

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola Ł. arn.

1169



Seryja VI.

Zeszyt 4.

ODCZYTY KLINICZNE,

WYDAWANE PRZEZ

REDAKCYE GAZETY LEKARSKIEJ.

N^o 64.

Leczenie dyfterytu gardzieli u dzieci.

Skreślił

D-r J. BĄCZKIEWICZ.

Cena pojedynczego zeszytu 30 kop.

Cena 12 zeszytów, wydanych w ciągu jednego roku 3 rs.

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.

1894.

Biblioteka
MUM



www.dlibra.wum.edu.pl

Дозволено Цензурою.
Варшава, 16 Апрѣля 1894 г.

Biblioteka Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

Leczenie dyfterytu gardzieli u dzieci.

SKREŚLIŁ

D-r J. Bączkiewicz,

Lekarz prywatnego „Zakładu leczniczego dla dzieci“ w Warszawie.

Treść: Wstęp. Główniejsze wyniki badań nad etiologią błonicy. Formy kliniczne błonicy na podstawie badań BARBIER'a i OERTEL'a. Wskazania do terapii miejscowej. Metoda zdzierania błon wrzekomych z następczem przyżeganiem środkami antyseptycznymi. Szkodliwość tej metody. Metoda antyseptyczna: wybór środków i ich zastosowanie. Szkodliwość pędzlowań. Metoda HUEBNER'a i SMIBERT'a. Racjonalne podstawy miejscowego leczenia. Leczenie ogólne. Immunizacja zwierząt. Zastosowanie serum-terapii u ludzi i jej wyniki. Antytoksyna. Antydyfteryna KLEBS'a. Szczepienie róży w celach leczniczych. Zadanie leczenia ogólnego. Dytetyka chorych. Nadużycie napojów wysokokowych u dzieci. Wentylacja. Czystość. Szanowanie snu chorych. Użycie leków wewnętrznych. Merkurylizacja ogólna. Izolacja chorych. Dezynfekcja. Zakończenie.

Sprawa leczenia błonicy żywo interesuje lekarzy, nie tylko pracujących na polu naukowym, lecz przede wszystkim lekarzy praktyków. Obok ustawicznych badań naukowych nad istotą sprawy błonicy istnieje ciągle dążność do wynalezienia na drodze empirycznej skutecznej metody lub środka przeciw tak ciężkiej chorobie, na dowód czego w pismach periodycznych lekarskich tak często spotykamy bądźto wskazówki ogólne co do leczenia błonicy, bądź też wzmianki o pomysłach, niokiedy cudownem działaniu różnych środków miejscowo stosowanych.

Częstość tego rodzaju publikacji świadczy z jednej strony o bezustannych dążeniach ku zwalczeniu tej niebezpiecznej choroby, z drugiej znów strony, dowodzi się zdaje małej lub problematycznej skuteczności polecanych środków i metod.

Zadaniem mojem będzie zastanowić się bliżej nad różnymi metodami leczniczymi błonicy gardzieli, jako najczęściej spotykanej, a przeważnie atakującej wiek dziecięcy.

Nie występuję tu jako apostoł nowej cudownej metody leczniczej: chciałbym tylko na podstawie faktów naukowych i osobistego doświadczenia wystąpić w obronie pewnych zasad leczenia tej choroby. Nim jednak przystąpię do właściwego zadania, niech mi wolno będzie choć w kilku słowach skreślić istotne wyniki badań nad błonicą, jakie z chaosu prac w tym kierunku wyprowadzić się dają.

Przedewszystkiem badania bakteryologiczne wielu uczonych [ROUX et YERSIN, BARBIER, BABES, MARTIN, TANGL, BAGINSKY, ESCHERICH, JANSON, RITTER] ¹⁾ wykazały, że w większości przypadków błonicy swoisty lasecznik LÖFFLER'a wykryć się daje, że istnieją jednak pewne formy warunkowane przez innego rodzaju bakterye, że niezależnie od lasecznika błonicowego różnym postaciom dyfterytu towarzyszą jeszcze inne rodzaje bakteryi po części obojętnych, po części o wybitnych jadowitych własnościach. Te to drobnoustroje [paciorkowce] warunkują z jednej strony większą jadowitość sprawy dyfterytycznej, to znów powodują wtórne infekcyje i sprawy rozpadowe, septyczne towarzyszące błonicy. Większy lub mniejszy współdział tych towarzyszących drobnoustrojów warunkuje różnorodność postaci błonicy pod względem klinicznym. Jak więc widzimy, sprawa błonicowa mieć może charakter infekcyi mieszanej o mniej lub więcej złośliwym przebiegu. Do sprawy miejscowej, rozwijającej się pod wpływem lasecznika LOEFFLERA, przy pewnych warunkach dołączyć się może współdział innych bakteryi chorobotwórczych i forma łagodna przejść może w formę dyfterytu ciężką, septyczną.

Z tego punktu widzenia i na podstawie swych badań bakteryologicznych rozróżnia BARBIER ²⁾ dwie główne formy kliniczne błonicy gardzieli: jedną czysto dyfterytyczną, zależną wyłącznie od swoistego lasecznika LOEFFLER'a (*angine toxique diphteritique pure*); drugą formę septyczną b. ciężką (*angine diphteritique streptococcique*); w tej obok la-

¹⁾ Patrz: a) *Traité de Médecine*—CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD, T. III. *Diphtherie*. b) *Jahrbuch f. Kinderheilh.* T. 34 Heft 2 i 3, T. 36. Heft 4. *Analecten*. c) *Die Aetologie und die Behandlung der Diphtherie. Verhandlungen der zehnten Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abtheilung für Kinderheilkunde der 65 Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Aerzte in Nürnberg 1893.* Wiesbaden 1894.

²⁾ *De quelques associations microbiennes dans la diphterie.* *Arch. de Méd. expér et d'anat. pathol.* T. II. 1891.

siecznika ważny ma udział paciorkowiec (*streptococcus*), którego BARBIER wykazał parę odmian. Co się zaś tyczy spraw warunkowanych rozwojem lasiecznika LOEFFLER'a i wytwarzanego przez nich jadu, to według prof. OERTEL'a ¹⁾ rozróżnić należy dwie formy. W pierwszej sprawa ma charakter miejscowy, rozwija się na powierzchni błony śluzowej migdałków, w postaci drobnych szaro-białych punkcikowatych nalotów, które stopniowo się rozszerzają, zlewają i tworzą większe naloty, zajmujące całą powierzchnię migdałów, niekiedy i sąsiednich narządów; błony takie z łatwością oddzielić można od błony śluzowej nie wywołując krwawienia. Badania drobnowidzowe wykazują, że tu zmiany zachodzą głównie w warstwie nabłonkowej, i dopiero w miarę wzmaganania się miejscowej sprawy wciągnięte zostają w grę warstwy głębsze błony śluzowej. W początkach błony wrzekome składają się przeważnie z mniej lub więcej zmienionego nabłonka, leukocytów, oraz kolonij różnorodnych bakteryi, później dopiero następuje wysięk włóknikowy. Lasieczniki LOEFFLER'a albo znajdują się na powierzchni lub pośród nabłonka. Wprost odmienny kierunek rozwoju jest w drugiej formie, wskazanej przez OERTEL'a. Tu sprawa odrazu bierze początek w głębszych warstwach błony śluzowej, a dopiero później przyjmuje udział warstwa nabłonkowa. Rozwój tej sprawy jest następujący.

Na mocno zaczerwienionej obrzękłej błonie śluzowej, w głębi takowej spostrzedz się dają biało-szarawe zmętnienia, które szybko się powiększają i stopniowo w postaci grubych nalotów wysuwają ponad powierzchnię błony śluzowej. Proces ten idzie z niezwykłą szybkością, w ciągu kilku godzin może zająć całe podniebienie miękkie. Nekrobiotyczne ognisko, wytworzywszy się w głębi błony śluzowej, szerzy się coraz więcej, wciągając w sprawę następczo warstwę nabłonkową; tą drogą wytwarzają się brudno-szarawe naloty, które z trudnością dają się oddzielić od błony śluzowej, co jest zazwyczaj połączone z krwawieniem.

Badania bakteryologiczne nie wykazują tu obecności lasieczników LOEFFLER'a, ani bakteryi septycznych.

O ile pierwsza forma jest wynikiem czysto miejscowego wpływu zarazka błonicowego i jest sprawą miejscową poczynającą się i zazwyczaj kończącą w powierzchni błony śluzowej, o tyle forma druga jest wyrazem ogólnego zatrucia dyfterotoksynami, które zarówno wywołują zmiany w głębszych warstwach błony śluzowej migdałów jak

¹⁾ Ueber die Bedeutung der diphteritischen Membranen in Bezug auf die Therapie. Berl. Klin. Wochenschr. Nr 13, 14—1893.

i sąsiednich narządów i gruczołów limfatycznych, oraz warunkują ogólne zakażenie ustroju.

O ile forma pierwsza, jako sprawa czysto miejscowa, nadaje się do skrzyżnego leczenia miejscowego odkażającego, o tyle w formie drugiej, będącej wynikiem ogólnego zakażenia, miejscowe leczenie będzie bezskutecznem. Zapewne że czyste utrzymanie i odkażanie jamy gardzielowej i tu będzie wskazane, wyników jednak terapeutycznych oczekiwać by raczej należało na drodze szczepień ochronnych za pomocą surowicy krwi (*Serumtherapie*).

Takie są główniejsze wyniki dotyczące błonicy, zdobyte na drodze badań anatomo-patologicznych i bakteryologicznych. Nasuwa się teraz pytanie, jakie jest dziś stanowisko lekarza klinicysty wobec błonicy gardzieli. W przypadkach ciężkich toksycznych i septycznych rola lekarza jest bardzo ograniczoną, gdyż na drodze leczenia ogólnego, jak również i miejscowego nie tu prawie działać nie jest on w stanie. W większości jednak przypadków klinicznych przedewszystkiem mamy do czynienia ze sprawą miejscową i tu, jak poniżej zobaczymy, zadanie lekarza nie jest tak ograniczone.

Wobec cierpienia natury zakaźnej, któremu obok odczynu ogólnego ze strony narządów zawsze towarzyszy specyficzna sprawa miejscowa, mniejszego lub większego natężenia, nowoczesna klinika w terapii zastosować musiała tylko metodę antyseptyczną. Ponieważ sprawa lokalna powszechnie uważaną jest jako miejsce wytworzenia się jadu dyfterytycznego pod wpływem drobnoustrojów i jako jedyne źródło wchłaniania się takowego, naturalnem się wydaje, że lekarz w zabiegach swych leczniczych nieomal całą uwagę skupia do spraw miejscowych, i tu rozwija działalność bakteryobójczą. Czy wobec nowych badań FROSCH'a ¹⁾, który w narządach wewnętrznych i we krwi ludzi zmarłych na błonicę [z 15 przypadków w 10] wykazał laseczniki LOEFFLER'a, a prawie zawsze obok nich paciorkowce i gronkowce, czy wobec tego uważać należy sprawę lokalną, jako jedyne źródło wytwarzania się jadu dyfterytycznego, dalsze dopiero badania rozstrzygnąć to mogą, dziś jednak zmiany lokalne uważamy jako główne źródło zakażenia błonicowego.

Wobec błonicy gardzieli rozwijającej się w sąsiedztwie jamy, tak obfitującej w bakterye chorobotwórcze, jak jama ustna, lekarz podwójnie ma zadanie: hamować rozwój sprawy zasadniczej i zabezpieczać od infekcyi wtórnej drogą ustawicznego i dokładnego odkażania jamy ustnej i gardzielowej.

¹⁾ Zeitsch. f. Hyg. 1893 XIII p. 49. Referat w Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1894, Janvier.

Pierwszy cel, t. j. hamowanie sprawy błonicowej, zdawałoby się, najłatwiej możnaby osiągnąć przez niszczenie, zrywanie błon z następczem przyżeganiem środkami odkażającymi, jak np. kwasem karbolowym, sublimatem i t. p.. Akt ten, mający na pozór cechy racjonalności, przy bliższem rozpatrzeniu nietylko okazuje się, jak to zresztą i praktyka wykazała, mało skutecznym, lecz nawet szkodliwym. Błonę wrzekomą bowiem na podstawie dzisiejszych naszych pojęć z patologii uważać należy nie jako li tylko produkt chorobowy, zawierający bakterye i toksyny: jest ona niewątpliwie wyrazem odczynu organizmu na bodziec chorobotwórczy [drobnoustrój], przejawia się tu *vis medicatrix naturae*. Odczyn ten na błonie śluzowej pod wpływem zarazków błonicowych przedstawia się w postaci reakcyjnego zapalenia o natężeniu wielce różnorodnem, począwszy od przekrwienia aż do ciężkich postaci zapalenia dyfterytycznego w sensie anatomicznym.

Już dawniejsi autorowie zwracali uwagę [TROUSSEAU], że podczas epidemii błonicy w danej rodzinie trafiają się, przeważnie u dorosłych, przypadki zapaleń gardzieli bez tworzenia się błon wrzekomych, i słusznie, jak to późniejsze odkrycia i badania bakteriologiczne potwierdziły, zaliczali formy te do lżejszych postaci błonicy gardzieli. Na potwierdzenie tego przytoczę najnowsze w tym kierunku badania FEER'a ¹⁾, który podczas epidemii błonicy w szpitalu dla dzieci (*L'hôpital d'Enfants de Bâle*) z 8 dzieci na jednej sali, u 3 znalazł migdały usiane lasecznikami LOEFFLER'a, jak wykazały badania bakteriologiczne i szczepienia na zwierzętach. Dwoje z tych dzieci miały objawy t. zw. *anginae catarrhalis* z gorączką, trzecie zaś dziecko nie miało ani gorączki, ani anginy.

Na tym to stopniu w natężeniu sprawy zapalnej polegać się zdaje pewna różnica kliniczna między błonicą a krupem, nie wykluczająca jednak ich wspólności etyologicznej. Przyjrzyjmy się teraz budowie błony wrzekomej w pełnym rozwoju błonicy miejscowej: składa się ona z gęstszej lub rzadszej siatki włóknikowej o beleczkach mniej lub więcej grubych, oczka tej siatki wypełnione są ciałkami białymi, czerwonymi ciałkami krwi, oraz komórkami nabłonkowymi w stanie nekrozy koagulacyjnej. Błona wrzekoma nie jest pokryta warstwą nabłonkową, wnika ona w leżącą pod nią błonę śluzową, przedstawiającą większe lub mniejsze nacieczenie drobnokomórkowe, i naczyńia włosowate są rozszerzone i wypełnione białymi ciałkami.

¹⁾ Correspond. Bl. f. Schw. Aertz. 1893 z. 8, p. 295. Refer. Revue mensuelle des mal. de l'enfance, 1894, I.

Zazwyczaj na powierzchni błony wrzekomej spotykamy mikroorganizmy dodatkowe, właściwy łasecznik błonicowy znajduje się głębiej, bliżej warstwy błony śluzowej nacioczonej.

Interpretując ten anatomo-bakteryologiczny obraz dotkniętej błony śluzowej z punktu widzenia dzisiejszych naszych pojęć o roli białych ciałek i fagocytozy, znajdujemy tu widoczny dowód samoobrony organizmu. Czynniki szkodliwe [łasecznik] wywołał odczyn zapalny, czego wynikiem jest wysięk w postaci błony wrzekomej, nacieczenie zaś drobnokomórkowe kładzie tamę dalszemu wnikaniu zarazka, został on niejako między temi dwoma warstwami uwięziony. Organizm zgromadził i powołał do czynu liczne fagocyty, zadaniem ich jest zniweczyć zarazek, poczem nastąpi oddzielenie błony wrzekomej i możliwe *restitutio* błony śluzowej.

Drugim etapem samoochrony są najbliższe gruczoły limfatyczne, mające to samo zadanie wobec czynników szkodliwych, które drogą przestrzeni i naczyń limfatycznych zdołały głębiej przedostać się do ustroju.

Nasuwa się teraz pytanie, czy lekarz, przypalając żegadłem lub chemicznie miejsce błonicą dotknięte, lub też zdzierając błonę wrzekomą i następnie przypalając błonę śluzową środkami przeciwważnymi, nie wyręcza ustroju w tej czynności eliminacji zarazka i samoochrony, nie tylko bowiem niszczy zarazek, lecz doraźnie go usuwa. Wszak chirurg analogicznie postępuje wobec węgliku lub błonicy przyrannej. Odpowiedź na powyższe pytanie, pomimo pozornej jego racjonalności, po bliższym rozpatrzeniu miejscowych warunków wypadnie przecząca. Przedewszystkiem jama gardzieliowa nie jest tak dostępną ani dla oka, ani dla rękoczynu, jak w większości przypadków rana chirurgiczna lub powierzchnia ciała (*anthrax*). Jama gardzieliowa pod względem swej budowy anatomicznej przedstawia liczne zagłębienia i zaułki, niedostępne dla oka, a więc i dla rękoczynu, następnie niszcząc jedno dostępne ognisko chorobowe, nie możemy być pewni, czy drugiego ukrytego gdzie niema.

Każdemu lekarzowi wiadomo, jakie nieraz prawie niepokonane trudności napotyka się przy badaniu gardzieli u dorosłych; a cóż dopiero mówić o wykonywaniu w gardzieli u dzieci rękoczynów, bądź co bądź mozolnych i bolesnych. Nie zapominajmy, że błonica gardzieli i górnych dróg oddechowych przeważnie trapi wiek dziecięcy i to we wczesnych jego okresach, między 2—7 rokiem. W Prusach przeciętnie umiera na błonicę rocznie 40,000 dzieci ¹⁾.

¹⁾ Patrz: Grundriss der Kinderheilkunde. C. Seitz. 1894, p. 177.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że sprawa błonicowa sama przez się ze względu na wytwarzano toksyny o wybitnych trujących własnościach dla organizmu, wykazane przez BRIEGER'a i FRAENKEL'a ¹⁾, jest wielce niebezpieczną dla ustroju; o wiele jednak groźniejszą się staje, gdy wystąpi tak zwana klinicznie forma septyczna, gdy dołączy się współdział innych drobnoustrojów, gdy jednym słowem miasto jednej infekcyi zjawi się zakażenie mieszane. Zrywanie zaś błon wrzekomych z następnem przypalaniem nie tylko nie zabezpiecza od tego rodzaju infekcyi, lecz przeciwnie im sprzyja, gdyż mechanicznie otwieramy drogi limfatyczne, ułatwiamy więc głębsze wnikanie zarazków, ustępnie, wywołując miejscową nekrozę, tworzymy grunt sprawom rozpadu i gnicia przyjazny.

Należy mieć na uwadze, że jama ustna przedstawia właśnie zbiornik bardzo licznych chorobotwórczych drobnoustrojów ²⁾, które łatwo w tych warunkach swą szkodliwą działalność rozwinąć mogą. A dezynfekcyja jamy ustnej, ze względu na jej wskazaną powyżej budowę anatomiczną, nie jest łatwą. Niszcząc dane ognisko nie mamy pewności czy tenże zarazek ukryty w jamie ustnej lub nosowej sam lub wspólnie z drugim zuów w tem samym miejscu nie osiadzie i nie rozwinie swej działalności.

Zrywanie zatem błon wrzekomych z następczem przypalaniem i dezynfekowaniem pozornie wyręczające organizm w jego dążnościach leczniczych, uważać należy jako szkodliwe dlatego, że pominiawszy już okoliczność, iż u dzieci przedstawia wielkie trudności techniczne, otwiera drogi limfatyczne, wytwarza miejscową zgorzel, co w danych warunkach tylko infekcyi powtórnej lub wtórnej sprzyjać może. Praktyka te wywody teoretyczne w zupełności potwierdza: większość autorów, którzy się tą metodą posługiwali, zauważyła, że droga ta nie prowadzi do ograniczenia sprawy, lecz przeciwnie wywołuje „podrażnienie większe.“ W piśmiennictwie polskiem znalazłem jedną tylko pracę ³⁾ z roku 1878, w której autor, opisując epidemię błonicy na Ukrainie z r. 1876 po wypróbowaniu innych, za najskuteczniejszy jeszcze środek uważa nóż. Widocznie autor w zastosowaniu metody antyflogistycznej, robił głębokie nacięcia migdałków i języczka, później puszczał mocny prąd wody lodowej i pendzlował roztworem kwasu karbolowego. Zaiście złośliwa musiała być epidemia, a i terapia nie-

¹⁾ Untersuchungen u. Bacteriengifte. Berl. klin. Wochenschr. u. 11, 12, 1890.

²⁾ Patrz pracę moją „O odkażaniu przewodu pokarmowego.“ Kronika lekarska, 1893 r., IV.

³⁾ Przegląd lekarski Nr. 21, 1878 r. referat. Rocznik med. polskiej. Rok I.

zbyt skuteczną, skoro 90% umierało. O ile mi wiadomo u nas zwolenników metody mechanicznego usuwania błon wielu niema. Metoda ta niestety za przykładem GAUCHER'a gorąco jest polecana w wielkiem i poważnem dziele *Traité de Médecine*, wydanem pod redakcją CHARCOT'a, BOUCHARD'a i BRISSAUD'a. Rozwój bakterjologii i szersze rozpowszechnienie pojęć o odkażaniu więcej skłania lekarzy u nas do zastosowania metody czysto antyseptycznej, do której rozbioru obecnie przystępuję.

Polega ona na tem, że środki odkażające stosowane są bezpośrednio na miejsca błony śluzowej, dotknięte błonicą; aplikowane tu środki mają niejako przesiąkać przez błony wrzekome, niszczyć i tamować w rozwoju zarazki błonicy i spraw ubocznych. Powstrzymując w ten sposób życiową działalność drobnoustrojów, ograniczamy rozwój sprawy błonicowej i związanej z nią produkcyi ciał zatrujących ustroj cały. Gdy zatem zarazek rozwijać się nie będzie *eo ipso* reakcyja błony śluzowej na dany bodziec ograniczać się będzie, ustroj sam wyeliminuje błony wrzekome i nastąpi możliwa *restitutio ad integrum* błony śluzowej.

Stosowane jednocześnie płukanie ust i gardzieli lub wziewanie środków odkażających, niszcząc zarazki zgromadzone w tych jamach, zabezpieczą będą od szerzenia się sprawy zasadniczej lub powstawania zakażeń wtórnych. Na tego rodzaju rozumowaniu polega myśl przewodnia postępowania antyseptycznego. Nie ulega wątpliwości, że jest to metoda jedynie racjonalna wobec dzisiejszych naszych pojęć o patogenie błonicy w szczególności i o udziale drobnoustrojów w powstawaniu chorób w ogóle.

Zasada lecznicza jednak może być racjonalną, lecz wykonanie jej wadliwe. Zastanówmy się więc nad wyborem środków odkażających i ich zastosowaniem.

Nie jest bowiem rzeczą obojętną, jakimi środkami odkażającymi posiłkować się będziemy i w jakim stężeniu je zastosujemy. Mojem zdaniem nie dość jest stosować dany środek dlatego tylko, że siła jego odkażająca okazała się w próbówce najpotężniejszą; niezależnie od tego odpowiadać ma on jeszcze innym wymaganiom: a mianowicie z powyżej wyliczonych względów dany lek, nie powinien w danem stężeniu wywierać działania żrącego i niszczącego wpływu na nabłonki, jako naturalną ochronę błony śluzowej, następnie nie może mieć działania ogólnego, silnie trującego, gdyż przy częstem stosowaniu go w gardzieli koniecznem się staje połykanie, szczególnie u dzieci. Są to kardynalne warunki, którym dany środek zadość czynić winien. Rozważmy w tym kierunku powszechnie stosowane leki. Na pierwszym planie jest tu kwas

karbolowy, mojem zdaniem najmniej odpowiedni środek do stosowania w praktyce dziecięcej, wobec znacznej nań wrażliwości w tym okresie, co niejednokrotnie własną obserwacją stwierdziłem. Następnie w lżejszych roztworach posiada on słabą siłę odkażającą [2—3%], w mocnych zaś stężeniach [5%—10%] ma, jeżeli nie żrące, to silnie drażniące działanie na błonę śluzową. Środek ten zatem służyć może u dzieci starszych do lekkiego odkażania jamy ustnej i gardzieliowej w postaci płukań i wdechań.

Drugi *largamano* stosowany lek, potężniejszy pod względem własności odkażających od kwasu karbolowego, lecz i potężniejszy w swych własnościach ujemnych, jestto sublimat. Stosowany zwykle w postaci pędzlowań w stężeniach bardzo mocnych 1 : 1000; 1 : 500; 1 : 200, a nawet 1 : 30 i 20 [!], stanowczo jest szkodliwy, pomijając wadliwość tego rodzaju stosowania, o czem mowa będzie poniżej, sublimat sam przez się już nie odpowiada wymaganym i powyżej nakreślonym warunkom. Silne powinowactwo soli rtęci do ciał białkowych, z którymi dają związki trwałe i prawie w wodzie nierozpuszczalne, warunkuje działanie żrące i niweczące nabłonek błon śluzowych: dlatego też sublimat nigdy nie powinien być używany w mocnych roztworach, które same przez się mogą przy częstem, jak to zazwyczaj bywa, stosowaniu wywołać mniej lub więcej głębokie zniszczenia błony śluzowej. Czy tego rodzaju dewastacja błon śluzowych może być pożądaną wobec spraw dyfterytycznych, wątpić należy.

W praktyce pediatrycznej sublimat stanowczo zaniechanym być winien ze względu na łatwość zatruc. Przekonany jestem, że wobec niebezpieczeństwa samej sprawy błonicowej objawy czy to ogólnie, czy miejscowe, wywołane użyciem sublimatu, na karb tej ostatniej często są zaliczane. Poniżej przytoczony przypadek niech będzie dowodem, że nie kieruję się uprzedzeniem w tym względzie.

W. P. lat 3, syn kupca, od 3-ch dni chory, zapadł na gorączkę, mocny ból gardła; o ile z opisu matki sądzić mogłem [drobne plameczki na migdałach], była to t. zw. *angina follicularis*. Stosowano dziecku co 3 godziny pędzlowania sublimatem 1 : 500, które z wielką trudnością felczer wykonywał; po 2-ch dniach gorączka ustąpiła, chłopiec jednak zaczął się uskarżać na ból *in epigastrio*, pokarmy niechętnie przyjmował, a nawet parę razy po ich przyjęciu zaraz wymiotował. Przy badaniu znalazłem: chłopiec bladej twarzy, stan bezgorączkowy, język obłożony, jama gardzieliowa, szczególnie migdały, mocno przekrwione, brzegi dziąseł mocno zaczerwienione, nieco obrzmiałe, *salvatio*. Brzuch umiarkowanie wzdęty, wyraźnie bolesny przy ucisku *in epigastrio*. W innych organach zmian nie było.

Rozpoznałem: *gingivitis mercurialis et gastritis toxica*; w tem przekonaniu utwierdziło mnie *corpus delicti*, z roztworu bowiem sublimatu

w stosunku gr. *j* na $\bar{3}j$, zaledwie trochę na dnie flaszeczki się pozostało. Nie przesadzę zatem w przypuszczeniu, że połowa dawki dostać się mogła do żołądka dziecka. Tego rodzaju pomyslnie zejścia *quasi* błonicy muszą być częstsze, przy tak rozpowszechnionem użyciu sublimatu.

W mojem przekonaniu sublimat w znacznych rozcieńczeniach 1 : 10000 mógłby być stosowanym wyłącznie u dorosłych lub starszych dzieci i to jako płukanie w celu dezynfekcyi jamy ustnej i gardzielowej. Na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich dr. SZUMAN¹⁾ wygłosił odczyt, w którym poleca przeciw błonicy tak do użytku wewnętrznego, jako też do płukania kwas octowy. Postępowanie to ma na celu podtrzymywać kwaśny odczyn w jamie gardzielowej i tem samem hamować rozwój drobnoustrojów. Kwasy, jak wiadomo, należą do dość energicznych środków odkażających. Zapewne, że stosowanie kwasów w stężonych roztworach i to do pendzlowania równie będzie szkodliwem jak i użycie innych środków żrących, lekkie jednak roztwory, czy to do płukań, czy często podawane w małych ilościach wewnątrz, podtrzymując dezynfekcyę jamy gardzielowej, przyczyniać się mogą skutecznie do pokonania błonicy. W tych więc widokach chętnie zalecam dzieciom wewnątrz lekkie roztwory kwasków czy to organicznych, czy nieorganicznych (*acid. muriat. dilut., acid. acet. dilut., acid. citric., acid. tart., acid. lacticum*).

Proponowano do pendzlowań pepsynę z kwasem solnym, czyli sztuczny sok żołądkowy, który ma trawić błony wrzekome i tym sposobem powstrzymywać rozwój dyfteryi. Jeżeli i były jakiegokolwiek wyniki przy tego rodzaju postępowaniu, niewątpliwie chyba działaniu kwasu solnego przypisać je należy.

Przechodzę obecnie do rozbioru środka może najpotężniejszego w leczeniu błonicy i kilkakrotnie w piśmiennictwie naszym polecanego, jednak mało w tym celu używanego. Mam tu na myśli jod i jego związki a przede wszystkim jodoform. W szeregu prac polskich, traktujących o błonicy, pierwszy KACZOROWSKI²⁾ polecał roztwór soli kuchennej z dodatkiem nalewki jodowej do dezynfekcyi jamy ustnej i gardzielowej w postaci płukań, podnosząc wysoką skuteczność tego rodzaju postępowania, wobec niewłaściwości pendzlowań, które tylko przyczyniać się mogą do szerzenia sprawy błonicowej na podrażnionej środkami żrącymi sąsiedniej błonie śluzowej.

Przed kilku laty na podstawie własnych spostrzeżeń na oddziale

¹⁾ Patrz dziennik zjazdu V.

²⁾ Przegląd lek. Nr. 1, r. 1887. „Słówko w przedmiocie leczenia błonicy.“

dra DUNINA kol. PUŁAWSKI ¹⁾ polecał użycie jodoformu w postaci zasy-pywań. O ile mi jednak wiadomo, ani jod, ani jodoform nie mają u nas szerokiego zastosowania w tym celu, tymczasem niewątpliwie posiadają wybitną wyższość pod każdym względem w porównaniu z lekami poprzednio wymienionymi.

Przedewszystkiem jod posiada wybitne własności odkażające; nie ustępując pod tym względem przetworom rtęci, a nawet je prze-wyższając, posiada tę własność, że jest środkiem lotnym, co właśnie w leczeniu błonicy gardzieli może mieć pewne znaczenie. Dezynfek-cya jamy ustnej i gardzielowej, czy to za pomocą płukań, czy nawet wziewań, nie może być w zupełności dokładną, płyn odkażający już czysto ze względów anatomicznych i fizyologicznych nie jest w stanie wszędzie przeniknąć we wszystkie zaułki i zakątki tych jam, tylko środek lotny może tam wyrzucić swe działanie. Wszak niejednokrotnie się zdarza, że dowiadujemy się o ognisku błonicowem, usadowio-nem gdzieś w jakiej szparze lub zagłębieniu wówczas, gdy sprawa się rozszerzy i stanie się dostępną dla oka.

Jod posiada jeszcze jedną dodatnią stronę, a mianowicie, że w wieku dziecięcym jest doskonale tolerowanym, czego ani o karbolu, ani o sublimacie powiedzieć nie można. Stosując od lat 7-u wyłą-cznie jod w walce z błonicą, ani razu nie widziałem objawów zatrucia, pomimo, że od lat paru używam jodoformu *per se* do insuflacyi nawet u ssawców.

Przypuszczaćby można, że przysypywanie jodoformem, *resp.* insuflacya, mieć może przelotne działanie, gdyż proszek jodoformowy łatwo ruchami polykowymi usunięty zostanie. Z własnego doświadczenia, na sobie samym sprawdzonego, stanowczo twierdzić mogę wprost przeciwnie. Przed paru miesiącami prawdopodobnie od ma-łego mego pacyenta, u którego wykonywałem kilkakrotnie intuba-cyę, zaraziłem się błonicą gardzieli: przy zwykłych objawach ogólnych zjawily się naloty na łuku przednim lewym. Stosowałem płukanie z mocnego roztworu kwasu bornego z dodatkiem 3—5 kropel jodiny na szklanke, oraz insuflacye jodoformowe, po każdym zasypaniu w ciągu co najmniej 3-eh godzin ciągle odczuwałem słodkavo-roma-tyczny smak jodoformu.

Niejednokrotnie przekonałem się, że wdmuchnięty jodoform do-brze sproszkowany impregnuje doskonale błony wrzekome i dłuższy czas może wywierać swe działanie *in loco*.

Jedyną ujemną stronę posiadają przetwory jodowe t. j. smak

¹⁾ Gazeta lek. Nr. 36, r. 1888. „Przyczynek do leczenia błonicy“.

nieprzyjemny, co zapewne w praktyce pediatrycznej także ma swoje znaczenie, lecz karbol i sublimat i wiele innych polecanych środków nie są także pozbawione tych cech. Zachodzi teraz pytanie, w jakiej formie stosować jod i w jakim stężeniu? KACZOROWSKI poleca roztwory soli kuchennej z dodatkiem paru kropel jodiny na szklankę płynu, ja radzę tenże dodatek, kombinującego z roztworem kwasu bornego, który zwykle już w użyciu u chorych spotykam. Łączy się tu działanie kwasu i jodu. Jodoform zaś stosuję *per se*, lub zmieszany z magnezją paloną w postaci insuflacyi.

Każdy jednak środek nieodpowiednio użyty okazać się może szkodliwym, tak się rzecz ma i z jodem. Dla tego też unikać należy roztworów mocnych, które także mają działanie żrące, o czem mnie pouczyła następująca własna obserwacya:

Zygmus M., lat 2, syn urzędnika, od 2-ch dni chory; choroba rozpoczęła się dreszczami, gorączką, utrudnionem łykaniem. Przy badaniu znalazłem obok gorączki wyżej 39,0°, na obu migdałach nalot białawy, gruczoły podszczękowe obrzmiałe. Ponieważ wówczas, idąc za przykładem innych, byłem zwolennikiem pendzlowań, więc też poleciłem 3 razy dziennie wykonywać takowe mieszaniną nalewki jodowej z gliceryną w stosunku 1:10; następnego dnia gorączka minęła, a po dwóch dniach częściowo oddzieliły się naloty. Postępowanie lecznicze zaleciłem nadal to samo; w 3 dni później powtórnie byłem zawezwany, gdyż zauważono, że lekkie naloty ponownie zjawily się choć dziecko nie gorączkowało. Rozpytując się dokładniej o sposób postępowania, dowiedziałem się od matki, że gdy resztki pierwotnych błon długo się nie oddzielały, z obawy, żeby sprawa dyfterytyczna się znów nie rozszerzyła, poczęła do wskazanej mieszaniny coraz więcej dodawać nalewki jodowej [prawie pół na pół] i ku wielkiemu swemu przerażeniu spostrzegła, że odwrotny nastąpił skutek. Przy badaniu rzeczywiście znalazłem na migdałach lekkie błonkowate, białawe naloty. Spostrzegłem się, że musi tu być związek między postępowaniem leczniczem, a wynikiem takowego i wobec braku gorączki ogólnego stanu dobrego, znacznie mniejszego obrzmienia gruczołów podszczękowych, poleciłem pendzlowanie usunąć i zastosować wyłącznie szprycowania z roztworu kwasu bornego.—Skutek był dodatni, już następnego dnia naloty zginęły, pozostała tylko lekka czerwonosć migdałów.

Analogiczny przypadek miałem sposobność parę tygodni temu obserwować u dorosłego, który doznawszy bólu gardła, sam sobie kazał wypendzlować gardło czystą nalewką jodową. Na migdałach spostrzegłem nieregularne białawe błonki zupełnie podobne do tych, jakie bywają po oparzeniach kwasami mineralnymi.

Jod zatem stosowany w mocnych roztworach może mieć działanie żrące i powodować nekrozę co najmniej warstwy nabłonkowej, czego usilnie w leczeniu błonicy unikać należy.

Mówiąc o jodzie, wspomnieć należy, że i inne ciała z grupy haloidów, jak chlor i brom były stosowane w terapii błonicy, nie-

stety tylko, że w postaci pendzlowań, szkodliwe działanie których poniżej rozbioreę.

Zo środków używanych częściej do płukania, wymienić jeszcze należy tymol, mentol, salol, kreolinę. Nie mogę tu rozbierać wszystkich, przeciwko dyfteryi polecanych środków, ani też proponowanych w bakteryobójczem zaślepieniu różnych kombinacyi tych środków.

Jako przykład zaciekłości w walce z bakteryami niech służyć tego rodzaju przepisy jak: rozczyn sublimatu w glicerynie 1—30; 1—20 podany przez GOUBEAU do pendzlowania [*Mercr. méd.* 1894 Nr. 1], lub przepis podany przez prof. STRUEBING'a²⁾.

Acid. carbolic. 1,50—2,50

Ol. therebin. rectific. 20,0

Spirit. vini absolut 30,0.

D.S. 3—4 razy dziennie pendzlować.

Jest to 3% lub 5% roztwór karbolu w spirytusie z olejem terpentynowym.

Nigdy nie zapomnę 2-letniego dziecka, przyniesionego do mego ambulatoryum, które z powodu dyfterytu szkarlatynowego było leczone powyższemi pendzlowaniami, wykonywanemi 3 razy dziennie. Cała prawie jama gardzielowa, migdały, łuki, języczek przedstawiały jedno wielkie szarawe, cuchnące owrzodzenie. Po usunięciu tak skutecznych pendzlowań przy częstem tylko szprycowaniu kwasem borsym z lekkim dodatkiem nalewki jodowej [2 krople na szklanke] w ciągu tygodnia owrzodzenie się oczyściło—dziecko wyzdrowiało.

Wypada nam teraz bliżej nieco zastanowić się nad sposobem aplikowania środków odkażających w błonicy gardzieli. Powyżej niejednokrotnie wspominałem mimochodem o szkodliwości pendzlowań. Jestto metoda bardzo u nas rozpowszechniona, a pełna wadliwości i niezaprzeczenie szkodliwa, akt ten bowiem mechanicznie drażni zajęta błonę śluzową, sprzyja przenoszeniu, niejako wciskaniu zarazków w sąsiednią jeszcze niezajętą błonę śluzową, sprzyja mechanicznie niweczeniu nabłonka, co tylko szerzeniu się błonicy i wtórnej infekcyi dopomódz może. Szkodliwy ten wpływ mechaniczny stokroć bywa większym przy stosowaniu pendzlowań u dzieci stawiających zażwyczaj opór temu aktowi. Gdy jeszcze zwrócimy uwagę na to, że zwykle do pendzlowań są używane mocne roztwory środków odkażających, obliczone na małą przenikliwość i grubość błon wrzekomych, gdy więc dołączy się jeszcze żrące działanie tych

¹⁾ Zur Therapie der Diphtherie.—Deutsch. med. Wochenschr. 1891. Nr. 48. Refer. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 34. Heft 2. u. 3.

leków, to metodę pendzlowania stanowczo uznać musimy za szkodliwą i nieodpowiednią w rozważnym postępowaniu lekarskiem.

Przeglądając odnośne piśmiennictwo polskie, z przyjemnością zaznaczyć muszę, że większość autorów piszących w tej kwestyi KACZOROWSKI ¹⁾, PUŁAWSKI ²⁾, SOKOŁOWSKI ³⁾, stanowczo i wyraźnie podnosi szkodliwość pendzlowań i miejscowych podrażnień w terapii błonicy. Czyżby ogół lekarzy miał się nieinteresować literaturą ojczyzną i takową lekceważyć? Niewątpliwie tak nie jest, większość jednak do dziś dnia wytrwale stosuje energiczne pendzlowania. Cemu to przypisać? Sądzę, że się nie omyłem, gdy dam odpowiedź: bo taki jest *usus*, bo tego publiczność wymaga i lekarza, nie stosującego pendzlowań, uważa za lekkomyślnego, mało energicznego w walce z tak ciężką chorobą, jaką jest błonica i lekarz reformator może być ofiarą swych przekonań i postradać pacyenta. Gdy zdoła w oczach publiczności obronić swe przekonania i posiadzie zaufanie, wyjdzie zwycięzko. Niejednokrotnie zdarzało mi się w konkluzji popularyzacyi mych przekonań usłyszeć zdanie osób otaczających pacyenta: „Pan doktor ma rację, bo te pendzlowania to chyba rozmazują dyfteryt po gardle,“ w zastępstwie pendzlowań z korzyścią stosować można inhalacye lub też insuflacye ⁴⁾. Przy tego rodzaju terapii znajdzie zajęcie i nawet nieodzowny niekiedy pomocnik lekarza—felczer. Częste płukania jamy ustnej i gardzielowej w terapii błonicy posiadają bardzo ważne znaczenie, odkazując te jamy, zabezpieczają od szerzenia się infekcyi zasadniczej i wtórnej.

U dzieci, nie umiejących płukać, niezbędne okazują się szprycowania lub inhalacye. Te ostatnie w porównaniu z płukaniami posiadają tę wyższość, że dokładniej przenikają do jamy gardzielowej. Zazwyczaj dzieci inhalacyi się obawiają i silny opór stawiają, wówczas częstokroć z pożytkiem zastosować można pulweryzacye.

Insuflacye dają możność bezpośrednio atakować miejsca dotknięte błonicą bez tych wszystkich ubocznych wpływów, jakie towarzyszą zrywaniom błon i pendzlowaniom. Nadto w praktyce pediatrycznej mają jeszcze tę wielką zaletę, że nie są bolesne, daleko ła-

¹⁾ Przegł. lek. Nr. 1, r. 1887.

²⁾ Gazeta lek. Nr. 36, r. 1888.

³⁾ Gazeta lek. Nr. 9, r. 1894.

⁴⁾ Insuflacye najlepiej wykonywać zapomocą specjalnego instrumentu, insuflatora, zaopatrzonego balonkiem gumowym, lub też składającego się z rurki twardej, kauczukowej, zaopatrzonej rurką gutaperkową, miękką, przez którą wdmuchuje się proszek, wsypany w koniec rurki twardej. W braku tych instrumentów w tymże celu użytą być może prosta rurka z papieru dostatecznie długa.

twiej mogą być u dzieci stosowane niż pendzlowania. Zwykle zalecam 3 razy dziennie insuflacye jodoformowe. Jodoform, wypróbowany na setkach tysięcy chorych w chirurgii, uważam za najdzielniejszy antyseptyk w walce z błonicą, tembardziej że nie posiada drażniącego wpływu.

Nakonieć pozostaje mi omówić jeszcze jedną metodę miejscowego leczenia błonicy, w ostatnich czasach coraz więcej polecaną, mianowicie iniekcyjną. Polega ona na wstrzykiwaniu płynów odkażających w błonę śluzową dotkniętą sprawą błonicową pod błony wrzeczome. Podminować te ostatnie środkami odkażającymi i tym sposobem hamować rozwój drobnoustrojów specyficznych w głównem ich siedlisku, nadto dostać się do przestrzeni tkankowych i z prądem limfy środki odkażające doprowadzić do gruczołów limfatycznych, jednym słowem w trop za wnikającym do narządu zarazkiem, podążyc ze środkiem odkażającym, to są przewodnie myśli tego rodzaju postępowania.

HEUBNER ¹⁾ profesor chorób dziecięcych w Lipsku, idąc za przykładem TAUBE'go i GOETZ'a, gorąco poleca użycie iniekcyi 3—5% kwasu karbolowego w tkankę migdałów i podniebienia miękiego przy dyfterycie szkarlatynowym, uważając to postępowanie za bezskuteczne w przebiegu dyfterytu epidemicznego.

Natomiast SEIBERT ²⁾ z New York'u, w publikacyi ogłoszonej w końcu roku ubiegłego, właśnie przeciwko błonicy epidemicznej poleca także iniekcyę z wody chlorowej 0,4% obok częstych płukań roztworem nalewki jodowej z kwasem karbolowym (*T-raejodi 2,0, Kalii jodati 1,0, Acid. carbolic. gutt. X, Aq. destil. 120,0*, płyn ten używa do płukania lub lykania pół łyżeczki co kwadrans od 6 r. do 12 w nocy). Pracę swą autor ilustruje rysunkiem specjalnej szpryki i odpowiednio zbudowanych i zakrzywionych igieł tak, żeby wstrzykiwania można było wykonywać we wszystkich możliwie dostępnych miejscach gardzieli. W roku 91 na 85 przypadków leczonych tą metodą śmiertelność wynosiła 7,5%, obecnie autor na 104 przypadki miał tylko 6 śmiertelnych. Wyniki te autor zestawia ze śmiertelnością błonicy w New Yorku, która za czas od 1 Stycznia do 1 Czerwca 92 r. [6 miesięcy] podług sprawozdania urzędowego wynosiła 38,9%. Z 22

¹⁾ Odczyty kliniczne wydawane przez Redakcyę Gazety Lekarskiej Nr. 1 Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie.

²⁾ Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. XXXVII Heft. I. s. 29 „Submembranöse Localbehandlung der sichtbaren Rachendiphtherie,“ referat w Kronice lekarskiej 1891.

przypadków dyfterytu szkarlatynowego, leczonego tą metodą, miał autor tylko jeden przypadek śmierci.

We wszystkich przypadkach błonicy konstatowano obecność lasieczników LOEFFLER'a.

Zapewne, że podane powyżej wyniki mogą być zachęcające do dalszych badań w tym kierunku. Nie mając własnego doświadczenia, powstrzymujemy się od jakichkolwiek uwag odnośnie do tej metody.

Z rozbioru powyższych metod miejscowego leczenia błonicy gardzieli wynika: że podstawą tego leczenia powinno być postępowanie antyseptyczne, mające na celu hamować daną infekcję, chronić od jej szerzenia i zapobiegać infekcyi wtórnej.

Z tych to względów wybór środków i metod ich zastosowania podlega pewnym ograniczeniom. Unikać należy środków drażniących, żrących. Do walki z błonicą niezmiernie nadają się ciała z grupy haloidów, gdyż w lekkich roztworach posiadają wybitne własności antyseptyczne, nadto, jako ciała lotne, mogą wywierać swój wpływ dobroczynny tam, gdzie płyny dosięgnąć nie są w stanie.

Co do stosowania tych środków to z powyżej wyluszczonego względu unikania wszelkiego drażniącego wpływu, uważam zdzieranie błon i pędzlowanie za szkodliwe, polecam więc tylko płukanie, szprycowanie, inhalacje, pulweryzacje i insufflacje. Podstawą jednak postępowania lekarskiego w błonicy gardzieli winno być leczenie ogólne, mające na celu szanowanie i podtrzymywanie naturalnej odporności organizmu w walce z chorobą. Jeżeli w terapii miejscowej odczyn lokalny uważać należy za pewien objaw samoochrony, i do pewnego stopnia z nim się liczyć, tembardziej zwrócić należy uwagę na ogólny zasób sił ustroju z chorobą zakażającą ustrój cały.

A że organizm z tej walki nawet w postaciach ciężkich, t. z. toksycznych, wyjść może zwycięzko, przykładem służyć może przypadek opisany przez D-ra SOKOŁOWSKIEGO. ¹⁾ W przypadku tym w przebiegu błonicy gardzieli wystąpiły: białkomocz [8‰], zapalenie ucha średniego z następczem ropieniem w okolicy wyrostka sutkowego (*trepanatio*), nadto w końcu klasyczne objawy choroby WERLHOF'a. Zejście jednak było pomyslnie. W terapii tego przypadku przedewszystkiem zwrócono uwagę na stan ogólny chorego [chinina, salol, wino], ograniczono miejscową interwencję do płukań i wziewań 2‰ roztworu kwasu karbolowego.

Chociaż błonica raz przebyta nie pozostawia w organizmie pewnej właściwej odporności na tenże zarazek, jak to poniekąd ma

¹⁾ Gaz. Lek. Nr 9. r. 1894.

miejsce w innych chorobach zakaźnych, z chwilą jednak wykrycia przez BRIEGER'a i FRAENKEL'a dyfterotoksyn, zjawiała się dążność do uodporniania ustroju na drodze szczepień ochronnych.

Idąc za przykładem szkoły PASTEUR'a C. FRAENKEL¹⁾ po-
wziął myśl wytworzenia odporności drogą szczepień, bądź osłabionych
hodowli laseczników, bądź też produktów ich życiowej działalności,
t. j. podłoża oddzielonego od właściwych bakteryi. Osłabił on bak-
terye, hodując je przy wyższej temperaturze lub też dodając do
podłoża środków antyseptycznych. Drogą zaś cedzenia przez sączek
CHAMBERLAND'a, z następczem ogrzaniem do 55° a nawet 70°, otrzy-
mał podłoża wolne od żywych zarazków. Doświadczenia wykona-
ne na zwierzętach wykazały, że osłabienie tą drogą kultur nie jest sta-
łe i że jądowitość szybko powracać może, następnie, że otrzymywana
w tych warunkach immunizacya zwierząt jest bardzo ograniczoną, nie-
stałą i nietrwałą.

W dążnościach wywołania immunizacyi u zwierząt BEHRING²⁾
poszedł dalej: szczepienia wykonywał nie tylko powyższą metodą,
lecz szczepił także hodowle osłabione za pomocą trójchlorku jodu,
immunizował zwierzęta drogą uprzedniej kuracyi *hydrogenio hy-*
peroxydato [10% roztwór w stosunku 1:4000 do 1:2500 wagi ciała
—kuracya ta, wykonana po zaszczepieniu dyfterytu, oywa bezskute-
czną], następnie do szczepień używał tych produktów, jakie pod
wpływem lasecznika dyfterytycznego wytwarzają się w żywym or-
ganizmie, mianowicie: jako szczepionki używał wysięku opłucnowego
morskiej świnki, padłej po zaszczepieniu dyfterytu, nakoniec zużytko-
wał w tym celu naturalną odporność niektórych zwierząt na zarazek
błonicy. Podczas gdy króliki i morskie świnki są bardzo czule na
ten zarazek, myszy i szczury są odporne jak na sam zarazek, tak i na
jego produkty.

Autor sam przekonał się, że surowica krwi szczurów, którym
uprzednio wstrzykiwane były duże dozy jadu dyfterytycznego, wstrzyk-
nięta do jamy otrzewnej morskich świnek, nie wywołuje u tych osta-
nich żadnych objawów zatrucia, natomiast w tych samych warun-
kach otrzymana surowica krwi zwierząt, wrażliwych na błonicę,
wprawdzie morskich świnek nie zabija, wywołuje jednak objawy

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschr. Nr 49. 1890. Immunisirungsversuche bei Diphterie. Refer. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 34 H. 2 u. 3.

²⁾ Untersuchungen über das Zustandekommen der Diphterie—Immunität bei Thieren. Deutsch. med. Wochenschr. 1890, Nr 50. Refer. Jahrb. f. Kinderheilk T. 34. H. 2 u. 3.

chorobowe. Widocznie więc u zwierząt odpornych na dyfteryt we krwi wytwarza się jakieś ciało, czy własność, niszcząca jad dyfterytyczny.

Dalsze badania w tym kierunku przeprowadzone przez BEHRING'a i WERNICKE'go ¹⁾ w instytucie dla chorób zakaźnych w Berlinie wykazały, że krew zwierząt, z natury odpornych na zarazek błonicowy, nie posiada własności leczniczych, że lepsze w tym celu, choć nie zupełnie zadawalające wyniki otrzymać można, posiłkując się krwią zwierząt, które szczęśliwie były wyleczone z błonicy drogą lokalnej kuracji za pomocą tróchlorku jodu lub chlorku sodu i złota i tym sposobem nabyły pewnej odporności.

Na drodze powyżej nakreślonych w głównych zarysach sposobów immunizacji, zdołali autorowie uzyskać u większych zwierząt pewnego stopnia odporność: udało im się immunizować owce, nadto przekonali się oni, że w celach leczniczych użyć należy większej ilości surowicy niż w celach immunizacji, że własności uodporniające *resp.* lecznicze surowicy zależą wprost od stopnia nabytej odporności tego zwierzęcia, od którego krew pochodzi.

Autorowie ci zdołali u zwierząt czułych na błonicę, jak świnki morskie, wywołać tą drogą nietylko odporność, lecz nawet utrzymać przy życiu te, które dzień przedtem zakażone były błonicą. Mając tego rodzaju wyniki na zwierzętach pomyślano o zastosowaniu tej metody u ludzi w celach leczniczych. Pewną trudność przedstawiać mogło otrzymanie w większych ilościach surowicy leczniczej, gdyż według obliczenia w stosunku do wagi ciała, dla dziecka ważącego 20 kilo należałoby użyć 50—100 cm. surowicy.

Nie mogę się tu wdawać w szczegóły ani w sposoby określania wartości danej surowicy leczniczej: interesujących się tą kwestyą odsłać muszę do źródła, mianowicie do pracy BEHRING'a, BOER'a i KOSSEL'a, ²⁾ tu tylko nadmienię, że w instytucie dla chorych infekcyjnych, przeprowadzony został przez powyższych autorów szereg badań leczniczego wpływu surowicy na dzieciach.

Otrzymałą z owiec surowicą leczono 11 chorych w wieku od 3 do 11 lat. U wszystkich błonica w początkach ograniczała się do gardzieli i krtani, 3 razy wykonano tracheotomię. Białkomocz

¹⁾ Ueber Immunisirung und Heilung von Versuchsthiereu bei der Diptherie. Aus dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin. Zeitschr. für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XII. H. 1. Refer. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 4.

²⁾ Zur Behandlung diphteriekranker Menschen mit Diphteriebeilserum. Deutsche med. Wochenschr. Nr 17 u. 18. 1893.

był tylko u jednego dziecka. Z 11 chorych 2 zmarło [=18%]. U jednego śmierć nastąpiła przy objawach *sepsis*, przy sekcji zaś nie znaleziono laseczników błonicowych, we krwi i narządach natomiast wykryto paciorkowce (*streptococci*). W drugim przypadku śmiertelnym u chłopca 3 letniego, skrofulicznego, nastąpiło przejście sprawy błonicowej na oskrzela w 4 dni po dokonanej tracheotomii. Sekcja wykazała ogniska gruźlicze w płucach i gruczołach oskrzelowych oraz znaleziono laseczniki błonicowe w narządach wewnętrznych.

Wstrzykiwania surowicy leczniczej wykonywano w ilości 20—30 ctm. pod skórę, w okolicy mięśni piersiowych. Wpływu doraźnego widozycznego ani na przebieg sprawy lokalnej, ani na stan ogólny, obserwacye powyższe nie wykazały.

RITTER ¹⁾ poszedł dalej i w celach leczniczych, u dzieci stosował surowicę krwi ludzkiej, którą udało mu się otrzymać w następujących okolicznościach: W styczniu 93 roku leczył na dyfteryt septyczny 2 letnie dziecko pewnej kelnerki. Po śmierci dziecka zapadła na tę chorobę matka przy objawach ze strony krtani i po pewnym czasie wyzdrowiała; w 3 tygodnie później nastąpiło u niej poronienie. Wezwany autor zebrał 1 litr krwi w wygotowane naczynie. Po 48 godzinach stania w lodowni, surowicę zebrał do kolbki ERLENMEYER'a i poddał ją sterylizacyi przy temperaturze 56° po 2 godziny codziennie w ciągu tygodnia. Dla zabicia mikroorganizmów jeszcze bardziej odpornych surowicę skłócono z chloroformem w nadmiarze i tak przechowywano aż do użycia. Przed wstrzyknięciem chloroform usuwano za pomocą ogrzania.

Na świnkach morskich siłę odporną tej surowicy określono jak 1 : 80000 obliczając dozę w stosunku do wagi.

Wstrzykiwania wykonano u 6 dzieci dotkniętych błonicą krtani, tracheotomia jednak w 4 przypadkach była konieczną, z których w 2-ch nastąpiła śmierć. Zapewne że to są wyniki nie świetne, doświadczeniom tym jednak można zarzucić to, iż drogą ścisłych badań bakteriologicznych nie wykazano, czy u kelnerki owej lub przynajmniej u jej dziecka sprawa dyfterytyczna warunkowaną była rozwojem swoistego lasecznika i czy znów z drugiej strony podobne sprawy krtaniowe u dzieci, leczonych daną surowicą, również były natury czysto błonicowej.

Otrzymane dotąd wyniki leczenia surowicą nie potwierdziły zdaje się pokładanych w tej metodzie nadziei. Nic więc dziwnego,

¹⁾ l. c. str. 158. 159.

że poczęły się odzywać głosy, podające w wątpliwość doniosłość tego rodzaju leczenia. Przedewszystkiem więc postawiono zarzut, że leczniczy wpływ surowicy obliczony jest i odnosi się do t. zw. czystych przypadków błonicy, spowodowanych li tylko lasecznikiem LOEFFLER'a, nie zaś przeciwko tym formom cięższym, septycznym lub też pyemicznym, które warunkowane są udziałem paciorkowców, i które najczęściej dają wyniki śmiertelne. BEHRING ¹⁾ zarzut ten odpiera w ten sposób, że niezależnie od leczenia surowicą winno być przestrzegane antyseptyczne leczenie miejscowe [jodoform], ażeby uniknąć wtórnej infekcji i powikłania sprawy.

Drugi zarzut stawiany nowej metodzie jest ten, że wstrzykuje się ciała nieznane, chemicznie nieokreślone. Wprawdzie i w tym kierunku już przedsięwzięto badania: mianowicie ARONSON ²⁾ immunizował psy, które na zarazek dyfterytyczny są dosyć wrażliwe, i otrzymał surowicę o sile 1 : 30000. Autorowi temu udało się z tej surowicy otrzymać antytoksynę w formie stałej. Ciało to jest rozpuszczalne w wodzie, w stanie suchym może być ogrzane do 102°. Roztwór 10% antytoksyny odpowiada 10-krotnej sile normalnej surowicy BEHRING'a. Zapomocą iniekcji antytoksyny udawało się autorowi wyratować świnki morskie, zakażone na 24 i 48 godzin przedtem. W miejscu wstrzyknięcia po 2-ch tygodniach tworzy się strup, który, odpadając, pozostawia szybko gojąco się owrzodzenie.

KLEBS ³⁾, krytykując metodę BEHRING'a, dochodzi do przekonania, że ma ona prawie tylko znaczenie symptomatyczne, uwalnia organizm od toksyn i działa antytoksycznie; przeszkodzić zaś rozwojowi laseczników na błonie śluzowej, lub je zniszczyć, metoda ta nie jest w stanie. Dowodzą tego: z jednej strony konieczność użycia dużych ilości surowicy w celach leczniczych u ludzi, z drugiej znów strony fakt, że po iniekcjach znikanie gorączki i błon wrzekomych następuje dopiero po wielu, a niekiedy aż po 23-ch dniach; tym sposobem okazuje się, że wstrzykiwania to na sprawę miejscową, jako źródło zakażenia, bezpośredniego wpływu nie mają.

Opierając się na fakcie, że w danych hodowlach po pewnym czasie wytwarzają się pod wpływem życiowej działalności bakterii

¹⁾ Experimentelle Untersuchungen über Diphterie und die immunisierende Substanz des Blutserums. Berliner klin. Wochenschrift Nr. 25, 26. 1893. Ref. Jahrb. für Kinderheilk. Bd. 36. H. 4.

²⁾ Zur Behandlung der Diphterie mit Diphterieheilserum. Deutsch. med. Wochenschrift Nr. 23. 1893. Ref. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 4.

³⁾ Die causale Behandlung der Diphterie. Wiener medicinsche Wochenschrift Nr. 25. 1893. Ref. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 4.

tego rodzaju substancje, które powstrzymują rozwój dalszy tychże bakterii powziął KLEBS myśl otrzymania tego rodzaju substancji z płynów hodowlanych i spożytkowania takowej w celach leczniczych. Ciało to, nazwane przez KLEBS'a antydyfteryną, otrzymano z hodowli lasecznika błonicowego w bulionie glicerynowym. Preparat ten u morskich świnek albo wcale, albo nieznacznie wywołuje gorączkę, dodany do podłoża zupełnie lub znacznie powstrzymuje zdolność rozwojową lasecznika. Świnki morskie, szczepione tym preparatem [0,5—1,0 ctm. szosé.], wytrzymują iniekcje śmiertelnych dawek hodowli lasecznika błonicowego.

W zastosowaniu w celach leczniczych antydyfteryny u ludzi, poleca autor miejscowe stosowanie takowej w postaci pendzlowań, wkraplań przez rurkę tracheotomijną, a nawet do użycia wewnętrznego. Metodę tę raczej należałoby odnieść do sposobów leczenia miejscowego, ma ona bowiem za zadanie hamować rozwój i niszczyć lasecznika błonicowego na miejscu. Widoczny wpływ tych pendzlowań uwydatniać się już ma po 3-ch godzinach przez spadek ciepłoty i osłabienie objawów podmiotowych, błony wrzekome nikną. Z 13-u chorych, leczonych tą metodą, żaden nie umarł; raz jeden doszło do tracheotomii, białkomoczu nie obserwowano. W 4-ch wypadkach wykazano laseczniki błonicowe, w 3-ch zaś innych po zapendzlowaniu takowych nie znaleziono. Według KLEBS'a niezależnie od powyższej metody, surowica lecznicza użyta być może w celu wpływu antytoksyycznego.

Obie te metody odnosić się jednak mogą do tych tylko przypadków, w których sprawa chorobowa wyłącznie od lasecznika błonicowego będzie zależną, gdy zaś będzie warunkowaną innego rodzaju bakteriami, lub też w tych razach, gdzie nastąpi infekcja wtórna i dołączy się współudział innych bakterii i produktów ich działalności, wątpić należy, czy jak jedna tak i druga metoda wynik jaki dać może.

Metody lecznicze oparte na znajomości biologii lasecznika błonicowego i stosunku doń ustroju zwierzęcego, mogą być dziś zaledwie przedmiotem badań klinicznych, szerszego zastosowania praktycznego z wielu względów jeszcze mieć nie mogą, śmiało powiedzieć można, że usiłowania te nie przeszły jeszcze zakresu eksperymentu klinicznego, nie zyskały sobie jeszcze trwałych podstaw, ażeby mogły być stosowane w terapii błonicy. Przedewszystkiem zastosowanie tych metod w celach leczniczych, winno być oparte na dokładnem rozpoznaniu bakteriologicznem danej formy klinicznej. Istnieje bowiem cały szereg tak zwanych przez ESCHERICH'a ¹⁾ dyfteroidów, t. j. takich

¹⁾ Ueber diphteroide Erkrankungen. Sitzungsbericht des Vereins der Aerzte in Steiermark. Wiener medicin. Presse, Nr. 8. 1893. Ref. Jahrb. für Kinderheilkunde Bd. 36. H. 4.

form klinicznych, w których rozwoju lasecznik błonicowy nie przyjmuje udziału, natomiast znajdują się: *staphylococcus pyogenes aur. et alb.*, oraz *streptococcus* ¹⁾). Rozpoznanie zaś bakteriologiczne drogą hodowli wymaga czasu od 12 do 36 godzin, nadto pewnej wprawy w tego rodzaju badaniach, co dziś jeszcze nie jest dostępne ogółowi lekarzy praktyków.

Mówiąc o metodach ogólnego leczenia błonicy, nie mogę pominąć milczeniem pewnych usiłowań leczniczych, opartych na fakcie pewnego antagonizmu między rozwojem róży i błonicy. Wpływ leczniczy róży w przebiegu dyfterytu, spostrzegany przez wielu klinicystów [między innymi u nas przez PISARZEWSKIEGO ²⁾), SKÓRKOWSKIEGO ³⁾ i PIRAMOWICZA], dał pohop BABTSCHINSKY'emu ⁴⁾ do szczepienia róży chorym, dotkniętym błonicą. Szczepień dokonał on 14 [13 w błonicy i 1 w szkarlatynie]; 3 dzieci w wieku 2-letnich, 4-letnich i 6-letnich lat cierpiało na ciężkie postacie dyfterytu gangrenowego; wyniki miał autor otrzymać dobre. TRIVOUSSE ⁵⁾, przytoczywszy 3 przypadki śmiertelne przypadkowej kombinacji róży z błonicą [2 szkarlatyna, 1 błonica], podaje w wątpliwą tego rodzaju metodę leczniczą, stosowaną na dzieciach bez uprzednich doświadczeń na zwierzętach.

Jeżeli jednak w rzeczywistości istnieje pewien antagonizm między różą a błonicą, sądzę, że należałoby na drodze badań produktów życiowej działalności mikrobów róży, szukać szczepionki ochronnej, *resp.* leczniczej przeciw błonicy.

Powyżej nakreślone metody lecznicze błonicy, poczęte w pracowniach i klinikach naukowych, nie są jeszcze umysłu ludzkiego dojrzałym płodem, któryby mógł z dziedziny doświadczeń naukowych przejść na forum praktyki lekarskiej. Zapewne, że nie należy przesądzać doniosłości tych usiłowań na drodze nauki i postępu i ich znaczenia praktycznego. Być może, że kiełkująca dziś myśl ludzka bujny owoc z czasem nam okaże. Nim jednak to nastąpi, zadanie lekarza praktyka przy łożu chorego dziecka dotkniętego błonicą nie jest tak ograniczone. Podstawy terapii ogólnej, zasady higieny i dietyki winny mu być drogowskazem w dążeniu do podniesienia i podtrzymywania naturalnej odporności organizmu. Ileż to razy

¹⁾ KARLIŃSKI J. „O obecnym stanie badań nad przyrodą błonicy gardła.“ Rozprawy. Kraków. Ser. I. Zeszyt VI.

²⁾ Przegl. lek. str. 7. 1891.

³⁾ Nowiny lek. str. 164. 1890.

⁴⁾ Gazette des hôpitaux. Septembre 1890. Ref. Archiv. f. Kinderheilk. Bd. 15. H. 1. u. 2.

⁵⁾ Du traitement de la diphterie et de la scarlatine par l'inoculation des microbes de l'erysipèle. Gazette des hôpitaux. 1891. Nr. 103. Ref. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 34. H. 1. u. 2.

daje się widzieć cały wysiłek w kierunku terapii farmaceutycznej obok zaniedbania kardynalnych zasad higieny i dyetetyki przy łożu tego rodzaju chorych nawet tam, gdzie wykonanie tych zasad jest możliwe. Zapewne, że niezawsze wina tu spada na lekarza. Przyznać jednak należy, że często jeszcze dziś recepta jest głównym wyrazem dążności terapeutycznych.

Powiedziałem powyżej, że podstawą leczenia błonicy jest leczenie ogólne, mające na celu podtrzymywać ustrój w walce z chorobą. Na pierwszym więc planie postawić należy dobre i odpowiednie odżywianie chorego. Ponieważ przy błonicy gardzieli zazwyczaj towarzyszy ból przy łykaniu i pokarmy mogą być w małej ilości przyjmowane, powinny więc być posilne, lekko strawne; najodpowiedniejszą będzie forma płynna, gdyż przy towarzyszącej gorączce i pragnieniu chętniej dzieci piją. Pragnienie najusilniej i najchętniej zaspakajając należy, ażeby wprowadzając możliwie duże ilości płynów sprzyjać naturalnemu, że się tak wyrażę, przepłukiwaniu ustroju i wydalaniu produktów toksycznych drogą nerek. Najwięcej powyższym warunkom odpowiadać się zdaje mleko i jego przetwory; najchętniej więc zalecam mleko kwaśne i kefir, który jako napój chłodny, orzeźwiający i kwaskowy, szczególnie podczas gorączki się nadaje. Dodatek bulionu, dobrego rosółu, herbaty z mlekiem lub winem czerwonym, oraz nieco pokarmów skrobiowatych wypełni najzupełniej *régime* tego rodzaju chorych.

Ze względu na to, że w przebiegu błonicy często występuje białkomocz, unikam w dyecie tego rodzaju chorych takich pokarmów, które drażniący wpływ na nerki mieć mogą, a więc usuwam mięso i mocne przetwory alkoholowe. Te ostatnie wprost uważam jako bardzo szkodliwe w wieku dziecięcym. Wprawdzie alkohol na razie ma działanie pobudzające, później jednak za to występuje okres depressyi. Systemat nerwowy dzieci szczególnie jest wrażliwy na napoje alkoholowe ¹⁾, objawy zatrucia, mocnego odurzenia niekiedy występują na pierwszy plan i łatwo mogą być położone na karb ciężkich postaci dyfterytu.

Żywo stoi mi w pamięci tego rodzaju właśnie przypadek spostrzegany przezemnie.

Zawezwany zostałem do dziewczynki 7-letniej córeczki kupca. Dziecko to od tygodnia dotknięte było ciężką błonicą gardzieli, która przeszła na jamy nosowe i wywołała mocne krwawienie z nosa. Z powodu właśnie tego krwotoku byłem wezwany. Udzieliwszy odpowiedniej pomocy dziecku, zwróciłem

¹⁾ Patrz: Prof. Dr. R. DEMME. Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes. Stuttgart, 1891.

uwagę matki na zaniechanie podawania względnie dużej ilości wina. W odpowiedzi dowiedziałem się, że dziecko, będąc zdrowe, miało szczególny pociąg do mocnych napojów i do nich dość jest przyzwyczajone. W kilka dni później powtórnie byłem wezwany wieczorem do tegoż dziecka z powodu groźnych objawów, jakie pod wieczór występować zaczęły. Dowiedziałem się, że od paru dni nastąpił wypływ ropny z uszu, co było dowodem przejścia błonicy na organy słuchowe i osłabienie u dziecka się wzmagalo, w celu więc wzmacniania, licząc na pewnego rodzaju *usus* u dziecka, podawano mocne wina [portwein i szampańskie]. Zastałem dziecko bredzące, niespokojne, rzucające się, najbliższych sobie osób nie poznaje, hallucynacje wzrokowe i słuchowe co chwila trapią wystraszoną dziewczynkę, o bliższem zbadaniu dziecka prawie mowy być nie mogło. Mając na uwadze ciężki przebieg błonicy jamy nosogardzielowej z zajęciem obu uszu średnich, przypuściłem, że mam do czynienia z rozpoczynającym się następczem zapaleniem opon mózgowych w okresie pobudzenia i poważne bardzo obawy wyraziłem rodzicom. Poleciałem okłady zimne na głowę i przede wszystkim usunięcie wszelkich napojów ostrych. Dziecko w ciągu nocy się uspokoiło i dni następnych powoli poprawiać się zaczęło i powróciło do zdrowia. Wobec tak niespodziewanego przebiegu, właściwe rozpoznanie musiałem dopiero postawić w *epikrisis* danego przypadku.

Wiara w lecznicze i tonizujące własności napojów alkoholowych, podtrzymywana ciągle powagą lekarzy, głęboko zakorzeniła się w publiczności i staje się powodem mimowolnych nadużyć. Niezamożni nieraz rodzice silą się na to, ażeby dziecko chore na błonicę wzmacniać oryginalnym koniakiem lub starem winem—biedne dzieci pochłaniają niekiedy ze wstrętem butelki całe tych trunków w ciągu jednej choroby.

Drugim ważnym czynnikiem w leczeniu ogólnem jest dostarczanie choremu świeżego powietrza. Rozpowszechnione przekonanie, że dzieci zapadają na ból gardła wskutek zaziębnienia, zniewała nieraz rodziców do ograniczania dostępu świeżego powietrza; w pokoju, w którym znajduje się chore dziecko, zazwyczaj okna i lufciki nie bywają otwierane i w ogóle dostęp prądu świeżego powietrza, o ile można, bywa tamowany, szczególnie ma to miejsce, gdy błonica przejdzie na krtań, gdy dołącza się t. zw. krup, gdy powiadają: „dziecko się w chorobie zaziębiło.“ Z przekonaniem takim trudno jest walczyć w obec całego szeregu tak zwanych krupów fałszywych, będących jednak w związku z zaziębnieniem. Gdy duszne powietrze w pokoju chorego dziecka, przesyczone zostanie jeszcze różnymi produktami lotnymi, wytworzonymi podczas często stosowanych inhalacji [karbol, produkty gazowe przy paleniu lampki spirytusowej], wówczas atmosfera pokoju chorego staje się niemożliwą.

Prof. BEHRING, występując w obronie swojej metody leczniczej (*serumtherapie*) w tak zw. septycznych formach dyfterytu, powiada, że główna uwaga klinicysty zwróconą być powinna, ażeby unikać tego rodzaju komplikacji, t. j. wtórnych zakażeń. Jeżeli, powiada,

od czasu LISTER'a i VOLKMANN'a infekcyja ran nie jest uważana, jako rzecz nieszczęśliwego przypadku, lecz jako błąd sztuki lekarskiej, podobnie w szpitalach dla chorych wewnętrznych częstsze występowanie powikłań septycznych i pyemicznych przypisać należy niedostatecznym warunkom higienicznym i niezupełnej czystości. Pomijam tu to, czy zdanie powyższe ma wartość absolutną względem dyfterytu w jamie gardzielowej, nie mogę jednak pominąć całej jego doniosłości w przestrzeganiu czystości, tak co do osoby chorego, jak co do jego lokacyi i otoczenia. Niejednokrotnie zdarzało mi się przekonać, że rodzice i otoczenie chorego dziecka wobec choroby ciężkiej i niebezpiecznej, jaką jest dyfteryt, z przesadzoną punktualnością wykonywają zlecenia lekarza i wszelkie zabiegi lecznicze [podawanie lekarstw, inhalacye, pendzlowania, szprycowania i t. p.]; nie bacząc nawet na to, że dziecko w danej chwili spi, budzą je, ażeby nie pominąć kolejki zabiegów, wskazanych przez lekarza. Jest to postępowanie jeżeli nie barbarzyńskie, to co najmniej chybiające celowi racjonalnego lecznictwa.

Ciągłe drażnienie, budzenie ze snu i męczenie dziecka w ten sposób silnie deprymować musi młody, a nader wrażliwy systemat nerwowy. Wątpię, ażeby obniżanie ogólnego, ze się tak wyrażę, napięcia młodocianych sił nerwowych, mogło być pożyteczne w walce ustroju z chorobą. Przekonawszy się o tej przesadnej troskliwości rodziców, niepytany uprzedzam, że nigdy dziecka budzić nie należy, nadto w zastosowaniu zabiegów leczniczych wskazuję pewne umiarkowanie.

Nakoniec pozostaje mi jeszcze rozpatrzyć ostatnie zadanie lekarza w terapii błonicy, mianowicie wybór środków farmaceutycznych. Powiadam ostatnie zadanie, gdyż środka swoistego przeciw błonicy nie posiadamy, w lżejszych więc formach podajemy wewnątrz w pewnym celu, jak to już wyżej nadmienilem, rozczyzny kwasów, w formach cięższych stosujemy *Natr. benzoicum*, salol i chininę. Użycia jednak tej ostatniej najchętniej u dzieci unikam z następujących względów. Podaną w opłatku może być zaledwie u starszych dzieci i to z powodu bólu gardła z trudnością bywa polykaną. Chinina znów podawana mniejszym dzieciom w roztworze, z powodu swego smaku zazwyczaj jeszcze mieszana z pokarmami, wywołuje u dzieci opór i niechęć do przyjmowania wszelkiego rodzaju płynów i pokarmów, co jest wielce w leczeniu błonicy niepożądane.

Podawanie w większych ilościach *natrii salicylici*, propońowane przez niektórych autorów, wobec braku swoistego działania tego leku, uważam jeżeli nie za szkodliwe, to za zbyt znaczne, tembardziej, że przetwory salicylowe u dzieci mają działanie narkotyzujące.

W przypadkach ciężkich stosowane są środki pobudzające: kamfora, kofeina.

Wypada mi tu wspomnieć jeszcze o metodzie leczenia niektórych chorób zakaźnych zapomocą ostrej merkuryalizacji organizmu. Metoda ta polecona przez RAUCHFUSS'a przeciwko błonicy krtani, została przez SMAKOWSKIEGO ¹⁾ wykonaną z bardzo pomyślnym skutkiem u 3 dzieci dotkniętych ciężką błonicą gardzieli i krtani. Wcieranie szaruchy wykonywano co godzina po 2,0, w 8-u porecyach. Po ukazaniu się ślinotoku objawy ogólne i miejscowe szybko ustępować miały.

Z chwilą nakreślenia pewnej kuracji dla danego chorego, zadanie lekarza nie zostaje jeszcze wyczerpane. Mając do czynienia z chorobą zakaźną, lekarz powinien, gdzie tylko to jest możliwem, odosobnić chorego nawet w lżejszych postaciach dyfterytu gardzieli, nigdy bowiem nie możemy być pewni, czy dany zarazek u drugiego osobnika nie okaże się więcej groźnym. Już dawniejsi klinicyści, jak TROUSSEAU, wskazywali na różnorodność pod względem natężenia form klinicznych, spotykanych w jednej i tej samej epidemii; w nowszych czasach zwrócili na to uwagę SZEGÖ i MOUILLOT ²⁾. Ten ostatni opisuje epidemię dyfterytu w pewnym pensjonacie; z 24-ch dziewcząt w wieku od 5-u do 16-u lat, 18 zachorowało, z tych 3 zmarły przy objawach *sepsis*, z których jedna dotknięta była zwężeniem krtani; u jednej w ciągu 6-u miesięcy była *paraplegia*; u 10-u były tylko objawy *tonsillitidis follicularis*, u jednej z tych ostatnich wystąpiło porażenie gardzieli. A zatem w jednej i tej samej epidemii miała miejsce cała różnorodność obrazów klinicznych.

Dzieci wyróżniają się szczególną skłonnością do przyjęcia zarazka błonicowego: w rodzinach więc, szkołach, pensjonatach, izolacja dzieci zdrowych od chorych jest niezbędną; zwykle przytem dzieciom zdrowym w celach profilaktycznych zalecam płukanie gardła roztworem kwasu bornego dodatkiem nalewki jodowej.

Zarządziwszy izolację, lekarz decydować musi, kiedy takową usunąć można, t. j. kiedy rekonwalescent przestaje być niebezpiecznym dla otoczenia. Nauka w tym względzie nie daje kategorycznej odpowiedzi. Pominąwszy już różnorodność form błonicy klinicznej

¹⁾ Behandlung der Angina diphteritica und des Croup mit Quecksilbereureibungen. Ref. Arch. ital. di Pediatria. 1891, p. 275 v. Ref. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 34. H. 2. u. 3.

²⁾ Dr. KOLOMAN SZEGÖ. Beiträge zur Polymorphie der Rachendiphterie. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 34. H. 2. u. 3.

pod względem etyologicznym i w przypadkach czystego dyfterytu, okres zdrowienia i zaraźliwości może być różny, zależnie od natężenia, rozległości i umiejscowienia sprawy błonicowej. TÉZENAS DU MONTEIL ¹⁾ podjął badania bakteriologiczne u 48-u rekonwalescentów po dyfterycie: u 23-ch z nich po zniknięciu błon wrzekomych w gardzieli i wypływu z nosa nie znalazł laseczników LOEFFLER'a; w 6-u przypadkach po zniknięciu błon, gdzie jednak jeszcze było owrzodzenie i zaczerwienienie w gardzieli, pierwsze hodowle wykazały obecność laseczników; w 2-ch przypadkach w jamie ustnej wykryto laseczki wówczas, gdy błony wrzekome dawno znikły i gardziel przedstawiała już wygląd normalny. Nakoniec u 10-u chorych, u których pozostał wypływ z nosa, zawsze w jamach nosowych wykrywano laseczki błonicowe dopóki wypływ istniał, podczas gdy badanie jamy ustnej u tychże chorych dawało wyniki ujemne.

LEMOINE ²⁾ przytacza następującą obserwację, mającą wykazywać jak długotrwałym bywa okres zaraźliwości: 3-letnie dziecko w marcu zapadło na krup, 15-go kwietnia tracheotomia, w połowie maja było już zupełnie zdrowe. Dziecko to 15-go czerwca zawieziono do kuzynów na odległość 20-u kilometrów. W nocy z 18-go na 19-y lipca dziecko to spało w jednym łóżku ze swoim kuzynkiem, który 22-go lipca zapadł na błonicę gardzieli, jednocześnie zachorowało dwoje dzieci, które z tym ostatnim chłopcem stykały się w szkole. LEMOINE wyprowadza wniosek, że dziecko w 63 dni po wyleczeniu z krupu udzieliło zarazek swym towarzyszom. Nie będą przesądzał doniosłości tej obserwacji i wniosku z takowej, zaznaczyć tu tylko powinienem, że podobnie jak w innych chorobach zakaźnych tak i w dyfterycie okres zaraźliwości nie ma pewnego określonego terminu, na którym w praktyce mógłby się opierać lekarz. Sądzę, że dopóki jakiegokolwiek zmiany miejscowe, czy to ze strony gardzieli, czy nosa [wypływ] mają miejsce, rekonwalescent odosobnionym być winien od osób zdrowych, szczególnie od dzieci.

Na lekarzu ciąży jeszcze jeden obowiązek, mianowicie, jak podczas choroby, tak i w końcu takowej winien on wpajać w otoczenie zasady ogólnej dezynfekcyi i wskazać sposoby wykonania takowej.

Dobiegłszy do końca zamierzonego celu. chciałbym niejako dać jeszcze rys ogólny omawianego przedmiotu. Z przeglądu powyżej

¹⁾ Patrz referat w *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* I. 1894.

²⁾ *Contagion de la diphterie. Prov. médic. 1893 et Journ. de méd. et de chir.* t. LXIV. 10 avril. Ref. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. I. 1894.

nakreślonych metod widać, że dziś w walce z dyfteryą nie posiadamy jeszcze środka swoistego, czy to miejscowo, czy to ogólnie działającego, wynalezienie tego rodzaju środka lub metody jest zadaniem przyszłości. Czy więc należy z taką bronią w rękę, jaką dziś posiadamy, zbyt energicznie występować do walki z błonicą? Sądzę, że zbyt hazardować się nie należy; nie powiem, żeby lekarz miał pozostać bezczynnym obserwatorem danego przypadku—na drodze racjonalnej i umiarkowanej terapii miejscowej, oraz na podstawie ogólnych zasad dyetetyki, higieny, profilaktyki może on zadość uczynić obowiązkowi swego powołania i pokładanemu w nim zaufaniu. Podtrzymywać naturalną odporność organizmu w walce z chorobą, pierwszym jest jego zadaniem; przewodnią bowiem ideą w postępowaniu lekarza być winno przekonanie, że *natura sanat, medicus curat*, lekarz być powinien tym mistrzem, który siłami natury umiejętnie kierować ma za zadanie.

Lekarz przy łożu chorego, dotkniętego błonicą pamiętać winien, że ma do czynienia z chorym organizmem, nie z lasecznikiem LOEFFLER'a, że organizm ludzki nie jest epruwetką, w którejby bezkarnie można niszczyć bakteryc. Nim lekarz w błonicy podąży ze swym bakteryobójczym zegadłem lub mocnym roztworem sublimatu, organizm już sam na drodze reakcji zapalnej zdoła do pewnego stopnia postawić tamę szkodliwej inwazyi. Zadaniem więc lekarza będzie działać tak, żeby dopomóc w tej pracy samoochrony, pierwszą zasadą przy łożu chorego jest nie szkodzić: *πρῶτον μὴ βλαπτέιν*.

Bakteryologia przyniosła wielkie korzyści medycynie, lecz sama przez się nie daje jeszcze podstaw do umiejętnego postępowania lekarskiego.

Marzec. 1894 roku.

Biblioteka Główna WUM

KS.1430



210000001430



www.dlibra.wum.edu.pl



1169
046 / 1584

ODCZYTY K

(Zbiór wykładów tłumaczonych i oryginalnych, poświęconych przeważnie medycynie praktycznej),

wydawane przez

REDAKCJĘ GAZETY LEKARSKIEJ,

wychodzą w odstępach miesięcznych, objętości średnio 2 ark. druku.

Dotychczas wyszły:

Serya I.

1. Heubner, Dysferyt szkarlatynowy i jego leczenie. [Wyczerpana]
2. Struempell, Nerwice pochodzenia traumatycznego.
- 3 14. Loewenfeld, Nowoczesne metody leczenia nerastenii i hysterii. [Wyczerpana].
15. Dürrssen, O pomocy akuszerzyjnej w przypadkach zwałów miednicy.
16. Schauta, O leczeniu tyło-pochylenia i tyło-zgięcia macicy.
17. Herz, Gruźlica płuca u dzieci.
18. Sattler, O stosunku narządu wzroku do cierpienia ogólnych organizmu.
19. Krówczynski, Leczenie trypra ostrego i przewlekłego. [Wyczerpana].
20. Oertel, Dyjetetyczno-mechaniczne leczenie chorób serca.
21. Matlakowski, Tegoczesny sposób operowania raka sutki.
22. Unverricht, Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej.

Serya II.

23. Sokolowski, Skryte postacię suchot płucnych.
24. Dürrssen, Leczenie krwotoków poporodowych.
- 25, 16 i 17. Beard, Neurastenja, jej objawy, istota, skutki i leczenie.
- 18, 19 i 20. Gajkiewicz, Syfils układu nerwowego.
- 21, 22 i 23. Eisenberg, Leczenie syfilisu.
24. Dunin, O habitualnem zaparciu stolca. [Wyczerp.]

Serya III.

25. Saenger, Zakażenie tryprów u kobiet.
26. Grassel, O zawrocie głowy zależnym od zmian w naczyńiach, oraz o stwardnieniu tętnic w ogólnosci.
27. Rydygier, O leczeniu ran.
28. Struempell, O istocie i leczeniu władu rdzenia kręgowego (*tubis dorsualis*).
28. Kahler, O wczesnych objawach władu rdzenia kręgowego.
29. Meynert, *Paralysis unicersalis progressiva*.
- 30 i 31. Kijewski, Promienica u człowieka (*actinomyces humanis*).

- 32 i 33. Goldflam, O przymocie rdzenia.
34. Rejchman, Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamley żółtej (*Cholalithiasis*).
35. Arnstein, O bieguncie letniej u dzieci.
36. Nussbaum, O natężeniu spraw patologicznych.

Serya IV.

37. Hirschfeld, Zasady żywienia chorych.
38. Burgonzo, Technika hydroterapii.
39. Olshausen, O drgawkach porodowych.
40. Przewoski, Działalność naukowa Rudolfa Virchow'a.
41. Hebra, Leczenie pryszczycy.
- 42 i 43. Loewenfeld, Choroby nerwowe na tle zaburzeń płciowych powstale.
- 44, 45 i 46. Talamon, O zapaleniu wyrostka robaczkowego i tkanek okolo kiszki ślepej (*Appendicitis et perityphlitis*).
47. Kramsztyk Z., Jaskra (*glaucoma*).
48. Krajewski, O chirurgicznym leczeniu pęknięć macicy.

Serya V.

49. A. Fraenkel i O. Vierordt, Dusznica bolesna (*Angina pectoris*).
- 50, 51 i 52. Gilles de la Tourette, Hysterja (Część I).
53. Sokolowski, Leczenie klimatycznie suchot płucnych.
54. Rydygier, O sposobie chloroformowania.
- 55 i 56. Filatow, O leczeniu i rozpoznawaniu katarów kiszki u dzieci, głównie u ssawców.
57. F. Hirschfeld, Leczenie otyłości.
58. Hirschfeld, Leczenie moczówki cukrowej.
- 59 i 60. Lewison, O dyzazie moczanowej.

Serya VI.

61. Mintz, O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka.
62. Sokolowski, O bólu gardła.
63. Aronson, Podstawy leczenia surowicą krwi.
64. Bączkiewicz, Leczenie dysferytu gardzieli u dzieci.

Następujące zeszyty zawierać będą:

Hirsch, Hypnotyzm i suggestya.

Nudsyłający z góry pieniądze za całą seryę, składającą się z 12 kolejnych zeszytów, płaci tylko Rs. 3.

Nabywać można

w ADMINISTRACYI GAZETY LEKARSKIEJ (Marszałk. 119)
i we wszystkich księgarniach.

W razie nieotrzymywania regularnego Odczytów przez prenumeratorów na prowincyi, reklamacye adresować należy do Drukarni K. Kowalewskiego, gdzie się mieści Ekspedycya Odczytów.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

