

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. T. HERING. O wyleczalności owrzodzeń gruźliczych przy tak zwanych suchotach krtani napotykaných. — II. M. JAKOWSKI, Grzybki chorobotwórcze [Dokończenie]. — III. A. MALINOWSKI. Kilka uwag o „malaryi” i o patognostycznym znaczeniu powiększenia śledziony u dzieci [Dokończenie]. — Odcinek. O statystyce lekarskiej, przez Z. KRAMSZTYKA. — *Korespondencyja.* Z Warszawy, napisał ZWEIFBAUM. — Nadesłano do Redakcyi. — Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich. — Ogłoszenia.

I. O WYLECZALNOŚCI OWRZODZEŃ GRUŹLICZYCH przy tak zwanych suchotach krtani napotykaných.

Podług wykładu czytanego w Paryżu na posiedzeniu Towarzystwa francuzkich laryngologów
w d. 28. IV. 1886.

Skreślił

Dr Teodor Hering

ordynator szpitala Ś-go Rocha.

Szanowny Panowie!

Stawiając na programie naszego posiedzenia kwestyję chirurgicznego leczenia owrzodzeń gruźliczych krtani, komitet nasz złożył tem samem swe wyznanie wiary w możność wyleczalności tej sprawy.

Jakkolwiek dotąd tylko względna, przez wielu uważana za wyjątkową, wyleczalność tych owrzodzeń jest jednakże faktem, z którym dla jego wielkiej doniosłości koniecznie liczyć się wypada. Anatomija patologiczna przekonała dowodnie, jak często sprawa gruźlica płuc, jeżeli ogranicza się do niezbyt wielkich przestrzeni, przy pewnych pomyślnych warunkach, kończyć się może wyzdrowieniem. HEITLER¹⁾ w pracy swej o wyleczalności suchot płucnych podaje wyciąg protokołów sekcyjnych, zebranych w ciągu 10 lat, w instytucie anatomo-patologicznym wiedeńskim, z którego na 16,562 sekcyj wypada 789 przypadków, w których znaleziono większe ogniska gruźlicze odgraniczone, obumarłe i otoczone zbitą tkanką łączną. W 655 przypadkach zmiany tego rodzaju stwierdzono w obu płucach. Ale i kliniczna obserwacyja, prowadzona w zakładach specjalnych dla suchotników, dostarczyła nam w ostatnich latach szereg imponujących swą wielkością cyfr, przemawiających za tym faktem. Ze sprawozdania DETTWEILER'a²⁾ ogłoszonego w tym roku i z do-

¹⁾ Wiener Klinik. 6 Jahrgang. 1880. Str. 272 i 274.

²⁾ Bericht über 72 völlig geheilte Fälle von Lungenschwindsucht. 1886 r.,

pełniającej to sprawozdanie pracy D-r MEISSEN'a ¹⁾, lekarzy zakładu dla suchotników w Falkenstein, można się przekonać, że w odpowiednich warunkach, pod okiem lekarzy sumiennych, ożywionych zapałem, wierzących w skuteczność swych usiłowań leczniczych, świetne otrzymać można wyniki. Sprawozdanie to podaje 72 przypadków wyleczonych zupełnie, gdyż w okresie od 3--7 lat nie nastąpił powrót choroby. Za prawdziwość tych faktów ręczą nazwiska lekarzy, którzy tych chorych do dziś dnia mają w obserwacji. Za prawdziwością rozpoznania zaś przemawia badanie płwociny u tych chorych, wykazujące [w 90% i 97%] obecność laseczników KOCH'a, lub włókien sprężystych. Widzimy więc, że, dzięki zmienionej metodzie leczenia suchot płucnych [BREHMER], dzięki zwalczeniu pewnych terapeutycznych przesądów, opartych na fałszywym poglądzie na istotę gruźlicy, wyniki naszych usiłowań nie zawsze są bezowocne, że chorzy dotknięci nawet znacznymi zmianami w płucach, wobec pewnych pomysłowych warunków mogą doznać poprawy, przedłużyć swe życie na całe lata, powrócić do dawnych swych zajęć.

Fakty te są niezaprzeczane, znane dziś wszystkim, nikogo nie dziwią, a jednak lata całe uchodziły za niemożliwe, za nieprawdopodobne.

Jeżeli jednak ogół lekarzy w sprawie niewyleczalności suchot płucnych zerwał z dawniejszą tradycją, to poglądy co do zabiżniania się owrzodzeń gruźliczych krtani bardzo powolnie torują sobie drogę, bardzo nielicznych posiadają zwolenników. Potrzeba dziś jeszcze pewnej odwagi cywilnej, aby przed szerszą publicznością lekarską wystąpić ze zdaniem, że owrzodzenia gruźlicze krtani mogą się goić, a krtień suchotnicza odzyskać może na krótszy lub dłuższy czas, częściowo lub w zupełności, swe czynności.

Dla uniknięcia jednak nieporozumień z góry zastrzegam sobie, że mówię tu o wyleczalności owrzodzeń gruźliczych krtani w okresie początkowym, owrzodzeń ograniczonych zwykle do pewnych ustępów, a mających niektóre cechy, do których opisu później powrócę.

¹⁾ Zur Kenntniss der menschlichen Phthise. Deutsche medizin. Zeitung. Heft 59. R. 1886.

O STATYSTYCE LEKARSKIEJ.

Bożku łbów twardych i próżnej mozoły,
Witaj, ozdobo szkoły!

Obliczyć dokładnie, ilu w danej chwili i w danym miejscu jest chorych i na jakie cierpią choroby, jest rzeczą niemożliwą. Obliczenie takie napotyka trudność podwójną: jedna przeszkoda jest techniczną, druga leży w samym przedmiocie. Ażeby mieć liczby dokładne, potrzeba ustanowić lekarzy, których obowiązkiem byłoby w pewnych odstępach czasu badać pod względem zdrowia wszystkich ludzi, a z drugiej strony wszystkich ludzi zobowiązać, ażeby się takiemu badaniu poddali. Łatwo pojąć, że jest to trudność prawie nie do usunięcia, ale nie jest to jeszcze trudność największa. Gdybyśmy prawidłowy stan zdrowia przedstawili jako linię poziomą, a zбочenia, chorobę, jako linię pochyłą, w mia-

Formę tę określe nazwą gruźlicy o przebiegu przewlekłym. Pojawia się ona u osób, u których jednocześnie rozwinęła się sprawa nacieków gruźliczych w płucach, stwierdzonych zarówno badaniem klinicznym, jak i zawartością laseczników w płwocinie.

Nie chcę twierdzić, że każdy przypadek suchot krtani jest wyleczalny, nawet przy daleko posuniętych zmianach, rozpadzie i upadku odżywiania. Utrzymuję tylko, na mocy obserwacji klinicznych od 12 lat prowadzonych, że w danych, rzadkich wprawdzie przypadkach, wyleczenie owrzodzeń gruźliczych jest faktem pewnym, nie ulegającym żadnej wątpliwości. Przemawiali już za tą tezę ludzie wielkiej nauki, wielkiego doświadczenia. Głosy ich jednak przebrzmiały bez skutku, sceptycyzmu w tym względzie przełamać nie potrafili. Spostrzeżenia podane przez SCHNITZLER'a, ROSSBACH'a, TOBOLD'a, E. FRAENKEL'a, ZIEMSEN'a, BOSWORTH'a, M. MACKENZI'ego, SCHECH'a, MAURYCEGO SCHMIDT'a, PELAN'a, BORDENAVE, WHISTDER'a, REICHERT'a, DUCAU, CADIER'a, GOUGENHEIM'a, MOUR'a, TAUBER'a i wielu innych, powinny były ogół lekarski przekonać, że cały szereg tych obserwacji nie mógł być oparty na złudzeniu lub na fałszywym rozpoznaniu choroby.

Pomijam tu tych lekarzy, którzy dla tego zaprzeczali wyleczalności gruźlicy, że w ciągu własnej praktyki spostrzegać jej nie mieli sposobności, gdyż zarzut ten na poważną krytykę wcale nie zasługuje, a wspomnę o tych tylko, którzy dla potwierdzenia swych przekonań opierali się na wynikach naukowych, na badaniach anatomo - patologicznych HEINZE'go i EPPINGER'a. Prace te, zkądinąd bardzo cenne, wyświetlające wiele ciekawych szczegółów etjologii gruźlicy, są bez znaczenia dla rozstrzygnięcia kwestyi klinicznej, a to głównie z tego względu, że bliźny po zagojonych np. owrzodzeniach gruźliczych strun głosowych, przy badaniu pośmiertnem nie popartem dokładnem badaniem drobnowidzowem, mogą ujść obserwacyi i wogóle bardzo rzadko przychodzą na stół sekcyjny.

Kwestyję tę rostrzygnąć, a raczej wyświetlić może tylko klinicysta, mający możność porównywania zmian stwierdzonych lusterkiem, z wynikiem bada-

re natężenia choroby oddalającą się od poziomu, toby te dwie linije pod bardzo małym stykały się kątem. W bardzo wielu przypadkach lekarz nie miałby możności rozpoznać, że badany przez niego organizm nie jest zupełnie zdrowym, a w wielu innych zawisłoby od dobrej woli lekarza, czy badanego człowieka uznać za chorego, czy za zdrowego. Tak samo i granica pomiędzy jedną chorobą a drugą bywa nieraz tak nieznaczna, że niepodobna orzec dokładnie, pod jaką nazwę dany przypadek podciągnąć. Gdzie naprzykład zaczyna się katarakta, albo katar żołądka i w jaki sposób ściśle oznaczyć granicę pomiędzy krupowem a dyfterytycznem zapaleniem łącznicy? Trudność ta nie polega wyłącznie na niedokładnej nomenklaturze, ale w samej naturze rzeczy ma swoje źródło. Skoro choroba nie jest czemś oł organizmu oddzielnem, ale tylko zmienionym stanem organizmu, to musi natężenie tych zmian być bardzo rozmaite i stopniowo malejące do tych rozmiarów, które się ująć nie dadzą.

Niepodobna wszakże zaprzeczyć, że, choć trudna do zdobycia, wiadomość o liczbie chorych nie jest wcale pozbawioną interesu. Owszem sprawa zdrowia publicznego każdego człowieka, a przedewszystkiem państwo, tego człowieka zbiorowego, bardzo blisko dotyczy, a w pewnych chwilach najwyższy budzi interes i wszystkie inne sprawy na drugi plan usuwa. Dzieje się to mianowicie w czasie

nia pośmiertnego. Dla wyświeatlenia jej potrzeba bowiem w plwocinie lub w tkankach znaleźć laseczniki i przekonać się o wytworzeniu się tkanki bliznowej w miejscu dawniejszego owrzodzenia.

Wymienieni powyżej anatomo-patolodzy zbyt prędko i zbyt pesymistycznie postawili swe wnioski, oparte tylko na badaniu pośmiertnem, utrzymując, że owrzodzenia gruźlicze krtani są niewyleczalne, że się goić nie mogą. Żałować należy, że pogląd tak jednostronny dla niektórych lekarzy stanowił niewzruszony dogmat, upoważniający ich, wobec braku pomyslnych wyników, do sceptycyzmu, opartego na fałszywej premisie, najgubniejszego w skutkach, bo prowadzącego do lekarskiego indyferentyzmu.

Wobec częstości tej sprawy, wobec rozpaczliwego stanu chorych, trapiomych ciągłemi bólami przy łykaniu, ciągłym kaszlem i wymiotami przy jedzeniu, pozbawionych snu, których widmo śmierci głodowej więcej jeszcze przeraża niż smutna rzeczywistość, wobec bezsilności dotychczasowego leczenia, nie wolno się nam ograniczać na roli obserwatora lub pocieszyciela, lecz powinniśmy szukać nowych dróg, nowych środków, zwracać baczną uwagę na poprawę odżywiania i higienicznych warunków i do ostatniej chwili, nie tracąc odwagi, nie zrażając się niepowodzeniami, walczyć przeciwko tej strasznej chorobie.

Potrzeba wielkiego zapału, wielkiej wiary w możność wyleczenia, lub chociaż poprawy, aby wobec olbrzymiej liczby ujemnych przypadków, nie upaść na duchu, nie stracić wiary w skuteczność naszego leczenia.

Główna jednak wina niepowodzeń polegała i polega dotąd na zbyt późnem rozpoznaniu choroby, na zbyt późnem leczeniu. Nie podobna również pominąć milczeniem okoliczności, będącej nieraz powodem ujemnych wyników naszych dotychczasowych usiłowań, t. j. niewłaściwego zatajenia przed chorym niebezpieczeństwa, w jakim się znajduje. Winną też jest sama publiczność, która obawia się lekarzy prawdomównych, nie tających rokowania, która stroni od lekarzy żądających od swych chorych bezwzględneho zaufania, dbających o to, aby to, co zalecą, było ściśle wykonane i sumiennie przeprowadzone. Ciągłe ludzenie cho-

panujących epidemij, gdzie każdy z niecierpliwością wiedzieć pragnie, czy choroba się nie rozszerza i czy śmiertelność nie wzrasta.

Gdybyśmy więc te wiadomości posiadali, i zupełnie dokładne, zaspokoilyby one ciekawość bardzo uzasadnioną, ale dla nauki nicby nie przyniosły. Wiadomości te do nauki właściwej nie należą i interes, jaki budzą, nie jest interesem naukowym. Zoologija, botanika, nie pytają o liczbę osobników pewnego gatunku i nigdy uczeni nie zadali sobie trudu, aby obliczenia podobne przeprowadzić. I jest chyba rzeczą dla każdego widoczną, że te liczby nie pozwoliłyby ani trochę głębiej sięgnąć w tajemnice przyrody.

Ludzie wprawdzie są policzeni w państwach dobrze urządzonych, ale nie o naukowy, lecz o państwowy interes idzie w tych obliczeniach; idzie tu o podatki, o służbę wojskową. Tak samo liczą ilość bydła domowego, albo żubrów w puszczy Białowieskiej. Podobny tylko interes budzić może obliczenie i klasyfikacyja chorych,

Ale samo obliczenie nie wyczerpuje jeszcze wcale znaczenia statystyki; stanowić ma ona prawdziwą metodę naukową, ma służyć do odkrycia praw nowych w nauce.

rych dotkniętych naciekiem u wierchołków, frazeologiją o zakatarzeniu oskrzeli, lub o niezycie krtani, wobec rozległych owrzodzeń i zniszczeń tegoż narządu, aby broń Boże chorego lub otoczenia jego nie przestraszyć, setki chorych zgubiło. Z chwilą, w której doszliśmy do przekonania, że cierpienie danego narządu może, choćby w nader rzadkich przypadkach zakończyć się wyzdrowieniem, obowiązkiem lekarza jest powiedzieć otoczeniu chorego prawdę bezwzględną, choremu zaś o tyle, o ile na to pozwala stopień jego inteligencji, stan fizyczny i duchowy, głównie zaś jego charakter. Wobec chorych nieuleczalnych, powiada *Воске*, musi lekarz zachować pewne względy co do rokowania. Choremu jednak przedstawiającemu pewne szanse wyleczenia, gdzie takowe zależy przeważnie od jego woli, trzeba całą prawdę powiedzieć, aby przez to pobudzić energię jego charakteru.

To też rokowanie u kobiet, u osób małodusznych, lekkomyślnych, zawsze będzie najgorsze; dla takich niestety nie ma ratunku. Mężczyzna upierający się przy tytoniu i wódce, kobieta nie mogąca dla odzyskania zdrowia poświęcić teatru i tańca, przemódz swej gadatliwości, nie będą materyjałem pozwalającym postawić rokowanie choćby względnie dobre. Nie trzeba jednak zapominać, że nieraz, pomimo najgorszych warunków bytu, niehygienicznego zachowania się, wszelkiego rodzaju nadużyć *in Venere et Baccho*, owrzodzenia gruźlicze poprawiają się lub zblizniają i chory skazany przez medycynę na śmierć niechybną, o tyle może powrócić do zdrowia, że wraz ze zbudzoną wiarą w możliwość wyzdrowienia, bezpowrotnie traci zaufanie do lekarza, który zbyt ufny w swe doświadczenie, zawczasie go z listy mających prawo do życia wykreślił.

Opierając się na kilku przypadkach wyleczenia owrzodzeń gruźliczych, które od 1876 r. spostrzegałem w praktyce prywatnej, ja, osobiście kwestyję wyleczalności owrzodzeń uważałem za niewątpliwą.

Zwlekałem z ogłoszeniem tych względnie pomyślnych wyników do tej chwili, z powodów łatwych do zrozumienia. Znając panujący w tym względzie ogólny sceptycyzm, wiedząc dobrze, że znajdują się lekarzy, którzy podane tu

Jest niewątpliwą zdobyczą dla nauki każde odkrycie związku między zjawiskami, a może każdy istotny postęp w nauce do takiego uchwycenia związku pomiędzy zjawiskami da się zredukować. Jeżeli więc spostrzegę, że wśród mnóstwa szczegółów, jakie składają się na pewien obraz choroby, dwa szczegóły zawsze i we wszystkich przypadkach sobie towarzyszą, tom ważne dla naki zrobił odkrycie.

Statystyka zbiera właśnie różne części i różne szczegóły obrazu chorobowego; każdy szczegół oddzielny figuruje jako jednostka w oddzielnym szeregu; a skoro dużo takich szeregów obok siebie umieszczę, spostrzegam już łatwo, jakie zjawiska wzajemnie do siebie należą. Ten sposób stosują mianowicie, aby badać przyczyny chorób. W jednym szeregu mieszczą się przypadki jakiegokolwiek choroby, a w innych rozmaite szczegóły z życia chorego, które jako przyczyny choroby występować mogą.

Droga badania zdaje się być dobrą. Jeżeli pomiędzy kolumnami, w których przyczyny choroby figurują, jedna będzie zapelnioną; jeżeli statystyka okaże, że w każdym przypadku choroby ta przyczyna się powtarza: tośmy doszli do źródła i mamy zupełne prawo twierdzić, żeśmy przyczynę choroby odkryli.

Taki rezultat otrzyma każdy, kto na przykład zapyta, czy przyczyną złamań kości jest trauma; w każdym przypadku złamania też samą przyczynę staty-

fakty przyjmą z niedowierzaniem co do prawdziwości rozpoznania, nie chciałem się ograniczać na ogłoszeniu jednego lub dwu dodatkich spostrzeżeń.

Dziś, gdy ogólna liczba mych spostrzeżeń dochodzi do kilkunastu, dłużej zwlekać nie mogłem i nie miałem prawa.

Czynię to pod naciskiem obowiązku, od którego lekarzowi uchylać się nie wolno, ponieważ chodzi tu o naukową prawdę. H. WEBER, mówiąc o wyleczalności suchot płucnych, powiada: „Nic szkodliwszego nad pogląd, że suchoty są niewyleczalne“. „Myśl ta wyklucza i paraliżuje każde uczciwe usiłowanie, aby czynić co w siłach ludzkich i nie cofnąć się przed żadną ofiarą dla uzyskania poprawy lub wyleczenia“. Zdanie to stosuje się zupełnie do suchot krtani. Jeżeli gruźlica płuc, odbywająca się w narządzie tak ważnym dla ustroju i w takich rozmiarach, może się skończyć wyzdrowieniem, to owrzodzenia gruźlicze krtani, oparte na tej samej patologicznej sprawie, w danych warunkach, tak samo mogą zakończyć się pomyślnie.

Niebezpieczeństwo ich głównie polega na tem, że z powodu utrudnienia przełykania szybko prowadzą do wyniszczenia i przez to ułatwiają szerzenie się zakażenia i rozpad wytworzonych produktów choroby. [D. n.]

II. GRZYBKIE CHOROBY TWÓRCZE.

Napisał

M. J a k o w s k i

b. ordynator kliniki dyagnostycznej.

IX. Laseczniki cholery azyjatyckiej czyli laseczniki przecinkowate Koch'a. (*Bacillus cholerae asiaticae vel Comma-bacillus Kochi*).

[Dokończenie. — Patrz Nr. 27].

Badania podjęte przez Koch'a i innych wymienionych już badaczy, a mające na celu sprawdzenie, czy laseczniki przecinkowate, znajdujące zawsze w wypróżnieniach cholerycznych w ostrym okresie cierpienia, mogą istnieć i w wy-

styka mu wskaże. Ale nikt z pewnością obliczeń takich nie robił i robić nie będzie. Dla czego? bo przyczyna złamań jest znana; nie szukałbym jej w tablicach, tylkobym ją statystyce podsunął i odpowiedź musiałaby wypaść potwierdzająco.

I to jest właśnie słabą stroną statystyki, gdy idzie o badania etjologiczne. O tyle tylko z tablic statystycznych przyczynę choroby wyczytamy, o ileśmy ją na innej drodze poznali i obliczeniom podsunęli; ale skoro przyczynę już raz poznaliśmy, obliczenia stają się zbędnymi.

W książkach dawniejszych etjologia chorób zupełnie inaczej, niż dziś, wyglądała. Przy opisie każdej choroby, przy rozbiórce jej przyczyn, też same zawsze powtarzały się szczegóły: złe warunki życia, niedostateczne pożywienie, wilgoć, nieczyste powietrze, nadmierna praca, troski, zmiany temperatury, i zawsze to samo i to samo miało być przyczyną wszystkich chorób. Dziś poglądy zmieniły się zupełnie i powiedzieć można, że każda ściśle określona postać chorobowa, ma ściśle określoną przyczynę. Tymczasem w tablicach statystycznych tylko te dawne kategorie mogą być pomieszczone. Jest rzeczą ciekawą, jakby wyglądały przyczyny jakiej dobrze znanej choroby, gdybyśmy ich za pomocą statystyki doszukiwać się chcieli.

dzielinach chorobowych, *resp.* w wypróżnieniach przy innych chorobach [tyfus, dysenterya, zwykły ostry nieżyt kiszek], dały wielokrotne rezultaty ujemne. W żadnem cierpieniu, oprócz cholery azyjatyckiej, wykryć ich nie zdołano. Dla tego też ze względu na wyniki tych poszukiwań i ze względu na rezultaty otrzymane pierwotnie przez KOCH'a, a potwierdzone przez VAN ERMENGEN'a, BABES'a, NICATI'ego i RIETSCH'a, WATSON-CHEYNE'go i DOYEN'a, rezultaty, które jak to widzieliśmy, odpowiadają najzupełniej ścisłym wymaganiom nauki, stawianym obecnie przy decydowaniu o pasorzytniczem pochodzeniu jakiegokolwiek cierpienia, musimy przyjąć za pewne, że istotną przyczyną cholery azyjatyckiej są li tylko swoiste laseczники przecinkowate, opisane po raz pierwszy przez KOCH'a.

Jak każde jednak ważniejsze odkrycie, tak i to znalazło wielu przeciwników, odrzucających chorobotwórcze swoiste działanie laseczników przecinkowatych.

Pierwsi, którzy zajęli się sprawdzaniem faktów, podanych przez KOCH'a, byli FINKLER i PRIOR. Autorowie ci ogłosili jeszcze w roku 1884, że w wypróżnieniach chorych na *cholera nostras* znaleźli pasorzyty najzupełniej identyczne z pasorzytami opisanymi przez KOCH'a, że więc, co za tem idzie, te ostatnie nie są swoiste dla cholery azyjatyckiej. Lecz rzecz ważna, że FINKLER i PRIOR znaleźli je początkowo w wypróżnieniach, pochodzących wprawdzie od chorych na *cholera nostras*, ale takich, które stały już dni 14 na powietrzu. Z wyników badań KOCH'a wiemy, że laseczники choleryczne znajdują się w wypróżnieniach tylko w ostrym okresie cierpienia, następnie zaś giną, a miejsce ich zastępują pasorzyty gnilne; tak samo rzecz się ma, gdy wypróżnienia te choćby 24 godzin stoją w zetknięciu z powietrzem; pasorzyty więc znalezione przez FINKLER'a i PRIOR'a, już ze względu na źródło z jakiego je otrzymano, trudno brać za jedno z pasorzytami KOCH'a. Lecz i cały szereg cech morfologicznych i bijologicznych tych pasorzytów wyróżnia je bardzo od istotnych pasorzytów cholery azyjatyckiej. Jakkolwiek są one także zgięte w kształcie przecinka, to jednak zgięcie to jest

Weźmy na przykład trychinozę albo bąblowca w oku. Przypuśćmy, że uchwyciono pewien zbiór objawów chorobowych, występujących zawsze razem i jedną niewątpliwie stanowiących chorobę; nieznana przyczynę tej choroby znaleźć chcemy w tablicach statystycznych. Zbieramy więc najdokładniejsze dane o każdym z wielu, z całych tysięcy przypadków; układamy starannie tablicę i dowiadujemy się: 1) że dziedziczność trychinozy jest do pewnego stopnia prawdopodobną, bo rodzice dwóch chorych i ciotka trzeciego przy podobnych objawach umarli; 2) że zdarza się ona trochę częściej u mężczyzn niż u kobiet; 3) że szewcy częściej na nią, niż krawcy, zapadają; 4) że dotyka ona częściej ludzi, mieszkających na piętrach wyższych, zwłaszcza gdy kilka osób mieszka w jednym pokoju. Naturalnie wyniki mogą być takie lub odmienne, ale w żadnym razie nie wypadłyby zupełnie równe liczby dla różnych płci, zajęć i pięter. O tak drobnym szczególe, jak na przykład, czy wszyscy chorzy wędliny w jednym sklepie kupowali, statystyka by nie wiedziała, bo całego życia człowieka w tablice pomieścić nie można. A skoro raz w kiszka chorego i w mięsie wieprzowem odkryto trychiny, już nikomu na myśl nie przyjdzie podług tego nowego poglądu układać tablice. Teraz by wprawdzie odpowiedź statystyki wypadła ścisłą, jednostajną, ale teraz i bez statystyki nikt już nie wątpi. Skoro chorobę poznamy, dane statystyczne jak żart wyglą-

mniej wydadne, niżli w lasecznikach KOCH'a, ruch nie jest tak chyży, a same laseczki są znacznie od tych ostatnich grubsze i nieco większe. W hodowlach różnica jest jeszcze więcej uderzająca. Na płytkach [na żelatynie odżywczej] kolonie pasorzytów FINKLER'a i PRIOR'a rosną daleko szybciej, mają początkowo barwę nieco żółto-brunatną, prędko rozpuszczają żelatynę, przyczem brzegi zagłębień są najzupełniej równe i gładkie, a po dwóch dniach, a najwyżej trzech, cała żelatyna na płytce jest już rozpuszczoną. Nie tak rosną laseczki KOCH'a; jeśli przypomnimy sobie to, co podałem wyżej o ich hodowli, to zobaczymy, że rosną wolniej, barwę mają żółto-różową, brzegi zagłębień mają nierówne, powyrywane i rozpuszczają żelatynę znacznie powolniej. Hodowle laseczników FINKLER'a i PRIOR'a na żelatynie w próbkach rozpuszczają takową bardzo szybko i nie w kształcie lejko-watego zagłębienia, jak prawdziwe laseczki choleryczne, lecz szerokiego walca, „cylindra“, tworzącego się naokoło linii nakłucia; rozwija się w nich przytem uderzający zapach gnilny, czego nigdy nie ma w hodowlach pasorzytów KOCH'a. Na kartoflu rosną laseczki FINKLER'a i PRIOR'a bardzo szybko w zwykłej ciepłocie pokojowej i tworzą śluzową błonę koloru jasno-brunatnego, otoczoną białawym brzeżkiem, laseczki zaś choleryczne, jak wiemy, rosną tylko w ciepłocie hodowlanej [37° C.] i tworzą ciemno-brunatną błonkę. Wprowadzenie większej ilości laseczników FINKLER'a i PRIOR'a zwierzętom do zołądka, po zalkalizowaniu uprzedniem jego zawartości, lub bez tego, powoduje po pewnym czasie śmierć, lecz tylko u świnek morskich. Wynik jednak oględzin pośmiertnych jest i tu różny od wyniku po zaszczepieniu prawdziwych laseczników cholerycznych; przekrwienie na błonie śluzowej kiszek jest bardzo niewielkie, a zawartość kiszek bywa wprawdzie obfita i wodnista, lecz posiada wybitny zapach gnilny, taki sam jak w czystych hodowlach na żelatynie, a jak wiemy, wypróżnienia z ostrego okresu cholery azyjatyckiej żadnego prawie zapachu nie posiadają; w moczu chorych zwierząt autorowie zawsze znajdowali swoje laseczki. Chcąc twierdzić o tożsamości dwóch rodzajów pasorzytów, trzeba dowieść, że oba posiadają najzupełniej jednakie cechy morfologiczne, jednakowo się rozwijają i jedne i też same

dają i przypominają ten sławny egzamen szkolarski, jaki młody lekarz przeprowadza u chorego, przebitego żelaznym prętem: czy ta choroba jest w rodzinie pańskiej dziedziczna? czyś pan się tak urodził? jakie przebywałś choroby w swem życiu?

Jeden z tryumfów swoich zdobyła statystyka lekarska w nauce o krótkowzroczności. Badając wzrok uczniów stopniowo od najniższej klasy do najwyższych kursów uniwersyteckich, przekonano się, że liczba krótkowzrocznych z każdym rokiem wzrasta, a więc że praca naukowa sprzyja rozwojowi tej wady. Właściwie ten wniosek z obliczeń statystycznych jeszcze tak zupełnie stanowczo nie wynika. Uczniowie nie tylko pracują, ale stopniowo i lat nabywają, a istnieją z pewnością, a w każdym razie istnieć mogą przypadki, gdzie krótkowzroczność wzrasta z wiekiem, albo w późniejszym dopiero wieku się rozwija, nawet niezależnie od pracy. A więc dla wszelkiej dokładności potrzebaby dowieść, że liczba krótkowzrocznych w szkołach wzrasta szybciej, aniżeli u ludzi w tym samym wieku będących, lecz nie uczęszczających do szkoły. Ale możemy wierzyć, że gdyby takie obliczenia, bardzo trudne do przeprowadzenia, skutecznie się dały, toby odpowiedź wypadła twierdząco: pomiędzy chłopcami, nie uczęszczającymi do szkoły, mniej byłoby krótkowzrocznych i krótkowzroczność nie tak szybko by po-

zmiany wywołują w ustroju zwierzęcym. Tej ścisłej identyczności na wszystkich punktach brak lasecznikom FINKLER'a i PRIOR'a w zestawieniu ich z lasecznikami przecinkowatymi KOCH'a. Być może, że okaże się, iż są one swoistymi dla cholery swojskiej (*cholera nostras*), cierpienia różnego od cholery azyjatyckiej, jak tego chcą ostatecznie ich odkrywcy, lecz i ta ich własność chorobotwórcza jest obecnie zakwestyjonowaną, gdyż z protokółów drugiej konferencji, odbytej w Berlinie w roku ubiegłym w sprawie cholery, dowiadujemy się, że KOCH, v. ERMENGEN, BIDERT i wielu innych badaczy, nie znaleźli w wypróbnieniach ludzi zmarłych na cholere swojską ani pasorzytów KOCH'a, ani FINKLER'a i PRIOR'a, lecz całkiem innej postaci laseczники. Najprawdopodobniej pasorzyty te są identyczne z opisanymi przez MILLER'a lasecznikami, mającymi kształt przecinka i znajdującymi się w próchniejących zębach. Hodowle i kształt obu tych pasorzytów bardzo są do siebie zbliżone.

Również jeszcze w roku 1884 EMMERICH ogłosił, że w czasie epidemii w Neapolu znalazł w wypróbnieniach, we krwi i we wszystkich narządach osób zmarłych na cholere i następnie wyhodował laseczники krótkie, proste, z zaokrąglonymi końcami, leżące pojedynczo, po dwa, a niekiedy połączone po kilka razem, bardzo podobne do laseczników tyfusowych. Pasorzyty te EMMERICH uważa za swoiste dla cholery azyjatyckiej. Hodowle ich jednak są całkiem różne od hodowli istotnych pasorzytów cholery azyjatyckiej, mają postać mleczno-białych ognisk, rosną tylko na powierzchni żelatyny i wcale jej nie rozpuszczają. Zaszczepione pod skórę, do jamy brzusznej, lub do płuc małpom, psom, kotom i świnkom morskim, wywołują objawy podobne do cholerycznych, a po śmierci zwierzęcia, która następuje w 5—6 dni po zaszczepieniu, znajdował autor wybroczyny na błonie śluzowej kiszek cienkich i кишки ślepej i powiększenie gruczołów chłonnych kręzkowych; badanie drobnowidzowe wykazywało laseczники EMMERICH'a we wszystkich narządach. VIRCHOW i KOCH uważają rezultaty doświadczeń EMMERICH'a na zwierzętach za ropnicę, a pasorzyty jego jako przyczynę tegoż cierpienia. KOCH'owi udawało się, szczepiąc inne laseczники, wywoływać u zwierząt objawy

stępowała. Przypuśćmy więc, że i temu żądaniu statystyka zadosyć uczyniła; czy wykryła w ten sposób właściwą przyczynę krótkowzroczności? Więc nauczyciel, chcąc poznać pilność i pracowitość ucznia, potrzebuje tylko zbadać wzornikiem refrakcję jego oczu? A cóż znaczą ci ludzie — a jest ich bardzo wielu — którzy przez długie lata usilnie pracowali oczyma, a wzrok mają dobry? A ileż jest kobiet, co nigdy nie ślezczały, a wzrok mają tak krótki, że pierwszorzędnym uczonym mógłby go im pozazdrościć? Więc praca nie jest jeszcze całą przyczyną krótkowzroczności i właściwą przyczynę nie statystyka odkryje.

A teraz, kto właściwie odkrył, że istnieje związek pewien pomiędzy pracą naukową a krótkowzrocznością? czy statystyka? Dla czego nie badano, czy z każdym rokiem szkolnym stopniowo słuch nie tępieje, albo czy krótkowzroczność nie jest w związku na przykład z ciasnym obuwiem? Rzecz prosta, takich spostrzeżeń nikt nie zrobił i takich pytań statystyce nikt nie podsunął. Związek krótkowzroczności z pracą naukową zauważono przed obliczeniem; statystyka odpowiedziała, że związek taki w pewnym stopniu istnieje. Więc właściwie statystyka bardzo mało zrobiła dla nauki o krótkowzroczności. Wiedzano, że częściej wzrok krótki spotyka się u ludzi, ślezcących nad książką, niż u innych, choć nie wyłączanie u nich się zdarza; statystyka tylko to samo potwierdziła. I zawsze odpo-

też same co i EMMERICH'owi, winą zaś wyników i wniosków, do jakich doszedł ten badacz, jest według KOCH'a to, iż materyjał do hodowli brał nie z wczesnych, lecz późniejszych okresów cholery. Zresztą sam EMMERICH, który początkowo twierdził, iż laseczników KOCH'a wcale w cholerze nie znajdował, w ostatniej pracy, ogłoszonej wraz z BUCHNER'em w końcu ubiegłego roku, o cholerze w Palermo, podaje, że oprócz swoich pasorzytów, przeważających, widział i laseczniki przecinkowate KOCH'a i to głównie w zawartości kiszek; zaznacza przytem, wbrew pierwotnemu swemu twierdzeniu, że tym razem po zastosowaniu nowych, udoskonalonych metod badania, w wątrobie, śledzionie, nerkach i krwi branej z serca, z wielu ostrych przypadków cholery, żadnych pasorzytów nie mógł odnaleźć.

LEWIS w tymże 1884 roku podał również w wątpliwość znaczenie pasorzytów cholerycznych KOCH'a, uważając je za identyczne z lasecznikami przecinkowatemi, napotykanemi w ślinie ludzkiej, znanemi zresztą od dość dawna. Takowe już postacią swą różnią się od pasorzytów cholery azjatyckiej, są dłuższe, cieńsze, a co nadewszystko, wcale nie rozwijają się w obojętnej lub słabo alkalicznej żelatynie odżywczej, na której tak charakterystycznie rosną laseczniki przecinkowate KOCH'a.

KLEIN, wysłany do Indyj przez rząd angielski w celu zbadania zarazka cholery, kategorycznie przeczy tym wszystkim wnioskom, do jakich doszedł KOCH, uważa jego laseczniki za identyczne z lasecznikami LEWIS'a, podając natomiast jako przyczynę cholery azjatyckiej cienkie, drobne, proste laseczniki, rozwijające się na *agar-agar* i wytwarzające na takowym zarodniki; szczepienie jednak tych jego laseczników dawało mu zawsze wyniki ujemne. Przeciw KLEIN'owi wystąpił nawet w Anglii z ostrą krytyką WATSON-CHEYNE, który, jak to wyżej parokrotnie wspominałem, najzupełniej i wszechstronnie stwierdził poglądy KOCH'a.

Zestawiliśmy tu zdania za i przeciw; zestawienie to tembardziej, jak sądzę, powinno było nas przekonać o swoistem, chorobotwórczem działaniu laseczników przecinkowatych KOCH'a.

wiedź statystyki takie samo da prawdopodobieństwo, jakie mieliśmy i bez niej. Z zupełną pewnością odpowiedzieć mogą liczby tylko na te pytania, na które odpowiedź i bez nich znamy niewątpliwą. Gdybyśmy zapytali tablic statystycznych, czy wzrost uczniów powiększa się z każdym rokiem szkolnym, otrzymalibyśmy odpowiedź wyraźną.

Możemy, zdaje się, szczerze przyznać, że nauka o przyczynach chorób dotychczas nic nie osiągnęła ze statystyki i że na tej drodze zdobyczy istotnych spodziewać się nie można, że napróżno by lekarze wypełniali szematy, odnoszące się do suchotników, jakie przed laty kilkomu porożyły towarzystwa lekarskie; gdyby niewiem ile tysięcy kartek wypełnionych odesłano, kartki nic nowego powiedzieć by nie mogły.

Bardzo prawdopodobnie statystyka zupełnie inne ma znaczenie, gdy idzie o cały organizm społeczny; gdy z jednej strony postawimy ogólne warunki życia, a z drugiej ogólną śmiertelność. Ta statystyka, którą wreszcie tylko państwo zbierać jest w stanie, zapewne ma wartość istotną. Ale te ogólne warunki życia rozpraszają się na tysiączne szkodliwości, a ogólna śmiertelność od najrozmaitszych chorób zawisła; tych szczegółowych przyczyn oddzielnych postaci chorobowych już statystyka nie znajdzie.

Prawda, że wiele danych epidemiologicznych o cholery, zebranych podczas obserwacji dawnych epidemii, nie jest jeszcze całkowicie wytłomaczonych przez teorię pasorzytniczą tego cierpienia. Nie wchodzimy tu bliżej w rozbiór tej kwestyi. Zresztą nie jest to wcale rzeczą dziwną. Teoryja ta jest jeszcze dotąd dość świeżą, jakkolwiek na pewnych i stałych podstawach ugruntowaną; dużo w niej jeszcze szczegółów do zrobienia pozostaje, a żądać od każdej nowej teorii wytłomaczenia od razu wszystkich faktów, zebranych dawniej odnośnie danego cierpienia, jest zawsze, jak słusznie na tylko co wspomnianej konferencji zauważył VIRCHOW, rzeczą niewłaściwą.

Badanie laseczników cholery azyjatyckiej ważnem jest dla rozpoznania, zwłaszcza w pierwszych zjawiających się przypadkach tego cierpienia, lub w przypadkach lekkich zaburzeń przewodu pokarmowego [rozwołnienie], występujących już podczas trwania epidemii. Badanie ich za świeża w wypróżnieniach, lub też z czystej hodowli odbywa się w sposób zwykły, nieraz szczegółowo omawiany. Wypada mi jednak zaznaczyć, że chcąc zobaczyć ich ruch nadzwyczaj żywy i charakterystyczny, dobrze jest posiłkować się do badania zamiast zwykłym — wyżłobionem szkiełkiem przedmiotowym; w tym ostatnim razie kroplę badanego płynu puszcza się na szkiełko przykrywkowe, a następnie takowe, zwrócone ku dołowi powierzchnią, zawierającą kroplę płynu, kładzie się na szkiełko przedmiotowe, tak aby kropla znajdowała się w samym środku wyżłobienia.

Do barwienia preparatów, zasuszonych na szkiełkach przykrywkowych i następnie przeprowadzonych przez płomień lampy gazowej, najlepiej jest używać wodnego roztworu fuksyny lub fioletu gencyjano-owego, albo błękitu metylenowego; parę minut wystarcza do bardzo dobrego zabarwienia laseczników przecinkowatych. BABES podaje, że barwił z dobrym skutkiem żywe laseczki choleryczne; barwienia dokonywał na szkiełku wyżłobionem, rozprawdzając cząstkę czystej hodowli w wodnym roztworze fioletu

W miarę coraz większego powikłania zjawisk przyrody, coraz inne występują prawa i coraz inne metody badania. Inaczej badamy stosunki chemiczne pomiędzy atomami, a inaczej zjawiska, jakie na ciałach, na gruppach atomów, występują. Inne są prawa i inne metody badania chorób, a inaczej znowu bada się zmiany chorobowe w komórkach, choć obraz kliniczny zależy ostatecznie od zmian, jakie się w komórkach dokonywają. Więc nic dziwnego, że metoda, która w patologii społeczeństwa może mieć znaczenie, będzie napróżno stosowaną, gdy idzie o badanie patologii człowieka.

Pewnej praktycznej korzyści tablicom statystycznym odmówić nie można. Głos lekarzy i ich rady, odnośnie do higieny, nie bardzo chętnie słuchane są przez społeczeństwo. Ale jeżeli rada popartą będzie przez liczby, wtedy jej słuchają, nie bardzo nawet wglądając, o ile wniosek był ścisłym i choć sama rada właściwie ze statystyki nie wypływa. Tak, gdy obliczono, że z każdym rokiem szkolnym liczba krótkowzrocznych w szkołach wzrasta, już się szkoły starają do wszelkich rad stosować, choć właściwie statystyka wcale nie mówi, na czym właściwie polega szkodliwość nauki szkolnej dla wzroku: czy na niedostatecznem oświeceniu, czy na zbyt niskich ławkach, czy na druku za drobnym, czy wreszcie na innych warunkach dotąd nieznanach.

metylenowego, zaznacza przytem, że gdy używał zamiast wody buljonu zabarwionego roztworem tegoż barwnika, udało mu się widzieć podział laseczników na dwa i że w żywych lasecznikach końce barwią się daleko mocniej, aniżeli środek laseczki; dopiero po zabarwieniu BABES preparat suszy i zachowuje go ostatecznie w balsamie kanadyjskim.

Skrawek z kiszek stwardnionych w wysoku, według rady Koch'a, trzeba barwić w wodnym roztworze błękitu metylenowego przez 24 godzin; można przyspieszyć zabarwienie, lecz jak wiemy trzeba ogrzać na parownicze plyn, do pierwszego pojawienia się pary. Po zabarwieniu dobrze jest opłukać preparat nie w zwyczajnej wodzie przekroplonej, lecz w zakwaszonej nieco [w stosunku 1%] kwasem octowym; dalsze postępowanie idzie jak zwykle przy barwieniu skrawków: obezwadnia się go w wysoku absolutnym, sprzezoczyszcza w oleju i zachowuje w żywicy damarowej lub balsamie kanadyjskim.

Co się tyczy hodowli laseczników cholerycznych, a nadewszystko hodowli na płytce, pierwszej manipulacji, jaką powinniśmy wykonać zawsze, chcąc otrzymać w wyniku czystą hodowlę jakiegobądź pasorzyta, to najlepiej jest stosować się w tym względzie do sposobu, używanego w Berlińskim Urzędzie Zdrowia. Po wprowadzeniu, do rozpuszczonej w próbówce żelatyny, cząstki wypróżnień cholerycznych za pomocą igły platynowej, trzeba mocno wstrząsnąć probówkę, a gdy otrzyma się na oko jednostajne rozprowadzenie użytego materiału w całej żelatynie, trzeba przenieść trzy krople tej mieszaniny [przeniesienia dokonywa się igłą platynową, zagietą na końcu w uszko, w którem mieści się jedna kropla płynu] do drugiej próbówki z rozpuszczoną żelatyną, a z tej po mocnem wstrząśnięciu jeszcze przenieść pięć kropel do trzeciej i dopiero żelatynę, znajdującą się w tej ostatniej próbówce, wylać na wyjałowioną płytkę szklaną; wielokrotne to rozprowadzanie ma na celu, aby kolonije leżały nie zablisko jedna drugiej, aby w ten sposób cechy ich występowały wyraźniej i aby potem łatwiej je było przenieść na czyste hodowle. Płytką, jak to zwykle się robi, powinna być pomieszczoną w wilgotnej przestrzeni, a więc najlepiej w naczyniu szklanem,

Gimnazjum we Frankfurcie mieściło się przed laty w gmachu starym i ciemnym; gdy zbadano wzrok uczniów, znaleziono aż 25% krótkowzrocznych. Wystawiono więc gmach nowy, który wszelkim wymaganiom miał zadość uczynić i nadał uczniom od tej przykrej wady miał ochronić. Po dosyć długim czasie uczniów zbadano powtórnie i otrzymano rezultat całkiem niespodziewany: liczba krótkowzrocznych, zamiast się zmniejszyć, znakomicie wzrosła: znaleziono już nie 25, ale 40% krótkowzrocznych. Gdybyśmy naprawdę tablicom statystycznym tak wierzyli, jak o tem często innych zapewnić chcemy, tobyśmy z tych liczb wyciągnęli wniosek, że widne i obszerne sale wpływ szkodliwy na wzrok wywierają. Ale takiego wniosku nikt nie wyprowadzi, bo w gruncie rzeczy wierzymy statystyce tylko o tyle, o ile cyfry z naszymi poglądami się zgadzają.

Wszakże po tym rezultacie, jaki statystyka wykazała, każdy chyba przyznać już musi, że powiększenie się liczby krótkowzrocznych nie zależy od budowy gmachów szkolnych, lecz od warunków zupełnie innych; może po prostu większa liczba krótkowzrocznych chłopców w tych latach ostatnich wstąpiła do szkoły. Gdyby więc te inne warunki w przeciwnym podziałały kierunku, tobyśmy otrzymali w gimnazjum frankfurckiem mniejszy procent krótkowzrocznych; zamiast

nakrytem szklanym również kloszem, na wewnętrznej stronie ściany którego trzeba nakleić kawałek zwykłej bibuły, zmaczanej w roztworze sublimatu [1:500]. Ciężota najlepiej aby wynosiła 20° O., lub też była zwyczajną pokojową, lecz nie niżej 16° C.. Aby otrzymać czyste hodowle w probówkach, trzeba przenieść kolonije pasorzytów cholerycznych z hodowli na płytce do probówki ze ściętą żelatyną; przeniesienie to powinno być zrobione jaknajszybciej i również za pomocą wyjąłowanej igły platynowej.

O sposobach szczepienia zwierzętom podałem wszystkie szczegóły w pierwszej części niniejszego rozdziału, przy opisie doświadczeń KOCH'a i NICAT'rego i RIETSCH'a.

W końcu wypada mi nadmienić, że skrupulatna ostrożność przy wszelkiej pracy nad pasorzytami cholerycznymi jest konieczną i że tu, zarówno jak przy lasecznikach czarnej krosty, więcej niż przy jakich innych doświadczeniach, niezbędną jest rzeczą przestrzeganie starannej dezynfekcy rąk własnych, za pomocą zwykle do tego używanego roztworu sublimatu [1:500]. Szkiełka używane do preparatów, a zwłaszcza niebarwionych, powinny być po użyciu koniecznie zmyte tymże roztworem sublimatu.

III. KILKA UWAG O „MALARYI”

I O PATOGNOSTYCZNYM ZNACZENIU POWIĘKSZENIA ŚLEDZIONY U DZIECI.

Napisał

Dr A. Malinowski,

ordynator warszawskiego szpitala dla dzieci.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 27].

IV. Oprócz powyżej wymienionych chorób o dłuższym przebiegu, przy których opierając się na obecności obrzmienia śledziony i przebiegu gorączkowym lubimy rozpoznawać malaryję, jest jeszcze kilka chorób ostrych zakaźnych,

25 może tylko 15. Można twierdzić śmiało i z pewnością, że to zmniejszenie się liczby krótkowzrocznych policzonem by było bez wahania, stanowczo i bezwzględnie, za zasługę nowemu gmachowi; a jednak byłoby to niesłusznem. Warto tę naukę zachować w pamięci, że tam nawet, gdzie statystyczne wykazy w zupełności potwierdzają nasze poglądy, jeszcze ostatecznego dowodu nie stanowią. Ze spletanego z milionowych szczegółów węzła, który życie ludzkie stanowi, wyrwamy dwa szczegóły, całą ogromną gromadę pozostawiając po za tablicami, jak gdyby one wcale nie istniały.

Ta sławna wymowa cyfr, tak niby jasna i takprzekonywująca, w zastosowaniu do medycyny bardzo jest zawiłą i dwuznaczną. [D. n.]

Zygmunt Kramsztyk.

które zwykle temu samemu losowi ulegają. Tu wymienić musimy tyfus brzusny. Fałszywe a rozpowszechnione mniemanie, że tyfus zdarza się najczęściej między 20—25 rokiem życia jest przyczyną, że rzadko choroba ta bywa rozpoznawana u dzieci. Lekarze przyzwyczaili do tego publiczność, która obznajmiona z malaryją, z niedowierzaniem przyjmuje wiadomość, że dziecię zwłaszcza w pierwszych czterech latach życia dostało tyfusu. Nietylko u nas zresztą, ale niedawno w całej Europie nawet w sferach lekarskich twierdzono, że tyfus u dzieci jest niezmiernie rzadką chorobą. Dopiero od czasu pojawienia się pracy TAUPIN'a ¹⁾ i RILLIET'a ²⁾ błędne to mniemanie w Europie zachodniej zaczęło powoli ustępować, u nas tymczasem znajduje się ono jeszcze *in stadio acmeos*, dzięki wszechwładnemu wpływowi malaryi. Opisywane dawniej pod imieniem *febris mesaraica, f. remittens infantilis* stany chorobowe, nie są niczem innym tylko lekkimi tyfusami, jakie zwykle u dzieci młodych bywają. Dziś nazywamy je „malaryją“, przebieg ich bywa łagodny i krótki, a powiększenie śledziony namacalne. Chinina także przy nich działa wybornie. Tem śmielej zaliczamy je do grupy malaryi, że u dzieci systematycznych mierzeń gorączki rano i wieczorem nigdy się prawie nie dokonywa, a nawet i tam gdzie ciepłota dwa razy dniem stałe bywa oznaczoną, rozpoznanie malaryi znajduje usprawiedliwienie w rannych zwolnieniach, co u dzieci nawet starszych [8—12 lat] nie należy do rzadkości. Tyfus u dzieci rzadko przebiega z zaburzeniami mózgowymi. U dzieci małych [1—2 lat] najstalszym objawem jest gorączka i pragnienie, w końcu pierwszego tygodnia stałe wzdęcie brzucha, a od początku choroby wypróżnienia pół płynne „podobne do zupy grochowej“, silnie cuchnące. Powiększenie śledziony jest objawem stałym, różyczkę u dzieci spotykałem wyjątkowo, a u dzieci młodszych nigdy. Bardzo częstym objawem jest nieżyt gardzieli od pierwszego dnia choroby. Nieżyt oskrzeli lub zapalenie nieżytowe płuc spostrzegałem tylko u dzieci starszych. Nic więc dziwnego, że tyfus tak przebiegający zawsze prawie uważany bywa za malaryję. Przebiega on szybko, niekiedy bowiem w ciągu tygodnia. Mając zanotowaną ciepłotę ciała i stwierdziwszy powiększenie śledziony, nie zwracamy uwagi na wzdęcie brzucha, ani oglądamy wypróżnień. Jest to więc nowy gatunek, czy nowa odmiana malaryi, tem prawdziwsza, że w ciągu 10 dni leczy się chininą, niekiedy nawet i prędzej. W ten sposób kompetencyja nasza zostaje stwierdzoną, a błędne koło rozszerza się coraz bardziej. Takie to malaryje u dzieci nawet w pierwszych miesiącach życia [5—6—7] bywają u nas często rozpoznawane jedynie dla tego, że nie przypuszczamy, aby takie dziecko mogło zachorować na tyfus, nawet wtedy gdy w mieście panuje tyfus epidemicznie, lub gdy w danym domu albo nawet w danej rodzinie jednocześnie zdarzyło się kilka przypadków tej choroby u dorosłych. Tu nadmienić winienem z własnego doświadczenia, że dzieci mają wielką skłonność do zarażenia się tyfusem. W czasie epidemii jesiennych i wiosennych corocznie spostrzegam wielką liczbę tyfusów, zwłaszcza u dzieci ze sfery roboczej i żydowskiej, po kilka przypadków w jednym domu lub w domach są-

¹⁾ Journal des conaiss. méd. chir. 1839—1840.

²⁾ De la fièvre typhoïde chez les enfants 1840.

siednich jednej ulicy. Ambulatoryjne obserwacje jednocześnie notowane dostarczają mi materiału dotyczącego ssawców.

Tyfusy u dzieci starszych trwają dłużej 2—4 tygodni, te jednak uważane bywają za uparte zadawnione malaryje. Przebieg ich bywa niekiedy lekki, a gorączka przepuszczająca, rano 37° C., wieczór 39—40° C. lub odwrotnie.

Tacy chorzy przynajmniej na rozpoznawaniu i leczeniu nic nie tracą, bo chinina działa tu bardzo dobrze, a lubo choroby nie skróci, zawsze prędzej czy później takowa kończy się pomyślnie *per lysin*. Lubo recydywy przy tyfusie u dzieci nie bywają częstymi [RILLIET i BARTHEZ około 3%, HENOCH 14%], to takowe łatwo w razie wystąpienia mogą być uważane za powrót m a l a r y i, tem bardziej że w pierwszych dniach przebiegają jako prawdziwa *intermittens*, dopiero w dalszym przebiegu rozwijają się prawidłowo. Czas trwania takiej recydywy nie bywa długim i wynosi zwykle 6—9 dni.

Mówiąc o tyfusie, należy wspomnieć o tyfusie powrotnym, który lubo u dzieci dosyć rzadko się zdarza, tem łatwiej może być wzięty za malaryję, że po kilku dniach stanu bezgorączkowego, w ciągu których śledziona zmniejsza się, znaleźć możemy pewnego poranku znowu gorączkę, dreszczyki, poty i powiększenie śledziony. Terapija wprawdzie w tym przypadku się nie zmienia, ścisłość jednak rozpoznania wymaga, abyśmy o możliwości tyfusu powrotnego pamiętali.

Nie chcemy rozszerzać zakresu niniejszego artykułu, przytaczając jeszcze obrazy chorobowe ostro lub podostrowo się rozwijające, które z powodu powiększenia śledziony nie łatwo z początku mogą być rozpoznawane. Mogą to być najrozmaitsze choroby ostre zakaźne i niezakaźne. Przy jednych obrzmienie śledziony jest jednym z patologicznych zjawisk, przy drugich może takowego brakować. Jeżeli jednak istniało przed chorobą, to znajdziemy je w początku choroby, a mając na myśli ową nieszczęśliwą malaryję, bardzo łatwo damy się unieść jej prądowi i z jednego oderwanego objawu nakreślimy obraz chorobowy niezgodny z rzeczywistością.

Jako dowód, że tyfus lekki, przy którym powiększenie śledziony jest stałym objawem, może przedstawiać typ gorączki zwalniającej lub przepuszczającej, pomieszczam w krótkości kilka opisów przebiegu tyfusu u dzieci różnego wieku, z wahaniami ciepłoty według kart szpitalnych. Rozpoznanie choroby nie może tu ulegać żadnej wątpliwości.

1. S. S. dziewczynka 6 letnia, przybyła do szpitala 8-o dnia choroby. Stan gorączkowy, śledziona powiększona, nieżyt oskrzeli, wzdęcie brzucha. Jedno wypróżnienie dziennie. Stan ogólny dobry, język tylko podsychający i obłożony. Przebieg ciepłoty w dniach następnych okazuje następująca tablica:

Wieczorem 39,4° C.		Rano 38° C.	
„	39°	„	37°
„	39,6	„	37°
„	38,2°	„	37°
„	39°	„	38°
„	37°	„	37°
„	37°	„	37°
„	39°	„	37°
„	38,6°	„	37°

Tętno w ciągu przebiegu 100 — 110, w ostatnim dniu 80. Jedno wypró-
żnienie dziennie.

II. Dziewczynka 9 letnia przybyła do szpitala 5 dnia choroby. Ból głó-
wy, powiększenie śledziony, gorączka. Do dnia 12-go choroby gorączka ciągła,
wieczorna najwyższa : 9,6° C., ranna 38°—39° C.. Następnie zaczynają się ran-
ne zwolnienia:

38,4° C. wieczór	37,6° C. rano.
39° „ „	37,6° „ „
39° „ „	37,4° „ „
39° „ „	37° „ „

III. Chłopiec 2½ letni przybył do szpitala w 8 dniu choroby, którą rozpo-
znano jako tyfus brzuszny.

Obok obrznięcia śledziony przebieg ciepłoty w 2 tygodniu był następujący.

Wieczór 40,2° C.	Rano 38,8° C.
„ 40° „	„ 38,7° „
„ 39,7 „	„ 38,9° „
„ 39,7 „	„ 37,8° „
„ 39° „	„ 37,8° „
„ 38,6° „	„ 37,9° „
„ 38,2° „	„ 37,2° „
„ 37,8° „	„ 37,6° „
„ 37,8° „	„ 37,6° „

IV. Dziewczynka 9 letnia w ciągu drugiego tygodnia choroby gorączko-
wej, przy powiększeniu śledziony i braku rozwolnienia, przedstawiała przy tyfu-
sie łagodnym następujący przebieg gorączki.

Wieczór 39,6° C.	Rano 37° C.
„ 38,6° „	„ 37° „
„ 39,6° „	„ 37° „
„ 38° „	„ 37° „
„ 38,6° „	„ 37° „
„ 38° „	„ 37° „
„ 39° „	„ 37° „

V. Chłopiec 12 letni. Przybył w 8 dniu tyfusu rozwiniętego z powiększo-
ną śledzioną. Przez drugi tydzień choroby gorączka ciągła, od 13 dnia ranne
zwolnienia dochodzące do 37°. Wieczorem ciepłota 39°—39,6° C.

Niekiedy różnice ciepłoty rannej i wieczornej bywają jeszcze większe jak
to widzimy w następującym przypadku.

VI. Dziewczynka 6 letnia w początku Września 1834 r. przebyła odrę.
W końcu Września zachorowała na tyfus [ból głowy, senność, powiększenie
śledziony, rozwolnienie. język suchy obłożony]. Od pierwszego dnia choroby to-
warzyszyło zapalenie nerek [białkomocz, obrzęk twarzy, później stóp]. Od pią-
tego dnia zapalenie ślinianek przyusznych (*parotitis duplex*). Gorączka ciągła
w 1 tygodniu 40° C. rano i wieczorem od drugiego tygodnia przedstawia ranne
wahanie 37,4° C..

VII. Chłopiec 7 letni przebył tyfus od 10 do 25 Grudnia 1883 roku. Od 9 Stycznia 1884 roku recydywa choroby z nagłą gorączką 40° C., powiększeniem śledziony, bólem gardła. Gorączka zwalnająca przez dni pięć, później przepuszczająca przez dni pięć. Stałe powiększenie śledziony i wzdęcie brzucha. Wyzdrowienie.

Niekiedy tyfusy przedstawiają co do przebiegu gorączki tę nieprawidłowość u dzieci, że wieczorem bywa ciepłota ciała prawidłową lub nie wiele wyższą od prawidłowej, gdy rano dochodzić może 40° C..

W innych razach ranna ciepłota bywa niższą niż prawidłowa, gdy wieczorem dochodzi do 40° C..

VIII. Dziewczynka 14-letnia. Tyfus brzuszny o ciężkim przebiegu. W pierwszym tygodniu gorączka ciągle 40° C.. W drugim zwalnająca, w trzecim ciepłota ranna niższa od prawidłowej.

Dzień	5	wieczór	40° C.,	rano	40° C.,
"	6	"	40,1°	"	40°
"	7	"	40°	"	39,6°
"	8	"	39,7°	"	39,6°
"	9	"	39,7°	"	39,6°
"	10	"	40°	"	39,8°
"	11	"	40,1°	"	39,8°
"	12	"	40°	"	39,8°
"	13	"	39,6°	"	38,9°
"	14	"	40,1°	"	38,9°
"	15	"	39,8°	"	30,1°
"	16	"	40,3°	"	39,2°
"	17	"	40,6°	"	36,8°
"	18	"	39,8°	"	36,5°
"	19	"	40,3°	"	35°
"	20	"	39,3°	"	35°
"	21	"	38°	"	36,4°

Zakończenie choroby *per lysin* w piątym tygodniu. Powroty łudzaco mogą przypomnieć zimnicę, zwłaszcza jeżeli w czasie zdrowienia powtarzają się więcej niż raz jeden.

IX, Dziewczynka 4-letnia przybyła do szpitala 10 dnia choroby. Rozwolnienie, obrzmienie śledziony, język suchy, nieżyt oskrzeli. Przez 5 dni następnych ciepłota wieczorna 38,6°—39° C., ranna 37° C.. Po 8 dniach bezgorączkowych następują trzy dni gorączki, wieczorem 39° C., rano 37° C.. Trzy tygodnie upływają bez gorączki. Niespodzianie zjawia się powiększenie śledziony, gorączka wieczór 39,6° C., rano 37° C. trwająca przez dwa dni.

Ograniczam się na przedstawieniu tych kilku przypadków tyfusu, odkładając szczegółowe obrazy kliniczne z ich zboczeniami od postaci typowych do oddzielnej pracy.

Z tego cośmy dotąd powiedzieli możemy wyprowadzić następujące wnioski:

1. Powiększenie śledziony znajdujemy w stanie zdrowia u dzieci w pierwszym roku życia.

2. U dzieci dotkniętych krzywicą w pierwszym lub drugim roku życia, śledziona zwykle bywa powiększoną, jeżeli zaś w przebiegu rozwinię się choroba z obostrzeniami lub też ostra postać krzywicy, wtedy oprócz powiększenia śledziony będziemy mogli stwierdzić wahania ciepłoty [zwolnienie lub wzmaganie], nie zależne wcale od zakażenia bagiennego. Taki obraz kliniczny dać może wkląjące chorobę cierpienia płuc, jako to nieżyt oskrzeli, zapalenie nieżytowe wierzchołka płuc bez wyraźnych objawów fizykalnych, nieżyt żołądka i kiszek i t. p..

3. Tyfus brzuszny, zwłaszcza jeżeli zaczynamy takowy obserwować w końcu pierwszego lub w drugim tygodniu choroby, przy łagodnym przebiegu przedstawiać może typ gorączki przepuszczającej. Śledziona pozostaje tu stale powiększoną nawet po krytycznem zakończeniu choroby. Powroty tyfusu, lubo rzadkie, mogą budzić podejrzenie zakażenia bagiennego, tembardziej, że u dzieci różyczka zdarzająca się wyjątkowo nie może służyć za punkt oparcia przy rozpoznaniu różniczkowem.

Nadto zauważyć winienem, że początek tyfusu u dzieci, podobnie jak to stwierdził WEIL u osób starszych, bywa niekiedy gwałtowny. Bez żadnych zwiastunów występuje silne ziębienie, poczem ciepłota wznosi się pierwszego dnia do 40° C., ziębienie może się powtarzać przez kilka dni z rzędu, skóra staje się wilgotną, niekiedy w ciągu całego przebiegu bywają obfite poty,

4. U dzieci, które z powodu chorób ogólnych mają powiększoną śledzionę, każde cierpienie gorączkowe z jakimkolwiek typem gorączki może budzić podejrzenie malaryi. Najczęściej bywa to u dzieci w pierwszych 3 latach życia, które przebywały zapalenie płuc, tyfus lub ostrą chorobą wysypkową [odrę lub płonicę]. Niekiedy oprócz gorączki zmienionego typu, zmiany usposobienia, wychudnięcia i zmniejszonego łaknienia, nie znajdujemy innych objawów chorobowych ani zmian, którym by można gorączkę przypisać. Są to bardzo podejrzane „malaryje“, które zwykle w ciągu 3—6 tygodni rozwijają się jako gruźlica ogólna, zwykle jako gruźlica opon mózgowych. W ogóle przy rozpoznawaniu „malaryi“ u dzieci należy być bardzo ostrożnym. Nie wystarcza tu powiększenie śledziony i stan gorączkowy, zwykle przez dotknięcie ręką określane na 38° lub 39° C.. Nawet i tam, gdzie badanie termometryczne w ciągu dłuższego czasu wykaże wahania ciepłoty w rozmaitych granicach i rozmaitego typu, niezawsze przyczyną takowych bywa malaryja.

Zakażenie bagienne, gorączka przepuszczająca lub zwalniająca w istocie nie tak jest częstą chorobą w wieku dzieciennym, jak często bywa rozpoznawaną dzięki owemu powiększeniu śledziony, które uważamy za najpierwszy obowiązek stwierdzić, przystępując do badania chorego. Wprowadza to pewną jednostronność w krytycznem ocenianiu innych objawów choroby i przy rozpoznawaniu i leczeniu chorób jest do pewnego stopnia przeszkodą, jak wogóle każda *idea praeconcepta*. Nie w młotku i plesymetrze leży umiejętność badania; są to dopiero narzędzia, przy których użyciu stwierdzamy obecność lub nieobecność danego objawu, fakt pozytywny lub negatywny. Fakt ten trzeba umieć połączyć z innemi, zdobytemi za pomocą innych metod badania i obserwacji. Obserwacyja kliniczna daje nam właśnie ową zdolność krytycznego oceniania wartości pojedynczego objawu, gdy jednostronność poglądów jest zawsze ważną przeszkodą

dą w rozpoznawaniu chorób. U dziecka daleko ważniejszym jest obejrzenie gardła, dla przekonania się czy nie mamy do czynienia z błonicą, niż oznaczenie powiększenia śledziony, które dając powód do rozpoznania malarii w początku choroby gorączkowej, może narazić lekarza na nierozpoznanie błonicy. Wprawdzie pierwotne rozpoznanie tak łatwo zmodyfikować, dodając do pierwszego nazwę choroby właściwej, jeżeli takową w dalszym przebiegu rozpoznamy. Będą to powikłania malarii, tak jak malaryja u nas lubi być powikłaniem innych chorób.

Pojmujemy trudności nasuwające się częstokroć przy rozpoznawaniu niejasnych obrazów klinicznych i walczymy z nimi nieustannie. Są w istocie choroby trudne do rozpoznawania lub zupełnie za życia chorego nie mogące być rozpoznane. Niepodobienstwem jest bowiem, aby badanie chorych w praktyce prywatnej lub ambulatoryjnej, odbywało się tak dokładnie, jak tego wymaga obecny stan naszej nauki; lekarz nie może jeździć do chorych z pracownią chemiczno-drobnowidzową, lub na poczekaniu używać przyrządów złożonych i odczynników lub barwników dla wykazania we krwi lub wydzielinach właściwych pewnej chorobie mikrokoków. I te bowiem metody badania wymagają pewnego czasu. To jednak, co dziś w klinice możemy rozpoznać w ciągu kilku godzin lub dni za pomocą badań chemiczno-drobnowidzowych, rozpoznawali przed laty starzy nasi koledzy nierozporządzający tak dokładnie metodami badania, lecz jedynie tylko na drodze obserwacji, doświadczenia i loicznego wiązania z sobą pojedynczych faktów. Nam dziś idzie nie tyle o ścisłość, ile o pośpiech; ztąd lekarz uważa za obowiązek, po zbadaniu chorego w ciągu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, wyrazić stanowczo swe zdanie, rozpoznać chorobę bez zastrzeżeń. Dlatego to do obszernego działu malarii zaliczamy chętnie wszystko, co w danej chwili do innej grupy chorób odniesionem być nie może. Traci na tem prawda, która jest celem wszelkich badań.

KORRESPONDENCYJA.

Szanowny Panie Redaktorze.

W opisie przeznaczenia rurki okienkowej prof. BANDL'a, podanym w Nr. 25 „Gazety Lekarskiej“ przez D-ra SĘKOWSKIEGO, znalazłem niedokładność, którą mam zamiar niniejszem sprostować.

D-r SĘKOWSKI rurkę tę nazywa kiuretką *sui generis* i przypisuje jej własności łyżeczki do zeskrobywania błony śluzowej macicy, utrzymując nawet, że zeskrobywanie za pomocą rurki okienkowej, jako odbywające się wszystkimi jej powierzchniami, jest dokładniejsze, aniżeli przy użyciu ostrej łyżeczki SIMON'a.

Zdaniem mojem rurka okienkowata prof. BANDL'a do tego celu zupełnie się nie nadaje. Jako ślepo zakończona i doskonale wypolerowana, nie może powodować uszkodzenia błony śluzowej nawet brzegami swych okienek. Brzegi te bowiem są zupełnie tępe i właśnie dlatego, aby nie czyniły uszkodzeń w błonie śluzowej, są nieco do wnętrza zeszlifowane. Prócz tego rurka okienkowata, poruszana w macicy z przodu ku tyłowi i na odwrót, nie może działać odrazu wszystkimi swymi powierzchniami na błonę śluzową, bo jako wązka i mająca jedną i tę samą średnicę na całej swej długości, nie może wszędzie przystawać

szczelnie do ścian kanału macicy, bo kanał ten w ciele macicy jest szerszym aniżeli w szyi.

Tak więc rurka okienkowata BANDL'a jest przyrządem zupełnie niewinnym i służy jedynie do przeprowadzenia cieczy [środku lekarskiego] do wnętrza macicy. Przeznaczenie więc jej jest, że tak powiem, bierne i w żaden sposób nie da się zamienić na czynne działanie łyżeczki ostrej.

Że prof. BANDL te jej jedynie przeznaczenie wyznaczył, za dowód służyć może katalog REINER'a [1885 r.; str. 71], gdzie pod Nr. 782 pomieszczoną została „*Canüle aus Feinsilber nach BANDL, zur Bepülung der Uterushöhle mit flüssigen Medicamenten*“.

Odwiedzając zresztą często poliklinikę profesora BANDL'a, nigdy o innym przeznaczeniu rurki okienkowatej nie słyszałem. Zanieczyszczenia zaś płynu we wznierniku zeszkrobanymi strzępkami błony śluzowej nigdy przy użyciu rurki okienkowatej nie widziałem.

Warszawa, dnia 22 Czerwca. 1886.

Zweigbanm.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

A. CANTANI [prof. w Neapolu]. La cura del cholera mediante l'ipodermoclisi e l'enteroclisi. Napoli. 1884.

- Un caso di carcinoma del cervelletto con scirro polmonare. Napoli. 1884.
- Un caso di vera ipertrofia muscolare. Napoli. 1884.
- La broncostenosi catarrale diffusa e i suoi rapporti con l'enfisema e l'asma riflesso. Napoli. 1885.
- L'asma lipocardiaco. Napoli. 1885.
- Risultati della cura del cholera colla ipodermoclisi ed enteroclisi. Napoli. 1885.
- Malatie da infezione batterii e batterioterapia. Napoli. 1886.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski. Nr 27. ROSNER. Przypadek wyleczenia torbiela jajnikowego po nakłuciu; drugi, po dobrowolnem pęknięciu. — BARĄCZ. Wycięcie młotka wraz z błoną bębenkową w t. zw. suchem zapaleniu jamy bębenkowej. — ROSENBLATT. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu Ś-go Ludwika w r. 1852—1882.

Medycyna Nr. 27. HERING. Kwas mleczny jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych towarzyszących t. z. suchotom krtani.

Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. Zeszyt II. ZALESKI. Poszukiwania nad wątrobą. — MIKULICZ. Operacyjne leczenie otoku ropnego w jamie HIGHMOR'a. — BERLINERBLAU. Nowa synteza muskaryny. — FABIAN. O warunkach powstawania i znaczeniu klinicznem podwyższania ciepłoty w gorączce. — BIELIŃSKI. Doktorowie medycyny promowani w Wilnie. — KRAJEWSKI. Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu 1883 roku.