

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. W sprawie techniki operacyjnej przy herniotomii. Podał Docent D-r Rudolf Trzebicki. — O zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka. Napisał B. R. Gepner (syn). — Bibliografia i Krytyka. Błonica. Przez D-ra H. Bourges. (Dokończenie). — Sprawozdanie ze zjazdu w kwestyi gruźlicy u ludzi i zwierząt, odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia r. b. — Streszczenia i wyciągi. 141. Znaczenie wyprysku wargowego przy nagminnem zapaleniu opon mózgowodzeniowych. 142. O stosowaniu chloranu sodu przy raku żołądka. 143. O wartości elektryzacji przy porażeniach podczas snu powstałych. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

W SPRAWIE TECHNIKI OPERACYJNEJ PRZY HERNIOTOMII.

Podał Docent D-r Rudolf Trzebicki.

Do najnieprzyjemniejszych powikłań, które przy herniotomiach przytrafić się mogą, należy bezwątpienia pozorne wprowadzenie zawartości przepukliny. Niweczy ono zwykle rezultat operacji, gdyż albo w należyтым czasie rozpoznane wymaga powtórnego, często jednak już daremnego, zabiegu operacyjnego, albo zapoznane sprowadza śmierć chorego. Szczęśliwym trafem pozorne wprowadzenie zawartości zdarza się obecnie względnie rzadko, od kiedy chirurgowie przekonali się, że należy całą herniotomię pod ścisłą kontrolą wzroku od początku do końca wykonywać. Co do mnie, nie mogłem się nigdy ustrzedz przed pewnem uczuciem cikliwości, ile razy widziałem lub sam wykonywać musiałem nacięcie miejsca uciśnięcia sprowadzającego, jedynie pod kontrolą palca, zupełnie po omacku. Również nie mniej nieprzyjemne uczucie obawy ogarniało mię, ile razy pętlę jelita, często po wykonanej resekcji, przez rozszerzoną wprawdzie, ale jednak dość jeszcze wąską bramę lub przez długą szyję przepukliny nazad do jamy brzusznej wsuwać wypadało. Za prawdziwy postęp w technice operowania przepuklin należy uważać, że w ostatnich czasach wobec niektórych form przepuklin uwięźniętych ze strony powag (jak KIRMISSON ¹⁾, MIKULICZ ²⁾), stare w sposób typowy wykonywane nacięcie bramy przepuklinowej zarzucone zostało, a natomiast zalecano postępowanie, które całą sytuację dokładnie wzrokiem kontrolować dozwala. Zwłaszcza MIKULICZ radzi w przypadkach przepuklin zgorzeliowych, lub co najmniej o to podejrzanych, zwykle cięcie herniotomijne ku górze przedłużyć, odpowiednie części miękkie razem z otrzewną przeciąć, ochraniając na razie

¹⁾ Hernie inguinale, congénitale, étranglée. Gaz. des hôp. 1888. N-r 49.

²⁾ Ueber die Behandlung brandiger Brüche. Berl. klin. Woch. 1892. N-r 10—13.

bramę przepuklinową i szyję worka przepuklinowego, które to należy dopiero po otwarciu jamy otrzewnowej od strony tejże przeciąć. Podobne postępowanie najlepiej chroni od przypadkowego zranienia кишки albo innego z ważniejszych organów i wyklucza całkowicie możność pozornej repozycji. O doniosłości ostatniego względu miałem sposobność przekonać się przed rokiem osobiście, gdy, w zupełnie prostym zresztą przypadku przepukliny udowej, w którym operacyi w sposób typowy dokonano, wprowadziłem trzewia, zamiast do jamy brzusznej, do jamy znajdującej się pomiędzy otrzewną a powięzią poprzeczną. Przypadek ten dotyczył 60-letniego mężczyzny, mocno otyłego, który z powodu lewej przepukliny udowej, wielkości jaja kurzego, a od 3 dni uwięźniętej, do szpitala Braci Miłosierdzia przyjęty został. W domu jeszcze przez niefachowych robione były energiczne próby odprowadzenia przepukliny, czego dowodem były liczne podbiegnięcia krwawe. Z powodu spóźnionej godziny (była już 10¹/₂ w nocy), przystąpiono od razu do herniotomii, a dokładne wywiady dopiero następnego dnia uskutecziono. Te dowiodły, że pacjent już od wielu lat cierpiał na przepuklinę udową, która od czasu do czasu wywoływała objawy uwięźnięcia. Objawy te jednak za każdym razem po gwałtownem ugniataniu przez konowałów ustępowały; jednakowoż pacjent przypomina sobie dokładnie, że często jeszcze po całkowitem zniknięciu obrzęku objawy uwięźnięcia od 1 do 2 dni, a raz nawet przez 4 dni utrzymywały się.

Operacyę wykonano w sposób typowy przy znieczuleniu kokainą. Cięcie skórne 10 ctm. długie przez najwyższą wypukłość obrzęku. Po przecięciu osłon przepuklinowych i worka ukazała się na 8 ctm. długa pętla jelita o dość prawidłowym wyglądzie. Tylko na miejscu najwypuklejszem, naprzeciwko przyczepienia krezki, zauważono miejsce wielkości grochu, brunatno zabarwione, podejrzane o zgorzel. Miejsce zaciśnięcia w pierścieniu udowym, z powodu nader grubej podściółki tłuszczowej, tylko z trudnością końcem palca dosięgnąć udało się. Nacięto je herniotomem w sposób zwykły ku wewnątrz i ku dołowi. Już przy operacyi uderzyło mię, że kanał udowy, a zwłaszcza jego część najwyższa była mocno rozszerzona, jednakowoż do tego szczegółu nie przywiązywałem wielkiej wagi. Gdy się w dodatku jeszcze przekonał, że jelito w miejscu uciśnięcia nie przedstawiało żadnych zmian niepokojących, wpukliłem wyżej wzmiankowane, a podejrzane miejsce ku wewnątrz, unosząc ściany jelita w dwa, do osi jelita prostopadłe fałdy, które zapomocą 4 szwów LEMBERT'a spoilem, jak to w najnowszych czasach zalecają WEHR³⁾, LINDNER⁴⁾, MIKULICZ⁵⁾ i TRENDLENBURG⁶⁾, i jak to już sam w podobnych przypadkach wykonałem i opisałem⁷⁾. Następnie odprowadzono jelita, przyczem takowe bez zastosowania jakiejś siły, lecz tylko prawie przez swój ciężar własny wsunęły się w głąb. Naostatek wprowadziłem jeszcze palec wskazujący wgłąb rany i przekonałem się, że koniec palca porusza się swobodnie w jamie, zawierającej jelita; przekonany, że to jama brzuszna, operacyę za skończoną uważałem. Wprowadzenie paska gazy jodoformowej i szew rany.

³⁾ Doniesienie ustne na VI zjeździe lekarzy i przyrodników polskich

⁴⁾ Einige Bemerkungen über Darmgangangrän bei Herniotomie. Berl. klinische Woch. 1891. N-r 11

⁵⁾ L. c.

⁶⁾ Deutsche med. Woch. 1893. N-r 19.

⁷⁾ W sprawie przepuklin ściennych. Przegląd Lekarski. 1889. N-r 16.

Chory przez 24 godziny po operacji znajdował się względnie w dobrym stanie, wiatry odchodziły, a brzuch, o ile przy wysokim stopniu otyłości dało się skonstatować, zdawał się mniej napiętym. Następnego wieczora jednak zmienił się nagle obraz; objawy niedrożności jelit na nowo wróciły, i to z natężeniem znacznie większym niż przed herniotomią. Obejrzenie rany nie przedstawiało nic nieprawidłowego. Środek przeczyszczający i ławatywy bez skutku. Stan ten utrzymywał się przez 24 godziny, a gdy chory, który przedtem nie chciał dać swego przyzwolenia do ponownego rękoczynu, dopiero po upływie tego czasu, widząc bezskuteczność leków wewnętrznego, zgodził się na laparotomię, natychmiast ją wykonałem.

Dokładne wywiady, zebrane już w szpitalu od chorego, a zwłaszcza ta okoliczność, że chory podawał, jakoby niejednokrotnie po odprowadzeniu jelit jeszcze na niedrożność miał cierpieć, kazały się domyślać, że dokonano tylko pozornego odprowadzenia jelit. Z drugiej jednakże strony ta okoliczność, że pacjent 24 godziny po operacji czuł się zupełnie dobrze, nie całkiem licowała z obrazem pozornej repozycji i kazała się domyślać przyczyny niedrożności ponownej albo gdzieś w jamie brzusznej, albo w zapalnym zwężeniu w miejscu wpuklenia jelita.

Cięcie poprowadzono w linii środkowej, przyczem liczne, rozdęte, żywo czerwono nastrzyknięte, miejscami strzępkami wypociny pokryte pętle jelit wypadały i tylko z trudnością zapomocą kompresów w jamie brzusznej zatrzymać się dały. Przedewszystkiem wprowadziłem lewą rękę ku lewemu dołowi biodrowemu i znalazłem, że tam leżały zupełnie nieruchomo dwa, do siebie równoległe, odcinki jelita, a mianowicie jeden silnie rozdęty, a drugi zwężony. Badanie dokładniejsze wykazało, że oba te odcinki wydostawały się przez pierścień udowy na zewnątrz. Palcem wskazującym można było dogodnie na wewnątrz od nich do kanału udowego się dostać. Natychmiast wyjąłem szwy z rany herniotomijnej i wszedłem palcem wskazującym prawej ręki do rany, przyczem przekonałem się, że pętla jelit, wychodząca z jamy brzusznej, znajdowała się w jamie wielkości jaja gęsiego, oddzielonej przez cienką błonę od jamy brzusznej (jak później pokazało się, przez otrzewną ścienną). Pętla ta była przyrośnięta do zewnętrznej górnej części sklepienia owej jamy, co wywołało ostry załam na zewnętrznym górnym odcinku pierścienia udowego. Zrost ten dał się łatwo palcem usunąć, przez co też zaraz załam jelita zniknął. Obejrzenie jelita wykazało, że przyrosło ono do ścian jamy w tem miejscu, w którym wpuklenie jego ścian nastąpiło. Ponieważ pętla jelita żadnych zmian nie przedstawiała, odprowadzono ją do jamy brzusznej, wymaczano nagromadzoną w brzuchu wypocinę surowiczą, mętną, ranę polaparotomijną w całości zamknęto, a ranę herniotomijną wraz z jamą przedotrzewną wytamponowano gazą jodoformową. Skutek operacji o tyle był pomyślnym, że znowu wiatry odchodziły i oznaki całkowitej niedrożności ustąpiły.

Laparotomia jednak nie mogła wstrzymać rozwoju gnilnego zapalenia otrzewny, które skonstatowane zostało jeszcze podczas operacji; chory umarł w 36 godzin.

Sekcja wykazała ogólne zapalenie otrzewny. Jelito w miejscu zeszywania nie odróżniało się niczem od reszty. Wpuklenie sterczało jako fałd na 3 mm., normalną błoną przykryty, ku światłu jelit. Po odpreparowaniu kanału udowego przekonano się, że tenże w swej części dośrodkowej przedstawiał się jako jama, podłużnie owalna, wielkości dużego jaja gęsiego, położona pomiędzy

otrzewną, a powieźnią poprzeczną. Granice tej jamy na wewnątrz przekraczały zaledwie na 1—1½ ctm. pierścień udowy, ku zewnątrz przytykały ściany jamy bezpośrednio do żyły udowej, ku górze zaś wynosiła jej średnica 7 ctm; od jamy brzusznej była tylko otrzewną oddzielona, przednią zaś ścianę tworzyła powieź gładka, lśniąca. W najwyższym punkcie jamy, na owem miejscu, w którym powieź od otrzewny się oddzielała, *fascia* mocno była zgrubiała i tak mocno z otrzewną zrosnięta, że tylko z trudnością udało się obie błony od siebie oddzielić. Z mięśniami *fascia*, tworząca przednią ścianę, mocno była zrosnięta. W bezpośrednim sąsiedztwie jamy, a zwłaszcza w tkankach przylegających bezpośrednio do powiezi nigdzie świeżych wybroczyn nie znaleziono. Wynaczynienia znajdowano tylko w tkance podskórnej jako dowód gwałtownych prób odprowadzenia.

Co do czasu i sposobu powstania tej jamy, można było tylko domniemać nie wyrokować. Jedno było tylko pewnem, że ona nie powstała podczas herniotomii. Brak wszelkiego krwotoku w najbliższym otoczeniu jamy, nader delikatna repozycja jelita, a przedewszystkiem znaczne zgrubienie powiezi u szczytu jamy przemawiały bezwarunkowo przeciw podejrzeniu, że jama ta powstała świeżo, a ostatni zwłaszcza szczegół był dowodem dawniejszego już powstania tejże. Najprawdopodobnijszem wydaje się, że jama ta zawdzięcza swe powstanie gwałtownym kilkakrotnym próbom wpakowania jelit przy częstych uwięźnięciach, za czem jeszcze i ta okoliczność przemawia, że chory sam podawał, jakoby po dokonaniem wprowadzenia jelit cierpieć miał na objawy niedrożności;—prawdopodobnie była to w tych razach tylko pozorna repozycja, która później sama ustępowała miejsca stosunkom prawidłowym.

Wypadek ten, przez który po większej części śmierć chorego nastąpiła, tak wziąłem do serca, że od tego czasu w przeważnej liczbie herniotomii, które już to w prywatnej praktyce, już to w szpitalu miałem sposobność wykonać, staro typowego postępowania zaniechałem. Sposób, którego teraz używam, a który, o ile się mogłem dowiedzieć, i przez niektórych innych chirurgów bywa używanym, jest następujący:

Przy przepuklinach pachwinowych przecina się cały kanał przepuklinowy każdym razem w całej jego długości aż do pierścienia zaciskającego, następnie po należytej dezynfekcyi zawartości worka przepuklinowego, przedłuża się cięcie przez skórę i mięśnie ku górze, otwiera otrzewną powyżej miejsca zaciśnięcia i teraz dopiero pierścień zaciskający, pod dokładną kontrolą oka, od strony jamy otrzewnowej przecięty zostaje. Wpakowanie jelita następuje również pod bezpośrednią i pewną kontrolą wzroku. Rozumie się samo przez się, że sposób podany przez PETIT'a w tych nielicznych przypadkach, w których kwalifikuje się do użycia, i nadal stosowany bywa. Przy przepuklinach udowych herniotomia typowa, dotąd wykonywana, przedstawia się jako zabieg zbyt prosty i przynęcający, aby od niego z lekkim sercem odstąpić. To też sposób ten przynajmniej na razie, wobec świeżych całkiem i po raz pierwszy uwięźniętych przepuklin zatrzymałem, o ile naturalnie nie ma innych powikłań, a zwłaszcza otyłości chorego. We wszystkich innych przypadkach wykonywam tylko „otwartą“ herniotomię; zwykle cięcie przedłużam, po odsłonięciu i oczyszczeniu zawartości przepukliny, ku górze, ochraniając oczywiście sznurek nasienny, a względnie okrągły więz maciczny. Dalsze postępowanie odpowiada całkowicie używanemu przy przepuklinach pachwinowych. Po odprowadzeniu jelita w tych przypadkach, w których albo jelito podejrzaniem okazało się, albo musiało być resekowane, pozostawiam ranę całkiem otwar-

tą, tamponując gazą jodoformową w sposób podany przez MIKULICZA. We wszystkich innych przypadkach zespajam ranę szwami, pozostawiając tylko małe otworki, przez który mały pasek gazy jodoformowej aż do jamy brzusznej wprowadzam, a który przy normalnych stosunkach po 48 godzinach usuwam. Do operacji radykalnej przepukliny, bezpośrednio po herniotomii, tylko wobec wyjątkowych przypadków dałem się nakłonić. Według tej zasady wykonałem w ostatnim roku 11 herniotomii i z postępowania tego byłem całkowicie zadowolony.

Zarzut jeden tylko można zrobić tej metodzie, że cięcie musi być nieco dłuższe i że prawie każdą herniotomię zamieniamy w laparotomię, otwierając szeroko jamę brzuszną. Dla lekarza obeznanego z antyseptyką nie przedstawia to żadnej różnicy, a operację co najwyżej przedłużamy o parę minut, osiągając za to pewność uniknięcia repozytyczności, przypadkowego skaleczenia jelita albo naczynia. Szczególniej w ostatnim kierunku należy nadmienić, że herniotomia „otwarta“ przedstawia mniejsze żądania co do wiadomości topograficzno-anatomicznych operatora, aniżeli herniotomia typowa, wykonywana w sposób dotąd praktykowany. W razie jednak jakiegokolwiek nieprawidłowości, gdyby przyszło do krwotoku tętniczego, zatamowanie przy tym sposobie jest o wiele łatwiejsze.

W tem miejscu nadmienić muszę, że wykonywam hernio-laparotomię tak, jak od lat kilku zwykle herniotomię, przy lokalnej anestezji kokainą z bardzo dobrym skutkiem. Oszczędzam przytem jednego asystenta, co w praktyce prywatnej, a zwłaszcza na prowincyi, nie jest bez znaczenia, i ochraniam chorego od następstw i nieprzyjemności chloroformowej narkozy, a w pierwszym rzędzie od niebezpieczeństwa uduszenia się zanarkotyzowanego pacjenta przez wymiociny wpadłe do dróg oddechowych. Posługuję się słabym roztworem kokainy z wodą laurową, w sposób podany przez NEUDÖRFER'a⁸⁾, i całkowicie z osiągniętego znieczulenia jestem zadowolony.

O ZASTRZYKIWANIU SUBLIMATU POD ŁĄCZNICĘ OKA.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. d. 5 Września 1893 r.)

Napisał **B. R. Gepner** (syn), lekarz-asystent przy Instytucie Oftalmicznym w Warszawie.

Nowe metody lecznicze bywają zazwyczaj albo przyjmowane z wielkim zapalem przez świat lekarski zaraz po ich ogłoszeniu, i od razu wielkie, zawiłe nawet pokłada się w nich nadzieje, albo też bez wyprobowania należytego zostają osądzone i odrzucone, a przynajmniej z wielkim niedowierzaniem „do wiadomości“ przyjęte. To ostatnie spotkało sposób podłącznicowego stosowania roztworu sublimatu w terapii okulistycznej.

Metoda ta nie przypadkowo została wynalezioną, ale wyrozumowaną w pracowni. GALENGA, zastrzykując pod łącznicę oka zwierząt hodowle różnych drobnoustrojów, otrzymywał pryszczyki (*phlyctenae*) i owrzodzenia rogówki. Rozczyn sublimatu, zastrzyknięty następnie pod łącznicę takiego zakażonego oka, zabijał drobnoustroje i doprowadzał sprawę rogówkową do

⁸⁾ Die lokale Anästhesie. Internat. klin. Rundschau. 1891, Nr 31—33.

wyleczenia. Rzecz jasna, że tak drobnoustroje, jak i sublimat rozchodził się po oku drogą naczyń chłonnych.

Wyniki tych doświadczeń z pracowni przedostały się wkrótce do kliniki. *SECONDI* młodszy począł stosować zastrzykiwanie sublimatu w sprawach zapalnych rogówki i tęczówki z dodatnimi wynikami. Wyniki te jednak stały się wiadomymi szerszemu kołu lekarzy dopiero wtedy, gdy sprawę tę podjął *A. DARIER*, asystent *ABADIE*'go, który przedsięwziął doświadczenia na bardzo szeroką skalę.

Pierwsze zastosowanie dano tej metodzie dla zastąpienia wstrzykiwań wewnątrz-gąłkowych sublimatu, uprawianych przez *ABADIE*'go, niepewnych i nie-raz dla oka szkodliwych. *DARIER* wyszedł z założenia tego, że jeżeli dla podziałania na mięsień rzęskowy i tęczówkę nie podajemy atropiny wewnątrznie, tylko stosujemy ją miejscowo, to tak samo dla otrzymania miejscowego działania rtęci, zamiast stosować ją w postaci wcierań lub wstrzykiwań podskórnych, należy stosować sole rtęci w roztworze miejscowo, zastrzykując je pod łącznicę. Stąd łatwo domyślić się wskazań: *DARIER* zastrzykiwał sublimat we wszystkich tych przypadkach, w których dotąd stosowano ogólne leczenie rtęcią, a wiemy, jak często zmuszeni jesteśmy w okulistyce uciekać się do tego środka. Na podstawie badań laboratoryjnych *GALLENGI* dodano jeszcze jedno wskazanie: w tych przypadkach, gdzie można było spodziewać się dobrych wyników od bakteryobójczej własności sublimatu.

W roku 1891 *DARIER* ogłosił pierwsze swe wyniki, nietylko zadawalające, ale i zdumiewające po prostu. Ropne zapalenie tęczówki bywało uleczone po paru zastrzyknięciach; *gummata* tęczówki ulegały wessaniu po niewielu dniach. Dalej, sprawy naczyniówkowe i siatkówkowe, nawet bardzo zadawnione, poprawiały się, nawet takie, których pochodzenie zakaźne mogło być w zupełności wykluczone. Zdawałoby się, że takie wyniki powinnyby nie jednego zachęcić do przedsięwzięcia odpowiednich prób; tymczasem w ciągu następnego roku nie spotykamy ani jednej pracy, któraby wskazywała, że próby takie czyniono. W r. 1892 *DARIER* wystąpił z nowym szeregiem spostrzeżeń, które poprzednie wyniki w zupełności prawie potwierdziły. Okazało się z czasem, że w tym i owym względzie w samym początku *DARIER* miał za wiele wiary w skuteczność nowego sposobu leczenia; powoli jaśniej określone zostały wskazania, które choć jeszcze nie we wszystkich razach są zupełnie ścisłe, wskazują nam jednak już teraz, kiedy napewno możemy, a nawet powinniśmy wstrzykiwać sublimat pod łącznicę oka.

Mając w tej sprawie niejaki doświadczenie, oparte na większej liczbie przypadków, pozwałam sobie podzielić się niem z Szanownymi Kolegami.

Jak już wspomniałem wyżej, wskazania do stosowania nowej metody nie były z początku dokładnie określone, to też stosowałem ją w wielu przypadkach bez wielkiej nadziei otrzymania wyników dodatnich; więc choć ich czasem nie miałem, nie zrażałem się; zato miałem i wielkie niespodzianki.

Przejdę teraz oddzielnie te sprawy chorobowe, przy których używałem opisywanego sposobu leczenia.

A) Rogówka. Na rogówce często widzimy sprawy chorobowe pochodzenia zakaźnego. Prawie niewątpliwie powiedzieć można, że przy wszystkich owrzodzeniach rogówki dałyby się wykazać drobnoustroje. Badań zapomocą hodowli, o ile wiem, nie robiono dotąd w większym zakresie, w każdym razie na gąłkach wyluszczonych a porażonych owrzodzeniem rogówki łatwo wykryć drobnoustroje zapomocą odpowiedniego barwienia. W tych owrzodze-

niach rogówki należało się spodziewać dobrych wyników stosowania sublimatu, jako środka odkażającego. Praktyka dowiodła słuszności tego przypuszczenia. Oto niektóre przypadki.

1. K. P. *Ulcus corneae dextrae centrale cum hypopyo. Iritis.* Trzecia część komórki przedniej wypełniona ropą. Tęcza mocno rozpulchniona, na działanie światła nie oddziaływała. Silne bóle rzęskowe. Drogi łzowe zdrowe. Od 3 tygodni stosowano postępowanie zwykłe: wkraplanie siarczanu atropiny, zasypywanie jodoformem i opaskę. Żadnej poprawy; przeciwnie owrzodzenie rozszerza się. 10. I. r. b. zastrzyknąłem sublimat (dawki i technika patrz niżej), usuwając jednocześnie jodoform, a zatrzymując atropinę i opaskę.

11. I. *Hypopyon* zmniejszył się o połowę. Chory dziękuje za uwolnienie go od bólu.

14. I. *Hypopyon* znikł bez śladu. Dno owrzodzenia oczyszcza się.

17. I. Dno owrzodzenia czyste, pokrywa się nabłonkiem.

2. W. robotnik fabryczny. Przed tygodniem zraniony w oko lewe odłamkiem żelaza, przybył do Instytutu Oftalmicznego d. 18. VI. 93. Środkowa część rogówki owrzodzona; prawie połowa komórki napełniona ropą. Po jednorazowym zastrzyknięciu sublimatu *hypopyon* znikł w ciągu tygodnia i owrzodzenie goić się zaczęło.

W obu tych przypadkach po jednorazowym zastrzyknięciu sublimatu nastąpiło przerwanie sprawy chorobowej, która w przypadku tym postępowała pomimo leczenia zwykle dotąd stosowanego.

Najczęściej i z najlepszym skutkiem stosowałem zastrzykiwanie sublimatu przy zakażonych ranach rogówki.

3. M. F. robotnik fabryczny. Rana cięta rogówki i soczewki oka lewego. Tęcza wypadła przez ranę, z której wystaje kawałek żelaza. Silny ból w oku i głowie. Łącznica gałkowa mocno nastrzyknięta. Chory przybył do mnie d. 12. IV. 93, w godzinę po wypadku, z okiem zawiązanym brudną szmatą. Przy zachowaniu ścisłej czystości, wyjąłem z oka kawałek żelaza płaski, około 1 cm. kwadratowego powierzchni mający. Tęczę wypadłą obciąłem, a brzegi jej, o ile się dało, doprowadziłem do komórki przedniej. W czasie operacji odeszło nieco zmętniałej masy korowej soczewki. Atropina. Jodoform. Opaska.

Nazajutrz oko spokojne; bólu nie ma. 14. IV. chory przybywa z silnym bólem w oku, z powodu którego noc spędził bezsennie. Przy badaniu znalazłem powiekę górną obrzmiałą i zaczerwienioną; łącznicę gałkową bardzo mocno nastrzykniętą i obrzmiałą. Brzegi rany rogówkowej nacieczone i na tęczówce białe-żółta wypocina. Na dnie komórki wyraźny *hypopyon*. Rozpoznałem ropne zapalenie tęczówki wskutek zakażenia rany. Chory przyjęty został do Instytutu Oftalmicznego, gdzie mu natychmiast zastrzyknąłem sublimat. Ból głowy ustąpił przed nocą. Nazajutrz ani śladu *hypopyon*; brzegi rany czystsze, na tęczówce tylko trzyma się jeszcze lekko żółtawe nacieczenie.

W ciągu dni trzech ropne nacieczenie tęczówki znikło; rana rogówki zagoiła się. Chory wypisany został bez żadnego podrażnienia z zaćmą urazową i przednim przyrostem tęczówki do blizny w rogówce. Uczucie światła i projekcja tegoż dobra. Chory nadaje się do operacji zaćmy, po której może mieć jeszcze znośną ostrość widzenia. W przypadku tym zakażenie nastąpiło prawdopodobnie wskutek niezachowania czystości zaraz po wypadku (próby wydobywania żelaza, brudna szmata jako opaska i t. d.). Oko to byłoby prawdopodobnie straconem wobec grożącego rozwinięcia się ropnego zapalenia całego oka (*panophthalmitis*).

4. T. oficyalista prywatny. Przed trzema laty operowany na prowincyi z powodu zaćmy starczej oka prawego. Po operacji wystąpiło *iridocyclitis*. Robiono następnie irydotomię i chory liczy tem okiem palec w odległości 2 metrów. Zaćma oka lewego operowana była przez Ojca mego w Instytucie, z irydektomią, przy obwiązywającej u nas ściślej możliwie aseptyce. Po dwóch dobach t. j. przy pierwszej zmianie opatrunku znaleziono ranę zalepioną, komórkę głęboką i łącznicę gałko-

wą lekko tylko nastrzykniętą. Na czwarty dzień w nocy chory uczuł mocny ból w oku operowanym. Przy opatrunku znaleziono zapalenie tęczówki. Nazajutrz na brzegach sztucznej źrenicy kilka nacieczeń różnej wielkości, wyraźnie żółtego koloru. Na dnie komórki *hypopyon*. Łącznica gałkowa mocno obrzmiała. Gałka na dotyk bolesna. *Iridocyclitis purulenta*. Zastrzyknąłem sublimat. Ból był bardzo silny i długo trwający; już jednak następnego dnia widać było zmniejszenie się nasilenia objawów zapalnych; nacieczenia na tęczówce zmniejszyły się, a po drugim zastrzyknięciu znikły zupełnie. Jeszcze dość długi czas sprawa rzęskowo-tęczówkowa ciągnęła się, ale przebiegała łagodnie. Przed 2 miesiącami wykonana została u chorego irydotomia, po której wypisał się z $\sqrt[5]{50}$

5. K. ślusarz z Zakładów Sosnowickich, uderzony został w oko odłamkiem stali. Oko opatrzone na miejscu i chory przybył nazajutrz do Warszawy, do Instytutu Oftalmicznego. Rana cięta oka lewego w samym rąbku rogówki, od góry i zewnątrz o brzegach nacieczonych. Rogówka mocno zmętniała, w cieczy wodnej pływają białawe zgręzy, zbierające się na dnie komórki i zasłaniające źrenicę, która jest przeciągnięta ku dołowi i ku wewnątrz. Łącznica gałkowa i powiekowa mocno nastrzyknięta; gałka na dotyk nie bolesna. Światłowstręt. Przy badaniu przy pomocy bocznego oświetlenia widać, że przeciągnięcie źrenicy spowodowane zostało obecnością w komorze przedniej ciała obcego, które leżało na teczy, prawie zupełnie w nią owinięte. Dna oka z powodu mętów w cieczy wodnej przejrzeć nie można. W dwie godziny po przybyciu chorego przystąpiłem do operacji. Zrobiwszy nożem GRAEFE'go cięcie w rogówce od dołu, równoległe do jej rąbka, wprowadziłem do komórki szczypczyki o łyżeczkowatym zakończeniu i nie bez trudności wy dobyłem odłamek stali owalny mający 3×2 mm. Ponieważ tęczówka miała skłonność do wypadnięcia przez ranę, odprowadziłem ją szpadelkiem i wpuściłem ezerę, a jednocześnie zastrzyknąłem pod łącznicę sublimat. Przebieg pooperacyjny był nader pomysłny, było lekkie tylko przekrwienie tęczówki. W 10 dni chory wypisał się, mając pod atropiną $\sqrt[5]{10}$

6. M. robotnik wiejski, ostrząc sierp, uderzony został w oko lewe kawałkiem stali. Po tygodniu przybył do Instytutu w następującym stanie. Powieka górna zaczerwieniona i obrzękła. Łącznica mocno nastrzyknięta. Rogówka i ciecz wodna zmętniała. Na dnie komórki przedniej *hypopyon*. W samym mniej więcej środku rogówki rana o brzegach nacieczonych, z której wystaje cienki kawałeczek żelaza, który następnie idąc ku górze i ku zewnątrz, przebija tęczówkę i ginie w jej tkance. Zażma urazowa. Gałka bolesna. Ból głowy i oka. Operacja. Cięcie w rogówce od góry. Irydektomia. Przy badaniu położenia ciała obcego okazało się, że sięga ono daleko ku całku rzęskowemu. Wydobycie mocno utkwionego ciała obcego, przeszło na 1 cm. długiego, było bardzo kłopotliwe. Przy wydobywaniu zmętniałej soczewki ukazało się ciało szkliste. Zapuszczona atropina. Oko zabandażowane. W przebiegu pooperacyjnym zanotowano zapalenie tęczówki średniego natężenia. Ponieważ nie udało się na razie usunąć w całości zmętniałej soczewki, w cztery tygodnie wykonałem dodatkową operację, po której chory wypisał się, mając pomimo plamki w środku rogówki $\sqrt[1]{10-8}$ z + 10,0.

Keratitis parenchymatosa w większości przypadków, jeśli nie we wszystkich, jest pochodzenia syfilitycznego. Zdawać by się mogło, że w tej sprawie można się było spodziewać po zastrzykiwaniu sublimatu bardzo dobrych wyników; tymczasem z 7 przypadków, jakie spostrzegałem dotąd przez czas dłuższy, w żadnym z wyników tych nie byłem zadowolony w zupełności; widoczna była niejaka poprawa szczególniej z początku leczenia, ale w każdym razie nieznaczna. I tu jednak, jak i w innych przypadkach, zauważyć mogłem, że po zastrzykiwaniu atropina działa daleko silniej i źrenica dotąd wązka, rozszerza się dobrze. Wiemy co prawda, jak bardzo ta sprawa opiera się wszelkiemu leczeniu (przechodząc jednak czasem i bez leczenia); nieraz lat całych potrzeba

na to, by otrzymać wyleczenie bezwzględne lub względne, t. j. zakończenie sprawy chorobowej.

Oprócz tych postaci spraw rogówkowych zastrzykiwałem jeszcze sublimat w jednym przypadku *keratitis punctatae profundae Stelwagi*, po wyczerpaniu innych środków terapeutycznych. Po 2 zastrzyknięciach w ciągu tygodnia nastąpiło wyleczenie. (C. d. n.)

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Błonica

przez D-ra H. Bourges.

(La diphtherie, Paris 1892, stron 226).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 34).

Postać toksyczna. Niebezpieczeństwo nie zależy tu od umiejscowienia błony fałszywej i natężenia sprawy miejscowej, lecz od szybkiego i gwałtownego otrucia ustroju. I przy tej postaci sprawa błonicowa jest najczęściej umiejscowiona w gardzieli, z rozszerzeniem lub bez rozszerzenia się na sąsiednie błony śluzowe. Przebieg choroby może być piorunujący, z gorączką znacznego natężenia, z szybko następującym zapadaniem i upadkiem sił, obrzmieniem gruczołów nadmiernym w połączeniu z infiltracją tkanki łącznej na szyi. Chory wpada szybko w stan tyfoidalny i umiera w 24 do 48 godzin, w 3 lub 4 dni najpóźniej. Błony rzekome łatwo się szerzą, przyjmują wygląd zgorzelinowy. Krwotoki z ust, nosa, kiszek oddechowej, pęcherza a nawet niekiedy z żołądka, jako też białkomocz są stałymi objawami tej postaci. Objawy ogólne są szczególnie jasno przy tej postaci wyrażone: tętno jest nitkowate, kończyny chłodne, osłabienie i prostraca się tak wielkie, że chory ciągle się znajduje w śpiączce. Śmierć jest zwykłym zejściem. Niekiedy postać ta przebiega skrycie; błony rzekome są mało rozwinięte, lecz znacznie obrzmiały gruczoły limfatyczne na szyi, białkomocz jako też inne objawy ogólne są jasno wyrażone.

Błonica u dorosłych jest dosyć rzadką, lecz jest wogóle cięższą aniżeli u dzieci; zdarzają się jednak i przypadki łagodne. Błonica u dorosłych wikła się często z cierpieniem dróg oddechowych, które też jest przyczyną częstą zejścia śmiertelnego. Krup nie przedstawia się pod postacią właściwą wiekowi dziecięcemu; skutkiem większej szerokości krtani nie występują u dorosłych napady zaduszania, lecz za to sprawa błonicowa częściej szerzy się na tchawicę i oskrzela, a śmierć następuje wskutek postępującej ciągle duszności. Bardzo często błonica u dorosłych przybiera charakter toksyczny.

Błonicowtórne. Błonica wogóle może wikłać różne cierpienia. Niekiedy jednak zdaje się bardziej sprzyjać powstaniu błonicy, a do tych należą: płońica, odra i krztusiec.

W płońicy błony rzekome zajmują zazwyczaj tylko gardziel, rzadziej nos. Błonica bardzo rzadko występuje w przebiegu krztusca. Siedliskiem jej są najczęściej drogi oddechowe, rzadko gardziel. Błonica wikłająca dur i ospę kończy się w ciągu kilku dni śmiercią, przy objawach toksycznych. Wszystkie to błonice wtórne z istotną błonicą w większości przypadków nie mają nic wspólnego.

Rokowanie.

Błonica jest chorobą ciężką u małych dzieci. Śmiertelność jest znaczną przed 3-cim rokiem życia. Poprzedni stan zdrowia odgrywa ważną rolę. Osobniki skrofuliczne i limfatyczne są zawsze bardziej zagrożone. Stopień i umiejscowienie zakażenia ma wielki wpływ na rokowanie. Rozszerzenie się sprawy błonicowej na tylną ścianę gardzieli, na jamy nosowe, krtani i oskrzela o wiele pogarsza rokowanie. Objawy intoksykacji i wtórnego zakażenia (zgorzel, ropienie i t. p.) pogarszają rokowanie. Za-

palenie nieżyłowe płuc stanowi jedno z najcięższych powikłań błonicy u dzieci. W złych warunkach higienicznych (nędza, złe powietrze, złe pożywienie i t. p.) w wielkich miastach, w zimie i na wiosnę, błonica przybiera zwykle charakter złośliwy.

Rozpoznanie.

Objawy chorobowe, na których opiera się rozpoznanie błonicy, nie są jednakowego znaczenia. Najważniejszą dla rozpoznania jest obecność błony rzekomej białej lub szarej, przyługającej dosyć mocno do części pod nią leżących, na nowo się tworzącej po odpadnięciu i nie rozpuszczającej się w wodzie. Nalot na migdałach, rozszerzający się na podniebienie miękkie i języczek, jeszcze bardziej upewnia w rozpoznaniu.

Obrzmienie gruczołów limfatycznych sąsiednich, bladeść twarzy, osłabienie ogólne, bialkomocz — stanowią też drogocenne wskazówki rozpoznawcze. Porażenia w rekonwalescencji stwierdzają poprzednie rozpoznanie. Lecz objawy te, charakterystyczne dla błonicy, nie zawsze są jasno wyrażone. U dzieci bardzo młodych choroba może być łatwo przeoczoną, jeżeli się nie ma zwyczaju badać gardzieli, ile razy dziecko jest chorem.

Z drugiej strony każdego z objawów dla rozpoznania ważnych może brakować, jakkolwiek rzadko może istnieć błonica bez błony fałszywej. Obrzmienia gruczołów często brak przy postaci łagodnej błonicy; innym razem stan ogólny pozostaje zupełnie zadawalniającym; bialkomocz nie zawsze towarzyszy błonicy.

Przy rozpoznaniu różniczkowym trzeba mieć zawsze na względzie 2 kategorie cierpień. Do pierwszej należą cierpienia, które przez swe objawy obiektywne lub czynnościowe przypominają pewne objawy błonicy; do drugiej zaś cierpienia, które przez obecność błony rzekomej jeszcze większe przedstawiają podobieństwo do błonicy. Są to cierpienia, na które dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę i które zaczęto podciągać pod miano błonicy rzekomych.

Z pierwszej kategorii na zaznaczenie zasługują *angina erysipelatos*a, pęcherze jamy ustnej i podniebienia, towarzyszące ospie, *stomatitis ulcero-membranosa* i t. p. cierpienia jamy ustnej. Uważne badanie uchroni nas zawsze od błędów. Gdy sprawa błonicowa przechodzi z gardzieli na krtani, rozpoznanie przyrody krupu nie przedstawia trudności. Jeżeli jednak sprawa błonicowa w krtani jest pierwotną, przedstawia ona wtedy wiele podobieństwa do innych cierpień, przebiegających przy analogicznych objawach, a mianowicie do ostrego nieżyłu krtani (*laryngitis stridulosa*), do ropnia pozagardzielowego, obrzęku głosni i obecności ciał obcych w drogach oddechowych. Lecz przy *laryngitis stridulosa* pierwszy napad duszności i charakterystycznego kaszlu zwykle występuje w nocy, a w przerwach między napadami głos jest czystym, kaszel dzwięcznym, oddech spokojnym, czego nie mamy przy krupie. Ropień pozagardzieliowy tylko badaniem za pomocą palca może być rozpoznany i odróżniony od krupu. Co się tyczy ciał obcych, nagłość powstania objawów zaduszania i wywiady objaśnić nas mogą, z czem mamy do czynienia. Rozpoznanie błonicy na innych błonach śluzowych, jako to: jam nosowych, łązniczy, narządów rodnych jest bardzo łatwym.

Błonicę rzekomą. Wyliczone dotąd cierpienia, jakkolwiek są mniej lub więcej podobne do błonicy, prawie zawsze przy badaniu obiektywnym dają się odróżnić od błonicy. Następujące zaś cierpienia przedstawiają się w zupełności pod postacią kliniczną błonicy i tylko przebiegiem i rokowaniem od błonicy się różnią; często dopiero badanie bakteriologiczne błon rzekomych rozstrzyga rozpoznanie. Do cierpień tych należy przede wszystkim zapalenie gardzieli płonicowe, które przez tworzenie się błon rzekomych wielkie przedstawia podobieństwo do błonicy. Lecz występujące współcześnie lub na drugi dzień po objawieniu się płam w gardzieli wysypki nie pozwalają na pomyłkę rozpoznawczą. Zresztą w wyjątkowych tylko przypadkach zapaleniu płonicowemu gardzieli towarzyszy cierpienie jam nosowych lub krtani, a w rekonwalescencji porażenie podniebienia. Badanie bakteriologiczne, wykonane przez autora w 19 przypadkach płonicowego zapalenia gardzieli, wykazało raz jeden tylko obecność łasieczników LOEFFLER'a, w 18 zaś paciorkowca ropnego. Jest też dziś powszechnie przyjętym, że nigdy prawie zapalenie rzekomo-błoniaste, towarzyszące płonicy, nie jest w początku błonicowem, liczne badania bakteriologiczne, w ostatnich latach dokonane, przekonały o tem najdowodniej. Tylko w dalszych okresach płonicy występująco zapalenie gardzieli rzekomo-błoniaste jest prawie zawsze natury błonicowej.

Błony rzekome na sromie niewieści, w pochwie, macicy przy zakażeniu połogowym, mogą być odróżnione od błonicy tylko przez badanie bakteriologiczne.

Inną grupę błon rzekomych stanowią cierpienia, w których błony powstają pierwotnie (*fausses diphteries primitives*). Grupa ta niedawno słusznie została wysonbioną na mocy poszukiwań bakteriologicznych ROUX'a, YERSIN'a, NETTER'a, autora i innych, którzy w licznych przypadkach pierwotnych zapaleń gardzieli rzekomo-błoniastych nie znajdowali łasieczników LOEFFLER'a, lecz inne drobnoustroje, przeważnie streptokoki i stafylokoki. BAGINSKY na 93 przypadki błon rzekomych w gardzieli 68 razy znalazł łasieczniki LOEFFLER'a, a w 25 strepto- i stafylokoki.

Jakkolwiek większa część błon rzekomych przedstawia się klinicznie jak łagodne postacie błonicy, niekiedy jednak błonicom tym towarzyszy ciężki stan ogólny, obrzmienie gruczołów, a zejście bywa śmiertelnem.

Anatomia patologiczna.

Zmiany anatomiczne w błonicy są trojakiego rodzaju t. j. zmiany wywołane przez łasieczniki błonicowe, przez jad błonicowy i zależne od wtórnych zakażeń.

Jedyną zmianą, jaką wywołuje łasiecznik błonicowy, jest błona rzekoma, w skład której wchodzi głównie włóknik; oprócz tego substancja bezkształtna, mucyna i substancje tłuszczowe. Co się tyczy utkania błony rzekomej, to pierwszy BRETONNEAU wykazał naturę włóknikową tejże. Teoria BRETONNEAU została następnie przyjętą przez szkołę francuską TROUSSEAU, LABOULBEN'a, ROBIN'a i innych jako też przez SENATOR'a, RINDFLEISCH'a, HEUBNER'a i OERTEL'a. Druga teoria należy do szkoły niemieckiej, której głównymi przedstawicielami są VIRCHOW i WAGNER. Według tej teorii błona rzekoma jest następstwem specjalnej metamorfozy komórek nabłonkowych, które pęcznieją, a następnie ich protoplazma wydłuża się i tworzy rozgałęzione nitki, spajające się z takimiż nitkami sąsiednich komórek, tworząc siatkę.

Ważniejsze są zmiany wywołane przez jad błonicowe. Do nich należy przede wszystkim przekrwienie i zapalenie błony śluzowej pod błoną rzekomą leżącą. Natężenie sprawy zapalnej zależy od natężenia sprawy błonicowej i albo się ogranicza do nacieczenia, tworzenia mniej lub więcej głębokich owrzodzeń, lub też w postaciach złośliwych kończy się tworzeniem strupa zgorzeliowego, po odpadnięciu którego pozostaje owrzodzenie wydzielające cuchnącą wydzielinę. Tak błona śluzowa jak i skóra pod błoną rzekomą leżąca nie zawiera łasieczników LOEFFLER'a.

Dalszą zmianą anatomiczną, przez jad błonicowe wywołaną, jest obrzmienie gruczołów limfatycznych, nie tylko podszczękowych; przy oględzinach bowiem pośmiertnych znajdujemy obrzmiałymi gruczoły szyjowe, oskrzelowe, a nawet krezkowe. Gruczoły to okazują się w stanie zapalenia, są barwy czerwonej lub czerwono-brunatnej. Folikuly są przerosłe i przedstawiają się w postaci ziaren białawych, świecących. Gruczoły te przy niektórych złośliwych postaciach błonicy przedstawiają ogniska zgorzeliowe.

Błona śluzowa żołądka i kiszek przedstawia też niekiedy zmiany w postaci zapalenia, a nawet zgorzeli powierzchownych warstw. Kępki PAYER'a i inne twory gruczołowe są obrzmiałe.

Wątroba bywa wogóle powiększoną i przekrwioną; jej komórki w stanie nacieczenia i zwyrodnienia tłuszczowego.

Śledziona jest zawsze powiększoną i przekrwioną. Nerki przedstawiają się w stanie przekrwienia lub zapalenia mięszonego.

Z innych zmian anatomicznych na uwagę zasługują: zapalenie mięśnia sercowego, zmiany w krwi, zmiany w układzie nerwowym, a mianowicie zapalenie i zwyrodnienie nerwów peryferycznych; rzadsze są zmiany w mleczu i mózgu.

Do trzeciej kategorii zmian anatomicznych przy błonicy należą zmiany zależne od wtórnych zakażeń. Widzieliśmy, że jad błonicowe może sam przez się spowodować utratę substancji w błonie śluzowej pokrytej błoną rzekomą. Najczęściej jednak owrzodzenia błony śluzowej są następstwem rozwoju na błonach rzekomych streptokoków, podobnie jak to ma miejsce przy zapaleniu błonicowym gardzieli. Gdy na owrzodzeniach, w ten sposób powstałych, rozwijają się drobnoustroje gnilne, wtedy tkanki sąsiednie przechodzą w zgorzel. Spotyka się ją najczęściej na migdałkach, podniebieniu, bocznych ścianach gardzieli, gdzie może być przyczyną przedziurawienia, sięgającego wielkich naczyń szyjowych. Zgorzeli rzadko się spotyka w krtani i tchawicy; znanych jest kilka przypadków zgorzeli tkanki płucnej. Do zmian zależnych od wtórnych zakażeń należą głównie ropienia w uchu środkowym, w gruczołach, tkance łącznej około

gruczołowej na szyi, ropne zapalenie opłucnej i osierdzia i t. p. Zapalenie wsierdzia i opon mózgowych rzadko się spotyka w błonicy.

Do najczęstszych zmian, zależnych od obecności streptokoków, należy zapalenie nieżytowe płuc, stanowiące powikłanie swoiste dla błonicy.

Leczenie błonicy.

Autor nie stawia sobie za zadanie zrobić przegląd wszystkich zalecanych sposobów leczenia błonicy; ogromna ich liczba świadczy bowiem najlepiej o ich bezskuteczności. Zadawałniam się on wskazaniem lekarzowi najracjonalniejszego sposobu postępowania w każdym przypadku błonicy, przedewszystkiem zaznacza fakt dziś dowiedziony, a dla leczenia błonicy ważne mający znaczenie, że zarazek choroby znajduje się wyłącznie w błonie fałszywej i w wydzielinie wykrztuszonej, która go przez długi czas przechowuje w stanie suchym i może go łatwo przenosić.

Lekarz wezwany do chorego, u którego podejrzewa błonicę, lecz nie jest jej pewnym, powinien zawsze postępować tak, jak w przypadkach, w których rozpoznanie jest niewątpliwem, i nie wahać się w podjęciu środków w błonicy wskazanych.

Środki higieniczne. Jeżeli chory nie może się leczyć w domu i musi być przewiezionym do szpitala, lekarz ma obowiązek dopilnować, by powóz, którym przewieziono chorego, był starannie zdezynfekowany. Ścisłe odosobnienie chorego na błonicę jest rzeczą pierwszorzędną wagi. Dzieci, znajdujące się w tem samym co i chory na błonicę pomieszczeniu, powinny być oprócz tego ściśle kontrolowane i nie powinny się stykać z innem dziećmi.

Osoby, pielęgnujące chorego, winny zachować następujące ostrożności: nie przyjmować żadnych pokarmów i napojów w pokoju chorego, często myć i odkażać ręce, szczególnie przed przyjęciem pokarmów. Byłoby pożądanem, by każda osoba pielęgnująca chorego na błonicę, a zatem i lekarz, wdziewał w pokoju chorego płócienną bluzę.

Co się dotyczy środków przeciwniejących, to stosownie do okoliczności autor poleca dwójakiego rodzaju roztwory, silniejsze i słabsze. Do silniejszych należy: sublimat 1:1000, siarczan miedzi i chlorek wapna 5:100, chlorek cynku 10:100; do słabszych: sublimat 1:2000, kwas karbolowy 5:1000, siarczan miedzi i chlorek wapna 2:100, mleko wapienne 7:100. Silniejsze roztwory służą do dezynfekcyi wszelkich przedmiotów, z chorym w styczności będących, wydzielin chorego na błonicę; słabsze do obmywania chorych i osób z chorym się stykających.

Leczenie miejscowe. Ponieważ błonica jest z początku chorobą czysto miejscową i dopiero przez wessanie produktów wydzielanych przez łascezniki błonico-we spowodza ogólne otrucie ustroju, przeto leczenie miejscowe posiada pierwszorzędne znaczenie. Już BRETONNEAU i TROUSSEAU używali w celu miejscowego działania kwasu solnego. Lecz nowsze badania bakteriologiczne dostarczyły lekarzowi więcej danych pewnych, wskazując w sposób niewątpliwy punkt, na który winien on skierować wszystkie swe usiłowania. GAUCHER rozpowszechnił metodę leczenia miejscowego najbardziej racjonalną, a polegającą na: 1) oddzieleniu błony fałszywej, 2) smarowaniu chorych części silną mieszaniną przeciwniejącą i 3) przemycaniu jamy nosogardzielowej roztworami przeciwniejącymi słabszymi.

Oddzielenie błon fałszywych odbywać się powinno dokładnie, choć ostrożnie, bez gwałtu, poczem smarować należy błonę śluzową tamponem z waty napojonym następującą mieszaniną: kamfory 20 grm., oleju rycynowego 15 grm., wysoku 10 grm., kwasu karbolowego 5 grm., kwasu winnego 1 grm.. Unikać należy przy smarowaniu dotykania tamponem języka i błony śluzowej zdrowej.

Oprócz tego dobrze jest od czasu do czasu przestrzykiwać jamę ustną, gardzielową i nosową roztworem słabszym (kwas karbolowy 1:200) dla usunięcia strzępów błon rzekomych.

Zamiast mieszaniny GAUCHER'a stosować można również z dobrym skutkiem fenol sulforycynowy, dwuchlorek lub dwujodek rtęci 1:200 lub 1:300, kwas salicyłowy 1 lub 2 na 100, czysty półtorachlorek żelaza lub na wpół z gliceryną, nalewkę jodową, nakonieć nadmanganian potasu 1:10.

Do przestrzykiwań można stosować kwas borny 3 lub 4 na 100, wodę wapienną, wodę chlorową 1 na 200, kwas salicyłowy 1 na 1000.

Zachwalane też są przez niektórych pulworyzacje przeciwniejące.

Metoda GAUCHER'a, która wogóło daje zadawalniające wyniki, nie zawsze daje się stosować. Bywają przypadki, w których błony fałszywe tak silnie przylegają do po-

wierzchni błony śluzowej, że bez znacznego uszkodzenia niepodobna ich oddzielić. Oprócz tego u małych dzieci, niespokojnych każde pendzlowanie połączone jest z uszkodzeniem mniej lub więcej głębokiem błony śluzowej, jamy ustnej i gardzielowej; w tego też rodzaju przypadkach pendzlowania są przeciwwskazane i z tego powodu zadawać się należy przostrzykiwaniami gardzieli; przostrzykiwania te muszą być obfite, ciągłe i starannie wykonywane.

Leczenie miejscowe powyżej opisane da się zastosować szczególnie w błonicy gardzieli, lecz również i przy innych siedliskach choroby. Gdy błona rzekoma przejdzie na krtań, konieczną się okazuje często tracheotomia. Z wyjątkiem przypadków, w których objawy sufokacyjne są znacznego natężenia i zmuszają do natychmiastowej interwencji, nie należy operować wcześniej, niż w okresie asfiktycznym. Należy wogóle operować jak najpóźniej i nie zapominać, że często lek wymiotny, we właściwej porze stosowany, zapobiedz może potrzebie operacji (?).

Leczenie ogólne powinno mieć za zadanie ustrzedz ustrój od intoksykacji. W tym celu należy go wzmacniać zapomocą silnie odżywczych pokarmów i napojów wysokowych. Jaja na miękko, mleko, sok mięsny, mięso skrobane i t. p., stanowią powinny pożywienie chorych na błonicę. W potrzebie stosować należy sztuczne żywienie zapomocą pompki żołądkowej, a nawet ławatyw odżywczych.

Z środków pobudzających i wzmacniających na uwagę zasługują: wino chinowe, kawa, półtorachlorek żelaza, zastrzykiwania podskórne kofeiny, wdychanie tlenu.

Leczenie niektórych objawów intoksykacji. Przy nadmiernem obrzmieniu gruczołów właściwemi są wcierania szarej maści, okłady zimne lub pęcherz z lodem.

Białkomocz obfity i stały wymaga kuracji mlecznej. Przy objawach żołądkowo-kiszkowych leczenie przeciwnie zapomocą benzenaftolu. Przy zapaleniu mięśnia serca leki pobudzające, głównie kofeina.

Przeciw porażeniom jedynie skutecznem jest dobre żywienie chorego i elektryzacja osłabionych mięśni. Nad odżywianiem chorego musi być rozciągnięta szczególna kontrola. Ilość pokarmów płynnych powinna być zmniejszoną przy zajęciu podniebienia miękkiego; pokarmy stałe mogą łatwo wpaść do tchawicy i spowodować objawy uduszenia. Najlepiej są znoszone pokarmy nawpółpłynne, konsystencji gęstawej. Może okazać się koniecznem wprowadzenie pokarmów zapomocą zgłębnika. Leki wzmacniające, wodolecznictwo, kąpiele siarczane stanowią środki wielce pomocne.

Leczenie wtórnych zakażeń. Przy ropnem zapaleniu gruczołów należy wcześniej usunąć ropę, szczególnie, gdy ropieniu uległa tkanka łączna okolicy gruczołowa; w ten sposób uniknąć można głębokich zacioków ropy.

Zapalenie nieżytowe płuc wymaga leczenia wzmacniającego; tu pierwsze miejsce zajmują napoje wysokowe.

Higiena rekonwalescencji. Wiadomo, że po zniknięciu błony rzekomej chory jeszcze przez długi czas przechowuje zarazek błonicy w jamie ustnej, z czego wynika, że w okresie rekonwalescencji przez dłuższy czas należy przemywać jamę ustną roztworem przeciwnie zapomocą wrzącej wody lub pary.

Po skończeniu okresu rekonwalescencji chorego należy wykapać lub obmyć roztworem sublimatu.

Wszystkie przedmioty z chorym w styczności będące, jak bielizna, pościel i t. p. winny być starannie zdezynfekowane zapomocą wrzącej wody lub pary.

Pokój chorego musi być ściśle zdezynfekowany; do tego celu służyć powinien mocny roztwór sublimatu, pary kwasu siarkowego.

F. Arnstein.

Sprawozdanie ze zjazdu

w kwestyi gruźlicy u ludzi i zwierząt,

odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia r. b.

O leczeniu gruźlicy zapomocą wstrzykiwań surowicy krwi psów uodpornionych przeciw gruźlicy. BABES z Bukaresztu, rozwijając w dalszym ciągu prace GRANCHER'a, mające na celu uodpornienie zwierząt przeciw gruźlicy, ogłosił swoje wyniki w grudniu 1890 r., że iniekcye gruźlicy ptasiej są w stanie uczynić od-

pornemi na gruźlicę świnki morskie. Nieco później COURMONT, HERICOURT i RICHEL dowiedli, że można psy uczynić odpornymi dla gruźlicy za pomocą wstrzykiwań hodowli gruźlicy ptasiej. BABES'owi udało się otrzymać uodpornione psy za pomocą wstrzykiwań do żył dużych ilości hodowli świeżych lasecznika gruźlicy ptasiej. Wyniki jednak nie były zupełnie jednakowe u wszystkich zwierząt, gdyż na 72 psy B. otrzymał odporność tylko w 7 przypadkach, przypisując to niezbyt dobre wyniki działania biologicznemu pasorzytów i często występującym zapaleniom mięsaszowym nerek. Wychodząc z zasady, że surowica krwi psiej jest dla człowieka nieszkodliwą, B. rozpoczął doświadczenia ze surowicą krwi uodpornionych psów na ludziach. Dawka wynosiła 5—10 gramów z dodatkiem 1% roztworu kwasu karbolowego. Doświadczenia te są jeszcze zbyt świeże, aby z nich już pewniejsze wnioski wyprowadzić się dały, lecz B. zaznacza, że chorzy jego znaczenie poprawili się. B. poleca stosowanie tych wstrzykiwań u dzieci zagrożonych suchotami (z rodziców gruźliczych).

D-r NOCARD przemawiał w kwestyi zapobiegania gruźlicy u bydła rogatego, wśród którego można w 10% — 25% wykryć gruźlicę. N. domaga się surowych przepisów celem izolowania zwierząt chorych i ścisłej dezynfekcyi pomieszczeń dla chorego bydła.

M. LEGROUX (Paryż) mówi o przerwach w przebiegu gruźlicy i zwraca uwagę na postać gruźlicy utajonej, którą mówca jeszcze w roku 1888 nazwał *micropolyadenopatie*. Postać ta charakteryzuje się tem, że sprawa gruźlica długi czas może być czysto miejscową w gruczołach chłonnych płucnych, krezkowych, zwłaszcza u dzieci. Wszystkimi siłami starać się należy odwrócić przerwy te w działaniu zgubnem lasecznika gruźliczego i dążyć do zupełnego wyłoczenia, usuwając momenta, wywołujące jakiegokolwiek osłabienie organizmu i wysyłać chore dzieci na dłuższy czas na wieś. Należy uwzględnić również wszystko wymagania higieniczno-dietetyczne.

O znaczeniu zarazka i usposobienia dziedzicznego w kwestyi rozprzestrzeniania się gruźlicy. NOCARD jest zdania, że gruźlica dziedziczna u bydła rogatego odgrywa podrzędną rolę. U młodych cieląt niezmiernie rzadko napotykamy gruźlicę, a u płodu jeszcze rzadziej widzieć ją można. Gruźlicę napotykamy u zwierząt starszych (wyżej trzech lat mających), u młodych zaś niezmiernie rzadko. NOCARD dowodzi, że u bydła rogatego gruźlica nie bywa dziedziczną.

EMPIS (Paryż) przypuszcza, że gruźlica u ludzi w większości przypadków jest dziedziczną. Twierdzenie swoje opiera na tem, że w przeciągu 50-cioletniej swej praktyki nie widział ani razu, aby małżonkowie wzajemnie udzielali sobie gruźlicy, jeżeli u drugiej połowy nie ma usposobienia dziedzicznego.

HÉRARD (Paryż) zgadza się z EMPIS'em, że dziedziczność ma wpływ na rozprzestrzenianie się gruźlicy, lecz nie wyłączny. Większość lekarzy pojmuje dziedziczne usposobienie do gruźlicy jako odziedziczone osłabienie ustroju, co przyczynić się może do przyjęcia zarazka. Jeśli jednak wziąć pod uwagę, że w jednej i tej samej rodzinie kilkoro dzieci umiera w najmłodszym wieku na gruźlicze zapalenie opon mózgowych, łatwiej będzie przypuścić, że prócz usposobienia, przenoszony bywa w tych przypadkach i sam zarazek. Wszak i gruźlica wrodzona u ludzi i u zwierząt w ostatnich czasach wielokrotnie opisywana była. Ci, którzy nie zgadzają się na pogląd, że zarazek może być dziedziczny, wskazują na ten fakt, że zarazek taki może 15—20 lat przebywać w organizmie, nie dając żadnych objawów gruźliczych. PRACE FOURNIER'a w kwestyi dziedzicznego późnego przymiotu właśnie na korzyść takiego poglądu przemawiają. Również jak jad syfilityczny, może i zarazek gruźliczy przebywać w organizmie w stanie uśpienia przez bardzo długie lata.

ARTHAUD na mocy zebranych 600 przypadków znalazł, że zarazek udzielony został w 60% przypadków, a w 30—40% wybuch gruźlicy przypisać należy dziedziczności.

COUDRAY na 75 przypadków gruźlicy chirurgicznej u dzieci, tylko w 10 był w stanie wykazać dziedziczność, w pozostałych przypadkach gruźlica nabyta była przez zarażenie. Z tego wynika, że najczęstszą przyczyną gruźlicy chirurgicznej bywa zarażenie.

VERNEUIL przytacza fakt, dowodzący, że laseczники gruźlicze mogą skrycie przebywać w organizmie i dopiero po urazie rozwija się zapalenie gruźlicze stawu biodrowego, kręgu lub innych narządów. Wszak niepodobna przypuścić, aby laseczники gruźlicze przedostały się z zewnątrz do wyżej wspomnianych miejsc.

DUCOR podaje dwa przypadki gruźlicy chirurgicznej, gdzie stanowczo wykluczyć można było usposobienie dziedziczne.

O leczeniu gruźlicy pęca. PONCET (Lyon) mówi o rzadkości tego cierpienia we Francji. Co do przebiegu tej gruźlicy autor przytacza trzy formy:

1) Żołądźiowo - napletkowa, która powstaje przez wysysanie (przy rytualnem obrzezaniu). Forma ta jest dostępna dla miejscowego leczenia jako to: wyskrobania, wycinania i wypalania.

2) Gruźlica cewki moczowej z usadowieniem w części tylnej cewki, zazwyczaj rozwija się wtórnie przy cierpieniach gruźliczych innych części narządu moczowo-płucowego. Leczenie ogranicza się w tych przypadkach na zmniejszaniu wydzieliny lub zbyt silnych bólów.

3) W której tworzą się ropnie okołocewkowe. Postać ta może stać się niebezpieczną z powodu septycznego rozpadu i wpływu na ogólny stan chorego.

TORKOMIAN (Konstantynopol) podaje przypadek wrodzonego braku mózgowia (*anencephalia*) u płodu zrodzonego z matki zdrowej i ojca gruźliczego i pijaka. T. przypuszcza, że gruźlica również jak przymiot może mieć wpływ na wady rozwojowe płodu.

O wpływie chorób zakaźnych na rozwój gruźlicy mówił VERNEUIL. Zwraca on uwagę, że choroby zakaźne, wysypkowe, influenza i t. d. nie tylko przyspieszają rozwój suchot płucnych, lecz i miejscową gruźlicę chirurgiczną. Posiada on w swej praktyce cały szereg spostrzeżeń potwierdzających ten fakt.

W tym samym duchu przemawiali: LEGROUX, KANELIS (Ateny) i BAVY (Namur), przytaczając swoje spostrzeżenia.

O stosunku niestrawności do suchot płucnych mówił HAYEM. W początku odczytu swego cytuje MARFAN'a, który w wielu przypadkach niestrawności wykazał skrytą postać gruźlicy płuc. Mówca badał chemicznie zawartość żołądka w 80 przypadkach niestrawności u suchotników i doszedł do następujących wyników. W 32 przypadkach były niewątpliwe objawy niestrawności i bardzo wątpliwe oznaki gruźlicy; u 21 chorych z podejrzeniem na gruźlicę H. znalazł 11 razy *gastritis hyperpeptica*, 10 razy *gastritis hypopeptica*, z których w 2 *gastritis apeptica*. U 11 chorych z ograniczonemi zmianami w płucach bez lasoczników w płwocinie znaleziono 3 razy *hyperpepsia*, 8 razy *hypopepsia* (z których w 4 *apepsia*). U 48 pacjentów, dotkniętych zarazem gruźlicą, H. znalazł 18 razy *gastritis hyperpeptica* i 30 razy *g. hypopeptica*.

Zwykłą przyczyną niestrawności tej okazało się nadużycie napojów wysokokowych i palenia tytoniu. Najczęstszą jednak przyczyną bywa nadużycie środków lekarskich drażniących i niedostateczny posiłek. Badanie anatomo-patologiczne wykazało zazwyczaj zmiany charakterystyczne dla *gastritis parenchymatosa* i *interstitialis*. W jednym przypadku H. znalazł zwyrodnienie skrobiowate wszystkich naczyń krwionośnych błony śluzowej żołądka, a w innym znów przypadku zgorzel gruczołów zależną od zakrzepu głębokich żył błony śluzowej i tkanki podśluzowej.

W ogóle biorąc, niestrawność należy do najczęstszych powikłań u suchotników, i dla tego u ludzi cierpiących na gruźlicę należy ją jaknajwcześniej usunąć, aby powstrzymać upadek odżywiania.

CHARLES SIEGEN (Luxembourg). O gruźlicy kóz. Wogóle koza uważana była jako zwierzę odporne na gruźlicę i z tej zasady wychodząc, często polecają pić mleko kozie dzieciom i chorym, a nawet z tego samego powodu marzono o otrzymywaniu szczepionki z kóz zamiast z jałówok. Wreszcie robiono próby zastosowania iniekcji krwi koziej w gruźlicy. Tymczasem COLIN'owi i NOCARD'owi udało się zaszczerpić kozio gruźlicę, a wielu autorów widziało pojedyncze przypadki gruźlicy u kozy. SIEGEN widział w rzeźni w 10 przypadkach gruźlicę u kóz. S. radzi robić próbną iniekcję tuberkuliny kozom, zanim mleko ich będzie użyte przez dzieci i chorych.

BRUNON (Rouen) podaje kilka przypadków gruźlicy płuc, w których leczenie w sanatoryach dało dobry wynik.

L. H. PETIT zwraca uwagę na konieczność zakładania we Francji sanatoryjów dla suchotników i na opłakany sposób dezynfekowania hoteli, w których przebywają suchotnicy.

STRAUS i P. TEISSIER mówią o stosowaniu tuberkuliny w celu wykrywania przymiotu; po iniekcjach tuberkuliny mieli oni w kilku przypadkach typową reakcję i sądzą, że i utajone formy przymiotu można w ten sposób rozpoznawać. VERNEUIL zwraca uwagę, że uraz wogóle jest w stanie na nowo wznicić chorobę zakaźną, która może być utajoną przez długi czas w organizmie.

BABES odczytał pracę o zmianach gruźliczych stanowiących wrota dla chorób zakaźnych i przytoczył kilka przypadków gruźlicy zakończonej śmiercią wskutek przyłączenia się tyfusu, dysenteryi, posocznicy etc. Sekce we wszystkich przypadkach były wykonane.

HARTMANN miał odczyt o gruźlicy odbytu. Powikłanie to w przebiegu gruźlicy płuc zdarza się podług statystyki autora i LOUIS'a w 5% przypadków; mężczyźni dwa razy częściej zapadają na to cierpienie, niż kobiety.

W kwestyi etyologii przetok odbytu autor jest zdania, że są one wynikiem gruźlicy miejscowej, wywołanej przez zaszczepienie lasceczników gruźliczych, znajdujących się w kale suchotników. Warunki potrzebne do wdrażenia lasceczników do tkanek są w odbycie: ekskoryacje błony śluzowej, ucisk na *sphincter* ze strony mas kałowych. Dalej autor zastanawia się nad sposobami leczenia i operowania i dochodzi do wniosku, że jakkolwiek na 154 przypadki, operowane w klinice prof. TERRIER'a, nie było ani jednego przypadku gruźlicy ogólnej, jednak za pomocą środków zewnętrznych (masę ze styraksu nprz.), można bardzo często owrzodzenie atoniczne doprowadzić do zablźnienia. W końcu autor mówi o gruźlicy skóry tej okolicy.

CADIOT miał obszerny wykład o gruźlicy u psa. Mówca spostrzegał 40 przypadków. Ostrzega przed niebezpieczeństwem grożącym dla otoczenia, głównie dla dzieci, wskutek trzymania w mieszkaniach zarażonych psów.

DESNOS przeprowadził w kilku przypadkach gruźlicy gruczołu krokowego leczenie met. LANNELONGUE'a z dobrym wynikiem, albowiem we wszystkich przypadkach w 2 do 5 tygodni po wstrzykiwaniach (chlorku cynku) guzy gruczołu przyprężnego ulegają zanikowi.

WEILL i DIAMANTBERGER podają wyniki, jakie otrzymali od podskórnych wstrzykiwań gwałajolu (z olejkiem migdałowym w równych częściach). Na 82 chorych, u 62 otrzymali polepszenie, 27 można było uważać za wyleczonych. Leczenie rozpoczynali od małych dawek (czwarta część strzykawki PRAWATZ'a) i dochodzili do 8 strzykawek dziennie. Płyn użyty przed zastosowaniem był sterylizowany.

OSENNE i DESNOS chwalą stosowanie wstrzykiwań chlorku cynku w roztworze 1:20 (metoda LANNELONGUE'a).

DE LA JARRIGE robił wlewania do płuc przez krtań i tchawicę roztworów 5% kroozotu i 10% mentolu w oliwie w ilościach do 40 gramów bez żadnego ujemnego wpływu.

Po skończonych rozprawach zjazd wyraził życzenia:

1) ażeby mięso w rzeźniach miejskich i wiejskich było sprzedawane li tylko po uprzednich oględzinach przez kompetentnego weterynarza,

2) aby we wszystkich szkołach ustawione były w dostatecznej ilości spluwaczki i nauczano dzieci unikania spluwania na podłogi,

3) aby robiono próbno wstrzykiwania tuberkuliny u zwierząt,

4) aby nauczycielowie rozpowszechniali wiadomości o zarazku gruźliczym i o zapobieganiu zarażenia,

5) ażeby trupy gruźlicze były dokładnie dezynfekowane,

6) ażeby chorzy na gruźlicę umieszczani byli w szpitalach specjalnych i grupami, zależnie od natężenia sprawy gruźliczej,

7) ażeby w rzeźniach ustawione były przyrządy do wyjaławiania mięsa, pochodzącego ze zwierząt gruźliczych.

(Sem. médicale N. 46, 48, 50).

Leopold Lubliner.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

141. F. KLEMPERER (Strassburg). **Znaczenie wyprysku wargowego przy nagminnem zapaleniu opon mózgodzeniowych.** O częstości wyprysku wargowego przy zapaleniu opon mózgowych podają wogóle, że w nagminnem zapaleniu ¹⁾ przytrafia się on bardzo często, w gruźliczem zaś zapaleniu bardzo rzadko. Stąd też obecność wyprysku wargowego w zapaleniu opon mózgodzeniowych ma, zdaje się, pewne zna-

¹⁾ Wśród 10 przypadków nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych, spostrzeganych przezemnie przed kilku miesiącami, tylko w 2 istniał wyprysk wargowy. (Przyp. spraw.).

czenie w różniczkowym rozpoznawaniu między gruźliczem, a nagminnem zapaleniu opon mózgowych i przemawia za tem ostatniem. Czy jednak wyprysk wargowy, wobec istnienia całej grupy objawów mniej lub więcej przemawiających za gruźliczem zapaleniem opon, posiada decydujące znaczenie i usprawiedliwia rozpoznanie nagminnego zapalenia, jest to pytanie, które nastęrczyli autorowi 3 przypadki zapalenia opon mózgowych, spostrzegane przez niego w klinice strasburskiej w ciągu ostatnich kilku miesięcy. W przypadkach tych, których historie choroby autor podaje, większość objawów ważniejszych przemawiała za pochodzeniem gruźliczem zapalenia opon mózgowych, a jednak były to przypadki nagminnego zapalenia opon, gdyż 2 przypadki zakończyły się wyzdrowieniem, a w 3-im oględziny pośmiertne wykazały ropne zapalenie opon. We wszystkich 3 przypadkach w przebiegu choroby wystąpił wyprysk wargowy. Czy więc z obecności wyprysku wargowego usprawiedliwionem może być w przypadkach autora rozpoznanie nagminnego zapalenia opon mózgowych? By móżd odpowiedzieć na to pytanie, należało wyjaśnić sobie wogóle przyrodę wyprysku wargowego. W tym celu autor w ostatnich miesiącach przeprowadził bakteriologiczne badanie zawartości pęcherzyków w 19 przypadkach wyprysku wargowego, towarzyszącego różnym chorobom. We wszystkich badanych przypadkach znaleziono nie swoiste, lecz zwykłe koki, wywołujące stany zapalne, jak: diplostrepto- i stafylokokki. Ponieważ drobnoustroje te znajduwane były w pęcherzykach już w samym początku ich powstawania, przeto wnosić należy, że one są przyczyną wyprysku.

Jeżeli uważać będziemy wyprysk wargowy za wynik wywołujących sprawę zapalną koków, to tem samem dopatrzyć się musimy ścisłego związku między chorobami, którym towarzyszy wyprysk wargowy, a tymi drobnoustrojami. Do chorób tu należących zaliczamy te, które zostają wprost wywołane przez te same drobnoustroje (zapalenie płuc, gardzieli) lub przy których drobnoustroje te przynajmniej jako powikłanie w formie zakażenia mieszanego lub wtórnego właściwą odgrywają rolę (gościec stawowy, zapalenie wsierdzia). Przy cierpieniach właśnie wywołanych przez swoje drobnoustroje, przy tyfusie, błonicy, gruźlicy wyprysk wargowy jest też nadzwyczaj rzadki. Nie dalecy będziemy prawdy, przypuszczając, że wyprysk wargowy i cierpienie gorączkowe, przy którym występuje wyprysk, są pod względem przyczynowym w bezpośrednim związku, że wyprysk jest szczególnem umiejscowieniem zarazka, wywołującego zasadnicze cierpienie. Jeżeli nawet uważać będziemy wyprysk wargowy za objaw zakażenia mieszanego lub wtórnego, zawsze świadczyć on będzie o tem, że przy chorobie, której towarzyszy, zwykłe, a nie swoiste zarazki chorobotwórcze odgrywają rolę czynnika przyczynowego lub wikłającego. Jeżeli dowodzenie to jest słusznem, na powyższe pytanie odpowiedzieć wypada: że wyprysk wargowy usprawiedliwia rozpoznanie nie swoistego, a t. zw. nagminnego zapalenia opon.

Autor przyznaje, że dowodzenie jego jest bardzo hypotetyczne i jedyny, na pewno wiarogodny przypadek czystej gruźlicy opon, któremu by towarzyszył wyprysk wargowy, musiałby obalić powyższy wniosek. Dotąd jednak żaden taki przypadek nie jest znanym. (*Berlin. klin. Woch. 1893. Nr 29*). F. Arnstein.

142. BRISSAUD. (z Paryża). O stosowaniu chloranu sodu przy raku żołądka. Na posiedzeniu stowarzyszenia francuskiego postępu nauk w Besançonie z dnia 9 sierpnia b. r. mówił BRISSAUD o stosowaniu chloranu sodu w raku żołądka i znakomitych wynikach, które tą drogą osiągnął.

Pomija on wiele przypadków, w których rozpoznanie różniczkowe od innych cierpień żołądkowych, symulujących raka, nie było zupełnie pewnem, a opiera swe wnioski wyłącznie na 5 przypadkach, których natura rakowata (w trzech przypadkach były nawet wyczuwalne guzy *in regione epigastrica*) nie ulegała żadnej wątpliwości. Chloran sodu stosował BRISSAUD w dawkach bardzo dużych, od 12—16 grm. *pro die*.

We wszystkich 5 przypadkach poprawa osiągnięta pod wpływem tego środka, była tak znaczna i trwała, iż autor nie waha się mówić o zupełnem wyleczeniu. Krwawe wymioty ustępowały, łaknienie powracało i znikało charłactwo, a nawet w trzech wyżej wspomnianych przypadkach, gdzie można było wyczuwać guzy

w okolicy *epigastrii*, autor zauważył, już po 6 tygodniowym stosowaniu środka, ich całkowite zniknięcie.

Nie zawsze jednak osiągał BRISSAUD tak dobre wyniki w raku żołądka; utrzymuje on, że tylko na formy nabłonkowe raka żołądka stosowany przezeń środek ma wpływ wyraźnie dodatni, podczas gdy postaci raka włókniste opierają się temu leczeniu w zupełności.

Z drugiej strony, niepomysłny wpływ chloranu sodu należy przypisać w tym i owym przypadku bądź obecności ogólnej *carcinosis*, bądź powikłaniom podstawowego cierpienia w innych narządach. Tak, w jednym przypadku niepomysłnym, na długo przed rozpoczęciem leczenia istniały już przerzuty raka w wątrobie. Inny znów przypadek, spostrzegany przez autora, zakończył się śmiertelnie z powodu szybkiego uogólnienia się raka, jakkolwiek i tutaj uprzednie kilkotygodniowe stosowanie chloranu sodu spowodowało znakomitą poprawę ze strony żołądka (powrót łaknienia, ustąpienie wymiotów krwawych) i przyrost wagi ciała, wynoszący 16 funtów. W trzecim zaś przypadku śmierć nastąpiła z powodu zapalenia żyły głównej (*phlebitis venae cavae*).

Reasumując wyniki swoje, autor zaznacza, że oprócz wyżej wspomnianych, przez cztery lata stosowania swej metody leczniczej nie spostrzegał ani jednego przypadku śmierci.

Jak objaśnić działanie pomyślne chloranu sodu w raku żołądka, autor nie podaje, zaznacza tylko, że rozpoczęte przez jego asystentów badania odnośnie wykazały tymczasem dość znaczną eliminację chloranu sodu z ustroju; nie przesądza jednakże słuszności poglądów, dawniej wyrażonych, według których środek ten bywa bądź przez ustrój rozkładany, bądź w nim zatrzymywany.

W dyskusyi, która się po odczycie wywiązała, LÉPINE zwraca uwagę na niebezpieczeństwo ustrojowi grożące ze strony chloranu sodu, który, w małych dawkach nieszkodliwy, w tak znacznych, jakie stosuje BRISSAUD, niezawodnie posiada własności trujące, spowodowujące zmiany we krwi, przeważnie w hemoglobinie.

(*Semaine médicale*. N-r 49, 1893). A. B.

143. D-r C. C. DELPRAT (z Amsterdamu). **O wartości elektryzacji przy porażeniach podczas snu powstałych.** Wobec istnienia znacznej różnicy zdań co do wartości leczniczej prądu stałego i przerywanego, głównie zaś z powodu twierdzenia MOEBIUS'a, który wogóle odmawia elektryzacji wszelkiej wartości przy leczeniu porażen organicznych, autor dla rozstrzygnięcia tej kwestyi przeprowadził ściśle badanie w 87 przypadkach porażen nerwów ruchowych i mięśni kończyn górnych, porażen powstałych jedynie podczas snu (z powodu uciśnięcia nerwów). Ponieważ MOEBIUS twierdzi, iż pomyślne wyniki, zauważone przez wielu elektroterapeutów, zależą od sugestyi, nie zaś od działania prądu elektrycznego, podzielił więc autor chorych swoich na 3 grupy:

a) U 33-ch stosował prąd przerywany, poddając działaniu jego zarówno porażone mięśnie, jak i odpowiednie pnie nerwowe.

b) U 28-iu chorych stosował prąd stały, drażniąc nerwy i mięśnie katodą (10 ctm. kw.) przez przesuwanie przy sile prądu 3—4 M. A.

c) U 26-iu chorych elektryzacja stosowana była tylko pozornie, t. j. wykonywano wszystkie rękozyny, jak przy rzeczywistej elektryzacji, lecz prądu nie przepuszczano, tak, iż mięśnie podlegały tylko lekkiemu muskaniu, nie mogącemu mieć żadnego wpływu.

We wszystkich trzech grupach każde posiedzenie trwało 1—2 minut i powtarzało się co drugi dzień. Chorych nie kwalifikowano do tej lub innej grupy, kierując się jakimikolwiek danymi, lecz w miarę jak się zgłaszali, byli traktowani kolejno to w pierwszy, to w drugi lub trzeci sposób. Do oceny postępów w zdrowieniu służyła siła ręki, mierzona zawsze tym samym siłomierzem MATTHIEU'go, który w jednakowy sposób chorym podawano.

Wnioski z tych tak ściśle, niemal pedantycznie wykonanych doświadczeń, są następujące:

1) Skutki leczenia przy obu rodzajach elektryzacji mało się różnią między sobą.

2) Skutek jest nawet nieco mniejszy, niż przy pozornej elektryzacji, t. j. niż przy leczeniu suggestyjnem.

W pewnej ilości przypadków (33) dokonano badania siły obu rąk chorego bezpośrednio przed i po każdej elektryzacji i otrzymano prawie tyleż razy zwiększenie co i zmniejszenie siły mięśniowej po zastosowaniu prądu stałego lub prerywanego, zarówno w zdrowej, jak i w chorej ręce; toż samo miało miejsce i przy pozornej elektryzacji.

Co do czasu, potrzebnego do wyleczenia, to trudnem się okazało otrzymanie danych zupełnie pewnych, gdyż większość chorych zaprzestawała leczenia z chwilą, gdy poprawa osiągnęła pewnego stopnia. Opierając się na tych nielicznych przypadkach, w których obserwacja mogła być przeprowadzoną do samego końca, (2 przypadki faradyzacji, 6 galwanizacji i 4 pozornej elektryzacji), autor otrzymał przeciętny przeciąg czasu, niezbędnego do wyleczenia: 27,9 (przy faradyzacji), 35 (przy galwanizacji) i 29 dni (przy pseudoelektryzacji), co bynajmniej nie przemawia na korzyść jednej ze wzmiankowanych metod w porównaniu z drugą lub trzecią.

(*Deut. med. Woch. N-r 3. 1893*). B. W.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Z powodu śmierci CHARCOT'a, redakcyja *Deutsche med. Wochenschrift* w N. 34 z r. b., podaje list znakomitego klinicysty francuskiego z dnia 10 Czerwca 1889 r., traktujący o wartości sugestyi w chorobach nerwowych.

„Szanowny Kolego! Zapytuje mnie Pan, jakie zdaniem mojem znaczenie ma suggestya, jako czynnik leczniczy. Odpowiedź na to pytanie wymagałaby właściwie długich wyjaśnień, spodziewam się atoli, że uda mi się w tych kilku w pośpiechu pisanych wierszach, przedstawić zapatrywanie moje na tę kwestyę w ogólnych zarysach.

Kwestya leczenia za pomocą sugestyi hypnotycznej musi być traktowaną z rozmaitych punktów widzenia. Jeżeli idzie o jedno z owych porażień psychicznych, których istotę i sposób powstawania starałem się wyjaśnić, o jedno z owych porażień, w występowaniu których dużą rolę gra wyobraźnia — „*paralysis dependent on idea*“, *hystero-traumatisme*—to oczywiście wszystko, co działa na wyobraźnię, może na takie porażenie mieć wpływ pierwszorzędnej wagi. Porażenia te, jak wykazałem, mogą w hypnozie sztucznie być wywołane, *a priori* zatem było bardzo prawdopodobnem, że hypnoza może je także usunąć.

Tak zdawało się w teorii; jakże ma się rzecz w praktyce? Czy leczenie suggestyą we wszystkich przypadkach porażenia psychicznego okazuje się istotnie tak potężnem, jak należało się spodziewać? Bez namysłu mogę na to odpowiedzieć przecząco. Od chwili pierwszych moich badań nad hypnotyzmem w Salpêtriére stosowaliśmy go często z korzyścią u chorych, którzy byli nań wrażliwi, ażeby ich uwolnić od różnorodnych przypadłości, jakie codziennie w życiu histeryczki wydzierają się (kontraktry, porażenia, nerwobóle i t. d.). Wszystko szło doskonale, i zdawało nam się prawie, że niema nic łatwiejszego nad pewne i szybkie usuwanie tą drogą wszystkich cierpień histerycznych.

W krótkim czasie jednak przekonał się, że tak nie jest; poszukiwania nad histeryą u mężczyzn mianowicie, zniweczyły nasze illuzye. Skonstatowaliśmy, że można cały szereg kobiet histerycznych wprowadzić w stan hypnozy i uwolnić je w tym stanie od danej przypadłości; w innym szeregu sprowadzenie stanu hypnotycznego jest zupełnie niemożliwe. Co się tyczy mężczyzn, to zdanie powyższe musi być sformułowane odwrotnie: w przeważnej większości przypadków nadzwyczajnie trudno jest zahypnotyzować histerycznych mężczyzn, a dodać można, że często usiłowania takie są niebezpieczne, a najczęściej bezpożyteczne: niebezpieczne, gdyż niejednokrotnie zdarzało się nam, że, usiłując uspić histeryka, wywoływaliśmy napady drgawek, skłonność do których powstawała w następstwie, tak, iż zabieg leczniczy nie tylko nie pomagał, ale wprost szkodził. Powiedziałem dalej, że hypnoza u mężczyzn bardzo często pozostaje bez korzyści. Trzeba bowiem wiedzieć, że nawet, jeżeli się uda sprowadzić pewien stopień stanu hypnotycznego, zdarza się często, że stopień ten nie wystarcza do usunięcia tych objawów chorobowych, które usunąć chcemy. Objawy histeryi męskiej są szczególnie uporczywe i nie poddające się żadnemu leczeniu.

Pozostają jeszcze zaburzenia organiczne układu nerwowego i niektóre inne cierpienia, jak padaczka, *paralysis agitans* i t. d., które mniej z przeświadczenia, bardziej zaś dla pokrycia niedostatecznych wiadomości o nich, zowiemy nerwicami. Tu już teoretycznie wpływ sugestyi jest bardzo mało prawdopodobny. W praktyce ocena pozornie pomyślnych wyników przedstawia liczne trudności. Przedewszystkiem mogą zachodzić i zachodzą omyłki w rozpoznaniu; mógłbym przykłądy tego rodzaju przytoczyć. Powtórze choroba organiczna często wikła się objawami, które muszą być odniesione do grupy nerwic, poprzedzających cierpienie organi-

czne lub po niem występujących (*sclerose en plaques* i histerya), i w tych przypadkach poprawa niektórych objawów jest łatwo zrozumiałą. Wreszcie można przez wielokrotną sugestyę sprowadzić pewne polepszenia, które w rzeczywistości nie są niczem innym, jak wynikiem na nowo rozpoczętego i pomyślnie przeprowadzonego wychowania (afatyk, któremu wmawia się, że może czytać, i którego się codziennie w tem ćwiczy; paralityk, któremu zaleca się wykonywać ruchy z oporami).

Reasumuję: Nie zaprzeczając, że w chorobach organicznych układu nerwowego sugestyja hipnotyczna może w pojedynczych przypadkach sprowadzić pewne polepszenie, jestem jednak przekonany, że należy to położyć na karb wypadku (*à titre purement contingent*) i że nie może być mowy o wyniesieniu sugestyi do godności metody leczniczej. Natomiast przy objawach historycznych, jak rzekłem wyżej, mianowicie u kobiet i u osób, które łatwo wprowadzić w stan hipnozy, można w okresie somnambulizmu, który już przy pierwszych próbach jest dosyć wyraźny, spodziewać się dobrego wyniku. Co się tyczy histeryi u mężczyzn, to należy być bardzo oględnym i ostrożnym, chcąc pozostać przy metodzie, która bynajmniej nie może rościć praw do korzystnego wpływu na wszystkie przypadki, która, przeciwnie, może prowadzić do wydarzeń, zarówno dla chorego, jak i dla lekarza niemilych.

Pogląd mój zatem streszczam w następujący sposób: Z sugestyją hipnotyczną rzecz ma się tak, jak ze wszystkimi innymi metodami leczniczymi: ma ona swoje wskazania i przeciwskazania, i jeżeli się nie wymaga od niej wię-

cej, niż, jak wyżej wyłuszczyłem, jest w stanie działać, może być pożyteczną. Jeżeli się jej stawia wymagania większe, to wynika stąd szkoda dla niej samej i dla tych, którzy ją bez krytycyzmu stosują. Z. S.

— WURTZ i LERMOYEZ dowodzą, że służ nosowy jest zabójczym środkiem dla mikrobów, dostających się do nosa z powietrzem, podczas oddychania. Zarodniki nawet karbunkułu po 3 godzinem przebywaniu w służie nosowym przy 38° C. giną w zupełności. W podobny sposób działa on na inne mikroby; zachodzi tylko różnica w sile działania. Tym sposobem korzyści z oddychania przez nos zasadzają się nie tylko na ogrzewaniu, zwilgotnianiu i mechanicznem oczyszczaniu powietrza, mikroby tego ostatniego nietylko osiadają w nosie, ale i giną. (*Le Mercredi Medic.* Lipiec). J. Sz.

— ROBERTSON spostrzegł u 18-letniej panny niezwykłą wrażliwość na małe nawet dawki chininy i antypiryny. Po zastosowaniu 0,33 antypiryny z powodu nerwobólu twarzowego wystąpiło natychmiast ogólne osłabienie, zawrót głowy, po półgodzinie wysypka płonicowa, rozlany obrzęk tkanki łącznej podskórnej, najwydatniejszy na twarzy i kończynach, następnie zaś pokrzywka. Pokrzywka ustąpiła po 12 godzinach od czasu użycia lekarstwa, wysypka płonicowa po 36, przyczem zauważyć można było obfite łuszczenie, obrzęk zaś po 3 dniach. U teje osoby po użyciu chininy w ilości 0,07, w kilka minut później wystąpiło omdlenie, przyspieszenie tętna, rozlana wysypka i obrzęk podskórny. Wszystkie te objawy ustąpiły w przeciągu 2—3 dni. (*Edinb. med. Journ.* Styczeń 1893).

Wiomości bieżące.

— Podobno Prof. MIERZEJEWSKI opuszcza katedrę chorób nerwowych i umysłowych w petersburskiej akademii wojskowo-lekarskiej. (*Wracz.* 32. 93).

— W dniach 23 i 24 b. m. obchodzono w Krynicy stuletnią rocznicę oddania źródeł mineralnych do użytku publicznego.

— Liście z drzewa kawowego zawierają kofeinę (identyczną z teiną), skutkiem czego

go zaczynają używać ich w Anglii, zamiast herbaty. Zawierają one tyleż alkaloidu, co i herbata, tylko nieco mniej garbnika. (*Lancet* 5 sierpnia 93).

— Zmarli. W dniu 30 sierpnia zmarł w Warszawie współpracownik naszego pisma kol. HENRYK DOWNAR ZAPOLSKI, lekarz szpitala Lubelskiego.

Od Administracyi.

Szanownych abonentów uprzejmie prosimy o nadesłanie zalegającej prenumeraty, zarówno za kwartały roku bieżącego, jak i za rok zeszły.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 Августа 1893 г.

Друк К. Ковалевського. Крólewska 29.