

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Czy płód przymiotowy może zarazić matkę? Kilka słów z powodu teorii wstecznego zakażenia matki przymiotem od płodu (choc en retour), przez Karola Szadka. Drugi przyczynek do nauki o zbroczeniach mowy, przez d-ra Władysława Oltuszewskiego. (Dokończenie). Rys działalności szpitala Zapasowego dla chorych zakaźnych w r. 1892, podał J. Szwajcer. — **Streszczenia i Wyciągi.** 120. Przypadek przedziurawienia macicy przy jej skrobaniu; wypadnięcie i uwięźnięcie kiszki. 121. Przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych zakończony wyzdrowieniem. 122. O leczeniu ropnego zapalenia opłucnej u suchotników dotkniętych gruźlicą. — **Korespondencya „Medycyny”.** W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Szadek — Un foetus syphilitique peut-il infecter la mère? 2) D-r W. Oltuszewski — Contributions à la pathologie du langage. 3) D-r J. Szwajcer — Compte rendu sur le mouvement des malades à l'hôpital des maladies infectieuses à Varsovie (année 1892).

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr K. Szadek — Kann ein syphilitischer Foetus die Mutter inficiren? 2) D-r W. Oltuszewski — Zweiter Beitrag zur Pathologie der Sprache. 3) D-r J. Szwajcer — Bericht für das Jahr 1892 über die Thätigkeit des Hospitals für Infections-Krankheiten in Warschau.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

Czy płód przymiotowy może zarazić matkę?

Kilka słów z powodu teorii
wstecznego zakażenia matki przymiotem od płodu (*choc en retour*).

Przez Karola Szadka.

Odczyt wypowiedziany w sekcji dermatologii i syfilidologii na VII Zjeździe lekarzy
i przyrodników polskich we Lwowie.

Podając powyższy temat do dyskusji wobec zebranych tu fachowych kolegów, zamierzyłem wywołać wymianę zdań pomiędzy kolegami, rozporządzającymi odnośnym materiałem kazuistycznym. Ze wszech miar albowiem pożądane jest dla nas wyświeetlenie niektórych wątpliwych poglądów naukowych, dotyczących sprawy dziedziczenia przymiotu; dokładne zaś ich wyjaśnienie li tylko przez staranne rozpatrzenie krzyżujących się poglądów i zdań da się osiągnąć.

Jak nam wiadomo, z pośród matek, zapłodnionych przez ojców, przymiotem dotkniętych, niektóre zapadają na przymiot wkrótce po zapłodnieniu, inne zaś pozostają i nadal pozornie zdrowe i nie wykazują żadnych objawów zakażenia przymiotowego, chociaż wydały na świat uprzednio kilkoro dzieci przymiotowych; w innym jeszcze szeregu przypadków kobiety, mające mężów, przymiotem dotkniętych, dopóty tylko są zdrowe i wolne od przymiotu, póki nie zajdą w ciążę; w krótkim czasie zaś po zapłodnieniu przez męża syfilytyka, stają się niedokrewne, powstaje u nich wypadanie włosów oraz

występują rozmaite inne objawy i zaburzenia odżywcze ustroju; wreszcie po jednej lub kilku ciąży, zakończonych poronieniem, niekiedy zaś wydaniem na świat donoszonego dziecięcia przymiotowego, u matek tych pojawiają się wyraźne oznaki zakażenia przymiotowego.

Mając na względzie, że w podobnych przypadkach nie dostrzeżono u matki pierwotnej zmiany przymiotowej, oraz że uprzednio one ronily lub rodziły dzieci przymiotowe, — niektórzy autorowie wywnioskowali stąd, iż matki, noszące w swem łonie płód przymiotowy, zakażają się od niego przez łożysko. Wymieniona teoria, przypuszczająca wsteczne zarażenie matki od płodu, której właściwym twórcą był GARDIEN ¹⁾, znalazła wkrótce poparcie we Francyi i Anglii (COLLES ²⁾, BAUMÉS ³⁾, EGAN ⁴⁾, RICORD ⁵⁾, HARVEY ⁶⁾, TYLOR-SMITH ⁷⁾, LAFONT-GOUZY ⁸⁾, PUTEGNAT ⁹⁾, ROBERT ¹⁰⁾, de MERIC ¹¹⁾, BAZIN ¹²⁾); obecnie zaś do rzędu zwolenników teorii *choc en retour* zaliczyć wypada i niektórych autorów niemieckich (CASPARY, ZEISSL, NEUMANN). Najzarliwiej bronili teorię *choc en retour*: HUTCHINSON ¹³⁾, DIDAY ¹⁴⁾ i BALFOUR ²⁴⁾. Z drugiej zaś strony niebrakło też i głosów, zaprzeczających możliwości łożyskowego zakażenia się matki przymiotem od płodu (MAISONNEUVE i MONTANIER ¹⁵⁾, CULLERIER ¹⁶⁾, LINDWURM ¹⁷⁾, BEHREND ¹⁸⁾, KNOBLAUCH ¹⁹⁾, GEIGEL ²⁰⁾ i GAMBERINI ²¹⁾). Najpoważniejsze zarzuty przeciwko teorii *choc en retour* podnosili: von BAERENSPRUNG ²²⁾ i KASSOWITZ ²³⁾); za ich poglądami oświadczyło się wkrótce wielu innych syfilidologów, w tej zaś liczbie: OEWRE ²⁵⁾, FLINDT ²⁶⁾, WOLFF ²⁷⁾, WIEDE ²⁸⁾, ANTON ²⁹⁾, ROSENBERG ³⁰⁾); przeciwko zaś zdaniu KASSOWITZ'a po-

-
- ¹⁾ Traité des accouchements. Paris. 1824.
 - ²⁾ Prakt. Beobacht. über syphilit. Krankheit. Hamburg. 1839.
 - ³⁾ Précis théor. et prat. des mal. vénériennes. Paris. 1840.
 - ⁴⁾ Dublin medical Journal. 1846. May.
 - ⁵⁾ Gaz. médic. de Paris. 1849, str. 753.
 - ⁶⁾ Tamże. 1850, str. 150.
 - ⁷⁾ Lancet. 1854. March. str. 206.
 - ⁸⁾ Journal de médecine de Toulouse. 1854. Avril—May.
 - ⁹⁾ Histoire et thérapie de la syphilis des nouveau-nés. Paris. 1854. str. 115.
 - ¹⁰⁾ Traité des maladies vénériennes. Paris. 1853, str. 228.
 - ¹¹⁾ Lancet. 1858. 18 Sept.
 - ¹²⁾ Leçons sur les syphilides. Paris. 1859. str. 45.
 - ¹³⁾ A clinical memoir on certain diseases of the eye etc., London 1863. str. 209.
 - ¹⁴⁾ Nouvelles doctrines de la syphilis. Paris. 1858. str. 462—476.
 - ¹⁵⁾ Traité des maladies vénériennes. Paris. 1853. str. 360—373.
 - ¹⁶⁾ Arch. génér. de médecine. 1854. Septembre.
 - ¹⁷⁾ Canstatt's Jahresbericht. 1855. IV. str. 840.
 - ¹⁸⁾ Behrend's Syphilidologie. N. R. II. 2. str. 275.
 - ¹⁹⁾ Tamże. III. 4. str. 576.
 - ²⁰⁾ Geschichte und Pathologie der Syphilis. Würzburg. 1867. str. 297.
 - ²¹⁾ Giorn. ital. d. malattie veneree e della pelle. 1869. I. str. 321—327.
 - ²²⁾ Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864. str. 50—51.
 - ²³⁾ Die Vererbung der Syphilis. Wien. 1876. str. 41—48.
 - ²⁴⁾ Edinb. med. Journal. 1856. October.
 - ²⁵⁾ Assoc. française pour l'avancement des sciences médic. 1878.
 - ²⁶⁾ Den Congenite Syphilis. Kjöbenhavn. 1878. str. 190—214.
 - ²⁷⁾ Centralblatt f. Chirurgie. 1880. 32.
 - ²⁸⁾ Beiträge zum Kapitel der heredit. Syphilis. Würzburg. 1880. str. 51 i 81.
 - ²⁹⁾ Ueber hereditäre Syphilis. Berlin. 1880. str. 46—50.
 - ³⁰⁾ Viertelj. f. Dermat. und Syphilis. 1882. str. 471—479.

wstał CASPARY ³¹⁾, następnie za teorią *choc en retour* podali głosy: TARNOWSKI ³²⁾, FÜRTH ³³⁾, FOURNIER ³⁴⁾, ZEISSL ³⁵⁾ i ENGEL ³⁶⁾.

W ostatnich latach w obronie teoriiłożyskowego zakażenia się matki przymiotem od płodu występowali DELAITTRE ³⁷⁾ i BLAISE ³⁸⁾. DELAITTRE nie zdołał wprawdzie przytoczyć żadnych dowodów na korzyść wymienionej teorii, natomiast BLAISE, zapatrując się na teorię *choc en retour* z teoretycznego stanowiska, powołuje się na ostatnie wyniki poszukiwań bakteriologicznych w ogólności i uzasadnia w ten sposób teorięłożyskowego zakażenia się matki przymiotem od płodu, iż przypuszcza przenikanie drobnoustrojów chorobotwórczych przymiotu przez łożysko w kierunku od płodu do matki.

Przeciwno teorii *choc en retour* z nowszych autorów wypowiedzieli się: DON JOSE CABOT y RAVIRA ³⁹⁾, BUHE ⁴⁰⁾, di PASQUALE ⁴¹⁾ i DOHRN ⁴²⁾. Twierdzą oni, iż zdrowe i nieuszkodzone łożysko wcale nie przepuszcza ciałek uorganizowanych w ogólności, a więc i zarazek przymiotu przeniknąć od płodu do matki nie może; powołują się zaś na warunki anatomiczne i fizjologiczne płodu w stosunku do ustroju macierzyńskiego, oraz na własności zarazka przymiotu, należącego do rzędu zarazków stałych i uorganizowanych. Według DON JOSE CABOT'a y RAVIRA macierzyńska część łożyska anatomicznie jest najzupełniej odosobniona od części płodowej łożyska i narząd naczyniowy płodu nie łączy się bezpośrednio z krwiobiegiem matki.

Skreśliwszy w krótkich słowach historyczny przebieg poglądów na teorię *choc en retour*, ośmielę się wyłożyć swój krytyczny pogląd na wsteczne zakażenie się matki przymiotem od płodu; poprzednio jednak rozpatrzę odnośną kazuistykę. Przypadki dawniejsze TRONCIN'a ⁴³⁾, SEMANAS'a ⁴⁴⁾, LANGIER'a ⁴⁵⁾ i BALFOUR'a ⁴⁶⁾ bardzo są wątpliwe, na co już wskazywał KASSOWITZ: poprzedni stan zdrowia matek nie był dokładnie zbadany, w niektórych zaś przypadkach objawy przymiotu u matek wystąpiły wnet po zajściu w ciążę, a więc można też przypuścić, iż matka poprzednio zaraziła się bezpośrednio od męża swego i t. d. Z 50-iu spostrzeżeń HUTCHINSON'a żadne nie jest też przekonujące na korzyść teorii *choc en retour*, ponieważ prawie we wszystkich brakowało dokładnych wiadomości o uprzednim stanie zdrowia rodziców, nadto zaś w wielu przypadkach przymiot matki wcale nie okazywał objawów tej choroby.

³¹⁾ Viort. f. Dermat. und Syphilis. 1877. 4. str. 481 — 493; 1881. 1. str. 35 — 45.

³²⁾ LANCEREAUX. Traité de la syphilis. Tłom. ruskie. str. 611—612.

³³⁾ Wiener Klinik. 1878. IV. 11. 12. str. 201.

³⁴⁾ La syphilis et le mariage. Paris. 1880.

³⁵⁾ Lehrbuch der Syphilis. III Aufl. Wien. 1875. str. 113.

³⁶⁾ Americ. Journal of Obstetrics. 1882. Oct.

³⁷⁾ Etude sur l'histoire, l'étiologie et pathogenie de la syphilis héréditaire. Paris. 1883. str. 42—43.

³⁸⁾ De l'hérédité syphilitique. Paris. 1883. str. 60—66.

³⁹⁾ Revista de ciencias médicas. Barcelona. 1884. 16. 17. 20. 21.

⁴⁰⁾ Zur Lehre der hereditären Lues. Berlin. 1889.

⁴¹⁾ Giorn. ital. d. mal. veneroc e della pelle 1890. 2. str. 145.

⁴²⁾ Monatsch. f. prakt. Dermatologie. 1892, XV. 2. str. 91.

⁴³⁾ De l'extinction de la maladie vénérienne. Paris. 1834. str. 50.

⁴⁴⁾ Gaz. médicale de Paris. 1849. 40.

⁴⁵⁾ P. DIDAY. Traité de la Syphilis des nouveau-nés. Paris. 1854. str. 247.

⁴⁶⁾ Edinb. med Journal. 1856. Octobre.

Podobne też zarzuty można podnieść z powodu przypadków MAIGRIT'a ⁴⁷⁾, BEYRAND'a ⁴⁸⁾, von BUREN'a ⁴⁹⁾, BRYANT'a ⁵⁰⁾, FRÆNKEL'a ⁵¹⁾, DIEU-LAFOY'a ⁵²⁾, LANCEREAUX i TARNOWSKIEGO (l. c.) i MASON'a ⁵³⁾; nadto w przypadku BEYRAND'a płód wcale nie był zbadany. Nie więcej też przekonywające były przypadki, ogłoszone w r. 1876 przez HUTCHINSON'a ⁵⁴⁾; w żadnym z nich niemożna wyłączyć zakażenia się matki bezpośrednio od ojca, przymiotem dotkniętego, a na stan zdrowia matek zwrócono uwagę dopiero w chwili wystąpienia u niej ogólnych objawów przymiotu.

Zaden też z liczby 24 przypadków DIDAY'a ⁵⁵⁾ nie może udowodnić teorii wstecznego zakażenia się matki od płodu, wywiady albowiem oparte były na opowieściach samych chorych, poprzedni zaś stan zdrowia matek w wielu przypadkach nie był wcale zbadany. To samo da się wypowiedzieć odnośnie do przypadków FOURNIER'a ⁵⁶⁾, które prócz tego są opisane bardzo niedokładnie.

W przypadku APOLANT'a ⁵⁷⁾, zaliczonym zapewne wskutek nieporozumienia do rzędu przypadków wstecznego zakażenia się matki od płodu, pewna kobieta po śmierci pierwszego męża, który był dotknięty przymiotem, wyszła powtórnie za mąż i, pozostając najzupełniej zdrową, wydała na świat dziecko przymiotowe; choroba dziecka, zdaniem autora, pochodziła od pierwszego męża (!!!).

W przypadkach LUTAUD'a ⁵⁸⁾, ENGEL'a ⁵⁹⁾, FORSTER'a ⁶⁰⁾, TYMOWSKIEGO ⁶¹⁾ i MOLFESE'go ⁶²⁾ nie można z pewnością wyłączyć możliwości bezpośredniego zakażenia się matki od ojca; nadto w przypadkach ENGEL'a i MOLFESE'go przymiot matki był dość wątpliwy, w przypadku zaś FORSTER'a płód był bardzo niedokładnie zbadany.

Przypadki, opisane przez ZEISSEL'a ⁶³⁾, wydają się najmniej wątpliwe, albowiem matki badane były najstaranniej przez lekarza, pomimo to jednak nie dostrzeżono u nich wcale pierwotnej zmiany przymiotowej; przyjmując jednak na uwagę tę okoliczność, iż pierwszy objaw mógł usadowić się w głębi jamy macicznej lub też w kanale szyi i przebiegać niepostrzeżenie, wypada uznać, iż nawet wymienione przypadki nie mogą służyć za niezbity dowód łóżykowego zakażenia się matki od płodu.

We wszystkich przytoczonych wyżej przypadkach napotykamy szczególny nacisk na brak zmiany pierwotnej u matek, w żadnym bowiem przypadku nie dostrzeżono ani śladu stwardnienia lub owrzodzenia, brakowało też obrzę-

⁴⁷⁾ L'Union médicale. 1862. 84. str. 114—118.

⁴⁸⁾ Tamże. 1862. 26. str. 456—458.

⁴⁹⁾ American Journal of Syphiligraphy. 1870. str. 17—22.

⁵⁰⁾ Medical Times and Gazette. 1872. II. str. 94.

⁵¹⁾ Ueber Plancontar-Syphilis. Breslau. 1873. str. 43.

⁵²⁾ VIOLET. Étude sur la syphilis infantile. Paris. 1874. str. 42.

⁵³⁾ Medical Record. N. York. 1876. 25. Novembre.

⁵⁴⁾ Medical Times and Gazette. 1876. II. 1380; 1877. I. 1395.

⁵⁵⁾ Annales de dermatologie. 1877. VIII. st. 161—181.

⁵⁶⁾ L. c. str. 147, 248—249.

⁵⁷⁾ Berliner Klinische Wochenschrift 1881. 6. str. 81.

⁵⁸⁾ France médicale. 1882. I. 6. str. 63—66.

⁵⁹⁾ American Journal of Obstetrics. 1882. Octobre.

⁶⁰⁾ Lancet. 1883. II. str. 233.

⁶¹⁾ Wiadomości lekarskie. 1887. 7. str. 163—165.

⁶²⁾ Il Progresso medico. 1892. 1. 2.

⁶³⁾ Lehrbuch der Syphilis. IV Auflage. Wien. 1882. str. 631—632.

ku gruczołów limfatycznych, towarzyszącego zwykle pierwotnemu objawowi. Musimy zaznaczyć, iż w przeważnej większości przypadków odnośnych chore matki poddawano badaniu dopiero po wystąpieniu objawów ogólnych przymiotu, poprzedni zaś stan ich zdrowia był znany jedynie z wywiadów, te zaś najczęściej nie były dokładne. Musimy tu zauważyć, iż pierwotna zmiana u kobiet bardzo łatwo może być częstokroć przeoczona z powodu łagodnego przebiegu, co przez licznych autorów zaznaczone już było (LALLEMAND ⁶⁴), RICORD ⁶⁵), ENGELSTED ⁶⁶), TROUSSEAU ⁶⁷), SIGMUND ⁶⁸), WEINBERG ⁶⁹), JUMON ⁷⁰), FOURNIER ⁷¹), CANT ⁷²). W przypadkach usadowienia się pierwotnego objawu w pochwie *resp.* na szyi macicy, tenże bardzo często bywa mylnie rozpoznany, lub też zupełnie niedostrzeżony. Pierwotna zaś zmiana, w jamie macicznej umiejscowiona, ani razu dotąd nie była spostrzegana, aczkolwiek teoretycznie musimy przypuścić wszelką możliwość podobnego usadowienia się pierwotnego owrzodzenia przymiotowego w niektórych okolicznościach: długie prace, otwarcie ujścia macicznego w chwili wytrysnięcia nasienia, obecność pierwotnego wrzodu cewki moczowej u mężczyzny (AUBERT ⁷³), LANG ⁷⁴).

Powyżej wymienione okoliczności utwierdzają nas w przekonaniu, iż w licznych przypadkach rzekomego wstecznego zakażenia się matki od płodu nastąpiło zwykle bezpośrednie zarażenie matki przez ojca podczas spółkowania. (D. n.).

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY.

DRUGI PRZYZYNEK DO NAUKI O ZBOCZENIACH MOWY,

przez d-ra Władysława Ołtuszewskiego.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 41).

Zwracamy się na koniec do **jąkania**. Zarówno jak w roku zeszłym załączam dwie tablice, mianowicie: przyczyny, podawanej przez samych chorych lub otoczenie, i wieku, w którym powstała ta wada.

-
- ⁶⁴) Archiv für Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 3. str. 418.
 - ⁶⁵) Traité des maladies vénériennes. Paris. 1838. str. 602—603.
 - ⁶⁶) Die constitutionelle Syphilis. Würzburg. 1861. str. 2—3.
 - ⁶⁷) Clinique médicale. Paris. 1862. str. 672.
 - ⁶⁸) Schmidt's Jahrbücher. 1869. 7. str. 38; Viert. f. Dermat. 1877. 1/2. str. 10.
 - ⁶⁹) Mittheil. aus dem Wiener Doktoren Kollegium. 1879. V. 1.
 - ⁷⁰) Etudes sur les syphilis ignorées. Paris. 1880.
 - ⁷¹) Leçons sur la syphilis, particulièrement chez les femmes. Paris. 1881. str. 754—758.
 - ⁷²) Medie. Chirurg. Transactions. LXX. 1887. str. 169.
 - ⁷³) Du chancre utérin. Montpellier. 1868.
 - ⁷⁴) Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart. 1885. str. 340.

T A B L I C A I.

Przyczyna niewiadoma	Dziedzi- czność	Uraz	Przestrach	Naśla- downictwo	Choroby zakaźne	Prędką mo- wa otoczenia
34	44	12	3	3	4	2

T A B L I C A II.

W którym roku powsta- ło jąkanie		Niewia- domo	Od dzie- ciństwa	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	17	18
Liczba jąka- jących się	Męż- czyzn	2	26	1	14	10	8	4	3	7	2	3	1	3		
	Kobiet	—	2	—	—	4	2	3	2	3	—	—	—	—	1	1
Razem		2	28	1	14	14	10	7	5	10	2	3	1	3	1	1

102

Tablica I, wyświetlająca nam etyologię jąkania, zasługuje na szczegółowe uwzględnienie. Najważniejszą tu pozycję zajmuje dziedziczność i uraz. Przyjmując dziedziczność w znaczeniu obszernem, pod rubryką tą pomieściłem przypadki: 1) gdzie w rodzinie ojciec, matka lub bliscy krewni jękali się; 2) gdzie przyczyny innej, oprócz choroby nerwowej w rodzinie, jak obłęd, histerya, neurastenia, a nawet pewnego rodzaju zwyrodnienie nerwowe, wyznać nie mogłem; wreszcie 3) gdzie pomimo wywołujących momentów, jak uraz, naśladownictwo etc., dziedziczność dawała się wykazać. W tych ostatnich przypadkach momentom wywołującym przypisuję rolę drugorzędą. Z pomiędzy 44-ch przypadków, zamieszczonych pod rubryką dziedziczności, zanotowałem dziedziczenie od rodziców w 20-tu przypadkach, mianowicie w 15-tu od ojca, a w 5-u od matki, jąkanie u krewnych w 3-ch, nerwowe cierpienia w rodzinie w 11-tu, uraz lub przestach w 7 iu, naśladownictwo w 2-ch, na koniec prędką mowę otoczenia w jednym.

Uraz zanotowałem 12 razy. Jeden z tych przypadków miałem sposobność sam spostrzegać. Dotyczył on pięcioletniego chłopczyka M. Ż. (N-r 35), który od roku oddawał się masturbacji, a przed czterema tygodniami po upadnięciu na głowę odrazu zaczął się jękać.

Przestach spotykałem 3 razy.

Naśladownictwo czyli zarazę psychiczną zanotowałem w 3-ch przypadkach. W dwóch pierwszych brat starszy zaraził młodszych, w trzecim brat starszy zaraził siostrę. Nie ulega wątpliwości, że naśladownictwo stanowi bardzo ważny moment wywołujący, prawie zawsze jednak przy istniejącem już usposobieniu dziedzicznem.

Następną kategorię w podanej tablicy stanowią choroby zakaźne. Spostrzegałem 4 tego rodzaju przypadki: dwa po szkarlatynie, jeden po ospie i jeden po błonicy. Na koniec prędką mowę otoczenia odnotowałem w dwóch przypadkach.

Tablica II przedstawia nam wiek, w którym powstało jąkanie. Rozglądając się w niej, widzimy, że po dodaniu liczby przypadków od dzieciństwa do liczby jękających się, zamieszczonej między drugim a szóstym rokiem, prawie połowa

wszystkich przypadków jąkania przypada na wiek tworzenia się mowy, oraz, że drugie ząbkowanie i czas wstępowania do szkół odgrywają w tym względzie również pewną rolę. Pozostają nam jeszcze do objaśnienia dwa przypadki, mianowicie jeden, gdzie jąkanie rozwinęło się w 17-ym roku i drugi w 18-ym. Przypadek pierwszy jest następujący: Gołda Ł., lat 19, służąca w pralni (N-r 78), pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej i, według badania kol. GOLDFLAMA, który ją do mnie skierował, nie przedstawia żadnych oznak histeryi. W roku zeszłym chorowała na tyfus, a w tydzień po wyzdrowieniu, przestraszywszy się psa, dostała ostrego napadu jąkania wdechowego, tak silnego, że obraz chorobowy łudził pozornie zupełną niemotę. Trwało to parę dni, poczem zupełnie powróciła do zdrowia. Obecnie, to jest przy końcu grudnia, będąc zupełnie zdrową, wskutek przestachu, mianowicie upadnięcia żelazka od prasowania na nogi, dostała ponownie ostrego napadu jąkania. Przedstawiało się ono pod postacią jąkania oddechowego, mianowicie kurczów wdechowych, tak częstych, że na pierwszy rzut oka można było przyjąć stan ten za niemotę, gdyż chora nie mówić nie mogła, a przy próbach mowy jedynie dało się zauważyć rytmiczne wypuklanie przepony w bardzo szybkim tempie. Dopiero nazajutrz, przy wymawianiu z trudnością kilku zaledwie słów, mogłem zauważyć zwykłe w tych razach wdechowe wciąganie głosek, którym odpowiadały rytmiczne skurcze przepony. Nie były one wprawdzie bardzo silne, lecz zato tak częste, że mowę rozrywały na części oddzielne i do najwyższego stopnia ją utrudniały. W przypadku tym, obok usposabiającego momentu, za jaki niewątpliwie wiek dojrzewania płciowego przyjąć należy, przyczynę wywołującą stanowił przestach. Spostrzeżenie to ciekawe jest pod dwoma względami: naprzód dowodzi nam ważności wywołujących momentów: przestachu lub traumy, a następnie wskazuje, że jąkanie, zazwyczaj uważane za cierpienie przewłoczne, wprawdzie w rzadkich przypadkach, ale może także występować jako sprawa ostra. Drugi przypadek dotyczył panny M. K., 17 lat liczącej, u której jąkanie wystąpiło raptownie po silnem wstrząśnieniu moralnem łącznie z przestachem. W przypadku tym, obok przyczyn zupełnie podobnych, jak w pierwszym, mieliśmy jeszcze usposobienie dziedziczne, gdyż ojciec jej nieco się jąka. Po miesięcznem leczeniu chora zupełnie wyzdrowiała.

W etyologii jąkania autorowie niemieccy zwracają jeszcze uwagę na cierpienia krtani i jamy noso-gardzielowej, szczególnie na wyrośnię adenoidalne. Na 102 przypadki omawiane zmiany spostrzegłem 10 razy, a mianowicie: N-r 11 nieżyt przewlekły nosa, N-r 24 nieżyt jamy noso-gardzielowej, N-r 29 przerost muszeli dolnych, N-r 42 przerost migdałów, N-r 46 nieżyt przewlekły krtani, N-r 54 przerost migdałów, N-r 71 nieżyt przewlekły krtani i jamy nosogardzielowej, N-r 80 nieżyt przewlekły nosa, N-r 88 wyrośnię adenoidalne, N-r 99 nieżyt jamy nosogardzielowej.

Chociaż zmiany te u chorych, którzy mieli zamiar się leczyć, zawsze uprzednio starałem się usunąć, nie upatruję jednak związku ich z nerwicą, jak to już zresztą w zeszłym roku zaznaczyłem.

Na zasadzie zebranych danych, dotyczących etyologii jąkania, zgodnie z poglądem, wypowiedzianym w przyczynku pierwszym, mniemam, że najważniejszą przyczyną jąkania są dwa momenta usposabiające: dziedziczność i wiek; momentom zaś wywołującym, jak uraz, przestach, naśladownictwo i t. d., przyznaję rolę drugorzędną. Zgadza się to w zupełności i potwierdza moje

zapatrywanie na jąkanie, jako na nerwicę czynnościową, analogiczną histeryi, neurastenii i t. d.

Dla lekarza, pracującego na polu zboczeń mowy, najciekawsze, a zarazem najtrudniejsze do rozpoznania są typy jąkania oraz przeróżne ich formy. Szczegółowy opis zarówno jednych, jak i drugich, podałem w pracy zeszlorocznej. Tutaj pozwolę sobie jedynie zaznaczyć pewne zmiany, jakie, zgodnie z większą ilością spostrzeżeń, uważałem za odpowiednie poczynić.

Do typu jąkania oddechowego z podziałami na formy: wdechową, wydechową i wdechowo-wydechową, przyłączam formę artykulacyjnej ekspiracji, charakteryzującą się, jak wiadomo, powtarzaniem sylab i słów bez skurczów w narządach artykulacji, a zależną od tych minimalnych wahań wydechu, jaki zużywamy na wygłoszenie oddzielnych głosek i sylab. Typ jąkania głosowego upraszczam w następujący sposób co do jego form: *a)* skurcz ciągły mięśni zamykających głośnie, charakteryzujący się przerwami w mowie; *b)* skurcz przerywany mięśni zamykających głośnie, objawiający się przerywanym głosem, zajmujący pośrednie miejsce między *y* — *e*; *c)* skurcz toniczny mięśni strun głosowych, charakteryzujący się w formach lżejszych przedłużaniem samogłoski, w cięższych zaś wydławianiem głosu; *d)* skurcz kloniczny mięśni strun głosowych, objawiający się głosem drżącym, mniej więcej przypominającym beczenie. Typ jąkania artykulacyjnego, obejmującego skurcze dwu nerwów: twarzowego i językowego, nie ulega zmianie.

Na 102 przypadki jąkania spostrzegaliśmy:

form czystych	{	jąkania oddechowego	10
		„ głosowego	14
		„ artykulacyjnego	11
form mieszanych	{	„ głosowo artykulacyjnego	18
		„ głosowo oddechowego	9
		„ artykulacyjno oddechowego	15
		„ głosowo artykulacyjno oddechowego	20
		nie dające się określić formy	5
Razem			102

Z pomiędzy 10-u przypadków jąkania oddechowego, mieliśmy dwa przypadki czysto wdechowej formy, dwa wdechowe łącznie z formą artykulacyjnej ekspiracji, a 6 czysto artykulacyjnej ekspiracji. Z powodu rzadkości form czystych jąkania wdechowego zamieszczam oba spostrzeżenia. Pierwsze, podane przy opisie etyologii jąkania, dotyczyło Gołdy Ł., 19 lat liczącej, (N-r 78); drugie, odnoszące się do Szmula R., lat 13, (N-r 19), a przedstawiające się pod formą *balbutiens singultiens*, utrudniało w czasie trwania skurczów mowę do tego stopnia, że artykulacja w zupełności ustawała.

Formy jąkania artykulacyjnej ekspiracji, występujące przy różnych typach jąkania (patrz niżej), bardzo liczne u nas, niezmiennie rzadko trafiają się w Niemczech, jak o tem osobiście w bieżącym roku miałem sposobność się przekonać.

Na 14 przypadków jąkania głosowego mieliśmy skurcz stały mięśni ścieśniających głośnie w 6-u, skurcz przerywany tychże mięśni w jednym, kombinacye skurczu stałego i przerywanego w 2-ch, kloniczny strun głosowych w 3-ch, na koniec toniczny tychże strun w 2-ch. Formy jąkania głosowego, należące do kategorii mięśni ścieśniających głośnie i skurczu tonicznego strun, zaliczają niesłusznie do tak zwanej afonii spastycznej. Wszystkie te przypadki znajdują uwzględnienie szczegółowe w pracy oddzielnej, mającej

za zadanie wykazać, że afonia spastyczna nie stanowi żadnej oddzielnej formy nozologicznej, lecz pewną formę jąkania głosowego.

Że skurcz stały oraz przerywany mają jedno i to samo źródło, mianowicie skurcz mięśni zamykających głośni, którego silniejszy stopień wywołuje przerwy zupełne w mowie, słabszy zaś głos przerywany, dowodzą nam następujące spostrzeżenia.

Stefan P., lat 17. Jąkanie głosowe w postaci przerw w mowie, dość rzadko występujących, częściej zaś pod formą głosu przerywanego przed wyrazem lub w jego środku.

Augustyn K., lat 16. Jąkanie głosowe pod formą skurczu stałego słabego stopnia. W czasie przerw w mowie chory wstawia głoskę *s* (*embolophrasia*). Podczas niektórych przerw można zauważyć słaby głos przerywany lub nawet szept, zajmujący pośrednie miejsce między *y* — *e*.

Powyżej przytoczone mniemanie potwierdzają nam również przypadki, gdzie skurcz stały podczas leczenia ustępuje miejsca przerywanemu.

Jąkania artykulacyjnego spostrzegaliśmy 11 przypadków. Na szczególną uwagę zasługuje tu, jak również i przy poniżej podanych formach jąkania, *spasmus expulsans linguae*. Mieliśmy dwa tego rodzaju przypadki.

Przechodzimy do form mieszanych. Jąkania głosowo-artykulacyjnego mieliśmy 18 przypadków, z których w jednym występował skurcz wargi górnej, a w dwóch *spasmus expulsans linguae*. Na 9 przypadków jąkania głosowo-oddechowego, pomiędzy różnymi formami typu oddechowego, spostrzegałem 6 razy jąkanie artykulacyjnej ekspiracji. Ostatnie na 15 przypadków jąkania artykulacyjno-oddechowego przytrafiło się 13 razy, a oprócz tego w jednym przypadku występował skurcz wargi górnej. Nakoniec jąkanie głosowo-artykulacyjno-oddechowe odnotowałem 20 razy. Pomiedzy różnymi formami typu oddechowego mieliśmy tu jąkanie artykulacyjnej ekspiracji w 13-tu przypadkach, a *spasmus expulsans linguae* w 5-u.

Ostatnia kategoria, a mianowicie 5 przypadków, nie dającej się określić formy, odnosiła się do małych dzieci przeważnie do 3-go roku, które nie chciały nic mówić.

Embolofrazę spostrzegaliśmy w bardzo wielu przypadkach przeróżnych form głosowego jąkania.

Objawy towarzyszące, to jest skurcze po za narządem artykulacji, zanotowałem w 24-ch przypadkach, a mianowicie: 1) niespokojne ruchy kończyn z prawej strony, ruch prawej połowy ciała naprzód, wysuwanie lewej nogi (N-r 1); 2) ruchy niespokojne w kończynach, szczególnie w prawej górnej, kręcenie palcami ręki prawej w powietrzu (N-r 3); 3) uderzanie prawą nogą, w mniejszym stopniu lewą (N-r 7); 4) wyrzucanie prawej ręki i nogi, wysuwanie prawej nogi, jakby chciał iść naprzód (N-r 9); 5) bujanie się, ruchy niespokojne w prawej dolnej kończynie jakby podążanie naprzód, marszczenie brwi (N-r 10); 6) mruganie oczami (N-r 11); 7) niespokojne ruchy w prawej połowie ciała (N-r 13); 8) podrzucanie kończyn górnych, jakoteż ramion w górę (N-r 17); 9) bujanie się (N-r 20); 10) wyrzucanie dolnej kończyny lewej (N-r 21); 11) bujanie się, mrużenie oczu, podnoszenie się na palcach (N-r 22); 12) mrużenie powiek (N-r 23); 13) łapanie się kończyną prawą górną za twarz i niespokojne ruchy w lewej kończynie górnej (N-r 33); 14) niespokojne ruchy w kończynie prawej górnej (N-r 37); 15)

niespokojne ruchy w kończynach z prawej strony (N-r 39); 16) podnoszenie się na palcach (N-r 58); 17) niespokojne ruchy w kończynach górnych i dolnych (N-r 64); 18) przestępowanie z nogi na nogę (N-r 65); 19) przestępowanie z nogi na nogę, nachylanie korpusu na prawo (N-r 73); 20) zamykanie powiek (N-r 75); 21) przestępowanie z nogi na nogę (N-r 79); 22) niespokojne ruchy w kończynach (N-r 81); 23) występowanie prawą nogą naprzód (N-r 84); 24) zataczanie się całym korpusem (N-r 85).

Na podaną liczbę 102 przypadków jąkania mieliśmy: jeden przypadek trzepotania, 7 bełkotania, 2 mowy nosowej i jeden bełkotania łącznie z mową nosową.

Leczenie jąkania, jak wiadomo, oparte jest na gimnastyce świadomej trzech składników mowy: oddechu, głosu i artykulacji. Zarówno jak w każdym innym cierpieniu, tak i tu właściwe rozpoznanie typu i formy decyduje o skuteczności naszych zabiegów leczniczych. Z tego to powodu leczenie to, proste w zasadzie, staje się nieco trudniejsze do przeprowadzenia, jeżeli chcemy indywidualizować chorych, to jest zdać sobie dokładną sprawę z obrazu jąkania, jaki chory w danym przypadku przedstawia. Pojmując w ten sposób leczenie, otrzymaliśmy wyniki bardzo dobre. Z podanej liczby 102, leczyło się 22 osób, z których 18 wyleczyło się, a 4 doznały znacznej poprawy.

Wogóle na podstawie dotychczasowego doświadczenia ośmielam się mniemać, że w zasadzie jąkanie należy do nerwic stanowczo uleczalnych, z wyjątkiem chyba niezmiernie rzadkich przypadków organicznego pochodzenia. Utrudnione lub uniemożliwione jest leczenie u ludzi, nie mających dobrej woli świadomie wykonywać przepisanych im ćwiczeń, u dzieci, nie mających żadnej opieki, wreszcie gdzie w rodzinie są jąkający się, a chory pozostaje w takim otoczeniu. Do wyleczenia jednak potrzeba cokolwiek dłuższego czasu, aniżeli to zazaczyłem w przyczynku pierwszym, a mianowicie: w formach lżejszych od 2—3 miesięcy, w cięższych zaś do pół roku. Oprócz tego, po ukończeniu leczenia każdy chory winien poddać się kontroli, polegającej na przychodzeniu raz na tydzień, następnie coraz rzadziej w przeciągu całego roku. Czyż jednak tego rodzaju wymagania wobec bardzo uporczywej nerwicy, trwającej nieraz całe szeregi lat, mogą kogo zadziwić? Czyż dla wyleczenia się z wady, pozbawiającej nieraz człowieka możliwości obcowania z ludźmi, wywierającej jaknajgubniejszy wpływ na cały jego ustrój nerwowy, nie zechcemy poświęcić tyle przynajmniej czasu, ile z ochotą i bez zdziwienia poświęcamy na nauczanie się choćby pobieżnie jakiegokolwiek języka? Te to właśnie, między innymi, względy, utrudniające systematyczne przeprowadzenie leczenia, stają się przyczyną tak zwanych powrotów, których w zasadzie nie uznaję, a które nazwałbym właściwie pogorszeniami wskutek niedbalstwa ze strony chorych lub otoczenia, własnowolnego przerywania leczenia etc.

Na zasadach powyżej nadmienionych, wobec najniedorzeczniejszych poglądów, jakie rozpowszechnione są w społeczeństwie naszym tak co do istoty jąkania, jak i co do jego leczenia, przysłużą się do dobrej sprawy koledzy, rozpowszechniając zdrowy w tym względzie pogląd.

Rys działalności Szpitala Zapasowego dla chorych zakaźnych w r. 1892

podał J. Sz wajcer.

Szpital Zapasowy, odgrywający od roku 1885 rolę oddziału pomocniczego innych szpitali warszawskich i otwierany dotychczas corocznie w okresie przepełnienia ich chorymi, t. j. na kilka miesięcy zimowych, z dniem 13 lutego 1892 r., na skutek przedstawienia p. Inspektora szpitali, przeznaczony został na szpital stały i otworzył swe podwoje wyłącznie dla chorób zaraźliwych ostrych. Miano tu na względzie przedewszystkiem formy cięższe i najwięcej wymagające odosobnienia: tyfus wysypkowy, powrotny, ospę, płonicę i błonicę. Na drugim dopiero planie stać mają: tyfus brzusny, odra, róża, biegunka krwawa, a w miarę potrzeby i możliwości i inne postacie chorób zakaźnych ostrych.

O niezbędnej potrzebie takiego szpitala w półmilionowem mieście nie może chyba być dwu różnych zdań, a urzeczywistnieniem jej wypełniło się dotkliwą lukę w urządzeniach sanitarnych Warszawy.

Jakkolwiek budynek, w którym mieści się szpital Zapasowy, nie odpowiada tym wymaganiom, jakie nauka współczesna żąda od szpitali w ogólności, a dla zakaźnych w szczególności, jednakże co dało się skutecznie w tych warunkach rozkładu, miejsca i uposażenia, tego władze szpitalne uczynić nieomieszkaly. Szpital więc, położony w bardzo obszernym, bo 18,000 sążni kw. mającym i gęsto zadrzewionym ogrodzie, ma dosyć dużo światła i powietrza, niezłą wentylację, wychodki systemu dolowego z odwietrznikami gazowymi PETTENKOFER'a, swoistej konstrukcyi komorę dezynfekcyjną i wystarczające łazienki. Szpital rozporządza także karetką miejską do przewożenia chorych.

Urządzony na 50 łózek, w miarę potrzeby powiększa tę liczbę do 65.

Przeciętna ilość powietrza, przypadająca na jedno łóżko, wynosi 40,18 metr. sz., przy 7,24 metr. kw. powierzchni.

Wszystkich sal dla chorych jest sześć, z których 3 — po 18 łózek, jedna na 15, oraz po jednej na 7 i 4 łóżka. Wszystkie mają oddzielne wejścia i żadna nie komunikuje z drugą.

Z powyższego widzimy, że warunki zdrowotne w szpitalu Zapasowym, jak na gmach nie budowany specjalnie na szpital, są pod niektórymi względami dość korzystne i chwilowo do użytku chorych zakaźnych możliwe. Mówię chwilowo, gdyż ani nie przypuszczam, aby szpital dla chorych zakaźnych takim miał zostać i nadal, gdy sprawa kupna jego ostatecznie do skutku przyjdzie¹⁾.

Wobec specjalnego przeznaczenia szpitala dla chorób zakaźnych, uważaliśmy za konieczno ułożyć w celach profilaktycznych rodzaj regulaminu, mający na widoku nie tylko personel szpitalny, ale także i chorych, jak również i odwiedzającą ich publiczność. Przy układaniu tego regulaminu musieliśmy, naturalnie, mieć przedewszystkiem na względzie warunki miejsca i rozkładu pomieszczeń szpitalnych, oparliśmy go jednak na zasadach ogólnych, tu nieumotywowanych. Zawiera on przepisy dotyczące się: 1) przyjmowania chorych, 2) zachowywania się chorych w szpitalu, 3) odwiedzania chorych, 4) wypisywania chorych i postępowania ze zmarłymi, 5) obowiązków służby niższej, 6) prania i dezynfekcyi i 7) wizyt lekarskich.

1) Przyjmowanie chorych.

1) Świeżo przybywający chory, przed obojrzeniem go przez lekarza miejscowego, zostaje zatrzymany w przedsionku szpitalnym.

2) Po otrzymaniu kwalifikacyi i załatwieniu zwykłych formalności, chory zostaje odprowadzony do łazienki przez kąpielowego, który rozbiera go tamże, unikając o ile możliwości wytrąsania pyłu z odzieży.

¹⁾ Jak wiadomo, szpital w r. b. przez Radę Miejską Dobroczyn. Publicznej nabyty został.

3) Po kąpeli, o ile ta przepisana została przez lekarza miejscowego, i ostrzyżeniu włosów, chory, przebrany w odzież szpitalną, udaje się w towarzystwie właściwego posługacza lub posługaczki na wyznaczoną mu salę.

4) Kąpielowy przez ten czas wymywa wannę wodą gorącą, a następnie 5% roztworem kwasu karbolowego i niezwłocznie przenosi ubranie chorego, zawinięte w prześcieradło, zmoczone roztworem sublimatu 1‰, do kamory dezynfekcyjnej, przedmioty zaś, które nie mogą być poddane działaniu przegrzanej pary wodnej (buty, paski, futra i t. p.), zmywa lub skrapia obficie tym samym roztworem i oddaje do składu.

5) Przedsionek szpitalny (podłoga, sprzęty) po każdym nowoprzybyłym chorym odźwierny zmywa roztworem sublimatu.

6) Dorożki, furmanki, przywożące chorych, zatrzymuje odźwierny na dziedzińcu szpitalnym, gdzie wraz z woźnicą i osobą towarzyszącą choremu podlegają odpowiedniej dezynfekcji.

2) Zachowywanie się chorych w szpitalu.

1) Po przybyciu na salę chory zajmuje wyznaczone dlań łóżko, którego bez wiedzy lekarza zmieniać nie może.

2) Chorym zabrania się mieć ze sobą jakiegokolwiek części ubrania, pościeli i t. p.

3) Chorym zabrania się chodzić po innych salach, korytarzach, siadać na cudzych łóżkach, a także przyjmować pokarmy lub napoje z naczyń innych chorych.

4) Chorym zabrania się, o ile pozwala na to świadomość i siły, pluć na podłogę, na pościel i wogóle zachowywać się nieochędoźnie.

5) Chorzy, oddający wypróżnienia w wychodkach, obowiązani są używać bibuły higienicznej, zawsze tam znajdującej się. Ciężko chorzy wypróżniają się w przeznaczone do tego naczynia, jakich na każde żądanie dostarcza im służba.

6) Każdy nowowstępujący chory podlega szczepieniu ospy lub rewakcytacji. Wyjątek stanowią tylko chorzy, którzy ospę naturalną przechodzili, i tacy, u których istnieje uzasadnione przeciwwskazanie.

3) Odwiedzanie chorych.

1) Odwiedzanie chorych dozwolone jest tylko raz na tydzień, w środy, od godziny 1 — 3; wyjątki czynią się tylko w razach ważnych i za każdorazowym zezwoleniem lekarzy szpitalnych.

2) Odwiedzający winni stosować się we wszystkim do przepisów szpitalnych.

3) Każdorazowo odwiedzać chorego może jedna tylko osoba, której przebywać przy nim dozwala się nie dłużej nad 10 minut.

4) Na salach dozwala się odwiedzać tylko ciężko chorych; lżej chorzy i rekonwalescenci zostają wyprowadzani do odwiedzających na korytarz szpitalny.

5) Zabrania się odwiedzającym siadania na łóżkach chorych, przynoszenia ze sobą jakiegokolwiek leków, pokarmów i napojów, z wyjątkiem cukru i wina, które jednakże tylko za zezwoleniem lekarza i za jego pośrednictwem może być doręczone choremu.

6) Odwiedzający zostają przez odźwiernego wpuszczani grupami po 6-u, po jednej osobie na każdą z 6-u sal.

7) Dzieciom do lat 10-u wejście do szpitala zupełnie jest wzbronione.

8) W godzinach, przeznaczonych na odwiedzanie chorych, dwaj folezerzy obecni są na salach: jeden na męzkich, drugi na żeńskich, dla przestrzegania obowiązującego porządku.

4) Wypisywanie chorych i postępowanie ze zmarłymi.

1) Wypisywanie chorych, jeśli sami tego natęczywie nie żądają, ma dopiero miejsce po zupełnym powrocie do zdrowia (po przejściu okresu łuszczenia się skóry).

2) W dniu wypisania się ze szpitala chory otrzymuje kąpiel mydlaną i ubiera się w swoją dezynfekowaną odzież w łazience, z której, nie wracając już na salę, przez podwórze szpitalne wychodzi na ulicę.

3) Ciała zmarłych, po stwierdzeniu śmierci, zostają zawinięte w prześcieradła, zmoczone w roztworze sublimatu 1‰ i przeniesione do grabarni w drewnianym półrumienku, który następnie wymyty zostaje tym samym roztworem.

4) Ciała pozostają w prześcieradłach aż do oględzin pośmiertnych, po których znów zawinięte zostają.

5) Po oględzinach zwłok obecni myją ręce zapomocą szczotki mydłem oraz roztworem sublimatu, posługacz zaś zmywa stół i podłogę gorącą wodą i roztworem sublimatu 5‰.

6) Ubieranie zmarłych pozwala się tylko służbie szpitalnej.

7) Ciała zmarłych na cholere azyatycką chowane są w trumnach wylanych smołą i posypanych wapnem.

8) Odwiedzanie zmarłych dozwolone jest tylko na uzasadnione żądanie rodziny.

Uwaga: Pożądane jest, aby sekcye naukowe mogły się odbywać już po upływie 12—18 godzin od chwili śmierci, grzebanie zaś zwłok nie później, jak po upływie doby.

5) Obowiązki służby niższej.

1) Służba szpitalna ciągle nosić winna przeznaczone na ten cel szlafroki płóciennie, bez których wejście na salę jest jej wzbronione, a których jednakże nosić jej nie wolno po za obrębem szpitala.

2) Zabrania się służbie siadać bez koniecznej potrzeby na łóżkach chorych.

3) Służba szpitalna winna jaknajczęściej, szczególnie zaś przy wychodzeniu ze sal, obmywać ręce, a także wycierać twarz, szyję i włosy przeznaczonym na ten cel roztworem sublimatu 1‰, nadto płukać usta roztworem tymolu 0,5%.

4) Służba szpitalna powinna troskliwie unikać wznoszenia pyłu przy ślaniu łóżek, przy zmianie bielizny i pościeli chorych, przy oczyszczaniu podłóg i t. p.

5) Do oczyszczania podłóg, ścian, okien, łóżek i t. d. służyc mają jedynie ścierki, zmoczone w roztworze sublimatu 1‰.

6) Lekarstwa rozdają się chorym szklanymi kieliszkami, albo łyżkami porcelanowymi, oddzielnymi dla każdego chorego. Są one stale pogrążone w 5% kwasie bornym.

7) Jedzenie roznosi się chorym w fajansowych naczyniach, które następnie wraz z blaszanymi łyżkami zanurzone zostają w gorący ług sodowy.

8) Służba szpitalna dostarcza każdemu choremu ręcznik, kieliszek, łyżkę, kubek metalowy z pokrywką do wody i spluwaczkę szklaną (kufel), napełnioną do $\frac{1}{5}$ 3% roztworem kwasu karbolowego i opróżnianą dwa razy dziennie.

9) W naczynia do wypróżnień służba wsypuje przed i po ich użyciu około 50 grm. miążkiego, niogaszzonego wapna, w miarę zaś napełniania się ich wylewa zawartość do wychodków, w które także wsypuje odpowiednią ilość wapna niogaszzonego.

10) Sedesy po kilka razy dziennie zmywane są przez kąpielowego roztworem sublimatu 1‰.

Uwaga: Przy wyborze służby szpitalnej pierwszeństwo mają ludzie w średnim wieku, zdrowi, mający zaszczepioną ospę i rewakcynowani, oraz tacy, którzy już przebywali tyfus wysypkowy.

6) Pranie i dezynfekcyja.

1) Zdjęta z chorych brudna bielizna, zarówno jak i bielizna wypisujących się oraz zmarłych (koszule, majtki, ręczniki, szlafmyce, czapki, pończochy, prześcieradła, powłóczki i t. p.) przechowują się w przeznaczonych na to, szczelnie zamykanych skrzyniach. W miarę napełnienia się ich, bielizna przechodzi do pralni, gdzie po godzinem gotowaniu w ługu, zostaje poddana zwykłemu praniu.

2) Kołdry i szlafroki wełniane niezwłocznie zostają złożone w kamerze dezynfekcyjnej.

3) Łóżko wypisanego lub zmarłego zmywa się roztworem sublimatu 2‰ a słoma z sienników ulega niezwłocznemu spalaniu.

4) Dezynfekcyja odbywa się zapomocą pary wodnej w temperaturze 100—120° C. w ciągu kilku godzin. Obsługuje ją felerzer dezynfektor, pod dozorem lekarza, miejscowego.

5) Zdezynfekowane ubranie chorych przechodzi do składu, szpitalne zaś powraca na salę.

7) Wizyty lekarskie.

1) Lekarze szpitalni przed wejściem na salę zdejmują w kancelaryi lekarskiej wierzchnie ubranie i wkładają wykSATynowo lub płóciennie szlafroki, które obowiązują również szarytki i felerzerów.

2) Wizyta rozpoczyna się od chorych na tyfus brzuszny, następnie na inno choroby zakaźne i kończy się na chorych na tyfus wysypkowy.

3) Przy przechodzeniu od jednego chorego do drugiego lekarze wycierają ręce ręcznikami, zmoczoným w roztworze sublimatu 1‰, ciągle podawanym przez posługacza.

4) Przy obnażaniu chorego do badania koszula, zarówno jak i koldra podnoszone zostają nie wprost, a przez ostrożne podwijanie jej ku środkowi.

5) Osluchiwanie chorych odbywa się przez ręcznik oddzielny dla każdej kategorii chorych i sali, którym nakrywa się chorego zawsze jedną i tą samą stroną, kierując się obrąbkiem.

6) Karty szpitalne obszerniej wypełniają się nie na salach, lecz w kancelaryi lekarskiej.

7) Przed wizytą, zarówno jak i kilka razy dziennie rozpyla się na salach i korytarzach 2% roztwór kwasu karbolowego.

8) Całe ciało chorych z łuszczącym się naskórkiem smarują się przed wizytą obojętnym tłuszczem.

9) Po ukończeniu wizyty szlafroki wyksatynowe myją się roztworem sublimatu 2‰, płóciennę zaś przechodzą do kamery dezynfekcyjnej.

10) Ręce myją się zapomocą szczotki najprzód mydłem, potem zaś roztworem sublimatu 2‰, twarz i szyja wycierają się ręcznikiem, zmoczoným w sublimacie (1:2000); włosy przygładza się szczotką, zmoczoną w tymże roztworze lub olejku gwoźdźkowego, usta zaś płuczą się roztworem tymolu 1‰ z olejkiem miętowym.

11) Toż samo obowiązuje i felerzerów szpitalnych. (D. c. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

120. ALBERTI. **Przypadek przedziurawienia macicy przy jej skrobaniu; wypadnięcie i uwięźnięcie kiszki.** Ze względu na pouczającą treść opisu samego przypadku, a głównie wartość praktyczną uwag, jakie nastęrcza, wyjątkowo podajemy i sam opis przypadku w ogólnych zarysach. 23 lat wieku mająca, wątłej budowy i osłabiona kobieta 5 razy poprzednio rodziła; ostatni raz przed 6-ma laty; miesiączkowała zawsze obficie, lecz prawidłowo. Ostatnia miesiączka opóźniła się o 2 tygodnie, po upływie których pojawiły się zrazu plamy krwiste, a następnie krwawienie coraz obfitsze ze skrzepami trwało przez miesiąc; w ostatnich 2-ch tygodniach odpływ był bardzo cuchnący. Dopiero wtedy zażądała chora pomocy lekarza, gdy krwotok nagle się wzmógł i wystąpiły silne bóle. Przywołany lekarz znalazł macicę powiększoną, a w jej ujściu małe, cuchnące strzępy tkankowe. Dokonano wyskrobania macicy zapomocą łyżeczki Roux'a i wprowadzono do jamy macicy kleszczyki polipowe dla wydalenia przypuszczalnie oddzielonych strzępów jaja płodowego poronionego. Po wyciągnięciu nazewnątrż z ujścia macicy tego, co kleszczykami ujęto, okazało się, że była to pętla kiszki cienkiej; ani kropla krwi przylem nie wypłynęła, chora jednak zaczęła się skarżyć w tej chwili na nudności i skłonność do omdlenia. Zatampowano pochwę gazą jodoformową i odesłano chorą niebawem do szpitala, dokąd przybyła w 3 godziny po przedziurawieniu macicy. W szpitalu po usunięciu tamponu znaleziono w pochwie pętlę kiszki cienkiej; natychmiast przystąpiono do laparotomii, przyczem okazało się, że pętla kiszki wysunęła się przez szczelinę około 4 ctm. długą, znajdującą się tuż przed prawym bokiem macicy; pętla tak mocno była napięta, że wyciągnąć jej z owej szpary palcami się nie udało; przekonano się nadto, że jest ona uwięźnięta w ujściu wewnętrznem macicy, z którego nawet po nacięciu jego brzegów w dwóch miejscach oswobodzić się nie dała; nastąpiło to dopiero po wytłoczeniu rozdymających pętlę gazów w górę, od strony pochwy. Długość wypadniętej pętli wynosiła 17 ctm. Mięśnie macicy były bardzo wiotkie i miękkie, woskowej bladości i nadmiernie cienką warstwę jej utkania stanowiły. Szczelinę w macicy zaszyto 4-ma szwami LEMBERT'a i przszyto nadto fałdę więzadła szerokiego prawego ponad raną macicy. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

Opisany przypadek poucza, że macica skutkiem chorobowej zmiany jej ścian może być na znacznej przestrzeni przy skrobaniu przedziurawiona bez krwawienia. Jeżeli przez tak powstałą szczelinę w macicy wysuwa się pętla kiszki lub sieć, to objawy wstrząsu (*shock*) występują dopiero wtedy, gdy kiszka wprost będzie pociągana; gdy zaś wysuwanie się kiszki przez szczelinę zwolna następuje, jak to najczęściej ma miejsce, jedynie pod działaniem tłoczni brzusznej, wtedy objawów wstrząsu nie spostrzegamy. Jeżeli po wyskrobaniu występuje zapalenie otrzewny, a przedewszystkiem objawy niedrożności jelit, wtedy wskazane jest rozszerzenie doraźne przewodu szyi macicznej dla dokładnego zbadania jej jamy; gdy się zaś przytem okaże obecność przedziurawienia macicy z wypadnięciem kiszki lub sieci, natenczas nie może być o niczem innem mowy, jak tylko o laparotomii. Wątpliwość co do tego, co robić, może się nasręczać jedynie wtedy, gdy wypadnięcie kiszki zostanie dostrzeżone bezpośrednio po dokonaniem wyskrobania. Najponętniejszem wydaje się odprowadzenie kiszki i następne zatamponowanie macicy. Takie jednak postępowanie jest niepewne i niebezpieczne; albowiem przeszkobanie macicy najłatwiej następuje przy skrobaniu po poronieniu posocznicowem; kiszka wtedy dostaje się do posocznicowo-zakażonej jamy i w niej przebywa, a tem samem wraz z nią i zarazki posocznicowe do jamy brzusznej się dostają. Gruntowne odkażenie macicy i znajdującej się w niej kiszki, zapomocą przestrzykiwania, przed jej odprowadzeniem jest przez wypadniętą pętlę kiszki wielce utrudnione, a nawet całkiem niemożliwe, jeżeli pętla zatyka ujście maciczne. Nadto doświadczenie poucza, że wypadnięta kiszka nawet po odprowadzeniu okazuje wielką skłonność do ponownego wypadania. Aby temu zapobiedz, należy macicę szczelnie wytamponować, lecz to znowu przedstawia tę niedogodność, że wtedy szczelina macicy jeszcze bardziej się rozwiera, zamiast pożądanego jej zarośnięcia. Ostatecznie zatem z tego wypada, że jedna tylko laparotomia z zeszcieniem szczeliny w macicy zapewni niewątpliwie pewny i pomyślny skutek; im wcześniej będzie dokonana, tem pewniej prowadzi do pożądanego celu — wyzdrowienia.

(*Centralbl. f. Gynaekologie. 1884. N. 39.*)

J. R.

121. FREYHAN. **Przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych zakończony wyzdrowieniem.** Gruźlicze zapalenie opon uważano dotychczas za chorobę bezwzględnie śmiertelną, kilka bowiem spostrzeżeń, mających dowieść uleczałości tego cierpienia, z rozmaitych względów wydawały się podejrzanę, głównie zaś dla braku dowodu gruźliczego charakteru sprawy. Przypadek autora zasługuje na wyróżnienie, gdyż usuwa wszelką wątpliwość co do rozpoznania.

20-letni robotnik zachorował nagle, przyczem zjawily się dreszcze, gorączka i gwałtowny ból głowy. 3-go dnia choroby znaleziono: gwałtowny niepokój, stan gorączkowy, tętno zmienne, chwilami 72, chwilami zaś 116 uderzeń na minutę wskazujące, płuca bez zmian, brzuch napięty, zaparcie, pochylenie głowy wtył, sztywność i bolesność kręgosłupa, sztywność karku, bolesność wyrostków ciernistych, drganie mięśni ocznych, rozszerzenie źrenic, które słabo oddziaływały na światło, *neuritis optica*, sztywność kończyn, drgawki rozmaitych mięśni i nadczułość skóry. Wszystkie odruchy były wzmożone. Po kilku dniach objawy podrażnienia ustąpiły, natomiast zjawilo się porażenie rozmaitych mięśni, śpiączka, zatrzymanie moczu, ciepłota z początku 38—39°, poczęła dawać zwolnienia i nieprawidłowe wzniesienia, kilkakrotnie wystąpiły wymioty i wreszcie zjawił się wyprysk w kątach ust i naokoło otworów nosowych. Rozpoznano *meningitis cerebrosppinalis epidemica*. W celu usunięcia wszelkich wątpliwości rozpoznawczych, wykonano przekłucie próbne kanału rdzeniowego na wysokości 2-go kręgu lędźwiowego i wydobyto 60 ctm. szc. płynu, w którym znaleziono niewątpliwie laseczniki gruźlicze. Po tygodniu wykonano drugie przekłucie z tym samym wynikiem. Rozpoznano *meningitis tuberculosa* i rokowano bezwzględnie niepomyślnie. Atoli już po pierwszym przekłuciu gwałtowniejsze objawy poczęły znikać, powoli zaś pozniakały i inne objawy, tak, że po 3 tygodniach bezgorączkowych chory wstał z łóżka. Przez kilka jednak miesięcy czuł pewną sztywność w członkach, *neuritis optica* widoczna jeszcze była po 3-ich miesiącach.

Wobec tego przypadku, niewątpliwie wykazującego uleczałość gruźliczego zapalenia opon mózgowych, nabierają wiarygodności dawniej opisane przypadki wyzdrowienia z tej choroby.

Przypadek powyższy i z innego jeszcze względu jest ciekawy, mianowicie ze względu na rozpoznanie różniczkowe. Szybkość objawów przemawiała tu za obecnością nagminnego zapalenia opon mózgoworzędnowych, i dopiero rzadko zwykle wykonywane przekłucie kanału rdzeniowego wykazało gruźliczy charakter sprawy chorobowej. W takich wątpliwych przypadkach kierujemy się zwykle zejściem choroby—śmiertelne przemawia za gruźlicą, pomyślne zaś za sprawą nagminną. Jak widzimy, rozumowanie takie jest błędne. Ażeby uniknąć podobnych błędów, należy wykonać przekłucie próbne kanału rdzeniowego i płyn otrzymany zbadać bakteriologicznie.

Co się tyczy znaczenia leczniczego owego przekłucia, to autor nie sądzi, ażeby w jego przypadku wynik pomyślny był skutkiem tego rękoczynu; wykonywał on go w podobnych przypadkach dość często, ale wyleczenia nie otrzymywał nigdy. (*Deut. med. Woch. 1894. N 36*). *Klejn.*

122. BAEUMLER. O leczeniu ropnego zapalenia opłucnej u osobników dotkniętych gruźlicą. Zasadą leczenia ropnego zapalenia opłucnej, wikłającego gruźlicę, winno być możliwie szybkie wydalenie ropy i zabezpieczenie jej odpływu. Jest to ogólna zasada, od której jednak w niektórych razach odstąpić należy, i w pojedynczych przypadkach plan leczenia winien być zmieniony w zależności od występujących objawów, charakteru cierpienia i t. p. To nam tłómaczy różnorodność poglądów najbardziej nawet doświadczonych klinicystów na leczenie ropnego zapalenia opłucnej u suchotników. FRAENTZEL, SENATOR, GOLTDAMMER uważają otok ropny u osobników dotkniętych gruźlicą za „*noli me tangere*”; BOUVERET, RÜNEBERG i większość chirurgów za takie uważają tylko rozpaczliwe przypadki. Niektórzy, jak DEBOVE i COURTOIS-SUFFIT, radzą stosować radykalną operację w przypadkach ostro przebiegających, wywołanych przez drobnoustroje ropotwórcze, przy przewlekłych zaś otokach ropnych zalecają wypuszczenie ropy przez przekłucie.

Autor na zasadzie własnego doświadczenia poleca ściśle indywidualizowanie przypadków i wypowiada następujące wskazówki do leczenia ropnego zapalenia opłucnej i otoku ropnego u suchotników. 1) Należy wykonać operację radykalną w tych przypadkach, gdzie przekłucie próbne wykazuje obecność drobnoustrojów ropotwórczych w wysięku. Wyjątek stanowią tylko przypadki rozpaczliwe, które już przed wystąpieniem ropnego zapalenia opłucnej cechowały się gorączką trwającą i znacznym upadkiem sił. Nie może tu wcale być brany pod uwagę dodatni wpływ wysięku na sprawę gruźliczą w płucu, gdyż towarzysząca zapaleniu gorączka wywiera bardzo niepomyślny wpływ na chorego i powoduje szybki postęp sprawy chorobowej. 2) Jeżeli wysięk nie zawiera drobnoustrojów ropotwórczych, ani żadnych innych, lub też zawiera nieliczne laseczniki KOCH'a, wówczas w razie istnienia groźnych objawów, warunkowanych uciskiem i przemieszczeniem ważnych narządów, przede wszystkim należy wypuścić ropę przez przekłucie i przekonać się, o ile płuco zdolne jest jeszcze rozszerzyć się i jakie w niem zachodzą zmiany. Jeżeli rozszerzenie to jest jeszcze możebne, sprawa w płucu nie zbyt posunięta, a drugie płuco jest zdrowe, wtedy z czasem, po poprawieniu się stanu chorego, można wykonać operację radykalną. 3) Jeżeli płuco po wydaleniu ropy mało lub wcale się nie rozszerza, stan ogólny jednak jest dobry lub znośny, a objawy zależą przeważnie od zaburzeń w krążeniu i oddechaniu, wówczas korzystniejsze dla chorego jest postępowanie łagodniejsze, polegające na wypuszczaniu ropy w dłuższych lub krótszych odstępach czasu. Z czasem, gdy przy takim postępowaniu stan chorego się poprawi i zauważymy zmniejszenie się odpowiedniej strony klatki piersiowej, można też odważyć się na próbę wyleczenia doszczętnego. Najłagodniejszym postępowaniem będzie wówczas zastosowanie metody PLAYFAIR-BUELAU'a (*Aspirationsdrainage*), tak gorąco zachwalanej na IX zjeździe medycyny wewnętrznej przez IMMERMANN'a, CURSCHMANN'a i LEYDEN'a. Zauważyć jednak należy, że zastosowanie tej metody nie zawsze uwalnia od wykonania w następstwie torakotomii.

To są główne punkty postępowania. Odpowiedni wybór najtrudniejszy jest w przypadkach ostrych, ropnych zapalen opłucnej występujących w przebiegu nagłego się rozwijającej, a skrycie dotychczas przebiegającej gruźlicy. Ścisłe badanie, staranna obserwacja wraz z uwzględnieniem własności bakteriologicznych wysięku i tu na właściwą drogę postępowanie skierują.

(*Deutsche med. Wochenschrift N. 37 i 38. 1894*).

W. B.

KORRESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą.

Berlin, 12-go października, 1894 r.

Po przybyciu do Berlina udałem się przedewszystkiem do oddziału prof. HEUBNER'a, sądząc, że zobaczę praktyczne zastosowanie surowicy przeciwbłonicowej. Dowiedziałem się jednak, że przez czas feryi oddział jego, a raczej dzieci chore na błonicę przeniesiono ze szpitala Charité do naprzeciwko wystawionych baraków instytutu Koch'a. Z rozmowy niczego się nowego nie dowiedziałem i, obejrawszy pobieżnie oddział, który, nawiasem mówiąc, wcale imponująco nie wygląda, udałem się do instytutu chorób zakaźnych.

Ponieważ BEHRING, mianowany profesorem w Halli, już tam wyjechał, więc zwróciłem się do prof. EHRLICH'a. W dłuższej rozmowie wyłożył mi on całą teoretyczną wartość nowej metody, opowiedział, jak w ogólności przygotowuje się surowca leczniczą; gdy jednak z lekka zapytywałem o szczegóły fabrykacji, zbywał mnie prostu ogólnikami; zapytałem go więc wprost o rozmaite szczegóły i otrzymałem odpowiedź, że tak powiem, za szczerą; przytaczam ją dosłownie: „nie chcemy tworzyć fabrykantów i nie chcemy mieć konkurencyi“. Sprawdziło się więc to, cośmy przypuszczali w Warszawie t. j. że z tego źródła żadnych prawie wiadomości wyciągnąć się nie da. Jedno tylko winionem nadmienić, że według EHRLICH'a wszystko jedno, jak uodparniać zwierzęta: czy się je uodparnia jadem czystym, czy osłabionym, czy też hodowlami,—trudności są jednakie i w każdej chwili należy być przygotowanym na zawód t. j. na śmierć zwierzęcia.

Co do zbadania strony klinicznej polecił mi E. udać się do d-ra KOSSEL'a, który ordynuje w barakach. K. pokazał mi wszystkie dzieci i po większej części przytoczył wszystkie szczegóły przebiegu choroby w każdym przypadku. Nie rozwlekając zanadto, boć wiele rzeczy sprawdzić jeszcze należy, przytaczam co następuje. Wszystkie dzieci dostają iniekcye bez względu na okres cierpienia: w świeżych przypadkach słabszo (№ I), w cięższych —mocniejszo (№ II lub III, którego często niema); u wszystkich też rozpoznano błonicę bywa sprawdzano na drodze bakteriologicznej, przy pomocy hodowli na agarze. Po zastrzyknięciu surowicy widać w cięższych przypadkach na drugi, w cięższych na trzeci dzień przełomowy spadek temperatury (lub prawie przełomowy) z równoległym spadkiem częstości tętna. Ten ostatni jest według KOSSEL'a bardzo ważny, dowodzi bowiem, że rzeczywiście mamy do czynienia z błonicą; przy zwyczajnych anginach ciepłota opada też często, ale częstość tętna utrzymuje się zawsze, jak przed zastrzyknięciem. Jest to względnie do pogardzenia, albowiem trudno wyczekiwać z leceniem, dopóki hodowla nie potwierdzi rozpoznania klinicznego. Ani razu nie spostrzeżono szkodliwego działania surowicy; przeciwnie, bardzo często wpływa ona nader orzeźwiająco. Bolesność po zastrzyknięciu jest niewielka; niekiedy zjawia się pokrzywka. Przed kilku miesiącami zdarzała się wysypka bardzo podobna do odry, którą KOSSEL skłonny jest uważać za zakażenie przyranno; teraz jednak tego nie bywa. Białkomocz nigdy się nie zjawia; przeciwnie, istniejący często ustępuje. Na sprawę miejscową wywiera surowica działanie swoiste. Wogóle błony fałszywo odpadają szybko, zauważyć jednak należy, że w przypadkach, gdzie około błon fałszywych widać miejsca zaczerwienienia lub obrzękłe, tam zawsze pokrywają się one po zastrzyknięciu na drugi dzień świeżymi błonami ostro odgraniczonymi, ale już nowe zaczerwienienia nie tworzą się nigdy. Nowe błony odpadają szybko. Nie zauważono nigdy w świeżych przypadkach przejścia sprawy na krtani i bezwładów; w przypadkach zapóźnionych paralize bywają. Śmiertelność ogólna w praktyce KOSSEL'a wynosi około 16% w 70 przypadkach i rozkłada się w ten sposób: z dzieci, leczonych pierwszego dnia po zachorowaniu, nie umiera żadne, drugiego—10%, trzeciego—13%, czwartego—23%, piątego 40%. Badanie pośmiertne wykazuje najczęściej zwyrodnienie mięsiste najwazniejszych narządów—serca, nerek i wątroby, lub zatkanie dróg oddechowych. Leczenia miejscowego KOSSEL nie stosuje z wyjątkiem tracheotomii, którą trzeba wykonywać zwykle zaraz po przybyciu dziecka do szpitala, i pędzlowania lub płukania roztworem tróychlorku jodu 1 : 20000 w przypadkach, gdzie ma miejsce zakażenie gnilne (*foetor ex ore*).

W celu uodpornienia przeciw zakażeniu używa KOSSEL dziesiątej części t. j. około 1 cm. sz. № I i powtarza to co kilka dni.

Są to wszystko rzeczy już poczęści znane; statystyka jednak, podana powyżej, jest nowa i przypadki, o których mowa, nigdzie jeszcze ogłoszone nie zostały. Są między nimi takie, a widziałem je, że przekonałyby o pożytku surowicy nawet zło uprzedzonego; trudno je wszelako opisywać.

Po zwiedzeniu baraków zaprosił mię d-r KOSSEL na odczyt, jaki miał dla lekarzy wojskowych. I tu nic nowego nie słyszałem; przyjemne jednak sprawia wrażenie to, że ani KOSSEL, ani EHRLICH nie twierdzą bynajmniej, że nowa metoda jest niezawodna. Przeciwnie, twierdzą z całą usilnością, że wszystko zależy od szybkości działania. W przypadkach spóźnionych pospolicie nie ma ratunku, a surowica „nie jest środkiem czarodziejskim“.

Tyle o instytucie. Dowiedziałem się nadto, że surowica, przynajmniej dotąd, wcale nie jest wyrabiana w Höchst, że wyrabia ją tu, w Berlinie, EHRLICH, bo w fabryce niema jeszcze zwierząt, dostatecznie uodpornionych, i wysyła ją do Höchst, skąd dopiero wraca tutaj. U EHRLICH'a nie można jej wcale kupić, do Höchst zadaleko, więc kupuje się ją w tutejszych aptekach, a zatem z trzeciej ręki!

Na tem kończę, bo spieszę do BAGINSKY'ego, w oddziale którego już byłem, o czem napiszę w przyszłym liście.

Berlin, 13-go października, 1894 r.

Onegdaj po południu udałem się z wizytą do prof. BAGINSKY'ego, który po przeczytaniu listu polecającego przyjął mię z całą uprzejmością. Przyznał w rozmowie, że główną zasługę w leczeniu surowicą położył BEHRING, ale nie małą wartość posiada odkrycie jadu błonicowego przez Roux'a i sposobu wzmacniania hodowli błonicowych, używanych przez ARONSON'a w celu wywołania odporności u zwierząt.

Asystent, d-r KLEIN, oprowadził mię po całym, przepysznym urzędowym oddziale dla chorych błonicowych w szpitalu dzieciennym cesarza Fryderyka. Zaznaczył mi tu przedewszystkiem wypada, że od końca lipca r. b. do początku października przerwało leczenie surowicą, zwierzęta bowiem ARONSON'a, uodpornione już przeciw błonicy, padły wszystkie, o czem wspomnę niżej. Dopiero od niedawna szpital sprowadza i stosuje surowicę BEHRING'a. Przez czas leczenia zwyczajnego było średnio około 50% śmiertelności. Odkąd znów zaczęto leczyć surowicą, liczby przedstawiają się zupełnie inaczej. Na 40 chorych dzieci zmarło dotąd tylko troje: jedno przy objawach zupełnego porażenia serca w osiem dni po zachorowaniu, drugie—w ciągu 12 godzin po przyjęciu do oddziału i trzecio w 18 godzin po przyjęciu, a w 6 godzin po tracheotomii. Tej ostatniej dokonano tylko dwa razy: raz w przypadku powyższym i drugi raz z wynikiem pomyślnym. Intubację wreszcie zastosowano trzy razy, zawsze z pomyślnym wynikiem. K. zastrzykuje surowicę raz lub dwa razy, rzadko więcej. Wobec małej liczby przypadków nie wypowiada on żadnych wniosków co do działania surowicy, nie porównywa surowicy BEHRING'a z surowicą ARONSON'a (nie stosował jej bowiem), lecz, jak powiada, liczby mówią same za siebie. Z przeglądu kart szpitalnych przekonałem się, że i tutaj ciepłota spada krytycznie, ale nie zawsze; bywa to wtedy, gdy dany przypadek przebiega z nieznaczem podniesieniem lub bez żadnego podniesienia ciepłoty, albo gdy błonica zostanie powikłana inną chorobą, np. zapaleniem płuc zrazikowym, zapaleniem nerek i t. p. Wtedy krzywa ciepłoty jest zupełnie nieprawidłowa. O zachowaniu się tętna nie powiedzieć nie mogę. Na stan ogólny surowica wpływa wogóle bardzo dobrze. Błony fałszywo znikają w rozmaitym czasie, niekiedy zaś się powiększają, co bywa przejściowe. Wysypek K. nie sprostował. Oprócz leczenia surowicą stosuje K. leczenie miejscowe. Przy obrzęku gruczołów podaje masę ichtyolową i zimne okłady; błony smaruje mieszaną Loeffler'a: *Rp. Mentholi* 20 cm., *Tolluoli ad* 72 cm., *Creolini* 4 cm., *Liq. ferri sesquichlorati* 8 cm., *Alcoholi ad* 200 cm., *S. Externum*. Mieszaną najlepiej przygotowywać w cylindrze miareczkowanym. Tym płynem na wacie dotyka K. wszystkie miejsca, pokryte błonami, po 10 sekund, z początku trzy razy z rzędu, później co trzy godziny. W razie, jeśli dzieci tego nie znośzą, stosuje smarowanie podług: *Rp. Ichtyoli* 50,0, *Sublimati* 1,0, *Aq. dest. ad* 1000,0. W przypadkach *foetor ex ore* stosuje spray z wody wapiennej.

Widziałem wczoraj około 25 dzieci; dziś ponownie je zobaczyłem. Znalazłem je wszystkie albo w lepszym stanie (i to nawet w ciężkich przypadkach), albo w tym samym; pogorszenia nie zauważyłem u żadnego. Nie przesądzam rzeczy, ale zdaje mi się, że wszystkie przypadki (z wyjątkiem może dwóch; w jednym jest porażenie czynności serca i to dziecko ma się lepiej, w drugim silne zajęcie gardzieli i tu polepszenia nie znalazłem) zakończą się pomyślnie. Krótko mówiąc, jeżeli w instytucji KOCH'a ma się wrażenie dodatnie, to w szpitalu cesarza Fryderyka jest ono jeszcze lepsz

Rozpoznanie kliniczne jest tu zawsze potwierdzone przez badanie bakteriologiczne, przy pomocy szczepień na surowicy LOEFFLER'a.

Wczoraj byłem też u ARONSON'a w Charlottenburgu. Twierdzi on tak, jak i BAGINSKY, że jego surowica jest dwa razy przynajmniej silniejsza od surowicy BEHRING'a. Na moje pytania co do sposobu jej przyrządzania odpowiedział mi, że używa do uodpornienia zwierząt wzmocnionych hodowli błonicy, których sposób przyrządzania w swoim czasie opisał. Z początku hodowle to osłabia przez ogrzewanie do 70°, później używa ogrzewanych przy 62°, wreszcie świeżych. Sposób ten ma według niego najsilniej uodparniać zwierzęta, jest jednak dla zwierząt, nawet mało wrażliwych, wielce niebezpieczny. Przekonał się o tem i sam, bo mu wszystkie już uodpornione zwierzęta padły. Dlatego nie może wypowiedzieć, jaki jest szczegółowy przepis w postępowaniu, bo tu rzecz zależy od przypadku (? Red.). Wogóle, jak zawsze, stosowano są dawki zwiększane. Wszystkiemu temu wierzyć można, albowiem ARONSON stosuje, że tak powiem, nie jad statyczny, jakim jest toksyna, lecz dynamiczny — hodowlę; dla tego i surowica może być silniejsza i niebezpieczeństwo dla zwierząt większe, a zarazem zawody częstsze. Sądzi on wreszcie, że do uależytego uodpornienia zwierzęcia potrzeba około roku.

Innych szczegółów nie przytaczam. Zaprosił mnie ARONSON do swej pracowni; może tam więcej zobaczyć. Zarazem będzie to prawdopodobnie ostatni mój etap w Berlinie.

Aleksander Żurkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Technika leczenia błonicy surowicą swoistą. Surowica № I fabryki w Höchst ma wartość 600 jednostek antytoksykcznych. Jednostka antytoksykczna jest w stanie zobojeźnić 10 ctm. sz. jadu normalnego. Jad normalny jest roztworem toksyny błonicowej (t. j. jadu wytworzonego przez laseczniki błonicowe), której 4 ctm. sz. wystarczają do zabicia 1 kilo świnki. Surowica № I jest więc w stanie zobojeźnić 6000 ctm. sz. jadu normalnego. Dla zwykłych przypadków błonicy wystarczy 600 jednostek antytoksyny, t. j. zawarta w flaszeczce № I ilość surowicy, którą się wstrzykuje naraz w początku choroby. W przypadkach cięższych powtarza się wstrzyknięcie tegoż dnia, albo też wstrzykuje się od razu surowicę № II (1000 jednostek normalnych), względnie № III (1500 jednostek normalnych). Wstrzykuje się w boczną okolicę klatki piersiowej za pomocą strzykawki o objętości 10—12 ctm. sz., mogącej pomieścić całą zawartość flaszeczki, najlepiej KOCH'owskiej, której cylinder szklany i metalową igłę przed użyciem trzeba wygotować w 1% roztworze sodu lub lysolu. Ponieważ wyciąganie płynu wprost z flaszeczki jest trudne, wlewa się go do kieliszka, wymytego najprzód

wodą gorącą, następnie wyskokiem i eterem. (Wien. med. Presse N-r 41).

= BOHLAND zaprzecza na zasadzie doświadczeń wszelkiej wartości nowym lekiem, zalecanym przy cukrzycy, a więc lewulozie, *syzygium jambolanum*, liściom czarnej jagody i piperyzynie. Zaleca on natomiast wypróbowanie nalewki makowca, a to z powodu przypadku cukrzycy, w którym chory zaczął używać makuwca przeciw silnym nerwobólom i szybko doszedł do zażywania 200—300 kropel nalewki dziennie. Po roku cukier przestał się wydzielać z moczem, pomimo zaniedbania odpowiedniej diety. Później wyleczył się chory i z morfinizmu i, jak dotąd, z wyjątkiem obustronnej zaćmy, objawy cukrzycy nie powtórzyły się. (Ther. Monatsh. 1894 № 8).

= VEHSEMEYER zaleca przy białaczce berberys w postaci *extr. fluidum* lub *berberinum sulfuricum* w proszkach lub pigułkach; środek ten działa jako doskonałe *stomachicum*, wzbuđając apetyt, jako *tonicum*, pobudzając czynność kiszek, wreszcie posiada on działanie na włókna mięsne naczyń. W jednym szczególnie z trzech leczonych przypadków nastąpiła nadzwyczajna poprawa, pomimo niezachowywania

odpowiedniej diety. Oprócz powyższego środka zaleca V. dietę węglowodanową i tłuszczową z możliwym wyłączeniem białka, sądząc wraz z KÖRTNITZ'em, że przy białaczce przewód pokarmowy traci zdolność przemiany peptonów w błonie śluzowej.

== FRASER otrzymał, co prawda, tylko w jednym przypadku niedokrewności złośliwej, wyborowy wynik, podając codziennie około 100 grm. niegotowanego szpiku kostnego. Przypadek dotyczył 60-letniego człowieka; po żelazie i arseniku nastąpiło znaczne pogorszenie: liczba ciałek czerwonych wynosiła 843000 w 1 mm. sz., zawartość hemoglobiny spadła do 20%. Po zaleceniu nowego leczenia wszystkie objawy stały się poprawiały, tak, że ilość ciałek podniosła się do 3900000, hemoglobiny do 78%. Z początku podawano także salol, później zaniechano go, stan ogólny jednak wciąż się poprawiał. (Brit. Med. Journ. 1894. 2. VI)

== MURRI opisał przypadek wścieklizny paralitycznej u człowieka, wyleczony wewnątrzżylnymi wstrzykiwaniami szczepionki PASTEUR'a. Pacjent, ukąszony przez psa wściekłego, zaczął się leczyć dopiero szóstego dnia; dziewiętnastego dnia zaś wybuchła choroba ze wszelkimi groźnymi objawami. W innym przypadku leczenie takie nie udało się M. przypomina, że już dwa lata temu NOVI i POPPI z Bolonii opisali również przypadek uleczenia wstrzykiwaniami wewnątrzżylnymi już po wybuchu choroby, a BORDONI UFFREDUZZI spostrzegał przypadek, gdzie podczas leczenia metodą PASTEUR'a choroba wybuchła, zejście jednak było pomyślne pomimo to, że zastrzykiwań nie robiono. Przypadki te najlepiej chyba dowodzą wartości metody genialnego francuza. (Gazz. d. Ospit. 1894. 9. VIII).

== COLLISCHONN zaleca przy oparzeniach t. zw. drugiego stopnia opatrunki myrrholinowe. Myrrholina jest to 50% roztwór smoly mirry w oleju rycynowym, posiada własności odkażające i kojące i przedstawia płyn gęsty, brunatny, o charakterystycznym zapachu mirry, ciemniejący cokolwiek na świetle, nie podlega-

jący zresztą żadnym zmianom. Po usunięciu pęcherzy, omyciu rany jakimkolwiek antyseptykiem i wysuszeniu nakłada się na nią płatek tejże wielkości, napojony myrrholiną, pokrywa papierem gutaperkowym, aby usunąć wysychanie, watą i umocowuje się bandażem; pierwszego dnia zwykle należy zmienić opatrunek, później wystarcza zmiana raz na dzień i raz na dwa dni. Pierwszego dnia należy używać czystej myrrholiny, później rozcieńczać ją oliwą nawet w stosunku 1:3; jeśli wystąpiło ropienie, należy używać roztworów silniejszych. Po kilku dniach użycia myrrholiny osiada na ranie warstwa brunatna smoly; gdy ją jednak zmyć benzyną, co nie jest bolesne, a raczej przyjemne dla chorego, widać gładką, prawie białą skórę. Można wtedy, rozumie się, nałożyć i suchy opatrunek. (Deut. med. Woch. 1894. № 29).

== KOSSEL zbadał produkty rozkładu kwasu nukleinowego: są one przeważnie zasadami, należącymi do szeregu kwasu moczowego. Oprócz tego okazało się, że z kwasu nukleinowego z grascy pochodzi nieznany dotąd związek, dobrze krystalizujący — tymina. Związek ten jest produktem rozpadu wszystkich kwasów nukleinowych, np. ze śledziony i komórek drożdżowych, a zatem ciałem, biorącym udział we wszystkich zjawiskach w komórce. Dalej otrzymano przy rozkładzie kwasu nukleinowego i kwas lewulinowy, otrzymywany dotąd tylko z wodoru węgla. Dowodzi to, że w cząsteczce kwasu nukleinowego musi być grupa wodoru węgla. Jest to ważny postęp, albowiem wskazuje nam nowe źródło powstawania cukru w ustroju, a zarazem dowodzi, że zwierzę, pozbawiane dotychczasowymi sposobami cukru i glikogenu, nie jest bynajmniej pozbawione wodoru węgla. (Odczyt w Tow. Fizyol. w Berlinie).

== DOBRONRAWOW zastosował w jednym przypadku epilepsji kurację; zrobiono pięć podskórnych zastrzyków od 0,006 — 0,0075 w pięciodniowych przerwach. Nastąpiło wyleczenie. (Sem. méd. 1894. № 39).

Wiadomości bieżące.

— Rada zdrowia w Wiedniu zatwierdziła projekt wyrobienia surowicy przeciwbłonicowej na koszt państwa.

— W Bryuères-en-Vosges został odsłonięty pomnik VILLEMINE'a.

— D-r FISCHER w Hannoverze zamierza ogłosić listy BILLROTH'a i prosi o nadsyłanie mu ich na krótki czas.

— LISTER usunął się od praktyki operacyjnej oraz działalności pedagogicznej. Z tego powodu utworzył się komitet, zbierający składki na wykonanie portretu twórcy antyseptyki w chirurgii. Portret ten doręczony ma być LISTER'owi.

Zmarli: W Monachium zmarł b. profesor uniwersytetu w Jenie, d-r ROSSBACH.