

GAZETA LEKARSKA.

I. GRZYBEK PARCHA

przy „*FAVUS HERPETICUS*“.

Podał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

Od czasu ogłoszenia wyniku moich badań nad grzybkiem parcha ¹⁾, z dzieściu jeszcze chorych przygotowałem hodowle tego grzybka. U 7-miu z nich cierpienie ograniczało się tylko do głowy, na której znajdowały się stare, duże, charakterystyczne tarczki, a wierzchołek głowy po części wyłysiał. U 3 innych zaś strupień zajmował głowę i w znacznej części powierzchnię skóry, włosom niepokrytą.

Co do grzybka, wyhodowanego z tarczki i włosów, mogę się powołać na to, co już wypowiedziałem w przytoczonej pracy. Kilka słów tylko chcę tu podać o hodowlach, otrzymanych z parcha skóry, włosom niepokrytej.

QUINCKE w ostatniej pracy ²⁾, swoje dwa grzybki β i γ przyjmuje za jeden, który ma wywoływać strupień głowy włosom pokrytej (*favus vulgaris*). Grzybek zaś α , podobny do grzybka parcha u myszy [v. BOER'a], zdaniem jego, ma powodować strupień na skórze włosom nie pokrytej, w postaci wysypki mykotycznej, podobnej do wyprysku (*herpes*) i nazwanej przez QUINCKE'go „*favus herpeticus*“, a którą KOEBNER i inni nazywają okresem parcha przygotowa w czym wypryskowym (*herpetisches Vorstadium*). Jako przykład tej dwoistości zarazka, parcha przytacza QUINCKE przypadek strupienia głowy i wypryskowego skóry gdzie z tarczki głowy wyhodował grzybek γ , a z łusek skóry grzybek α .

Jak już wspominałem w pierwszej mojej pracy, grzybka α nie udało mi się wyhodować z tak licznej materjału. A że ma się znajdować, podług QUINCKE'go, przeważnie a nawet wyłącznie w strupieniu skóry, rzekomo niepokrytej włosom, zacząłem więc przygotowywać hodowle z łusek i tarczki skóry przy t. zw. *favus herpeticus*, do czego materjału mi nigdy nie brakuje.

¹⁾ Grzybek Parcha. Gazeta Lekarska N. 9 i 10 z r. 1889; oraz „Ueber den Favuspilz“. Archiv f. Dermatologie und Syphilis r. 1889, pag. 179.

²⁾ Doppeltinfection mit Favus vulgaris, und Favus herpeticus. Monatshefte f. pract. Dermatologie r. 1889. Bd. VIII. N. 2.

19 Sierpnia 1889 r. przybył do oddziału mego Aron Dziobak, 12-letni chłopiec, słabo rozwinięty, mały, jak sześćcio-letnie dziecko, ze starczym wyglądem. Kończyny dolne ma łukowato wygięte, a kręgosłup i klatkę piersiową wykrzywione, wskutek zmian rachitycznych; nadto gruzlicze zmiany w lewym stawie łokciowym i w lewostronnych gruczołach limfatycznych szyjowych.

Głowa, włosem pokryta, jest usianą żółto-siarkowemi, lub żółto-popielatemi tarczками, różnego kształtu i wielkości, które na wierzchołku i ku przodowi głowy zlewają się z sobą, tworząc jedną masę, o zazębionych brzegach, jakby wrzynającą się w skórę. Pozostałe części skóry głowy, niezajęte przez tarczki, przedstawiają umiarkowane zaczerwienienie i dosyć obfite łuszczenie. Włosy jasne, krótkie, łamliwe, bez połysku, jakby pudrem posypane. Na czole, a przede wszystkim na granicy z włosami, za uszami, na brwiach, u wewnętrznych kątów powiek, na dolnych powiekach, a następnie na skrzydłach nosa i policzkach znajdują się czerwone, lekko wzniesione plamki, wielkości ziarnka soczewicy do czterdziestówki, pokryte dosyć obficie drobnymi białawymi łuskami, które miejscami nagromadzają się w większej ilości i nadają powierzchni nierówny chropawy wygląd; brzegi ich są także nierówne, jakby się składały ze złącia się licznych, drobnych wykwitów. Niekiedy w środku lub bliżej obwodu takich wykwitów, podobnych do wypryskowych [herpetycznych], znajdują się drobne pęcherzyki, które zasychają i pokrywają się szarawymi strupkami na swym wierzchołku. Nadto na tych wykwitach widać małe, żółte tarczki, wielkości główki od szpilki do ziarna konopnego, ostro zarysowane, dosyć grube, okrągłe, nieco wystające nad powierzchnię wykwitu wypryskowego, a ze środka ich najczęściej wychodzi jeden lub kilka włosków, cienkich, bezbarwnych. Czasem na jednym takim wykwicie znajduje się kilka małych tarczek parcha zdala jedna od drugiej.

Na szyi, piersiach, brzuchu i grzbiecie znajduje się bardzo wiele, podobnych jak powyższe, wykwitów okrągławych lub owalnych, średnicy 1—3 ctm., pokrytych drobnymi, cienkimi i błyszczącymi łuskami, niezawsze łatwemi do zdjęcia. Toż samo i na kończynach dolnych. Na łopatkach zaś i wyprostnej powierzchni prawego ramienia, na takichże samych łuszczących się wykwitach znajdują się tarczki parcha wielkości ziarnka prosa do soczewicy, rzadziej i większe. Swędzenie umiarkowane.

Matka chorego utrzymuje, że zmiany na głowie istnieją przeszło od roku, a na skórze zmiany miały wystąpić nie dawniej, jak przed dwoma miesiącami.

W łuskach wykwitów na skórze znajdowały się twory grzybkowe *achorion* takie, jak i w tarczках. Hodowle, przygotowane z tarczek głowy, z tarczek ramienia i z łusek twarzy i brwi dały jeden i ten sam grzybek, zupełnie analogiczny z tym, jaki opisałem w powyżej przytoczonej pracy. Nadto i drobnowidzowo także same nici grzybni, zarodniki i poronne worki zarodnikowe, zbliżone nieco do worków zarodnikowych mukurów. Nigdy zaś nie zawierały takich tworów zarodnikowych, jakie QUINCKE w swym grzybku *a* opisuje, lub v. BOER przy parchu u myszy.

Wkrótce potem miałem sposobność przygotowania hodowli z dwóch jeszcze chorych, podobnymże parchem wypryskowym dotkniętych.

J. L. Feinberg, liczący lat 10, oddawna chory, przybył na oddział 18 Września 1889 r.. Cała prawie głowa, oprócz potylicy, jest pokryta grubą warstwą mas suchych, kruchych, popękanych, szarawo żółtej barwy. Włosy matowe, łamliwe, ciemne, ale barwa ich nie da się określić.

Na czole, brwiach, skrzydłach nosa i na policzkach plamki czerwone, zlekka wzniesione, łuszczące się, wielkości soczewicy, lub większe. Na szyi i karku liczne także same wykwity, zlewające się w większe o średnicy 1—1½ ctm.; mniej na skórze tułowia i kończynach, gdzie, rozdrapane wskutek swędzenia, pokryte są czerwonymi strupami.

W łuskach dosyć liczne nici i zarodniki *achorion*.

Następnego dnia przeszczepiłem na agar, kartofel i na bulijon cząsteczki z tarczek głowy i z łusek twarzy i tułowia.

Trzeci wreszcie chory M. Prowizor, lat 7, z parchem głowy, miał wykwity podobne do herpetycznych na twarzy i karku, na barkach, niewiele na tułowiu; w łuskach tych wykwitów znajdowały się nici grzybni i zarodniki.

21. X. Zaszczepiłem cząstki z tarczek głowy i łuski z wykwitów herpetycznych na bulionie i t. d..

Przygotowywanie hodowli z łusek jest wielce kłopotliwe i dużo zabiera czasu, dlatego też, chociaż mi materiału odpowiedniego nie brak, z tych trzech chorych tylko hodowle przygotowałem. Z łusek najlepiej udawały mi się hodowle na bulionie, ale były mocno zanieczyszczone różnymi schizomycetami. Dopiero po kilkakrotnem przepłukaniu w wyjałowionej wodzie lub bulionie kawałka zaszczepionej łuski, a obrośniętej już niemi grzybni, udaje się cząstki tych ostatecznych przeszczepić na kartofel i otrzymać czystą hodowlę.

I w tych dwu przypadkach i pod względem hodowli i wyglądu drobnowidzowego grzybek był podobny do grzybka z tarczki głowy lub włosów i do grzybka, znalezione go w pierwszym przypadku u Dziobaka.

Jeden więc i ten sam grzybek we wszystkich trzech przypadkach wywołał jednocześnie strupień głowy i strupień na całej powierzchni skóry, już to wyłącznie w formie herpetycznej, już też wytwarzając gdzieniegdzie i na skórze charakterystyczne tarczki strupieniowe. Do takiego samego wyniku doszedł w swych badaniach F. J. PICK w r. 1887, a niedawno FABRY¹⁾ ze strupienia głowy i skóry niepokrytej włosom wyhodował jeden grzybek, podobny do QUINCKE'go, i nadto przez zaszczepienie sobie czystej hodowli na przedramieniu wywołał t. zw. *favus herpeticus* z typowymi drobnymi tarczками. Zdaje się, że i JADASSOHN'owi²⁾, równie jak innym zajmującym się badaniem grzybka parcha, nie udało się wyhodować grzybka α QUINCKE'go. Dotychczasowe tedy badania jednoznacznie wykazują, a najdowodniej doświadczenie FABRY'ego, że ten sam grzybek, który się znajduje w tarczках i włosach głowy, znajduje się również i w wykwitach przy *favus herpeticus*.

¹⁾ Klinisches und Aetiologisches über Favus. Arch. f. Dermat. und Syphil. 1889. Hft. 4.

²⁾ Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Erster Congress. 1889 roku str. 77.

I klinicznie szerzenie się sprawy zdaje się przemawiać za jednością grzybka w strupieniu głowy i pozostałej skóry; bardzo często bowiem strupień z głowy, czy przez drapanie, czy też drogą samodzielnego szerzenia się, przechodzi na czoło, brwi, ucho [lub za ucho], kark, później na powieki, nos, policzki, szyję i t. d.; przynajmniej co do dawności wykwitów takby można jego drogę bezpośredniego szerzenia się z głowy na pozostałą skórę określić.

Muszę w końcu jeszcze słów kilka nadmienić o zachowaniu się hodowli grzybka strupienia na różnych gruntach odżywczych. Z parcha głowy wyhodowałem jeden grzybek, który na pewnych gruntach rośnie nieco odmiennie, i ten wygląd jego różny zaakcentowałem, jako I i II odmianę grzybka. Dalsze hodowle potwierdzały toż samo. Ale i dziś jeszcze nie umiem sobie w zupełności tego objaśnić, że jeden i ten sam grzybek raz tak, innym razem inaczej wygląda. Może to zależy od niejednostajności gruntu odżywczego? Zaznaczę tu drobny fakt, który, zdaje się, za tym ostatnim zdaniem przemawia. Jeżeli procent agaru jest mały, a w dolnej części próbówki znajduje się płynu mniej więcej tyle, ile wody kondensacyjnej w stężonej surowicy krwi, wtedy kolonie grzybka parcha wytwarzają się prawie takie, jak na surowicy, t. j. zupełnie gładkie, szarawe, półkuliste, połyskujące, bez nici powietrznych. W miarę zaś wysychania tego płynu i agaru, powoli zaczynają się wytwarzać i nici powietrzne, z początku tylko na obwodzie kolonij. Toż samo bywa i na agar-glicerynie, gdy duży procent gliceryny w agarze się znajduje [10% lub więcej]. Nawet i na bulionie niekiedy podobną koloniję udaje się otrzymać, gdy ją igłą platynową wciśniemy pod powierzchnię bulionu na czas krótki.

II. O WYNIKACH CHIRURGICZNEGO LECZENIA SUCHOT KRTANI.

Podał

Teodor Heryng,
ordynator szpitala Ś-go Rocha.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 8].

Wyniki chirurgicznego leczenia — i jego trwałość.

Terapia suchot płuc. Potrzeba stacyj leczniczych dla biednych suchotników.

Ogólny wynik leczenia suchot krtani, uzyskanego bądź za pomocą łyżecz-kowania, bądź kwasem mlecznym, przedstawia się w następujących cyfrach.

Na 19 przypadków użycia kiurety zupełne zablźnienie owrzodzeń gruźli-czych — uzyskałem w 14-tu przypadkach, u pięciu chorych zablźnienie było częściowe. Na 10 przypadków stosowania kwasu mlecznego, zablźnienie owrzodzeń nastąpiło u 9 chorych. Razem na 29 spostrzeżeń przypada 23 przypad-ków zablźnienia zupełnego.

W pracy mojej, ogłoszonej w r. 1887, na 35 spostrzeżeń owrzodzeń gruźliczych zbliznienie mniej lub więcej długotrwałe stwierdzono u 25 chorych, których historję choroby dopełniłem dalszym opisem w tablicach na początku tej pracy pomieszczonych. Ogólna więc cyfra zbliznień, uzyskanych w ciągu lat 3, wynosi:

na 64 przypadków suchot krtani i płuc 50 zbliznień.

KRAUSE w swojej pracy, cytowanej poprzednio, na 71 spostrzeżeń widział wyleczenie, *resp.* znakomitą poprawę u 43 chorych. Stosunek więc moich cyfr do cyfr KRAUSE'go ma się, jak 78 do 60,5, przyczem dodać muszę, że zawiera ona tylko przypadki zupełnych zbliznień, 5 zaś przypadków znakomitej poprawy z tablicy wyłączyłem. Podobnie jak KRAUSE i ja zastrzedz muszę, że wyleczenia w danych przypadkach nie pojmuję w znaczeniu anatomicznem, lecz o tyle tylko, o ile lusterkiem ono stwierdzić się daje, gdyż pod bliznami znajdować się mogą złogi gruźelków, albo też kryją się one w miejscach dla oka niedostępnym, np. w zatokach MORGAGNI'ego, lub pod strunami, w górnym odcinku tchawicy. W takich przypadkach ujemny wynik leczniczy nie może być przypisywany niedokładności użytych środków, t. j. metody leczniczej, lecz niedosięgalności miejsc, zajętych sprawą chorobową. W każdym razie nawet przeciwnicy miejscowego leczenia suchot krtani przyznać muszą, że jeżeli u 64 chorych 50 razy uzyskać mogłem zupełne zbliznienie owrzodzeń, to mamy wszelkie prawo wyniki te uważać za wysoce zadawalające, chociaż za trwałość ich wogóle ręczyć niepodobna.

W pracy tej materyjał kazuistyczny podałem w tablicach, obawiając się znużyć czytelników Gazety obszernym opisem historj chorób i ich przebiegu bardzo do siebie zbliżonego. Naraziło mię to przed 2-ma laty na zarzut, uczyniony mi przez prof. BARANOWSKIEGO ¹⁾, w krytyce, którą poniżej uwzględnię, że dawniejsze spostrzeżenia nie były dość dokładne i dość staranne. Drukując pracę w piśmie niespecyjalnie laryngologicznem, lecz przeznaczonem dla ogółu lekarzy, nie miałem odwagi, podając 37 spostrzeżeń suchot krtani, nużyć czytelnika szczegółowym opisem zmian krtani i płuc. Szło mi tylko o zaznaczenie, jakie było odżywianie i stan ogólny chorego, jaka rozległość zmian w płucach, jak się przedstawiał obraz w krtani przed rozpoczęciem kuracyi miejscowej, a jak po uzyskaniu zbliznienia. Z tego powodu tylko ważniejsze obserwacyje szczegółowiej opisałem, mniej ważne pobieżniej, odpowiednio do rozmiarów, jakie sobie w tej pracy zakresliłem.

Wspomniałem już, że dla pewności rozpoznania we wszystkich przypadkach płwocina chorych poddaną była badaniu drobnowidzowemu, dla wykazania lasieczników KOCH'a, jak również, że w produktach łyżeczowania w niektórych przypadkach wątpliwych lasieczniki znalezione zostały. Metodą B. FRAENKEL'a, której nieuwzględnienie zarzuca mi prof. BARANOWSKI, nie posługiwałem się wcale, gdyż nie wytrzymała ona krytyki i przez nikogo, prócz wy-

¹⁾ Medycyna Nr. 41. R. 1887. Uleczalność suchot gardlanych i dzieło D-ra HERYNGA „O chirurgicznem leczeniu suchot krtani“.

nalazcy, nie jest stosowaną. Wiadomo, że FRAENKEL w przypadkach wątpliwych zalecał wydobycie wprost z krtani pędzelkiem wydzieliny owrzodzeń, dla wykazania w nich laseczników KOCH'a. Ponieważ wydzielina, pokrywająca owrzodzenia gruźlicze krtani, może pochodzić nie z samego wrzodu, lecz z płuc, będących prawie zawsze siedliskiem sprawy gruźliczej, lub też w danej chwili może nie zawierać laseczników KOCH'a, wątpliwości nasuwające się w takich razach, metodą FRAENKEL'a rozstrzygnąć się nie dadzą.

Winienem poruszyć jeszcze kwestyję wielkiej wagi, podniesioną przez prof. BARANOWSKIEGO w krytyce, o której powyżej wspomniałem, krytyce, nader życzliwej, a tem cenniejszej, że wyszła z pod pióra dawniejszego mego profesora, a jednocześnie znanego z bezstronności swej lekarza. Znalazłem w niej kilka zarzutów, które nie odeprzeć, lecz wyjaśnić widzę się zmuszonym. Szanowny profesor robi mi uwagę, żem nie uwzględnił dostatecznie spostrzeżeń VERNEUIL'a, który zauważył, że po chirurgicznych operacjach, jako to: rezekcjach, łyżeczkowaniach, wyłuszczeniach ognisk gruźliczych, bądź stawów, bądź jąder, występuje nieraz szybko ogólna gruźlica narządów wewnętrznych, np. błon surowiczych, lub śluzowych. Oprócz VERNEUIL'a, DEMARS opisał trzy przypadki gruźlicy ogólnej po wyłuszczeniu jąder zwyrodnionych i jeden po łyżeczkowaniu *hygroma tuberculosum*, mianowicie u takich chorych, u których przed operacją badanie nie wykazywało zmian gruźliczych w płucach, gdy tymczasem po operacji rozwijały się u nich szybko suchoty płuc. VERNEUIL sądzi, że przyczyną tej sprawy była okoliczność, iż chorzy ci przed operacją nie przechodzili kuracji leczniczej, higienicznej, lub dyjetetycznej, któraby przez wzmocnienie odporności ustroju mogła zapobiedz samozakażeniu, rozwijającemu się po traumatyzmie. Uwięzione laseczki, powiada VERNEUIL, wskutek operacji, wdrażają napowrót do tkanek, dostają się do obiegu krwi, wreszcie do opon, lub do płuc. Starał się on zapobiedz tej możliwości, podając przez dłuższy czas przed operacją jodoform do wewnątrz w dawkach 1—3 granów *pro die*, i stosując na rany gruźlicze, na przetoki, lub wrzody, roztwory eteryczne jodoformu.

Widzimy więc, że wywody VERNEUIL'a dają niejaką odpowiedź na możliwość postawionego w tym kierunku zarzutu. Autor ten przyznaje, że generalizacja w nielicznych przezeń opisanych przypadkach, była wynikiem zaniedbania ze strony chirurgów koniecznych ostrożności, nieuwzględnienia stanu odżywiania chorego, nieuwzględnienia konieczności odpowiedniego leczenia pooperacyjnego, środkami, wpływającymi pomyślnie na gojenie się ran gruźliczych, lub dokonania operacji w chwili niewłaściwej. Powiada on: ¹⁾ „*En général les chirurgiens, aussitôt l'oeuvre mecanique achevée, semblent croire, que leur tâche est accomplie: en cela ils ont grand tort. Si la suppression des lésions locales n'amène trop souvent qu'une trêve, au moins faudrait-il en profiter et ne pas attendre l'heure où la diathèse reouvrira les hostilités*”.

Przypuśćmy teraz, że ilość spostrzeżeń w których po operacji chirurgicznej cierpień gruźliczych stawów, gruczołów, lub jąder, wystąpiła ogólna infekcja, jest znacznie większą od liczby opublikowanej dotąd w literaturze, lecz

¹⁾ Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose. Paris. 1887. [I. 306].

że te dla przyczyn łatwych do zrozumienia ogłoszoną nie została. Podnieśmy nawet przypuszczalną tę cyfrę do kwadratu i porównajmy ją z ilością przypadków chirurgicznego leczenia ognisk gruczliczych, uwieńczonego na długi czas pomyslnym rezultatem, bez następczego ogólnego zakażenia. Okaże się wówczas, że obawy VERNEUIL'a są zbyt mało uzasadnione, aby na zdyskredytowanie interwencji chirurgicznej w odpowiednich przypadkach wpływ jakiegokolwiek wywrzeć mogły. Ma on tę zasługę, że zwrócił uwagę na niebezpieczeństwa, grożące choremu, u których przy niesprzyjających warunkach ogólnego odżywiania przystąpiono do operacji, lub zaniedbano odpowiedniego następczego leczenia. Wniosek jednak jego co do bezpośredniego wpływu operacji na ogólne zakażenie oparte są na zbyt małych cyfrach [16 spostrzeżeń zebranych z literatury ogólnej], aby tezę, przez niego postawioną, uznać można było za dowiedzioną, wobec faktu, że u podobnych osobników zmiany w płucach przed operacją mogły już istnieć, nie zdradzając się fizykalnymi znakami, lub też istniały, lecz nie zostały dostatecznie ocenione. Łatwo pojąć, jak wielka zachodzi różnica między interwencją chirurga, który otwiera lub wycina gruczliczo zwyrodniony staw kolanowy, tworzy obszerne rany, prowadzące do ropienia i eliminacji gruczliczych produktów, a łyżeczkowaniem ognisk gruczliczych krtani u osób, prawie bez wyjątku dotkniętych już cierpieniem gruczliczem płuc. W pierwszym przypadku może się dołączyć długotrwała gorączka, upadek sił i łaknienia, trwające czas mniej lub więcej długi, w drugim, t. j. przy łyżeczkowaniu drobnych ognisk krtani, gorączki nigdy nie obserwowano, choremu usuwa się bolesne przełykanie; daje się więc możność poprawy sił i odżywiania, stwarza się warunki, przywracające najważniejszą czynność, t. j. możność odżywiania się, a usunięciem ognisk gruczliczych zapobiega się następczemu zakażeniu.

Przeszło 70 razy stosując łyżeczkowanie, ani razu nie widziałem generalizacji grzylcy w narządach odleglejszych, jak również nikt z lekarzy ¹⁾, posługujących się moją metodą, nie wspominał o możliwości takiego powikłania. Przeciwnie, jak to wynika z podanych przezemnie spostrzeżeń, sprawa w płucach poprawiała się na czas mniej lub więcej długi, po zagojeniu się gruczliczych owrzodzeń krtani. Że pomimo tego w wielu przypadkach nastąpił powrót sprawy chorobowej w krtani, po mniej lub więcej długim czasie, lub rozszerzenie się sprawy gruczliczej w płucach, przypisać to należy samej naturze choroby, lub zniszczeniu ustroju, zbyt daleko już posuniętym. Pogorszenia i powroty były bardzo często spowodowane lekkomyślnością tych chorych, dobrze znaną wszystkim klinicytom. Brali oni poprawę swego stanu za zupełne wyzdrowienie i z chwilą usunięcia się z pod opieki lekarza, zbyt szybko zapominając o przestrobach, wystawiali się na szereg tych samych szkodliwości, które raz już chorobę wywołały. Tytuń, alkohol, na-

¹⁾ Przypadek, opisany w *Petersburger med. Wochenschr.* Nr. 16. R. 1888 przez DEHIO, dotyczy operacji wycięcia guza, *resp.* nasięku gruczliczego struny fałszywej gruczliczo zwyrodnionej, po poprzednim rozcięciu krtani [laryngotomija]. Chory po operacji zaczął gorączkować i zmarł w 8 tygodni z grzylcy płuc. Że oprócz nasięku struny fałszywej musiała i tylna ściana być sprawą zajęta, dowodzi utrudnione przełykanie, na które chory się skarżył. Pogorszenie, *resp.* śmierć nie była wynikiem operacji, lecz samego cierpienia natury gruczliczej, t. j. suchot krtaniowych. O ile przyspieszyła zgon, rozstrzygnąć trudno.

dużycia głosu, narażanie się lekkomyślnie na zaziębienia, na kurz, dym, taniec, forsowne wycieczki w góry, lub nad Rivierą, Monaco z jego zgubnemi pod każdym względem wpływami, nie małą odgrywały tu rolę. Jako przykład przytoczę tylko chorego pana R., opisanego w tablicy III Nr. 2, dobrze znanego prof. BARANOWSKIEMU, gdyż widział go ze mną kilkakrotnie i zabliznienie krtani stwierdził. Chory ten w roku zeszłym, mając jeszcze rozległe zmiany w płucach, z gorączką wieczorną, był jednym z najzapaleńszych tancerzy na wieczorkach, wyprawianych w pewnej klimatycznej miejscowości. Jak podobne postępowanie wpływać musi na dalszy przebieg choroby, na możliwość powrotów, objaśniać chyba nie potrzeba. Inna znów kategoria chorych, najnieszczęśliwszych, bo prócz suchot obarczona ciągłą troską o byt, nie posiadając nieraz środków na kupienie przepisanych lekarstw, z chwilą opuszczenia szpitala i usunięcia się z pod opieki lekarza, po mniej lub więcej długiej walce z chorobą i nędzą — podpadała powrotom cierpienia. Przytaczam spostrzeżenia dawniejsze, gdzie chorzy moi, biedni robotnicy, dla wyżywienia rodziny, zmuszeni byli z gorączką, z objawami zwężenia krtani, napowrót zaprząć się do pracy fabrycznej. Kto wobec tych warunków może winić metodę leczniczą, że nie ochrania od powrotów, że nie jest wszechwładną. Nie zapominajmy, jak przeważający wpływ na przebieg suchot krtani wywierają suchoty płuc, nie tylko na narządy oddechania, lecz i na stan ogólny.

Wobec zmian miejscowych, powiada DETTWEILER ¹⁾, zaburzenia stanu ogólnego nie długo dają na siebie czekać. Utrudniona wymiana gazów w płucach, zarówno zmianami w krążeniu krwi, jakoteż uszczupleniem przestąpienia oddechowej, wpływa naturalnie i na sam wyrób krwi. Upośledza ją i gorączka, która po różnych wahanich wtedy dopiero dochodzi do szczytu, gdy ogniska nekrotyczne, długi czas nie wywołujące znaczniejszych objawów, uległy rozmiękczeniu i wreszcie wydalonemi zostały. Gorączka i zubożenie krwi wpływają naturalnie przez zmniejszenie ilości soku żołądkowego na przyjęcie pokarmów i ich asymilację. Do sprawy wyniszczenia dołącza się coraz to większy upadek sił; cały układ mięśniowy cierpi, chęć i możliwość ruchu zmniejszają się coraz bardziej, co naturalnie odbija się również w produkcji ciepła, w chwilach wolnych od gorączki. Najjaskrawiej uwydatnia się to na działalności serca. Zasilane krwią zubożałą, zbyt mało dostarcza ono materiału do płuc, których odżywianie przez to upośledza. Utrudnione wydalanie wszystkich wydzielin musi też wpływać i na czynności ośrodków mózgowych, jak również najważniejszych narządów, zależnie od zaburzeń wymiany materii. Ogólne zwyrodnienie wszystkich tych części zamyka ten kolosalny *circulus vitiosus*. Kompleks tych zaburzeń tak jest wielki, że suchotnik typowy, mieści w sobie większą część zmian patologii ogólnej. Musimy przeciwdziałać tu całą naszą wiedzą, niezmordowaną energiją i przenikliwością, aby pomódz choremu, tak, iż leczenie suchot stanowczo zaliczyć trzeba do najtrudniejszych zadań zawodu lekarskiego. A jednak na czele każdego rozdziału o leczeniu suchot musimy postawić pewnik: suchoty płuc zarówno jak i krtani są wyleczalne. Lecz dodać też winniś-

¹⁾ Die Therapie der Phthisis. 1887. Wiesbaden.

my, że są nieraz wyleczalne i bez naszej pomocy. Jest w tem powiada PENZOLDT, coś zarazem upokarzającego i pocieszającego. Upokarzającego dla nas, skoro widzimy wynik pomyślny, pojawiający się nieraz samowolnie wówczas, gdy w innych razach wszelkie nasze usiłowania okazują się bezowocnymi. Moment pocieszający tkwi w tem, że wobec możliwości samoistnego wyleczenia mamy prawo spodziewać się, że podobny rezultat i przy pomocy sztuki lekarskiej uzyskać jesteśmy w stanie.

Zanim rozbiórę kilka punktów terapii suchot płucnych, należy wspomnieć i o leczeniu zapobiegawczem; zdawałoby się bowiem, że łatwiej zapobiedz chorobie, niż ją wyleczyć. Wiadomo, że do powstania suchot obok zakażenia przyjąć należy usposobienie, zarówno dziedziczne, jak i nabyte. Co do usposobienia dziedzicznego, gra ono rolę przeważającą, jak to wynika z zestawień LOUIS'a, LEBERT'a, PORTAL'a, PIDOUX, HERARD'a i CORNIL'a, AUFRECHT'a i innych. Jakkolwiek cyfry, przez nich podane, pomieszczone w dziele HERARD'a i CORNIL'a: „*De la phthisie pulmonaire*“, różnią się bardzo pomiędzy sobą, wykazują one jednak ogromny wpływ, jaki dziedziczność na powstawanie suchot wywiera. AUFRECHT w książce swojej: „*Die Lungenschwindsucht*“ przytacza z praktyki własnej przypadek, gdzie w jednej rodzinie, złożonej z 10-ciu osób, matka i 8-ro dzieci padły ofiarą suchot płucnych. Ten sam autor słusznie zwraca uwagę, że dosyć często potomstwo wcześniej umiera z gruźlicy od rodziców, skutkiem czego usposobienie dziedziczne może być pozornie maskowanem. U wielu osób cierpienie gruźlicze płuc ustępuje, podczas gdy dzieci ich umierają z suchot. Źródła suchot należy przedewszystkiem szukać w niedostatecznem odżywianiu tkanek w ogólności, w szczególności zaś samych płuc, przyznać jednak trzeba, że nie we wszystkich przypadkach suchot dziedziczność gra główną rolę. Istnieje również niewątpliwie usposobienie nabyte. Co do przyczyn wywołujących, to wszelkie nadmierne wysiłki fizyczne, niedostateczne odżywianie i oddechanie zepsutem powietrzem mają tu niezaprzeczone znaczenie.

Nie mogę obszerniej poruszać kwestyi, o ile słuszne są wywody AUFRECHT'a co do chorobotwórczego wpływu laseczników KOCH'a na powstawanie suchot płucnych. Przypuszcza on, że lasecznik rozwinąć się może tylko w płucu, będącem już siedliskiem sprawy zapalnej, a więc w płucu chorem i przypisuje tak zwanej przez BUHL'a „*Desquamativ Pneumonie*“ bardzo ważne znaczenie szczególnie pod tym względem, że się przyłącza do istniejących poprzednio ognisk zapalenia płuc i oskrzeli (*bronchopneumonia*).

Podobnie DETTWEILER zwraca uwagę, że nie wszystkie pogorszenia u suchotników odnieść się dają do momentu nowego zakażenia lasecznikami gruźliczemi. Sądzi on, że początkiem suchot w wielu przypadkach jest zapalenie płuc nieżytowe, z jej następstwami, przekrwieniem opadowem, atelektazą i t. d.. Obrzmienie błony śluzowej oskrzeli, brak dostępu powietrza do pęcherzyków płucnych — stanowią szereg momentów przychylnych dla zagnieżdżenia się lasecznika, rozwijającego się powoli i w spokoju. Gdyby sama aspiracja materiału, zawierającego laseczniki, dostateczną była do wywołania zakażenia, suchotnicy nie mieliby nigdy szans do wyzdrowienia. Bardzo prawdopodobnem jest przypuszczenie, że nawet *bronchitis capillaris*, zwykle przypisywana zaziębie-

niu, zawdzięcza swe powstanie pewnym drobnoustrojom. W ten sposób istota zaziębnienia staje się zrozumialszą. Nieżyłt zatem, wywołany wpływami termicznymi, ułatwiałby na tle zmian naczyńioruchowych rozwój zarazka. Jeżeli tej teorii zarzucić można, że na stole sekcyjnym nie została sprawdzoną, to nie trzeba zapominać, że tego rodzaju przypadki nie kończą się śmiertelnie i że sceptycyzm anatomo-patologiczny zostaje nieraz osłabionym wynikami klinicznego doświadczenia. Najwyższy stopień sceptycyzmu, możnaby powiedzieć, jest jednocześnie najwyższym stopniem łatwowierności. !Szukając w przyczynach choroby tylko momentu bakteryjologicznego, pominięto wpływy mechaniczne, a także psychiczne, którym niepodobna odmówić znaczenia.

Wracając do etylogologii suchot, chciałbym zwrócić uwagę na pewne mylne zapatrywania nie tylko publiczności, ale czasem i lekarzy co do odporności ustroju na zarazek gruźliczy. Dotyczy to mianowicie poglądu, jakoby osoby otyłe, lub dobrze odżywiane, osobniki wysokiego wzrostu, o szerokich barkach, z pozornymi cechami kwitnącego zdrowia, z dobrze rozwiniętą klatką piersiową — byli zabezpieczeni od suchot płucnych. Pogląd ten jest, niestety, fałszywy. Do pewnego stopnia słusznie twierdzi G. SÉE, że wobec lasecznika gruźliczego jesteśmy wszyscy równi. Istnieje gruźlica u tłustych. Ma ona, co prawda, odmienny przebieg, bardziej przewlekły, kończy się jednak śmiertelnie. Cały szereg spostrzeżeń w tym kierunku mam zebrany i posłuży on mi do obszerniejszej w tym przedmiocie pracy. Widziałem chorych bez usposobienia dziedzicznego, z cechami kwitnącego zdrowia, z klatką piersiową silnie rozwiniętą, z dużą pojemnością płuc, ludzi z podkładem tłuszczowym kilka centymetrów grubym, z rumieńcami na twarzy, którzy w szczycie płuc mieli jamę, a płwocina zawierała laseczniki i włókna sprężyste.

U jednych momentem etyologicznym był wysiłek, wywołany forsowną wycieczką w góry, w następstwie czego dostali krwotoków, później zaś zapalenia płuc nieżyłtowego, u innych przewlekły nieżyłt żołądka skutkiem błędów w dyecie, wreszcie u pewnej liczby zbyt energiczna rtęciowa kuracja podkopała odżywianie i usposobiła do przyjęcia zarazka.

Przebieg gruźlicy u niektórych z tych chorych skróconym był przez wystąpienie powtarzających się i obfitych krwotoków płucnych.

Co do wpływu laseczników na powstawanie suchot płucnych i ich rozprzestrzenianie się, to na niebezpieczeństwo bezpośredniego zarażenia się w ostatnich czasach zwróconą została uwaga przez ściśle i wyczerpujące doświadczalne badania CORNET'a.

Dotąd usiłowania wykrycia laseczników w powietrzu mieszkań, zajmowanych przez suchotników, dawały wyniki bądź ujemne, bądź bardzo niepewne, głównie dlatego, że wszyscy badacze szukali lasecznika bezpośrednio w powietrzu, otaczającym chorego. Inną metodą badania posługiwał się CORNET ¹⁾. Zbierał on kurz, pokrywający ściany, oraz sprzęty, znajdujące się w pokojach suchotników, wychodząc z zasady, że kurz ten zawierać będzie stałe cząsteczki, jakie się kiedyś w powietrzu unosiły i stopniowo osiadały na podłodze,

¹⁾ Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers — von G. CORNET. 1888.

na ścianach oraz przedmiotach, znajdujących się w mieszkaniu. Do swych badań brał on kurz z takich miejsc, które bezpośrednio z plwociną się nie stykały, a więc ze ścian na pewnej wysokości od ziemi, z przedmiotów, wiszących dosyć wysoko [zegary, obrazy], lub z grzbietów łóżek, obróconych do ściany. Naturalnie, że kurz ten zbierany został z zachowaniem wszelkich przez bakteryjologię wymaganych ostrożności, a zmieszany z wyjałowionym buljonem służył za materyjał, który autor wstrzykiwał do jamy otrzewnej świnek morskich. W ten sposób CORNET zbadał powietrze, *resp.* kurz, sal szpitalnych, mieszkań prywatnych suchotników, zakładów dla obłąkanych i więzień, i przekonał się, że w wielu razach zaszczerpiony sprowadzał ogólną gruźlicę narządów wewnętrznych. Bardzo liczne doświadczenia CORNET'a [392], dokonane z wielką ścisłością w pracowni КОСН'a, wykazały przedewszystkiem, że laseczники nieznajdują się wszędzie tam, gdzieby się tego spodziewać można. I tak: z 21 sal szpitalnych, w których przebywali chorzy na suchoty, znaleziono laseczники tylko w 15 salach. Z 62-ch próbek kurzu, wziętych z prywatnych mieszkań, zarazki gruźlicze znalezionotylko 21 razy. Jedyna droga, zdaniem CORNET'a, którą zarazki gruźlicze mogą się dostać do otaczającego powietrza, jest plwocina suchotników. Gdyby ta ostatnia spluwana była zawsze do odpowiednich naczyń i później wylewana do kanałów lub dołów ustępowych, nie byłoby żadnego niebezpieczeństwa zakażenia powietrza. Ponieważ jednak ogromna większość suchotników spluwa na ziemię, lub w chustki od nosa, przeto plwocina wysycha, kruszy się, a powstały z niej kurz roznosi zarazę.

Niebezpieczeństwo zarażenia się suchotami — podług CORNET'a — jest najmniejsze na ulicach, największe w salach szpitalnych dla suchotników. Na ten punkt zamało dotąd u nas zwracano uwagi i czas wielki, aby pod tym względem ściślejszy dozór w szpitalach zaprowadzonym został.

W szpitalu Š-go Rocha sala 4-a, obłożona 11-ma choremi, prawie wyłącznie suchotnikami, przedstawia najfatalniejsze pod względem higienicznym warunki. Położona nad stajnią, niedostatecznie wentylowana, zawierająca ilość powietrza, zaledwie wystarczającą dla 5-ciu chorych, naraża chorych na poważne niebezpieczeństwo; dotknięci bowiem innemi cierpieniami natury niegruźliczej zmuszeni są dłuższy czas w otoczeniu tak zdradliwym przebywać.

Kilkakrotnie też spostrzegałem, że osobniki wątłe, lecz dziedzicznie nie obciążone, po kilku tygodniach pobytu na sali 4-ej, przyjęci do niej z powodu cierpienia gardzieli lub nosa, bez zmian w płucach, prawdopodobnie ulegali zakażeniu, gdyż rozwijały się u nich zgęszczenia miąższu, upadek odżywiania, gorączka; później zaś znajdowałem znaki rozpadu płuca i laseczники w plwocinie.

Tak samo zauważyłem u niektórych chorych, że stare sprawy gruźlicze w szczytach umiejscowione, od lat całych nie idące naprzód, pod wpływem prawdopodobnie nowego zakażenia nabytego w szpitalu — pogarszały się. Chorzy zaczęli gorączkować i chudnąć, sprawa w płucu rozszerzała się szybko, przybierała charakter rozpadowy i rozwijały się stany hektyczne, przyspieszające zgon.

Leczenie suchot musi tak, jak każda metoda lecznicza, mieć na celu uwzględnienie dwóch oddzielnych wskazań: z jednej strony samej choroby, z drugiej

leczenia chorego osobnika. Okazało się bowiem, że środki właściwe lecznicze, od których spodziewano się swoistego niemal działania, ze względu na ich antibacylarne własności, zupełnie dotąd zawiodły. Kreozot istotnie z całego tego szeregu na największe zasługuje zaufanie. Jednakże punkt ciężkości całego leczenia, powtarzam to raz jeszcze, musi się opierać na dostarczeniu ustrojowi tego rodzaju warunków, aby go wzmocnić, uczynić odpornym na zarazek i dać mu możność pozbycia się takowego. Jest to t. zw. higieniczno-dyjetetyczna metoda, której celem jest przedewszystkiem wzmocnienie odżywiania i bez uwzględnienia której leczenie suchot płucnych i krtaniowych będzie zwodniczem i nietrwałem. LEYDEN w pracy swojej, drukowanej w N. 7-ym „*Deutsche med. Wochenschr.*“ słusznie na wymienione tu punkty wielki kładzie nacisk i rozbiera warunki, czy zadaniu temu odpowiada urządzenie naszych klinik i szpitali ogólnych ¹⁾. Przychodzi on do przekonania, że warunki tych ostatnich zadaniom leczniczym wobec suchot tylko częściowo mogą uczynić zadość. Jeszcze bardziej pesymistycznie zapatruje się na tę kwestyję FINKELNBURG. Wykazuje on, że względnie niewielka tylko ilość suchotników może być leczoną w szpitalach i twierdzi, że przy dzisiejszym sposobie leczenia i pielęgnowania tego rodzaju chorych w szpitalach, korzyści dla nich są żadne, natomiast niebezpieczeństwa dla innych chorych — wielkie. Przeciwnko temu twierdzeniu LEYDEN przytacza, że daleko posunięte przypadki suchot płucnych, połączone z różnorodnymi powikłaniami, kwalifikują się do leczenia szpitalnego, jakkolwiek przyznaje, że wielu zadaniom racjonalnego leczenia suchot szpitale ogólne zadośćuczynić nie mogą — i że potrzeba dla nich urządzania specjalnych zakładów leczniczych. Pomyślnie wyniki, uzyskane w zakładach BREHMER'a i DETTWEILER'a, najdowodniej o tem przekonywają. Obawa zarażenia się bezpośredniego, wobec skrupulatnej czystości, sumiennego niszczenia plwociny, jest w tych zakładach specjalnych daleko mniejszą, niż to powszechnie przypuszczają, niezawodnie mniejszą, niż w niektórych miejscowościach klimatycznych, przeznaczonych dla suchotników, zamieszkujących tamże hotele, lub wille. Warunki higieniczne tych ostatnich są często zupełnie zaniedbane, piece zastąpione kominkami, nie dającymi dostatecznego ciepła, podłogi, dywany, a nieraz i pościel [materace] zanieczyszczone wyschniętą plwociną, wyrzucaną przez chorych poprzednio tam mieszkających. Przekonywający przykład możności zakażenia się gruźlicą powietrzem, obfitującym w laseczniki, podał SCHWENINGER ²⁾. Wiadomo, że w swoim czasie D-r TAPEINER przeprowadzał szereg doświadczeń na psach z plwociną gruźliczą, rozpyloną w zamkniętych przestrzeniach. Otóż, służący, któremu powierzony był dozór nad psami, użytymi do doświadczeń, osobnik silnej budowy, kwitnącego zdrowia, dziedziennie nie obciążony, pomimo udzielanych mu przestróg często bardzo w izbach tych przebywał, jakoby dla przekonania swego otoczenia, że w zaraziliwość tej procedury nie wierzy. Z własnej winy zaraził się on gruźlicą i po 14 tygo-

¹⁾ Ueber die Errichtung von Volkssanatorien für Lungenschwindsüchtige. Vortrag. etc. [Centralblatt f. allgem. Gesundheitspflege. 1890. IX, str. 1—12].

²⁾ Gesammelte Arbeiten. Berlin. 1886.

dniah padł ofiarą swej nieostrożności. Sekcja w płucach jego wykazała tę samą formę gruźlicy, jaką znaleziono u psów, oddychających przez dłuższy czas powietrzem, sztucznie lasecznikami gruźliczemi zanieczyszczonem.

W r. 1887, mówiąc o leczeniu suchot krtani i płuc, zaznaczyłem konieczną potrzebę urządzania specjalnych zakładów leczniczych dla suchotników w miejscowościach wyniesionych nad poziom, otoczonych lasami iglastemi, zabezpieczonych, o ile możliwości, od wiatrów północnych, a przeznaczonych dla chorych niezamożnych. Wobec przyjętego powszechnie dziś faktu, że klimat swoisty do leczenia suchot nie jest potrzebny, jak również że nie ma miejsc, zabezpieczających od gruźlicy (*immunes Klima*), że suchotnicy w każdym klimacie wyleczyć się mogą, kwestyja osobnych dla nich szpitali w miastach i schronisk letnich w odpowiednich miejscowościach nabiera znów pierwszorzędnego znaczenia. Podniósł ją za moim przykładem BESCHORNER w 1888 r.. KRAUSE w r. 1889 na kongresie w Wiesbaden¹⁾, mówiąc o wynikach chirurgicznego leczenia suchot krtani, poruszył ją na nowo, a obecnie pchnął energicznie naprzód i prof. LEYDEN w wykładzie, drukowanym w *Deutsche med. Wochenschr.* 1890 N. 7.

Zakłady te mają przedewszystkiem być przeznaczone dla niezamożnych suchotników płucnych i krtaniowych, mają funkcjonować niemal wyłącznie w miesiącach letnich, a co do ich urządzenia, zbliżać się do systemu baraków letnich, aby chorym dostarczyć jaknajwiększą ilość świeżego powietrza.

Szczegóły zakładania tego rodzaju sanatoryjów dla suchotników, warunki miejscowe, koszta przypuszczalne utrzymania chorych, środki lekarsko-dyjetetyczne, jakimi rozporządzać powinny, będą rozebrane w osobnej pracy.

U nas pierwszym usiłowaniem w tym względzie było urządzenie lecznicy na 20, później na 30 chorych na czas letni przy szpitalu w Mieni, przeznaczonej dla biednych mieszkańców Warszawy, przysyłanych do tejże lecznicy z miejskich szpitali. Istniała ona lat 4, a mianowicie od r. 1879 do r. 1882 włącznie i zostawała pod kierunkiem D-ra DOBRZYCKIEGO, który rok rocznie ogłaszał obszernie sprawozdanie z działalności lecznicy²⁾. Z wyjazdem D-ra D. z Mieni w r. 1882 i lecznica istnieć przestała. Dodać należy, że już w pierwszym sprawozdaniu D-r D. podaje projekt przemiany szpitala w Mieni na sanatorium, przeznaczone wyłącznie dla chorych piersiowych. W r. 1882 złożył on Radzie gubernialnej dobroczynności publicznej wraz z opiekunem szpitala w Mieni p. J. BULLEM obszerny memoriał, tej kwestyi dotyczący. Zamiana szpitala w Mieni na wspomniane sanatorium w zasadzie jednomyślnie przyjętą została, dotąd jednakże do wykonania jej nie przyszło.

Ponieważ specyficzna metoda leczenia suchot płucnych dotąd wynalezioną nie została, jakkolwiek być może, że w przyszłości znajdą się środki, skuteczniej od dzisiejszych działające na laseczniki gruźlicze, bez ubocznych ujemnych następstw dla chorych, musimy więc starać się przedewszystkiem o zadośćuczynienie tym warunkom i wypełnienie tych przepisów dyjetetyczno-hygienicznych, które na mocy ogólnego doświadczenia okazały się przy leczeniu suchot płuc i krtani najpożyteczniejszemi.

¹⁾ L. c.

²⁾ Patrz *Medycynę* z r. 1880, 1881 i 1883.

Leczenie racjonalne powinno więc mieć na celu wzmocnienie odżywiania i czynności ustroju, powinno, zdaniem DETTWEILER'a, dążyć do uregulowania przemiany materii, do wzmocnienia narządów oddechania, a to przez dostarczenie przez jak najdłuższy czas jak największej ilości czystego powietrza.

Dowóz obfitego odpowiedniego materiału odżywczego, a nawet do pewnego stopnia przekarmianie (*suralimentation*), zahartowanie ustroju podczas i po kuracji, zapobieganie powstawaniu zapaleń drobnych oskrzeli i wczesne ich leczenie, objawowe leczenie gorączki, uchronianie ustroju od wszelkich szkodliwości, obok rozumnie zalecanego ruchu — będzie pierwszorzędno znaczenia.

Dla uzyskania trwałych wyników musimy od chorych żądać, aby leczenie jak najwcześniej, choćby kosztem wielkich poświęceń, przeprowadzono zostało, aby chorzy ciągle znajdowali się pod jaknajściślejszym nadzorem lekarskim, i nie byli, jak to ma miejsce w południowych stacjach klimatycznych, pozostawieni własnemu, a tak dogodnemu dla tych stacyj przemysłowi.

Trzeba rozwiać złudzenia chorych co do skuteczności leczenia sześciotygodniowego u wód, lub w górach. Trzeba rozwiać ich złudzenia co do uspokajającego zarówno ich, jak i ich otoczenie, rozpoznania „katarów płuc”. Odosobniony nieżyt wierzchołków, powiada DETTWEILER, to już suchoty. Aby chory mógł się wyleczyć, musi być odpowiednio objaśnionym. Aby wyleczenie było trwałe, musi chory wiedzieć, na czym polega grożące mu dalej niebezpieczeństwo. Musi więc ciągle tak samo, jak wyleczony dyjabelek, lub chory, wyleczony z cierpienia nerwowego, lub psychicznego, pozostać pod nadzorem lekarskim. Jeżeli chory zrozumiał i nauczył się, jak się ma obserwować, czego ma unikać, w jaki sposób życie swe urządzić, to jakkolwiek z pewnych uciech życia raz na zawsze abdykować mu wypadnie, stworzyć sobie może być względnie znośny, bez utracenia zdolności do pracy.

Że rokowanie w suchotach krtani, połączonych z suchotami płuc, jest gorsze od rokowania przy samych suchotach płuc, rzecz to powszechnie znana. Najpotężniejszy czynnik leczniczy, t. j. odżywianie chorych, a cóż dopiero przekarmianie ich (*suralimentation*), słusznie zalecane przez DEBOVE'a, usilnie popierane przez GRANCHER'a ¹⁾, jest zupełnie niewykonalne: utrudnione przełykanie staje tu na przeszkodzie. Usunąć je — oto pierwsze i główne nasze zadanie, niemożliwe do spełnienia, póki owrzodzenia w krtani nie ulegną zablźnieniu. Gdy to nawet nastąpi, nie możemy ręczyć, o ile będzie ono trwałe; nie wiemy również, czy nowe pogorszenie sprawy płuc nie podkopie odżywiania, nie sprowadzi powrotu. Jeżeli DETTWEILER leczenie suchot płuc uważa za najtrudniejsze w całej terapii, o ileż trudniejszym będzie leczenie form, powikłanych suchotami krtani. Na nieszczęście dla chorych — rozpoznanie cierpienia krtani wymaga specjalnych narzędzi, wprawy i doświadczenia. Dotąd minimalna część terapeutów umie posługiwać się lusterkiem. Na prowincyi względnie mało lekarzy z metodą badania krtani jest obeznanych. Cóż ztąd wynika? Oto, że odsyłają do specjalistów przypadki rozpaczliwe ze zmianami daleko posuniętymi, z owrzodzeniami rozlanymi całej krtani, ludzi trawionych gorączką, niemal in

¹⁾ Maladies de l'appareil respiratoire. Tuberculose et auscultation. Paris. 1890.

extremis. Oto materyjał, przysyłany przeważnie z prowincyi, specjalistom laryngologom do miejscowego leczenia. Na nim to mają oni okazać wyższość swych terapeutycznych metod, zabiegów. Prawdziwa ironija — żądać, aby w podobnych warunkach chorego można było wyleczyć. Gdy nawet dzięki staraniom naszym i energii, dzięki nowym metodom leczniczym uzyskamy znakomite poprawy, lub lata trwające wyleczenia krtani, słyszymy nieraz ironiczne uwagi, że chory nasz wyleczony z suchot krtani, umarł na suchoty płuc. Zda się, że zrozumienie doniosłości nowych metod leczniczych suchot krtani nie przenikło jeszcze do świadomości ogółu lekarzy ¹⁾, lecz miejmy nadzieję, że powoli stan ten się zmieni. Potrzeba do tego gromadzić kazuistyczny materyjał, bezstronnie opisywany, a chorych, u których uzyskano wyleczenie, demonstrować w towarzystwach lekarskich, przyczyniać się do rozszerzenia pojęć o konieczności wczesnego leczenia, a przedewszystkiem starać się, aby w programie nauk uniwersyteckich, laryngologija uzyskala wreszcie dawno przynależne jej prawo obywatelstwa. Tylko wczesne rozpoznanie, wczesnie przeprowadzone racjonalne leczenie, otwarte wykazanie choremu grożącego mu niebezpieczeństwa — może przynieść zbawienną reformę ²⁾.

Przypomnę tu tylko, że w wykazach, zestawionych przez FINKELNBURG'a (l. c.), w Niemczech 160,000 ludzi rocznie pada ofiarą suchot płucnych. Obowiązkiem społeczeństwa, w ten sposób dziesiątkowanego zabójczą chorobą, będącą plagą ludzkości, udzielającą się dziedzicznie, nie oszczędzającą nikogo — jest pomyśleć wreszcie, aby dla tych chorych coś więcej zrobiono, niż odsyłano ich w ostatnim okresie choroby do ogólnego szpitala, w którym opuszczeni przez wszystkich, pozbawieni najbardziej kardynalnych warunków potrzebnych do uzyskania poprawy, bo powietrza i odpowiedniego pożywienia, dostają zamiast wina i alkoholu — tran zjełczały, zamiast mleka i mięsa — wodziankę lub krupnik. Niepokojeni w dzień przymuszonym podawaniem nieraz bezpożytecznych i wstrętnych im leków, pozbawieni w nocy możności snu, przez zanoszącego się od kaszlu sąsiada, zgromadzeni nieraz po kilkunastu w jednej sali, trując się własnymi wyziewami, widzą oni powolne konanie swoich towarzyszy i bezsilność doglądających ich lekarzy.

Przekonany jestem, że gdyby w samym początku cierpienia zastosowane zostały odpowiednie higieniczno-dyjetetyczne środki, gdyby przez urządzenie odpowiednich leśnych stacyj leczniczych, zakładanych w pobliżu większych miast, dać możność racjonalnego leczenia, to przynajmniej $\frac{1}{3}$ tych ludzi mogłaby zdrowie na dłuższy czas odzyskać, byt rodziny zabezpieczyć, nie być społeczeństwu swemu ciężarem. Z pomocą przyjść tu tylko może dobroczynność publiczna, skierowana odpowiednio, zawsze u nas chętna, zawsze gotowa do ofiar, gdy się ją pobudzić potrafi, gdy potrzebę koniecznej pomocy zrozumie. Jakkolwiek nadużywana nieraz, do niej jednakże odwołać się nam wypadnie i miejmy nadzieję, że i w tym przypadku nie zawiedzie.

¹⁾ Wśród naszej publiczności lekarz, mający odwagę powiedzieć choremu suchotnikowi, że cierpienie jego jest natury poważnej, naraża się u jednych na zarzut, że chorych straszy, podczas gdy inni, może być, posądzają go o chęć wyzyskiwania chorego.

²⁾ Na nieszczęście zarzut ten stosuje się również i do niektórych profesorów uniwersytetów, trzymających się tradycyi dawniejszej z krzywdą dla swych słuchaczy i chorych.

W końcu tej pracy winienem podziękować D-rowsi LUBLINEROWI, asystentowi oddziału, za pomoc przy opracowaniu kazuistycznego materiału, zarówno jak i za pomoc przy drobnowidzowych poszukiwaniach, oraz panu WRZEŚNIEWSKIEMU, studentowi medycyny, za staranne z natury zdjęte rysunki mych drobnowidzowych preparatów.

Leczenie gruźliczych nasięzków krtani za pomocą elektrolizy będzie przedmiotem osobnej pracy.

Z PRACOWNI PATOLOGII OGÓLNEJ PRZY UNIwersYTECIE WARSZAWSKIM.

III. O PRZEJAWACH RUCHOWYCH, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowej, PRZY PODNIESIONEM I OBNIŻONEM CIŚNIENIU KRWI W TĘTNICACH.

Podał

Adolf Szpanbok.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 10].

III.

Objaśnienie otrzymanych zjawisk.

1. Byłoby obecnie jeszcze przedwczesnem kusić się o dokładne objaśnienie zjawisk, któreśmy w ciągu naszych doświadczeń spostrzegali. Ograniczymy się też tylko na wskazaniu momentów, mających w przyszłości je objaśnić; znaczenie pojedynczych momentów jest, o ile sądzić można, różne.

Zastanówmy się nad pierwszą seryją doświadczeń.

Przedewszystkiem należy tu wskazać, że nagłe zatkanie światła aorty, wywołujące również nagłe podniesienie się ciśnienia krwi w tętnicach, musi ciągnąć za sobą pewnego rodzaju mechaniczne wstrząśnienie, któremu podlegną między innemi i te części ośrodkowego układu nerwowego, które drażniliśmy prądem elektrycznym. Według wszelkiego prawdopodobieństwa to podniesienie się ciśnienia jest powodem zwiększenia się wrażliwości kory mózgowej. Otwór trepanacyjny do pewnego stopnia może równoważyć skutki tego wstrząśnienia; usunąć ich w zupełności nie jest jednakże w stanie.

Podrugie, należy przyjąć pod uwagę warunki przesiąkania [transudacyi] i, co za tem idzie, warunki odżywiania. Prawdopodobnie owo wzmożenie się wrażliwości, wywołane wstrząśnieniem, utrzymuje się na pewnej wysokości nie wyłącznie dzięki współdziałaniu czynników mechanicznych, lecz również dzięki udziałowi czynników chemicznych ¹⁾. Wreszcie nie można pominąć możliwości wylewów krwi w istotę kory mózgowej ²⁾. Jednakże takie wylewy krwi mogą

¹⁾ H. GAEHTGERS. Ein Beitrag zur Circulation in der Schaedelhöhle. Diss., Dorpat. 1872.

²⁾ MAGYHÆS LEMOS. Les congestions cérébrales d'après loc. methode de Mendel. Annales medico-psychologiques, XLV année. Nr. 2. 1887. — KUZNIETZOW. O wlijanii hiperemii na centralnuju nierwanuju sistemu. Wiestnik Mierzejewskawo, 6 god, 1 wypusk.

mieć znaczenie jedynie w tych przypadkach, w których zaburzenia mają charakter bardziej stały, a nie są chwilowe. Przy następującem jedno po drugim kilkukrotnem zatkaniu aorty kolejne następstwo różnych zjawisk jest tak szybkie, że nie mamy prawa przypuszczać tutaj udziału wylewów krwi.

Co zaś się tyczy drugiej seryi doświadczeń, to i w tym razie możnaby wskazać mniejszą lub większą zmianę w warunkach życiowych komórek mózgowych. W doświadczeniach pierwszej seryi widzimy nagłe zwiększenie się ciśnienia wraz z całym szeregiem jego skutków, w drugiej zaś seryi widzimy również nagłe uwolnienie tkanki od normalnego ciśnienia, do którego jest przyzwyczajoną. W obu przypadkach mamy więc dość znaczny rozstrój mechanicznej równowagi; nie dziw więc, że w pewnych chwilach po rozpoczęciu podrażnienia nerwu błędnego wrażliwość badanych przez nas narządów jest zwiększoną.

Ale tym nie wyczerpujemy jeszcze całego obrazu. I tutaj musimy uwzględnić zmianę warunków przesiąkania [transudacyi] i odżywiania; tutaj mamy też powód mówić o zaburzeniach w dostarczaniu tlenu. Z początku brak świeżej krwi tętniczej działa jako czynnik drażniący [HERMAN], pobudzający, ale wkrótce obraz się zmienia i występuje na jaw wyczerpanie, depresja narządów nerwowych. Po przerwaniu drażnienia depresja trwa jeszcze przez pewien czas, nawet zwiększa się przez krótki czas; świeży bowiem przypływ krwi tętniczej w dostatecznej ilości momentalnie zaburzeń w odżywianiu komórek mózgowych usunąć nie może.

Zmian trwałych i w tej seryi doświadczeń nie mamy żadnej racji przypuszczać; albowiem zmniejszenie ciśnienia i tutaj było tylko krótkotrwałe. W istocie przekonaliśmy się, że przy wielokrotnem następującem jedno po drugim podrażnieniu nerwu błędnego kolejno następowały po sobie zmniejszenie i zwiększenie ciśnienia.

Uważamy za zbyt uczynne wdawać się w bardziej szczegółowy rozbiór wszystkich wyżej wzmiankowanych momentów; albowiem zgodnie z tem, co już wyżej mówiliśmy, metodyka doświadczeń nie pozwala jeszcze na ogarnięcie całej sumy zjawisk. Nierównie ważniejsze było dla nas dokonanie takich doświadczeń, któreby części uzupełniały ze strony faktycznej poprzednie nasze doświadczenia i zarazem pozwalały — choćby do pewnego stopnia — określić, jaki właściwie udział przypada na rzecz danych ośrodków kory mózgowej, a jaki na rzecz części obwodowej.

2. Doświadczenia takie dokonaliśmy. Poniżej przytaczam protokoły kilku z nich — jako przykłady.

Doświadczenie I. Pies średniej wielkości. Cewnik aortalny zostaje według zwykłych metod wprowadzony; czaszka nienaruszona. Obwodowa część *n. mediani dextri* zostaje rozdrażniona prądem elektrycznym. Najmniejszy odczyn otrzymuje się przy odległości cewek = 20,5 ctm.. Światło aorty po raz pierwszy zatkane; po pierwszych 30 sekundach najmniejszy odczyn następuje przy odległości cewek = 21 ctm., po dwóch minutach tak samo; po 2 minutach 30 sekundach pies okazuje się nadzwyczaj niespokojnym, tak, iż doświadczenie musi być chwilowo przerwane. Zapora z aorty zostaje usunięta. Po 10-u mi-

nutach odczyn ruchowy otrzymuje się przy odległości cewek = 20,5 ctm., po 15 minutach tak samo. Światło aorty zostaje po raz drugi zatkane. Po 2 minutach najmniejszy odczyn objawia się przy odległości cewek = 22 ctm., tętno = 75. Po 4 minutach — zapora znowu musi być usunięta, z powodu gwałtownego rozdrażnienia zwierzęcia. 2 minuty potem próba wrażliwości: najmniejszy odczyn otrzymuje się przy odległości cewek = 21 ctm.; po 5 minutach — przy odległości cewek = 20,5 ctm.; tętno tym razem = 120. Światło aorty zatkane po raz trzeci. Po 1 minucie odczyn najmniejszy przy odległości cewek = 21 ctm. [tętno = 60]; po 3 minutach — przy odległości cewek = 21,2 ctm., po 4 minutach — przy odległości cewek = 21,5 ctm., po 5-u minutach — przy odległości cewek = 21,5 ctm., po 10 minutach — przy odległości cewek = 21,5 ctm., po 15 minutach — przy odległości cewek = 20,8 ctm., po 20 minutach — przy odległości cewek = 20,5 ctm., po 25 minutach — przy odległości cewek = 20,5 ctm.. Zapora zostaje usunięta [tętno = 180]. Po 2 minutach najmniejszy odczyn ruchowy następuje przy odległości cewek = 20,5 ctm., po 5 minutach — tak samo [tętno = 120], po 15 minutach — również tak samo. Światło aorty zatkane po raz czwarty. Po pierwszej minucie najmniejszy odczyn przy odległości cewek = 21 ctm., po 5 min — przy odległości cewek = 21,2 ctm., [tętno 80]. po 10 minutach — przy odległości cewek = 21,6 ctm., po 15 minutach — przy odległości cewek = 22 ctm., po 20 minutach — przy odległości cewek = 21,7 ctm., po 25 minutach — przy odległości cewek = 21,2 ctm., po 40 minutach — przy odległości cewek = 21 ctm.. [Zwierzę niespokojne]. Zapora zostaje usunięta. Po pierwszej minucie mniejszy odczyn przy odległości cewek = 20,8 ctm., [tętno 150], po 5 minutach — przy odległości cewek = 20,8 ctm., [tętno — 120], po 10 minutach — przy odległości cewek = 20,5 ctm., po 15 minutach — przy odległości cewek = 20,5 ctm..

Doświadczenie II. Pies średniej wielkości. Obwodowa część *n. vagi sinistri* zostaje odpreparowana i przygotowana do drażnienia prądem elektrycznym. Siła prądu potrzebna dla otrzymania wyraźnego zwolnienia uderzeń serca zostaje oznaczoną; oznacza się również stopień pobudliwości obwodowej części *n. mediani*. Najmniejszy ruch ma miejsce przy odległości cewek = 19,5 ctm.. Pierwsze jednominutowe podrażnienie nerwu błędnego. Po upływie pierwszych 20 sekund ten sam odczyn ruchowy następuje przy odległości cewek = 20 ctm., po upływie 60 sekund przy tej samej odległości cewek. Po przerwaniu rozdrażnienia nerwu błędnego próby dają następujące wyniki: po 1 minucie — minimalny odczyn ruchowy przy odległości cewek = 18,8 ctm., po 3 minutach — przy odległości cewek = 19 ctm., po 10 minutach — przy odległości cewek = 19,5 ctm.; po 15 minutach — przy odległości cewek = 19,5 ctm.. Drugie jednominutowe podrażnienie nerwu błędnego. Po upływie pierwszych 30 sekund najmniejszy odczyn ruchowy otrzymuje się przy odległości cewek = 19,8 ctm.. Po przewaniu drażnienia nerwu błędnego próby dają następujące wyniki: po 1 minucie — 19,2 ctm., po 2 minutach — 19,4 ctm., po 3 minutach — 19,5 ctm., po 5 minutach — 19,5 ctm., po 15 minutach — 19,5 ctm.. Trzecie trzyminutowe drażnienie nerwu błędnego. Po 20 sekundach najmniejszy odczyn następuje przy odległości cewek = 19,9 ctm., po 1 minucie — przy odległości cewek =

20 cm., po $1\frac{1}{2}$ minuty — przy odległości cewek = 19,3 cm., po 2 minutach — przy odległości cewek = 19 cm., po 3 minutach — przy odległości cewek = 19 cm.. Po przerwaniu drażnienia nerwu błędnego próby dają, co następuje: po 1 minucie — 19 cm., po 2 minutach — 19,2 cm., po 5 minutach — 19,4 cm., po 10 minutach — 19,5.

Doświadczenie III. Pies średniej wielkości. Nerw błędny przygotowany do doświadczenia tak samo, jak w poprzednim doświadczeniu. Odczyn ruchowy na nerwie kulszowym prawym następuje przy odległości cewek = 20,2 cm.. Po pięciu minutach — ten sam wynik. Po 5-minutowej pauzie następuje pierwsze podrażnienie nerwu błędnego w ciągu 5 minut. Próby na nerwie kulszowym: po upływie pierwszych 30 sekund odczyn ma miejsce przy odległości cewek = 21 cm. po 1 minucie i 30 sekund — przy odległości cewek = 20 cm., [w ciągu tego czasu miał miejsce lekki napad padaczkowy i ruchy wymiotowe]: po 3 minutach — przy odległości cewek = 18,8 cm., po 5 minutach — przy odległości cewek = 18,6 cm.. Trzy minuty po przerwaniu podrażnienia nerwu błędnego odczyn ruchowy następował przy odległości cewek = 19 cm.; po 5-u minutach — przy odległości cewek = 20 cm., po 15 minutach — przy odległości cewek = 20,2 cm., po 20 minutach — przy odległości cewek = 20,2 cm.. Drugie — 8-minutowe podrażnienie nerwu błędnego. Po upływie 30 sekund odczyn następuje przy odległości cewek = 19,3 cm., po 1 minucie przy odległości cewek = 19,5 cm., po 2 minutach — przy odległości cewek = 19,7 cm., po 3 minutach — przy odległości cewek = 19,7 cm., po 5 minutach — przy odległości cewek = 20 cm., po 10 minutach — przy odległości cewek 20 cm., po 15 minutach — przy odległości cewek 20 cm.. Trzecie 8-minutowe podrażnienie nerwu błędnego. Po upływie pierwszych 30 sekund najmniejszy odczyn przy odległości cewek = 22 cm., po 1 minucie 30 sekund — przy odległości cewek = 20 cm., po 2 minutach — przy odległości cewek = 19,5 cm., po 3 minutach — przy odległości cewek = 19,5 cm., po 5 minutach — przy odległości cewek = 19,3 cm., po 6-u minutach — przy odległości cewek = 19 cm., po 8-u minutach — przy odległości cewek = 19 centym.. Po przerwaniu drażnienia: po 3 minutach — najmniejszy odczyn — przy odległości cewek = 20 cm., po 10-u minutach — przy odległości cewek = 20,2 cm..

3. O c e n a w y n i k ó w. Już przy powierzchownem przejrzaniu protokółów powyższych doświadczeń widać, że wszystkie ograniczenia, któreśmy robili przy ocenie doświadczeń pierwszej i drugiej seryi, były istotnie potrzebne, ale z drugiej strony widać też, że ta trzecia seryja doświadczeń daje nam prawo z tem większą stanowczością wskazywać na udział tego czynnika, który mieści się w zmiennej pobudliwości sfery ruchowej.

Widzimy niewątpliwie, że część badanych przez nas narządów mięśniowo-nerwowych nie uchyla się od wpływu zmienionego krwiobiegu, następującego przy zatkaníu aorty [dośw. I]. Sądząc z cyfr, oznaczających odległość cewek, przy której otrzymuje się najmniejszy odczyn ruchowy, można wnioskować, że zatkanie aorty zwiększa pobudliwość tej obwodowej części. Ale dość porównać cyfry, otrzymane przy doświadczeniach pierwszej seryi, z temi, które tutaj otrzy-

maliliśmy, żeby zrzec się chęci redukowania wpływu ośrodków mózgowych do minimalnych rozmiarów. Z powodów łatwo zrozumiałych najważniejsze dla nas są pierwsze próby. Cóż one wykazują? Zbyteczne są dowody, że części centymetrów mają mniejsze znaczenie, niż całe cyntymentry. Nadto w doświadczeniach trzeciej seryi brakuje całego szeregu zjawisk, które występowały w doświadczeniach pierwszej seryi. Szczególnie godny uwagi jest fakt, że stopniowego wzrastania pobudliwości tutaj albo wcale zauważyć nie można, albo tylko w bardzo nieznacznym stopniu.

Niewątpliwie i w doświadczeniach trzeciej seryi musimy się liczyć z całym szeregiem indywidualnych właściwości. Ale ztąd można tylko wnosić, że zmiany w pobudliwości części obwodowych mogą grać raz większą, innym razem mniejszą rolę w sumie ogólnej zmian. Trudno wszakże zachować wątpliwość co do tego, że w prawidłowych warunkach rola ich jest w porównaniu z rolą zmian pobudliwości ośrodków mózgowych zaledwie drugorzędną.

Przechodząc teraz do doświadczeń z nerwem błędnym, możemy powiedzieć—naturalnie *mutatis mutandis* — to samo, cośmy powiedzieli o zatłkaniu aorty. I tutaj przede wszystkim uderza, że zmniejszenie się pobudliwości części obwodowych nie jest tak jasno wyrażone, jak w doświadczeniach drugiej seryi. Nadto nieznaczne początkowe zwiększenie się pobudliwości utrzymuje się daleko dłużej. Ztąd można wnioskować, że zmniejszenie się pobudliwości ośrodków przejawiałoby się daleko wyraźniej, gdyby zmiany na obwodzie i w ośrodkach odbywały się równolegle. Jakkolwiek bądź wątpić nie można, że w doświadczeniach z obniżeniem ciśnienia krwi przede wszystkim należy brać pod uwagę wahania pobudliwości ośrodków ruchowych. Nie przecząc, że i obwód ma pewne znaczenie ¹⁾, musimy wszakże zgodzić się na przeważający wpływ ośrodków.

W pierwszym paragrafie niniejszego rozdziału wyliczyliśmy wszystkie momenty, przy pomocy których możnaby objaśnić wewnętrzny mechanizm spostrzeganych przez nas zjawisk. Momenty te mogą nam posłużyć do objaśnienia nie tylko zmian w ośrodkach mózgowych, ale i obwodowych. Należy tylko przyjąć pod uwagę, że warunki, w których znajdują się ośrodki i peryferyja nie są jednakowe. Dość wskazać na unaczynienie kory i na powszechnie znaną mniejszą wytrzymałość ośrodkowych elementów nerwowych w porównaniu z peryferycznymi nerwami ²⁾ i mięśniami. Z tego punktu widzenia powinno się wydawać zupełnie prawdopodobnem, że i wpływ rozpatrywanych przez nas czynników niejednakowo się wydłuża w różnych częściach ruchowej sfery. Doświadczenia wprost wskazują, że to *a priori* twierdzenie jest zgodne z rzeczywistością.

¹⁾ SCHMULEWITSCH. Ueber den Einfluss des Blutgehaltes der Muskeln auf deren Reizbarkeit. Du Bois-REYMOND's. Archiv. 1878.

²⁾ DURET. Recherches anatomiques sur la circulation de l'encephale. Archives de phys. normale et pathologique. 1874.

NOTATKI LEKARSKIE.

I. Wyleczenie czarnej krosty (*pustula maligna*) powiek za pomocą podskórnych zastrzykiwań kwasu karbolowego.

Przed 8 laty ogłosił w Gazecie lek. ¹⁾ kol. NIEDŹWIECKI swoje spostrzeżenia nad działaniem w czarnej kroście kwasu karbolowego, użytego bądź zewnętrznie [w stężeniu], bądź podskórnie [w roztworze 2%]. Od tego czasu nie udało mi się znaleźć w naszym piśmiennictwie lekarskiem ani jednej wzmianki, czy ktokolwiek z kolegów używał powyższego sposobu i z jakim skutkiem.

W ciągu 9-letniej praktyki na wsi miałem możność zastosowania kwasu karbolowego w 12 przypadkach czarnej krosty. Z tych w 11 krostą umiejscowioną była w różnych okolicach rąk, raz zaś na karku. We wszystkich tych przypadkach stosowałem głębokie nacięcia na miejscach uległych chorobie, oraz wypalanie kwasem karbolowym krystalicznym; w razie istnienia większej gorączki dawałem do wewnątrz chininę i wino. Przy takim leczeniu choroba przebiegała bez groźnych objawów i kończyła się zawsze wyzdrowieniem. Być może, iż w pewnym stopniu dopomagało i to, iż chorzy zgłaszali się najpóźniej w drugim dniu choroby, zatem wprzód, niż ona mogła osiągnąć wysokiego natężenia. Dopiero w roku bieżącym napotkałem przypadek ciężki, w którym miałem sposobność zastosować całkowitą metodę NIEDŹWIECKIEGO. Przypadek ten był następujący: 6-go Września r. b. wezwano mnie do 40-letniej Sury Kahan, handlującej skórą. Chora opowiada, iż przed trzema dniami w sklepiu ugryzła ją w lewe oko jakaś mucha, poczem wkrótce zrobiła się w pobliżu wewnętrznego kąta ocznego czerwona krostka; chora ją zdrapała, i zaraz potem zaczęły puchnąć powieki i twarz.

Stan obecny chorej przedstawił mi się, jak następuje: cała twarz, zwłaszcza z lewej strony, potwornie spuchnięta. Lewego oka otworzyć niepodobna, prawe zaś chora otwiera z trudnością i niewiele. Zarówno utrudnione otwieranie ust. Obrzęk z jednej strony przechodzi na czoło i gubi się we włosach, pokrywających głowę, z drugiej opuszcza się na kark, szyję i górną część piersi. Miejsca obrzęknięte są bardzo twarde i nie dają zagłębienia przy ucisku.

Przy lewym wewnętrznym kącie ocznym widać sinawo-czarne kraterowate zagłębienie wielkości grochu, pokryte zmartwiałymi resztkami skóry i zupełnie nieczułe na dotyk; zagłębienie to otoczone jest sino-purpurowym obrzmieniem w kształcie wału, przechodzącego na powierzchnię nosa. Poza wałem na policzku i powiekach znajduje się ośm pęcherzyków, wielkości łepka szpilki do ziarna grochu, wypełnionych czerwonym płynem. Skóra na całej powierzchni obrzękłej błyszczący i ma barwę różową. Chora skarży się na ból w lewym oku i skroni, oraz nudności. Ciepłota przechodzi 40° C., tętno 120.

Wobec powyżej skreślonych objawów oraz wywiadów nie ulegało wątpliwości, iż mam do czynienia z czarną krostą (*pustula maligna v. carbunculus*) w pełni jej rozwoju. Zastosowałem więc głębokie nacięcia wzdłuż obu lewych powiek, oraz krzyżowe na samą krostę, poczem przypaliłem czystym kwasem karbolowym i nałożyłem opatrunek przeciwnalny. Do wewnątrz zaleciłem olej rycynowy, następnie kwas solny i chininę. Chora całą noc rzuciła się i majaczyła. Nadto wystąpiły wymioty i czkawka. Następnego dnia zrana znalazłem ją nawpół nieprzytomną, senną. Ciepłota przeszło 40° C., tętno 120, słabe. Miejscowe zaczerwienienie zwiększyło się znacznie. Widząc tak groźny stan, wstrzyknąłem na gładyszce całą strzykawkę PRAVAZ'a 2% roztworu kwasu karbolowego, oraz zaleciłem portwein naprzemian z odwarem chinowym. W ciągu

¹⁾ Nr. 27, 1881.

tegoż dnia zastrzyknąłem jeszcze trzy strzykawki takiegoż roztworu [w czoło, w lewą skroń i w policzek]. Dodatni wynik leczenia wystąpił zaraz w dniu następnym [6-ym od początku choroby]. Odwiedziwszy chorą rano, znalazłem ją przytomną, skarżącą się tylko na ból głowy i oka; obrzęk zbladł i zmniejszył się tak, że na piersiach znikł zupełnie. Ciepłota 38,2° C., tętno 100. W ciągu tego dnia zastrzyknąłem kwas karbolowy trzy razy. Następnego dnia [7 od początku choroby] ciepłota spadła do stanu prawidłowego i odąd zaczęło się zdrowienie chorej. W ciągu 3 dni następnych zastrzykiwałem jeszcze po strzykawce kwasu karbolowego, później stosowałem tylko opatrunek z tegoż kwasu. Obrzęk części miękkich ustąpił. Na obu powiekach lewego oka powydzielały się części zmartwiałe i wszystko zagoiło się po upływie 1½ miesiąca od początku choroby. Pozostał tylko *ectropion* powieki dolnej lewego oka, co w pewnym stopniu mogło zależeć i od tego, że chora po odjęciu strupów zgorzelinowych nie uważała za konieczne zasięgać porady lekarskiej.

Powyższy przypadek, jako wykazujący znakomite działanie kwasu karbolowego, użytego podskórnie, uważałem za odpowiedni podać do wiadomości Szanownych Kolegów.

Ludwik Czarkowski [Siemiatycze].

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 28 Stycznia r. b. kol. HERYNG okazał 25-letniego chorego, z usposobieniem, dziedzicznym do suchot, który we Wrześniu r. z. z powodu owrzodzeń na nagłośni, między chrząstką nalewkową i brzegiem lewej struny przybył do Warszawy, szukając rady; miał przytem ciągłą chrypkę, miewał krwotoki i poty nocne. Wówczas chory nie chciał się zgodzić na operację i dopiero 21. XI. kol. H. dokonał wyłyżeczkowania wytworów gruzliczych z nagłośni; obecnie sprawę w krtani można uważać za usuniętą, w płucach zaś zmiany są dość znaczne, jednakże poprawa stanu ogólnego jest bardzo widoczną. Potem kol. J. ROSENTHAL opisał przypadek wpochwienia kiszek, przewlekłego, uleczonego na drodze operacyjnej, przyczem podczas przemówienia kol. R., kol. PRZEWOSKI demonstrował odnośny preparat wyciętego przy operacji jelita. Rzecz ta w całości ma być umieszczoną w naszym piśmie.

W dyskusyi, która się z tego rozwinęła, kol. JAWDYŃSKI zaznaczył, że trudno jest przeczyć, aby w danym przypadku, wydającym się z pozoru dość ciemnym i niezdecydowanym, nie było wcale od samego początku objawów wpochwienia; przemawiały za tem wymioty, kilkakrotnie się powtarzające, guz, na który chora mało zwracała uwagi powstał dość raptownie i powiększał się; był przytem znaczny upadek sił i odżywiania, co zazwyczaj towarzyszy przewlekłemu przypadkom wpochwienia. Co do braku zaparcia stolca, na które zwracał uwagę kol. R., to małe ma ono znaczenie, gdyż przeciwnie bywa w takich razach zazwyczaj rozwolnienie, gdyż światło kiszek pozostaje niezamkniętem całkowicie. Kol. ROSENTHAL odpowiada na to, że chociaż pierwsze wrażenie było, iż miał do czynienia z cierpieniem przewodu pokarmowego, to jednak, gdy po wdmuchiwaniu powietrza, to ostatnie przeszło do kiszek cienkich, a guz pozostał bez zmiany, pierwsze owo wrażenie musiało ustąpić; nigdy przy tem w stolcach krwi i śluzu nie było. Ponieważ zaś guzy sieci, jak wiemy, miewają postać i siedlisko bardzo rozmaite, mogło się więc zjawić przypuszczenie, czy nie ma czasem takiego guza. Kol. JAWDYŃSKI nadmienił, że przejście powietrza nie przeczy wcale pojęciu wpochwienia, że zaś nie było krwi w stolcach, zależy to od bardzo małych zmian na błonie śluzowej кишки wpochwionej. Wreszcie kol. SZTEYNER zwrócił uwagę, że w literaturze naszej istnieje opis 2 przypadków, podany przez

SZATAUERA ze Lwowa; robiono tam jednak nie wycięcie, lecz tylko repozycję.

Następnie kol. SOKOŁOWSKI mówił o charakterze panującej w końcu roku zeszłego w Warszawie epidemii influenzy, ze szczególnem uwzględnieniem objawów i powikłań ze strony dróg oddechowych. Rzecz ta była już drukowaną w naszym organie w N. 5, r. b..

W dyskusji przemawiał kol. MALINOWSKI, zwracając uwagę na inne jeszcze objawy, przez się spostrzegane, jak na bóle w powłokach brzusznych u kobiet ciężarnych i na silny ból w okolicy wątroby. Co do dzieci, to bardzo małe ulegają zarazkowi tego cierpienia z trudnością, a przebieg bywał łagodniejszy, im chory bywał młodszy. Rozpoczynało się zazwyczaj bardzo gwałtownie, niekiedy nawet od drgawek, zwykle bywała silna gorączka i ból gardła, rzadziej wyraźne zajęcie dróg oddechowych, niekiedy nacieczenie w płucach, a nawet widział kol. M. i wyraźne stępienie, rozchodzące się prędko bez kaszlu. W nerwowej postaci cierpienia występowały nerwobóle w rękach, nogach, a nawet wymioty. Kol. M. miał sposobność w jednym przypadku u małego chłopca widzieć objawy najzupełniej podobne do zapalenia mózgu, a w kilka dni wystąpiło ostre zapalenie płuc (*bronchopneumonia*), lecz najniespodziewaniej wszystkie te objawy ustąpiły w ciągu jednej nocy. Charakterystycznem jest występowanie naglej poprawy z bardzo długo przeciągającym się zdrowieniem. Kol. M. miał również sposobność obserwowania po influenzy bardzo silnego osłabienia władz umysłowych, a nieraz nawet i pamięci; na osłabienie to władz umysłowych zwraca kol. M. szczególnie uwagę kolegów.

Potem kol. GOLDFLAM przypomniał, że jeszcze w Październiku r. z. zdarzały się u nas przypadki chorób gorączkowych, bardzo ciężkich, które jednak nie dawały się podciągnąć pod żadną ze znanych postaci nozologicznych. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że istnieją takie niezdecydowane postacie chorób gorączkowych, jednakże możnaby przypuszczać, że przypadki owe już były przypadkami influenzy; wypadłoby więc, że zaczęła się ona u nas zjawiać wcześniej, niż w Petersburgu. Następnie po wiadomościach ztamtąd zaczęła się u nas p a n d e m i j a i n f l u e n z y, lecz już od połowy Grudnia stopniowo epidemia się zmniejszać zaczęła. Kol. G. nie miał sposobności spotykać tak licznych przypadków zajęcia dróg oddechowych, o jakim mówił kol. SOKOŁOWSKI. Zapalenia płuc jednak bywały bardzo złośliwe, a niekiedy przebiegały bardzo skrycie; zdarzały się i zejścia ich w ropienie. Kol. G. sądzi jednak, że równocześnie panowały i złośliwe zapalenia płuc bez influenzy, jakkolwiek występowały i po tej chorobie, w każdym jednak razie trzeba przyznać, że influenza działa usposabiająco w tym kierunku. Nerwobóle miał sposobność często widywać, a w jednym przypadku widział *herpes*. Co do wpływu na choroby nerwowe ma do zaznaczenia, że tabetycy wogóle cierpieli bardzo ciężko, przechodząc influenzę; wszelkie rodzaje bólów swoistych mocniej im dokuczały, niż zazwyczaj, a nawet i na przebieg następczy władu rdzenia wpływała influenza bardzo niekorzystnie.

Wielu kolegów zapisało się jeszcze do głosu, ze względu więc na spóźnioną porę dalszy ciąg tej dyskusji odłożono do następnego posiedzenia.

Wiadomości bieżące.

— W szpitalu Dzieciątka Jezus odbyło się w d. 4 b. m. konkurs na posadę nadetatowego ordynatora zakładu podrzuteków. Posadę otrzymał kol. L. ANDERS.

— CHARRIN i ROGER przedstawili na posiedzeniu biologicznem w Paryżu w d. 19 Stycznia wyniki interesujących doświadczeń nad wpływem wysiłku i zmęczenia na rozwój chorób pasorzytniczych. Zmuszali oni zwierzęta do biegania przez pewien czas w deptakowym kole, obraca-

jącem się ciągle. Odpowiedniami do doświadczeń okazały się tylko białe szczury; świnki morskie i króliki szybko dostawały zawrotu głowy i upadały, zaś psy i koty z powodu odporności na rozmaite drobnoustroje nie przedstawiały odpowiedniego materyjału do badań. Natomiast szczury białe znosiły bieganie w kole przez 7 godzin dziennie, w którym to czasie przebiegały 15 kilometrów. Do doświadczeń użyto najprzód osłabionego karbunkułu (*deuxième vaccin*). Cztery szczury, którym wstrzyknięto 12 kropel płynu i pozostawiono w spokoju, zostały przy życiu. Z 8 innych, które w kole biegały, tylko jeden ocalał, pozostałe zaś 7 padły po 1—3 dniach. Następnie autorowie przeszli do karbunkułu nieosłabionego. Z 11 szczurów zaszczipionych i pozostawionych w spokoju 5 ocalało, gdy tymczasem 6 męczonych przez bieganie w kole uległo zarażeniu i padło w 24—30 godzin. U zwierząt tych objawy miejscowe były małoznaczne, lub całkiem niewidoczne, gdy tymczasem wątroba i śledziona były napełnione lasecznikami karbunkułowemi, cząstki zaś z narządów, zaszczipione świnkom morskim, w krótkim czasie zabijały te zwierzęta.

— Na posiedzeniu lekarzy niemieckich w Pradze Prof. R. v. JAKSCH przedstawił wyniki swych badań nad plazmodjami zimnicy, które znalazł w przypadku spostrzeganym na swej klinice przy *febr. intermittens quartana*. Wiadomo, że w r. 1866 i nast. SALISBURY i BALESTRA opisali pewne gatunki wodorostów jako przyczynę malaryi; zaś w r. 1879 KLEBS i TOMMASI CRUDELİ wyhodowali laseczniki z ziemi okolic malarycznych, starając się wykazać zarazem doświadczeniami na zwierzętach ich znaczenie patogeniczne. Wreszcie dopiero MARCHIAFAVA i CELLI zwrócili uwagę na szczególne twory protoplazmatyczne we wnętrzu krążków czerwonych przy zimnicy. JAKSCH, który sceptycznie dotychczas zapatrywał się na znaczenie owych plazmodyjów, obecnie opisuje je w następujący sposób. Plazmodyje są nadzwyczaj wielopostaciowe; cykl rozwoju ich znajduje się w niewątpliwym związku z klinicznymi objawami zimnicy, w tem znaczeniu, że z chwilą rozwoju nowej generacji plazmodyjów gorączka się pojawia. Przy *febr. intermitt. tertiana* pasorzyt potrzebuje trzech dni, przy *quartana* czterech dni dla przejścia całego szeregu zmian postaci. Badaniem drobnowidzowym krwi można zatem rozstrzygnąć: 1) że mamy do czynienia z zimnicą i 2) z jaką jej postacią. Pod względem klinicznym najważniejsze są postacie wewnątrzkrążkowe (w ciałkach czerwonych leżące), nieposiadające barwnika. Są to bezbarwne, kurczliwe bryleczki protoplazmy, które w świeżym stanie zmieniają bezustannie postać. W następstwie barwnik krwi z krążków znika, a zawierają one zamiast tego barwnik ziarnisty lub w postaci pałeczek; krążek krwi niszczy się, a plazmodyjum opatrzone barwnikiem uwalnia się, mnoży się, wytwarza zarodniki, które znów wnikają w krążki czerwone i t. d.. Stanowisko tych pasorzytów w układzie nie jest jeszcze pewne, i dla tego można je nazwać mianem ogólnikowym *Haematobium malariae*. Dla odróżnienia plazmodyjów zimnicy od wakuolek, występujących w krążkach czerwonych krwi, które to wakuole pojawiają się w rozmaitych postaciach poikilocytozy w przebiegu ciężkich chorób krwi, JAKSCH radzi pociągnąć jakimkolwiek barwnikiem anilinowym dolną powierzchnię szkiełka przedmiotowego, na którym krew została rozpostarta. Jeżeli mamy do czynienia z wakuolami, to bezbarwne ciałeczka wewnątrz krążka krwi będą posiadały tę samą barwę co preparat cały w tych miejscach gdzie niema żadnych pierwiastków, gdy tymczasem istotne plazmodyje zimnicy będą się przedstawiały bezbarwnymi.

— W Berlinie podczas zjazdu lekarskiego międzynarodowego, który odbędzie się w dniach 4—9 Sierpnia r. b. urządzona będzie międzynarodowa wystawa lekarsko-naukowa. Następujące przedmioty będą wystawione: 1) nowe lub ulepszone naukowe przyrządy dla badań biologicznych i lekarskich, łącznie z fotografią i analizą widmową. 2) Nowe przetwory farmakologiczne. 3) Nowe przetwory farmaceutyczne. 4) Najnowsze przetwory żywności. 5) Narzędzia operacyjne chirurgiczne i t. d. łącznie z elektroterapiją. 6) Nowe plany i modele szpitali, domów dla rekonwalescentów, komór dezynfekcyjnych, łazienek. 7) Nowe urządzenia dla pielęgnowania chorych, łącznie z przewożeniem i kąpielami. 8) Najnowsze przyrządy w celach higieny.

Zmarł w Truskawcu D-r BOLESŁAW LUTOŚTAŃSKI, urodzony w Warszawie w r. 1837, ostatnio zarządzający zakładem kąpielowym w Truskawcu, znany z licznych prac publicystycznych w zakresie higieny, farmakologii, balneologii i statystyki lekarskiej.