliśmy, że rowek, oddzielający macicę wyciszoną od brzegów ujścia zewnętrznego, wyraźnie się pogłębił, a sam guz, przy powtarzanych od czasu do czasu usiłowaniach odepchnięcia go w górę palcami, więcej niż poprzednio pod uciskiem palców ustępował. Gdy wreszcie dostrzeżliśmy, że dno macicy pod takim uciskiem odsuwa się tak wysoko, jak tylko 3-ma palcami (wielkim, wskazicielem i średnim) wprowadzonymi do pochwy, sięgnąć można, sądziliśmy, że gdyby chora nie czuła przytem dolegliwego bólu i mimowolnie nie naprężała powłok brzusznych, a przez to nie przeszkadzała działaniu drugiej naszej ręki, którą przez powłoki brzuszne spółcześnie cisnęliśmy z góry na dół na brzegi ujścia zewnętrznego macicy; to odnicowanie zupełnie udało się osiągnąć. Postanowiliśmy zatem próbować odprowadzenia macicy u naszej chorej po uspieniu jej chloroformem.

W tym celu, 24-go dnia od rozpoczęcia opisywanego leczenia, po zachloroformowaniu chorej, przystąpiliśmy do ręcznego odnicowania macicy, używając zrazu pół ręki, wprowadzonej do pochwy, przy spółczesnym ucisku z góry na dół drugą ręką przez powłoki brzuszne na obwód ujścia zewnętrznego macicy, a następnie zapomocą całej ręki, wprowadzonej do szczupłej pochwy naszej chorej. Działanie tej ręki było miarkowane już to uciskiem, wywieranym przez powłoki brzuszne w kierunku wprost przeciwnym zapomocą drugiej ręki, już też obawą oderwania macicy od sklepienia pochwowego, co się przy użyciu znaczniejszej siły innym zdarzało. Lecz usiłowania nasze nie osiągnęły skutku pożądanego. Ze względu na to, że chora po przebudzeniu skarżyła się na dotkliwy ból w dole brzucha, wzmagający się przy dotykaniu tej okolicy, a nadto na nieznośne pieczenie w otworze sromnym, z powodu powierzchownego naddarcia w okolicy dołka łódkowatego (*fossa navicularis*), przez następne 3 dni zaprzestaliśmy zakładania pęcherza gumowego, a zaleciliśmy chorej spokojne leżenie w łóżku, okład lodowy na dół brzucha, przestrzykiwanie pochwy 2 razy na dzień 2% roztworem karbolowym i zasypywanie jodoformem zranionego miejsca w okolicy dołka łódkowatego. Następnie wróciliśmy do zakładania pęcherza gumowego, znaczną, bo do 600 grm. dochodzącą, ilością wody napełnianego. Gdy atoli i tym razem odnicowanie macicy nie nastąpiło, 4-go dnia użyliśmy do wypełnienia pęcherza, zamiast wody, powietrza w ilości umiarkowanej, wdmuchując je tą samą syrenką, którą poprzednio wodę wstrzykiwaliśmy. Po trzech dniach tak zmienionego postępowania, które chorej nierównie mniej, niż poprzednie, sprawiało dolegliwości, dostrzeżliśmy, że dno wyciszonej macicy łatwo daje się odsunąć dwoma palcami, wprowadzonymi do pochwy, tak wysoko, że prawie dosięga płaszczyzny poziomu ujścia zewnętrznego; że nadto zapomocą 4-ch palców drugiej ręki, uciskających podatne powłoki brzuszne na dół, tuż poza tylną powierzchnią spojenia łonowego, można przodowe sklepienie pochwy tak dalece zepchnąć na dół i ku tyłowi, że na niem opiera się odsunięte w górę dno macicy, nawet po usunięciu palców z pochwy. Skorzystaliśmy z tego spostrzeżenia i tym razem wprowadziliśmy pęcherz gumowy do pochwy, utrzymując odsunięte poprzednio w górę dno macicy wyciszonej palcami, działającymi przez powłoki brzuszne dopóty, dopóki asystent nie napełnił wprowadzonego pęcherza powietrzem. Nazajutrz po wyjęciu pęcherza dla oczyszczenia go i przestrzyknięcia pochwy, nie dostrzeżono w niej macicy wyciszonej; założono jednak pęcherz i wypełniono go powietrzem sposobem zwykłym t. j. bez pod-

trzymywania dna macicy przez powłoki brzuszne. Następnego dnia stwierdziliśmy, że odnicowanie macicy istotnie nastąpiło: dno jej wyczuwaliśmy przez powłoki w położeniu prawidłowem, a badając przez pochwę, przekonaliśmy się, że macicy wyciowanej w niej nie było. Natomiast dostrzegliśmy, że ujście zewnętrzne macicy było bardzo obszerne, bo do 5 ctm. w średnicy mające, otoczone brzegami miękkimi, w wielu miejscach pofałdowanymi; wprowadzony przez ujście to zglębnik maciczny wykazał długość jamy macicy 9 ctm. Tak więc dopiero 30-go dnia pobytu chorej w Zakładzie doszliśmy do zamierzonego celu — odnicowania (*re-inversio*) macicy.

Dalsze leczenie polegało na pozostawianiu chorej jeszcze przez dni kilka w łóżku, przestrzykiwaniu pochwy dwa razy na dzień i pendzlowaniu jamy macicy nalewką jodową, co 3 dni powtarzaniem, a to celem usunięcia obfitej wydzieliny niezżytowej, z jamy macicy wypływającej; wreszcie na odżywianiu chorej i podawaniu jej żelaza (*liq. ferri albuminati*). Trwało to dwa tygodnie, t. j. aż do czasu wypisania Fajgi K. jako wyleczonej z Zakładu, co dnia 23 lutego nastąpiło. W ciągu tych 2-ech tygodni stan ogólny chorej znacznie się polepszył, a nadto przy każdym zakładaniu wziernika pochwowego dostrzegaliśmy wyraźną zmianę, polegającą na zacieśnianiu się ujścia zewnętrznego, wygładzaniu jego brzegów i powiększaniu długości części pochwowej macicy tak, że już po tygodniu ujście miało kształt poprzecznie owalnego dołka, otoczonego zupełnie gładkimi brzegami, twardości prawidłowej, a długość części pochwowej do 2-ech ctm. dochodziła; długość zaś jamy macicy pod koniec 2-go tygodnia 7 ctm. nie przechodziła.

Wyciowanie macicy w okresie łożyskowym, stanowiące 90% wszystkich przypadków tego cierpienia, najczęściej powstaje skutkiem silnego ugniatania dna macicy przez powłoki brzuszne, lub też pociągania za pępowinę lub łożysko częściowo odklejone. Samo to jednakże do wyciowania macicy nie wystarcza, bez społecznego istnienia nadmiernej wiotkości ścian macicy, czyli chwilowego porażenia ich kurczliwości (*atonia uteri*).

Na szczęście rodzących, nie mających odpowiedniej obsługi położniczej, dwa te warunki społecznie bardzo rzadko się zdarzają; co sprawia, że wyciowanie macicy jest bardzo rzadkiem kalectwem nawet u nas, gdzie brak odpowiedniej obsługi dla rodzących coraz dotkliwiej odczuwamy. Setki tysięcy corocznie odbywa się porodów, niedbale lub jaknajgorzej przez akuszerki, t. z. babki i baby wiejskie obsługiwanych, które bez litości gniotą dno macicy, ciągną i szarpiają za pępowinę aż do jej oderwania i używają innych jeszcze, tradycją przekazanych barbarzyńskich sposobów wydalania łożyska z macicy; a jednakże są lekarze, dziesiątki lat praktyką położniczą się trudniący, którzy z wyciowaniem macicy ani razu się nie spotkali. Zabezpiecza od tego cierpienia biedne rodzące opiekuńcza przyroda, która uposażyła macicę tak olbrzymią kurczliwością, że natychmiast po urodzeniu się płodu ściany jej co najmniej w trójnasób grubieją i tężeją, a dno macicy staje się znacznie wypuklejszem; jednym słowem powstają warunki, wśród których nawet brutalna siła rąk ludzkich wyciować jej nie może. Wprost przeciwnie dzieje się wtedy, gdy macica po wydaleniu płodu zupełnie się nie kurczy: ulegnie całkowitemu lub częściowemu zwątleniu; wtedy dno jej jest płaskie, albo nawet zakłesa, a wszelki ucisk od zewnątrz lub pociąganie za pępowinę łożyska, zwłaszcza w dnie macicy przyklejonego, nawet niezbyt silne, wyciowanie macicy częściowe lub zupełne wywołać może. Z tego zatem wypada, że drugi warunek t. j. zwiotczenie macicy ważniejszą odgrywa rolę w powstawaniu wyciowania jej, niż pierwszy. Wreszcie nadmieniamy, że spostrzegano i opisano niewątpliwe przypadki, w których wyciowanie macicy nastąpiło przy bardzo umiarkowanym ucisku lub bez uciskania jej dna i bez pociągania za pępowinę, czyli dobro wolnie<sup>1)</sup>. W opisanym przypadku oczywiście musiało istnieć

<sup>1)</sup> W. G. BEKMAN. K etiologii wyworotów matki pośle rodów. Żurn. akuszer. i żensk. boleżn. T. VIII, 1894, Nr. 6, str. 518—552.

zwątlenie macicy, a gwałtowne i pośpieszne wydobywanie łożyska przez akuszerkę, której pilno było pójść do innej rodzącej, dokonało reszty.

Rozpoznanie stanu chorobowego w naszym przypadku nie nastęrczało żadnych trudności wobec stwierdzenia: 1) braku macicy w tem miejscu, jakie w stanie prawidłowym ona zajmuje; 2) obecności guza w pochwie, wiszącego jakby na szypule ze środka stropu pochwy wychodzącej i otoczonej jednostajnem na całym obwodzie rowkowatym zagłębieniem, odgraniczonem od zewnątrz wystającymi brzegami ujścia zewnętrznego macicy; 3) niemożności wprowadzenia zgłębnika macicznego głębiej, niż głębokość wymienionego rowka dozwalała. Pierwsze i trzecie stanowią tak cechujące objawy wynicowania macicy, że bez nich o rozpoznaniu tego cierpienia nawet mowy być nie może; drugie zaś jest objawem zwodniczym, zwłaszcza dla niezbyt biegłych lub też zbyt pobieżnie badających, a co najważniejsza, na tym jednym objawie rozpoznanie choroby w danym przypadku zasadzających. Nic łatwiejszego wtedy, jak wynicowaną macicę uważać za włókniało-mięśniak i dopiero po odjęciu mniemanego nowotworu przekonać się o fatalnej pomyłce w rozpoznaniu. Opisy takich błędów rozpoznawczych są znane w piśmiennictwie obcem; u nas niedawno zdarzył się taki sam przypadek, znany nam z opowiadania, w którym odcięto macicę z tem przekonaniem, że to jest włókniało, i chora wkrótce potem zmarła.

Wprawdzie zdarzyć się może, że z powodu niepodatności powłok brzusznych nie można ściśle określić, czy dno macicy znajduje się lub nie w miejscu prawidłowem; w takim razie badanie przez odbytnicę wątpliwąść tę rozstrzyga. Wreszcie badanie zgłębnikiem macicznym, lecz bardzo dokładne, jest warunkiem niezbędnym do stanowczego i pewnego orzeczenia: czy w danym przypadku istnieje wynicowanie, czy też tylko włókniało-mięśniak, z macicy do pochwy wysunięty; w tym ostatnim razie zawsze natrafimy na ujście macicy, przez które zgłębnikiem wdramy w wydłużoną jamę macicy. (D. n.).

## O tak zwanym „ostrym ograniczonym obrzęku skóry“.

Podał **D-r med. HENRYK HIGIER.**

Istnieje pokaźna ilość chorób czynnościowych układu nerwowego, w których zjawiska naczynioruchowe górują nad całokształtem objawów chorobowych, albo też stanowią istotę tegoż całokształtu; mimo to jednak nie jesteśmy w stanie wypowiedzieć coś pewnego o podstawach i naturze cierpienia czynnościowego. Mam tu na myśli nerwice naczynioruchowe czyli angio-neurozy. Zarówno z teoretycznego, jak i praktycznego punktu widzenia do najciekawszych zaburzeń naczynioruchowych natury czynnościowej zaliczyć bezwątpienia należy z jednej strony „obrzęk histeryczny“ (SYDENHAM), przebiegający zazwyczaj przewlekłe, z drugiej strony t. zw. „oedema circumscriptum cutis“ (QUINCKE), mające wyłącznie przebieg ostry.

Dziwnym zbiegiem okoliczności obrzęk histeryczny, znany już od wieków i wybornie opisany jeszcze przez SYDENHAM'a, prawie zupełnie nie jest uwzględniany w nowszym piśmiennictwie lekarskim; większość podręczników niemieckich prawie nie wspomina o nim, a wielu neurologów waha się nawet

przyznać mu prawo istnienia. Zasadnicze prace, które traktują o obrzęku histerycznym, należą do lekarzy amerykańskich i francuskich, a w pierwszym rzędzie do szkoły Salpêtrière i nieśmiertelnego jej mistrza CHARCOT'a, tego najdzielniejszego znawcy histeryi.

Miałem sposobność spostrzeżenia przez czas dłuższy wielu przypadków histeryi, powikłanych tym ciekawym objawem naczyńioruchowym; nie kuszę się jednakże teraz o opis ich na tem miejscu, odsyłając ciekawych do zajmujących prac o tym przedmiocie D-ra GAJKIEWICZA i WIZLA (Gaz. Lek. 1891—1893) i do odczytu, wypowiedzianego przeze mnie w tej kwestyi na ostatnim Zjeździe lekarskim w Wiedniu (patrz *Neurologisches Centralblatt*, 1894, N-r 20).

Moim celem obecnie jest przedstawić w krótkich zarysach dokładny obraz kliniczny daleko częstszej i bardziej samoistnej nerwicy, mianowicie „ostrego ograniczonego obrzęku skóry“. Ta angioneuroza, zbadała dokładnie w ostatnim dziesięcioleciu przez QUINCKE'go i wyodrębniona przez niego jako cierpienie *sui generis* pod nazwą „*acutes circumscriptes Hautödeme*“, jest, w przeciwstawieniu do obrzęku SYDENHAM'a dobrze znana w literaturze lekarskiej, a większość wyczerpujących prac i cennych przyczynków w tej dziedzinie należy prawie wyłącznie do niemieckich pisarzy. Wspomnę tylko KÜSSNER'a, BÖRNER'a, JOSEPH'a, LICHTHEIM'a, STRÜBING'a, BAUKE'go i KÖSTER'a.

W polskich czasopismach lekarskich nie znalazłem nigdzie opisu choroby QUINCKE'go, niezmiernie ciekawej zarówno dla neurologa, jak dermatologa.

Kliniczny obraz jej polega na wystąpieniu ograniczonych obrzęków skóry i tkanki komórkowej podskórnej, które, nie sprawiając poważniejszych zaburzeń w ogólnym stanie chorego, pojawiają się zwykle w kilku miejscach jednocześnie, dosięgają szczytu w przeciągu kilku godzin, poczem po upływie krótszego lub dłuższego czasu — kilku godzin do kilku dni — podobnie nagle znikają. Obrzmieniu mogą ulegać nadto błony śluzowe: języka, warg, gardzieli, jęczyczka, krtani, żołądka i kiszki, a niekiedy zjawiają się krótkotrwałe, nawrotowe przesięki surowicze (*hydrops articularum intermittens*) w stawach (JOSEPH, BÖRNER). Części skóry obrzęknięte są zwykle blade, rzadziej zaróżowione, błyszczące i przechodzą niewyraźnie w prawidłową skórę. Cierpienie to dość często wraca się, przebiega nieraz z lekkim uczuciem swędzenia i naprężenia, lecz bez bólów, i nawiedza przeważnie osobniki młode, częściej męczyzn, niż kobiety.

W liczbie momentów etyologicznych wymieniają: dziedziczność, skłonność neuropatyczną czyli usposobienie, nagłe zmiany pogody, miejscowe ochłodzenie skóry (NAPIER), zaziębienie, nadużycie alkoholowe (JOSEPH), zaparcie stolca (ELLIOT), miesiączkowanie (BÖRNER), lata przekwitowe (*climax*), cierpienia nerkowe (SIMON), wzmożone gnicie w kiszkiach, wreszcie zmęczenie fizyczne i psychiczne.

Jako powikłanie *resp.* jako postać przejściową obrzęku zaznaczano niejednokrotnie wysypkę, mianowicie pokrzywkę zwykłą lub olbrzymią (*Riesenurticaria* RAPIN). Ze strony przewodu pokarmowego widziano niekiedy obfite wymioty, bolesność (kolki) i biegunkę, ze strony narządów oddechowych — trudność oddychania i uczucie duszności (obrzęk płuc), ze strony nerek wreszcie — typową zmianę moczu: jest on mocno nasycony, zawiera trochę białka i wydziela się w ilości nieco zmniejszonej (STRÜBING).

KÜSSNER spostrzegł, przy zupełnie zdrowych narządach wewnętrznych, krwawienia z rozmaitych błon śluzowych: dziąseł, oskrzeli, pęcherza. JOSEPH

widział w jednym przypadku „ostrego obrzęku skóry“ u pięcioletniego chłopca z usposobieniem do nawrotowych obrzęków — napadową hemoglobinurię. LICHTHEIM opowiada o nawrotowej hemoglobinurii z obrzękiem ograniczonym i jednoczesną pokrzywką u pewnego 43-letniego mężczyzny, którego po każdym zaziębieniu, prócz powyższych objawów, napadał krótkotrwały wstrząsający dreszcz. Ten ostatni przechodził następnie w okres gorączki i potów, poczem chory wracał do stanu prawidłowego.

Notowano również w wielu przypadkach peryodyczność objawów; tak np. znane są przypadki, gdzie obrzęk zjawiał się codziennie o jednej i tej samej godzinie. W niewielu przypadkach (JAMIESON, FALCONE) „obrzęk“ nabiera cech typowej choroby zakaźnej ze wszystkimi jej objawami zwiastunowymi, jakoto: bólami głowy, lekką gorączką, uczuciem zmęczenia, brakiem apetytu, zajęciem *sensorii*.

Niekiedy obrzęk skóry towarzyszy innym cierpieniom nerwowym (chorobie GRAVES'a), zawsze jednakże należy go przyjmować za powikłanie przypadkowe.

Jaka jest genetyka wspomnianych obrzęków? Za nerwowem pochodzeniem tej samoistnej choroby przemawiają następujące okoliczności: 1) Obrzękowi ulegają po większej części chorzy nerwowi, t. j. osobniki, których układ nerwowy jest nadmiernie pobudliwy i nie odporny; 2) cierpienie to jest bardzo często dziedziczne; 3) niejednokrotnie następuje po silnych wzruszeniach psychicznych; 4) powstaje wskutek szkodliwości, które w pierwszym rzędzie wpływają ujemnie na ośrodkowy układ nerwowy (np. nałogowe pijanństwo); 5) towarzyszy bardzo często innym objawom nerwowym (nerwobóle, parestezye, nerwowe zaburzenia w trawieniu); 6) spotyka się u chorych obarczonych innymi nerwicami naczyńioruchowymi (*morbus Basedowii*, *palpitatio cordis*, *neurasthenia*, *urticaria*); 7) obrzęki są niekiedy jednostronne (na języku, na twarzy); 8) obrzęki zjawiają się chętnie w okresie miesiączkowania i *climacterium*, które, jak wiadomo, wybitnie wpływają na pojawianie się i obostrzenie objawów nerwowych; wreszcie 9) polepszenie w tej chorobie ściśle jest związane z polepszeniem zasadniczego cierpienia nerwowego.

Podstawowym i najzwyczajszym objawem w mowie będącej nerwicą naczyniowej jest, jak się rzekło, nagłe zjawianie się i znikanie ograniczonego obrzęku skóry lub błony śluzowej; wszelkie inne wspomniane wyżej objawy spotykają się nierównie rzadziej i nie stanowią niezbędnego warunku dla całości obrazu chorobowego.

Cztery razy miałem sposobność spostrzeżać tę nerwicę w jej typowej postaci. W pierwszym przypadku dotyczyła ona młodej 35-letniej akuszerki, u której po kilku źle przespanych nocach zjawiono się ograniczone obrzmienie czoła w okolicy gładzyszki (*glabella*). Prócz lekkiego swędzenia i naprężenia nie doznawała chora żadnych zgoła innych wrażeń, ani ze strony skóry i błon śluzowych, ani ze strony stanu ogólnego. Ograniczony obrzęk trwał tylko kilka godzin. Kobieta ta była wysoce niedokrwista i nerwowa, prócz tego, wskutek ciągłych nadużyć *in Baccho* swego męża, poddawała się bezustannie zgryzotom i smutkowi. Chora opowiadała, że podczas miesiączkowania miejsce powyższe na czole niejednokrotnie obrzmiewało w dość wysokim stopniu. Długotrwałe użycie wody żelaznej, zawierającej arsenik (*Levico*), obok pożywej diety, wyleczyło chorą zupełnie z nawrotowego obrzęku.

Drugim razem wezwany zostałem do młodego 26-letniego mężczyzny, uskarżającego się na ściskanie w gardle i uczucie duszności, które pojawiły się nagle bez wyraźnego powodu. Przy badaniu, a miało to miejsce w 3 godziny po wystąpieniu wyżej wzmiankowanych groźnych objawów, zdołałem stwierdzić zaledwie nieznaczne, prawie niebolesne obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej lewego policzka, języczka i tylnej ściany gardzieli. Chory, zarówno jak i otoczenie, upewniali mię, że obrzęk był daleko wybitniejszy, tak, że obawiano się zaduszenia. Tegoż dnia ostry a bezgorączkowy obrzęk błony śluzowej, rozpoznany przez lekarza domowego jako krup rzekomy, znikł bez śladu. Serce, płuca, wątroba, naczynia nie przedstawiały żadnych zmian chorobowych. Na skórze nie znalazłem nigdzie obrzęków, ani wysypki. Jedyne objawy patologiczne, jaki dał się zauważyć, były to wyraźne ślady białka w moczu, oddanym tegoż wieczora; następnego dnia i one znikły zupełnie.

W rodzinie chorego stwierdziłem, że matka cierpi na nerwowe bicie serca, trzy siostry na histeryę, brat zaś oddaje się onanizmowi. Sam pacjent przebywał w dzieciństwie płasawicę bez reumatyzmu.

Nie ulega zatem wątpliwości, że i ten obrzęk, który zjawił się tak nagle, należy do grupy ograniczonych obrzęków pochodzenia naczynioruchowego, pomimo, że skóra dziedzicznie obciążonego chorego żadnym nie uległa zmianom.

Trzeci przypadek, ciekawy ze względów terapeutycznych, spostrzegam już od dłuższego czasu. Mężczyzna, liczący przeszło 50 lat, cierpiał długie lata na „ostry ograniczony obrzęk skóry“, który nie poddawał się żadnemu leczeniu. Przed 8 laty choroba powyższa, nader dokuczliwa dla chorego, ustąpiła, jakby za jednym zamachem, po kilkodniowym użyciu mieszaniny kamfory z kalomelem. Po przerwie ośmioletniej obrzęki na nowo pojawiły się, występując z zadziwiającą prawidłowością: każdego dnia, o godzinie 3 lub 4 rano, chory budził się z przykrem uczuciem klucia albo swędzenia, które umiejscawiało się w różnych okolicach skóry i błon śluzowych. Nic typowego nie dało się zauważyć w umiejscowieniu cierpienia: jednego dnia obrzęk obejmował powiekę, nazajutrz powierzchnię zewnętrzną ramienia, na trzeci dzień znów worek jądrowy. Dość często uczuwał chory świerzbiecie w odbytnicy i poza mostkiem „w przelyku“; uczucie to zjawiało się i znikło jednocześnie z obrzmieniami na skórze. Niekiedy zjawiały się obrzęki błony śluzowej jamy ustnej, gardzieli oraz krtani i umiejscawiały się tutaj po większej części z jednej strony, inaczej bowiem „musiałby się udusić“. Pewnego poranku skonstatowałem u chorego obrzmienie, wielkości jaja kurzego, na miejscu przyczepu obojczykowego ramienia mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego; miejsce to nie różniło się ani zabarwieniem skóry, ani odmienną ciepłotą od sąsiednich tkanek. Tegoż dnia palec wskazujący prawej ręki był mocno spuchnięty, a ciepłota jego blisko o 3—5° wyższa od ciepłoty jednoimiennego palca ręki lewej. Ograniczonym bezbarwnym obrzękom skóry towarzyszyła prawie stale rozlana wysypka pokrzywkowa (*Riesennurticaria*).

Pomiędzy godziną 10 a 11 rano widać zaledwie ślady opisanych obrzęków skóry i błony śluzowej.

Wezwany na poradę dermatolog (kol. ELIASBERG) znalazł powiększoną ilość indykanu w moczu i dlatego uważał tę nerwicę naczyniową za zależną od nadmiernego gnicia w kiszkaach, wskutek habitualnego zaparcia stolca. I rzeczywiście, po zastosowaniu środka odkażającego jelita (mentol) cierpienie w prędkim czasie ustąpiło. Bardzo jest prawdopodobne, że i proszki kalome-

lowe wraz z kamforą, użyte przez chorego przed ośmiu laty, działały na przewód pokarmowy w podobny sposób, usuwając produkty nadmiernej fermentacji.

Czwarty chory, cierpiący na silną migrenę, opowiadał mi, że ilekroć żączywa w przystępie bólu choćby najmniejszą dawkę antypiryny, niebawem po upływie  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  godziny doznaje przykrego uczucia duszenia się, któremu stale towarzyszy obrzęk błony śluzowej jamy ust i gardzieli. O działaniu powyższem antypiryny przekonał się chory niejednokrotnie. Ja osobiście widziałem tylko ślady rzeczonego obrzęku; do powtórzenia zaś doświadczenia chory w żaden sposób nie dał się namówić.

W kwestyi powstawania ostrego obrzęku QUINCKE'go nie wiemy obecnie zupełnie nic pewnego. Żadna z panujących hipotez nie tłumaczy nam należycie ciekawego zbioru objawów. Względnie największem cieszą się uznaniem: 1) teoria skurczu miejscowego żył, 2) teoria bezpośredniego wpływu nerwów na wydzielanie limfy z komórek naczyń włosowatych i wreszcie 3) teoria zakaźnego pochodzenia ostrych obrzęków ograniczonych.

Rokowanie *quoad vitam* w przypadkach ostrego ograniczonego obrzęku jest pomyślnie, śmierć bowiem trafia się jedynie w tych rzadkich przypadkach, gdzie nagły obrzęk, dotknąwszy okolicę szpary głosowej, trzyma się przez czas dłuższy. Wogóle jednak w tych przypadkach, gdzie trudno wykazać jakiś określony moment przyczynowy cierpienia, rokowanie *quoad sanationem completam* jest niepomyślnie. Znany jest przypadek, w którym choroba ciągnęła się blisko 70 lat.

Leczenie ogranicza się zazwyczaj na unikaniu szkodliwości, wywołujących napady (zaziębienie, nadużycia *in Baccho*, zaparcie stolca) i na zalecaniu dobrego odżywiania, środków tonizujących oraz umiarkowanego wodolecznictwa. Jeśli przyczyną ostrego obrzęku jest cierpienie nerek, przewlekłe cierpienie przewodu pokarmowego lub choroba BASEDOW'a, wówczas należy uwzględnić zasadnicze cierpienie. Jeśli wogóle podejrzewamy jakiś jad organiczny, który wytwarza się w organizmie chorego i z trudnością zostaje wydalony, należy zastosować środek odkażający jelita obok moczopędnego i przeczyszczającego lub napotnego, aby w ten sposób zneutralizować *resp.* złagodzić szkodliwą działalność toksyny na narządy naczynioruchowe.

Ze środków farmaceutycznych większość autorów zaleca atropinę i chininę.

## KAZUISTYKA.

### Przypadek szczególnego zaburzenia nerwowego, powstałego po cholerozie azyatyckiej.

podał **Jakób Rosenberg** z Będzina.

W № 39 „Gazety Lekarskiej“ z r. b. kol. PECHKRANC opisał dwa przypadki szczególnych postaci zaburzeń nerwowych natury ruchowej, powstałych po cholerozie azyatyckiej w okresie, kiedy można było sądzić, iż chory zupełnie powrócił do zdrowia.

Przypadek, podobny do dwóch wzmiankowanych, spostrzegalem w praktyce prywatnej podczas ostatniej epidemii cholery w Będzinie. Dotyczy on kobiety 33-letniej,

zameżnej. Rodzice, jak również bracia i siostry, zdrowi; pięcioro dzieci, z których najstarszo ma lat 9, a najmłodsze 13 tygodni, cieszą się najlepszym zdrowiem. Pacjentka do tej pory była również zupełnie zdrową.

Zachorowała dnia 6 września b. r. Wieczorem zaczęło się rozwolnienie i wymioty wodniste; następnego dnia przyłączyły się kurcze w łydkach, jak również w mięśniach ramion i przedramion. Kurcze te trwały, to pojawiając się, to znów znikając, prawie dobę. Wezwany do chorej dnia 7 października, znalazłem: *facies choleric*a, język suchy, obłożony, tętno dość dobre — 88 uderzeń na minutę, stolce ryżowate, około 5—6 dziennie, wymioty wodniste; brzuch przy dotyku bolesny, w brzuchu burczenie. Zaleciłem łykanie kawałków lodu, zimną kawę czarną i herbatę z koniakiem, papier sygnalizmowy na dołek sercowy, ciepły okład na brzuch i 12 proszków: *Bismuthi salicylici*, *Saloli aa* 0,5—co 3 godziny proszek. Po upływie tygodnia widziałem znowu chorą. Znalazłem wtedy ciepłość ciała nieznacznie podniesioną (37,8), tętno dobre (90 na minutę), język lekko obłożony, wilgotny, brzuch przy dotyku niebolesny; wymioty zupełnie ustały, stolce nieco sformowane, zabarwione na żółto, 2—3 razy dziennie. Zaleciłem *acid. muriat. dil.* 3 razy dziennie po 5 kropel i ciepło kąpiele (28° R.) raz dziennie.

Po dwóch niespełna tygodniach, dnia 26 września, zostałem wzywany do pacjentki po raz trzeci. Chora już od 10 dni czuła się zupełnie dobrze, chodziła po pokoju, lanknienie było nieźle, wypróżnienia prawidłowe. Wieczorem dnia poprzedzającego wystąpiły u niej nagle skurcze, polegające na wykrzywieniu ust, zgięciu rąk w stawach łokciowych i dłoniach. Skurcze te znikaly po 10—15 minutach, by znów później powrócić. Noc przeszła spokojnie; zrana 26. IX. skurcze te się powtórzyły, i z tego właśnie powodu wezwano mnie do chorej. Chorą znalazłem w stanie następującym: bez gorączki, tętno dobre, 80 na minutę, przytomność zupełna; uskarża się jedynie, że ją „ciągnie“ w palcach rąk. Żrenice normalnej wielkości, oddziaływają na światło, usta nie skrzywione, mowa niewyraźna, język twardej znajduje się w stanie tonicznego skurczu; toniczny skurez zginaczy obu przedramion, palce obu rąk zgięto we wszystkich stawach, dłonie ściśnięte niezupełnie; kłoniczne skurcze rozginaczy palców; mięśnie tułowia i kończyn dolnych nie naprężone, odruchy skórne prawidłowe, odruchy mięśni dwugłowych i kolanowe wzmożone; czucie skórne zupełnie zachowane. W narządach oddychania, krążenia i narządach brzusznych nie nieprawidłowego nie zauważyłem. Przy szczegółowym wypytywaniu się, dowiedziałem się, że w rodzinie nikt na choroby nerwowe nie zapadał i chora zawsze wogóle cieszyła się najpomysłniejszym zdrowiem. Zaleciłem 8 proszków *Natrii bromati* po 1,0—4,0 proszki dziennie. Już po trzecim proszku objawy ustąpiły i nie powróciły więcej; chora czuła się dobrze zupełnie. Do dnia dzisiejszego (4-go grudnia), jak miałem sposobność się dowiedzieć, objawy wyżej wymienione nie powtórzyły się.

Jak wytłumaczyć sobie pojawienie się skurczów tonicznych w mięśniach twarzy, języka i w zginaczach palców obu rąk i kłonicznych skurczów w rozginaczach tychże palców w dziesięć dni po przebytej cholercie, kiedy zdrowie chorej nie prawie nie pozostawiało do życzenia? Jak z jednej strony brak jakiegokolwiek objawów histeryi przemawia przeciwko tej chorobie, tak z drugiej strony wobec szybkiego i pomysłnego zejścia choroby łatwo wykluczyć jakąkolwiek bądź sprawę organiczną w układzie nerwowym. Skurcze opisane skłonny jestem objaśnić, podobnie, jak to uczynił kol. PECHKRANC, w pracy powyżej wzmiankowanej, w ten sposób, że „zależne są one od dalszego działania na układ nerwowomięśniowy zakażenia cholerycznego resp. toksyn, pozostałych w ustroju po przebytej cholercie“.

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

## Istota i leczenie blednicy,

krytycznie opracował d-r Stanisław Klejn, ordynator kliniki terapeutycznej.

## I.

TREŚĆ: Sprzeczność i niedostateczność wiadomości naszych o blednicy. — Definicje blednicy u rozmaitych autorów. — Rozbiór tychże. — Podobieństwo historii blednicy do historii niedokrwistości złośliwej i gruźlicy. — Konieczność rozbioru ważniejszych objawów i warunków powstawania blednicy.

Blednica zajmuje w patologii ogólnej stanowisko dość oryginalne i, rzecz można, zupełnie odrębne. Jest to cierpienie, o którym wiemy bardzo dużo, ale wiadomości te są tak sprzeczne, że okazuje się, iż właściwie wiemy bardzo mało. Wiemy na przykład, że blednica najczęściej zdarza się u dziewcząt w okresie pokwitania i że często występuje w ścisłym związku czasowym z pierwszą miesiączką; jednocześnie jednak wiemy także, iż bywa blednica i u starszych kobiet, albo też u dziewcząt, które kilka lat prawidłowo miesiączkowały. Wiemy dalej aż nadto dobrze, iż żelazo pomaga przy blednicy, że leczy większość przypadków; jednocześnie jednak wiemy także, iż blednica może zniknąć pod wpływem innych przetworów chemicznych, a nawet pod wpływem leczenia higieniczno-dyetycznego. Nie zważając na to, dajemy blednicowym stale żelazo i dobrze im to robi, aż tu powiadają nam i dowodzą niezbitymi dowodami, iż stosowane od wieków przetwory żelaza (nieorganiczne) nie mogą wcale mieć wpływu leczniczego, gdyż się nie wsysają, ale mają go za to przetwory organiczne. Nie dość jednak tego. Wiedzieliśmy dotychczas, a był to pewnik niezbity, iż blednica polega na zubożeniu krwi w żelazo, aż tu dowiadujemy się, że żelazo we krwi blednicowej znajduje się w ilości prawidłowej, a nawet znaleziono go w krążkach więcej, niż w warunkach normalnych.

Jak się tu w tym chaosie sprzecznych faktów, których małą tylko garstkę dla przykładu przytoczyliśmy, zorientować; jak tu powiązać uszwięconą wiekami empiryę z młodym, a uzbrojonym w ciężki oręż metod chemicznych i mikroskopowych eksperymentalizmem; który z objawów blednicy mamy uważać za pierwotny, a który za wtórny, — wszystko to są pytania, na które nauka dotychczas odpowiedzi nie znalazła, otwierając nam w ten sposób szerokie pole do hipotez, które też na tak żyznym gruncie wątpliwych i sprzecznych faktów nie omieszkają bujnić się rozplenić.

Nim przystąpimy do systematycznego grupowania tych faktów i teorii, należałoby zadać sobie pytanie: jak należy pojmować klinicznie cierpienie powszechnie zwane blednicą i jakie objawy i warunki na to pojęcie się składają?

Pojęcie blednicy rozmaici autorowie rozmaicie formułują.

HOFFMANN np., któremu nie można odmówić klinicznego doświadczenia i pewnej bystrości, w ten sposób określa blednicę: jest to niedokrwistość niowiadowego pochodzenia, występująca u płci żeńskiej w okresie dojrzewania płciowego, powstająca, o ile się zdaje, samoistnie i wyróżniająca się w lekkich stopniach swojego rozwoju powyższą otyologią, w ciężkich zaś cechująca się swoistym żółtawo-zielonawem zabarwieniem skóry, przy zupełnym braku skłonności do charłactwa.

LUZET, młody, lecz z rozmaitymi rodzajami niedokrwistości otrząskany uczeń HAYEM'a, w ten sposób określa blednicę: jest to niedokrwistość samoistna okresu pokwitania, powstająca na tle zbożeń dziedzicznych w odżywianiu, bądź ukrytych, bądź wyrażających się organicznym niedorozwojem, — niedokrwistość, mogąca być wywołana przez wszystkie warunki, zdolne do naruszenia równowagi między prawidłowym wytwarzaniem się krążków, a zwiększonym ich zużyciem, wynikiem czego jest brak hemoglobiny, wskutek którego krążki nowo wytworzone nie są w stanie osiągnąć rozmiarów i odporności krążków prawidłowych.

Pojęcie LUZET'a o blednicy jest bardzo zbliżone do określenia HAYEM'a i zasadniczo od niego się nie różni. W podobny mniej więcej sposób wyraża się także większość klinicystów francuskich, między nimi GILBERT, a z niemieckich LEUBE.

IMMERMANN, autor bardzo cennej monografii o blednicy, określa ją jako zmianę krwi, cechującą się głównie brakiem hemoglobiny, występującą w okresie pokwitania, a połączoną często z aplazją narządu naczyniowego i ustępującą łatwo pod wpływem żelaza.

KREHL, uważający brak hemoglobiny w krążkach za jeden z najważniejszych objawów blednicy, nie określa dokładnie tego pojęcia i wyraża przypuszczenie, iż przy blednicy asymilacja żelaza odbywa się nieprawidłowo.

GRAEBER określa blednicę jako chorobę krwi, cechującą się nadmierną alkalicznością krwi, a więc zaburzeniami w chemizmie surowicy, w następstwie czego występują zmiany w postaci, wielkości i zabarwieniu krążków. Rozpoznanie opiera on: 1) na alkaliczności wzmożonej krwi, 2) na prawidłowej ilości krążków i zmniejszonej hemoglobiny i 3) na braku leukocytozy.

ROSENBACH, którego poglądy grzeszą często przesadną oryginalnością, uważa blednicę za następstwo zaburzeń w odżywianiu całego ustroju, zależnych od stałej dysproporcji pomiędzy przychodem, a zdolnością czynnościową ustroju. Objawy blednicy polegają według niego przeważnie na osłabieniu czynności rozmaitych narządów, niezdolnych do zużycia dostarczanego im materiału odżywczego. Przyczyny tego osłabienia są części dziedziczne, części zaś nabyte i zależne od złych warunków higienicznych.

STRUEMPELL, oddzielając blednicę od grupy przypadków t. zw. zwykłej niedokrewności ustrojowej, zależnej od przyczyn (zwykle dziedzicznych), bezpośrednio działających szkodliwie na samą krew i narządy ją wytwarzające i stojących często na granicy pomiędzy zdrowiem a chorobą, uważa ją wprost za niedokrewność, powstającą u dziewczynek w okresie pokwitania, najczęściej bez żadnej widocznej przyczyny, niekiedy zaś rozwijającą się ze zwykłej niedokrewności ustrojowej.

EICHHORST wreszcie uważa blednicę za cierpienie pierwotne, cechujące się głównie ubytkiem hemoglobiny i to w stopniu znacznie wyższym, niż ubytek krążków. Punktu wyjścia choroby nie znamy; leży on prawdopodobnie w narządzie naczyniowym. Określenie to z nieznacznymi dodatkami powtarza się u wszystkich prawie klinicystów niemieckich.

Jeżeli zastanowimy się pokrótce nad poszczególnymi objawami, które posłużyły za podstawę rozmaitym badaczom do określenia pojęcia o blednicy, to przekonamy się, iż pewna część ich jest właściwa wielu innym cierpieniom, pewna znów nie jest stała dla blednicy, niektóre zaś nie mają charakteru pozytywnego faktu. Jeżeli pominiemy na teraz stało występującą przy blednicy niedokrewność z charakterystyczną choćby cechą większego ubytku hemoglobiny, niż krążków, właściwą także wielu innym cierpieniom, to pozostanie nam nasamprzód do oceny cecha pierwotności, samoistności choroby. Cechę tę należy rozumieć w ten sposób, iż o przyczynie blednicy w chwili obecnej nie wiemy, jest to więc cecha negatywna i tymczasowa, gdyż etiologia blednicy jest tylko kwestyą czasu. Z chorobą tą rzecz się może mieć tak samo, jak to było dotychczas z niedokrewnością złośliwą, — chorobą bardzo zbliżoną do ciężkiej blednicy. Z początku twierdzono, iż jest to cierpienie pierwotne, z biegiem jednak czasu okazało się, iż istnieje nie jedna, a kilka wyraźnych przyczyn, mogących wywołać niedokrewność złośliwą. Pozostała jednak szczupła stosunkowo grupa przypadków z etiologią ciemną, ale jest rzeczą bardzo prawdopodobną, iż etiologia i tych przypadków z czasem się wyjaśni i przedstawi się może w postaci kilku rozmaitego rodzaju przyczyn, z których każda wywołuje niedokrewność złośliwą. Trudno w chwili obecnej twierdzić, że i blednica może zależeć od kilku rozmaitych przyczyn, choć są taey, co tak utrzymują; należałoby raczej przypuszczać, iż blednica zależy od jednej stałej przyczyny i w tym względzie historia jej zdradzałaby wielkie podobieństwo do historii gruźlicy, której etiologia i definicya tak długo przedstawiały nieopisany chaos, dopóki nie odkryto właściwej przyczyny choroby, w następstwie czego cała masa dawniejszych czynników etiologicznych i objawów zesła na drugi plan, przyjąwszy skromną rolę czynników usposabiających i objawów wtórnych. Z tego wynika, że fakt braku wyraźnej etiologii nie może być uważany za charakterystyczną cechę choroby, nadawanie zaś takiemu zjawisku znaczenia faktu jest tylko oznaką naszego „non possumus“, tak często niestety nadużywanego przez patologię w przypadkach, w których nie nie wiemy.

Inną ważną cechą, powtarzającą się we wszystkich określeniach blednicy, stanowi pleć i wiek chorych. Rzeczywiście, przyznać należy, iż pleć chorych jest cechą

bardzo stałą dla blednicy, choć są tacy, co i tu znajdują wyjątki; wiek jednak chorych blednicowych, jak to później zobaczymy, nie jest cechą bezwzględnie stałą, przedstawia bowiem sporo wyjątków.

Co się tyczy braku charakteru, czyli mówiąc inaczej, braku wychudnienia, a nawet, przeciwnie, obecności dobrego pokładu tłuszczowego u chorych na blednicę, to jest to cecha, właściwa nie tylko samej blednicy; pomijając bowiem niedokrewność złośliwą, dla której objaw ten niesłusznie może za charakterystyczny uchodzić, znajdziemy go w wielu przypadkach niedokrewności wtórnej silnego natężenia, jak np. po częstych krwotokach, a nawet w początkowych okresach gruźlicy, gdzie wychudnienia długi czas niema, a za to występuje niedokrewność. Zresztą skłonność osób niedokrewnych do tycia jest zjawiskiem oddawna znanem; jeżeli dodamy do tego, iż zdają się niewątpliwie przypadki blednicy z wyraźnym wychudnieniem, to dojdziemy do przekonania, że objawu tego do szeregu pierwotnych i cechujących blednicę zaliczać się nie godzi.

Przechodząc do następnej cechy, podanej przez HOFFMANN'a, a tyczącej się sw oistego zabarwienia skóry chorych na blednicę, to zauważyć należy, iż występuje ona wyraźnie tylko w ciężkich postaciach blednicy; przyznać jednak trzeba, iż tu jest ona bardzo stała i charakterystyczna, tak, że nie raz jedno spojrzenie, rzuczone na chorą, wystarcza do rozpoznania. HOFFMANN sądzi, iż objaw ten zależy od zmian chemicznych barwnika krwi; objaw ten miałby doniosłe znaczenie, gdyby dalsze badania wykazały, iż przy blednicy zjawia się we krwi albo w skórze barwnik inny, niż hemoglobina, albo też jakiś jej derywat. Objaw ten, występujący, o ile się zdaje, wyłącznie na skórze, może mieć rozmaite pochodzenie. Zobaczymy później, iż chlorotyczki bardzo są wrażliwe na zimno i reagują na nie zwiększonym rozpadem krążków; być może, iż rozpad ten odbywa się w naczyniach skórnych, jako bezpośrednio podlegających zimnu, i pozostawia po sobie ślady w postaci żółto-zielonego zabarwienia skóry. Być zresztą może, iż rozpad taki występuje stało w ciężkich postaciach blednicy, a wyrazem jego jest wtedy znaczne zmniejszenie ilości krążków; do przypadkowej zatem przyczyny, t. j. do zimna, przylączyłaby się druga, być może, podstawowa, zależna od pierwotnej przyczyny choroby.

Do objawów powyższych, mających charakteryzować blednicę, dodają jeszcze niektórzy pewne cechy etyologiczne, według nich — pozytywno. Są to jednak po większej części warunki dziedziczne, usposabiające do blednicy. Usposobienie to wyraża się najczęściej niedorozwojem narządu naczyniowego, narządów krwiotwórczych i płciowych. Są to cechy zresztą niestałe, występujące niekiedy i przy innych chorobach i stwarzające, jak wiadomo, zupełnie inny obraz kliniczny (FRAENKEL).

Określenie ROSENBACH'a, opierające się na słabości całego ustroju, miewa przyczynę ze skutkiem; określenie to, mogące być zastosowane przy wielu innych chorobach, nie wytrzymuje ścisłej krytyki.

Uleczalność blednicy pod wpływem żelaza istotnie do pewnego stopnia mogłaby stanowić cechę blednicy, gdybyśmy wiedzieli, w jaki sposób ono działa przy tej chorobie. Wiadomości jednak nasze są pod tym względem bardzo niedostateczne, a fakt sam nie stanowi prawidła.

Co się zaś tyczy zwiększonej alkaliczności krwi, mającej być według GRAEBER'a charakterystycznym i pierwotnym objawem blednicy, to zauważyć należy, iż fakt sam nie został dotychczas potwierdzony; niektórzy nawet autorowie (JAKSCH, do RENZI) znaleźli alkaliczność krwi zmniejszoną przy blednicy.

Z tego krótkiego przeglądu można dojść do wniosku, iż stałych i charakterystycznych objawów, mogących służyć za podstawę do określenia blednicy, określenia powyższe mało zawierają. Jeden z nich tylko, a mianowicie niedokrewność wogóle, jest stały, ale sam przez się niewystarczający; do niego dodać jeszcze należy płeć i zabarwienie skóry. Inne cechy określenie to cokolwiek uzupełniają, nie dodają mu jednak nic swoistego, wskutek czego pojęcie blednicy jest po większej części niewyraźne, nieścisłe i zależne od tej lub owej teorii, której autor holduje.

Trudność dokładnego określenia pojęcia o blednicy leży, jak widzimy, w małym swoistym podkładzie faktycznym, zarówno tyczącym się etyologii, jak i symptomatologii tej częstej, a jednak zagadkowej choroby. Ażeby wyrobić sobie pewne przybliżone choćby pojęcie o niej, należałoby rozebrać szczegółowo symptomatologię i warunki powstawania blednicy i dokładnie rozważyć, jakie z tych objawów i warunków mają

znaczenie pierwszorzędne, a jakie drugorzędne; należałoby także zwrócić uwagę na powne rzadziej napotymano objawy i powikłania błodnicy. Być może, iż w ten sposób usiłowania nasze odniosą pewien skutek; pamiętać jednak trzeba, iż w chwili obecnej dane to nie mogą wystarczyć do ostatecznego rozstrzygnięcia kwestyi, aczkolwiek kilka nowych faktów, zauważonych w ostatnich czasach, oraz nowy prąd, panujący obecnie w patologii, obejmujący sobą i błodnicę, do kresu tego znacznie nas zbliżyć mogą.

(D. c. n.).

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

1. OPPENDEIM. **Przyczynę do anatomii patologicznej wiądu rdzenia.** Do roku 1885 panowała teoria, według której zwoje rdzeniowe (*Spinalganglien*) miały pozostać przy wiądzie nietknięte. Autorowi jednak wspólnie z SIEMERLING'iem udało się wykazać w 3-ch przypadkach znaczne w nich zmiany. Prowadzono cięcia podłużne przez korzenie wstępujące, zwój i nerw, zeń wychodzący, barwiono metodą WEIGERT'a i porównywano z preparatami prawidłowych odnośnych części rdzenia. Okazało się, że prócz zaniku tylnego korzenia zachodził prawie zupełny zanik włókien, zawierających myelinę w zwojach. Zmiany w komórkach nerwowych wydawały się tak nieznaczne, że autor nie nadawał im poważniejszego znaczenia. WOLLENBERG potwierdził jego dane i wykazał zanik w zwojach, wzrastający w miarę posuwania się od części obwodowej włókien nerwowych do końca ośrodkowego. Komórki nerwowe były w zupełności zmienione, zabarwionne, zmętniałe, a niekiedy zmarszczone. Wszystkie te zmiany wydawały się nieznaczne w porównaniu z zachodzącymi w tylnych korzeniach i rdzeniu.

Nauka o pozardzeniowym powstawaniu wiądu, o której już w r. 1863 mówił LEYDEN, znalazła poparcie dzięki nowszym badaniom. REDLICH i MARIE, na zasadzie poszukiwań własnych i badań innych autorów, bronią poglądu, jakoby rozszerzanie się wiądu odpowiadało szerzeniu się tylnych korzeni w rdzeniu; ostatni utrzymuje, że sprawa w rdzeniu jest wtórna i zależna od zmian, zachodzących w zwojach rdzenia i analogicznych narządach zwojów, leżących w częściach obwodowych ciała.

W przypadku autora zachodziły znaczne zaburzenia czuciowe w przebiegu nerwu trójdzielnego: prócz zwykłego zaniku t. zw. korzenia wstępującego nerwu trójdzielnego, był zanik zwoju GASSER'a—zarówno włókien, jak i komórek. Dane te mają tem większe znaczenie, że t. zw. korzeń wstępujący nerwu trójdzielnego jest właściwie zstępującym i wychodzi ze zwoju GASSER'a. Odpowiada on tedy zwojowi rdzeniowemu. Mielibyśmy tedy sprawę ośrodka troficznego takiego natężenia, że może wywołać zanik korzeni w rdzeniu przedłużonym.

Dotychczasowe poszukiwania nie dają nam prawa do uznawania wiądu rdzenia za cierpienie pierwotne zwojów rdzeniowych i odnośnych zwojów mózgowia.

Współistnienie zmian anatomo-patologicznych w rdzeniu kręgowym, przedłużonym i częściach obwodowych można objaśnić i bez hipotezy MARIE'go. Ponieważ zaburzenia w ośrodkach troficznym sprowadzają zwyrodnienie wychodzących z nich włókien, które zazwyczaj się zaczyna w częściach oddalonych od ośrodka troficznego, mogliśmy się tedy spodziewać, że zwyrodnienie szare przede wszystkim wystąpi w cienkich włóknach rogów tylnych, słupów CLARKE'a, jądrach pęczków tylnych rdzenia przedłużonego i nerwach czuciowych skórnych. Zwyrodnienie korzeni rdzeniowych nerwu trójdzielnego i zanik pęczka samotnego, który ma być według KOELLIKER'a i innych wstępującym, czuciowym, wychodzącym ze zwoju pozamózgowego korzeniem nerwu językowo-gardzielowego i błędnego, można tą drogą wytłomaczyć. Pogląd ten poparty być może przez hipotezę ERB'a, według której czynności komórek zwojowych mogą być uszkodzone bez widocznych zmian histologicznych i to uszkodzenie czynnościowe wystarcza już do wywołania widocznego zwyrodnienia we włóknach, wychodzących z komórek.

Czynnik, wywołujący wiąd, działa na zwoje rdzeniowe i ich części homologiczne, wywołuje w nich uszkodzenie, nie sprowadzając zmian w budowie; to uszkodzenie wystarcza do powstawania zaniku wychodzących z nich gałązek czuciowych; zanik ten stopniowo się wzmaga, dochodzi do zwojów rdzeniowych

i w końcu wywołuje i w nich pewne zmiany, przynajmniej we włóknach, leżących pomiędzy węzłami. Przy długotrwałej sprawie można znaleźć nawet w komórkach objawy zwyrodnienia.

Autor jest zdania, że wszystkie nasze badania anatomo-patologiczne, odnoszące się do układu nerwowego, wymagają przejrzania odpowiednio do danych o przebiegu włókien, jakich nam dostarczyli GOLGI, RAMON Y CAJAL i inni.

Włókna, idące z rogów tylnych do przednich, uważane obecnie za gałązki boczne, odruchowe (*Reflexcollaterale*), ulegają przy wiaździe rdzenia, o ile się zdaje, zwyrodnieniu. Przy *sclerosis lateralis amyotrophica*, która jest poniekąd przeciwstawieniem wiaźdu, włókna te pozostają nieuszkodzone pomimo zaniku przedniego rogu. Nowsze badania czynią prawdopodobnym pogląd, według którego włókna, wstępujące w tylne rogi rdzenia z korzeniami tylnymi, po części dają do spoidła przedniego i stąd przechodzą na stronę przeciwległą. Przy *sclerosis lateralis amyotrophica* autor spostrzegał obrazy, przemawiające za istnieniem odnośnych dróg.

W przymiocie układu nerwowego stwierdził autor w jednym przypadku zanik korzenia rdzeniowego nerwu trójdzielnego, w drugim zanik pęczka samotnego; dane te poniekąd dowodzą, że przy istotnym przymiocie rdzenia może zachodzić zwyczajny zanik korzeni nerwowych. To zwyrodnienie korzeni wewnątrzopuszkowych może być wtórne i zależne od zapalenia opon na podstawie mózgu.

(*Berliner klin. Wochenschrift* 1894, N-r 30).

M. Biro.

## ODCINEK.

### W sprawie ukończenia asenizacji Warszawy.

#### I.

Lat już 15 upłynęło od chwili, jak sprawa asenizacji Warszawy z dziedziny jałowych rozpraw weszła na drogę owocnego urzeczywistnienia. Pomnikowe to przedsięwzięcie na zawsze w pamięci mieszkańców naszego miasta związane pozostanie z nazwiskiem Starynkiewicza. Jako gruntownie wykształcony technik, oboznawszy się doskonale z podstawowymi warunkami higieny miast wielkich, z energią, powiemy raczej z entuzjazmem, dążył Starynkiewicz do celu, głęboko wierząc w słuszność swych wymagań i przyjętego do ich przeprowadzenia programu, nie dając się w szlachetnych usiłowaniach powstrzymać ani złowrózbnem krakaniem miejscowych obrońców brudu, ani wielkimi nieraz trudnościami natury administracyjnej.

Dziś, kiedy już w znacznej mierze korzystamy z dobrodziejstw urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych, jakie zawdzięcza Warszawa inicyatywie i niezmordowanej gorliwości Starynkiewicza, zapomnieliśmy już prawie o oplakanych warunkach, w jakich żyć byliśmy zmuszeni; zapomnieliśmy o tem, jak jeszcze przed laty 10 znaczna część ludności pijała jedynie posokę, dostarczaną ze studzien podwórzowych, a wybrani otrzymywali do picia wodę wiślaną, wyglądem przypominającą popłuczyny kuchenne; zapomnieliśmy o tem, jak wyglądały rynsztoki na podwórzach i ulicach, jakie się nastroczały trudności w urządzeniu i oczyszczaniu ustępów mieszkaniowych, że już o podwórzowych nie wspomnimy<sup>1)</sup>.

Kto ma dobrą pamięć, kto te stosunki z przed lat 10 unaocześnie sobie potrafi, a jednocześnie o tyle jest biegły w higienie i o tyle cywilizowany, że wartość tego, co już dokonano po dzień dzisiejszy, słusznie ocenić umie; kto jednocześnie wie o tem, że jeszcze niemała część miasta i jego ludności pozbawioną jest w zupełności lub w znacznej mierze tych dobrodziejstw, które stały się już udziałem wielu dzielnic, — ten niezawodnie z niecierpliwością dowiedzieć się pragnie: cóż się stać ma z dalszą asenizacją Warszawy? Na pytanie to, z kompetentnego źródła przychodząca odpowiedź

<sup>1)</sup> Dawny wodociąg dostarczał miastu jako maximum 600,000 stóp sześć. wody na dobę, obecnie nowy wodociąg daje w porze letniej do 1,200,000 stóp sześć. Długość dotychczas już zbudowanych kanałów ulicznych wynosi do 40,000 stóp bieżących czyli około 16,000 metrów, czyli przeszło 15 wiorst.

brzmi tak: dokończenie kanalizacji miasta, zgodnie z pierwotnym jednolitym planem inżyniera W. Lindleya, nie będzie na teraz uskutecznione.

Czy podobna?!

Tak jest—brzmi odpowiedź, a powodem wyrzeczenia się na teraz dokończenia kanalizacji całego miasta, w rozmiarze planu pierwotnego, jest niemożność finansowa miasta, przyezem zachodzi także techniczna niewykonalność kanalizacji Powiśla i higieniczna bożyteczność kanalizowania tej części miasta w jej obecnych warunkach.

Czy podobna?!

Sprawa dokończenia asenizacji Warszawy, jak się z powyższych zdań okazuje, jest wielce powikłana. Sprawa ta, zdaniem naszym, musi być jasną i gruntownie poznaną przez każdego lekarza. Dlatego uznaliśmy za potrzebne poświęcić jej tu szereg uwag, w nadziei, że posłużą do jej wyjaśnienia. Sprawa asenizacji każdego miasta, wchodząca oczywiście jako całość w zakres nauki o ochronie publicznej zdrowia, mieści w sobie zawsze elementy natury ekonomicznej, administracyjnej, technicznej i lekarskiej. Lekarz, jeżeli ma sobie w podobnej sprawie wyrobić sąd lub do sądzenia w niej, czy to wobec władzy, czy wobec współobywateli ma być powołany, musi obeznać się ze wszystkimi jej elementami.

I my też tutaj nie zawahamy się w piśmie lekarskiem poddać rozbirowi tego wszystkiego, co przytaczane bywa za lub przeciw dokończeniu kanalizacji Warszawy, pod względem finansowym, a szczególnie pod względem technicznym. W tym celu zwróciliśmy się do biegłych w danym przedmiocie techników i, dzięki otrzymanym od nich objaśnieniom, jesteśmy w możności wyjaśnić niejedną wątpliwość, budzącą się szczególnie w umyśle niefachowca.

W roku 1879 ułożony był przez inżyniera W. Lindleya plan kanalizacji całego miasta, — kanalizacji splawnej, to jest takiej, która tworzy jednolitą sieć przewodów. Dokładne funkcyonowanie takiego systemu odwadniającego, istotna splawność sieci oczywiście warunkowana jest wykończeniem wszystkich, planem przewidzianych rozgależeń, a to tembardziej, że splawność niektórych linii polega nie tylko na dopływach zwykłych, miejscowych, z danego terytorium dochodzących, ale i na przepływie ścieków gałęzi sąsiednich, z natury spadku do owych linii się dostających.

Projekt pierwotny wymagał 4 kanałów głównych — tak zwanych kolektorów, biegnących z kierunkiem biegu Wisły od południa ku północy. Z tych trzy już są dziś zbudowane, a mianowicie: kolektor, idący ulicą Przyokopową (którego dalszy ciąg po za miastem kończy się wylotem bielańskim, wpadającym do Wisły), kolektor ulicy Marszałkowskiej i kolektor Krakowskiego Przedmieścia. Te dwa ostatnie znajdują ostatecznie ujście w linii pierwszej i zawartość swą do niej odprowadzają. Na Powiślu Lindley zakreślił w swym projekcie pierwotnym kolektor czwarty, albo raczej, z uwagi na warunki miejscowo (spadki i t. d.), dwa kolektory: D i D<sub>1</sub> jedną linię tworzące; jeden — biegnący wzdłuż Czerniakowskiej i Solca do zakładu starych wodociągów na ulicy Dobrej, ze spadkiem od południa ku północy; drugi, biegnący wzdłuż Rybaków, Bugaju i t. d., do tegoż samego punktu co pierwszy, na ulicy Dobrej, a więc ze spadkiem od północy ku południowi. Zawartość obu tych kanałów głównych, gromadząca się w starym zakładzie wodociagowym na Dobrej, siłą pomp tego zakładu ma być podnoszona i przepompowywana do kolektora Krakowskiego Przedmieścia, by wraz z innymi ściekami miejskimi dostawać się do wylotu bielańskiego. Kolektory powiślańskie nie są dotychczas wykonane, a tem samem i całe terytorium Powiśla, włącznie z pewną częścią połaci wschodniej Krakowskiego Przedmieścia, kanalizowane być nie może. Co się tyczy górnego miasta, to jest tej jego części, dla której przeznaczone są, dziś już wykonane, 3 kolektory pierwsze, to tu są także liczne jeszcze niewykonane kanały uliczne drugorzędno, nieprzewidziane w budującej się obecnie seryi IV, która z końcem roku 1895 kres swój znalazła. Są tu więc jeszcze pominięte dotąd niektóre ważne bardzo terytoria, jak np. terytorium bagnistej kotliny zwanej Sadurką za rogatką Wolską i inne; są niewykonane pewne tak zwane kanały burzowe, zapobiegające powodziom ulicznym w czasie gwałtownych ulew; czekają wreszcie wykonania niektóre linie, wprawdzie przechodzące wzdłuż terytorjów mało zaludnionych, ale konieczne do prawidłowej splawności innych, już istniejących przewodów ściekowych. A zatem kanalizacja całego powiśla, a przedewszystkiem kolektory D i D<sub>1</sub>, równie jak i odpowiednie urządzenie zakładu na ulicy Dobrej z jednej strony, a z drugiej wyszczególnione dopiero co trzy kategorie uzupełnień w kanalizacji górnego miasta, — oto czego potrzeba do skończenia całości sieci odwadniającej według pierwotnego planu Lindleya.

Z planu tego, kosztem 10 milionów, osiągniętych z pożyczki, po konioc roku 1895 znakomita część będzie, jak widzimy, wykonana i funkcyonująca. Resztę, dotychczasowemi czterema seryami nieobjętą, objąć miała całkowicie serya V, której plan szczegółowy, dzięki inicjatywie obecnego prezydenta miasta Bibikowa, opracował inżynier W. Lindley w początku roku bieżącego. Według planu tego, do seryi V, rozpoczynając się mającej z początkiem 1896 r., inżynier Lindley zaliczył bardzo znaczne roboty wodociągowe, wykonać się mające kosztem 3,600,000 rubli, mające na celu zwiększenie ilości wody miastu dostarczanej i zwiększenie niedostatecznej dziś rękojmi niezachwianego biegu urządzeń wodociągowych (pomp i t. d.); a powtórę wszystkie wyżej wspomniane, zbywające dotąd roboty kanalizacyjne, tak w górnem mieście, jak i na Powiśla i nadto pewne, najpilniej potrzebne, linie odwadniająco na Pradze. Na te wszystkie roboty kanalizacyjne przewiduje się wydatek 3,000,000 rubli. Wobec tego przedstawia się konieczność zaciągnięcia pożyczki 6,600,000 rubli. Całość pożyczki, na asenizację miasta zaciągniętej, wyniosłaby załom 16,600,000 rubli. Plan V seryi był przedstawiony i szczegółowo objaśniony motywami higienicznymi i technicznymi przez inżyniera W. Lindleya w locie r. b., na trzech posiedzeniach komisji, złożonej z osób wskazanych przez p. Prezydenta. W obradach komisji rzeczony z lekarzy zasiadali prof. KOWALKOWSKIJ (na jednym posiedzeniu), inspektor TROICKIJ, lekarze: Ludwik NATANSON i Stanisław MARKIEWICZ.

Tu już wypada nam wyrazić ubolewanie, iż w sprawie natury czysto sanitarnej czterej lekarze, do składu komisji należący, nie byli ze sobą w zgodzie, a w wielu kwestiach, czysto praktyki higienicznej dotyczących, krańcowo różno wyrażali opinie, zapewne nie ku zbudowaniu innych uczestników komisji.

### W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą.

W dalszym ciągu dyskusji nad odczytem HANSEMANN'a (Zob. № 50 „Medycyny“) zabierali głos liczni mówcy, poświęcając przeważnie lwią część swego przemówienia kwestyi swoistości lasecznika LOEFFLER'a, który to lasecznik, według zdania większości, jest sprawcą błonicy; jedynie SCHEINMANN i LIEBREICH poglądu tego nie podzielili. Na sprawę wartości leczniczej surowicy ARONSON'a i BEHRING'a dyskusya nie wiele nowego światła rzuciła i rzucić nie mogła; kwestyi tak doniosłej kilkomiesięczna obserwacya rozstrzygnąć nie jest w stanie.

RITTER utrzymuje, że nowy środek już dlatego nie może być skutecznym, że w błonicy obok swoistego lasecznika LOEFFLER'a przyjmują udział inne jeszcze bakterye. Przekonał się też niejednokrotnie, że zapobiegawcze szczepienie surowicy przeciwbłonicy okazywało się bezskutecznym.—MAX WOLFF ogólnikowo wyraża się, że pomyślne działanie surowicy, jakie widział nawet w ciężkich przypadkach, częstokroć go zdumiewało. Ostatecznego sądu w sprawie tej nie wydaje, uważa bowiem dotychczasowe doświadczenie swoje w tym kierunku za niewystarczające do wygłoszenia takiego sądu.—BENDA, jako anatomo-patolog, zdaje sprawę z przypadków, zakończonych śmiercią. Badanie zwłok 39 chorych, zmarłych na błonicę, z których 23 leczono surowicą, nie wykazało żadnego swoistego działania leczniczego tejże surowicy. Z drugiej strony nie zauważył B. szkodliwego wpływu środka na nerki. Zmiany w tych narządach dawały się w ostatniej epidemii często spostrzegać, rzadziej jednak u szczepionych (83%), niż u nieszczepionych (87%). Przypadki zaś ciężkiego zapalenia nerek zdarzały się o wiele rzadziej u pierwszych (17½%), niż u drugich (25%). Jako rzecz szczególną notuje B. fakt znalezienia w dwóch przypadkach gruźlicy prosówkowej płuc obok starych ognisk serowatych w gruczołach chłonnych. Podobny przypadek na 7 sekeyi podaje także VOSSWINKEL. Dalsze badania rozstrzygnąć powinny, czy zachodzi jaki stosunek pomiędzy sprawą tą a wstrzykiwaniem surowicy.

KOERTE otrzymuje stale dobre wyniki przy stosowaniu surowicy. Do ogłoszonych już poprzednio przez niego przypadków przybywa jeszcze 36 ze śmiertelnością 25%, przyczem zauważyć należy, że ze zmarłych dzieci troje przybyło w stanie beznadziejnym. Szczególnie jaskrawo występował pomyślny wpływ środka na przebieg choroby u dzieci niżej 2 lat, w którym to wieku, jak wiadomo, rokowanie zazwyczaj bywa niepomyślne. Wyraźnego działania na zmiany miejscowe K. nie zauważył. Zdanie, jakoby dobre wyniki leczenia zależały od przyjmowania do szpitala przeważnie lekkich postaci błonicy, jest niesłuszne; pomiędzy powyższymi 36 przypadkami było tylko 8 lżejszych. Białkomocz spostrzegany był bardzo często, u szczepionych częściej, niż u nieszczepionych. Główną rzeczą w całej sprawie jest spadek śmiertelności z 40—50% na 25—30%.—GOTTSTEIN jeszcze raz wykazuje błędy statystyki i dowodzi, że śmiertelność od błonicy w szpitalach berlińskich pozornie tylko zmniejszyła się; cyfra śmiertelności spadła dlatego, że przyjęto do szpitala dwa razy więcej chorych, niż w latach poprzednich. W oddziale HAHN'a w bieżącym (1894)

roku śmiertelność u szczepionych wynosiła 24%, u nieszczepionych 41%. Szkodliwego wpływu surowicy II. nie zauważył.—ARONSON uważa uodparnianie przeciwko błonicy zapomocą wstrzykiwań surowicy za możebne; dawki, pierwiastkowo przez niego w tym celu stosowane, były zbyt małe. Zdanie, przypisujące pomyślny wpływ szczepień leczniczych tej okoliczności, że teraz w szpitalach jest wogóle więcej przypadków błonicy i że przypadki są przeważnie lekkie, — zdanie to upada już chociażby wobec tego, że śmiertelność od błonicy w szpitalu dla dzieci spadła już wówczas, kiedy leczenie surowicą trzymane było jeszcze w tajemnicy; zaś fakt wybitnego powiększenia się śmiertelności od chwili przerwania wstrzykiwań przemawia bezwarunkowo na korzyść środka.

Na sam koniec zostawiliśmy głos prof. A. BAGINSKY'ego, który wywody swoje, przedstawione na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, uzupełnia w № 52 Berl. klin. Woch. Głos ten służyć może za wzór trzeźwego i spokojnego oceniania kwestyi nowej. B. rozpoczyna rzecz o wartości leczniczej surowicy uwagą, którą każdy lekarz powinien mieć w pamięci. „Wyrobiło się“, powiada on, „szczególne przekonanie, że dzieci chore, oddane do szpitala, stanowią najlepszy materiał doświadczalny w rozstrzyganiu kwestyi leczniczych; niejednokrotnie proponowano mi, abym w celu ocenienia wartości surowicy przeciwbłonicyowej leczył naprzemian jedno dziecko tym środkiem, drugie dotychczasowymi metodami. Zapomina się przy tem zupełnie, że dzieci powierzane bywają lekarzowi szpitalnemu nie w żadnym innym celu, niż w tym, aby im jaknajprędzej zdrowie powrócił; że wobec bezsilnych stworzeń, jakimi są dzieci, mniej się jeszcze ma prawa na wszelakie próby lecznicze, niż wobec dorosłych, którzy mogą i którym wolno ciałem swem rozporządzać“. Wzgląd ten skłonił B. do stosowania obok surowicy dawniejszych sposobów leczenia, jakoto: wewnątrznie — chininy, żelaza, wina i innych środków wzmacniających, miejscowo zaś sublimatu 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub> z dodatkiem 1—2—5% ichtyolu do pendzłowa gardła. Z teoretycznego punktu widzenia kombinacya leczenia miejscowego środkiem przeciwnym jest stosowaniem wstrzykiwań surowicy jest najzupełniej usprawiedliwiona: ostatnia ma zobojeźniać jad, który już do ustroju przenikł, pierwszy — niszczyć sprawcę choroby i jego towarzyszków *in loco morbi* i tym sposobem zapobiegać wytwarzaniu się nowego jadu. Co się tyczy dawkowania, to dzieci małe, przybywające do szpitala we wczesnym okresie choroby, ze sprawą miejscową niezbyt rozległą, bez zgorzeli i bez objawów zwężenia krtani, otrzymują jedną dawkę surowicy BEHRING'a № I; starsze dzieci w tych samych warunkach — jedną dawkę surowicy BEHRING'a № II *resp.* № III. Jeżeli sprawa trwa nieco dłużej, to stosuje się zaraz (z wyjątkiem dzieci niżej 3 lat) podwójną dawkę № II, a w razie rozszerzania się błon, złego stanu ogólnego i grożącego zajęcia krtani, wstrzykuje się następnego dnia taką samą ilość lub połowę poprzedniej. W pojedynczych przypadkach przekraczano nawet i tę dużą już (4000 jednostek uodparniających) dawkę, nie wpłynęło to jednak na poprawę wyników leczenia. B. uważa za rzecz prawie pewną, że u dzieci młodszych więcej osiągnąć się daje wstrzyknięciem 1000 — 2000 jednostek uodparniających, niż u starszych znacznie większymi dawkami, a w bardzo ciężkich przypadkach u tych ostatnich (wyżej 10 — 14 lat), zdaje się, że i największe ilości antytoksyny będą bezskuteczne. Jakkolwiek przy tem postępowaniu miał B. wogóle wyniki bardzo dobre, to jednak przyznaje, że zdarzają się przypadki, w których surowica, stosowana nawet bardzo wczesnie, okazywała się bezsilną. Zapewne w tych razach jakoś lub ilość jadu, który przenikł do ustroju, jest taka, że w narządach jego bardzo szybko zachodzą zmiany, nie dające się wyrównać.

W kwestyi działanія ubocznego zauważył B., że przypadki powikłań, któreby napewno można było położyć na karb surowicy, są wogóle bardzo nicliczne. Oprócz przypadków niewinnej pokrzywki, spostrzegł B. na przeszło 300 szczepionych tylko 2 razy poważniejsze wysypki, połączone z wysoką gorączką i bólami w stawach oraz 4 razy także wysypki bez zajęcia stawów. Jeden z tych 6 przypadków w 14 dni po zniknięciu wysypki zakończył się śmiercią z powodu porażenia serca, poprzedzonego porażeniem podniebienia miękkiego i lewostronnym paralizem. Bez wątpienia w przypadku tym śmierć spowodowana była zatorem mózgu, co zresztą B. w okresie zdrowienia po błonicy spostrzegł niejednokrotnie w czasach, kiedy o surowicy jeszcze nie myślano. Jeżeli tedy nie można oskarżać surowicy o wywołanie zatoru, to z drugiej znowu strony należy przyznać, że nie była ona w stanie zapobiedz temu powikłaniu.

Co się tyczy wpływu surowicy na nerki, to B. nie tylko nie spostrzegł ze strony ich częstszego udziału w sprawie chorobowej, lecz przeciwnie, zapewnia, że ilość białka w moczu u szczepionych była wogóle niewielka, a przede wszystkim elementy morfologiczne nie tak często znajduwane były, jak zwykle. Godne uwagi w tym względzie są dwa spostrzeżenia: 1) u dziewczynki z wadą serca, chorej na błonicę, wystąpiły krwotoki nerkowe, co w przebiegu błonicy należy do rzadkości. Możnaaby tu mocz krwawy postawić w zależności od sprawy zatorowej w nerkach, mając na uwadze wspomnianą wadę serca; 2) dziecko w 4-ym tygodniu szkarlatyny z białkomoczem zachorowało na błonicę. Zastrzyknięto 20 ctm. szc. surowicy BEHRING'a № II, a badanie moczu wykazało raczej zmniejszenie się ilości białka; w każdym razie nie uwydatniło

żadnego objawu zaostżenia się sprawy chorobowej w nerkach. Jeżeli tedy B. nie widzi niebezpieczeństwa dla nerek ze strony surowicy, to nie może z równą stanowczością wyrazić się o nieszkodliwości leku dla serca. Przeważna większość dzieci, umierających przy stosowaniu surowicy, ginie przy objawach porażenia serca; u pozostających zaś przy życiu, zdrowiejących pacjentów dosyć często notował B. ciężkie zaburzenia sercowe. Stanowczo wyrazić się o stosunku pomiędzy wstrzykiwaniami surowicy a zaburzeniami ze strony serca teraz jeszcze nie można; potrzeba do tego dłuższego czasu obserwacji, większej ilości epidemii. Być może, że udział serca w chorobie zależy od charakteru tegorocznej epidemii, jak z drugiej strony w tym roku rzadkie są porażenia pobłonicowe, co znowu może nie surowicy zawdzięczać należy. Anatomicznie, zarówno gołem okiem, jak i pod drobnowidzem nie można było stwierdzić różnicy w zmianach mięśnia sercowego u dzieci szczepionych i nieszczepionych.

Z powodu wzmianki D-ra BENDA'Y o możliwym związku między wstrzykiwaniami surowicy i gruźlicą prosówkową, powiada B., że już dawno, na długo przedtem, zanim zaczęto stosować surowicę, zwrócił uwagę na częstość gruźlicy prosówkowej na zwłokach dzieci, zmarłych na błonicę. Asystent jego D-r KATZ znalazł przy badaniu 411 takich zwłok (za życia nie stosowano surowicy) gruźlicę prosówkową 18 razy, zaś na 25 seceji dzieci, leczonych surowicą, 2 razy. Związku zatem pomiędzy stosowaniem surowicy a gruźlicą prosówkową upatrywać nie można.

Ogólne wrażenie, jakie B. odniósł z leczenia błonicy surowicą, da się streścić w następujących wyrazach:

Wpływ szkodliwy środka, jaki dotychczas stwierdzono, nie może być w żaden sposób przeciwstawiony niewątpliwie pomyślnemu działaniu, jakie w najcięższych przypadkach błonicy spostrzegal. Nie należy dopuścić, aby zapomocą niedostatecznie umotywowanych wieści odstraszało lekarzy od używania tego leku. Surowica przeciwbłonicowa o sile, jaką dotychczas otrzymać się udało, nie jest jeszcze wszechmocną wobec jadu błonicowego, stąd też i cyfra śmiertelności od błonicy jest jeszcze dosyć znaczna: ale niema żadnego powodu porzucać środka, który przewyższa bezwarunkowo wszystkie dotąd znane. Całą sprawę leczenia błonicy surowicą należy traktować w spokojniejszym, niż dotychczas, tempie, pamiętając, że dopiero długoletnie doświadczenie w rozmaitych miejscowościach i w różnych epidemiach może o wartości leku rozstrzygać.

*Z. Srebrny.*

## Wiadomości bieżące.

**Komitet redakcyjny „Medycyny“ na rok 1895-ty stanowią:** a) Członkowie stali: Redaktor, Wydawca, oraz: prof. IGNACY BARANOWSKI, WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI, prof. ODO BUJWID, prof. JULIAN KOŚCIŃSKI i JAKÓB ROGOWICZ. b) Członkowie z wyboru: MICHAŁ SADOWSKI zastępca redaktora, tudzież koledzy: BORYSSOWICZ TEODOR, BRUNER WŁADYSŁAW, GEPNER BOLESŁAW RYSZARD, GOLDFLAM SAMUEL, KOSMOWSKI WIKTORYN, KRAMSZTYK JULIAN, MAJKOWSKI JULIAN, MARKIEWICZ STANISŁAW, MAZARAKI KAZIMIERZ, OETUSZEWSKI WŁADYSŁAW, PALMIRSKI WŁADYSŁAW, PRZYBOROWSKI ADAM, RAUM JAN, SOLMAN TOMASZ, SREBRNY ZYGMUNT, SZTEYNER WŁADYSŁAW, SZWAJCER JAKÓB i ZAWADZKI WŁADYSŁAW.

— Ministerjum spraw wewnętrznych zgodnie z orzeczeniem Rady lekarskiej pozwoliło sprowadzać z zagranicy surowicę przeciwbłonicową ROUX'a i BEHRING'a wszystkim zakładom leczniczym, rządowym i prywatnym, wszystkim towarzystwom lekarskim i aptekom, z zastrzeżeniem, aby surowica wydawana była tylko z przepisu lekarzy, w oryginalnem opakowaniu, z oznaczeniem daty przygotowania środka. Stosowanie zaś surowicy dozwala się tylko le-

karzom, pod ich osobistym nadzorem i odpowiedzialnością.

— Na pierwszym (wyborczem) posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, w ubiegłą środę t. j. dnia 2 stycznia odbytem, wybrani zostali: na prezesa prof. Ignacy BARANOWSKI, na wice-prezesa kol. Alfred SOKOŁOWSKI (obydwaj powtórnie), na sekretarza zaś dorocznego kol. Karol RYCHLIŃSKI.

## OD ADMINISTRACYI.

**Uprasza się Szanownych abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1895, oraz o wniesienie zaległej.**

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt Domu Zdrowia D-ra DOBRSKIEGO.

Rok XXX-ty.

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1895 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniehbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przedewszystkiem na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytywać będzie uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. W obec zformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty, lub litografie, obejmuje tekstu minimum stron 20, większego w porównaniu z numerami z przed roku 1892-go formatu; co razem stanowi rocznie tom o tysiąc kilkuset stronicach.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50, kwartalnie rs. 1 kop. 25.

Na prowincyi i po za Warszawą w ogóle rocznie rs. 6 — lub półrocznie rs. 3. (Kwartalnie na prowincyi prenumerować nie można).

**Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.**

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub naukowej pomocy i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresem: **Redakcyja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna N-r 5**, z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Marszałkowska 129.**

---

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 23 Декабря 1894 г.

Друк К. Ковалевскаго, Mazowiecka 8.