

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenue 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Dlaczego dziecko rośnie? Napisał A. Goldenberg. — 14 przypadków dławca błoniczego leczonych za pomocą intubacji. Podał F. Sachs (Dokończenie). — O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. Opisał K. Sacewicz. (Ciąg dalszy). — **STRZECZENIA i WYCIĄGI.** 74. Pożyteczność międzynarodowej farmakopei urzędowej. 75. Leczenie promieniami Roentgen'a gruźliczego zapalenia otrzewny. — IX Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Napisał S. Groszlik. (Ciąg dalszy). — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARLI — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Goldenberg — La cause de la croissance de l'enfant. 2) D-r F. Sachs — 14 cas de croup diphteritique, traités par l'intubation 3) D-r K. Sacewicz — Sur de certains troubles des fonctions sexuelles.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Goldenberg — Ueber die Ursache des Wachstums des Kindes. 2) D-r F. Sachs — 14 Fälle von Diphterie - croup, behandelt mittelst Intubation. 3) D-r K. Sacewicz — Ueber gewisse Störungen der sexuellen Thätigkeit.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Dlaczego dziecko rośnie?

(Z powodu szkicu klinicznego St. Kamińskiego p. t. „O właściwościach fizjologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii“).

Napisał

ARKADYUSZ GOLDBERG.

Ogólnie znany jest paradoks, że im człowiek jest rozumniejszy, tem więcej rzeczy nie rozumie. Sokrates uważał siebie za mędrszego od innych dla tego, że wiedział, jak dużo rzeczy pojąć nie może, gdy inni o tem nie wiedzą. Człowiek ograniczony rozstrzyga najtrudniejsze pytania bardzo prosto, gdy tymczasem najgenialniejsze umysły dotąd odpowiedzi na nie znaleźć nie mogły.

Do tego rodzaju należy też pytanie, dlaczego dziecko rośnie? Pytanie napozór naiwne, i odpowiedź łatwa: rośnie, bo się rodzi małym, a musi zostać dużym człowiekiem. Dlaczego jednak komórki się rozmnażają, powiększają

wagę i rozmiary tkanek, dlaczego jedne mniej, drugie więcej, dlaczego to trwa tylko do pewnych lat i t. d., tego żaden mędrzec nie wytłumaczył jeszcze.

Z tego nie wynika jednak, że usiłowania, podjęte do rozwiązania tej zagadki, powinny być równane z pracą nad wynalezieniem kwadratury koła lub *perpetuum mobile*. Zadanie powyższe rozwiązać próbuje St. KAMIŃSKI w szkicu klinicznym p. t. „O właściwościach fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii“ (Nr. 115, 116 i 117 „Odczytów klinicznych“).

Żeby nie być gołosłownym, przytoczę tymczasem tylko 3 miejsca tego szkicu, w których ten pogląd autora się streszcza: 1) „Przypomnimy wogóle, że wszystkie narządy dziecka są narządami zmęczonymi“ (str. 136); 2) „Znowu mamy organ (mowa o nerkach), wykonywający pracę nad siły, a więc stale znużony“. 3) „Cały ustrój dziecka tylko w pracy nad siły czerpie swą zdolność do doskonalenia się i wzrostu“ (str. 136).

Rozumowanie kol. KAMIŃSKIEGO jest mniej więcej takie: poznawszy własności anatomiczne i fizyologiczne ustroju dziecka, trzeba przyznać, że narządy jego są obciążone pracą nad siły, są mniej doskonałe, niż tego wymaga ich praca, są znużone, zmęczone. Ta jednak niedoskonałość i wynikające z tego męczenie ciągle narządów zbytnią pracą jest zarazem bodźcem do ich wzrostu, jak zbytnia praca pewnych narządów dorosłego (serce, nerki i t. p.) wywołuje ich przerost.

Autor szkicu włożył dużo pracy w to, żeby swoją teorię wzrostu uzasadnić, ale ta praca celu nie osiągnęła; 1) dlatego, że wzrost nie jest przerostem, 2) dlatego że niema nawet tego bodźca do przerostu, niema małej doskonałości narządów dziecka, zmęczenia, pracy nad siły.

Wzrost nie jest przerostem. Narządy pewne mogą przy powiększeniu pracy ich uleść przerostowi do pewnego *maximum*, jeżeli przytem znajdą odpowiednie odżywianie, lecz raz doszedłszy do tego *maximum* w przeciągu kilku dni lub tygodni, więcej potem przerastać już nie będą, chociażby praca i odżywianie się powiększały.

Mogą jakiś czas, zaledwie parę lat, pozostać na tej wielkości lub wrócić do normy. Wzrost zaś trwa dwadzieścia przeszło lat, przytem, gdy wskutek pewnych chorób narząd musi wykonywać większą pracę (np. serce w zapaleniu nerek), przerasta on u dziecka do podwójnej czasem grubości. Gdyby wzrostem dziecka był przerost jego tkanek i narządów, to przerost we właściwym znaczeniu (w chorobach nerek, zastawek sercowych i t. p.) miejsca mieć by nie mógł, jak nie mogą przerastać mięśnie już wytrenowane, jeżeli znowu i znowu powiększać ich pracę. Przerost serca lub nerki dziecka w przypadkach patologicznych dowodzi właśnie, że dotąd narządy nie przerosły.

Wzrost więc ustroju nie jest przerostem jego narządów.

Łatwo sobie uprzytomnić, że wzrost narządów i tkanek dziecka może się odbywać i odbywa bez żadnej nawet ich pracy. Najsamprzód narządy rosły już w łonie matki, potem od jakiej to pracy rośnie prącie dziecka, lub macica dziewczyny, ucho zewnętrzne, gałka oczna u dzieci ślepych od urodzenia i t. d.?

Co więcej, praca może nawet wstrzymać wzrost młodego ustroju. Konie włościan są zwykle karłowate, bo już po dwóch latach ciężko pracują; dzieci, pracujące w fabrykach, mniej według COWELL'a przybierają na wadze od niepracujących.

Trudniej będzie mi dowieść, że narządy dziecka są mało doskonałe, nie są zmęczone i t. p. dla tego, że będę zmuszony przedstawić właściwości anatomiczne i fizyologiczne młodego ustroju, czyli prawie napisać takiej objęto-

ści pracę, jak wspomniany wyżej szkic, na co jednak brak tu miejsca. Postaram się więc być zwięzłym.

Ponieważ we wspomnianym szkicu spotykamy na każdym kroku takie wyrażenia, jak „zmęczenie“, „znużenie“, „praca nad siły“, „mała doskonałość narządów“, „praca z małą oszczędnością“, trzeba więc się nad temi wyrażeniami zastanowić, o ile są one właściwie użyte.

Każda praca ustroju (zwierzęcia czy człowieka) wymaga dla zachowania jego zdrowia odpowiedniego odżywiania i odpoczynku po pracy. Gdy te warunki są uwzględnione, ustrój może się czuć zadowolonym, jeżeli naturalnie uniknie chorób przypadkowych (zakażenie, wypadek). Taki zdrowy ustrój większą ma zdolność do przeniesienia przekroczenia w odżywianiu (zmniejszenie) lub w pracy (powiększenie).

Gdy zaś ustrój, zupełnie nawet zdrowy i rozwinięty, przez dłuższy czas pozbawiony jest odpowiedniego odżywiania lub pracuje więcej, aniżeli powinien - następuje uczucie zmęczenia, to jest pragnienie odpoczynku. Gdybyśmy nie uwzględnili tego słusznego żądania ustroju, lecz narzucali mu pracę wtedy, gdy odpocząć chce i powinien, ustrój będzie już przeciążony tą pracą i wykona ją mniej dokładnie, albo też wskutek wysiłku z uszczerbkiem dla swojej równowagi fizycznej lub umysłowej, to jest będzie w końcu wyczerpany, niezdolny do pracy nawet lżejszej przez większy lub mniejszy okres czasu. Zmęczonym więc nazywamy ustrój, kwalifikujący się do odpoczynku, przeciążonym - jeżeli pracuje, będąc zmęczonym, wyczerpanym - jeżeli po długim przeciążeniu pracą staje się do niej niezdolnym.

Trzeba jeszcze dodać, że praca do zmęczenia zdrowego dojrzałego ustroju jest bardzo ważnym warunkiem rozwoju i zachowania jego sił i czerstwości; przy odpowiednim odżywianiu i po odpoczynku taki ustrój zdolny jest więcej zrobić, aniżeli ten, co przy dobrem odżywianiu próżnuje.

To samo, co wyżej powiedziałem o ustroju, stosuje się *mutatis mutandis* do oddzielnych jego narządów: do mięśni, mózgu, narządów trawienia, nerek i t. p. Jeżeli mówimy o zmęczeniu *resp.* przeciążeniu ustroju, mówimy właściwie o zmęczeniu i przeciążeniu pewnych jego narządów: mięsień, przeciążony pracą, staje się w końcu do niej niezdolnym, bo następuje wyczerpanie sił jego (ztańd cały szereg t. zw. nerwic zawodowych u szwaczek, fortepianistek, rolników, telegrafistów i t. d.) ¹⁾; wyczerpanie narządu nerwowego wskutek przeciążenia prowadzi do apatii; u smakoszów i piwoszów mamy rozszerzenie żołądka, serca (t. zw. monachijskie piwne serce) ²⁾.

Każdy narząd ma swoje *maximum* kilogramometrów pracy, swój czas na odpoczynek, po przekroczeniu których następuje przeciążenie i wkrótce wyczerpanie.

Są jednak narządy, które pracują ciągle przez 100 i więcej lat bez odpoczynku i bez wyczerpania, np. serce, narządy oddechania (ośrodek, mięśnie oddechowe i płuca), mięśnie nóg lub karku konia, wołu, słonia i t. p. zwierząt, które, jeżeli nie chodzą, to stoją. Ktoby jednak mógł powiedzieć o tych narządach, że są zmęczone? Zmęczenie, nie usunięte odpoczynkiem, wywołałoby przeciążenie, które trwać długo nie może, lecz musi przejść w wyczerpanie. To serce, te narządy oddechania, te mięśnie nóg i karku zwierząt nie

¹⁾ STRÜMPFELL. GOWERS.

²⁾ STRÜMPFELL.

są wyczerpane, bo pracują ciągle dobrze, nie są więc przeciążone *resp.* zmęczone, chociaż nie odpoczywają nigdy. Co więcej, te narządy, jak i inne, gdy im postawić większe wymagania do pracy, wykonywają ją doskonale, lecz tylko przez pewien czas.

U kobiety podczas ciąży, u chorego na nerki, w pewnych chorobach płucnych i w innych przypadkach mamy przerost serca. Ale jest to tylko stan przejściowy. Praca musi się z czasem zmniejszyć, inaczej serce działać ustaje. Przy wyłączeniu jednej nerki, druga przerasta i podejmuje się większej pracy, aniżeli poprzednio. Czy na długo!

Zmęczenie wielu narządów dochodzi do świadomości samego ustroju, jako uczucie, i ustrój wie, kiedy im odpocząć trzeba. Zmęczony robotnik składa ręce, zmęczony czytelnik zamyka książkę, zmęczony częstem oddechaniem podczas biegu dzieciak zwalnia bieg, gdy pewne obrazy lub muzyka zaczynają nas nużyć — zmieniamy miejsce, gdy narządy trawienia wymagają odpoczynku, mamy brak łaknienia i t. d.

Są jednak narządy, których zmęczenie nie dochodzi do naszej świadomości np. serca, nerek, wątroby i t. p. Sam ustrój nic nie wie o ich zmęczeniu, lekarz — niekiedy. Mianowicie tylko stan zmęczenia *resp.* przeciążenia serca (jeżeli się nie mylę) lekarz może określić: jeżeli mamy u dorosłego tętno zarazem drobne, bardzo częste (130 - 160) i niemiarowe, mówimy o sercu osłabionem, inaczej — zmęczonem. To wyrażenie jednak „zmęczone“ nie zawsze jest ścisłe, bo czem np. mogło się „zmęczyć“ serce w błonicy, durze, utracie krwi i t. p.?

O zmęczeniu serca we właściwym tego słowa znaczeniu możemy mówić chyba po dłuższem powiększeniu jego pracy, po długim jego przeroście.

Gdybyśmy wiedzieli, ile kilogramometrów pracy taki, nie podający ustrojowi o swoim zmęczeniu wiadomości narząd powinien w zwykłych warunkach wypełniać, to i wtedy o jego przeciążeniu moglibyśmy, nie znając, że tak powiem, sprężystości jego, czyli wahań fizyologicznych, tylko się domyslać ze złych skutków, następujących po długim przeciążeniu: niezdolności do przedłużenia tej pracy.

Narządy więc ustroju, będąc długo przeciążone pracą, ze świadomością ustroju czy bez niej, muszą w każdym razie przyjść do wyczerpania, to jest do niezdolności do pracy.

To jest jedno następstwo przeciążenia.

Drugim złem następstwem jego będzie zły wzrost tak ustroju, jak i poszczególnych jego narządów. Dowodzą tego pomiary COWELL'a dla dzieci, pracujących w fabrykach: takie dzieci mniej przybierają na wadze od niepracujących (str. 126 u KAMIENSKIEGO).

Trzecim złem następstwem przeciążenia będzie, jak tego dowiedli CHARLIN i ROYER (str. 122 u KAMIENSKIEGO), większe usposobienie ustroju (*resp.* narządów) do chorób. Każdemu wiadomo, że choroby nerwowe mają najczęściej miejsce u inteligencji, klasy pracującej umysłowo, choroby oczu u dzieci, czytających dużo i t. d.

Jest jeszcze czwarte złe następstwo przeciążenia — mniejsza odporność ustroju *resp.* narządu w walce z powstałą chorobą. Tyczy się to, co prawda, pewnych tylko chorób; w chorobach zakaźnych widzimy często zwycięstwo ustroju, napozór nędznie odżywianego i wycieńczonego pracą, i śmierć silnego napozór ustroju po 24 godzinnej błonicy; ale wogóle im lepiej ustrój się odżywił poprzednio, im mniej był przeciążony pracą, tem lepiej będzie wal-

czył z chorobą, czy to będzie operacja, połówg, czy utrata krwi, czy inna wreszcie choroba.

Mając takie pojęcie o zmęczeniu narządów ustroju, można już z góry powiedzieć, że narządy dziecka nie są zmęczone, bo wzrost trwa tak długo, że już dawno powinno byłoby nastąpić przeciążenie i wyczerpanie. Tyle o zmęczeniu.

W określeniu doskonałości ustroju żyjącego mogą być użyte dwie miary: jedna ocenia ustrój ten jako istniejący sam dla siebie, druga ocenia jego wartość społeczną lub położenie na szczeblu zoologicznym, biorąc za wzór człowieka. Krowa, jako ustrój żyjący sam dla siebie, jest ustrojem doskonałym, bo narządy jej wzajemnie się wspierają i dają jej możność istnienia w pewnych warunkach, dla niej przez przyrodę przeznaczonych.

Krowa, jako gatunek zwierząt, zajmująca niższe miejsce w rzędzie zwierząt, ułożonym według ich inteligencji lub bliższego podobieństwa do króla przyrody — człowieka, będzie mniej doskonałym ustrojem, niż małpa.

Te same dwie miary mogą być wzięte do oceny doskonałości ustroju dziecka: o ile ten młody ustrój jest doskonały, jako ustrój sam dla siebie, i o ile jest doskonały w porównaniu z człowiekiem dorosłym. Jeżeli sobie zadamy pytanie, jaką miarą posilkuje się kol. KAMIENSKI, musimy odpowiedzieć że pierwszą, bo np. o narządach oddechowych wyraża się tak: „śmiało powiedzieć można, że organy oddechowe dziecka nie są dokładnie przystosowane do potrzeb jego“. (str. 23).

Nerki „mają pracę nad siły“, to znaczy, że nie są tak urządzone, jak tego wymaga ustrój dziecka.

Postaram się więc dowieść, że, jak narządy dziecka nie są przeciążone pracą, tak nie są źle zastosowane do jego potrzeb, czyli, że są tak doskonałe, jak tego cały młody ustrój wymaga.

a) Trawienie u dzieci. Anatomicznie narządy trawienia dzieci różnią się od tychże narządów u dorosłego głównie mniejszą objętością i odmienną formą i położeniem żołądka (tylko u ssawca), większą długością i pojemnością kiszek, słabszą muskulaturą i bardziej rozwiniętą błoną śluzową (gęstsze i bogatsze w naczynia kosmki). Fizyologiczna różnica polega na tem, że wskutek braku śliny i własności sacharyfikacyjnych soku trzustkowego, krochmal ssawiec dobrze trawi dopiero w trzecim miesiącu; wskutek małej ilości kwasu solnego źle znosi mleko krowie (i z innych jeszcze przyczyn); wskutek małej pojemności żołądka i jego formy może przyjmować naraz małe ilości pokarmu i nadmiar jej zwraca; wskutek słabo rozwiniętej muskulatury ruchy robaczkowe są wolniejsze; wreszcie wskutek silnego rozwoju śluzówki, większej pojemności *resp.* długości kiszek i wolniejszej perystaltyki wchłanianie odbywa się lepiej, aniżeli u dorosłego. Ponieważ przeważnie żołądek i to tylko ssawca jest mniej doskonały, aniżeli u dorosłego, przeto musimy pamiętać, że pokarm, przeznaczony dla dorosłego, będzie źle znoszony przez ssawca, jego pokarmem musi być tylko mleko i to tylko jego własnej matki. Za to już i u ssawca widzimy te zalety, które cechują dzieci starsze: lepsze warunki wchłaniania.

Gdybyśmy więc obserwowali dziecko, karmione przez jego matkę do roku, a potem pokarmami strawnymi (jak i dla dorosłego), to musielibyśmy przyjść do tego przekonania, że trawienie *resp.* wchłanianie pokarmów odbywa się u dzieci we wszystkich okresach lepiej, aniżeli u dorosłego. Cyfry to potwierdzają. Z przyjętego pokarmu

ssawiec wydziela z kałem najwyżej $\frac{1}{20}$, gdy dorosły $\frac{1}{10}$ część (St. KAMIENSKI str. 18), ze 100 grm. pokarmu części stałych w kale dzieci od 2 do 20 lat znajduje się 4—6, gdy u dorosłego 8 (St. KAM. str. 19). Ktoby więc mógł się spodziewać, że autor określi czynności trawienia dzieci jako „upośledzone” w porównaniu z czynnościami dorosłego? Autor to czyni na str. 23.

b) Oddychanie. Objętość płuc autor ocenia w stosunku do długości ciała. Dlaczego? Wszędzie porównywa narządy dziecka z narządami dorosłego w stosunku do wagi, np. jaka na kilo wagi dziecka i dorosłego wypada pojemność żołądka, kiszek, serca, nawet powierzchnia ciała, tutaj stosuje inną miarę, według mego zdania, błędną. Stosując zaś taką miarę, jak wszędzie, jak dla innych narządów, znajdziemy, że u noworodka, który oddychał, na kilo wagi wypada $23\frac{1}{2}$ ctm. sz. ($70 : 3$) objętości płuc, u dziecka dwuletniego — $22\frac{2}{5}$ ctm. sz. ($250 : 11$), u dorosłego — $21\frac{1}{2}$ ctm. sz. ($1400 : 65$), czyli że u dzieci objętość płuc jest większa stosunkowo, aniżeli u dorosłego (u KAM. naodwrot). Gdy zaś autor chce porównać wielkość oddechową (str. 22), ucieka się do miary racjonalnej t. j. w stosunku do wagi: „Przez minutę, powiada autor za H. RECKLINGHAUSEN'em, noworodek wdecha 1400 ctm. sz. powietrza.... Przyjmując pod uwagę wagę dziecka, wielkość oddechowa równać się powinna 300 ctm. sz., t. j. być prawie 5 razy mniejszą”.

To zestawienie daje nam także pojęcie o pojemności płuc noworodka. Jeżeli przyjmiemy częstość oddechów na minutę dla noworodka 40 (najwyższa) a dla dorosłego 16 (najniższa), to wielkość oddechowa noworodka powinna być tylko 3 razy większa, gdyby na kilo wagi jego wypadła taka pojemność, jak i u dorosłego. Ponieważ zaś ta wielkość oddechowa jest aż 5 razy większa, dowodzi to, że u noworodka i pojemność płuca jest stosunkowo większa. Co do dzieci starszych, nie mamy danych o wielkości oddechowej, sądząc jednak z tego, że u dziecka dwuletniego objętość względna (na kilo) jest większa, aniżeli u dorosłego, można przypuszczać, że pojemność, a z nią i wielkość oddechowa (bo oddycha zawsze częściej) są większe, wentylacja więc płuc u dzieci jest prawdopodobnie lepsza, aniżeli u dorosłego (u KAM. naodwrot).

„Przemiana gazów, jak sam autor na str. 22 stwierdza, ma być u dziecka dalego intensywniejsza, niż u dorosłego”.

Czy tchawica u dzieci jest węższa, i o ile to wpływa na upośledzenie w oddychaniu, nie wiemy. U chłopca 15-letniego, według cyfr BENEKE'go (str. 12 u KAM.), średnica tchawicy jest dwa razy mniejsza, gdy długość tylko o $\frac{1}{5}$ mniejsza, aniżeli u dorosłego. Ale jeżeli taka wąska tchawica nie przyczynia się u 15-letniego młodzieńca do jakichś zaburzeń czy upośledzenia w oddychaniu, chociaż pojemność płuc jest stosunkowo (na kilo) większa, aniżeli u dzieci młodszych, to nie możemy tego przypuszczać i dla dzieci, mniej niż 15 lat mających, tembardziej, że nie wiemy czy rzeczywiście i u nich tchawica jest stosunkowo węższa, aniżeli u dorosłego.

(C. d. n.)

14 PRZYPADKÓW DŁAWCA BŁONICZEGO leczonych za pomocą intubacyi.

Podał

FELIKS SACHS

lekarz miejscowy.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 37).

Spostrzeżenie 11. *Laryngitis diphtheritica.*

Dawid F., lat 4, zachorował 19 maja, w domu nie był leczony. Dopiero gdy objawy dławca wystąpiły z wielkiem natężeniem, został przywieziony do Warszawy i umieszczony w szpitalu 21 maja o godz. 10 wieczorem. Chory miernie odżywiany. Gardziel i migdały zaczerwienione, lecz czyste. Gruczoły podszczękowe powiększone. Chrypka, kaszel suchy krupowy. Oddech stenotyczny ze znacznem wciąganiem. *Pulsus paradoxus*. Chory otrzymuje odrazu 3000 jednostek surowicy. O godz. 11 wieczorem intubacja (rurka dla dwuletnich). Odczyn bardzo żywy; wykrztusza znaczną ilość śluzu.

22. V. Ciepłota 38,0°. Noc przeszła dobrze. O godz. 11 zrana wykrztusił rurkę. Duszność powraca. O godzinie 11½ reintubacja. Obfite wykrztuszanie śluzu; po upływie 15 minut wykrztusza rurkę. Oddycha lepiej. Wobec tego reintubacji na razie zaniechano. O godz. 4 jednak znowu wystąpiła duszność z sinicą. *Inject. aetheris sulph.* Reintubacja. Po upływie 15 minut rurka zostaje wykrztuszona. Reintubacja. Ciepłota wieczorem 37,4°.

23. V. Ciepłota 37,2°. Tętno 132 słabe. O godz. 5 zrana rurka została wykrztuszona i duszność wystąpiła ponownie. Reintubacja. Połyka dość dobrze. O godz. 11 zrana rurka znowu zostaje wykrztuszona. W obu miejscach, w których poprzedniego dnia zastrzyknięto eter, wystąpiła zgorzel skóry. Po bliższem zbadaniu rzeczy okazało się, że przez pomyłkę zamiast eteru użyto jakiegoś innego płynu (zdaje się kwasu solnego). Wieczorem ciepłota 37,2°. Oddech bez rurki nieco stenotyczny.

24. V. Ciepłota 37,4°. Tętno 112. Nieznaczna stenoza trwa w dalszym ciągu. Kaszel suchy krupowy. Brak łaknienia. Język obłożony. Chory otrzymuje 2000 jednostek surowicy. O godzinie 8 wieczorem duszność staje się tak znaczną, że znowu wykonaną zostaje intubacja. Wieczorem ciepłota 37,8°.

25. V. Ciepłota 37,2°. Tętno 108. Noc spędził dobrze. O godz. 7 zrana wykrztusił rurkę. Oddech zrazu swobodny, później stał się stenotycznym. Kaszel suchy krupowy. Badanie laryngoskopowe wykazuje obecność błon dyfterytycznych na strunach głosowych. Częste wymioty. O godz. 6½, wieczorem duszność wzmacnia się. Reintubacja. Wykrztusza znaczną ilość błon rozpadłych. Ciepłota 37,8°.

26. V. Ciepłota 37,0°. Tętno 124. Noc przeszła dobrze. O godzinie 8½ zrana wykrztusił rurkę (po raz ostatni). Oddech nieco stenotyczny. Kaszel suchy niezbyt częsty. Wymioty ustały. Ciepłota wieczorem 38,2°.

27. V. Ciepłota 36,8°. Tętno 132. Oddycha lepiej, jakkolwiek jeszcze niezupełnie swobodnie. Kaszel dotychczas krupowy. Głos ochrypły. W płucach nieliczne rżenia; stan ogólny lepszy.

28. V. Stan bezgorączkowy. Oddech dobry. W miejscu, gdzie była zastrzyknięta surowica, wystąpiła wysypka (*erythema*).

29. V. Ciepłota 37,0°. Tętno 104. Oddech swobodny. Głos prawie czysty. Kaszel zachował jeszcze odcień krtaniowy. Wysypka znikła.

30. V.—4. VI. Chory ma się dobrze. Kaszel stał się wilgotnym. Oba wrzody zgorzelinowe goją się.

5. VI. Na powierzchni wyprostnej wszystkich kończyn wystąpiła wysypka (*erythema multiforme*). Chory apatyczny, nie chce przyjmować pokarmów. Mocz białka nie zawiera. Po upływie 4 dni wysypka znikła. Stan ogólny dobry. Chory pozostaje w szpitalu do czasu zupełnego zagojenia wrzodów, które powoli zaczynają się zablizniać.

29. VI. Wychodzi zdrów.

Chory ten był bardzo dobrze rozwinięty, jak na swój wiek, to też nic dziwnego, że rurka, przeznaczona dla dzieci dwuletnich, za każdym razem była wykrztuszana. Rurka znajdowała się w krtani godzin 56 $\frac{1}{4}$ (12 + $\frac{1}{4}$ + $\frac{1}{4}$ 12 $\frac{3}{4}$ + 6 + 11 + 14), duszność jednak pomimo znacznej dawki surowicy trwała godzin 107 $\frac{1}{2}$.

Spostrzeżenie 12. *Laryngitis diphtheritica*.

Wolf W., lat 3, przybył do szpitala 8 czerwca o godzinie 8 zrana. Od trzech dni dziecko ma chrypkę, kaszel krupowy i duszność, stale wzmagającą się. Chory dobrze odżywiany, warstwa tłuszczowa obfita, wyraźne ślady krzywicy. Według zapewnień rodziców chory bardzo mało jeszcze mówi. Gardziel, migdały i nagłośnia mocno zaczerwienione. Znaczna stenoza z wciąganiem nad- i podmostkowem. W pozostałych narządach zmian nie wykryto. Chory otrzymuje 2000 jednostek surowicy.

O godzinie 2 $\frac{1}{4}$ po południu oddech staje się bardzo utrudnionym, chory rzuca się w łóżku, na twarzy występuje sinica. Intubacja rurką dla dwuletnich. Po intubacji następuje bardzo silny odczyn. Kaszel trwa 15 minut, i chory nie może spokojnie oddychać. Celem przekonania się, czy przyczyną tego kaszlu nie jest zatkanie rurki, ta ostatnia zostaje wyjęta, światło jej okazuje się jednak wolnem. Zastrzyknięto jeszcze 2000 jednostek surowicy. Po wyjęciu rurki oddech taki sam, jak przed intubacją. O godzinie 3 po południu dziecko dostaje napadu duszności z sinicą. Reintubacja. Znowu silny odczyn, chory jednak nic nie wykrztusza. Po trzech minutach chory wykrztusił rurkę (prawdopodobnie z powodu pozostawienia nitki). Natychmiastowa reintubacja z usunięciem nitki. Po wprowadzeniu rurki wciąganie trwa przez krótki czas jeszcze, poczem wargi różowieją, i oddech staje się swobodnym. Połyka dobrze. Wieczorem ciepłota 37,7°. Tętno 148. R. 32.

9. VI. Bez gorączki. Stan ogólny dobry. Chory chodzi po sali i bawi się. Oddycha przez rurkę swobodnie, połyka dobrze.

10. VI. Stan bezgorączkowy. Tętno 112. W nocy spał dobrze. O godzinie 6 zrana wykrztusił rurkę. Stenoza powraca. O godzinie 6 $\frac{1}{2}$ reintubacja. Z powodu silnego kurczu krtani wprowadzenie rurki udaje się nie odrazu. Po upływie pięciu minut rurka zostaje wykrztuszona. Chory na krótki czas uspakaja się, poczem znowu występuje duszność w postaci częstych napadów. Reintubacja. I tym razem wprowadzenie rurki z powodu kurczu krtani udaje się dopiero po dwóch próbach bezowocnych. Następuje kaszel z bardzo nieznaczną wydzieliną. Oddech staje się spokojnym. W ciągu dnia kilkakrotnie miałem możliwość prze-

konywania się, że okolica krtani bolesna jest na ucisk. Od rana występują objawy niedowładu podniebienia miękkiego: chory przy połykaniu krztusi się i zwraca pokarmy nosem. Wieczorem ciepłota $38,6^{\circ}$. Zastrzyknięto po raz trzeci 2000 jednostek surowicy.

11. VI. Ciepłota $36,8^{\circ}$. Tętno 128. Niedowład podniebienia miękkiego trwa, acz w mniejszym stopniu. Oddech rzęzący (wskutek niedowładu podniebienia pewna część płynów prawdopodobnie dostaje się do rurki i tchawicy). W płucach nieliczne rżenia. Język nieco obłożony, łaknienie dobre. Wieczorem ciepłota $38,6^{\circ}$.

12. VI. Stan bezgorączkowy. Tętno 120. Niedowład podniebienia mniejszy; chory mniej zwraca nosem. W płucach rżeń nie słyszać. Biegunka. Wieczorem ciepłota $136,8^{\circ}$.

13. VI. Bez gorączki. Biegunka ustąpiła. Niedowład podniebienia znikł. Chory połyka dobrze. O godzinie $9\frac{1}{2}$ zrana enukleacja rurki, która pozostawała w krtani przez trzy doby. Wkrótce jednak duszność powraca, tak iż o godzinie 11 zrana ponownie wykonano intubację. Okolice krtani na dotyk nie bolesna. Wieczorem ciepłota $137,6^{\circ}$.

14. VI. Stan bezgorączkowy dobry. O godzinie 10 zrana enukleacja rurki. Duszność jednak powraca. O godzinie $11\frac{1}{2}$ zrana występuje nawet sinica. Reintubacja. Chory zachowywał się bardzo niespokojnie, wskutek czego trudno było unieruchomić głowę, i przy zakładaniu rozwieracza skaleczony został język. Po kilku godzinach lewa okolica podszczękowa obrzękła, a ranka na języku (z lewej strony) pokryła się szarym nalotem. Gardziel wypełniona wydzieliną śluzowo-ropną. Wieczorem ciepłota $37,6^{\circ}$.

15. VI. Ciepłota $39,4^{\circ}$. Noc spędził niespokojnie. Biegunka. Obrzęk okolicy podszczękowej mniejszy. Nalot na rance języka widoczny. O godzinie 9 zrana enukleacja. Z razu kaszel krupowy i oddech stenotyczny przyspieszony. Wkrótce jednak oddech staje się swobodniejszym, a kaszel traci odcień krtaniowy. Wieczorem ciepłota $38,4^{\circ}$.

16. VI. Ciepłota $38,4^{\circ}$. Tętno 140. Oddycha bez rurki dobrze. Kaszel wilgotny, niezbyt częsty. Biegunka trwa w dalszym ciągu. Rana na języku goi się. Okolica podszczękowa mniej obrzękła, ale jeszcze bolesna na dotyk. Język nieco obłożony. W płucach zmian niema. Wieczorem ciepłota $139,0^{\circ}$. O godzinie 10 wieczorem chory budzi się ze snu z dusznością, która coraz więcej się wzmacnia. Wciąganie znaczne; sinica. Wobec tego postanowiłem ponownie wykonać intubację. Zanim jednak rurka została wprowadzona do krtani, następuje zapaść: chory przestaje oddychać, twarz sinieje i głowa bezwładnie opada. Wprowadzam pospiesznie rurkę, poczem zostaje zastosowane sztuczne oddechanie. Sinica jednak nie ustępuje. Chory nieprzytomny od czasu do czasu tylko wykonywa wdech powierzchowny. Zmieniam rurkę na inną i w dalszym ciągu stosuję oddechanie sztuczne. Po pewnym czasie stan chorego zaczyna się poprawiać. Sinica zmniejsza się, oddech pozostaje jednak powierzchownym, chrapliwym. Przytomność nie wraca. Po raz drugi wyciskam rurkę i wprowadzam zamiast niej rurkę większą (dla dzieci od lat 5 do 7). Oddech poprawia się i staje się prawie zupełnie dobrym. Sinica wszakże niekiedy powraca. Chory wciąż nieprzytomny, nie połyka

17. VI. Gdy nie było widać poprawy, i przytomność nie powracała, zdecydowałem się wreszcie po długim wahaniu przystąpić do tracheotomii. Operacja została wykonana o godzinie 2 po północy i wobec krótkiej i grubej szyi

chorego była dość trudna. Po operacji stan chorego stopniowo zaczął się poprawiać. Zrana chory jest zupełnie przytomny. Biegunka trwa. Ciepłota 38,6°.

18. VI. Ciepłota 39,6°. Wydzielina z tchawicy obfita cuchnąca, o bardzo silnym kwaśnym zapachu. Biegunka. Brak łaknienia. Wieczorem ciepłota 39,4°.

19. VI. Ciepłota 38,6°. Tętno 152. Wydzielina mniej obfita. W płucach rzężeńa wilgotne. Biegunka. Na podniebieniu miękkim naloty szarawe. Obrzęk okolicy mostka poniżej rany tracheotomijnej. Ogólne osłabienie. Wieczorem ciepłota 39,0°.

20. VI. Ciepłota 38,4°. Tętno 160. Stan bez zmiany. Wieczorem ciepłota 38,6°.

21. VI. Ciepłota 38,8°. Tętno 152. Biegunka ustąpiła. Szwy na ranie tracheotomijnej rozeszły się, rana pokryta szarym nalotem, brzegi podminowane. Wieczorem ciepłota 39,2°.

22. VI. Ciepłota 38,6°. Tętno 172. W płucach pojawiły się liczne trzeszczenia. Wieczorem drgawki. Ciepłota 39,8°. Śmierć o godzinie 1 po północy.

Badanie pośmiertne nie mogło być wykonane, musiałem więc ograniczyć się tylko na wycięciu krtani. Brzegi rany podminowane. Z tchawicy wydzielą się w znacznej ilości płyn ropny. Z górnego brzegu rany prowadzi bardzo wąska przetoka z wylotem w lewym dołku MORGAGNI'ego; wylot ten bardzo jest wąski. Błona śluzowa krtani biała, żadnych zresztą zmian nie przedstawia.

W przypadku tym wiele zjawisk pozostało niewyjaśnionych. Oczywiście śmierć nastąpiła z powodu zakażenia przez ranę tracheotomijną, o co w szpitalu bardzo łatwo. Zakażenie to zaczęło się pierwotnie w tchawicy, gdyż wydzielina tchawicy była już cuchnąca wtedy, gdy rana miała jeszcze dobry wygląd. Z tchawicy sprawa przeszła na oskrzela i na ranę, co spowodowało rozejście się szwów i podminowanie brzegów. Niewyjaśnioną jednak pozostaje owa przetoka, prowadząca do lewego dołka MORGAGNI'ego. Punktem wyjścia jej mogła być albo rana tracheotomijna albo uszkodzenie krtani podczas intubacji (*fausse route*). Wylot przetoki był jednak zbyt wąski, aby można było przypuścić, że przez ten sztucznie zrobiony otwór mogła przeniknąć rurka. Również niewyjaśnioną pozostaje owa zapaść podczas ostatniej intubacji, i to zanim jeszcze rurka została wprowadzona do krtani. Rzadkie to powikłanie zależy prawdopodobnie od nagłego gwałtownego kurczu głosni. Ta sama przyczyna wywołała napad duszności nazajutrz po siódmej ekstubacji, gdy zdawało się już, że chory wstępuje w okres zdrowienia. Wogóle przyczyny nerwowe odgrywały bardzo wybitną rolę w wywoływaniu duszności (jak to często bywa u dzieci dotkniętych krzywicą) i znacznie utrudniały wykonanie intubacji. Obrzęk lewej okolicy podszczękowej zależał od uszkodzenia języka (a może i krtani, jeżeli *fausse route* rzeczywiście była zrobiona), szarawe zaś naloty na podniebieniu pokrywały zadraśnięcia, spowodowane mniej ostrożnem zakładaniem rozwieracza, gdy chory był nieprzytomny. Rurka pozostawała w krtani godzin 158¹/₃, wykrztuszana była trzykrotnie.

Spostrzeżenie 13. *Angina et laryngitis diphtheritica*.

Luzer R., lat 2½, 9 czerwca zaczął narzekać na ból gardła. Jednocześnie ciepłota ciała podniosła się, wystąpiła chrypka, kaszel krupowy i duszność. Wezwany lekarz zastrzyknął mu 10 czerwca 1000 jednostek surowicy i tę samą dawkę powtórzył nazajutrz zrana. Gdy jednak duszność stawać się zaczęła groźną, chory pośpiesznie przywieziony został do szpitala 11 czerwca o godzinie 5 po południu. Chory miernie odżywiany, bardzo jest niespokojny. Duszność niezmiernie silna. Sinica. Migdały i gardziel wysłane błonami rzekomemi. Gruczo-

ły podszczękowe nieco powiększone. O godzinie 6 po południu intubacja, potem chory otrzymuje 2000 jednostek surowicy. Wieczorem ciepłota 38,4°.

12. VI. Ciepłota 37,4°. Tętno 152. Noc przeszła dobrze. Kaszel niezbyt częsty. Połyka z łatwością. Język nieco obłożony. O godzinie 12½ z południa wykrztusza rurkę. Kaszel krupowy. Oddech początkowo swobodny, później staje się utrudnionym. O godzinie 4½ po południu reintubacja. Wykrztusza błony rozpadłe. Wieczorem ciepłota 37,2°.

13. VI. Ciepłota 37,4°. Tętno 136. Stan ogólny dobry. W południe enukleacja rurki. Chrypka i kaszel krupowy trwają w dalszym ciągu. W gardzieli i na prawym migdale dotychczas widać naloty. Zrazu oddycha dobrze, wkrótce jednak występuje duszność. O godz. 2½ po południu reintubacja. Chory jeszcze raz otrzymuje 2000 jednostek surowicy. Wieczorem ciepłota 38,4°.

14. VI. Ciepłota 37,2°. Naloty jeszcze widoczne. O godzinie 12½ z południa enukleacja. Kaszel suchy krupowy. Wobec wzmaganą się duszności o godzinie 5½ po południu reintubacja. Wieczorem ciepłota 37,2°.

15. VI. Ciepłota 37,0°. O godzinie 9 zrana enukleacja. Kaszel suchy krupowy. Naloty w gardzieli dotychczas widoczne. Po upływie pół godziny reintubacja.

16. VI. Bez gorączki. O godzinie 11 zrana enukleacja. Kaszel krupowy i naloty nie znikają. W ciągu dnia oddycha dość swobodnie, ku wieczorowi występuje duszność. O godz. 10 wiecz. reintubacja.

17. VI. O godzinie 9 zrana enukleacja; po upływie pół godziny reintubacja. Wieczorem ciepłota 38,0°.

18. VI. Stan bezgorączkowy dobry. O godzinie 1 po południu enukleacja. Kaszel krupowy. Oddech nieco stenotyczny. Wieczorem oddech staje się swobodniejszym.

19. VI. W nocy znowu wystąpiła duszność. O godzinie 2½ po północy reintubacja. Na prawym migdale i w gardzieli dotychczas widać naloty (w 6 dni po zastrzyknięciu 6000 jednostek surowicy!) Wobec tego zastrzyknięto jeszcze 2000 jednostek.

20. VI. Stan ogólny dobry. Prawy migdał oczyścił się, w gardzieli nalot mniejszy. O godzinie 9½ zrana enukleacja. Wykrztusza znaczną ilość błon rozpadłych. Oddycha dobrze. Ku wieczorowi od czasu do czasu występują silne napady duszności. Kaszel suchy krupowy. *Codeini* 0,005.

21. VI. O godzinie 1½ po północy obudzony hałasem dostaje napadu duszności. Reintubacja. Zrana o 9 enukleacja. Gardziel nareszcie oczyściła się. Kaszel krupowy. Oddech dość swobodny, wieczorem bardzo nieznaczna stenoza. W ciągu dnia otrzymuje 3 proszki kodeiny po 0,005.

22. VI. Oddycha dobrze. Kaszel wilgotny. Po południu pod wpływem wzruszenia, spowodowanego odwiedzinami matki, dostaje napadu duszności, która ustępuje po kilku godzinach. *Codeini* 3 × 0,005.

23. VI. Stenoza zaledwie dostrzegalna. Kaszel wilgotny. W ciągu dnia następnych oddech stał się prawidłowym, kaszel znikł.

29. VI. wypisał się ze szpitala, jako zdrowy.

I w tym przypadku, podobnie jak w poprzednim, pierwiastek kurczowy ważną grał rolę w wywoływaniu duszności. Chory delikatnej budowy, bardzo nerwowy, dostawał napadu duszności pod wpływem najbliższego wzruszenia. Z drugiej strony i sama błonica odznaczała się w danym razie niezwykłą uporczywością, tak iż pomimo zastrzyknięcia 8000 jednostek surowicy naloty nie znikwały, a okres największej duszności (krytyczny) wynosił godzin 231. W ciągu tego cza-

su rurka pozostawała w krtani 178 godzin (!) ($18\frac{1}{2} + 19\frac{1}{2} + 22 + 15\frac{1}{2} + 25\frac{1}{2} + 11 + 27\frac{1}{2} + 31 + 7\frac{1}{2}$). Intubowany był 9 razy, wykrztusił rurkę tylko raz jeden.

Spostrzeżenie 14. *Laryngitis diphtheritica (?) post morbillos.*

Szum H., lat 4, przybył do szpitala 29 czerwca o godz. $7\frac{1}{2}$ zrana. Według opowiadania rodziców, przed sześciu dniami wystąpiła wysypka odrowa wraz z chrypką i dusznością. Po trzech dniach wysypka ustąpiła, duszność zaczęła wzrastać, kaszel przybrał charakter krupowego.

W chwili przybycia do szpitala tętno zaledwie daje się wyczuć. Chory znajduje się w stanie znieczulenia. Twarz sina, okryta potem. Oddech bardzo utrudniony ze znacznem wciąganiem nad- i podmostkowym. Gardziel czerwona, czysta. Nieżyt nosa; wydzielina zabarwiona krwią. Jakkolwiek stan dziecka był bardzo ciężki, postanowiłem wstrzymać się nieco z interwencją w nadziei, że w szpitalu przyjdzie do siebie, całą bowiem drogę przebył szczelnie opakowany chustami, co naturalnie mogło tylko pogorszyć położenie²⁾. Gdy jednak po upływie pół godziny żadnej poprawy nie było, wykonałem intubację rurką dla dzieci dwuletnich. Odczyn był dość słaby. Kaszel trwał bardzo długo; chory jednak nie wykrztuszał nic prócz śluzu. Sinica ustąpiła. Oddech dobry, często przerywany przez kaszel. Ciężota $37,0^{\circ}$. Tętno 120. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje w nich żadnych zmian. Chory otrzymuje 2000 jednostek surowicy. Po kilku godzinach dawka ta zostaje powtórzona. Chory odmawia przyjmowania pokarmów i napojów.

O godzinie 5 po południu, gdy usiłowano go zmusić, aby napił się wina, zakrztusił się i przy kaszlu wykrztusił rurkę. Duszność i wciąganie wkrótce zaczęły powracać. Po upływie godziny, ponieważ, wobec stałego wzrastania duszności, dalsze wyczekiwanie nie miało celu, wykonano intubację, jakkolwiek oddech nie był jeszcze tak bardzo utrudnionym, aby dziecko przez pewien czas nie mogło obchodzić się bez rurki. Po wprowadzeniu rurki do krtani nastąpił kaszel bez wykrztuszania. Wieczorem ciężota $37,6^{\circ}$. Tętno 132 lepsze, niż zrana.

30. VI. Ciężota $37,4^{\circ}$. Tętno 124. W nocy spał dobrze. O godzinie $3\frac{3}{4}$ nad ranem posługaczka zauważyła, że chory oddycha bez rurki. W godzinę później wobec wystąpienia duszności i sinicy znowu należało intubować. Chory wykrztusza śluz. Polykanie nieco utrudnione. Chory zmuszony jest pić z łyżeczki, każdy bowiem znaczniejszy haust pobudza go do kaszlu. O godz. 4 po południu, pijąc wino, chory zakaszał i wykrztusił rurkę. Kaszel krupowy suchy. Oddech stenozytyczny, wszakże bez sinicy. O godz. $4\frac{1}{2}$ reintubacja. Chory otrzymuje po raz trzeci 2000 jednostek surowicy. Wieczorem ciężota $38,4^{\circ}$.

1. VII. Ciężota $37,8^{\circ}$. Tętno 124. R. 40. O godzinie 8 zrana znowu podczas picia wykrztusił rurkę. Polykanie i bez rurki jest utrudnione i pobudza do kaszlu. Kaszel z charakterem krupowym, niekiedy bezdźwięczny. Brak łaknienia. Duszność stopniowo wzrasta, i o godzinie $3\frac{1}{2}$ po południu staje się konieczną reintubacją. Wieczorem ciężota $38,8^{\circ}$.

2. VII. Ciężota $37,0^{\circ}$. Tętno 140. O godzinie $4\frac{1}{2}$ nad ranem wykrztusił rurkę. Oddycha dobrze. Kaszel bezdźwięczny, niekiedy jeszcze z charakterem krupowym, stale występuje przy polykaniu. Ciężota $38,2^{\circ}$.

²⁾ Widziałem 2 przypadki uduszenia dzieci krupowych w drodze do szpitala. Rodzice, bojąc się, by dziecko nie „zaziębiło się“, zwykle otulają je szczelnie, zatykając przytem nos i usta.

3. VII. Ciepłota 37,0°. Tętno 132. R. 28. Oddech swobodny. Połykanie łatwiejsze, rzadziej powoduje kaszel. W płucach rżenia. Kaszel staje się wilgotnym.

4. VII. Bez gorączki. Kaszel wilgotny, występuje rzadko. Oddech i połykanie swobodne. Stan ogólny dobry.

Intubowanie w dławcu poodrowym wielu autorów uważa za przeciwwskazane, po odrze bowiem błona śluzowa krtani odznacza się skłonnością do zmian nekrotycznych, i rurka intubacyjna bardzo łatwo powoduje głębokie owrzodzenia w krtani. Pogląd ten nie przez wszystkich jest podzielany, i większość autorów przeciwwskazania tego nie uznaje. Jakkolwiekby jednak na sprawę tę zapatrywać się będziemy, śmiem twierdzić, że, używając rurek mniejszego kalibru, wyłączamy możliwość owrzodzeń. To też bez obawy intubowałem w danym przypadku. Objawy dławca ustąpiły prędej, niż można było oczekiwać, zważywszy ciężki stan, w jakim chory przybył do szpitala. Rurka pozostawała w krtani godzin 58½ (9 + 9¾ + 11¼ + 15½ + 13). Intubowano 5 razy; za każdym razem następowała autoekstubacja. Największa duszność trwała godzin 68½. Jest to jedyny w tej seryi przypadek, w którym połykanie płynów połączone było z pewną, nieznaczną zresztą trudnością; pokarmy stałe chory połykał łatwo. Na uwagę zasługuje fakt, że trudność ta trwała i wtedy, gdy chory nie miał w krtani rurki. Prawdopodobnie więc nie pozostawała ona w żadnym związku z intubacją. Według RANKE'go utrudnione połykanie zależy nie tyle od rurki intubacyjnej, ile od nacieczenia muskulatury gardzieli i obrzmienia nagłośni, niedokładnie zamykającej wejście do krtani. W danym przypadku zachłystywanie się, gdy chory pił zbyt chciwie, trzykrotnie wywołało wykrztuszenie rurki. Innych następstw nie było.

Zobaczmy teraz, jakie wnioski wyciągnąć można z rozbioru powyższych przypadków. Wszystkich przypadków było 14, z nich w trzech nastąpiło zejście śmiertelne. Śmiertelność zatem wynosiła 21,4%. Chociaż, jak twierdzą niektórzy, wybór zabiegu pomocniczego (intubacji czy tracheotomii) nie powinien wpływać na procent śmiertelności, w samej rzeczy wszakże dzieje się inaczej: przed wprowadzeniem intubacji śmiertelność w szpitalu była dwa razy większa. Z drugiej strony nawet ta zredukowana śmiertelność wydać się musi wysoką, jeżeli ją porównamy z cyfrą, osiągniętą przez BAGINSKY'ego, który skombinowanemu działaniu surowicy i intubacji zawdzięcza obniżenie śmiertelności wśród intubowanych do 8,8%³⁾. Taka znaczna różnica w statystyce BAGINSKY'ego i mojej bez wątpienia zależy od urządzenia szpitala, staranności dozoru i innych podobnych warunków. Z drugiej strony wyniki zależą i od tego, w jakim stadyum choroby uważać będziemy interwencję za wskazaną: czy wtedy, gdy duszność dopiero się zaczyna, czy też wtedy, gdy dosięgła ona znacznego natężenia. Oczywiście, im wcześniej operujemy, tem większy mieć będziemy procent wyzdrowień, gdyż pomiędzy operowanymi wielu będzie takich, którzy wyzdrowieliby bez interwencji z naszej strony. Jak widać z opisu powyższych przypadków, intubowałem raczej za pó-

³⁾ A. BAGINSKY. Diphtherie und diphtheritischer Croup. str. 339, w Nothnagel'a Patologii szczególnej i Terapii Wiedeń 1898. Jeżeli jednak doliczyć 8 chorych, których intubowałem od początku lipca do połowy września i którzy wszyscy wyzdrowieli, to procent śmiertelności zredukuje się do 13,6. Zresztą materyał, którym rozporządzam, zbyt jest szczupły, bym mógł z porównania go z wielkimi cyframi BAGINSKY'ego wyciągnąć jakiegokolwiek wnioski.

żno, niż za wcześniej). Staralem się poprzestawać wyłącznie na surowicy, do intubacji zaś uciekałem się w ostateczności. Dzięki tej metodzie wyciekającej w kilku bardzo ciężkich nawet przypadkach obeszło się bez wszelkiej interwencji.

Z powikłań najczęstsze było zapalenie płuc (w czterech przypadkach). Trzy razy wystąpiło ono w następstwie niedowładu podniebienia miękkiego. W żadnym przypadku nie stało ono w związku z intubacją.

Jeżeli porównamy czas pozostawiania rurki w krtani z czasem trwania najwęższej duszności (okresem krytycznym), to przekonamy się, że niekoniecznie przez cały ten okres chorzy musieli oddychać przez rurkę. W czasie mniej lub więcej długich przerw pomiędzy jedną ekstubacją a następną reintubacją mogli oni oddychać bez rurki. Ważne przerwy te są z tego względu, że dają krtani pewien wypoczynek; ma to wartość zwłaszcza wtedy, gdy używamy rurek większych. Najkrótszy czas pozostawiania rurki w krtani wynosił godzin 14 (przyp. VI), najdłuższy 178 (przyp. XIII), przeciętny czas = $64\frac{1}{2}$ godz.⁵⁾, okres krytyczny wynosił przeciętnie godz. $87\frac{1}{2}$. Wynika stąd, że, stosując surowicę w odpowiednich dawkach, możemy czas trwania zagrożającej życiu duszności zredukować przeciętnie do $87\frac{1}{2}$ godz., w tych zaś przypadkach, w których konieczną okazuje się interwencja, wystarczy, jeżeli rurka pozostawać będzie w krtani przeciętnie $64\frac{1}{2}$ godz., t. j. około $\frac{3}{4}$ powyższego czasu. Czyż wobec tego dławiec nie jest obecnie chorobą krótkotrwałą? I czyż tracheotomia nie powinna ustąpić miejsca intubacji i pozostać ograniczoną do tych tylko przypadków, w których ta ostatnia jest wyraźnie przeciwwskazana?

Ze wszystkich niepożądanych zjawisk, mogących się zdarzyć przy stosowaniu intubacji, spotykałem się tylko z jednym, mianowicie z częstym wykrztuszaniem rurki. Ale, używając rurek mniejszego kalibru, zjawisko to poniekąd świadomie wywoływałem celem przekonania się, czy rzeczywiście grozi ono jakimś niebezpieczeństwem. Ze spostrzeżeń powyższych wynika, że po wykrztuszeniu rurki bardzo rzadko duszność powraca tak nagle, aby natychmiastowa interwencja była konieczna. Często po takim wykrztuszeniu o ldech poprawiał się, a ponowna intubacja była nawet zbyteczna. Chorzy, jak gdyby sam, pozbywał się niepotrzebnej mu już rurki. Wobec tego możliwość wykrztuszenia rurki nie powinna, jak to już zaznaczyłem, wzbudzać zbytnich obaw. Obawy te być może były uzasadnione przed wprowadzeniem surowicy, gdy z powodu licznych niespodzianek, jakie każdej chwili zająć mogły, chory wymagał nieustającej opieki, obecnie wszakże postać rzeczy znacznie się zmieniła, i chory intubowany wymaga nie większej opieki, niż tracheotomowany. To też intubacja, zapanowawszy już w szpitalach, z każdym dniem coraz więcej upowszechnia się w praktyce prywatnej⁶⁾.

Na zakończenie niech mi wolno będzie wyrazić podziękowanie kol. KORALOWI, ordynatorowi oddziału chorób zakaźnych, za łaskawe pozostawienie powyższych chorych do mojej dyspozycji.

4) Wręcz przeciwnych zasad trzyma się BAGINSKY. „Im Ganzen operire man lieber etwas früher als zu spät. L. c. str. 338.

5) Przy obliczaniu przeciętnej nie uwzględniłem trzech przypadków, zakończonych śmiercią.

6) Porów. JACQUES. De l'intubation du larynx dans la clientèle privée. Revue mens. des mal. de l'enfance. Kwiecień 1899. POLIKWIKOW. Die Intubation beim Croup in der Privatpraxis. Archiv f. Kinderheilkunde Tom 25. str. 211.

O CZYNNOSCI PŁCIOWEJ I ZABURZENIACH JEJ OKRESU WSTĘPNEGO.

Opisał

K. SACEWICZ

lekarz zakładu w Nałęczowie.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 37).

Tam, gdzie u niższych ras kobiety są używane do pracy po za zajęciem domowym, to zazwyczaj służą do przenoszenia ciężarów. Opiera się to raczej na ich cierpliwości, niż na właściwym uzdolnieniu fizycznym. Chłopcy bowiem mogą już unieść ciężar około $\frac{1}{3}$ większy, niż dziewczęta, a dorosły może dźwigać podwójną wagę swego ciała, gdy kobieta tylko połowę. Siła prawej ręki męskiej pozostaje względem kobiecej w stosunku 35—40 : 20—25 kilogr., czyli jest o $\frac{1}{3}$ większa. W pomiarach GALTON'a największa siła u 1600 kobiet ledwie dosięgała przeciętnej u mężczyzn. Wreszcie kobiety, ćwiczące się w sztuce akrobacyjnej, nigdy nie są w stanie współzawodniczyć z mężczyznami, oddającymi się temu zawodowi (ELLIS). Z drugiej strony pomiary RICCARDI'ego, dokonane za pomocą dynamometru na ręce prawej u 350 osób, wykazały inne zjawisko. Z pomiędzy mężczyzn 36% dało wartość najwyższą przy pierwszym ściśnięciu, 38% — przy drugim, 16, 8% — przy trzecim; z pomiędzy kobiet 57, 8% — przy pierwszym, 20, 4% — przy drugim i 9, 9% — przy trzecim. Świadczy to, że u kobiet łatwiej następuje szczytowe wyładowanie mięśniowe, a zarazem łatwiej nadchodzi wyczerpanie. Ta skłonność do doraźnego szczytowego wyładowania, obok wzrusliwości i uzdolnienia do intuicji, jest przyczyną ruchliwości kobiet i odegrywa doniosłą rolę w czasie czuwania nad potomstwem, w zaspakajaniu jego potrzeb i obronie przed niebezpieczeństwem. Przekonać się łatwo, że kobiety podobnież czytają prędzej, niż mężczyźni, i mimo to, lepiej treść opowiadają. Ta różnica w szybkości wyładowań mięśniowych pochodzi ztąd, że pośrednie ogniwo intelektualne u kobiet jest krótsze: im wyższy jest rozwój umysłu, tem rozleglejsze rozumowanie dzieli czyn od pobudki. Ludzie, np., odznaczający się wybitnym umysłem, zazwyczaj czytają powoli.

DELAUNAY rozwija pogląd, że rozwój ruchów rozpoczyna się od poruszeń w kierunku ciała i postępuje ku ruchom odsiebny: *adductio* i *pronatio* przeważają u niższych gatunków i osobników mniej rozwiniętych (czworonogi, małpy, niższe rasy ludzkie, kobiety, dzieci i niższe warstwy społeczne), *adductio* i *supinatio* — u wyższych ras, mężczyzn i osobników inteligentnych. Kobiety przekładają ruchy dosiebne: lekkie uderzenia ręką dają dłonią (mężczyźni wierzchem), wszystkie części ubrania, od koszuli do okrycia, zapinają od strony prawej ku lewej, co czynią też, wkładając męski tużurek.

Zasadnicza różnica w zasobie sił i usposobieniu do wyładowań prowadzi u obu płci do odmiennego odczynu na wpływy ze strony środka fizycznego i istot otaczających. Odczyn ten u mężczyzn jest natury czynnej i nosi charakter napastniczy, u kobiet — biernej i zdradza charakter obronny. Można to, między innymi widzieć na posągach: postawa Apollina belwederskiego jest napastnicza i odsiebna, Wenery medycejskiej — obronna i dosiebna. Wynika ztąd odmienny rozwój techniki życiowej.

Większe uzdolnienie do przenoszenia się w przestrzeni i zwalczania napotykaných trudności otwiera mężczyźnie szerokie pole do działania, wybiegające daleko po za zakres domowego ogniska, na którym ciągle staje oko w oko z walką o byt. To pociąga za sobą szerszy zakres doświadczenia, oswojenie się z silnemi wrażeniami i wyrobienie uzdolnień do walki: śmiałości, odwagi, siły i wytrwałości. Rozwój tych stron idzie ręka w rękę z możliwością posługiwania się drogami, prowadzącemi bezpośrednio do celu. Następnie przebywane klęski prowadzą do rozwoju umysłu i ćwiczenia jego różnorodnej działalności, stwarzają potrzebę szukaniu prawdy i powodują powstawanie złożonych pojęć o indywidualnej wartości i zasłudze, złożonych uczuć, jak ambicyi i, najwyższego z nich, sprawiedliwości. Szlachetność i wspaniałomyślność są również wytworami walki o byt, przypuszczającymi dostateczne poczucie indywidualnej siły i dostateczny rozwój pojęć oderwanych. Kobieta zaś, już od natury ograniczona w działalności mniejszym obrębem przestrzeni, jeszcze bardziej zostaje skrępowaną zadaniami matki. Ztąd przestaje ona głównie z najbliższem otoczeniem, odznacza się mniejszym rozwojem umysłu, brakiem uczuć i pojęć, które wyrabia czynny udział w walce o byt, i odczynami biernymi: bojaźliwością, ostrożnością, znacznem wyrobieniem cierpliwości i zdolnością przystosowywania się do istniejących warunków, która względem osób najbliższego otoczenia wyraża się w wysokim stopniu przywiązania. Mężczyzna zwalcza ujemne wpływy otoczenia i dąży do usunięcia ich przyczyn, kobieta stara się je omijać i unikać ich. Brak obycia się z walką i wzruszeniowość, będąca przejawem większego narastania w ośrodkach bezpośrednich skutków wrażeń, wynikającego z przewagi masy mózgowej nad tkankami czynnemi, pociągają za sobą nieusposobienie do silnych bodźców zmysłowych i stronienie od wrażeń silniejszych, co dostraja ją do natury dziecka. Upośledzenie fizyczne sprowadza potrzebę pomocy płci męskiej i uciekanie się do dróg pośrednich w celowaniu. Za to jej bogactwo duchowe spoczywa we wzruszeniowości i sile uczuć, sięgającej zupełnego oddania się i zaparcia się siebie. Obok silniejszego przywiązywania się do otoczenia i silnych uczuć rodzinnych, kobieta cechuje się wybitną skłonnością do litości i współczucia, z czego korzystają dzieci, chorzy, biedni i skazańcy. Kobiety głębiej i dłużej odczuwają straty osób bliskich, obchodzą żałobę, prowadzą kult pamiątek i wspomnień. W okrucieństwie także się różnią od mężczyzn: kiedy ten krótko kończy z przeciwnikiem, wyszukując mu śmierć straszną, kobieta napawa się męceniem i usiłuje jak najdłużej je przeciągnąć (LAMBROSO i FERREVO). Mężczyzna myśli powoli, ale pewno, kobieta odznacza się szybkim pochwyttem i prędkością skutku, ale łatwo przytem błądzi i łatwo znowu się poprawia. Pojęcia u kobiet są mniej żywe i mniej określone, jak o tem świadczy ich słabsza zdolność kojarzenia się, zdolność stanowiąca podstawę twórczości artystycznej i naukowej. Uczucia logiczne są również słabo rozwinięte. Ztąd obejmują one łatwo rzeczy konkretne i fakty, ale nie ogólne stosunki i oderwane pojęcia, odznaczają się małym uzdolnieniem do analizy i konsekwentnej dedukcyi. Znają fakty, ale nie prawa, rzeczy, ale nie stosunki między niemi, bezpośrednie interesy rodziny i najbliższego otoczenia, ale nie ogólnospołeczne i ogólnoludzkie. Kobieta ulega wpływowi bezpośrednich faktów, a o dalsze nie dba i nie doświadcza potrzeby przekonywania się o istotnym stanie rzeczy. (BURDACH, COMTE, SPENCER, LOTZE, LAMBROSO i FERREVO i inni).

Dzięki tym właściwościom uchwyca doskonale wszystkie szczegóły otoczenia, których dokładną znajomością posługuje się w swem postępowaniu. Według LAFITTE'a dziewczynki przewyższają chłopców żywością odczuwania wra-

żeń i trwałością pamięci; studentki medycyny zdają bardzo dobrze z fizjologii i patologii ogólnej, gdzie chodzi o objęcie szeregu faktów, ale stoją znacznie niżej w badaniach klinicznych, gdzie wchodzi w grę syntetyczne i twórcze zdolności. Sąd mężczyzny o znajomym jest słuszniejszy i bliższy prawdy, ale kobieta uchwyci trafnie odcienie charakteru, ruchy nałogowe, często powtarzane wyrażenia i zwroty, rodzaj uśmiechu, spojrzenia, szczegóły rysów twarzy, ubrania i t. p.

W związku z wzruszeniowością, mowa, jako ruch wyrazowy, jest również więcej u kobiet rozwinięta. Dziewczynki wcześniej uczą się mówić, niż chłopcy, kobiety wogóle mówią więcej i chętniej, niż mężczyźni, lepiej umieją się wypowiedzieć i lepiej piszą listy, do których siadają pod wpływem świeżych wzruszeń, gdy mężczyźni piszą je zwykle na zimno i z refleksją. Cudzoziemcy, nieznający zupełnie języka, najprędzej mogą się porozumieć z kobietami.

Powodując się wzruszeniowością i cechując się podatnością do sugestji, przy słabszej sprawności umysłowej, kobieta jest gotowa do przyjęcia podanego jej faktu lub zaszłego przywidzenia za rzeczywistość, nie wdając się w ich rozbiór. Przyjmuje ona to, co jej się przedstawia, za prawdę, gdy mężczyzna doświadcza potrzeby jej wykrycia. Ztąd kobieta jest łatwowierna, łatwo ulega pozorom i skłonna jest widzieć rzeczy tak, jak jej uczucie dyktuje. W rzeczach zwykłych łatwiej przyjmuje wieści, posłuchy i mniemania, niż mężczyzna, w poważniejszych jest gotowa umrzeć za pogląd, o ile ten został jej podany z dostateczną powagą i namaszczeniem. Odznacza się bohaterstwem poświęcenia, ale zupełnie nie zna doniosłości prawdy. Łatwo przyswaja gotowe idee, o ile trafiają do jej uczucia, proste zapewnienie lub plotkę przyjmuje za fakt rzeczywisty, wierzy w historie cudowne i dostarcza zastępów najgorliwszych wyznawców religii i sektom. Stara wiara w cudy i przesady utrzymuje się niemal wyłącznie dzięki kobietom, jak również rozmaite przestarzałe pozostałości medycyny naukowej i lecznictwa ludowego. Przy chorych kobieta, pod wpływem swej uczuciowości, doświadcza potrzeby zabiegów, któreby przyniosły ulgę lub zdrowie. Ale ponieważ właściwości jej umysłu utrudniają zdawanie sprawy z wiedzy właściwej umiejętności leczenia, niejednokrotnie przekłada swoje wiadomości, zebrane z posłuchów i opowiadań, nad radę wezwanego lekarza. Z drugiej jednak strony odznacza się wysoką intuicyjną zdolnością przenikania myśli, nastroju, potrzeb i upodobań otaczających osób. Kobieta bardzo trafnie ocenia poszczególne właściwości charakteru i uzdolnień męża, prędko się orientuje w rozpoznawaniu z rysów i drobnych oznak charakteru osoby spotkanej, jakkolwiek nieraz, rzecz naturalna, popełnia w tem grube błędy. Wzruszeniowość jej w połączeniu z powyższymi stronami utrzymuje ją ciągle na gruncie praktycznym. Zdolność intuicyjna i owa znajomość szczegółów otoczenia, mimo trudności bezpośredniego celowania, pozwala jej innemi drogami dosięgać swoich celów, wywołując w innych umiejętnem postępowaniem grę odnośnych pobudek. W powyższych właściwościach duchowych mieści się także jej uzdolnienie do pełnienia zadań matki i pielęgnowania chorych. Kobieta na razie, dzięki intuicyjnemu uchwyceniu stosunków wyobrażeń, łatwo i prędko, pod wpływem swej wzruszeniowości, znajduje radę w przypadkach krytycznych, zarówno przy czuwaniu nad bezpieczeństwem dzieci, jak przypadkach kłopotliwego położenia. Jeżeli dwie osoby różnej płci znajdują się w sytuacji kłopotliwej, kobieta pierwsza znajduje wyjście i wprowadza swego towarzysza.

Będąc nieusposobioną do doznawania a także wywierania ostrych wrażeń, nie zgadzających się z powabem i wdziękiem, kobieta odznacza się niechęcią do nowości i uprawia kult mody.

Żywe zaprzątnięcie interesami rodziny i najbliższego otoczenia, obok wyżej wykazanych stron psychicznych, czyni kobietę wysoce stronną w sądach na korzyść sympatii osobistych i mało dostępną uczuciu sprawiedliwości. Słaba nadto wyrazistość pojęć i brak uchwycenia stosunków ogólnych rozstrzyga o ich nieuzdolnieniu do zwierzchnictwa społecznego. W zachodnich Stanach Ameryki północnej był czas, kiedy kobiety zostały dopuszczone do sądownictwa, ale prawo to musiało być cofnięte, ponieważ w wyrokach nie kierowały się dowodami i zasadami prawa, ale uczuciami, a zwłaszcza litością. Widok skazanego budzi w nich litość, ale nie pojęcia, z których wynika potępienie dla ogólnego dobra. Mężczyzna szanuje przepisy prawa i porządek czynności instytucji społecznych; dla kobiet istnieją tylko interesy własne i bliskich i w imię ich, nieraz wbrew prawu i przepisom, zdobywają ułaskawienie skazańca, umieszczenie dzieci w szkole i t. p. Ten punkt wyjścia czyni kobiety więcej dziekiem względem dalszych bliźnich, gdy nie wchodzi w grę ich współczuciowość. W wydatkach, wychodząc z punktu widzenia interesów rodziny lub osobistych, starają się być najoszczędniejszymi, targują się do upadłego, unikają oddawania zasług bez naglącej konieczności, cenią taniość towaru, mniej bacząc na jego wartość i sumienność wymiany. Mężczyzna powoduje się przyjętą normą, istotną wartością towaru, zasadą wymiany zasług i łatwiej unosi się wspaniałomyślnością. Między kobietą a mężczyzną powstaje ztąd w rodzinie pewien antagonizm: gdy pierwsza strzeże interesów rodziny i odnosi się bezwzględnie do spraw ogółu, mężczyzna dba o normy ogólnego dobra i skłonny jest do poświęcania im rzeczy osobistych i rodzinnych.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

74. ROMMELAERE. **Pożyteczność międzynarodowej farmakopei urzędowej.** W październiku 1898 r. belgijska królewska akademія lekarska złożyła swemu rządowi wniosek, celem przedsięwzięcia rokowań z rządami zagranicznymi co do opracowania międzynarodowej farmakopei. Sprawozdanie z prac wyznaczonej ku temu komisji odczytane zostało w tejże akademii przez autora w dniu 29 kwietnia r. b.

Ponieważ poruszona kwestya jest nader ważna i powinna żywo obchodzić cały ogół lekarski, nie od rzeczy więc będzie zapoznać się z nią choć w części.

Wiadomo, że w każdym państwie sporządzone są urzędowe farmakopee, wskazujące sposób przygotowania i przechowywania środków lekarskich; stosownie do wskazanych w farmakopei zasad są przyrządzane przepisy (recepty) lekarskie. Charakter narodowy tych zbiorów praw farmaceutycznych zacieśnia ich działalność w granicach danego kraju, a ponieważ przepisy, przepisane przez nie różne są w rozmaitych krajach, ten sam przeto przepis lekarza robiony bywa rozmaicie, stosownie do kraju, w jakim chory każe go zrobić.

Położenie to nie przedstawia niedogodności, gdy idzie o leki, których działanie jest słabe; lecz wytwarza ono niebezpieczeństwo, skoro przepisany lek jest środkiem, silnie działającym.

Niebezpieczeństwo to znikłoby, gdyby międzynarodowe porozumienie się określiło stały skład, a tem samem i jednakowe działanie dla środków silnie działających, noszących tę samą nazwę.

Pierwsze nasuwające się tu pytanie jest następujące: czy istniejące w rozmaitych farmakopeach różnice między przetworami, noszącymi jednakową nazwę, są dosyć ważne, aby być niebezpiecznymi?

Dla przykładu autor podaje sposób przygotowania 20 silnie działających środków, określony w siedmiu farmakopeach europejskich. Widzimy ztąd, że np. nalewka naparstnicy jest 20% w Belgii i Francji, 10% w Niemczech, Włoszech (w Rosji 10%); nalewka zimowitu (*T-ra Colechici*) jest 20% w Belgii, Anglii, Francji, 10% w Niemczech, Szwajcarii i Rosji, a brak jej zupełnie w farmakopei włoskiej. Co do innych środków różnice są niekiedy jeszcze znaczniejsze.

Z przedstawionej tablicy tych 20 leków wypływają dwie główne rzeczy.

1) Znaczna różnica między siłą działania leku, znanego pod tą samą nazwą, stosownie do tego, czy lek ten został sporządzony w Belgii, Francji, Niemczech, Anglii lub gdzieindziej;

2) Brak jakiegokolwiek wzmianki w pewnych farmakopeach o takim leku który jest zamieszczony w farmakopeach innych krajów.

Takie położenie rzeczy naraża na niebezpieczeństwa. Np. osobnik, przyzwyczajony w pewnych ciężkich napadach organicznej choroby serca uciekać się do nalewki naparstnicy, przygotowanej według przepisów farmakopei belgijskiej, dostaje swego napadu w Anglii, Włoszech lub Niemczech; przepis, sprowadzający mu uspokojenie, sporządzony za granicą, będzie miał o połowę mniejszą skuteczność.

Brak wzmianki o leku w pewnych farmakopeach przedstawia nie mniej niedogodności. Podagryk, przyzwyczajony do nalewki zimowita (*T-ra Colechici*), przygotowanej według farmakopei belgijskiej, nie znajdzie o tej nalewce żadnej wzmianki w farmakopei włoskiej.

Niedogodności podobne występują nie tylko dla chorych, których różne konieczności powołują na obczyznę. Peryodyczne wydawnictwa lekarskie podają dane o silnych lekach do wiadomości lekarzy praktyków wraz ze wskazaniem dawek, zalecanych w krajach, z których one pochodzą; a ponieważ nazwa środka jest wszędzie jednakowa, praktyk, przypuszczając tożsamość przetworu, może go przepisać w dawkach, które mogą być trującymi, skoro dany lek jest przygotowany według innej farmakopei.

Pożytek tedy międzynarodowej w tym względzie interwencji jest najzupełniej usprawiedliwiony.

Co do sposobu urzeczywistnienia tego pożądanego postępu, to nie ma potrzeby przerabiać zupełnie farmakopei i sprowadzać wszystkich do jednego wzoru. Można, bez niedogodności, pozostawić farmakopee narodowe dla większości przetworów leczniczych; spotyka się między nimi wiele środków, do których lekarze uciekają się od wielu pokoleń, które są częścią miejscowych zwyczajów lekarskich i które bardzo często są używane w pewnych krajach wyjątkowiej, niż w innych. Te można pozostawić; a że mogą tu istnieć niejaki różnice wagi lub miary w stosunkach pierwiastków, wchodzących w ich skład, to nie ma się czego obawiać.

Zupełnie inaczej rzecz się ma z przetworami, bardzo silnie działającymi, które są prawie wszystkie trujące, i co do których różnica stosunku, nieznaczna na pozór, może pociągać śmiertelne niebezpieczeństwa.

Otóż jedynie co do tych ostatnich narzuca się konieczność zgody międzynarodowej; bo, jakkolwiek podany pod tą samą nazwą, przetwór, zrobiony zagranicą, zmniejszy lub zwiększy działanie środka.

W ten sposób określone porozumienie się międzynarodowe nie może nasuwać trudności praktycznych. Mogłoby się ono ograniczyć na ogłoszeniu dodatku, zamieszczonego we wszystkich farmakopeach narodowych, dodatku, któryby wskazywał jednakowy dla wszystkich krajów sposób przygotowania silnie działających leków.

(*La Semaine médicale* Nr. 20. 1899).

Stanisław Roślan.

75. JUSSET i BEDART. **Leczenie promieniami Röntgen'a gruźliczego zapalenia otrzewny.** W przypadku gruźliczego zapalenia otrzewny u 4-letniej dziewczynki ze znaczną ilością płynu i z dnia na dzień niemal zwiększającą się ilością wyczuwalnych gruzełków autorowie, po wyprobowaniu bez wyniku wielokrotnych wypuszczeń płynu, laparotomii, lawatyw z kreozotem przy forsownem odżywianiu, poddali dziecko badaniu promieniami ROENTGEN'a w odległości 13 ctm. od skóry brzucha. Po każdorazowej procedurze dawała się zauważyć poprawa (ilość gruzełków i płynu widocznie się zmniejszała) w stanie dziecka; po 50 posiedzeniach z których ostatnie 25 trwały po pół godziny, nastąpiło wyleczenie, mimo to, że w tym czasie wszelkie inne środki lecznicze odstawiono.

Poddana działaniu promieni skóra uległa silniejszej pigmentacji, która po trzech miesiącach od ostatniego posiedzenia jeszcze była widoczna, żadnych natomiast zapalnych objawów na skórze nie było.

Mimo to, że bywają przypadki samoistnego wyleczenia tego cierpienia, autorowie przypisują je jednak działaniu promieni ROENTGEN'a wobec tego, że poprzednie leczenie nie dawało żadnych wyników, a widoczna z dnia na dzień niemal poprawa występować dopiero zaczęła po zastosowaniu w mowie będącego, sposobu leczenia.

(Z ref. *Echo med. du Nord* Nr. 461. 1898 i *Klin. Therap. Woch.* Nr. 1. 1899).

B. Korybut-Daszkiewicz.

IX Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

Napisał

S. GROGLIK.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 37).

Drugiego dnia zjazdu odbyto również dwa posiedzenia, które z małą przerwą zajęły ośm godzin czasu. Przed rozpoczęciem posiedzenia rannego, trzeciego z kolei, uczestnicy zjazdu zwiedzili oddział chirurgiczny prof. TRZEBICKY'ego w szpitalu św. Łazarza. Objasnień udzielali zarządzający oddziałem, tudzież pierwszy asystent, kol. SOŁTYSIK.

Posiedzenie rozpoczął kol. KIJEWSKI, który zaznajomił obecnych z własnymi doświadczeniami nad wycinaniem płuc (*pneumectomia*). Doświadczenia te, w liczbie około 120, wykonane zostały na psach, królikach, kotach i gołębiach. Mówca usuwał całe płuco lub też wycinał kliny rozmaitej wielkości, poczem ranę przypalał żegadłem PAQUELIN'a, co, zwłaszcza przy rezekcji częściowej, uważa za stosowniejsze, aniżeli szew jedwabny lub katgutowy. W pierwszej seryi doświadczeń znaczna liczba zwierząt ginęła skutkiem posocznicy, mającej swe źródło w niepomysłnych warunkach otoczenia (pracownia anatomo-patologiczna).

Wyłożywszy obszernie technikę operacyjną, jaką w doświadczeniach swoich stosował, mówca opisuje szczegółowo zmiany anatomiczne, jakie zachodzą w klatce piersiowej po pneumektomii. Stwierdził on, że po wycięciu całego płuca klatka piersiowa po stronie operowanej ulega spłaszczeniu, przepona brzuszna unosi się mocno ku górze, serce zostaje przesunięte w kierunku wytworzonej próżni i przykleja się do ściany operowanej, jakoteż całe płaty drugiego płuca przemieszczają się na stronę przeciwną. Rozmiary serca ulegają powiększeniu, wszakże pod względem budowy histologicznej nie okazuje ono zmian żadnych. W zachowaniu się wątroby i nerek nie zauważył mówca nic szczególnego. Po wycięciu małych kawałków płuc, żadnych zmian wybitnych nie zauważono.

Na szczególną uwagę zasługują, zdaniem mówcy, zmiany mikroskopowe, jakie zachodzą podczas gojenia się rany po wycięciu kawałka tkanki płucnej. Już po upływie kilku dni w pobliżu strupa, powstałego skutkiem przypalenia rany żegadłem PAQUELIN'a, widać młode komórki tkanki łącznej, które ściśle do siebie przylegają, i wśród których można zauważyć komórki olbrzymie, zawierające po kilka jąder. Bliższe badanie wykazuje, że komórki te składają się nie z masy jednolitej, lecz z oddzielnych komórek, których granice w postaci linii zębatych są bardzo niewyraźne. Zdaniem mówcy, powstają one ze zlania się młodych komórek tkanki łącznej i służą do niszczenia części nekrotycznych, które pod wpływem komórek olbrzymich rozpadają się na drobne cząsteczki i ulegają wessaniu. Po zniknięciu tkanki nekrotycznej komórki olbrzymie rozpadają się na części składowe i przybierają wejrzenie komórek tkanki łącznej.

W końcu KIJEWSKI stawia następujące wskazania do rezekcyi płuca: 1) wypadnięcie płuca, 2) nowotwory, przechodzące na płuco ze ściany klatki piersiowej, 3) niektóre postacie gruźlicy płuc, 4) promienica płuc oraz 5) zgorzel płuca. Mówca demonstrował cały szereg preparatów mikroskopowych, dotyczących sprawy gojenia się płuca po rezekcyi.

W dyskusyi doc. WEHR powołuje się na szereg własnych spostrzeżeń, dotyczących otwierania śródpiersia przedniego celem dostawania się do serca, przy czem otrzymywał wyniki zgodne z tymi, jakie przedstawił KIJEWSKI.

Doc. KRYŃSKI podaje w wątpliwość twierdzenie KIJEWSKIEGO, jakoby po rezekcyi płuca miała następować częściowa regeneracya pęcherzyków i tworzenie się nowej tkanki płucnej, dzięki powstawaniu ognisk nabłonkowych, biorących początek ze ścian pęcherzyków płucnych. Dalej KRYŃSKI zastanawia się szczegółowo nad kwestyą powstawania komórek olbrzymich i sądzi, że daleko prawdopodobniejsze jest przypuszczenie, iż powstają one przez rozmnażanie się jąder w komórkach tkanki łącznej bez podziału protoplazmy, nie zaś, jak sądzi KIJEWSKI, ze zlewania się tych komórek. Zresztą zauważone przez KIJEWSKIEGO przedziałki między jądrami wzbudzają podejrzenie, czy prelegent miał istotnie do czynienia z komórkami olbrzymiemi. Okoliczność ta przemawia, zdaniem KRYŃSKIEGO, raczej za przypuszczeniem, że t. zw. przez KIJEWSKIEGO komórki olbrzymie nie są niczem innem, jak zwykłemi komórkami łącznotkankowymi o szczególnym układzie. Wreszcie KRYŃSKI zwraca się z zapytaniem do mówcy, czy nie badał bliżej zachowania się komórek śródbłonkowych naczyń krwionośnych i chłonnych i czy nie zauważył obrazów, któreby wskazywały możliwość powstawania komórek olbrzymich z tego źródła.

Prof. RYDYGIER sądzi, że wskazania do pneumektomii w gruźlicy płuc są nader ograniczone, i przytacza przypadek BLOCH'a, zakończony śmiercią. Jest to jeden z pierwszych przypadków pneumektomii w gruźlicy płuc.

KIJEWSKI odpowiada, że preparaty jego stanowczo udowadniają powstawanie komórek olbrzymich z tkanki łącznej drogą zlewania się pojedynczych elementów, jakkolwiek z drugiej strony nie przeczy, że mogą one mieć i inne źródło pochodzenia. W odpowiedzi prof. RYDYGIEROWI KIJEWski zaznacza, że na razie miał na celu wyłącznie przypadki, uwięzione skutkiem pomyślnym, i dla tego nie wspominał o przypadkach z zejściem śmiertelnym.

UHMA (Lwów) podaje „sposób szybkiego barwienia gonokoków w świeżych, niezasuszonych wydzielinach“. Dotychczasowe sposoby barwienia gonokoków wymagają uprzedniego utrwalenia badanej wydzieliny. Mówca podjął szereg doświadczeń, zmierzających do uproszczenia procedury barwienia, a mianowicie do umożliwienia barwienia wydzielin świeżych, niezasuszonych. Po wielu próbach bezowocnych otrzymał on wynik pożądaný, stosując neutralroth, służący do barwienia krwi świeżej, nieutrwalonej. Odrobinę barwnika kładzie się na szkiełko przedmiotowe lub smaruje się je roztworem wysokowym barwnika, który po wyschnięciu tworzy na szkiełku jednolitą, cieniutką warstewkę. Na tak przygotowane szkiełko nakłada się szkiełko pokrywkowe, zaopatrzone w kropelkę wydzieliny badanej. Za pomocą lekkiego ucisku rozprowadzamy wydzielinę między szkiełkami i badamy pod immersją. Gonokoki barwią się natychmiast, gdy komórki ropne pozostają niezabarwionymi, co znacznie ułatwia wyszukiwanie gonokoków. Neutralroth zdaje się posiadać i tę jeszcze ważną własność, że gonokoki barwi znacznie szybciej, aniżeli inne drobnoustroje, co, gdyby zostało udowodnione szeregiem nowych badań, byłoby, zdaniem mówcy, wielką zdobyczą w technice barwienia gonokoków.

Prof. TRZEBICKI demonstruje żołądek, otrzymany na sekcji z przypadku, w którym dokonana została gastroenterostomia sposobem PODRES'a. Sposób PODRES'a polega na tem, że jelito przykładą się do żołądka i zakłada dwa krzyżujące się szwy z mocnego jedwabiu przez wszystkie warstwy i mocno się je ściągają. Tkanka, ujęta szwami, ulega w następstwie zgorzeli, dzięki czemu powstaje połączenie między żołądkiem a kiszka. Sposób ten, mający na celu skrócenie czasu trwania operacji, stosował TRZEBICKI w przypadku raka odźwiernika. Chory jednak zmarł po 14 dniach wśród wzmagających się objawów zwężenia, a badanie pośmiertne wykazało, że w przypadku tym nie nastąpiło wcale połączenie między żołądkiem a jelitem, szwy bowiem przecięły jedynie błonę śluzową, pozostawiając wszystkie inne warstwy nietkniętymi. Mówca potępia tę operację, jako niepewną i co do wyniku nieobliczalną.

RUTKOWSKI wygłasza rzecz „o gastroenterostomii“. Zespolenie żołądka z jelitem zyskało w ostatnich czasach prawo obywatelstwa w chirurgii, jako zabieg, ratujący życie chorego w przypadkach zwężenia odźwiernika. Niestety, statystyka tej operacji wykazuje jeszcze znaczny procent śmiertelności, który, zdaniem mówcy, zależy z jednej strony od wadliwej techniki operacyjnej poszczególnych operatorów, z drugiej zaś od wyczerpania sił chorego w chwili dokonywania operacji. Zastanawiając się szczegółowo nad będącymi obecnie w użyciu metodami operacyjnymi, RUTKOWSKI oddaje pierwszeństwo sposobowi WÖLFLE'a, który i pod względem technicznym nastrocza najmniej trudności. W 9 przypadkach raka odźwiernika, operowanych tym sposobem, otrzymał mówca wyniki doskonałe, zejście zaś śmiertelne w jednym przypadku spowodowane zostało zapaleniem płuc włóknikowym. Jednakże i najlepsza technika niewiele zdziała, jeżeli chory goni resztkami sił, których podtrzymanie przy postępowaniu obecnem okazuje się częstokroć rzeczą niemożliwą, ponieważ w pierwszych dniach po operacji odpływ treści żołądkowej do jelita przez otwór sztu-

cznie zrobiony odbywa się z wielką trudnością. W celu zaradzenia złemu zaleca mówca, aby w przypadkach podobnych wykonywano obok gastroenterostomii czasową gastrostomię, mającą służyć do należytego karmienia chorych natychmiast po operacji. W trzech też przypadkach raka odźwiernika postąpił RUTKOWSKI w sposób następujący. Po wykonaniu gastroenterostomii metodą WÖLFLE'a założył przetokę żołądkową, przez którą wprowadził sącze, przeprowadzony przez żołądek i otwór żołądkowo-jelitowy do odprowadzającego odcinka pustnicy. Sącze ten, pozostawiony na dni dziesięć, służył do wprowadzania pokarmów do jelit z pominięciem żołądka. Sok żołądkowy spływa obok sącza do kiszk bez najmniejszej przeszkody. Zdaniem mówcy, sącze spełnia jeszcze i tę ważną rolę, że zapobiega wytwarzaniu się zagięcia kiszek w bliskości otworu, łączącego żołądek z pustnicą. We wszystkich trzech przypadkach odżywianie odbywało się prawidłowo, a przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia.

W dyskusji pierwszy zabiera głos prof. RYDYGIER. Ostrzega on przed zbyt pocięgiem wyciąganiem wniosków z danych statystycznych, które, zdaniem jego, mają wartość względną, zależnie od danego materiału. Prof. RYDYGIER wykonywa gastroenterostomię w przypadkach zwężenia odźwiernika, natomiast przy wrzodach odźwiernika zaleca pyloroktomię, która, jakkolwiek cięższa jest od gastroenterostomii, ma tę nad nią przewagę, że usuwa doszczętnie samo cierpienie, a wraz z niem i krwotoki żołądkowe. Mówca uważa również za najlepszy sposób WÖLFLE'a, od pewnego jednak czasu zmienił postępowanie swoje o tyle, że w celu uniknięcia wytwarzania się ostrogi układu pętli w sposób spadający, umieszczając odcinek doprowadzający wyżej, odcinek zaś odprowadzający niżej i utrzymując pętlę za pomocą dwóch szwów, założonych przed wytworzeniem połączenia między żołądkiem a jelitem. Nadto zamiast powszechnie używanego szwu dwupiętrowego (na błonę surowiczą i mięśniową) prof. RYDYGIER zakłada szew trzypiętrowy, mianowicie osobno szyje błonę śluzową, co zdaniem jego zapobiega wytwarzaniu się zwężenia następczego.

Doc. BARĄCZ posługuje się przy gastroenterostomii szwem płytkowym z brukwi, który to szew znacznie upraszcza całą procedurę szycia.

Doc. BOSSOWSKI potępia sposób PODRES'a i powołuje się na ogłoszone niedawno przez SOKOŁOW'a 3 przypadki gastroenterostomii, w których, podobnie jak w przypadku TRZEBICKY'ego, nie nastąpiło połączenie między jelitem a żołądkiem.

KRASOWSKI spostrzegł w klinice prof. RYDYGIERA występujące po gastroenterostomii ruchy antyperystaltyczne, których objawem były wymioty żółciowe.

Doc. KRYŃSKI widział dobre wyniki po gastroenterostomii sposobem KOCHER'a. W postępowaniu tem jelito przykładła się prostopadle do osi podłużnej żołądka i nacina się je w kierunku poprzecznym. Celem tej metody jest ułatwienie przedostawania się zawartości żołądka do odprowadzającego odcinka kiszek, tudzież zapobieganie przedostawaniu się zawartości kiszek napowrót do żołądka.

RUTKOWSKI wyraża sąd niekorzystny o postępowaniu KOCHER'a i powołuje się w tej mierze nie tylko na swoje doświadczenie, lecz i na dane, poczerpnięte z literatury. Co się tyczy szwu, to, zdaniem RUTKOWSKIEGO, szew trzypiętrowy jest zupełnie zbyteczny, albowiem i przy szwie dwupiętrowym można doskonale połączyć brzegi błony śluzowej, jeżeli szwem wewnętrznym obejmiemy wszystkie trzy warstwy ściany żołądka i kiszek. Sposoby PODRES'a, SOULIGOUX'a i t. p., mające na celu uproszczenie operacji, posiadają między innemi tę główną wadę, że nie pozwalają na natychmiastowe odżywianie, które w większości przypadków odgrywa rolę decydującą o życiu chorego.

KRASOWSKI mówi „o leczeniu wilka sposobem HOLLAENDER'a“. Sposób ten polega na niszczeniu tkanek chorobowo zmienionych powietrzem gorącym, ogrzanem do 300°, i posiada tę zaletę, że prąd gorącego powietrza, puszczony przez bardzo cienką rurkę odpowiedniego przyrządu, działa na powierzchnię bardzo małą, tak że bez żadnej szkody można niem niszczyć nacieki ograniczone nawet na powiece. Pod wpływem gorącego powietrza powstaje strup, wokoło którego rozwija się żywe zapalenie reakcyjne, a po odpadnięciu strupa tworzy się gładka blizna. Najlepsze wyniki daje metoda HOLLAENDER'a w przypadkach wilka suchego. U osób limfatycznych natomiast, u których mamy do czynienia z postacią wilgotną wilka, wznowa cierpienia zdarza się często. Mówca demonstruje postępowanie HOLLAENDER'a na odpowiednim chorym. Operację wykonywa się w uśpieniu chloroformowem.

Doc. Bossowski przedstawia modele pasków przepuklinowych, w których pelota wypełniona jest powietrzem. Pelota taka wywiera doskonały ucisk na kanał pachwinowy, ma zaś tę przewagę nad zwykłymi pelotami, że, jako sprężysta, nie drażni skóry.

*

*

*

(C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

— Od kol. Wincentego TYSZKIEWICZA z Zakopanego otrzymaliśmy z prośbą o umieszczenie w naszym czasopiśmie, co następuje: „Niniejszem zawiadamiam Szanownych kolegów, iż dnia 4 września r. b. zaprzestałem ostatecznie kierownictwa lekarskiego Hotelu-pensjonatu i zakładu wodoleczniczego „Klemensówka“. Zarazem upraszam tych Sz. kolegów, którzy mieli zamiar w Zakopanem swych chorych pod mo-

ją opiekę oddawać, aby tychże wprost do mnie skierowywali, mam bowiem tu na miejscu w Zakopanem kilka domów do rozporządzenia, w których rady i wskazówki ordynujących lekarzy bezwzględnie wykonane zostaną“.

— W dniu 29 sierpnia r. b. w Karlsbadzie obchodził bardzo rzadki jubileusz 70 letniej praktyki lekarskiej d-r GALLUS R. HOCHBERGER. Jubilat w roku bieżącym kończy 96 rok swego życia.

Zmarli. W Schandau pod Dreznem w końcu lipca r. b. zmarł w 65 roku życia d-r Jan BRAUN, b. podskarbi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Zmarły urodził się w Lublinie, gdzie początkowe nauki pobierał. Następnie udał się do Juriewa, gdzie w 1857 roku po obronieniu rozprawy „*Lienis in homine exstirpatio*“ uzyskał stopień doktora medycyny. Wróciwszy do kraju, pełnił najprzód obowiązki lekarza w szpitalu św. Wincentego à Paulo w Lublinie, następnie został lekarzem ordynującym w szpitalu św. Ducha w Warszawie i obowiązki te pełnił do 1877 r. Ś. p. BRAUN cieszył się sympatją i uznaniem kolegów. Przez kilka lat z rzędu wybierany był sekretarzem a następnie podskarbis Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Kilka prac z zakresu chorób kobiecych umieścił w Pamiętniku tegoż Towarzystwa.