



WIZYTA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru Nº 2821.

„Zadanie racjonalnego leczenia fosforem rozstrzygnięte zostało dopiero z wykryciem phytiny“

Prof. Gilbert.



PHYTINA

wydzielony z nasion pierwiastek fosforowy, zawierający w przybliżeniu 22% zupełnie przyswajalnego, nieszkodliwego fosforu w związku organicznym. Główny materiał rezerwowy roślin. Pobudza łaknienie, polepsza stan krwioobiegu, zwiększa wagę ciała.

W wysokim stopniu pobudza wymianę materyi,



Znak ochronny.

WSKAZANIA:

Upośledzone odżywianie, zotzy, krzywica, gruźlica, błednica, niedokrwiistość. Choroby nerwów. Bezsensowność nerwowa neurastenja (m. i. neurastenja piciowa). Rekonwalescencja, karmienie piersią. Upośledzony lub nadmierny rozwój dzieci.
Rp. Phytini scat. orig. unam. (Pud. oryg. zawiera 40 kaps.).

Dla chorych niezamożnych, szpitali etc. poleca się
PHYTINUM LIQUIDUM Rp. *Phytini liquidi* lag. orig.
Zawartość flakonu wystarcza w przybliżeniu na 6-dniowe leczenie dorosłego.
Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego
w Pabianicach, ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franco.

Dla osób wrażliwych przy zastrzykiwaniu na ułkócia i z tego powodu nie mogących przejść kuracyi iniekcjami „Triplex I, II, III Gessner“ proponuje te środki stosować

do wewnętrznego użycia pod postacią

Dragées TRIPLEX Gessner

(ARSEN—FOSFOR—STRYCHNINA).

Pudełko zawiera 108 sztuk drażetek odpowiadających zawartością środków działających całemu cyklowi kuracyi Inj. Triplex I, II, III Gessner“.

Dla dogodniejszego dawkowania każda pigułka zawiera połowę działających substancji, jakie znajdują się w ampułce. „Inj. Triplex I“

POLECA

Apteka Mag. Farm. JANA GESSNERA

dawniej E. GESSNER

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

UWAGA. Literatura na żądanie — gratis i franco.



Algorhin Spiess Antiseptic. ad tract. respirator. Skład; Chloreton, kamfora, mentol, olej cynamonowy i płynna parafina. Sposób użycia: Smarować lub wkraplać, a najlepiej zapomocą rozpylacza do płynów tłuszczowych wdmuchiwać w nos i krtań kilka razy dziennie. Pojemność flakonu 50 grm.

Digitol Spiess Essentia digitalis titrata. Standardyzowana esencja naparstnicy, posiadająca pewne działanie. Sposób użycia: dla dorosłych po 15 – 30 kropli 3 razy dziennie. Pojemność flakonu 15 grm.

Epilepsin Spiess Sal bromatum rubrum compos. Przedstawia połączenie związków mineralnych i roślinnych, których zadaniem jest zmniejszenie chorobliwej pobudliwości mózgu i usuwanie przyczyn, mogących wywołać napady epilepsji. $\frac{1}{1}$ pudełko zawiera 60 proszków. $\frac{1}{4}$ pudełko zawiera 15 proszków.

Ferrosan Spiess. Złożona nalewka żelaza.

Ferrosan-Arsen Spiess. Złożona nalewka żelaza z arsenem. Łatwo strawny preparat żelaza o smaku przyjemnym, bez wpływów ubocznych, zalecany w **blednicy**, **niedokrwistości** i t. p. Sposób użycia: przed lub po jedzeniu dla dorosłych 3 — 4 razy dziennie po łyżce stołowej i dla dzieci odpowiednio do wieku od $\frac{1}{2}$ łyżeczki tyleż razy dziennie. Pojemność flakonu około 250 grm.

Fructalein Spiess. Pastilli laxantes. Owocowy środek czyszczący, posiadający formę miękkich pastylek, zawierający jako czynnik działający fenolftaleinę i agar-agar, działający pewnie, bez objawów ubocznych. Dawka 1 — 2 sztuki w razie potrzeby. Pudełko zawiera 20 pastylek.



WIZYTA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · VMIEJĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 21 lutego 1920 r.

Ogólnego zbioru № 2821

Z KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA W WARSZAWIE (DYR. PROF. DR K. RZĘTKOWSKI).

W sprawie t. zw. „grypy hiszpańskiej“, grasującej obecnie w Warszawie.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

(Wygłoszone na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27. I. 1920).

Z końcem roku ubiegłego zaczęły pojawiać się w kraju naszym, zwłaszcza w większych miastach, jak Warszawa, Łódź, Płock, Lublin i in., w liczbie ponad zwykłą miarę statystyczną znacznie zwiększonej wypadki zachorzeń dróg oddechowych pochodzenia zakaźnego, od najłżejszych katarów nosa i jamy nosowogardłowej poczynając, aż do niesłychanie ciężkich wypadków bronchopneumonii zakaźnej z najróżniejszemi, a zawsze bardzo groźnemi powikłaniami, które w znacznej odsetce powodowały śmierć chorych. I jakkolwiek pod względem częstości, rzekłbym nagminności tej sprawy to, co widzieliśmy przed paru tygodniami i to, co widzimy obecnie żadną miarą za pandemię, a nawet za epidemię poczytywane być nie może, to jednak wobec znacznej liczby wypadków niemal tragicznych śmierci, zwłaszcza przy objawach ciężkiego zakażenia ogólnego lub też przy objawach najcięższego zajęcia płuc, zrozumiałe jest zaniepokojenie wśród szerokich warstw publiczności. Zaniepokojenie to jest tem zrozumialsze, że wobec prowadzonych przez nas obecnie ciężkich a obronnych walk, wszelka epidemia poważnie odbić się może na liczebności wojsk naszych i zmniejszyć ich sprawność bojową.

Aczkolwiek częstość wypadków grasujących obecnie cierpień zakaźnych dróg odde-

chowych nie dochodzi jeszcze do natężenia epidemii, to jednak noszą te wypadki charakter niewątpliwie zakaźny i niewątpliwie nagminny. Nie jest to epidemia, któraby przejściowo dezorganizowała życie społeczne, co wraz z epidemiami influency tu i owdzie już przebywano, atoli dość często widzujemy obecnie małe epidemie domowe, zarażanie się jednej osoby od drugiej przez zetknięcie bliższe i t. p., co niewątpliwie świadczy o lotności pierwiastka zakaźnego, o tem, że niewątpliwie posiada on własność wywoływania epidemii, do której wszakże, jak to widzimy na wypadkach doby dzisiejszej, nie doszło.

To, co przeżywamy teraz, nie jest już od roku 1173 nowością w dziejach ludzkości. Nie mam zamiaru wchodzić tu w szczegóły historyczne, zaznaczę wszakże, że w przedostatniej większej epidemii influency, którą przeżywaliliśmy w latach 1889—1890, nasi klinicyści warszawscy, jak Heryng, Sokołowski, stwierdzali znaczne, przechodzące zwykłą miarę statystyczną, wzmoczenie się liczby przypadków zapalenia płuc o przebiegu groźnym. Coś podobnego widzieliśmy w roku ubiegłym, widzimy też i dziś, acz przebyte przez nas te ostatnie epidemie znaczną większość z nas uodporniły.

Jaki jest stosunek influency *sensu strictiori* do bronchopneumonii zakaźnej, która stanowi

najgroźniejszy wyraz grasującej obecnie „hiszpanki“? Bronchopneumonia, jak wiemy, jest sprawą nierzadko wikłającą różne choroby zakaźne, że wspomnę tu o durze brzuszny, o błonicy, ospie, koklusu, a przedewszystkiem o odrze. We wszystkich tych sprawach zakaźnych, w których czynnik etyologiczny infekcyjny jest nam już znany, a które pociągają za sobą bronchopneumonię, ta ostatnia nie bywa spowodowana przez ten właśnie czynnik zakaźny, lecz najczęściej przez inne bakterye, a przedewszystkiem te, które zazwyczaj w jamie ustnej bez szkody dla gospodarza bytują.

Jakaż więc może być etyologia bronchopneumonii zakaźnej, której tak wiele przypadków ciężkich widzimy obecnie? W tej mierze pozwolę sobie przypomnieć tu doświadczenia Traubego, który wywoływał u zwierząt sztucznie zmiany bronchopneumoniczne przez przecinanie im na szyi obu nerwów błędnych. W rezultacie u zwierząt tych do płuc przenikały poprzez drogi oddechowe doprowadzające pasorzytujące w jamie ustnej mikroby (np. *bac. pneumonicus agilis*), które wywoływały zmiany bronchopneumoniczne. Coś podobnego, w mojem przekonaniu, dzieje się też po influency. Influenca paraliżuje te czynniki obronne, które nie dopuszczają pasorzytów do płuc poprzez drogi oddechowe doprowadzające z jamy ustnej. Kto widział te drogi u zmarłych na bronchopneumonię po influency, temu nie wydaje się to zgoła niemożliwym. Błona śluzowa ich pokryta jest jakimś błotnistym, dającym się zeszkrobać nalołem, pod którym widać części podśluzowe niesłuchanie przekrwione, pokryte tu i owdzie dość głębokimi i krwawiącymi owrzodzeniami. O jakimś nabłonku, któryby jako tako mógł się opierać inwazyi saprofitów do płuc, niema tu zgoła mowy. Następuje przeto masowe zachłystywanie się chorych najróżniejszymi drobnoustrojami, które nieszkodliwe w jamie ustnej, stają się chorobotwórczymi w płucach. Tak laseczka okrężnicy, obojętna dla ustroju, gdy przebywa w kiszkiach, staje się dla ustroju groźną, gdy wydostanie się z wnętrza kanału pokarmowego do otrzewnej, do miedniczek nerkowych i t. p. Nadto liczne badania świeżej płwociny chorych na bronchopneumonię, soku z płuc zmarłych oraz ropy, wyciekającej z drobnych oskrzelików, a także ropy z uszów przy powikłaniu zapaleniem ucha lub z opłucnej w *pleurit. purulenta*, poczyły nas, że w wywoływaniu bronchopneumonii obecnie współdziałają nie bakterye ropne (paciorkowce, gronkowce), lecz Gram

ujemne dwoinki, podobne do gonokoków i meningokoków, o typie *micrococcus catarrhalis*, oraz w pojedynczych zaledwie przypadkach—pneumokoki. Wydaje się przeto, że te pasorzyty, dostając się do płuc poprzez utworzone dla nich przez pałeczkę Pfeiffera drogi oddechowe górne, wywołują w płucach zmiany bronchiolityczne i bronchopneumoniczne. Czynnikiem zakaźnym nagminnym przeto byłaby tu influenza, czynnikiem wtórnym zakaźnym owe koki o typie *micrococcus catarrhalis* lub znacznie rzadziej pneumokoki. Możliwe jest, że owe saprofityczne koki „nieszkodliwe“ — po znalezieniu się w płucach, zmieniają swe własności, wzmacniają swą jadowitość i stają się czynnikiem zakaźnym w istotnem tego słowa znaczeniu. Jestto wielce prawdopodobne, aczkolwiek nie mogliśmy tego sprawdzić, wskutek braku w obecnym czasie zwierząt laboratoryjnych, gazu i wogóle najprostszycch środków do bardziej złożonych badań klinicznych.

Tak przedstawiałaby się patogeneza i etyologia bakteryjna tych przypadków zachorzeń dróg oddechowych, które stanowią groźbę obecnej „hiszpanki“.

Sądząc z materiału naszej kliniki i tego cośmy widywali na mieście, „hiszpanka“ owa występuje w najróżniejszej postaci. Mamy tu więc przedewszystkiem bardzo znaczną liczbę zwykłych, pozornie najniewinniejszych katarów nosa i jamy nosowogardłowej. Dalej idzie cięższa już postać zajęcia tchawicy, głośni, krtani. W tych przypadkach dochodzi nieraz do znacznego *laryngismus*, i powstaje konieczność zastosowania tracheotomii, aby uratować chorych od uduszenia. Takie 2 przypadki widzieliśmy w klinice u 2 młodych, tego zbudowanych i doskonale odżywionych mężczyzn. Z kolei mamy liczne przypadki zajęcia i drobnych oskrzelików (*bronchiolitis diffusa*) zwłaszcza tylnych i bocznych części obu płuc. I wreszcie—najcięższa postać — bronchopneumoniczna. Rzadkie bywają przypadki durowate, zaś przypadków typu *encephalitis* wogóle i *encephalitis lethargica* w szczególności nie spotkaliśmy wcale. Z powikłań wspomnieć należy o ropnem zapaleniu opłucnej, które wikła znaczną liczbę cięższych przypadków bronchopneumonii, nie kończących się rychłą śmiercią, oraz o ropnem zapaleniu ucha środkowego, którego obawiać się należy nawet w najłżejszych przypadkach zachorzeń jamy nosowogardłowej. Powikłań ze strony przewodu pokarmowego nie widywaliśmy. Ze strony nerek niemal w każdym przypadku cięższego cierpienia dróg oddechowych, stwierdzaliśmy ob

jawy „podrażnienia“ w postaci białkomoczu. Objawów gruczołowych we wnękach płucnych (*phlegmone etc.*) jako też ze strony gruczołu tarczowego, przyusznego etc., nie spotykaliśmy dotychczas. Krwioplucia nie należą do rzadkości.

Najcięższym przejawem „hiszpanki“ obecnej, tym który słusznie budzi obawy najpoważniejsze wśród lekarzy i publiczności, jest bronchopneumonia zakaźna. W znacznej większości przypadków wybuch bronchopneumonii poprzedza jedna z wymienionych wyżej lżejszych postaci zachorzenia, tak że sprawa płucna nie zaczyna się od razu, jak to bywa najczęściej w zapaleniu płuc płatowem (*pneumonia crouposa*), wśród zupełnego zdrowia pacyenta. Wielu pacjentów podaje, że gdyby nie „przeziębienie“, nie przemęczenie, któremu ulegli, już mając silny katar, kaszel lub chrypkę, nigdyby pewno nie rozchorowali się na „hiszpankę“... W materiale kobiecym — wogóle znacznie liczniejszym od męczyzn, który obserwowaliśmy w klinice, przeważały służące odnoszące swe zachorzenie do „ogonka“, w jakim stały na zimnie przez czas dłuższy. Najczęściej bronchopneumonia wybucha na tle rozsianego bronchiolitu. Lokalizuje się ona w płatach środkowych płuc. Wysłuchuje się przeto w dolnej połowie obu łopatek. Umiejscowiona tu, zwłaszcza z obu stron, daje najgorszą prognozę. W przypadkach cięższych pojedyncze gniazda bronchopneumoniczne zlewają się w jedno wielkie ognisko, podobne do ogniska *pneumoniae crouposae*. Wszakże następujące cechy kliniczne różnią tu dwa te, tak rozmaite prognostycznie, procesy płucne: 1) Objawy nacieczenia miąższu płucnego w zapaleniu płuc krupowem dość ostro odcinają się od pozostałej tkanki płucnej, która oddycha zdrowo, podczas gdy w bronchopneumonii oddech oskrzelowy występuje na tle całego mnóstwa drobno- i średnio-bańkowych rżężeń, rozsypanych w obu płucach, 2) Ze względu na zwężenie dróg oddechowych doprowadzających i prawdopodobną utratę elastyczności przez chrząstki drzewa oskrzelowego wskutek bronchitu i *bronchiolitis*, towarzyszącym bronchopneumonii, objawy wzmoczenia drżenia, wzmocnienie głosu i natężenie oddechu oskrzelowego nie są tak wyraźne, jak w zapaleniu płuc płatowem, 3) Plwocina w zapaleniu płuc krupowem bywa najczęściej rdzawa, w bronchopneumonii przeważnie, jeśli nie wyłącznie ciężka, bezpowietrzna, zbita ropna, czasem z domieszką świeżej krwi, 4) Naciek w zapaleniu płuc krupowem w przeciągu bardzo krótkiego czasu,

nierz jednej nocy (*crisis*) ginie, tu w bronchopneumonii trwa bez końca niemal. Stosunek układu chłonnego płuc do nacieku, który w bronchopneumonii jest bardziej płynny, mniej obfitujący we włókniak, jest w zapaleniu płatowem inny, niż w bronchopneumonii. Czy zależy to od zachorzenia samego układu chłonnego płuc, czy też od zmian wstecznych w samym nacieku, który w *pneumonia crouposa* szybko ulega samorozpuszczeniu (autoliza) na to nie potrafię tu odpowiedzieć. Herpes w obu omawianych tu sprawach zdarza się chyba jednakowo często. Ciężkie postaci bronchopneumonii noszą na sobie piętno wielce charakterystyczne. Są one bardzo zbliżone do tych stanów zapaściowozakaźnych, jakie widzimy w przypadkach *peritonitidis perforativae*. Tętno bardzo częste, nikłe, bez śladu jakiegokolwiek napięcia, świadczące o zupełnem porażeniu mięśni tętnic. *Facies Hippocratica*. Cera twarzy blada; dłonie zimne, sine, pokryte lepkiem chłodnym potem. Oczy zapadłe, gałki nieelastyczne, otoczone sinemi obwódkami nawpół zamkniętych powiek. Chorzy zupełnie przytomni, najzupełniej bierni; język podsychnięty, zęby i wargi suche, pokryte ciemnymi błonkami. Ma się tu wrażenie nie zakażenia, lecz raczej zatrucia jakowegoś ptomainami, właściwego dla tych stanów, gdzie ustrój staje się najzupełniej biernem podłożem dla najrozmaitszych saprofitów rozsiewkowych. I ta okoliczność jeszcze bardziej utrwała to przeświadczenie, że sprawa bronchopneumonijczna w płucach jest sprawą, w której udział zasadniczy biorą pasorzyty saprofitujące, tak różne w swych działaniach od zwykłych drobnoustrojów ropotwórczych.

Na czem opierać się winna profilaktyka w omawianych tu sprawach chorobnych? Zanim odpowiemy na to pytanie, uważamy za właściwe raz jeszcze zaznaczyć, że w naszym przekonaniu pierwiastkiem zakaźnym o charakterze nagminnym jest tu pałeczka influenicy. Możliwe jest wszakże, że i owe pierwiastkowo „niewinne“ koki Gramnegatywne, jak to wspomnieliśmy wyżej, po przejściu przez płuć, gdzie wywołały proces chorobny, zmieniły się na pasorzyty zakaźne chorobotwórcze, mogące zarażać osobniki zdrowe. W każdym razie zasadniczą rolę gra tu influenza. Wszakże wywołuje ona taką masę zachorzeń o najrozmaitszem napięciu i objawach, że mowy tu być nie może o jakiejś rejestracji tych wszystkich zachorzeń. Moglibyśmy co najwyżej rejestrować przypadki bronchopneumonii, która przecież stanowi znikomą tylko część owych cierpień z influenicy. Wobec tak

utrudnionej, jeśli nie niemożliwej zupełnie registracji tego rodzaju zachorzeń, z wielkimi zastrzeżeniami możemy mówić o wzmaganiu się lub słabnięciu epidemii, a także o wpływie na jej przebieg najrozmaitszych zarządzeń. Co do tych ostatnich, to wobec wielkiej liczby zachorzeń bardzo lekkich (katar), które jednakże mogą pociągać za sobą ciężkie stany chorobne (bronchopneumonia zakaźna), wprowadzenie jakichś ograniczeń życiowych, utrudnień w ruchu kolejowym i t. p. nie prowadzi do celu. Należałoby tu chyba zahamować zupełnie całe życie wielkomiejskie, tak jak to było w roku zeszłym podczas epidemii „hiszpanki“ we Lwowie, w okresie walki z rusinami, gdy cała ludność zamknęła się w swych mieszkaniach, i ruch wszelaki zamarł zupełnie: „hiszpanka“ ustała odrazu (A. Gluziński). Jest rzeczą oczywistą, że w Warszawie jest takie zahamowanie życia stołecznego zupełnie niemożliwe. To też uznać musimy, że walka profilaktyczna z epidemią „hiszpanki“ jest nader trudna do skutecznego zrealizowania. Jakież warunki życia współczesnego mogą sprzyjać szerzeniu się epidemii „hiszpanki“? Odpowiedź na to pytanie jest bardzo trudna, albowiem to, co przeżywamy teraz, co czas pewien przeżywała już od wieków ludzkość w czasach najróżniejszych i w warunkach bardzo rozmaitych. Jeżeli chodzi o ciężkie sprawy zakaźnopłucne, to w moim przekonaniu sprzyja ich szerzeniu się skupienie wielkiej liczby ludzi na małej przestrzeni, jak to widzimy obecnie w Warszawie, z imno, oraz wynikając z braków dzisiejszych niechlujstwo. Te trzy czynniki w sposób najpewniejszy ułatwiają szerzenie się zachorzeń od człowieka do człowieka, co prawdopodobnie zachodzi drogą t. zw. zarażania się „kropelkowego“, t. j. odrobinami płwociny, naładowanymi bakteriami czy influency, czy też jakimiś innymi chorobotwórcami (pneumokoki) lub zgoła saprofitycznymi bakteriami. Sprawa o dżywnia odgrywa tu, zdaje się, rolę o wiele podrzędniejszą, albowiem, jak widzimy, najcięższe przypadki bronchopneumonii zdarzają się u ludzi wybornie zbudowanych i odżywianych. W naszym materiale klinicznym nad mężczyznami znacznie przeważały ilościowo kobiety, a pomiędzy nimi, jak to zaznaczyliśmy, głównie służące, które za powód choroby podawały „zaziębienie się“ w ogonku...

Profilaktyka osobista powinna liczyć się głównie ze sposobem przenoszenia się czynników zakaźnych od osoby do osoby. A więc o ile to możliwe, unikanie najbliższego zetknię-

cia się z chorymi na katar i kaszel; propaganda zasłaniania twarzy (ust, nosa) przy kaszlu i kichaniu, b. częste mycie twarzy, zwłaszcza okolic nosa, ust i oczów wodą i mydłem i t. p. Jeżeli chodzi o profilaktykę w armii, to jest ona bardzo trudna i winna polegać głównie na stosowaniu powyższych wskazówek co do profilaktyki osobistej, które powinny być rozpowszechniane w wojsku drogą nakazów, a winnych ich niewykonywania należy jaknajsurowiej karać. Formacje, w których wydarzają się częste przypadki bronchopneumonii zakaźnej, powinny być niezwłocznie z frontu do koszar wycofywane. Pożądane byłoby tworzenie w koszarach boksów (na kilka osób) dla chorych na katary, kaszlących, kichających — wogóle dla t. zw. zazięzionych.

Mówiąc o leczeniu, mamy na myśli leczenie influency i leczenie następczych spraw chorobnych. Influenca w olbrzymiej większości przypadków przechodzi w parę dni niemal bez leczenia, po zastosowaniu leżenia, środków napotnych i kilku pastylek aspiryny. Daleko gorsza jest sprawa z owymi następczemi sprawami chorobnymi, a więc z *bronchiolitis dif-fusa*, z bronchopneumonią zakaźną i jej powikłaniami. Odnosi się tu wrażenie, że terapia nasza jest tu zupełnie bezskuteczna, zwłaszcza w przypadkach ciężkich, które mają klinicznie tyle cech wspólnych z *peritonitis hyperseptica*. Surowica przeciwpaciorkowcowa tyle w tych przypadkach pomaga, co np. w przypadkach *peritonitis perforativae*, u chorych z zawartością kałową w jamie otrzewnej...

W świetle powyżej wypowiedzianych poglądów moich na etiologię patogenetyczną tych spraw, jest rzeczą oczywistą, że nie mogę uważać stosowania owej surowicy za jakąś terapię przyczynową. Byłaby to conajwyżej t. zw. „proteino-terapia“, działająca na wzór mleka, białka kurzego i t. p. To też w ciężkich przypadkach płucnych nie pozostaje nam nic innego, jak stosowanie środków podniecających: adrenaliny, alkoholu, kamfory, lawatyw kroplowych etc. Wobec takiego niemal beznadziejnego stanu terapii tych spraw chorobnych, przystąpiliśmy obecnie w klinice do prób ze stosowaniem wakcyny. Wakcynę tę przygotowaliśmy w ten sposób, że od kilku chorych na *bronchiolitis* i bronchopneumonię zakaźną, które bakterjoskopowo wydzielały z płwociną Gramnegatywne koki, zebrano po odrobinie płwociny świeżej, przemytej parokrotnie w wyjałowionym roztworze NaCl. Płwocinę tę wpuszczono do 200 cm. sz. bulionu hodowlanego z 5 cm. sz. krwi od jednej

z tych chorych i postawiono na 2 doby do ciepłarki. Po upływie 48 godzin otrzymano mętną zawartość o przykrym zapachu, którą wyjaławiano przez kilkakrotne ogrzewanie po 2 godziny do 60—62°. Tę wakcyne, która składała się z Gramujemnych dwoinek, szczepiono chorym podskórnie w ilości 1/2 do 1 cm. sz. Na 4 leczonych dotychczas przypadkach stwierdzono zupełną nieszkodliwość tej szcze-

pijonki, z którą zamierzam nadal wykonywać próby lecznicze. W jednym przypadku po zaszczepieniu tej wakcyny otrzymaliśmy ropień, w którym badanie nie wykryło żadnych bakterii. Możliwe jest przeto, że szczepionka omawiana działać będzie jeśli nie swoiście, to jako „*abscess de fixation*“, którym tu i owdzie przypisywano pewien wpływ pomyslny w przebiegu ciężkich powikłań płucnych „hiszpanki“.

Z ZAKŁADU ANATOMII PATOLOGICZNEJ UNIW. WARSZAWSKIEGO.

O zmianach anatomopatologicznych w obecnej epidemii t. zw. „hiszpanki”¹⁾.

Podał

J. Hornowski.

W połowie grudnia 1919 r. wybuchła w Warszawie epidemia, t. z. „Hiszpanki“, o nader znacznym natężeniu.

Jednak poszczególne przypadki spotykałem wśród materiału sekcyjnego ze szpitala Dz. Jezus i w lutym tegoż roku (2) i już od połowy listopada (4) chociaż klinicznie nie były one jeszcze rozpoznawane jako „hiszpanka“, a co najwyżej jako obustronne włóknikowe płatowe zapalenie płuc. Od chwili rozpoznawania tej sprawy klinicznie, aż do końca r. 1919 stwierdzono w naszym zakładzie 10 przypadków „hiszpanki“.

Znaczniejsze nasilenie pod względem śmiertelności wystąpiło w styczniu r. 1920. Do dnia 25 stycznia na 97 sekcji było 55 przypadków śmierci z „hiszpanki“, co stanowi 56,7% ogólnej śmiertelności w tym miesiącu. W tym materiale sekcyjnym przeważa przypadków śmiertelnych dotyczyła kobiet (76%), w wieku przeważnie młodym, do lat 25-ciu.

Odżywienie zmarłych było naogół dobre, a nawet, powiedzieć można, bardzo dobre.

Spostrzegane, a rozpoznane sekcyjnie jako „hiszpanka“, przypadki dowodzą, iż łatwo je stosunkowo rozpoznać na sekcji i wyodrębnić z rzędu innych jednostek chorobnych, niezależnie nawet od rozpoznania klinicznego, gdyż obraz ich jest naogół nader charakterystyczny.

Na typowy ten obraz składają się:

1) bardzo ostre zmiany zapalne w górnych drogach oddechowych i oskrzelach,

2) zajęcie prawie wszystkich błon śluzowych,

3) znaczne przekrwienie wszystkich narządów, w szczególności zaś opon mózgowych i mózgu,

4) liczne zmiany w różnych narządach, które świadczą o ostrym stanie zakaźnym i ciężkim schorzeniu całego organizmu.

Ta ciężkość schorzenia i obraz ostrej sprawy zakaźnej jest pierwszą i najbardziej rzucającą się na sekcji rzeczą.

Zajęcie najwcześniej i w przeważnym stopniu górnych dróg oddechowych wskazuje nam sekcyjnie to, iż zarazek dostaje się do organizmu przez drogi oddechowe.

Pomimo to jednak również obraz sekcyjny wskazuje, iż zarazek nie działa tylko na drogi oddechowe, lecz że działanie jego jest ogólne, gdyż wszystkie, lub większość narządów, są wciągnięte do ogólnego obrazu chorobnego.

Statystycznie częstość zajęcia i zmian w narządach przedstawia się w następujący sposób:

- | | |
|---|------|
| 1) Układ oddechowy (górne drogi oddechowe, oskrzela i płuca) | 100% |
| 2) Opłucna i śluzówki (prócz oddechowych—gardzieli, kanału pokarmowego, a nawet miedniczek nerkowych) | 75% |
| 3) Wątroba | 40% |
| 4) Mózg | 20% |
| 5) Wsierdzie | 19% |
| 6) Mięśnie, śródśierdzie, tarczyca, nerki, nasierdzie | 1% |

Co się tyczy postaci, w jakich przejawia się obecna epidemia „hiszpanka“, to musimy podzielić je na 4 grupy.

¹⁾ Wygłoszone na posiedzeniu klinicznym w szpitalu D. J. 25.1 i w Warsz. Tow. Lek. 27.1 r. b.

I. Do pierwszej zaliczę te przypadki, gdzie choroba trwała zaledwie kilkanaście lub kilkadziesiąt godzin, gdzie przebieg był prawie piorunujący, a na sekcji można było stwierdzić brak zmian ściśle umiejscowionych z wyjątkiem, naturalnie, ostrego stanu zapalnego dróg górnych oddechowych i oskrzeli, bez zajęcia jednak zapalnego płuc i opłucnej. Natomiast większość narządów przedstawiała taki obraz, jaki występuje w bardzo ostrych sprawach zakaźnych: wszędzie bardzo znaczne przekrwienie czynne, nieraz rozrzucone, drobne wybroczynki do istoty szarej i białej mózgu, znaczny stopień zmian mięsaszowych w narządach, a często ogniska niedokrwisto-martwicowe w wątrobie, jakie podobne do tych, widzimy w płonicy, błonicy i innych ostrych sprawach zakaźnych, szczególnie u dzieci.

Natomiast gruczoły chłonne były naogół nieznacznie, lub lekko tylko powiększone, różowe i pulchne, śledziona nie powiększona, choć szara i miękka.

II. Do drugiej grupy zaliczam postaci podostre. Poza wyżej wymienionymi zmianami stwierdzamy w nich zmiany w płucach, polegające na bardzo znacznym przekrwieniu mieszanym (tętniczko-żylnym), z pewnym stopniem obrzęku, licznymi wybroczynami oraz przy ucisku na płuca wydobywanie się z drobnych, najdrobniejszych oskrzelików kropelki treści gęstej, żółtawej, ropnej.

Brak tu jednak dających się wyraźnie stwierdzić, makroskopowo, zmian zapalnych w pęcherzykach płucnych.

Conajwyżej spotykamy w tych postaciach, w nielicznych przypadkach, drobne ogniska, o prawie klinowym wyglądzie, leżące poniżej poziomu płuc, bezpowietrzne, spoiste, bardzo ciemne. Są to ogniska niedodmy (*atelectasis*), spowodowane przez zatkanie drobnych oskrzelików przez treść ropną, z następowym wessaniem się powietrza (*atelectasis ex obturatione bronchiolorum*).

III. Do grupy trzeciej zaliczyć muszę wszystkie te przypadki, w których na plan pierwszy występują zmiany zapalne w płucach i opłucnej. Obraz tych zmian jest nader różnorodny i często odstępujący od tych obrazów, które zwykle widzimy na sekcjach.

Na silnie czerwonym lub ciemno-czerwonym tle występują większe lub mniejsze ogniska o najróżnorodniejszym charakterze.

Rozróżnić tu można następujące grupy:

- 1) typowe rozsiane zapalenie płuc kataralne (*bronchopneumonia dispersa*),
- 2) typowe zlewające się zapalenie płuc kataralne (*bronchopneumonia confluens*),

- 3) zapalenie płuc kataralne rozsiane lub zlewające się jednak o typie zapalenia płuc włóknikowego. Ogniska zapalenia płuc wyglądają makroskopowo tak, jak w trzecim okresie zapalenia płuc włóknikowego, płatowego (*hepatisatio grisea*) — wynoszą się znacznie po nad powierzchnią, są szare, wyraźnie ziarniste i kruche. Przy badaniu mikroskopowym ogniska te wykazują rzeczywiście obrazy, przypominające ten okres zapalenia płuc włóknikowego, chociażby przez znaczną ilość włókniaka w pęcherzykach płuc, jakiej nie spotykamy nigdy w zwykłym zapaleniu (*bronchopneumonia dispersa aut confluens sub forma pneumoniae cruposae*);

- 4) Zapalenie płuc kataralne, pod postacią jakgdyby zawałów (*bronchopneumonia dispersa pseudoinfarctica*). Widzimy tu twory o wyglądzie klinów, szeroką podstawą zwróconych do opłucnej, odgraniczające się dość wyraźnie od otoczenia, różniące się jednak od zawałów przez jaśniejsze szarawo-różowawe zabarwienie, kruchość i brak zmian martwicowych pod mikroskopem. Powstawać one mogą przy przejściu sprawy zapalnej na liczne, odchodzące od większego oskrzela, oskrzeliki z jednoczesnym zajęciem w ich otoczeniu lub przedłużeniu wszystkich pęcherzyków płucnych.

- 5) Zapalenie płuc pseudo gruźlicze (*bronchopneumonia pseudo tuberculosa praecipue praevertebralis*) najczęściej umiejscawiające się w tylnych, przylegających do kręgosłupa, częściach płuc. Nazywam je w ten sposób dlatego, iż po przecięciu płuca zdawać się może, że mamy do czynienia z gruźlicą, bądź guzkowatą (*tuberculosis nodosa*), bądź okołoskrzelową (*peribronchitis tuberculosa caseosa*). Jednak ogniska te dają się stosunkowo łatwo usunąć nożem, w preparatach mikroskopowych nie znajdujemy nigdy gruźleczek, choć nieraz spotykamy przytem dość liczne, porzrucane i oddzielnie leżące komórki olbrzymie.

Postać ta najbardziej przypomina nam tę postać zapalenia płuc, która występuje u dzieci w przebiegu odry lub krztuśca i którą niektórzy nazywają nawet zapaleniem płuc kataralnym krztuścowym lub odrowem (*bronchopneumonia morbillosa*).

- 6) Zapalenie płuc płatowe, które jednak nigdy nie występuje w typowej postaci zapalenia płuc włóknikowego, lecz bądź jako:

- a) zapalenie płuc kataralne, zlewające się, rozlewne, płatowe, w którym mogą się nawet zacierać w pewnym stopniu granice oddzielnych ognisk (*bronchopneumonia confluens atypica lobaris*).

b) zapalenie płuc charłacze (*pneumonia cachecticorum*) lub wiotkie (*pneumonia asthenica vel atonica*).

Chętnie wprowadziłbym dla tej postaci tę ostatnią nazwę ze względu na wygląd płuca, przypominający wiotką śledzionę; gdy się patrzy na takie płuca, gdy się widzi ten brak odczynu obronnego ze strony jego, to jakies poddanie się czynnikowi chorobotwórczemu, nie można nawet przypuścić, aby taka sprawa mogła dojść do rozejścia się.

Do zapaleń płuc dołącza się bardzo często zapalenie opłucnej włóknikowe, najczęściej rozlane, lub ograniczone do ognisk zapalnych w płucach, z większą lub mniejszą ilością włóknika. Jako rzadka postać zapalenia opłucnej występuje zapalenie włóknikowe, które nazwałbym zapaleniem kłamerowem (*pleuritis fibrinosa claustrata*). Nazwa ta jest najwłaściwsza dlatego, iż włóknik układa się na opłucnej w postaci kłamer, grupujących się głównie w miejscach, odpowiadających przebiegowi naczyń krwionośnych i chłonnych w ścianach pęcherzyków płucnych i opłucnej. Postać ta wyglądem swoim i układem przypomina najbardziej *lymphangoitis tuberculosa pleurae*, lecz różni się brakiem gruzelków, natomiast obecność wyraźnych złogów włóknika, układającego się kłamerowato.

Dodać tu jeszcze muszę, iż w grupie tej występuje typowo zajęcie wszystkich śluzówek: gardzieli, jamy ustnej, żołądka, jelit, a nieraz i miedniczek nerkowych. Są to przeważnie sprawy kataralne, nieraz z wybroczynkami, czasem jednak przechodzą i w cięższe postaci zapalenia włóknikowego.

IV. Do czwartej i ostatniej grupy zaliczam przypadki, w których poza opisanymi zmianami spotykamy cały szereg powikłań.

Do nich należą:

- 1) Krupowe lub dyfterytyczne zapalenie gardzieli i krtani.
- 2) Ropnie w płucach.
- 3) Zgorzel płuc.
- 4) Ropne zapalenie opłucnej.
- 5) Ropne zapalenie śródpiersia przedniego i tylnego.
- 6) Ropne zapalenia tarczycy.
- 7) Zapalenie wsierdzia i nasierdzia.

8) Liczne ogniska martwicy w wątrobie, związane z wyraźną żółtaczką.

9) Zapalenie krwotoczne mózgu, w którym mikroskopowo znajdujemy nacieki zapalne naokoło naczyń, oraz zapalenie, nieraz krwotoczne opon mózgowych.

10) Rozmiękczenia żółte mózgu (*encephalomalacia flava*), które najczęściej spotyka się w zwojach podstawowych.

11) Zmiany, tak zwane, Zenkerowskie lub martwica woskowa w mięśni prostym ściany brzucha.

Oczywiście, iż mogą być i inne powikłania, które się spotyka w chorobach zakaźnych, wspomniałem jednak tylko o tych, które spotkałem w materiale sekcyjnym ze szpitala Dz. Jezus.

Gdy rzucimy okiem na przedstawiony przezemnie obraz, widzimy, iż sprawy patologiczne w narządach rozwijają się stopniowo, przechodząc okresy od przekrwienia do obrzęków i wybroczyn, a dalej do zapalenia i martwicy.

Obrazy w mózgu, płucach, a szczególnie w opłucnej (kłamerowe zapalenie), w mięśniach (zmiany Zenkerowskie) dowodzą silnego działania zarazka na naczynia krwionośne.

Pozatem chcę tu podnieść jeszcze jeden moment.

W śmiertelnych przypadkach można było stwierdzić pewien niedorozwój narządów (wręby, zrazowatość) u takich osobników. Musimy więc organizmy osobników zmarłych uważać za organizmy mniej wartościowe.

Odnosi się to szczególnie do układu chłonnego: wszędzie śledzona była mała i wykazywała liczne wręby, zatem stan rozwoju, odpowiadający okresowi wczesnemu rozwojowemu. Ten obraz śledzony jest dla mnie wyrazem i mniejszej wartościowości całego układu chłonnego u tych osobników.

To objaśnia nam poniekąd utrudnioną obronę i to, że organizm taki ulega w walce.

Podkreślany zaś w początku dobry ogólny stan odżywienia zmarłych, a nawet pewien nadmiar tkanki tłuszczowej, jest dla mnie nie tyle wyrazem dobrego odżywienia, ile, może być przeciwnie, wyrazem niedomogi układu chłonnego, z czym, wedle dzisiejszych spostrzeżeń, często łączy się nadmierna otyłość

Z rentgenologii grypy (hiszpanki).

Podał

Dr Henryk Wachtel, kapt.-lek.

Naczelnik Oddziału.

(Odczyt wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem w Warszawie dn. 27 stycznia 1920).

Zeszłoroczną pandemię grypy przestudowano na obu półkulach ziemi pod każdym względem dokładnie. To też i rentgenologia grypy znalazła w literaturze uwzględnienie, aczkolwiek nie tak bogate, jak się spodziewać należało. W literaturze światowej udało mi się odnaleźć zaledwie 4 prace z naszego zakresu: dwie niemieckie i dwie amerykańskie. Jeżeli porównamy z tem bogactwo literatury, traktującej grypę z najrozmaitszych nieraz bardzo szczegółowych punktów widzenia, zdziwimy się tem więcej, że w przypadkach grypy chodzi przedewszystkiem o schorzenia narządów wewnętrznych klatki piersiowej, a powszechnie wiadomo, jak cennym sposobem dyagnostycznym jest w takich przypadkach rentgenodyagnostyka.

Tę lukę tłómaczyć sobie należy dwoma względami. Przedewszystkiem chory dotknięty grypą jest zazwyczaj w stanie takiego osłabienia, że lekarz niechętnie godzi się na przeniesienie go do zakładu rentgenologicznego. Decyzję ułatwi mu ewentualnie fakt, że zakład rentgenologiczny znajduje się w tym samym budynku. W ten sposób powstały dwie publikacje niemieckie. O wiele trudniejszą jest decyzja, jeżeli chorego trzeba przenieść przez ulicę. Tembardziej że *a priori* nie można było przewidzieć czy dobremu klinicyście badanie rentgenologiczne przyniesie dane istotnie ważne, jednym słowem, czy się wogóle opłaca zbadać rentgenologicznie chorego. Wątpliwość ta odnosi się przedewszystkiem do wypadków t. zw. klinicznie nieskomplikowanych i jasnych. Sprawiedliwość nakazuje dodać, że wątpliwość taka była poniekąd usprawiedliwiona. Klinicznie przebiega grypa najczęściej, jako *bronchitis acuta* lub *bronchopneumonia acuta*, a wiemy, że w takich przypadkach zazwyczaj ilość nowych ważnych danych, dostarczanych internicie przez rentgenologię, jest istotnie skąpa. W komunikacie *Haudeka* o danych rentgenologicznych, otrzymywanych w grypie, stanowisko to doczekało się nawet nawpół autorytatywnego uświęcenia ze strony rentgenologa. *Hau-*

dek powiada, że w przypadkach grypy niepowikłanych otrzymuje się rentgenologicznie obrazy zupełnie niecharakterystyczne i że przeto główną domenę rentgenologii grypy stanowią jej powikłania, jak wysięk, ropień płuca i t. p. o czem nikt nie wątpił. Jak zobaczymy, stanowisko to jest niesłuszne i jest wynikiem zbyt pobieżnego badania przedmiotu, usprawiedliwionem chyba tylko technicznymi trudnościami badania, o których zaraz powiem.

Okazało się bowiem, że aby przeprowadzić istotnie dokładnie badania nad grypą należało dysponować specjalnymi przyrządami rentgenologicznymi. Trzeba było aparat rentgenologiczny przywieźć do łóżka chorego i badać go ewentualnie bez potrzeby wyjęcia go z łóżka. Aparaty takie istniały w rentgenologii od dawna, ich sprawność techniczna pozostawiała jednak bardzo wiele do życzenia. Dopiero ostatnio skonstruowany w Ameryce typ aparatów t. zw. przyłóżkowych, obsługujący nowy typ lamp rentgenologicznych amerykańskich, pozwolił wygodnie i dokładnie wykonać zabiegi rentgenologiczne, praktycznie potrzebne, przy łóżku chorego. Dzięki tym aparatom dwaj autorowie amerykańscy zdołali już gruntownie przestudować obraz chorobny grypy. Rezultaty jednego z nich, Honija, były bardzo znamienne; wynikało z nich, że istnieją obrazy rentgenologiczne bardzo charakterystyczne dla grypy. Jak Honij podaje, mógł on rozpoznawać rentgenologicznie grypę wcześniej, zanim wystąpiły wyraźne objawy kliniczne. Dane takie wymagały oczywiście stwierdzenia. Sposobność ku temu dała epidemia tegoroczna. Wobec tego że posiadamy aparaty amerykańskie przyłóżkowe można było przeprowadzić odnośną seryę badań bez potrzeby rozstrzygnięcia kwestyi, czy należy przenosić chorych na grypę do zakładów rentgenologicznych, czy też nie, gdyż badania mogły być uskutecznione przy łóżku chorego.

Badania moje przeprowadziłem głównie na materyale Szpitala Ujazdowskiego. Dzięki uprzejmości kolegów ordynatorów szpitala,

którym na tem miejscu serdecznie dziękuje, byłem poinformowany dokładnie o przebiegu klinicznym obserwowanych przypadków. Główną metodą badania było prześwietlanie, jak wszędzie prawie w medycynie wewnętrznej, jako metoda, pozwalająca nam obserwować też i ruchy narządów badanych. Tylko w niewielu przypadkach (około 5%) należało zrobić rentgenogramy. Dla utrwalenia widzianych obrazów i dla celów dydaktycznych wykonałem jednak szereg rentgenogramów w przypadkach, gdzie i bez fotografii rozpoznanie nie ulegało wątpliwości.

Przedewszystkiem rozpatrzę kwestyę wczesnego rozpoznawania grypy metodą rentgenologiczną. Jak wspominałem, Honij podaje, że istnieje obraz rentgenologiczny narządów klatki piersiowej, z którego można rozpoznać grypę w wątpliwych przypadkach wpieryw, zanim obserwacja kliniczna na to pozwoli. Syndrom rentgenologiczny charakterystyczny dla grypy obejmuje następujące 3 objawy: 1) w obrazie rentgenologicznym widzimy bardzo silne powiększenie i zagęszczenie cienia wnek. Cień ich jest obustronnie rozszerzony, intensywny, tak, że intensywnością swą dorównuje niemal intensywności cienia serca. Przytem w obrębie cienia możemy nieraz wyróżnić owalne, jeszcze gęstsze miejsca o charakterystycznym kształcie powiększonych gruczołów chłonnych. Jednem słowem otrzymujemy obraz, odpowiadający znanej nam skądinąd *lymphadenitis acuta wnek*, połączonej z silnem nacieczeniem lub przekrwieniem tkanki okołogruczołowej (*perilymphadenitis*). 2) Od cienia wnek odchodzą silnie powiększone cienie t. zw. rysunku płuc. Są to smugi, rozgałęziające się pędzelkowato w niewielkiej odległości od wneki.

Rysunek podobny napotykamy w każdym płucu. W przypadkach grypy rysunek płuc składa się jednak z grubych smug intensywnie ciemnych. Smugi te sięgają też zazwyczaj dalej ku dołowi, niż u ludzi zdrowych. Szczególnie wyraźnie widzimy wzmożony rysunek płuc w płatach dolnych, lecz jest on równie intensywny i w reszcie płatów. Trzecim objawem rentgenologicznym jest ogólne przyćmienie obu pól płucnych. Oba płuca wydają się jakby przysłonięte gazą. Przyćmienie to objawia się tem, że pola płucne są ciemniejsze, niż normalnie i że kontrast między cieniem np. żeber, a polem płuca jest mniej wyraźny. Przyćmienie to nie wyjaśnia się podczas głębokiego wdechu.

Do tych trzech objawów dołącza się nadto zwykle 4-y: bardzo wysokie ustawienie przepony znacznie wypukłonej ku górze, i 5-ty: nie rzadko rozszerzenie prawego przedsionka serca.

Oto zespół rentgenologiczny, charakterystyczny dla grypy w jej okresie początkowym. Obserwacje moje pozwalają stwierdzić słuszność danych Honija. Wzmożenie cienia wnek i intensywności rysunku płuc występuje prawie we wszystkich okresach grypy w tak silnym stopniu, jak je chyba tylko napotkać się udaje w pewnych formach gruźlicy płuc. Przeprowadzając różniczkowe rozpoznanie rentgenologiczne między gruźlicą a grypą należy uwzględnić u dorosłego, że tak intensywny cień wnek, jak go widzimy w grypie, spotyka się w razie powiększenia gruczołów wneki chyba jako skutek wtórnego ostrego zakażenia w kawernie lub w przypadkach starych zwapniałych wielkich gruczołów wnekowych. Zresztą objawy kliniczne ułatwiają znacznie różniczkowanie. Co się tyczy objawu wzmożonego rysunku płuc, to podobne, silnie wzmożone cienie dają też zrosty i blizny w płucach, szczególnie tam gdzie była lub jest jeszcze włóknista forma gruźlicy lub zapalenia płuc. Przyćmienie pól płucnych możemy widzieć w przypadkach jednostajnego zgrubienia opłucnej. W tych jednak przypadkach przyćmienie wyjaśnia się podczas głębokiego wdechu. Widzimy, że źródła błędu dyagnostycznego istnieją i że należy zawsze przy badaniu rentgenologicznem grypy dokładnie przeprowadzić dyagnozę różniczkową między grypą a gruźlicą, nie zlokalizowaną w wierzchołkach. Zróżniczkowanie to jest jednak naogół nietrudne z wyjątkiem tych wypadków, w których chory na chroniczną gruźlicę, zachoruje też na grypę. Wówczas obraz charakterystyczny grypy może być nawet zupełnie zamącony objawami gruźlicy i w wypadkach takich badanie rentgenologiczne, o ile chodzi o pomoc dla dyagnozy różniczkowej może zawieść.

Wykazawszy w ten sposób granice ścisłości zespołu rentgenologicznego grypy, powiem, że we wszystkich przypadkach grypy mogłem zespół ten istotnie stwierdzić w pierwszych 10 dniach choroby, a bardzo często i później. Obserwowane przezemnie przypadki grypy pochodziły z najróżniejszych okresów choroby. Najwcześniej jednak widziałem chorych dopiero w drugim dniu choroby, ponieważ materiał szpitalny nie zawierał przy-

padków wcześniejszych. W przypadkach nawet wczesnych, badanych przezemnie, rozpoznanie grypy klinicznie było już niewątpliwe. Nie miałem więc sposobności dokonać rozpoznania wcześniej, zanim klinicznie można było grypę stwierdzić. Natomiast korzyść rozpoznawania rentgenologicznego grypy przejawiała się w inny sposób. Kilkakrotnie mogłem zgodnie z przypuszczeniem klinicysty stwierdzić u chorego, który w czasie epidemii grypy zachorował wśród objawów choroby gorączkowej płucnej, że niema rentgenologicznie objawów grypy i że widocznie chodzi tu o chorobę inną niż grypa. Widziałem włóknikowe zapalenie płuc, wysięki opłucne, bronchity itd., które rozpoznać można było rentgenologicznie, jako niegrypowe i których dalszy typowy przebieg choroby wykazał, że istotnie nie były grypą. Powtarzam, że klinicysta w przypadkach tych i bez badania rentgenologicznego wątpił, czy w danym razie ma do czynienia z grypą, mimo to jednak bardzo na rękę było mu upewnienie się w tym względzie metodą rentgenologiczną. Jak widzimy stwierdzenie za pomocą prześwietlenia braku charakterystycznych cech grypy może się okazać bardzo cenną wskazówką dla klinicysty. w czasie epidemii, kiedy z bardzo zrozumiałych przyczyn jest się skłonny wszystkie ostre choroby płuc podporządkowywać pod grypę.

Ale i w inny sposób udało mi się wyzyskać wartość zespołu rentgenologicznego grypy. Aby zbadać możliwie wczesne okresy grypy, zbadałem wielu chorych, którzy leżeli na salach nie z powodu grypy, lecz z powodu innych dolegliwości. Chciałem wyszukać tych, którzy, zaraziwszy się od grypowych drogą infekcji domowej, daliby poszukiwane przezemnie obrazy pierwszych 24 godzin choroby.

Obrazów takich jak wspomniałem nie znalazłem, natomiast napotkałem chorego, u którego klinicznie nic na pozór nie wskazywało grypy, który leżał w szpitalu ze względu na całkiem inną dolegliwość. U chorego tego stwierdziłem zespół rentgenologiczny grypy. Istotnie okazało się, że chory ten dzień przedtem miał wieczorem podniesioną ciepłotę do 38 stopni i że od niedawna kaszlał. Chory ten, silnie zbudowany mężczyzna, innych wybitnych objawów nie miał. Ponieważ jak już wspomniałem, żadna z ostrych chorób zakaźnych, co stwierdziły badania najrozsobniejszych rentgenologów, obrazu takiego nie daje, możemy prawie na

pewno rozpoznać w danym wypadku grypę. Będziemy się starali zebrać podobnych przypadków więcej. Dany bowiem przypadek jest tem dla nas cenniejszy, że mieliśmy tutaj do czynienia z formą grypy poronną, gdyż bardzo krótko trwającą (podwyższenie ciepłoty trwało jedną noc). Łatwe stwierdzenie dyagnostyczne metodą rentgenologiczną istnienia poronnych form grypy, których osobnik silny nawet może nie zauważyć u siebie, jest, jak sądzę, cennym przyczynkiem do sprawy nas interesującej. Istnienie takich form grypy rzuca też światło na odporność niektórych ludzi przeciw grypie.

Reasumując, powiemy więc, że drogą badania rentgenologicznego otrzymujemy szereg objawów, dzięki którym w przeważającej liczbie wypadków możemy odróżnić grypę od innych ostrych chorób płucnych.

Z braku czasu nie będę przedstawiał szczegółowo kwestyi, jak tłómaczyć poszczególne objawy zespołu rentgenologicznego tem bardziej, że sprawę tę chcę jeszcze zbadać drogą doświadczalną. Dodam, że przyćmienie pól płucnych zazwyczaj w krótkim czasie ustępuje. Klinicznie chory ma się wówczas lepiej. Natomiast wzmożone cienie wnek i rysunek płuc występują po zniknięciu przyćmienia jeszcze jaskrawiej, ponieważ znikło zamglenie obrazu płuc. Brak przyćmienia pól ma znaczenie prognostyczne, ponieważ, jak doświadczenie wykazało, oznacza ono poprawę w przebiegu choroby. Przyćmienie to dowodzi, zdaniem Honija, silnego przekrwienia płuc. Jego ustąpienie udowadnia, że przekrwienie się zmniejszyło.

Tyle o znaczeniu dyagnostycznym obrazu płuc w grypie.

Przejdziemy do omówienia danych, których nam udzieliła metoda rentgenologiczna dla zrozumienia pewnych przejawów klinicznych grypy.

Oznaczenie obrazu przebiegu grypy metodą rentgenologiczną dało ciekawe wyniki. Widzieliśmy, że w pierwszym okresie grypy mamy do czynienia z silnym obrzmieniem gruczołów chłonnych wneki, połączonem z nacieczeniem lub obrzękiem okołogruczołowym. Nadto wzmożenie rysunku płuc dowodzi, jak twierdzi Honij, który zebrał dowody, czyniąc to tłómaczenie bardzo prawdopodobnem, że mamy do czynienia z rozszerzeniem silnem naczyń płucnych, aczkolwiek nie można wykluczyć że gra w tem też rolę obrzmienie śluzówki oskrzeli i oskrzelików. Stwierdzamy dalej

przekrwienie płuc, jako przyćmienie pól płucnych i szereg objawów, wskazujących, że płuca wentylują się bardzo nieznacznie i że mamy do czynienia poniekąd z niedodmą (*atelectasis*) płuc. Do tych objawów należy wysokie ustawienie przepony, silnie wypukłej, nadto nierozjaśnianie się pól płucnych podczas głębokiego wdechu.

Często grypa ogranicza się tylko do tego okresu, poczem następuje polepszenie. Naprzód znika przyćmienie płuc, to znaczy przekrwienie. Potem ustępuje wzmożony rysunek płuc. Najdłużej utrzymują się wzmożone cienie wnek. Wobec tego należy w czasie epidemii grypy przy badaniu rentgenologicznym płuc dokładnie uwzględniać wywiady, aby umieć odróżnić powiększone cienie wnek, stanowiące pozostałość po grypie, od powiększonych gruźliczo gruczołów wnekowych.

W wypadkach cięższych grypa rozwija się dalej. Z okresu charakterystycznego zapalenia gruczołów chłonnych i oskrzeli przechodzi naprzód w okres, w którym rysunek płuc staje się jeszcze silniej zaznaczony, jeszcze silniej rozgałęziony i jeszcze bliżej dochodzi do obwodu płuc. Klinicznie stwierdza się wówczas już pojedyncze ogniska w płucach. Drogą przez ten okres, który odpowiadałby zapaleniu drobnych oskrzelików, przechodzi grypa w zapalenie płuc. Okazało się, że zapalenie płuc grypowe ma swój odmienny, właściwy obraz rentgenologiczny i odmienny przebieg.

W obrazie rentgenologicznym ujawniają się ogniska pneumoniczne grypowe w formie drobnych plamek gęstego cienia, ułożonych wzdłuż rozgałęzień wzmożonego rysunku płuc. Plamek tych może być niewiele, w innych przypadkach znowu więcej, aż do kresu, w którym całe prawie pola płuc zasiane są drobnymi plamkami wielkości od ziarna prosa do ziarna grochu. Otrzymany obraz może być podobny wprost do obrazu gruźlicy prosówkowej.

Zależnie od ilości plamek możemy rentgenologicznie odróżnić okres *bronchopneumoniae disseminatae* od *bronchopneumonia miliaris universalis*. O ile płuca wykazują jednocześnie przyćmienie, to w wypadkach ogólnie rozsianych ognisk obraz poszczególnych plamek może stać się mniej ostry i pole płuc wykazuje wówczas charakterystyczny rysunek marmuru. Oto jeden typ rentgenologiczny pneumonii grypowej — typ drobnoogniskowy.

Oprócz tego napotykamy typy inne. Typ bardzo rozpowszechniony w grypie przeszło-

rocznej był typ ośrodkowego zapalenia płuc *pneumonia centralis*. W wypadkach takich widzimy, oprócz drobnych ognisk bronchopneumonicznych, zwarty intensywny cień, obejmujący części płuca położone przywnękowo. Cień ten sięga prawie do podstawy płuca i obejmuje początkowe części rysunku płuc. Otrzymuje się obraz bardzo charakterystyczny czarnej okolicy przywnękowej, 3 — 6 cm. szerokiej, od której odchodzi, jak miotła czarna wzmożony rysunek płuc. Na poszczególnych gałązkach miotły widać rozsiane drobne ciemne ziarna, ogniska bronchopneumonii. Ten typ pneumonii przebiegał klinicznie przeważnie jako *pneumonia haemorrhagica*. Tegoroczna epidemia dostarczyła mi znacznie mniej takich obrazów, niż należało się spodziewać według statystyk przeszłorocznych.

Dalszy typ pneumonii grypowej podobny jest do zwyczajnej bronchopneumonii. Wytwarza się szereg większych ognisk szczególnie często w obu płatach dolnych i w prawym płacie środkowym. Ogniska te, o ile choroba postępuje, rosną, zlewają się ewentualnie z sobą i wytwarzają ogólne zacienienie dotkniętego płatu. Otrzymujemy więc obraz *bronchopneumoniae confluentis* lub *bronchopneumoniae massivae*. Obraz rentgenologiczny pneumonii tej różni się tem od pneumonii krupowej, że nigdy cień schorzałego płuca nie dosięga takiej siły, aby był jednolicie ciemny, lecz zawsze, oczywiście o ile niema powikłań, jest niejednostajnie ciemny i zawiera miejsca jaśniejsze, jako dowód, że część chorego płatu zawiera przecież powietrze. Od obrazu pneumonii krupowej różni się bronchopneumonia grypowa nadto tem, że powstaje ona zawsze od wnek, rozwijając się stopniowo ku obwodowi, i że cofa się od obwodu ku wnekom, tak że przy gojeniu się stwierdzamy naprzód wyjaśnienie się części obwodowych płatu a później dopiero przywnękowych. Jak wiadomo w pneumonii krupowej rzecz odbywa się w odwrotnym porządku.

Poszczególne typy pneumonii grypowej mogą oczywiście przechodzić jedne w drugie. Odróżnienie ich udało się już Honijowi, Selbyemu, Liebmanowi i Schinzowi. Podział mój opiera się też na ich spostrzeżeniach przyczem jednak wprowadziłem pewne modyfikacje klasyfikacji, uwarunkowane być może szczególnymi właściwościami tegorocznej epidemii. I tak np. opisywana przez autorów pneumonia krupowa, jako powstająca w związku

z grypą nie zdarzyła się w moim materiale ani razu.

Już z tego pobieżnego szkicu obrazów pneumonii grypowych wyraźnie wynika kwestya praktycznie bardzo doniosła. Widać bowiem, że większość pneumonii grypowych stwierdzamy klinicznie bardzo niedokładnie, albo wogóle je przeoczamy. Są to przede wszystkim pneumonie drobnoogniskowe, które tylko wtedy dochodzą do wiadomości klinicyści, jeżeli przypadkowo jedno lub więcej z ognisk znajdzie się w tym obrębie, do którego sięga metodyka badania klinicznego. Wysłucha się więc być może jedno lub więcej bardziej powierzchownie ułożone ognisko. Ale przeważna część ognisk leży, jak widzieliśmy, przywnękowo lub ośrodkowo poza obrębem ucha klinicyści. Nic więc dziwnego, że klinicznie stwierdza się nieraz tylko bronchitis, podczas kiedy badanie rentgenologiczne może wykazać obecność ognisk zapalnych. Dalej nawet w tych przypadkach, gdzie badanie kliniczne pozwoliło powiedzieć, że istnieją ogniska zapalne w płucach, nie łatwo jest klinicznie ocenić, jak silnie zajęty jest miąższ płuc, czy jest to tylko *bronchopneumonia disseminata*, czy *confluens* lub *centralis*. Okazało się, że objawy kliniczne prawie wszystkich form bronchopneumonii grypowej niepowikłanej przedstawiają się na ogół jednako. Tu metoda rentgenologiczna bardzo szczęśliwie uzupełni badanie kliniczne, ułatwi rokowanie i wpłynie zapewne w niektórych przypadkach na sposób leczenia.

Rentgenologicznie okazało się, że objawy anatomiczne w płucach pozostają znacznie dłużej, niż dolegliwości subiektywne chorego i podwyższenie ciepłoty. To samo zresztą stwierdza się i klinicznie: często wysłuchuje się wyraźnie ogniska zapalne w płucach, choć temperatura spadła i objawy prostracyi ustąpiły. Rentgenologicznie stwierdzamy trwanie nawet takich zmian w miąższu płucnym, które wskutek swego położenia nie dochodzą do wiadomości kliniki. I tak, zauważyłem, że szczególnie często pozostają wcale duże ogniska zagęszczenia w płucach na wysokości linii międzypłatowej między górnym płatem a dolnymi. Ogniska te trwają długo, choć sprawa chorobna pozornie się skończyła i tylko od czasu do czasu nagłe podniesienie się ciepłoty dowodzi, że obserwowane ogniska

jednak są jeszcze czynne. Wobec tego, że, jak wiadomo, nieraz w następstwie rzekomo już wyleczonej grypy, występuje schorzenie płuc. pozornie nowe lub też, jak się mówi, drogą wtórnego zakażenia, bardzo wskazanem wydaje się, aby w miarę możliwości upewnić się przed ogłoszeniem pacyenta za zdrowego, że istotnie niema w płucach jakich ognisk utajonych. Tu rentgenologia znajduje wdzięczne pole do pracy. Podobnie będzie można drogą badania rentgenologicznego po upewnieniu się, że pola płuc są czyste, skrócić czas obserwacji rekonwalescentów, jako nie potrzebujących dalszej ochrony przed niespodziankami.

Wiadomo, jak ważną rolę odgrywają w epidemii grypy powikłania klasycznego obrazu choroby. Do powikłań tych zaliczymy przede wszystkim wysięki i ropnie płuc. W tych sprawach, jak już wspominałem na początku, nie było wątpliwości, że rentgenologia okaże, jak zawsze w podobnych kwestiach, ważną pomoc dyagnostyczną. Istotnie, mogłem obserwować przypadek ropnia płuc, który rentgenologicznie rozpoznałem znacznie wcześniej, niż wystąpiły objawy kliniczne. Był to ropień położony początkowo w okolicy przywnękowej, który miał połączenie z oskrzelem. Mogłem badać jego stopniowy wzrost i postęp, potem jego, że tak powiem, stabilizowanie się i zamianę w jamę o cienkiej ścianie. Chory ten zmarł skutkiem krwotoku żołądkowego i na autopsyi stwierdzono istnienie w płucu jamy, wysłanej błoną ropną. Nic w tem zresztą dziwnego, ponieważ rentgenodyagnostyka w takich właśnie schorzeniach oddaje oddawna doskonale usługi. Znacznie więcej skomplikowaną okazała się sprawa wysięków. I zaraz należy dodać, że stanowi to fakt nieoczekiwany, ponieważ drogą doświadczenia długich lat doszła rentgenologia do takich wyników, że na ogół rozpoznanie wysięku zwyyczajnego w jamie opłucnej należy do elementarnych umiejętności rentgenologa. Tem ważniejsze było stwierdzenie, że ta łatwość i pewność rozpoznania w wysiękach, w przebiegu grypy nie zawsze istnieje. Zdaje się też, że ten nie codzienny charakter niektórych wysięków opłucnych w grypie stanowi właściwość szczególnie tegorocznej epidemii, ponieważ publikacye o grypie przeszłorocznej o nim nie wspominają. Okazało się przy dokładnem i sumiennem kontrolowaniu przebiegu choroby, że nie rzadko nie można rozpoznać rentgenologicznie wysięku, choć nakłucie wykazało, że wysięk w opłucnej istnieje. Także

klinicznie nie rzadko brak było objawów wysięku, a nakłucie wykrywało wysięk. O ile łatwiej się z tym godzimy, że klinicznie można wysięku opłucnego nie wykazać, to musi nas to dziwić w rentgenodyagnostyce. Napotykałem przypadki, gdzie żadnych znaków, po których zwykliśmy poznawać obecność wysięku, nie było, mimo to wysięk istniał. Najbardziej frapujące były przypadki, w których prześwietlenie wykazało pole płucne niezacieńnione, przeponę normalną i dobrze ruchomą, zatoki żebrowoprzeponowe wolne, dobrze rozchylające się, a jednak nakłucie, bezpośrednio po badaniu rentgenologicznym przeprowadzone, wykazało obecność płynu surowiczoropnego. Klinicznie istnieją w tych przypadkach nieraz objawy, dowodzące obecności wysięku. Badanie rentgenologiczne mogłoby więc klinicystę wprowadzić w błąd, jeżeli nie uwzględni się niedostateczności metody rentgenologicznej w tych przypadkach. Naodwrot nieraz klinicznie brak było objawów wysięku, a rentgenologicznie można było ustalić rozpoznanie. Szczególnie w razie dwustronnych wysięków sytuację taką nieradko się spotyka, ponieważ brak tu klinicyście kryterium porównawczego ze stroną zdrową.

W przypadkach rentgenologicznie pozytywnych obraz nieradko jest w grypie atypowy. Niema typowego zakończenia cienia wysięku linią krzywą ku górze wklęsłą, spadającą łukowato od góry i od zewnątrz ku dołowi i ku wnętrzu. Górna granica wysięku może przybrać charakter wprost odwrotny i stanowić linię kolistą, ku górze wypukłą, opadającą mniej więcej na tej samej wysokości od strony wewnętrznej i zewnętrznej. Jednym słowem okazało się w rezultacie, że pewność w kwestyi rozpoznania wysięków, która jest zresztą zdobyczą powszechną rentgenologii, tu musiała być silnie zredukowana. Wobec niedostatecznej też pewności ze strony metod klinicznych, musi się dojść do wniosku, że, jak wykazały nakłucia, prawie każde zapalenie płuc grypowe powinno być kontrolowane, czy niema powikłania wysiękiem bez względu na to, czy klinika lub rentgenologia lub też obie razem powikłanie to wykluczają. Jako *ultimum refugium* pozostaje nakłucie, które jednak, jak wiemy, też nie zawsze daje pewność.

Zastanawiając się nad przyczyną tego odmiennego zachowania się niektórych wysięków w grypie, mogłem odróżnić jedną postać wysięków. Były to wysięki, które dawały typowe obrazy odmy piersiowej, jak je znamy

w rentgenologii. Możemy je więc uważać za ten sam typ wysięku, który i w innych chorobach zapalnych napotykaemy w opłucnej. Drugi typ, pod względem rozpoznawczym trudny, typ wątpliwy, dawał bez wyjątku po nakłuciu charakterystyczny płyn, wyglądający jak płyn surowiczny, pomieszany z większą lub mniejszą ilością ropy. Zwiększanie się ilości elementów ropnych i zwiększanie się nieraz bardzo szybkie ilości płynu, można było stwierdzić drogą wtórnych nakłuć i ciągłej obserwacji. Niejeden wysięk, który przez pewien czas uchylał się od rozpoznania, dawał potem objawy wyraźne i klinicznie i rentgenologicznie. Tak więc okazało się, że tylko pewne, początkowe obrazy wysięku przygrypowego nie dają zwykłych objawów rentgenologicznych. Czem to tłumaczyć? Przedewszystkiem tem, że tego płynu może być w jamie opłucnej za mało, aby go rozpoznać, jednak wystarczająco wiele aby go wykryć nakłuciem. Za tem przemawiałyby ewentualnie obserwacje wysięków międzypłatowych. Wysięk międzypłatowy jest na ogół zjawiskiem nie częstym i zazwyczaj posiada wielkie rozmiary. Tem ciekawsze jest, że, badając chorych na grype, kilkakrotnie stwierdziłem wysięki międzypłatowe, jednak niewielkie, przedstawiające się, przy odpowiednim nastawieniu kierunku promieni, jako linia czarna określająca linię międzypłatową. Tego rodzaju małych wysięków międzypłatowych nie obserwuje się w innych schorzeniach. Jeżeli wysięki międzypłatowe w grypie przedstawiają się tylko jako cienka warstewka płynu, to być może, że i wysięki w wielkiej jamie opłucnej, stanowią równie cienką warstwę na powierzchni płuca i nie zbierają się przynajmniej w pierwszych okresach choroby, na częściach najbardziej obwisłych, jak to zwykle bywa w razie wysięków. Mogłoby to jednak mieć miejsce tylko w razie odmiennych warunków hydraulicznych wewnątrz jamy opłucnej w grypie. Omawianie tego zawiodło by nas jednak za daleko. Jedno tylko muszę nadmienić z zakresu rentgenodyagnostyki. Owo przyćmienie pól płucnych o którym wspominałem, że zazwyczaj ma być dowodem przekrwienia płuc, może czasem być też wywołane warstewką płynu wewnątrzopłucnego.

Wreszcie należy parę słów wspomnieć o zachowaniu się serca w grypie. Jak wspominałem spotykamy w grypie częste izolowane rozszerzenie przedsionka prawego. Rozszerzenie to napotyka się we wszystkich formach grypy, nietylko, w pneumonii ale

też już w okresie początkowym i w fazach zapalenia oskrzeli. Około 40% przypadków przeze mnie obserwowanych wykazało je. Rozszerzenie to może w krótkim czasie, jeszcze podczas trwania zmian w płucach czasem nieomal przez

noc zniknąć, może jednak przetrwać chorobę i pozostać pewien czas w okresie rekonwalescencji, dając jeden dowód więcej, że serce jeszcze nie wróciło do normy.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ WYDZIAŁOWEJ UNIwersYTETU ŚW. WŁODZIMIERZA I Z SANATORYUM DLA PIERSIOWYCH CHORYCH W BOJARCE POD KIJOWEM. (DYREKTOR I KONSULTANT F. W. WERBICKI).

Influenca a suchoty.

Przez

Dra Włodzimierza Filińskiego

b. starszego lekarza sanatorium.

Sród rozmaitych czynników etyologicznych, wpływających na rozwój suchot płucnych, przypisują pewną rolę przebytu poprzednio ostrym chorobom zakaźnym. W porównaniu z innymi czynnikami, jak usposobienie indywidualne, dziedziczność i t. d., ostrym infekcyom udzielano niewiele miejsca. Pośród innych szczególną sławą pod tym względem cieszy się influenza i krztusiec. Dzięki swemu rozpowszechnieniu rola influency zasługuje na specjalną uwagę. W celu wyjaśnienia tej kwestyi przestudyowałem historię chorób trzech chorych gruźliczych z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu Św. Włodzimierza, z sanatorium w Bojarce i w małej części z praktyki prywatnej. Piąta część chorych znajdowała się w trzecim stadium, pozostali w pierwszych dwóch okresach suchot płucnych.

Zpośród wszystkich tych chorych influencę przebyło 70% i w większości przypadków miało to miejsce podczas epidemii 1918 i 1919 roku. Niektóre osoby chorowały dwa i trzy razy. Z tych 70% tylko w 17,5% choroba nie wywarła wyraźnego wpływu na ogólny stan organizmu chorych, cierpiących już przedtem na suchoty. U 32,5% po przebyciu influency sprawa w płucach uległa pogorszeniu, u 20%, u ludzi do tego czasu zdrowych, suchoty rozwinęły się bezpośrednio po przebyciu influency.

Z tego przeto można wnioskować, że w 1/6 przypadków influenza była przyczyną, wywołującą sprawę gruźliczą. Rozumie się, że nie miałem obiektywnych dowodów, stwierdzających zupełnie dobry stan zdrowia wszystkich tych ludzi przed influencą, gdyż tylko w pewnej części przypadków miałem możliwość badania ich wcześniej. W innych przypadkach należało zadowolić się szczegółowym

rozpytaniem się chorego lub, o ile to było możliwe, należało korzystać z wyników oględzin innych lekarzy. Jak wiadomo, istnieje gruźlica utajona, o której może chory nie wiedzieć i której badanie obiektywne nie wykryje, a którą jednak u przeważnej liczby ludzi można stwierdzić *post mortem*. Oczywiście, że tutaj o podobnych przypadkach mowy być nie może, ale tylko o tych, w których choroba dała się człowiekowi we znaki lub w których mogła być rozpoznana podczas badania lekarskiego. Następnie trzeba zdecydować, czy influenza była główną przyczyną zapadnięcia na suchoty wspomnianych chorych, stanowiących 1/6 część wszystkich przypadków zbadanej gruźlicy.

Po dokładnem ich zbadaniu okazało się, że tylko czwarta część z liczby tych chorych pochodzi z rodzin, w których zdarzały się przypadki suchot. Połowa tej liczby miała wady w budowie klatki piersiowej, jak na przykład nieproporcjonalną wąskość, słabowitość, powiększenie jednego z rozmiarów, jednakże prawie nie było wyraźnego *habitus phthisicus*. Druga połowa składała się z normalnie rozwiniętych osobników. Trzy czwarte chorych, u których suchoty rozpoczęły się wraz z influencą, pochodzi z rodzin, u których nie spotykało się gruźlicy i rodzice ich nie byli alkoholikami. Wszyscy ci chorzy nie wykazywali żadnych nieprawidłowości w budowie klatki piersiowej, prócz tych, które powstały jako wynik marskości płuc. Wywiady nie wykrywały też w przeszłości chorych żadnych czynników, wyniszczających i podkopujących ich organizm. Jeżeli więc teraz odrzucimy z tej grupy tę część czwartą chorych z usposobieniem dziedzicznym, to pozostanie 15% gruźliczych, u których influenza była

główną przyczyną zapoczątkowania suchot płucnych. Dla ilustracji pozwolę sobie podać jeden przykład.

Student medycyny T., młodzieniec, pochodzący ze zdrowej rodziny, dobrze zbudowany. W ostatnich latach czuje się zdrowy. Tylko dzięki studenckiej ochoczości do oględzin lekarskich miałem możliwość zbadania chorego, nie udało mi się wykryć jednak żadnego objawu, któryby wskazywał istnienie choroby płuc.

Przed paroma miesiącami zachorował na influencę, przebiegającą dość lekko, lecz powikłaną kataralnym zapaleniem płuc o charakterze przewlekłym. Obecnie stwierdza się nieznaczne podwyższenie ciepłoty, kaszel i w płwocinie niekiedy laseczniczki gruźlicze.

U 32,5% chorych na suchoty influenza wywołała pogorszenie sprawy płucnej. U 5% z pośród oznaczonych chorych znów nastąpiła poprawa i po jakimś czasie stan ich zdrowia wyrównał się należycie, u 27,5% zaś pogorszenie wystąpiło na stałe. Jeżeli teraz przejrzymy tych chorych, to się okaże, że usposobienie dziedziczne gra tu rolę wybitną. $\frac{5}{8}$ wymienionych chorych pochodzi z rodzin gruźliczych, a połowa tych chorych posiada wadliwą budowę klatki piersiowej i nieraz wyraźny *habitus paralyticus*.

Influenca nie miała wpływu na ogólny stan zdrowia u 17,5% suchotników. Jak w poprzedniej grupie tak i tu w $\frac{5}{8}$ przypadków mamy do czynienia z dziedzicznym usposobieniem gruźliczym. Niektórzy chorzy przedstawiają zupełnie wyraźny *habitus phthisicus* (2,5%). W $\frac{1}{8}$ cz. dalej można było stwierdzić wady w budowie klatki piersiowej, chociaż przypadków gruźlicy w rodzinie nie notowano.

Zobaczmy teraz, jak się przedstawiają te same stosunki u 30% suchotników, którzy nie chorowali na influencę. Więcej niż połowa z nich, to jest 18% pochodzi z rodzin gruźliczych. Rodzice 5% chorych byli dotknięci przymiotem, chorobami nerwowymi, chorobą Basedowa lub alkoholizmem. Z tych 23% u 12% znaleziono wadliwą budowę klatki piersiowej przeważnie jako *habitus paralyticus*. Niekiedy można było stwierdzić u tych chorych oznaki zwyrodnienia.

Jeśli teraz porównamy wymienione 2 grupy, to okaże się, że tam gdzie influenza wywołała pojawienie się gruźlicy, tylko $\frac{1}{4}$ chorych posiadała warunki dziedziczne, bądź konstytucjonalne, sprzyjające rozwojowi gruźlicy. Tam gdzie gruźlica była przed influencą, to w tej części przypadków, w której nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia, czynniki dziedziczno-konstytucjonalne stwierdzono w $\frac{5}{8}$ wszystkich przypadków, tam zaś, gdzie influ-

enca przeszła bez wpływu—w $\frac{3}{4}$. U chorych, którzy nie mieli influenty, te same warunki spotyka się prawie w $\frac{4}{5}$. Z tego widzimy, że w ostatnich grupach mamy do czynienia z osobnikami, którzy jak gdyby, rzecz można, skazani byli wcześniej lub później, aby zachorować na gruźlicę, gdy tymczasem w pierwszej mamy ludzi, którzy suchotnikami stali się przypadkowo, wskutek przebytej influenty.

Co się tyczy tych chorych, których stan zdrowia się pogorszył, to dla wielu z nich influenza okazała się fatalną. Często spotkać można osobników, u których w przeciągu wielu lat gruźlica ma przebieg łagodny, i dopiero po przebytej influencie sprawa w płucach przybiera charakter złośliwy, połączony z silnym rozpadem tkanki, a niekiedy przechodzi w zserowacenie płuc (*pneumonia caseosa*). Po upływie kilku tygodni, a nieraz miesięcy choroba kończy się śmiercią.

Artystka Z., osoba młoda, prawidłowo rozwinięta i dostatecznie odżywiona, w przeciągu kilku lat cierpi, jak się sama wyraża, na niewinne zakażenie płuc, co jednak nie przeszkadza jej pracować i nie nasuwa myśli o możliwości gruźlicy. Po przebytej grypie gorączka u chorej przybiera charakter trawiącej (*febris hectica*), w płucach mnóstwo dźwięcznych rżężeń, a w płwocinie obficie laseczniczki gruźlicze i włókna sprężyste. Po dwu miesiącach takiego stanu, obok coraz wyraźniej występujących objawów rozpadu płuc (*cavernae*) chora zakończyła życie.

Żołnierz K., cierpiał od dość dawna na katar szczytów, lecz czuł się względnie dobrze, nawet pomimo złych warunków życia w niewoli i powtórnej ucieczki stamtąd. Niedawno zapadł na grypę, połączoną z zapaleniem płuc. W płwocinie zjawilo się mnóstwo laseczniczków gruźliczych i włókien sprężystych. Po pięciu tygodniach chory umiera wśród objawów odmy piersiowej. Na sekcji znaleziono w szczytach płuc starą zabliznioną sprawę obok świeżych ognisk. W płatach dolnych obustronne kataralne zapalenie płuc przechodzi w zserowacenie płuc. W niektórych miejscach natrafia się na świeże jamy (*cavernae*).

Co się tyczy zбочeń w klinicznym przebiegu gruźlicy, związanych z influencą, to trzeba podkreślić spotykane dość często nietypowe umiejscowienie sprawy. U 19% chorujących na influencę główne ognisko gruźlicy wykrywa badanie obiektywne nie w szczytach płuc, a gdziekolwiek niżej: z tyłu, z przodu lub z boku. Objaw ten jest dość charakterystyczny, tak że z samego osłuchiwania takiego chorego bez rozpytywania go, można przypuścić, że przeszedł influencę, co też na zapytanie zazwyczaj potwierdza.

Jednocześnie przytoczę tutaj kilka danych, dotyczących innych chorób zakaźnych.

Tyfus plamisty przebyło 7% zbadanych przeze mnie chorych. W 3% gruźlica wystą-

piła z chwilą zapadnięcia ich na dur i w przypadkach tych nie udało się odnaleźć jakichkolwiek czynników indywidualnych i dziedzicznych, sprzyjających rozwojowi gruźlicy. W 3% tyfus płamisty wywołał pogorszenie, a w 2% nie okazał żadnego wpływu na istniejącą już sprawę gruźliczą.

Tyfus brzuszny przebyło 10% chorych, jednak tylko w 1% można z nim związać początek gruźlicy, w 3% choroba wywołała pogorszenie, a w 6% przeszła bez śladu.

A więc co się tyczy niebezpieczeństwa

dla płuc, to dur płamisty podobny jest do influency, podczas gdy brzuszny jest pod tym względem nieszkodliwy i nawet te pogorszenia, które wywołuje, w większości przypadków zostają wyrównane.

Na zasadzie przytoczonych tu danych można powiedzieć, że influenza, wskutek swego rozpowszechnienia, jest dość poważnym czynnikiem etyologicznym tak dla wybuchu gruźlicy płucnej, jak i dla przejścia sprawy łagodnej i umiejscowionej w złośliwą i rozlaną.

Streszczenie zbiorowe.

O t. zw. HISZPANCE.

Podał

Dr W. Komocki.

Kierownik Zakładu Pasteura, pracowni bakteryologicznej i patologicznohistologicznej w Mińsku Lit¹⁾.

Prof. Selter z Królewca w pracy „*Zur Aetiologie der Influenza*“ (*Deut. Med. Woch. 1918*) zaznaczając naprzód, że „hiszpanka“ w niczem nie różni się od epidemii influency roku 1889—92, przypomina, że wkrótce po zjawieniu się pracy Pfeiffera o znaczeniu przyczynowym lasecznika influency, Kruze wyraził powątpiewanie, czy rzeczywiście prątek ten jest przyczyną tej choroby, przyczem wskazał tę okoliczność, że podczas rozkwitu epidemii w r. 1889—90 nikt tej laseczki nie widział. Sam Selter od roku 1904 dosyć często wykrywał tę laseczkę w zachodnich prowincjach Niemiec przy zajęciu dróg oddechowych, od tego czasu jednak nie widział jej więcej, nie bacząc na to, że epidemie tej choroby kilkakrotnie powtarzały się w tych prowincjach, a epidemia roku 1908 przyjęła nawet dosyć znaczne rozmiary.

W czasie ostatniej epidemii Selter miał sposobność zbadania materiału w 33 przypadkach tej choroby. Badano naloty z gardła, płwocinę, ropę i krew; w 4 przypadkach zbadano materiał sekcyjny, wzięty w kilka godzin po śmierci.

We wszystkich tych przypadkach ani mikroskopowo, ani też zapomocą hodowli laseczek influency nie wykryto; wykryte były tylko różne drobnoustroje, które mogły mieć znaczenie tylko, jako zakażenie wtórne, a mianowicie: pneumokokki, paciorkowce, gronkowce i kataralne mikrokokki. Wszyscy badacze epidemii obecnej jednogłośnie podkreślają, że lasecznik influency nie jest przyczyną epidemii ostatniej. Nie można również nada-

wać znaczenia przyczynowego diplostreptokokowi, opisanemu przez Bernhardta.

W poszukiwaniu zarazka przyczynowego ostatniej epidemii Selter razem z panną Kohn dokonali doświadczenia na własnych osobach, a mianowicie wdychali rozcieńczony płynem fizyologicznym, rozpylony i przesączony przez filtr Berkefelda śluz z gardła chorych, przyczem przesącz ten był kontrolowany na jałowość zapomocą posiewów na pożywkach.

Dnia następnego u Seltera zjawiał się katar i ból głowy bez podniesienia jednak ciepłoty ciała — objawy te do wieczora ustąpiły; u panny Kohn przebieg choroby był cięższy, a mianowicie, w ciągu kilku dni zjawiały się silne bóle głowy, nóg i stawów, w nocy dreszcze i poty, znaczne ogólne niedomaganie i podwyższenie ciepłoty ciała do 37,6°. Autor przypuszcza, że doświadczenie to potwierdza przypuszczenie, że zarazek influency należy do grupy przechodzących przez filtr drobnoustrojów.

Prof. Borgmann z Marburga w pracy „*Die spanische Krankheit ist Influenza vera*“ najwięcej miejsca udziela opisowi przebiegu klinicznego choroby, zaznacza przytem, że w przypadkach z 10 zbadanych w płwocinie wykryto prątki Pfeiffera, w materiale jednak sekcyjnym ani razu. W końcu swej pracy autor wyraża myśl, że, jeśliby się nawet okazało, że laseczka Pfeiffera nie jest zarazkiem swoistym dla tej choroby, to w takim razie nazwę powinna zmienić laseczka, a nie choroba klinicznie i epidemiologicznie dostatecznie dobrze określona.

¹⁾ Rzecz odczytana na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarzy polskich w Mińsku Lit. d. 26. IX. 1919 r.

Prof. Hirschbruch, kierownik pracowni bakteryologicznej w Metz, w pracy „*Ueber die ansteckende Lungenentzündung (spanische Krankheit)*“ wskazuje, że w kilku tylko przypadkach w płwocinie udało się wykryć laseczki Pfeiffera; w narządach 16 podległych sekcji trupów laseczka ta była wykryta tylko raz jeden, wykryte były natomiast tylko dwoinki i paciorkowce; pośród dwoinek najczęściej zanotowano postaci, które należy odnieść do grupy diplostreptokokków, ale i tym ostatnim, jak również i innym, autor przypisuje rolę zakażeń conajwyżej wtórnych, wskazując przytem zupełnie słusznie, że zjawienie się przeciwciał dowodzi tylko tego, że drobnoustroje rozmnażały się w ustroju i działały jako antygeny.

Powołując się na odnośne piśmiennictwo, autor zaznacza, że podczas epidemii ostatniej tylko Pfeiffer, Uhlenhut, Gottschlich i Ichürmann kiedy niekiedy wykrywali laseczkę Pfeiffera, zaś Kölle, Gruber, Friedmann, Kroner i Bernhardt nigdy nie mogli stwierdzić jej obecności.

Mendelbaum w Monachium na materyale sekcyjnym 25 razy wykrywał za pomocą hodowli paciorkowce; 3 razy pneumokokki i 2 razy gronkowce przypisuje im wszystkim rolę zakażeń wtórnych i dowodzi, że tak jak i uprzednio w roku 1890, tak i obecnie laseczka Pfeiffera nie jest zarazkiem swoistym dla influeney.

Schmorl w pracy o zmianach patologoanatomicznych w hiszpance o swoistości laseczki Pfeiffera wyraża się w sposób następujący: „O ile widać z dotychczasowych publikacji laseczka Pfeiffera nie jest zarazkiem swoistym dla influeney, ponieważ podczas ostatniej epidemii wykryta była w przypadkach bardzo nielicznych. Ja ją widziałem tylko w 3 przypadkach sekcyjnych w śluzie oskrzelowym. W pracowni bakteryologicznej, która pozostaje pod moim kierownictwem laseczka ta ani razu nie była wykryta w materyale dostarczonym do badania ze szpitali”.

Dr Köpchen z Bonn w artykule „*Symptomatologie der influenzaähnlichen so genannten spanischen Krankheit*“ odnotowuje fakt, że u 50 poddanych badaniu chorych ani razu nie wykryto laseczki Pfeiffera.

Co się tyczy zmian patologoanatomicznych, to w pracy już uprzednio wzmiankowanej Bergmann wskazuje 5 przypadków zapalenia płuc, gdzie możebna była sekcya, przyczem w jednym tylko przypadku miała miejsce *pneumonia crouposa*, w 4 pozostałych przypadkach były odnotowane *tracheitis pseudomembranosa et haemorrhagica*, *bronchitis*, ropne bronchopneumoniczne ogniska krwawe w różnych częściach płuc, czasami początek tworzenia się ropni; oprócz tego w je-

dnym przypadku w różnych narządach odnotowano ropnie emboliczne, a także ropne zapalenie opon mózgowych.

Hirschbruch na podstawie 16 przypadków sekcji chorych, zmarłych wśród objawów zapalenia płuc, wskazuje patologoanatomiczne właściwości zmian w płucach, a mianowicie: 1) częstość wyraźnego *peribronchitis*, a również ropni w płucach i 2) dosyć częsty dyfterytyczny, włóknikowy *bronchiolitis*; autor wskazuje przytem, że właściwości te w Monachium nie były jednak stwierdzone.

Wyniki dokładnego badania 50 zwłok podaje dobrze zasłużony Schmorl w Dreźnie.

Prawie wszyscy zmarli byli to ludzie młodzi, nie mający jeszcze lat 30; spostrzeżenie to zgadza się z takimże spostrzeżeniem Lubarscha na materyale sekcyjnym w Berlinie.

We wszystkich przypadkach były stwierdzone te lub inne zmiany dróg oddechowych; zawsze wyraźnie występował *tracheitis* i *bronchitis*; bardzo często notowano pneumonie ze wszystkimi ich właściwościami przy influeney; w niektórych przypadkach sprawa się wzięła z ropnem zapaleniem opłucnej; w innych znowu przypadkach były widziane rozsiane nieduże ropnie, pochodzące z drobnych oskrzeli, i te były przyczyną ropnego zapalenia opłucnej.

Wszystkie te zmiany dobrze są znane z poprzednich epidemii influeney.

Właściwościami epidemii ostatniej są: 1) bardzo częste powikłania przez *encephalitis haemorrhagica*, przyczem największa ilość wynaczynień znajduje się w białej istocie mózgu i w białej i szarej istocie węzłów ośrodkowych; badanie bakteryologiczne tych ognisk krwotocznych dało wynik ujemny prawie we wszystkich przypadkach, 2) w kilku przypadkach powikłanych wynaczynieniami mózgowymi znaleziono woskowate zwyrodnienie mięśni, najczęściej *m-li recti abdominis* i rzadziej mięśni szyi; w niektórych w taki sposób porażonych mięśniach wykryto również wynaczynienia i 3) częste stwierdzenie (w 7 przypadkach) włóknikowobłonicowego zapalenia osobliwie dolnej części tchawicy i rozgałęzień oskrzelowych; spostrzeżenia te zgadzają się ze spostrzeżeniami Lubarscha, Bergmanna i Hirschbrucha, przyczem nie wykryto laseczek błonicy ani Pfeiffera mikroskopowo i na hodowlach.

Co się tyczy epidemiologii hiszpanki, to tożsamość jej z influencą wyraża się w szerzeniu pandemicznem, a mianowicie z zachodu na wschód; autorzy przypominają między innymi, że i podczas epidemii roku 1889—92 była mowa również o chorobie hiszpańskiej; różnica była tylko ta, że epidemie poprzednie grasowały osobliwie jesienią i zimą, ostatnia zaś epidemia podczas lata.

Mówiąc o klinicznym obrazie choroby wszyscy jednogłośnie twierdzą, że są to choroby identyczne z pewnym jednak zastrzeżeniem, a mianowicie, że epidemia ostatnia ma swoje pewne właściwości; wskazują mianowicie tę okoliczność, że podczas poprzednich epidemii chorobie podlegali najczęściej ludzie starsi, podczas epidemii zaś ostatniej chorowali ludzie młodzi i zdrowi; z tego powodu zjawia się przypuszczenie, że ci młodzi ludzie, którzy nie chorowali podczas epidemii

przedostatniej nie mieli możliwości uodpornienia się przeciwko tej zarazie. Dalej notowano bardzo wysoki odsetek śmiertelności wskutek zapalenia płuc podczas epidemii ostatniej; odnotowane są na koniec także, jak i podczas poprzednich epidemii, postaci tyfoidalne, postaci z dominującymi objawami astmy spazmatycznej, postaci kokluszowej i in.; dla wszystkich jednak epidemii charakterystyczne jest zajęcie dróg oddechowych.

Dział sprawozdawczy.

14. B. Lucke, T. Wight, E. Kime. Anatomia patologiczna i bakteryologia grypy.

Badania autorów, zawarte na 100 stronicach, opierają się na 126 sekcjach, wykonanych w doskonałych warunkach w różnych okresach choroby.

Wyniki badań anatomicznych i bakteryologicznych zależą od okresu epidemii i samej choroby i stoją w związku z endemiczną florą bakteryjną. Z początku w przypadkach piorunujących najczęściej znajdowano laseczkę Pfeiffra. W miarę rozwoju epidemii i przewleknięcia się choroby, na pierwszy plan wstępują czynniki zakażenia wtórnego i pociągają za sobą pewne modyfikacje anatomiczne. Najbardziej uderzające są zmiany w płucach ale dotknięty jest cały ustrój. Naogół zmiany polegają na wybitnym nawale (kongestji), krwotokach, zwyrodnieniach toksycznych, zapaleniu z charakterem krwotocznym. Charakter krwotoczny daje się szczególnie zauważyć w oponach mózgowych, w mózgu, w błonach surowiczych, w płucach, śledzionie, nerkach, na skórze (sinica i purpura). Zwyrodnienie woskowe mięśni prostych brzucha, zwyrodnienie szkliste ścian naczyń, ogniska martwicze w wątrobie, nadnerczach i trzustce; zmętnienie mięszone — są to wszystko zwyrodnienia toksyczne. Przerost zapalny zdarza się tylko w okresach późnych choroby.

Czyste zapalenie płuc grypowe (*pneumonie grippale pure*) polega na wybitnej proliferacji nabłonka płucnego, nadzwyczajnym przekrwieniu i krwotokach. Zapalenie płuc, jako następstwo zakażeń wtórnych przedstawia się rozmaicie. Mikroskopowo jest to zapalenie zrazikowe, jakby rzekomopłątowe (*tendance pseudo-lobaire*) — na przecięciu niektóre części są gruźelkowe, inne rozmiękczone. Mikroskopowo spotykamy cztery typy wysięku: nieżyłowy, włóknikowonieżyłowy, włóknikoworopny i ropny, które istnieją często obok siebie.

Grypę przewlekłą charakteryzuje przede wszystkim względny brak zmian pochodzenia naczyniowego, rozlane ropienie proliferacja tkanki łącznej.

Pod względem bakteryologicznym autorzy tak często znajdowali laseczkę Pfeiffra, że ją uważają jeżeli nie za przyczynę grypy,

to przynajmniej za najlepszego wskaźnika (*indice*) epidemii.

Są skłonni nawet przypisywać temu parazytowi znaczenie patogeniczne wobec tego, że znajdowali go tylko w czasie wybuchu epidemii, gdy tymczasem przedtem nie udawało się go znaleźć przy użyciu tych samych metod. Na początku i podczas nasilenia epidemii laseczkę było wyisobnić bardzo łatwo, w okresach późniejszych znajdowano tylko paciorkowce i pneumokokki typu III. Gronkowce i *m. catarrhalis* zjawiały się zwykle pod koniec epidemii.

(*Archives of internal medicine (Chicago) 15 września 1919*). A. Puławski.

15. Wilson. Aglutyniny swoiste dla laseczki Pfeiffra w surowicy chorych na grype.

Agglutyniny te zjawiają się wcześniej we krwi chorych na influencję (1:1000). Autor znalazł je u 11 chorych na szczycie choroby, nie znalazł zaś u 10 chorych, dotkniętych zapaleniem oskrzeli i świnką. U 20 chorych ozdowieńców po ciężkiej influencji, powiklanej zapaleniem płuc, aglutyniny zginęły zupełnie. Zmniejszają się one znowu po spadku ciepłoty, a po tygodniu znikają kompletnie.

Autor do swych badań używał zawiesiny z 5 próbek hodowli lasecznika Pfeiffra: trzy okazały się zdatnymi do aglutynacji (*agglutinables*), dwie mniej lub wcale.

Jako antygeny W. używa świeżo przygotowanej zawiesiny z lasecznika Pfeiffra w surowicy fizyologicznej z dodatkiem fenolu 5 na 1000.

Zastrzyknięcie do żył małej ilości hodowli laseczki Pfeiffra zabija królika w ciągu kilku godzin wśród objawów duszności i astenii. Pfeiffer przypisuje te objawy działaniu endotoksyn na układ nerwowy zwierzęcia. W. przypuszcza raczej, że chodzi tu o obrzęk płuc, ponieważ spostrzegał zawsze przekrwienie tychże i rozszerzenie serca; pod drobnowidzem tętnice i naczynia włoskowate płuc są rozszerzone przez napływ ciałek czerwonych, a pęcherzyki napełnione leukocytami i jakąś substancją natury białkowej, barwią się eozyną.

Autor twierdzi, że odczyn immunizacji, który się daje spostrzegać u chorych na grypę, przemawia za tem, że laseczka Pfeiffra

gra ważną rolę, w tej chorobie, a jej obecność nie jest przypadkowa.

(*Lancet*. 27. VIII. 1919). A. Puławski.

16. S. T. Lée. Różnica zasadnicza pomiędzy grypą, powikłaną zapaleniem płuc, a dżumą płucną.

Liczni lekarze amerykańscy i europejscy nie odróżniali pandemii grypy od epidemii dżumy płucnej, jaka panowała w Chinach w zimie r. 1917 — 1918. L. był świadkiem tej epidemii i później epidemii grypy, jaka wybuchła bezpośrednio potem; obserwował również grypę w Europie i na zasadzie swych obserwacji twierdzi, że poza bakteriologią istnieje dostateczna ilość danych klinicznych, anatomicznych i epidemiologicznych, na zasadzie których można odróżniać te dwie choroby.

Pod względem klinicznym w influency jest wogóle okres wstępny, krótszy lub dłuższy, okres kataru górnych dróg oddechowych, po którym dopiero rozwija się zapalenie płuc, ako choroba następcza; w dżumie natomiast objawy ze strony płuc występują jako pierwotne. Chory na influencję skarży się z początku na ból głowy, brak łaknienia, mdłości, ból w mięśniach, w stawach i niekiedy w nadbrzoju (*epigastrium*), tętno jest miękkie, nitkowane, po upływie 12—16 godzin występu-

ją objawy pneumonii, po których wkrótce następuje zapaść. Plwocina prawie od początku bywa krwawa.

Dżuma płucna występuje gwałtowniej, trwa średnio 48 godzin, licząc za początek choroby pierwszą plwociną krwawą; influenca natomiast, w przypadkach śmiertelnych, trwa nie mniej niż 3½ dnia. Wyzdrowienie w dżumie jest niezmiernie rzadkie, w influency zdarza się częściej.

Badanie pośmiertne wykazuje w grypie zazwyczaj ogniska ropne, rozsiane w mięszu płucnym; w dżumie — obszerne zwłóknienie czerwone.

Pod względem epidemiologicznym dżuma panuje w biednej klasie ludności, influenca nie szczędzi żadnej klasy. Zetknięcie się bezpośrednie z chorym jest niezbędne do zarażenia się dżumą; wykrycie, skąd przypadki dżumy pochodzą, jest bardzo łatwe; w grypie natomiast jest to prawie niepodobieństwem. Pewne środki zapobiegawcze, zazwyczaj bezskuteczne w influency, zabezpieczają w zupełności przed dżumą płucną, dzięki czemu podczas ostatniej epidemii nie zaraził się żaden z lekarzy.

(*The New York Medical Journal* T. CX № 10, r. 1919). W. Szumlański.

Wiadomości bieżące.

— Rozkaz Naczelnika Państwa do lekarzy armii polskiej. „Schyłek ubiegłego roku i zaranie drugiego roku wojny o najświętsze prawa i całość granic Rzeczypospolitej do podatku krwi, opłacanego ofiarnie przez korpus oficerski, przyniósł śmiertelny posiew zarazy, która dokonała też spustoszenia w kadrach korpusu lekarskiego.

Wierni żołnierskim obowiązkom i honorowi oficera, lekarze armii polskiej stali twardo i niewzruszenie na swych stanowiskach, świecąc hartem woli i poświęceniem dla Ojczyzny. Wierni tradycjom, spełniali oni swój trud, który pozwalał im zdobywać najwyższe pochwały i odznaczenia narówni z walczącymi w pierwszych szeregach.

Dlatego też i dziś, mimo, że zaraza wydarła z waszych szeregów jednostki dzielne i ofiarne, ufam i wierzę, że ten pokos śmierci stałości waszej i hartu nie osłabi, lecz owszem stanie się bodźcem dla dalszej pracy dla dobra Ojczyzny, która w waszym znoju i ofiarności widzi czynnik równoważny dla armii z trudem towarzyszków broni w okopach.

Wytrwać w wysiłkach musicie tembardziej, że wasza wiedza i organizacja ma nietylko ratować szeregi żołnierskie na czas wojny, której koniec nie jest jeszcze znany, lecz także te tysiące ofiarnych synów Polski wrócić, o ile możliwości, w najlepszym zdrowiu ich rodzinom i Ojczyźnie, budującej swą przyszłość na rezultatach wojny.

J. Piłsudski, Naczelnik Wódz“.

(PAT.).

— Dekretem Naczelnika Państwa z d. 31 stycznia 1920 r. dr Witold Chodźko podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Publicznego został mianowany kierownikiem tego Ministerstwa.

— Z powodu gwałtownie szerzących się w Małopolsce epidemii chorób zakaźnych ustanowiony został rozporządzeniem Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych nadzwyczajny komisaryat M. Zdr. P. dla zwalczania chorób zakaźnych w Małopolsce. Komisarzem takim p. Minister Zdrowia Publicznego mianował d-ra Henryka Trehknera.

— W Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich poświęcono w ostatnim czasie parę posiedzeń dyskusyjnych sprawie zbliżenia lekarzy polskich i francuskich.

W wyniku tych narad, do których inicjatywę dał przede wszystkim pułkownik dr. Gautier, szef Wydziału lekarskiego Misyi wojskowej francuskiej, oraz dr. Hufnagel z Paryża, utworzył się Komitet lekarski francusko-polski z udziałem Uniwersytetu oraz szeregu innych instytucji naukowych i społeczno-lekarskich. Przewodnictwo w Komitecie objął prof. dr. Wł. Mazurkiewicz, dziekan Wydziału lekarskiego; na zastępców przewodniczącego wybrani zostali: pułk. dr. Gautier i dr. W. Kamocki, na sekretarza dr. B. Dębiński, na skarbnika dr. A. Przyborowski. Członkami Komitetu zostali dotychczas: od Uniwersytetu—prof. dr. A. Gluziński, prof. dr. L. Kryński i prof. dr. A. Sokołowski, od Tow. Lekarskiego Warszawskiego prof. dr. Z. Dmochowski, dr. M. Jakowski i dr. S. Orłowski, od Tow. Higienicznego—dr. J. Polak i dr. J. Bączkiewicz, od Stow. Lekarzy Polskich — dr. W. Starkiewicz, dr. B. Gepner, po zatem d-rzy J. Pawiński członek Akademii Lekarskiej w Paryżu, A. Puławski lekarz naczelny Szpital. Dzieciątka Jezus, doc. dr. Janowski, J. Skłodowski, S. Mutermilch, K. Vacqueret.

Na gruncie dążenia ogólnego do ściślejszego zbliżenia świata lekarskiego francuskiego i polskiego Komitet postawił sobie za zadanie rozwiązanie szeregu zagadnień praktycznych z tej dziedziny. Chodziłoby tedy o ułatwienie studiów młodzieży i lekarzom polskim na wszechnicach francuskich, o udostępnienie czasopism i książek naukowych francuskich lekarzom polskim o zorganizowanie w nich działu referencyjnego z prac polskich, o udział nasz w wycieczkach naukowych po Francji, wreszcie o pewien wpływ na regulowanie stosunków z przemysłem lekarsko-farmaceutycznym francuskim.

Analogiczny Komitet lekarski utworzył się jednocześnie w Paryżu pod przewodnictwem prof. Roger'a dziekana Wydziału lekarskiego i przy udziale d-rów Babińskiego i Danysza jako zastępców przewodniczącego, oraz d-ra Godlewskiego jako skarbnika i Hufnagla jako sekretarza generalnego. Członkami Komitetu paryskiego zostali prof. Calmette, prof. Letulle, prof. Ch. Richet, prof. Gley, prof. Widai, prof. Vaquez, drzy Belencontre, Carron de la Carrières, Desfosses, Helme, Bergé, Okinczyk, Ratyński, oraz pp. Masson, wydawca, i M. Bernard, prezes syndykatu zdrojowisk francuskich.

Na ręce prof. Rogera, prezesa Komitetu Paryskiego, prof. dr W. Mazurkiewicz przesłał w imieniu Komitetu Warszawskiego serdeczną depeşe powitalną.

Pierwsze prace obydwóch Komitetów dają wszelką nadzieję osiągnięcia celu zamierzonego, jakim jest nawiązanie dawnych węzłów przyjaźni świata lekarskiego polskiego z lekarzami francuskimi i oparcie dalszego naszego rozwoju przede wszystkim o starą kulturę medycyny francuskiej.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od d. 25.I do 31.I 1920 r. było zachorowań: na ospę 1 (chrz. męzc. w IX okr.) na odrę 16 (11 m., 5 kob., 16 chrz.), na szkarlatynę 16 (10 męzc., 6 kob., 15 chrz., 1 ż.), dur plamisty 96 (57 męzc., 39 kob., 83 chrz., 13 ż.),

dur brzuszny 14 (8 m., 6 k., 11 chrz. i 3 ż.), gorączkę powrotną 26 (19 męzc., 17 k., 15 chrz., 11 ż.), dyfteryt 3, dyzenterję 2, dretwicę karku 4. Najwięcej przypadków duru plamistego było: w XXVI okr.—20, w XXII—10, w III—9, IX—9, w XIII—6, w VII—8. W innych okręgach cyfry pomniejsze.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Łodzi. Od 25.I do 30.I. 1920 r. było zachorowań: na ospę—; na odrę 1 (kob. chrz.); na szkarlatynę 8, (zm. 1) m. 3, k. 5, chrz. 6, ż. 2; dur plamisty 16 (zm. 1) m. 12 k. 4, chrz. 8, ż. 8; dur brzuszny 10 (zm. 1), m. 6, k. 4, chrz. 7, ż. 3; gorączkę powrotną 1, m. chrz.; dyzenterję—; dyfteryt 1, m. chrz.; różę—; nagm. zapalenie opon mózgowych—; krztusiec 10 (zm. 3) m. 3, k. 7, chrz. 6 ż. 4; gorączkę połog. 1 chrz.; jaglicę 2 m. chrz.. Na gruźlicę zmarło 38 osób.

NEKROLOGIA.

Ofiarą walki z tyfusem plamistym padli w ostatnich dniach:

Dr Stanisław Nowaczek, lekarz major szpitala Ujazdowskiego, docent Uniwersytetu Kijowskiego, zmarł w Warszawie d. 4 lutego r. b. przeżywszy lat 53.

Dr Franciszek Pawlicki, kierownik szpitala Wielkopolan w Łucku na froncie Wołyńskim.

Dr Antoni Maryan Zapasiewicz, lekarz-kapitan b. starszy ordynator szpitala św. Stanisława w Warszawie, zmarł w Grodnie dn. 2 lutego r. b.; żył lat 45.

N A D E S Ł A N O.

Dr med. Józef Jaworski doc. Uniwers. Jagiel. Spisz i Orawa, jako lecznicze stacje Polskie (z mapką). Wydawn. Ministerstwa Zdr. Publ. 1920.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Kazimierz Rzętkowski. W sprawie t. zw. „grypy hiszpańskiej”, grasującej obecnie w Warszawie	75	<i>Dział sprawozdawczy.</i> 14. B. Lucke, T. Wight, E. Kime. Anatomia patologiczna i bakteriologia grypy	92
J. Hornowski. O zmianach anatomopatologicznych w obecnej epidemii t. zw. „hiszpanki”	79	15. Wilson. Aglutyniny swoiste dla łasczki Pfeiffra w surowicy chorych na grypę	92
Henryk Wachtel. Z rentgenologii grypy (hiszpanki)	82	16. S. T. Lé e. Różnica zasadnicza pomiędzy grypą, powikłaną zapaleniem płuc, a dżumą płucną	93
Włodzimierz Filiński. Influenca a suchoty	88	<i>Wiadomości bieżące.</i>	93
<i>Streszczenie zbiorowe.</i> W. Komocki. O t. zw. hiszpance	90	Nekrologia	94

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73, Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie i na prowincji kwartalnie Mk. 30 (koron 45), półrocznie Mk. 60 (kor. 90).

Cena tego numeru 6 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnym pismem na stronie pierwszej Mk. 5—, na ostatniej, przed tekstem i przy tekście Mk. 4.50, na pozostałych Mk. 4.—.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy, Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Odbito czcionkami Drukarni Królowej (W. Krawczyński i E. Egert), Żelazna 89, Tel. 188-70.

Otwock. Sanatorium

Dr St. Krzyżanowskiego.

Dla chorych piersiowych, gardłowych i rekonwalescentów; w czteromorgowym parku. Cały rok otwarte. Wiadomość na miejscu lub w Warszawie. Nowogrodzka 44 od 5^{1/2} — 7 pp.
Dr E. Turkiewicz.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23

poleca po cenach przystępnych:

wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły do strzykawek i chirurg., termometry i t. p.

Reparacja i odnawianie tychże.

Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla celów med. R. Graf & Co. Norynberga.

Katgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek, w mokkach i kłębkach.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpeli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

KONKURS.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem konkurs na posadę DYREKTORA ZAKŁADU zdrojowo-kąpielowego w Busku.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się:

- 1) polskiem obywatelstwem,
- 2) nieposzlakowanym życiem,
- 3) świadectwami z ukończenia szkół wyższych, względnie średnich,
- 4) odbytą praktyką w zakładach kąpielowych.

Do posady tej przywiązane są pobory kategorii V plac t. j. pensya zasadnicza 10.800 Mk. rocznie, dodatek ekonomiczny wojenny 3.600 Mk. rocznie, oraz prawo do ustalonych uchwałą sejmową dodatków wojenno-drożynianych dla tej kategorii plac urzędników państwowych, dalej mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opał. Podania należy udokumentowane wraz z opisem przebiegu życia i ewentualnymi pracami naukowymi należy wnosić najpóźniej do dnia 15 marca b. r. do Ministerstwa Zdrowia Publicznego w. VIII w Warszawie, Al. Belwederska 3.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORYUM

Dra KUPCZYKA specjalisty chorób nerwowych. Kraków, Szujskiego 1. 9. Tel. 1295.

MEBLE LEKARSKIE

stoły, umywalnie, krzesła ginekologiczne, szafki na instrumenta, stoliki i t. p.

w wielkim wyborze

po cenach konkurencyjnych polecają

STANISŁAW BARAN i S-ka

Kraków.

Sławkowska 6.

Kraków.

SANATORYUM i PENSYONAT

„STEFANJA“

w MERANIE.

Zakład przyjmuje choroby wewnętrzne i nerwowe z wyjątkiem gruźlicy, jakoteż osoby, dla lepszego odżywienia i wypoczynku przyjeżdżające. Kuchnia wytworna i obfita jak przed wojną. Wszelkie środki fizyko-lecznicze.

Na wjazd potrzebna włoska wiza paszportu.

Dr. BINDER.



**ASTHMIN-
MOTOR**

*w formie papierosów albo tytoniu
Usuwa szybko napady duszniczy
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: **WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”**
Żądać w aptekach i składach aptecznych.

**GONOREIN
MOTOR**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aetherum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

Okazjnie do nabycia używany egzemplarz w dobrym stanie:

TESTUT. TRAITÉ D'ANATOMIE HUMAINE.

Wydanie 5-te r. 1904/1905 — 4 tomy.

Wiadomość w księgarni FISZERA w Łodzi.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

HEMATOGEN

organiczny związek żelaza, łatwo asymilujący się

poleca **Apteka Mag. Farm. J. GESSNERA** Jerozolimska 25
wyrobu własnego w Warszawie.

W TYCH DNIACH OPUŚCI PRASĘ

KALENDARZ LEKARSKI

na rok 1920.

WYDAWNICTWO Dra J. POLAKA.

Treść: Calendarium. — Władze lekarskie państwa Polskiego. — Skład osobisty Ministerium Zdrowia — Władze lekarskie wojskowe. — Skład osobisty Wydziałów lekarskich uniwersytetów: warszawskiego, krakowskiego, lwowskiego i poznańskiego. — Lekarze kolei żelaznych. — Towarzystwa lekarskie. — Okręgowe Urzędy Zdrowia. — Lista lekarzy powiatów. — Władze i instytucje lekarskie w Wielkopolsce i Małopolsce. — Lekarze szpitali warszawskich. — Adresy lekarzy praktykujących w Warszawie i w Łodzi oraz lista lekarzy praktykujących w miastach i powiatach b. Królestwa Polskiego. Podręcznik leczniczy z receptami. — Notatnik.

Cena egzemplarza 40 marek.

Do nabycia w księgarniach i u wydawcy dra Polaka (Nowogrodzka 82 w Warszawie).