

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli (Bronchitis fibrinosa idiopathica), podał H. Dobrzycki. Wyniki szczepień ochronnych według Pasteur'a, przez Wł. Palmirskiego. — Wykłady kliniczne. O guzach krwistych miednicy. — Streszczenia i wyciągi. 149. O stosunku samozatrucia do neurastenii. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 29 października r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Dobrzycki — Un cas de bronchite fibrineuse idiopathique. 2) D-r Wł. Palmirski — Les résultats des inoculations antirabiques à la méthode de Pasteur.

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

„Medycyna“
 MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Dobrzycki — Ein Fall einer idiopathischen fibrinösen Bronchitis. 2) D-r Wł. Palmirski — Ueber die Resultate der Schutzimpfungen nach der Pasteur'schen Methode.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str. 5.

Przypadek samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli

(*Bronchitis fibrinosa idiopathica*)

podał H. DOBRZYCKI.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 45).

Postać chorobowa, o której mówimy, zasługuje na bliższe zbadanie jeszcze i z tego względu, że rokowanie w niej w największej liczbie przypadków jest niepomysłne, choć nie we wszystkich. Większość przypadków, mianowicie tych, które mają charakter przewlekły, kończy się śmiercią, gdyż nie ulega wątpliwości, iż stopień niebezpieczeństwa jest w stosunku prostym do czasu trwania sprawy, która sama przez się nie byłaby tak groźną, gdyby nie szereg zmian następczych, przez nią wywoływanych, a zarówno narządu oddechowego, jak i narządu krążenia dotyczących. Stale, w pewnych odstępach czasu powtarzające się napady duszenia (pomijając chwilową niedotlenność, jakiej stają się powodem) nie mogą nie wpłynąć na zmianę stosunków krążenia w narządach klatki piersiowej, wywołując bądź to chwilowy, bądź czas dłuższy trwać mogący obrzęk płuc. Naruszenie sprawności mięśnia sercowego, oraz wszystkie stany, biorące swe źródło w często powtarzającym się, a tak znacznem utrudnieniu odpływu krwi żyłnej z narządów jamy piersiowej i czaszkowej, również muszą być napadów tych konsekwentnym wynikiem. Powstanie rozedmy lub zwiększenie już istniejącej, również przez powyższe cierpienie może być wywołane. Nie może też być obojętną dla ustroju ciągła utrata jednego z ważnych krwi składników, oraz i to, że takie obniżenie błony śluzowej dróg oddechowych z ich warstwy ochronnej, nabłonkowej,

jakie następuje po każdym wydaleniu odlewów włóknikowych z oskrzeli, sprzyja w najwyższym stopniu wszelkiemu zakażeniu, co tem łatwiej może przyjść do skutku wobec gwałtownych wdechów, krztuszeniu się przy wydalanu błon towarzyszących. W opisach wielu autorów spotykamy się z szeregiem danych, świadczących o tem, że w przebiegu danej sprawy nagle pojawiały się ostre cierpienia płuc natury zakaźnej, co jest aż nadto zrozumiałe w obec przyjaznego dla zarazków gruntu, jaki błona śluzowa oskrzeli, zmieniona w swej budowie, przedstawia. Jest to doskonale podłoże dla wszelkich zakażeń, jak nas sposób powstania chociażby jednej tylko gruźlicy nabytej przekonowywa.

Wreszcie, sam akt wydalania błon pod względem pracy mechanicznej, jaką mięśnie klatki piersiowej, a z nimi i inne współdziałające wykonywają, jest dla chorego w najwyższy sposób wyczerpujący. Kto był obecny podobnemu aktowi, ten przekonał się, że najsilniejszy napad astmatyczny błędnie wobec tych usiłowań, jakie chory, uduszeniem zagrożony, wykonywa, aby się od zalegających w oskrzelach błon uwolnić.

Nie ulega wątpliwości, że cierpienie, o którym mowa, należałoby do bezwarunkowo śmiertelnych, gdyby sprawa odkładania się mas włóknikowych na powierzchni oskrzeli miała miejsce w całych płucach, a nie w niektórych tylko ich częściach. Badania pośmiertne płuc, a w szczególności badanie oskrzeli w ich najdrobniejszych rozgałęzieniach, oraz fotografie mas śluzowo-włóknikowych, zawieszonych w płynie, a przez chorych wydalanych, wykazały, że nie tylko grubsze oskrzela w odcinku płuca, chorobą zajętem, były na znacznej przestrzeni pokładem włóknikowym wysłane; i drobne oskrzela biorą tu udział, znajdowano je bowiem mniej lub więcej wypociną włóknikową wypełnione. Tym sposobem, ta część płuca, która sprawą chorobową jest zajęta, prawie że nie bierze udziału w oddychaniu, a dostęp powietrza do niej niezmiernie jest ograniczony. Dostęp ten odcięty jest całkowicie przez czas, w którym błony włóknikowe, wypychane prądami wydechowymi powietrza, światło oskrzela, do danego obrębu płuca należącego, zatykają. Wtedy to wszelkie szmery oddechowe, które przedtem miały charakter rżężeń świszczających, nagle w danym miejscu znikają, tak, jakby światło oskrzela ciałem obcym odrazu zatkane zostało. To nagle zniknięcie szmerów, poprzednio tak wydatnych w danym miejscu, posłużyło F. NIEMEYER'OWI⁶⁾ i LIEBERMEISTER'OWI (l. c.) do umiejscowienia sprawy, a przynajmniej wykazania, w którym mianowicie płucu sprawa ta się toczy. Otóż, gdybyśmy sobie wyobrazili, że to, co się dzieje w obrębie jednego płuca, dzieje się w płucach obu, prędzej czy później musiałaby nastąpić śmierć z uduszenia, wobec czego nawet tracheotomia zapobiegawcza żadnegoby nie miała znaczenia. Na punkt ten mało który z autorów zwrócił uwagę, a jednakże winien on być wzięty w rachunek, jeżeli o ścisłość obrazu klinicznego chodzi.

Przyroda choroby jest do dziś zagadką, a najnowsze nawet spostrzeżenia i skrzętne badania ani na włos do jej rozwikłania się nie przyczyniły. Czy przyczyną, powodującą odkładanie się włókna w drogach oddechowych, albo ściślej, na powierzchni błony śluzowej oskrzeli, jest drobnoustrój swoisty, czy też pewna zmiana w składzie krwi, w nieznanym nam warunkach do skutku przychodząca, której następstwem jest, że się tak wyrażę, *fibrinorrhoea* lub, jak chcą niektórzy, *mucinorrhoea*, dotąd nie zostało wyjaśnione. Lubo

⁶⁾ Patrz znane powszechnie dzieło tego autora.

odczyny chemiczne wykazują, że błony włóknikowe, z oskrzeli wyrzucane, posiadają wiele cech wspólnych z mucyną, to jednak zauważyć należy, że mucyna ta, jeśli to jest rzeczywiście mucyna, od zwykłej mucyny, po części chemicznie, a głównie morfologicznie się różni. W masach bowiem, wykrztuszonych z drobnych oskrzeli, znajdujemy dwie odmienne części składowe, a mianowicie: ciało płynne, śluz w znaczeniu zwykłym, który przez wypłukanie oddzielić możemy, i ciało, o tyle od śluzu różne, że swej postaci przez czas dłuższy nie zmienia i jako wyraźny odlew, przez krzepnięcie powstający, uważane być może.

Badania pośmiertne wykazały, że u osobników, zmarłych na włóknikowe zapalenie płuc nawet o całkiem typowym przebiegu, wielokrotnie dostrzegano złogi włóknikowe na powierzchni błony śluzowej oskrzeli, które to złogi nie różniły się od tych, jakie spotykamy w zapaleniu włóknikowym oskrzeli w ścisłym znaczeniu, t. j. w omawianej obecnie postaci chorobowej. W tym razie dążność do rozszerzenia się sprawy z pęcherzyków na oskrzela czyli z powierzchni oddechowej na drogi oddechowe jest tak widoczną, że się zaprzeczyć nie da. I z drugiej strony, spostrzegamy postacie krupu krtani, nie ograniczające się na samej krtani, lecz zstępujące na oskrzela, częstokroć nawet na dalsze, gdzie znów złogi oskrzelowe nie przedstawiają zasadniczej różnicy ze złogami, cechującymi samoistną postać krupu oskrzeli. Fakty te dają podstawę do przypuszczeń, że wszystkie trzy sprawy mogą brać początek z jednego wspólnego źródła, różniąc się tylko umiejscowieniem. Rozwiązanie pytania polega więc, jakby sądzić można, nie tylko na wykazaniu czynnika chorobotwórczego, lecz zarazem na wykryciu przyczyny, dla której w pewnych, wogóle nie częstych przypadkach, choroba umiejscawia się litylko w oskrzelach, a nie tam, gdzie ona się nieskończenie częściej umiejscawia.

Samoistne zapalenie włóknikowe oskrzeli nie tylko u ludzi się spotyka. Spostrzegano je i u zwierząt, a prof. JOHN z Drezną przytacza cały szereg autorów, którzy od r. 1850 do 1890 włącznie, o chorobie tej u zwierząt pisali. Byłoby rzeczą ciekawą stwierdzić, czy u zwierząt również choroba ta występuje w odosobnieniu t. j. sporadycznie, lub czy posiada charakter epizootyczny. Mogłoby to rzucić światło na природę cierpienia, a w szczególności wykazać, czy punktem jej wyjścia jest drobnoustroj swoisty, całkiem różny od drobnoustroju swoistego, wywołującego krupowe zapalenie płuc, lub nie. Badania doświadczalne na zwierzętach powinnyby dać również jakiś wynik pewniejszy.

*

*

*

Co się tyczy leczenia, to wszelkie dotychczasowe usiłowania nie zostały uwieńczone skutkiem pomyślnym. Choroba albo nagle ustępuje, jak nagle powstała, co spostrzegałem w opisanym przezemnie przypadku; albo bez względu na stosowane leczenie idzie dalej, podążając ku fatalnemu zejściu. Coprawda, nie należy się temu dziwić, gdyż wobec nadzwyczajnej rzadkości tego cierpienia, trudno było o wypróbowanie odpowiednich środków, a tembardziej o przeprowadzenie badań porównawczych w tym względzie. Niemniej jednak i w tem zagadkowym cierpieniu winno być dążeniem naszym uczynić zadość wskazaniom następującym: ułatwić wydalenie błon z dróg oddechowych i zapobiedz wytwarzaniu się nowych. Stwierdzony oddawna fakt, iż woda wapienna, acz zwolna, lecz zupełnie błony krupowe rozpuszcza,

a nadto, stwierdzony wkrótce potem i drugi fakt, że dodatek ługu solowego do wody wapiennej, tę jej własność wzmacnia,—upoważnia do miejscowego stosowania tego środka. Kwas mleczny, papayotylna i neurylna, również w tym celu były stosowane, nie okazały jednak wyższości nad wodą wapienną, która wogóle powinna być stosowana w roztworach dość mocnych. Według przepisu KÜCHENMEISTER'a, stosunek wody wapiennej do rozpuszczalnika, t. j. do wody przekroplonej, winien być, jak jeden do dwudziestu lub do szesnastu nawet, według wzoru: wody wapiennej 1,0 na 16,0 wody przekroplonej, do czego dodać należy 6—8 kropeł sody gryzącej, t. j. stężonego ługu sodowego. Ponieważ z wziewań, stosowanych sposobem zwykłym t. j. z przyrządów parowych SIEGL'a lub zwykłych rozpylaczy, niewiele sobie można obiecywać, gdyż przy ich użyciu znaczna część leku bywa polykana, a mała tylko jego częśćka do dróg oddechowych się dostaje, przeto za jedynie racjonalne działanie w tym kierunku może być uważane tylko bezpośrednie wprowadzanie samego leku do oskrzeli. Doświadczenia tak na zwierzętach jak i na ludziach przekonały, że wprowadzanie nawet znacznych stosunkowo ilości płynów (kilkanaście centymetrów sześciennych) wprost do oskrzeli nie pociąga za sobą żadnych niebezpiecznych dla chorego skutków. Gdy z drugiej strony, technika miejscowego stosowania leków na narząd oddechowy (wstrzykiwania podgłośniowe przy odpowiednim ułożeniu chorego, autoskop A. KIRSTEIN'a) o tyle postąpiła, że możemy stosownie do potrzeby na jedno lub drugie płuco podzielać, przeto wobec tych danych, inne metody, jako problematyczne, winny ustąpić miejsca nowym. Tu to okazuje się koniecznem bliższe określenie siedliska sprawy, a przynajmniej upewnienie się, w którym płucu ma ona miejsce, gdyż wiedząc, że odlewy włóknikowe np. z prawego płuca pochodzą, będziemy się starali na to, a nie na drugie płuco miejscowe nasze działanie skierować. Stosując podobne, bezpośrednie wlewania do płuc, winniśmy przynajmniej z początku używać roztworów bardzo słabych.

Jako środek, ułatwiający wydalanie się odlewów włóknikowych, służy apomorfina (0,006—0,008 na dawkę), podskórnie stosowana, mianowicie wtedy, gdy jest do przewidzenia, iż napad będzie silny. Przypadki takie, jak ten, o którym wspominał kol. KRYSIŃSKI, gdzie chory wydzielal błony oskrzelowe bez żadnego natężenia, należą do niezmiernie rzadkich. Dla większości akt ten połączony jest z wielkimi cierpieniami, jak to u naszego chorego spostrzegaliśmy. Jako środek zapobiegający wytwarzaniu się nowych odlewów włóknikowych, czyli jako *displastikum* w danym razie, gorąco jest polecany przez THIERFELDER'a jodek potasu, a energiczne stosowanie rtęci przez BIERMER'a.

Nie przesądzając, czy stosowanie środków powyższych, mających działać ogólnie, prowadzi do celu lub nie, i nie przecząc, że ich wpływ może tu być dodatni, uważałbym jednak za racjonalniejsze stosowanie wlewań antyseptycznych zaraz lub wkrótce po napadzie, t. j. w chwili, gdy błona śluzowa uwolniona została z pokładu włóknika. Nikt nie zaprzeczy, że jeżeli miejscowe działanie miałoby tu widoki powodzenia wogóle, to chwila ta byłaby do tego najodpowiedniejsza. Zapewnilibyśmy bowiem sobie warunki dotarcia do siedliska sprawy możebnie blisko i wpłynięcia na głębsze nawet warstwy błony śluzowej drogą endosmozy, w których to warstwach prawdopodobnie punktu jej wyjścia szukać należy.

Gdy z jednej strony związki litynu posiadają narówni z wodą wapienną własność rozpuszczania błon krupowych, a z drugiej w szeregu ich może-

my znaleźć dość energiczne środki przeciwnilne, uzasadnionemby było w przypadkach samoistnego krupu oskrzeli miejscowo je stosować. Tą drogą możnaby zarazem działać zapobiegawczo przeciw zakażeniom wtórnym narządu oddechowego, które jako groźne powikłania krupu oskrzeli występowały i, jak to z opisu wielu spostrzeżeń wywnioskować można, a o czem wyżej już nadmieniliśmy. Słabe roztwory saletranu srebra, a może i także roztwory wody utlenionej oraz piperazyny, zasługiwałyby również na wypróbowanie. Co do saletranu srebra, którego roztwór, w stosunku jak jeden do 5 lub 6 tysięcy wody przekroplonej, w przewlekłych i gnilnych postaciach nieżyłtów oskrzelowych stosowałem, wprowadzając środek ten podczas głębokich wdechów (znieczuliwszy krtań) w postaci rozpylonej pod dość silnem ciśnieniem, to mogę powiedzieć, iż działanie jego w tym razie nie ustępuje bynajmniej działaniu, jakie na innych błonach śluzowych widzimy. Dodatni, w wielu razach swoisty niemal wpływ tego środka na sprawy nieżytowe błony łącznej oka lub pęcherza moczowego, i tu już po kilku jego zastosowaniach występuje. Sądzę, iż możnaby go z wielkim pożytkiem stosować i w przypadkach samoistnego krupu oskrzeli, bezpośrednio po napadzie, dla przyczyn, o których wyżej mówiliśmy.

Chcącym się bliżej obeznać z omawianą, a tak zagadkową postacią chorobową, polecić możemy wyżej przytoczone prace BIERMER'a i BESCHORNER'a, które w sposób wyczerpujący rzecz przedstawiają.

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a,

podał **Władysław Palmirski.**

W roku 1894 zgłosiło się o poradę ogółem osób 731, pokąsanych przez zwierzęta wściekle lub podejrzone. Z tej liczby osób 94 nie podlegało leczeniu, a to z powodu, iż pokąsane zostały przez psa wyraźnie zdrowego, albo też, chociaż przez wściekłego lub podejrzanego, to jednak nie do krwi, t. j. bez zdarcia naskórka; jeżeli zaś do krwi, to bez rozdarcia ubrania. Leczonych było osób 637.

Co do płci było: mężczyzn 442, kobiet 195. Leczeni pochodzili z następujących miejscowości: z gub. Warszawskiej 108 (w tej liczbie z m. Warszawy i okolic: Pelcowizny, Mokotowa, Powązek, Woli i t. d. 34); z gub. Łomżyńskiej 13; Płockiej 19; Lubelskiej 44; Piotrkowskiej 167; Radomskiej 46; Kaliskiej 25; Kieleckiej 36; Suwalskiej 5; Siedleckiej 73; Grodzieńskiej 31; Mińskiej 42; Kowieńskiej 3; Wileńskiej 11; Wołyńskiej 5; Mohylewskiej 7; Witebskiej 1 i Czernihowskiej 1.

Co do wieku było dzieci: 1 letnich 2; 2 let. 11; 3 let. 27; 4 let. 24; 5 let. 32; 6 let. 22; 7 let. 25; 8 let. 35; 9 let. 19; 10 let. 34; 11 let. 16; 12 let. 16; 13 let. 13; 14 let. 17; 15 let. 14. Starszych nad lat 15 — 330.

Co się tyczy czasu, w którym od chwili ukąszenia rozpoczęto leczenie, to: po upływie 1—2 dni po ukąszeniu leczyło się 127 osób; 2—5 dni 275; 5—10 dni 171; 10—20 dni 51; 20—30 dni 10; 30—40 dni 1; po upływie przeszło 40 dni 2 osoby.

Pokąsanych przez psy było 608 osób, przez koty 14, przez konie 3, przez świnie 2, przez wilki 5, przez krowy 3, przez człowieka 1 i przez królika 1. Zwierzętami kęsającymi były: psy w przypadkach 362, koty w 11, konie w 3, świnie w 2, wilki w 3, krowy w 3, człowiek w 1 i królik w 1.

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

A. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została przez szczepienie u 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, podejrzone lub niewiadome.

Dane porównawcze z r. 1894, 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		1) 1)	2		4) 3)	7		21) 16)	37
Przypalania wystarczające	—			—			—		
" niewystarczające	—			4			14		
" żadne	2			3			23		
II. Ukąszenia zadane w ręce {pojedyncze liczne		23) 59)	82		23) 55)	78		79) 174)	253
Przypalania wystarczające	6			—			7		
" niewystarczające	23			39			90		
" żadne	53			39			156		
III. Ukąszenia zadane w tułów i nogi {pojedyncze liczne		27			33			118	
Przypalania wystarczające	—			—			7		
" niewystarczające	12			6			36		
" żadne	15			27			75		
Ukąszonych przez rozdarte ubranie		26			32			129	
Ukąszonych w nagie ciało		85			86			279	
Razem			111			118			408
Ogólna liczba pokąsanych						637			

Oдноśnie do pór roku leczyło się osób: w styczniu 32, w lutym 47, w marcu 46, w kwietniu 62, w maju 62, w czerwcu 70, w lipcu 78, w sierpniu 95, we wrześniu 53, w październiku 38, w listopadzie 23, w grudniu 31.

Z leczonych w 1894 r. zmarli: 1) Olefirow Prokop, lat 25 z Mławki gub. Płockiej, ukąszony 8 marca 1894 r. przez psa w dłoń ręki prawej. Na miejscu ukąszenia 2 głębokie rany. Rany przypalane były żegadłem na 2-gi dzień po ukąszeniu, leczenie rozpoczęto 10 marca, trwało dni 9. Pies podejrzany przepadł bez wieści. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 5 lipca, zmarł 10 lipca r. z. 2) Jelonek Paweł, lat 38 z Łodzi, ukąszony 31 sierpnia r. z. we wskazujący palec ręki prawej przez psa, uznanego za wściekłego na

zasadzie sekcji. Leczenie rozpoczęto 2-go września, trwało dni 7. Na miejscu ukąszenia niewielka rana do krwi, rana nie była przypalona. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 13 grudnia r. z., zmarł 19 grudnia.

Tym sposobem śmiertelność w roku ubiegłym z leczonych metodą PASTEUR'a wynosi 0,31%.

Z osób nieleczonych, zmarłych na wodowstręt, udało się zebrać wiadomości o 3-ch przypadkach.

1) Tomczyk Hieronim lat 4, ze wsi Szestak, włości Rohotno, pow. Słonimskiego, gub. Grodzieńskiej, ukąszony w dłoń ręki lewej 9 czerwca r. z. przez psa niewiadomego. Pierwsze objawy wystąpiły 29 lipca. Choroba rozpoczęła się bólem w ręce lewej, zmarł 3 sierpnia r. z.

2) Szmidt Adolf, lat 52, z Białegostoku gub. Grodzieńskiej, ukąszony przez psa, którego nie podejrzewano o wściekliznę, w przedramię prawe. Na miejscu ukąszenia niewielka rana do krwi, rana nie była przypalana. Po upływie 3 miesięcy t. j. 17 sierpnia, wystąpił ból w ręce ukąszonej, ból ten rozchodził się po kończynie aż do łopatki prawej. Widok wody i płynów wywoływał skurcz mięśni krtaniowych, chory nie nie pił, nie jadł. Podczas pierwszych dni choroby, chory zachowywał się bardzo niespokojnie, dużo mówił, z łóżka zrywał się 23 sierpnia wystąpił bezwład ręki prawej, następnie lewej oraz nóg; w nocy chory zakończył życie.

Króliki, zaszczipione przez trepanację emulsią z mózgu, padły po 16 dniach przy objawach wścieklizny.

3) Staszek Gustaw, lat 16, ze wsi Budy-Stoki, gm. Nowosolna, pow. Łódzkiego, gub. Piotrkowskiej, ukąszony w lipcu w rękę przez psa niewiadomego. Na miejscu ukąszenia rana głęboka, nie była przypalana; zmarł na wodowstręt 23 sierpnia r. z.

Przy stosowaniu leczenia według metody PASTEUR'a, posiłkowano się metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienia rdzeniem 8 lub 6-io dniowym, a kończąc dwu lub jednodniowym. Leczenie trwało od jednego do dwóch tygodni; zastrzykiwano pokąsanym, stosownie do ukąszenia, 2—3 razy dziennie po 2 ctm. szśc. dość gęstej emulsji z rdzenia królika. Rdzenie przechowywane były w cieplecie *maximum* 10—12° C.

WYKŁADY KLINICZNE.

W. Thorn.

O guzach krwistych miednicy.

Th. ogólną nazwą guzów krwistych miednicy kobiecej obejmuje tak wewnątrz, jakoteż zewnątrzotrzewnowo guzy krwiste otorbione,—względnie zamknięte krwiywłowy a więc krwistoki (*haematocèle*), jakoteż guzy krwiste okołomaciczne, więzadłowe, zakrzepy więzadeł szerokich i wszelkie inne. Ze względu na to, iż krwistek pozamaciczny przedstawia tak typowy i charakterystyczny obraz chorobowy, że wy-daje się cierpieniem samoistnem wobec wszelkich postaci innych, nawet wobec bardzo rzadkich krwisteków przedmacicznych, chociaż wszystkie są jednakowego pochodzenia, a mianowicie powstają z wylewów krwi wewnątrzotrzewnowych; że zaś nadto równem prawem guzy krwiste więzadłowe można uważać za krwistoki zewnątrzotrzewnowe, co też w rzeczy samej nieraz ma miejsce; przeto najpoprawniej byłoby

nazwą krwisteku (*haematocele retrouterini*) oznaczać jedynie klasyczną postać pozamaciczną, a wszelkie inne nazywać guzami krwistymi wewnątrzotrzewnowymi (bez względu na to, czy są one boczne czy też przedmaciczne) i zewnątrzotrzewnowymi, albo guzami krwistymiwiązadłowymi.

Anatomia patologiczna guzów krwistych miednicy przedstawia jeszcze pewne zagadnienia dotąd nierozwiązano. I o częstości cierpienia tego nie mamy dotąd dokładnego pojęcia z powodu braku odpowiedniej ilości danych statystycznych i ścisłości w rozpoznaniu opisanych przypadków. Niemniej istnieją znaczne różnice w poglądach autorów pod względem rokowania, a osobliwie w przypadkach guzów wewnątrzotrzewnowych. I tak: gdy jedni nie widzieli zejść niepomysłnych, inni stwierdzają groźny tego cierpienia charakter, a mianowicie, ZWEIFEL liczbę śmiertelności podaje na 18,4%, co uważa za dostatecznie uzasadnienie leczenia operacyjnego tego rodzaju guzów. To dążenie do operacyjnego leczenia guzów krwistych miednicy, przez ZWEIFEL'a i MARTIN'a zapoczątkowane, a w nowszych czasach poparte przez SAENGER'a, obecnie zdobyło sobie tak rozległe pole zastosowania, że zapomniano całkiem o zasadniczem prawie NELATON'a: „wyczekiwać aż do wystąpienia objawów groźnych“.

Jakkolwiek technika cięcia brzuszego i nowoczesny sposób gojenia ran uczyniły znakomito postępy, a leczenie operacyjne ciąży zewnątrzmacicznej w pierwszych miesiącach, daje świetne wyniki; to jednakże operator winien zawsze rozważyć: czy w danym przypadku ciąży zewnątrzmacicznej, pozostawionej bez zabiegu operacyjnego, nie nastąpiłoby również zejście pomyślne; jednym słowem, czy istnieje ścisłe wskazanie do operacji?

TH. uważa wydalenie jaja płodowego zapomocą operacji w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej dopiero wtedy za konieczne, gdy rozwijanie się jego zostanie niewątpliwie stwierdzone, i wtedy wraz z WERTH'em gotów jest uważać je jako guz złośliwy. Co do innych jednakże przypadków należy się spodziewać, że wraz z wydoskonaleniem rozpoznawania śmierci płodu, przebiegu i zejścia rozmaitych postaci ciąży zewnątrzmacicznej i wobec pewności określenia każdego pojedynczego przypadku i stopnia jego rozwoju, cierpienie to nie będzie stawiane w tak złym świetle, lecz przeciwnie, pozyskamy większe zaufanie do leczenia wyczekującego, pozostawiając leczenie naturze; jedynie wobec powikłań groźnych przystępować będziemy do zabiegów operacyjnych. Guz krwisty jest nieraz początkiem zdrowienia (samodzielnego leczenia) ciąży zewnątrzmacicznej i z tego względu rokowanie w takim przypadku może być pomyślne.

Wprawdzie chore z guzami krwistymi miednicy zgłaszają się zwykle dopiero w późnych okresach cierpienia t. j. wtedy, gdy odróżnienie wysięku od krwi wylewu zapomocą badania miejscowego jest bardzo trudne, a nawet niemożliwe; jednakże dokładne ocenienie danych wywiadowczych rzecz całą rozjaśnia. TH. zapewnia, że jako materiał do tego wykładu posłużyły mu te tylko przypadki, które pod względem rozpoznawczym nie nastręczały żadnych wątpliwości.

Materiał kliniczny autora składa się z 10,000 przypadków ginekologicznych z kliniki w Halli (1878—1885), między którymi znalazł 98 guzów krwistych miednicy, i 6,000 chorych z kliniki w Magdeburgu (1883—1895) z 59 przypadkami tego cierpienia, co daje 0,98% guzów krwistych. Wogóle z zebranego przez TH. materiału 20,000 przypadków ginekologicznych i 1,000 sekeyi okazuje się, że guzy krwiste miednicy są cierpieniem rzadkiem i względnie do ogólnej liczby chorych, dotkniętych cierpieniami kobiecemi dają dla guzów krwistych wewnątrzotrzewnowych 0,9%—1%, a dla zewnątrzotrzewnowych 0,1%—0,2%.

Co się dotyczy zejścia tych 157 przypadków, to na 98 przypadków z kliniki w Halli jedna tylko chora zmarła z powodu krwotoku wtórnego i następowego zapa-

lenia otrzewny. W 3-ch przypadkach doszło do ropienia i otwarcia się ropnia; w dwóch przypadkach do odbytnicy, a w jednym do pęcherza moczowego; wszystko 3 chore wyzdrowiały. W trzech przypadkach wykonano cięcie brzuszne, w jednym z nich rozpoznano obustronny guz krwisty więzadłowy, w dwóch zaś krwistek pozamacieczny. I te chore wyzdrowiały bez powikłań; w pierwszym tylko przypadku z powodu ponownych bólów dokonano następnie wyluszczenia przydatków macicy.

Z przypadków, w Magdeburgu spostrzeganych, wszystkie zakończyły się pomyślnie, w żadnym nie nastąpiło ropienie; w trzech przypadkach guzów wewnątrzotrzewnowych wykonano cięcie brzuszne z dobrym skutkiem. WEISS (Królewiec) podaje że na 50 przypadków, spostrzeganych przez niego, wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem i tylko w 3-ch zastosowano cięcie od strony pochwy. Jeżeli liczba śmiertelnych zejść u ZWEIFEL'a dochodzi do 18,4%, wynika to z niedokładności jego statystyki, która opiera się na zestawieniu danych z różnych czasów i różnych autorów od NÉLATON'a do roku 1881.

Świeży krwistek wymaga niezmiernie ostrożnego badania celem uniknięcia ponownych krwotoków i rozmiąddzenia skrzepów przez gwałtowne ugniatanie przy badaniu; nie mówiąc o błędach rozpoznawczych, które mogą doprowadzić do usiłowań odprowadzenia jakoby tyłozgięcia macicy ciężarnej. Z tego powodu szczególnie WINCKEL domaga się ścisłego badania i leczenia, albowiem pomimo to, że spostrzegał on bardzo ciężkie przypadki, nie widział ani jednego przypadku pęknięcia, ani śmierci. I w rzeczy samej, jeżeli przyjrzymy się bliżej tym przypadkom guzów krwistych miednicy, które niepomyślnie się zakończyły, można dojść do przekonania, że często właśnie błędne rozpoznanie i na niem oparte leczenie pogorszyło chorobę lub wprost spowodowało zejście śmiertelne.

TH. na zasadzie tych 157 przypadków z 0,6% śmiertelności, w których trzymał się ściśle metody wyczekującej, nie sądzi, ażeby odsetka śmiertelności, przez niego otrzymana, przedstawiała coś nadzwyczajnego, lecz przeciwnie, jest przekonany, że taką ona będzie zawsze i wszędzie tam, gdzie od początku cierpienia stosowane będzie leczenie wyczekujące; gdzie każdy przypadek będzie ostrożnie i wprawną ręką badany a zabiegi operacyjne tylko w razie ścisłego wskazania, bez straty czasu i w odpowiedni sposób będą stosowane.

Wszystkie chore po wyzdrowieniu odzyskały zdolność do pracy poprzedniej, co o tyle jest godniejsze uwagi, że większość chorych autora należała do klasy robotniczej. Aby jednak ocenić wpływ guzów krwistych miednicy w tym kierunku, należy zwrócić uwagę na poprzedni stan chorych. Większość autorów mniema, że znaczna część tych chorych jest dotknięta cierpieniem narządu rodno już przed zapadnięciem na guz krwisty miednicy. Jeżeli przypisują ciąży zewnątrzmacicznej poważny wpływ na powstawanie guzów krwistych miednicy, to jest to *a priori* prawdopodobne, albowiem powstanie ciąży zewnątrzmacicznej czynią zależnem od cierpienia jajowodów i otrzewny macicy. Pod tym jednak względem operacye i sekcye dają pojęcie dokładniejsze.

Zadziwiającem jest dla autora, że z 59 chorych tylko 11 podało tego rodzaju dane, które pozwoliły wnioskować o istnieniu poprzedniem cierpienia części rodnych. Do tych należy dodać jeszcze 5 chorych, dotkniętych nieprawidłowościami w miesiączkowaniu, które zasługują na uwagę, ponieważ na ich zasadzie można wywodzić wnioski co do zmian w jajowodach, jajnikach i błonie otrzewny macicy. TH. jednak wyraża przekonanie, że dane, dotyczące przypadków przez niego spostrzeganych, są zbyt małego znaczenia, aby można było rozwiązać sprawę częstości cierpień narządu rodno, poprzedzających guzy krwiste miednicy, przez sam wzgląd na trudność w dostarczeniu dowodów klinicznych.

Co do niepłodności, jako następstwa guzów krwistych miednicy, TH. nie jest w zgodzie z ogólnie przyjętym mniemaniem, gdyż nie sądzi, aby zdolność płodzenia była przez guzy krwiste miednicy wielce upośledzona.

Stosunek guzów krwistych miednicy do ciąży zewnątrzmacicznej został pierwszy raz poruszony przez J. Verr'a. W swych przypadkach znalazł on 28% takich, w których podejrzewał ciążę zewnątrzmaciczną ze względu na objawy. Weiss podaje tylko 12%; TH. zaś w swoich przypadkach z Halli wykazuje 28,57% ciąży zewnątrzmacicznej, z Magdeburga 57,4%, odsetka zaś guzów wewnątrztrzewnych wynosi 66%. Tę tak znaczną różnicę TH. objaśnia tem, że w ostatnich ściślej, niż w poprzednich w Halli, zwracał uwagę na oznaki rozpoznawcze ciąży zewnątrzmacicznej. Z tych zaś najważniejszym i najbardziej cechującym jest odejście błony doczesnej macicy. Aczkolwiek niezbyt często mamy sposobność sami to spostrzegać, natomiast bardzo często chora całkiem niedwuznacznie opowiada o odejściu „kawalków błony“, które pociąga za osłony jaja płodowego, albowiem z powodu zatrzymania się miesiączkowania i innych przypadłości, sądziła, że zastąpiła i poroniła. Wtedy to nietrudno łączyć wyniki badania miejscowego z danemi, z wywiadów otrzymanemi. Najczęściej nagle, albo też w szybko po sobie następujących napadach, występuje zachorowanie, którego najwybitniejszym objawem jest podrażnienie otrzewny i ostra niedokrwistość, nadmiernie wielka w stosunku do krwi upływu nazewnaż, nie może uzasadnić domniemania, że jest to zwykłe poronienie w pierwszych kilku tygodniach ciąży. Znalezione go wówczas guza niepodobna uważać za wysięk, w następstwie poronienia powstały, albowiem wtedy dałoby się wykazać znaczne podniesienie ciepłoty ciała, którego przy guzie krwistym brak zupełny, albo też jest ono bardzo nieznaczne w stosunku do wielkości guza. Również można uniknąć błędu w rozróżnieniu tyłopochylenia macicy ciężarnej od guza krwistego miednicy. Ten ostatni rzadko powstaje po upływie 3-go miesiąca ciąży zewnątrzmacicznej, najczęściej w pierwszych 10-ciu tygodniach; miesiączka zaś raz lub dwa razy nie pojawia się. Natomiast tyłozgięcie macicy ciężarnej w tym czasie nigdy nie ujawnia się wydatnymi objawami uwięzienia (*incarceratio*). W razie wątpliwości, badanie miejscowe, zwłaszcza w uśpieniu chloroformowem dokonane, wątpliwość rozjaśni. Odejście błony doczesnej dlatego często nie jest przez lekarza i chorą dostrzeżone, że błona ta odchodzi wraz ze skrzepami krwi, rzadko kiedy znaczniejszymi, gdyż błona doczesna w pierwszych tygodniach ciąży jest wogóle wątła i wydalanie jej najczęściej jest tylko częściowe. Wogóle, odejście błony doczesnej jest pewnym znakiem śmierci płodu; prawie to samo znaczenie ma krwotok macieczny, który zwykle towarzyszy tworzeniu się guza krwistego.

Krwotok rzadko bywa obfity, często zaś krew jest ciemnobrunatna, jak krew stara. Powstanie krwotoku w razach tych tłumaczą rozmaicie. SCHROEDER czyni go zależnym od zastoju krwi w macicy wskutek jej przemieszczenia i ucisku przez guz, i od ogólnego przekrwienia narządów miednicy; BANDL zdanie to podziela; WINCKEL zaś sądzi, że przez jajowód, którego koniec strzępiasty jest zanurzony w kałuży krwi, pod wpływem ciśnienia tłoczni brzusznej pewna ilość krwi może przedostać się do jamy macicy, a stamtąd nazewnaż. FRITSCH mniema, że raczej ruch migawkowy zdrowego jajowodu sprzyja przedstawianiu się krwi nazewnaż; czemu jednak przeczy znaczny nieraz krwotok. Dlatego też sądzi, że w przypadkach, takich skutkiem krwi wylewu w błonę doczesną, bardzo wczesnie obumiera jajo płodowe, w jajowodzie zawarte, i daje powód do krwotoku nawewnaż i nazewnaż. Aby to mogło nastąpić, należy przypuszczać, że ujście macieczne jajowodu jest drożne. Aczkolwiek może to mieć miejsce w tym lub owym przypadku, to jednakże zwykle, jeżeli

nie jest ono zupełnie zamknięte, to conajmniej tak dalece zwężone skutkiem obrzęku błony śluzowej jajowodowej, że trudno sobie wyobrazić, ażeby z jajowodu ciężarnego mogła się przedostać przez tak zaciśnięte jego ujście znaczniejsza ilość krwi do macicy i dalej nazwewnątrz. Również nieprawdopodobną wydaje się Th. możebność przedostawania się krwi nazwewnątrz przez jajowód, zanurzony w kałuży krwi, pod działaniem tłoczni brzusznej. Krwawienie bowiem trwa nie tylko dnie, lecz tygodnie; więc gdyby ono było następstwem zanurzenia strzępów jajowodu w krwiwylewie, krwawienie byłoby nieznaczne i trwałoby bardzo krótko, a mianowicie dopóty tylko, dopóki krew nie skrzepła, co, jak wiadomo, wkrótce następuje. Th. przyznaje, że krew często ma wygląd krwi starej lub odchodzącej podczas miesiączki. W tych atoli przypadkach, w których spostrzegał krwotoki obfite, nie zauważył nic innego, coby się różniło od krwawienia przy zatrzymaniu drobnych pozostałości jaja płodowego po poronieniu, albo też przy upośledzonym zwijaniu się macicy (*involutio*).

Gdy nadto dodamy, że oddzielanie się błony doczesnej macicy często następuje w drobnych kawałkach i bardzo powolnie, to jest wielce prawdopodobne, że krwotok (zewnątrzmaciczny) w przypadkach domniemanej ciąży zewnątrzmacicznej następuje poprostu skutkiem oddzielania się błony doczesnej i niedokładnego zwijania się macicy, wywołanego jej uciskiem.

Wielkość i czas trwania krwotoków zależą wtedy od stopnia rozwoju błony doczesnej, od czasu trwania jej oddzielania i przemian wstecznych; co znowu będzie zależne od czasu trwania ciąży i od wielkości guza krwistego. W tych przypadkach, w których nie było żadnych oznak ciąży zewnątrzmacicznej, gdzie guz krwisty wytworzył się w czasie właściwym odbywającej się miesiączki, Th. widział najczęściej nieznaczne tylko krwotoki; lecz spostrzegał i takie przypadki, gdzie z chwilą wystąpienia guza krwistego, krwotok z macicy nagle ustawał i gdzie dopiero po kilku dniach pokazała się umiarkowana, zaledwie krwią zabarwiona wydzielina. Dla krwotoków, które towarzyszą guzom krwistym, niezależnym od ciąży zewnątrzmacicznej, dostateczne jest objaśnienie SCHROEDER'a; jakkolwiek ma ono i w innych przypadkach pewne znaczenie, to jednakże najodpowiedniejszym wydaje się autorowi tłumaczenie powstawania krwotoków zależnością od odłuszczenia się błony doczesnej macicy.

Drugą ważną cechą ciąży zewnątrzmacicznej jest wstrzymanie, zmniejszenie lub inna nieprawidłowość w miesiączkowaniu. Wprawdzie, przy usadowieniu się i rozwijaniu jaja płodowego zewnątrz macicy, miesiączkowanie może dalej się odbywać, lecz należy to do wyjątków; zwykle bowiem miesiączkowanie ustaje albo tak się zmienia i zmniejsza, że to zwraca uwagę samych chorych. Stąd też oczywiście z liczby wstrzymanych miesiączek nie można sądzić o okresie rozwoju jaja płodowego. Bardzo jest prawdopodobne, że po śmierci płodu istnieje przez pewien czas spokój, zanim wystąpią znane groźne objawy. Tak bywa zwłaszcza przy t. zw. poronieniu jajowodowem. W innych razach czas trwania tego spokoju bywa niezmierznie krótki, poczem szybko występuje krwotok maciczny, znamionujący obumarcie jaja płodowego. Th. spostrzegał w Magdeburgu 15 przypadków guzów krwistych wewnątrzotrzewnowych i 10 zewnątrzo-trzewnowych, w których nie było żadnych zaburzeń w miesiączkowaniu. We wszystkich tych przypadkach krwotok był bardzo umiarkowany, cierpienie występowało prawie zawsze doraźnie, a nie w kilku napadach i wchłanianie krwiwylewu odbywało się najczęściej szybko i bez żadnych dalszych powikłań.

Na 29 przypadków guzów krwistych, których powstanie mogło być zależne od ciąży zewnątrzmacicznej, przypada 12 kobiet pierwotnie lub następnie bezpłodnych; z 15-tu zaś takich, u których o ciąży zewnątrzmacicznej nawet mowy być nie może. 11 wielokrotnie rodziło. Na podstawie danych tych należy przyjąć za zasadę, że ciąża zewnątrzmaciczna zdarza się przeważnie u tych niewiast, które przechodziły pierwotnie cierpienie narządów rodnych, a mianowicie niezbyt jajowodów, zgięcie ich przez błony rzekome i t. p., bez przyczyniania chorem wyraźnych dolegliwości, lecz jedynie czyniąc je bezpłodnymi. Drugą zaś gromadę stanowią te przypadki, w których kobiety, poprzednio zdrowe, nietylko łatwo przebywają chorobę (guz krwisty miednicy), lecz ten nie pozostawia żadnych istotnych zmian w ich jajowodach i jajnikach i nie upośledza ich zdolności płodzenia. Ostatecznie TH. z danych swoich wyprowadza ten wniosek, że pochodzenie guzów krwistych nie może być ujęte jednostronnie w jakiś stały szemat; że byłoby nieuza sadnionem rokowanie, jedynie na podstawie cyfr oparte; lecz w ogólnej liczbie przypadków tego cierpienia uwydatniają się cechujące ich grupy i na tych jedynie można budować rokowanie i wskazania do leczenia w danym przypadku.

TH. uważa za cechujące i to, że w tych przypadkach, w których wywiady nie nasywały żadnego domniemania o istnieniu ciąży zewnątrzmacicznej, zawsze spotykano klasyczną postać krwistoku pozamacicznego (*haematocoele retrouterina*), gdy tymczasem w przypadkach z oznakami ciąży zewnątrzmacicznej spotykano wprawdzie krwiwywlewy z siedliskiem pozamacicznym, lecz zarazem i bocznem, wskazującym jakoby ten jajowód, z którego wylew krwi nastąpił.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

149. Alois PICK. **O stosunku samozatrucia do neurastenii.** Wiadomo, iż w moczu i kale znajdują się ciała aromatyczne, derywaty białka, powstające wskutek gnicia tegoż w kiszkiach i dlatego wzmagające się ilościowo przy wszystkich stanach, sprzyjających owemu gniciu. Część ich wydziela się w moczu w związku organicznym z kwasem siarczanym, zapomocą którego też możemy je ilościowo oznaczyć. Są to trucizny, krążące we krwi i będące, podług najnowszych poglądów (BOUCHARD), przyczyną t.zw. samozatrucia. Głównym ich przedstawicielem jest indol. Jako samoobronę ustroju przeciw tym truciznom należy uważać: 1) kwas solny żołądka, niszczący między innymi wiele drobnoustrojów gnilnych. Nietylko przy zmniejszonej, lecz i przy nadmiernej tegoż ilości mogą wystąpić objawy samozatrucia, — w tym ostatnim razie prawdopodobnie wskutek powstania takich wytworów rozkładu białka, które łatwo ulegają gniciu, jak 2) żółć i sok trzustkowy, przez pobudzenie ruchów robaczkowych i poczęści przez swe własności przeciwnilne, które posiadają również kwasy tłuszczowe, 3) powstające przy fermentacji wodoru węgla, a także jeden z ostatnich wytworów rozkładu ciał azotowych — fenol; 4) ruchy robaczkowe, dozwalające na zetknięcie się zawartości kiszki z sokami i wydylającą kał nazewnątrz, grają też niepoślednią rolę; atonia względnie *hypokinesis* są tu gorsze od katarów (BOAS).

W warunkach zatem, sprzyjających wytwarzaniu indolu i wessaniu tegoż w krew, powstają nieraz ogólne objawy chorobowe: osłabienie, bóle i zawroty głowy i t. p. Nietylko indol i t. p., ale i różne t. zw. ptomainy (BRIEGER) i wogóle wszelkie trujące wytwory przemiany materii, zatrzymane w ustroju, stają się źródłem samozatrucia. Do tej kategorii należy np. zatrucie kwasem mlecznym, dalej *uraemia*, *ammoniaemia* i t. p. ROSENBACH jako przyczynę samozatrucia podaje

niedostateczność energii życiowej ustroju lub pojedynczego narządu; ta ostatnia w rzeczy samej wywołuje samozatrucie, lecz dopiero po wytworzeniu się trucizny, zupełnie, jak przy chorobach zakaźnych.

Poszczególne postacie samozatrucia są bardzo rozmaite, np. *urticaria*, *erythema* po rakach, poziomkach, antypirynie, jodoformie, chininie i t. d. Gra tu rolę bezwarunkowo z jednej strony skłonność osobnika, z drugiej ciało, bądź wprost, bądź dopiero przez fermentację wytworzone. Objawy zatrucia mogą wystąpić gdziekolwiek, nietylko na skórze. Przy atonii żołądka widziano niedokrwistość, wyleczoną płukaniem tego narządu. Głównie jednak samozatrucie odbija się na sferze nerwowej. Tu należą objawy następujące: 1) zawrót głowy, ogólny objaw przy zatruciach alkaloidami, alkoholem i t. d.; 2) bóle głowy, np. u wielu osób zależne od nawykowego zaparcia stolca, względnie zawartości indykanu w moczu; 3) ocieźłość głowy; dalej 4) wymioty mózgowe, występujące przy najrozmaitszych wogóle zatruciach wskutek podrażnienia ośrodka wymiotnego; 5) drgawki, czasem w rodzaju padaczki; wreszcie 6) zaburzenia psychiczne, zauważone oddawna, co już samo pochodzenie słowa „hypochondrya“ wskazuje; 7) liczne są również objawy ze strony nerwów obwodowych: przeróżne drgawki, czasami nawet mniej lub więcej skojarzone objawy choroby BASEDOW'a. Najrozsadniejsze kombinacje tych poszczególnych objawów mogą też z łatwością dać obraz neurastenii. A. PICK jest przekonany, że wiele z tych przypadków ma swe źródło w samozatruciu, i twierdzi, iż jest ono jedną z głównych przyczyn tej choroby. Samozatrucie powstaje na tle mechanicznego niedowładu przewodu pokarmowego, niedowład zaś powstaje wskutek przeważnie siedzącego trybu życia, niedostateczności ruchu. Rozumie się, że i inne momenty mogą tu współdziałać, albo same przesiąść być przyczyną neurastenii. Jako sprzyjający samozatruciu moment należy wymienić sprzyjające gniciu pożywienie przeważnie białkowe, szczególnie po miastach, gdzie też głównie spotykamy się z neurastenią.

Leczenie samozatrucia powinno przedewszystkiem polegać na racjonalnej dyecie, obfitej w wodany węgla, lub przeważnie mlecznej. Mleko zasługuje na szczególne uwzględnienie, ponieważ zostawia mało resztek, pobudza wydzielanie HCl, wytwarza kwas mleczny, zawiera bardzo mało mikrobów, wreszcie wpływa na dyurezę. Zupełnie mleczna dyeta, jeśli niema szczególnych wskazań, jest niepotrzebna. Następnie dla podniesienia czynności trzew i ścian brzusznej, możemy skombinować fizyczne metody leczenia: masaż, faradyzację, gimnastykę i hydroterapię. Nakoniec pozostaje odkażanie przewodu pokarmowego. W tym względzie przedewszystkiem trzeba się starać o prawidłowe wypróżnienia, bądź powyższymi sposobami, bądź zapomocą ławatyw lub środków przeczyszczających. Ze środków przeciwniejących autor zaleca kreozot (0,05), gwałok lub *ammon. sulphoichthyolicum* (po 0,1), wreszcie *guajak. carbon.* (0,2). Francuzi (BOUCHARD) przepisują: *β-Naphthol. pulv.* 15,0; *Bismuth. salicyl.* 7,5; *M. f. p. Div. in dos aequ.* N. 30. DS. 3 proszki dziennie. Inni przekładają benzo-naftol, albo też rezorcynę, kwasy i t. p. Przy tem wszystkiem nie należy zaniedbywać leczenia stanu ogólnego, gdyż nietylko układ nerwowy, ale ustrój cały znajduje się w warunkach niekorzystnych z powodu zaburzeń w przemianie materii.

(Wien. kl. Rundschau 95. N. 37—39).

Józef Piotrowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 29 października r. b.

TREŚĆ. 1) JASIŃSKI — przedstawienie a) chłopca z tłuszczakiem wrodzonym rozlanym nogi; b) dziewczynki ze skrzywieniem kości pochodzenia krzywicowego. 2) WRÓBLEWSKI — przedstawienie autopsji D-ra KIRSTEIN'a. 3) Dyskusya nad odczytem JANOWSKIEGO p. t. „Wynik leczenia błonicy zapomocą surowicy krwi“.

1) Kol. JASIŃSKI przedstawił chłopca z tłuszczakiem wrodzonym rozlanym nogi, a następnie okazał dziewczynkę ze skrzywieniem krzywicowem, które zdaniem jego, samo nigdy się nie wyprostuje. Jest to skrzywienie i skręcenie dolnej części goleni

z przewagą wypukłości ku przodowi skierowanej. J. zaznacza, że gdybyśmy nawet w takich razach liczyli na samoistne wyprostowanie się tych skrzywień, to jednak rodziłaby się słuszna obawa, że zanim goleń się poprawi, powykrzywiają się: staw goleniostopowy i wszystkie części składowo stopy, pod wpływem chodzenia. Dlatego też J. postanowił u dziecka tego wykonać operację, polegającą na odpowiednim wycięciu klina z kości goleniowej i przecięciu kości strzałkowej w celu prawidłowego ustawienia stopy. J. zawsze leczy takie przypadki tym sposobem i wyniki otrzymywał zupełnie zadawalające. Wybór metody zależy od właściwości danego przypadku. Ze wynik jest dobry, dowodzi tego kończyzna prawa przedstawionego dziecka, którą, jako więcej skrzywioną, J. pierwiej operował.

2) Kol. WRÓBLEWSKI przedstawił autoskop, przyrząd do bezpośredniego badania krtani, wynaleziony przez d-ra KIRSTEIN'a z Berlina. Główną część autoskopu stanowi szpatel w kształcie półręnni, długi około 12 cm., szeroki na 3 cm. i wysoki 1—2,5 cm., zapomocą którego odchyła się nagłośnię ku przodowi i przyeiska się ją do nasady języka; szpatel taki wkłada się zapomocą osobnego mechanizmu do rączki pod kątem prostym. W rynienkę, odpowiednio do badania ustawioną, rzucamy światło z jakiegobądź źródła zapomocą reflektora; najlepiej oświetla lampka elektryczna, umieszczona w ręczce autoskopu. Dalej W. pokazał zastosowanie autoskopu u 2 osobników z krtanią prawidłową i u jednego, dotkniętego sprawą gruźliczą na tylnym ścianie krtani. Stosowanie autoskopu wymaga osobnej wprawy, i najwprawniej-szy laryngolog musi metodę tę spocyalnie studyować. Dla chorych użycie autoskopu jest dość przykre i bez uprzedniego znieczulenia nasady języka i nagłośni kokainą, w wyjątkowych tylko przypadkach możliwe. Wszelkie sprawy chorobowe nasady języka i nagłośni stanowią przeciwwskazania do użycia tegoż. Przy wprawie obejrzeć można zapomocą autoskopu tchawicę, a niekiedy i rozdwojenie oskrzeli. Niewiadać w autoskopie przedniej części strun fałszywych i prawdziwych, co właśnie stanowi jego główną stronę ujemną, gdyż bez pomocy zwykłego wziernika krtaniowego niemożliwe jest pewne i dokładne rozpoznanie. Metoda ta jest dopiero w pierwszych okresach rozwoju, lecz już dziś zdaniem W. jest bardzo cenna, gdyż to, co się widzi, widzi się jasno i dokładnie. Znaleźć ona może też zastosowanie przy wstrzykiwaniu płynów leczniczych do tchawicy, względnie do oskrzeli. Co do operacji wewnątrzkrtańowych, to mogłyby one być wykonywane przy pomocy autoskopu tylko na tych częściach krtani, które są dokładnie widzialne. Wygięcie narzędzi operacyjnych jest odmienne od dotychczasowych, mianowicie są one zgięte pod kątem rozwartym, jak narzędzia nosowe, tylko odpowiednio dłuższe.

3) W rozprawach nad odczytem kol. JANOWSKIEGO p. t. „Wyniki leczenia błonicy zapomocą surowicy krwi“, kol. WOLBERG zauważył, iż sprawę skuteczności surowicy badać należy z dwóch stron: statystycznej i klinicznej. Co do pierwszej, widzimy, że w poszczególnych wynikach różnice są bardzo znaczne, i gdy w niektórych szpitalach niemieckich śmiertelność wynosiła zaledwie 7%, w innych natomiast aż 34%. Wielka zachodzi także różnica pomiędzy wynikami, otrzymywanymi w praktyce prywatnej, a szpitalnej; w pierwszej bowiem toż obliczenie wykazuje ogólnie 9% śmiertelności, w drugiej zaś 19,5%. Na różnice te wywiera wpływ nie różnorodno natężenie epidemii, cały bowiem materiał dotyczy 1894 i 1895 roku, lecz jakoś surowicy, ilość użyta, czas zastrzykiwania, natężenie przypadków i t. p. Materiał, spostrzegany u nas, acz szczupły, przemawia zdaniem W. na korzyść działania surowicy, lecz korzyści tej nie stwierdza drobna statystyka, natomiast dowodem jej jest obraz kliniczny. Żadna z licznych metod leczenia błonicy, stosowanych dawniej, nie działa tak szybko, tak jawnie, tak skutecznie, jak surowica przeciwbłonicza. Już w 24 godziny po zastrzyknięciu widzimy rozpęchanie nalożu w gardzieli, a w następnej dobie szybko on ginie, nie wytwarzając się natomiast w innych miejscach, niezajętych dotychczas. W niektórych przypadkach całkowity przebieg błonicy, leczonej surowicą, trwa zaledwie 2—3 dni, a choroby następne, właściwe błonicy, nie występują wcale; jedynie w ciągu 10—14 dni po zastrzykiwaniu występują, i to stosunkowo rzadko, wysypki (pokrzywka, ramien) i bóle stawowe z podwyższeniem ciepłoty do 39,5°, szybko bez leczenia ustępujące. Ten obraz kliniczny dostatecznie przekonywa, zdaniem W., o skuteczności surowicy, a zadaniem dalszych badań i udoskonaień będzie stworzenie jeszcze silniejszej surowicy, jakoteż pozabawienie jej właściwości, wywołujących niepożądane, bądźco bądź, objawy następne.

Kol. MALINOWSKI zaznacza, że od 13 lutego r. b. stosował surowicę u 200 dzieci w warszawskim szpitalu dla dzieci. Z liczby tej 100 przypada na błonicę gardła, 100

zaś na błonicy krtani z błonią gardła lub bez niej. Lasecznik LOEFFLER'a sam lub jednocześnie z gronkowcami i paciorkowcami znaleziono w 74% przypadków. Zmarło chorych 23, mianowicie na błonicy gardła 8, na błonicy krtani 15. Tracheotomię wykonano 18 razy, zmarło z tej liczby 6. Śmiertelność wogóle wynosiła 12%, przyczem w miesiącach wiosennych wynosiła tylko 5%, w letnich wzrosła do 8%, a w jesiennych do 12%. W każdym razie jest ona 3—4 razy mniejsza, niż w latach poprzednich, a byłaby zdaniem M. jeszcze mniejsza, gdyby dość wcześnie dzieci przywożono do szpitala. Im młodsze jest dziecko, tem łatwiej ulega powikłaniom; śmiertelną więc większa bywa w pierwszym lub drugim roku życia. Co się tyczy znaczenia laseczników błoniczych w błonach lub śluzie, to przyznając ważne znaczenie badaniu bakteriologicznemu i obecności laseczników w hodowlach, pozwalającej rozpoznać błonicy nawet u takich chorych, u których dla braku objawów klinicznych nie moglibyśmy jej podejrzewać, — M. uznać musi za również ważne objawy kliniczne błonicy, na mocy których rozpoznajemy ją tam, gdzie w hodowlach laseczników nie znajdujemy. Przebieg kliniczny w przypadkach, spostrzeganych przez M., był wogóle podobny do przebiegu, jaki zaznaczył J. Przy ciężkiej postaci błonicy krtani, w parę godzin po zastrzyknięciu surowicy następuje pogorszenie, z powodu którego należy wykonać tracheotomię. Pogorszenie to wywołano jest przez zwiększenie objętości błon rzekomych w drogach oddechowych, będące następstwem działania surowicy. Po zastrzyknięciu surowicy błony prawie zawsze powiększają się, grubieją, twardnieją, a nawet pojawiają się na miejscach dotąd nie zajętych, poczem dopiero mięknią i oddzielają się, pozostawiając owróżdzenie, niekiedy obficie krwawiące. Najwcześniej spostrzegł M. powiększenie błon po 4 godzinach, zwykle po 10—12. Powikłania M. spostrzegał następujące: 1) wysypki rozmaitej postaci, którym niekiedy towarzyszyły bóle stawowe; 2) zapalenie płuc; 3) białkomoc; 4) zapalenie nerek z objawami mocznicy; 5) bóle w okolicy pęcherza i bolesność przy oddawaniu moczu; 6) zaburzenia nerwowo spotykano dość rzadko. Dotychczas niepodobna wnioskować, czy cięższy jest przebieg tych postaci błonicy, w których znajdujemy w hodowlach laseczniki, czy też tych, w których laseczników błoniczych niema, lecz są tylko gronkowce i paciorkowce. Na 8 przypadków zajęcia gardła, zakończonych śmiercią, zanotowano obecność laseczników w hodowlach u 6 chorych, nie było zaś laseczników u 2-ch chorych. Na 9 śmiertelnych przypadków błonicy krtani w 8 znaleziono laseczniki. Zdało się jednak, że najcięższy przebieg mają to postaci błonicy, w których obok laseczników błoniczych istnieją inno jeszcze zarazki. Badając hodowle codziennie, można się przekonać, że obecność laseczników u jednego i tego samego chorego nie jest stałą, a ilość ich nie może nam służyć za wskazówkę w rokowaniu o przebiegu i zezściu choroby. Co się tyczy dawki surowicy, to M. jest zdania, że małe dawki są niekiedy dostateczną do wyleczenia chorego (400—500 jednostek) i takie dawki stosował w początkach ze względów oszczędnościowych. Następnie używał po 1000 jednostek, powtarzając taką ilość po 6—8 godzinach, niekiedy po 48. W ciężkich postaciach błonicy gardła chętniej używa jednorazowo dawek większych, w błonicy krtani woli M. jednak co 10—12 godzin powtarzać dawkę 1000 jednostek, ponieważ po użyciu większej ilości surowicy, wysięk błoniczy w drogach oddechowych zbyt szybko się powiększa, sprowadzając silne zwięźnienie. Przy stosowaniu dawek mniejszych co 12—24 godzin, przebieg błonicy krtani daleko jest lepszy i oddzielenie błon rzekomych następuje stopniowo. Wogóle M. doszedł do przekonania, że ponieważ mniejsze dawki surowicy okazują się skutecznymi, nie należy używać zbyt wielkich ilości tego leku. W każdym razie dawka zależna jest od natężenia choroby, czasu jej trwania i wieku chorego. Następnie M. zaznacza, że 1) uwzględniając literaturę niemiecką, kol. J. nie wspomina o wynikach leczenia surowicą, ogłoszonych dotychczas w pismach lekarskich polskich. 2) J. zbyt wielkie znaczenie przypisuje lasecznikom błonicy, pomimo, że w pewnej liczbie przypadków, niewątpliwie natury błoniczej, laseczników w hodowlach nie znajdujemy. Mogłoby to niejednego lekarza powstrzymać od zastosowania surowicy w tych postaciach błonicy gardzieli lub krtani, w których laseczników w hodowlach nie było; tymczasem surowica okazuje się niewątpliwie skuteczną w krupach kataralnych (*laryngitis catarrhalis* bez laseczników) i w ciorpieniach gardła, klinicznie jako błonica rozpoznawanych, pomimo nieobecności laseczników w hodowlach. 3) Badanie laryngoskopowe u dzieci niezawsze jest możliwe. Ważną zapewne jest rzeczą wykrycie nalotów w krtani lub tchawicy, lecz i to nie rozstrzyga o naturze błoniczej choroby. Musi to być nalot „krupowy“, wysięk na powierzchnię błony śluzowej, jak to bywa w postaciach czystych krupów (*laryngitis*

crouposa), które, jakkolwiek dziś niezwykle rzadko się spotykają, istnieją niewątpliwie i stanowią postać kliniczną, różną zupełnie od błonicy. Ważniejsze jest tu badanie hodowli na laseczniki, gdyż wykrywamy te ostatnie niekiedy u takich chorych, u których badanie laryngoskopem nie wykrywa wysięku w krtani i tchawicy, a objawy kliniczne nie pozwalają na rozpoznanie ściśle. 4) J. twierdzi, że błony odpadają dopiero wtedy, gdy pod nimi odrodzi się już nabłonek. Może to być tylko przy powierzchniowych, nabłonkowych, cieniutkich błonach. Przeciwnie, błona dyfterytyczna składa się z wysięku i tkanki, uległej zgorzeli, i po jej oddzieleniu pozostaje owrzodzenie, niekiedy krwawiące obficie i zawsze zablizniające się zapomocą ropienia. Na takich owrzodzeniach powstają niekiedy naloty wtórne, dosyć grube, nietyło z powodu zakażenia owrzodzenia, ile jako dalszy ciąg obumarcia tkanki zakażonej. 5) W pracy J. spotyka M. wyrażenie, które nie wydaje mu się odpowiednim, mianowicie wyrażenie: „gojenie się błonicy“, i uważa za stosowniejsze: „leczenie błonicy“, a natomiast proponuje: „gojenie się owrzodzeń błonicych“. Na zasadzie otrzymanych wyników, M. uważa surowicę jako najdzielniejszy środek leczniczy w błonicy, dzięki któremu najcięższe przypadki mogą być ocalone. Surowica czyni zdaniem M. zbyt częstym użycie środków miejscowych; jedynie płukania i inhałacje obojętne mogą być stosowane. Wewnętrznie używa środków pobudzających i wykrztuśnych. Co do wartości leczniczej surowicy, to obecnie, gdy każdy flakon, bez względu na objętość, zawiera 1000 jednostek ochronnych, M. uważa wszystkie gatunki surowicy za równie dobre.

W odpowiedzi kol. JANOWSKI zaznacza, że kol. WOLBERG niesłusznie był zdania, iż autorowie podają za termin wystąpienia wysypki po surowicy, koniec drugiego tygodnia po jej zastrzyknięciu. Wszyscy bowiem zaznaczają, że bardzo znaczna większość wysypek występuje w ciągu pierwszego tygodnia, mianowicie ku jego końcowi, jak to kol. W. w przypadkach swoich spostrzegał. Kol. MALINOWSKIEMU J. odpowiada, że aczkolwiek ani na chwilę nie wątpi, że wszystkie 200 przypadków, jakie spostrzegał, mogły być istotnymi błonicami, to jednak przy stawianiu wniosków naukowych korzystać można tylko z 74% przypadków, gdzie rozpoznanie błonicy stwierdzone zostało bakteriologicznie, a więc około 150 przypadków. Idzie tu mianowicie o trzymanie się powszechnie przyjętej zasady w zapatrywaniu się na to, co przy ocenie działania surowicy należy za prawdziwą błonicę uważać. Skoro wszyscy uważają za taką tylko przypadki ze stwierdzoną bakteriologicznie obecnością laseczników LOEFFLER'a, należy więc nam trzymać się tej samej zasady. Inaczej stracimy prawo do porównywania naszego materiału z obcym i możemy się narazić na zarzut, iż leczymy surowicą różne choroby, a otrzymane przytem dane, naturalnie zbyt korzystne, przenosimy na błonicę.

J. zaznacza, iż kol. M. niesłusznie zalicza do swej statystyki przypadki, w których nalotów błonicych nigdzie nie było, a w których znaleziono laseczniki swoiste w śluzie z jamy ust. Przy takim postępowaniu możnaby zebrać zawsze materiał znacznie większy od istotnego, gdyż wielu ludzi może mieć w ustach laseczniki LOEFFLER'a, nie chorując na błonicę. Jeżeli wogóle robić takim osobnikom zastrzyknięcie surowicy, to należy się na nie zapatrywać, jako raczej na zapobiegawcze. Rzecz prosta, iż w takim razie przypadki te, przy ocenie działania surowicy na rozwiniętą już błonicę, pod uwagę brane być nie mogą.

Dalej zaznacza kol. J., że nie może pojąć zasady, dla której kol. M. uważa za pierwszy korzystny wynik działania surowicy zgrubienie błon, występujące w ciągu pierwszej doby po dokonaniu zastrzyknięcia. Zgrubienie błon i występowanie ich na niezajętych przedtem miejscach uważać należy za zwykły objaw posuwania się dalej co do nateżenia, względnie zaś i co do rozciągłości sprawy zapalnej w błonie śluzowej. Jeżeli ma to miejsce w ciągu pierwszej doby po szczepieniu surowicy, wynika stąd, iż leczony przypadek miał znaczną skłonność do pogarszania się wogóle, skoro stało się ono już tak widoczne w ciągu owej jednej doby, w której surowica swego wpływu leczniczego na ognisko chorobowe przejawić jeszcze nie zdążyła. I wszyscy autorowie tak się na rzecz tę zapatrują. Wpływ leczniczy surowicy polega jedynie właśnie na zatrzymaniu sprawy w tym okresie, w jakim choroba już się była znajdowała, zanim surowica działała zaczęła. Na to ostatnio potrzeba 1—1½ doby. W ciągu tego więc czasu objawy zdaniem J. mogą się jeszcze posuwać dalej tylko wskutek niezamąconego jeszcze przebiegu prawidłowego sprawy chorobowej. J. sądzi, że zgodziwszy się na zdanie w tym względzie kol. M., nie powinniśmy się bezwarunkowo zgadzać

Zarzut kol. M., że kol. JANOWSKI nie uwzględnił w swym odczycie prac polskich, mówca uważa za niesłuszny. Odczyt kol. J. napisany, a nawet wygłoszony był wtedy, kiedy w literaturze polskiej ogłoszona była tylko jedna w tej kwestyi praca, a mianowicie kol. M. Nie mógł jej jednak przytoczyć ze względów poczucia sprawiedliwości. Gdyby ją wymienił, musiałby uwzględniać całą literaturę, czego przecież nie zrobił. Powoływał się tylko na trzy najcenniejsze w tym kierunku prace z literatury zagranicznej, i to tylko w tych miejscach, gdzie było to niezbędne. Naprzykład z powodu wyjątkowego doświadczenia BAGINSKY'ego co do wysypek, powołał się na niego; z HEUBNER'a zaś skorzystał, szukając podstaw realnych do wniosków o wpływie surowicy na przebieg ciepłoty. Zdaniem J., niesłusznie kol. M. twierdzi, że J. każe czekać ze szczepieniem surowicy aż do otrzymania wyniku badań bakteriologicznych. Kol. J. żąda tylko, aby przed otrzymaniem wyniku tego badania, przypadek nie był do materiału naukowego zaliczony, ale k a t e g o r y c z n i e, i to kilkakrotnie, w odczycie swoim zaznaczył, że każdy przypadek błonicy powinien być leczony surowicą od pierwszej chwili rozpoznania jej klinicznego. Wreszcie dwóch zdań co do tego być nie może, nawet gdyby ktoś zapatrywał się na istotę działania surowicy inaczej, niż kol. J. Przy jego zaś poglądzie, który jest wreszcie zgodny z ogólnie przyjętymi, byłoby inno postępowanie wprost niezrozumiałe.

Kol. KORAL zaznacza, że w oddziale jego w szpitalu dla dzieci starozakonných, zaszczepiono surowicę przeciwbłoniczą ogółem 75-iu dzieciom, a mianowicie od początku lutego do maja 27-iu dzieciom, poczem, z powodu gruntownego odnowienia sal szpitalnych, nastąpiła trzymiesięczna przerwa, i wreszcie od sierpnia do 28 października 48-iu dzieciom. Z liczby tej zmarło 11-ro dzieci, czyli to odsetka śmiertelności wynosiła 14,5%, t. j. mniej więcej równa tej, jaką spostrzegano i w innych szpitalach. Przypuszczalnie jednak śmiertelność byłaby mniejszą, gdyby nie ta okoliczność, że w ostatnich miesiącach sprowadzano do oddziału chorych z błonicą krtani nawet z odległych miejscowości, zwłaszcza z Brześcia Litowskiego, gdzie błonica rozwinęła się w gwałtowny sposób, i do tego nioraz w stanie rozpaczliwym, niemal *in extremis*. Co się tyczy całego przebiegu choroby, to mniej więcej przedstawiał się on tak, jak u chorych kol. J. Na dwa tylko punkta chciałby K. zwrócić uwagę, a mianowicie: iż w wysypka podobna do szkarlatynowej, którą spostrzegał w 6 przypadkach, nie ukazywała się,

jak u kol. J., w końcu pierwszego tygodnia, lecz około 3—4-go dnia po zastrzyknięciu; a następnie, że, wbrew mniemaniu kol. J., utrzymującego, podobnie jak i BAGINSKY, iż karbol, znajdujący się w surowicy, nie pociąga za sobą żadnych skutków ujemnych. sam spostrzegał po zastrzyknięciu surowicy w jednym przypadku typowe objawy zatrucia karbolem ze znaczną gorączką, charakterystycznym moczem i t. d.; przypadek ten na szczęście zakończył się pomyślnie. Z tego też powodu K. utrzymuje, że przebieg choroby po zastrzyknięciu zależny jest przynajmniej w pewnym stopniu od gatunku surowicy; największą bowiem ilość powikłań oraz przypadków śmierci spostrzegał po surowicy wyrobu petersburskiego, w której, jak wiadomo, w każdej flaszeczce, zawierającej 17 ctm. szc. (1000 jednostek uodparniających), znajduje się 0,5 karbolu; gdy tymczasem po surowicy Roux (z kamforą) oraz warszawskiej, przebieg był daleko pomyślniejszy, niemal bez powikłań. W końcu K. zwraca uwagę kol. WOLBERGA, że odsetka śmiertelności 30% przy dawniejszych metodach leczenia błonicy, którą to cyfrę uważa on za maksymalną, w rzeczywistości jest zbyt małą, albowiem w rozmaitych szpitalach w większych miastach Europy wahała się ona pomiędzy 35% a 60%, w szpitalu zaś dla dzieci starozakonnych średnia odsetka śmiertelności z błonicy i krupu wynosiła za ostatnio 15 lat 47%.

Kol. JASIŃSKI nadmienia, że mówić będzie tylko o przypadkach pewnych kol. MALINOWSKIEGO, a tych jest 152. Procent śmiertelności do lipca = 10,6%, później zaś 13,4%. Wahanie te przemawiają zdaniem J. za słabszą epidemią do 1-go lipca i mocniejszą jesienną. Ten sam stosunek daly przypadki tracheotomowane. Wyprowadzać przeto ścisłych wniosków co do śmiertelności nie można. Tracheotomię należy wykonywać w najrozpaczliwszych nawet przypadkach, i J. dziwi się, dlaczego w 13-om spostrzeżeniu JANOWSKIEGO nie wykonano tracheotomii. Podnosi również J. trudność laryngoskopowania u dzieci i zwraca uwagę na niepewne dane z badań laryngoskopowych. Dalej J. zaznacza, że sam spostrzegał, szczególnie u dzieci starszych, powiększanie się błon i wtórne ich zjawianie się, co stawia w zależności od surowicy, przyczem zaznacza, że przy obrzęku głóśni rokowanie jest wątpliwe. Zjawienie się nalotów wtórnych może być zależne od zaraźliwości oddzielających się błon, na co ma dowód w zarażaniu się brzegów rany po tracheotomii. W końcu J. przytacza przypadek ropnia pozagardzielowego, w zawartości którego znaleziono mnóstwo laseczników LOEFFLER'a. Przypadek ten zakończył się szczęśliwie.

Kol. JANOWSKI odpowiada, że zgrubienie błon i obrzmienie błony śluzowej mogło zależeć nie od zachowanej jeszcze wysokiej jadowitości odpadających błon, lecz przeciwnie, od wielkiej wrażliwości na ten zarazek odpowiednich osobników, a to tembardziej, że uodpornienie ich dokonywane było tak małymi dawkami surowicy, że za dostateczne kol. JANOWSKI uważać go nie może. Poparciem tego poglądu jest dla kolegi JANOWSKIEGO ten fakt, że sam nigdy nie podobnego nie spostrzegał dlatego tylko, że używał dużych dawek surowicy. Nie surowica wywołuje obrzmienie błony śluzowej i zgrubienie nalotów, tylko zbyt mała jej dawka nie zapobiega dostatecznie tym objawom dalszego rozwoju choroby.

Ze kol. JASIŃSKI widział znaczne wahanie w odsetce śmiertelności przypadków z różnych miesięcy, to wydaje się kol. JANOWSKIEMU zupełnie naturalnem. Z tych dość szerokich wahań wytworzy się z czasem, a nawet w części już wytworzyła się odsetka przeciętna śmiertelności z błonicy przy leczeniu jej surowicą. Wszak cyfry, otrzymane początkowo przez kol. M. i przez kol. J., nie mogą być ani na chwilę brane za przeciętne; są zbyt małe, co sam kol. JANOWSKI zawsze zaznacza. I tak jednak, pomimo owego znacznego podniesienia się obecnie odsetki śmiertelności, jest ona teraz jeszcze stosunkowo bardzo niską, a przypadki, tak jaskrawo obecnie przez kol. JASIŃSKIEGO opowiedziano, najlepiej świadczą o znakomitem działaniu surowicy.

Ze rokować należy przy cięższej epidemii ostrożnie, to się rozumie. Ze laryngoskopować dzieci można nie zawsze dokładnie, z tem kol. JANOWSKI zgadza się; ale żeby w bardzo poważnej odsetce przypadków zrobić tego nie można, temu przeczy. Z pomiędzy jego przypadków kol. DMUCHOWSKI nie mógł zbadać w tym kierunku tylko jednego. Ze przypadek N. 13 w spostrzeżeniach kol. J. nie był tracheotomowany, tego sam żałuje. Nie zależało to jednak tylko od niego, ale i od chirurga.

Co do przypadku ropnia pozagardzielowego, w którym stosowano surowicę, uważa go kol. JANOWSKI za bezpodstawowo zaliczony do statystyki błonicy, leczonej surowicą. Wpływ ropnia na stan dziecka, i to zarówno ogólny przez zatrucie go z ogniska ropnego, jak i mechaniczny przez zwiększenie światła dróg oddechowych, zo-

stał zniszczony z chwilą otwarcia ropnia. Surowica nie miała tu już nic do zrobienia; wiemy, że wpływ ogólnie-zakażający ropni na ustrój ustępuje zawsze sam, skoro tylko ropień otwieramy. Jest to wreszcie jeden z licznych przypadków, branych niesłusznie w statystyce pod uwagę.

Kol. MALINOWSKI powtórnie zaznacza, że po zastrzyknięciu surowicy, błony powiększają się nie tylko na grubość, ale i na szerokość, a nawet powstają na miejscach, gdzie ich dotąd nie było. Toż samo ma miejsce w błonie krtani, a takie powiększenie zwężenia dróg oddechowych spostrzegaliśmy dawniej przy leczeniu terpentyną wewnętrznie po łyżecze. Co do zarzutów kol. J., że w pracy swej pomieścił niepotrzebnie przypadek ropnia pozagardzielowego, w którym w ropie znaleziono łaseczniki błonnicze, a który leczony był surowicą, M. nadmieniam, że ropnie pozagardzielowe lub ropne zapalenie migdałów niekiedy towarzyszą błonicy. Chory zaś, o którym mowa, w początku choroby prawdopodobnie miał w gardzieli naloty, a ropień wytworzył się w następstwie. Wobec niewątpliwie błonniczej natury cierpienia, chory leczony był surowicą i zaliczony do odpowiedniej kategorii.

Kol. JANOWSKI odpowiada kol. MALINOWSKIEMU, że nie może przecież być najmniejszej analogii między działaniem terpentyny i surowicy, chociażby dlatego, że terpentyna jest środkiem zwykłym i o bardzo wysokich własnościach drażniących miejscowych, a surowica jest środkiem swoistym i nie posiada żadnych własności miejscowo drażniących, przeciwnie zaś, posiada własności między innymi i miejscowo kojące.

Kol. DOBROWOLSKI zaznacza, że laryngoskopować w przypadkach kol. J. niezawsze się udawało, i wnioskuje, że badanie wziernikiem krtaniowym musiało być uskuteczniane przy pomocy szpatła FRAENKEL'a; wtedy dość łatwo można obejrzeć górną część krtani do strun fałszywych; lecz części, leżące poniżej tych ostatnich, oraz struny prawdziwe zwykle pozostają niewidoczne. Najodpowiedniejszym sposobem laryngoskopowania dzieci jest według D. badanie, jak u dorosłych, przy pomocy wyciągania języka, owiniętego płatkami. Wogóle laryngoskopowanie dzieci należy do zadań nie łatwych i wymagających ciągłej wprawy na obfitym materiale. Laryngolodzy, nawet tej miary, co SCHROETTER, twierdzą, że zbadanie krtani dzieci, czy to wskutek stosunków anatomicznych, czy patologicznych, częstokroć jest niemożliwe. Przeciwnie zdanie wygłasza RAUCHFUSS z Petersburga, który, przy ciągłej wprawie w laryngoskopowanie dzieci, doszedł do takiej doskonałości, że tylko w razach wyjątkowych badania nie wykonywał.

W odpowiedzi kol. JANOWSKI zaznaczył, że z przypadków jego laryngoskopowania 46, t. j. wszystkie; mówił także, że niezawsze można było widzieć struny głosowe. Dodał przeto, że badanie odbywało się istotnie przy użyciu szpatła FRAENKEL'a.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Przyczyny rozszerzenia żołądka spoczywają, jak wiadomo, nie tylko w zwężeniu odźwiernika, lecz i w pierwotnym osłabieniu czynności warstwy mięśniowej żołądka. Stan ten różni się od zwykłej atonii tem, że chory narząd i po wydaleniu zawartości pozostaje rozszerzonym. Rozpatrując tę postać rozszerzenia żołądka, d-r WEGELE dochodzi do następujących wniosków: 1) rozpoznanie atonicznego rozszerzenia i nieomogoty ruchowej żołądka opiera się na danych następujących: a) przy przemywaniu żołądka rano stale znajdują się resztki pokarmów, przyjętych na próbą a nieobfitą wieczerną; b) znaczne zmniejszenie się dobowej ilości moczu; c) stwierdzenie rozszerzonych granic żołądka przez opukiwanie po wypełnieniu

wodą albo rozcieńczeniem kwasem węglanym lub powietrzem; 2) główne niebezpieczeństwo w rozszerzeniu żołądka zależy od utraty woli przez tkanki skutkiem nieomogoty ruchowej, nadto zaś od niedostatecznego odżywiania całego ustroju; 3) leczenie polegać winno na utrzymaniu ściśle suchej diety, nadto zaś na stałym dostarczaniu wody w obfitej ilości przez kiski (względnie łatwej odżywce); oprócz tego dla uwolnienia żołądka od jego zawartości konieczne są codzienne dokładne przemywania żołądka; 4) w charakterze środka pomocniczego można stosować elektryczność i mięsienie, a także dążyć do poprawy chemizmu trawienia żołądkowego; 5) przy zabiegach powyższych atoniczne rozszerzenie żołądka można

w przypadkach niezastarzających całkowicie wyleczyć, kiedy atonia w nieznacznym jeszcze stopniu pozostaje. W przypadkach zaś uporczywych można się uciec do zabiegów chirurgicznych: zmniejszenie żołądka przez utworzenie fałdy (według BICHER'a) albo też gastroenterostomia; 6) powyższą metodę z pożytkiem można zastosować także w przypadkach rakowatego zwężenia odźwiernika, niepodlegających operacji. (Therapeut. Monatsh. 1895 № 10).

W. M.

— Zdaniem d-r MOUNET'a podskórna dawka akonityny 0,009 zabija dużego konia w półgodziny przy objawach zaduszenia. Co do ludzi, to mniejsze dawki wywołują objawy zatrucia. Według d-ra JASIEWICZA, środka tego nie należy dawać w pigułkach, ponieważ alkaloid ten w tej postaci może się nierównomiernie rozdzielić. Przepisywać należy akonitynę w roztworze 0,00008—0,0001. (Sem. médic. 1895 13 marca).

W. M.

— CORIN (Lüttich) gorąco poleca digitoksynę w zapaleniu płuc włóknikowem. Dokładnie sprostreganych przypadków autor miał 26, w tej liczbie 2 zejścia śmiertelne. W 19 przypadkach C. miał pewność, że leczenie zaczęto w pierwszych 36 godzinach od początku choroby; z tych w 3 przypadkach chorzy zwyrodniali przyjętą digitoksynę, w 16 zaś—spra-

wa w płucach zakończyła się po 24—36 godzinach. Środek ten C. stosuje w następującej postaci: *Digitoxini* MERCK'a 0,003, *chlorof.*, *alcohol. aa q. s. ad solutionem, aquae destillatae* 200,0. *MDS.* Użyć na trzy razy co 6—8 godzin. Aby uniknąć wymiotów, C. zaleca przed i po użyciu digitoksyny w ciągu godziny nie jeść i nie pić, leżeć w łóżku, a także zimne okłady na brzuch. (Therapeut. Wochenschr. 11 sierpnia 1895).

W. M.

— OSSWALD czynił badania nad ilością kwasu solnego w soku żołądkowym u chorych na blednicę. W kilka godzin po śniadaniu próbnem wydobywał sok żołądkowy i określał ilość kwasu solnego. Autor wykonał 101 badań na 16 chorych. Otrzymane wyniki tak się przedstawiają: 1) ilość kwasu solnego bynajmniej nie jest zmniejszona, jak to często twierdzą, lecz bardzo często zwiększona; *hyperacidit. hydrochloric.* znajdujemy w 95% przypadków; 2) zaburzenia w trawieniu przy blednicy nie zależą więc od braku kwasu solnego lub niedowładu żołądka; 3) należy zarzucić nieuzasadnione stosowanie w każdym przypadku kwasu solnego; 4) teoria, wiążąca powstawanie blednicy ze zmniejszoną ilością kwasu solnego, nadal utrzymywać się nie może. (Deut. Medic. Zeit. 7 X. 95).

W. M.

Wiadomości bieżące.

— „Le Bulletin médical” podaje niektóre dane co do środków, jakimi rozporządza Instytut PASTEUR'a w Paryżu. Instytut ten jest właściwie instytucją prywatną i posiada swój samorząd; jednakże z uwagi na wielką korzyść, jaką oddaje społeczeństwu, jest równocześnie pod opieką państwa, a mianowicie ministerium spraw wewnętrznych. Sprawami Instytutu zajmują się osoby, które brały udział przy jego zakładaniu. Osoby te wybierają radę Instytutu i zatwierdzają rachunki. Dochody Instytutu składają się: 1) z odsetek zebranej ze składek sumy, stanowiącej obecnie 1,200,000 fr.; 2) z zapomogi, otrzymywanej w ilości 20,000—30,000 fr. od ministerium rolnictwa; 3) z funduszów, udzielanych przez ministerium oświaty, które płaci pensje tym osobom pracującym w Instytucie, które przedtem pracowały w szkole Nauk Wyższych; 4) z dochodów ze sprzedaży weterynarzom rozmaitych szczepionek, co stanowi około 20,000 fr. na rok; 5) z opłat od uczących się w Instytucie.

— Niektóre uniwersytety Cesarstwa ołpowiedziały twierdząco na zapytanie ministerium oświaty co do konieczności zakładania przy uniwersytetach pracowni psychologicznych. Profesorowie zaś uniwersytetu kijowskiego zrobili nawet podanie do ministerium, o wyasygnowanie na ten cel jednorazowo 4 do 5 tysięcy rubli i 500 rubli corocznie.

— Włoski minister spraw wewnętrznych wydał rozporządzenie, zakazujące obecnie sprzedaży i użycia surowicy przeciwgruźliczej prof. MARAGLIANO w Genui, dopóki wyższa rada lekarska nie wyda swego orzeczenia o wartości nowego tego środka leczniczego; zezwolił jednak, aby sam MARAGLIANO robił pod własną odpowiedzialnością dalsze z nią doświadczenia lecznicze.

— Rada miasta Paryża postanowiła bulwar *Vaugirard* nazywać odtąd bulwarem PASTEUR'a. Na bulwar ten prowadzi ulica *Dutot*, na której znajduje się Instytut PASTEUR'a.

Sprostowanie. W № 45 „Medycyny” „wydzielanego” powinno być „wydechanego.”

WYDAWCA Dr. L. Gurznowski.

na stronie 929 w wierszu 15 od dołu zamiast

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.