

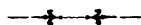
# GAZETA LEKARSKA

## I. DRGAWKI OGÓLNE U DZIECI.

(*Eclampsia infantum. Convulsiones*).

Napisał

**F. Arnstein** [Kutno-Ciechocinek].



Pod mianem drgawek ogólnych rozumiemy obraz chorobowy, polegający na nagłym wystąpieniu klonicznych i tonicznych skurczów mięśni twarzy, tułowia i kończyn ze współczesną utratą przytomności.

Powstanie swe zawdzięczają one całemu szeregowi czynników usposabiających i przyczyn wywołujących, a towarzyszą licznym bardzo sprawom chorobowym. Stanowią z tego powodu jedno z najczęstszych cierpień wieku dziecięcego, posiadają tak wielkie i różnorodne znaczenie dla przyszłości i życia dziecka i do tego stopnia występują na pierwszy plan w obrazie klinicznym choroby, że jakkolwiek są tylko przypadłością, objawem chorobowym, to jednak stanowią niejako oddzielną postać chorobową, jednostkę patologiczną, w każdym niemal podręczniku pediatrii oddzielnie rozpatrywaną.

Odróżniają od dawna dwie postaci drgawek ogólnych u dzieci: pierwotną, idyopatyczną, samoistnie powstającą pod wpływem pewnych czynników przyczynowych (*eclampsia infantum stricte sic dicta, essentialis*) i wtórną, objawową, towarzyszącą różnym sprawom chorobowym. W miarę jednak lepszego poznania ich przyczyn, przyrody i pochodzenia, przypadki drgawek, któreby trzeba zaliczyć do idyopatycznej postaci, stają się stopniowo coraz rzadsze; najczęściej bowiem, jak się przekonano, zależą one wprost lub są w pośrednim związku z pewnymi określonymi stanami chorobowymi.

Patogeneza i przyczyny drgawek ogólnych u dzieci stanowią jedną z najważniejszych i najbardziej zawitych kwestyi w nauce o tej przypadłości chorobowej; zajmowały one też zawsze i ciągle jeszcze zajmują uwagę lekarzy. Powstanie drgawek u dzieci i wielką ich częstość w wieku dziecięcym w rozmaity sobie sposób tłómaczono, już to nadmierną pobudliwością narządu nerwowego obwodowego i ośrodkowego i teorią odruchową, już gorączką, towarzyszącą chorobom ostrym gorączkowym. W ostatnich dopiero czasach jednak

patogeneza większości drgawek została lepiej rozjaśniona dzięki pracom doświadczalnym nad toksycznością krwi i moczu w stanach chorobowych.

Drgawki ogólne u dzieci powstają przez podrażnienie narządu nerwowego ośrodkowego. Jest to fakt doświadczalnie stwierdzony. NOTHNAGEL <sup>1)</sup> czyni je zależnymi od podrażnienia ośrodka drgawkowego (*Krampfcentrum*), umiejscowionego, podług niego, w moście WAROLA. Inni jednak badacze, jak FRITSCH i HITZIG <sup>2)</sup>, UNVERRICHT <sup>3)</sup>, MUNK <sup>4)</sup> i wielu innych wykazali, że zapomocą sztucznego podrażnienia innych części narządu nerwowego ośrodkowego, a szczególniej substancji korowej, można wywołać ruchy drgawkowe u zwierząt, z czego mamy dane do przypuszczenia, że i w stanach chorobowych wszelkie podrażnienie ośrodkowego narządu nerwowego może wpłynąć na powstanie drgawek. Większą zaś skłonność i częstość drgawek u dzieci, aniżeli u dorosłych od dawna tłumaczą sobie wyłącznie większą pobudliwością narządu nerwowego u dzieci. SOLTMAN <sup>5)</sup> na drodze doświadczałnej wykazał znaczną pobudliwość nerwów obwodowych i łatwość, z jaką wywołać można odruchy u noworodków i ssawców szczególniej w drugiej połowie pierwszego roku życia. W tej zwiększonej pobudliwości narządu nerwowego tkwi niewątpliwie jedna z najważniejszych, choć nie jedyna, jak to niżej zobaczymy, przyczyna większej częstości drgawek u dzieci, aniżeli u dorosłych w odpowiednich i jednakowych warunkach.

Podrażnienie narządu nerwowego, sprowadzające drgawki u dzieci, może powstać w rozmaity sposób. Może ono być przedewszystkiem bezpośrednio wywołane przez czasowe lub stałe zmiany anatomo-patologiczne w narządzie nerwowym ośrodkowym. Przekrwienie i obrzęk opon mózgowych i mózgu z jednej, a niedokrwistość z drugiej strony, sprawy zapalne ostre i przewlekłe, wylewy krwi, guzy i t. p. są częstym źródłem drgawek u dzieci.

Częściej jednak drgawki u dzieci powstają przez podrażnienie ośrodków nerwowych drogą pośrednią przy różnych stanach chorobowych. Dawniej objaśniano je sobie głównie teorią odruchową lub, jak przy ostrych stanach gorączkowych, nadmiernem ogrzaniem mózgu. Nowsze jednak badania doświadczałne rzuciły nieco jaśniejsze światło na patogenezę większości drgawek u dzieci; wykazały one bowiem, że podrażnienie ośrodków nerwowych, wywołujące drgawki u dzieci, powstaje skutkiem działania substancji trujących [toksyn], wytworzonych w ustroju i krążących we krwi.

Interesujące badania doświadczałne BOUCHARD'a <sup>6)</sup> nad samozakażeniem i toksycznością moczu w stanach chorobowych stały się punktem wyjścia dla badań nad patogenezą drgawek u dzieci w różnych stanach chorobowych. Ba-

---

<sup>1)</sup> NOTHNAGEL. Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. 1889.

<sup>2)</sup> FRITSCH i HITZIG. Untersuchungen über das Gehirn. 1870.

<sup>3)</sup> UNVERRICHT. ZIEMSEN's Archiv für klin. Medizin. 1889.

<sup>4)</sup> MUNK. Sitzungsberichte der k. Akademie der Wissenschaften. 1890.

<sup>5)</sup> SOLTMAN. Eclampsia infantum w GERHARD'a Handbuch der Kinderkrankheiten. tom V i w Realencyclopaedie EULENBURG'a.

<sup>6)</sup> BOUCHARD. Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies.

dania te, przeprowadzone przez KORNELIĘ CHERNBACH <sup>1)</sup> z Bukaresztu i przedstawione przez nią na międzynarodowym Kongresie w Rzymie w r. 1894, przyczyniły się do rozjaśnienia patogenezy drgawek u dzieci. Wykazały one, że 1) mocz przy stanach drgawkowych, zastrzyknięty do żyły królika, sprowadza u niego silnego natężenia drgawki kloniczne i toniczne; 2) drgawki te występują o wiele szybciej i są silniejsze, aniżeli wywołane przez mocz normalny; 3) mocz dzieci, chorych na drgawki, posiada daleko wyższą siłę toksyczną, gdyż wywołuje drgawki o wiele szybciej i silniejsze, aniżeli mocz dorosłych przy tych samych warunkach i 4) bromek potasu, zastrzyknięty zwierzęciu razem z moczem chorych na drgawki, zmniejsza natężenie ich lub nawet nie dopuszcza do ich pojawienia się.

Badania te z jednej strony dowodzą, że drgawki u dzieci powstać mogą skutkiem znajdujących się we krwi substancji trujących, które wytwarzając się w ustroju w różnych stanach chorobowych, zostają zapomocą obiegu krwi zanieśione do ośrodków nerwowych, wywołując w nich podrażnienie ze wszystkimi jego następstwami; z drugiej strony tłumaczą nam większą częstość drgawek u dzieci, aniżeli u dorosłych w odpowiednich stanach chorobowych.

Teoria intoksykacyjna w zupełności i najlepiej nam tłumaczy powstanie większości drgawek u dzieci w różnych stanach chorobowych; zająć przeto musi pierwsze miejsce w ich patogenezie. Dwoma więc podanymi wyżej sposobami, t. j. zmianami anatomicznymi w mózgu i teorią intoksykacyjną możemy sobie w zupełności wytłumaczyć powstanie większej części drgawek u dzieci. Pozostaje jeszcze pewna liczba drgawek, które albo wcale, albo dziś jeszcze na mocy dotychczasowych naszych wiadomości żadną z powyższych teorii wyjaśnić sobie nie potrafimy, jak to zaraz zobaczymy, mówiąc o przyczynach drgawek u dzieci.

Przyczyny drgawek u dzieci są bardzo liczne. Podzielić je można na usposabiające i wywołujące. Do pierwszych przedewszystkiem należy młody wiek dzieci. W pierwszej jednak połowie pierwszego roku życia drgawki nie są zbyt częste, co SOLTMAN na mocy swych badań tłumaczy tem, że pobudliwość tak ruchowych, jak i czuciowych nerwów w tym wieku jest mniejsza, aniżeli począwszy od drugiej połowy pierwszego roku życia, w którym to czasie pobudliwość ta stopniowo się zwiększa i staje się bardzo znaczną. Sądzę, że mniejszą częstość drgawek u noworodków można sobie też objaśnić i tem, że przyczyny wywołujące drgawki, szczególnie ostrze zaburzenia żołądkowe i choroby zakaźne rzadziej się zdarzają w pierwszej połowie pierwszego roku życia, aniżeli później. Począwszy od drugiej połowy pierwszego roku życia do końca drugiego roku usposobienie do drgawek jest największe. Po drugim roku życia usposobienie to stopniowo się zmniejsza tak, że drgawki stają się rzadsze i powstają tylko pod wpływem cięższych zaburzeń w ustroju; po siódmym roku życia już się rzadko z drgawkami spotykamy. Na 156 przypadków drgawek u dzieci, obserwowanych przeze mnie w ostatnich 10-iu latach, przypadało 57 na pierwszy

<sup>1)</sup> Etude experimentale et clinique sur les convulsions infantiles. 1894.

rok życia, 66 na drugi, 26 między drugim a szóstym rokiem, 7 po 6-tym roku życia.

Płeć nie odgrywa prawie żadnej roli w etyologii drgawek u dzieci. Na 156 przypadków przypadało na płeć męską 79, żeńską 77.

Dziedziczność zdaje się odgrywać pewną rolę w powstaniu drgawek. Są rodziny, gdzie dzieci częściej zapadają na drgawki i to pod wpływem nieznacznych przyczyn, które u innych rzadko je wywołują.

Ciekawe jest pod tym względem spostrzeżenie BONCHUT'a: w rodzinie z 10-iu dzieci złożonej wszystkie w młodym wieku miały drgawki; jedno z nich, dziewczynka po wyjściu za mąż urodziła 10-cioro dzieci, z których wszystkie, z wyjątkiem jednego, miały drgawki.

Wpływ dziedziczności objawia się głównie u dzieci rodziców, obciążonych usposobieniem neuropatycznym; przykłady tego podają: BONCHUT, SOLTMAN i inni.

Do przyczyn, usposabiających do drgawek u dzieci, zaliczyć należy wszelkie wpływy osłabiające ustrój, wpływy psychiczne; niektórzy też zaliczają krzywicę.

Przyczyny, wywołujące drgawki u dzieci, są bardzo liczne. Ze względów praktycznych podzielić je można zgodnie z ich patogenezą na mózgowe, t. j. zależne od zmian anatomicznych w mózgu i niemózgowe zależne od stanów chorobowych w innych narządach.

Przyczyną drgawek mózgowych u dzieci są wszelkie sprawy chorobowe ostre i przewlekłe, umiejscowione w oponach mózgowych i w samym mózgu, a więc ostre i przewlekłe zapalenie opon i mózgu, przekrwienia i przesiąki [wodogłowie], wylewy krwi i t. p. Pośrednie miejsce między drgawki mózgowymi a niemózgowymi zajmuje padaczka, przy której nieraz znajdowano zmiany w mózgu; w innych razach, pomimo najszczegółowszego badania, żadnych nie wykryto. Godnem jest zaznaczenia, że wyżej wspomniana KORNELIA CHERNBACH, zastrzykując mocz chorych na padaczkę zwierzętom, wywoływała drgawki, co dowodzi że drgawki przy padaczce mogą być pochodzenia toksycznego.

Daleko częstsze są u dzieci drgawki niemózgowe, t. j. zależne od chorób nie umiejscowionych w mózgu. Tu należą głównie choroby zakaźne, ostre zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, otrucia, jako też mocznica.

Choroby zakaźne są najczęstszą przyczyną drgawek u dzieci. Na 247 przypadków drgawek u dzieci, spostrzeganych przez KORNELIĘ CHERNBACH w szpitalu w Bukareszcie, u 64-eh, t. j. prawie czwartej części przyczyną drgawek były choroby zakaźne.

Niema prawie choroby zakaźnej u dzieci, przy którejby nie spostrzegano drgawek. Najczęściej widzimy je w początkowym okresie płonicy, ospy, zapalenia płuc, rzadziej w odrze. Nie mniej widziano drgawki w ospie wietrznej, w gorączce po zaszczepieniu limfy ospowej [BONCHUT]. W zimnicy u małych dzieci drgawki zastępują dreszcze. GRIESINGER, SOLTSMANN i inni twierdzą, że drgawki są bardzo częste u dzieci, chorych na zimnicę. Ja sam przed kilkunastu laty opisałem kilka przypadków zimnicy u dzieci, której

towarzyszyły ciężkie objawy mózgowe wraz z powtarzającymi się drgawkami, a które ustąpiły dopiero po podaniu dużych dawek chininy. Do chorób zakaźnych, przy których spostrzegano drgawki u dzieci, należy krztusiec w okresie kurczowym.

Drgawki w chorobach zakaźnych u dzieci zjawiają na samym początku choroby wraz z pojawieniem się gorączki (*stadium invasionis*) i mają to samo znaczenie, co dreszcze u dorosłych, lub też, co rzadziej ma miejsce, w dalszym przebiegu choroby. Tak jedne, jak i drugie dają się najczęściej a może jedynie objaśnić teorią intoksykacyjną pochodzenia pasożytniczego. Dawniejsi lekarze tłumaczyli sobie powstanie drgawek w chorobach zakaźnych ostrych gorączką im towarzyszącą, zbytniem rozgrzaniem substancji mózgowej; obecnie odmawiają gorączce wpływu na powstanie drgawek, czy jednak słusznie—trudno orzec wobec braku ściśle naukowych danych, wykazujących wpływ wysokiej ciepłoty krwi na powstanie drgawek. Powstanie drgawek w krztuścu tłumaczy HENOCH otruciem kwasem węglowym, GERHARD—niedokrwistością mózgu, powstałą podczas napadu kaszlu. Widziano też drgawki z następczem porażeniem połowy ciała w krztuścu w skutek wylewu krwi do mózgu, powstałego podczas silnego napadu kaszlu.

Winniśmy tu jeszcze dodać, że wiele chorób zakaźnych u dzieci w dalszym przebiegu wikła się prawdziwem zapaleniem opon mózgowych, które może być bezpośrednią przyczyną drgawek; o ile więc drgawki w początkowym okresie choroby zakaźnej są prawie zawsze pochodzenia intoksykacyjnego, o tyle w dalszym przebiegu mogą być pochodzenia mózgowego lub intoksykacyjnego lub jednego i drugiego razem.

Ostre zaburzenia żołądkowo-kiszkowe stanowią u małych dzieci częstą przyczynę drgawek ogólnych i po chorobach zakaźnych zajmują pierwsze miejsce w etyologii drgawek u dzieci. Objaśniano je sobie dawniej teorią odruchową. Nowsze jednak badania nad samozakażeniem pochodzenia kiszkowego ani wątpić pozwalają, że powstają one pod wpływem substancji trujących, wytwarzanych w kanale pokarmowym dzieci przy udziale znajdujących się w nim pasożytów i następnie wessanych do krwi.

Otrucia są stosunkowo rzadką przyczyną drgawek u dzieci. Widziano nieraz drgawki u dzieci po dużych dawkach makowca, po atropinie, santonie, po dużych dawkach napojów wyskokowych nawet u dzieci starszych, jako też u ssawców, karmionych piersią mamki, nadużywającej napojów wyskokowych.

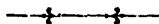
Na tę ostatnią okoliczność należy szczególniejszą zwrócić uwagę, gdyż może stać się źródłem często powtarzających się drgawek.

[C. d. n.].

## O ZNACZENIU LECZNICZEM ALBOFERYNY.

Podał

Stanisław Zembrzuski.



Alboferyna jest preparatem, zawierającym żelazo i fosfor, organicznie z białkiem połączone.

Analiza chemiczna, dokonana w „*k. k. Allgemeine Untersuchungs-Anstalt für Lebensmittel*” w Wiedniu, wykazała: białka 90,14%, żelaza 0,63%, kwasu fosforowego 0,324%.

Jest to brunatny proszek bez zapachu, smaku krwi; w zimnej wodzie rozpuszcza się łatwo i całkowicie, po dodaniu sztucznego soku żołądkowego — natychmiast. Rozczyn alboferyny ma reakcję neutralną; przy gotowaniu nie ścina się, przy ciepłocie wrzenia pozostaje przezroczystym. Tylko bardzo silne środki utleniające, spalanie lub spopielanie mogą odłączyć od białka żelazo i fosfor; sok żołądkowy dokonać tego nie może [REICHELTL].

Badanie bakteriologiczne alboferyny zostało łaskawie zrobione w Instytucie dra PALMIRSKIEGO: była ona wysiana na podłożach stałych [agar] i płynnych [bulion]; prócz tego założono płytki na szalkach PERNI'ego. Badanie trwało 8 dni. Na agarze w połowie przypadków wyrosło kilka kolonii pleśni i koki z powietrza; bulion pozostał zupełnie przezroczystym. Nie znaleziono żadnych drobnoustrojów chorobotwórczych. Cały szereg lekarzy [REICHELTL, FUCHS, KLUK-KŁUCZYŃSKI, ZANIETOWSKI, MEITNER, VECSEY i inni] stosował alboferynę przy anemii, błednicy, krzywicy, neurastenii, nieżycie żołądka, rekonwalescencji z bardzo dobrym wynikiem. Nie wywoływała żadnych zaburzeń przewodu pokarmowego, wzmagał się apetyt, chorym przybywało na wadze, pozbywali się w krótkim czasie przykrych podmiotowych dolegliwości i w znacznej większości przypadków powracali do zupełnego zdrowia.

Dawka alboferyny w proszku: dla dorosłych trzy razy dziennie po łyżce stołowej, dla dzieci po łyżeczce od kawy; w tabletkach: dla pierwszych 3—4 razy dziennie po 4—5 tabl., dla drugich o połowę mniej.

Na propozycję dra ANDERSA zacząłem stosować alboferynę w Domu Wychowawczym u dzieci.

Początkowo dawałem ją ssawcom w wieku od 4-ch do 13-tu miesięcy w ilości  $\frac{1}{2}$  do całej łyżeczki od herbaty dziennie. Większe dawki wywoływały silne zaburzenia w trawieniu: wymioty i częste, wolne, czarne stolce.

Przytaczam tu moje obserwacje:

1. Tekla S., 12-miesięczna, dziecko anemiczne, złego odżywienia, krzywica; waga 8000; stolce dobre. Po miesięcznem używaniu alboferyny waga ta

sama, ogólny stan bez zmiany, na apetyt żadnego wpływu. W ciągu pierwszych trzech dni stolce wolniejsze.

2. Bronisława W., 13-mies., anemiczna, apatyczna; krzywica; waga 7240; stolce dobre. Od 2. XII. do 10. XII. otrzymuje alboferynę; przez cały ten czas częste płynne stolce; ubyło na wadze 540 gr. Przestałem dawać alboferynę—po dwóch dniach stolce dobre. Dnia 13. XII. znowu dostaje alboferynę w tej samej dawce; 31. XII. waga 7900, stolce przez cały czas dobre.

3. Frania O., 9-mies., anemia, krzywica; od dłuższego czasu ubywa jej na wadze. Od 10. XII. do 16. XII. otrzymuje alboferynę; przez cały czas biegunka. Zmiana mamki bez wpływu. Przestałem dawać alboferynę; na trzeci dzień dobre stolce.

4. Ola L., 12 mies., wątłe dziecko; krzywica; brak apetytu; stolce dobre. Brała alboferynę trzy razy w odstępach tygodniowych; za każdym razem po 2—3-ch dniach biegunka. W przerwach miała stolce dobre.

5. Cecylia O., 6-mies., wycieńczone, rachityczne dziecko; waga 4000. Po tygodniowym używaniu alboferyny waga ta sama i silne zaparcia.

6. Joasia S., 10-mies., anemiczna; krzywica; brak apetytu; waga 6200. Od 2. XII. do 18. XII. dostaje alboferynę; waga 6150. Stolce przez cały czas dobre.

7. Franio M., 13-mies., złego odżywienia; krzywica; brak apetytu. Próbowalem 4 razy dawać alboferynę—zawsze wymioty i rozwolnienie.

8. Józio S., 4-mies., słabego odżywienia; krzywica; *bronchitis sicca*; waga ciągle się waha. 7. I. waga 3720. Otrzymuje alboferynę; 18. I. waga 4400; 4. II.—4250; 11. II.—3990. Przestałem dawać alboferynę; 25. II. waga 5000. Przez cały czas stolce były dobre. *Bronchitis in statu quo.*

Trzeba więc było w połowie przypadków zaniechać dawania alboferyny z powodu zaburzeń przewodu pokarmowego: trzy razy z powodu biegunki, raz z powodu zaparcia. Reszta dzieci znosiła alboferynę dobrze, jednak na wadze przybyło tylko jednemu. W przypadku № 8 waga podlegała ciągłym wahaniom tak przy używaniu alboferyny, jak i bez niej. Wobec tak ujemnych wyników przestałem podawać alboferynę ssawcom, a zacząłem ją stosować u starszych dzieci.

Otrzymywało alboferynę w ciągu 6-iu tygodni 4-ch chłopców i 6 dziewcząt w wieku od 8-iu do 12-tu lat, wszystko dzieci anemiczne z deformacjami rachitycznymi kośćca; wśród nich troje bardzo nerwowych, wrażliwych, dwoje apatycznych, leniwych. Z wyjątkiem jednego chłopca, wszystkie dzieci uczęszczały do szkoły.

Z pośród nich na wadze przybyło tylko 2-m chłopcom: jednemu 300 grm., drugiemu 1800; ten ostatni pozostawał w infirmaryi. Czworgu ubyło na wadze od 200-tu do 400-tu gr. Stan ogólny wszystkich pozostał bez zmiany. Na apetyt alboferyna nie miała wpływu.

Podawałem wreszcie alboferynę w ciągu 6-iu tygodni w blednicy w 4-ch przypadkach. W dwóch przypadkach dziewczęta, w wieku lat 15-tu, pozostały w tych samych warunkach życiowych, w dwóch drugich został zmieniony cały tryb życia, uregulowana dyeta. Stan pierwszych dwóch pozostał bez zmiany:

uskarżają się w dalszym ciągu i w tym samym stopniu na bóle głowy, bicia serca, brak apetytu; ilość hemoglobiny ta sama; na wadze im nie przybyło. W dwóch drugich przypadkach zaszła widoczna zmiana na korzyść: u jednej z dziewcząt ilość hemoglobiny z 70 podniosła się do 95, u drugiej z 65 do 88; przedmiotowe objawy jak: bóle głowy, zawroty, bicia serca i t. d. występują o wiele rzadziej i słabiej.

Na podstawie tych prób doszedłem do przekonania, że alboferyna dla niemowląt nie jest odpowiednim przetworem, gdyż wywołuje często zaburzenia w trawieniu, nie przyczyniając się wcale do polepszenia stanu ogólnego; chociaż starsze dzieci znoszą ją dobrze, to jednak pozostaje ona bez skutku, jeżeli polegając tylko na niej, nie będziemy stosowali innych środków leczniczych, nie zmienimy warunków życia na lepsze. Sądzę, że te ostatnie odgrywały, jeżeli nie wyłączną, to przynajmniej główną rolę w przypadkach, w których stwierdziłem polepszenie.

Alboferyna ma jeszcze tu wadę, że jest względnie droga, a więc dla szerszego ogółu mniej dostępna.

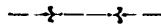
---

### III. Przyczynę do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego.

Podał

**Alfons Malinowski,**

starszy ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 25].

Dyfteryt albo dyfteroid płonicy, *laringitis scarlatinosa*.

Przed odkryciem laseczników LOEFFLER'a, które są przyczyną czystych form błonicy, zdania klinicystów były podzielone co do natury dyfterytu szkarlatynowego.

Przyczyną tego była ta okoliczność, że dyfteryt bez towarzyszącej wysypki, czyli czysty a raczej samoistny, częściej się pojawia w postaci białych, twardych, wyraźnie ograniczonych nalotów, zwykle na migdałach lub łukach, rzadko na podniebieniu miękkim i twardym lub tylnej ścianie gardzieli, niema skłonności do zajmowania jamy noso-gardzielowej i jam nosowych lub trąbki EUSTACHIUSZA i ucha środkowego. Wyjątkowo rzadko przedstawia się pod postacią nalotów rozlanych, niezbyt ściśle związanych z błoną śluzową, rzadko również zaczyna się na błonie śluzowej jam nosowych, skąd następnie rozsze-



rza się na gardziel, jamę ustną, podniebienie, język. Dyfteryt czysty albo samoistny nie zbyt często przechodzi na krtań, wywołując krup błonicy zstępujący.

Dyfteryt szkarlatynowy ma cechy kliniczne następujące:

Naloty wyjątkowo przedstawiają się jako białe ściśle, błony stanowiące część błony śluzowej. Zwykle początkowa forma dyfterytu szkarlatynowego ma wygląd nacieczenia żółtawo-szarego, malej spoistości; nacieczenie jest najgrubsze w środku; grubość jego zmniejsza się ku obwodowi, umiejscawia się na migdałach lub łukach, odznacza się skłonnością do rozszerzania się na podniebienie miękkie i twarde i języczek, na jamę noso-gardzielową i nosową, na trąbkę EUSTACHIUSZA. Nacieczenie zajmuje większą lub mniejszą warstwę na błonie śluzowej i na migdałach, nie wywołując zgorzeli *en masse* w tkance, lecz małymi ogniskami, wskutek czego owrzodzenia mają wygląd gabkowaty, porowaty.

Spoistość nalotów jest rozmaita, niekiedy są wiotkie i to tem więcej, im więcej są rozlane po błonie śluzowej. Zdjęte penzlem, szybko tworzą się na nowo. Nacieczenia dyfterytu szkarlatynowego szerząc się wgłąb, wywołują postaci septyczne, o barwie czarno-szarej. Rzadko szerzą się na krtań, wywołując krup przy szkarlatynie.

Formom tym towarzyszy zawsze obrzmienie gruczołów podszczękowych lub przyusznych, dość często *otitis externa* i *media* oraz *ozaena diphtheroides*. Pierwotny nieżyt nosa dyfterytyczny towarzyszy zawsze ciężkim formom płonicy i przechodzi następnie na gardziel i trąbkę EUSTACHIUSZA.

W pracy mej o leczeniu dyfterytu szkarlatynowego <sup>1)</sup> podałem charakterystyczne cechy kliniczne rozmaitych postaci tego cierpienia. Tu więc pominię szczegóły, aby się zająć krupem szkarlatynowym, o którym w krótkości w powyższej pracy wspomniałem. Ponieważ uwaga w krupie płonicy [szkarlatynowym] wywołała ustne [dlaczego nie piśmienne?] zaprzeczenia pediatrów w Warszawie co do możliwości istnienia krupu w szkarlatynie, tem chętniej przeto zajmuję się dzisiaj tym przedmiotem, mając na poparcie mych twierdzeń materiał kliniczny dostatecznie przekonujący.

Jeżeli jeszcze są pediatrzy, którzy nigdy krupu w szkarlatynie nie widzieli, dowodzi to tylko, że ta forma chorobowa zdarza się stosunkowo rzadko. Nawet podręczniki pediatriczne nie wspominają o tem. Jeżeli jednak pewne powikłanie zdarza się rzadko, należy je tem bardziej znać i umieć w danym razie leczyć, a zwłaszcza rozpoznawać.

Krup szkarlatynowy bywa pierwotny i następny.

Krup pierwotny cechuje się wysoką gorączką, chrypką większą lub mniejszą połączoną z charakterystycznym kaszlem bezdźwięcznym, nie szczekającym, jak w odrze lub w krupie samoistnym, lecz zbliżonym do kaszlu przy gruźlicy krtani. Stopniowo nastaje utrata głosu i zwężenie dróg oddechowych; szybko, bo na 2 — 3 dzień pojawiają się naloty w gardle, wysyp-

<sup>1)</sup> Gaz. Lek.

ka szkarlatynowa na skórze i rozwija się dalej typowy obraz szkarlatyny, powikłanej krupem.

Jako przykład podaję opis następujących przypadków.

1. Teofila S., lat 12, zachorowała d. 30. XI. 1901 na silny ból gardła, chrypkę, ogólne osłabienie przy gorączce 40°. Wezwany dnia następnego, znalazłem zaczerwienienie gardzieli, kaszel krupowy, głos ochrypły i ciepłotę 40°, tętno 120, ból głowy i ogólne osłabienie. Zaleciłem środki wewnętrzne odpowiednie i inhalacje.

Dnia 1. XII. przy wzmagających się objawach zwężenia krtani, pojawiła się wysypka punkcikowata, rozlana na całym ciele. Ciepłota 40,2°, gardziel czerwona, nalotów niema. Nie miałem wątpliwości co do natury choroby, którą rozpoznałem jako krup ze szkarlatyną. Ponieważ dnia następnego przy zupełnym wykwicie wysypki zwężenie krtani i bezgłos zwiększały się, zastrzyknąłem flaszeczkę surowicy przeciwbłoniczej.

Dnia 3. XII. W gardzieli pojawił się nalot na prawym migdale — zwężenie krtani i bezgłos *in statu quo* — wysypka kwitnie. Odtąd następuje stopniowe polepszenie: objawy zwężenia krtani i chrypka powoli się zmniejszają i znikają zupełnie, gardziel oczyszcza się. Około 10-go dnia choroby wysypka znika, łuszczenie naskórka obfite. Okres zdrowienia prawidłowy. Chora jest uczennicą pensyi, na której kilkanaście jej koleżanek w owym czasie chorowało na szkarlatynę.

2. Chłopczyk, lat 4, syn koszykarza z ulicy Brackiej. Zachorował na wiosnę r. b. na szkarlatynę z powikłaniem ze strony gardła i nosa. Leczony był przez felczera. W końcu pierwszego tygodnia choroby u dziecka wystąpiła chrypka i objawy zwężenia krtani. Ponieważ felczer nie umiał już sobie poradzić, wezwano mnie. Znalazłem wysypkę błędną, miejscami łuszczenie naskórka, ciepłota 39°, w gardle rozsmazane naloty, zwężenie krtani i bezgłos. Zastrzyknąłem jeden flakon surowicy PALMIRSKIEGO. Stopniowe polepszenie i wyzdrowienie.

3. Chłopczyk, lat 5, brat poprzedniego chorował jednocześnie na szkarlatynę z zajęciem gardła i nosa. Naloty w gardle nie miały skłonności do znikania, pod koniec 2-go tygodnia chory zaczął kaszleć krupowo. Wezwany, zastrzyknąłem 1000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej PALMIRSKIEGO. Głos stopniowo wyjaśnił się, kaszel zmienił charakter i ustał. Wyzdrowienie.

Dwa ostatnie przypadki przedstawiają obraz krupu zstępującego, w szkarlatynie zdarzający się rzadko, nie należący jednak do białych krupów klinicznych.

Praktyka szpitalna dostarcza mi pod tym względem jeszcze obfitszego materiału, który poniżej podaję. Częstość pojawiania się takich przypadków, a zwłaszcza krupów w płonicy, zależy od charakteru epidemii. Niekiedy mija lat kilka i chorych takich nie spotykamy. Rok zeszły i bieżący, przeciwnie, obfituje w tego rodzaju przypadki. Naturalnie, przy rozpoznawaniu ich należy odnosić się krytycznie zwłaszcza w leczeniu surowicą, po której często zjawia się wysypka 9—11-go dnia. Jeżeli jednak wysypka pojawia się 2 — 3 — 4-go dnia przy wysokiej ciepłocie i następuje potem łuszczenie, wtedy wszystko

przemawia za płonicą, której zarazka nie znając, niestety, bakteriologicznie potwierdzić nie możemy. Klinicznie jednak rozpoznać jesteśmy w prawie, tak samo jak rozpoznajemy u chorych na odrę lub *vice versa*. Rozpoznanie błonicy lub krupu u takich chorych jest łatwe i stwierdzone być może zapomocą hodowli, zresztą seroterapia skutecznością swoją potwierdza rozpoznanie.

Przypadki takie, wbrew twierdzeniu pedyatrów niemieckich, odznaczają się pomyślnym przebiegiem, pomimo, że błonica gardła niekiedy wywołuje wtórne naloty, a wysypka płonicowa, zbladłszy na 24 godziny, znowu powtórnie wykwita. Nie należy tego jednak uważać za recydywę płonicy, ponieważ ciepłota ciała ciągle trzyma się tu wysoko i niema zupełnej zniżki do granic normalnych ani na chwilę. Recydywą płonicy nazywam wtórne pojawienie się wysypki po 8—20-u dniach u renkowalescenta niegorączkującego, u którego wysypka znikła zupełnie i nastąpił okres łuszczenia. Ponieważ recydywy płonicy i zachorowanie na tę chorobę powtórnie u publiczności a nawet u lekarzy wzbudzają pewne wątpliwości i niedowierzanie, co ze względu na następce powikłania płonicy i rozszerzanie się choroby przez zbyt wczesne łączenie rekonwalescentów ze zdrowymi zwykle sprowadza ze sobą nieprzyjemne następstwa, uważam za niezbędne zaznaczyć w tem miejscu, że recydywy takie zdarzają się stosunkowo dosyć często. Chory taki powinien być oddzielony od zdrowych przez 6 tygodni od dnia nawrotu choroby, nie zaś od pierwszej wysypki licząc, i tem troskliwszą otoczony być winien opieką, ponieważ przy recydywie płonicy bardzo często występuje zapalenie nerek w ciężkiej formie, z krwawym moczem i mocznicą, obrzmienie gruczołów przyusznych, dyfteroid gardzieli i zapalenie ucha środkowego. Takie przypadki w ostatnich latach widywałem często w praktyce szpitalnej i miejskiej.

W następującym przypadku objawy zwężenia były nieznaczne przy istnieniu nalotów w gardzieli i krtani i wysypki płonicowej.

4. Chora lat 8, przybyła do oddziału płonicy d. 7 lipca 1902 roku. Od trzech dni chrypka, prawie bezgłos, ciepłota  $39^{\circ}$ , tętno 120; na tułowiu i kończynach wysypka punkcikowata, zlewająca się. Na obu migdałach nalot szaro-żółty w postaci nacieczeń na przestrzeni 5 milimetrów kwadratowych. Na nagłośni takież szaro-żółty nalot, cała krtąń zaczerwieniona i obrzmiała. Zastrzyknięto chorej 1 fl. surowicy przeciwbłoniczej. Zalecono wdychania roztworu kwasu bornego. Po upływie 48-u godzin wstrzyknąłem jeszcze 1 fl. surowicy przeciwbłoniczej. Wysypka płonicza po upływie tygodnia zniknęła, oddychanie stawało się stopniowo łatwiejsze, naloty w gardle znikły, owrzodzenie na nagłośni goiło się powoli, a chrypka ustąpiła dopiero po dwóch tygodniach.

5. Chora, lat 6 licząca, przybyła do szpitala 25 kwietnia 1902 r. z nalotami na migdałach. Gruczoły podżuchwowe obrzmiały, ciepłota  $38,1^{\circ}$ . Zastrzyknięto 1 flakon surowicy przeciwbłoniczej.

26. IV. Stan bez zmian; ciepłota  $39^{\circ}$ .

27. IV. Wysypka rozlana punkcikowata na całym ciele, ciepłota zrana  $38^{\circ}$  wieczorem  $39^{\circ}$ .

29. IV. Naloty znikły — wysypka blednie, c.  $37,5^{\circ}$ .

13. V. Wystąpiły bóle w stawach kończyn górnych i dolnych, zależne od surowicy i towarzyszące przez 48 godzin. — 20. V. chora dostała o lry.

Wypisała się zdrowa.

6. Chora, lat 4, przybyła do oddziału błonicy d. 22. I. 1902 r. z kaszlem krupowym, trwającym od 5-u dni i z objawami silnego zwężenia krtani i dusznością. W gardle nalotów niema, ciepłota zrana 38,2°, wieczorem 39°, tętno słabe. Zastrzyknięto 2 fl. surowicy przeciwbłoniczej.

23. I. Duszność większa, ciepłota 39°, na całym ciele wysypka płonicowa. Na pobniebieniu miękkim biały nalot. Przeniesiona do oddziału płonicy.

Wysypka trwała do 26. I., poczem zaczęło się łuszczenie naskórka, zwężenie stopniowo ustępowało, kaszel stał się wilgotny, naloty znikły, głos powracał.

17. II. wystąpiły objawy lekkiego zapalenia nerek, które w ciągu tygodnia znikły.

Z powodu nieżytu oskrzeli chora pozostawała dalej w oddziale płonicy.

17 kwietnia u chorej wystąpił kaszel krupowy, zwężenie stopniowe krtani i naloty na migdałach. Zastrzyknąłem 2 fl. surowicy przeciwbłoniczej.

Stan chorej stopniowo poprawiał się.

24. IV. Wysypka polimorfna, zależna od surowicy i bóle w stawach, ciepłota 38°.

25. IV. Polepszenie, wysypka znikła. Głos jeszcze nieczysty.

Chora zmuszona była z powodu chrypki przebyć w szpitalu jeszcze do 8-go maja.

Przypadek ten dowodzi, że krup płonicowy, pomimo że ustępuje pod działaniem surowicy przeciwbłoniczej, po upływie pewnego czasu może się powtarzać. Ponieważ zarazki błonice długo mogą się przechowywać w jamie ustnej, nosowej lub w krtani rekonwalescentów, możliwem jest w tym przypadku, że rozwinęły się one u chorej w krtani i w gardle po trzech miesiącach i wywołały krup powtórnie.

Wobec ustalonego faktu, że czysta błonica może wikłać płonicę w pierwszych już dniach choroby, tem śmielej można mówić o krupie w płonicy i o jego naturze i leczeniu. Dla wiadomości tych kolegów, którzy po przeczytaniu uwag moich o krupie w płonicy przed kilku laty, podawali w wątpliwość, że takie powikłanie jest możliwe, przytaczam fakty następujące. BRETONNEAU w 1826 roku twierdził wprawdzie jeszcze, że przy płonicy nigdy sprawa chorobowa z gardzieli nie przechodzi na krtani i tchawicę, HENOCII jednak już w r. 1878 roku opisał 8 przypadków płonicy z zajęciem dyfterytycznem krtani i nie kiedy przełyku przy objawach typowego krupu.

Z punktu bakteriologicznego ważnem jest, czy w krupie płonicowym znajdują się laseczniki LÖFFLER'a, czy nie, czy się znajdują od początku choroby, t. j. od chwili pojawienia się wysypki, czy też zakażenie następuje później już, w szpitalu. Dla klinicysty jest to mniej ważne. Jeżeli jednak krup występuje najpierw, a wysypka dopiero drugiego lub trzeciego dnia, jak to ma miejsce w moich kilku przypadkach, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zakażenie mieszane istnieje tu od początku. Dotychczas bowiem nikt z autorów nie opisał krupu płonicowego bez laseczników LÖFFLER'a. Słyszając jednak z wygłosu

nalotów w gardzieli i krtani przy płonicy w przypadkach, spostrzeganych przeze mnie, byłbym skłonny do przypuszczenia, że przy płonicy krup może zależeć nie tylko wyłącznie od laseczników LÖFFLER'a, lecz i od zakażenia mieszanego ze streptokokami i stafilocokami, a nawet w rzadkich przypadkach od tych ostatnich jedynie.

Naturalnie, objawy krupu nie są tak gwałtowne przy płonicy; zawsze jednak kaszel jest charakterystyczny, głos ochryply lub zupełny bezgłos, naloty na nagłośni, strunach głosowych lub innych miejscach krtani, rozmaitej wielkości i wyglądu, naloty na migdałach. Jednocześnie na skórze wysypka płonicowa. Niekiedy jednak zwężenie krtani bywa tak znaczne, że wymaga tracheotomii. Dowodzi tego następujący przypadek: W 1897 roku do mego oddziału błonicowego przybyła dziewczynka 7-letnia z nalotami w gardle, kaszlem krupowym i silnem zwężeniem krtani. Zastrzyknięto surowicę i wykonano tracheotomię. Następnego dnia przy wysokiej ciepłocie pojawiła się wysypka rozlana na całym ciele i z tego powodu chora przeniesioną została do oddziału płonicy.

Stosunek błonicy do płonicy z punktu klinicznego, bakteriologicznego i terapeutycznego od czasu odkrycia lasecznika LÖFFLER'a ściśle był badany przez autorów i klinicystów; rezultaty jednak, otrzymane przez nich, były różne i zależne od czasu, miejsca i charakteru epidemii. I tak, RANKE znajdował lasecznika LÖFFLER'a w 53,7% u chorych płonicowych, mających naloty w gardzieli, SELLNER na 103 przypadki płonicy znalazł laseczniki 2 razy [prawie 2%]. SOERENSEN na 1547 przypadków znalazł 38 razy, t. j. 2,5%, NEISSER i HEYMANN podają 7,5% GARRAT i WASHBOURNE — 1,2%, VARIOT — 5,7%, SOMMERFELD i BAGINSKY — 6%. Lasecznik więc LÖFFLER'a należy uważać za dodatek przypadkowy, za zakażenie dodatkowe przy płonicy, zależne od epidemii i warunków higienicznych tak w domu prywatnym, jak w szpitalu.

Lasecznik LÖFFLER'a bowiem znajdujemy nawet u chorych, nie mających nalotów w gardzieli przy płonicy np. przy *ang. lacunaris* lub *catarrhalis* (SELLNER). SCHABAD w Petersburgu, badając 214 chorych szkarlatynowych w dniu przyjęcia do szpitala, znalazł laseczniki w 6% przypadków wogóle, a w 11% przypadków, w których były naloty w gardzieli. — Twierdzi on, że jakkolwiek przy płonicy znajdujemy niekiedy laseczniki pseudodyfterytyczne, które od prawdziwych odróżnić można tylko zapomocą hodowli na bulionie i szczepień świnkom morskim, to jednakże w większości przypadków znajdujemy przy płonicy prawdziwe laseczniki LÖFFLER'a. Błonica zatem może towarzyszyć płonicy jako powikłanie. Zależnie od okresu czasu, w jakim to powikłanie występuje, można znaleźć laseczniki błonicy:

- 1) w początku płonicy, t. j. 1—2—3 dnia, a nawet przed wysypką,
- 2) w końcu 1-go tygodnia, 7—8 dnia,
- 3) w 4-ym lub 5-ym tygodniu płonicy, t. j. w okresie zdrowienia.

[D. n.].

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 3. O sposobach stosowania surowicy przeciwbłoniczej.—Wstrzykiwanie do żył.

Wstrzykiwanie surowicy pod skórę nie jest jedyną drogą, którą ten środek wprowadzić można do chorego ustroju. Przed kilku laty zamiast wstrzykiwań podskórnych używałem surowicy *per os* i przekonałem się, że działa równie skutecznie. Przy użyciu jednak przez usta działanie to jest daleko powolniejsze i wymaga większych dawek, aniżeli przy wstrzykiwaniach pod skórę. Zależy to niewątpliwie od zmian własności antytoksyn, wywołanych w żołądku przez soki żołądkowe, w kiszkiach przez domieszkę żółci i soków kiszkiowych, a może i od tego, że nie cała ilość surowicy dostaje się do obiegu krwi. Wprowadzenie więc tą drogą surowicy do obiegu krwi nie może mieć zastosowania szerszego przy błonicy, gdzie idzie o spieszne działanie antytoksyny na zakażony ustrój chorego w chorobie gwałtownie przebiegającej.

Oprócz jednak wstrzykiwań podskórnych jest jeszcze sposób wprowadzenia surowicy do krwi zapomocą wstrzykiwań do żył bezpośrednio.

Jeszcze w 1899 roku PERINI przekonał się, że wstrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej do żył u zwierząt daleko prędzej uodpornia je, aniżeli wstrzykiwanie podskórne.

SILVA zastosował tę metodę u dzieci z dobrym skutkiem przy błonicy.

SELAVO i GAGNOVI w Siennie robili u trojga małych dzieci, chorych na krup błonicy, wstrzykiwania surowicy do żył, przyczem zauważyli szybkie obniżanie się ciepłoty, ustępowanie zwężenia krtań, i znikanie błon.

W r. 1902 CAIRUS w Glasgowie leczył w ten sposób 20-uchorych w szpitalu również z dobrym wynikiem.

W tymże roku MONGOUR, profesor w Bordeaux robił wstrzykiwania surowicy do żył u trzech chorych <sup>1)</sup>:

W pierwszym przypadku u 9-letniego chłopca trzeciego dnia choroby, przy trudnem oddychaniu, niestannych wymiotach, obrzmieniu gruczołów i przy objawach rozpoczynającego się porażenia opuszkowego, MONGOUR zastrzyknął do żyły 20 cc. surowicy rano i tyleż wieczorem.

Po 24-ch godzinach stan chorego zaczął się poprawiać. W błonach znaleziono laseczniki LÖFFLER'a. Mimo to chory dostał podskórnie 20 cc. surowicy, a po 48 godzinach jeszcze taką samą dawkę podskórnie. Razem więc 80 cc. surowicy wciągu 72 godzin.—Wyzdrowienie.

Inna chora dziewczyna, 10-letnia z objawami ciężkiej błonicy i porażenia opuszkowego, dostała wciągu 48-iu godzin 90 cc. surowicy: z tych 70 cc. do żył, 20 cc. podskórnie.

Wyzdrowiała. Hodowle błon dały laseczniki LÖFFLER'a

Trzeci przypadek dotyczy mężczyzny 36-letniego, chorego na ciężkie zapalenie gardła pseudodifterytyczne, jak je nazywa MONGOUR, ponieważ w hodowli nie znaleziono laseczników LÖFFLER'a. Chory wciągu 5-u dni dostał 160 cc. surowicy, z których 10 cc. do żył mu wstrzyknięto. Wyzdrowienie po trzech tygodniach.

Wstrzykiwanie surowicy do żyły robi się w sposób następujący:

<sup>1)</sup> Note sur les injections intra-veineuses de serum antidiphtérique. Annales de Med. et Chir. inf. Nr. 9 z 1903 roku.

Iglę, zwykle używaną, wkłówa się w żyłę najwięcej wydatną w przegubie łokciowym.

Skoro tylko przez igłę krew zaczyna wypływać, nakłada się na igłę szprykę i wstrzykuje się powoli wciągu dwu minut 20 cc. surowicy.

Po wstrzyknięciu do żył nie zauważono żadnych zaburzeń miejscowych lub ogólnych tak bezpośrednich, jak i następnych i nie spostrzegano białkomoczu. Gruczoły szybko się zmniejszały a objawy porażenia opuszkowego ustępowały.

Błony przytem oddzialały się cokolwiek opieszale, niż przy wstrzykiwaniach podskórnych.

Wstrzykiwania surowicy do żył mogą się okazać skuteczne przy ciężkich formach zakażenia błoniczego, gdzie niema czasu do stracenia, a więc przede wszystkim na krupie o gwałtownym przebiegu, lub silnem zakażeniu ogólnem. Można je robić na przemian z wstrzykiwaniem podskórnem surowicy. Zasługuje na uwagę dawka surowicy, jakiej używają u jednego chorego wciągu dni kilku francuscy lekarze:

u dzieci 10-letnich — 80 i 90 cc.,  
u dorosłego 160 cc.

*Alfons Malinowski.*

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 30. Poppert [Giessen]. Przyczynki doświadczałne i kliniczne w sprawie uspiania eterem i mieszaniną eteru z chloroformem.

Od dawna badano poboczne działanie środków usypiających i ich wpływ szkodliwy na narządy wewnętrzne, jako to: nerki, serce, wątrobę; zamało wszakże w badaniach doświadczałnych zwracano uwagi na płuca, zwłaszcza podczas uspiania eterem.

Doświadczenia LOEWIT'a, polegające na wstrzykiwaniu królikom lub kotom kilku kropel eteru do otwartej tchawicy lub żyły szyjowej, stwierdzają jedynie, że śmierć zwierząt w tych razach zależała od obrzęku płuc; nie rzucają przecież światła na sprawę uspiania wogóle.

Autor w celu przekonania się o działaniu eteru w stanie gazowym na płuca, wykonał dwa szeregi doświadczeń: 1-o wprowadzał gaz eterowy do otwartej tchawicy zwierząt, 2-o kazał zwierzętom wdychać eter zapomocą zwykle używanych masek [JULLIARD'a lub WANSCHER-GROSSMANN'a]. W obu rodzajach doświadczeń na sekcji znalazł przekrwienie i wynaczynienia w tkance płucnej oraz obrzęk płuc; ten ostatni występował o wiele wybitniej w pierwszym szeregu doświadczeń, niż w drugim. U ludzi spostrzegano dość często obrzęk płuc, który się zjawiał w wiele godzin po uspianiu eterem; LINDEMANN'owi udało się spostrzegać to zjawisko u królika, który po uspianiu, trwającem 50 minut, przyszedł zupełnie do siebie, lecz po dwu godzinach padł, a sekcya wykazała obrzęk płuc bez wynaczynień.

Zmiany w płucach pod wpływem eteru zależą, zdaniem autora, wprost od wpływu toksycznego na ściany naczyń krwionośnych, którego następstwem jest wzmozżona przepuszczalność ścian dla ciałek i osocza krwi [por. doświadczenia LOEWIT'a] oraz nadmierne wydzielanie się śluzu w drobnych oskrzelach.

Na tle tych zmian — niejako przygotowawczych dla rozwoju bakterji — łatwo objaśnić się dają zapalenia płuc, względnie często spotykane po uspianiu

eterem. Takiego kataralnego zapalenia płuc autorowi nie udało się wywołać doświadczalnie, natomiast spostrzegał u psa typowe zachyłkowe zapalenie (*Schluckpneumonie*) lewego płuca [pies podczas usypiania leżał na lewym boku].

Dane doświadczalne tak własne, jak i innych badaczy każą autorowi wyprowadzić wniosek, że wielka ilość śluzu, która się zwykle wydziela podczas usypiania eterem, nie jest bynajmniej obojętnym zjawiskiem pobocznym, lecz może niekiedy pociągnąć dla usypianego groźne następstwa.

Chloroform—jeśli chodzi o płuca—działa znacznie mniej szkodliwie niż eter. Badania doświadczalne wykazały, że po długiem nawet wdychaniu czystego chloroformu nigdy nie spostrzegano obrzęku płuc; spotykano wprawdzie wynaczynienia, te wszakże zmiany zdarzają się również i przy innych rodzajach śmierci z uduszenia.

W celu możliwego ograniczenia smutnych wypadków, jakie zdarzają się z jednej strony podczas chloroformowania, z drugiej zaś później w następstwie usypiania eterem [zapalenie płuc], w czasach ostatnich zalecono: 1-o używać mieszaniny obu środków usypiających i 2-o dokładnie je dawkować.

POPPER na klinice w latach 1897 i 1898 stosował mieszaninę chloroformu z eterem. Ponieważ siła usypiająca chloroformu jest 5 razy większa niż eteru, przeto dla usypiania użył mieszaniny 1 cz. chloroformu i 5 cz. eteru, aby tym sposobem zrównoważyć siły usypiające oraz niebezpieczeństwa obu środków. Mieszaniną tą POPPER rozpoczynał usypianie i po kwadransie lub najdalej pół godzinie używał chloroformu aż do końca operacji, starając się w ten sposób usunąć zły wpływ chloroformu na serce, ujawniający się najczęściej w samym początku usypiania.

Na 812 usypiań 767 miały przebieg łagodny, w 45-iu przypadkach spostrzegano rozmaite bądź złejsze, bądź ciężkie powikłania; 5 chorych zmarło [4 po operacjach na pęcherzyku żółciowym, 1 po gastroenterostomii] w 1—4 dni po operacji na zapalenie płuc, a te wypadki śmierci autor kładzie na karb eteru. Zresztą użycie mieszaniny eteru i chloroformu w płynie we wspomnianym wyżej stosunku ma tę słabą stronę, że chory znajduje się prawie wyłącznie pod działaniem eteru, jako szybciej ulatniającego się, a badania lekarzy angielskich stwierdziły, że mieszanina, złożona z 4-ch cz. eteru i 1-ej cz. chloroformu, działa, jak czysty eter. Stąd należy wyprowadzić wniosek, że chcąc stosować jednocześnie oba środki, trzeba je mieszać nie w postaci płynnej, lecz gazowej. Temu wskazaniu czyni w znacznej mierze zadość przyrząd BRAUN'a, za pomocą którego chory może wdychać oddzielnie eter lub chloroform, lub też oba gazy jednocześnie.

Dziwny na pozór fakt, że zdania rozmaitych klinicystów co do przebiegu i wartości narkozy eterem są tak różnobarzące, zależy według POPPER'a w znacznym stopniu od odrębności materiału klinicznego poszczególnych lekarzy. Chorzy, którym wykonano operacje brzuszne a przedewszystkiem na wątrobie i na żołądku, są wogóle skłonni do następnych powikłań płucnych tak po narkozie ogólnej, jak i po znieczuleniu miejscowem; u takich chorych w ciągu pierwszych dni po operacji typ oddechu przeponowego wskutek bolesności prawie nie istnieje, stąd łatwo powstają w płucach zastoiny, które przy sprzyjających warunkach [np. podrażnienie przy usypianiu eterem] łatwo prowadzą do spraw zapalnych. A więc chirurg, który wykonywa najwięcej operacji ginekologicznych, lub który operuje przeważnie na kończynach, ma mniej powikłań ze strony płuc, aniżeli ten, który operuje więcej na wątrobie lub na żołądku. Wspomniane dopiero co spostrzeżenia autora potwierdzają ten pogląd.

Najlepszą z dotychczas zalecanych, zdaniem autora, jest metoda usypiania, podana przed 3-ma laty przez GERPERT'a, który używa mieszaniny 2 cz. chloroformu i 1 cz. eteru. Siła usypiająca chloroformu do siły usypiającej eteru ma się w tej mieszaninie jak 10 : 1, a więc o znaczeniu usypiającem eteru w danym ra-



zie niema mowy: jest to, właściwie mówiąc, usypianie chloroformem, a zadaniem niewielkiej stosunkowo domieszki eteru ma być działanie pobudzające na serce. Usypianie dokonywa się zapomocą odpowiedniego przyrządu, w którym gaz chloroformowy miesza się z powietrzem i który pozwala na najdokładniejsze dawkowanie [zapomocą skalii chloroformu w postaci gazowej — czynnik, zdaniem POPPERT'a, niesłychanie ważny. Różnice bowiem indywidualne w wrażliwości na chloroform nie tylko nie przemawiają przeciw potrzebie dokładnego dawkowania, jak tego chcą niektórzy chirurdzy, lecz, przeciwnie, każą postępować nader oględnie w celu zapoznania się z tolerancją ustroju wobec środka usypiającego. Nawet przy najostrożniejszym chloroformowaniu kroplami, dawkowanie nigdy nie jest dokładne i zależy niemal zawsze od okoliczności zewnętrznych, jako to: właściwości materiału pokrywającego maskę, ciepłoty i wilgotności powietrza i t. p.

Na klinice w Giessen w ciągu ostatnich trzech lat wykonano przeszło 2500 operacji w uspieniu sposobem GEPPERT'a. POPPERT zaznacza, że narkoza tak w okresie pierwszym, jak i podczas jej trwania miała przebieg o wiele równiejszy i spokojniejszy, niż zazwyczaj; cięższych powikłań nie spostrzegano; w jednym przypadku wycięcia żołądka nastąpiła w prawdzie wkrótce po operacji śmierć wskutek zapalenia płuc, lecz zależała w danym wypadku od złego chloroformu, który zawierał — jak to stwierdziło badanie chemiczne — sporo fosgenu i mniej niż  $\frac{1}{4}\%$  alkoholu, a więc ilość zbyt małą, aby mogła zabezpieczyć chloroform od rozkładu.

Praktyczność i prostota metody GEPPERT'a, dokładne dawkowanie i łatwość kontroli — oto, zdaniem POPPERT'a, czynniki dodatnie, zachęcające do szerszego stosowania omawianego sposobu.

(*Deutsche Zeitschrift f. Chir.* 1902. Tom 67).

Wacław Łapiński

### 31. H. Amberg. Przyczynę do badań doświadczalnych nad okrężnym szwem tętnic.

Myśl nakładania szwu na naczynia krwionośne nie jest bynajmniej nowa. Pierwszy LAMBERT w r. 1759 i w tym samym roku po nim HALLOWEL wykonali boczny szew tętnicy: pierwszy u konia, drugi — u człowieka, mianowicie na tętnicy ramieniowej. Następnie upłynęło przeszło stulecie, zanim JASSINOWSKY w r. 1889 przystąpił znowu do nakładania szwów tętniczych bocznych. Nieco wcześniej już poczęto stosować szwy boczne żyłne [CZERNY, SCHEDE]. Tam jednak, gdzie podlega uszkodzeniu więcej niż  $\frac{1}{3}$  część obwodu lub następuje całkowite przerwanie ciągłości światła naczynia, należy wykonywać szew okrężny. Szew obwodowy, nałożony sposobem zwykłym na tętnicę, posiada tę wadę że powoduje zwężenie światła naczynia i zwolnienie prądu krwi, co znowu sprawdza wytwarzanie się zakrzepu i zamknięcie naczynia. Aby temu zapobiedz, wymyślone zostały różne sposoby szwu tętniczego okrężnego, do których zaliczyć wypada również sposób autora, polegający na następującym zabiegu: każdy odcinek tętnicy, t. j. ośrodkowy i obwodowy nacina się w dwóch symetrycznych, przeciwległych miejscach nożyczkami w kierunku osi podłużnej naczynia na długość 3—4 mm. W ten sposób w każdym z 2 ch odcinków otrzymujemy po dwa płaciki, które odwijamy nie tyle, by z osi podłużną naczynia wytworzyły kąt prosty. Wówczas należy zbliżyć odcinki naczynia aż do zetknięcia się wzajemnego wewnętrznymi powierzchniami odwiniętych płacików i w tem położeniu nałożyć szew na te ostatnie. Treść zabiegu porównać można ze sposobem, przyjętym w mechanice do łączenia rur żelaznych, kiedy spajanie odbywa się na zewnątrz ścian rur przy pomocy wystających podstaw. Autor zastosował swój pomysł 6 razy u zwierząt, a mianowicie: dwa razy u konia [tęt. szyjowa wspólna prawa] i 4 razy u psa [1 raz aorta, 2 razy t. szyjowa wspólna prawa i 1 raz biodrowa lewa]. Prócz tego raz jeden wykonane zostało u psa połączenie

ośrodkowego odcinka przeciętej tętnicy szyjowej wspólnej lewej z obwodowym odcinkiem również przeciętej żyły jarzmowej wewnętrznej lewej sposobem wpochwienia MURPHY'go. Odcinek obwodowy tętnicy i ośrodkowy żyły zostały przewiązane.

Badania doświadczalne doprowadziły AMBERG'a do wniosków następujących: z powodu istniejącego wysokiego ciśnienia w naczyniach szew powinien się odznaczać jak największą dokładnością i wytrzymałością, drugim niezbędnym warunkiem jest zachowanie idealnej aseptyki. Wogóle wyniki badań doświadczalnych autora nie były świetne: w 3-ch przypadkach nastąpił krwotok wtórny, przyczem dwa razy z powodu przecięcia ściany naczynia ligaturą [ściany tętnicy u psów odznaczają się cienkością!] i raz jeden z powodu infekcji podczas operacji, wykonanej u konia.

W dwóch innych przypadkach utworzyły się zakrzepy, zamykające światło naczynia. Ważnym niemiernie czynnikiem, sprzyjającym zabiegowi jest grubość dostateczna ścian naczynia: pod tym względem ściany tętnicy u człowieka odznaczają się większą grubością w porównaniu z tętnicami u psów. Pod względem prognostycznym wytwarzanie się zakrzepu bynajmniej nie posiada znaczenia ujemnego, spostrzegano bowiem względnie szybkie powstawanie krążenia obocznego. Nierozstrzygniętem pozostaje pytanie, czy i o ile ma miejsce t. zw. kanalizacja zakrzepu? Gorszymi o wiele są krwotoki wtórne, których ani przewidzieć, ani się dość zabezpieczyć przed nimi niepodobna.

Z innych sposobów szwu tętniczego obwodowego autor wspomina o zabiegu MURPHY'go, polegającym na wpochwieniu jednego odcinka przeciętej tętnicy w drugi, poczem na nałożeniu szwu. MURPHY, KUERMELL i KRAUSE przytaczają dobre wyniki po tym sposobie, chociaż przyznać należy, że sprowadza on mniej lub więcej znaczne zmniejszenie światła naczynia. Inni autorowie [GLUCK, NITZE, PARR] wymyślili protezy do łączenia przerwanych w ciągłości swej naczyń. Proteza PARR'a przedstawia krótki cylinder z magnezyi, na którym zesztywnia się oba odcinki naczynia. Proteza ta ulega z czasem wchłonięciu. Wogóle jednak stosowanie protez jest ograniczone i, zdaniem autora, protezy wartości posiadają bardziej teoretyczną.

Dla szwu przyjęto posiłkować się jedynie jedwabiem. Nie należy się obawiać brać w szew wszystkich warstw ścian naczynia, natomiast należy starannie unikać chwywania i miażdżenia narzędziami błony naczyń wewnętrznej (*intima*). W tych punktach na linii szwów, gdzie po zabiegu wytryskuje krew, wypada zwykle nakładać szwy dodatkowe; drobniejsze, punkcikowate przesączanie krwi ustaje pod wpływem ucisku. Przy posiłkowaniu się sposobem autora należy dla pewności stosować podwójny rząd szwów: jeden u podstawy płacików [materacowy] i drugi na obwodzie [ciągły]. W celu czasowego zatamowania krwi, stosować można na odcinki naczynia różnego rodzaju uciskadła, jako to: paski gazy, grube nici katgut, stopniowo skręcane na naczyniu, oraz specjalne narzędzia na ten cel wymyślone przez GLUCK'a, JASSINOWSKY'go, PARR'a i innych. Należy unikać uciskadeł zbyt twardych i miażdżących ze względu na możliwe uszkodzenie ścian naczyń i w celu uniknięcia skrzepów następujących.

Badania histologiczne, dotyczące zmian w tętnicach w miejscu szwów, świadczą, że na nitkach, tkwiących w świetle naczyń, wytwarzają się zakrzepy; jednocześnie następuje żywe mnożenie się śródbłonna, który po pewnym czasie jednolitą warstwą pokrywa owe zakrzepy; w błonie zewnętrznej (*adventitia*) nitki otoczone bywają tkanką ziarninową z komórkami olbrzymimi, a wchłanianie ich odbywa się niezmiernie wolno.

Wskazania do szwu okrężnego tętnic występują w przypadkach zupełnego przerwania światła naczyń większych, jak: aorta, tętnica biodrowa, szyjowa, podobojczykowa, których podwiązanie zwykle grozić może zgorzelą odnośnych

kończyn. Z tętnic mniejszych rozmiarów pożądanemby było wykonywanie szwu na tętnicach: wątrobowej, śledzionowej, krezkowej i t. p. Szew powyższy może być również wskazany i w przypadkach tętniaków urazowych. Podczas wyluszczenia guzów na szyi, w pachwinie, gdy wypada wycinać część tętnicy, to korzystnem byłoby łączenie ośrodkowego odcinka tej ostatniej z sąsiednią żyłą w celu uniknięcia następczych zaburzeń odżywczych. Wykonanie tego zabiegu, zapoczątkowane przez GLUCK'a, jest niezmiernie trudne.

Autor w jednym ze swych doświadczeń postąpił identycznie, wyniki jednak badania sekcyjnego są nader niejasne.

Wogóle dziedzina szwów tętnicznych jest prawie jeszcze niewyzyskana i przedstawia szerokie pole do badań i ulepszeń w tym kierunku.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 68. Z. 1 i 2).

L. Zembrzuski.

### 32. A. Hencke. Własności bakteryobójcze i przyczyna zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitis*).

Autorowi chodziło o rozwiązanie dwóch kwestyi: 1) czy szpik kostny posiada własności bakteryobójcze i 2) w jakim stosunku bakteryobójcze własności szpiku kostnego znajdują się do tychże własności organów wewnętrznych. W tym celu autor wprowadzał z jednej strony czyste hodowle bakterii bezpośrednio do szpiku kostnego krętarza wielkiego (*trochanter major*), z drugiej zaś—do krwi. Wprowadzone hodowle były przeważnie gronkowcem złocistym. Na zasadzie całego szeregu doświadczeń, autor doszedł do przekonania, że szpik kostny posiada własności bakteryobójcze i że własności te przewyższają bakteryobójczość innych narządów wewnętrznych. Bardziej szczegółowe wyjaśnienia tych kwestyi autor nie omieszką podać w najbliższej przyszłości.

Podczas swych doświadczeń autor nie spostrzegał zapalenia szpiku kostnego pierwotnego, lecz tylko wtórne, przechodzące z sąsiednich stawów. Sprzeczne wyniki badań nad przyczyną zapalenia szpiku kostnego, jak również nad sposobami, jakimi się w badaniach tych posilkowano, utwierdziły autora w przekonaniu o istnieniu specjalnego zarazka, wywołującego *osteomyelitis*. W tym celu kawałki zamartwiałej kości i wyskrobany szpik kostny z ognisk zapalnych autor wprowadzał do bulionu, który zaraz przelewał na płytki. Na wszystkich płytkach znaleziono laseczniki i otrzymano czyste ich hodowle.

Jest to lasecznik wielkości 0,8—2  $\mu$ ; długość dwa razy większa od szerokości, układa się często w grona, ruchomy, odbarwia isię Gram'em; gentian - violetem i płypem ZICHL'a barwi się równomiernie; błękt metylenowy daje zabarwienie dwubiegunowe; bulon równomiernie mętnieje i na powierzchni tworzy się błonka; jeżeli hodowle długo są przechowywane, na dnie próbowki widać osad.

Na żelatynowych płytkach tworzą się okrągłe, białe, suche, błyszczące kolonie, składające się z trzech dośrodkowych kół: wewnętrzne wznosi się w postaci łebka od szpilki, średnie leży nieco głębiej, zewnętrzne zaś lekko podniesione; najmniejszego rozpuszczania żelatyny niema.

Na płytkach agar-agaru kolonie są koloru jasno-szarego z ostrymi brzegami i takąż dośrodkową budową; hodowle sięgają na 1 cm. wglęb. Otrzymane zapomocą kresy na żelatynie, są koloru białego, na agar-agarze jasno-szarego, szerokości 0,5 cm., tworzą suche, błyszczące, płaskie ognisko, które z obydwóch stron na całej długości jest otoczone wgłębieniem, o brzegach wzniesionych i ostrych. Rosną dobrze na wszystkich odżywkach, z wyjątkiem agaru glicerynowego. Lasecznik jest względnym beztlenowcem; wydziela gaz, nieco złośliwy; mleka nie ścina. Na kartoflu tworzy się trwała, wzniesiona, jasno szara powłoka ze spadzistym brzegiem. Na surowicy krwi tworzy się delikatna jasno szara, ledwie dostrzegalna powłoczka, z ostrym brzebiem naokoło, przy czem surowica nie rozpuszcza się.

Lasecznik ten, dzięki swoim własnościom, różni się od wszystkich dotąd znanych drobnoustrojów i uważany być powinien jako *sui generis*.

Zastrzykiwanie królikom do krwi hodowli tego lasecznika spowodowało typowe zapalenie szpiku kostnego. 1 — 1, 24 ccm. 24-godzinnej hodowli, wprowadzonej do żyły królika jest dla niego dawką śmiertelną.

(*Abh. f. Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten*. 1903. Nr. 9).

T. Podczaski.

### 33. H. Treub. Chirurgia zachowawcza w chorobach przydatków macicy.

Autor w przeciągu 6-u lat spostrzegał w swej klinice 612 przypadków zapalenia jajników i jajowodów. Z tych 433 chore, to jest 70% były wyleczone bez zabiegu operacyjnego. Sposób leczenia był następujący: leżenie w łóżku i pęcherz z lodem na brzuch dopóki trwała gorączka. Po przejściu objawów ostrych wstrzykiwania gorące [45°], tampony z gliceryną i okłady PRIESSNITZ'a na dolną część brzucha. Średnio leczenie trwało około 6-u tygodni.

W przypadkach bardziej uporczywych stosował kąpiele błotne, których działanie okazywało się czasami wprost zdumiewające. Kąpieli słonych autor nie stosował, gdyż te, podług niego, nie tylko nie dają dobrych wyników, lecz przeciwnie, przyczyniają się często do zwiększenia bólów.

Widzimy więc, że przeszło połowa przypadków zapalenia jajowodów i jajników nie wymaga zabiegu operacyjnego.

Skonstatowanie tego faktu jest bardzo ważne, gdyż przez jakiś czas utrzymywano, że o ile przydatki są chore, należy je zawsze usuwać.

Pozostaje jednak pewna część przypadków, które nie ustępują pod wpływem terapeutycznego leczenia i te musimy operować. Wtenczas nasuwa się pytanie, jaki zabieg wybrać: operację radykalną, czy zachowawczą. Porównajmy wyniki tych dwóch rodzajów operacji. Operacje radykalne dają:

1) Niebezpieczeństwo śmierci, które może być ocenione na 5—6%.

2) Mniejsze lub większe prawdopodobieństwo, że operacja nie przyniesie zupełnej ulgi chorej.

Pewność następstw nieprzyjemnych [przepukliny, *climacterium* przyspieszone, bezpłodność i t. d], które mogą być równie przykre dla chorej, jak cierpienie, które wywołało operację.

Inaczej przedstawiają się wyniki operacji zachowawczej, a mianowicie:

1) Niebezpieczeństwo śmierci może być ocenione najwyżej na 2%.

2) Mniejsze lub większe prawdopodobieństwo, że operacja nie przyniesie chorej zupełnej ulgi.

3) Pewne prawdopodobieństwo, że operacja będzie niedostateczną i będzie wymagała drugiego zabiegu bądź zachowawczego, bądź radykalnego.

4) Pewność, że operacja nie przyczyni chorej nowych cierpień po postaci przyspieszonego *climacterium*.

Porównyując wyniki, autor wyprowadza następujące wnioski:

1) Przy zapaleniu jajowodów i jajników leczenie terapeutyczne wystarcza więcej niż w połowie przypadków.

2) Jeżeli leczenie terapeutyczne okazało się niedostatecznym, nie należy nigdy od razu robić operacji radykalnej.

3) Pierwszym zabiegiem operacyjnym powinno być zawsze cięcie tylnego sklepienia.

4) Jeżeli po przecięciu tylnego sklepienia okazało się, że mamy do czynienia z cierpieniem natury gruźliczej, należy możliwie szybko wyciąć całą macicę z przydatkami.

5) W przypadkach torbieli jajowodowej, nieustępującej po kilkakrotnie powtarzanych przecięciach tylnego sklepienia, wskazane są operacje zachowawcze brzuszne [rezekcja jajowodu, *salpingotomia*].

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique Mai 1903*).

Balbina Weisberg.

## Zjazd higienistów w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 25].

O czystości dzieci w szkołach początkowych mówili drzy: TCHÓRZNICKI, THEMERSON. Pierwszy w szkołach początkowych warszawskich obejrzał kilka tysięcy dzieci i znalazł zaledwie u piątej ich części ręce czyste, u dziewczynek dwa razy częściej niż u chłopców. Podobnie wypadły i oględziny nóg — czyste u czwartej części dzieci. Połowa dzieci nie miała chusteczek do nosa; z tych, co je miały, połowa miała bardzo brudne. Różnice w czystości między chrześcijanami a żydami są bardzo małe. Poprawa powietrza w salach szkolnych po zaprowadzeniu kąpeli przechodzi wszelkie oczekiwania. Wydział kąpeli ludowych przy Tow. Dobr. w Warszawie znakomicie się rozwija i zastępuje na poparcie. Koniecznem jest znizenie opłaty za wodę w miastach do *minimum*. Dr THEMERSON na 1000 zbadanych dzieci w szkołach plockich znalazł zaledwie 10% czystych a u 40% robactwo w głowie. Żąda wniesienia za pośrednictwem lekarzy szkolnych do regulaminu szkolnego kąpeli raz na miesiąc. Sam robił w tym kierunku zachęcające próby. Żąda, jeżeli już nie kąpeli przy budynkach szkolnych, to pobierania od rodziców przy zapisie dzieci 30—50 kop. na kąpiele i dopilnowywania kąpeli przez nauczycieli.

### Wnioski sekcji ludowej.

#### I. Asenizacya miast, osad i wsi.

Jako najpilniejsze przepisy sanitarne, poleca się:

1. a) Po wsiach okopanie drogi wioskowej rowami nieprzerwanymi, z mostkami na przejazdach do zagród. Przy nizkiem lub błotnistem położeniu, szosowanie lub brukowanie drogi wioskowej. Zabezpieczenie odpływu wody z rowów.

b) W osadach — bruki na ulicach i placach, rynsztoki, zamiatanie ulic.

c) W miastach — zamiatanie i polewanie ulic, przepłukiwanie rynsztoków.

2. a) W osadach i miastach konieczne są w każdym domu: ustęp i minimalne przynajmniej podwórze. Koniecznem jest przestrzeganie odnośnych przepisów prawno-administracyjnych, a ewentualnie wyjednanie uzupełnienia przepisów.

b) Po wsiach i mniejszych osadach poleca się zbiorniki wspólne dla wypróżnień, śmieci i pomyj, pod dachem, na miejscu płaskim, brukowanym lub wyłożonem gliną, otoczonem grobelką ze ściekiem do studzienki gnojówki, znajdującej się wewnątrz grobelki.

c) W większych osadach i miastach dążyć do osobnych ustępów, osobnych beczek dla wywożenia pomyj i osobnych śmietników skrzyniowych (skrzynie zamknięte, otwierane z boku), a przynajmniej ogrodzonych.

Na ustępy poleca się doły murowane, cementowane od wewnątrz i zewnątrz.

3. Koniecznem jest w osadach i miastach dopilnowywanie porządku przez Komitet sanitarny, oraz przestrzeganie odnośnych przepisów.

4. a) Koniecznym jest w miastach i osadach nadzór nad piekarniami, nadzór weterynaryjny nad rzeźniami, gdzie zaś niema weterynarza, nadzór rzeźni winien być wykonywany przez lekarza.

b) Ścisłe przestrzeganie przepisów obowiązujących, aby w miastach i osadach, gdzie są rzeźnie, bicie bydła, nie wyłączając cieląt i owiec oraz świń, było niedopuszczane w domach poza rzeźnią.

c) Nieoczyszczone ścieki z rzeźni nie powinny być wpuszczane do wód bieżących; przestrzegane być winny odnośne przepisy prawno-administracyjne.

5. Wsadzanie w miastach i osadach dróg i rynków drzewami, zakładanie skwerów należy do pilnych potrzeb higienicznych, z zastrzeżeniem, by drzewa nie były zbyt bliskie domów.

## II. Chaty włościańskie i domy dla służby folwarcznej.

Dla służby folwarcznej:

1. Pożądane są domy, nie większe niż po 4 mieszkania z osobnem wejściem do każdego.

2. Konieczne jest oddzielne mieszkanie dla każdej rodziny.

3. Mieszkanie winno być przynajmniej 5 metrów długie i 5 szerokie i zbliżać się do 5 łokci wysokości, licząc do wierzchu belek.

4. Stosunek powierzchni okien do powierzchni podłogi powinien się zbliżać do 1 : 15.

5. Okna podwójne [letnie i zimowe] zasługują na polecenie ze względu na przechowywanie ciepła i zabezpieczenie od wilgoci.

6. Okna mają być na zawiasach, otwieralne i zaopatrzone w lufciki.

7. Podłoga ma być drewniana, heblowana.

8. Te same wymagania dotyczą i domów włościańskich.

9. Wzywa się Radę Towarzystwa do wypracowania wspólnie z Towarzystwem rolniczem praktycznych a tanich typów chat i domów dla służby folwarcznej.

10. Wzywa się Radę o zwrócenie się do wszystkich Towarzystw rolniczych, by sprawę domów dla służby folwarcznej i chat włościańskich przedyskutowały.

11. Wzywa się Radę do przestudyowania budowli piaskowo-wapiennych oraz lepionych z gliny, z uwzględnieniem dotychczasowych wyników.

12. Do wszelkich przepisów ograniczających kraj jeszcze nie jest przygotowany.

## III. Pomoc lecznicza dla ludu.

1. Poleca się Towarzystwu Hygienicznemu rozpatrzeć krytycznie zamierzoną organizację pomocy lekarskiej, opierając się na wnioskach dra FIDLERA, oraz pracach drów ZALESKIEGO i KĘDZIERSKIEGO i złożyć referat w tej sprawie władzom.

2. Dokładna znajomość akuszerii, chirurgii, chorób dziecięcych i ocznych niezbędną jest dla lekarzy, osiadających na prowincyi. Stąd potrzeba dla nich kursów uzupełniających.

3. Poleca się Towarzystwu obmyślić wspólnie z Towarzystwem farmaceutycznym środki ku obniżeniu cen lekarstw dla ubogiej ludności.

4. Zbiorowa organizacja pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej przez dwory, na wzór istniejącej w kilku okolicach gub. Płockiej, jest ze wszech miar godna polecenia.

## IV. Popularyzowanie higieny.

1. Poleca się Towarzystwu Hygienicznemu zorganizować Komitet popularyzacji higieny w myśl wniosków dra MACIESZY. Pożądane są także komitety prowincjonalne.

2. Poleca się Towarzystwu konkursy na odczyty ludowe higieniczne.

3. Konieczne są wykłady higieny w szkołach.

4. Poleca się Towarzystwu wyjednać urządzenie działu higienicznego na wystawach rolniczych prowincjonalnych.

5. Poleca się oddziałom Tow. Hygienicznego prowincjonalnym i Towarzystwom lekarskim zbieranie materiału do higieny ludu.

6. Ochrony i żłobki są jedną z najlepszych potrzeb higienicznych kraju. Poleca się Towarzystwu usilne zachęcanie ogółu do zakładania jak najliczniejszych ochron i żłobków.

7. Poleca się członkom Towarzystwa usilne propagowanie zasad higieny w Towarzystwach dobroczynności i wspomagania ubogich oraz zakładanie takich Towarzystw.

#### V. H y g i e n a s z k ó ł.

1. Poleca się Towarzystwu wystąpić do władz o:

- a) utworzenie posad lekarzy szkół początkowych,
- b) urządzenie kąpeli przy szkołach,
- c) pobieranie od uczniów szkół początkowych 30 — 50 kop. obowiązkowej dodatkowej opłaty rocznej, przeznaczonej na kąpiele.

2. Poleca się nauczycielom zwracać uwagę na czystość ciała i bielizny u dzieci.

3. Pożądane są w szkołach umywalnie oraz woda do zwilżania gąbek, używanych do ścierania tablic.

4. Poleca się wyjednywać зниження opłaty za kąpiele dla uczniów; a w zamian za to — зниження opłaty miastu za wodę, zużywaną w kąpielach publicznych.

5. Poleca się Towarzystwu ogłosić drukiem wzory budynków szkół początkowych i przepisy budowania szkół początkowych.

K. Ch.

[C. d. n.].

### Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Komisji sanitarnej m. Krakowa w d. 30-ym maja toczyła się dyskusja o „nowej chorobie“, jaka nawiedziła gród podwawelski. Komisja wyraziła jednomyślnie zdanie, że 1) choroba, której kilkanaście przypadków pojawiło się w Krakowie między 10—20 maja r. b., jest zbliżona do influenzy, odznacza się umiejscowieniem zmian chorobowych na twarzy, a w szczególności powstawaniem obrzęków i zaczerwienienia powiek, że 2) przebieg jej jest wogóle łagodny i że 3) nie przenosi się ona z osoby na osobę. Prof. WICHERKIEWICZ [Przegląd Okulistyczny maj 1903] przytacza trzy przypadki przez siebie spostrzegane. Objawy polegały na mniej więcej silnem nabrzmieniu powiek i otoczenia, przekrwieniu i nabrzmieniu spojówek, wysadzeniu gałek, bolesności przy ruchach tychże a także na dotyk. Nadto chorzy skarżyli się na bolesność mięśni kończyn, czasem na obrzmienie tychże, rozwolnienie lub zaparcie stolca. Prof. W. „nową chorobę krakowską“ uważa najprawdopodobniej za trychinozę.

— Gazety angielskie i francuskie zwracają uwagę, iż z przekopaniem kanału Panamskiego grozi Europie zawleczenie żółtej febry i radzą obmyślenie zawczasu środków zapobiegawczych.

— Przy klinice LEYDEN'a w Berlinie otwarto nową pracownię do badania raka.

— Kilku wybitniejszych paryskich klinicystów zapowiedziało na czas wakacji krótkoterminowe, płatne, wykłady dla lekarzy z tematów najżywotniejszych medycyny wewnętrznej.

— W Paryżu pod redakcją dra LEGRAIN'a zaczął wychodzić nowy miesięcznik „*Les Annales antialcooliques*“. Funduszu dostarczył zmarły baron A. ROTHSCHILD.

— **Zmarli:** prof. GEGENBAUR, znany anatom, w Heidelbergu; prof. kliniki chirurgicznej w Wiedniu, GUSSENBAUER.

— W osadzie Połaniec [powiat Sandomierski, gub. Radomska, poczta przez Staszów] potrzebuja lekarza, któremu osada przez trzy lata zobowiązała się wypłacać po rb. 300 rocznie i zarząd dóbr ks. MACIEJA RADZIWIŻA po rb. 100. Bliższych wiadomości zasięgnąć można u proboszcza Połanieckiego, ks. BROŻEWICZA.



# QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ściśle dawkowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze chininy 3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze.

DAWKĄ: kieliszek od likiern przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach Dom handlowy L. Frère (A. Champigny et C-ie) 19 rue Jacob w Paryżu.

Na składzie posiadają: Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi (Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny. L. Mrozowski skład materiałów aptecznych, ul. Miodowa Nr. 8. Towarzystwo przetworów chemicznych i aptecznych (Henryk Welt) Przejazd Nr. 5. Apteka K. Wendy, ul. Krak. Przedm. Nr. 45. Wacław Różycki, skład materiałów aptecznych, ul. Krak. Przedm. Nr. 17. Emil Skomorowski, skład materiałów aptecznych, ul. Długa Nr. 27.

## R E U M A T Y Z M

### Terma naturalna PISZCZANY (Pistian).

Na SPIŻU (Węgry) w małych Karpatach, 3 godziny do Wiednia, 3½ do Pesztu, **najznakomitsze uzdrowisko siarczano-mułowe dla reumatyków** w cierpieniach stawów i kości po złamaniach i zwichnięciach, w podagrze, nerwobólach (w Ischias) w syfilisie. Urządzenia, tak co do mieszkań jak i kąpeli według wszelkich wymagań, od wykwintnych, aż do najtańszych. Zakład ortopedyczny.

Trzy baseny czysto siarczane, 3 siarczane-mułowe, i porcelanowy. Wanny porcelanowe, marmurowe i drewniane. Stosowanie kąpeli błotnych, lokalnych z niezrównanym skutkiem. Sezon od 15 maja. Prospekty gratis. Wszelkich informacji udziela lekarz ordynujący.

**Dr. Al. Teichmann** b. Asystent Uniwers. we Lwowie.

Do 15-go maja w **Krakowie**.

Od 15-go maja **PISZCZANY** na Węgrzech.

ARTHRITIS

ISCHIAS

## Z Ł A M A N I A Z W I C H N I Ę C I A.

**MARIENBAD**

„Stadt Hamburg“

Kaiserstrasse.

**D-r St. B. KWIATKOWSKI**

I Asystent Kliniki chorób wewnętrznych  
Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ordynuje od 15 maja.

**KARLSBAD**

**D-r Wł. MALESZEWSKI**

ordynuje jak lat ubiegłych  
Alte Wiese „Drei Staffeln“.