

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. J. Pawiński. Przyczynek do nauki o powstawaniu zmęczenia i wyczerpania mięśni serca przy wadach zastawek serca. — P. Niedźwiecki. Samoistne pęknięcie ścian brzusznych podczas ciąży; zupełne wyzdrowienie; poród w swoim czasie bez powikłań. — III. A. Rother. Alkoholizm czyli otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych, w kraju i zagranicą. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy.* 46. R. Koch. Przyczynek do poszukiwań nad organizmami chorobotwórczymi. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O POWSTAWANIU ZMĘCZENIA I WYCZERPANIA MIĘŚNI SERCA przy wadach zastawek serca.

Skrośit

Józef Pawiński,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Każdy, ktokolwiek śledzi uważnie za biegiem literatury lekarskiej ostatnich kilku lat, przyzna, że na polu chorób serca panuje od pewnego czasu nadzwyczaj wielkie ożywienie. Ożywienie to przejawia się nietylko w dążeniu do zastosowania coraz ściślejszych sposobów badania serca, pomiędzy którymi metodę graficzną na pierwszym miejscu postawić należy, ale również w dążeniu do pozbycia się jednostronnych, że tak powiem, schematycznych poglądów na znaczenie wad zastawek. Jakiego rodzaju były te zapatrywania, byłoby zbyt bezcelnym powtarzać; wszak to jeszcze niedawne czasy, kiedyśmy na wykładach klinicznych o chorobach serca słyszeli tylko o szmerach i kiedy umiejscowienie i odróżnienie tego lub owego objawu wysłuchowego decydowało o uzdolnieniu studenta i o lepszym lub gorszym rokowaniu dla chorego. O zachowaniu się samego mięśnia serca, o samoistnem jego cierpieniu wspomiano wtedy bardzo rzadko, a każdy przerost lub rozszerzenie serca uważany był za następstwo wad zastawek. Najlepszym dowodem takiego zapatrywania się na choroby serca w ogólności jest wyrażenie „*vitium cordis*“, pod którym do dziś dnia jeszcze większa część klinicystów i lekarzy praktyków rozumie wyłącznie prawie wadę zastawek serca: *vitium valvularum cordis*. gdy tymczasem w rzeczywistości wyrażenie „wada serca“ powinno się odnosić tak do zastawek serca, jak i do samego mięśnia serca.

W tem też ostatniem znaczeniu należy pojmować „*vitium cordis*“ dawniejszych autorów, zwłaszcza przeszłego lub pierwszych dziesiątków lat naszego stulecia, np. Senac'a, Testy, Kreysig'a. Dopiero od czasu Laënnec'a,

to jest od wprowadzenia do nauki nowej metody badania chorób serca, wysłuchiwanie (*auscultatio*), zaczęto baczniejszą zwracać uwagę na wady samych zastawek serca, z tego głównie powodu, iż zmiany chorobowe, mające swe siedlisko na zastawkach serca lub w ujściach serca, stają się źródłem licznych, często bardzo wybitnych objawów wysłuchowych, gdy tymczasem, jak wiadomo, znacznym zmianom w samym mięśniu serca nie towarzyszą żadne lub tylko bardzo nieznaczne objawy wysłuchowe. Ponieważ zaś z drugiej strony samoistne, pierwotne sprawy chorobowe samej substancji serca nie powodują tak znacznego powiększenia lub zmniejszenia wymiarów tak zwanej tępości serca, jak to bywa przy zmianach chorobowych następczych, ztąd też i dane, za pomocą opukiwania osiągnięte (*percussio*), nie mogły się wiele przyczynić do zwrócenia uwagi klinicystów na sam mięsień serca. Tym sposobem łatwo sobie wytłomaczyć, dla czego z biegiem czasu do wyrażenia wada serca (*vitium cordis*) przywiązywano coraz więcej znaczenia wady zastawek serca (*vitium valvularum cordis*). Dopiero w ostatnim dziesiątku lat, kiedy już dyjagnostyka fizykalna serca dosięgła znacznego rozwoju, rzec można doskonałości, kiedy już zgodzono się mniej więcej co do wielu spornych kwestyj, np. powstawania tonów, szmerów przy tej lub innej fazie czynności serca, zaczęto się znowu zwracać do samego mięśnia serca. Za przykładem amerykańskich lekarzy (Th. Clifford Allbutt, J. M. Da Costa, Arthur B. R. Myers), którzy obserwacjami swemi dowiedli, iż oprócz zmian następczych w samym mięśniu serca, mogą się zdarzać samoistne cierpienia mięśnia, niezależnie od wad zastawek, posypały się spostrzeżenia niemieckich (Joh. Seitz, Thurn, Fraentzel), francuzkich, a zwłaszcza angielskich klinicystów (Fothergill). Ze spostrzeżeń tych okazuje się, że nietylko forsowne marsze żołnierzy, ale i ciężka praca fizyczna, wzruszenia moralne pogłębiającej natury mogą wywołać obraz kliniczny, zupełnie podobny do tego, jakiego nam dostarczają wady zastawek w okresie naruszenia kompensacji.

Nietylko jednak klinicyści, ale nawet i fizyjologowie, po wyjaśnieniu tajemniczego jeszcze w przeszłym stuleciu unerwienia serca, zwrócili swoje badania ku mięśniowi sercowemu. Ta sama szkoła Ludwiga, której zasługi w kwestyi unerwienia serca jaśnieć będą nazawsze na kartach postępu, przyłączyła się do szkoły francuzkiej (Bro wn-S é q u a r d, R a n v i e r), a głównie angielskiej (G a s k e l l), w celu rozstrzygnięcia bardzo ważnego, rzec można, śmiałego pytania, a mianowicie: czy rytmiczne ruchy serca są wyłączną własnością zwojów nerwowych serca, czy też włókien mięśniowych tego organu? Samo się przez się rozumie, że odpowiedź na powyższe pytanie wymaga bardzo wielu ścisłych badań fizyjologicznych; w każdym jednak razie, chociaż spór obecnie jeszcze nie rozstrzygnięty i cała kwestyja znajduje się w okresie zawiązku, istnieją niektóre doświadczenia, przemawiające na korzyść samodzielnego kurczenia się włókien mięśniowych serca, niezależnie od zwojów nerwowych.

Z dotychczas powiedzianego okazuje się, że pominąwszy zapatrywania starożytnych i średniowiecznych autorów na znaczenie mięśnia serca i wzięwszy za punkt wyjścia S e n a c'a, który pierwszy systematycznie ułożył choroby serca, możemy cały okres od S e n a c'a (1749) do naszych czasów, podzielić na trzy

działy. Działy te wyrażać nam będą trzy główne zwroty w sposobie zapatrywania się autorów na rolę mięśnia sercowego w chorobach serca w ogólności.

Dział I. Od Senac'a do Laennec'a (Corvisart, Frank, Testa, Kreysig etc.).

Dział II. Od Laennec'a do Stokes'a (przedstawiciele nowej szkoły francuzkiej i szkoły wiedeńskiej).

Dział III. Od Stokes'a i prac amerykańskich lekarzy do obecnej chwili.

Jakkolwiek ostatni dział jest głównie wyrazem dążenia naszych dni, postawiliśmy jednak w nim na czele Stokes'a, ponieważ uważać go należy za pierwszego, który baczną zwrócił uwagę na niesłuchanie ważną rolę mięśnia serca w całej patologii w mowie będącego narządu. Podręcznik Stokes'a ¹⁾, obejmujący choroby serca i aorty, uważamy, według naszego zdania, za najlepszy, jaki się nam zdarzyło czytać pośród bardzo obfitej literatury chorób serca. Poglądy tegoż autora na stosunek wad zastawek serca do mięśnia sercowego są tak racjonalne, tak zgodne z przebiegiem klinicznym, że dzieło Stokes'a będzie zawsze niewyczerpanem źródłem dla tego, kto zechce oddać się samodzielnym badaniom nad głównym ośrodkiem krwiobiegu.

Z obawy, aby się nie oddalić zbyt daleko od przedmiotu zatytułowanego na początku naszej pracy, zwracamy się do dwóch następujących spostrzeżeń, w których o tak zwanem zmęczeniu i wyczerpaniu mięśnia serca wspomnimy.

Spostrzeżenie I. Pan W. lat 22 liczący, pomocnik budowniczego, zgłosił się do mnie po poradę w połowie Grudnia 1880 r., skarżąc się na duszność i bezsenność. Chory opowiada, że będąc jeszcze chłopcem przechodził reumatyzm stawowy, połączony z obrzmieniem stawów kończyn dolnych i gorączką. Dodaje przytem, że wskutek owego gościa przeleżał kilka tygodni w łóżku i że od czasu tej choroby zaczął doznawać duszności i bicia serca, zwłaszcza przy prędszem chodzeniu i w ogóle przy wysiłkach fizycznych; przed rokiem zaś po silnem zmęczeniu wystąpił kaszel z krwistą plwociną, kilka dni wypoczynku i pozostania w mieszkaniu były dostatecznymi do usunięcia kaszlu i krwiopłucia. Kończyny dolne pozostawały zawsze wolne od wszelkiego obrzęku, a stan zdrowia naszego pacjenta był względnie dobry, przynajmniej o tyle, iż nie przeszkadzał mu oddawać się swojemu zajęciu. To ostatnie, chociaż zasadzało się głównie na kreśleniu planów, zatem nie wymagało wysiłków fizycznych, przerywanem jednak było dość często zajęciem innego rodzaju, a mianowicie chory zmuszony był po niewygodnych często wschodach, rusztowaniach i t. p. wdrapywać się na wysokie piętra nowobudujących się domów, dla doglądania robót ciesielskich i murarskich. Jeśli do tego dodamy i pył, którym chory w takich razach zmuszony był oddechać, to przyznać musimy, że przy łatwo występującej duszności, warunki te nie mogły wpływać korzystnie na stan zdrowia chorego. Mimo to chory trzymał się jako tako. Dopiero przed tygodniem, po niewyspanej nocy, po dość forsownych tańcach, trwających około 8 godzin

¹⁾ D-r William Stokes. Die Krankheiten des Herzens und der Aorta, aus dem englischen von D-r J. Lindwurm. Würzburg. 1855.

i wypiciu znacznej ilości wina, duszność przybrała większe rozmiary, a silne bicie serca i krwioplucie mocno zaniepokoiły chorego.

Stan obecny (*Status praesens*). Chory budowy dobrej, wzrostu wysokiego. Mięśnie umiarkowanie rozwinięte, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość niewielka. Twarz, jak również błony śluzowe oka, warg i t. d., blade, sinicy jednak nie widać ani na twarzy, ani na kończynach. Stan bezgorączkowy, tętno 86 na minutę, arytmiczne; oddech nieco przyspieszony, ale jednostajny, 24 razy na minutę.

Klatka piersiowa nieco wydłużona, przestrzenie międzyżebrowe szerokie, jak również i same żebra. Przy akcji wdychania przestrzenie międzyżebrowe jeszcze wyraźniej występują. Odgłos opukowy z obu stron klatki piersiowej, to jest z przodu i z tyłu, nie przedstawia żadnej różnicy, jest on nietympanityczny; stłumienia odgłosu nigdzie nie znajdujemy. Dolne granice płuc znacznie obniżone; z tyłu klatki piersiowej odgłos tępy rozpoczyna się poniżej XII-go żebra, z przodu zaś z prawej strony w linii sutkowej lewej na VII żebrze, w linii pachowej średniej (*l. axill. media*) poniżej VIII żebra; od strony serca na linii sutkowej lewej i na linii przymostkowej na IV żebrze, na linii zaś pachowej średniej, t. j. od strony śledziony, dolna granica płuc znajduje się poniżej brzegu dolnego VIII żebra.

Oddech na całej przestrzeni płuc z przodu i z tyłu pęcherzykowy (*respiratio vesicularis*), w lewym tylko szczycie płuca, głównie z tyłu klatki piersiowej w okolicy nadgrzebieniowej łopatki, oddech zaostrowany (*respiratio vesicularis aspera*). W dolnych częściach obu płuc, głównie jednak lewego, nieliczne rżenia wilgotne, kaszel niewielki, plwocina skąpa, głównie *sputum spumoso-crudum* z nieznaczną przymieszką krwi.

Serce. Przy oglądaniu okolicy, odpowiadającej położeniu serca, spostrzegamy bardzo silne uderzenie wierzchołkowe (*ictus cordis*) w V-tem międzyżebrze na linii sutkowej lewej. Podnoszenie się i opadanie przedniej części klatki piersiowej, w miejscu odpowiadającym wierzchołkowi serca, jest tak widocznem, że nawet bez przykładania palca można doskonale policzyć uderzenia serca. Za pomocą obmacywania przekonywamy się, iż uderzenie wierzchołkowe jest dość rozlane, przylegające na dość znacznej przestrzeni do międzyżebrza w czasie skurczu serca, a przytem tak silne, iż do rzędu uderzenia unoszącego zaliczonym być musi.

Granice serca. Górna granica tępości bezwzględnej serca na IV-tem żebrze, przechodzi o 1 ctm. na zewnątrz poza linię sutkową lewą, gdzie się styka z lewą granicą serca. Długość jej wynosi 9 ctm.. Lewa granica serca znajduje się na 1 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej lewej, w górnej części bieży równolegle do tej ostatniej, w dolnej zaś przebiega nieco ukośnie, tak, że w miejscu zetknięcia się z granicą dolną serca koniec dolny lewej granicy oddalony jest od linii sutkowej lewej na 1,7 ctm.. Długość lewej granicy serca = 6,8 ctm.. Dolna granica trzyma się mniej więcej kierunku VI-go żebra, wzdłuż którego dochodzi do dołka podsercowego; długość jej wynosi 9,5 ctm.. Prawa granica znacznie przesunięta na prawo, na 2 ctm. poza prawy brzeg mostka, posiada 7 ctm. długości. Największy wymiar poprzeczny tępości serca = 11,2 ctm.. Z tego okazuje się, że serce powiększone jest głównie w wymiarze poprzecznym.

O s l u c h i w a n i e s e r c a. Przyłożywszy stetoskop do miejsca uderzenia wierzchołkowego, słycać szmer już to przedskurczowy (presystoliczny), już też rozkurczowy (dyjastoliczny), częściej jednak słycać się daje pierwszy, aniżeli ostatni; ton skurczowy zdaje się być czystym. Skurcze serca są nadzwyczaj nieregularne, już to energiczne, silne, szybko po sobie następujące, to znowu słabsze, jakby tylko częściowe, oddzielone od siebie krótszemi lub dłuższemi odstępami czasu. Tak zwane pauzy, czyli dłuższe przestanki, zjawiają się to po kilku, to znowu po kilkunastu uderzeniach serca, ale z taką zmiennością, że pomimo dłuższego wysłuchiwania nie podobna w tym chaosie skurczów serca uchwycić jakiegokolwiek typu. Co się tyczy nateżenia samego szmeru, to szmer w okolicy wierzchołka serca słyszalny w czasie rozkurczu lub na początku skurczu jest przy silniejszych skurczach serca wyraźniejszy, przy słabszych zaś traci swoje nateżenie, a wreszcie przy bardzo słabych i szybko po sobie następujących skurczach znika zupełnie.

W okolicy wysłuchiwania zastawki trójdzielnej, na wysokości VI-go żebra na mostku i nieco na zewnątrz od prawego brzegu tegoż słycać słaby szmer skurczowy, drugi ton zaś jest czysty. W II-giem międzyżebżu prawem tuż przy mostku słycać dwa tony, skurczowy mniej, rozkurczowy więcej wydatny. W II-giem zaś międzyżebżu lewym w bliskości lewego brzegu mostka widać naprzemienne faliste podnoszenie się i opadanie ścianki klatki piersiowej, a przy osłuchiwaniu w tem miejscu 2-gi ton przedstawia się wzmocnionym (*accentuatio*).

Żyły szyjowe widocznie nabrzmiewają przy akcji wydechania, w czasie zaś wdéchania tracą swą wyrazistość.

Tętno, podobnie jak i ruchy serca, nadzwyczaj nieregularne. Częstość tętna bardzo zmienna, przecięciowo około 82 na minutę. Badanie tętna palcami jak również i sfigmograficzne rysunki, otrzymane za pomocą sfigmografu M a r e y'a, przekonały nas, że tętno jest nadzwyczaj małe, łatwo dające się ucisnąć, a choć zdarzają się niektóre fale krwi, przewyższające inne swoją wielkością, są one jednak nieliczne, a bezwzględnie uważane za ledwie do średnich zaliczone być mogą. Niektóre tętna, zwłaszcza te, które występują przed tak zwanemi panzami, są tak nieznaczne, tak mało wyróżniają się od wzgórka fali zwrotnej (*Rückstosselevation*) i wzgórków zależnych od wahań ścianek (*Elasticitätsselevationen*), iż bardzo łatwo mogą być wzięte za te ostatnie.

Ś l e d z i o n a powiększona, górna jej granica znajduje się na VIII żebrze, od dołu nieco wyczuwalna. Wątroba wystaje zpod łuku żebrowego prawego, dość miękka. Język obłożony, wilgotny, apetyt mały, brzuch nieco wzdęty, skłonność do zaparcia stolca. *Atonia intestinorum*. Ilość moczu zmniejszona, około 600—700 ctm. na dobę, oddziaływanie kwaśne, ślady białka; sole kwasu moczowego w przeważającej ilości.

W takim stanie rzeczy zaleciłem choremu przedewszystkiem spokój, zimne okłady na okolicę serca, dyjetę roślinno-mleczną, środki przeczyszczające (*mixt. anglic. acid.*) i naparstnicę w naparze (z xv gr. na $\bar{\text{v}}$ vj. Co 2 godziny łyżkę).

Co się tyczy samego r o z p o z n a n i a, to nie ulegało najmniejszej wątpliwości, iż mieliśmy do czynienia ze zwężeniem otworu przedsionkowo-komórkowego lewego. Dane, potwierdzające naszą dyjagnozę, były

następujące: szmer rozkurczowy, a głównie przedskurczowy, słyszalny w okolicy wierzchołka serca, wzmocnienie drugiego tonu i rozszczepienie tegoż w tętnicy płucnej powiększenie poprzecznego wymiaru serca, słabe napełnienie krwią układu tętniczego, tętno drobne, małe, arytmiczne. W końcu i reumatyzm stawowy, w dzieciństwie przebyty przemawiał za istnieniem wady serca. Wziąwszy zaś na uwagę stan całego serca i innych narządów, rozpoznanie nasze brzmiało:

Stenosis ostii venosi sinistri. Hypertrophia cum dilatatione ventriculi dextri. Insufficiencia relativa valvulae tricuspidalis. Arrhythmia cordis. Emphysema pulmonum. Hepar, lien in statu hyperaemiae passivae. Atonia intestinorum.

W ciągu następnych dwóch tygodni stan chorego przy użyciu wyżej wspomnianych środków i zachowaniu spokoju, polepszył się nieco; duszność zmniejszyła się, chory zaczął lepiej sypiać, tętno jednak pozostawało ciągle arytmicznym, jakkolwiek pod wpływem naparstnicy stało się pełniejszym i mniej częstym. Na początku Stycznia chory nasz, pomimo zakazu unikania wszelkich wysiłków fizycznych, odbył dość daleką przechadzkę, tak, iż powrócił do domu zmęczony. Wtedy to wystąpił kaszel, zjawilo się krwioplucie, a duszność i bicie serca stały się dokuczliwemi. Wezwany tegoż samego wieczora do chorego znalazłem go w następującym stanie: ciepłota ciała około 38° C., oddech przyspieszony, mniej więcej 25—30 na minutę, tętno drobne, nieregularne, 96—100 na minutę. Z prawej strony klatki piersiowej z tyłu, na przestrzeni 3 palców poprzecznych ponad dolną granicą płuc stłumienie; oddech w miejscu stłumienia słabszy, aniżeli w odpowiedniej okolicy przeciwnej połowy klatki piersiowej; oprócz tego dość liczne rżenia wilgotne (*crepitationes*). Ponad miejscem stłumienia odgłosu, szczególnie zaś w okolicy prawej łopatki, oddech pęcherzykowy zaostrozony (*respiratio vesicularis aspera*). Plwocina w umiarkowanej ilości, głównie spieniona, w części szklista (*sputum crudum*) z domieszką krwi, już to płynnej, już to skrzepniętej. Na twarzy, zwłaszcza na nosie, lekka sinica. Choremu zalecono: bańki suche na plecy, *Infusum rad. ipecacuanhae ex gr. xij pti ʒvj.* Co 2 godz. łyżkę, *extr. sec. cornut* w pigułkach, *laxantia*, zimny okład na serce.

Dnia 4. I. Chory, pomimo że spał kilka godzin, czuje się mocno osłabionym. Duszność mniejsza aniżeli poprzedniego wieczora. Krew pokazuje się w mniejszej ilości, jednakże kaszel dokucza jeszcze choremu. Zastój krwi w prawem płucu taki sam jak wczoraj. Ciepłota ciała 38,2° C. Tętno nieregularne, 90 na minutę. Napełnienie tętnicy promieniowej bardzo małe, *pulsus debilis, parvus*. Na kończynach dolnych i na twarzy lekka sinica. Język wilgotny. Po użyciu przepisanych środków przeczyszczających nastąpiło kilka wypróżnień. Ze względu na osłabioną czynność serca przepisałem choremu *infus. rad. Valerian. ex ʒj pti ʒvj. S.* Co 2 godziny łyżkę i wino w małej ilości. Wieczorem tegoż samego dnia zauważyłem przy badaniu płuc, że stłumienie odgłosu opukowego z prawej strony klatki piersiowej powiększyło się nieznacznie; prócz tego i w dolnej części lewego płuca wystąpiły objawy zastoju, choć w mniejszym stopniu, aniżeli w prawem płucu, w postaci lekkiego stłumienia, osłabienia oddechu i nielicznych rżeń (*crepitationes*); zawartość krwi w plwocinie nieznaczna.

Dnia 6. I. Tętno około 80 na minutę, pełniejsze niż poprzednio, nierytmiczność zaś przedstawia się w słabszym stopniu. Przy wysłuchiwaniu serca w okolicy wierzchołka wyraźny szmer przedskurczowy (presystoliczny), który także daje się wyczuć w postaci *frémissement cataire*. W dolnych częściach płuc oddech dzisiaj jaśniejszy, ilość jednak rzeżeń wilgotnych większa, kaszel nieznaczny, krwioplucie ustało prawie zupełnie. Leczenie mniej więcej takie samo, jak poprzednio. W ciągu kilku następnych dni chory czuł się w ogóle nieźle, sypiał lepiej, zawsze jednak w położeniu siedzącym, które sprawiało choremu najmniej duszności; kończyny dolne, zwłaszcza stopy, obrzękały coraz więcej, a skóra tychże przybierała ciemno-fioletowy, sinicowy wygląd. Tętno nieco pełniejsze, ruchy serca i tętno jakby regularniejsze. Przytem dodać nam wypada, iż pomimo silnego uderzenia wierzchołkowego, które nietylko dla dotyku, ale nawet dla oka było dostępnem, fala krwi w tętnicach obwodowych była bardzo małą.

Co się tyczy wymiarów tępości serca, to w porównaniu z dawnym stanem zaszła ta zmiana, iż prawa granica serca zpoza mostka przybliżyła się do prawego brzegu tegoż, ale za to lewa granica tępości serca przesunęła się znacznie więcej ku lewej stronie, mniej więcej o 3,5 ctm. poza linię sutkową lewą, tak, że tym sposobem dosięgała linii pachowej przedniej (*lin. axillar. anterior*) uderzenie wierzchołkowe pozostało w V-tem międzyżebżu, a najwyraźniej daje się wyczuć nieco na zewnątrz od linii sutkowej lewej. W tym stanie rzeczy środki lekko pobudzające i wypróżniające przynosiły choremu najwięcej ulgi, naparstnica zaś (*digitalis*) zdawała się przynosić więcej szkody aniżeli pożytku choremu, co było łatwem do zrozumienia przy tak znacznem osłabieniu mięśnia sercowego, jak w naszym przypadku.

Podobne jednak polepszenie trwało niedługo, gdyż już 12 Stycznia pod wieczór chory zaczął się uskarżać na ból w prawym boku. Szczegółowe badanie przedsięwzięte w celu wykrycia przyczyny bólu okazało, że ból ten umiejscawiał się głównie w podżebrzu prawem i musiał być odniesionym do wątroby. Ta ostatnia przedstawiła nam się znacznie większą, niż poprzednio. Prócz tego zjawiała się duszność i kaszel, a w plwocinie pokazała się znowu krew. Z tyłu klatki piersiowej z prawej strony stłumienie odgłosu opukowego zajęło większą przestrzeń, gdyż dosięgło do dolnego kąta łopatki. Oddech w miejscu stłumienia odgłosu prawie niesłyszalny, powyżej zaś w okolicy łopatki nieliczne rzeżenia wilgotne (*rhonchi crepitantes et subcrepitantes*), z lewej strony klatki piersiowej, z tyłu, objawy zastoju krwi słabsze aniżeli z prawej. Tętno znowu więcej arytmiczne, napełnienie tętnic słabsze. Obrzęk stóp większy, kończyny chłodne, twarz blada z sinicowym wyglądem. Tępość serca nie uległa żadnej zmianie, ale zato stłumienie odgłosu rozpoczyna się daleko wyżej, niż poprzednio, mianowicie od dolnego brzegu II żebra.

Wobec takiego stanu organizmu i sił chorego trzeba było ograniczyć się do środków pobudzających, które też na wspólnej naradzie z kolegą K r y z e m zaleciliśmy choremu w postaci wina, kamfory, *valerianae*, *spir. nitri dulcis* i t. p.. Ulga, zjawiająca się po użyciu wspomnianych leków, trwała zwykle krótko, duszność stawała się większą, stolce coraz bardziej uparte, tak iż nawet

silne środki drastyczne (*colocynthides, jalapa etc.*) nie sprawiały pożądanego rezultatu, zastój krwi zajął w obu płucach tak znaczne rozmiary, iż tylko wierzchołki płuc były w stanie pośredniczyć w wymianie gazów. Dla ułatwienia zadania osłabionemu sercu zdecydowaliśmy się po wspólnej naradzie z kolegą **Żłobickim** na przystawienie kilku baniek ciętych pod łopatkami. Po zastosowaniu baniek chory przepędził noc lepiej, niż poprzednio; sinica zmniejszyła się, tętno stało się pełniejszym, a stłumienie z prawej strony klatki piersiowej z tyłu jakby nieco mniejsze, słowem ogólny stan chorego wydał nam się nieco lepszym. Na drugi jednak dzień obraz choroby zmienił się zupełnie; oddech stał się krótkim, nadzwyczaj częstym 60 na minutę, prócz tego wystąpił obrzęk płuc. Tętno częste 120 na minutę, arytmiczne; tonów od szmerów niepodobna odróżnić. Sinica znaczna. Wśród objawów zwiększającej się duszności i szybko postępującego osłabienia serca chory życia dokonał.

Z powodów od nas niezależnych nie podobna było wykonać badania zwłok. (D. c. n.)

II. Samoistne pęknięcie ścian brzusznych podczas ciąży; zupełne wyzdrowienie; poród w swoim czasie bez powikłań.

Podał

Piotr Niedźwiecki (z Serdobka).

Dnia 19 Kwietnia r. b. zjawił się do mnie włościanin P. ze wsi Woroncówki, odległej o wiorst 20, prosząc o pomoc dla ciężarnej swojej żony, której przed trzema dniami, to jest 16 Kwietnia pękł brzuch i wypadły na zewnątrz wnętrzności. Po przybyciu na miejsce, znalazłem chorą spokojnie zajmującą się pracą około domu bez zewnętrznych oznak cierpienia. Cierpiąca P. wieku przeszło lat 30, prawidłowo średnio zbudowana, miernie odżywiana. Skóra blada, cienka, z przeświecającymi naczyniami żylnymi; podskórna tkanka tłuszczowa skąpa; mięśnie wiotkie; układ kostny dobrze rozwinięty. Chora jest żoną biednego włościanina; mieszka w ciasnej, brudnej i wilgotnej chacie, w najfatalniejszych warunkach zdrowotnych. Jedyne jej pożywienie, przy nadmiernej pracy fizycznej stanowi chleb czarny i kasza jaglana, bez żadnej okraszy ze skąpą ilością soli przygotowywana. Chorób szczególnych nie przebywała, często tylko niedomagała, bliżej jednak swych cierpień określić nie może.

Chora kilka razy rodziła; ciążę i porody odbywała prawidłowo. W przebiegu przedostatniej ciąży chorej znacznie się wypuklił pępek i doszedł do wielkości pięści. Po urodzeniu dziecka guz pępkowy się nie zmniejszył, lecz pozostał bez zmiany; przy lekkim ucisku znikał i znowu po usunięciu ucisku się zjawiał. Guz ten nie sprawiał chorej żadnej dolegliwości. Obecnie P. znajduje się w drugiej połowie ciąży; ostatni raz miesiączkę miała w początkach Września przeszłego roku; ruchy płodu poczuła w początkach Lutego r. b. i czuje je prawidłowo do obecnej chwili. W ogóle ciąża obecna niczem się nie różniła

od poprzedzających; chora zwróciła tylko uwagę na brzuch, który był niezwykle powiększony, obwisły i ścianki brzuszne silnie były napięte. Guz przytem pępkowy nieznacznie się powiększył, z trudnością mógł być odprowadzonym; skóra pokrywająca go znacznie zcieńczała i zaczerwieniała się.

Przed trzema dniami, to jest 16 Kwietnia rano cierpiąca P., podnosząc znaczny ciężar, uczuła silny ból w okolicy pępkowej, przyczem zewnętrzne powłoki brzuszne wraz ze skórą pękły a wnętrzności wypadły na zewnątrz. Chora, obwiązawszy brzuch ręcznikiem, dzień ten i dwa następne przeleżała, a dnia trzeciego, to jest 19 Kwietnia, czując się dość dobrze wstała i choć z trudnością rozpoczęła swe domowe zajęcia. Przy badaniu chora więcej była przerażoną swym stanem, niż cierpiącą. Stan ogólny lekko gorączkowy: ciepłota 38,5° C.; tętno prawidłowe, 96 uderzeń na minutę; ze strony narządów oddychania i krążenia krwi nic godnego uwagi nie znaleziono; czynność układu nerwowego prawidłowa. Łaknienie mierne, gorycz i suchość w ustach; od czasu do czasu zjawiają się nudności, odbijanie kwaśne lub gorzkie; w ciągu poprzedzających trzech dni kilka razy były wymioty żółciowe, chora czuje nieznaczne tylko bóle brzucha i lekkie rżnięcie. Wypróżnień od czasu pęknięcia ścian brzusznych wcale nie było. Przy badaniu przedmiotowem znalazłem brzuch nadmiernie powiększony, obwisły; ściany brzuszne napięte; ruchy płodu wyraźne. W okolicy pępkowej widzimy kłęb trzewiów wypadłych na zewnątrz, wielkości głowy dziecka, utworzony z wypadłej części sieci wielkiej, poprzecznicę i pętli jelita cienkiego. Otrzewna, pokrywająca wypadłe trzewia, matowo zmętniała, zaczerwieniona; naczynia silnie nastrzyknięte, a fałdy sieci i pętlice kiszkiwskie sklezione lepkiem zapalnym wysiękiem; miejscami na wypadłych częściach sieci widzimy brudno szyfrowe plamy rozlane, bez wyraźnych granic. Skóra dokoła niezmieniona; przy ucisku ścian brzusznych w okolicy pępkowej chora czuje nieznaczny ból. Badając podstawę guza przekonywamy się, że wypadłe trzewia sklezione są lepkiem zapalnym wysiękiem z brzegami rany ścianek brzusznych. Zlepy te są wątłe i z łatwością mogą być rozerwane. Badając dalej przekonywamy się, że w ściankach brzusznych znajduje się rana o brzegach nierównych zapalnie zaczerwienionych, pokrytych ropą w skąpej ilości i ziarniną. Rana idzie od obrączki pępkowej w kierunku białej linii ku dołowi, ma długości około 12 centim., przyczem dolny kąt rany ostry, górny kąt bardziej tępy, stanowi go górny obwód obrączki pępkowej; skóra otaczająca bardziej luźna i będąc pozostałością byłego wypuklenia pępkowego, pokrywa część wypadłych trzewiów, sąsiadującą z nim, będąc z nimi zlepioną za pośrednictwem wysięku zapalnego. Wprowadzony palec do dolnego kąta rany bezpośrednio spotyka dno powiększonej macicy. Oddzieliwszy zlepione pętlice kiszkiwskie od siebie, jak również od brzegów rany, przy ułożeniu chorej poziomo na grzbiecie z przygiętymi do brzucha kolanami i obmywszy dokładnie wypadłe trzewia wodą karbolową 5%, odprowadziłem bez znacznej trudności wypadłą poprzecznicę i pętle kiszkiwskie cienkich, pozostawiając nazewnątrz całą masę wypadłą sieci wielkiej, szczególnie miejsca uległe zgorzeli. Następnie przesunawszy pozostawioną nazewnątrz część sieci ku górnemu kątowi rany, nałożyłem od dołu ku górze pięć szwów węzełkowych z mocnego jedwabiu; na podstawę zaś pozostawionej na zewnątrz sieci wraz

zworkowato-otwartą częścią skóry, pokrywającej była przepuklinę pępkową. Nałożyłem *en masse* podwiązkę i oddzieliłem w odległości 1 centymetra od podwiązki wystającą część sieci i skóry za pomocą noża. Na ranę zastosowałem opatrunek z 10% wody karbolowej, pod postacią często zmienianych przymoczek, a na brzuch opaskę. Chorą ułożyłem poziomo, zaleciłem spokój, a do wewnątrz zaleciłem mleczankę z olejku rącznikowego z nalewką makowca. Warunków zewnętrznych zmienić było niepodobna; przewieźć bowiem do szpitala z powodu wiosennych roztopów było niepodobieństwem ¹⁾. Chora pozostała w najgorszych warunkach otoczenia, pod opieką domowników ciemnych i niemających nawet cienia poczucia i pojęcia o troskliwym pielęgnowaniu.

Rokowanie przeto było bardzo wątpliwe.

Na trzeci dzień, to jest 23 Kwietnia odwiedziłem chorą. Znalazłem ją w stanie nadspodziewanie zadawalniającym. Stan ogólny bezgorączkowy; podmiotowo chora się czuje dobrze; pomimo nalegań z mej strony nie chce dłużej leżeć. Łaknienie prawidłowe, nudności żadnych; czynność narządów trawienia, bez względu na jakość i przygotowanie pokarmów, bez chorobowych zбоceń. Rana drażąca do jamy brzusznej w miejscu nałożenia szwów zagoiła się przez bezpośrednie zlepienie się. Powstała tylko częściowa zgorzel części sieci i ścian brzusznych, znajdujących się ponad podwiązką. Poniżej zgorzeli uległych tkanek widoczna była linia odgraniczającego zapalenia. Ucisk dokoła byłej rany nie sprawiał najmniejszego bólu. Szwy zdjąłem, pozostawiając podwiązkę. Na część uległą zgorzeli zaleciłem opatrunek jak wyżej, a na brzuch opaskę.

W dalszym przebiegu chora zajmowała się pracą około domu; w ogólnym stanie zdrowia chorobowych zбоceń nie było; strup zgorzelinowy oddzielił się w ciągu drugiego tygodnia; a w dwa tygodnie później przy opatrunku z wody gulardowej z kwasem karbolowym, powstała po oddzieleniu się strupa zgorzelinowego powierzchnia ziarninowa pokryta się blizną. W ciągu więc czterech tygodni na miejscu rany drażącej do jamy brzusznej powstała w dolnej części gładka blizna, w górnej modzelowata tkanka, mająca około 3 centymetrów w poprzecznym wymiarze i około 2 centm. długości, ściśle zlana z brzegami obrączki pępkowej i pokryta na swym płaskim wierzchołku gładką blizną. Cięża w dalszym ciągu przebiegała bez najmniejszych zбоceń, wreszcie dnia 20 Czerwca P. urodziła bez powikłań dziecko płci męskiej, zupełnie zdrowe. Połóg odbyła prawidłowo i obecnie (początek Lipca) cieszy się wraz z dziećciem pożądanem zdrowiem, pozbywszy się nawet przepukliny pępkowej.

¹⁾ W stepowych miejscowościach wschodniej części Rosyi, gdzie wiosny prawie nie ma i całe zaspasy śniegu tają niekiedy w ciągu trzech dni, z nastąpieniem roztopów wiosennych wszystkie mosty zostają zniesione, wszelkie komunikacje przerwane i podróżować wypada częścią konno, częścią na saniach, częścią na kołach, a wąwozy i rzeczki przepływać na łodziach.

III. ALKOHOLIZM, czyli OTRUCIE WYSKOKOWE,

jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i zagranicą.

Napisal

D-r med. **A. R o t h e.**

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 42).

Najprzód spostrzegamy objawy w sferze obyczajowej. Poglądy nałogowego pijaka na honor, obyczaje i przyzwoitość zmieniają się i bywają mniej sumienne i wolniejsze, wyradza się obojętność na upadek rodziny i na brak uszanowania, jakiego człowiek wiekowy doznaje od swojego otoczenia; staje się on samolubem i bezwstydnym (*inhumanitas ebriosa*). Z temi zmianami w moralności łączy się wrażliwość, uczuciowość, dochodząca do chorobliwej gniewliwości, tak, że nic nie znaczące powody wywołują zapędy, dochodzące do szaleństwa gwałtownego, noszącego na sobie cechę chorobliwości (*ferocitas ebriosa*).

Czasowo, a mianowicie z rana, pojawiają się stany umysłowego rozstroju, chorobliwa niechęć, dochodząca do obrzydzenia sobie życia. Stan ten zwykle po nowem użyciu napojów wyskokowych uspakaja się (*morositas ebriosa*).

Ze strony czysto umysłowej bardzo już wczesnie daje się spostrzedz osłabienie woli w wykonywaniu tak obowiązków, wynikających z powołania, jak również i obowiązków ogólnie obywatelskich. Najjawniej osłabienie woli objawia się w niemożności wyrzeczenia się swojego nałogu i powrotu do życia wstrzeźliwego i przyzwoitego. Ręka w rękę z temi objawami idzie postępowe osłabienie w czynnościach umysłowych, dochodzące do zupełnego stopienia umysłowego; pamięć staje się słabszą, myśli bywają przygnębione, jakby ociążałe, a przyswajanie wyobrażeń jest nadzwyczaj utrudnione.

Nie rzadko także pojawiają się urojenia, odnoszące się do stosunków małżeńskich, jakoby żona męża, lub odwrotnie mąż żonę zdradzał, podejrzenie o przemieszanie się, albo też objawy zazdrości, dochodzące do scen nadzwyczaj burzliwych i gwałtownych.

Oprócz tych objawów czysto psychicznych również dość wczesnie pojawiają się zboczenia w czynnościach uczuciowych i zmysłowych.

Objawy te powiększej części zależą od zmienionego krążenia krwi w samym mózgowiu i przewlekłego jego przekrwienia i są one następujące: ból i zawrót, jak również uczucie pustki w głowie, niedyspozycja, odurzenie umysłowe, sen niespokojny, przerywany niepokojącymi sennymi marzeniami. Do tych objawów przyłączają się złudzenia zmysłowe organów wzroku i słuchu. Widma te urojone bywają w kształcie muszek latających, iskier i płomieni, szum i dzwonienie w uszach, połączone częstokroć z nadszulością słuchową.

Z tych widm urojonych i zboczeń słuchowych powstają zwykle złudzenia, rzadziej zaś omamy; treść złudzeń lub omamów zwykle bywa niepokojąca, zatrważająca i zastraszająca. Źrenice zwykle bywają rozszerzone, powiększej części nierówne.

Zboczenia w sferze ruchowej także dość prędko występują, najprzód w kształcie charakterystycznego drżenia mięśni dowolnych, przeważnie języka, warg, mięśni twarzy i kończyn górnych. Drżenie to może zająć całe ciało w formie kurczów podrzucających, niekiedy zaś ogranicza się tylko na drżeniu gałek ocznych. Drżenie to przedstawia jeszcze tę właściwość, że najsilniej wtedy się objawia, jeżeli chory zupełnie jest trzeźwy, po ponownem zaś użyciu napojów wyskokowych zwykle ustaje. Kurcze stałe bywają także i w kończynach dolnych, mianowicie w mięśniach łydek, przed zasnięciem. W jeszcze wybitniejszych przypadkach otrucia wyskokowego bywają nawet i porażenia i bezwład mięśni twarzy, jak również i kończyn górnych i dolnych.

W przewlekłym otruciu wyskokowym w okresach późniejszych bywają także i nerwobóle mięśniowe lub też skórne, jak również niepomiarna nadezłość, ograniczająca się czasami tylko do pewnych części ciała, głównie kończyn. Jeszcze później pojawia się bezbolesność i nieczułość pewnych części ciała, przeważnie kończyn.

Zmniejszona czynność płciowa, dochodząca do zupełnej niemożności, również zalicza się do objawów przewlekłego otrucia wyskokowego i przyczynia się do powstawania błędnych pojęć i wyobrażeń.

O innych zmianach w sferze krążenia, oddychania i odżywiania, w innym miejscu już obszernie mówiłem i dlatego nie potrzebuję ich tu powtarzać.

Jako główne formy cierpienia umysłowego wywołanego nadużyciem napojów wyskokowych należy uważać następujące:

Delirium tremens v. cum tremore. Obłąd opilczy.

Cierpienie to zawsze jest skutkiem przewlekłego otrucia wyskokowego, stanowi niejako chorobę nerwową (*neurosis*) tegoż otrucia i jest jednym z najczęstszych i najważniejszych zboczeń.

Główne cechy tego cierpienia są, jak to pokazuje łacińska nazwa, obłąd i drżenie, jak również bezsenność i złudzenia zmysłowe. Choroba ta nigdy nie powstaje po jednorazowej libacji, nawet gdy upicie się było nadzwyczaj silne, lecz zawsze tam, gdzie już pewne objawy przewlekłego otrucia wyskokowego istnieją. Jeżeli zaś choroba powstaje na tle przygotowanem, to nigdy zaraz po gwałtownem upiciu się, lecz po jedno- lub kilkudniowej przerwie w upiciu się, to jest w stanie trzeźwym.

Główne przyczyny wzniecające są: częste upijanie się, nagła przerwa w użyciu napojów wyskokowych u ludzi przyzwyczajonych do ich użycia, niedostateczne odżywianie skutkiem braku pokarmów, lub bardzo silnego nieżytu żołądka, częste i silne wzruszenia, choroby zapalne, przeważnie zapalenie płuc, biegunka, utraty krwi, czyli krwotoki, długotrwałe i obfite ropienie, bezsenność, uszkodzenie i złamanie kości, jednym słowem choroby pociągające za sobą ogólne osłabienie i wyniszczenie.

Przed wybuchem obłądu opilczego zawsze można zauważyć jako objawy poprzedzające: nienormalny stan żołądka, bezsenność i złudzenia zmysłowe

trwożące, albo też sen niespokojny z powodu przestraszających marzeń, ogólne rozdrażnienie, lekką pobudzalność i wrażliwość, uczucie obawy w okolicy dołka sercowego (*anxietas praecordialis*), szum w uszach, nadczułość sluchu i czucia, ból i zawrót głowy, jak również i lekkie drżenie języka i kończyn. Stan ten wylegania (*incubatio*) choroby trwać może do dni 12.

Sam napad obłądu opileczego składa się z szeregu zbieżności w czynnościach umysłowych, ruchowych i czuciowych. Bezsenność, pobudzalność umysłowa i bojaźliwość wzmagają się, prawidłowe myślenie staje się niemożliwym, myśli płaczą się i gmatwają, świadomość mać się i bredzenie występuje jawnie. Lecz i tu świadomość nie ginie jeszcze zupełnie; silne wrażenia mogą ją niejako przebudzać, lecz tylko chwilowo, a bredzenie bierze górę.

Bredzenie to zwykle jest następstwem i powstaje na tle złudzeń zmysłowych. Złudzenia zmysłowe zwykle są nadzwyczaj silne i pokonywają chorego, mianowicie jeżeli tenże się znajduje w ciemnym miejscu i bez światła, zmuszają one do obrony i mogą nawet wywołać czyny gwałtowne, albo też chory poddaje się im zupełnie apatycznie.

Złudzenia zmysłowe w obłądnie opileczym podług Schülego¹⁾ przedstawiają się w pięciorakim kształcie, a mianowicie:

1) chory widzi małe drobne zwierzęta, bądź pojedynczo, bądź całymi stadami, np. myszy, pająki, robaki; przyczyny powstawania tych złudzeń widzi Schüle w pewnym drżeniu mięśni galek ocznych i kurczowem skracaniu się mięśni przystosowywujących oko do odległości (*accomodatio*), albo też uważa je za złudzenie refleksyjne, powstałe skutkiem zmienionego czucia skórniego;

2) zwierzęta wielkie; przedstawiające się pojedynczo lub w ogromnych stadach, powstawanie ich podobne do wyżej opisanego;

3) złudzenia treści religijnej, charakteru przestraszającego, jak to: kościoł-trupy lub trupy chodzące, procesyje nawołujące do pokuty i t. d. Złudzenia te porównywa S. do złudzeń epileptyków, lub będących w obłąkaniu padaczkowem;

4) złudzenia pod postacią osób obcych, żołnierzy, policyi i t. d., co już nam wskazuje, że obłąd w ogóle przyjmie charakter obłądu prześladowczego i nakoniec,

5) złudzenia, powstałe z otoczenia i codziennego zwykłego zajęcia chorego.

Oprócz złudzeń wzrokowych, bywają także i złudzenia słuchowe, smakowe i czuciowe.

Złudzenia te są główną przyczyną niepokoju chorego, wywołują nieustanne ruchy, błędne wyobrażenia i idee, jak również mogą się stać powodem, iż chory staje się niebezpiecznym dla swego otoczenia.

Co do zbieżności ruchowych, to już wspomniałem o drżeniu mięśni języka, warg, twarzy i kończyn górnych; chód w ogóle staje się chwiejnym i niepewnym. Czucie jest albo zupełnie zniesione, albo też przemienia się w nadczułość. Odruchy zwykle są silniejsze, ztąd bezcelowe przewracanie się w łóżku, drganie i machanie kończynami, a nawet i ruchy drgawkowe. Tętno zwykle przyspie-

¹⁾ Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten, 1880.

szone do 100 uderzeń na minutę, oddech przyspieszony, obfite poty, mocz wydziela się w mniejszej ilości, lecz bardziej zgęszczony; ciężar jego gatunkowy większy, a czasami znajduje się w moczu dość znaczna ilość białka. Bezsenność zupełna.

Rokowanie w tej formie obłądu opileczego niezawsze bywa pomyslnie; choroba zwykle trwa od 3 do 8 dni, lecz z powodu często zdarzających się powrotów przeciąga się nierzadko do miesiąca i dłużej. Zakonczenie choroby może być wielorakie; najpomyślniejsze jest wyzdrowienie zupełne, które zwykle następuje po głębokim i dość długotrwałym śnie. Śmierć może nastąpić skutkiem ogólnego wyniszczenia i osłabienia, albo też z powodu obrzęk mózgowia i drgawek. Nakoniec obłąd opileczy może jeszcze przejść w stan przewlekłego obłąkania pod postacią szalenstwa, zadumy albo też osłabienia umysłowego. Obłąkanie tego rodzaju nie różni się od takich samych form, powstałych skutem wpływów osłabiających, chyba że znajdziemy jeszcze ślady ogólne przewlekłego otrucia wyskokowego, albo też złudzenia umysłowe mieć będą cechę złudzeń opisanych w początku obłądu opileczego.

Choroba ta, jak to z dotychczasowego widzieliśmy opisu, należy do cierpień tak zwanych bezgorączkowych, lecz jest jeszcze inna forma, na którą przedewszystkiem *M a g n a n* ¹⁾ zwrócił uwagę i opisał jako:

Delirium tremens febrile. Obłąd opileczy gorączkowy. Delirium tremens acutissimum.

Forma ta od powyżej opisanej różni się przeważnie tem, że nagle i niespodzianie bez widocznych patologicznych zmian cielesnych pojawia się podniesienie ciepłoty, dochodzące do 41—42° C. przy nieodpowiednio przyspieszonym tętnie. Podniesienie ciepłoty przy wszelkim braku innych przypadłości gorączkowych można sobie tłómaczyć nieprawidłową innerwacją ośrodków mózgowych regulujących ciepłotę ciała. Z powodu tak podwyższonej ciepłoty forma ta zawsze ma charakter groźny i niebezpieczny. Zboczenia w sferze ruchowej, drżenie mięśni i kończyn bywają jeszcze silniejsze i wyraźniejsze niż w formie poprzedniej i dochodzą do tego stopnia, że chory pewnych ruchów zamierzonych nie może wykonać. Częstokroć uważano częściowe ruchy drgawkowe, a nawet silne napady padaczkowe. Białko w moczu bywa także często.

Choroba ta może powstać samoistnie podczas przewlekłego otrucia wyskokowego, albo też rozwinąć się podczas przebiegu obłądu opileczego niegorączkowego.

Cierpienie to zwykle nie trwa dłużej nad 4 dni i kończy się prawie zawsze śmiercią.

Przy leczeniu obłądu opileczego tak bezgorączkowego jak również i gorączkowego przedewszystkiem uwaga powinna być zwróconą na wskazanie przyczynowe, a dalej na wskazanie przypadowe.

¹⁾ D-r V. *M a g n a n*. De l'aleoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. Paris 1874.

Nadzwyczaj doniosłe znaczenie przy wskazaniu przyczynowem ma sposób leczenia zapobiegawczy. Jeżeli chory tego rodzaju przybędzie do zakładu leczniczego i stanowczo będzie dowiedzionem, że należał do klasy nałogowych pijaków, to bezwarunkowo nie można mu od razu zupełnie zabronić użycia wyskoku, a tem bardziej, jeżeli prócz przewlekłego otrucia wyskokowego znalezione będą takie stany chorobowe, które powyżej wyliczyłem, jako przyczyny wzniecające lub powodujące.

Również ważnem jest, aby choroby lub uszkodzenia przytrafiające się u nałogowych pijaków (przy przewlekłym otruciu wyskokowym) nie były leczone w sposób osłabiający organizm, zatem upustami krwi, lekami drastycznymi i t. p., owszem pod względem urządzenia życia chorego tak co do strawy, jak również i co do środków leczniczych, należy zastosowywać przetwory wzmacniające.

Jak wyżej widzieliśmy, każdy pijak nałogowy może zachorować na obłąd opilczy, należy zatem u takich osób bacznie zwrócić uwagę na przypadłości zapowiadające, a mianowicie na bezsenność; pierwsze już jej pojawienie się należy zwalczać środkami nasennymi, jak makowiec czysty lub w połączeniu z wyskokiem, wodan chloralu, morfina i t. d. Wybór jednego lub drugiego, albo też połączenie tych środków zależy od warunków osobniczych.

Jeżeli zaś choroba już zupełnie jest rozwinięta, to głównem zadaniem lekarza będzie usunięcie wszystkiego tego, co chorego rozdrażnia lub niepokoić może i postarać się o sprowadzenie nań snu. W przypadkach tak zwanego gorączkowego obłąd opilczego, jak również przy objawach wykazujących obecność zwyrodnienia tłuszczowego, mianowicie serca, należy być nadzwyczaj oględnym w stosowaniu chloralu, najlepiej podług mojego doświadczenia zaniechać go zupełnie, a lepiej zastąpić go innymi środkami. Chloral w takich przypadkach nie tylko że korzyści nie przyniesie, ale owszem, częstokroć będzie szkodliwym, a nawet i niebezpiecznym lekiem; w przypadkach zaś ogólnego upadku sił, bezprzytomności, u chorych z osadem sadzowatym na języku, bredzeniem markotliwym, z drganiem ścięgien i t. d., najlepszym środkiem będzie wino, a nawet i czysty wyskok lub eter.

Jeżeli zaś chory przechodzi w stan wyzdrowienia, to należy się postarać o lekką lecz pożywną dyjetę, spokój ciała i umysłu, o podtrzymanie dobrego snu; stosowne tu są kąpiele letnie z sodą.

Należy nam jeszcze zwrócić uwagę na tak zwany:

Stan chorobowego podpicia. Pathologische Rauschzustände,

które najdokładniej opisał i ocenił *Krafft-Ebing*¹⁾. Wiadomą jest rzeczą, że nałogowy pijak pod wpływem wzrastającego zwyrodnienia mózgowia staje się coraz wrażliwszym, czyli że co raz mniej znosi napojów wyskokowych. U takich osób małe nawet ilości wyskoku wywołują objawy osłupienia, a jeszcze częściej silnego rozdrażnienia, bredzenie i obłąd, dochodzący do szaleństwa (*mania ebriorum acutissima*).

Powodu takiej nietolerancji wyskoku u pijaka szukać należy w chorobliwym stanie mózgowia, przeważnie zaś we wrażliwości ośrodków naczynio-rucho-

¹⁾ *Krafft-Ebing*, Lehrbuch des Psychiatrie, Stuttgart, 1879.

wych, odporność których została zmniejszoną. Skutkiem tak zmniejszonej odporności ośrodków naczynioruchowych, wyskok, wywołujący zwykle przyplwy krwi do mózgowia, sprowadza silne podrażnienie istoty korowej mózgowia w połączeniu z czynnemi przyplwami i tworzy takim sposobem obraz o s t r e g o k r ó t k o t r w a ł e g o s z a l e ń s t w a ¹⁾.

Takie oddziaływanie wyskoku napotyamy nietylko podczas długotrwałego otrucia wyskokowego, ale także i przy wrodzonym dziedzicznym usposobieniu, przy którym nieznośnienie napojów wyskokowych stanowi niejako oznakę chorobową (*signum pathognomonicum*) i bywa częściowym objawem neuropatycznego ciałotworu.

W innych przypadkach wyskok w taki sam sposób działa na ludzi, którzy doznali uszkodzenia głowy, wstrząśnienia mózgu, udaru mózgowego; na ludzi, którzy przebyli tyfus; wreszcie na osoby mające skłonność do padaczki lub już jej podlegające i na chorych będących w okresie wstępnym bezwładu ogólnego postępowego. Lecz i bez tych okoliczności usposabiających skutkiem wpływów przypadkowych działanie wyskoku może się objawiać pod postacią ostrego przelotnego szału, na przykład pod wpływem silnych i nagłych wzruszeń, znużenia cielesnego, w końcu pod wrażeniem silnych popędów płciowych, po użyciu napojów wyskokowych naczczo, w izbach niskich i gorących, na skwarze słonecznym, przez domieszanie do wyskoku substancyj odurzających.

Takie przypadki mają daleko większe znaczenie we względzie sądowo-lekarskim niż we względzie klinicznym.

Przy rozpoznawaniu takich stanów nader ważną wskazówką będzie okoliczność, że ilość użytych napojów nie bywa w stosunku odpowiednim do skutków wywołanych, a to z powodów wewnętrznych organicznych lub warunków przypadkowych.

Związek między przyczyną i skutkiem wyraźnie różni się od tego, jak i zauważamy przy zwyczajnem upiciu się. Nie można w naszych przypadkach zauważyć stopniowego działania wyskoku. Chorobowy stan podpicia występuje nie po zupełnem upiciu się, lecz przy samym początku upicia się, albo też po pewnym przeciągu czasu (po kilku godzinach) tak, że najprzód istniał okres przekrwienia mózgu i zakażenia wyskokowego, a przyczyny przypadkowe, silne wzruszenie np., wywołują dopiero wybuch. Bredzenie zwykle jest usystematyzowane i samowiedza do tego przytłumiona stopnia, że czyny gwałtowne powstają bezwiednie, bez świadomego wyobrażenia, nosząc na sobie cechę popędliwości zupełnie tak samo, jak to bywa w ostrem szalenstwie.

Ruchy nie są chwiejne, lecz więcej charakteru pobudzonego, pewne, silne i energiczne.

Odpowiednio do głębokiego zboczenia i odurzenia świadomości spostrzegamy zupełny brak pamięci, tak, że wszystko, co z chorym w czasie napadu się stało, dla niego wcale nie istnieje. Napad zwykle rozpoczyna się od napływu krwi do mózgu, bólem i zawrotem głowy i nadczołością narządów zmysłowych; objawy

¹⁾ R o t h e. Psychopathologia forensis.

te trwają podczas całego napadu. Napad taki trwa czasem tylko kilka minut, ale trwać może i daleko dłużej; częstokroć indywidua w takim stanie popełniają czyny gwałtowne. (D. n)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

46. Robert Koch. Przyczynek do poszukiwań nad organizmami chorobotwórczymi. (*Zur Untersuchung von pathogenen Organismen. Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. 1881. Tom I*)¹⁾.

Określenie zadania. Z punktu higieny przedewszystkiem chodzi przy badaniu grzybków o wykazanie, czy dane mikroorganizmy są chorobotwórcze, czy nie; za tem idzie pytanie, czy posiadają zaraźliwość, t. j. zdolność przenoszenia się z jednego ustroju na drugi, dotychczas zdrowy, a zarazem czy są zaraźliwe tylko dla jednego gatunku zwierząt, czy też i dla innych; dalej należy zbadać rodzaj i sposób dostawania się ich do ustroju, zachowanie się ich w powietrzu, wodzie i gruncie, a wreszcie wybadać substancyje, powstrzymujące ich rozwój i je niszczące.

Określenie zaraźliwości. Niektórzy badacze wciąż jeszcze utrzymują, że bakteryje znajdują się we krwi i w tkankach zdrowych osobników; jednakże twierdzenie to opiera się nie na bezpośredniem spostrzeżeniu, lecz na teoretycznem przypuszczeniu. Jak dotychczas stoi jako rzecz pewna, że za pomocą drobnowidza i środków pomocniczych, jakimi oddzielne bakteryje napewno można wykryć w narządach zwierzęcych, nie udało się ich wykryć ani w krwi ani w tkankach zwierząt żywych, że zatem nie ulega żadnej wątpliwości, iż ich również tam nie ma za życia.

Skoro tylko przy badaniu znajdujemy mikroorganizmy we wnętrzu organów, t. j. w naczyniach krwistych lub chłonnych, albo w tkankach, w takim stanie, jaki tylko w żywym ciele mógł przyjść do skutku, lub jeśli widzimy wpływ ich na otoczenie (nekroza komórek, nagromadzenie dokola komórek okrągłych, wnikanie mikroorganizmów w ciało komórki i t. p.), musimy uważać takie mikroorganizmy jako zaraźliwe, lub podejrzane.

Daleko trudniej odróżnić mikroorganizmy chorobotwórcze od zwyczajnych mieszkańców pasorzytnie żyjących, jeśli badamy powierzchnię ciała i jego błony śluzowe. Tu rozstrzyga rzecz pojawienie się ich w masach i różnica ich formy od znanych a nieszkodliwych grzybków. Te ostatnie jednak dotychczas zamało są zbadane.

Wykazanie organizmów chorobotwórczych, jeśli odbywa się po prostu bez żadnych sposobów pomocniczych, napotyka na niesłychane trudności; z małemi wyjątkami są one tak małe i tak proste posiadają kształt, że je można poczytać za produkt rozpadu komórek i niepodobna od nich odróżnić. Na szczęście, jak to wykazał Koch, któremu należy się wdzięczność za tę nową metodę, mikroorganizmy posiadają w wysokim stopniu własność pochłaniania pewnych barwników, a szczególnie anilinowych. Ponieważ jednak i krew, śluz, soki tkankowe i t. d. również dają z barwami anilinowemi barwne niteczki i ziarenka, przeto trzeba dla pewności osobnych przygotowań i osobnego oświetlenia aby zabarwione bakteryje widocznemi uczynić.

¹⁾ Zaledwie potrzeba nam się tłomaczyć, dlaczego dajemy streszczenie z dzieła zeszlórocznego; jest ono wyjątkowej wartości, a sama książka jest drogą, nie mogliśmy więc jej sprowadzić; obecnie mamy ją z Tow. Lek. Warsz.. Zresztą i inne pisma, nawet niemieckie, dopiero w r. b. dały odnośne sprawozdania.

Mikroorganizmy w płynach. Sposób uwidocznienia bakteryj w płynach (krew, ropa, soki) polega na tem, że dany płyn rozpościera się w jak najcieńszej warstewce na szkiełku przykrywkowem, wysusza się i poddaje barwieniu. Jeśli w płynie było mało białka, sposób ten daje rezultaty wyborne; jeśli zaś było białko w znacznej ilości, płyn łatwo po wysuszeniu odmięka, białko daje z barwnikiem osady, obrazy są zamazane i t. d. Można tego wszystkiego prawie zupełnie uniknąć, jeśli do barwienia zamiast roztworów wodnych fuksyny, metylwioletu i t. d., użyć anilinbraunu rozpuszczonego w glicerynie. Owo barwienie preparatów w roztworach barwnikowych wodnych tłómaczy nam, dlaczego niektórzy badacze (Wolff) wciąż jeszcze myślą się przy rozpoznawaniu bakteryj.

Dalsze udoskonalenie metody polega na traktowaniu preparatu płynem, któryby ściał białko przedtem nim się go włoży do roztworu barwnika. Koch używał do tego alkoholu, w który zanurzał dany preparat (t. j. dany płyn rozpostarty na szkiełku) na kilka dni.

Ponieważ jednak bardzo często nadzwyczaj zależy na tem, aby nie czekając natychmiast, zaraz przy sekcyi zbadać krew i t. d., przeto powyższa metoda musi ustąpić pierwszeństwa metodzie Ehrlich'a, która stanowi ogromny postęp w badaniach bakteriologicznych. Koch zmodyfikował tę metodę w ten sposób: rozpościera dany płyn, np. krew na szkiełku i wystawia ją na działanie 120°—130° C. ciepła przez kilka minut. (Ehrlich na parę godzin, przez co ginęły bakteryje); tu gorąco ścina białko, które już nie daje osadu z roztworem barwnika. Sposób ten daje przedoskonale wyniki. Pamiętać tylko należy, że od gorąca i od rozmaitych barwników zmienia się nieco szerokość bakteryj, i dlatego, jeśli kto chce porównywać dane preparaty, winien je przygotowywać jedną i tą samą metodą, inaczej może wpaść w błąd, co się już zdarzało.

Pomijając to, metoda Ehrlich'a jest prawdziwem z bogaceniem naszych sposobów badania. Koch przy swoich pracach bez wyjątku używa tej metody i stała się ona niezbędną. Przy każdej sekcyi zwierzęcia padłego na chorobę zakaźną bada się w ten sposób natychmiast krew, sok z płuc, śledziony i t. d.

Drugie udoskonalenie, które zawdzięczamy Ehrlich'owi, polega na zastosowaniu do barwienia tak ogrzanych preparatów barwnika zwanego *methylenblau*. Przygotowane w ten sposób preparaty powinny być wolne od ziarnistych osadów, cząsteczek barwnika i t. d.; zawierają one tylko elementy upostaciowane, które znajdowały się w badanym płynie, t. j. np. we krwi komórki i mikroorganizmy, osocze bowiem zupełnie się nie barwi. Powód więc do błędów mogą dać tylko komórki i ich produkty naturalne i sztuczne. Co się tyczy tych ostatnich, to one łatwo powstają przy rozpościeraniu płynu na szkiełku; jeśli tylko dbamy o to, żeby warstwa była cienką, a płyn badany był gęsty i ciągnący się, np. był wzięty z płuca, ze śledziony, to przy rozpościeraniu ciało komórki się rozgnięta i powstają fantastyczne oryginalne figury kometowate, przyczem głowę komety stanowi jądro rozgniecionej komórki, a ogon jej ciało. Należy strzedz się błędów, by nie poczytać zabarwionych i wydłużonych jąder za bakteryje. (W taki błąd wpadł Fokker).

Dalej Ehrlich dowiódł, że w posród elementów komórkowych, uważanych ryczałtowo za jednakowe, można wykazać przy pomocy barwników znaczne różnice, zależne od pochodzenia i znaczenia fizjologicznego tych komórek. Takie szczególnie duże i regularnie rozwinięte komórki, zawierające liczne ziarenka znajdują się we krwi wziętej z płuc i ze śledziony u białych szczurów. Komórki takie przy rozpościeraniu krwi na szkiełku łatwo się rozdzierają, ziarenka się wysypują do płynu, barwią i przez niedoświadczonego łatwo za mikroorganizmy mogą być poczytane, zwłaszcza jeśli należy on do „zaciekłych poszukiwaczy mikrokokków”, jak się o nich wyraża Koch.

Mikroorganizmy w tkankach zwierzęcych. Przedewszystkiem tutaj trzeba robić skrawki niesłychanie cienkie, a więc najlepiej mikrotomem; wbrew dotychczas rozpowszechnionemu mniemaniu Koch zwraca uwagę, że rozmaite rodzaje bakteryj różnią się ogromnie co do zdolności barwienia się danym barwnikiem. Np. spirochety tyfusu powrotnego barwią się silnie we krwi zaschłej na szkiełku fuksyną, metyl-wioletem i t. d. gdy tymczasem nie można ich zabarwić w skrawkach tkanki; jednakowoż udaje się to ostatnie przy użyciu barwników anilinowych brunatnych; wręcz odwrotnie zachowują się *bacilli leprae*. Wszystkie prawie mikrokocchi barwią się silnie barwnikami anilinowemi czerwonemi, niebieskiemi i buremi. Ta różnorodność zachowywania się bakteryj zasługuje na uwagę, służy ona bowiem za nowy dowód różnic rodzajowych między niemi.

Można przyspieszyć i wzmocnić barwienie skrawków przez ogrzanie roztworu barwnika poniżej 40° C.

Fotogramy mikroorganizmów. Nie ulega wątpliwości, że największa liczba sporów wynika ztąd, iż rozmaici badacze widzą pod mikroskopem różne obrazy; ztąd płynie różność zdań i różnica poglądów. Kiedy nawet kilku mikrografów ma pod mikroskopem jeden i ten sam przedmiot, jeszcze niewykluczoną jest różnica zdań, każde bowiem pokręcenie śruby, różnica w oświetleniu i t. d., wpływa na zmianę obrazu. Nadzwyczaj względnej wartości są rysunki; pomimo całego starania i sumiennosci w oddaniu są one za czyste, kontury za dosadne, cienie za mocne, sztrychy nienaturalne i t. d., nie mówiąc, że zawsze istnieje domieszka subiektywizmu mikrografa. I dlatego też ogromnej doniosłości są fotografie obrazów mikroskopowych, które wykluczają wszelki podmiotowy pogląd i oddają w s z y s t k o, co tylko jest w polu mikroskopowem. Koch nadaje wielkie znaczenie fotogramom i wprost żąda aby odkrywcy nowych bakteryj nie poprzestawali na opisie i rysunkach lecz załączali nadto fotogramy.

Przenośność czyli zaraźliwość mikroorganizmów chorobotwórczych. Rozpoznawszy po pewnych zmianach chorobnych patogeniczne własności danego mikroorganizmu, przechodzimy do wykazania, czy on jest zaraźliwy czy nie. Bardzo łatwo można sobie wyobrazić mikroorganizm, który może być chorobotwórczym, a wcale nie zaraźliwym, t. j. nie dającym się przenieść z jednego osobnika na drugi. Przypuściwszy, że *intermittens* jest chorobą bakteryjną, co zresztą jeszcze wymaga dalszych dowodów, mielibyśmy doskonały przykład mikroorganizmu chorobotwórczego lecz nieprzeszczepialnego.

Pojęcia te zatem nie są identycznemi. Przy przenoszeniu mikroorganizmów baczyć należy na to, aby zwierzębrane do doświadczenia było o ile można pokrewne zwierzęciu, z którego pochodzi mikroorganizm, na co dotychczas mało zwracano uwagi; jeśli chodzi o choroby ludzkie najlepiej do szczepienia brać małpy; w ten sposób udało się przeszczepić z człowieka po raz pierwszy tyfus powrotny. Dalej należy wypróbować szczepienie na rozmaitych gatunkach; w tym względzie rozmaite gatunki (*species*) rozmaicie oddziałują: jedne szybko i niechybnie giną, inne wytrzymują bezkarnie; u jednych te same bakteryje prowadzą chorobę ogólną śmiertelną, u innych miejscową. Nawet w obrębie jednego i tego samego gatunku istnieją ciekawe stosunki; małe bacylle mysiej posocznicy można z łatwością przenosić z jednej myszy domowej na drugą, a tymczasem myszy polne od niej nie zdéchają. Myszy są np. nadzwyczaj pownym odczynnikiem na bacylle czarnej krosty, tymczasem szczury zachowują się odpornie. Posocznica królików zabija króliki i myszy z absolutną pewnością, tymczasem nie tyka świnek morskich i szesurów a znowu z łatwością daje się zaszczerpić wróblom i gołębom. I co do wielu zwierząt jednego i tego samego gatunku zachodzą nadzwyczaj ciekawe i ważne różnice. I tak, dość łatwo jest zaszczerpić czarną krostę szeseniakowi, a zgoła prawie niepodobna starym psom. To samo spostrzegamy u szesurów i t. d. Okoliczność ta ma niesłychane znaczenie przy roz-

strzygnięciu tak doniosłego pytania *de immunitate*, gdyż niewiedzący o tych różnicach mogli łatwo przyjść do wniosków o skuteczności przedsiębranego szczepienia.

Te szczególne predylekcyje bakteryj do pewnych gatunków zwierząt przypominają nam analogiczne zachowanie się pasorzytów wogóle, które ściśle żyją tylko na pewnych rodzajach roślin i zwierząt. Każdy rodzaj bakteryj musi mieć odpowiedni grunt, zanim się przyjmie. Nikomu zapewne do głowy nie przyjdzie hodować tasiemca w butelce wody, a jednak wszyscy stereotypowo chcą uprawiać wszystkie napotymane bakteryje w płynie rozrodczym *Cohn'a* lub *Pasteur'a*.

Przy przenoszeniu mikroorganizmów trzeba zawsze ściśle oznaczać sposób, w jaki się to skutecznia, wyraźnie zaznaczając czy to ma miejsce drogą właściwego szczepienia, czy też zastrzyknięcia pod skórę lub wewnątrz do żyły, rezultaty bowiem nadzwyczajnie różnią się stosownie do sposobu. Nie jest także obojętną ilość szczepionego płynu, gdyż oprócz bakteryj przenosi się jeszcze substancyje jadowite, skutek zatem będzie nieczysty, gdyż obok zakażenia (*infectio*) będzie otrucie (*intoxicatio*).

Wszystkie narzędzia używane do doświadczeń powinny być poddane rzetelnej dezynfekcyi; jedynym niezawodnym sposobem jest ogrzanie ich do 150° C.; wszystkie inne sposoby, jak wymoczenie w alkoholu, w fenolu i t. d., są niepewne. Najtrudniej jest zdezynfekować szprycy. *Koch* jest tego zdania, że wiele doświadczeń rozbiło się o ten szkopuł i wiele niejasnych rezultatów zastrzykiwań podskórnych daje się sprowadzić do niedostatecznej dezynfekcyi szpryc. *Koch* używa szpryczek szklanych z nasadami metalowemi przypasowanemi za pomocą karbów śrubowych na szkło, na które wkręca się nasady; przed użyciem ogrzewa się szprycę przez parę godzin w skrzynce przy 150° C., a tłok obwinięty nićmi gotuje się w kociołku parowym napełnionym wodą wyjałowioną. Jeśli chodzi o zbadanie wpływu miejscowego bakteryj najlepiej szczepić je na uchu, rogówce lub przesadzać (*transplantare*) do przedniej komory oka.

Jako nieodzowny warunek pewności doświadczenia trzeba przyjąć, żeby się nie ograniczać na jednym eksperymencie, lecz go skontrolować za pomocą innych szczepień. Jest to błąd najczęściej popełniany przez badaczy. Jedno doświadczenie nie dowodzi niczego. Trzeba oczywiście dowieść najprzód że rezultat szczepienia nie był czysto przypadkowy, że za każdym szczepieniem następuje ten sam efekt. Nadewszystko atoli ostrzega *K.* przed jednym błędem. Z tego, że jakaś substancyja zastrzyknięta podskórnie lub do żyły wywołuje działanie chorobne, bynajmniej jeszcze nie wypływa że posiada własności zarazliwe. Takie samo działanie mogą wyrzeć substancyje nieorganizowane, rozpuszczalne. Wtedy jedynie dowieść zdołamy zarazliwości badanej substancyi, jeśli uda się nam przenieść ją z jednego osobnika na drugi przy pomocy tak małej ilości materyi wziętej do szczepienia, że widocznem będzie rozmnożenie (*reproductio*) w zaszczepionym ustroju. (D. n.)

Wł. Matlakowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Jakiśmy na tem miejscu zawiadomili Sz. Czytelników na Redaktora Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. na następne trzylecie został wybrany kol. Jasiński. Mamy przed sobą zeszyt IV Pamiętnika Tow. Lek. za rok 1882, a w nim słowo od dotychczasowego Redaktora kol. Klinka. W niem czytamy: „Zadaniem mojem było uczynić Pamiętnik czasopismem poważnem, zbiorem prac prawdziwie naukowych, przeważnie dokonywanych w pracowniach, klinikach i szpitalach naszych, prac obszerniejszego zwykle rozmiaru, treści bardziej teoretycznej, jedynie oryginalnej”.

nalnych, słowem pragnąłem utworzyć archiwum prac lekarzy polskich“. Tuszymy sobie, że znajdzie się ktoś, co szczegółowo oceni i porówna Pamiętnik za ostatnie trzylecie z poprzednimi latami; tutaj zanotować musimy, że kol. Klink w tak trudnych jak nasze warunkach, w takiej martwocie i ciszy naukowej, przy takiej obojętności ludzi wpływowych, potrafił zrobić to, co sobie położył za zadanie; istotnie Pamiętnik nie jest dziś bibulą próżno zajmującą miejsce w szafie i wyrzucaną do kosza zanim jeszcze wyschła ezerá drukarska. Kolega Klink spokojnie opuszcza swoją pracę; możemy o nim powiedzieć, że dotychczas, do czego się jął, porządnie zrobił, co w Polsce rzadko się pono dzieje. Trzeba wiedzieć w jakich warunkach pracuje się u nas na polu literatury naukowej; środki, jakie Towarzystwo przeznaczyć może na Pamiętnik są szczupłe, liczba prenumeratorów nieliczna, a jednak dzięki tej rzetelnej chęci zrobienia czegoś porządnie i sumiennie udało się kol. Klinkowi wydawać Pamiętnik wzorowo. W 1880 r. wskutek nagromadzenia się znacznej liczby prac, Pamiętnik zawierał zamiast obowiązującej liczby 40—61 arkuszy druku i 37 drzeworytów w tekście; prenumeratorów płatnych było 174, a więc z rokiem poprzednim więcej o 80. W 1881 52 arkusze druku, 5 map, 2 wielkie tablice litografowane i 2 mniejsze; prenumeratorów płatnych 210. W 1882 58 arkuszy druku, 11 tablic litografowanych, 100 drzeworytów; prenumeratorów płatnych około 250. W 1880 dochód z Pamiętnika wynosił 476 rs., w bieżącym wynosi około 700 rs. Kończąc tę wiadomość, składamy kol. Klinkowi serdeczne podziękowanie za jego pracę i staranie.

* Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Kaukaskich z d. 25 Maja 1882 postanowiono wykreślić z listy honorowego członka tegoż Towarzystwa D-r B o g d a n a B u s c h'a znanego ze skandalicznego procesu o nadużycia.

Berlin. Na rektora wszechnicy Berlińskiej (rok 1882/3) wybrany i zatwierdzony został prof. D u b o i s - R a y m o n d.

* „Gazette hebdomadaire“ (Nr. 39) podaje w odcinku niektóre ciekawe szczegóły, dotyczące służby lekarskiej w ostatniej kampanii Egipskiej. Pod Kassasinem starszy chirurg armii D-r S h a u został śmiertelnie ranny. Punkt opatrunkowy wskutek nieprzewidzianego obrotu walki znalazł się w jednej chwili w takim położeniu, że koniecznością spowodowany sztab wydał rozkaz natychmiastowego przeniesienia go w inne miejsce. Lekarz mający poręczony sobie kierunek pomocy chirurgicznej, widząc iż manewr ten jedynie z wielką szkodą dla rannych da się wykonać, oparł się temu rozkazowi. Ludzie należący do służby sanitarnej, napełnili worki gipsem służącym do opatrunków i użyli ich jako tarcz, a schwyciwszy w dłonie broń swych rannych towarzyszy, własną pierśią osłaniali ich od napadu Egipcyan. Wreszcie nadbiegł oddział kawaleryi i dopomógł im do ostatecznego odparcia napadu. Chorych w dalszym ciągu opatrywano.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

Zdanie sprawy z działalności szpitala starozakonnych w Warszawie za czterolecie 1877—1880. Warszawa 1882.

J a w o r s k i D-r Walery. Sposób dokładnego oznaczenia treści płynnej w żołądku ludzkim w celach klinicznych i fizjologicznych. 1882.

P r o t o k ó ł y Kaukaskiego Towarzystwa lekarskiego 6 numerów.

Na pomnik Mickiewicza złożył D-r Orłowski z Warszawy, 2 rs. kop. 10. — Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 886 kop. 10. 10 franków w złocie i 1 dukat w złocie.**

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiące Sierpień i Wrzesień 1882 roku księgarni W-go Wendego i S-ki.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Довволено Цензурою. Варшава 26 Октября 1882 г. Друк К. Ковалевскаго Крólewska Nr. 23.

PEPTONA DEFRESNE

Jedyna, która po rozbiórce chemicznym przyjętą została w Szpitalach Paryzkich
JEDYNA NAGRODA W ODDZIALE FRANCUZKIM 1878



25 0/0 Peptony; (4 0/0) Azotu
24 0/0 Części węglo-wodnistych } GWARANTOWANYCH



PEPTONA DEFRESNE zawiera podwójną ilość mięsa w stosunku do swojej wagi — zupełnie przygotowaną do pożywienia.
Doza: Dwie łyżki stołowe w rosole lub w dobrym winie.

WINO DEFRESNE NA PEPTONIE Doza pół kieliszka zwyczajnego po jedzeniu.

Brak apetytu, konwalescencya, choroby piersiowe, żołądka i kiszek.
DEFRESNE, WYNAŁAZCA PANKREATYNY, 2, Rue de Lombards, Paris,
i we wszystkich aptekach w Warszawie.
i w składach głównych pp. Galle, Spiess i Mrozowski.

ANEMIA. WYCZERPANIE SIŁ. NEWRALGIJE
UREGULOWANIE TRAWIENIA.

WINO Z COCA TROUETTE-PERRET

(VIN DE COCA TROUETTE—PERRET).

(Najlepsze ze wszystkich tonicznych i wzmacniających).

UZNANE PRZEZ PARYZKA AKADEMJE MEDYCZNA.
Złote Medale i Dyplomy 'ze wszystkich Wystaw.'

Sprzedaż hurtowa: Trouette-Perret, 163 & 165 r. St.-Antoine, Paris — Dataliczna
u wszystkich Drogistów i w aptekach.

„w Warszawie u pp. Mrozowskiego i Ziemińskiego.“

PILULES DE BLANCARD

z niezmiennym jodkiem żelaza.

ZATWIERDZONE PRZEZ AKADEMJE MEDYCZYNY W PARYŻU etc.
przeciw: *Skrofalom, bladaczce, małokrwistości i braku*
menstruacji, etc. etc.

NB. — Nieczysty lub podlegający zmianie jodek żelaza jest zdradliwym i rozdrażającym lekarstwem. W dowód rzetelnej czystości i wyrobu prawdziwych Piłulek Blancard'a, wymagać należy u spodu zielonej etykiety, srebrzystą pieczętkę i nasz podpis jak obok zamieszczony.
Znajdują się we wszystkich aptekach.

Blancard, aptekarz, rue Bonaparte, 40, Paris.

Wystregać należy się podrabian.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. J. Pawiński. Przyczynek do nauki o powstawaniu zmęczenia i wyczerpania mięśni serca przy wadach zastawek serca. — P. Niedźwiecki. Samoistne pęknięcie ścian brzusznych podczas ciąży; zupełne wyzdrowienie; poród w swoim czasie bez powikłań. — III. A. Rother. Alkoholizm czyli otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych, w kraju i zagranicą. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy.* 46. R. Koch. Przyczynek do poszukiwań nad organizmami chorobotwórczymi. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O POWSTAWANIU ZMĘCZENIA I WYCZERPANIA MIĘŚNI SERCA przy wadach zastawek serca.

Skrośit

Józef Pawiński,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Każdy, ktokolwiek śledzi uważnie za biegiem literatury lekarskiej ostatnich kilku lat, przyzna, że na polu chorób serca panuje od pewnego czasu nadzwyczaj wielkie ożywienie. Ożywienie to przejawia się nietylko w dążeniu do zastosowania coraz ściślejszych sposobów badania serca, pomiędzy którymi metodę graficzną na pierwszym miejscu postawić należy, ale również w dążeniu do pozbycia się jednostronnych, że tak powiem, schematycznych poglądów na znaczenie wad zastawek. Jakiego rodzaju były te zapatrywania, byłoby zbyt cennym powtarzać; wszak to jeszcze niedawne czasy, kiedyśmy na wykładach klinicznych o chorobach serca słyszeli tylko o szmerach i kiedy umiejscowienie i odróżnienie tego lub owego objawu wysłuchowego decydowało o uzdolnieniu studenta i o lepszym lub gorszym rokowaniu dla chorego. O zachowaniu się samego mięśnia serca, o samoistnem jego cierpieniu wspomiano wtedy bardzo rzadko, a każdy przerost lub rozszerzenie serca uważany był za następstwo wad zastawek. Najlepszym dowodem takiego zapatrywania się na choroby serca w ogólności jest wyrażenie „*vitium cordis*“, pod którym do dziś dnia jeszcze większa część klinicystów i lekarzy praktyków rozumie wyłącznie prawie wadę zastawek serca: *vitium valvularum cordis*. gdy tymczasem w rzeczywistości wyrażenie „wada serca“ powinno się odnosić tak do zastawek serca, jak i do samego mięśnia serca.

W tem też ostatniem znaczeniu należy pojmować „*vitium cordis*“ dawniejszych autorów, zwłaszcza przeszłego lub pierwszych dziesiątków lat naszego stulecia, np. Senac'a, Testy, Kreysig'a. Dopiero od czasu Laënnec'a,

to jest od wprowadzenia do nauki nowej metody badania chorób serca, wysłuchiwanie (*auscultatio*), zaczęto baczniejszą zwracać uwagę na wady samych zastawek serca, z tego głównie powodu, iż zmiany chorobowe, mające swe siedlisko na zastawkach serca lub w ujściach serca, stają się źródłem licznych, często bardzo wybitnych objawów wysłuchowych, gdy tymczasem, jak wiadomo, znacznym zmianom w samym mięśniu serca nie towarzyszą żadne lub tylko bardzo nieznaczne objawy wysłuchowe. Ponieważ zaś z drugiej strony samoistne, pierwotne sprawy chorobowe samej substancji serca nie powodują tak znacznego powiększenia lub zmniejszenia wymiarów tak zwanej tępości serca, jak to bywa przy zmianach chorobowych następczych, ztąd też i dane, za pomocą opukiwania osiągnięte (*percussio*), nie mogły się wiele przyczynić do zwrócenia uwagi klinicystów na sam mięsień serca. Tym sposobem łatwo sobie wytłomaczyć, dla czego z biegiem czasu do wyrażenia wada serca (*vitium cordis*) przywiązywano coraz więcej znaczenia wady zastawek serca (*vitium valvularum cordis*). Dopiero w ostatnim dziesiątku lat, kiedy już dyjagnostyka fizykalna serca dosięgła znacznego rozwoju, rzecz można doskonałości, kiedy już zgodzono się mniej więcej co do wielu spornych kwestyj, np. powstawania tonów, szmerów przy tej lub innej fazie czynności serca, zaczęto się znowu zwracać do samego mięśnia serca. Za przykładem amerykańskich lekarzy (Th. Clifford Allbutt, J. M. Da Costa, Arthur B. R. Myers), którzy obserwacjami swemi dowiedli, iż oprócz zmian następczych w samym mięśniu serca, mogą się zdarzać samoistne cierpienia mięśnia, niezależnie od wad zastawek, posypały się spostrzeżenia niemieckich (Joh. Seitz, Thurn, Fraentzel), francuzkich, a zwłaszcza angielskich klinicystów (Fothergill). Ze spostrzeżeń tych okazuje się, że nietylko forsowne marsze żołnierzy, ale i ciężka praca fizyczna, wzruszenia moralne pogłębiającej natury mogą wywołać obraz kliniczny, zupełnie podobny do tego, jakiego nam dostarczają wady zastawek w okresie naruszenia kompensacji.

Nietylko jednak klinicyści, ale nawet i fizyjologowie, po wyjaśnieniu tajemniczego jeszcze w przeszłym stuleciu unerwienia serca, zwrócili swoje badania ku mięśniowi sercowemu. Ta sama szkoła Ludwiga, której zasługi w kwestyi unerwienia serca jaśnieć będą nazawsze na kartach postępu, przyłączyła się do szkoły francuzkiej (Bro wn-S é q u a r d, R a n v i e r), a głównie angielskiej (G a s k e l l), w celu rozstrzygnięcia bardzo ważnego, rzecz można, śmiałego pytania, a mianowicie: czy rytmiczne ruchy serca są wyłączną własnością zwojów nerwowych serca, czy też włókien mięśniowych tego organu? Samo się przez się rozumie, że odpowiedź na powyższe pytanie wymaga bardzo wielu ścisłych badań fizyjologicznych; w każdym jednak razie, chociaż spór obecnie jeszcze nie rozstrzygnięty i cała kwestyja znajduje się w okresie zawiązku, istnieją niektóre doświadczenia, przemawiające na korzyść samodzielnego kurczenia się włókien mięśniowych serca, niezależnie od zwojów nerwowych.

Z dotychczas powiedzianego okazuje się, że pominąwszy zapatrywania starożytnych i średniowiecznych autorów na znaczenie mięśnia serca i wzięwszy za punkt wyjścia S e n a c'a, który pierwszy systematycznie ułożył choroby serca, możemy cały okres od S e n a c'a (1749) do naszych czasów, podzielić na trzy

działy. Działy te wyrażać nam będą trzy główne zwroty w sposobie zapatrywania się autorów na rolę mięśnia sercowego w chorobach serca w ogólności.

Dział I. Od Senac'a do Laennec'a (Corvisart, Frank, Testa, Kreysig etc.).

Dział II. Od Laennec'a do Stokes'a (przedstawiciele nowej szkoły francuzkiej i szkoły wiedeńskiej).

Dział III. Od Stokes'a i prac amerykańskich lekarzy do obecnej chwili.

Jakkolwiek ostatni dział jest głównie wyrazem dążenia naszych dni, postawiliśmy jednak w nim na czele Stokes'a, ponieważ uważać go należy za pierwszego, który baczną zwrócił uwagę na niesłychanie ważną rolę mięśnia serca w całej patologii w mowie będącego narządu. Podręcznik Stokes'a ¹⁾, obejmujący choroby serca i aorty, uważamy, według naszego zdania, za najlepszy, jaki się nam zdarzyło czytać pośród bardzo obfitej literatury chorób serca. Poglądy tegoż autora na stosunek wad zastawek serca do mięśnia sercowego są tak racjonalne, tak zgodne z przebiegiem klinicznym, że dzieło Stokes'a będzie zawsze niewyczerpanem źródłem dla tego, kto zechce oddać się samodzielnym badaniom nad głównym ośrodkiem krwiobiegu.

Z obawy, aby się nie oddalić zbyt daleko od przedmiotu zatytułowanego na początku naszej pracy, zwracamy się do dwóch następujących spostrzeżeń, w których o tak zwanem zmęczeniu i wyczerpaniu mięśnia serca wspomnimy.

Spostrzeżenie I. Pan W. lat 22 liczący, pomocnik budowniczego, zgłosił się do mnie po poradę w połowie Grudnia 1880 r., skarżąc się na duszność i bezsenność. Chory opowiada, że będąc jeszcze chłopcem przechodził reumatyzm stawowy, połączony z obrzmieniem stawów kończyn dolnych i gorączką. Dodaje przytem, że wskutek owego gościa przeleżał kilka tygodni w łóżku i że od czasu tej choroby zaczął doznawać duszności i bicia serca, zwłaszcza przy prędszem chodzeniu i w ogóle przy wysiłkach fizycznych; przed rokiem zaś po silnem zmęczeniu wystąpił kaszel z krwistą plwociną, kilka dni wypoczynku i pozostania w mieszkaniu były dostatecznymi do usunięcia kaszlu i krwiopłucia. Kończyny dolne pozostawały zawsze wolne od wszelkiego obrzęku, a stan zdrowia naszego pacjenta był względnie dobry, przynajmniej o tyle, iż nie przeszkadzał mu oddawać się swojemu zajęciu. To ostatnie, chociaż zasadzało się głównie na kreśleniu planów, zatem nie wymagało wysiłków fizycznych, przerywanem jednak było dość często zajęciem innego rodzaju, a mianowicie chory zmuszony był po niewygodnych często wschodach, rusztowaniach i t. p. wdrapywać się na wysokie piętra nowobudujących się domów, dla doglądania robót ciesielskich i murarskich. Jeśli do tego dodamy i pył, którym chory w takich razach zmuszony był oddechać, to przyznać musimy, że przy łatwo występującej duszności, warunki te nie mogły wpływać korzystnie na stan zdrowia chorego. Mimo to chory trzymał się jako tako. Dopiero przed tygodniem, po niewyspanej nocy, po dość forsownych tańcach, trwających około 8 godzin

¹⁾ D-r William Stokes. Die Krankheiten des Herzens und der Aorta, aus dem englischen von D-r J. Lindwurm. Würzburg. 1855.

i wypiciu znacznej ilości wina, duszność przybrała większe rozmiary, a silne bicie serca i krwioplucie mocno zaniepokoiły chorego.

Stan obecny (*Status praesens*). Chory budowy dobrej, wzrostu wysokiego. Mięśnie umiarkowanie rozwinięte, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość niewielka. Twarz, jak również błony śluzowe oka, warg i t. d., blade, sinicy jednak nie widać ani na twarzy, ani na kończynach. Stan bezgorączkowy, tętno 86 na minutę, arytmiczne; oddech nieco przyspieszony, ale jednostajny, 24 razy na minutę.

Klatka piersiowa nieco wydłużona, przestrzenie międzyżebrowe szerokie, jak również i same żebra. Przy akcji wdychania przestrzenie międzyżebrowe jeszcze wyraźniej występują. Odgłos opukowy z obu stron klatki piersiowej, to jest z przodu i z tyłu, nie przedstawia żadnej różnicy, jest on nietympanityczny; stłumienia odgłosu nigdzie nie znajdujemy. Dolne granice płuc znacznie obniżone; z tyłu klatki piersiowej odgłos tępy rozpoczyna się poniżej XII-go żebra, z przodu zaś z prawej strony w linii sutkowej lewej na VII żebrze, w linii pachowej średniej (*l. axill. media*) poniżej VIII żebra; od strony serca na linii sutkowej lewej i na linii przymostkowej na IV żebrze, na linii zaś pachowej średniej, t. j. od strony śledziony, dolna granica płuc znajduje się poniżej brzegu dolnego VIII żebra.

Oddech na całej przestrzeni płuc z przodu i z tyłu pęcherzykowy (*respiratio vesicularis*), w lewym tylko szczycie płuca, głównie z tyłu klatki piersiowej w okolicy nadgrzebieniowej łopatki, oddech zaostrowany (*respiratio vesicularis aspera*). W dolnych częściach obu płuc, głównie jednak lewego, nieliczne rżenia wilgotne, kaszel niewielki, plwocina skąpa, głównie *sputum spumoso-crudum* z nieznaczną przymieszką krwi.

Serce. Przy oglądaniu okolicy, odpowiadającej położeniu serca, spostrzegamy bardzo silne uderzenie wierzchołkowe (*ictus cordis*) w V-tem międzyżebrze na linii sutkowej lewej. Podnoszenie się i opadanie przedniej części klatki piersiowej, w miejscu odpowiadającym wierzchołkowi serca, jest tak widocznym, że nawet bez przykładania palca można doskonale policzyć uderzenia serca. Za pomocą obmacywania przekonywamy się, iż uderzenie wierzchołkowe jest dość rozlane, przylegające na dość znacznej przestrzeni do międzyżebra w czasie skurczu serca, a przytem tak silne, iż do rzędu uderzenia unoszącego zaliczonym być musi.

Granice serca. Górna granica tępości bezwzględnej serca na IV-tem żebrze, przechodzi o 1 ctm. na zewnątrz poza linię sutkową lewą, gdzie się styka z lewą granicą serca. Długość jej wynosi 9 ctm.. Lewa granica serca znajduje się na 1 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej lewej, w górnej części bieży równolegle do tej ostatniej, w dolnej zaś przebiega nieco ukośnie, tak, że w miejscu zetknięcia się z granicą dolną serca koniec dolny lewej granicy oddalony jest od linii sutkowej lewej na 1,7 ctm.. Długość lewej granicy serca = 6,8 ctm.. Dolna granica trzyma się mniej więcej kierunku VI-go żebra, wzdłuż którego dochodzi do dołka podsercowego; długość jej wynosi 9,5 ctm.. Prawa granica znacznie przesunięta na prawo, na 2 ctm. poza prawy brzeg mostka, posiada 7 ctm. długości. Największy wymiar poprzeczny tępości serca = 11,2 ctm.. Z tego okazuje się, że serce powiększone jest głównie w wymiarze poprzecznym.

O s l u c h i w a n i e s e r c a. Przyłożywszy stetoskop do miejsca uderzenia wierzchołkowego, słycać szmer już to przedskurczowy (presystoliczny), już też rozkurczowy (dyjastoliczny), częściej jednak słyceć się daje pierwszy, aniżeli ostatni; ton skurczowy zdaje się być czystym. Skurcze serca są nadzwyczaj nieregularne, już to energiczne, silne, szybko po sobie następujące, to znowu słabsze, jakby tylko częściowe, oddzielone od siebie krótszemi lub dłuższemi odstępami czasu. Tak zwane pauzy, czyli dłuższe przestanki, zjawiają się to po kilku, to znowu po kilkunastu uderzeniach serca, ale z taką zmiennością, że pomimo dłuższego wysłuchiwania nie podobna w tym chaosie skurczów serca uchwycić jakiegokolwiek typu. Co się tyczy nateżenia samego szmeru, to szmer w okolicy wierzchołka serca słyszalny w czasie rozkurczu lub na początku skurczu jest przy silniejszych skurczach serca wyraźniejszy, przy słabszych zaś traci swoje nateżenie, a wreszcie przy bardzo słabych i szybko po sobie następujących skurczach znika zupełnie.

W okolicy wysłuchiwania zastawki trójdzielnej, na wysokości VI-go żebra na mostku i nieco na zewnątrz od prawego brzegu tegoż słycać słaby szmer skurczowy, drugi ton zaś jest czysty. W II-giem międzyżebżu prawem tuż przy mostku słycać dwa tony, skurczowy mniej, rozkurczowy więcej wydatny. W II-giem zaś międzyżebżu lewym w bliskości lewego brzegu mostka widać naprzemienne faliste podnoszenie się i opadanie ścianki klatki piersiowej, a przy osłuchiwaniu w tem miejscu 2-gi ton przedstawia się wzmocnionym (*accentuatio*).

Żyły szyjowe widocznie nabrzmiewają przy akcji wydechania, w czasie zaś wdéchania tracą swą wyrazistość.

Tętno, podobnie jak i ruchy serca, nadzwyczaj nieregularne. Częstość tętna bardzo zmienna, przecięciowo około 82 na minutę. Badanie tętna palcami jak również i sfigmograficzne rysunki, otrzymane za pomocą sfigmografu M a r e y'a, przekonały nas, że tętno jest nadzwyczaj małe, łatwo dające się ucisnąć, a choć zdarzają się niektóre fale krwi, przewyższające inne swoją wielkością, są one jednak nieliczne, a bezwzględnie uważane za ledwie do średnich zaliczone być mogą. Niektóre tętna, zwłaszcza te, które występują przed tak zwanemi panzami, są tak nieznaczne, tak mało wyróżniają się od wżgórka fali zwrotnej (*Rückstosselevation*) i wżgórków zależnych od wahań ścianek (*Elasticitätsselevationen*), iż bardzo łatwo mogą być wzięte za te ostatnie.

Ś l e d z i o n a powiększona, górna jej granica znajduje się na VIII żebrze, od dołu nieco wyczuwalna. Wątroba wystaje zpod łuku żebrowego prawego, dość miękka. Język obłożony, wilgotny, apetyt mały, brzuch nieco wzdęty, skłonność do zaparcia stolca. *Atonia intestinorum*. Ilość moczu zmniejszona, około 600—700 ctm. na dobę, oddziaływanie kwaśne, ślady białka; sole kwasu moczowego w przeważającej ilości.

W takim stanie rzeczy zaleciłem choremu przedewszystkiem spokój, zimne okłady na okolicę serca, dyjetę roślinno-mleczną, środki przeczyszczające (*mixt. anglic. acid.*) i naparstnicę w naparze (z xv gr. na $\bar{\text{V}}$ vj. Co 2 godziny łyżkę).

Co się tyczy samego r o z p o z n a n i a, to nie ulegało najmniejszej wątpliwości, iż mieliśmy do czynienia ze zwężeniem otworu przedsionkowo-komórkowego lewego. Dane, potwierdzające naszą dyjagnozę, były

następujące: szmer rozkurczowy, a głównie przedskurczowy, słyszalny w okolicy wierzchołka serca, wzmocnienie drugiego tonu i rozszczepienie tegoż w tętnicy płucnej powiększenie poprzecznego wymiaru serca, słabe napełnienie krwią układu tętniczego, tętno drobne, małe, arytmiczne. W końcu i reumatyzm stawowy, w dzieciństwie przebyty przemawiał za istnieniem wady serca. Wziąwszy zaś na uwagę stan całego serca i innych narządów, rozpoznanie nasze brzmiało:

Stenosis ostii venosi sinistri. Hypertrophia cum dilatatione ventriculi dextri. Insufficiencia relativa valvulae tricuspidalis. Arrhythmia cordis. Emphysema pulmonum. Hepar, lien in statu hyperaemiae passivae. Atonia intestinorum.

W ciągu następnych dwóch tygodni stan chorego przy użyciu wyżej wspomnianych środków i zachowaniu spokoju, polepszył się nieco; duszność zmniejszyła się, chory zaczął lepiej sypiać, tętno jednak pozostawało ciągle arytmicznym, jakkolwiek pod wpływem naparstnicy stało się pełniejszym i mniej częstym. Na początku Stycznia chory nasz, pomimo zakazu unikania wszelkich wysiłków fizycznych, odbył dość daleką przechadzkę, tak, iż powrócił do domu zmęczony. Wtedy to wystąpił kaszel, zjawilo się krwioplucie, a duszność i bicie serca stały się dokuczliwemi. Wezwany tegoż samego wieczora do chorego znalazłem go w następującym stanie: ciepłota ciała około 38° C., oddech przyspieszony, mniej więcej 25—30 na minutę, tętno drobne, nieregularne, 96—100 na minutę. Z prawej strony klatki piersiowej z tyłu, na przestrzeni 3 palców poprzecznych ponad dolną granicą płuc stłumienie; oddech w miejscu stłumienia słabszy, aniżeli w odpowiedniej okolicy przeciwnej połowy klatki piersiowej; oprócz tego dość liczne rżenia wilgotne (*crepitationes*). Ponad miejscem stłumienia odgłosu, szczególnie zaś w okolicy prawej łopatki, oddech pęcherzykowy zaostrozony (*respiratio vesicularis aspera*). Plwocina w umiarkowanej ilości, głównie spieniona, w części szklista (*sputum crudum*) z domieszką krwi, już to płynnej, już to skrzepniętej. Na twarzy, zwłaszcza na nosie, lekka sinica. Choremu zalecono: bańki suche na plecy, *Infusum rad. ipecacuanhae ex gr. xij pti ʒvj.* Co 2 godz. łyżkę, *extr. sec. cornut* w pigułkach, *laxantia*, zimny okład na serce.

Dnia 4. I. Chory, pomimo że spał kilka godzin, czuje się mocno osłabionym. Duszność mniejsza aniżeli poprzedniego wieczora. Krew pokazuje się w mniejszej ilości, jednakże kaszel dokucza jeszcze choremu. Zastój krwi w prawem płucu taki sam jak wczoraj. Ciepłota ciała 38,2° C. Tętno nieregularne, 90 na minutę. Napełnienie tętnicy promieniowej bardzo małe, *pulsus debilis, parvus*. Na kończynach dolnych i na twarzy lekka sinica. Język wilgotny. Po użyciu przepisanych środków przeczyszczających nastąpiło kilka wypróżnień. Ze względu na osłabioną czynność serca przepisałem choremu *infus. rad. Valerian. ex ʒj pti ʒvj. S.* Co 2 godziny łyżkę i wino w małej ilości. Wieczorem tegoż samego dnia zauważyłem przy badaniu płuc, że stłumienie odgłosu opukowego z prawej strony klatki piersiowej powiększyło się nieznacznie; prócz tego i w dolnej części lewego płuca wystąpiły objawy zastoju, choć w mniejszym stopniu, aniżeli w prawem płucu, w postaci lekkiego stłumienia, osłabienia oddechu i nielicznych rżeń (*crepitationes*); zawartość krwi w plwocinie nieznaczna.

Dnia 6. I. Tętno około 80 na minutę, pełniejsze niż poprzednio, nierytmiczność zaś przedstawia się w słabszym stopniu. Przy wysłuchiwaniu serca w okolicy wierzchołka wyraźny szmer przedskurczowy (presystoliczny), który także daje się wyczuć w postaci *frémissement cataire*. W dolnych częściach płuc oddech dzisiaj jaśniejszy, ilość jednak rzeżeń wilgotnych większa, kaszel nieznaczny, krwioplucie ustało prawie zupełnie. Leczenie mniej więcej takie samo, jak poprzednio. W ciągu kilku następnych dni chory czuł się w ogóle nieźle, sypiał lepiej, zawsze jednak w położeniu siedzącym, które sprawiało choremu najmniej duszności; kończyny dolne, zwłaszcza stopy, obrzękały coraz więcej, a skóra tychże przybierała ciemno-fioletowy, sinicowy wygląd. Tętno nieco pełniejsze, ruchy serca i tętno jakby regularniejsze. Przytem dodać nam wypada, iż pomimo silnego uderzenia wierzchołkowego, które nietylko dla dotyku, ale nawet dla oka było dostępnem, fala krwi w tętnicach obwodowych była bardzo małą.

Co się tyczy wymiarów tępości serca, to w porównaniu z dawnym stanem zaszła ta zmiana, iż prawa granica serca zpoza mostka przybliżyła się do prawego brzegu tegoż, ale za to lewa granica tępości serca przesunęła się znacznie więcej ku lewej stronie, mniej więcej o 3,5 ctm. poza linię sutkową lewą, tak, że tym sposobem dosięgała linii pachowej przedniej (*lin. axillar. anterior*) uderzenie wierzchołkowe pozostało w V-tem międzyżebżu, a najwyraźniej daje się wyczuć nieco na zewnątrz od linii sutkowej lewej. W tym stanie rzeczy środki lekko pobudzające i wypróżniające przynosiły choremu najwięcej ulgi, naparstnica zaś (*digitalis*) zdawała się przynosić więcej szkody aniżeli pożytku choremu, co było łatwem do zrozumienia przy tak znacznem osłabieniu mięśnia sercowego, jak w naszym przypadku.

Podobne jednak polepszenie trwało niedługo, gdyż już 12 Stycznia pod wieczór chory zaczął się uskarżać na ból w prawym boku. Szczegółowe badanie przedsięwzięte w celu wykrycia przyczyny bólu okazało, że ból ten umiejscawiał się głównie w podżebrzu prawem i musiał być odniesionym do wątroby. Ta ostatnia przedstawiła nam się znacznie większą, niż poprzednio. Prócz tego zjawiała się duszność i kaszel, a w plwocinie pokazała się znowu krew. Z tyłu klatki piersiowej z prawej strony stłumienie odgłosu opukowego zajęło większą przestrzeń, gdyż dosięgło do dolnego kąta łopatki. Oddech w miejscu stłumienia odgłosu prawie niesłyszalny, powyżej zaś w okolicy łopatki nieliczne rzeżenia wilgotne (*rhonchi crepitantes et subcrepitantes*), z lewej strony klatki piersiowej, z tyłu, objawy zastoju krwi słabsze aniżeli z prawej. Tętno znowu więcej arytmiczne, napełnienie tętnic słabsze. Obrzęk stóp większy, kończyny chłodne, twarz blada z sinicowym wyglądem. Tępość serca nie uległa żadnej zmianie, ale zato stłumienie odgłosu rozpoczyna się daleko wyżej, niż poprzednio, mianowicie od dolnego brzegu II żebra.

Wobec takiego stanu organizmu i sił chorego trzeba było ograniczyć się do środków pobudzających, które też na wspólnej naradzie z kolegą K r y z e m zaleciliśmy choremu w postaci wina, kamfory, *valerianae*, *spir. nitri dulcis* i t. p.. Ulga, zjawiająca się po użyciu wspomnianych leków, trwała zwykle krótko, duszność stawała się większą, stolce coraz bardziej uparte, tak iż nawet

silne środki drastyczne (*colocynthides, jalapa etc.*) nie sprawiały pożądanego rezultatu, zastój krwi zajął w obu płucach tak znaczne rozmiary, iż tylko wierzchołki płuc były w stanie pośredniczyć w wymianie gazów. Dla ułatwienia zadania osłabionemu sercu zdecydowaliśmy się po wspólnej naradzie z kolegą **Żłobickim** na przystawienie kilku baniek ciętych pod łopatkami. Po zastosowaniu baniek chory przepędził noc lepiej, niż poprzednio; sinica zmniejszyła się, tętno stało się pełniejszym, a stłumienie z prawej strony klatki piersiowej z tyłu jakby nieco mniejsze, słowem ogólny stan chorego wydał nam się nieco lepszym. Na drugi jednak dzień obraz choroby zmienił się zupełnie; oddech stał się krótkim, nadzwyczaj częstym 60 na minutę, prócz tego wystąpił obrzęk płuc. Tętno częste 120 na minutę, arytmiczne; tonów od szmerów niepodobna odróżnić. Sinica znaczna. Wśród objawów zwiększającej się duszności i szybko postępującego osłabienia serca chory życia dokonał.

Z powodów od nas niezależnych nie podobna było wykonać badania zwłok. (D. c. n.)

II. Samoistne pęknięcie ścian brzusznych podczas ciąży; zupełne wyzdrowienie; poród w swoim czasie bez powikłań.

Podał

Piotr Niedźwiecki (z Serdobka).

Dnia 19 Kwietnia r. b. zjawił się do mnie włościanin P. ze wsi Woroncówki, odległej o wiorst 20, prosząc o pomoc dla ciężarnej swojej żony, której przed trzema dniami, to jest 16 Kwietnia pękł brzuch i wypadły na zewnątrz wnętrzności. Po przybyciu na miejsce, znalazłem chorą spokojnie zajmującą się pracą około domu bez zewnętrznych oznak cierpienia. Cierpiąca P. wieku przeszło lat 30, prawidłowo średnio zbudowana, miernie odżywiana. Skóra blada, cienka, z przeświecającymi naczyniami żylnymi; podskórna tkanka tłuszczowa skąpa; mięśnie wiotkie; układ kostny dobrze rozwinięty. Chora jest żoną biednego włościanina; mieszka w ciasnej, brudnej i wilgotnej chacie, w najfatalniejszych warunkach zdrowotnych. Jedyne jej pożywienie, przy nadmiernej pracy fizycznej stanowi chleb czarny i kasza jaglana, bez żadnej okrasy ze skąpą ilością soli przygotowywana. Chorób szczególnych nie przebywała, często tylko niedomagała, bliżej jednak swych cierpień określić nie może.

Chora kilka razy rodziła; ciążę i porody odbywała prawidłowo. W przebiegu przedostatniej ciąży chorej znacznie się wypuklił pępek i doszedł do wielkości pięści. Po urodzeniu dziecka guz pępkowy się nie zmniejszył, lecz pozostał bez zmiany; przy lekkim ucisku znikał i znowu po usunięciu ucisku się zjawiał. Guz ten nie sprawiał chorej żadnej dolegliwości. Obecnie P. znajduje się w drugiej połowie ciąży; ostatni raz miesiączkę miała w początkach Września przeszłego roku; ruchy płodu poczuła w początkach Lutego r. b. i czuje je prawidłowo do obecnej chwili. W ogóle ciąża obecna niczem się nie różniła

od poprzedzających; chora zwróciła tylko uwagę na brzuch, który był niezwykle powiększony, obwisły i ścianki brzuszne silnie były napięte. Guz przytem pępkowy nieznacznie się powiększył, z trudnością mógł być odprowadzonym; skóra pokrywająca go znacznie zcieńczała i zaczerwieniała się.

Przed trzema dniami, to jest 16 Kwietnia rano cierpiąca P., podnosząc znaczny ciężar, uczuła silny ból w okolicy pępkowej, przyczem zewnętrzne powłoki brzuszne wraz ze skórą pękły a wnętrzności wypadły na zewnątrz. Chora, obwiązawszy brzuch ręcznikiem, dzień ten i dwa następne przeleżała, a dnia trzeciego, to jest 19 Kwietnia, czując się dość dobrze wstała i choć z trudnością rozpoczęła swe domowe zajęcia. Przy badaniu chora więcej była przerażoną swym stanem, niż cierpiącą. Stan ogólny lekko gorączkowy: ciepłota 38,5° C.; tętno prawidłowe, 96 uderzeń na minutę; ze strony narządów oddychania i krążenia krwi nic godnego uwagi nie znaleziono; czynność układu nerwowego prawidłowa. Łaknienie mierne, gorycz i suchość w ustach; od czasu do czasu zjawiają się nudności, odbijanie kwaśne lub gorzkie; w ciągu poprzedzających trzech dni kilka razy były wymioty żółciowe, chora czuje nieznaczne tylko bóle brzucha i lekkie rżnięcie. Wypróżnień od czasu pęknięcia ścian brzusznych wcale nie było. Przy badaniu przedmiotowem znalazłem brzuch nadmiernie powiększony, obwisły; ściany brzuszne napięte; ruchy płodu wyraźne. W okolicy pępkowej widzimy kłęb trzewiów wypadłych na zewnątrz, wielkości głowy dziecka, utworzony z wypadłej części sieci wielkiej, poprzecznicę i pętli jelita cienkiego. Otrzewna, pokrywająca wypadłe trzewia, matowo zmętniała, zaczerwieniona; naczynia silnie nastrzyknięte, a fałdy sieci i pętlice kiszkiwskie sklezione lepkiem zapalnym wysiękiem; miejscami na wypadłych częściach sieci widzimy brudno szyfrowe plamy rozlane, bez wyraźnych granic. Skóra dokoła niezmieniona; przy ucisku ścian brzusznych w okolicy pępkowej chora czuje nieznaczny ból. Badając podstawę guza przekonywamy się, że wypadłe trzewia sklezione są lepkiem zapalnym wysiękiem z brzegami rany ścianek brzusznych. Zlepy te są wątłe i z łatwością mogą być rozerwane. Badając dalej przekonywamy się, że w ściankach brzusznych znajduje się rana o brzegach nierównych zapalnie zaczerwienionych, pokrytych ropą w skąpej ilości i ziarniną. Rana idzie od obrączki pępkowej w kierunku białej linii ku dołowi, ma długości około 12 centim., przyczem dolny kąt rany ostry, górny kąt bardziej tępy, stanowi go górny obwód obrączki pępkowej; skóra otaczająca bardziej luźna i będąc pozostałością byłego wypuklenia pępkowego, pokrywa część wypadłych trzewiów, sąsiadującą z nim, będąc z nimi zlepioną za pośrednictwem wysięku zapalnego. Wprowadzony palec do dolnego kąta rany bezpośrednio spotyka dno powiększonej macicy. Oddzieliwszy zlepione pętlice kiszkiwskie od siebie, jak również od brzegów rany, przy ułożeniu chorej poziomo na grzbiecie z przygiętymi do brzucha kolanami i obmywszy dokładnie wypadłe trzewia wodą karbolową 5%, odprowadziłem bez znacznej trudności wypadłą poprzecznicę i pętle kiszkiwskie cienkich, pozostawiając nazewnątrz całą masę wypadłą sieci wielkiej, szczególnie miejsca uległe zgorzeli. Następnie przesunawszy pozostawioną nazewnątrz część sieci ku górnemu kątowi rany, nałożyłem od dołu ku górze pięć szwów węzełkowych z mocnego jedwabiu; na podstawę zaś pozostawionej na zewnątrz sieci wraz

zworkowato-otwartą częścią skóry, pokrywającej była przepuklinę pępkową. nałożyłem *en masse* podwiązkę i oddzieliłem w odległości 1 centymetra od podwiązki wystającą część sieci i skóry za pomocą noża. Na ranę zastosowałem opatrunek z 10% wody karbolowej, pod postacią często zmienianych przymoczek, a na brzuch opaskę. Chorą ułożyłem poziomo, zaleciłem spokój, a do wewnątrz zaleciłem mleczankę z olejku rącznikowego z nalewką makowca. Warunków zewnętrznych zmienić było niepodobna; przewieźć bowiem do szpitala z powodu wiosennych roztopów było niepodobieństwem ¹⁾. Chora pozostała w najgorszych warunkach otoczenia, pod opieką domowników ciemnych i niemających nawet cienia poczucia i pojęcia o troskliwym pielęgnowaniu.

Rokowanie przeto było bardzo wątpliwe.

Na trzeci dzień, to jest 23 Kwietnia odwiedziłem chorą. Znalazłem ją w stanie nadspodziewanie zadawalniającym. Stan ogólny bezgorączkowy; podmiotowo chora się czuje dobrze; pomimo nalegań z mej strony nie chce dłużej leżeć. Łaknienie prawidłowe, nudności żadnych; czynność narządów trawienia, bez względu na jakość i przygotowanie pokarmów, bez chorobowych zбоceń. Rana drażąca do jamy brzusznej w miejscu nałożenia szwów zagoiła się przez bezpośrednie zlepienie się. Powstała tylko częściowa zgorzel części sieci i ścian brzusznych, znajdujących się ponad podwiązką. Poniżej zgorzeli uległych tkanek widoczna była linia odgraniczającego zapalenia. Ucisk dokoła byłej rany nie sprawiał najmniejszego bólu. Szwy zdjąłem, pozostawiając podwiązkę. Na część uległą zgorzeli zaleciłem opatrunek jak wyżej, a na brzuch opaskę.

W dalszym przebiegu chora zajmowała się pracą około domu; w ogólnym stanie zdrowia chorobowych zбоceń nie było; strup zgorzelinowy oddzielił się w ciągu drugiego tygodnia; a w dwa tygodnie później przy opatrunku z wody gulardowej z kwasem karbolowym, powstała po oddzieleniu się strupa zgorzelinowego powierzchnia ziarninowa pokryła się blizną. W ciągu więc czterech tygodni na miejscu rany drażącej do jamy brzusznej powstała w dolnej części gładka blizna, w górnej modzelowata tkanka, mająca około 3 centymetrów w poprzecznym wymiarze i około 2 centm. długości, ściśle zlana z brzegami obrączki pępkowej i pokryta na swym płaskim wierzchołku gładką blizną. Cięża w dalszym ciągu przebiegała bez najmniejszych zбоceń, wreszcie dnia 20 Czerwca P. urodziła bez powikłań dziecko płci męskiej, zupełnie zdrowe. Połóg odbyła prawidłowo i obecnie (początek Lipca) cieszy się wraz z dziećciem pożądanem zdrowiem, pozbywszy się nawet przepukliny pępkowej.

¹⁾ W stepowych miejscowościach wschodniej części Rosyi, gdzie wiosny prawie nie ma i całe zaspasy śniegu tają niekiedy w ciągu trzech dni, z nastąpieniem roztopów wiosennych wszystkie mosty zostają zniesione, wszelkie komunikacje przerwane i podróżować wypada częścią konno, częścią na saniach, częścią na kołach, a wąwozy i rzeczki przepływać na łodziach.

III. ALKOHOLIZM, czyli OTRUCIE WYSKOKOWE,

jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i zagranicą.

Napisal

D-r med. **A. R o t h e.**

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 42).

Najprzód spostrzegamy objawy w sferze obyczajowej. Poglądy nałogowego pijaka na honor, obyczaje i przyzwoitość zmieniają się i bywają mniej sumienne i wolniejsze, wyradza się obojętność na upadek rodziny i na brak uszanowania, jakiego człowiek wiekowy doznaje od swojego otoczenia; staje się on samolubem i bezwstydnym (*inhumanitas ebriosa*). Z temi zmianami w moralności łączy się wrażliwość, uczuciowość, dochodząca do chorobliwej gniewliwości, tak, że nic nie znaczące powody wywołują zapędy, dochodzące do szaleństwa gwałtownego, noszącego na sobie cechę chorobliwości (*ferocitas ebriosa*).

Czasowo, a mianowicie z rana, pojawiają się stany umysłowego rozstroju, chorobliwa niechęć, dochodząca do obrzydzenia sobie życia. Stan ten zwykle po nowem użyciu napojów wyskokowych uspakaja się (*morositas ebriosa*).

Ze strony czysto umysłowej bardzo już wczesnie daje się spostrzedz osłabienie woli w wykonywaniu tak obowiązków, wynikających z powołania, jak również i obowiązków ogólnie obywatelskich. Najjawniej osłabienie woli objawia się w niemożności wyrzeczenia się swojego nałogu i powrotu do życia wstrzeźliwego i przyzwoitego. Ręka w rękę z temi objawami idzie postępowe osłabienie w czynnościach umysłowych, dochodzące do zupełnego stopienia umysłowego; pamięć staje się słabszą, myśli bywają przygnębione, jakby ociężałe, a przyswajanie wyobrażeń jest nadzwyczaj utrudnione.

Nie rzadko także pojawiają się urojenia, odnoszące się do stosunków małżeńskich, jakoby żona męża, lub odwrotnie mąż żonę zdradzał, podejrzenie o przemieszczenie się, albo też objawy zazdrości, dochodzące do scen nadzwyczaj burzliwych i gwałtownych.

Oprócz tych objawów czysto psychicznych również dość wczesnie pojawiają się zboczenia w czynnościach uczuciowych i zmysłowych.

Objawy te powiększej części zależą od zmienionego krążenia krwi w samym mózgowiu i przewlekłego jego przekrwienia i są one następujące: ból i zawrót, jak również uczucie pustki w głowie, niedyspozycja, odurzenie umysłowe, sen niespokojny, przerywany niepokojącymi sennymi marzeniami. Do tych objawów przyłączają się złudzenia zmysłowe organów wzroku i słuchu. Widma te urojone bywają w kształcie muszek latających, iskier i płomieni, szum i dzwonienie w uszach, połączone częstokroć z nadczułością słuchową.

Z tych widm urojonych i zboczeń słuchowych powstają zwykle złudzenia, rzadziej zaś omamy; treść złudzeń lub omamów zwykle bywa niepokojąca, zatrważająca i zastraszająca. Źrenice zwykle bywają rozszerzone, powiększej części nierówne.

Zboczenia w sferze ruchowej także dość prędko występują, najprzód w kształcie charakterystycznego drżenia mięśni dowolnych, przeważnie języka, warg, mięśni twarzy i kończyn górnych. Drżenie to może zająć całe ciało w formie kurczów podrzucających, niekiedy zaś ogranicza się tylko na drżeniu gałek ocznych. Drżenie to przedstawia jeszcze tę właściwość, że najsilniej wtedy się objawia, jeżeli chory zupełnie jest trzeźwy, po ponownem zaś użyciu napojów wyskokowych zwykle ustaje. Kurcze stałe bywają także i w kończynach dolnych, mianowicie w mięśniach łydek, przed zasnięciem. W jeszcze wybitniejszych przypadkach otrucia wyskokowego bywają nawet i porażenia i bezwład mięśni twarzy, jak również i kończyn górnych i dolnych.

W przewlekłym otruciu wyskokowym w okresach późniejszych bywają także i nerwobóle mięśniowe lub też skórne, jak również niepomiarna nadezłość, ograniczająca się czasami tylko do pewnych części ciała, głównie kończyn. Jeszcze później pojawia się bezbolesność i nieczułość pewnych części ciała, przeważnie kończyn.

Zmniejszona czynność płciowa, dochodząca do zupełnej niemożności, również zalicza się do objawów przewlekłego otrucia wyskokowego i przyczynia się do powstawania błędnych pojęć i wyobrażeń.

O innych zmianach w sferze krążenia, oddychania i odżywiania, w innym miejscu już obszernie mówiłem i dlatego nie potrzebuję ich tu powtarzać.

Jako główne formy cierpienia umysłowego wywołanego nadużyciem napojów wyskokowych należy uważać następujące:

Delirium tremens v. cum tremore. Obłąd opilczy.

Cierpienie to zawsze jest skutkiem przewlekłego otrucia wyskokowego, stanowi niejako chorobę nerwową (*neurosis*) tegoż otrucia i jest jednym z najczęstszych i najważniejszych zboczeń.

Główne cechy tego cierpienia są, jak to pokazuje łacińska nazwa, obłąd i drżenie, jak również bezsenność i złudzenia zmysłowe. Choroba ta nigdy nie powstaje po jednorazowej libacyi, nawet gdy upicie się było nadzwyczaj silne, lecz zawsze tam, gdzie już pewne objawy przewlekłego otrucia wyskokowego istnieją. Jeżeli zaś choroba powstaje na tle przygotowanem, to nigdy zaraz po gwałtownem upiciu się, lecz po jedno- lub kilkudniowej przerwie w upiciu się, to jest w stanie trzeźwym.

Główne przyczyny wzniecające są: częste upijanie się, nagła przerwa w użyciu napojów wyskokowych u ludzi przyzwyczajonych do ich użycia, niedostateczne odżywianie skutkiem braku pokarmów, lub bardzo silnego nieżytu żołądka, częste i silne wzruszenia, choroby zapalne, przeważnie zapalenie płuc, biegunka, utraty krwi, czyli krwotoki, długotrwałe i obfite ropienie, bezsenność, uszkodzenie i złamanie kości, jednym słowem choroby pociągające za sobą ogólne osłabienie i wyniszczenie.

Przed wybuchem obłądu opilczego zawsze można zauważyć jako objawy poprzedzające: nienormalny stan żołądka, bezsenność i złudzenia zmysłowe

trwożące, albo też sen niespokojny z powodu przestraszających marzeń, ogólne rozdrażnienie, lekką pobudzalność i wrażliwość, uczucie obawy w okolicy dołka sercowego (*anxietas praecordialis*), szum w uszach, nadczułość sluchu i czucia, ból i zawrót głowy, jak również i lekkie drżenie języka i kończyn. Stan ten wylegania (*incubatio*) choroby trwać może do dni 12.

Sam napad obłądu opileczego składa się z szeregu zbroceń w czynnościach umysłowych, ruchowych i czuciowych. Bezsenność, pobudzalność umysłowa i bojaźliwość wzmagają się, prawidłowe myślenie staje się niemożliwym, myśli płaczą się i gmatwają, świadomość mać się i bredzenie występuje jawnie. Lecz i tu świadomość nie ginie jeszcze zupełnie; silne wrażenia mogą ją niejako przebudzać, lecz tylko chwilowo, a bredzenie bierze górę.

Bredzenie to zwykle jest następstwem i powstaje na tle złudzeń zmysłowych. Złudzenia zmysłowe zwykle są nadzwyczaj silne i pokonywają chorego, mianowicie jeżeli tenże się znajduje w ciemnym miejscu i bez światła, zmuszają one do obrony i mogą nawet wywołać czyny gwałtowne, albo też chory poddaje się im zupełnie apatycznie.

Złudzenia zmysłowe w obłądnie opileczym podług Schülego¹⁾ przedstawiają się w pięciorakim kształcie, a mianowicie:

1) chory widzi małe drobne zwierzęta, bądź pojedynczo, bądź całymi stadami, np. myszy, pająki, robaki; przyczyny powstawania tych złudzeń widzi Schüle w pewnym drżeniu mięśni galek ocznych i kurczowem skracaniu się mięśni przystosowywujących oko do odległości (*accomodatio*), albo też uważa je za złudzenie refleksyjne, powstałe skutkiem zmienionego czucia skórniego;

2) zwierzęta wielkie; przedstawiające się pojedynczo lub w ogromnych stadach, powstawanie ich podobne do wyżej opisanego;

3) złudzenia treści religijnej, charakteru przestraszającego, jak to: kościoł-trupy lub trupy chodzące, procesyje nawołujące do pokuty i t. d. Złudzenia te porównywa S. do złudzeń epileptyków, lub będących w obłąkaniu padaczkowem;

4) złudzenia pod postacią osób obcych, żołnierzy, policyi i t. d., co już nam wskazuje, że obłąd w ogóle przyjmie charakter obłądu prześladowczego i nakoniec,

5) złudzenia, powstałe z otoczenia i codziennego zwykłego zajęcia chorego.

Oprócz złudzeń wzrokowych, bywają także i złudzenia sluchowe, smakowe i czuciowe.

Złudzenia te są główną przyczyną niepokoju chorego, wywołują nieustanne ruchy, błędne wyobrażenia i idee, jak również mogą się stać powodem, iż chory staje się niebezpiecznym dla swego otoczenia.

Co do zbroceń ruchowych, to już wspomniałem o drżeniu mięśni języka, warg, twarzy i kończyn górnych; chód w ogóle staje się chwiejnym i niepewnym. Czucie jest albo zupełnie zniesione, albo też przemienia się w nadczułość. Odruchy zwykle są silniejsze, ztąd bezcelowe przewracanie się w łóżku, drganie i machanie kończynami, a nawet i ruchy drgawkowe. Tętno zwykle przyspie-

¹⁾ Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten, 1880.

szone do 100 uderzeń na minutę, oddech przyspieszony, obfite poty, mocz wydziela się w mniejszej ilości, lecz bardziej zgęszczony; ciężar jego gatunkowy większy, a czasami znajduje się w moczu dość znaczna ilość białka. Bezsenność zupełna.

Rokowanie w tej formie obłędu opileczego niezawsze bywa pomyslnie; choroba zwykle trwa od 3 do 8 dni, lecz z powodu często zdarzających się powrotów przeciąga się nierzadko do miesiąca i dłużej. Zakonczenie choroby może być wielorakie; najpomyślniejsze jest wyzdrowienie zupełne, które zwykle następuje po głębokim i dość długotrwałym śnie. Śmierć może nastąpić skutkiem ogólnego wyniszczenia i osłabienia, albo też z powodu obrzęk mózgowia i drgawek. Nakoniec obłęd opileczy może jeszcze przejść w stan przewlekłego obłąkania pod postacią szalenstwa, zadumy albo też osłabienia umysłowego. Obłąkanie tego rodzaju nie różni się od takich samych form, powstałych skutkiem wpływów osłabiających, chyba że znajdziemy jeszcze ślady ogólne przewlekłego otrucia wyskokowego, albo też złudzenia umysłowe mieć będą cechę złudzeń opisanych w początku obłędu opileczego.

Choroba ta, jak to z dotychczasowego widzieliśmy opisu, należy do cierpień tak zwanych bezgorączkowych, lecz jest jeszcze inna forma, na którą przedewszystkiem *M a g n a n* ¹⁾ zwrócił uwagę i opisał jako:

Delirium tremens febrile. Obłęd opileczy gorączkowy. Delirium tremens acutissimum.

Forma ta od powyżej opisanej różni się przeważnie tem, że nagle i niespodzianie bez widocznych patologicznych zmian cielesnych pojawia się podniesienie ciepłoty, dochodzące do 41—42° C. przy nieodpowiednio przyspieszonym tętnie. Podniesienie ciepłoty przy wszelkim braku innych przypadłości gorączkowych można sobie tłómaczyć nieprawidłową innerwacją ośrodków mózgowych regulujących ciepłotę ciała. Z powodu tak podwyższonej ciepłoty forma ta zawsze ma charakter groźny i niebezpieczny. Zboczenia w sferze ruchowej, drżenie mięśni i kończyn bywają jeszcze silniejsze i wyraźniejsze niż w formie poprzedniej i dochodzą do tego stopnia, że chory pewnych ruchów zamierzonych nie może wykonać. Częstokroć uważano częściowe ruchy drgawkowe, a nawet silne napady padaczkowe. Białko w moczu bywa także często.

Choroba ta może powstać samoistnie podczas przewlekłego otrucia wyskokowego, albo też rozwinąć się podczas przebiegu obłędu opileczego niegorączkowego.

Cierpienie to zwykle nie trwa dłużej nad 4 dni i kończy się prawie zawsze śmiercią.

Przy leczeniu obłędu opileczego tak bezgorączkowego jak również i gorączkowego przedewszystkiem uwaga powinna być zwróconą na wskazanie przyczynowe, a dalej na wskazanie przypadowe.

¹⁾ D-r V. *M a g n a n*. De l'aleoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. Paris 1874.

Nadzwyczaj doniosłe znaczenie przy wskazaniu przyczynowem ma sposób leczenia zapobiegawczy. Jeżeli chory tego rodzaju przybędzie do zakładu leczniczego i stanowczo będzie dowiedzionem, że należał do klasy nałogowych pijaków, to bezwarunkowo nie można mu od razu zupełnie zabronić użycia wyskoku, a tem bardziej, jeżeli prócz przewlekłego otrucia wyskokowego znalezione będą takie stany chorobowe, które powyżej wyliczyłem, jako przyczyny wzniecające lub powodujące.

Również ważnem jest, aby choroby lub uszkodzenia przytrafiające się u nałogowych pijaków (przy przewlekłym otruciu wyskokowym) nie były leczone w sposób osłabiający organizm, zatem upustami krwi, lekami drastycznymi i t. p., owszem pod względem urządzenia życia chorego tak co do strawy, jak również i co do środków leczniczych, należy zastosowywać przetwory wzmacniające.

Jak wyżej widzieliśmy, każdy pijak nałogowy może zachorować na obłąd opilczy, należy zatem u takich osób baczność zwrócić uwagę na przypadłości zapowiadające, a mianowicie na bezsenność; pierwsze już jej pojawienie się należy zwalczać środkami nasennymi, jak makowiec czysty lub w połączeniu z wyskokiem, wodan chloralu, morfina i t. d. Wybór jednego lub drugiego, albo też połączenie tych środków zależy od warunków osobniczych.

Jeżeli zaś choroba już zupełnie jest rozwinięta, to głównem zadaniem lekarza będzie usunięcie wszystkiego tego, co chorego rozdrażnia lub niepokoić może i postarać się o sprowadzenie nań snu. W przypadkach tak zwanego gorączkowego obłąd opilczego, jak również przy objawach wykazujących obecność zwyrodnienia tłuszczowego, mianowicie serca, należy być nadzwyczaj oględnym w stosowaniu chloralu, najlepiej podług mojego doświadczenia zaniechać go zupełnie, a lepiej zastąpić go innymi środkami. Chloral w takich przypadkach nie tylko że korzyści nie przyniesie, ale owszem, częstokroć będzie szkodliwym, a nawet i niebezpiecznym lekiem; w przypadkach zaś ogólnego upadku sił, bezprzytomności, u chorych z osadem sadzowatym na języku, bredzeniem markotliwym, z drganiem ścięgien i t. d., najlepszym środkiem będzie wino, a nawet i czysty wyskok lub eter.

Jeżeli zaś chory przechodzi w stan wyzdrowienia, to należy się postarać o lekką lecz pożywną dyjetę, spokój ciała i umysłu, o podtrzymanie dobrego snu; stosowne tu są kąpiele letnie z sodą.

Należy nam jeszcze zwrócić uwagę na tak zwany:

Stan chorobowego podpicia. Pathologische Rauschzustände,

które najdokładniej opisał i ocenił *Krafft-Ebing*¹⁾. Wiadomą jest rzeczą, że nałogowy pijak pod wpływem wzrastającego zwyrodnienia mózgowia staje się coraz wrażliwszym, czyli że co raz mniej znosi napojów wyskokowych. U takich osób małe nawet ilości wyskoku wywołują objawy osłupienia, a jeszcze częściej silnego rozdrażnienia, bredzenie i obłąd, dochodzący do szaleństwa (*mania ebriorum acutissima*).

Powodu takiej nietolerancji wyskoku u pijaka szukać należy w chorobliwym stanie mózgowia, przeważnie zaś we wrażliwości ośrodków naczynio-rucho-

¹⁾ *Krafft-Ebing*. Lehrbuch des Psychiatrie. Stuttgart. 1879.

wych, odporność których została zmniejszoną. Skutkiem tak zmniejszonej odporności ośrodków naczynioruchowych, wyskok, wywołujący zwykle przyplwy krwi do mózgowia, sprowadza silne podrażnienie istoty korowej mózgowia w połączeniu z czynnemi przyplwami i tworzy takim sposobem obraz o s t r e g o k r ó t k o t r w a ł e g o s z a l e ń s t w a ¹⁾.

Takie oddziaływanie wyskoku napotyamy nietylko podczas długotrwałego otrucia wyskokowego, ale także i przy wrodzonym dziedzicznym usposobieniu, przy którym nieznośnienie napojów wyskokowych stanowi niejako oznakę chorobową (*signum pathognomonicum*) i bywa częściowym objawem neuropatycznego ciałotworu.

W innych przypadkach wyskok w taki sam sposób działa na ludzi, którzy doznali uszkodzenia głowy, wstrząśnienia mózgu, udaru mózgowego; na ludzi, którzy przebyli tyfus; wreszcie na osoby mające skłonność do padaczki lub już jej podlegające i na chorych będących w okresie wstępnym bezwładu ogólnego postępowego. Lecz i bez tych okoliczności usposabiających skutkiem wpływów przypadkowych działanie wyskoku może się objawiać pod postacią ostrego przelotnego szału, naprzykład pod wpływem silnych i nagłych wzruszeń, znużenia cielesnego, w końcu pod wrażeniem silnych popędów płciowych, po użyciu napojów wyskokowych naczczo, w izbach niskich i gorących, na skwarze słonecznym, przez domieszanie do wyskoku substancyj odurzających.

Takie przypadki mają daleko większe znaczenie we względzie sądowo-lekarskim niż we względzie klinicznym.

Przy rozpoznawaniu takich stanów nader ważną wskazówką będzie okoliczność, że ilość użytych napojów nie bywa w stosunku odpowiednim do skutków wywołanych, a to z powodów wewnętrznych organicznych lub warunków przypadkowych.

Związek między przyczyną i skutkiem wyraźnie różni się od tego, jak i zauważamy przy zwyczajnem upiciu się. Nie można w naszych przypadkach zauważyć stopniowego działania wyskoku. Chorobowy stan podpicia występuje nie po zupełnem upiciu się, lecz przy samym początku upicia się, albo też po pewnym przeciągu czasu (po kilku godzinach) tak, że najprzód istniał okres przekrwienia mózgu i zakażenia wyskokowego, a przyczyny przypadkowe, silne wzruszenie np., wywołują dopiero wybuch. Bredzenie zwykle jest usystematyzowane i samowiedza do tego przytłumiona stopnia, że czyny gwałtowne powstają bezwiednie, bez świadomego wyobrażenia, nosząc na sobie cechę popędliwości zupełnie tak samo, jak to bywa w ostrem szalenstwie.

Ruchy nie są chwiejne, lecz więcej charakteru pobudzonego, pewne, silne i energiczne.

Odpowiednio do głębokiego zboczenia i odurzenia świadomości spostrzegamy zupełny brak pamięci, tak, że wszystko, co z chorym w czasie napadu się stało, dla niego wcale nie istnieje. Napad zwykle rozpoczyna się od napływu krwi do mózgu, bólem i zawrotem głowy i nadczołością narządów zmysłowych; objawy

¹⁾ R o t h e. Psychopathologia forensis.

te trwają podczas całego napadu. Napad taki trwa czasem tylko kilka minut, ale trwać może i daleko dłużej; częstokroć indywidua w takim stanie popełniają czyny gwałtowne. (D. n)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

46. Robert Koch. Przyczynek do poszukiwań nad organizmami chorobotwórczymi. (*Zur Untersuchung von pathogenen Organismen. Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. 1881. Tom I*)¹⁾.

Określenie zadania. Z punktu higieny przedewszystkiem chodzi przy badaniu grzybków o wykazanie, czy dane mikroorganizmy są chorobotwórcze, czy nie; za tem idzie pytanie, czy posiadają zaraźliwość, t. j. zdolność przenoszenia się z jednego ustroju na drugi, dotychczas zdrowy, a zarazem czy są zaraźliwe tylko dla jednego gatunku zwierząt, czy też i dla innych; dalej należy zbadać rodzaj i sposób dostawania się ich do ustroju, zachowanie się ich w powietrzu, wodzie i gruncie, a wreszcie wybadać substancyje, powstrzymujące ich rozwój i je niszczące.

Określenie zaraźliwości. Niektórzy badacze wciąż jeszcze utrzymują, że bakteryje znajdują się we krwi i w tkankach zdrowych osobników; jednakże twierdzenie to opiera się nie na bezpośredniem spostrzeżeniu, lecz na teoretycznem przypuszczeniu. Jak dotychczas stoi jako rzecz pewna, że za pomocą drobnowidza i środków pomocniczych, jakimi oddzielne bakteryje napewno można wykryć w narządach zwierzęcych, nie udało się ich wykryć ani w krwi ani w tkankach zwierząt żywych, że zatem nie ulega żadnej wątpliwości, iż ich również tam nie ma za życia.

Skoro tylko przy badaniu znajdujemy mikroorganizmy we wnętrzu organów, t. j. w naczyniach krwistych lub chłonnych, albo w tkankach, w takim stanie, jaki tylko w żywym ciele mógł przyjść do skutku, lub jeśli widzimy wpływ ich na otoczenie (nekroza komórek, nagromadzenie dokola komórek okrągłych, wnikanie mikroorganizmów w ciało komórki i t. p.), musimy uważać takie mikroorganizmy jako zaraźliwe, lub podejrzane.

Daleko trudniej odróżnić mikroorganizmy chorobotwórcze od zwyczajnych mieszkańców pasorzytnie żyjących, jeśli badamy powierzchnię ciała i jego błony śluzowe. Tu rozstrzyga rzecz pojawienie się ich w masach i różnica ich formy od znanych a nieszkodliwych grzybków. Te ostatnie jednak dotychczas zamało są zbadane.

Wykazanie organizmów chorobotwórczych, jeśli odbywa się po prostu bez żadnych sposobów pomocniczych, napotyka na niesłychane trudności; z małemi wyjątkami są one tak małe i tak proste posiadają kształt, że je można poczytać za produkt rozpadu komórek i niepodobna od nich odróżnić. Na szczęście, jak to wykazał Koch, któremu należy się wdzięczność za tę nową metodę, mikroorganizmy posiadają w wysokim stopniu własność pochłaniania pewnych barwników, a szczególnie anilinowych. Ponieważ jednak i krew, śluz, soki tkankowe i t. d. również dają z barwami anilinowemi barwne niteczki i ziarenka, przeto trzeba dla pewności osobnych przygotowań i osobnego oświetlenia aby zabarwione bakteryje widocznemi uczynić.

¹⁾ Zaledwie potrzeba nam się tłómaczyć, dlaczego dajemy streszczenie z dzieła zeszlórocznego; jest ono wyjątkowej wartości, a sama książka jest drogą, nie mogliśmy więc jej sprowadzić; obecnie mamy ją z Tow. Lek. Warsz.. Zresztą i inne pisma, nawet niemieckie, dopiero w r. b. dały odnośne sprawozdania.

Mikroorganizmy w płynach. Sposób uwidocznienia bakteryj w płynach (krew, ropa, soki) polega na tem, że dany płyn rozpościera się w jak najcieńszej warstewce na szkiełku przykrywkowem, wysusza się i poddaje barwieniu. Jeśli w płynie było mało białka, sposób ten daje rezultaty wyborne; jeśli zaś było białko w znacznej ilości, płyn łatwo po wysuszeniu odmięka, białko daje z barwnikiem osady, obrazy są zamazane i t. d. Można tego wszystkiego prawie zupełnie uniknąć, jeśli do barwienia zamiast roztworów wodnych fuksyny, metylwioletu i t. d., użyć anilinbraunu rozpuszczonego w glicerynie. Owo barwienie preparatów w roztworach barwnikowych wodnych tłómaczy nam, dlaczego niektórzy badacze (Wolff) wciąż jeszcze myślą się przy rozpoznawaniu bakteryj.

Dalsze udoskonalenie metody polega na traktowaniu preparatu płynem, któryby ściał białko przedtem nim się go włoży do roztworu barwnika. Koch używał do tego alkoholu, w który zanurzał dany preparat (t. j. dany płyn rozpostarty na szkiełku) na kilka dni.

Ponieważ jednak bardzo często nadzwyczaj zależy na tem, aby nie czekając natychmiast, zaraz przy sekcyi zbadać krew i t. d., przeto powyższa metoda musi ustąpić pierwszeństwa metodzie Ehrlich'a, która stanowi ogromny postęp w badaniach bakteriologicznych. Koch zmodyfikował tę metodę w ten sposób: rozpościera dany płyn, np. krew na szkiełku i wystawia ją na działanie 120°—130° C. ciepła przez kilka minut. (Ehrlich na parę godzin, przez co ginęły bakteryje); tu gorąco ścina białko, które już nie daje osadu z roztworem barwnika. Sposób ten daje przedoskonale wyniki. Pamiętać tylko należy, że od gorąca i od rozmaitych barwników zmienia się nieco szerokość bakteryj, i dlatego, jeśli kto chce porównywać dane preparaty, winien je przygotowywać jedną i tą samą metodą, inaczej może wpaść w błąd, co się już zdarzało.

Pomijając to, metoda Ehrlich'a jest prawdziwem zbogaceniem naszych sposobów badania. Koch przy swoich pracach bez wyjątku używa tej metody i stała się ona niezbędną. Przy każdej sekcyi zwierzęcia padłego na chorobę zakaźną bada się w ten sposób natychmiast krew, sok z płuc, śledziony i t. d.

Drugie udoskonalenie, które zawdzięczamy Ehrlich'owi, polega na zastosowaniu do barwienia tak ogrzanych preparatów barwnika zwanego *methylenblau*. Przygotowane w ten sposób preparaty powinny być wolne od ziarnistych osadów, cząsteczek barwnika i t. d.; zawierają one tylko elementy upostaciowane, które znajdowały się w badanym płynie, t. j. np. we krwi komórki i mikroorganizmy, osocze bowiem zupełnie się nie barwi. Powód więc do błędów mogą dać tylko komórki i ich produkty naturalne i sztuczne. Co się tyczy tych ostatnich, to one łatwo powstają przy rozpościeraniu płynu na szkiełku; jeśli tylko dbamy o to, żeby warstwa była cienką, a płyn badany był gęsty i ciągnący się, np. był wzięty z płuca, ze śledziony, to przy rozpościeraniu ciało komórki się rozgnięta i powstają fantastyczne oryginalne figury kometowate, przyczem głowę komety stanowi jądro rozgniecionej komórki, a ogon jej ciało. Należy strzedz się błędów, by nie poczytać zabarwionych i wydłużonych jąder za bakteryje. (W taki błąd wpadł Fokker).

Dalej Ehrlich dowiódł, że w pośród elementów komórkowych, uważanych ryczałtowo za jednakowe, można wykazać przy pomocy barwników znaczne różnice, zależne od pochodzenia i znaczenia fizjologicznego tych komórek. Takie szczególnie duże i regularnie rozwinięte komórki, zawierające liczne ziarenka znajdują się we krwi wziętej z płuc i ze śledziony u białych szczurów. Komórki takie przy rozpościeraniu krwi na szkiełku łatwo się rozdzierają, ziarenka się wysypują do płynu, barwią i przez niedoświadczonego łatwo za mikroorganizmy mogą być poczytane, zwłaszcza jeśli należy on do „zaciekłych poszukiwaczy mikrokokków”, jak się o nich wyraża Koch.

Mikroorganizmy w tkankach zwierzęcych. Przedewszystkiem tutaj trzeba robić skrawki niesłychanie cienkie, a więc najlepiej mikrotomem; wbrew dotychczas rozpowszechnionemu mniemaniu Koch zwraca uwagę, że rozmaite rodzaje bakteryj różnią się ogromnie co do zdolności barwienia się danym barwnikiem. Np. spirochety tyfusu powrotnego barwią się silnie we krwi zaschłej na szkiełku fuksyną, metyl-wioletem i t. d. gdy tymczasem nie można ich zabarwić w skrawkach tkanki; jednakowoż udaje się to ostatnie przy użyciu barwników anilinowych brunatnych; wręcz odwrotnie zachowują się *bacilli leprae*. Wszystkie prawie mikrokocchi barwią się silnie barwnikami anilinowemi czerwonemi, niebieskiemi i buremi. Ta różnorodność zachowywania się bakteryj zasługuje na uwagę, służy ona bowiem za nowy dowód różnic rodzajowych między niemi.

Można przyspieszyć i wzmocnić barwienie skrawków przez ogrzanie roztworu barwnika poniżej 40° C.

Fotogramy mikroorganizmów. Nie ulega wątpliwości, że największa liczba sporów wynika ztąd, iż rozmaici badacze widzą pod mikroskopem różne obrazy; ztąd płynie różność zdań i różnica poglądów. Kiedy nawet kilku mikrografów ma pod mikroskopem jeden i ten sam przedmiot, jeszcze niewykluczoną jest różnica zdań, każde bowiem pokręcenie śruby, różnica w oświetleniu i t. d., wpływa na zmianę obrazu. Nadzwyczaj względnej wartości są rysunki; pomimo całego starania i sumiennosci w oddaniu są one za czyste, kontury za dosadne, cienie za mocne, sztrychy nienaturalne i t. d., nie mówiac, że zawsze istnieje domieszka subiektywizmu mikrografa. I dlatego też ogromnej doniosłości są fotografie obrazów mikroskopowych, które wykluczają wszelki podmiotowy pogląd i oddają w s z y s t k o, co tylko jest w polu mikroskopowem. Koch nadaje wielkie znaczenie fotogramom i wprost żąda aby odkrywcy nowych bakteryj nie poprzestawali na opisie i rysunkach lecz załączali nadto fotogramy.

Przenośność czyli zaraźliwość mikroorganizmów chorobotwórczych. Rozpoznawszy po pewnych zmianach chorobnych patogeniczne własności danego mikroorganizmu, przechodzimy do wykazania, czy on jest zaraźliwy czy nie. Bardzo łatwo można sobie wyobrazić mikroorganizm, który może być chorobotwórczym, a wcale nie zaraźliwym, t. j. nie dającym się przenieść z jednego osobnika na drugi. Przypuściwszy, że *intermittens* jest chorobą bakteryjną, co zresztą jeszcze wymaga dalszych dowodów, mielibyśmy doskonały przykład mikroorganizmu chorobotwórczego lecz nieprzeszczepialnego.

Pojęcia te zatem nie są identycznemi. Przy przenoszeniu mikroorganizmów baczyć należy na to, aby zwierzębrane do doświadczenia było o ile można pokrewne zwierzęciu, z którego pochodzi mikroorganizm, na co dotychczas mało zwracano uwagi; jeśli chodzi o choroby ludzkie najlepiej do szczepienia brać małpy; w ten sposób udało się przeszczepić z człowieka po raz pierwszy tyfus powrotny. Dalej należy wypróbować szczepienie na rozmaitych gatunkach; w tym względzie rozmaite gatunki (*species*) rozmaicie oddziałują: jedne szybko i niechybnie giną, inne wytrzymują bezkarnie; u jednych te same bakteryje prowadzą chorobę ogólną śmiertelną, u innych miejscową. Nawet w obrębie jednego i tego samego gatunku istnieją ciekawe stosunki; małe bacylle mysiej posocznicy można z łatwością przenosić z jednej myszy domowej na drugą, a tymczasem myszy polne od niej nie zdéchają. Myszy są np. nadzwyczaj pownym odczynnikiem na bacylle czarnej krosty, tymczasem szczury zachowują się odpornie. Posocznica królików zabija króliki i myszy z absolutną pewnością, tymczasem nie tyka świnek morskich i szesurów a znowu z łatwością daje się zaszczerpić wróblom i gołębom. I co do wielu zwierząt jednego i tego samego gatunku zachodzą nadzwyczaj ciekawe i ważne różnice. I tak, dość łatwo jest zaszczerpić czarną krostę szeseniakowi, a zgoła prawie niepodobna starym psom. To samo spostrzegamy u szesurów i t. d. Okoliczność ta ma niesłychane znaczenie przy roz-

strzygnięciu tak doniosłego pytania *de immunitate*, gdyż niewiedzący o tych różnicach mogli łatwo przyjść do wniosków o skuteczności przedsiębranego szczepienia.

Te szczególne predylekcyje bakteryj do pewnych gatunków zwierząt przypominają nam analogiczne zachowanie się pasorzytów wogóle, które ściśle żyją tylko na pewnych rodzajach roślin i zwierząt. Każdy rodzaj bakteryj musi mieć odpowiedni grunt, zanim się przyjmie. Nikomu zapewne do głowy nie przyjdzie hodować tasiemca w butelce wody, a jednak wszyscy stereotypowo chcą uprawiać wszystkie napotymane bakteryje w płynie rozrodczym *Cohn'a* lub *Pasteur'a*.

Przy przenoszeniu mikroorganizmów trzeba zawsze ściśle oznaczać sposób, w jaki się to skutecznia, wyraźnie zaznaczając czy to ma miejsce drogą właściwego szczepienia, czy też zastrzyknięcia pod skórę lub wewnątrz do żyły, rezultaty bowiem nadzwyczajnie różnią się stosownie do sposobu. Nie jest także obojętną ilość szczepionego płynu, gdyż oprócz bakteryj przenosi się jeszcze substancyje jadowite, skutek zatem będzie nieczysty, gdyż obok zakażenia (*infectio*) będzie otrucie (*intoxicatio*).

Wszystkie narzędzia używane do doświadczeń powinny być poddane rzetelnej dezynfekcyi; jedynym niezawodnym sposobem jest ogrzanie ich do 150° C.; wszystkie inne sposoby, jak wymoczenie w alkoholu, w fenolu i t. d., są niepewne. Najtrudniej jest zdezynfekować szprycy. *Koch* jest tego zdania, że wiele doświadczeń rozbiło się o ten szkopuł i wiele niejasnych rezultatów zastrzykiwań podskórnych daje się sprowadzić do niedostatecznej dezynfekcyi szpryc. *Koch* używa szpryczek szklanych z nasadami metalowemi przypasowanemi za pomocą karbów śrubowych na szkło, na które wkręca się nasady; przed użyciem ogrzewa się szprycę przez parę godzin w skrzynce przy 150° C., a tłok obwinięty niemi gotuje się w kociołku parowym napełnionym wodą wyjałowioną. Jeśli chodzi o zbadanie wpływu miejscowego bakteryj najlepiej szczepić je na uchu, rogówce lub przesadzać (*transplantare*) do przedniej komory oka.

Jako nieodzowny warunek pewności doświadczenia trzeba przyjąć, żeby się nie ograniczać na jednym eksperymencie, lecz go skontrolować za pomocą innych szczepień. Jest to błąd najczęściej popełniany przez badaczy. Jedno doświadczenie nie dowodzi niczego. Trzeba oczywiście dowieść najprzód że rezultat szczepienia nie był czysto przypadkowy, że za każdym szczepieniem następuje ten sam efekt. Nadewszystko atoli ostrzega *K.* przed jednym błędem. Z tego, że jakaś substancyja zastrzyknięta podskórnie lub do żyły wywołuje działanie chorobne, bynajmniej jeszcze nie wypływa że posiada własności zarazliwe. Takie samo działanie mogą wyrzeć substancyje nieorganizowane, rozpuszczalne. Wtedy jedynie dowieść zdołamy zarazliwości badanej substancyi, jeśli uda się nam przenieść ją z jednego osobnika na drugi przy pomocy tak małej ilości materyi wziętej do szczepienia, że widocznem będzie rozmnożenie (*reproductio*) w zaszczepionym ustroju. (D. n.)

Wł. Matlakowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Jakiśmy na tem miejscu zawiadomili Sz. Czytelników na Redaktora Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. na następne trzylecie został wybrany kol. Jasiński. Mamy przed sobą zeszyt IV Pamiętnika Tow. Lek. za rok 1882, a w nim słowo od dotychczasowego Redaktora kol. Klinka. W niem czytamy: „Zadaniem mojem było uczynić Pamiętnik czasopismem poważnem, zbiorem prac prawdziwie naukowych, przeważnie dokonywanych w pracowniach, klinikach i szpitalach naszych, prac obszerniejszego zwykle rozmiaru, treści bardziej teoretycznej, jedynie oryginalnej”.

nalnych, słowem pragnąłem utworzyć archiwum prac lekarzy polskich“. Tuszymy sobie, że znajdzie się ktoś, co szczegółowo oceni i porówna Pamiętnik za ostatnie trzylecie z poprzednimi latami; tutaj zanotować musimy, że kol. Klink w tak trudnych jak nasze warunkach, w takiej martwocie i ciszy naukowej, przy takiej obojętności ludzi wpływowych, potrafił zrobić to, co sobie położył za zadanie; istotnie Pamiętnik nie jest dziś bibulą próżno zajmującą miejsce w szafie i wyrzucaną do kosza zanim jeszcze wyschła ezerá drukarska. Kolega Klink spokojnie opuszcza swoją pracę; możemy o nim powiedzieć, że dotychczas, do czego się jął, porządnie zrobił, co w Polsce rzadko się pono dzieje. Trzeba wiedzieć w jakich warunkach pracuje się u nas na polu literatury naukowej; środki, jakie Towarzystwo przeznaczyć może na Pamiętnik są szczupłe, liczba prenumeratorów nieliczna, a jednak dzięki tej rzetelnej chęci zrobienia czegoś porządnie i sumiennie udało się kol. Klinkowi wydawać Pamiętnik wzorowo. W 1880 r. wskutek nagromadzenia się znacznej liczby prac, Pamiętnik zawierał zamiast obowiązującej liczby 40—61 arkuszy druku i 37 drzeworytów w tekście; prenumeratorów płatnych było 174, a więc z rokiem poprzednim więcej o 80. W 1881 52 arkusze druku, 5 map, 2 wielkie tablice litografowane i 2 mniejsze; prenumeratorów płatnych 210. W 1882 58 arkuszy druku, 11 tablic litografowanych, 100 drzeworytów; prenumeratorów płatnych około 250. W 1880 dochód z Pamiętnika wynosił 476 rs., w bieżącym wynosi około 700 rs. Kończąc tę wiadomość, składamy kol. Klinkowi serdeczne podziękowanie za jego pracę i staranie.

* Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Kaukaskich z d. 25 Maja 1882 postanowiono wykreślić z listy honorowego członka tegoż Towarzystwa D-r B o g d a n a B u s c h'a znanego ze skandalicznego procesu o nadużycia.

Berlin. Na rektora wszechnicy Berlińskiej (rok 1882/3) wybrany i zatwierdzony został prof. D u b o i s - R a y m o n d.

* „Gazette hebdomadaire“ (Nr. 39) podaje w odcinku niektóre ciekawe szczegóły, dotyczące służby lekarskiej w ostatniej kampanii Egipskiej. Pod Kassasinem starszy chirurg armii D-r S h a u został śmiertelnie ranny. Punkt opatrunkowy wskutek nieprzewidzianego obrotu walki znalazł się w jednej chwili w takim położeniu, że koniecznością spowodowany sztab wydał rozkaz natychmiastowego przeniesienia go w inne miejsce. Lekarz mający poręczony sobie kierunek pomocy chirurgicznej, widząc iż manewr ten jedynie z wielką szkodą dla rannych da się wykonać, oparł się temu rozkazowi. Ludzie należący do służby sanitarnej, napełnili worki gipsem służącym do opatrunków i użyli ich jako tarcz, a chwyciwszy w dłonie broń swych rannych towarzyszy, własną pierśią osłaniali ich od napadu Egipcyan. Wreszcie nadbiegł oddział kawalerii i dopomógł im do ostatecznego odparcia napadu. Chorych w dalszym ciągu opatrywano.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

Zdanie sprawy z działalności szpitala starozakonnych w Warszawie za czterolecie 1877—1880. Warszawa 1882.

J a w o r s k i D-r Walery. Sposób dokładnego oznaczenia treści płynnej w żołądku ludzkim w celach klinicznych i fizjologicznych. 1882.

P r o t o k ó ł y Kaukaskiego Towarzystwa lekarskiego 6 numerów.

Na pomnik Mickiewicza złożył D-r Orłowski z Warszawy, 2 rs. kop. 10. — Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 886 kop. 10. 10 franków w złocie i 1 dukat w złocie.**

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiące Sierpień i Wrzesień 1882 roku księgarni W-go Wendego i S-ki.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Довзделено Цензурою. Варшава 26 Октября 1882 г. Друк К. Ковалевського Крѳлевска Nr. 23.

PEPTONA DEFRESNE

Jedyna, która po rozbiórce chemicznym przyjętą została w Szpitalach Paryzkich
JEDYNA NAGRODA W ODDZIALE FRANCUZKIM 1878



25 0/0 Peptony; (4 0/0) Azotu
24 0/0 Części węgło-wodnistych } GWARANTOWANYCH



PEPTONA DEFRESNE zawiera podwójną ilość mięsa w stosunku do swojej wagi — zupełnie przygotowaną do pożywienia.
Doza: Dwie łyżki stołowe w rosole lub w dobrym winie.

WINO DEFRESNE NA PEPTONIE Doza pół kieliszka zwyczajnego po jedzeniu.
Brak apetytu, konwalescencya, choroby piersiowe, żołądka i kiszek.
DEFRESNE, WYNAŁAZCA PANKREATYNY, 2, Rue de Lombards, Paris,
i we wszystkich aptekach w Warszawie.
i w składach głównych pp. Galle, Spiess i Mrozowski.

ANEMIA. WYCZERPANIE SIŁ. NEWRALGIJE
UREGULOWANIE TRAWIENIA.

WINO Z COCA TROUETTE-PERRET

(VIN DE COCA TROUETTE—PERRET).

(Najlepsze ze wszystkich tonicznych i wzmacniających).

UZNANE PRZEZ PARYZKA AKADEMJE MEDYCZNA.
Złote Medale i Dyplomy 'ze wszystkich Wystaw.'

Sprzedaż hurtowa: Trouette-Perret, 163 & 165 r. St.-Antoine, Paris — Dataliczna
u wszystkich Drogistów i w aptekach.

„w Warszawie u pp. Mrozowskiego i Ziemińskiego.“

PILULES DE BLANCARD

z niezmiennym jodkiem żelaza.

ZATWIERDZONE PRZEZ AKADEMJE MEDYCZYNY W PARYŻU etc.
przeciw: *Skrofom, bladaczce, małokrwistości i braku*
menstruacji, etc. etc.

NB. — Nieczysty lub podlegający zmianie jodek żelaza jest zdradliwym i rozdrażającym lekarstwem. W dowód rzetelnej czystości i wyrobu prawdziwych Piłulek Blancard'a, wymagać należy u spodu zielonej etykiety, srebrzystą pieczętkę i nasz podpis jak obok zamieszczony.
Znajdują się we wszystkich aptekach.

Blancard, aptekarz, rue Bonaparte, 40, Paris.

Wystregać należy się podrabian.