

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. W sprawie zupełnego wykluczenia pętli jelitowej, podał prof. d-r A. Obaliński. Wyniki szczepień ochronnych według Pasteur'a, przez O. Bujwida i Wł. Palmirskiego. Rys działalności szpitala Zapasowego dla chorych zakaźnych w r. 1892, podał J. Szwajcer. (Dokończenie). — **Streszczenia i Wyciągi.** 126. Nowsze prace o padaczce. 127. O leczeniu wola zapomocą karmienia gruczołem tarczowym. 128. O leczeniu gruźliczych i innych cierpień górnych dróg oddechowych orto- i parachlorofenolem. — **Bibliografia i krytyka.** Patologia i terapia neurastenii i histeryi. **Korespondencya „Medycyny“.** W sprawie leczenia błonicy snurowicą swoistą. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Obaliński—Sur l'élimination totale d'une ancre intestinale. 2) D-r O. Bujwid et Wł. Palmirski—Les résultats des inoculations antituberculeuses à la méthode de Pasteur. 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 A. Obaliński—Ueber die vollständige Ausschaltung (Elimination) einer Darmschlinge. 2) D-r O. Bujwid und Wł. Palmirski—Ueber die Resultate der Schutzimpfungen nach der Pasteur'schen Methode. 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.

W sprawie zupełnego wykluczenia pętli jelitowej, podał prof. d-r A. Obaliński w Krakowie.

W Nrze 17 „Przegl. Lek.“, z dnia 28 kwietnia r. b.¹⁾, ogłosił d-r BARĄCZ ze Lwowa przypadek wykluczenia jelita ślepego, który w nowoczesnej chirurgii wielkiego nabiera znaczenia, a który mimo jasnego przedstawienia rzeczy, przez wielu niedobrze był zrozumiany i dał powód do enuncjacyi zupełnie sprzecznych z prawdziwym stanem rzeczy.

Dokonawszy jeszcze przed ogłoszeniem artykułu d-ra BARĄCZA, bo w dniu 25 kwietnia r. b., takiej samej, a może pod pewnymi względami jeszcze więcej interesującej i skomplikowanej operacyi, a również z dobrym skutkiem, uważam sobie za obowiązek podać jej szczegóły do publicznej wiadomości, raz dla tego, aby zaznaczyć, że oba pierwsze i jedyne dotąd przypadki całkowitego wykluczenia pętli jelitowej na żywym człowieku, polskiej chirurgii są zasługą; dalej, żeby po raz wtóry uwydatnić korzyść z takiego postępowania; następnie wykazać nowe, stąd wynikające wskazania do chirurgii brzusznej, a w końcu usunąć nieporozumienia, które się pojawiły w literaturze tego przedmiotu.

Już w sekcyi chirurgicznej VII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich miałem zaszczyt zabrać w tym względzie głos celem sprostowania zapatrywań jednego z kolegów, przemawiających w dyskusyi nad przypadkami d-ra BARĄCZA; tembardziej muszę to uczynić teraz, gdy czytam sprostowanie d-ra

¹⁾ Po niemiecku w Centralblatt f. Chir. № 27. 1894.

prof. CARMALT'a z New Haven, zamieszczone w 33-im N rze tygodnika: „Centralblatt f. Chirurgie“, w którym tenże oświadcza, że podobną operację, jak ją BARĄCZ ogłasza, wykonał jeszcze w r. 1890, a ogłosił w Filadelfijskiej „International clinics“ z r. 1891, pod tytułem: „Cancer of Coecum; Excision; End-to-End union; Recovery“.

Nie znam szczegółów tej pracy, lecz z tytułu samego wyniku, że prof. CARMALT dokonał poprostu resekcji кишки ślepej, rakowato zwyrodniałej, z następnem połączeniem zdrowych końców, czyli enterorafii t. j. operacji, znacznie dawniej przed nim, a obecnie dosyć często wykonywanej, nie zaś wykluczenia kątnicy w myśl SALZER'a ²⁾).

Mój przypadek był następujący:

Magdalena L., lat 24 licząca, dziewczyna wiejska, zgłosiła się w grudniu 1893 r. do oddziału chirurgicznego z przetoką na prawo i nieco poniżej pępka, wielkości grochu, prowadzącą wśród nacieku ukośnie ku wewnątrz na 4—5 ctm. Czas trwania od kilku miesięcy. Podejrzewając promienicę, przyjąłem pacyentkę, dobrze zresztą odżywioną i zbudowaną, na oddział, celem wyskrobania i wypalenia tego miejsca. Po dokonaniu tego zagoiła się rana dosyć prędko, tak, że chora po 3-tygodniowym pobycie opuściła zakład jako wyleczona, chociaż moje zadowolenie nie było zupełne, gdyż badanie ziarniny, wydobytej przy operacji, uskutecznił tak we własnej pracowni, jak i u prof. BUŁWIDA, nie potwierdziło mego podejrzenia, skutkiem czego nie miałem pewności, na jakiej podstawie utworzyła się owa przetoka u dziewczyny zresztą zupełnie zdrowej.

W trzy miesiące zgłosiła się taż sama dziewczyna, twierdząc, że blizna utrzymywała się w zagojeniu zaledwie przez miesiąc, że utworzył się później ropień, a następnie przetoka, z której wydobywa się kał i niestrawione pokarmy. Skonstatowawszy to naocznie, nabrałem tembardziej przekonania, że są to następstwa promienicy, której tylko pod drobnowidzem nie udało się wykazać, a uzyskawszy zezwolenie pacyentki, postanowiłem wykonać doszczętną operację, polegającą na wycięciu przetoki wraz z częścią jelita, z którego ona wychodzi, i następnej enterorafii, do czego też w dniu 25 kwietnia r. b. się zabrałem.

Narkoza eterem zapomocą maski WANSHER-GROSSMANN'a. Cięciem po zewnętrznej stronie prawego mięśnia prostego brzucha, w długości 12 ctm. poprowadzonym, otwarto jamę brzuszną i przekonano się, że przetoka prowadzi do wnętrza kątnicy, której ściany okazały się znacznie grubsze i zbitsze. Okroilem następnie dookoła przetokę, podwiązałem ją mocnym jedwabiem i przystąpiłem do wycięcia jej wraz ze zwyrodniałą kątnicą, którą oddzieliłem w zdrowych częściach tak od кишки wstępującej, jak od biodrowej. Zabezpieczywszy wszystkie cztery końce rozwinętych jelit, zabrałem się do wycięcia kątnicy, co po przewyższeniu niejakiemi trudnościami, w przeciągu kilkunastu minut dało się uskutecznić. Po podwiązaniu naczyń nie pozostawało mi nic innego, jak połączyć światło jelita biodrowego ze światłem кишки wstępującej, gdy te jednak po części z powodu krótkości krezki, po części z powodu zbitych zrostów do siebie zbliżyć się nie dały, miałem do wyboru dwie drogi: albo zaszyć oba te światła i w innym miejscu wykonać boczną enteroanastomozę między poprzeczną, a wyżej położoną pętlą jelita biodrowego, albo przeciąć kışkę wstępującą jeszcze raz na przejściu jej do poprzecznej, oba jej końce zaszyć (*exclusio coli ascendentis*), a krańcem kału przywrócić przez zespojenie światła jelita biodrowego ze światłem кишки poprzecznej. Wybrałem to ostatnie i natychmiast wykonałem, co jednak sprawiło, że operacja ta od rozpoczęcia narkozy aż do jej ukończenia trwała trzy godziny; mimo tego wytrzymała ją chora doskonale dzięki eterowi, użytemu do narkozy. Po skończeniu wszystkich trzech enterorafii nie zamknąłem wprost brzucha, lecz pozostawiwszy jedną część rany brzusznej niezaszytą, wprowadziłem tamtędy zwitek gazy wyjałowionej tak, iż dotykał on aż do miejsca, gdzie leżał główny szew jelitowy.

²⁾ Nieporozumienie wynikło prawdopodobnie stąd, że amerykański „Index medicus“ podał wyciąg z BARĄCZA pracy pod tytułem: „Total removal of Coecum“ zamiast „Total exclusion of Coecum“.

Gojenie postępowało świetnie; po tygodniu usunięto zwitek gazy, a w dniu 2-go lipca r. b. opuściła pacjentka zakład jako zupełnie wyleczona. Wycięta kątńica okazywała naciek gruczliczy z bardzo znacznem zwężeniem światła poniżej ujścia przetoki.

Przypadek mój jest zatem do przypadku d-ra BARĄCZA o tyle podobny, że w obu część jelita, wykluczona z głównej drogi pokarmowej, pozostała z zaszytymi końcami w jamie brzusznej bez wywołania jakichś złych następstw, tylko, że tam stało się to z inną częścią i chorą, w mojej zaś znów z inną i to dłuższą, a nadto zdrową, a w obu z różnych powodów.

Ta ostatnia właśnie okoliczność, że wydzielić można część zdrowej drogi pokarmowej, pozostawiając ją w jamie brzusznej, wprowadza chirurgię brzuszną na nowe tory, gdyż postępowanie to może być czasem pewniejsze, niż boczna enteroanastomoza, przy której pozostaje jeden lub nawet dwa mniejsze lub większe uchylki jelitowe, stojące w związku z drogą pokarmową, w których zatem w pewnych sprzyjających warunkach nagromadzić się może większa ilość kału i spowodować nieprzyjemne następstwa. Jeżeli to bowiem stanie się zaraz po operacji, w takim razie może to być powodem do rozluźnienia szwu jelitowego.

Dla uniknięcia podobnych nieporozumień, o jakich wyżej była mowa, proponuję zmienić nazwę wykluczenia (*exclusio*) na odłączenie (*eliminatio*)³⁾, pierwsza bowiem mieści w sobie pojęcie wydalenia czegoś z organizmu i dała powód do tłumaczenia angielskiego na „*removal*” = usunięcie, co łatwo mogło dać i dało powód do pomieszania tego pojęcia z pojęciem wycięcia (*excision*), gdy ze słowem: „*Ausschaltung-eliminatio*”, łączy się u każdego lekarza, a w szczególności chirurga, pojęcie usunięcia na bok, lecz pozostawiania jeszcze w organizmie. Nie tak łatwo można pojęcia te mieszać tam, gdzie wykluczamy pętlę jelitową zdrową, jak w moim przypadku, lecz zato tem łatwiej w razie wykluczenia chorej kiszki, jak np. miało miejsce w przypadku BARĄCZA. Najlepiej objaśnia to przykład. I tak, nazwa: *carcinoma coeci*; *exclusio coeci totalis*; *enteroanastomosis* — może narazie wywołać mniemanie, że kątnicę po prostu wyresekowano, — gdy nazwa *eliminatio coeci totalis* zawsze zwróci uwagę na jakieś niezwykle postępowanie.

Wykazawszy zatem, tak samo, jak d-r BARĄCZ, nie tylko możliwość, lecz także i pożyteczność całkowitego wyłączenia pętli jelitowej, pragnąłbym jeszcze w końcu porównać doniosłość tego postępowania z t. zw. wyłączeniem częściowym. Dla dokładności przypomnę, że przez częściowe wyłączenie jelita rozumiemy to, jeżeli jeden albo dwa końce pętli jelitowej, nie dającej się wyciąć, wszywamy w ranę laparotomijną, gdy odpowiednie końce reszty jelit łączymy zapomocą enterorafii.

Trzej operatorzy, którzy dotychczas tą metodą się posilkowali, byli z niej zadowoleni, również jak i ich pacyenci, chociaż tylko w jednym przypadku przyszło do zupełnego zagojenia (EISELSBERG), w dwóch zaś innych (HOCHENEGG i FRANK) pozostały przetoki, które, wydzielając nieco śluzu, miały nie sprawiać choremu wiele dolegliwości.

Nie tak różowo zapatruję się ja na częściowe wyłączenie pętli jelitowej, które raz miałem sposobność wykonać (a zatem czwarty dotąd znany w li-

³⁾ SALZER podał po niemiecku wyborną nazwę: „*Ausschaltung*”, którą po łacinie nazwano niewłaściwie „*exclusio*”, oznaczającą „*Ausschliessung*”, a po polsku „wykluczenie”, po angielsku „*removal*”.

teraturze przypadek), a który niniejszem do publicznej podaję wiadomości, zaznaczając, że o przypadku tym wspominałem już raz na posiedzeniu Tow. Lek. Krak. („Przegl. Lek.“ 1892, str. 314).

Dotyczył on wieśniaka, 36 lat liczącego, który w jesieni 1891 r. przybył do oddziału chirurgicznego ze sztuczną rzycią, powstałą tuż nad pachwiną prawą skutkiem zaniedbania przepukliny uwięznionej. Dnia 1. XII. 1891 wykonałem u niego laparotomię celem przedsięwzięcia enteroanastomozy; gdy jednak się okazało, że uwięźnięciu uległa pętla jelita biodrowego, położona tuż obok kątnicy, i obie były silnie pozrastane z otrzewną ścienną, odstąpiłem od pierwotnej myśli, założyłem kleszczyki DUPUYTREN'a i, zamieniwszy sztuczną odbytnicę na przetokę kałową, usiłowałem tę ostatnią zagoić. Gdy jednak kilkakrotne usiłowania nie doprowadziły mnie do celu, wykonałem w dniu 5. III. 92. enteroanastomozę sposobem HOCHE-NEGG'a t. j., że oba końce wykluczonego jelita wszyłem w ranę laparotomijną. Kał odchodził wprawdzie drogą naturalną, lecz tak przez dawną przetokę, jak i przez oba wszyte końce wykluczonego jelita wydobywało się tyle gęstawego śluzu, że w końcu zdecydowałem się wykonać tutaj po raz trzeci laparotomię celem wycięcia wykluczonej pętli, co gdy mi się udało dokonać w dniu 21. VI. 92, sprowadziłem wreszcie stan zupełnie normalny⁴⁾.

Reasumując moje powyższe wywody, dochodzę do następujących wniosków.

1) Całkowite wykluczenie pętli jelitowej u człowieka nie wywołuje złych następstw.

2) Wykluczenie to może dotyczyć tak dobrze części jelita chorej, jakoteż i zdrowej, a zawsze ma na celu przywrócenie drogi dla treści jelitowej przez odbytnicę.

3) Dla uniknięcia pomieszanania dwu operacji pokrewnych, a jednakże różnych, mianowicie wycięcia części jelita (*excisio v. resectio*) i wykluczenia całkowitego (*exclusio totalis*), należy używać dla tej ostatniej innego wyrazu, a w tym celu proponuję: *eliminatio totalis*.

4) Całkowite wyłączenie pętli jelitowej ma w chirurgii brzusznej większą przyszłość, niż częściowe.

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a

przez O. Bujwida i Wł. Palmirskiego.

W 1893 r. zgłosiło się o poradę ogółem 648 osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekle lub podejrzane. Z tej liczby 75 osób nie podlegało leczeniu, a to z powodu, iż pokąsane zostały przez psa wyraźnie zdrowego, albo też, chociaż przez wściekłego lub silnie podejrzanego, to jednak nie do krwi t. j. bez zdarcia naskórka, jeżeli zaś do krwi, to bez rozdarcia ubrania. Leczonych było osób 573.

Co do płci było: mężczyzn 360, kobiet 213. Leczeni pochodzili z następujących miejscowości: Z gub. Warszawskiej 116 (w tej liczbie z m. Warszawy i okolic: Pragi, Pelcowizny, Mokotowa, Powązek, Woli i t. d. 75);

⁴⁾ W świeżo otrzymanym 4-ym zesz. 48-ym tomu Arch. f. klin. Chir. zamieścił KOERTE z Berlina przypadek, w którym musiał podobnie jak i ja wyciąć poprzecznicę, którą przedtem częściowo był wykluczył, a to mianowicie z powodu dokuczliwego wydzielania się śluzu, podobnie, jak w moim przypadku.

z gub. Łomżyńskiej 27; Płockiej 22; Lubelskiej 33; Piotrkowskiej 100; Radomskiej 37; Kaliskiej 11; Kieleckiej 28; Suwalskiej 10; Siedleckiej 52; Grodzieńskiej 21; Mińskiej 65; Kowieńskiej 18; Wileńskiej 15; Wołyńskiej 7; Kijowskiej 1; Mohylewskiej 4; Bessarabskiej 2; Witebskiej 1; Astrachańskiej 1; Jekaterynosławskiej 2.

Co do wieku było dzieci: 2-letnich 11; 3-let. 22; 4-let. 14; 5-let. 23; 6-let. 20; 7-let. 24; 8-let. 19; 9-let. 16; 10-let. 22; 11-let. 10; 12-let. 24; 13-let. 18; 14-let. 15; 15-let. 11. Starszych nad lat 15, —324.

Co się tyczy czasu, w którym od chwili ukąszenia rozpoczęto kurację, to: po upływie 1—2 dni po ukąszeniu leczyło się 175 osób, 2—5 dni 223, 5—10 dni 139, 10—20 dni 30, 20—30 dni 4, 30—40 dni 2 osoby.

Pokąsanych przez psy było 553 osób, przez koty 8, przez konie 3, przez świnie 1, przez wilki 1, przez krowy 3, przez człowieka 4.

Zwierzętami kąsającymi były: psy w przypadkach 346, koty w 7, konie w 3, świnie w 1, wilki w 1, krowy w 3. Prócz tego ludzie pokąsali 2 osoby.

Co się tyczy większej lub mniejszej pewności, czy zwierzę kąsające było wściekłe, dzielimy pokąsanych wzorem PASTEUR'a na 3 grupy:

A) Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została przez szczepienie królika lub wścieknięcie się równocześnie pokąsanych zwierząt.

B) Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została na zasadzie sekcji, dokonanej przez weterynarza.

C) Pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekłe na zasadzie objawów, podejrzane lub niewiadome.

Porównawcze dane z 1893 r., dotyczące się kategorii pokąsanych, ukąszeń okolic ciała i przypałań, przedstawia niżej umieszczona tablica.

Uwaga: Przypalania dzielimy na: wystarczające i niewystarczające. Do wystarczających zaliczamy przypalania żegadłem lub stężonymi kwasami mineralnymi zaraz lub po upływie kilku minut, w przeciwnym razie wszelkie przypalania uważamy za niewystarczające.

	A			B			C		
	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.
I. Ukąszenia zadane w twarz lub głowę {pojedyncze liczne . . .	3 4	7		2 4	6		9 9	18	
Przypalania wystarczające	—			—			—		
" niewystarczające	3			1			8		
" żadne	4			5			10		
II. Ukąszenia zadane w rękę {pojedyncze liczne . . .	37 50	87		30 26	56		77 129	206	
Przypalania wystarczające	3			1			13		
" niewystarczające	28			27			88		
" żadne	56			28			105		
III. Ukąszenia zadane w tułów i nogi {pojedyncze liczne . . .	25			44			124		
Przypalania wystarczające	2			5			5		
" niewystarczające	7			22			57		
" żadne	16			17			62		
Ukąszonych przez rozdartą ubranie		26			38			121	
Ukąszonych w nagie ciało		93			68			227	
Razem		119			106			348	
Ogólna liczba pokąsanych					573				

Oдноśnie do pór roku leczyło się osób: w styczniu 43, w lutym 32, marcu 52, w kwietniu 61, w maju 46, w czerwcu 64, w lipcu 71, w sierpniu 47, we wrześniu 68, w październiku 37, w listopadzie 29, w grudniu 23.

Z leczonych w 1893 r. zmarł Stanisław Wielicki lat 3½, ze wsi Mikułowiec pow. Opoczyńskiego gub. Radomskiej, ukąszony 16 lipca w twarz: obie powieki rozdarte, pod brodą ranki dość głębokie. Rany nie były przypalane, kuracya rozpoczęta 22 lipca, trwała dni 9. Według zasięgniętych wiadomości od otaczających, opartych na zdaniu zawezwanego lekarza, chłopiec zmarł przy objawach mózgowych. Choroba trwała od 18 do 23 listopada. Przez cały czas choroby chłopiec był nieprzytomny, nic nie mówił, nic nie słyszał, pokarmów nie przyjmował, przed tą chorobą od czasu do czasu miewał drgawki. Przypadek powyższy jest bardzo wątpliwy; do liczby zmarłych na wodowstręt nie może być zaliczony. Tym sposobem śmiertelność w roku ubiegłym z leczonych metodą PASTEUR'a jest 0.

Z osób nieleczonych, zmarłych na wodowstręt, udało się nam zebrać wiadomości o 6-u przypadkach.

1) Beshfater z Łodzi (wiadomość z „Kuryera Warszawskiego“ z 29 lipca 1893 r.).

2) Gocławska Matylda lat 1½, z gub. Jekaterynosławskiej, zmarła na wodowstręt w lipcu 1893 r. w miesiąc po pokąsaniu przez psa.

3) Michalski, z gub. Wileńskiej, zmarł w sierpniu 1893 r. wskutek ukąszenia przez psa.

4) Jagiello Ewa lat 11, ze wsi Zielonki pow. Garwolińskiego gub. Siedleckiej, ukąszona przez psa we wrześniu 1893 r. w prawe przedramię, 3 ranki, jedna dość głęboka. Choroba rozpoczęła się 25 listopada bólem w miejscu ukąszenia, 27 listopada zmarła.

5) Konopka Maryanna, lat 19, ze wsi Wilczyn, pow. Garwolińskiego, gub. Siedleckiej, ukąszona 5 września 1893 r. w prawą rękę, jedna ranka do krwi. Pierwsze objawy wystąpiły 17 grudnia 1893 r., ból w miejscu ukąszenia; zmarła 20 grudnia.

6) Jeden przypadek śmierci wskutek wodowstrętu w pow. Nowo-Mińskim, gub. Warszawskiej, w miesiąc po pokąsaniu przez psa

Przy stosowaniu kuracyi według metody PASTEUR'a, posiłkowaliśmy się metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienie rdzeniem 8 lub 6 dniowym, a kończąc dwu lub jednodniowym. Kuracya trwała od jednego do dwóch tygodni, zastrzykiwano pokąsanym, stosownie do ukąszenia, 2—3 razy dziennie po 2 ctm. sz. dość gęstej emulsyi z rdzenia królika. Rdzenie były przechowywane w ciepłocie *maximum* 10—12° C.

Rys działalności Szpitala Zapasowego dla chorych zakaźnych w r. 1892

podał J. Sz wajcer.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 43).

W kwestyi etyologii tyfusu wysypkowego, t. j. istoty zarazka jego, dotychczas nie pewnego nie wiemy. Badania w tym kierunku wogóle nie są zbyt liczne, prawdopodobnie z powodu rzadkości tyfusu wysypkowego w głównych ogniskach naukowych — Niemczech i Francyi. Badania dawniejsze KLEBS'a, ZUELZER'a, OBERMEJER'a

i innych, jak również późniejsze poszukiwania bakteriologiczno HŁAVY, kilkakrotnie powtarzane przy pomocy prof. BUJWIDA i w naszym szpitalu, nie sprawdziły się.

W roku 1892 pojawiły się prace LEWASZEW'a⁴⁾ w Kazaniu, uzupełnione w ostatnich dniach nowymi spostrzeżeniami, które zwróciły na siebie uwagę niektórych badaczy. Jak wiadomo, LEWASZEW na podstawie badań drobnowidzowych i bakteriologicznych przyszedł do wniosku, że prawdopodobną przyczyną tyfusu wysypkowego jest znaleziony i nazwany przez niego *micrococcus exanthematicus*. Znajdował go autor stało w 118 przypadkach tyfusu wysypkowego pod postacią małych, okrągłych tworów, silnie łamiących światło. Widzieć je można w krwi ze śledziony obficie, mniej z palca. Leżą one między czerwonymi krążkami krwi, to pojedynczo, to ułożono po dwa, lub w krótkie łańcuszki, i poruszają się w świeżych preparatach bardzo żywo w różnych kierunkach. Ruchy to jednak z czasem ustają. Niekiedy, szczególnie w pierwszych okresach choroby, jeden z końców tych tworów wydłuża się w kształcie cienkiej niteczki, żywo poruszającej się. Wszystkie te twory wszakże LEWASZEW uważa tylko za różne odmiany jednego i tego samego drobnoustroju, który w pewnych warunkach (drobna kropelka krwi, duże powiększenia, obiektywy apochromatyczne ZEISS'a) stale widzieć można. Hodowle z krwi śledziony lub palca na 1% agarze, przygotowanym na płynie surowiczym z *ascites*, dały również wyniki dodatnie. Już bowiem po 24 godzinach przy 37,0°C., w głębszych warstwach agaru rozwijają się drobne, białawe, obłoczkowate kolonie, składające się z czystej hodowli drobnych mikrokoków, podobnych zupełnie do preparatów z krwi. Gdziekolwiek napotykają się i kulki z wyrostkami.

W ostatnich czasach także same wyniki otrzymał LEWASZEW, szczepiąc płyn z worka łącznicowego chorych tyfusowych. Cała różnica polegała na tem, że w tych ostatnich hodowlach nie widział koków z wyrostkami.

Nakoniec i szczepienie królikom czystej krwi tyfusowych i mieszanek z hodowli wywoływało w obu razach stan gorączkowy i śmierć zwierząt między 10—14 dniem po szczepieniu. We krwi i tkankach królików znajdowano także samo jak u chorych drobnoustroje.

Tak jednak przekonywające wywody te LEWASZEW'a dotychczas, prócz prof. LUBIMOW'a w Kazaniu i kilku francuskich autorów (CALMETTE, DUBIEF i BRUEHL, CURTIS i COMBEMALE⁵⁾), którzy zrosztą po większej części znajdowali tylko diplokokki, przez nikogo jeszcze sprawdzono nie zostały.

Co się tyczy nas, to przy zwykłych powiększeniach (HARTNACK IX. 4) danych LEWASZEW'a stwierdzić nie mogliśmy. Nie udało się to również, o ile wiem, i prof. BUJWIDOWI, który, kontynuując dawniejsze badania w szpitalu Zapasowym⁶⁾, żadnych dodatnich wyników nie otrzymał. Nie również nie wiemy o wynikach badania krwi chorych ze szpitala Zapasowego, przesłanej w swoim czasie przez prof. BUJWIDA do instytutu KOCII'a.

Co się tyczy objawów tyfusowych u naszych chorych, to tu o nich mówić nie będę, nie chcąc zbytnio sprawozdania tego rozszerzać. Nie różniły się one zrosztą od opisanych przezemnie podczas epidemii w r. 1889. Wspomnę tu tylko, że mieliśmy sposobność widzieć kilka przypadków niewątpliwego tyfusu wysypkowego bez wysypki. Przypadki tego rodzaju są dosyć rzadkie, a do rozpoznania nieraz bardzo trudne. Zanotowaliśmy pewnych takich przypadków pięć. Wszystkie zakończyły się pomyślnie i przebieg ich był względnie łagodny. Nie zgadza się to ze zdaniem LEBERT'a, u którego przypadki tyfusu wysypkowego bez wysypki są dosyć często, ciężkie i kończą się zazwyczaj niepomyślnie. Wogóle uważałbym, wbrew zdaniu LEBERT'a i JACCOUD'a, a zgodnie z GRIESINGER'em, że natężenie i rodzaj wysypki jest w prostym stosunku do ciężkości przebiegu danego przypadku.

Dużo ciekawości budzą też powikłania i choroby następcze w tyfusie, które nie w każdej epidemii i nie w każdym szpitalu są jednakowo częste. Rzucają też one pewne światło nie tylko na właściwości danej epidemii, ale i na warunki higieniczne szpitala, które przy zmniejszonej odporności chorych wskutek wyniszczenia

⁴⁾ Wracz Nr. 11. 1892. Deutsche medic. Woch. 18:2. 13.

⁵⁾ Wracz Nr. 3, 1894 r.

⁶⁾ Opisane w pracy wyżej za cytowanej.

i zwątlenia tkanek ustroju, bardzo znacząco wpływają na jakość i ilość powikłań. To też, ile razy jakości powikłanie częściej występować zaczynało wśród chorych naszych, tyle razy było ono dla nas wskazówką, iż daną salę należy na jakiś czas opróżnić i odpowiednio zdezynfekować. Nieraz też natarczywie nasuwało się przypuszczenie, iż nie tylko dana sala, ale nawet pewne jej miejsce jest powodem powikłań u chorych, którzy to właśnie miejsce zajmowali. Dlatego też do przypuszczeń takich, wobec chorób zakaźnych, należy się uciekać jaknajczęściej, gdyż one bowiem zawsze na pożytek chorych.

Wogóle trzeba powiedzieć, iż częstość i różnorodność powikłań w tyfusie wysypkowym jest mniejsza znacznie, aniżeli w tyfusie brzuszny. Przyczyny tego trzeba szukać nie tylko w samej naturze cierpienia, lecz i w warunkach, uprzystępniających wtargnięcie zarazków do ustroju, które w tyfusie wysypkowym są tylko przypadkowe i bardziej ograniczone, aniżeli to ma miejsce w tyfusie brzuszny, gdzie owrzodzenia w kioskach stanowią otwarte wrota dla wszelakich drobnoustrojów.

Najczęstsze powikłania u naszych chorych były ze strony narządów oddechowych. Prócz bowiem lżejszych lub cięższych nieżytów płuc, które istniały u większości chorych, zanotowaliśmy: 16 razy zapalenie płuc krupowe, w równej liczbie 7, prawostronnie i 2 razy obustronnie. Stanowi ono bardzo ciężkie powikłanie w tyfusie wysypkowym i znacznie pogarsza rokowanie. Ośm z tych przypadków zakończyły się śmiertelnie. Z innych powikłań tej kategorii mieliśmy 2 razy zapalenie płuc i opłucny i raz zapalenie opłucny. Mniej groźnym pokazało się zapalenie płuc opadowe, którego widzieliśmy 14 przypadków, z których jeden tylko był śmiertelny.

Rzadko stosunkowo spotykaliśmy krwotoki nosowe, które niekiedy są bardzo częste. Zanotowaliśmy tylko kilkanaście przypadków z obfitym krwawieniem, nie licząc pewnej liczby nieznacznych. Jeden przypadek krwotoku płucnego zakończył się śmiertelnie.

Drugą rubrykę pod względem częstości zajmują sprawy zapalne, ropne. Tu zaliczamy 12 przypadków ropnego zapalenia gruczołu przyusznego, z których 8 prawostronnie, a 4 lewostronnie; 15 razy ropne zapalenie ucha środkowego: 7 lewego, 5 prawego i 3 obustronnie. W dwu z nich sprawa przeszła na wyrostek sutkowy (*caries processus mastoidei*).

Zapalenie ropne tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*) odnotowaliśmy 9 razy: 2 razy krzyża i uda i po jednym: sutki, przedramienia, łopatki, karku i stopy. Prócz tego mieliśmy 5 przypadków zapalenia gruczołów: 2 razy pachwinowych i sutkowych, raz podszczękowych.

Wogóle więc wszystkich przypadków z powikłaniami ropnymi mieliśmy 41, co stanowi blisko 8%. Jest to odsetek względnie bardzo nieznaczny. Pod względem bakteriologicznym przyczyną tych spraw ropnych, jak to miało miejsce i w r. 1889, był zawsze gronkowiec złocisty (*staphylococcus aureus*).

Z innych powikłań na uwagę zasługują: 3 przypadki zgorzeli suchej krzyża, pośladków i stopy z krętarzem prawym (dwa z nich zakończyły się śmiertelnie); trzy przypadki zakrzepu żyły udowej, z których jeden z powodu posocznicy zakończył się niepomysłnie. Mieliśmy również 4 przypadki dość uporeczywej i ciężkiej błonicy gardzieli, wszystkie zakończone pomyślnie, oraz 2 przypadki zapalenia rogówki wrzodzącego. Prócz śladów białkomoczu, istniejących u wielu chorych, w 10 przypadkach był on większych rozmiarów. Znaczenie wszakże jego w tyfusie wysypkowym jest podrzędne. Wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie. W jednym wystąpiły objawy nieżytu pęcherza moczowego.

Do kategorii powikłań zaliczę także ciążę i jej następstwa. Ciężarnych z tyfusem wysypkowym mieliśmy 7; z tych 2 w 7 miesiącu ciąży, 1 w 6-ym i 4 w pierwszych miesiącach. U 4 ostatnich nastąpiło poronienie. U jednej z nich poronienie powikłano było gorączką połogową. U ciężarnej w 7 miesiącu nastąpił poród przedwczesny. Płód urodził się żywy. Przebieg tyfusu i ciąży u wszystkich był pomyślny. U 3 syfilityków i u jednego epiloptyka tyfus zakończył się szczęśliwie; u jednego zaś z 2 chorych, dotkniętych wadą serca, niepomysłnie.

W kwestyi rokowania w tyfusie wysypkowym, mimochodem tylko zwróciłbym uwagę na dwa zjawiska, które zdaniem mojem zasługują na zaznaczenie. Mam tu na myśli dosyć często nieraz krwotoki, a przedewszystkiem krwawienie z nosa

w przebiegu tyfusu wysypkowego. Otóż wielokrotnie przekonałam się, że przypadki tyfusu z niesłychanie obfitymi nawet krwotokami nosowymi zawsze kończą się pomyślnie i nie przypominam sobie śmiertelnych przypadków tyfusu, w przebiegu których zdarzały się krwotoki nosowo. Po każdym takim obfitym krwotoku prawie zawsze zauważyć można większy lub mniejszy spadek ciepłoty i poprawę ogólnego stanu chorego. Toteż powikłanie to uważam prawie zawsze za objaw pomyślny w tyfusio. O ile przekonałam się, odnosi się to również i do innych krwotoków, np. macicznych. Z 5 poronień wskutek sprawy tyfusowej z bardzo obfitymi krwotokami, wszystkie miały przebieg względnie łagodny i zakończyły się pomyślnie. Mimowoli nasuwa się tu przypuszczenie, czy ubytek krwi, a wraz z nią i pewnej ilości ewentualnie krążących w niej toksyn, nie jest właśnie przyczyną tych zmian w przebiegu choroby?

Jako drugi pomyślny również objaw w tyfusio uważałbym stałą skłonność chorych do snu. Jest dużo chorych tyfusowych, przeważnie młodych, którzy cały prawie okres gorączkowy choroby spędzają we śnie. Chorzy tacy budzą się od czasu do czasu i znów zapadają w sen, z którego budzić ich trzeba podczas wizytowania. Przypadki tego rodzaju prawie zawsze kończą się pomyślnie. Sen taki nietrudno lekarzowi odróżnić od odurzenia i śpiączki przy ciężkich postaciach tyfusu z zażęciem *sensorium*.

Śmiertelność z tyfusu wysypkowego w roku sprawozdawczym była w ogóle nieznaczna: na 495 chorych — przypadków śmiertelnych mieliśmy 37 (mężczyzn 25, kobiet 12), co stanowi przeciętnie 7,4%. Wpływ niektórych momentów na śmiertelność uwidatnił się dosyć wybitnie. Wówczas bowiem, gdy odsetka śmiertelności dla mężczyzn wynosi 8,7%, to dla kobiet — 5,6%, chociaż przeciętny wiek chorych kobiet nie był wcale mniejszy od przeciętnego wieku mężczyzn. Przyczyny tego faktu trzeba szukać w wielu innych warunkach osobniczych.

Bardziej jeszcze rzuca się w oczy różnica śmiertelności u chrześcijan i żydów. Gdy bowiem na 426 pierwszych zmarło 37, to na 69 żydów nie było ani jednego przypadku śmierci. Fakt ten, t. j. nierównie mniejsza odsetka śmiertelności żydów, powtarzający się stale, jak to już gdzieś indziej zaznaczyłem, i dla innych chorób zaraźliwych ostrych, jest niezmiernie ciekawy i zasługuje na bliższe zbadanie. Że nie jest on u nas wyjątkowy, wskazuje i to, że w tymże samym czasie, gdy w szpitalu Zapasowym śmiertelność u chorych chrześcijan wynosiła 8,7%, to u żydów w szpitalu Starozakonnym zaledwie 4,4%.

Najwybitniejszy jednak wpływ na śmiertelność ma wiek chorych. Na 148 chorych do 20 roku życia, nie było ani jednego przypadku śmierci. Na 181 chorych między 20 a 30 rokiem zmarło już 4, t. j. 2,2%; na 85 zaś — między 30 a 40 rokiem — 10, co wynosi już 11,7%; na 50 między 40 a 50 zmarło 12, t. j. 24%, a na 25 między 50 a 60 rokiem życia — 9, co daje 36%. Śmiertelność więc, jak widzimy, wzrasta z wiekiem niezmiernie szybko. Najwięcej chorych zmarło w miesiącach maju i lipcu, najmniej zaś we wrześniu i październiku.

Co się dotyczy leczenia tyfusu wysypkowego w naszym szpitalu, to w kwestyi tej niowiele mamy dodatniego do zanotowania. Interesujących się nią odsyłam do sprawozdania z r. 1889, gdzie sprawę tę obszerniej omówiliśmy. Tu nadmienię tylko, że właściwe leczenie chorych naszych było tylko wyczekujące, objawowe i higieniczno-dietetyczne. Liczne zaś próby wielu zalecanych i przez nas samych pomysłanych środków, jak: naftol, salol, kreozot, gwajakol, ichtyol, *kali jodatum* i t. d., żadnych dodatnich wyników nam nie dały.

*

*

*

Po tyfusio wysypkowym najliczniejszą rubrykę stanowiła ospa, której mieliśmy, jak już zaznaczyłem, w ciągu roku przypadków 106, z których 47 mężczyzn, a 59 kobiet. Z ogólnej liczby chorych szczepionych było 70 (mężczyzn 30, kobiet 40), nieszczepionych 33 (mężczyzn 16, kobiet 17), 3 zaś chorych (1 mąż i 2 kob.) nieszczepionych już raz chorowało na ospę. Podług wieku wszyscy chorzy grupują się tak:

Od 1 — 10 roku było chorych	4 (mężczyzn 1, kobiet 3).
„ 10 — 20 „ „ „	74 („ 34, „ 40).
„ 20 — 30 „ „ „	21 („ 11, „ 10).
„ 30 — 40 „ „ „	5 („ 2, „ 3).
„ 40 — 50 „ „ „	2 („ —, „ 2).

Jak widzimy, więcej, niż $\frac{2}{3}$ ospowatych stanowili chorzy między 10 a 20 rokiem życia. Od 30 zaś roku wrażliwość na zarazek ospowy widocznie się zmniejsza. Liczba chorych w każdym miesiącu była:

W lutym	6 (męż. 5, kob. 1).	W sierpniu	10 (męż. 2, kob. 8).
„ marcu	7 („ 5, „ 2).	„ wrześniu	10 („ 3, „ 7).
„ kwietniu	2 („ —, „ 2).	„ październiku	18 („ 6, „ 12).
„ maju	1 („ —, „ 1).	„ listopadzie	19 („ 10, „ 9).
„ czerwcu	5 („ —, „ 5).	„ grudniu	12 („ 9, „ 3).
„ lipcu	16 („ 7, „ 9).		

Najmniej więc chorych było podczas miesięcy wiosennych, a najwięcej w jesieni i zimie.

Co się tyczy pochodzenia chorych, to grupują się podług cyrkulów w następujący sposób:

Z cyrkulów	I (Zamkowy) 12 chorych	Z cyrkulów	VII (Wolski) 2 chorych.
„	II (Soborny) 9 „	„	VIII (Jerozolim.) 4 „
„	III (Mostow) 9 „	„	IX (Łazienk.) 6 „
„	IV (Bielanski) 4 „	„	X (N.-Św.) 15 „
„	V (Powązk.) 3 „	„	XI (Mokotow.) 5 „
„	VI (Towarowy) 1 „	„	XII (Praski) 4 „

Etyologia ospy, a mianowicie istota zarazka ospowego pozostaje dotychczas zupełnie ciemna. Wprawdzie rokrocznie prawie pojawiają się nowe odkrycia i przypuszczenia, ale wszystkie dotychczas nie sprawdziły się. Do tej kategorii należą też twory, opisane w roku zeszłym przez DEHLE'go ¹⁾ oraz w roku bieżącym przez BUTTERSACK'a ²⁾. Nici i ziarenka, znalezione przez tego ostatniego w pryszczach ospowych po szczepieniu (*vaccina*) i w naturalnej ospie i uważane przez niego za mikroby, są to podług LANDMANN'a ³⁾ tylko sztuczno wytwory skrzepniętego białka.

Z symptomatologii ospy u nas wspomnę tylko, że z ogólnej liczby 106 chorych mieliśmy 19 (m. 13, k. 6) przypadków łżejszej ospy (*variolois*), a 7 (m. 4 k. 3)—krwotocznej (*v. haemorrhagica*). Przebieg tej ostatniej był zawsze fatalny i kończył się śmiertelnie jeszcze przed dojściem do okresu ropienia, najczęściej 4-go lub 5-go dnia choroby. Zaznaczyć również trzeba, iż 3 nasi chorzy po raz drugi dotknięci zostali ospą, którą pierwszy raz przebyli w dzieciństwie. U 2 ospa była dosyć lekka, trzecia zaś chora, z powodu powikłania zapaleniem płuc, zmarła.

Przypadki powtórnego zarażenia się ospą należą wogóło do bardzo rzadkich, choć niektórzy, jak CURSCHMANN, EICHHORST, wspominają o powtarzaniu się ospy u jednej i tej samej osoby nawet 5 i 6 razy.

Z powikłań w przebiegu ospy najczęściej spotykaliśmy sprawy zapalne ropne, do których chorzy są tak skłonni a których powstanie w ospie tak jest ułatwione. Zanotowaliśmy 8 razy *furunculosis*, 5 razy ropnie i różę, dwa razy zapalenie tkanki łącznej podskórnej. Ze strony płuc były bardzo często nieżyty oskrzeli, a w jednym przypadku, zakończonym śmiercią, zapalenie łącznicy z obrzękiem powiek i jeden tylko raz zapalenie rogówki. Cięża i okres położowy są powikłaniem bardzo ciężkiem. Dwa przypadki z tego rodzaju powikłaniami zakończyły się śmiertelnie. W okresie zdrowienia zdarzało się długotrwałe wycieńczenie, nieraz połączone z obrzękiem nóg.

Rokowanie i śmiertelność z ospy przodewszystkiem zależą od tego, czy szczepienie ospy było, czy też nie było uskutecznione. Wszystkich przypadków śmierci mieliśmy 20, co na 106 chorych wynosi 18,9%. Z 70 chorych szczepionych zmarło tylko 6, t. j. 8,5%; z 33 zaś nieszczepionych zmarło 13, co wynosi przeszło 40%. Z 3 narazie chorych, którzy po raz drugi chorowali na ospę, zmarła jedna, z powodu powikłania zapaleniem płuc.

¹⁾ Centralblatt für Bacteriologie.

²⁾ Arbeiten aus dem Gesundheitsamte. T. IX.

³⁾ Hygienische Rundschau. Maj.

Przebieg choroby bez porównania cięższy jest u nieszczepionych chorych. Z 70 chorych szczepionych u 19 ospa przobiegała pod postacią ospianki (*variolois*) i zakończyła się u wszystkich pomyślnie. U 47, jakkolwiek ospa była prawdziwa (*v. vera*), przebieg jej wszakże był bez porównania lżejszy, aniżeli u nieszczepionych, — zmarło tylko 2. Dziwny wyjątek stanowili tylko 4 chorzy szczepieni, którzy, jak i 3 nieszczepieni, zmarli z powodu ospy krwotocznej w pierwszym jeszcze okresie choroby. Fakt ten, że szczepieni względnie często zapadają na ospę krwotoczną, niejednokrotnie u nas był spostrzegany, a wytłumaczyć się da chyba tylko jakimiś indywidualnymi właściwościami chorego, jak wrażliwość naczyń, przebyte ciężkie choroby, nadużycia, ciąża, okres pógłowy i t. p.

Wiek chorych ma również pewne znaczenie w rokowaniu, choć z naszych chorych sądzić o tom nie można, gdyż dzieci, u których śmiertelność jest największa, w wykazach naszych wcale niema. Z 4 chorych (m. 1, k. 3) do 10 roku życia, zmarł 1; z 74 (m. 34, k. 40) między 10 a 20 rokiem życia, zmarło 13 (m. 5, k. 8); z 21 (m. 11, k. 10) między 20 a 30, zmarło 3 (m. 1, k. 2); z 7 zaś (m. 2, k. 5) między 30 a 50 rokiem, zmarło 3 (m. 1, k. 2). Najmniejsza więc śmiertelność przypada na wiek dojrzały.

Leczenie ospy, pomimo zastosowania różnych metod leczenia, nie nastręczyło nam dotychczas niegodnego uwagi i dlatego wnioski o niem odkładamy do następnego sprawozdania.

Z innych ciekawych faktów pod względem epidemiologicznym w roku sprawozdawczym na szczególne wyróżnienie zasługuje pojawienie się, od wielu lat u nas nieotowanych, gorączki powrotnej i cholery azyatyckiej. O jednej i drugiej mówić tu nie będziemy, gdyż były one już przedmiotem szczegółowych opisów, pomieszczonych przez nas w niniejszym piśmie, pod tytułem: „Pierwszy przypadek cholery azyatyckiej w Warszawie“ „Medycyna“ 1892 r. i „Gorączka powrotna w Warszawie w r. 1892“ „Medycyna“ 1894 r. Nakoniec uwagi, jako nastręczyła nam panująca wówczas biegunka krwawa, uwzględnił w notatce pod tytułem: „Opiaty czy środki czyszczące w leczeniu dysenterji“ „Medycyna“ 1892 r.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

126. Prof. SEELIGMUELLER. **Nowsze prace o padaczce.** Literatura, poświęcona nauce o padaczce, znacznie się w ostatnich czasach wzbogaciła; jednocześnie też i samo pojęcie choroby rozszerzyło się tak, że FÉRE gruntowną monografię swoją zatytułował: „Les Epilepsies et les Epileptiques“.

Dziedziczność przy powstawaniu padaczki samoistnej ma pewne znaczenie (CHARCOT, MARIE). Bardzo ważny moment przyczynowy stanowi uraz, mianowicie czaszki, który albo pociąga za sobą zmiany anatomiczne w mózgu, albo też powoduje tylko wstrząśnienie; psychiczna padaczka występuje w tych przypadkach najczęściej (18,3%), przyczem pierwszy napad ma miejsce dość późno po urazie, niekiedy po latach kilku. Związek przyczynowy wykazuje się w objawach podrażnienia bądź na samem miejscu urazu (blizna), bądź w jego okolicy (ból głowy). Pierwszy napad może być wywołany przez silny przestрах. Zauważono związek pomiędzy padaczką i chorobami serca; po uregulowaniu czynności serca nerwica w 3-ch przypadkach LEMOINE'a ustąpiła. W wielu przypadkach przyczyną choroby są spróchniałe zęby, a napad niekiedy poprzedzany bywa pewnego rodzaju aurą w języku—swoistem uczuciem swędzenia albo utratą władzy. Przypadki te stanowią przejście do t. z. padaczki odruchowej. Może ona powstać od ucha pod wpływem obcego ciała, które się doń dostało, lub też guzów np. polipów. To samo odnosi się od jamy nosowej. Urazy kończyn mogą również wywołać padaczkę odruchową; chory nieraz po kilku latach wskazuje miejsce złamania, jako źródło aury.

YAMAGIWA i OTANI spostrzegali padaczkę wskutek dostania się do mózgu przez zatory jajek pasorzytów. Poczwaraki much, spożyte z mięsem na zimno, *oxyuris* i t. p., gnieżdząc się w przewodzie pokarmowym, również mogą wywołać chorobę. Odnosnie do drgawek epileptycznych u dzieci, rozwinął LEMOINE pogląd MARIE'go,

że pochodzą one ze zniszczeń, wywołanych w ośrodkach nerwowych przez chorobotwórcze pierwiastki i drobnoustroje, i zabiłżnionych już w okresie czasu, gdy występują pierwsze napady padaczki. ERLÉNMEYER spostrzegał padaczkę korową po grypie.

W dziedzinie anatomii patologicznej poczyniono też pewne odkrycia. Chociaż niewątpliwem jest, że napad epileptyczny powstaje wskutek podrażnienia kory, nie należy się jednak dziwić brakowi zniszczenia w mózgu w wielu przypadkach padaczki, odnośnie bowiem zmiany należy uważać za czysto czynnościowe. JELGERSMA wywnioskował na zasadzie wielkiej liczby sekcji, że ilość napadów zmniejsza się wraz z rozszerzeniem się zmian korowych: napad może tylko wtedy mieć miejsce, gdy odpowiednie okolice kory zachowują swoją ciągłość anatomiczną. Natomiast zwiększa się wraz z ilością napadów demencya, czemu znów odpowiada rozprzestrzenienie się sprawy anatomicznej. Spostrzegamy często padaczkę jako powikłanie idyotyzmu, powstałego na tle ciężkich zaburzeń w rozwoju, jakoteż przy postępującem porażeniu i innych ciężkich organicznych chorobach mózgowych. Skleroza rogu AMMON'a bywa zwykle tylko częściowym objawem ogólnego stwardnienia mózgu.

Na zasadzie spostrzeżeń własnych i zebranych z literatury, podaje SEPILLI następującą lokalizację. Przy napadach, ograniczających się 1) do twarzy lub też od niej rozpoczynających się, zmiany mózgowia umiejscowione są w środkowej części przedniego, czasem i tylnego zawoju środkowego, albo w dolnej $\frac{1}{3}$ przedniego, lub też w górnej części przedniego i tylnego, lub wreszcie tylko w zawojach ciemieniowych; 2) do górnej kończyny—zmiany w przednim, czasem w tylnym zawoju środkowym, albo w korze zrazu ciemieniowego; 3) do dolnej kończyny—zmiany w zraziku przysrodkowym, górnej części obydwu zawojów środkowych, albo w zrazie promieniowym. Dwustronne napady przy jednostronnem cierpieniu mózgu tłumaczy się w ten sposób, że ruchowe ośrodki kory znajdują się w związku również i z mięśniami tejże samej strony. Wogóle zaś da się nawet powiedzieć, że objawy padaczki korowej pozwalają tylko umiejscowić chorobę w mózgu, dalej zaś — nic pewnego.

DÉLASIAUVE i LASÈGUE zauważyli związek pomiędzy asymetrią twarzy i idyopatyczną epilepsyą; rzeczywiście, na 30 przypadków tylko w jednym brakło asymetrii, zresztą jest ona tylko wyrazem niejednakowego rozwoju obu półkul mózgowych. Obserwowana często u epileptyków ankiлоza pierwszego kręgu z podstawą czaszki ma znaczenie o tyle, o ile rzeczywiście uciska rdzeń przedłużony.

Pogląd na patogenezę napadu epileptycznego ostatnimi czasy znacznie się zmienił. „Rdzeniowa“ teoria NOTHNAGEL'a, według której ośrodek drgawkowy znajduje się w rdzeniu przedłużonym i w moście VAROL'a, straciła wiele na wartości wobec teorii „korowej“. Doświadczalne prace BINSWANGER'a, mające na celu podtrzymanie rdzeniowej teorii, dały następujące wyniki: 1) na dnie czwartej komory mózgowia, w bocznych odcinkach leży szereg punktów, wrażliwych na elektryczne, a częścią i na mechaniczne bodźce, i odpowiadających na podrażnienie tonicznymi skurczami tułowia, głowy, kończyn, oraz szeregiem koordynowanych skomplikowanych ruchów kończyn (bieg, rzut i t. p.). Objawy te są odruchowej natury; miejsce podrażnienia stanowią głównie czuciowe korzonki nerwu trójdzielnego. Ośrodki odruchowe znajdują się w grzbietowej części mostu (Haube). Przecięcie mostu wywołuje burzliwe odruchy. Drażnienie elektryczne przekrojów wywołuje ogólne drgawki tępcowego charakteru. Nigdy nie udaje się wywołać przez drażnienie mostu prawdziwego napadu epileptycznego.

Przypadki, w których drgawki epileptyczne występują wskutek choroby, gnieżdżącej się w tylnych częściach mózgowia, t. j. po za ośrodkami ruchowymi, objaśnia ROSENBACH wpływem na odległość na te ostatnie, co też poparł szeregiem doświadczeń: po wyłyżczkowaniu ośrodków ruchowych drażnienie tylnych części mózgowia pozostaje bez skutku.

HUGHLINGS-JACKSON odróżnia 3 gatunki drgawek ośrodkowego pochodzenia. Z rdzenia przedłużonego i z mostu pochodzą najprostsze drgawki w postaci pontobulbarnych napadów, mianowicie drgawki oddechowe, *laryngismus stridulus* i konwulsje, jak po absyncie i t. p. Z ośrodków ruchowych kory, a, być może, i z jąder wzgórków prążkowanego pochodzą napady z więcej złożonymi ruchami. Wreszcie z części przedczołowych, ruchowej okolicy organu świadomości pochodzą napady

t. zw. *epilepsiae genuinae* z najwyższymi złożonymi ruchami. W ciężkich postaciach każdego z tych 3-ch rodzajów padaczki może wystąpić utrata przytomności wskutek związku dolnych części ośrodk nerwowego z górnymi zapomocą włókien wstępujących. Podczas napadu naczynia mózgowia są przekrwione (TONORSKY i BECHTEREW).

W symptomatologii padaczki godne uwagi są zmiany w narządach zmysłów. Słuch wogóle znacznie jest u epileptyków osłabiony. Co do wzroku, to w początku napadu, według d'ABUNDO, niema zwiężenia źrenicy. W klonicznym okresie — znaczne rozszerzenie źrenicy. Po napadzie znaczne przekrwienie dna gałki ocznej, trwające kilka godzin — objaw ważny do odróżnienia przypadków symulacyi. Po ciężkich napadach znaczne zaburzenia w odróżnianiu kolorów. Śród umysłowo chorych epileptyków istnieje znaczny procent z anomalią refrakcyi.

Co do ciepłoty, to podniesienie jej u epileptyków, czysto na tle neurozy, stanowi objaw bardzo częsty. Wraz z częstością napadów zjawia się gorączka, która wogóle towarzyszy drgawkom tylko wtedy, gdy świadomość przytem znacznie jest dotknięta. LEGRAND odróżnia dwa okresy *status epileptici*: konwulsyjny i zapalno-oponowy. W pierwszym — napady występują szybko, cały szereg ciężkich objawów, utrata świadomości, ciepłota dochodzi do 42,1°. Przy ciepłocie wyżej 40° następuje często śmierć. W drugim okresie napady są rzadsze i stopniowo ustępują, ale świadomość znacznie jeszcze osłabiona; upadek odżywiania, odleżyny; gdy po ustąpieniu napadów ciepłota znów się podnosi i przewyższa 40,5°, następuje śpiączka i najczęściej śmierć.

RIVANO stale spostrzegał u epileptyków wzmożenie się kwasu fosforowego w moczu o 33% w dniach napadu, mocznika — średnio o 9%. Co do białkomoczu, to jedni znajdowali go po napadzie, drudzy zaś — nie.

W ostatnich czasach wyosobnili francuscy autorzy jeszcze jedną postać padaczki, ze względu na szczególny jej objaw — bieganie, jakoteż na jej odrębne rokowanie i zmiany anatomiczne. Jest to t. zw. *epilepsia procursiva* (*Laufepilepsie*). Okres skurczów i drgawek wypełniony jest, a raczej zastąpiony przez napad biegania w prostym kierunku przed siebie, albo też w kierunku koła. Postać ta może później przejść w zwykłą. Rokowanie jest bardzo niepomyślne. Tło anatomiczne stanowi skleroza w mózdzku. *Epilepsia procursiva* częściej zdarza się w wieku dziecięcym. Czasem przyjmuje postać automatycznych czynów — t. zw. „fugi”, znanej już w XVI wieku i polegającej na tem, że chory, pozornie świadomy siebie, porzuca zajęcie, dom swój, kupuje nawet bilet jazdy, siada do wagonu, je, płaci i t. d., nie mając potem najmniejszej pamięci o tem, co zaszło. Co do zmian anatomicznych w mózdzku, to dane są różne: znajdowano i inne zmiany, oprócz mózdkowych, z drugiej zaś strony nie było biegania w przypadkach padaczki, połączonej ze zmianami w mózdzku. BUETTNER w gruntownej pracy swojej o *epilepsia procursiva* występuje przeciw wyodosobnieniu tej postaci; główna jej cecha — bieganie stanowi tylko formalną różnicę od zwykłych napadów i ma znaczenie automatyzmów znanych w lekkich postaciach; zresztą, należy ją uważać nie jako koordynowany skurcz, lecz jako psycho-epileptyczny równoważnik.

Co do leczenia, to brom wciąż jeszcze zajmuje pierwsze miejsce. Różne zdania o metodzie leczenia bromem dadzą się w następujący sposób streścić. Preparat winien być chemicznie zupełnie czysty; przyjmować go należy nie naczem, lecz na początku jedzenia. Celem ochrony zębów należy usta utrzymywać w czystości. Na dodatni wpływ bromu liczyć można, gdy sprawia senność, brak popędów płciowych i brak ruchów wymiotnych przy drażnieniu podstawy języka i gardzieli. Jest to kres, który większymi dawkami przekroczyć, jest bezpożytecznie. Brom należy podawać całymi latami; można dawkę zmniejszyć co drugi, trzeci dzień dopiero po 1 — 2 latach. Nigdy kuracy nagle nie przerywać. Stan chorego należy kontrolować, co do znieczulenia gardzieli. Dzielne dawki, zalecane przez różnych autorów, wahają się od 4 — 7 — 20 do 40 grm. Nie należy podnosić dawek w razie: 1) znacznego upadku odżywiania, 2) rozwoju wierzchołkowego kataru ze stłumieniem, 3) głębszych owrzodzeń skóry.

Brom dodatnio wpływa we wszystkich postaciach padaczki, tak w psychicznych, jak i w połączonych z bólami, migreną (*migraena ophtalmica*), zewnętrznymi i wewnętrznymi skurczami (*spasmus glottidis*).

Przeciw wysypkom skórnym przy bromie najlepiej działają częste kąpiele. Oprócz tego stosuje FÉRRÉ przy dużych dawkach (do 14,6 *pro die*) t. zw. antyseptykę

kanalu kiszkowego — *naphthol* po 4,0 i *bism. salicylicum* po 2,0 na dawkę — całym nawet miesiącami. Dobrze jest również podtrzymywać dyurezę.

W razie choroby zakaźnej, łatwo wpadają epileptycy, przesyceni bromem, w stan adynamiczny albo tyfoidalny. Na płód za to podczas ciąży ma brom nawet wpływ leczniczy, jak również i przy wybuchającej eklampsji połogowej.

Przeciw psychicznym objawom zatrucia bromem zaleca się, oprócz usunięcia bromu: czarna kawa, natryski deszczowe na grzbiet w ciepłej kąpieli, mięsienie kończyn.

Obok zwykle używanych preparatów—bromku sodu, potasu i amonu, istnieje cały szereg innych połączeń bromu, mało wypróbowanych lub też gorzej od wyżej wymienionych działających. W nowszych czasach polecono boraks (1,0 — 3,0 — 6,0 *pro die*), który jakoby lepiej na nocne napady wpływa, przez co niektórzy łączą go z bromem; ubocznie działa na trawienie (rozwołnienie) i na skórę (*psoriasis, eczema*). Dalej stosowano mnóstwo innych środków, których działanie jest wątpliwe albo mało znane, albo też wprost obojętne; tu należą: *acidum sclerotinicum, curare, tinctura simulo* (ameryk. roślina), *nitroglycerinum, amylenhydrat, antifebrinum, anti-pyrim* (jakoby działa przy napadach podczas miesiączki, przy *ep. larvala* i przy komplikacji z migreną). Wreszcie, jako *curiosum*, przytoczona jest metoda prof. BABES'a—iniekcya owczego mózgu i mleczu 5 — 6 razy tygodniowo, jakoby z wyjątkowo dobrym wynikiem.

Podczas *status epilepticus* zaleca się wilgotne owijania, duże dawki bromku potasu, ewentualnie w ławatywie albo podskórnie, bodaj w dawce 3 razy większej, niż dzienna; przy osłabieniu serca — kamfora podskórnie. Operacyjna strona terapii stanowić ma temat oddzielnej pracy.

(*Deut. med. Wchschr. Nr 1—3. 1894*).

J. Luxenburg.

127. BRUNS. O leczeniu wola zapomocą karmienia gruczołem tarczowym¹⁾. W ostatnich czasach gruczoł tarczowy zwierząt wywalczył sobie wybitne miejsce w leczeniu rozmaitych chorób, głównie zaś w tych, w których zmiany w gruczole tarczowym odgrywały rolę etyologiczną. Tak np. godne podziwu wyniki otrzymano już przy kretynizmie, obrzęku śluzowym i charłactwie tarczowem. Autor wypróbował leczenie to i w przypadkach zwyczajnego wola, niczem nie powikłanego, i wyniki, jakie przytem otrzymał, są wielce zachęcające. Stosowane było przeważnie u osobników młodych, głównie zaś u dzieci, u których wola łatwiej podlegają zmianom wstecznym. Używał autor surowych gruczołów baranich, lub cielęcych i dawał chorym w postaci skrobanej masy na chlebie lub w opłatkach od 5 — 10 grm. na raz, powtarzając tę dawkę z początku co 3 dni, później co tydzień. Tym sposobem przypadki przedstawiają się jak następuje.

1) W 4-ch przypadkach, gdzie nastąpiło zupełne wyleczenie, gruczoł tarczowy był równomiernie powiększony, przyczem objętość jednej połowy była wielkości kurzego jaja; w 2-ch przypadkach można było stwierdzić szmery tętnicze w gruczole, w jednym zaś był słyszany świst przy oddechu, wielce utrudnionym przez ucisk wola na tchawicę. Chorobliwe te objawy znikły już po 8—14 dniach leczenia, po upływie zaś 4-ch tygodni objętość szyi zmniejszyła się o 3—5 ctm., przy zupełnem zniknięciu wola. 2) W jednym przypadku obwód szyi przez zanik wola zmniejszył się nawet o 7 ctm., przyczem pozostała resztką gruczołu przedstawiała parę torbieli wielkości orzecha, które, pomimo leczenia, pozostały *in statu quo*. Wynika stąd, że zanik dotyczył wyłącznie mięszu gruczołu. 3) 40-letni mężczyzna, cierpiący już od 6-iu lat na duszność z powodu ogromnego wola, wielkości pięści, wywołującego ucisk na tchawicę — już po upływie miesiąca, od czasu leczenia, zaczął zupełnie dobrze oddychać przy zmniejszeniu obwodu szyi o 5 ctm. i przy czem prawa połowa gruczołu powróciła do prawidłowej wielkości i spistości. 4) W 3-ch przypadkach wola, wielkości pomarańczy, już po upływie 3-ch tygodni obwód szyi zmniejszył się o 3 ctm.; leczenie zostało przerwane z powodów od autora niezależnych. 5) W 3-ch przypadkach wola, leczonego w ciągu 2—3 tygodni, autor nie widział polepszenia. Po usunięciu ich drogą operacyjną okazało się, że, wola te zawierały torbiele wielkości wiśni, lub też znajdowały się w stanie zwyrodnienia. 6) W jednym przypadku we dwa tygodnie po zjedzeniu 46 grm. gruczołu, zauważono objawy zatrucia u 46-letniego mężczyzny, w postaci bólów gło-

¹⁾ Odczyt wypowiedziany na zjeździe lekarzy i przyrodników w Wiedniu 25. IX. 1894 r.

wy, mdłości, utraty łaknienia, przyspieszenia tętna i utraty wagi ciała o 10 kilogr. Objawy te prędko ustąpiły po przerwaniu leczenia.

Dla uniknięcia podobnych powikłań autor radzi być ostrożnym i podawać nie więcej nad 10 grm. naraz dorosłym, dzieciom zaś połowę tego.

Opisane przypadki dostatecznie dowodzą, że gruczoł tarczowy jest środkiem swoistym przeciw rozmaitym postaciom wola, szczególnie zaś u osobników młodych i dzieci. Skutek jest tem lepszy, im wole jest świeższego pochodzenia, te zaś, w których już zaszły zmiany przerostowe lub zwyrodnienia torbielowe, kleiste etc., wcale się nie poddają temu leczeniu. Co do nawrotów, to autor jeszcze niema żadnego doświadczenia, zachęca jednak bardzo do dalszych badań w tym kierunku, tembardziej, że z wolami ma się do czynienia daleko częściej, niż ze śluzowym obrzękiem, przy którym skuteczność leczenia zapomocą gruczołu tarczowego nie podlega już najmniejszej wątpliwości.

(*Deutsche med. Woch.*, N-r 41. 1894).

L. Knaster.

— . SIMANOWSKY. **O leczeniu gruźliczych i innych cierpień górnych dróg oddechowych orto- i parachlorofenolem.** Mając na względzie bardzo dobry wynik prób leczenia róży przez TSCHURILOFF'a maścią wazelinową, zawierającą 2—3% chlorofenolów, zaczął autor stosować dwa izomeryczne chlorofenole szeregu orto- i para przy cierpieniach nosa, gardzieli i krtani. Wyniki spostrzeżeń są następujące:

1) Para- i ortochlorofenol, a szczególnie pierwszy wywiera szybki i pomyślny wpływ na owrzodzenia gruźlicze i nacieczenia guzikowate w górnych drogach oddechowych. Pendzlowanie, wcieranie lub zastrzykiwanie 5, 10, 20%, a nawet nasyconych roztworów glicerynowych nie wywiera żadnych niepomyślnych miejscowych lub ogólnych objawów. Pomienione roztwory przenikają wgłąb zajętej tkanki, wywierając w ten sposób działanie lecznicze. 2) Zwyczajne, nie gruźlicze obrzęki i zgrubienia błony śluzowej znikają bardzo szybko pod wpływem wymienionych środków. 3) Pomyślne wyniki zauważono przy stosowaniu słabych roztworów w przypadkach, nadających się do leczenia antyseptycznego, np. przy ropnych zapaleniach ucha i ropotokach jamy HIGHMOR'a. Według wszelkiego prawdopodobieństwa chlorofenole nadadzą się do leczenia błonicy, zamało jednak ich dotąd autor stosował, aby powiedzieć można było coś stanowczego. 4) W ciągu czterech miesięcy (jest to okres czasu, w którym stosowano środki powyższe) niektórzy z chorych zostali zupełnie wyleczeni z gruźliczych owrzodzeń krtani; u większej części nastąpiła istotna poprawa, w każdym zaś przypadku nastąpiło polepszenie, więc autor sądzi, że w porównaniu z innymi środkami, stosowanymi przy gruźlicy krtani, jak kwas mleczny, jodoform, pyoktanina, mentol i in., parachlorofenol szczególnie zasługuje na pierwszeństwo ze względu na szybkość działania. Dodać należy, że oba chlorofenole wywierają stanowczo wpływ kojący na tkanki zajęte.

(Niedawno kol ELSENBERG zalecił stosowanie parachlorofenolu w leczeniu wilka. Ref.). (*Ther. Monatsh.* 1894. N-r 7).

A. Ż.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-r L. LÖWENFELD.

Patologia i terapia neurastenii i histeryi.

(Wiesbaden, nakł. J. F. Bergmanna. 1894).

Znany na polu nauki o neurastenii i histeryi autor, nicobey dzięki przekładowi i polskiemu czytelnikowi, poświęcił większych rozmiarów pracę (stron 744) przedstawieniu obecnego stanu wiedzy o dwóch szeroko rozpowszechnionych chorobach: neurastenii i histeryi. Zasobny w rozległe osobiste doświadczenie oraz uwzględniając najnowszą literaturę przedmiotu, napisał autor monografię, mogącą służyć jako pomoc chcącomu oryentować się wśród tego labiryntu objawów, teorii i sprzeczności, jakie w omawianej dziedzinie panują.

Pierwszy rozdział poświęcony został rozpatrzeniu stanowiska, jakie neurastenia i histerya zajmują pośród neuro- i psychopatologii. Obie choroby zalicza autor do nerwów ogólnych, to jest do cierpień całego układu nerwowego; nie zgadza się więc z biorącym przewagę w ostatnich czasach poglądem, według którego histerya, uważana za psychozę, założone ma od stanu chorobliwego jedynie kory mózgowej, jako organu wyobrażeń. Pogląd ten, przez CHARCOT'a głównie wypracowany, uważa autor za zbyt bezwzględny: nie wszystkie bowiem objawy histeryi dają się wpływem wyobrażeń tłumaczyć, a już sama podatność systemu nerwowego na wpływy wyobrażeń jest wyrazem pewnego anormalnego stanu jego, będącego zasadniczą przyczyną cierpienia. Wreszcie zboczenia natury czysto psychiczej, właściwe histeryi, nie są tego rodzaju ani tak stałe, by usprawiedliwić mogły zaliczanie histeryi do rzędu psychoz. Tak samo, jak i neurastenię, cechuje histeryę niemoc pobudliwa systemu nerwowego, z przewagą jednak pobudliwości i ze szczególnym udziałem kory mózgowej, wskutek czego część objawów powstaje jest zdolna na drodze psychicznej.

Ścisłej linii demarkacyjnej między histeryą a neurastenią przeprowadzić nie można, albowiem w obu cierpieniach istnieją zasadniczo jednakowe zmiany systemu nerwowego; różnica polega na ich natężeniu i rozprzestrzenieniu. Stąd też powstały takie określenia, jak histeroneurastenia, neurastenia historyczna, histerya neurasteniczna. Jednakże i łączenie obu tych cierpień w jedną formę nozologiczną nie ma racji bytu, ponieważ w histeryi znajdujemy objawy, obce typowej neurastenii (znieczulenia, przykurczenia, drgawkowe napady i t. p.).

Między stanem zupełnego zdrowia a zdeklarowaną neurastenią lub histeryą istnieją stopniowe przejścia, które ogólnem mianem nerwowości nazywać się zwykło. Jest to również stan nadmiernej pobudliwości i łatwego wyczerpywania się systemu nerwowego, natężeniem swem pośredni między zdrowiem a chorobą; nie wpływa jednak z tego, aby histerya i neurastenia zawsze z nerwowości się wyradzały, ani żeby nerwowość, potęgując się, w formę jedynie histeryi lub neurastenii przyoblec się zawsze miała. Również zatarta jest granica między histeryą i neurastenią, a hypochondryą i melancholią; dziedzina tak zwanej hypochondrycznej psychoneurozy jest właśnie przejściowa, w której objawy histeryi a zwłaszcza neurastenii łączą się z charakterystycznym dla hypochondryi nastrojem psychicznym. Histerya oraz neurastenia mogą się kombinować z innemi nerwicami, zwłaszcza naprzykład z epilepsyą, a także i z organicznemi cierpieniami układu nerwowego; dołączają się one i do cierpień innych narządów, zwłaszcza gdy cierpienia te upośledzają ogólnie odżywianie.

Etyologia histeryi i neurastenii jest wspólnie rozpatrywana w następnym obszernym rozdziale. Co do roli dziedziczności, to autor nie zgadza się z poglądem tych, którzy uważają ją za jedyny moment usposabiający do neurastenii (ARNDT) i histeryi (CHARCOT). Własna statystyka pociąga go, że wpływ dziedziczności w neurastenii obejmuje nie więcej nad 70% ogólnej liczby przypadków. Również i w histeryi dziedziczność nie bywa wyłączną, usposabiającą przyczyną; najcięższe postaci histeryi zdarzać się mogą u osobników, dziedzicznie zupełnie nieobciążonych. Autor rozpatruje rozmaite przejawy obciążenia dziedzicznego, tak zwane znamiona zwyrodnienia (asymetria czaszki, wrodzony zoz, przepołowienie języczka, nieprawidłowa konfiguracja muszli usznej i t. p.). Ostrzega jednak, że owe stygmaty somatyczne, jedynie gdy są liczniej u danego osobnika reprezentowane, świadczą o prawdopodobnym dziedzicznem usposobieniu do zaburzeń w systemie nerwowym. Co się tyczy znamion dziedzicznego obciążenia natury psychicznej, to stanowi je brak równowagi między sferą intelektualną i moralną, a nawet między pojedyńczemi władzami umysłowemi (MAGNAN), do czego następnie dołączają się przymusowo wyobrażenia, obawy i popędy (jak obawa przestrzeni otwartej lub zamkniętej, ostrych przedmiotów i t. p.), spotykano wszakże i niezależne od dziedzicznego obciążenia.

Na zasadzie własnych badań i sekcji mniema autor, że wrodzone usposobienie do neurastenii i histeryi polega na wadliwym, mianowicie niedostatecznym rozwoju naczyń mózgowia. Fakty jednak i rozumowania autora, podane na poparcie tej teorii, kładą się jej raczej domniemywać, niż uznawać za rzeczywistą.

Pojęcia o wpływie płci na częstość powstawania histeryi zmieniły się zasadniczo w ciągu ostatnich dziesiątków lat, kiedy nauka stwierdziła częste pojawianie się tej choroby u mężczyzn i zadała kłam dawniej panującemu zdaniu, jakoby histerya była cierpieniem wyłącznie kobietom właściwem (*affectio virginum et viduarum*). Statystyczne dane o stosunku liczebnym częstości histeryi u kobiet i mężczyzn są między sobą niezgodne. Zdaje się autorowi jednak niwątpliwem, że kobiety podlegają jej czę-

ściej (przynajmniej w Niemczech), niż mężczyźni, lecz dzieje się to nie wskutek społecznie ku tej chorobie usposabiającej organizacyi ich narządów płciowych, lecz z powodu różnic w psychicznej konstytucyi obu płci. Co czyni kobietę bardziej, niż mężczyznę, do histeryi skłonną, to przewaga w jej życiu duchowem sfery czuciowej nad intelektualną oraz słaba energia woli.

Co się tyczy usposobienia kobiet do neurastenii, to wydaje się ono jedynie pozornie mniejsze, niż u mężczyzn; jeżeli zwrócimy uwagę na fakt, że kobiety na rozmaite dolegliwości szukają porady jedynie u ginekologów, to wypadnie uznać, że skłonność ich do neurastenii co najmniej równa się spostrzeganej u mężczyzn. Rozpatrując wpływ rasy, autor jako jedyny w tym względzie pewny fakt podaje, że semici są bardzo skłonni do histeryi i neurastenii; tłumaczy to jednak nie właściwością rasy, lecz warunkami życia, jakie pędzą semici: z jednej strony ucisk moralny, wczesne małżeństwa i płodność, z drugiej zaś przewaga pracy umysłowej w ich zajęciach. Następnie kreśli autor obraz życia wielkomięjskiego z jego ujemnym, wyczerpującym systemem nerwowy wpływem, oraz wadliwość wychowywania młodzieży, zwłaszcza dziewcząt.

Z pośród przyczyn bezpośrednich (*agents provocateurs*) autor rozpatruje wpływ nadmiernej pracy umysłowej: sądzi on, że sama przez się u zdrowych osobników za ledwie w znacznej mniejszości przypadków wywołać może zaburzenia chorobowe; najczęściej zaś szkodliwy wpływ przeciążenia umysłowego spostrzegać się daje u ludzi, którzy nie dorosli do poziomu prac przedsięwziętych, lub też u których wzmożona praca umysłowa połączona jest z przygnębiającymi warunkami. Godny uwagi jest fakt, że z tych przyczyn powstała neurastenia wcale nie zawsze bywa mózgową, jakby się tego spodziewać było można; często przejawia się ona pod postacią niestrawności nerwowej.

W sprzecznej dotychczas sprawie przeciążenia szkolnego autor skłania się ku przeciwnikom obecnego systemu szkół średnich, jakkolwiek przyznaje, że nie samo przeciążenie umysłowe wywiera zgubne wyniki, lecz że tu w grę wchodzi zaniedbywanie rozwoju fizycznego uczącej się młodzieży, oraz ta okoliczność, że większość uczniów szkół są to osobniki dziedzicznie nerwowo obciążone, czego naturalnie obecna szkoła nie uwzględnia.

Wzruszenia moralne często bywają przyczyną wybuchu histeryi, zwłaszcza u dzieci, oraz neurastenii, choć już w mniejszym stopniu. Wielkiej wagi jest w tym względzie indywidualna konstytucja uczuciowa. Ujemny wpływ przygnębiających wzruszeń moralnych nie wyczerpuje się jedynie zużyciem sił nerwowych, lecz i nie możliwością odnowienia ich z powodu upośledzenia apetytu, trawienia i snu.

Z pomiełzy przyczyn bezpośrednich autor omawia między innymi infekcję psychiczną, której przeważnie podlegają dzieci i młodzieńcy, dzięki podatności ich umysłu do sugestyi: wzruszenie, jakie w dziecięcym umyśle wywołuje widok ciężkich napałów historycznych, potęguje otrzymane wrażenie do stopnia prawdziwej sugestyi. W każdym jednak razie zaraza moralna wymaga odpowiedniego usposobienia osobnika.

Wysiłki fizyczne niesłusznie lekceważono w rzędzie momentów przyczynowych neurastenii i histeryi. Oczywiście przecie, że wszelkiemu wysiłkowi fizycznemu towarzyszy pewne zużycie sił nerwowych, a więc nadmiar pracy fizycznej spowodzić może wyczerpanie nerwowe. Często się przytem zdarza, że objawy wyczerpania ograniczają się do odcinka rdzenia, unerwiającego przeciążone mięśnie; jednakże u osobników z odpowiednim usposobieniem objawy wyczerpania mogą objąć i inne części układu nerwowego. Wszakże przeciążenie fizyczne rzadko samo przez się stanowi wywołującą histeryę lub neurastenię przyczynę; zazwyczaj dołącza się doń wpływ wzruszeń moralnych i innych czynników (jak np. przy długotrwałem pielęgnowaniu chorego członka rodziny). (D. c. n.).

KORESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą.

Tryest, 24-go października, 1894 r.

Dostałem się narazie do Tryestu. W Zurychu i Innsbrucku, gdzie na krótko zatrzymywałem się, nie było nic do widzenia. Tutaj przyjęto mię uader uprzejmie w Ospedale civico, ogromnym gmachu, zawierającym wszystkie oddziały, pomiędzy

innymi odosobniony oddział dla dzieci chorych na błonicę i płonicę. Prymaryusz tego oddziału, d-r GERMONIG, pokazał mi wszystko, co tylko było można, a pierwszy sekundaryusz, d-r TEMPESTA, udzielił mi jaknajchętniej wszelkich objaśnień ustnych.

Gdy przed rozpoczęciem leczenia surowicą śmiertelność dzieci, chorych na błonicę, wynosiła 56%, gdy z pomiędzy dzieci, u których dokonano tracheotomii, umierało 85%, tak, że niektórzy lekarze wzdragali się przed tą operacją, bo im prawie wszystkie dzieci umierały na zapalenie płuc, — teraz liczby przedstawiają się inaczej. Na 126 dzieci zmarło dotąd 32. Oprócz tego w tej chwili znajduje się w oddziale 45 dzieci (nie wchodzących do poprzedniego rachunku), z których 19 uważa się za będące w okresie zdrowienia, 26 zaś są to przypadki takie, gdzie objawy miejscowe (t. j. błony fałszywe) nie ustąpiły w zupełności. Wogóle zatem poddano leczeniu surowicą 171 dzieci.

Tracheotomię wykonano tylko raz z wynikiem niepomyslnym: było to 18-miesięczne dziecko i zmarło 15-cgo dnia po operacji wskutek *mediastinitis suppurativa anterior*.

Jeżeli błonica zstępuje na dół, lub jeżeli u dziecka przybyłego krtań już jest porażona, w takim razie stosuje się intubacja, którą GERMONIG uważa za rękoczyn bardzo pożyteczny. Rozumie się, pomimo intubacji nie zawsze daje się dziecko uratować, z drugiej strony bywa wyleczenie bez intubacji. Śmierć następuje najczęściej wskutek zapalenia płuc; niekiedy przyczyną śmierci jest mocznica, rzadziej osłabienie i porażenie czynności serca.

Bozwlady występują niezbyt rzadko; bywa to zawsze w przypadkach cięższych. Pospolicie porażono bywa podniebienie miękkie, bardzo rzadko inno narządy. Zwykle pojawia się wtedy, pomimo zniknięcia właściwych błon fałszywych, szarawy nalot lub wysięk na podniebieniu, łukach i t. d.

Po zastrzyknięciu surowicy ciepłota spada bardzo często. Bywa to zawsze w przypadkach lżejszych, lecz i w cięższych daje się spostrzegać ten objaw. Pospolicie następuje to w ciągu pierwszej doby. Na tętno, o ile mogę sądzić, nie zwraca się tu uwagi. Równocześnie ze spadkiem ciepłoty polepsza się stan ogólny i usposobienie dzieci, co TEMPESTA przypisuje jedynie owemu spadkowi ciepłoty, a nie jakiemuś swoistemu działaniu surowicy.

Co do objawów miejscowych, to błony fałszywe znikają dość szybko, bo po 1—3 dniach; bywa to jednak tylko w lżejszych przypadkach, natomiast w cięższych — poprawa następuje wolniej lub nawet bywa pogorszenie i dopiero nowa dawka surowicy usuwa niebezpieczeństwo. Rozumie się, udaje się to nie zawsze, jak to wykazują liczby, ale i G. i T. są zdania, że bywa to tylko w przypadkach spóźnionych, przypadki zaś świeże kończą się zawsze pomyślnie. Dowodzi tego, do pewnego stopnia, statystyka przypadków leczonych na mieście, gdy rodzice nie oczekują zmiłowania Bożego, a od razu wzywają lekarza. Na 46 leczonych dzieci umarło tylko troje.

Wysypki po zastrzyknięciu zdarzają się dość często. Najczęściej bywa to niezbyt obszerna pokrzywka, nie pogarszająca stanu ogólnego. Dochodzi ona jednak w niektórych, rzadkich zresztą, razach do stopnia *erythema urticatum*. Widziałem taki przypadek: obie nogi i lewy bok chłopca 10-letniego pokryte były gęstą wysypką, pośladki zaś prawie całe były czerwone. Znacznie rzadziej zdarza się wysypka podobna do odrowej, w kilku przypadkach pojawiła się wysypka szkarlatynowa. Było to w sali, gdzie przeniesiono kilkoro dzieci, które przebyły szkarlatynę i dostały silnej błonicy szkarlatynowej. Natychmiast usunięto wszystkie dzieci i obecnie salę oskrobują. W jednym wreszcie przypadku (widziałem go) wystąpiły drobne, rzadkie, silnie zabarwione petocie bez pogorszenia stanu ogólnego. Zdaje się, że jest to przypadek wyjątkowy i nie wspólnego z surowicą nie mający. Pokrzywka występuje niekiedy bardzo późno: w opisanym wyżej przypadku zjawiła się ona 13-go dnia po zastrzyknięciu.

Bez porównania ważniejszym objawom, występującym podczas zastrzykiwań, jest białkomocz. Występuje on niekiedy już 1-go lub 2-go dnia po zastrzyknięciu, często dopiero 6-go dnia, ale się zdarza i 12—14 dnia. Objaw ten trwa przez 3—7 dni; z początku zjawiają się ślady białka, zaledwie dostrzegalne, później ilość się powiększa i dochodzi niekiedy, o ile na oko sądzić mogłem, do 2‰, wreszcie stopniowo spada. Pod mikroskopem widać walczki drobnziarniste, znacznie rzadziej szkliste, jeszcze rzadziej ślady krwi. Komórek nabłonkowych z nerek nie bywa. Zdarzają się nawet tak ciężkie przypadki, jak mi to opowiadał TEMPESTA ze swej prywatnej praktyki, że u pewnego dziecka 13-go dnia po zastrzyknięciu surowicy zjawiło się w moczu bardzo

dużo białka, dużo krwi, wałeczków i obrzęki — najzupełniejszy obraz *nephritidis haemorrhagicae*. Przypadek ten zakończył się jednak pomyślnie. W innym przypadku, w szpitalu, wystąpiły 12-go dnia wymioty, a nazajutrz białkomocz. Toteż, nauczony doświadczeniem, zatrzymuje T. wszystkie dzieci dotąd w szpitalu, dopóki nie zjawi się białkomocz, i wypuszcza je dopiero po ustąpieniu tego objawu. Dlatego tak dużo rokowań, na pozór zupełnie zdrowych. W rzadkich jedynie przypadkach białkomocz nie występuje wcale.

Pod tym względem zasługuje na opis przypadek następujący. Dotyczy on dziecka, które wstąpiło do szpitala z tak lekkimi objawami błonicy, że zaniechano zastrzyknięcia surowicy. Przez cztery dni stan bardzo dobry, białkomoczu niema. Raptem piątego dnia występuje porażenie krtani, trudny oddech, ciepłota podniesiona, słaba sinica. Natychmiast zastosowano intubację i zastrzyknięto surowicę, nazajutrz wystąpił białkomocz dość znaczny; zejście pomyślne.

Na zapytanie moje, co G. i T. myślą o białkomoczu, odpowiedzieli mi obaj, że nie pewnego powiedzieć nie mogą i sądzą, że pomimo dziwnego związku zastrzykiwań i białkomoczu, należy uważać, mając na względzie spostrzeżenia kliniczne, czynione w innych miastach, że białkomocz jest zależny od pewnej szczególnej, a nieznanej dotąd właściwości samej epidemii błonicy w Tryście.

Pozwolę tu sobie na opis kilku ciekawszych przypadków. U pewnego dziecka (wieku nie pamiętam) w szpitalu opuściły się błony fałszywie do krtani. Że jednak oddech nie był utrudniony, więc intubacji nie zastosowano, a tylko T. zastrzyknął po raz drugi surowicę. Na drugi dzień dziecko samowolnie wykaszło odlew tchawicy i oskrzeli. Długość tego okazu, który widziałem w alkoholu, wynosi najmniej z 10 cm. Wyzdrowienie nastąpiło bardzo szybko.

O innym przypadku opowiadał GERMONIG. Został wezwany do dziecka, u którego znalazł oprócz bardzo obszernych błon, zajmujących całą gardziel i podniebienie miękkie, wyjątkowo silny obrzęk obustronny gruczołów chłonnych podszczękowych i szyjowych, mający na pierwszy rzut oka pozór nowotworu. Natychmiast zastrzyknął № I, a trzeciego dnia № III. Po kilku dniach — choroby ani śladu.

Na sali wczoraj widziałem świeżo przybyłą dziewczynkę kilkoletnią z błonicą sromu i odbytu. Obrzęk warg ogromny, kolor wiśniowy, błony grubo; w odbycie objawy cokolwiek słabsze. Dzisiaj już po jednym zastrzyknięciu ciepłota opadła, obrzęk o połowę mniejszy, zaczerwienienie znacznie mniejsze, błony zupełnie cienkie. Leży w tej samej sali inna dziewczynka, kilkomiesięczna, z dziedzicznym przymiotem, która była dotknięta również błonicą sromu i odbytu. Pomimo nędznego wyglądu przozła pomyślnie chorobe; teraz jest tylko różowa ziarnina w miejscach porażonych.

Są jednak przypadki bardzo ciężkie, z rokowaniem wątpliwem. Leży chłopak, dotknięty zapaleniem płuc, bez poprawy od 24 godzin i inny chłopiec z silnie zajętą krtanią. Reszta przypadków, a jest 26 dzieci w tej sali, zakończy się prawdopodobnie pomyślnie. Sporo jest, co prawda, przypadków lekkich — przynajmniej połowa.

GERMONIG, chociaż lekarz już stary, z ożywieniem mówi o nowej metodzie. Gani bardzo BAGINSKY'ego, że ten obstaje przy leczeniu miejscowem obok leczenia surowicą, nie pozwala to bowiem sądzić o prawdziwym stanie rzeczy. Tutaj stosuje się tylko leczenie surowicą i intubację; nie miejscowego — ani pendzlowań, ani płukań, ani wciekań. Śmieje się z LOEFFLER'a i nowego jego środka (który podałem w jednym z listów) i podejrzliwie patrzy na surowicę ARONSON'a.

TEMPESTA, choć młodszy, jest chłodniejszy, o ile mi się zdaje. Przyznał otwarcie, że dla niego, jako klinicysty, jest rzeczą obojętną, co stosować, aby tylko wyleczyć. Ponieważ widzi jasno, że surowica wpływa naderwzyczaj pomyślnie, więc ją stosuje.

Wadą jest tu, że bakteriologicznie błony nie są badane.

Szczegółowych liczb przytoczyć nie mogłem, bo materyał nie jest uporządkowany przez T. wobec bezustannego ruchu chorych. Szczegółowo wyniki zostaną ogłoszone w pismach spocyalnych.

Wiedeń, 27-go października, 1894 r.

Wybrałem się tu przedewszystkiem do prof. PALTAUF'a, bom się jeszcze w Berlinie dowiedział na pewno, że zamierza się on wziąć do fabrykacji surowicy. Przyjęty zostałem przez niego nader uprzejmie. Pokazał mi wszystko, co i jak u siebie urządził, i wyraził mi jedynie swo ubolewanie, że mi więcej nie jest w stanie pokazać.

Rzeczywiście, pomieszczenie przedewszystkiem nie odpowiada warunkom potrzebnym do podobnej pracy: nie dość widno, ciasno i co do czystości wiele pozostawia do życzenia. Dziwi się zaiste należy, że tak poważny badacz ma tak lichą pracownię. Środki też nie są obfite: widać to na każdym kroku. To też i sam profesor dał mi to do zrozumienia, że może kiedyś będzie inaczej, ale w obecnych warunkach nie może się lepiej urządzić.

Uodparnia on zwierzęta (owce i kozy) według metody Roux'a t. j. zastrzykuje im pod skórę toksynę błonicową, otrzymaną z hodowli bulionowej, przez którą ciągle przepuszczano powietrze. Sądzi dalej, że metoda ta, jak dotychczas, jest najracjonalniejsza, ściśle jest bowiem opracowana, niema w niej żadnych tajemnic i najmniej naraża na niebezpieczeństwo zwierzęta, użyte do doświadczeń.

Zachęcony takim przyjęciem przez jednego profesora wiedeńskiego i pamiętając również nader uprzejmo przyjęcie w Tryeście, udałem się czempredcej do innego profesora, t. j. do WIDERHOFER'a i... srodzo się zawiodłem. W klinice, umieszczonej w szpitalu św. Anny, powiedział mi odrazu, że mi nie nie pozwoli obejrzeć, jeśli mu nie dam słowa, że ani jednego szczegółu nie wydrukuję w jakiejbyś postaci w polskich gazetach z tego, co u niego zobaczę. Rozumie się, że żądane słowo mu dałem, trzeba go więc dotrzymać. Żądanie to jednak tak podziało na jego asystentów, że mi poprostu nie chcieli udzielić najpospolitszych szczegółów, którychby nigdzie nie utrzymywano w tajemnicy. Przypadkiem jedynie spotkałem się z kol. L. z Krakowa, który będąc tu już dłużej, niektórych spostrzeżeń swych łaskawie mi udzielił. Muszę je, rozumie się, schować jedynie dla siebie. Mogę to jedynie napisać, że cięższych przypadków widziałem tu więcej, niż gdzieindziej, a sam prof. WIDERHOFER jest zwolennikiem nowej metody.

Będąc skrepowany słowem, dalej rozszerzać się nie mogę. A szkoda!

Aleksander Żurkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GOLDENDACH zaleca przeciw potom u suchotników *secale cornutum* w postaci proszków 5-granowych; przed snem 1 lub 2 proszki, lub zastrzykiwania pod skórę: Rp: Extr. Secal. corn. 3,0 Spir. dil., Glycerini, Aq. dest., aa 5,0 MDS. 1 strzykawkę pod skórę na noc. (Deut. med. Woch. 1894 № 26).

= PAWŁOWSKI dowodzi, że przy obszer-nych oparzeniach niema wcale żadnych jądów we krwi, tkankach i narządach zwierząt, użytych do doświadczeń. Przyczyną całego szeregu zmian są głębokie zmiany we krwi, dotyczące szczególnie ciałek czerwonych. (Deut. med. Woch. 1894 № 28).

= Przeciw bólom głowy u chorych na serce i nerki stosowano z powodzeniem: Rp: Pulv. fol. Digitalis 2,0 Antipyr. 20,0 Coffeini 3,0 Natrii benzoici 4,0 Cocaini hydrochlor. 1,0 Pulv. Opii 1,0 Pulv. Chinæ, Glycerini q. s. ut f. pil. 100 S. 1 — 5 pigulek dziennie. (Méd. mod. 1894. № 32).

= NEUGEBAUER (Graz) opisał wyjątkowy przypadek *carcinomatis psammosi* piersi. Przypadek dotyczył 50-letniej kobiety; ziarna piaskowe znajdowały się nie tylko w pierwotnym nowotworze, lecz i w przerzutach w gruczołach chłonnych pachowych. (Arch. f. klin. Chir. 1894. T. 48).

Wiadomości bieżące.

— Komisya budżetowa francuskiej izby deputowanych postanowiła udać się do ministra oświaty publicznej o wniesienie do budżetu kredytu w sumie 100 tysięcy franków na cel leczenia błonicy surowicą swoistą.

— Czynione są przygotowania do uroczystego obchodu odkrycia anestezji chirurgicznej przez HORACE'a WELLS'a przed 50 laty. Do domu,

w którym WELLS zajmował się praktyką dentystyczną, przybita będzie tablica bronzowa.

— Parlament Nowej Zelandyi rozpatruje kwestyę niewpuszczania do kraju emigrantów, dotkniętych gruźlicą.

Zmarli: Prof. MAUTHNER w Wiedniu, zamianowany niedawno kierownikiem kliniki ocznej.