

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

D-r. med. Stanisław Prager,

ordynuje w **Meranie** od 1-go Października r. b. 6—1

D-r. Mieczysław Kittel,

ordynuje od 1-go Października b. r. do Maja p. r. w **Meranie**. Pension
Rolanein, przez lato w Franzensbadzie. 3—3

D-r. E. Brühl

ordynuje od 20 Września b. r. do Maja p. r. w **Meranie** Villa Livonia. 6—5

ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY

N A Ł Ę C Z Ó W

(stac. kol. Nadwiślańskiej w zimowym sezonie ceny niższe.) —2

PREPARATY BAKTERYJOLOGICZNE

Z pracowni prof. Koch'a w Berlinie z wszystkich znanych czystych hodowli są do nabycia,
a mianowicie: Micrococcus prodigiosus; M. indicus, Bakt. niebieskiego mleka; B. zielonej ropy, As-
pergillus niger, Asp. fumigatus; A. flavescens; Mucor corymbifer; M. rhizopediformis; Mier. tetra-
genus; M. Erysipelas; M. pyogenes; Staphyloc. albus; Staph. aureus; Posocznica myszy; Pos. kró-
lika; Zapal. płuc; Tyfus; Cholera; B. Finklera; B. serowe; 4 stopnie karbunkulu; B. sianowe; B. zło-
śliwego obrzęku; Czarne drożdże; Czerwone drożdże, B. nosacizny; B. gruźlicze.

Cena preparatu 50—100 kop. Przesyłka pocztą z doliczeniem kosztów opakowania.

Odo Bujwid, Wilcza Nr. 12.

PASTYLKI HOUDÉ'GO zawierające Chlorek Kokainy.

Nasze pastylki z chlorkiem kokainy w skutek swego działania miejscowego znieczulającego i w skutek innych swych własności sprawiają bardzo znaczną ulgę i uspakajają ból w chorobach gardła, przy zakatarzeniu, przy chrypce, przy utracie głosu i w zapaleniach krtani wszelakiego rodzaju.

Przy użyciu tych pastylek, kłucie, łechtanie i uczucie podrażnienia w gardle ustępują, a struny głosowe ulegają wzmocnieniu. Pastylki rzucone oddają również wielkie usługi przy leczeniu chorób przelyku i żołądka, ułatwiając polykanie.

Dawka. Każka pastylka zawiera jeden miligram chlorku kokainy.

Sposób użycia. Stosownie do wieku 6 do 12 pastylek przez dzień. Przyjmować je należy przynajmniej na godzinę przed jedzeniem—rozpuścić w ustach, i następnie połknąć.

Skład główny: w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis, Paris; znajdują się oraz we wszystkich aptekach Warszawy.

4—4

„ZDROWIE”

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcją J. Polaka.

Pierwszy numer ukaże się 1-go Października r. b.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1,20; na prowincji i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2,50.

Prenumerować można w Redakcyi (25 Ś-to Krzyzka), oraz we wszystkich księgarniach.

0—4

OD WYDAWCY ROCZNIKA MEDYCyny POLSKIEJ.

Z powodu nowej numeracyi domów, upraszam pp. Kolegów zamieszkałych w Warszawie, o nadesłanie swoich adresów, najpóźniej do dnia 1 Października r. b. do Redakcyi tegoż Rocznika, Nowogrodzka 26.

0—6

Dr. J. Rogowicz.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

SYFILIDOLOGIIJA

napisana przez D. Ż. Krówczyńskiego w 8, str. XII i 448.

Cena 5 złr. w. a.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. Jakowski. Grzybki chorobotwórcze. — II. A. Sokołowski. O włóknistej postaci suchot płucnych (*Phthisis fibrosa*) (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy.* 47. R. M a s s a l o n g o (z Werony). Nowe fakty, potwierdzające teorię zakaźności zapalenia płuc włóknikowego. — 48. B r u n s. O leczeniu wola (*Struma*). — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. GRZYBKIE CHOROBTWÓRCZE.

Napisał

M. Jakowski

ordynator kliniki dyjagnostycznej.

III. Spirochety gorączki powrotnej ¹⁾ (*v. S. Obermeieri. Spirochaete febris recurrentis*).

Drugą z kolei po czarnej kroście chorobą, w której zdołano wykazać całą ścisłością, że przyczyną cierpienia są grzybki chorobotwórcze, była gorączka powrotna. Już w roku 1868 Obermeier widział swoiste pasorzyty we krwi chorych na gorączkę powrotną, lecz dopiero od roku 1873 tenże badacz, poparty następnie przez liczne głosy obserwatorów, począł twierdzić, że gorączka powrotna zależy od rozwoju w ustroju swoistych pasorzytów, nazwanych przezeń początkowo spiryllami; między autorami, którzy potwierdzili zdanie Obermeiera, spotykamy C o h n'a, który ściśle opisał postać i pierwszy nadał temu swoistemu pasorzytowi ogólnie dziś przyjętą nazwę *spirochaete Obermeieri* (1875), dalej Litten'a, Birch-Hirschfeld'a, Weigert'a, Lebert'a, Koch'a i wielu innych badaczy, którzy, czy to na mocy klinicznych obserwacji, czy też na mocy badań doświadczalnych, stwierdzili powszechnie dziś uznany pogląd Obermeiera.

Spirochety gorączki powrotnej mają postać cieniutkich, bezbarwnych, blyszczących, bardzo ruchliwych nitek, skręconych szrubowato lub falisto (Tab. III. fig. 1); zarysy ich są bardzo delikatne i mniej widoczne niż kontury skrzepów włóknikowych. Długość ich wynosi 16—40 mikrm., szerokość prawie jednaka na

¹⁾ Jakkolwiek w „Słowniku termn. lekarsk. pols.“ znajdujemy pod słowem *spirochaete* tłumaczenie tegoż przez krętowłosek lub nitkowice, uważałem jednak za stosowniejsze pozostawić ogólnie przyjętą nazwę łacińską, przerobiwszy takową według brzmienia naszego języka na „S p i r o c h e t a“.

całej przestrzeni, przy obu końcach tylko, nitki są znacznie cieńsze niż pośrodku, końce ich zaś są albo wyprostowane, albo haczykowato zgięte ku środkowej części nitki; ilość zagięć szrubowatych bywa różną, niekiedy dochodzi do szesnastu w jednej nici; promień wszystkich tych zagięć zawsze jest jednaki. Oprócz pojedynczo leżących pasorzytów, często spotkać można takowe zebrane w kłębki (Tab. III, fig. 3), w których nici są tak poplątane, że prawie rozróżnić nie sposób oddzielnych osobników, lub też zgromadzone po kilka w kształcie gwiazdki (Tab. III, fig. 2) mniej lub więcej prawidłowej; układanie się to ich w takich jakby kolonijach, zależy według Heidenreich'a od lepkości, jaką mają posiadać ściany spirochetów. Ruchy ich są bardzo rozmaite, najczęstszym wszakże jest ruch falisty i szrubowaty obrotowy naokoło osi szruby, przyczem spirocheta pozostaje na miejscu; do tego ruchu dołączają się następnie ruchy całego ustroju naprzód lub w tył, lub też ruch całego ciała w bok, przyczem często przed temi ruchami pasorzyt zgina się raptownie pośrodku lub bliżej którego z obu swych końców; ruchy postępowe lub w bok mogą być bardzo różnej szybkości, od powolnego przesuwania się aż do tak nagłego i szybkiego, że leżący pośrodku pola widzenia pasorzyt nagle znika z takowego; według tegoż Heidenreich'a, właściwym ruchem spirochetów jest jeden tylko ruch obrotowy, wszelkie zaś inne są tylko ruchami biernymi, zależnymi od większej lub mniejszej szybkości ruchu obrotowego.

Pasorzyty gorączki powrotnej żyć mogą, według Litten'a, w ciepłocie od 0—60° C., lecz względnie do stopnia ciepła, zawartego między temi dwoma końcowymi punktami, życie ich trwa dłużej lub krócej. Najdogodniejszą ciepłotą dla ich istnienia jest zwykła pokojowa, a nawet i nieco niższa (10—11° C.); w takiej ciepłocie można je zachować, w szczelnie zamkniętych rurkach szklanych ¹⁾ żywe i posiadające ruchy przez dni 40, a nawet znacznie dłużej, gdyż Heidenreich podaje, że raz nawet po 130 dniach spirochety ruszały się jeszcze; w ciepłocie 37—38° C. żyją 15 godzin, przy 40—41° C., przez 4 godziny, przy ciepłocie 48° C. przez ½ godziny, umieszczone zaś w ciepłocie 60° C. zaraz umierają. Według badań M o c z u t k o w s k i e g o, ciepłota niżej 0 nie zabija całkowicie spirochetów gorączki powrotnej; tak np. przy — 8° C. tracą wprawdzie spirochety swe ruchy, lecz ogrzewane przez 20 minut znowu zaczynają się ruszać. Umierając pod wpływem wysokiej ciepłoty, spirochety ulegają rozpadowi na drobnoziarnistą masę i zostawiają po sobie bardzo drobne, ruchome, owalne zarodniki, z których wytwarzają się nowe pasorzyty (Albrecht); czas potrzebny na to wynosi według B a b e s'a około 8 dni, dla zarodników znajdujących się we krwi chorego na tyfus powrotny. Po licznych daremnych usiłowaniach wielu badaczy, aby wyhodować sztucznie pasorzyty gorączki powrotnej przez parę pokoleń, udało się to dotąd dopiero Koch'owi; w ciepłocie 10—11° C., widział on rozwój ich w długie szrubowato okręcone nitki, tworzące razem pęczki na podobieństwo splotów skręconych włosów.

Przeniknąwszy jaką bądź drogą, a prawdopodobnie najczęściej przez przewód pokarmowy do ustroju ludzkiego, spirochety lub ich zarodniki, wywołują go-

¹⁾ O sposobie przechowywania będzie mowa niżej.

rażkę powrotną, znaną chorobą gorączkową, charakteryzującą się jak wiadomo napadami, ciągnącemi się, według Litten'a, średnio 3—7 dni, z przerwami bezgorączkowemi, które trwać mogą od 4-ech — 12-stu dni; ilość napadów bywa różną, najwięcej jednak bywa ich do 6, najmniejsza zaś liczba może się ograniczyć do jednego; pierwsze napady zazwyczaj są dłuższe, ostatnie krótkie, przerwy zaś bezgorączkowe pomiędzy napadami odwrotnie pod koniec stają się dłuższymi, gdy z początku trwają zawsze krócej. Już na dobę przed napadem, rozpoczynającym się zwykle silnemi dreszczami i bardzo wysoką gorączką, można znaleźć we krwi chorych swoiste spirochety gorączki powrotnej; podczas samego napadu, ilość ich bardzo znacznie się powiększa, a według Moczutkowskiego, najwięcej ich bywa we krwi na 20 godzin przed potami, występującymi zawsze w końcu napadu; badając wówczas krew, na jednym polu widzenia możemy dostrzedz do 30 i więcej spirochet, gdy w czasie samego napadu bywa zwykle mniej. Po napadzie czas jakiś można także jeszcze widzieć je, lecz w małej liczbie i słabo ruszające się; niekiedy w ciągu dwóch dni nawet nie znikają one ze krwi chorego (Birch-Hirschfeld). Gdy spirochety zabite, według zdania Heidenreich'a przez wysoką ciepłotę krwi, giną pod koniec lub po napadzie gorączkowym, pozostawiają po sobie, jak to wyżej zazaczyłem, zarodniki, z których wytwarzają się w czasie przerwy bezgorączkowej nowe pasorzyty, wywołujące nowy napad gorączkowy. Obecność pasorzytów gorączki powrotnej we krwi wywołuje zmiany w składnikach morfologicznych krwi, które jakkolwiek mogą istnieć i w innych chorobach, połączonych z wysoką gorączką, to jednak nie sięgają nigdy tak wielkiego natężenia, nie występują tak nagle, jak w gorączce powrotnej. Do takich zmian zaliczyć wypada najprzód kolosalne powiększenie ilości białych ciałek krwi, których stosunek do ciałek czerwonych może być jak 1:80, 1:40, 1:30 a nawet 1:10. Oprócz tego, pod koniec lub zaraz po przełomie (*crisis*), można zauważyć we krwi sporą ilość ciał plasmacyjnych, 3—9 razy większych od ciałek białych; ciała te posiadają ruchy amebowe, a wewnątrz nich spostrzega się czerwone ciała krwi, krople tłuszczowe lub niekiedy próżne przestrzenie (*vacuolae*); znaczna ilość złuszczonej i stłuszczonej niekiedy komórek śródbłonkowych (*endotelium*) również nagle i pod koniec napadu występuje we krwi chorych na gorączkę powrotną. Wątroba bywa bardzo powiększona, a śledziona może dosięgać kolosalnych rozmiarów; nieraz bywa ona do 6 razy większa od zwykłej. W tkance podskórnej i skórze wytwarzają się niekiedy w czasie gorączki powrotnej ropnie, które zależą najprawdopodobniej od zbierania się spirochetów w kłębki i gwiazdki; czopki takie, złożone z pasorzytów i zanesone w drobne naczynka włosowate, łatwo powodować mogą tworzenie się ropni, tamując krwi obieg i tak już osłabiony podczas silnej gorączki. Na trupie zmarłych z gorączki powrotnej długi czas nie zdołano wykazać swoistych pasorzytów w narządach, dopiero Koch, po zastosowaniu swych słynnych metod badania, pierwszy, a za nim Orth, odkrył spirochety w naczyniach narządów wewnętrznych, głównie w wątrobie, oraz w śledzionie.

Nadmieniłem wyżej, że najczęstszą drogą zakażenia jest przewód pokarmowy, że więc zarodniki przenikają wraz z pokarmami, napojami spożywanymi

w miejscowości dotkniętej epidemią gorączki powrotnej, lub też gdzie choroba ta panuje endemicznie; istnieją dane stwierdzające zakażenie przez skórę, jeśli krew chorego, zawierająca spirochety, dostawała się na ranę lub obrażenie naskórka u zdrowego osobnika (M ü n c h). Warunki podtrzymujące rozwój epidemii są: wilgoć, miejscowość błotnista i wogóle złe warunki zdrowotne, panujące w danej okolicy, a zwłaszcza nagromadzenie wielu ludzi na małej przestrzeni, głód, nędza i t. p.. Śmiertelność bywa niezbyt wielka, gdyż wynosi od 2% do 15% najwyżej. Choroba ta, zdaje się, została zawleczoną z Irlandyi jeszcze w drugiej połowie wieku zeszłego i obecnie, o ile wiadomo, była już prawie we wszystkich krajach Europy i Ameryki północnej, a także w Indjach wschodnich. Unas obserwowano ją ściśle po raz ostatni w latach 1879/80. Są jednak szczęśliwe miejscowości, gdzie mimo licznej ludności, a w miejscach takich zawsze zdarzyć się muszą ludzie żyjący w nędzy, nie było wcale gorączki powrotnej; do takich miejscowości ma według Cornil'a i Babes'a należyć Paryż.

Jakkolwiek liczne obserwacje kliniczne i drobnowidzowe już od początku przemawiały za tem, że gorączka powrotna jest chorobą zakaźną i że przyczyną jej są swoiste spirochety, to jednak dopiero Koch'owi i Carter'owi udało się dowieść tego i drogą badania doświadczalnego. Zaszczepili oni wspólnie gorączkę powrotną małpie, w roku 1879, i otrzymali u takowej klasycznie przebiegającą też chorobę ze swoistemi pasorzytami we krwi, a na trupie zwierzęcia, zabitego podczas najsilniejszego natężenia choroby, znaleźli spirochety Obermeier'a, w naczyniach mózgu, płuc, wątroby, śledziony, nerek i skóry. Próby szczepienia tyfusu powrotnego innym zwierzętom pozostały jak dotąd bez skutku. Doświadczeniem tem Koch dał nam niezbity dowód swego zdania, że przenoszenie chorób zakaźnych drogą szczepienia może tylko wtedy być uwieńczone pożądanym skutkiem, gdy do szczepienia będzie wybrany rodzaj zwierząt, stojący o ile można najbliżej rodzaju osobnika zwierzęcego, z którego przenosimy cierpienie.

Dzięki udoskonalonym metodom badania drobnowidzowego, możemy dzisiaj napewno twierdzić, że to, co dawniej za Griesinger'em nazywano tyfusem żółciowym (*typhus billiosus*, *billöses Tyfoïd*), nie jest niczem innym jak tylko odmianą niejako gorączki powrotnej. Griesinger w r. 1851 wypowiedział zdanie, że gorączka powrotna i tyfus żółciowy są to dwie oddzielne choroby, twierdzi to i Lebert w Patologii i Terapii Ziemssen'a. Późniejsze jednak badania drobnowidzowe Heidenreich'a i Moczutkowskiego, którzy widzieli spirochety Obermeier'a we krwi u chorych na tyfus żółciowy, a następnie Lubimow'a, który widział je we krwi i w naczyniach śledziony u tychże chorych, pozwalają twierdzić, że cierpienie to, jakkolwiek różne w swych skutkach, gdyż śmiertelność dochodzi tu do 66% ¹⁾, nie jest niczem innym, jak tylko gorączką powrotną, powikłaną przez niezbyt dróg żółciowych, a w przypadkach śmiertelnych przez zmiany ropnicowe (*pyaemia*) w śledzionie i wątrobie i przerzuty takiejże natury w innych narządach wewnętrznych.

¹⁾ Porównaj ze śmiertelnością gorączki powrotnej.

Badanie świeżej krwi, wprost przy łóżku chorego, w przypadkach gorączki powrotnej, ma bezwątpienia znaczenie ogromne, gdyż ono tylko może nam dać dowód niezbity dla rozpoznania. W tym celu z miejscem, w którym chcemy zrobić nakłócie, najlepiej na ramieniu, przedramieniu lub na brzuścach palców, trzeba postąpić w ten sposób, jak to podaliśmy uprzednio przy opisie laseczników czarnej krosty i gruźliczych, t. j. wymyć je starannie roztworem sublimatu (1:500), a następnie wyskokiem i eterem i na przygotowanym w ten sposób miejscu, zrobić niewielkie nakłócie za pomocą wyjałowionego w ogniu skalpela; krew, która wypływa, trzeba w tejże chwili zebrać na szkiełko przedmiotowe, nie przenosząc jej jednak niczem innym, jak tymże wyjałowionym skalpelem, lub też, co jeszcze lepiej, dotknąć do kropli wypływającej krwi jedną powierzchnią samego szkiełka; zebraną krew w tejże chwili nakryć szkiełkiem przykrywkowym i zlekka ucisnąć takowe. Rozumie się, że oba szkiełka winny być starannie wymyte roztworem sublimatu, lub co najmniej przegotowaną wodą, a następnie wyskokiem. Przygotowawszy do badania preparat, w tej chwili wkładamy go pod drobnovidz; dla zobaczenia spirochetów Obermeier'a wystarczy III ok. i 9 Hartn. lub wodna immersyja 2 i II ok. Zeiss'a. Dopóki ruch płynu pomiędzy szkiełkami nie ustanie i ciałka krwi nie poukładają się w rulony lub gromadki, nie sposób jest zobaczyć spirochetę; dopiero gdy to nastąpi, a spirochetów jest w danym razie dość dużo, można spostrzedz je pod postacią skręconych, bardzo delikatnych, ruchomych nitczek, leżących w przestrzeniach między gromadkami ciałek krwi (Tab. III, fig. 1), a niekiedy, choć rzadziej, spostrzegamy je w tych wolnych przestrzeniach zgromadzone w kłębki lub gwiazdki. Jednakże, gdy spirochetów w preparacie bywa mało, to zobaczyć je w pierwszej chwili jest znacznie trudniej; nieraz uderza tylko ruch i jakby podskakiwanie pojedynczych lub paru leżących obok siebie ciałek. Otóż zwróciwszy pilną uwagę na te ruszające się ciałka, możemy dostrzedz, zwłaszcza jeśli leżą na brzegach gromadek, że pod takowemi znajdują się pasorzyty gorączki powrotnej, które wypływając na wolne przestrzenie pomiędzy gromadkami, nieraz ciągną za sobą ciałka czerwone. Zjawisko to ostatnie, jak również ruchy pojedynczych ciałek czerwonych krwi, zależą od lepkości ścian, *respectively* błonki spirochetów, o czem nadmieniliśmy powyżej, mówiąc o przyczynie układania się tychże pasorzytów w kłębki i gwiazdki. Ponieważ badanie świeżej krwi, zwłaszcza gdy spirochetów jest niewiele, wymaga pewnej wprawy, dla tego też opisany dopiero co fakt ma ogromnie ułatwiające znaczenie, dla początkującego zwłaszcza badacza.

Ponieważ z jednej strony, we krwi wziętej wprost od chorego i nieodwłóknionej uprzednio, zawsze spostrzegać będziemy skrzepy włóknika w przestrzeniach między gromadką ciałek krwi, a ponieważ z drugiej znów strony zarysy drobnych skrzepów włóknika są grubsze i widoczniejsze od zarysów spirochetów Obermeier'a, dla tego też niektórzy autorowie radzą odwłókniać krew przed badaniem, zwłaszcza gdy można ją otrzymać w większej nieco ilości, a następnie dopiero badać samą pozostałą surowicę wraz z ciałkami; odwłóknianie można wykonać, kłóćąc krew zwykłą szklaną pałeczką, byle uprzednio wyjałowioną i w takimże wyjałowionem szklanem naczynku. Sposób ten jest bardzo dogodny, gdy idzie o zrobienie preparatów okazowych (demonstracyjnych), gdyż bez skrze-

pów włóknika spostrzedz można spirochety o wiele łatwiej. Krew, zawierającą żywe ruchome spirochety, czy to odwłóknioną czy też nie, można przechowywać czas długi w ciepłocie pokojowej bez żadnego wpływu na same pasorzyty, o czem nadmienilem w pierwszej części niniejszego rozdziału. W tym celu zbieramy ją w cieniutkie włosowate rurki szklane, mające pośrodku, lub bliżej którego z końców niewielkie rozszerzenie; rurka taka przed użyciem powinna być bardzo starannie wyjałowioną, najlepiej w ciepłocie 150° C., a o sposobach uskutecznienia tego była mowa w poprzednich rozdziałach. Po napełnieniu wyjałowionej rurki krwią, co powinno być uskutecznione jak najprędzej, oba końce w tej chwili zaklejamy roztopionym czystym lakiem i umieszczamy w zwykłej pokojowej ciepłocie lub nawet w niższej nieco; w ten sposób można sobie przygotować materyjał do badania na czas dość długi, gdyż w tych warunkach spirochety zachowują całkowicie swe ruchy i nie podlegają żadnym zmianom. Oprócz takiego przechowywania krwi, można ją jeszcze przechowywać zasuszoną na szkiełkach przedmiotowych lub przykrywkowych; rozumie się samo przez się, że ruchów żadnych spostrzegać już tu nie możemy, gdyż pasorzyty żyć nie będą, lecz zarysy ich zato dadzą się spostrzegać na takich zasuszonych i niczem nie obrobionych preparatach; wystąpią one, według Koch'a, jeszcze wyraźniej, gdy szkiełko z zasuszoną krwią przechowywać w słabym roztworze kwasu osmowego.

Barwienie zasuszonej na takich szkiełkach przykrywkowych krwi, również jak i skrawków, nie należy w danym razie do rzeczy zbyt łatwych. Nie wszystkie te barwniki anilinowe, których zazwyczaj używamy przy barwieniu pasorzytów, są w stanie zabarwić spirochety Obermeier'a; niektóre barwią je dobrze we krwi, a w skrawkach wcale zabarwić nie mogą; często bardzo zdarza się, że całe tło, t. j. wszystkie części morfologiczne krwi zabarwią się dobrze, podczas gdy same pasorzyty pozostają lekko tylko zabarwione, lub nawet całkowicie bezbarwne. Po stosownem przygotowaniu szkiełek z krwią, co jak zwykle uskutecznia się przez wysuszenie cienkiej warstwy krwi na powietrzu pod kloszykiem, a następnie po przetrzymaniu wyschniętego preparatu przez dni kilka w mocnym wysokoku, najlepiej jest zabarwić go w mocnym wodnym roztworze fuksyny, gdyż dwa inne powszechnie używane barwniki, t. j. fiolet metylowy i gencyjany, dają mniej pewne wyniki. W tym celu wkładamy przygotowane szkiełko na 10—15 minut do roztworu fuksyny, który przyrządzamy w sposób, podany przy opisie barwienia laseczników czarnej krosty, przez dodanie 20 kropeł mocnego wysokokowego roztworu fuksyny do uncji wody przekroplonej i pozostawiamy je w tym roztworze na 10 mniej więcej minut, opłukujemy następnie przez chwilę wodą przekroploną i aby odbarwić nieco tło, przenosimy na parę minut do mocnego wysokoku, lub do wysokoku zlekką tylko zakwaszonego kwasem octowym; po odbarwieniu, spłukujemy znów wodą przekroploną i suszymy na powietrzu pod kloszykiem. Według Koch'a barwią się dobrze spirochety we krwi także barwnikami brunatnemi, bismarkiem i wezuwiną. Chcąc zastosować sposób, dopiero co podany, dla skrawka, rozumie się z temi modyfikacjami jakie zwykle zastosowujemy przy barwieniu tkanek, a które wyłuszczyłem szczegółowo przy opisie badania tkanek na laseczniki czarnej krosty, nie otrzyma się wcale zabarwienia spirochetów; przy tym sposobie postępo-

wania, pasorzyty tyfusu powrotnego można zabarwić tylko na brunatno, za pomocą bismarkbraunu lub wezuwiny, lecz i to zabarwienie będzie bardzo słabe i prawie ledwo dostrzegalne, wszelkie zaś inne barwniki, nawet fuksyna, barwiąc dobrze w preparatach zaszuszonej krwi, wcale nie barwią spirochetów w tkankach. Dobrze za to udaje się barwienie przy pomocy metody Löffler'a, polegającej na zalkalizowaniu barwiącego płynu. W tym celu skrawki, zrobione mikrotomem ze stwardnionych w wyskoku tkanek, wkładane do miseczki z wyskokiem, umieszczamy na—15 minut w wyskokowym roztworze błękitu metylowego, przygotowanego w ten sposób, że na 3 części stężonego wyskokowego roztworu błękitu metylowego bierzemy 10 części słabego (1:1000) wodnego roztworu ługu potażowego i w tej mieszaninie pozostawiamy skrawki na 10—15 minut; po oplukaniu następnie wodą, kładziemy je na kilka sekund do 0,5—1% kwasu octowego, w którym tkanki odbarwiają się nieco; oplukujemy następnie skrawki w wyskoku, przenosimy do absolutnego wyskoku, a potem do olejku terpentynowego i do żywicy damarowej, jak to zwykliśmy czynić przy badaniu pasorzytów w tkankach; można także z wyskoku mocnego przenieść do olejku gwoździkowego i następnie do żywicy damarowej lub do balsamu kanadyjskiego. Wyszukiwanie spirochetów O b e r m e i e r'a pośród tkanek, gdzie leżą one zawsze prawie w naczyniach włosowatych, jest rzeczą bardzo trudną; zaznacza to sam Koch w I tomie *Mitth. aus d. Kais. Gesundheitsamte*; dla tego niezbędna jest rzeczą uciekać się przy badaniu do użycia przyrządu oświetlającego A b b e 'g o i do wysokich systematów immersyjnych olejnych. Rzadko bardzo udaje się spostrzedz wyraźny zarys całego pasorzyta, jak to ma miejsce na załączonym rysunku (Tab. III, fig. 4), zdjętym z fotografii K o c h'a, umieszczonych w tylko co wzmiankowanym dziele; zwykle można spostrzedz zaledwie po parę zgięć rozrzuconych tu i ówdzie spirochetów, gdyż nie często udaje się otrzymać podłużne takie przecięcie naczynka, w którym cały pasorzyt byłby umieszczony równolegle do powierzchni cięcia.

Objaśnienie rysunków. (Tabl. III).

Tab. III, fig. 1. Preparat świeżej krwi, z chorego na tyfus powrotny, badany bez żadnych odczynników (Zeiss II. Immer. 2).

Tab. III, fig. 2. Preparat zaszuszonej krwi, barwiony fioletem gencyjanowym (Zeiss. II. Immersyja 2). Pasorzyty pojedyncze i zebrane w gwiazdkę.

Tab. III, fig. 3. Preparat zaszuszonej krwi z przypadku tyfusu powrotnego w Indyjach. Kłębek spirochetów pośrodku. Barwione barwnikiem brunatnym. Powiększenie 700 razy. (Rysunek zdjęty z fotografii K o c h'a. *Mitth. a. d. K. Ges. Tom I. Tab. IV. Nr. 21*.)

Tab. III, fig. 4. Skrawek mózgu małpy, której szczepiono tyfus powrotny. W bieżącym na prawo naczyniu włosowatym spirocheta O b e r m e i e r'a widoczna jest w całej długości; powiększenie 700 razy. (Rysunek zdjęty z fotografii K o c h'a. *Mitth. a. d. K. Ges. Tom I. Tab. IV. Nr. 23*.)

Literatura.

O b e r m e i e r. Vorkommen feinsten eine Eigenbewegung zeigender Fäden im Blute von Recurrenkranken. Centralblatt f. d. med. Wiss. 1873, Nr. 10.

O b e r m e i e r. Zur Contagion der wiederkehrenden und Fleckfieber. Ibid. 1873, Nr. 36.

GAZ. LEK. NR. 40.

- Obermeier. Berlin. klin. Wochenschr. 1873. Nr. 32.
Blieseur. Ueber febris recurrens. Berlin. 1873.
Engel. Ueber die Obermeieri Recurrensspirillen Berl. klin. Woch. 1873. Nr. 35.
Litten. Die Recurrensepidemie in Breslau. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XII. 1874.
Łapezyński. Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1875. Nr. 3 i 6.
Birch-Hirschfeld. Ueber die Spirillen im Blut des Recurrenskr. Deut. A. f. kl. Med. XIII. 1874.
Birch-Hirschfeld. Schmidt's Jahrbücher. T. CLXVI. 1875.
Heidenreich. Der Parasit d. Rückfalltyphus. Berlin. 1877.
Moczutkowski. Materiały dla patologii i terapii wozwrotnawo tifa. 1877.
Lebert. Rückfalltyphus u. bilioses Typhoid w Ziemss. Handbuch. d. spec. Path. u. Ther. Tom II. część 1.
Weigert. Erfahrungen im Betreff der Obermeierschen Recurrensfäden. Berl. kl. Wochenschrift. 1876. Nr. 49.
Cohn. Untersuchungen über Bakterien. Beitr. zur Biolog. d. Pflanz. 1875. T. I.
Koch. Verfahren zur Untersuch., Conserv. und z. Photogra. Beitr. zur Biolog. d. Pflanz. 1877. Tom II.
Koch. Zur Untersuchungen d. patholog. Organism. Mitth. a. d. K. Ges. 1881. T. I.
Albrecht. St. Petersburg. medie. Wochenschrift. 1879. Nr. 1.
Carter. Deutsch. med. Wochenschr. 1879. Nr. 16.
Nowak. Die Infections-Krankheiten. Wiedeń. 1882.
Hueppe. Die Methoden der Bakterien-Forschung. Wiesbaden. 1885.
Cornil et Babes. Les Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses. Paryż. 1885.
Dunin. Spozrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego w Warszawie w roku 1879/83. Medycyna. 1880.

II. O WŁÓKNISTEJ POSTACI SUCHOT PŁUCNYCH

(*Phthisis fibrosa*),

Napisał

Alfred Sokołowski

ordynator szpitala Św. Ducha w Warszawie.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 39).

W., żona malarza, lat 33 mająca, przybyła na mój oddział 28 Lutego 1882 roku. Od dawna czuła się ona słabą; nieco kaszłała. Usposobienia dziedzicznego nie ma; przed siedmioma tygodniami dostała gorączki, bólu w prawym boku i duszności. Przy badaniu znaleźliśmy: Silne wycieczenie, wysoki stopień bezkrwistości. Stan gorączkowy, rano ciepłota 38,3° C., wieczorem 38,9° C.. Badanie fizykalne wykazało nam objawy wysięku w prawej opłucnej, niezbyt obfitego. Obok tego jednakże znaleźliśmy u prawego szczytu pod obojczykiem, oraz nad grzebieniem łopatki, oddech nieokreślony i nieco rzężeń drobnych wilgotnych. Chora kaszłała bardzo mało, kaszel był głównie suchym. Zalecono wewnątrz tran, a zewnątrz środki odciągające. Po trzech dniach, nieznaczne nasilenia gorączkowe ustąpiły w zupełności, stan ogólny chorej zaczął się coraz bardziej poprawiać, a przy wypisywaniu się ze szpitala, po upływie dwóch tygodni, chora nie kaszłała prawie wcale, wysięk uległ wessaniu prawie zupełnie; w dolnym płacie płuca pozostało stępienie, oddech nieco osłabiony, oraz stępienie i oddech nieokreślony u szczytu płuca prawego; rzężenia zniknęły.

Taż sama chora przybyła na mój oddział w rok później, t. j. 9 Lutego 1883 r., skarżąc się głównie na uparte rozwolnienie, od kilku tygodni trwające. Kaszle bardzo nieznacznie, nie poci się, stan bezgorączkowy; chora przedstawia wysoki stopień ogólnego wycieńczenia i bezkrwistości. Przy badaniu klatki piersiowej, znaleźliśmy w temże samem miejscu co w roku zeszłym, t. j. u prawego szczytu, stępienie dość rozległe, oddech nieokreślony i rżenia suche, z charakterem dźwięcznym, w dolnym ustępie płuca oddech osłabiony. U lewego szczytu od tyłu, w okolicy nadgrzebieniowej, znaleźliśmy również stępienie odgłosu opukowego, wydech oskrzelowy i rżenia dźwięczne. Brzuch zapadnięty, niebolesny, wypróżnienia częste, obfite. Jak to już wspomniałem, chora prawie wcale nie kaszlała i nie odpluwała, na naszą jednak usilną prośbę, po kilku dniach starała się zebrać nieco płwociny, która przedstawiała się pod postacią śluzowatej masy. Badanie takowej na laseczniki gruźlicze wykazało dnia 13 Lutego obecność takowych, w bardzo nieznacznej ilości. Stan chorej nie zmieniał się, rozwolnienie nie ustępowało, a chora przy objawach stopniowo zwiększającego się wyczerpania zmarła dnia 27 Lutego. Przez cały przeciąg czasu stan pozostawał bezgorączkowym, z wyjątkiem trzech dni, t. j. 17, 18 i 19 Lutego, w których mieliśmy wahania gorączki wieczorne, dochodzące do 39,0° C.. Chora nie pociła się wcale, do ostatka kaszel był prawie żaden.

Badanie pośmiertne dało następujący wynik: Płuco prawe niezwykle silnie przyrośnięte na całej przestrzeni, zrosty zaledwie nożem oddzielić można, mają one do $\frac{1}{4}$ cala grubości, są szczególnie grube u szczytu płuca. Cały zraz górny przedstawia silnie stwardniałą masę, na przekroju przedstawia się jako zbita, szyfrowata, łączno-tkankowa masa, u samego szczytu istnieje jama, wielkości orzecha włoskiego, o ścianach gładkich, wypełniona gęstą zawartością. Dolne części płuca silnie przekrwione. Lewe płuco również silnie przyrośnięte do opłucnej ściennej, na przekroju górnego zraza również widać znaczny rozwój masy łączno-tkankowej, w mniejszym jednakże stopniu, aniżeli w prawem. Obok tego istnieje mała jama u lewego szczytu. W dolnym zrazie, silnie przekrwionym, znajduje się kilka porozrzuconych ognisk serowatych (*bronchopneumonia lobularis*). Oskrzela, do najdrobniejszych, otoczone silnie rozrośniętą tkanką łączną (*peribronchitis*). Serce bardzo małe, mięsień wiotki, zastawki zdrowe. Wątroba duża, stłuszczone. Pętlice kiszek posklejane świeżym włóknikowym wysiękiem. Kiszki, zarówno grube jak i cienkie, przedstawiają liczne bardzo obszerne owrzodzenia. Śledziona twarda, nieco powiększona. Mózg i nerki nie przedstawiają zmian wyraźnych ¹⁾.

M., lekarz, lat 70 liczący, przybył na mój oddział 10 Marca 1883 roku. Chory opowiada, że usposobienia dziedzicznego nie ma, wielokrotnie w czasie praktyki swej na Kaukazie przechodził złośliwą zimnicę, zresztą czuł się zdrowym. Od dziesięciu lat przeszło kaszle, od kilku lat istnieje duszność, od roku kaszel i duszność wzmogły się znacznie. Stan ogólny lichy, silne osłabienie, stan bezgorączkowy. Chory kaszle głównie rano, odpluwając nieznaczne ilości śluzopropnej płwociny, w części sformowanej (*sputum globosum*). Duszność znaczna, od czasu do czasu występują napady duszniczy. Język obłożony, łaknienie słabe, mocz białka nie zawiera. Gorączki ani potów chory nie miewał. Badanie klatki piersiowej wykazało: granice płuc znacznie obniżone, okolice podobojczykowe z obu stron nieco wklęsłe. U obu wierzchołków płucnych, a szczególnie u prawego, w okolicy nadgrzebieniowej, znaleziono znaczne przytępienie odgłosu opukowego, dochodzące pod obojczykiem prawym do 3-go a pod lewym do 2-go żebra.

¹⁾ Jestto przypadek, o którym przedtem przy rozbiórce symptomatologii wspominałem, mówiąc, że gorączka kilkodniowa była prawdopodobnie zależną od świeżego ostrego zapalenia otrzewnej (*peritonitis*).

Tamże wysłuchiwanie wykazało wydech oskrzelowy, oraz dosyć liczne, drobno-pęcherzykowe rżenia. Poniżej tych miejsc, w obu płucach oddech słaby pęcherzykowy. W ciągu kilku tygodni stan chorego nie przedstawiał ważniejszej zmiany, gorączki wcale nie było, łaknienie nie powracało, stan ogólny podupadał stopniowo; w końcu trzeciego tygodnia wystąpiło uparte rozwolnienie, które coraz bardziej chorego wycieńczało; rozwolnienie to trwało bez przerwy i ostatecznie doprowadziło chorego do śmierci, która nastąpiła 30 Kwietnia, wskutek zupełnego wyczerpania sił. Do ostatka chory nie gorączkował, ani się nie pocił.

Badanie pośmiertne, wykonane 2-go Maja, dało następujący wynik: Płuco prawe. Zraz dolny i średni okazuje w niezwykle wysokim stopniu rozwiniętą rozedmę (*emphysema*), pęcherzyki rozdęte przedstawiają wielkość prawie włoskiego orzecha, toż samo i w drugim płucu. Na przekroju całe prawe płuco przedstawia się równomiernie stwardniałem, koloru szyfrowatego, z mocno zięjącami oskrzelami, tkanka łączna wszędzie silnie rozwinięta; u samego szczytu znajduje się jama, wielkości orzecha włoskiego, o ściankach nierównych. Lewe płuco przedstawia również podobny obraz: na rozkroju widzimy masę zbitą, łączno-tkankową, u szczytu istnieje również jama, nieco większa niż w płucu prawym, z zawartością ropiastą. Serowatych ognisk napotyka się zaledwie kilka i to bardzo drobnych, rozrzuczonych w mięszu obu płuc. Błona śluzowa oskrzeli przedstawia oznaki przewlekłego nieżytu, z silnym rozrostem tkanki łącznej około-oskrzelowej (*peribronchitis fibrosa*). Serce nieco rozszerzone i tłuszczone, zastawki zdrowe. Łuk aorty nieco rozszerzony. Wątroba duża, zastoinowa. Nieznaczny obrzęk śledziony (*tumor lienis*).

Podaję tu jeszcze jeden przypadek, spostrzegany w szpitalu Ś-go Ducha, w roku 1883 w oddziale klinicznym. N., lat 51 liczący, stolarz, kaszle od wielu lat; od roku występują często krwioplucia, kaszel mocny, ropiasta płwocina, stopniowe wyczerpanie sił. Chory niegdyś robił liczne nadużycia *in Baccho*, czy było usposobienie dziedziczne nie mogłem się dowiedzieć. Przy badaniu 11 Listopada znalazłem: Stan bezgorączkowy, silne wycieńczenia, duszność znaczna, kaszel silny, częsty, z obfitą ropiastą wydzieliną, Klatka piersiowa rozedmowa; rozległe zgęszczenia w obu płucach szczególnie wydatne pod lewym obojczykiem i pod prawą łopatką. Tamże wydech oskrzelowy i rżenia dźwięczne. Brak wyraźnych objawów jam. W jamie otrzewnej nieco płynu (*ascites*). Rozwolnienie naprzemian z zaparciem. Chory zmarł 13 Listopada.

Badanie pośmiertne wykazało: Płuco lewe. Nieznaczna jama u szczytu, zresztą cały górny zraz zmieniony w twardą szyfrowatą masę łączno-tkankową. W pozostałych częściach płuca mocna rozedma. Prawe płuco przedstawia podobne zmiany, u szczytu istnieje mniejsza jama. W obu płucach nie ma nigdzie świeżych ognisk zapalnych.

Oskrzela otoczone mocno rozrośniętą tkanką łączną (*peribronchitis*). Wątroba twarda, na rozkroju widać znaczny rozwój tkanki łącznej, wogóle wymiary wątroby o $\frac{1}{3}$ zmniejszone (*cirrhosis incipiens*). Śledziona nie powiększona. Inne narządy nie przedstawiały zmian wyraźnych.

L e c z e n i e .

Wyżej określony szczegółowy obraz chorobowy włóknistej postaci suchot płuc przekonywa dosadnie, że postać ta, czy to powstała samowolnie, czy też wynikła jako zejście innych cierpień, daje pod względem rokowania stosunkowo najlepsze rokowanie w porównaniu z innymi postaciami ogólnej grupy suchot płuc; otóż z tego to względu rodzi się przedewszystkiem mimowolne pytanie, czy nie możnaby w zwykłych suchotach płuc osiągnąć to pomyślne zejście,

t. j. przeprowadzenie zwykłej postaci suchot w postać włóknistą? Niestety, wyznać musimy, że dotychczas, możliwości takowej nie posiadamy; wiemy, że wielokrotnie zejście podobne ma miejsce, częściej jednakże — i to w niesłychanie wielkiej liczbie przypadków — mimo stosowania tych samych środków, choroba przebiega w zwykły wrzodziejącym suchotom płucnym sposób. Ani racjonalna klimatoterapia, ani przeróżne środki farmaceutyczne nie pomagają, a dzieje się to nieraz u osób znajdujących się w najkorzystniejszych warunkach higieniczno-dyjetetycznych, gdy z drugiej strony przeciwnie, nieraz i to niezbyt rzadko — jak to wyżej wspomniałem — zejście owo szczęśliwe spotykamy u ludzi klasy najbiedniejszej, żyjących nieraz wśród biedy i nędzy ostatecznej. Widocznie, że istnieją w samym ustroju warunki, które to zejście umożliwiają; ich poznanie winno być dążeniem dzisiejszego leczenia suchot płucnych ¹⁾.

Przy leczeniu choroby już rozwiniętej, winniśmy już przedewszystkiem zwrócić uwagę na dwa okresy choroby, w każdym z nich bowiem inne wskazania będą na miejscu.

W pierwszym okresie choroby, staraniem naszym powinno być, aby zmiany nieznaczne w tkance płucnej, o ile to można, zlokalizować, doprowadzić do prawdziwej miejscowej stałej marskości, obok tego cały ustroj na tyle wzmocnić i zahartować, aby go ochronić od możliwego powrotu cierpienia, które wywołało sprawę suchotniczą [zapalenie płuc, zapalenie opłucnej i t. d.], oraz ochronić od tak zwanych katarów, zawsze stanowiących bardzo niemile powikłanie sprawy. Z pomiędzy środków, które są w stanie urzeczywistnić owe dwa wskazania, zasługują na uwagę: **r a c y j o n a l n a k l i m a t o t e r a p i a**.

Za daleko bym zaszedł i za zbyt znużył czytelników, gdybym się wdał w szczegółowy rozbiór tej tak obszernej kwestyi, tembardziej, że w sprawie tej w pracach moich z ubiegłych lat kilku, wielokrotnie w piśmiennictwie naszym i niemieckim głos zabierałem; tutaj więc ograniczam się tylko do następujących uwag. Doświadczenie moje, nabyte w Goebersdorfie, jako też i doświadczenie innych lekarzy, zajmujących się leczeniem suchot płucnych, wykazało, że klimat górski jest właśnie w tej postaci suchot płucnych, a mianowicie w okresach jej wczesnych, *par excellence* wskazanym. Pobyt w górach, z nim związana gimnastyka płuc, szybka i dokładna wentylacja płuc a szczególnie ich szczytów powietrzem rozrzedzonym i bogatym w ozon, wzmocnienie siły serca — oto są główne czynniki, które rzeczywiście w wysokim stopniu korzystnie oddziałują na tego rodzaju chorych. Chorych więc wysyłamy na lato do miejscowości górskich, najlepiej naszych, czas bowiem już raz dojść do przekonania, że Szczawnica, Zakopane, Krynica, Iwonicz i t. d., są w stanie w zupełności zastąpić modne kurorty niemieckie. Zimą gorsza bieda, jeszcze nie mamy bowiem uorganizowanej stacyi klimatycznej u nas, dopóki więc to nie nastąpi, zmuszeni będziemy wysyłać chorych do Goebersdorfu, Davoz lub Falkenstein.

¹⁾ Patrz mój artykuł „Jeszcze raz w kwestyi etyologii i terapii suchot płucnych, Gazeta Lekarska, 1883. Nr. 51, 52.

Jeżeli chory nie mógłby wyjechać do stacyi górskiej, wówczas od biedy może przebyć lato gdzieś i w kraju, u nas, w miejscowości suchej i lesistej; korzystniejszym to dla niego będzie, niż pobyt w mieście; sam nawet w pracy mojej „o klimatoterapii swojskiej“, ogłoszonej przed dwoma laty¹⁾, starałem się wykazać, że i tą drogą można osiągnąć wcale niezłe wyniki; śmiem jednakże twierdzić, że w pierwszym okresie suchot włóknistych, klimat górski jest niemal specyfikiem, z trudnością czemkolwiek innym dającym się zastąpić.

Drugim środkiem, dzielnie wspomagającym działanie klimatu górskiego, są *z i m n e n a t r y s k i*. Doniosłość ich wogóle przy leczeniu suchot w innym miejscu szczegółowo rozbrałem, wskazawszy sposób ich użycia, wskazanie i przeciwwskazania do użycia takowych²⁾. Tutaj winienem tylko dodać, że właśnie w okresie pierwszym suchot włóknistych, są one najbardziej wskazane i najistotniejszą korzyść przynoszą, wypełniając właśnie te wskazania, o których tylko co powyżej była mowa. Natryski zresztą takie nie tylko w czasie pobytu w górach, ale i po powrocie do domu, chory winien metodycznie stosować całe miesiące a nawet lata.

Że w chorobie, o której mowa, winno się mieć na względzie dobre odżywianie chorych — zdaje się, iż rozwozić się długo byłoby zbyt — winienem jednakże w tej kwestyi zrobić pewną uwagę. Zwykle ostatnimi czasy, za przykładem Brehmer'a, u suchotników wszystkich postaci i okresów zwykle lekarze stosują odżywianie na wielką skalę, niemal tuczenie chorych. Otóż o ile w zwykłej postaci suchot tego rodzaju metoda jest wielce korzystną, o tyle w okresach pierwszych postaci włóknistej suchot, odżywianie takie jest nietylko niepożytecznem, ale śmiem nawet twierdzić — szkodliwem. Wyżej już powiedziałem, że osoby dotknięte tą postacią suchot, są wogóle dobrze odżywiane, jeżeli więc jeszcze u nich zaczniemy stosować forsownie duże ilości mleka, a szczególnie alkoholu, wówczas narażamy chorego na to, że przy ogólnem zwiększeniu wyrobu krwi, tem łatwiej powstawać będą krwotoki, do których i bez tego już chorzy są w wysokim stopniu usposobieni, jak to już wyżej, przy rozbiórce objawów, widzieliśmy; że zaś obfite krwawienia znacznie wycieńczają ustrój, a stan choroby płucnej bardzo pogorszyć są w stanie, jest rzeczą aż nazbyt jasną.

Drugi okres choroby. I tutaj leczenie klimatyczne, *respective* powietrzne, ma wielką, chociaż już znacznie mniejszą doniosłość. W okresie tym, w którym przeważającymi objawami są: duszność i kaszel, klimat górski jest o tyle przeciwwskazanym, o ile w pierwszym okresie jest wskazanym. Doświadczenie moje wykazało mi, że chorzy tacy w górach źle się mają, męczą się jeszcze bardziej niż na równinach, brak im ciągle tchu, a przy zmienności klimatu górskiego, kaszel nie zmniejsza się i powstają świeże nieżyty z łatwością. Do tegoż samego przekonania doszedł i Ludwig w Engandinie. Pomimo to jednakże, rok rocznie widzimy bardzo wiele tego rodzaju chorych w górach, marnujących napróżno czas i pieniądze, wskutek szablonowych wskazań lekarzy. Chorych więc takich wysy-

¹⁾ W sprawie leczenia klimatem swojskim. Gazeta Lekarska. 1882 r.

²⁾ Ueber die Anwendung der kalten Duchen bei der Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht. Berl. klinische Wochenschr. 1876 oraz Medycyna. 1876.

lajmy na lato na równiny lub bardzo nieznaczne wzniesienia, a co jeszcze lepiej nad morze; piękne rezultaty, jakie osiągnął Beneke w Norderny, zachęcają wielce do tego. Chorych zamożnych należy stanowczo wysyłać na zimę na południe, najlepiej nad morze [Mentona, San Remo, Piza i t. d.]. W takim klimacie chorzy czuć się będą zupełnie dobrze, stanowczo zaś unikać należy gór na zimę, w nich bowiem chorzy nie tylko polepszenia nie doznają, lecz napewno stan ich się pogorszy. U chorych, którzy na zimę na południe wyjechać nie są w stanie, należy o ile można dbać o dobre urządzenie klimatu pokojowego — a więc dobrą wentylację, obszerny sypialny pokój i t. p. W okresie tym poprawa odżywiania ma wielką doniosłość; z licznych środków na pierwszym planie stoi kuracja mleczna i kumysowa. Zimą oprócz tego należy chorym podawać tran lub glicerynę, oraz znaczniejsze ilości wysokoku. Z pomiędzy środków lekarskich, najbardziej jeszcze zasługuje na uwagę arsenik w niewielkich ilościach; wpływa on z jednej strony na poprawę odżywiania oraz ułatwia nieco utrudnione oddychanie. Zresztą przy silniejszym kaszlu środki odciągające, wykrztuśne, a nawet kojące (*narcotica*) należy od czasu do czasu stosować. Z użycia jodu, zalecanego przez angielskich autorów, nie widziałem w tym okresie choroby wybitniejszej poprawy. Wszelkie manipulacje hydropatyczne w tym okresie, są zdaniem mojem stanowczo przeciwwskazane.

Wreszcie w ostatnim okresie choroby, przy objawach ciągłej duszności, uwarunkowanej przede wszystkim niedostatecznością serca, jedynie środki pobudzające przynoszą jaką taką ulgę i czasową poprawę; widziałem też pewną poprawę z użycia wdechań tlenowych.

Już po napisaniu powyższej pracy, spostrzegłem jeszcze jeden przypadek suchot płucnych włóknistych, zakończonych śmiercią. Przypadek ów, pod wielu względami ciekawy, podaję w skróceniu: W końcu Kwietnia r. b. przybył na mój oddział robotnik S., lat 36 mający, z powodu silnej duszności od pewnego czasu ciągle się wzmagającej. Pacjent przedstawiał wysoki stopień duszności, zdaleka już słyhać było silny szmer zwięzienia, dowodzący, że przeszkoda przy oddechaniu leży w górnej części dróg oddechowych. Chory zupełnie ochrypniętym głosem opowiedział nam, że kaszle od bardzo dawna, przed rokiem doznał kilkakrotnego obfitego krwioplucia, również od roku zaczął chudnąć, tracić dech i chrypnąć stopniowo. Od kilku miesięcy oddechanie stawało się coraz trudniejszym, kaszel coraz bardziej męczącym, jednocześnie i nogi zaczęły nieco brzęknąć. Gorączki ani potów nocnych nie miał wcale. W rodzinie usposobienia do suchot nie było; przed laty kilkunastu dotkniętym był wrzodem wenerycznym, lecz objawy następcze nie ujawniły się wcale. Przy badaniu znaleźliśmy stan bezgorączkowy. Klatka piersiowa niezwykle silnie rozwinięta, granie płuc nieco obniżone, mocny szmer wdechowy (stetotyczny) słyhać zdaleka; szmer ten maskuje w zupełności przy wysłuchiowaniu szmery oddechow: przy opukiwaniu znaleziono lekkie stępienie pod prawym obojczykiem (w miejscu tem słyhać także nieco drobnych rżężeń wilgotnych). B a d a n i e krtani z powodu silnej duszności przedstawiało wielkie trudności; znaleziono: gardziel umiarkowanie zaczerwieniona. Nagłośnia i więzy nalewko-nagłośniowe umiarkowanie zaczerwienione, tylna ściana nieco obrzękła, wewnątrz krtani niewidzialne, przy głębokim wdechu udało się zobaczyć wystającą masę granulacyjną, jakby brzegi głębokich wrzodów, struny niewidzialne. Kończyny mocno obrzękłe, moczu zawiera obficie białko, w osadzie znaleziono stłuszczone cylindry. W ciągu dnia następnego

duszność wzmogła się do niezwykłego stopnia, wystąpiła sinica, brak tętna; objawy te nakazywały, jako *indicatio vitalis*, przecięcie tchawicy, którą to operację dnia 1 Maja na prośbę naszą wykonał kolega Jawdyński. Po dokonaniu operacyi, w ciągu kilku dni następnych duszność stopniowo się zmniejszała, stan jednakże chorego bynajmniej się nie poprawił, obrzęki coraz bardziej się zwiększały, następował stopniowy upadek stanu ogólnego, wreszcie dołączyło się rozwolnienie, a chory przy objawach zupełnego wyniszczenia zmarł 31 Maja. Do ostatka nie gorączkował wcale. Badanie fizykalne do ostatnich dni wykazywało stale bardzo nieznaczne zmiany, t. j. nieznaczne stępienie u prawego szczytu, oddech w tem miejscu nieokreślony i drobne rżenia wilgotne; w drugim płucu oddech zaostrzony. Chory odpluwał niewiele, płwocina była po części śluzo-ropna, głównie zaś pienista. Badanie na laseczniki gruźlicze dało wynik ujemny.

Badanie pośmiertne, dokonane d. 2. VI. przez D-ra Przewoskiego, prosektora Uniwersytetu, dało następujący wynik. Ciało miernego wzrostu, dobrze rozwinięte i odżywione. Dolne kończyny mocno obrzękłe. Na przedniej powierzchni szyi rana chirurgiczna, po wykonanem przecięciu tchawicy. Błona śluzowa jamy ust i gardzieli wszędzie nieco zaczerwieniona i pokryta śluzem, podobnie jak i błona śluzowa nagłośni i fałd nagłośniowo-nalewkowych, które jednocześnie są mocno obrzękłe. Po rozcięciu krtani okazuje się, że struny fałszywe nie istnieją, a na miejscu ich, zaczawszy od stron prawdziwych, znajduje się obszerny wrzód, dno jego najgłębsze znajduje się przy podstawie chrząstek nalewkowych, jest ono dosyć twarde, nierówne, brodawkowate, brzegi wrzodu mocno rozrosłe, wałowate, sterczą u góry i u dołu w świetle krtani i sprawiają podwójne dosyć mocne zwężenie; pod strunami prawdziwymi błona śluzowa krtani jest także zgrubiała, zaczerwieniona i miejscami, zwłaszcza na ścianie tylnej, pokryta małymi wrzodami o brzegach nierównych, powyżebianych i dnie brodawkowatę, szarawę (*ulcera tuberculosa laryngis*). Płuca słabo opadają, mocno przyrosłe na całej przetrzeni, zwłaszcza przy wierzchołkach. Lewe płuco mniej więcej o $\frac{1}{3}$ część swej objętości powiększone, po brzegach blade, rozedmowe, od tyłu zaczerwienione i obrzękłe, przy obmacywaniu wszędzie przedstawia wiele guziczkowatych ograniczonych stwardnień, każde z nich wielkości od ziarnka prosa do grochu, najwięcej ich jest w górnym zrazie. Na rozkroju widać, że stwardnienia składają się ze zbitej tkanki łącznej i miejscami tylko widać ślady twardych mas serowatych. Prawe płuco przedstawia się tak jak i lewe, przy wierzchołku jego znajduje się jama, wielkości kurzego jaja, o ściankach zupełnie gładkich, zawartości śluzo-ropnej, komunikująca z oskrzelem (*bronchiectasis*). Tętnice płucne obu płuc w niektórych miejscach na wewnętrznej powierzchni przedstawiają drobne plamki, zależne od przerodzenia tłuszczowego. Błona śluzowa oskrzeli wszędzie mocno zgrubiała, przedstawia wyraźną podłużną i poprzeczną prążkowatość. (*Phthisis fibrosa pulmonum, bronchiectasis, bronchitis chronica*). Serce o $\frac{1}{2}$ powiększone w rozmiarze poprzecznym. Serce lewe, aorta i zastawki nie przedstawiają zmian żadnych. Ścianka prawego serca czerwona, twarda, o $\frac{1}{3}$ część grubsza. Wątroba muszkatołowa nieco powiększona. Śledziona mała, blade, twarda. Nerki zwykłej wielkości, całe nieco zaczerwienione, dosyć twarde (*induratio cyanotica*). Kiszki. Błona śluzowa кишки cienkiej w niektórych miejscach zaczerwieniona, pokryta śluzem i miejscami na miejscu blaszek Peyer'a i gruczołów odosobnionych przedstawia niewielkie poprzeczno-owalne wrzody gruźlicze; także same owrzodzenia znajdują się i w kiszce grubej zstępującej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

47. Robert Massalongo (z Werony). Nowe fakty, potwierdzające teorię zakaźności zapalenia płuc włóknikowego.

Kilkanaście lat temu zaczęto zapalenie płuc włóknikowe poczytywać za chorobę zakaźną, a w ostatnich czasach rozmaici badacze starali się wykazać swoiste mikroby, będące główną przyczyną rzeczony choroby (Klebs, Eberth, Friedländer, Talamoni t. d.).

Jakkolwiek najważniejsze w tym względzie są wyniki doświadczalne, to jednakże i ściśle spostrzeżenia epidemii zapalenia płuc włóknikowego mają także niezmierną wartość.

Massalongo spostrzegał właśnie jedną z takich epidemii i podaje cały szereg faktów, mogących służyć za potwierdzenie tego poglądu, według którego zapalenie płuc włóknikowe, czyli przez Francuzów tak zwana *pneumonia a frigore*, jest chorobą zakaźną, zupełnie tak samo, jak tyfus, ospa, odra, płońca i t. d..

Epidemija, o której mowa, wybuchła w Tregnago, w mieście, mającej około 2000 mieszkańców i leżącej w pobliżu Werony. Przed wybuchem epidemii nie było żadnych wydatniejszych zjawisk kosmo-tellurycznych. Pierwsze i najliczniejsze przypadki pojawiły się w pewnym, ograniczonym miejscu, naokoło starego stawu, wytworzonego przez dopływ wody ze źródła, które znajduje się w pobliżu. W stawie tym mieszkańcy całej prawie okolicy piorą bieliznę, skutkiem tego dno stawu jest pokryte grubą warstwą nieczystości, która zresztą spływa także wraz z wodą, pochodzącą ze źródła. Woda ze stawu ma barwę zielonkawą, a poruszona wydaje mdły zapach.

Wszystkich przypadków zapalenia płuc włóknikowego było 100, a odsetka śmiertelności dość znaczna, aż 30. Chorobie podlegali bez różnicy wieku, starcy i młodzi, przeważnie zaś dzieci, najmniej kobiety. Choroba udzielała się wszystkim bez różnicy stanu: wyrobnikom, włościanom, obywatelom, urzędnikom i t. d..

Pierwsze przypadki, najliczniejsze i bardzo ciężkie, pojawiły się w kilku domach, leżących obok siebie. W niektórych domach znajdowało się od razu 2—3—4 a nawet 5 chorych. Z tego ogniska choroba szybko się rozszerzała na dalsze przyległe domy, tak, że nie przeskakiwała kilku domów, ale nawiedzała mieszkańców, sąsiadujących z poprzednimi choremi.

Najpierw na chorobę rzezoną zapadły dzieci, następnie dorośli, a w końcu starcy. W ostatnim okresie epidemii ani jedno dziecko nie zachorowało na zapalenie płuc; wówczas najmłodszy z chorych miał lat 4, a najstarszy 80. W żadnym przypadku zapalenia płuc włóknikowego zaziębienie nie miało żadnego wpływu: dwoje dzieci nawet dostało zapalenia płuc krupowego, leżąc ciągle w łóżku. Kilka osób dorosłych pielęgnowało chorych swojej rodziny, a następnie zapadło na tę samą chorobę. U dwóch urzędników pierwsze objawy choroby wystąpiły w biurze podczas zajęć.

Z pomiędzy kobiet, dwie dostały zapalenia płuc, leżąc w łóżku z powodu innej przewlekłej choroby, dwie inne zaś podczas porożu.

Początek choroby występował zawsze bardzo wyraźnie i cechował się niedomaganiem, osłabieniem ogólnym, bólem głowy, brakiem łaknienia, zesmutnieniem. W kilku tylko przypadkach choroba zaczęła się od nieżyju oskrzeli. Żadna z osób poprzednio nie przechodziła zapalenia płuc włóknikowego.

Objawy zapowiednie (*signi prodromorum*) trwały u dorosłych dwa, trzy do czterech dni. Gorączka zaczynała się zawsze nie od jednego dreszczu, ale od kilku dreszczyków.

Wszyscy chorzy mieli wygląd tyfusowych. U żadnego chorego autor nie spostrzegł przez cały czas choroby wysypki, nawet potówki, która w tej okolicy zwykle endemicznie panuje.

Najwyższa ciepłota dochodziła do 40,7°C. Średnia ciepłota w pierwszym okresie choroby wynosiła 39,3°C. Co się tyczy typu gorączki, to w ogóle przebieg ciepłoty był bardzo podobnym do przebiegu, jaki zwykle spostrzegamy przy zapaleniu płuc włóknikowem, chociaż zdarzały się przypadki z nieregularnym przebiegiem ciepłoty, a niektóre nawet przypominały zupełnie przebieg gorączki przy tyfusie brzuszny. Nasilenia pojawiały się zawsze wieczorem, ale zwolnienia ranne nigdy nie bywały znaczne; w dwóch przypadkach typ gorączki był odwrotny.

W przypadkach zapalenia płuc jednostronnego (*pneumonia unilateralis*) autor nie znajdował różnicy co do ciepłoty pomiędzy stroną odpowiadającą płucowi zdrowemu, a stroną po której znajdowało się zapalenie płuca.

Z objawów zapowiednich, krwawienie z nosa występowało u bardzo wielu chorych; wymioty nigdy. Podczas trwania choroby, zaburzenia umysłowe i stepienie słuchu należały do bardzo wydatnych objawów.

U czterech chorych autor spostrzegł szal przesładowczy (*mania persecutionis*); chorzy nie chcieli przyjmować, ani leków, ani pożywienia, obawiając się otrucia. Dwóch chorych nawet z powodu gwałtownego szalu trzeba było trzymać powiązanych. Wbrew twierdzeniu Liebermeister'a, autor nigdy nie znajdował związku pomiędzy podwyższoną ciepłotą, a zaburzeniami umysłowymi: w niektórych przypadkach zaburzenia umysłowe pojawiały się przy cieplocie średnio podwyższonej, a w niektórych nawet przy cieplocie prawidłowej; bardzo rzadko podczas zaburzeń umysłowych ciepłota się wzmagala.

U wielu chorych, objawy mózgowe podczas zmniejszania się ciepłoty, pod koniec choroby zamiast ustępować, wzmagaly się, a w niektórych razach właśnie dopiero w tym okresie zaczęły występować.

W ogóle objawy mózgowe daleko częściej występowały podczas zwolnienia gorączki, aniżeli podczas nasilenia.

U dwóch chorych objawy zapowiednie były zupełnie podobne do objawów napływu do mózgu (*congestio cerebialis*), apopleksji mózgowej (*apoplexia cerebialis*). Podczas tej epidemii autor spostrzegł mnóstwo przypadków, w których istniała wysoka gorączka (w 3 przypadkach trwała aż 15 dni) zupełnie tak samo, jak w pierwszych dwóch okresach zapalenia płuc włóknikowego, a pomimo to przez cały czas trwania gorączki nie występowały żadne objawy ze strony płuc.

Zwykle chorzy skarżyli się na kłucie w boku, a przytem można było słyszeć tarcie opłucnej. W dalszych okresach choroby, kłucie w boku zmniejszało się, ale nigdy nie znikalo w zupełności, nieraz nawet podczas zdrowienia.

Pomimo bardzo starannych badań, autor nigdy przez pierwsze kilka dni choroby i gorączki nie mógł stwierdzić żadnego umiejscowienia w płucach.

Pierwsze objawy ze strony płuc bywały następujące: oddech pęcherzykowy mocno zastrzony, a miejscami rozrzucone rżenia świszczące i chrapliwe, duszność i uczucie ściskania w piersiach. Stan taki trwał rozmaicie długo, nigdy jednakże mniej nad dzień jeden.

Pierwsze oznaki pojawienia się wysięku zapalnego w płucach trwały tylko kilka godzin i wówczas można było słyszeć niesłychane mnóstwo rżeń trzeszczących niezmiernie drobnych. Przed tym okresem prawie nigdy nie było kaszlu, który zresztą nie powstawał nigdy w sposób gwałtowny i nie był powodem zbyt dotkliwego cierpienia. U największej liczby chorych płwocina bywała prawie krwawa. Odgłos opukowy nigdy nie był zupełnie tępym, a rezonancja głosu nie bywała wzmocniona. U największej liczby chorych okres ten trwał dość krótko, zwykle nie dłużej nad jeden do dwóch dni; tylko w kilku przypadkach okres ten przeciągał się do 4 dni.

W tym okresie bardzo szybko następowało zgęszczenie odpowiedniej części płuc (*hepatizatio*), a wraz z niem w jednej chwili znikaly rżenia. Szmer

oddechowy stawał się bardzo wydatnie oskrzelowym, odgłos opukowy zupełnie tępy, rezonancja głosu niezmiernie silną (*bronchophonia*). Wówczas i ogólny stan chorych zmieniał się: gorączka zmniejszała się zwykle; twarz w największej liczbie przypadków z mocno czerwonej stawała się bladą; klucie w boku zmniejszało się, a tętno stawało się częstszym i mniejszym. Chorzy, którzy w poprzednim okresie okazywali mocne pobudzenie, stawali się spokojniejszymi, leżeli bezwładnie na grzbiecie. Stan jednak umysłu nic na tem nie wygrywał; bredzenia, jeżeli poprzednio były, trwały w dalszym ciągu, tylko w niektórych razach traciły swój charakter gwałtowny i napadowy, zamieniały się na spokojne i ciągłe. Objawy psychiczne trwały zwykle dość długo i nie zmniejszały się przez cały czas tego okresu. Zgodnie z Grisoll'em, autor zauważył, że pomiędzy rozległością cierpienia płuc o objawami ogólnymi zachodził zwykle stosunek odwrotny.

Podczas tego okresu kaszel prawie zupełnie zniknął, a przynajmniej stawał się o wiele rzadszym; plwocina miewała wówczas wygląd rdzawy i nigdy nie była czysto krwawą. Bardzo często temu obrazowi towarzyszyły objawy ze strony kiszki: po zatwardzeniu następowało rozwolnienie niezbyt obfite.

W pierwszym okresie choroby nigdy nie było wzdęcia brzucha, które dopiero później się pojawiało. Rozwolnienie nie trwało ciągle, ale występowało w przerwach rozmaitych, np. co drugi dzień; ani przelewania w kiszce ślepej, ani bolesności przy ucisku brzucha nie było.

U największej liczby chorych, wraz z wystąpieniem pierwszych objawów cierpienia płuc, śledziona się powiększała.

Zrazy górne bywały najczęściej punktem wyjścia sprawy zapalnej, która ztąd szerzyła się na zrazy dolne.

U największej liczby chorych zapalenie płuc było obustronne, ale trzymało się części tylnych i nie przekraczało zwykle linii pachowej przedniej, tylko u 8-u chorych sprawa zapalna, umiejscowiona od tyłu w szczycie płuca, rozszerzyła się i na część przednią.

U tych chorych, u których cierpienie płuc było obustronne, sprawa zapalna poprawiała się jednocześnie z obu stron. Jako szczególny fakt autor podaje, że w pewnej rodzinie zapadło z kolei pięć osób, z których u każdej zapalenie umiejscowiło się w prawem płucu.

Oplucna zawsze przyjmowała udział w cierpieniu, ale wysięk włóknikowy bywał zwykle bardzo umiarkowany; tylko u czterech chorych wysięk w oplucnej był dość znaczny.

Okres drugi (*hepatisatio*) trwał najdłużej, przecięciowo siedm do dziewięciu dni, nigdy mniej nad pięć. U 3-ciej części chorych okres ten trwał przeszło 12 dni, a u sześciu chorych 15 dni.

Objawy rozejścia się (*stadium resolutionis*) występowały powoli i nie odrazu na całej części płuca zajętego, jak to zwykle bywa przy zapaleniu płuc włóknikowym, ale tylko na bardzo małym, ograniczonym miejscu, a nadto części najprzód zajęte przez sprawę zapalną zwykle nie pierwsze wstępowały w okres rozejścia się.

Wielu chorych przed wystąpieniem tego okresu bardzo obficie pocilo się. Mocz zawsze wydzieliał się w małej ilości, zawierał dużo barwników i soli, mało bardzo chlorków, oraz ślady białka.

Tylko u czterech chorych autor spostrzegł wyprysk wargowy, który zresztą nie przedstawiał żadnego znaczenia ani prognostycznego, ani przełomowego: z tych czterech chorych dwóch umarło, a u dwóch pomimo wyprysku choroba trwała w dalszym ciągu bez poprawy i bez pogorszenia.

Rozejście się sprawy zapalnej w płucach odbywało się bardzo powoli. Podczas tego okresu podmiotowy stan ogólny chorych poprawiał się. Jako jedyne cierpienie pozostawał jeszcze kaszel, a u niektórych chorych, prócz tego klucie

w boku w nieznaczonym stopniu trwało jeszcze. Zaburzenia psychiczne po większej części ustępowały, chociaż u 4 chorych bredzenie pozostawało jeszcze przez cały ten okres.

Wogóle można powiedzieć, że okres ten trwał dość długo, a chorzy bardzo powoli powracali do stanu pierwotnego zdrowia, tak, że chorzy, pomimo zupełnego powrotu płuc do stanu pierwotnego, przez długi czas byli mocno osłabieni.

Bardzo często autor spostrzegał, że pomimo zupełnego ustąpienia gorączki, stan płuc wcale nie ulegał zmianie, ale trwał dość długo jeszcze.

Podczas okresu rezolucyi, ilość białka w moczu prawie zawsze wzmagala się, a u jednego chorego nawet wystąpiły objawy zapalenia nerek, które bardzo powoli ustąpiło w zupełności.

Drugim powikłaniem dość poważnym, które autor spostrzegał w pomienionej epidemii, było ostre zapalenie jednego ze stawów, albo wielu naraz stawów.

Dwie brzemienne, które dostały zapalenia płuc, urodziły zaraz na początku choroby; jedna płód siedmiomiesięczny, druga — ośmiomiesięczny.

Wielu poważnych klinicystów utrzymuje, że chorzy z gruźlicą (*tuberculosis pulmonum*) nigdy nie zapadają na ostre włóknikowe zapalenie płuc (Bernheim, Lépine i t. d.); otóż autor spostrzegał trzy przypadki niewątpliwej gruźlicy płuc, w przebiegu której podczas wzmiankowanej epidemii pojawiło się ostre włóknikowe zapalenie płuc: dwie chore zmarły, a u jednego chorego ostre zapalenie płuc włóknikowe zakończyło się rezolucją, pozostały zaś zmiany gruźlicze dawniejsze.

Żaden z chorych tej epidemii poprzednio nie przebywał zapalenia płuc włóknikowego.

Przemiłe powroty tej choroby, zdarzyły się tylko dwa razy.

U żadnego z chorych cierpienie nie przeszło w stan przewlekły.

Jako powikłanie, spostrzegał autor w kilku przypadkach pod koniec choroby lub podczas zdrowienia, porażenie pewnych grup mięśniowych, zupełnie jak po dyfteryacie.

Śmierć zwykle następowała w okresie rezolucyi, bardzo rzadko podczas zwątrobienia czerwonego (*hepatizatio rubra*); trzech chorych nagle umarło na początku okresu zdrowienia, a dwóch chorych nagle zmarło w samym okresie zdrowienia.

Trupy szybko bardzo poczęły gnić i pokrywać się charakterystycznymi plamami.

Plwocina, badana według sposobu Weigert-Koch'a, przedstawiała zawsze ogromne mnóstwo mikrokoków, podobnych do tych, jakie opisał Klebs.

Pod koniec autor podaje kilka przypadków dobitnie przedstawiających zaraźliwość ostrego zapalenia płuc włóknikowego. W kilku słowach je streścimy:

1) Mężczyzna, 40-letni, kupiec wędrowny, zawsze zdrow zupełnie, wybrał się ze swej miejscowości do Tregnago dla odwiedzenia swego krewnego, który ciężko chorował na zapalenie płuc. Po kilku godzinach pobytu u chorego wrócił do domu. Na trzeci dzień, sam zapada na zapalenie płuc włóknikowe, a po 15 dniach umiera.

2) Kobieta z pobliskiej wioski przybywa do Tregnago dla pielęgnowania brata. Po 15 dniach zapada na zapalenie płuc w Tregnago. Mąż jej przybywa do niej w odwiedzin i tegoż dnia powraca. Po trzech dniach już musi położyć się do łóżka z powodu ostrego zapalenia płuc włóknikowego.

3) Kobieta pielęgnuje swą przyjaciółkę chorą na zapalenie płuc włóknikowe. Po kilku dniach sama dostaje tej choroby. Dwoje dzieci, jedno czteroletnie, drugie sześcioletnie, które śpią z nią razem w jednym łóżku, zapadają w ciągu dwóch dni na zapalenie płuc włóknikowe.

4) Weterynarz z Tregnago zapada na ciężkie ostre zapalenie płuc włóknikowe. W tym samym pokoju od kilku dni leży 15-letnia córeczka jego z po-

wodu ostrego niezytu kiszek. Po trzech dniach, licząc od położenia się ojca, córeczka dostaje ostrego zapalenia płuc włóknikowego.

5) Ojciec pewnej rodziny leży chory na zapalenie płuc włóknikowe. W tym samym łóżku leży dziecko 8-letnie chore od kilku dni na ostry niezyt kiszek. Po 6-ciu dniach dziecko dostaje ostrego zapalenia płuc włóknikowego. Druga córeczka 14-letnia, spijająca w przyległym pokoju, zapada następnie na tę samą chorobę. Do tejże rodziny przybywa krewna z innej wioski, w celu pielęgnowania i pozostaje tam kilka dni. Wraca następnie do domu i zapada na zapalenie płuc włóknikowe; po 6-iu dniach mąż owej krewniej, pielęgnujący swą żonę, musi się położyć do łóżka z powodu tejże samej choroby.

Przebieg całej epidemii i kilku ostatnich spostrzeżeń wystarcza, zdaniem naszym, do zgodzenia się z autorem, że zapalenie płuc włóknikowe jest istotnie chorobą zakaźną i zaraźliwą. Zresztą każdy z lekarzy przypomina sobie zapewne ze swoich spostrzeżeń, że nieraz w jednym i tymże samym domu kilka osób po kolei zapadało na wspomnianą chorobę.

(*Archives générales de médecine. Juin, Juillet. 1885.*) Wiktor Grostern.

48. Bruns. O leczeniu wola (*Struma*).

W pracy swej, wygłoszonej na zebraniu lekarzy Wirtembergskich, autor podaje wyniki, do jakich praktyka doszła odnośnie do leczenia wola. Nauczyła ona, iż nie każde wole należy operować, gdyż nie każde jest niebezpieczną chorobą. Bywają chorzy, przedstawiający rozrost gruczołu tarczowego dosięgający monstualnych rozmiarów, a który mimo to nie staje się dla nich ani groźnym ani zbyt uciążliwym. Nie wielkość bowiem wola, ale stosunek jego do tchawicy i ucisk na nią może być szkodliwy i dla tego właśnie małe, głęboko leżące wole wymaga energicznego leczenia. Rosé położył ogromne zasługi, wykazawszy skutki i niebezpieczeństwa wola, zwrócił on nadto uwagę na występującą niekiedy nagłą śmierć u chorych, którzy nie żalili się na żadne dolegliwości z powodu tej choroby. Rosé tłumaczy to tem, że przy nagłej zmianie w położeniu głowy i szyi następuje zgięcie tchawicy. By uniknąć tego, Rosé radzi robić przecięcie tchawicy i wprowadzać grubą rurkę, by drogi powietrzne umocnić. Przypuszczenie to, ogólnie przyjęte, Bruns odrzuca, nie znalazł bowiem nigdy przy sekcjach zaniżku chrząstek. Leczenie wola jest różne, zależnie od natury jego. W wólach mięszszowych stosujemy preparaty jodu tak wewnątrz jak i zewnątrz. Wiadomem jest, że w wielu razach leczenie to bywa korzystne, w wielu zawodzi. Doświadczenie wykazało, że bywa ono skutecznem u osobników młodych i gdy wole jest tylko hyperplazją gruczołu. To samo wskazanie odnosi się i do wstrzykiwań mięszszowych nalewki jodowej, które Lücke zalecił i które szybko weszły w użycie. Obok świetnych wyników bywają też przypadki, w których wstrzykiwania są bezskuteczne, a nawet niekiedy i niebezpieczne. Prócz zropienia ze wszystkimi niebezpieczeństwami jego, wstrzykiwania mogą stać się powodem i nagłej śmierci. Rosé przytacza 6 przypadków, w których w czasie operacji, lub w parę godzin nastąpiła śmierć. Bruns przypuszcza, że nagła śmierć może powstać nie tylko wskutek zatoru, ale także w skutek porażenia nerwów i zamknięcia głośni. Jako dowód przytacza obserwacje Sommerbrodta, który po wstrzyknięciu widział nagle powstały bezład *n. recurrentis* i Schmidta, który bezpośrednio po wstrzyknięciu zmuszony był wykonać tracheotomię; chory umarł 4-go dnia, a sekcja wykazała zanik lewego *n. recurrentis*, gdy prawy był uciśnięty przez gruczoł. Jeżeli leczenie jodowe zawodzi, pozostaje tylko wyluszczenie. Podwiązanie *art. thyroideae*, elektroliza, niszczenie środkami żrącymi jest niepewne i groźne. Co do leczenia wola torbielowatego, zdania są podzielone i tak gdy jedni radzą przekłucie z następczem wstrzyknięciem nalewki jodowej, inni radzą przecięcie lub wyluszczenie. Najczęściej używane przekłucie z następczem wstrzyknięciem bywa skuteczne w jednokomórkowych torbielach, gdy ściany są gładkie, zawartość

plynna. Według Brun's'a, niesłusznie utrzymuje Kocher, że każde wole torbielowate można tą drogą wyleczyć, nie narażając chorego na niebezpieczeństwo. Statystyka, prowadzona niezbyt dokładnie, nie daje możności stwierdzenia punktu pierwszego; co do drugiego bywały przypadki niebezpiecznego ropienia i nagłej śmierci skutkiem zaduszenia. Brun's zaleca w tych tylko przypadkach to postępowanie, gdy innerwacja krtani nie przedstawia nic nieprawidłowego, nadto radzi używać płynu Lugol'a.

Gdy wyluszczenie wola dawniej było uważane za przedsięwzięcie co najmniej lekkomyślne, obecnie przy udoskonalonej technice operacyjnej i opatrunkowej stało się ono nadzwyczaj częstym. Przyznać należy, że śmiertelność znakomicie się zmniejszyła, a u autora na klinice wynosi 5,8%. Stwierdzono również, że wyluszczenie całkowite gruczołu nie przedstawia większego niebezpieczeństwa niż częściowe. Nic dziwnego więc, że powstały głosy, by wyluszczać kompletnie, w celu zapobiegania powrotom choroby. Jednakże w tym względzie ostatnie obserwacje wykazują co innego. Kilku chirurgów szwajcarskich, a mianowicie Kocher, zauważyło, że po całkowitem wyluszczeniu występuje u niektórych chorych mniej lub więcej ciężkie ogólne zaburzenie, które Kocher nazwał *Cachexia strumipriva*. Cierpienie to występuje zwykle w 1 — 2 do 6 miesięcy po operacji. Objawy jego są następujące: w kilka miesięcy po operacji rozwija się ogólne niedomaganie, wyraz twarzy zmienia się widocznie, twarz staje się nabrzmiałą, mianowicie wargi grubieją, powieki silnie nabrzękle, skóra twarzy staje się żółtawoskową. Całe ciało staje się ociężałe i zgrzybiałe, mianowicie ręce, tak, że ruchy palców bywają bardzo utrudnione; zamknąć dłoni chorej prawie nie może. Skóra sucha, łuszczy się, wydzielina potu wstrzymana, włosy głowy rzadkie, suche. Nadto występuje ogólne osłabienie, zmęczenie, ociężałość kończyn, drętwienie i ziębienie tychże.

Niezaradność rąk staje się coraz widoczniejszą, tak, że chorzy nie są w stanie zajmować się pracą. Mowa nadzwyczaj powolna, chorzy żalą się na uczucie, jakby język był gruby i spuchnięty i rzeczywiście u 3-ch chorych można było stwierdzić mocne zgrubienie języka. Jednocześnie i władze umysłowe słabną tak, że chorzy stają się niekiedy idyotami. W przypadkach ciężkich wzrok i słuch są przytępione. W wewnętrznych narządach nie spotykamy zmian, mianowicie nie spotykamy obrzmienia śledziony ani zapalenia nerek. Tylko w przypadkach daleko posuniętych spotykamy niedokrwistość jako oligocytemię. Ilość białych ciałek nie jest zwiększoną, ale ilość czerwonych stanowczo zmniejszona, niekiedy do połowy. Autor na mocy licznych badań dochodzi do wniosku, że ci chorzy, u których przy wyluszczeniu wola pozostawilo się części gruczołu, są zupełnie zdrowi i to nawet po 20 latach, u chorych zaś, u których kompletnie wyluszczone gruczoł, spotyka się objawy wyżej przytoczone. Autor w pracy swej przytacza kilka przypadków. Zesumowawszy objawy, widzimy, że mamy charłactwo postępujące z objawami kretynizmu. W wytlómaczeniu tych objawów zachodzą poważne trudności, gdyż fizjologia gruczołu tarczowego dotychczas niedokładnie jest znana. Pewnym jest, że na stan ten nie wpływa ani rodzaj wola, ani sposób operowania, ani słabszy lub silniejszy krwotok. Charłactwo to nie ma nic wspólnego z charłactwem, występującem po zaniku wola przy leczeniu jodem, które polega tylko na małym wychudnieniu, zwolnieniu tętna. Jest kwestyją bezsporną, że charłactwo występuje tylko po całkowitem wyluszczeniu gruczołu. Ztąd naturalny wniosek, że stan ten jest wywołany brakiem czynności, jaką wypełnia gruczoł. Czynność gruczołu tarczowego, jak powszechnie sądzą, jest czynnością tak zwanych gruczołów wytwarzających krew. Jakkolwiek nie jest to dowiedzionem, sądzę jednak, że w ten sposób można sobie dokładnie skreślić obraz choroby, trzeba tylko zastrzedz, że czynność jest nieco odmienną jak śledziony i szpiku, gdyż w takim razie narządy te zastępowałyby wycięty gruczoł. Prawdopodobnijszem jest, iż gruczoł tarczowy ma wpływ na skład krwi, przyj-

mując pewne składniki z niej, lub też wprowadzając składniki, które do odżywiania systemu nerwowego są niezbędne. Dla tego to może być, że objawy charłactwa występują nie bezpośrednio po operacji, ale po jakimś dopiero czasie. Że objawy choroby zależą od upośledzonego odżywiania ośrodków nerwowych, to chyba nie, podlega wątpliwości. Inny pogląd na czynność gruczołu wygłosili Liebermeister i Schiff, uważając go za narząd regulujący krążenie krwi w mózgu. Przeciw temu przemawia właśnie to, że objawy występują w kilka miesięcy po operacji, gdy przypuszczać należy, że następuje wyrównanie w krążeniu uległemu zaburzeniu.

Kocher tłumaczy stan ten niedostatecznością oddechania, z powodu zmian w tchawicy, o jakich wyżej wspomniano, Baumgarten podziela również to zdanie, odnosząc jednak niedostateczność oddechania do unerwienia strun głosowych. Teoryja ta nie wytrzymuje krytyki wobec faktu, że chorzy cierpiący na długotrwałe zwężenie krtani i tchawicy nie przedstawiają powyższych objawów. Również i zmiany krwi nie tłumaczą, gdyż w wielu przypadkach żadnych nie spotykamy. Badania Schiffa, Zesasa i Wagnera na zwierzętach wykazały, że ilekolek raz wytniemy całkowicie gruczoł tarczowy zwierzę zdecha przy objawach porażenia nerwów ruchowych i czuciowych.

Należy zwrócić jeszcze uwagę na chorobę, występującą samodzielnie, a przedstawiającą podobieństwo do *cachexia strumipriva*, którą Charcot nazywa *cachexie pachydermatique*. Do wszystkich wyżej wyszczególnionych objawów dołącza się tu zanik gruczoła tarczowego, chociaż, jak dotychczas, nie zanotowano, czy gruczoł zanika pierwotnie, czy następczo. Ostateczny wniosek Bruns'a jest: wole należy wyluszczyć w tych przypadkach, w których ono staje się przyczyną poważnych przypadłości, ale pamiętać należy, by nie wyluszczać całkowicie; ktokolwiek raz jeden widział obraz takiego charłactwa, stanowczo całkowitego wyluszczenia zaniecha.

(*Sammlung klin. Vorträge. Nr. 244.*)

A. Poznański.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Parę tygodni temu podnieśliśmy w piśmie naszym niewłaściwość zapisywania lekarstw, według tajemnych, dla ogółu lekarzy niezrozumiałych znaków. Obecnie podnosimy inną, z poprzednią w dość bliskim związku stojącą sprawę. Od pewnego mianowicie czasu jesteśmy świadkami dziwnego i więcej niż śmiesznego zjawiska, t. j. protegowania ogromnej masy najróżnorodniejszych specyfików francuzkich. Ziółka Chambard, *pilules Dioscorides*, Syrop Forget, *gouttes amères de Beaumetz*, *Teinture de Cocheux* i inne tym podobne syropy lub ekstrakty, zapisywane bywają u nas dziś przez lekarzy niemal tak często jak olej rycynowy lub kalomel. Nie potrzebujemy dodawać jak niewłaściwym, jak ubliżającym dla naukowego stanowiska lekarza jest podobne postępowanie. Czyż więc lekarz nie potrafi sam zapisać w odpowiedniej formie wroniego oka, arseniku, kolechicyny i t. p., że aż musi się uciekać do specyfików, które kto wie czy zawierają nawet to, co zawierać powinny, a które 10 razy więcej kosztują niż lekarstwo wydane z apteki? W gruncie rzeczy, przy zapisywaniu podobnych środków, lekarz rządzi się tą samą pobudką, co i przy zapisywaniu tajemnych lekarstw, to jest chęcią otoczenia się tajemnicą przed publicznością a nawet i kolegami. Bo pytamy się kolegów, czy wielu z nich wie, co ma zawierać np. *teinture de Cocheux*? czy zresztą lekarz obowiązany jest znać wszystkie mieszaniny, które jakiś francuzki spekulant wymyślił? czy warto nawet tracić czas na odczytywanie reklam, jakimi zarzucani bywamy?

Sprostowanie. Na stronie 785 w N-rze 39 Gazety Lekarskiej z r. b. cały ustęp od słów „Podczas gdy złamanie“ i t. d. aż do wyrazu „P o t n o t a“ — przenieść na stronę 786 pod linijkę, gdyż ustęp ten stanowi początek Uwag ogólnych o złamaniach k. łydkowej.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów tablicę litografowaną, dla pracy D-ra J a k o w s k i e g o „Grzybki chorobotwórcze“ (Tab. III).

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 19 Сентября 1885 г. Друк К. Ковалевскаго, Крѣлевска Nr. 29.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W tych dniach opuściło prasę dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—5

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymariusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—28

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

można nabyć zyciorys

Professora D-ra H. Hoyerera.

napisany przez

D-ra Wł. Matlakowskiego

(st. LXXVI i portret prof. H.)

Jest to osobne odbicie zyciorysu z „Księgi Pamiątkowej“ ofiarowanej prof. H. przez współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Zewnętrzna strona wydania (druk, papier i ozdoby) jest taka sama jak w „Księdze“. Cena rubli trzy.

0—3