

GAZETA LEKARSKA

I. MATERIAŁY DO NAUKI O STWARDNIENIU TĘTNIC.

Podał

Dr Teodor Dunin.

I. Ciśnienie krwi w przebiegu stwardnienia tętnic.

Wiadomo jest, szczególnie od czasu prac HUCHARD'a, że stwardnieniu tętnic towarzyszy podwyższenie ciśnienia krwi w układzie tętniczym, który to objaw nawet, zresztą zupełnie słusznie, wysuwany bywa na pierwszy plan wśród objawów zajmującej nas obecnie choroby. Jeżeli jednak rozejrzemy się w odpowiedniej literaturze, to przekonamy się, że brak jest prawie zupełny jakichkolwiek ściślejszych danych, a mianowicie pomiarów, z którychby nabrac można pojęcia, jak się w istocie zachowuje ciśnienie krwi w stwardnieniu tętnic. Rzeczywiście ani HUCHARD w swem sławnem dziele, ani autorowie innych, niemniej cennych monografi, [EDGREN, SCHROETTER] nie podają żadnych cyfrowych danych, z czego wnosić należy, że osobiście na większą skalę pomiarów manometrycznych nie robili. W specjalnych pracach o ciśnieniu krwi, tu i owdzie znajdują się dane, odnoszące się i do stwardnienia tętnic, widać jednak, że autorowie tych prac nie rozporządzali większym materiałem, a co ważniejsza, dokonywali swych pomiarów na chorych szpitalnych, który to materiał daje tylko bardzo niepełne pojęcie o stwardnieniu tętnic. Dość powiedzieć, że wogóle chorzy dotknięci stwardnieniem tętnic rzadko i to tylko w ostatnich okresach choroby nawiedzają szpital, a niektórych form, jak np. dusznicę bolesnej prawie wcale w szpitalach nie spotykamy. To też w kwestyi nas obchodzącej właściwie rachować się należy jedynie z pracami BASCH'a, który dokonywał bardzo wiele pomiarów i na bardzo różnolitym materiale.

Autorowie, którzy osobiście nie zajmowali się badaniami manometrycznymi, twierdzą, że ten sposób badania nie daje żadnych ważniejszych danych i że proste omacywanie tętna do tych samych wyników doprowadzić może. Nikt jednak, kto się zajmował badaniem manometrycznym tętna, na to się nie zgodzi. Przedewszystkiem omacywanie tętna w najlepszym razie może nam dać jedynie pojęcie o tem, czy tętno jest twarde lub nie; wszelkich jednak wahań w twardo-

ści, mianowicie też delikatniejszych, wykazać nie może. Po drugie, i to jest ważniejsze, o samym ciśnieniu daje nam pojęcie niedokładne, a często nawet zupełnie fałszywe. Nie mówię już nawet o tem, że często tętno twarde może mieć małe ciśnienie i przeciwnie, tętno miękkie, nawet skaczące, może mieć wysokie ciśnienie; to ostatnie, ku wielkiemu memu zdumieniu, spotykałem mianowicie w blednicy. Ale i inne cechy czyto samego tętna, czy też z ogólnych danych co do krążenia poczerpnięte, nie dają nam o ciśnieniu krwi rzeczywistego pojęcia. I tak, tętno wężykowate uważane bywa zazwyczaj jako objaw stwardnienia tętnic, a więc pośrednio jako dowód zwiększonego ciśnienia w tętnicach. Tak wszakże nie jest. Posiadam wśród swego materiału nie mniej jak 8 przypadków, w których obok tętna wężykowatego ciśnienie było bardzo niskie. Tak np. 50-letni chory, radzący się mnie z powodu kolki nerkowej; żadnych subiektywnych, ani obiektywnych objawów ze strony serca, tętno mocno wężykowate, ciśnienie 90 mm. Tak samo np. 51-letni chory radzi się mnie z powodu dusznicy bolesnej. W sercu żadnych zmian obiektywnych. Tętno mocno wężykowate i twarde. Ciśnienie 130 mm. Chory ten w 1½ roku umarł nagle w napadzie dusznicy bolesnej (*angina pectoris*). Takie samo zdanie znajduję u EDGREN'a i v. BASCH'a.

Że częstość tętna nie może służyć za miarę ciśnienia, o tem wyczerpująco mówi HUCHARD, a i ja na to pisać się muszę. Prawo MAREY'a, że im ciśnienie wyższe, tem uderzenia serca stają się rzadsze, nie jest słusznem dla fizjologii¹⁾, a do patologii ludzkiej tem bardziej w całości zastosować się nie daje. Spotykamy bardzo często chorych o wysokiem ciśnieniu, a jednocześnie z szybkim tętnem; zdarza się to mianowicie w tym okresie, w którym już zbliża się dyskompensacya, o czem zresztą jeszcze później będę mówił. Co więcej wysokiemu ciśnieniu może towarzyszyć nawet bardzo szybkie tętno (*tachycardia*), jak to mianowicie się zdarza w niektórych formach choroby BASEDOW'a.

HUCHARD powiada, że dla niego najlepszą wskazówką i miarą ciśnienia w tętnicach jest wzmoczenie drugiego tonu aorty. Teoretycznie jest to zupełnie słuszne, drugi ton aorty bowiem zależy od ciśnienia panującego w aorcie, a więc i w całym układzie tętnicznym. W praktyce jednak spotykamy bardzo liczne wyjątki. Posiadam bardzo wiele pomiarów chorych, u których ciśnienie było bardzo wysokie, a jednak drugi ton aorty nie był wzmoczony²⁾. I w tych wypadkach musimy przyjąć, że był on w istocie wzmoczony, ale do ucha naszego dochodził tak znacznie osłabiony, że nie robił wrażenia wzmocnionego; prawdopodobnie najczęstszą przyczyną tego względnego osłabienia drugiego tonu aorty bywa rozedma brzeżna płuc, przez co przewodnictwo zostaje utrudnionem. Oprócz wzmoczenia drugiego tonu aorty, zależnego od wzmoczonego ciśnienia w tętnicach, spotykamy drugi ton aorty dźwięczny, t. j. mający cechy metalicznego. Ten ton dźwięczny, z d a j e się, albowiem stanowczo tego jeszcze twierdzić nie mogę, zawdzięcza swe pochodzenie zmianom anatomicznym na

1) Porównaj odpowiedni ustęp w dziele TIEGERSTEDT'a.

2) To samo powiada i v. BASCH.

samej zastawce lub w aorcie wstępującej; nie ma on bynajmniej tego znaczenia, co proste wzmożenie drugiego tonu aorty, a co najważniejsze, spotykamy go często razem z bardzo niskim ciśnieniem. W materyale mym posiadam sporo danych, które wskazują, że ton aorty dźwięczny może istnieć obok normalnego [130—140 mm.] ciśnienia, a nawet zmniejszonego i to znacznie [u jednego chorego 90 mm.]. Ale rozstrzygnięcie, czy mamy do czynienia ze wzmożonym drugim tonem, czy z tonem dźwięcznym, nie zawsze jest łatwym; często określać musiałem ton, jako „prawie dźwięczny”, nie będąc pewnym, do jakiej kategorii odnieść go należy. I to jest druga przyczyna, dlaczego z charakteru drugiego tonu aorty niezawsze wnosić możemy o ciśnieniu krwi, panującym w tętnicach.

Ze wszystkiego tego, co wyżej powiedziałem, wynika, że istotne pojęcie o ciśnieniu w tętnicach dać nam mogą jedynie pomiary sfgmomanometryczne.

Od lat kilku zajmuję się stale mierzeniem ciśnienia w tętnicach u chorych, przeważnie dotkniętych stwardnieniem tętnic. W ten sposób wykonałem około 1000 pomiarów u 440 chorych, z praktyki prywatnej pochodzących. Pomiarów dokonywałem wyłącznie zapomocą tonometru GAERTNER'a. Z pomiędzy innych przyrządów, do tego celu używanych, przyrząd BASCH'a i bardzo do niego zbliżony przyrząd POTAIN'a, dawały, przynajmniej w mych rękach, o wiele mniej pewne wyniki, tak że zupełnie ich użycia zaniechałem. Przyrząd RIVA-Rocci jest niewątpliwie najlepszym ze wszystkich, daje wyniki pewne i łatwy jest w użyciu, stale też nim się posiłkuję w szpitalu. Ale w praktyce prywatnej jest zbyt kłopotliwy, wymaga pomocnika i przytem jest trudny do przenoszenia. Że przyrząd GAERTNER'a nie jest wolny od błędu, że mianowicie u osób z bardzo grubymi palcami daje niedokładne, t. j. zbyt małe cyfry, o tem wiem bardzo dobrze. Ale z drugiej strony, w zwykłych warunkach daje tonometr cyfry nadzwyczaj ściśle; mam pomiary dokonywane u jednej i tej samej osoby w długich odstępach czasu, a cyfry otrzymywane nie różniły się nawet o 25 mm. W bardzo tylko rzadkich wypadkach napływ krwi odbywał się tak powoli i niewyraźnie, że badanie uznać musiałem za niepewne. Zazwyczaj reakcja końcowa, t. j. chwila napływu krwi jest tak wyraźna, iż pomyłki być nie może.

II. Przypadki o niskiem ciśnieniu.

Rozpatrując otrzymane przeze mnie wyniki, okazuje się przedewszystkiem, że podniesienie ciśnienia w układzie tętniczym nie jest bynajmniej stałym objawem stwardnienia tętnic. Nie mówię tu wcale o chorych, będących w okresie zaburzeń kompensacyi, gdzie osłabienie działalności serca czyni naturalnym upadek ciśnienia; tych chorych wcale nie wciągałem do mojego materyału. Mówię tu tylko o chorych, u których albo żadnych zaburzeń kompensacyi nie było, albo tylko w bardzo nieznacznym stopniu. Z pomiędzy 420 chorych, przedstawiających subiektywne lub obiektywne objawy stwardnienia tętnic, 120 miało ciśnienie normalne lub niższe od normalnego. Jest to w każdym razie fakt niespodziewany, który musimy bliżej rozpatrzeć i postarać się objaśnić,

tem bardziej, że stoi on poniekąd w sprzeczności z tem, co pospolicie o stwardnieniu tętnic piszą. Wykluczam z tej kategorii 24 przypadki, w których dominującym objawem była otyłość, przy braku wszelkich auskultacyjnych danych, któreby wskazywały na cierpienie serca i aorty, pomimo, iż wielu z tych chorych skarżyło się na silną dżdżność, miało obrzękłe nogi. Objawy te dadzą się tłómaczyć jako powstałe wskutek zmęczenia mięśnia serca, wywołanego zbyt ciężką pracą, będącą następstwem otyłości. Wykluczam również kilkanaście przypadków arytmii, co do których może zachodzić wątpliwość, czy nie powstały one na gruncie czysto nerwowym. Wykluczam wreszcie 8 przypadków, w których jedynym nieprawidłowym objawem ze strony serca było tętno wężykowate. Objaw ten sam przez się nie wskazuje bynajmniej na stwardnienie tętnic; przekonałem się przy sekcyach, że tętnica, która za życia była bardzo wężykowata, może nie przedstawiać żadnych wyraźniejszych zmian. Od czego zależy to wydłużenie tętnicy, tego nie mogę powiedzieć, dość, że nie oznacza ono bynajmniej stwardnienia tętnic. Jak już wyżej mówiłem, w tych przypadkach ciśnienie często bywa normalnem lub obniżonem, co dowodzi, że przyczyny wydłużenia są czysto miejscowe.

Pomimo tego wykluczenia, pozostaje 80 przypadków, w których zmiany arteryo-sklerotyczne były niewątpliwe, a w których pomimo tego ciśnienie było normalne lub obniżone. Ponieważ jednocześnie mam dane o 300 chorych, dotkniętych stwardnieniem tętnic, a u których ciśnienie było podniesione, wypadnie więc, że pierwsza kategoria przypadków stanowi 21%, wszystkich chorych, co do których posiadam sfigmomanometryczne dane.

Pomiędzy temi 80 przypadkami najwięcej, albowiem 36, odnosi się do duszniczej (angina pectoris). O tej kategorii chorych będzie jeszcze mowa obszerniej, tu więc tylko zaznaczam, że *angina pectoris* bardzo często przebiega ze zmniejszonem ciśnieniem. [C. d. n.]

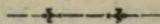
ODDZIAŁU DRA M. JAKOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

DOŚWIADCZENIA NAD DEZYNFEKCYĄ GLYKOFORMALEM.

Podał

Tadeusz Korzon,

asystent oddziału.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 46].

Do przyrzędu wiano 2 litry glikoformalu i zapalono spirytus. Po paru minutach zaczęła się wydobywać z sykiem para wodna, zmieszana z formaldehydem. Drzwi, prowadzące do sąsiedniego pokoju, w których staliśmy z kol. TURSKIM, natychmiast zamknęliśmy i szpary pod drzwiami i z boków drzwi,

a także dziurkę od klucza zatkaliśmy watą. Drzwi miały niedostrzegalne szczeliny w deskach swoich i z tych wydobywał się tak gryzący gaz, że co prędzej trzeba było uciekać. Pokój, który sąsiaduje z pokoikiem dezynfekowanym, łączy się drzwiami z kamerą dezynfekcyjną. Drzwi te również zamknięto. Po 30-tu godzinach bez wprowadzania amoniaku otworzyliśmy pokój, w którym odbywała się dezynfekcja. W sąsiednim pokoiku i w kamerze dezynfekcyjnej otworzyliśmy na przestrzał okna. Ja wynosiłem przedmioty dezynfekowane z pokoiku. Porywałem po jednym przedmiocie i na miejscu zamykałem szalki PÉTRÉ'ego i próbówki i wybiegałem do sąsiedniego pokoju, oddając je kol. TURSKIEMU przez posługacza. Kol. TURSKI naklejał odpowiednie znaki na wynoszonych przedmiotach. Podczas przebywania w pokoiku, gdzie odbywała się dezynfekcja, wstrzymywałem oddech, gdyż wciągnięcie z oddechem gryzącego zapachu literalnie dusiło. Z oczu lzy lały się ciurkiem.

Wszyscy autorowie zaznaczają, że zapach formaliny najdłużej trzyma się drzewa. W pokoiku tym, prócz drzwi i ramy okiennej u małego okienka, żadnego drzewa więcej nie było, a jednakże w pokoiku tym po kilku dniach był jeszcze tak gryzący odór, że przebywać w nim dłużej nad kilka minut byłoby niepodobiestwem. U kilku autorów spotkałem wzmianki, że przy dezynfekcji glikoformalem i wogóle formaliną nie ginęło robactwo, jak prusaki, karaluchy i t. p. Otóż w naszym doświadczeniu w szalkach znaleźliśmy zabitego prusaka i zabita muchę.

Zabicie robaków i tak długie trzymanie się nieznośnego odoru możnaby, zdaje się, związać z tą ogromną przewagą glikoformalu, jaką na mały pokoiik 14 metr. sz. zużyliśmy.

Zaznaczyć również należy, że wszystkie szalki były pokryte wilgotnym, lepkim nalotem gliceryny.

Natychmiast po wydobyciu przedmiotów dezynfekowanych zrobiliśmy przeszczepienia ze wszystkich hodowli na agar, a w części na bulion. Wszystkie kawałki płótna umieściliśmy w bulionie po uprzednim wysuszeniu ich przez $\frac{1}{2}$ godziny w sterylizatorze przy ciepłocie 30° C.

Niektórzy autorowie przed umieszczeniem płatków w bulionie opłukiwali je w roztworze amoniaku, aby zneutralizować te resztki formaldehydu, jakie na nich pozostać mogły i które, ich zdaniem, mogły przeszkadzać następczemu rozwojowi odpowiednich bakterii po przeniesieniu płótna do bulionu. FLICK nie przypisuje jednak temu zabiegowi wielkiego znaczenia. My ze swej strony nie robiliśmy tego z następujących powodów. Przyrząd rozpylający rozrzuca właściwie drobniuchne kropelki płynnego formaldehydu i w ten sposób dezynfekuje. Jeżeli zatem chcieć być konsekwentnym, to należałoby wszystkie hodowle agarowe, zwłaszcza na płytkach, opłukiwać przed przeszczepieniem wodą z amoniakiem, czego żaden z autorów nie robił. Samo opłukiwanie może niekorzystnie odbić się na czystości otrzymanych później hodowli, a wszelkie zanieczyszczenie utrudnia orientowaniu się w wynikach dezynfekcji. Nieopłukiwanie przypuszczalnych resztek formaliny mogłoby zresztą wpłynąć na ocenianie wyników dezynfekcji tylko w sensie dodatnim, t. j. że mogłoby być uznanem za zdezynfekowane to, co w rzeczywistości niem było. My, jak już nadmie-

niem, przełożyliśmy wystuszenie, a właściwie wyparowanie przypuszczalnych resztek formaliny przy ciepłocie 30° C. przez 1/2 godziny. Wszystkie hodowle *anthracis*, jakie znajdowały się pod działaniem formaldehydu, zaszczepiliśmy zwierzętom, a mianowicie: trzem królikom i jednej śwince morskiej.

Wyniki naszego doświadczenia były następujące:

W 12 godzin po dokonanych przeszczepieniach otrzymaliśmy mocne i wyraźnie rozwinięte hodowle:

- 1) *bac. Löffleri* z hodowli na płytce, która była przykryta tylko bibułą,
- 2) *bac. Löffleri* z płytki, umieszczonej pod kołdrą,
- 3) *bac. Löffleri* z hodowli agarowej w próbówce, która otwarta leżała poziomo, wylotem skierowana w stronę przyrządu,
- 4) *bac. anthracis* z hodowli agarowej w próbówce, leżącej poziomo, jak wyżej,
- 5) *bac. typhi abdomin.* z próbówki z hodowlą agarową, poziomo położoną,
- 6) *staphylococcus aureus* z agarowej hodowli w próbówce poziomo położonej.
- 7) *staphylococcus aureus* z hodowli bulionowej w próbówce, która stała pionowo podczas dezynfekcyi, otwarta.

Na drugi dzień rozwinęły się mocno:

- 1) *bac. typhi abdomin.* z bulionowej hodowli w próbówce, która podczas dezynfekcyi stała otwarta w pozycji pionowej,
- 2) *staphylococcus aureus* z płytki, umieszczonej pod kołdrą.

W 5 dni po przeszczepieniu rozwinął się:

- 1) *bac. anthracis* z płytki, która była pod kołdrą. Zrobiono szczepienie zwierzęciu.

Z kawałków płótna zakażonych nie rozwinęło się nic.

Ze zwierząt szczepionych, po 50-iu godzinach od chwili szczepienia padł królik, któremu zaszczepiono hodowlę agarową *anthracis* z próbówki, leżącej poziomo podczas działania glykoformalu. Zrobiliśmy sekcję i w preparatach ze śledziona znaleźliśmy czystą hodowlę karbunkułu. Świnka morska, której zaszczepiliśmy *anthrax*, otrzymany po przeszczepieniu z płytki, umieszczonej pod kołdrą, padła w 48 godzin od chwili szczepienia. Zrobiliśmy sekcję i w preparatach ze śledziona znaleźliśmy olbrzymią ilość czystej hodowli *bac. anthracis*.

We wszystkich otrzymanych po dezynfekcyi hodowlach nigdzie nie mieliśmy zanieczyszczenia — wszędzie były czystki hodowle tych tylko bakteryi, które były użyte do doświadczenia.

Omawiając teraz otrzymane wyniki, musimy na wstępie zaznaczyć, że w głównych zarysach zgadzają się one z wynikami, jakie otrzymała ogromna większość autorów.

Jak widzimy, wszystkie 4 hodowle agarowe *bac. anthracis*, *bac. typhi*, *bac. Löffleri* i *staphylococci* — w próbkach były wystawione na działanie glykoformalu w ten sposób, iż ułożone były trochę pochyło, otwartym końcem wzniesione lekko w górę i wylotem skierowane do przyrządu w odległości metra przeszło od samego przyrządu. Żadna z tych hodowli nie tylko nie została zabita, ale nawet nie uwidoczniło się jakiegokolwiek osłabienie ich żywotności. Szczepienia,

dokonane z nich na gruncie odżywece, dały w 12 godzin bujny rozrost odpowiednich hodowli, a zwierzę szczepione hodowlą *anthracis*, która była poddana działaniu glikoformalu, padło tak samo w 50 godzin, jak i przed dezynfekcją zwierzę kontrolujące.

Z czterech hodowli na płytkach, przykrytych bibułą, zginęły *bac. typhi*, *bac. anthracis* i *staphylococcus*, nie zginął natomiast *bac. Löffleri*. Dziwnem jest, że zginął *anthrax*, jeżeli nie został zabity *bac. Löffleri*; wynik taki skłonni jesteśmy przypisywać raczej słabemu rozwojowi *bac. anthracis* na płytkach [o czem wyżej wspominałem], niż sile zabójczej formaldehydu.

Z czterech hodowli *bac. typhi*, *anthracis*, *Löffleri* i *staphylococci*, umieszczonych pod kołdrą zginął jeden tylko *typhus*; *bac. Löffleri* dał w 11 godzin bujną hodowlę; *staphylococcus* dał dobrą hodowlę po 24-ch godzinach; *anthrax* dał hodowlę dopiero po 5-iu dniach, ale był słabo od razu rozwinięty na płytce wstawionej pod kołdrę.

Tak więc co do hodowli dezynfekcja dała wyniki wcale niezachęcające. Nie można też dopatrzeć się jakiegokolwiek prawidłowości w działaniu glikoformalu, a uderza przedewszystkiem nadzwyczajna nierównomierność wyników: pod tą samą kołdrą ginie np. *typhus*, a nie ginie *Löffler*—choć naogół *bacillus Löffleri* nie należy do bardzo odpornych; glikoformal ma odznaczać się dużą zdolnością przenikania w głąb; a tymczasem w 4-ch otwartych próbkach, prawie poziomo leżących [warunek utrudniający], ani jedna hodowla nie została zabita.

Przypominamy tu, że jeden przyrząd LINGNER'a uważa się za wystarczającą na 70—80 metr. sz. przestrzeni. W takich warunkach robili inni autorowie, jak FLICK, FRIEDEMANN, VAILLARD i LEMOINE. W przyrządzie LINGNER'a rozpyła się zawsze dwa litry glikoformalu.

My zaś dwa litry glikoformalu rozpyliliśmy w przestrzeni tylko 14,5 metrów sz., czyli mieliśmy bardzo silne działanie, *notabene* przy ciepłocie 26°—22° C., uważanej za najlepszą. Składu chemicznego użytego przez nas glikoformalu nie sprawdzaliśmy pod względem procentowej zawartości formaldehydu z następujących powodów. Mieliśmy w rozporządzeniu 4 litry glikoformalu w zapieczętowanych butlach, tak jak je wysyła firma LINGNER'a, a ponieważ tylko od nich glikoformal i przyrząd dostać można, przeto, jeżeliby kto chciał robić dezynfekcję glikoformalem, musi użyć tylko ich preparatu, gdyż w sprzedaży innego niema. W instrukcyi, dodawanej do przyrządu, firma LINGNER'a usilnie zastrzega, że najbardziej odpowiadającą celowi mieszaninę formaldehydu z gliceryną nazwała „glikoformalem” i za swój tylko preparat [opatentowany we wszystkich państwach] odpowiada. DZIERZGOWSKI w przysłanych sobie flakonach określał ilość formaldehydu i znalazł wogóle 38% czystego formaldehydu—jeden tylko flakon z ogólnej liczby kilku zawierał 26%. Gdyby nawet zresztą przypuścić, że użyty przez nas glikoformal zawierał może trochę mniej formaldehydu niż 40%, to zato kolosalna przewaga materiału dezynfekującego w stosunku do przestrzeni [14 metrów zamiast 70] pokryłaby najzupełniej jakiś przypuszczalny mniejszy procent formaldehydu.

Co się tyczy zakażonych kawałków płótna, to ponieważ z założonych płatków kontrolujących, jeden tylko, zakażony *staphylococco aureo*, dał hodowlę, a inne nie, przeto tylko co do płatków zarażonych gronkowcem mamy prawo twierdzić, że zostały zdezynfekowane, co do innych stanowczych wniosków wypowiedzieć nie możemy. Ponieważ wszyscy autorowie zgadzają się, że dezynfekcyja formaliną, a szczególnie glykoformalem daje dobre wyniki, o ile przedmiot jest zupełnie dobrze dostępny dla działania formaldehydu, a niektórzy przypisują nawet formaldehydowi zdolność przenikania w niezbyt głębokie szpary, przez pewną warstwę tkaniny, możnaby przeto przypuścić, że zakażone płatki byłyby zdezynfekowane, gdyby nawet ze wszystkich płatków kontrolowych rozwinęły się hodowle. Wiadomo, że samo wysychanie na płótnie niezbyt odpornych zarazków może spowodzić ich śmierć. Dlatego też, o ile autorowie w swych doświadczeniach nad dezynfekcją formalinową manipulowali tylko kawałkami zakażonego płótna, nie zakładając płatków kontrolowych, wyniki dodatnie, otrzymywane przez nich, skłonni jesteśmy sceptycznie oceniać.

Wprawdzie w warunkach zwykłej dezynfekcyi mieszkań nie mamy do czynienia z czystymi hodowlami na gruntach odżywczych, bez wątpienia trudniej ulegającymi zabiciu, niż wysuszone gdzieś zarazki na ścianie lub podłodze,— jednakże jako kryterium do oceniania skuteczności pewnej metody dezynfekcyi powinny, zdaniem naszym, służyć warunki jak najtrudniejsze—gdyż, jeżeli metodę dezynfekcyjną da się do użytku publicznego nieraz w ręce ludzi niezupełnie dobrze tę rzecz wykonywających, to nawet niedokładności pewne powinny dopuszczać możliwość skutecznej dezynfekcyi.

Tymczasem o dezynfekcyi formalinowej, co prawda nie glykoformalem, są zdania i takie, jak ABBA'y, który powiada, że o ile warstwa kurzu na stole ma grubość taką, iż jest dla oka wyraźnie widoczną, to już nie dezynfekuje się; podłoga z jej szparami nigdy, a ściany tylko gładkie, olejno malowane i czyste. Mowy już niema o tem, aby mogły być w ten sposób zdezynfekowane miękkie meble. Najlepsze dający wyniki przyrząd LINGNER'a, pokrywa wszystko lepkiem osadem gliceryny. Robiono próby takie, że wkładano w nos buta przedmiot zakażony, otóż nie zdarzyło się ani razu, żeby przedmiot ten został zdezynfekowany. A tymczasem ani butów, ani futer dezynfekować w parze wodnej nie można, bo się popsują. Dla tej dezynfekcyi właśnie sprawiono przyrząd LINGNER'a w szpitalu Dzieciątka Jezus. Tymczasem na zasadzie badań innych autorów i naszego własnego doświadczenia nie możemy nigdy mieć absolutnej pewności, że tkwiące gdzieś w futrze zarazki nie będą w takich samych warunkach względem glykoformalu, jak nasza płytka z hodowlą, umieszczona pod kołdrą lub tylko choćby pod bibułą, gdzie w obydwóch razach otrzymaliśmy czyste hodowle tego zarazka.

W opisie informacyjnym, dołączonym do przyrządu LINGNER'a, powiedziano, że, jeżeli przyrząd działał dobrze, to po skończonej dezynfekcyi powinno pozostać niedużo glykoformalu. Otóż w naszym doświadczeniu wyleliśmy z przyrządu tylko czystą wodę, jaka się przedostała do kociołka jużto w postaci pary, już też przy wylewaniu i przechylaniu przyrządu.

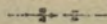
Dla porównania przytoczymy tu zdania kilku autorów, którzy pracowali z tym samym przyrządem LINGNER'a i porównywali go nawet z innymi. Pierwszeństwo oddają prawie wszyscy przyrządowi LINGNER'a.

Wyniki otrzymane tak się przedstawiają: ELSNER i SPIERING zaznaczają obecność długą bardzo mocnego odoru formaliny. Tam, gdzie były zupełnie otwarte, niczem nieprzykryte zarazki gronkowca, tyfusu i karbunkułu — wszystkie po 3-ch godzinach zostały zabite, w innych warunkach dezynfekcyja nie dała dobrych wyników. MANSOLT z dezynfekcyi glykoformalem otrzymał wyniki złe. FLICK w doświadczeniach nad przyrządem LINGNER'a doszedł do przekonania, że absolutnej pewności co do skutecznej dezynfekcyi mieć nie można, chociaż używał tylko gronkowca zlocistego i otrzymał w 86% przedmiotów dezynfekowanych zupełne wstrzymanie lub osłabienie wzrostu bakteryi. SCHNERDER używał do doświadczeń zarazków cholery, tyfusu, dyfterytu i karbunkułu. Przedmioty, przeznaczone do dezynfekcyi, poddawane jej były w stanie suchym i wilgotnym. Używał także i samych hodowli wymienionych wyżej zarazków. Po 3-ch godzinach otwarte, nieprzykryte niczem przedmioty po większej części zostały zdezynfekowane, a więc nie wszystkie. Rzeczy i hodowle zakryte często wykazywały po dezynfekcyi osłabienie wzrostu bakteryi, a często żadnego wpływu na nie dezynfekcyja nie wywarła.

W zakończeniu muszę jeszcze dodać, że chociaż podaliśmy tu wyniki tylko jednej próby, ale prób takich przerobiliśmy dwie. W pierwszej próbie otrzymaliśmy na płytkach w niektórych hodowlach zanieczyszczenie i wskutek tego nie chcieliśmy wyników używać, jako materiału naukowego. Przerobiliśmy więc doświadczenie po raz drugi. Niektóre jednak fakty powtarzały się w obydwóch doświadczeniach. Tak np. *anthrax* z próbowki otwartej, leżącej poziomo, zaszczipiony po dezynfekcyi zwierzęciu, zabił je tak samo w 50 godzin, jak i bez dezynfekcyi. Rozwijały się również stafilokoki i *anthrax* z bulionowej hodowli, otwartej, stojącej poziomo.

Cała wyższość dezynfekcyi glykoformalem nad innymi metodami dezynfekcyi formalinowej ma polegać na znacznej zdolności przenikania poprzez różne przykrycia, w szpary, zakątki, której to zdolności stanowczo można odmówić wszystkim metodom dezynfekcyi formalinowej, polegającym na wytwarzaniu suchego gazu formaldehydowego. Jak widać z przeglądu literatury i z naszych doświadczeń, rzeczywiście pewna zdolność przenikania musi być glykoformalowi przyznana, ale, zdaniem naszym, nie jest ona wystarczającą, aby dać pewność, że rzeczy, poddane jego działaniu, zostaną zupełnie wyjałowione. Można by się zgodzić na to, że pokój, w którym leżał chory zaraźliwy, pokój mający *notabene* szczelną podłogę, może być glykoformalem dobrze zdezynfekowany, ale nie może to dotyczyć rzeczy miękkich, wyściełanych mebli lub nawet drewnianych, lecz rzeźbionych w kunsztowne załamania, pościeli, ubrania i książek, które w tym pokoju były.

L I T E R A T U R A.



BUCHNER i SEGALL. Ueber die gasförmige antiseptische Wirkung des Chloroforms, Formaldehyds und Kreolins. München. med. Wochenschr. 18 89.

- ARONSON. Ueber die antiseptische Eigenschaften des Formaldehyds. Berlin. klin. Wochenschr. 1892.
- TRILLAT. Sur la propriété antiseptique de la formaldehyde. Compt. rend. T. CXIV.
- BERLIOZ i TRILLAT. Sur les propriétés des vapeurs du formal ou aldéhyde formique. Compt. rend. T. CXV.
- STAHL. Formalin. Pharmaceut. Zeitung. 1893.
- LEHMANN. Vorläufige Mitteilungen über die Desinfection von Kleidern, Büchern, Bürsten, Kämmen etc. mit Formaldehyd. Münch. med. Wochenschr. 1893.
- BLUM. Formaldehyd als Antiseptikum. München. med. Wochenschr. 1893.
- GEGNER. Ueber einige Wirkungen d. Formaldehyds. Dissertation. Erlangen. 1893.
- ASCOLI. Sul potere desinfettante della formalina. Milano. [Civelli] 1894.
- v. ERMENGEM i SUGG. Recherches sur la valeur de la formaline à titre de désinfectant. Arch. de Pharmakodynamie. Vol. I. 1894.
- PHILIPP. Ueber die Desinfection von Wohnräumen durch Formaldehyd. Münch. med. Wochenschr. 1894.
- SLATER i RIDEAL. On formaldehyd as an antiseptic. Lancet. 1894.
- BORDONI-UFFREDUZZI. Ueber den Wert einiger für die Desinfection geschlossener Räume vorgeschlagenen gasförmigen Desinfectionsmittel. Mitteilung. aus d. internation. med. Kongresse. Referat im Centralblatt f. Bacteriologie u. Parasitenkunde. Bd. XV.
- SCHÖUFELD. Mitteilung über den neuen SCHLOSSMAN'schen Desinfectionsapparat und das Glycoformal. Deutsche med. Wochenschr. 1898. № 40.
- CZAPLEWSKI. Ueber Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd. Münch. med. Wochenschr. 1898. № 41.
- GRAZIANI G. Ricerche sperimentale sulla formalina. La Rif. med. 1898. № 171.
- BURCKHARD G. Zwei Beiträge zur Kenntniss der Formalin Wirkk. Centralbl. f. Bacter. Bd. 18, r. 1895, Nr. 9, 10.
- VANDERLINDEN i DE BUCK. Recherches bacteriologiques sur la valeur de la formaline considérée comme antiseptique. Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique. 1895. Nr. 1, str. 76.
- FREYMUTH. Choleradesinfectionsversuche mit Formalin. Deut. med. Wochenschr. 1894, str. 649.
- SCHNEIDER. Zur Desinfectionswirkung des Glycoformals unter Anwendung des LINGNER'schen Apparats. Archiv f. Hygiene. Bd. XXXVI, str. 27.
- v. ROSITZKY. Ueber ein einfaches, für den praktischen Arzt bestimmtes Verfahren zur Kleiderdesinfection mittels Formaldehyd. Münch. med. Wochenschr. 1899. Nr. 42.
- TRILLAT. La formaldehyde et ses applications pour la désinfection des locaux contaminés. Centralbl. f. Bacter. T. 20, str. 837.
- VAILLARD L. i LEMOINE G. Sur la désinfection par les vapeurs de formaldéhyde. Annales de l'Institut Pasteur. 1896. Nr. 9.
- WALTER. Zur Bedeutung des Formalins bezw. Formaldehyds als Desinfectionsmittel. Zeitschr. f. Hygiene. T. XXV, str. 421—451.
- WIEBER. Desinfection durch Formaldehyddämpfe. Zeitschr. f. Medicinalbeamte 1897. № 2
- NIEMANN. Zur Desinfection von Wohnräumen mittels Formaldehyds. Deut. med. Wochenschrift. 1896. Nr. 46.
- KRAUSE. Zur Kenntniss des Formaldehyds und der Bartelschen Lampe zur Erzeugung desselben. Monatshefte f. prakt. Tierheilkunde. T. XII. Z. 5, str. 200—215.
- IWANOW. Zur Frage über das Eindringen der Formalindämpfe in die organischen Gewebe. Centralbl. f. Bacteriol. T. 22, str. 50.
- WALTER. Weitere Untersuchungen über Formaldehyd als Desinfectionsmittel. Zeitschr. f. Hygiene u. infect. Krankh. 1897. T. XXVI. Z. 3, str. 454.
- GEHRTE. Versuche über die desinfectatorische Wirkung der mit dem SCHERING'schen Apparat „Aeskulap“ erzeugten Formalindämpfe. Deutsche med. Wochenschr. 1898. Nr. 15.
- HANS HAMER u dr FEITLER. Ueber die elective Wirkung des Formalins auf Milzbrandbakterien. Centralbl. f. Bacter. T. 24, str. 349.

ABBA F. i RONDELLI A. Das Formaldehyd und die öffentlichen Desinfectionen. Zeitschr. f. Hygiene. T. XXVII. 1898. Z. 1.

DIEUDONNÉ. Ueber neuere Methoden zur Desinfection grösserer Räume mittels Formaldehyd. Apotheker Zeitung. 1898. Nr. 60.

PRAUSNITZ W. Ueber ein einfaches Verfahren der Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd. Münch. med. Wochenschr. 1899. Nr. 1.

HESS O. Formaldehyd als Desinfectionsmittel, Inaug. Dissertation. Marburg. 1898.

HAMERL K. i KERMANNER F. Zur Desinfectionswirkung des Formalins. Münchener med. Wochenschrift. 1898. Nr. 48.

SCHUMBURG. Zur Technik der Formalindesinfection. Deutsch. med. Woch. 1898. Nr. 52.

ELSNER u. SPIERING. Ueber Versuche mit einigen Apparaten zur Formalindesinfection. Deutsche med. Woch. 1899. Nr. 46.

DNOCH C. Eine neue Desinfectionsmethode mittels Formaldehyd. Hyg. Rundschau. 1890. Nr. 25.

Desinfectionsversuche mit Formaldehyd. Sanitar-demograph. Wochenbulletin aus dem Bacter. Instit. Bern. 1899. Nr. 43, 45.

MANSHOLT. Over desinfectie van vertrekken door middel van Glykoformal. Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. 1899. Nr. 2, str. 249.

TVÉTROP. La desinfection des locaux. Annales et Bulletin de la Société de Médecine d'Anvers. 1897. Septembre, str. 201.

DE SCHWEINIZ E. A. The amount of formaldehydegas yielded by different lamps and generators. Reports and Papers of the American public Health Assoc. vol. 23, str. 118.

MESHANE J. F. and W. STOKES. Some experiments with formaldehydegas. Reports and Papers of the American public health Assoc. vol. 23, str. 114.

HARRINGTON C. The possibilities and limitations of formaldehyde gas a disinfectant. Amer. Journal of the med. sciences. Vol. 115, str. 56 January.

HINZ. Experimentaluntersuchungen. Zur Frage des Verwendbarkeit des Formaldehydgases zur Desinfection von Kleidungsstücken und von Wohnräumen. Gesundheit. 1900. Nr. 13, 14

BARONE. La formaldeide gassosa a la disinfezione degli ambienti [glicoformal edigazolo] Annali d'Igiene sperimentale. Nr. 4, str. 463.

ABBA F. Sulla disinfezione degli ambienti colla formaldeide. Rivista d'Igiene e Sanità publico. Nr. 24, str. 1006.

ABBA F. Ancora sulla disinfezione degli ambienti colla formaldeide. Ibidem Nr. 10, 12, str. 418, 489.

WIRGIN G. Etudier äfoer rumsdesinfection. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. T. 5, str. 136. Z. 2, 3.

PETRUSCHKY J. Fortschritte in der Wohnungsdesinfection durch Verwendung des Formaldehyds gesundheit. T. 24. Nr. 1, str. 5.

KOBERT. Demonstration des combinirten Formalindesinfectionsapparates von SCHERING. Münch. med. Woch. Nr. 22, str. 752.

KERMEKTSCHIEFF A. C. Le formal et la desinfection des locaux contaminés. Thèse pour le doctorat en Médecine. Paris. 1899.

MILEWSKI S. Ueber Desinfection von Büchern und Correspondenz. Wojenno-med. žurnál. Nr. 5.

FRIEDEMANN M. Zur frage der Zimerdesinfection mit Formaldehyde. Deutsch. med. Woch. Nr. 249.

NOWACK. Ueber die Formaldehyddesinfection nach Flügge. Hyg. Rundschau. T. 9. Nr. 18, str. 913.

LEICK. Demonstration des LINGNER'schen Desinfectionsapparates. Sitzung des med. Vereins Greifswald vom 4 Februar. 1899.

FLICK. Raumesinfectionsversuche mit dem LINGNER'schen Desinfectionsapparate.

SIMON. THOMAS u. van HOUTUM. De Glycoformaldesinfectie. Nederl. Tijdschr. v. geneeskunde. T. 2, str. 922.

KAUP. Die Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd. Wien. med. Woch. 1899. Nr. 42, 43, 44.

FLICK CARL. Ein Kontrollversuch zur Glykoformal und kombinierten Paraformaldehyd-
desinfection. Centrbl. f. Bacter. T. XXVIII, str. 244.

SPENGLER CARL. Unter welchen Voraussetzungen desinficieren Formalindämpfe. Centrbl.
f. Bacter. T. XXVIII, str. 704.

RAPP. Ein Beitrag zur Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd ohne Apparate. Apotheker.
Zeit. 1901, Nr. 93.

SCHAB. Beitrag zur Desinfection von Leihbibliotheksbüchern. Centrbl. f. Bacter. T. 21,
Nr. 4, str. 141.

ROSENBERG P. Ueber die Wirkung von Holzin, Holzinol und Steriform. Deutsche med.
Woch. Nr. 7, str. 53.

ROSENBERG P. Ueber die Wirkungen des Formaldehyds im Holzin und Steriform. Zeitschr
f. Hygiene, T. 24.

GEMÜND W. Desinfectionsversuche mit der neuen Methode der Fabrik Schering: Verga-
sung von Formalinpastillen und Formalindesinfector. München. med. Woch. Nr. 50, str. 1439.

DJURBERG. Desinfectionsförsök med dem TRILLAT'ske Autoclaven. Hygiea, T. 59, Z. 6.

MÜLLER PAUL T. Vergleichende Untersuchungen über die desinfizierende Wirkung und
die räumliche Verteilung des Formaldehyds bei dem Versprayungs- und Verdampfungs-Verfahren.
Centrbl. f. Bacter. T. XXX. Nr. 20. 1901.

KAUSCH O. Die Entwicklung der Formaldehyddesinfection. Centrbl. f. Bacter. T. XXXI.
Nr. 3, str. 65.

DZIERZGOWSKI S. Przyczynę do nauki o dezynfekcyi mieszkań. Gaz. Lek. 1899. Nr. 6, 7,
str. 135, 166.

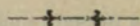
FEILCHENFELD i NENCKI. Dezynfakcyja formaliną z krążków KRELL'a. Zdrowie. 1900. Nr. 7.

III. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

Podali

Wl. Starkiewicz i T. Gryglewicz.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 46].

Z licznych a zażartych sporów, jakie się w ciągu 20-tu lat ostatnich toczyły o to, czemu w gruźlicy przypisać pierwszorzędne znaczenie—czy zarazkowi, czy odporności, wynikał niewątpliwy już wniosek, że zarazek ma tu główne znaczenie. Tem niemniej pozostała pewna rola i dla odporności jednostkowej. Rola ta niewątpliwie odbija się na przebiegu suchot. Właśnie owych suchotników niegorączkujących i podgorączkowych należałoby uznać za odporniejszych, mniej usposobionych do gruźlicy. Żyjąc w warunkach prawidłowych, osoby te nie dostałyby może suchot; tam zaś, gdzie panuje silna epidemia gru-

żlicy, gdzie wskutek złych warunków higienicznych, niechlujstwa ludności, skupienia jej w ciasnych mieszkaniach i t. p. ogniska zarazy są daleko liczniejsze i niebezpieczniejsze, tam na gruźlicę zapadnie wielka liczba osób względnie odpornych, u których przebieg choroby będzie łagodniejszy.

Ten wzgląd właśnie mógłby zachodzić u naszej ludności i tłómaczyć przypuszczalną przewagę przypadków złagodzonych w porównaniu z innymi krajami, jeżeliby taka rzeczywiście istniała.

Gdybyśmy teraz raz jeszcze zwrócili uwagę na łagodniejszy przebieg suchot u osobników starszych, to kto wie, czy przyczyny tego nie należałoby szukać nie tylko w węższych naczyniach chłonnych oraz wolniejszym obiegu soków, jak chce CORNET, ale i w pewnej odporności starszych osób na gruźlicę. Sam fakt, że dany osobnik dożył do 50-ku, 60-ku, czy więcej lat i na gruźlicę wcześniej nie zachorował, świadczy już poniekąd o pewnej jego odporności. Nie przeszkadza to bynajmniej temu, że z wiekiem, jak to wykazał u nas dr CHEŁCHOWSKI, liczba osób, zapadających na gruźlicę, w stosunku do liczby żyjących w tym wieku coraz bardziej wzrasta. Wykazywano to niejednokrotnie, a w ostatnim czasie bardzo jaskrawo wykazuje to na wielkich cyfrach statystycznych CORNET.

Przypadki gruźlicy ostrej.

Na przeciwległym krańcu w porównaniu z przypadkami pod- i bezgorączkowymi stoją przypadki suchot ostre: zapalenie płuc serowate, gruźlica prosówkowa i t. zw. suchoty galopujące (*phthisis florida*). Przypadków takich naogół mieliśmy 40 [34 w dawnym i 6 w nowym szpitalu], co stanowi 8,04%. Na tę liczbę 40-tu przypadków składają się 18 [15 w dawnym i 3 w nowym szpitalu] przypadków gruźlicy prosówkowej, 14 [13+1] t. zw. suchot galopujących i 8 [7+1] przypadków zapalenia płuc serowatego.

Czy to jest dużo, czy mało? Czy szpital Dzieciątka Jezus przewyższa inne odsetką suchot o ostrym przebiegu, czy też stoi poza nimi? Na pytanie to nie umiem odpowiedzieć, bo napróżno szukałem punktu porównania w podręcznikach.

KROKIEWICZ (4) w szpitalu lwowskim Powszechnym znalazł gruźlicę prosówkową u 13,5% dorosłych suchotników, z której to liczby w 5,34% gruźlica prosówkowa była uogólniona po wszystkich narządach. WEIGERT (7) gruźlicę prosówkową ogólną znajdował u 3% suchotników, a więc blisko 2 razy rzadziej. Wydawałoby się, że w szpitalu Dzieciątka Jezus odsetka przypadków ostrych [8,04%] jest dość wysoka.

Z pomiędzy tych przypadków gruźlicy z szybkim przebiegiem zatrzymamy się nieco nad zapaleniem płuc serowatem—postacią gruźlicy, której wielu autorów niemieckich niesłusznie nie uznaje, albo też zbywa ją bardzo pobieżnie [EICHHORST, CORNET, ORTH]. Nasi anatomo-patologowie [ś. p. BRODOWSKI, PRZEWOŚKI, DMOCHOWSKI] zapatrują się na zapalenie płuc serowate zgodnie z autorami francuskimi. Obraz kliniczny tej rzadkiej postaci, a raczej powikłania suchot płucnych, dotąd nie jest ustalony. W obszernej pracy, poświęconej

temu przedmiotowi, A. FRAENKEL i TROJE (30), uznając po bardzo szczegółowych badaniach mikroskopowych i doświadczalnych odrębność zapalenia płuc serowatego, usiłują zarazem naszkicować główne objawy tej choroby.

Twierdzą, że choroba ta właściwą jest ludziom młodszym, dobrze odżywianym. Mając źródło swe w aspiracji zawartości z jam suchotniczych do zdrowych dotąd odcinków płuc, zapalenie serowate pospolicie ma zajmować dolne i tylne odcinki płuc. Chorzy, dotknięci zapaleniem serowatem, nie okazują wielkiej duszności, sinicy, przeciwnie — raczej bladość. Stałą prawie jest diazo-reakcja. Charakterystyczną ma być plwocina zielona, jak trawa (*grasgrün*).

Wykazanie laseczników gruźliczych, nawet przy zastosowaniu metody BIEDERT'a i odwirowaniu osadu, często się nie udaje. Ma to zależeć od tego, że zapalenie płuc serowate powstaje w części tylko od laseczników, przeważnie zaś pod wpływem produktów chemicznych laseczników gruźliczych, aspirowanych ze starych jam; odcinki płuc, znajdujące się w stanie *infiltration gilationeuse* LAENEC'a, mają zupełnie jeszcze nie zawierać laseczników. Masy ich zjawiają się dopiero w okresie zserowacenia chorych odcinków płuc, a to wskutek wtórnego rozmnażania. I wtedy jednak nie dostają się do plwociny, bo śmierć następuje przed rozmiękczeniem wysięku płucnego. Omyłki rozpoznawcze często są nieuniknione. Zapalenie płuc serowate niekoniecznie kończy się śmiercią zdaniem tych autorów; może przejść w okres przewlekły, a nawet zakończyć się wyzdrowieniem, czego parę przykładów przytaczają. ISRAEL zejście w wyzdrowienie zaznaczał u $\frac{3}{4}$ tych chorych.

Uznając całą wartość części mikroskopowej i doświadczalnej w pracy FRAENKEL'a i TROJE'go, którzy między innymi dowiedli, że zapalenie płuc serowate nie jest wynikiem zakażenia mieszanego, ale czystego gruźliczego, z góry już natomiast zastrzedz się muszę przeciw ich wnioskom klinicznym. Dlaczego by aspiracja zawartości z jam do zdrowych odcinków płuc nie mogła następować i u słabszych i u starszych ludzi? Czemu nie miałyby następować i do górnych zrazów, co przy leżeniu na boku, pochyleniu tułowia naprzód podczas kaszlu przecież zupełnie jest możliwe?

W zasadzie wyzdrowienie wyobrazić sobie można, jeżeli np. nastąpi aspiracja laseczników martwych. Rozpoznawać jednak wyzdrowienie z zapalenia serowatego wobec braku sekcyi nie podobna; daleko logiczniej przypuścić tu zapalenie płuc nieżytowe u suchotnika, albo takie, jakie widywano po tuberkulizacji. Tak właśnie zapatrywaliśmy się na kilka naszych przypadków, które nastroczały podobne wątpliwości. Z naszych 8 przypadków w jednym tylko postawiono błędnie rozpoznanie (*pneumonia cachecticorum*), we wszystkich innych bowiem znaleziono laseczniki gruźlicze, a z góry ich obecność podejrzywano. Zrazy górne i dolne były równie często zajęte (po 3 razy; raz były zajęte oba górne, raz górny i dolny); strona prawa daleko częściej od lewej (5:2). Wszystkie przypadki przebiegały z wysoką gorączką — do 39° i wyżej. Plwociny zielonej nie widzieliśmy ani razu. Czas trwania (od nagłego pogorszenia do śmierci) wynosił przeciętnie 23,4 dni, (u wspomnianych autorów 6—7 tygodni).

Badanie pośmiertne we wszystkich bez wyjątku przypadkach wykazało obok swoistych zmian świeżych dawne, nieraz włókniste, zmiany gruźlicze. We

wszystkich tedy przypadkach przyjąć należy drogę zarażenia aspiracyjną, w żadnym nie podobna przypuścić masowej infekcyi z powietrza do zdrowych płuc.

Postać galopującą suchot płucnych rozpoznawaliśmy w przypadkach z przebiegiem nie dłuższym nad pół roku. Przypadków takich naliczyliśmy 14 z których jeden tylko spostrzegany był w nowym szpitalu. We wszystkich notowano wysoką gorączkę, z wyjątkiem jednego, który do samej śmierci chorego, przez dwa miesiące trwania przebiegał bez gorączki. Bardziej ostre przypadki tej kategorii— z krótkim przebiegiem— mogą dać pewne pojęcie o szybkości, z jaką sprawa gruźlicza może doprowadzić do wytworzenia jam w płucach. W jednym z naszych przypadków gruźlicy z ostrym przebiegiem wystarczyło do tego 4-tygodniowe trwanie choroby. Błędne rozpoznanie postawiono w jednym przypadku, w którym sprawę gruźliczą w płucach wikała złośliwa wysypka syfilityczna. I ten przypadek przebiegał z wysoką gorączką, natomiast zupełnie bez kaszlu, co przyczyniło się do odwrócenia uwagi od sprawy płucnej.

Daleko więcej omyłek rozpoznawczych popełniono w przypadkach gruźlicy prosówkowej, bo 7 na 18. 3 przypadki rozpoznano jako *leptomeningitis cerebrospinalis*, 1 jako tyfus brzuszny. W jednym z pozostałych—bezgorączkowym, przybyłym na krótko przed śmiercią, rozpoznano paraliż postępowy na mocy zaburzeń psychicznych i dzięki zupełnemu brakowi danych anamnestycznych. W 2-ch przypadkach rozpoznano zapalenie krupowe w górnych płatach.

Ciepłota na ogół bywała wysoka, w 3-ch tylko przypadkach przebieg był bezgorączkowy; w jednym przed śmiercią ciepłota spadła do 33,9°.

Czas trwania choroby wynosił przeważnie 3—4 tygodni, w jednym przeciągnął się do 1½ miesiąca. W znacznej stosunkowo odsetce przypadków wywiady wskazywały na przebyte dawniej krwioplucie, gdyż aż w 10 na 18, podczas gdy na pozostałe 22 przypadki gruźlicy z ostrym przebiegiem krwioplucie notowano tylko 5 razy.

Zasługiwałyby na uwagę kwestya poro roku, w której przypadki ostre suchot najczęściej się zdarzają w naszym kraju. Można by sobie wyobrazić, że siła vegetacyjna grzybków wzrasta w pewnych porach roku, lub też odwrotnie, że siła odporności ustroju, jego warunki wewnętrzne zmieniają się zależnie od nich w tym lub owym kierunku.

Dane w literaturze obcej w tym względzie są bardzo sprzeczne. Zdaniem JACOUD, najliczniejsze przypadki gruźlicy prosówkowej rozwijają się w zimie; BUHL z Monachium i LEBERT z Zurychu widywali gruźlicę prosówkową przeważnie w kwietniu i maju; VIRCHOW—w pierwszych miesiącach letnich, to samo LITTEN, EICHHORST, BENDA (31).

Z naszych przypadków ostrych najwięcej (19) przypada na miesiące zimowe, na jesienne—11 przypadków, na wiosenne—9. Z miesięcy letnich, w czerwcu spostrzegano jeden tylko przypadek. Przypominamy wszakże, że brak nam danych dla lipca i sierpnia.

Interesującą byłoby rzeczą obliczyć przeciętny czas trwania suchot aż do śmierci u naszych chorych szpitalnych. Próbę takiego obliczenia na naszym oddziale robił kol. DĄBROWSKI za pierwsze 4 lata okresu, objętego niniejszem sprawozdaniem. Wypadło mu niecałe dwa lata (1 r. 8 m.);

cyfra bardzo zbliżona do otrzymanej przez CORNET'a (6), który za przeciętną dla wszystkich suchotników uważa 2 do 3 lat, wbrew dawniejszym twierdzeniom DETTWEILER'a. DETTWEILER przyjmował 7 lat, ale rachunki wyprowadzał dla suchotników, leczących się w sanatoryach dla zamożnych osób, wyłączał dzieci i przypadki ostre. Nawiasowo wspomnę, że obliczenia przypuszczalnej liczby suchotników w Królestwie opierały się właśnie na cyfrze DETTWEILER'a przeciętnie siedmioletniego trwania suchot.

Rachunku powyższego jednak dla następnych lat nie powtarzałem, a to z tego względu, że zostawiał bardzo szerokie pole do dowolności. Anamnestyczne dane od naszych chorych o początku cierpienia płucnego często są bardzo niepewne. Wielu chorych za początek choroby podaje ostatnie jej pogorszenie; u wielu innych znów nie podobna dojść, kiedy suchoty przyłączyły się do dawniejszej rozedmy lub niezytu oskrzeli przewlekłego. [C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

5. Z dziedziny teratologii.

Na początku roku bieżącego, dzięki uprzejmości dra WEJSŁA mieliśmy możliwość dokonania w sali sekcyjnej szpitala Wolskiego dokładnych oględzin potworka. Potworek ów pochodził od 38-letniej mężatki, która przedtem urodziła 9 ro zupełnie dobrze rozwiniętych dzieci. Do porodu z powodu wypadnięcia obydwóch rączek został wezwany dr WEJSSEL, który, dokonawszy obrotu na nóżki, wy dostał potworka z wielkim trudem wskutek oporu główki. Przytem przy wydobyciu główki wylała się z niej wielka ilość płynu surowiczego.

Zboczenie dotyczy wyłącznie główki dziecka, gdyż reszta ciała sformowana była zupełnie normalnie. Główka przedstawiała się jak następuje: twarz mniej więcej normalna, aż do górnego brzegu oczodołów; stąd, idąc w górę, nie napotyamy wcale czoła w zwykłym znaczeniu tego wyrazu, to jest nie spotykamy płaszczyzny pionowej, lecz przeciwnie, zaraz nad oczodołami znajdujemy płaszczyzną poziomą, długości 6, szerokości 6 $\frac{1}{2}$ ct.

Na odległości owych 6 ct. od górnego brzegu oczodołów, a więc już w tylnej części czaszki, zaczyna się duży, miękki guz, przykryty skórą, dochodzący do 5-go kręgu szyjowego. Dolna część owego guza została rozdarta przy porodzie i przez otwór rozdarcia wypłynął, jak wspomniano, nadmiar płynu wodogłowia, co ułatwiło wydobycie potworka. Ogólna wielkość miękkiego guza przed wypłynięciem zawartości prawdopodobnie parokrotnie przekraczała naturalną wielkość główki dziecka. Długość skóry w tej postaci, w jakiej mogliśmy ją wymierzyć, to jest skóry bynajmniej nie rozciągniętej zawartością, wynosiła jeszcze 18 ct. Po przecięciu skóry, znajdujemy w uformowanej przez nią torbie mózg. *Dura mater* na całej przestrzeni zupełnie zrosnięta ze skórą. Po stopniowym odseparowaniu mózgu, udało mi się w całości wyjąć i tę jego drobną część, która znajdowała się wewnątrz czaszki. Widzimy teraz, że cały mózg jest mocno przekrwiony, konsystencji bardzo miękkiej. Obie półkule mózgowe są zupełnie samodzielne, przynajmniej w tej części, która znajdowała się w skó-

rze; *corpus callosum* jest zaledwie długości 1 ct. i odpowiada wewnątrz — czaszkowej części mózgu. Wogóle półkule mózgowe miały formę jajowatą i szczególnie na podstawie zupełnie różniącą się od mózgu, rozwiniętego. Komory mózgowe były wypełnione znaczną ilością płynu. Część mózgu, znajdującą się w czaszce, możnaby bez przesady określić, jako dwa małe wyrostki, wychodzące ze zrazów czołowych mózgu. W samym otworze przepukliny, mózg jest jakby przepasany zrośniętą z nim *dura mater*. Stosunek długości mózgu, będącego w czaszce, do mózgu w torbie skórnej określają cyfry 5 i 12 ct., stosunek zaś szerokości tych części: 3 i 9. Ciekawy jest w tym przypadku zupełny brak mózdzku.

Po usunięciu mózgu, widzimy w czaszce dokładnie otwór, który stanowił komunikację pomiędzy jamą czaszkową a guzem. Otwór ten powstał z powodu zupełnego braku kości potylicowej, oraz z powodu niedorozwoju wszystkich kości, stanowiących sklepienie czaszkowe. Mówiliśmy już wyżej, że kości czołowe idą zupełnie poziomo; kości ciemieniowe są bardzo krótkie: długość ich wynosi $2\frac{1}{2}$ ct. Łuski kości skroniowych zaledwie dają się rozpoznać i połączone są grubym więzmem, idącym wzdłuż tylnego brzegu kości ciemieniowych. Określając teraz granice otworu czaszkowego, powiemy, że stanowiły je kości, będące w normalnej czaszce w związku z kością potylicową. Prócz tego, ponieważ tylny łuk pierwszego kręgu był rozszczepiony, przeto dolną granicę otworu stanowił łuk drugiego kręgu.

Chcąc scharakteryzować nasz przypadek i podciągnąć go pod jedną z znanych kategorii zaburzeń w rozwoju głowy, pozwolę sobie w krótkich słowach przypomnieć główne typy owych potworności. Jak wiadomo ¹⁾, *exencephali* stanowią rodzinę, którą charakteryzuje mózg źle sformowany i niepełny, położony przynajmniej częściowo na zewnątrz jamy czaszkowej, która ze swej strony jest bardzo niedoskonałą. *Exencephali* dzielą się jeszcze na dwa podziały, zależnie od tego, czy anomaliami czaszki towarzyszy lub nie szczelina kolumny kręgowej, szczelina, której nie należy brać za jedno ze szczeliny częściową jednego, lub kilku kręgów nazwaną *spina bifida*. *Exencephali* bez szczeliny kręgowej dzielą się na cztery podziały, nazwane: *notencephali*, *proencephali*, *podencephali* i *hyperencephali*. *Exencephali* zaś ze szczeliną kręgową dzielą się na dwa podziały: *iniencephali* i *exencephali* w ścisłym znaczeniu tego słowa.

I. *Exencephali* bez szczeliny kręgowej.

1). *Notencephali* (*vōτος* i *encephalus*). Mózg jest prawie na zewnątrz jamy czaszkowej i poza nią; czaszka jest otwartą w części potylicowej, lecz szczeliny kręgowej niema. Na wysokości karku znajdujemy guz, mający nóżkę na potylicy i leżący na szyi i górnej części pleców, z którymi zrośnięty nie jest; wielkość guza zależy od ilości mózgu, jaką zawiera i od stopnia istniejącego przytem wodogłowia. Po przecięciu zewnętrznych powłok i błon mózgowych wylewa się do 300 gr. płynu, półkule zaś mózgowe sprowadzają się do cienkiej kory mózgowej, wypełnionej płynem. Mózg u *notencephali* wychodzi na zewnątrz przez otwór różnych wymiarów, położony w łusce kości potylicowej w miejscu złączenia jej z podstawą. *Dura mater* wychodzi z czaszki na zewnątrz, a będąc zrośniętą z mózgiem w otworze czaszki, wyodrębnia zupełnie jamę, utworzoną przez guz. Otwór łączący jest prawidłowy, ograniczony ze wszystkich stron przez kość potylicową, czasami wydłuża się ku dołowi, a wówczas jego brzeg dolny stanowi tylny łuk I-go kręgu szyjowego. Zdarzają się formy przejściowe pomiędzy *notencephali* a *iniencephali*. Znajdowanie się na zewnątrz większej części mózgu wpływa na zmianę formy czaszki; kość czołowa spłaszczona i odrzucona

¹⁾ Materiał czerpałem z „*Traité de l'art des Accochements* par S. TARNIER et G. CHANTREUIL“.

ku tyłowi pociąga w tym samym kierunku górny łuk oczodołów, czy są wypukłe.

2) *Proencephali* charakteryzuje istnienie otworu w części czołowej czaszki, przez którą mózg wychodzi na zewnątrz. Na 68 przypadków *notencephali* wypada 16 *proencephali*, co dowodzi, że to ostatnie zboczenie jest o wiele rzadsze. Najczęściej przepuklina tworzy się w okolicy ciemiączka i szwu czołowego. U ssaków (*mammalia*) guz przy *proencephali* jest mniejszy, niż u *notencephali*, u ptaków zaś na odwrót. To zboczenie jest stałe i dziedziczne u pewnej rasy kur padewskich, u których ściany guza są skostniałe.

3) *Podencephali* (πῶς i *encephalus*). U *podencephali* znajdujemy w sklepieniu czaszkowym otwór zwykle okrągły, przez który wychodzi mózg na zewnątrz. Cały guz wydaje się, jak gdyby był na szypule, pokryty jest skórą i może dochodzić do wielkości głowy dziecka. Zależnie od tego, gdzie znajduje się otwór, odróżniamy rozmaite podziały *podencephali*; niektóre z nich stanowią przejście od *proencephali* do *notencephali*. W każdej odmianie forma główki jest inna, zależy to też od ilości mózgu, występującego na zewnątrz. W wypadkach krańcowych sklepienie czaszki dochodzi do jej podstawy.

4) *Hyperencephali*. U *hyperencephali* mózg również w znacznej części znajduje się na zewnątrz i ponad jamą czaszkową, której zupełnie brak sklepienia. Mamy tu całkowity zanik górnej części czaszki, wskutek czego jama czaszkowa jest otwarta ku górze. Części tej okolicy są znacznie zmniejszone i zaledwie otaczają podstawę mózgu.

II. *Exencephali* ze szczeliną kręgową.

1) *Iniencephali*. U *iniencephali* mózg tylko częściowo znajduje się na zewnątrz czaszki, która jest otwartą w części potylicowej; prócz tego mamy tu szczelinę kręgową na całej przestrzeni. Można więc powiedzieć, że *iniencephalus* jest to *notencephalus*, u którego tylna ściana kanału kręgowego jest szeroko otwartą. Trzeba to z naciskiem zaznaczyć, że o ile u *notencephali* łuk tylny pierwszego lub następnych kręgów może stanowić dolny brzeg otworu, to przecież nie jest cechą zasadniczą danego rodzaju; u *iniencephali* zaś bez względu na otwór w kości potylicowej, główną cechą stanowi brak tylnej ściany kanału kręgowego.

2) *Exencephalus* w ścisłym znaczeniu jest to *hyperencephalus* z zupełnym otwarciem kanału kręgowego, to znaczy, że mózg w znacznej części jest na zewnątrz jamy czaszkowej przy częściowym braku sklepienia. Od *iniencephalus* — *exencephalus* różni się brakiem sklepienia czaszkowego, podczas gdy u pierwszej mamy tylko otwór w kości potylicowej. Patogenezę *exencephali* starano się wytłómaczyć brakiem skostnienia ściany czaszkowej, usposabiającym do przepukliny mózgowej, lub też pierwotnym wodogłowiem, powodującym przez ciśnienie zniszczenie kości. Prawdopodobnie obie przyczyny wchodzą tu w grę. Poszukiwania DARESTE'a zdają się dowodzić, że punktem wyjścia dla *exencephali* jest wstrzymanie rozwoju błony owodnej (*amnios*), która nie odsuwa od górnej powierzchni głowy i uciska ją na mniejszej lub większej przestrzeni. Na całej uciśniętej powierzchni ściana kostna nie rozwija się, wskutek czego mózg wychodzi na zewnątrz z łatwością. W niektórych przypadkach *amnios* nie tylko uciska, lecz zrasta się ze ścianą czaszki lub mózgiem. Zrosty te stają na przeszkodzie zamknięciu się czaszki i nawet przez pociąganie sprzyjają wysunięciu się mózgu na zewnątrz.

Przejrzawszy powyższe typy zboczeń w rozwoju głowy, dochodzimy do wniosku, że przypadek nasz stanowczo należy do oddziału *notencephali*. Zasługuje on jednakże na uwagę z powodu niektórych cech, nadających mu odrębny wygląd. Przedewszystkiem uderza nas zupełny brak kości potylicowej, wówczas gdy w charakterystyce „*notencephali*” znajdowaliśmy tylko mniejszy lub

większy otwór w istniejącej kości potylicowej. Prócz tego mamy niedorozwój kości ciemieniowych i skroniowych. Inaczej się również przedstawia kształt guza, gdyż pominiawszy nadmierną wielkość jego, widzimy, że szerokość podstawy odpowiada przestrzeni pomiędzy kośćmi skroniowymi, długość zaś — odległości od tylnego brzegu kości ciemieniowych, aż do 5-go kręgu szyjowego, podczas gdy u *notencephalus* guz najczęściej bywa na szypule.

Bronisław Szybowski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

24. Leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis acuta*).

W Nr-ze 86 czasopisma „*Presse médicale*“ dr LYON opisuje sposób postępowania większości lekarzy francuskich w okresie ostrym cierpienia wyrostka robaczkowego, a więc zanim nadejdzie chwila leczenia radykalnego, operacyjnego. Większość bowiem chirurgów francuskich w cierpieniu tem działa „na zimno“, to jest dopiero wtedy, gdy przeminął ostry okres cierpienia, a więc wbrew przekonaniu innych, co prawda nielicznych, których zdaniem, jak np. KEAN'a, pierwszym wskazaniem dla lekarza w tem cierpieniu, jest przywołać chirurga.

Przedewszystkiem należy chorego unieruchomić, położyć do łóżka i zastosować od pierwszej chwili lód, który znosząc ruchy pętlic kiszkiowych, ułatwi wytworzenie się zrostów. Pęcherz z lodem, zawieszony na obręczy, powinien być tak duży, by pokrył całą powierzchnię brzucha i nie tylko dotykał się ciała, lecz zawisł całym ciężarem. Między ciało a pęcherz z lodem należy położyć kawał flaneli złożonej we dwoje lub ręcznik, inaczej wskutek zamrożenia skóry można wywołać obumarcie jej. Niekiedy mimo to, długie stosowanie lodu powoduje twarde, bolesne nacieczenie skóry.

Chory powinien być na absolutnej dyecie, to jest przez pierwsze 48 godzin, nie wolno mu połknąć ani kropli mleka, ani wody, gdyż inaczej unieruchomienie kiszki nie może stać się zupełnem; dla złagodzenia męczącego pragnienia za szkodliwe uważają nawet ławatywy z małej ilości wody, jakie zalecał ROUX; zalecić tylko należy zwilżanie częste języka i warg tamponami, zmoczonymi w wodzie Vichy.

Niema zgody co do podawania makowca, który dopomaga do unieruchomienia kiszki i uspokaja bóle; zdaniem jednak większości, w przypadkach lekkich jest on zbyt czynnym, bo te same wskazania spełnia dobrze zimno; tylko u osobników bardzo wrażliwych można przez pierwsze 2 dni zastrzyknąć 2—3 razy dziennie morfinę [$\frac{1}{2}$ ctgrm.] lub podać makowiec [4—5 ctgrm.]. Większa zgodność panuje co do konieczności i użyteczności zastrzykiwań w każdym przypadku roztworu fizjologicznego soli kuchennej [roztworu sterylizowanego 7,50 na 1000], który ma zwalczać toksy-infekcję, a przez działanie toniczne pozwala na dłuższą dyetę absolutną. U dorosłego chorego należy przynajmniej przez pierwsze dwa dni zastrzyknąć jej dziennie 500 grm. [na raz lub na 2 razy], najlepiej w okolicę górną, boczną brzucha, pod fałszywymi żebrami, jako

w miejsce najmniej bolesne. Można wreszcie miejsce to znieczulić chlorkiem etylu. W ostrym okresie zapalenia wyrostka robaczkowego nie wolno dawać środków przeczyszczających, ani ławatyw, gdyż pobudzając kiszki do ruchu, można spowodować pęknięcie chorego miejsca i wylanie się zawartości wyrostka robaczkowego do jamy otrzewnej, a co już najmniej—przeszkodzić tworzeniu się zrostów, które umiejscowiają zapalenie otrzewnej. Należy nadto unikać stosowania wszelkich maści, pijawek, przyszczydeł i t. p.

Przy opisanem postępowaniu, gdy wzięto się do leczenia od pierwszej chwili choroby i nie stosowano innego leczenia, zdaniem LYON'a, w większości przypadków po 24—36 godzinach objawy zapalne przycichają, gorączka ustaje i wówczas można choremu pozwolić połknąć trochę wody, mleka, herbaty lub odwaru z ryżu; jeśli jednak gorączka trwa dalej, to ściśłą dietę należy zachować dłużej, co czasem przeciąga się do 8 lub 10 dni. Po przejściu gorączki można powoli dodawać do mleka potraw mącznych [tapioka, kaszka, kartofle tarte], lecz z mięsem, rybą wstrzymać się należy czas dłuższy. Lód należy przykładać tak długo, dopóki okolica wyrostka robaczkowego jest nacieczoną i bolesną na dotyk, co zazwyczaj trwa cały tydzień.

Zebrane w kiszkiach gazy, rozciągające je i powodujące przykrości choremu, najlepiej usunąć przez ostrożne wprowadzenie do odbytnicy rurki średniej grubości. Po 3—4 dniach można bez niebezpieczeństwa uwolnić kiszki z zawartości, najlepiej zapomocą ławatywy z letniej oliwy [200—300 grm.], a w kilka dni później przez podanie 2—3 łyżeczek oleju rycynowego.

Chory powinien średnio pozostać w łóżku miesiąc. Po 4—6 tygodniach, gdy objawy zupełnie minęły, należy przystąpić do operacji, gdyż zazwyczaj napady zapalne zwykły się powtarzać, a nigdy nie można przewidzieć ich zejścia.

W. G.

25. Przekłucia lędźwiowego (*punctio lumbalis*) pomyślnie działanie p r z e c i w upartemu bólowi głowy, zależnemu od choroby BRIGHT'a, spostrzegli i opisali LEGRAIN i GUIARD (*Progrès médical* Nr. 44, 1903). W przypadku ich, w którym nie łagodziły bólu głowy różne sposoby leczenia [dieta mleczna, środki nasenne, czyszczące (*drastica*), upust krwi, zastrzyknięcie pod skórę sztucznej surowicy], dokonano 7 razy przekłucia lędźwiowego w odstępach czasu co 2—4 tygodni i za każdym razem ból głowy ustawał, przynajmniej na 2 dni. Wypuszczano cieczy mózgo-rdzeniowej 12—15 ctm. sz.; wyciekała ona pod słabym ciśnieniem, zazwyczaj sączyła się kroplami, coby przemawiało za tem, że ból głowy w mocznicy (*uraemia*) nie zależy od hipertensyi, jak to chcieli tłómaczyć MARIE i GUILLEIN w przypadku, ogłoszonym w r. 1901, w którym również przekłucie lędźwiowe łagodziło ból głowy. L. i G. ból głowy w mocznicy tłómaczą autointoksykacją.

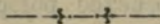
W. G.

26. Veronal. Wprowadzony został do terapii w ostatnim czasie jako nowy środek nasenny. Jest to derywat mocznika a przedstawia się w postaci proszku krystalicznego, bezbarwnego, bez zapachu, smaku lekko gorzkiego. Rozpuszcza się w 12 częściach wody wrzącej a 145 cz. letniej. Podany w dawce 0,5—1,0 w gorącym napoju, wywołuje po upływie $\frac{1}{2}$ 1 godziny sen spokojny, podobny do snu fizjologicznego. Trwanie snu od 6 do 7 godzin. Przebudzenie następuje bez nieprzyjemnych objawów [ból głowy, mdości i t d]. MATHEY (*Neurol. Centralblatt.* 1903, Nr. 19) stosował weronal w 33 przypadkach cierpień umysłowych (*dementia praecox*, *dementia paralytica*, *paranoia*, *katatonia*, *hypochondria*) bądź z racyi zwykłej bezsenności, bądź też z powodu nadmierne go podniecenia. W podobnych przypadkach stosowali go K. MENDEL i J. KRON. Wszyscy ci autorowie stwierdzają wyborne działanie nasenne weronala w cierpieniach, połączonych ze stanem depresyi; w stanach zaś podniecenia działanie

nasenne niekiedy zawodzi, prawie zawsze jednak środek ten działa uspokajająco. Ponieważ w kilku przypadkach obserwowano przyzwyczajenie się do tego środka, autorowie radzą go podawać z przerwami.

St. Konwerski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



72. A. Pinard. Wskazania do wycięcia macicy w gorączce połogowej.

Autor podaje przedewszystkiem streszczenie odczytów, przedstawionych na kongresie ginekologicznym w Rzymie 1902-go roku. Poszczególni autorowie przedstawili na owym kongresie następujące wnioski:

H. FEHLING (Strasburg).

I. Choroby poporodowe organów płciowych można podzielić na dwie kategorie: choroby zakaźne i choroby spowodowane zatruciem.

II. W zatruciu (*saprohémie*) macica jest jednem ogniskiem chorobowem. Natomiast w zakażeniu sprawa chorobowa rzadko ogranicza się do macicy; najczęściej mamy tu do czynienia z ciężkiem zakażeniem całego ustroju.

III. Wycięcie macicy w zakażeniu ogólnem nie daje żadnych widoków powodzenia.

IV. Wycięcie macicy jest wskazane tylko w tych przypadkach, kiedy ognisko zakażenia albo zatrucia jest umiejscowione w macicy, to jest przy zatrzymaniu i rozkładaniu się łożyska, przy rozkładaniu się mięsaków w okresie poporodowym, albo też przy rozkładaniu się resztek jaja po poronieniu. We wszystkich tych przypadkach, o ile nie można inną drogą usunąć części rozkładających się, należy przystępować do wycięcia macicy.

V. W przypadkach połogowego zapalenia macicy, wycięcie tejże może być pożyteczne, jeżeli jednocześnie przewiążemy lub wytniemy żyły, dotknięte zakrzepem w więzie szerokim i żyły jajnikowo-maciczne. Ten ostatni zabieg można także wykonać oddzielnie.

G. LEOPOLD. [Drezno].

I. W przypadkach ciężkiego zakażenia wycięcie macicy będzie wskazane, jeżeli będzie dowiedzione, że macica jest siedliskiem i stałym punktem wyjścia zakażenia i jeżeli wszystkie inne środki, użyte przeciwko chorobie, zawiodą. To wskazanie odnosi się głównie do przypadków zatrzymania łożyska i niemożności usunięcia tegoż.

II. Jeżeli zakażenie przeszło już granice macicy i nastąpiło zapalenie otrzewnej, albo powstał zakrzep zakaźny, zajęcie jedno lub obustronne przydatków, albo też ropień macicy, wówczas samo wycięcie macicy nie wystarcza do wyleczenia chorej, gdyż zabieg ten nie usuwa zmian anatomicznych, które się dołączyły.

We wszystkich przypadkach należy przedewszystkiem, weześnie i starannie odszukiwać ogniska ropiejące i usuwać je. Szukanie i usuwanie żył, dotkniętych ropieniem przyczyni się w przyszłości do zdobycia wspaniałych wyników w leczeniu najcięższych przypadków zakażenia połogowego.

H. TREUB. [Amsterdam].

I. Środki, używane w leczeniu zakażenia połogowego, umiejscowionego tylko w macicy, są w większości przypadków dostateczne.

II. W niektórych przypadkach wyjątkowych wycięcie macicy może dać dobre wyniki tam, gdzie zwykle sposoby zawodzą.

III. Wskazanie dla wycięcia macicy może być postawione dopiero po dokładnym badaniu klinicznym.

IV. Kto często stosuje wycięcie macicy, na pewno robi je czasem zbyt często.

W. A. FREUND. [Berlin].

I. Wycięcie macicy w gorączce połogowej może być brane pod uwagę, jeżeli jest wykonane we właściwym czasie w następujących przypadkach: a) w zapaleniu ostrem macicy, jeżeli jest zatrzymanie całkowite lub częściowe łożyska i jeżeli wszelkie starania w celu usunięcia tegoż łożyska drogą naturalną nie dają wyników; b) w przypadkach zapalenia macicy, powikłanego ogólnym zakażeniem, jeżeli toż zapalenie jest następstwem wywołanego poronienia.

II. W okresie późniejszym zakażenia ogólnego nie należy wykonywać wycięcia macicy.

Jak widzimy, wszyscy zgadzają się na to, że wskazania do wycięcia macicy przy leczeniu zakażenia ogólnego są co najmniej wątpliwe.

PINARD dla wyjaśnienia, czy wogóle wycięcie macicy w gorączce połogowej jest racjonalnem, zadaje sobie pytanie: 1) w jakim stopniu lekarz jest bezsilnym w przypadkach gorączki połogowej i 2) w wielu przypadkach gorączki połogowej, zakończonych śmiercią, klinika, bakteryologia lub anatomia patologiczna mogły dać wskazania do wycięcia macicy. Co do pierwszego pytania, to okazuje się że śmiertelność z powodu gorączki połogowej jest niewielką: w klinice Baudeloque'a w przeciągu ostatnich 13-u lat na 26,952 porody lub poronienia umarło 69 chorych, t. j. 6,25%. W dwóch przypadkach wycięto macicę, oba te przypadki zakończyły się śmiercią. Co do wskazań jakichby mogła dostarczyć anatomia patologiczna, to okazuje się, że tylko dwa razy znaleziono na sekcji rozkładające się włókniaki, nie rozpoznane za życia. Ani razu nie znaleziono ropni lub zgorzeli, umiejscowionych tylko w macicy. Widzimy więc, że ani razu nie znaleziono na stole sekcyjnym wyraźnego wskazania do wycięcia macicy.

Co do bakteryologii, to ta także nie daje wskazania do wycięcia macicy. PROCHOWNICK utrzymywał, że obecność gronkowców we krwi daje zawsze złą prognozę. PETRUSCHKY dowiódł, że tak nie jest. Z drugiej strony zdarzało się, że przypadki, w których hodowle krwi pozostawały zupełnie jałowe, kończyły się śmiercią.

Badanie zawartości jamy macicy także dotychczas nie dało żadnego racjonalnego wskazania do wycięcia macicy.

Co do objawów klinicznych, to PINARD utrzymuje, że ani razu nie mógł stwierdzić, by macica była jedynem źródłem spostrzeganych przypadłości, oraz by znajdowane zmiany należały do takich które nie poddają się żadnemu miejscowemu leczeniu i wymagają usunięcia macicy. Przytem P. przytacza zdanie QUERIEL'a, który dwa razy w przeciągu roku zapowiedział, iż będzie robił następnego dnia wycięcie macicy z powodu zakażenia i dwa razy znalazł w następnym dniu tak znaczne polepszenie, iż zaniechał zabiegu. Obie chore wyzdrowiały.

Z wyjątkiem więc kilku przypadków, jako to: zatrzymanie się łożyska, rozkładanie się włókniaka macicy, uraz macicy [rozdarcie lub wyciowanie], z wyjątkiem tych oto przypadków, ani klinika, ani bakteryologia, ani anatomia pato-

logiczna, nie mogą dotychczas dać nam wskazań do wycinania macicy w gorączce połogowej.

Na tegorocznym Kongresie międzynarodowym lekarskim w Madrycie mówili o wycięciu macicy jako sposobie leczenia gorączki połogowej:

JOACHIM CORTEGERA [Santander].

Prelegent podaje statystykę 141 przypadków wycięcia macicy z powodu gorączki połogowej. Z tych 68 pacjentek wyzdrowiało. Po szczegółowym opisie różnych form gorączki połogowej i sposobów leczenia jej, autor dochodzi do następujących wniosków:

I. Przy ścisłym przestrzeganiu środków zapobiegawczych zakażenie w okresie porodowym stanie się rzadkością.

II. Leczenie wewnątrzmaciczne wystarcza w większości przypadków gorączki połogowej, jeżeli jest zastosowane w czasie właściwym i z dostateczną ścisłością.

III. W niektórych przypadkach wyjątkowych, kiedy miejscowe leczenie nie wystarcza, wskazanem jest wycięcie macicy.

IV. Zabieg ten bywa wskazany najczęściej przy zakażeniu umiejscowionem w samej macicy, w przydatkach lub otrzewnej miednicowej. Zapalenie otrzewnej, jak również zakażenie ogólne nie stanowią absolutnego przeciwwskazania dla zabiegu operacyjnego.

V. Przed przystąpieniem do operacji należy się zapewnić, czy rzeczywiście macica jest głównym źródłem zakażenia i następnie, czy nerki, wątroba i t. d. są niezmienione, przynajmniej na tyle, na ile nasze środki badania pozwalają nam o tem sądzić.

VI. Przy bardzo silnem osłabieniu, przy zapaści, wycięcie macicy jest przeciwwskazane.

FR. de CORTEJARENA [Madryt].

Autor w swoim odczycie występuje wyraźnie przeciwko zabiegowi i kładzie główny nacisk na środki zapobiegawcze. Zdanie swoje streszcza autor w następujących wnioskach:

I. Głównem źródłem zakażenia są najczęściej resztki zatrzymane w macicy; należy więc przedewszystkiem przystąpić do ich usunięcia.

II. Znaczenie macicy, jako źródła zakażenia, zmniejsza się, jeżeli zakażenie przeszło już na inne narządy, jako to: nerki, żyły, albo jeżeli są drobnoustroje we krwi. W takim razie nic nie może nas upoważnić do zabiegu operacyjnego miejscowego.

III. Ponieważ różne są postaci gorączki połogowej, i sposoby leczenia niezawsze mogą być jednakowe.

IV. Gorączka połogowa trwa czasami dosyć długo i może się zakończyć wyzdrowieniem przy zastosowaniu zwykłych środków lekarskich. Nie można przeto usprawiedliwiać zabiegu, bez którego chore mogą się obejść.

V. Wybór chwili odpowiedniej dla zabiegu jest trudny; czasami operuje się zbyt wczesnie, innym razem zbyt późno.

VI. Jeżeli nawet następuje wyleczenie po zabiegu operacyjnym, to następstwem wycięcia macicy pozostanie stała bezpłodność.

VII. Badanie bakteryologiczne krwi nie daje nam żadnego wskazania do zabiegu operacyjnego.

Doleris. Wycięcie macicy w gorączce połogowej.

Autor przyłącza się do zdania mówców, którzy wypowiedzieli się na kongresie w Madrycie i wyraził brak zaufania do sposobu leczenia gorączki połogowej zapomocą wycięcia macicy. W rzeczywistości leczenie miejscowe pomaga w większości wypadków. Prawdziwem leczeniem gorączki połogowej jest skrobienie macicy, które pomaga zawsze, jeżeli się do niego przystępuje za-

raz po pierwszym podniesieniu ciepłoty. Wówczas ognisko zakażenia jest jeszcze w błonie śluzowej macicy. Skrobanie i ścisła antyseptyka nie wystarczają tylko w wypadkach wyjątkowych, a mianowicie:

- 1) jeżeli leczenie miejscowe zastosowano zbyt późno;
- 2) jeżeli leczenie miejscowe było niedostateczne;
- 3) w wypadkach bardzo ostrego zatrucia.

W dwóch pierwszych wypadkach zakażenie przeszło już z macicy do maciej miednicy i na otrzewną, mogło się umiejscowić w przydatkach, w żyłach, w układzie chłonnym miedniczym. Skrobanie zrobione było zbyt późno.

W trzecim wypadku zakażenie przeszło od razu do krwi i nastąpiło ostre zatrucie ośrodków nerwowych, wszelkie leczenie więc jest bezskuteczne.

W dwóch pierwszych wypadkach organizm okazał się dosyć odpornym, walczy przeciwko zakażeniu i rokowanie waha się z dnia na dzień. W tych właśnie razach można czasami myśleć o zabiegu operacyjnym.

Można więc przystępować do wycięcia macicy tylko w przypadkach zakażenia długo trwającego i przebiegającego z wahaniami. W tych razach, kiedy organizm okazał pewną odporność przeciwko drobnoustrojom, należy przyjsć mu z pomocą przez usunięcie głównego ogniska zakażenia. Zabieg wykonąć należy dosyć wcześnie, to jest zanim organizm osłabi się i wyczerpie w walce przeciwko zakażeniu.

I w tych jednak rzadkich wypadkach wycięcie macicy będzie zabiegiem bardzo ryzykownym. Nie zapominajmy, że statystyka wykazuje śmiertelność 90—95%. I jeżeli nawet przyjmujemy pod uwagę, że przystępuje się zwykle do wycięcia macicy jedynie w tych wypadkach, gdy już stracono wszelką nadzieję uratowania chorej, to jednakże nie możemy zapominać, że nie wszyscy chorzy, skazani na śmierć przez lekarzy, umierają.

(*Annales de Gynec. et d'Obstétr.* 1903).

(*Revue de Gynec. et de Chir. abdomin* 1903).

Balbina Weisberg.

Wiadomości bieżące.

— Instytut medycyny kolonialnej w Paryżu za inicjatywą prof. BLANCHARD'a [wykładającego nauki przyrodnicze na wydziale lekarskim w Paryżu] wysłał w r. 1902 preparatora tegoż, dra BRUMPT'a do Afryki środkowej dla studyowania grasującej tam choroby „*maladie du sommeil*“. Aby dać możność studyowania tej choroby uczęszczającym do Instytutu medycyny kolonialnej, sprowadzono 3-ch murzynów dotkniętych tem cierpieniem do Paryża i umieszczono ich w szpitalu, założonym przez „Stowarzyszenie dam francuskich“ w Auteuil i ofiarowanym do użytkowania wzmiankowanemu Instytutowi. Jeden z chorych murzynów należy do szczepu ludożerców. Choroba ich cechuje się tem, iż przez większą część dnia śpią; apetyt mają wyborny; kończy się ona zazwyczaj śmiercią. Małpa, po zaszczepieniu jej cieczy mózgo-rdzeniowej jednego z chorych, zdechła przy objawach takiejże choroby. BRUMPT w Ugandzie widział wiele wielbłądów i mułów dotkniętych chorobliwą śpiączką. Zarazek tej choroby przenoszą muchy z gatunku *Glossina palpalis*, *Glossina morsitans*. Chorych murzynów przedstawił BLANCHARD na jednym z posiedzeń Akademii lekarskiej w Paryżu.

— Król Edward angielski założył kamień węgielny pod budowę wielkiego sanatorium dla suchotników w Midhurst [hrabstwo Sussex], na którego budowę między innymi przyjacieli króla ERNEST CASSEL ofiarował 5 milionów franków.

— Studenci różnych zakładów naukowych w Paryżu zawiązali stowarzyszenie antyalkoholiczne.

Do № 47 Gazety dołączony był prospekt „Willa Stefania“ Pensjonat dra BINDERA w Meranie.