

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Cięcie przełyku (Oesophagotomia), podał prof. Julian Kosiński. (Dokończenie). — O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia, podał d-r med. H. Higier. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 29. W sprawie szybkiego rozpoznawania łasiecznika błonniczego. 30. W sprawie stosowania surowicy przeciwbłoniczej. 31. W sprawie uodparniania ustroju przeciw błonicy zapomocą podskórnych zastrzyków surowicy swoistej. 32. Badania nad trwałością ochronnego szczepienia surowicą przeciwbłoniczą. 33. O stosowaniu lecniczem zaczynu dyastatycznego. — Zjazd syfilidologów w Petersburgu. Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski. (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Prof. J. Kosiński — Un cas d'oesophagotomie. 2) D-r H. Higier — Sur des formes rares de maladies héréditaires et familiales du cerveau et de la moelle épinière.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. J. Kosiński — Ein Fall von Oesophagotomie. 2) D-r H. Higier — Ueber seltene Gestalten hereditärer Gehirns- und Rückenmarkskrankheiten.

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

Cięcie przełyku

(Oesophagotomia),

podał prof. JULIAN KOSIŃSKI.

(Dokończenie. — Zob. N. 9).

Przypadek opisany nasuwa mi parę uwag, które pozwolę tu sobie wypowiedzieć, a mianowicie:

1) Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że długie pozostawanie (przez 38 dni) guzika uwięzionego w przełyku nie zrządziło w jego ścianie większych zmian, które mogłyby zagrozić przedziurawieniem z wszelkimi cięższymi następstwami takiego przedziurawienia, jak zatokami ropnemi, krwotokiem i t. p.; tłomaczyć to się daje tem, że guzik mając gładkie i tępe brzegi, nie mógł ranić błony śluzowej tak bardzo, jakby to uczyniło ciało o nierównych i bardziej ostrych brzegach lub powierzchni. Będąc zaś wypukły z jednej strony, a wklęsły z drugiej, umiesciwszy się w błoniastym i dość rozciągliwym przewodzie, guzik nie wypełniał go całkowicie, lecz pozostawiał drogę, przez którą płynne pokarmy, podawane przez usta, mogły choć częściowo dostawać się do żołądka. Ta sama okoliczność wytłomaczyć może i wprowadzenie zgłębnika do żołądka bez napotkania wyraźnej w przełyku przeszkody, co jako-

by miało miejsce podczas pobytu dziecka w szpitalu dla dzieci, gdzie w ten sposób poszukiwano bezskutecznie obecności guzika. Niewiem jednak napewno, czy zabieg ten miał miejsce czy, nie, i jeżeli był robiony, to niewiem, jakiego przytem użyto zgłębnika. Jeżeli jednak w istocie zgłębnik był wprowadzony i przeszkody nie znaleziono, to chociażby i cienki tylko zgłębnik był użyty, można powątpiewać, czy w istocie dostał się on był do żołądka; czy przypadkiem nie poszedł on do tchawicy. Kto często stosował zgłębnik żołądkowy, wie, jak łatwo zamiast do przełyku trafić nim do tchawicy, a przy małym doświadczeniu łatwo nawet pozostać w tem mniemaniu, że się było w żołądku. W przypadku opisanym tem łatwiej to było zrobić, iż dziecko kaszłało, krztusiło się, kręciło i wszystko co mogło robiło, aby przeszkodzić dokonaniu tej przykrej dlań operacyi.

2) Druga uwaga, jaką przypadek opisany nasuwa, a którą pragnąłbym tu wypowiedzieć, odnosi się do użycia chloroformu dla celów dyagnostycznych. Uśpienie chorego aż do zupełnego znieczulenia i ubezwładnienia mięśni, jest w praktyce lekarskiej wogóle, a w chirurgicznej specyalnie dla ścisłego zbadania i rozpoznania choroby środkiem nader ważnym. Uciekam się do tego środka bardzo często i w klinice przy każdej sposobności przedstawiam słuchaczom moim te częste i liczne przypadki, w których świetne otrzymują się korzyści w rozpoznaniu choroby tylko dzięki uśpieniu chorego, u którego niema sposobu przy zwykłym badaniu przekonać się dokładnie o istocie choroby, a często nawet niemożna żadnego powziąć wyobrażenia, o co rzecz chodzi, zanim się chorego nie wprowadzi w stan zupełnego uśpienia.

We wszystkich tych przypadkach, gdzie dla rozpoznania choroby potrzebne są bardzo szczegółowe rękoczynny, gdzie całe rozpoznanie opiera się na dokładnem omacaniu chorego, lub części jego chorej, na nadaniu choremu potrzebnego położenia, na biernych poruszeniach całego ciała lub kończyn w rozmaitych kierunkach, nie można tych czynności dokonać na chorym z pożądanym skutkiem inaczej, jak tylko przy zupełnie spokojnem zachowaniu się chorego, przy całkowitem ubezwładnieniu układu mięśniowego. Wszystkie prawie choroby chirurgiczne głębsze, niewidzialne dla wzroku lekarza, muszą być badane ręcznie, o ile dla ręki chirurga mogą być dostępne. Ręka chirurga i subtelny jej dotyk pozostanie zawsze najważniejszym jego rozpoznawczem narzędziem. A ponieważ czynności tych ręcznych nie można dopełnić z całą ścisłością inaczej, jak tylko przy zachowaniu się mięśni chorego w zupełnie biernym i spokojnym stanie, najmniejszy zaś ból wywołany dotknięciem miejsca chorego powoduje skurcz odruchowy i naprężenie mięśni, przeto bardzo często badanie bez biernego zachowania się chorego nie prowadzi do celu i czyni rozpoznanie albo zupełnie niemożliwem, albo nie dość pewnem. Nadto u osób wrażliwych, a szczególnie u dzieci bojaźliwych, niespokojnych, płaczących z powodu bólu lub też ze strachu, przeszkoda do dokładnego badania ręcznego staje się tak wielka, że bez uśpienia takich chorych niema żadnej możności wyprowadzenia pewnych wniosków dyagnostycznych. Choroby zapalne stawów, głębokie ropnie, obrażenia kości, złamania i zwichnięcia, rany, przetoki, ciała obce w ciele, guzy nowotworowe w jamie brzusznej, choroby dróg moczowych i wiele innych, — u bardzo wielu chorych mogą być dokładnie zbadane tylko po zachloroformowaniu chorego. W przypadku powyżej opisanym chloroform, ułatwiając dokładne omacanie „szyi, roz-

strzygnął wszelkie wątpliwości, dając możność wykazać, gdzie guzik się znajduje.

3) Trzecia wreszcie uwaga, jaka się daje z powyższego przypadku wyprowadzić, jest nieco szerszej natury, w zakresie medycyny praktycznej. My lekarze, w ostatnich szczególnie dziesiątkach lat, jesteśmy w ciągłej niejako pogoni za wynalazkami, za odkryciem czegoś, co nam da możność leczyć nieuleczalne choroby i powstrzymywać i zwalczać epidemie i rozpoznawać najtrudniejsze przypadki w sposób, że tak powiem prawie automatyczny, bez stosowania ścisłej metody badania i włożenia większej dozy kombinacji i zimnej rozważi. Stąd zapalamy się zbyt szybko do nowych środków leczniczych, których skuteczność niedostatecznie jeszcze została wypróbowana, do nowych teorii zręcznie postawionych, lecz doświadczeniem dłuższem nie stwierdzonych, do nowych przyrządów, mogących ułatwić rozpoznawanie chorób. Codziennie prawie nowe w tym kierunku odkrycia dowodzą, bez zaprzeczenia, ciągłego postępu, ciągłego dążenia do doskonałości tak w sztuce lekarskiej, jak i na każdym innym polu i przeciw tej chęci doskonalenia się nikt chyba powstawać nie może. Ale długoletnia praktyka moja pozwala mi zrobić uwagę następującą; oto zbytńia pohopność do innowacji, częst o prowadzi za sobą zbyt łatwe zapomnienie i zaniedbanie tego, co mieliśmy przed tem i co było, jeżeli nie doskonałe, to częstokroć lepsze, niż to, za co się nieraz entuzjastycznie chwytamy. W sztuce lekarskiej kierunek taki jest niebezpieczniejszy, niż na każdym innym polu, gdyż nigdzie tak łatwo nie schodzi się z prostej drogi na manowce, jak przy łóżku chorego, jeżeli tylko ściśle metodę badania i rozważną obserwację poświęci się dla stosowania wyłącznie jednego, chociażby i wybornego, sposobu rozpoznawczego, jednej teorii, lub jednego środka lekarskiego. W przytoczonym przypadku błędne rozpoznanie powstało poniekąd dlatego, że przypadek ten wydarzył się w epoce znakomitego odkrycia promieni RÖNTGEN'a; nie dlatego, broń Boże, aby prześwietlanie promieniami X. było środkiem złym, bałamutnym i nieprowadzącym do celu, lecz dlatego, że licząc zbytńio na niezawodność jego, zaniedbano naturalnych, prostszych sposobów, utartej metody badania, gdy tymczasem prześwietlanie promieniami RÖNTGEN'a w tym przypadku, dla takich lub innych powodów nie wyświetliło istoty rzeczy. Toż samo stać się może i staje się tam, gdzie lekarz zbyt zaufa jednemu środkowi rozpoznawczemu, chociażby ten był bardzo dobry i może najlepszy ze wszystkich innych, wchodzących w wielki aparat środków potrzebnych do metodycznego badania chorób. Cystoskop jest to wyborne narzędzie, a nierazko popełniono z nim błędy rozpoznawcze przez to, że rozpoznanie opierało się zańadto wyłącznie na obrazie przezeń osiągniętym. Czyż mało błędów popełnił anatomo-patolog, rozpoznając nowotwór wyłącznie przy pomocy mikroskopu, nie wiedząc, w jakiej części ciała, w jakiej tkance on powstał, nie mając żadnych danych z klinicznego przebiegu sprawy; a przecież to nie zmniejsza znaczenia tak ważnego i pożytecznego narzędzia rozpoznawczego, jakim jest mikroskop.

Wypowiedziałem tu tę krótką uwagę moją z powodu przytoczonego przypadku polknięcia guzika, nie dlatego, abym w nowych odkryciach nie widział ciągłego postępu w naszej nauce, nie dlatego, abym stosowanie prześwietlania RÖNTGEN'owskiego w celach rozpoznawczych uważał za sposób niepotrzebny lub zbytćny, wielkie to bowiem odkrycie już daje, a z cza-

sem, niezawodnie, da więcej jeszcze ułatwień lekarzowi do wyjaśnienia trudnej nieraz sprawy; lecz jedynie powodowanym będąc tymi licznymi objawami entuzjastycznego prawie rzucenia się lekarzy w jednym li tylko kierunku za nowym środkiem, czy to rozpoznawczym, czy też leczniczym, co z krzywdą nieraz wypada dla chorego, z krzywdą i pewnem upokorzeniem dla stanu lekarskiego. Przypomnijmy tylko niedawne a tak ogólne prawie rozgorączkowanie się lekarzy tuberkuliną, która takie fiasko zrobiła, zabrawszy sporo ofiar z pomiędzy cierpiących na gruźlicę chorych; a dlaczego? dlatego że zbyt pohopnie uwierzyliśmy powadze i chcieliśmy od razu przerzucić się do nowego, niestety tylko pozornie zbawczego, środka leczniczego bez zdrowej krytyki, bez dłuższej rozważnej obserwacji, odrzuciwszy na stronę i pozostawiając po za sobą to wszystko, co było przedtem, a z czego zadowoleni nie byliśmy.

O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia.

Podał D-r med. H. HIGIER.

(Ciąg dalszy—Zob. N. 9).

W naszych przypadkach nie może być mowy ani o wrodzonej diplegicznej sztywności członków, ani o porażeniach porodowych, ani wreszcie o nabytem ostrem porażeniu mózgowym. Wogóle zdaje się, że skłonność do obustronnych cierpień mózgowych wygasa już w bardzo wczesnym wieku. „Zadziwiająca jest okoliczność“, mówi SACHS⁸⁾ w swojej monografii o dziecięcych porażeniach mózgowych, „że dotychczas nie spostrzegałem ani jednego przypadku diplegii spastycznej lub paraplegii pochodzenia mózgowego, któryby powstał po czwartym roku życia“.

A jednakże nie możemy naszego spostrzeżenia zaliczyć do żadnej innej grupy chorobowej, jak właśnie do grupy „diplegii pochodzenia mózgowego“, pomimo to, że diplegia z objawami mózgowymi zaczęła się rozwijać w 12-ym, względnie w 7-ym roku życia. Jako szczególne osobliwości diplegii tego rodzaju, w przeciwieństwie do cech wyżej wymienionych, uważałbym: powolny, nie ostry początek, przewlekłe postępujący przebieg, wystąpienie w wieku młodzięcym i w postaci cierpienia rodzinnego, brak momentów etyologicznych oraz zwykłych objawów podrażnienia mózgowego. Wspomniane cechy różniczkowo-rozpoznawcze powinny, same przez się, wystarczyć najzupełniej do wyodrębnienia podobnych diplegii pod względem nozologicznym, choćbyśmy pominęli niejedną różnicę, dotyczącą obrazu klinicznego i anatomo-patologicznego. Nie poruszam w tem miejscu kwestyi zmian anatomicznych przy omawianej postaci, gdyż, jak dotychczas, prawie zupełnie brak odnośnych danych.

⁸⁾ SACHS. Die Hirnlähmungen der Kinder. Odczyt kliniczny VOLKMANN'a. 1892. Nr. 46—47. p. 33.

Przypadki nasze, które po szczegółowym rozbiórze zmuszeni jesteśmy zaliczyć do mało znanej grupy rodzinno-dziedzicznych diplegii mózgowych, z innego jeszcze względu zasługują na bliższe rozważenie, spotykamy bowiem przy nich cały szereg objawów, spostrzeganych przy diplegii rzadko w tak wybitnym stopniu i z rzadką jednoczesnością.

Przedewszystkiem, co się tyczy zaniku nerwów wzrokowych, to wielu autorów najniesłuszniej powątpiewa w możliwość tę przy diplegii mózgowej. Pominąwszy pojedyncze, rozrzucone w literaturze przypadki, przytoczę tylko najnowszą statystykę KÖNIG'a⁹⁾, który pomiędzy 72 chorymi w zakładzie DALLDORF'a, dotkniętymi dziecięcym porażeniem mózgowym, stwierdził u 12-tu zanik nerwów wzrokowych za życia, a z pomiędzy tych u 4-ch przy badaniu pośmiertnem.

Słepotę barwną u niektórych naszych chorych można sobie łatwo wytłomaczyć zanikiem nerwów wzrokowych; toż samo można powiedzieć o dwuskroniowym zwężeniu pola widzenia u 3-ej chorej. W każdym razie podobne objawy spostrzegali wiarogodni oftalmolodzy (SCHWEIGGER, LANG-BEEVER, SCHÆFER-UTHOFF, ABELSDORFF) przy niezupełnym zaniku nerwów wzrokowych.

Typowe hemianopsyje, spostrzegane kilkakrotnie przy diplegiach, zależą prawdopodobnie, zarówno stałe (FREUD) jak przemijające (KÖNIG), od sprawy korowej, nie zaś od zaniku nerwów wzrokowych.

Drżenie zamiarowe oraz bezład również nie świadczą bynajmniej przeciwko diplegii mózgowej (SACHS, FREUD, DEMANGE, COHN, KÖNIG).

Mowa nosowa i zaburzenia w połykaniu względnie często spostrzegane bywają przy diplegiach mózgowych i uważane są bądź to za skutek współistniejącego osłabienia władz umysłowych, bądź też za wynik spastycznego stanu muskulatury opuszkowej. Ani jeden, ani drugi sposób tłumaczenia nie nadaje się jednak w naszym przypadku, brak tu bowiem zarówno wybitnego ogłupienia, jak stanu skurczowego mięśni górnej połowy ciała. Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z tą postacią diplegii, którą OPPENHEIM¹⁰⁾, opierając się na danych badania pośmiertnego, otrzymanych w jednym przypadku *microgyriae* mózgu, słusznie nazywa wrzekom opuszkową postacią diplegii mózgowej, gdyż objawy porażenia języko-gardzielo-wargowego, przeważające w obrazie chorobowym, były wyłącznie zależne od cierpienia odnośnych ośrodków korowych.

Co do zmian anatomicznych, będących podstawą omawianego przez nas cierpienia, mogę wypowiedzieć tylko pewne przypuszczenia. Prawdopodobnie mamy do czynienia z wrodzonym niedorozwojem mózgowia wraz z następczym samoistnym zanikiem substancji korowej (zanik rozsiany, stwardnienie rozlane, *microgyria*, *porencephalia* i t. d.). Czy się następnie nie przyłączy wtórne zwyrodnienie pewnych systemów włókien rdzeniowych, tego obecnie przewidzieć nie można. Faktem niezbitym jest, że przy wrodzonych niedorozwojach pojedynczych części mózgu często znaleźć można jednocześnie zwyrodnienia w rdzeniu kręgowym (FRIEDREICH, SCHUL-

⁹⁾ KÖNIG. Ueber das Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlähmungen. Neur. Ctb. 1895. p. 797.

¹⁰⁾ OPPENHEIM. Ueber Mikrogyrie und die infantile Form der cerebralen Glossopharyngolabialpalalyse, Neurol. Ctb. 1895. p. 130.

TZE, MENZEL, SENATOR). Samoistna, pierwotna postać zaniku nerwów wzrokowych wskazuje w naszych przypadkach, jak wielka jest skłonność do spraw degeneracyjnych, skłonność, która dotychczas, być może, w niektórych tylko obrębach układu nerwowego zdążyła wywołać stwardnienie. Do pierwotnego stwardnienia istoty korowej przyłączyło się bez wątpienia zstępujące zwyrodnienie dróg piramidalnych, jak tego dowodzą znaczne przykurczenia spastyczne. Zanik mięśni u najstarszej i najdłużej chorobą dotkniętej chorej, o ile nie jest pochodzenia korowego (BORGHERINI, QUINCKE), przemawiałby z wielkim prawdopodobieństwem za wtórnem zajęciem komórek rogów przednich, czyli drugiego neuronu ruchowego. Współistnienie w przypadku naszym cech amyotrofii rdzeniowej i mięśniowej świadczyłoby poniekąd za tą dosyć rzadką postacią przejściową, o której wspominaliśmy we wstępie (HEUBNER, STRÜMPPELL), gdzie obraz kliniczny odpowiada *Dystrophiae musc. progr.*, obraz zaś przy badaniu pośmiertnem — *atrophiae musc. progr. spinalis*.

Czy bezład, który przez pewien przeciąg czasu stwierdzono u jednej z sióstr (III), polega na przemijającym cierpieniu mózgowia, mózdzka czy, tylnych pęczków rdzenia, musi to pozostać nierozstrzygnięte. Zresztą, przechodząc do omówienia literatury poruszanej przez nas sprawy, nie omieszkam wspomnieć, na zasadzie danych z piśmiennictwa, o wzajemnym stosunku objawów spastycznych, amyotroficznych i ataktycznych przy diplegiach mózgowych.

Prac, poświęconych specjalnie diplegiom rodzinno-dziedzicznym w piśmiennictwie lekarskiem brak prawie zupełnie. Pierwszy SACHS zwrócił uwagę na rodzinne mózgowo-porażenie obustronne o charakterze postępującym. W krótkiej swej pracy, ogłoszonej w r. 1887¹¹⁾ oraz późniejszym odczycie klinicznym: „O porażeniach mózgowych u dzieci“ z r. 1892¹²⁾, opisuje on dwie rodziny, w których porażenie obustronne wystąpiło jako cierpienie rodzinne: w jednej dotkniętych było dwoje, w drugiej—czworo dzieci. „Przypadki, powiada autor, były tak do siebie podobne, że nie waham się zaliczyć je do jednej kategorii. Szczególną zwracało uwagę, że dzieci w ciągu pierwszych 4—5 miesięcy po urodzeniu rozwijały się dobrze, poczem następowało zatrzymanie dalszego rozwoju i wkrótce wyraźny zanik zarówno fizyczny jak i umysłowy. Dzieci, które dotychczas zachowywały się podobnie, jak inni rówieśnicy, tępieją, stają się obojętne na wszystko, co je otacza i w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu idyocją zupełnie. Nadto przyłącza się porażenie kończyn dolnych i górnych, następnie nawet zupełna ślepotą, a niekiedy też głuchota. Po krótkim przeciągu czasu dzieci takie na szczęście kończą na uwiad schyłkowy“.

Porażenie obustronne w pierwszej rodzinie SACHS'a dotknęło dwie siostry w 3-im i 8-y miesiącu życia, w drugiej zaś czworo dzieci, które do 6-go miesiąca rozwijały się dobrze, przed ukończeniem zaś 2-go roku życia już ulegały zaburzeniom somatycznym i psychicznym. W szeregu objawów ważniejszych zanotowano: spastyczne, połączone ze zwiotczeniem mięśni porażenie obustronne, idyotyzm, drżenie gałek ocznych, zanik nerwu wzrokowego.

¹¹⁾ SACHS. Journ. of nerv. and ment. dis. 1887.

¹²⁾ SACHS. Klinischer Vortrag. Loc. cit.

SACHS w zakończeniu opisu swych przypadków zwraca uwagę na to, że drgawek występujących stale w powstałych w sposób ostry porażeniach mózgowych u dzieci, brak tu zupełnie, wobec czego słusznie pozwala sobie na wniosek, że, prawdopodobnie, pod względem anatomo-patologicznym, chodzi tu o zwykłe zatrzymanie w rozwoju półkul mózgowych (*agenesis*) lub też o pierwotne stwardnienie szarej istoty mózgowej. Oględziny pośmiertne dokonane w jednym przypadku wykryły rzeczywiście, obok niewielkiego zgrubienia neuroglii, zanik komórek piramidalnych istoty szarej bez śladu sprawy zapalnej, a więc wyniki, stwierdzone w podobnych nierodzinnych przypadkach jeszcze przed SACHS'em przez JENSEN'a ¹³⁾ i KAST'a ¹⁴⁾.

Tak przedstawiają się pierwsze spostrzeżenia ogłoszone, jako „mózgowe porażenia rodzinne“. Niektóre objawy, jak przytępienie umysłowe, porażenie spastyczne, zanik nerwów wzrokowych, początek choroby po okresie ukrytym, spotykamy, jak łatwo to zauważyć można, i u naszych chorych; natomiast inne cechy kliniczne, o których niżej pomówimy szczegółowo, są wręcz odmienne, a mianowicie wystąpienie cierpienia w okresie niemowlęcym oraz szybko przyłączający się śmiertelny uwiąd schyłkowy.

W tym samym prawie czasie (1886 r.), ogłosił STRÜMPELL ¹⁵⁾ bardzo ciekawe spostrzeżenie o „dziedzicznym spastycznym porażeniu rdzeniowym“ (*Paralysis spinalis spastica*), cierpieniu stojącym w bardzo bliskim związku z obustronnym porażeniem mózgowym. STRÜMPELL starał się w opisie swym uczynić zależnem wystąpienie pierwotnego systemowego zwyrodnienia dróg piramidalnych od wrodzonego ich upośledzenia. W przypadku autora sprawa dotyczyła dwóch braci, dotkniętych typowem spastycznym porażeniem obustronnem kończyn dolnych typu ERB-CHARCOT'a. W kończynach górnych brakło wszelkich zaburzeń ruchowych, jedynie odruchy ścięgnaiste były wzmożone.

Twarz żadnych nie przedstawiała zmian patologicznych. Sfera czuciowa, stan odżywiania mięśni, czynności pęcherza moczowego i odbytnicy były nienaruszone. U brata starszego choroba rozpoczęła się w 56-ym roku życia i rozwijała się postępująco: do spastycznego porażenia wrzekomego przyłączyła się w ciągu ostatnich kilku lat mowa przerywana (skandowana) i drżenie ogólne. U młodszego zaś *paraplegia inferior* aż do końca życia pozostała niezmienna i odosobniona.

Oględziny pośmiertne w przypadku ostatnim wykryły przedewszystkiem zupełnie prawidłowe zachowanie się ruchowej okolicy kory mózgowej, torebki wewnętrznej i korzeni nerwów czaszkowo-rdzeniowych. Natomiast bardzo wyraźnemu stwardnieniu uległy boczne pęczki piramidalne rdzenia, przyczem zanik włókien najbardziej był wyraźny w części lędźwiowej i grzbietowej, mniej zaś w części szyjowej. Na wysokości skrzyżowania piramid stwardnienia nie było.

Brak jakichkolwiek ognisk ograniczonych lub spraw zapalnych w rdzeniu i mózgu skłonił STRÜMPELL'a do przyjęcia zwyrodnienia za pierwotne, samoistne. Za poglądem tym przemawiało również swoiste jego umiejscowienie:

¹³⁾ JENSEN. Archiv für Psychiatrie. T. XIV.

¹⁴⁾ KAST. Archiv für Psychiatrie. T. XVIII.

¹⁵⁾ STRÜMPELL. Archiv für Psychiatrie. T. XII.

szczególnie była zajęta część lędźwiowa, gdy część szyjowa górna pozostała prawie zupełnie wolna. Bardzo nieznaczne zaczątki zwyrodnienia w pęczkach tylnych i mózdkowych kładzie STRÜMPPELL na karb długotrwałości cierpienia. Dziwnym sposobem zanik piramid robił wrażenie zwyrodnienia wstępującego, zanik zaś pęczków GOLL'a i pęczków mózdkowych — zstępującego: zjawisko zupełnie przeciwne t. zw. wtórnemu zwyrodnieniu. STRÜMPPELL przeto nie waży się zaliczyć przypadek swój do czystego „spastycznego porażenia rdzeniowego“.

Przypadki rodzinne, opisane przez SACHS'a i STRÜMPPELL'a są pierwsze, a nawet jedyne, w których oględziny pośmiertne dały takie niedwuznaczne wyniki. Z jednej strony klinicznie stwierdzono przewagę objawów mózgowych, anatomo patologicznie — pierwotny zanik szarej istoty mózgowej, z drugiej strony — klinicznie stwierdzono wyłączną obecność spastycznego porażenia obustronnego przy braku objawów mózgowych, anatomo-patologicznie zaś — pierwotny zanik bocznych pęczków piramidalnych rdzenia.

Czy i o ile wewnątrzrdzeniowa droga piramidalna w przypadkach t. zw. „spastycznego porażenia rdzeniowego“ ulega zwyrodnieniu pierwotnie lub wtórnie, na to stanowczej odpowiedzi fizjologia obecnie dać nie jest w stanie. Zasadnicza kwestya, czy zwyrodnienie nie zależy przypadkiem od wadliwej czynności fizjologicznej komórek mózgowych troficznych, musi na dziś pozostać nierozstrzygnięta. Mogłoby tu chodzić, jak słusznie zaznacza ERB, o zaburzenie czynnościowe całego neuronu, a raczej tworzących go komórek, ujawniające się anatomicznie przedewszystkiem w dalszych, najbardziej oddalonych odcinkach wyrostków nerwowych.

Kwestya ta, w wysokim stopniu ważna, stoi w bardzo ścisłym związku z inną, od dwóch dziesiątków lat na porządku dziennym będącą kwestyą, czy wogóle istnienie „spastycznego porażenia rdzeniowego“ w znaczeniu ERB-CHARCOT'a jest uprawnione. Większość autorów stara się przypadki tego rodzaju uważać za sprawy pochodzenia mózgowego (FEER, SACHS, FREUD, RAYMOND), inni natomiast widzą w paraplegii spastycznej wieku podeszłego cierpienie rdzenia, podejrzewając siedlisko mózgowe jedynie przy paraplegiach spastycznych wieku dziecięcego. Są wreszcie i tacy klinicyści (BALLET, GEHUCHTEN), którzy, zaprzeczając stanowczo istnieniu tej postaci u dorosłych, starają się wyrobić jej prawo obywatelstwa właśnie dla wieku niemowlęcego i uczynić ją zależną od wadliwego, a raczej niedokończonego rozwoju wewnątrzmacicznego dróg piramidalnych rdzenia.

Jak widać stąd ¹⁰⁾, każdy z poglądów miał swoich obrońców. I nie mogło być inaczej wobec kwestyi, w której zakresie rozporządzano tylko przypadkami pojedyńczymi i gdzie oględzin pośmiertnych niemal zupełnie brakło, lub też wynik ich był chwiejny (patrz przypadki DRESCHFELD'a, STOFFEL'a, MINKOWSKIEGO, SCHÜLE'go). Pomijam tu zupełnie przypadki, gdzie „porażenia rdzeniowe“ okazały się w dalszym swym przebiegu i przy oględzinach pośmiertnych typowem zapaleniem rdzenia, stwardnieniem wieloogniskowem, wodogłowiem przewlekłym i t. d. To tylko powiedzieć wypada, że większość podanych oznak różniczkowo-rozpoznawczych pomiędzy porażeniami spasty-

¹⁰⁾ Po bliższe szczegóły, dotyczące tej ciekawej wielce sprawy, odsyłamy czytelnika do artykułu naszego: „O porażeniach wieku dziecięcego“, „Medycyna“, 1895.

cznemi rdzeniowemi a mózgowemi w przypadkach bardziej złożonych okazuje się niedostateczna. Dokładny krytyczny przegląd i rozgatkowanie tego rodzaju przypadków należy uważać za przedwczesne tam, gdzie brak danych badania pośmiertnego jest bardzo dotkliwy.

Wykazawszy blizkie pokrewieństwo obydwóch grup chorobowych, musimy się tymczasowo zadowolić jedynie czysto klinicznym zestawieniem opisanych w literaturze lekarskiej spostrzeżeń i przejść od mniej złożonych do bardziej powikłanych i trudniej dających się klasyfikować obrazów klinicznych.

Za wzór najzwyczajszych przypadków, rozpoznawanych jako „spastyczne porażenie rdzeniowe“, może służyć wyżej opisany przypadek STRÜMPELL'a, w którym niedowład spastyczny wrzekomy istniał jako jedyny objaw choroby przez cały szereg lat u młodszego z dwóch braci. Drżenie ogólne oraz powolną, przerywaną mowę starszego brata stara się STRÜMPELL uczynić zależnem od niektórych zaburzeń w unerwieniu mięśni tułowia, języka i warg, analogicznych z objawami spastyczno-paretycznymi w kończynach. STRÜMPELL, jak widzimy, ułatwia sobie poglądem tym przejście do bardziej złożonych przypadków porażenia rdzeniowego.

Dalszy przyczynek do tejże grupy dziedzicznych spastycznych porażień rdzeniowych pochodzi również od STRÜMPELL'a¹⁷⁾. U 61-letniego nieżonatego i bezdzielnego wyrobnika wystąpiły pierwsze objawy chorobowe w 21-m roku życia. W 34-ym roku objawy spastyczne już były wyraźne; w 50-ym zaś do spastycznego porażenia wrzekomego przyłączyło się ogólne drżenie kończyn dolnych. Głowa, ręce, pęcherz moczowy i odbytnica były zawsze prawidłowe. Wrażliwość na dotyk i ból były zupełnie nietknięte, drażliwość zaś na ciepło nieznacznie zmieniona. Z wywiadów można było stwierdzić podobneż cierpienie u dziadka, ojca, 2-ch wujów i brata. Linia żeńska była zupełnie wolna. STRÜMPELL podejrzewa istnienie systemowego cierpienia dolnego odcinka dróg piramidalnych, analogicznie z wynikami otrzymanymi z oględzin pośmiertnych we wzmiankowanym wyżej przypadku.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

29. F. SCHANZ. **W sprawie szybkiego rozpoznawania lasecznika błoniczego.** Wobec posiadania swoistego środka leczniczego w surowicy przeciwbłoniczej niezmierniej wagi jest rozpoznanie błonicy przed wystąpieniem charakterystycznych objawów klinicznych, szczególnie w przypadkach, nie różniących się klinicznie od błonicy, w których nie można wykazać obecności laseczników LÖFFLER'a (*Kokkendiplierie* FRAENKEL'a). Dotąd na rozpoznanie czekać należy całą dobę. Już LÖFFLER wspominał o saproficie, znajdowanym w jamie ustnej, którego niepodobna odróżnić od pozbawionego jadowitości lasecznika błonicy, zwanym przez francuzów *bacille court*. Saprofit ten jest nadzwyczaj rozpowszechniony. HOFFMANN znalazł go u 26 na 45 badanych, ROUX i YERSIN u 15 na 45 zdrowych dzie-

¹⁷⁾ STRÜMPELL. Deut. Zeitschr. für Nervenheilk. T. IV. 1894.

MED. N. 10.

ci i u 25 na 59 dzieci z pobraża morskiego, gdzie błonica wydarza się nader rzadko. BECH znalazł go u 26 na 66 zdrowych dzieci, 5 razy u 17 dzieci z *angina follicularis* i 9 razy u 14 dzieci z *angina catarrhalis*.

Obecność tych saprofitów prawie u połowy dzieci jeszcze bardziej uniemożliwia szybkie rozpoznanie prawdziwego lasecznika błonicy. DRAEER na zasadzie 400 odnośnych badań wnosi, że wprawny badacz z łatwością odróżnić może wrzekomy lasecznik od prawdziwego. Badaniu jadowitości nie przypisuje on wielkiego znaczenia wobec ogromnych pod tym względem różnic, jakie się spostrzedz dają wśród prawdziwych laseczników błonicy. Jadowitość ich może być tak zmniejszona, że badania doświadczalne na zwierzętach dają wynik ujemny. Na tej zasadzie DRAEER odróżnia pozbawione jadowitości prawdziwe laseczniki od wrzekomych. Zdaniem C. FRAENKEL'a wrzekome laseczniki różnią się od prawdziwych jedynie tylko brakiem jadowitości, co jest tem prawdopodobniejsze, że możliwe jest przechodzenie jednych w drugie. MARTIN w wielkości laseczników widzi cechę charakterystyczną ich jadowitości, ale autor spostrzegał długie laseczniki w łącznicy oka, które okazały się jednak pozbawionymi jadowitości.

Niedawno SPRONCK przedsięwziął szereg badań w celu odróżnienia istotnego lasecznika błonicy od lasecznika niejadowitego, znajdowanego w łącznicy oka, któremu okuliści przypisywali własność wywoływania *xerosis conjunctivae*. Okazało się, że laseczniki te, jakkolwiek niejadowite, posiadają jednak pewną żywotność.

C. FRAENKEL wykazał, że laseczniki LÖFFLER'a, w świeżych hodowlach na białku kurzem rozgałęziają się. Najprzód wykwitają w prawym kącie od rysy środkowej pączki, następnie powstają wytwory, podobne do krokwi, poczem rozróżnić już można wyraźne rozgałęzienie w postaci litery H, ale własność tę posiadają nie tylko laseczniki istotne; wrzekome dają również piękne rozgałęzienia w hodowli na jajku kurzem lub na włókniku.

Słowem, im bardziej badamy wrzekomy lasecznik błonicy, tembardziej się przekonywamy o jego wielkiem podobieństwie do lasecznika typowego. Dla odróżnienia ich niema dotychczas innego środka nad badanie jadowitości. Zdaje się, nie ulega wątpliwości, że obydwie bakterie należą do jednego gatunku.

W każdym razie opieranie się na wynikach 24-godzinnego badania, szczególnie bez określenia żywotności badanych drobnoustrojów, jest zwodnicze i niepewne.

(*Berliner Klin. Woch. Nr. 31897.*)

30. Prof. MONTI (Wiedeń). **W sprawie stosowania surowicy przeciwbłoniczej.** Podział przypadków błonicy na lekkie, średnie i ciężkie w zależności od natężenia sprawy miejscowej i objawów ogólnych stanowczo nie wystarcza do wyrokowania o wartości leczniczej surowicy przeciwbłoniczej. Klasyfikacja błonicy powinna opierać się na danych anatomo-patologicznych i bakteryologicznych i na obrazie klinicznym, zależnym od jadu błonicy.

Zgodnie z tem założeniem autor podporządkowuje wszystkie przypadki błonicy pod trzy główne grupy:

1) Postać włóknikowa, zwana krupową, charakteryzuje się nagromadzeniem wytworów błoniczych na samej powierzchni błony śluzowej w postaci mniej lub więcej rozległych nalotów.

2) Postać mieszana, dławiec błoniczy albo forma obrzękowa, charakteryzuje się tem, że wysięk włóknikowy osiada nietylko na samej powierzchni, lecz przenika do głębszych warstw błony śluzowej.

3) Postać złośliwa, septyczna, zgorzelinowa, przy której włóknikowa błona wrzekoma przenika do głębiej leżących warstw błony śluzowej. Istotę sprawy stanowi tu zgorzel tkanki i mieszanina z wytwarem błonicy.

Błonica jest to swoiste zapalenie błony śluzowej, warunkowane przez swoistego lasecznika KLEBS-LÖFFLER'a. Lasecznik ten nie przenika do ustroju, lecz wytwarza jad, który wchłania się i wywołuje zarówno miejscowe jak i ogólne objawy choroby. Śmierć następuje w jednym szeregu przypadków jedynie dzięki mechanicznym przeszkodom, powstającym wskutek tworzenia się błon wrzekomych (postać włóknikowa), w innym znów szeregu przypadków do przeszkód mechanicznych przyłącza się wpływ toksyn błoniczych na ustrój (postać mieszana), w reszcie zaś przypadków śmierć jest wynikiem współczesnego oddziaływania na ustrój jadu błonicy i toksyn innych drobnoustrojów chorobotwórczych (postać złośliwa, septyczna).

Podług SIDNEY'a MARTIN'a jad błoniczy tworzy się poczęści w błonie, poczęści w tkance. Pierwszy wywołuje objawy miejscowe i ogólne, właściwe błonicy i nader łatwo zobojeźnia się pod wpływem antytoksycznego działania surowicy swoistej. Drugi zaś tworzy się w samej tkance wskutek oddziaływania jadu błoniczego na ciała białkowe komórek, czego wynikiem jest albumoza i jakiś kwas organiczny. Albumoza wywołuje gorączkę i powoduje porażenia, jeśli przez kilka dni działa w małych dawkach, w większych zaś i dużych — wywołuje upadek sił i zwyrodnienie tłuszczowe serca i nerek.

Przebieg, zależnie od rodzaju zakażenia, bywa rozmaity.

W jednym szeregu przypadków naczelne miejsce zajmuje tworzenie się nalotów błoniczych na samej powierzchni błony śluzowej, gdy wpływ toksyn na białko tkanek jest nieznaczny albo go wcale niema. Jest to postać włóknikowa. W innym szeregu przypadków — widocznie wskutek większej żywotności laseczników LOEFFLER'a, albo zmniejszonej siły odpornej błony śluzowej, — tworzy się nalot nie tylko na powierzchni błony śluzowej, ale wytwory błonicze przenikają głębiej, powstaje albumoza, wywołująca w następstwie zwyrodnienia narządów wewnętrznych. Jest to postać mieszana o przebiegu wielce różniącym się od postaci poprzednio opisaney. Wreszcie w innych przypadkach, gdy oprócz nader żywotnych laseczników LOEFFLER'a istnieją drobnoustroje septyczne, gnilne, dochodzi do zgorzeli tkanek i zakażenia ogólnego, co powoduje zejście niepomysłne w przeciągu paru dni. Jest to postać złośliwa.

Wobec powyższego zrozumiałem się staję, że, aby mieć dokładne pojęcie o wartości leczniczej surowicy przeciwbłoniczej, należy skuteczność jej wypróbować dla każdej postaci klinicznej oddzielnie.

W r. 1895 leczył MONTI surowicą przeciwbłoniczą 104 przypadki błonicy, w których 72 należały do postaci włóknikowej, 26 do mieszaney, a tylko 6 do złośliwej, zakaźnej. Jeśli owe 72 przypadki postaci włóknikowej rozpatrywać z punktu widzenia natężenia sprawy miejscowej i objawów ogólnych, to zakwalifikować by należało 31 do lekkich, 12 do średnich i 29 do ciężkich. Lekkie skończyły się wszystkie pomyślnie, ze średnich zmarło troje, z ciężkich również zmarło troje t. j. 10%. Jest to wynik, jakiego na notowano w czasach przedsurowicznych.

We wszystkich 72 przypadkach znajdował się na samej powierzchni błony śluzowej mniej więcej gruby nalot. Barwiony metodą WEIGERT'a przedstawiał się on w postaci gęstej sieci włókienek z komórkami wielkości leukocytów. Na górnej powierzchni nalotu zawsze można było wykazać mnóstwo krótkich i długich laseczników LÖFFLER'a, a na dolnej — skupienia gronkowców. Badanie ba-

kteryologiczne stale dawało hodowle laseczników błonicy, a niekiedy paciorkowców i gronkowców. Bardzo często spostrzegano zakłócenia czynności porażonych narządów: utrudnienie w połykaniu, chrapliwy, nosowy lub przerywany oddech, wymioty. Gruczoły chłonne były uumiarkowanie powiększone.

Co się tyczy ilości jednostek uodparniających, którą należy zastrzykiwać w każdym oddzielnym przypadku, radzi autor kierować się właściwością wysięku włóknikowego i trwaniem choroby. Jeśli nalot jest cienki i miękki, ciepłota nie wysoka, a objawy ogólne nieznaczne, wystarcza przy błonicy migdałów 600 jednostek uodparniających; 1000 stosuje się przy nalocie grubym, wysokiej ciepłocie ciała i zaburzeniach ogólnych; gdy zaś natężenie procesu jest większe i błonica trwa już kilka dni, wstrzykuje się przeszło 1000 jednostek uodparniających. Przy umiejscowieniu nalotu błoniczego na większej ilości błon śluzowych (migdałów, języka, nosa, gardzieli i t. d.) należy od samego początku stosować większą ilość jednostek, przyczem dawkę tę, w całości lub połowie, należy w przeciągu 24 godzin powtórzyć, o ile do tego czasu nie następuje polepszenie. Przy jednoczesnem zajęciu błony śluzowej jamy nosowej i gardzielowej należy odrazu zastrzyknąć 2000—3000 jednostek, podobnież przy błonicy krtani (*laryngostenosis*), przyczem po upływie 12—24 godzin dawkę tę powtórzyć trzeba w razie, gdy nie następuje polepszenie. W niektórych przypadkach zdarza się zastrzykiwać 3000, 4000, 5000 jednostek uodparniających naraz, np. przy błonicy jednoczesnej gardzieli, przełyku, nosa i krtani. Już po upływie 24 — 36 godzin po zastrzyknięciu wystarczającej ilości surowicy widać pomyślną zmianę: nalot zmienia swą barwę, ogranicza się i stopniowo się oddziela.

Gorsze były wyniki leczenia w postaci mieszanej. Ogółem było 26 przypadków, z których 3 lekkie zakończyły się pomyślnie, z 9 średnich zmarło 3 t. j. 33%, wreszcie z 14 nader ciężkich zmarło 7 t. j. 50%, razem zmarło 10 czyli 37%. Okazuje się z tego, że działanie surowicy w tych przypadkach, w których wytworzyła się albumoza, nastąpiło ogólne zatrucie ustroju i powstały zwyrodnienia narządów wewnętrznych, jako to serca i nerek, jest niepewne.

Postać obrzękowa czyli mieszana charakteryzuje się tem, że nalot gromadzi się na kilku błonach śluzowych, jest rozległy, gruby i twardy, sadłowaty. Na błonie śluzowej widać wynaczynienia. Badanie bakteryologiczne wykazuje we wszystkich przypadkach mnóstwo laseczników błonicy, paciorkowców i gronkowców. We wszystkich przypadkach występowały zaburzenia czynnościowe, jako to: utrudnienie lub niemożność połykania, oddech utrudniony. Gruczoły chłonne silnie obrzmiały. Objawy ogólnego zatrucia wyrażone w znacznej mierze: wysoka gorączka, rozbicie ogólne, osłabienie siły mięśniowej, bardzo często wymioty i biegunka. Tętno i oddech stale upośledzone. Poprawa powolna; leczenie trwa o wiele dłużej, niż przy postaci włóknikowej, bo od 1 do 3 tygodni. Objawy następne występują bardzo często. Na 16 uleczonych, w 11 przypadkach spostrzegano porażenie podniebienia miękkiego samego lub wraz z niedowładem akomodacyi i białkomocz.

Działanie surowicy jest powolne i niepewne. Sprawa miejscowa zachowuje się opornie i bardzo wolno ulega zmianom na lepsze. Surowica w dużej ilości stosowana może i przy tej postaci błonicy wywrzeć wpływ dodatni.

Jeszcze mniej zdziałać może surowica swoista w przypadkach zakaźnej, złośliwej postaci błonicy. Wobec nielicznych, bo 6 spostrzeżeń trudno jeszcze wyrokować. Poprzednio wszystkie podobne przypadki kończyły się źle; przy stosowaniu surowicy, procent śmiertelności spadł do 83. W przypadkach tych zaburzenia

czynnościowe występowały z nierównie większem natężeniem, aniżeli w postaci poprzedniej. Stale spostrzegano objawy zakażenia ogólnego: gruczoły chłonne w postaci guzów, osłabienie siły mięśniowej, zwiotczenie mięśni, nieprzytomność, zapaść, osłabienie serca, wymioty i biegunkę.

Co do szkodliwych następstw po zastrzykiwaniu surowicy, które autor spostrzegł 35 razy w powyższych 104 przypadkach, to jest on przekonania, że nie zależą one od ilości jednostek uodparniających, a raczej od ilości surowicy. Szkodliwe działanie surowicy polega na oddziaływaniu zawartych w niej ciał białkowych na ustroj.

MONTI zastrzykiwał zdrowym dzieciom czystą surowicę końską i zauważył w 2—3 godz. po zastrzyknięciu 10 ctm. nieznaczne podwyższenie ciepłoty ciała, powiększenie ciężaru gatunkowego krwi i ilości leukocytów. Powtórzywszy dawkę, znalazł w przeciągu pierwszej doby w moczu, wydzielającym się w zwykłej ilości, białko; niekiedy zjawiała się świerzbiczka, różyczka, a po 48 godz. zakłócenie stanu ogólnego. W 2—3 godz. po trzykrotnem zastrzyknięciu 10 ctm. surowicy końskiej ciepłota ciała wynosiła 40° C., przy zaburzeniu w stanie ogólnym, białkomoczu, wysypkach, obrzmieniu stawów, porażeniu akomodacji i podniebienia miękkiego; raz nawet wystąpił szczękoscisk (*trismus*). Po 3—4 dniach objawy ciężkiego zatrucia ogólnego znikają. U chorych na błonicę objawy te, niestety, tak prędko nie przemijają, śmierci jednak nie powodują one nigdy ani też trwałych zmian, zależnych od szkodliwego działania surowicy.

(*Arch. f. Kinderh. XXI. Z. 1 — 3*).

31. LOEHR. W sprawie uodparniania ustroju przeciw błonicy zapomocą podskórnych zastrzykiwań surowicy swoistej. Podczas gdy z małymi wyjątkami zewsząd brzmią pochwały na cześć własności leczniczych surowicy przeciwbłoniczej, spostrzeżenia, dotyczące jej siły uodparniającej przeciwko błonicy napływają skąpo. Spodziewać się należy, że z czasem, gdy wszyscy lekarze przekonają się, że podskórne stosowanie surowicy najmniejszej szkody nie przynosi ustrojowi, ilość odnośnych spostrzeżeń wzrośnie i upoważni do jakichś stałych wniosków.

Na zlecenie HEUBNER'a zajął się LOEHR zbadaniem uodparniającej własności surowicy przeciwbłoniczej. Badania trwały 21 miesięcy, od października 1894 r. do czerwca 1896 r. i dotyczyły ogółem 460 przypadków, z których 254 przypada na oddział główny, 99 na salę odrową i 107 na salę płoniczą. Z początku, gdy zjawiał się na sali przypadek błonicy, zastrzykiwał L. surowicę dzieciom sąsiednim, a następnie wszystkim na tejże sali, począwszy zaś od listopada r. 1895 dzieciom, przyjmowanym na górną salę, gdzie najczęściej zdarzały się przypadki błonicy, wreszcie od stycznia 1896 r. wszystkim nowoprzybywającym dzieciom.

Ilość jednostek uodparniających była rozmaita, na ogólną liczbę 254 dzieci

5 otrzymało po 100 jednostek				14 otrzymało po 600 jednostek			
23	"	150	"	2	"	750	"
85	"	200	"	3	"	800	"
3	"	225	"	14	"	1000	"
34	"	250	"	10	"	1500	"
45	"	300	"	1	"	2000	"
1	"	400	"	2	"	3000	"
12	"	500	"				

Wyniki były następujące: jeżeli zaraz po pojawieniu się na sali przypadku błonicy zastrzykiwano wszystkim dzieciom na tej sali surowicę, to nie zachorowało żadne z nich, jeżeli jednak, jak to miało miejsce aż do listopada 1895 roku, za-

strzykiwano tylko sąsiednim dzieciom (zdarzyło się to cztery razy), to zaraza się rozprzestrzeniała i ustępowała wraz z zastosowaniem surowicy u wszystkich bez wyjątku dzieci.

Własność ochronną zachowuje jednak surowica tylko przez krótki przeciąg czasu, albowiem spostrzeżono, że kilkoro dzieci po nplywie 3—4 tygodni zachorowało na błonicę, przyczem poprzednie stosowanie surowicy nie wywierało najmniejszego wpływu ani na przebieg, ani na siłę choroby. Ponowne zastrzyknięcie surowicy, po upływie 3—4 tygodni po pierwszym, chroniło od powtórnego zarażenia. Wskutek tego w przeciągu ostatnich trzech miesięcy stosowano co pewien czas surowicę i przez ten czas nie zauważono ani jednego przypadku błonicy.

Na sali odrowej, począwszy od października 1894 r., zastrzykiwano wszystkim nowoprzybywającym dzieciom zaraz pierwszego dnia pewną ilość surowicy. Powikłanie odrzy z błonicą nie należy na sali szpitalnej do wyjątków. Przypisać to trzeba temu, że sale odrowa i błonicza mają tą samą służbę lekarską, a służba szpitalna stale komunikuje się ze sobą. Przy tej sposobności można też było przekonać się, czy dławiec przy odrze jest cierpieniem samoistnem, pierwotnem, czy też występuje wtórnie.

PODACK przytoczył w swej pracy odnośne dane z literatury i wykazał w trzech przypadkach dławca przy odrze obecność laseczników błoniczych, brak których jest właśnie jedynym dowodem, na którym zwolennicy pierwotnego występowania dławca przy odrze, opierają swe dowodzenia.

Co się tyczy częstości wikłania odrzy przez dławiec i błonicę, to z pracy HE-NOCH'a, dotyczącej epidemii odrzy od kwietnia 1888 r. do października 1890 r. wynika, że na 294 przypadki odrzy było zejść śmiertelnych 89; badanie pośmiertne wykazało w 14-tu przypadkach błonicę, a w 7-iu dławiec.

ROSENTHAL (kwiecień 1882 r. — czerwiec 1884 r.), wykazuje, że na 128 tracheotomii 10 przedsięwzięto z powodu zwężenia krtani przy odrze.

Na sali klinicznej z pomiędzy 84 tracheotomii wykonano 9 z powodu dławca przy odrze.

Od 1 kwietnia do końca października 1894 r. przybyło z odrą 40 dzieci, z nich 14, t. j. 35%, zmarło; ośmioro zmarło na błonicę lub dławiec. Wysoką odsetkę śmiertelności objaśnić należy tem, że u pewnej ilości dzieci odrą wikłała inną jakąś chorobę. Powikłanie takie po największej części znacznie pogarsza rokowanie. Począwszy od października r. 1894 zaczęto zastrzykiwać surowicę na sali odrowej w celu uodpornienia dzieci przeciw błonicy. Ogółem dzieci z odrą było 99, z nich u 23 odrą wikłała inną chorobę; zejść śmiertelnych było 21 czyli 21,2%.

Stosowanie surowicy przeciwbłoniczej u dzieci, dotkniętych odrą wraz z dławcem lub błonicą, nie wpływa bynajmniej na polepszenie rokowania. Szczególniej dotyczy to dzieci, przynoszonych do szpitala w okresie zwężenia krtani. Ogółem przybyło do szpitala w czasie omawianych badań pięcioro takich dzieci. U dwojga z nich nie było nalotów na błonię śluzowej gardzieli, niemniej przeto bakteryologiczne badanie wykazało u wszystkich obecność laseczników błoniczych. Nie należy tylko się zrażać ujemnym jednorazowym wynikiem, a badać kilkakrotnie.

W każdym razie, obecność laseczników błoniczych u tych pięciorga dzieci, jakoteż fakt, że z 99 dzieci chorych na odrę żadne w przeciągu 21 miesięcy nie zachorowało przy stosowaniu metody uodparniania ani na błonicę, ani na dławiec, zdaje się, stanowczo przemawia za nieistnieniem pierwotnego dławca odrowego.

System uodparniania na sali odrowej był w głównych zarysach taki sam, jak na oddziale głównym: zastrzykiwano przeciętnie 200—300 jednostek uodparnia-

jących surowicy, a młodszym dzieciom z jednoczesnym ropnym wyciekami z nosa, lub z zapaleniem gardzieli albo chrypką, zastrzykiwano większą ilość. Jedno tylko dziecko zachorowało na lekką błonicę 37-go dnia po uodpornieniu, pomimo że możliwość zarażenia się była wielka, albowiem dzieci z odrą i dławcem błoniczym wobec braku pokoju odosobnionego leżały na jednej sali.

Na sali płoniczej uodparnianie nie było wykonywane tak prawidłowo, jak na poprzedniej, bo też podwójne zakażenie płonicą i błonicą jest o wiele radsze. Na 240 dzieci spostrzeżono w przeciągu 21 miesięcy jedenaście razy powikłanie błonicą. Przy zastosowaniu surowicy u wszystkich dzieci żadne dziecko nie zachorowało na błonicę, oprócz jednego, które przybyło już zakażone, albowiem na-
zajutrz po przyjęciu wystąpił krupowy kaszel i objawy zwężenia krtani.

Wogóle uodporniono na sali płoniczej 97 dzieci zapomocą 107 zastrzykiwań; ośm razy zastrzykiwano surowicę dwukrotnie, a raz trzykrotnie z powodu przebywania dzieci na sali przez 2, względnie 3 miesiące. Jedno tylko dziecko uodpornione zachorowało na lekką błonicę i to 21-go dnia po uodpornieniu.

Co się tyczy szkodliwych następstw, jakoby zależnych od zastrzykiwań podskórnych surowicy przeciwbłoniczej, to autor, pomimo iż stosował tę metodą uodparniania u dzieci słabowitych i wynędzniałych, nie spostrzegł ani razu szkodliwego wpływu na przebieg choroby zasadniczej. Szczególniejszą uwagę zwracano na zapalenie nerek (w 6 przypadkach) i na przebieg krwotocznego zapalenia nerek przy płonicy (w 7-iu przypadkach) i ani razu nie zauważono szkodliwego działania surowicy. Po wyzdrowieniu z zapalenia nerek nie zauważono nawrotu cierpienia pod wpływem surowicy. 3 razy wytworzyły się na miejscu zastrzyknięcia niewielkie ropnie. Najczęściej zjawiała się wysypka, bo 14 razy na oddziale głównym, czyli 5,51% (254 zastrzyknięcia), 3 razy na sali odrowej, czyli 3,33% (99 zastrzyknięć) i 3 razy na sali płoniczej, czyli 2,8% (107 zastrzyknięć). Ogółem 20 razy, czyli 4,34% na 460 zastrzyknięć. Ilość jednostek uodparniających nie wpływała wcale ani na rozległość, ani na kształt wysypki. Bardzo często spostrzegano jednocześnie z wysypką nieznaczne podniesienie ciepłoty ciała. Nigdy nie było bólu, a tembardziej obrzmienia stawów. Przypuszczenie, jakoby przy zastrzykiwaniu małych dawek surowicy wysypka wcale nie występuje, jest bezzasadne, albowiem na 117 przypadków, w których zastosowano ledwie 1 ctm. surowicy, spostrzegano 5 razy wysypkę, a więc w 4,27%.

Wreszcie sprawdzić należy, czy wysypka występująca w przebiegu błonicy, jest rzeczywiście zależna od surowicy. HENOCH w swej pracy powiada:

„We wszystkich opisach błonicy mówi się dużo o wysypkach, powstających jakoby w przebiegu tego cierpienia, przeważnie zaś w ciężkich przypadkach. Opisuje się je bądź to w postaci czerwoności rozlanej, bądź też w postaci różyczki, mniej więcej obficie występującej na ciele. Jakkolwiek stale zwracam baczną uwagę, znajduję wysypkę w niezmiernie małej ilości przypadków i bynajmniej nie w ciężkich, a w umiarkowanych, z dobrem zejściem. U dwuletniego dziecka, zmarłego wskutek zapaści, znalazłem dopiero w dzień śmierci czerwoność rozlaną na twarzy i na pośladkach, podczas gdy na brzuchu i grzbiecie wystąpiły grudki, wielkości łebka od szpilki. Zresztą stale spostrzegałem tylko czerwoność lub różyczkę, rzadko zaś wysypkę w postaci grudek lub pokrzywki. Wysypka zniknęła w parę dni po pojawieniu bez podniesienia ciepłoty ciała. Na to zwracam szczególną uwagę, albowiem jestem najmocniej przekonany, że większość opisywanych wysypek, jakoby zależnych od błonicy, należy do wysypki płoniczej, która zawsze zjawia się po charakterystycznym podniesieniu ciepłoty ogólnej ciała“.

Okazuje się przeto, że przed stosowaniem surowicy wahano się pomiędzy wysypką, zależną od błonicy, a płonicą, dziś zaś — pomiędzy wysypką, powstającą jakoby po zastrzyknięciu surowicy a płonicą.

Wyniki badań autora powinny zachęcić do przeprowadzenia odnośnych spostrzeżeń w tych szpitalach, w których błonica dość często występuje, nie ulega bowiem wątpliwości, że system uodparniania stanowczo osłabia istniejącą epidemię i zapobiega jej rozprzestrzenianiu. Należy tylko ponawiać zastrzykiwania co 3—4 tygodnie u tych dzieci, które muszą dłużej przebywać w szpitalu, bo ochronne działanie surowicy z czasem się wyczerpuje i po 21—30 dniach dziecko jest znów narażone na niebezpieczeństwo zapałnięcia na błonicę.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1896. T. XLIII. Zeszyt I).

Maksymilian Kraushar.

32. Fritz PASSINI. **Badania nad trwałością ochronnego szczepienia surowicą przeciwbłoniczą.** Według WASSERMANN'a surowica krwi u niektórych osobników zdrowych posiada własności ochronne przeciw błonicy. Doświadczenia ESCHERICH'a, KLEMENSIEWICZA, ORŁOWSKIEGO, ABEL'a dowiodły, że we krwi osobników po przebytej błonicy wytwarzają się jakieś ciała ochronne przeciw tej ostatniej; krew nabiera odporności, lecz tylko chwilowej.

Odporność krwi u osobników zdrowych, którym zastrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą w celach zapobiegawczych, potęguje się. Na zasadzie tego, autor stara się określić czas trwania tego działania uodparniającego przez porównanie własności krwi, otrzymanej przed zastrzyknięciem dawki ochronnej i po zastrzyknięciu.

Doświadczenia swoje autor wykonał na kozach i ludziach. Do kontroli służyły świnki.

Przed zastrzyknięciem dawki surowicy ochronnej autor wypuszczał kozie z żyły szyjowej trochę krwi, badał jej własności uodparniające, zastrzykując świnkom morskim mieszaninę surowicy z 10-krotną śmiertelną dawką jadu błoniczego. Oznaczywszy w ten sposób dawkę kontrolującą, zastrzykiwał autor tej samej kozie 200 jednostek surowicy przeciwbłoniczej i następnie wypuszczał krew po 30 minutach, 3-ch i 6-iu dniach.

Doświadczenia wykazały, że krew kozy, której zastrzyknięto 200 jednostek surowicy ochronnej, posiadała własności najwięcej uodparniające po 30-tu minutach; po trzech dniach odporność słabła, a po sześciu zupełnie znikła. Rozumie się samo przez się, że autor wstrzykiwał świnkom tę samą ilość surowicy z kozy uodpornionej i jadu błoniczego, jaką zawierała dawka kontrolująca.

Autor przerobił te same doświadczenia na ludziach. 12-tu rekonwalescentom po różnych cierpieniach (wiek 21—57 lat) zrobił autor upust krwi. Z tych jednak wybrał do doświadczeń tylko 4-ch, których surowica krwi była najsilniejsza. Surowicy, której 2 cm. sz. nie zubożyła 10-krotnej śmiertelnej dawki jadu nie brał.

Oznaczywszy dawkę kontrolującą, zastrzykiwał autor, tak samo jak i kozom, po 200 jednostek uodparniających surowicy przeciwbłoniczej, następnie upuszczał krew w różnych odstępach czasu i oznaczał jej siłę ponownie. Z tych doświadczeń wynikało, że już po 11—12-tu dniach od zastrzyknięcia surowicy ochronnej, nie można było wykazać we krwi własności uodparniających. A więc działanie surowicy przeciwbłoniczej, stosowanej w celach zapobiegawczych jest krótkotrwałe. Termin 11—12 dniowy autor, idąc za radą KOSSEL'a, przedłuża do trzech tygodni, przypuszczając, że część zastrzykniętej surowicy nie krąży swobodnie we krwi, lecz zostaje wchłonięta przez tkanki, których komórki mogą zachowywać odpor-

ność nieco dłużej. Wreszcie wysypka, która występuje niekiedy 9—10 dnia po zastrzyknięciu, przemawiałaby za tem, że nie wszystka surowica wydzielona zostaje odrazu. Streszczając, radzi autor po trzech tygodniach dawkę ochronną powtórzyć.

Zwiększanie dawki w celu wywołania dłużej trwającej odporności niema, według BEHRING'a, racji bytu. (*Wiener klin. Wochenschr. N. 48. 1896*). W. R.

33. Prof. H. LEO. **O stosowaniu leczniczem zaczynu dyastatycznego.** W jamie ustnej pokarmy ulegają nie tylko wpływom mechanicznym, lecz i zmianom chemicznym: mączka pod wpływem zaczynu cukrotwórczego — ptyaliny przechodzi w dekstrynę, a następnie w cukier gronowy. Podług badań autora ulega tym zmianom podczas przeżuwania, trwającego 1 minutę, dziesiąta część wprowadzonej mączki. Ponieważ zaś w początkach trawienia zawartość żołądkowa nie mieści w sobie wolnego kwasu solnego, przeto ślina połknięta z pokarmem może wciąż wywierać działanie na mączkę i coraz nowe jej ilości przemieniać na dekstrynę i cukier. Zmiany te mają tembardziej doniosłe znaczenie, iż znaczna ilość cukru już w żołądku ulega wessaniu. Znaczenie ptyaliny więcej jest widoczne w tych razach, gdy ilość śliny bywa zmniejszona (np. w pierwszych miesiącach życia), lub gdy działanie jej zbyt jest krótkotrwałe (wskutek nadkwaśności soku żołądkowego); spożyte wtedy węglowodany wywołują dosyć ciężkie zaburzenia; dla tego też w pierwszych miesiącach życia usuwamy węglowodany, a przy nadkwaśności ograniczamy znacznie ich ilość.

Ograniczenie potraw mącznych może niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia chorych. Cukier i wyciąg słodowy nie zastępują w zupełności mączki. Potrawy mączne mogliby wprawdzie chorzy spożywać na pierwsze śniadanie, na początek obiadu lub podczas kolacji, gdy żołądek nie zawiera jeszcze kwaśnego soku żołądkowego; działanie ptyaliny trwa wtedy cokolwiek dłużej, tembardziej, iż zupa mączna nie wywołuje zbyt obfitego wydzielania soku żołądkowego. Bądźco bądź byłby bardzo pożądanym ferment cukrotwórczy, na który kwas solny nie działa w takim stopniu, jak na ptyalinę. Ferment taki „takadyastazę“ otrzymuje się od pewnego czasu sposobem fabrycznym w Ameryce z *aspergillus oryzae* — grzyba używanego przy wyrobie wina ryżowego.

„Takadyastazę“ warto stosować przy zmniejszonym wydzielaniu śliny: w pierwszych miesiącach życia, gdy wprowadzenie pokarmów mącznych jest pożądanie (np. przy rozwołnieniu), w gorączce, w moczówce cukrowej, przewlekłym zapaleniu nerek, w cholerze i t. d.; w przypadkach tych, gdy wskutek wysychania jamy ustnej rozdrabianie i przeżuwanie pokarmów jest utrudnione, a połykanie prawie niemożliwe, pomaga roztwór takadyastazy: dzięki powstającym składnikom rozpuszczalnym, kęs mączny zamienia się na miękką, sprężystą i papkowatą masę.

Ponieważ takadyastaza zamienia mączkę na cukier nawet wtedy, gdy roztwór zawiera 0,05% HCl (działanie ptyaliny i dyastazy słodowej ustaje przy zawartości 0,01% HCl), można więc stosować takadyastazę i w niektórych cierpieniach żołądka, połączonych z nadmiernem wydzielaniem kwasu. I w danym razie potrawy mączne najlepiej spożywać na początku obiadu, gdyż wtedy działanie takadyastazy trwa znacznie dłużej.

Autor w kilku podobnych przypadkach przekonał się, iż trawienie mączki było daleko lepsze i objawy podmiotowe znacznie się zmniejszały. Zauważono również, iż takadyastaza wywołuje również ożywiony ruch robaczkowy kiszek, co wywołuje regularne wypróżnienia,

Takadyastaza jest proszkiem higroskopijnym; stosować ją można w dawkach 0,1—0,3 p. d. (*Therapeut. Monatshefte N. 12. 1896*). J. Rosenstadt,

Zjazd syfilidologów w Petersburgu.

Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 9).

2. Przymiot wśród ludności miejskiej.

1) Warunki szerzenia się przymiotu w miastach są bardzo różnorodne. W miastach wielkich i średnich rozszerza się choroba przeważnie drogą stosunków płciowych, w małych zaś—przez zarażenie pozapłciowe i dlatego to liczba chorych dzieci i ludzi podeszłych jest stosunkowo większa w małych miastach, niż w wielkich i średnich.

2) Miasta i porty, w których czasowo wydarza się większy napływ ludności na jarmarki, różne roboty, pielgrzymki i t. p. odznaczają się znacznem rozprzestrzenieniem przymiotu i chorób wenerycznych.

3) W wielkich miastach liczba dotkniętych przymiotem kobiet, w wieku od 16—20 lat jest większa od liczby zarażonych mężczyzn tegoż wieku. W wieku zaś od 21—45 lat liczba przymiotem dotkniętych mężczyzn przeważa nad liczbą takichże kobiet.

4) Nie posiadamy żadnej podstawy do twierdzenia, aby przymiot mniej był rozpowszechniony wśród zamożniejszych mieszkańców miasta, aniżeli wśród biednej ludności.

Jako ogólną wielce uspasabiającą przyczynę, wspólną dla wszystkich klas ludności, należy uważać pijaństwo, które zwiększając popęd płciowy, ogranicza zarazem wybredność przy jego zaspakajaniu.

5) Stopień rozszerzania przymiotu wśród mieszkańców miast może być obecnie oznaczony jedynie tylko na podstawie sprawozdań ze szpitali i ambulatoryów—i to tylko w przybliżeniu, a to dlatego, że dotąd nie posiadamy ani ustalonej nomenklatury dla odnośnych okresów przymiotu, ani ujednolitego sposobu rejestracji chorych, któryby choć w części zapobiegał wykazywaniu jednego i tego samego chorego przy następnych konsultacjach lekarskich.

6) Nagłówniejszem źródłem szerzenia się zarazy w wielkich i średnich miastach jest prostytutka—tajna i jawna. W małych miastach czynnik ten daleko mniejszą gra rolę, lecz i tu niekiedy może się on przyczynić do większego rozprzestrzenienia się przymiotu, a mianowicie: za pośrednictwem prostytutek przyjezdnych, przez stręczycielstwo i inne zorganizowane spekulacje na polu prostytucji tajnej (służące w jadłodajniach i innych zakładach, służące domowe i t. d.).

7) Drugim nie mniej ważnym czynnikiem szerzenia się przymiotu jest niedostateczność bezpłatnego leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, a także i fałszywe pojęcie o ważności i niebezpieczeństwie choroby.

8) O warunkach i okolicznościach, towarzyszących pozapłciowemu zarażaniu się przymiotem nie posiadamy dotąd dostatecznej ilości dokładnie sprawdzonych faktów. Prawdopodobnie najważniejszą rolę odgrywa tu pospólne przebywanie w artelach, warsztatach i t. p.

10) Wrzód miękki i rzerzączka są właściwością wielkich i średnich miast, w małych miastach spotykają się rzadko. Określenie liczby tego rodzaju chorych jest trudne a to dlatego, że do szpitali udają się tacy tylko chorzy, u których występują ważne powikłania.

11) Liczba zarejestrowanych chorych na rzerzączkę mężczyzn znacznie jest większa od liczby tego rodzaju chorych kobiet. Rzerzączka u młodych, niezona-tych mężczyzn jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych w miastach chorób. Z powodu ogólnego przekonania o nieszkodliwości tej choroby leczenie jej bywa często zaniedbywane, wskutek czego występują niebezpieczne jej następstwa, jako to: osłabienie płciowe, długotrwałe zapalenie okołomaciczne, zapalenie jaj-ników i t. p.

12) Często zdarzające się nieprzyjęcia chorych wenerycznych do szpitali dla braku miejsca, zupełny brak szpitali i bezpłatnych ambulatoryów w wielu miastach oddziałują najniekorzystniej na szerzenie się choroby.

13) Toż samo da się powiedzieć o wymaganiu opłaty za leczenie szpi-talne.

13) Ułatwienie i uprzystępnienie pomocy lekarskiej, które powinno być uznane za główny środek zaradczy, ma być urządzone według następujących zasad:

a) Niezbędne jest urządzenie specjalnych oddziałów dla chorych wene-rycznych przy szpitalach ogólnych lub też założenie oddzielnych dla tych chorych szpitali, a to stosownie do miejscowych warunków. Wymaganie legitymacji, wszelkie zaznaczania na paszportach i inne formalności, utrudniające wstąpienie do szpitali, powinny być stanowczo zniesione.

b) Urządzenie przy wszystkich ogólnych i specjalnych szpitalach ambulatoryów bezpłatnych i dostępnych dla chorych wszelkiego rodzaju.

c) Należy postarać się o wyjaśnienie obowiązkowego udziału, jaki powinny przyjmować zarządy miast w dostarczaniu pomocy lekarskiej swoim mieszkańcom; a także należy stanowczo określić wzajemny stosunek, jaki co do tego powinien zachodzić pomiędzy zarządami miejskimi a ziemskimi oraz zarządami dobro-czynności publicznej.

15) W portach i miastach, w których gromadzi się czasowo wielka liczba ludzi, powinien być wzmocniony nadzór lekarski i odpowiednio powiększone środ-ki lecznicze przez urządzenie czasowych szpitali.

16) Należy przyznać, że nieodzownym środkiem zaradczym jest ustanowie-nie ogólnych i peryodycznych oględzin lekarskich dla robotników, wstępujących do fabryk lub większych przemysłowych i rzemieślniczych zakładów — a także i oględzin służących w zakładach publicznych (jadłodajniach, kąpielach, piekar-niach i t. p.) i jeżeliby przytem wykryto chorych na przymiot, to powinna im być dostarczona możliwość leczenia się w szpitalu.

17) Zabezpieczenie chlebobawców od zarażenia przymiotem przez służbę domową powinno stać się zadaniem ogólnych, miejskich przepisów, wśród których mają się znaleźć oddzielne co do tego paragrafy.

18) Towarzystwo Czerwonego Krzyża, jako posiadające bardzo rozległe urządzenia w całym państwie i organizujące w dalszym ciągu pomoc lekarską dla biednych mieszkańców miast, może przyjąć bardzo pożyteczny udział i przynieść znakomitą korzyść w walce z przymiotem. Toż samo odnosi się i do stowarzyszeń ustanowionych dla walki z chorobami zaraźliwymi.

3. Przymiot i choroby weneryczne wśród armii i floty.

Ilość zachorowań na przymiot i choroby weneryczne wśród armii i floty ściśle zależy od warunków miejscowych t. j. od rozszerzenia tych chorób pomiędzy miej-scową i okoliczną ludnością.

Oprócz przyniesienia zarazy przez nowo-zacieżnych, wyłącznym źródłem szerzenia się przymiotu w wojsku jest zarażenie żołnierzy przez prostytutki.

Żołnierze przeważnie mają stosunki płciowe z nierządnicami tajnemi, gdyż te są dla nich dostępnejsze.

Rodzaj służby wojskowej o tyle może wpływać naszerzenie się przymiotu i chorób wenerycznych wśród wojska, o ile ma miejsce większe lub mniejsze zbliżenie i przestawanie żołnierzy z miejscową ludnością (np. służba konwojowa).

Ilość zachorowań na przymiot i choroby weneryczne wśród marynarzy znacznie jest większa, niż u żołnierzy lądowych, co zależy od właściwości miast portowych i samej służby morskiej.

Liczba zarażeń wzrasta wśród wojska z latami służby i dochodzi do najwyższej w 3 i 4 roku służby.

Wszystkie środki ochronne, dotąd w wojsku stosowane, powinny być i nadal—jako odpowiadające celowi — utrzymane, lecz z niektórymi dodatkami.

Szerzenie przymiotu przez powracających do domu żołnierzy stanowi fakt, z którym rachować się należy; dlatego pilnie należy baczyć na to: czy nie istnieją jeszcze jakiegokolwiek objawy zaraźliwe, jako też i na uprzywilejowane dla chorób wenerycznych lata służby (3 i 4-ty rok).

Zasadniczymi środkami zapobiegawczymi przeciw szerzeniu się przymiotu w armii pozostaną ogólne przepisy administracyjne w tym względzie wydane, a w szczególności środki, zmierzające do uzdrowotnienia jawnej i wykorzenienia tajnej, niekontrolowanej prostytucji. Specyalne zaś, ze strony władz wojskowych przedsiębrane środki — jakkolwiek ważne mają znaczenie—to jednak odgrywają tylko rolę środków drugorzędnych i pomocniczych. Za te ostatnie zjazd uznał następujące:

- 1) Zamiast dotąd praktykowanego delegowania lekarzy wojskowych do zasiadania w policyjno-lekarskich komitetach i komitetach zdrowia publicznego zaprowadzić stały udział tych lekarzy w charakterze członków - przedstawicieli zdrowotnych potrzeb wojska, w danej miejscowości przebywającego. Prócz tego reorganizacja powyższych komitetów jest niezbędna.

- 2) Istniejące przepisy co do udziału lekarzy wojskowych przy rewizji nierządnic należy bliżej określić.

- 3) Zarządzić staranny nadzór nad nowozacieżnymi — tak na punktach ich gromadzenia się, jak i w czasie podróży na miejsce przeznaczenia.

- 4) Zamiast rewizji żołnierzy raz na miesiąc dotąd odbywanych, zarządzić je częściej t. j. nie mniej, jak co 3 tygodnie, a w marynarce co 2 tygodnie.

- 5) Zaprowadzić we wszystkich oddziałach wojska oddzielne księgi do zapisywania wszystkich żołnierzy chorych na przymiot, z oznaczeniem czasu wystąpienia objawów pierwotnych, powrotów choroby i t. d., jak równie zarządzić sprawozdania o znajdujących się w szeregach chorych na przymiot, jak to już teraz obowiązuje co do chorych na oczy.

Przy wysyłaniu chorych przymiotowych do szpitala zobowiązać lekarza wojskowego do jednoczesnego przesyłania wiadomości o początku i powrotach choroby danego osobnika.

- 6) Żołnierzy chorych na przymiot po wypisywaniu ich ze szpitala poddawać ogólnej rewizji nie rzadziej, jak raz na tydzień.

Żołnierzy chorych na przymiot w okresie lepiejowym (zaraźliwym) nie uwalniać na dłuższy urlop, ani na kilkodniowe lub odległe wysyłki lub wolne roboty, nie powierzać im czynności kucharzy, służących, posługaczy szpitalnych (z wyjąt-

kiem w oddziałach syfilitycznych), „artelszczyków“ i w ogóle wszelkich czynności, przy których prawidłowy nadzór lekarski mógłby być utrudniony.

8) Zaopatrzyć żołnierzy—syfilityków w oddzielne sprzęty do przyjmowania pokarmów i napojów i umieszczać ich w oddzielnych pokojach, a gdy to okaże się niemożliwe, to należy ich odosabniać od zdrowych i oddzielnie zgrupowanych pozostawiać w ogólnych pomieszczeniach.

9) Wiadomości o przymiocie i chorobach wenerycznych krzewić, o ile tylko można, pomiędzy żołnierzami, zapomocą popularnych broszur i obowiązkowych systematycznych pogadanek przez lekarzy i to nie tylko w komendach naukowych, lecz i we wszystkich innych.

10) Urządzać dla żołnierzy rozrywki, jako to: różne gry, widowiska, odczyty, pogadanki i t. p., a także ułatwiać naukę różnych rzemiosł w czasie wolnym od służby.

11) Lekarze okrętów, żeglujących po obcych morzach, powinni, przedsięwzięć środki zaradcze, stosować się do właściwości i stopnia rozwoju chorób wenerycznych wśród mieszkańców miast portowych.

12) Zamiast dotąd praktykowanej codziennej dawki wódki, należy raczej polepszyć strawę. Wydzielanie wódki, jako zachęta lub nagroda, powinno być zaniechane.

13) O stanie żołnierzy chorych na przymiot, a uwalnianych do domu bądź do rezerwy, bądź dla innych powodów, należy sekretnie zawiadamiać lekarzy tych miejscowości, do których żołnierz—syfilityk się udaje.

14) Mundury, pozostające po żołnierzach—syfilitykach, poddawać starannemu odkażeniu, zanim będą użyte przez innych.

15) Przy szpitalach z większymi oddziałami dla chorych wenerycznych ustanowić posady konsultantów, które należy powierzać specjalistom, znanym z prac naukowych i praktycznej działalności. Oprócz tego byłoby pożądane, aby pewna ilość lekarzy, wysyłanych na studia do akademii wojenno-lekarskiej, specjalnie kształciła się w syfilidologii i dermatologii.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= AUBERT zastosował u trzech chorych, którzy po zażyciu 0,25 — 0,40 chininy dostawali wyjątkowo silnego zawrotu głowy i szumu w uszach, siarczan atropiny z bardzo dobrym wynikiem. Objawy te znikły zupełnie po dodaniu do zwykłej dawki chininy 0,0005 siarczanu atropiny. (Semaine méd. N. 2. 1897).

= LANGSTEIN spostrzegł po zastosowaniu zalecaney przez JOLLY'ego pello-tyny (Med. Nr. 41 1895) w dawce 0,01 silną zapaść, która znikła po zastosowaniu silnych środków pobudzających w przeciągu pół godziny. (Semaine méd. Nr. 2. 1897).

= LOEB przekonał się, że u bardzo znacznej odsetki chorych na cukrzycę

występował cukier w moczu o kilka lat wcześniej, zanim wystąpiły jakiegokolwiek bardziej wyraźne objawy cukrzycy. Wobec tego nie należy się zapatrywać obójtanie na przejściowe pojawianie się śladów cukru w moczu, a przeciwnie zwracać uwagę, czy nie jest to czasem początkowy okres cukrzycy. (Ctbl. f. innere Med. Nr. 47. 1896).

= NATALE spostrzegł chorą na nerki, u której przez długi czas występowały drgawki częściowe, a jednocześnie ilość białka w moczu się zwiększała. Dzięki dyecie mlecznej stan chorej się polepszył i drgawki znikły. N. sądzi, że była to epilepsja JACKSON'a, spowodowana mocznicowem samozatruciem. (Gas. d. ospedal Nr. 68. 1896).

== Zastrzykiwania podskórne niektórych środków, jak chinina, antypiryna i t. d. powodują zazwyczaj w miejscu ukłucia podrażnienie skóry, owrzodzenia, a nawet miejscową martwicę. GRAE-SER stosuje już od dość dawna po zastrzykiwaniu podobnych środków pedzlowanie *colloidio* miejsca ukłucia oraz przestrzeni wokoło niego szerokości dwóch palców. Postępowanie takie usuwa wszelkie podrażnienie skóry. (Exc. medica. Styczeń 1897).

== BORRI dowiódł szeregiem doświadczeń na królikach, że fosfor podawany matce przechodzi zarówno do łożyska, jak i do płodu. Fakt to ważny ze względu na częste otrucia ciężarnych fosforem. (Ctblb. f. Gynäk. Nr. 38. 96). M. B.

== A. KIRSTEIN podaje sposób przeciwko potnieniu zwierciadła we wznienniku kraniowym. Jeżeli nasuchem zwierciadła rozsmarujemy odrobinę zwyczajnego mydła potasowego i wytrzymamy ją do sucha suknem (ruchami okrężnymi), możemy wprowadzić zwierciadło nieogrzane do krani, a nie zapotnieje. Na tę własność mydła wpadł K. w następujący sposób. Pojawily się w Berlinie jednobrzmiące prawie reklamy dla dwóch środków, mających zabezpieczać od potnienia szyby, szkla okularowe, zwierciadła lekarskie i t. d. Jeden z tych środków nazywa się „Oculustro“ drugi „Glasolin“. K. zauważył, że oculustro i z wyglądu i z zapachu przypomina zwyczajne żółte mydło potasowe i zrobił z niem odpowiednią próbę, uwieńczoną dobrym skutkiem. Podobno potas gryzący daje ten sam wynik, ale na krótko. (Deut. med. Woch. Nr. 8. 1897). B. R. G.

== CARLIER spostrzegł u chorego na raka gruczołu krokowego powiększenie gruczołów limfatycznych podobojczykowych; chory żadnych objawów podejrzanych ze stony żołądka nie okazywał. (France méd. Nr. 3. 1897).

M. B.

== MAUREL podaje że woda destylowana, wprowadzona w ilości $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$, objętości krwi królika, zmienia czerwone krążki krwi i ostatecznie sprowadza śmierć. Oprócz tego, zastrzykiwania wody destylowanej do żył lub pod skórę zmniejszają wagę ciała zwierzęcia i ilość ciała krwi, powiększają zaś wydzielanie moczu. To działanie moczopędne wody przekroplonej w małych ilościach jest jakoby większe, niż takż wpływ fizyolo-

gicznego roztworu chlorku sodu. Być więc może, że w niektórych przypadkach lepiej jest użyć wody destylowanej tembardziej, że zmiany wagi ciała i krążków krwi szybko są przez ustrój wyrównywane. (La Sem. Méd. Nr. 58. 1896).

== Według badań ROGER'a, wstrzykiwania do żył 150—300 ctm. sz. wody słonej na kilo wagi królika działają opóźniająco i osłabiająco na wpływ podskórnych wstrzykiwań strychniny. Inne są jednak wyniki przy zastrzykiwaniu trucizny wprost do żył; hydremiczne zwierzęta dostają drgawek i giną wcześniej, niż niehydremiczne. Różnice te, zależne od drogi, przez którą jad wprowadzony został (pod skórę, czy do żyły), wskazują, że wprowadzenie dużej ilości wody do ustroju zwalnia znacznie wchłanianie podskórne. Oprócz tego, drugi z wyżej wymienionych faktów dowodzi, że siła odruchowa ośrodków nerwowych u zwierząt hydremicznych znacznie jest zwiększona. Ztąd pojmiemy, że wstrzykiwania wody słonej do żył mogą dać dobre wyniki tylko w tych przypadkach otrucia lub zakażenia, które sprowadzają przygnębienie układu nerwowego; wywrą one wtedy wpływ pobudzający, dynamogeniczny. Dla tego też nie są one w stanie zwalczyć działania strychniny na ośrodki nerwowe, ponieważ działają w tym samym kierunku, co i ta ostatnia. (La Sem. Méd. Nr. 58. 1896). J. L.

== Wpływ prądu stałego i przerywanego na czynność zdrowego i chorego żołądka, został ponownie zbadany przez GOLDSCHMIDT'a. Badania przekonały G., że jakkolwiek prądy nie mają żadnego widocznego wpływu na czynności żołądka, tem niemniej wyraźny jest wpływ leczniczy prądu w różnych sprawach chorobowych. Stwierdzony został dobry skutek tego leczenia w nerwicach żołądka, niedowładach, rozstrzeni, a nawet w nieżyłcu przewlekłym. Przypadki gstralgii i wymiotów (nerwowych) szybko się leczyły lub poprawiały, a kilka tygodni trwające wymioty znikaly po 2—3 posiedzeniach. Z badań swoich wyciąga G. wnioski następujące: 1) galwanizacja bezpośrednia (anoda — wewnątrz żołądka) jest znakomitym środkiem do zwalczania nerwicy żołądka, a w cierpieniach organicznych jest ona bardzo pożyteczna; 2) widocznej różnicy pomiędzy endogalwanizacją i endofaradyzacją nie ma; jednakże wskazana jest galwaniza-

cya raczej w zaburzeniach bólowych, faradyzacya zaś w zaburzeniach czynnościowych; 3) Przy stosowaniu galwanizacyi zaleca się ostrożność (15—25 M. A.) ze względu na żrące działanie prądu; 4) działanie prądów elektrycznych jest dotąd nie wyjaśnione. (Należałoby chyba przypisywać w tej sprawie największą rolę działaniu poddawania na wrażliwy układ nerwowy tego rodzaju chorych. Przyp. refer.). Deut. Arch. f. kl. Med. J. 56. Z. 3 i 4). J. Gr.

— Badając klinicznie wpływ rozmaitych czynników na wydalanie pokarmów z żołądka, przekonał się SCHUELE, że nadkwaśność zawartości opóźnia owo wydalanie prawdopodobnie wskutek skurczu odźwiernika. Płynny wprowadzone zaczynają się zaraz wydalać z żołądka (woda, jak już wiadomo wcale się w żołądku nie wchłania. Przyp. spraw.). Wydalanie rozpoczyna się tem później, im zawartość jest bardziej stała, Z jednocześnie w żołądku przebywających płynnych i stałych pokarmów pierwsze zawsze wcześniej są wydalone, a dwie miazgi pokarmowe jednakowej gęstości w jednym czasie bywają wydalone bez względu na ich skład fizyczno-chemiczny.

CO₂ i HCl wprowadzone do żołądka przyspieszają tę czynność części odźwiernikowej żołądka (*partis pyloricae*). (Zeit. f. klin. Med. T. 28 i 29).

— Do przepłukiwań żołądka wynajduje MARTINS następujące wskazania: 1) wydalanie zawartości żołądka: a) otrucia, b) zwężenie odźwiernika, c) zamknięcie światła kiszek; 2) przepłukiwania żołądka stosuje się często w takich cierpieniach, jak: rak, nieżyty przewlekły, sokotok żołądkowy, nerwice żołądka. MIN-KOWSKI w dyskusyi dodaje, że jest to i środek do zatamowania krwotoku żołądka; LENHARZ stosuje je w bębnicy kiszek, kurczu przełyku, a RUMPF i LEO w t. zw. *cholera infantum* z doskonałym skutkiem. (Naturforsch. Versammlung 1895). J. Gr.

— GOYENS zwraca uwagę na następujący szczegół przy leczeniu błonicy surowicą. Jeżeli obrzęk na miejscu zastrzyknięcia surowicy nie znika, świadczy to o niedostatecznem wessaniu i grożącej śmierci; wobec tego objawu należy przystąpić do tracheotomii, nawet gdyby objawy stenotyczne nie były bardzo znaczne. (Ctbl. f. inn. med. Nr. 44. 1896). M. B.

Wiadomości bieżące.

— Kolega St. MARKIEWICZ prosi nas o zamieszczenie następującego zawiadomienia: „Ponieważ do dnia 15 lutego nie nadeszły żadne uwagi mające na celu zmianę szematu pracy w przedmiocie szkodliwości zawodowych, przeto kolegów w pracy tej uczestniczących upraszam o przystąpienie do zbierania materyałów w poszczególnych, wybranych przez nich rękodziełach, według planu szematem pomienionym określonego, przypominając, że materyały te, o ile możności przed d. 1 maja zebrane i do mnie nadesłane być mają, celem poddania ich dyskusyi, w gronie wszystkich uczestników pracy rzeczowej“.

— Kol. S. STERLING z Łodzi, otrzymał za swe prace na polu higieny na drugiej międzynarodowej wystawie przedmio-

tów lekarskich w Pradze w roku ubiegłym, dyplom uznania.

— W Petersburgu powołana została przez rząd komisya, która ma za zadanie zwalczanie dżumy, w razie gdyby wtargnęła ona w granice Rosyi.

— Zmarli. W ostatniej chwili dochodzi nas wiadomość o śmierci d-ra Leona HALBAN'a (Blumenstocka), b. profesora medycyny sądowej uniwersytetu Jagiellońskiego i długoletniego redaktora „Przeglądu Lekarskiego“. Obszerniejsze wiadomości o życiu zmarłego podamy w najbliższym numerze „Medycyny“.

CHINOSOL

Alumen oxychinolinicum C₉ H₆ NO SO₃ K + H₂O

Nowy środek antyseptyczny łatwo rozpuszczalny w wodzie, 40 razy silniejszy od kwasu karbolowego, w działaniu równy sublimatowi, a nawet przewyższający go, bowiem nie ścina białka i łatwo przenika tkanki, przytem nie trujący i nie szkodliwy.

Chinosol stosuje się w miejsce kwasu karbolowego, bornego, sublimatu, jodoformu, lysolu, kresoliny etc., a jako przyjemny w użyciu, nie szkodliwy i najsilniej niszczący wszelkie drobnoustroje chorobotwórcze, z korzyścią zastępuje wymienione środki.

Chinosol przedstawia się w postaci złotego krystalicznego proszku, zapach ma aromatyczny szafrowy, smak aromatyczno-ściągający.

Wielce dogodno w użyciu są gramowe tabletki chinozolowe w cylindrach szklanych po 12 sztuk.

Jedyni wytwórcy, Franz Fritzsche & C-o, powierzyli wyłączną sprzedaż Chinozolu firmie „*Valetudo*“, Fabryka waty hydr. i Mater. Opatr. **D-ra S. Bartkiewicza** w Zapolu przy st. **Grodzisk**, gub. Warsz.

PP. lekarzom na żądanie nadesłane kartą pocztową wysyła się bezpłatnie próbki w tabletkach oraz objaśnienia i przedruki z pism lekarskich.

= **Wata i gaza chinozolowa** zamiast jodoformowej. =

URBANOWICZ I RÓŻYCKI

Skład materiałów aptecznych

PAROWA FABRYKA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH.

CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNE LABORATORYUM

FABRYKA POKOSTU ORAZ FARB OLEJNYCH.

Krakowskie Przedmieście Nr. 17

W WARSZAWIE.

Sprzedaż hurtowa i detaliczna.

Towar tylko wyborowy.

Ceny bardzo niskie.

ZAKŁADY CHEMICZNO - TECHNICZNE

Skład Materiałów Aptecznych i Farb

LUDWIK SPIESSA I SYNA

W WARSZAWIE

ulica SENATORSKA № 464/5 obok kościoła PP. Kanoniczek, MARSZAŁKOWSKA № 140, pomiędzy Ś-to Krzyską i Placem Zielonym, w ŁODZI ulica PIOTRKOWSKA dom Tow. Akc. K. Scheibler.

APTEKA

Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych

oraz Fabryka Pastylek egzystująca od 1855 r.

EDWARDA TREUTLERA

Nowy Świat Nr. 60

poleca:

Tabulettae Ferratini a 0,5

„ Haemoglobini a 0,3

„ Haemogalloli a 0,25

Tabulettae Haemoli a 0,25

„ Meduladeni a 0,3

„ Saccharini a 0,06

„ Thyreoidini a 0,06 i 0,1

Tabulettae Actoli a 0,2, Chinosoli a 0,5, Hydrarg. corrosiv. a 0,5 i 1,0.