

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TRZESĆ. Prace oryginalne. Przypadki tyfusu wysypkowego, spostrz gane na sali 32-iej szpitala Dz. Jezus wiosną 1889 r. Podali O. Hewelke i L. Jakowski. (Dokończenie).— **Sireszczenia i wykład.** 142. Hipokondrya u kobiet. 143. Leczenie gorączki durowej. — **Odczyty kliniczne.** O bakteryach i zarazkach. Wykład prof. d-ra Brieger'a. Stracił dr. W. Chodecki. — **Korrespondencye „Medycyny.“** (Dokończenie).— **Wiadomości bieżące.**— **Ogłoszenia.**

## Przypadki tyfusu wysypkowego, spostrzegane na sali 32-iej szpitala Dz. Jezus wiosną 1889 r.

Podali O. Hewelke i M. Jakowski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 49).

VIII. Bobowicz Józef, lat 27, robotnik przy budowie fortów, przybył na oddział 25/V 89.

Chory wzrostu dobrego, budowy bardzo dobrej, odżywiany dobrze. Ciężota wieczorna 40° C., tętno 108 dość mocne i pełne, oddechów 26. Na całym ciele wysypka, miejscami mająca charakter typowej różyczki, miejscami zaś w postaci *papulae*, przeważnie na plecach i kończynach.

Skarży się na osłabienie, ból głowy, bóle silne w krzyżu i w kończynach, oraz na niewielki kaszel.

Choroba rozpoczęła się przed 8 dniami od dreszczów, bólu głowy, braku apetytu i osłabienia. Dawniej nie chorował nigdy. Od 6 tygodni jest w jednym z okolicznych fortów przy jego budowie; pochodzi z gub. Witebskiej.

Klatka piersiowa prawidłowa. Ruchy symetryczne. Perkussya zmian żadnych nie wykazuje, słychać na całej przestrzeni klatki piersiowej oddech pęcherzykowy zaostrzony i rżenia suche, grube oraz świsty.

W sercu nic nieprawidłowego nie skonstatowano. Brzuch umiarkowanie wypełniony. Wątroba zwykłej wielkości, śledziona na 8 żebrze, wyczuwalna na 3—4 palców poniżej łuku żeber. Język obłożony podsychniętym, wypróżnienia zwyczajne. Chory przytomny zupełnie. Zalecono wino, spirytus.

26/V. C. r. 39,5°, w. 40,5°, tętno 120, odd. 30. Przytomność zachowana. Wysypka obfita. Stan płuc, serca i organów jamy brzusznej bez żadnej zmiany.

27/V. C. r. 39,3, w. 40,5°, tętno 120, nieco słabsze, odd. 30. Przytomny, skarży się na mocny ból głowy. Dwa półgęste wypróżnienia, język podsychnięty. Zalecono excit. (aether) obok wina i spirytusu.

28/V. C. r. 38,7°, w. 40,3°, t. 120, odd. 32. Wysypka zaczyna błędnąć. Zresztą stan bez zmiany.

29/V. C. r. 38,8°, w. 39,7°, tętno 116, słabe, dykrotyczne, odd. 30. Skarży się na mocne osłabienie, chwilami mówi bez związku, na zapytanie jednak odpowiada, chociaż z trudnością. Stan płuc i serca taki sam, może tylko tony serca nieco są więcej głuche. Śledziona powiększona ciagle, nad 8 żebrem i wyczuwalna. Zalecono kamforę, obok dawnej terapii.

30/V. C. r. 39,3°, w. 39,5°, tętno 112 nieco pełniejsze i mocniejsze, odd. 32. W nocy nie spał, niespokojny ciagle, mówi bez związku. W dolnych ustępach prawego płuca z tyłu oddech osłabiony i nieliczne rżenia wilgotne i subkrepitacje. Wypróżnienia codzienne, dobre. Poczynająca się niewielka odleżyna na krzyżu. Zalecono to samo i opatrunek jodoformowy na odleżynę.

31/V. C. r. 39,5°, w. 40,5°, tętno 120, odd. 36. Nieprzytomny, bredzi, rzuca się. Wysypka trwa ciagle, chociaż znacznie zbladła. Zresztą stan bez zmiany.

1/VI. C. r. 38,9°, w. 40, tętno 120, odd. 32. Chory przytomniejszy nieco. Wysypka znika. W płucach na miejscu oddechu osłabionego slychać znacznie więcej subkrepitacyj. Śledziona ciagle duża. Zalecenia te same.

2/VI. C. r. 38,7°, w. 40°, tętno 116, odd. 32. Wysypka znika. Zresztą stan bez zmiany.

3/VI. C. r. 38,5°, w. 38,4°, tętno 112 dość słabe, oddechów 30. W nocy i przez cały dzień poty dość obfite. Wysypka zniknęła. Chory przytomny. W płucach objawy wysłuchowe te same. Śledziona się nie zmniejsza. Wypróżnienie jedno gęste. Odleżyna powiększyła się. Zalecono to samo.

4/VI. C. r. 37,3°, w. 38°, tętno 112 dość słabe, odd. 30. Przytomny skarży się na osłabienie, po obfitych potach w nocy. Śledziona nad 9 żebrem, wyczuwalna.

5/VI. C. r. 36,9°, w. 37,2°, tętno 100 pełniejsze, odd. 24. Przytomny, ma apetyt.

6/VI. C. r. 36,8°, w. 37,4°, tętno 86 dość dobre, odd. 20. W płucach osłabienia oddechu i subkrepitacyj w dolnych ustępach nie slychać wcale. Tony serca dość mocne. Śledziona na 9 żebrze, niewyczuwalna. Odleżyna nie goi się. Choremu podano po raz pierwszy jajka, obok wina i spirytusu w dalszym ciągu.

Chory pozostawał na oddziale do 12/V włącznie, nie gorączkował, siły mu powoli wracały, odleżyna pod opatrunkiem jodoformowym stopniowo zagała się.

Do wyżej przytoczonych 8 przypadków dołączamy tutaj jeszcze jedno spostrzeżenie, dotyczące lekarza, uczęszczającego na nasz oddział, gdyż najprawdopodobniej tam uległ on zakażeniu. Sami nie mieliśmy sposobności obserwować tego przypadku i historię choroby zawdzięczamy uprzejmości prof. BARANOWSKIEGO.

IX. Wł. B., lekarz, lat 27. Obserwacja rozpoczęta w domu chorego w dniu 12/IV r. b.

Chory wzrostu średniego, budowy bardzo dobrej, odżywianie dobre. Gorączkuje, ciepł. rano 38°, wiecz. 39°, tętno 74, odd. 24.

Skarży się na ogólne osłabienie i ból głowy.

W czasie gdy w oddziale naszym leżeli chorzy na tyfus wysypkowy, kol. Wł. uczęszczał do oddziału i przyjmował udział w dozorowaniu chorych. Zaznacza, że już na dni dziesięć przed rozpoczęciem obserwacji niedomagał stopniowo przyłączyły się bóle głowy i kończyn, miewał chwilami rozwolnienie, a wzrastające ciągle osłabienie zmusiło go do położenia się do łóżka w dniu 12/IV. Innych chorób nie przechodził żadnych.

Klatka piersiowa rozwinięta prawidłowo; ruchy obu połów symetryczne. Perskussya i auskultacya zmian żadnych w narządach oddechania nie wykazują. Kaszlu nie ma.

Wymiary tępości i tony serca prawidłowe.

Brzuch nieco wzdęty, przy ucisku bolesny, zwłaszcza in reg. iliaca dextra, gdzie wyczuwa się wyraźne przelewanie. Guzy hemoroidalne. Wątroba nie powiększona. Śledziona na 8 żebrze, wyczuwalna. Język obłożony.

Zalecono kalomel, poczem nastąpiło parę obfitych stolców.

13/IV. Ciepłota rano 38°, wiecz. 38,5°, t. 72, odd. 24. W nocy spał mało był niespokojny, ból głowy większy. Zalecono mleko, koniak i wino.

14/IV. C. r. 39,7, w. 40,3, tętno 80, pełne, twarde, odd. 24. Stan chorego bez zmiany. Wypróżnień nie było. Zalecono ol. ricini.

15/IV. C. r. 39,3°, w. 39,5°, t. 76, dwubitne, odd. 20. Bóle głowy silne, osłabienie. Brzuch mniej wzdęty. Po ol. ricini, dwa obfite, krwawe, cuchnące wypróżnienia. Śledziona nie powiększa się.

16/IV. C. r. 40,2, w. 40,8, tętno 80, odd. 24. Bezsenność, podniecenie. Na brzuchu i piersiach wysypka różyczkowa. Wypróżnienia nie było. Zalecenie te same a prócz tego obmywania zimne całego ciała trzy razy dziennie.

17/IV. Chory został przewieziony do domu z drowia na ulicy Szpitalnej.

Ciepłota rano 40,4, wiecz. 40,1, tętno 80, twarde pełne, odd. 26. Skarży się na mocne osłabienie. Wysypka różyczkowa na całym ciele, przeważnie na plecach, skóra ma wygląd marmurkowy. Zresztą stan bez zmiany. Terapia ta sama.

18/IV. C. r. 40,2, w. 40, tętno 86, odd. 28. W stanie chorego żadnej zmiany nie zauważono.

19/IV. C. r. 40,2, w. 40,4, tętno 84, odd. 26. Ból głowy silny. Wypróżnień nie było. Lewatywa.

20/IV. C. r. 39,9°, w. 40,4, tętno 92. Nad ranem bardzo obfite poty. Czuje się bardzo osłabionym.

21/IV. C. r. 39,5, w. 39,8, tętno 100 dość miękkie, odd. 32. Wypróżnień nie było. Obok wina, koniaku etc. zalecono chininę z kamforą i lewatywę.

22/IV. C. r. 39,6, w. 39,7, tętno 106 miękkie, odd. 32. Stan chorego i terapia te same.

23/IV. C. r. 39,7, w. 39,7, tętno 108, odd. 30. Czuje się nieco lepiej Wysypka zaczyna blednąć.

24/IV. C. r. 39, w. 39,3, tętno 110. Nad ranem znowu obfite poty, osłabienie dość znaczne. Zalecono, oprócz uprzedniej terapii, liq. amm. anisati.

25/IV. C. r. 39,6, w. 38,7. Czuje się lepiej, wysypka bardzo powoli blednie. Ter. ta sama.

26/IV. C. r. 38, w. 37,8. Stan bez zmiany.

27/IV. C. r. 37,1, w. 36,8. Stat. idem.

28/IV. C. r. 37,3, w. 37,5. Wysypka zupełnie prawie zniknęła. Śledziona nie redukuje się. Wypróżnienia co drugi dzień. Zalecenia te same.

29/IV. C. r. 36,6, w. 37,5. Chory zaczął się skarżyć na silne klócie, które wystąpiło raptownie i jest ściśle zlokalizowanym po obu stronach kregosłupa poniżej łopatek; przy każdym wdechu ból się zwiększa. Oddech krótki przyspieszony 48 na minutę, tętno 100 małe i miękkie. Przy badaniu płuc i serca nie nieprawidłowego nie wykryto. Zalecono obfite irygacje ciepłej wody do kiszki odchodowej, poczem bóle nieco się zmniejszyły po wypróżnieniu.

30/IV. C. r. 38,4, w. 38,6, tętno 110, odd. 40. Noc bezsenna. Bóle przy oddechu silne. W sercu nie nieprawidłowego nie wykryto. W dolnych ustępach prawego płuca poniżej łopatki nieznaczne stłumienie i oddech pęcherzykowy zaostrowany, z wydłużonym wydechem. Zalecono 20 suchych i 6 ciętych baniek na plecach.

1/V. C. r. 38,2, w. 39, tętno 100, odd. 40. Lekki kaszel, odehrząkuje obficie czystą krew. Bóle ciągle silne. Stłumienie w prawym płucu wydatniejsze, oddech oskrzelowy tamże. Po stronie lewej również nieznaczne stłumienie i oddech zaostrowany. Wypróżnienia nie było. Zalecono obok wina etc. liq. amm. anisati.

2/V. C. r. 38,6, w. 38,3, tętno 90, odd. 40. Spał nieco. Bóle trochę słabsze. Krwioplucie ciągle. W prawym płucu stan bez zmiany, w lewym na miejscu stłumienia również oddech oskrzelowy.

3/V. C. r. 38,3, w. 88,2. Bóle i krwioplucie ciągle. Stan płuc bez zmiany. Terapia ta sama.

4/V. C. r. 37,9, w. 38,3. Bóle znacznie mniejsze, wydzielina krwawa znacznie mniejsza. Na miejscach stłumienia oddech oskrzelowy mniej wydatny, a obok niego słychać nieliczne rżenia wilgotne i trzeszczące zwłaszcza po stronie prawej. Terapia ta sama.

5/V. C. r. 37,4, w. 37,7. Stan o wiele lepszy; bóle daleko słabsze. Krwioplucie mniejsze. Objawy miejscowe w płucach te same. Zalecenia te same.

6/V. C. r. 37, w. 37. Poty obfite. Zresztą stan bez zmiany.

Przez następnych dni 7, chory pozostawał jeszcze w domu zdrowia. Krew w płwocinie zjawiała się w coraz mniejszej ilości. Rezolucya następowała stopniowo i chory wypisał się z objawami tylko lekkiego prawostronnego suchego zapalenia opłucnej.

Z przytoczonych dziewięciu spostrzeżeń wynika, że w przypadkach III, VII i IX zakażenie najprawdopodobniej nastąpiło na naszym oddziale przez zetknięcie się z chorymi na tyfus wysypkowy. Dla przypadku VI rzecz zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, chory ten bowiem pozostawał ciągle w szpitalu, a więc był w ciągłej styczności z chorymi tyfusowymi. Dwaj inni wzmiankowani chorzy (III i VII) wypisywali się ze szpitala i pozostawali czas

jakiś po za jego obrębem, a lekarz W. (IX) parę godzin tylko codziennie przebywał na oddziale; mogli więc wszyscy trzej uleść zarazie i z innego źródła, co, w obec panującej w mieście epidemii, nie pozwala na upatrywanie tego ogniska zarazy w naszym jedynie oddziale.

Zdarzona sposobność obserwowania kilku przypadków przez cały ciąg choroby, a zwłaszcza przypadków VI i IX, poczęści zaś i III i VII, nasuwa nam myśl, czyby się nie dało wyciągnąć jakich wniosków co do trwania okresu wylegowego choroby. Jednakże i w tych sprzyjających z pozoru okolicznościach rzecz ta okazuje się niemożliwą do uskutecznienia z pożądaną ścisłością. Rozbierzmy pod tym względem wszystkie cztery przypadki. Chory III wypisał się d. 15 Kwietnia, po dziesięciodniowym pobycie, względnie zdrów; w 4 dni po wyjściu pierwsze objawy gorączki, a 22 Kwietnia przybywa w pełnym rozwoju choroby; okres więc wylegania mógł tu trwać 5 do 14 dni. Chory VII wypisał się dnia 4 Kwietnia, a przybył 24 tegoż miesiąca z chorobą zupełnie rozwiniętą, trwającą jakoby od 5 dni; w tym razie więc można tylko powiedzieć, że okres wylegania nie mógł trwać krócej nad dni 15, jeśli przyjąć, że chory zaraził się w naszym oddziale. Chory IX, który obserwował siebie dokładnie wyraźnie zaznaczał, że pierwsze objawy niedomagania wystąpiły na 14 dni przed zjawieniem się wysypki. Chory w początkach choroby uczęszczał jeszcze na oddział. Jeżeli więc pierwsze te niedomagania będziemy już przyjmowali za istotny początek choroby, to wypadnie że okres wylegania i tu trzeba będzie przyjąć za trwający dni 14. Wreszcie co do chorego VI, który przez cały czas choroby był pod obserwacją, rzecz to jest jeszcze trudniejszą do określenia. Chory, cierpiący na zimnicę, od czasu do czasu miał poruszenia gorączkowe, a mianowicie ostatnie poprzedzone dłuższym okresem, apyrexii, przypadły na czas od 21—23 i od 27—28 Marca, następnie czuł się zupełnie dobrze przez dni 11, i dopiero od 9 Kwietnia zaczął niedomagać przyczem poruszenia gorączkowe zrazu nieznaczne i niestałe zaczęły się potęgować aż do zupełnego rozwoju choroby w dniu 15 Kwietnia, ewentualnie do wystąpienia wysypki. Jeśli więc za początek inkubacji uważać już gorączkowania w końcu Marca, to wypadnie przyjąć iż okres wylegania trwał 25 lub 18 dni, jeśli zaś przypuści, że początek choroby datuje się od 9 Kwietnia to okres ten będzie trwał dni 6. Wypada więc z pomienionych obserwacji, że okres wylegania wacha się w dość obszernych granicach, gdyż od 5 do 15, a względnie nawet do 18 i 25 dni. LIEBERMEISTER okres wylegania podaje na dni 7 do 14. GRIESINGER zaznacza także trudność ścisłego oznaczenia tego okresu; podaje go przecięciowo na 8, 9 lub więcej dni, a THEOPOLD, cytowany przez tegoż autora, podaje w pewnej epidemii okres inkubacji u dzieci na dni 8 do 14, u dorosłych na 2—5 tygodni.

Objawy choroby zdają się występować jedynie w drugiej połowie tego okresu, mniej więcej na 5 do 8 dni przed wybuchem, o ile wnosić można z naszych obserwacji i polegają na ogólnem niedomaganiu, bólach głowy i kończyn, braku apetytu, u niektórych chorych na rozwolnieniu, a wreszcie niekiedy na nieznacznych poruszeniach gorączkowych i potach.

Określenie przeciągu trwania gorączki, licząc od początku poruszeń go-

rączkowych do spadku do normy, natrafia na trudności ze względu, iż chorzy przybywali już w rozwoju choroby i ciepłoty ciała uprzednio nie mierzyli. W przypadkach VI i IX, gdzie obserwacya jest ciągłą, okres gorączkowania trwał 15 do 16 dni. Co do pozostałych wachania są dość znaczne, gdyż czas trwania gorączki przypuszczalnie określić można na dni 12—21—24. Spadkowi ciepłoty towarzyszyły mniej lub więcej obfite kilkakrotne poty, które w niektórych przypadkach, jak to zaznaczyliśmy, zdarzały się i w początkach choroby. Co do trwania choroby obserwacya nasza wypada zgodnie ze zdaniem LIEBERMEISTRA, iż tyfus wysypkowy trwać może od dni paru do trzech tygodni, podczas gdy GRIESINGER ostateczny spadek ciepłoty spostrzegał najczęściej od 14 do 17 dnia choroby.

Autorowie piszący o tyfusie wysypkowym zaznaczają zwykle początek choroby tej jako szybki w przeciwstawieniu do tyfusu brzuszego. My nie mieliśmy sposobności stwierdzić ogólnie tego spostrzeżenia. We wszystkich przypadkach, w których mogliśmy zaobserwować wznoszenie się ciepłoty, odbywało się ono powoli; jedynie u chorych III, IV i VII, o ile wnieść można z ich opowiadania, choroba już w ciągu dni 4 osiągała acme rozwoju. Spadek ciepłoty nie następował w postaci typowego przełomu, ale raczej póllitycznie, w ciągu 3 do 5 dni.

Wysypka we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem VIII, miała wygląd właściwej różyczki, mniej lub więcej obfitej, zajmującej cały tułów i kończyny, a w niektórych przypadkach występowała nawet na twarzy; u niektórych chorych na plecach, a zwłaszcza na kończynach tworzyły się nawet petocie. U chorego VIII na tułowiu i kończynach, prócz typowej różyczki była miejscami i wysypka pryszczykowa (*papulae*), trudno znikająca przy ucisku. W przypadkach, które przybyły już w rozwoju nie możemy nic pewnego powiedzieć o całkowitym czasie trwania wysypki. W ogóle utrzymywała się ona przez cały czas istnienia gorączki, słabła w miarę zniżania się i znikiała jednocześnie z nastaniem apyrexii. W przypadku IV dopiero w 5 dni po spadku ciepłoty nastąpiło ostateczne zniknięcie. Sądząc z przypadków VI i IX wysypka rozwijała się przez dni 2—3, trwała 4—6 i znikiała 4—5.

Co do poszczególnych objawów ze strony płuc serca i narządów jamy brzusznej, mamy do zaznaczenia naprzód, że wszystkim towarzyszył mniej lub więcej wyraźny nieżyt oskrzeli, który tylko w przypadku VIII osiągnął większego natężenia; nieżyt ten wogóle stopniowo znikał w miarę ustępowania sprawy chorobowej.

Czynność serca zdawała się w okresie acme dość znacznie upośledzoną, o czem sądzić możemy ze słabości i głuchości tonów serca, oraz częstości tętna (110—130), które w większości przypadków bywało miękkie, małe i często dwubitne.

Śledziona nieznacznie bywała powiększoną, niekiedy bolesną. W niektórych przypadkach uderzało mocne wzdęcie brzucha, bolesność w okolicy kiszki ślepej i przelewanie, co przy rozwolnionych, u niektórych, stolcach początkowo wzbudzało nawet niepewność w rozpoznaniu co do postaci duru. Wątpliwości

te nasuwały się jeszcze i z powodu nietypowego wznoszenia się ciepłoty. Mocz przedótawał jedynie cechy właściwe stanowi gorączkowemu.

Objawy mózgowie nie osiągały przeciętnie zbyt wielkiego natężenia i ograniczały się po większej części do cichego bredzenia. W jednym tylko przypadku V, chory zrywał się z łóżka i był mocno pobudzonym. W niektórych przypadkach były objawy pogńębienia i senność pomimo zachowanej zresztą przytomności. Zaznaczymy tu też ciekawy fakt, dotyczący chorego VII, cierpiącego na częste napady padaczkowe; przez cały czas trwania gorączki napadów nie było ani razu, po spadku zaś zaraz na nowo się zjawily.

Powikłania były w ogóle rzadkie. Mamy do zaznaczenia w dwóch przypadkach (V i VIII) odleżyny o charakterze zgorzelinowym. W przypadku IX, przez nas nie obserwowanym, a szczegóły którego udzielone nam zostały przez prof. BARANOWSKIEGO, rozwinął się zawał płucny, przebiegający pod koniec z gorączką; za punkt wyjścia zawału uważać było można w danym razie jedynie guzy hemoroidalne, na które chory od pewnego czasu cierpiał.

Jedyny przypadek zakończony śmiercią (III) był to chory, cierpiący na wadę serca (*Insuff. valv. bicuspidalis*), który przed kilku dniami wypisał się z ulgą. Powikłanie to niewątpliwie było przyczyną fatalnego zejścia. Gorączka rozwinęła się w tym przypadku bardzo szybko i już 4-go dnia choroba była w pełni swego rozwoju, a ciepłota dosięgła 40° C. W miarę upadku czynności serca i rozwijających się zaburzeń w krążeniu, poziom ciepłoty obniżył się i już do końca życia temperatura nie doszła 39° C. Zależało to zapewne od zaburzeń w regulacji oddawania a może i wytwarzania ciepła, wywołanych przez zaburzenia w krążeniu; wysypka odrazu miała tu barwę ciemno-siną.

Leczenie było przeważnie wyczekująco-dyetyczne. W miarę potrzeby chorzy otrzymywali środek czyszczący (kalomel, ol. rącznikowy). Podawano również excitantia zarówno dyetyczne (wódka, wino, grog, kawa, herbata) jak i farmaceutyczne (kamfora, eter). Dyeta polegała na umiarkowanej ilości mleka, rosółu i kleiku, wreszcie dawano jak to zaznaczyliśmy, wino i grog w dość dużych ilościach.

Ze środków obniżających ciepłotę stosowano obmywania zimne całego ciała 3—4 razy dziennie, w jednym przypadku (V) stosowane były kąpiele stopniowo ochładzane, jak to szczegółowo w odnośnej historii choroby już zaznaczono. Do środków farmaceutycznych, obniżających ciepłotę nie uciekaliśmy się wcale.

Ogólne wrażenie, jakiego można nabrać o charakterze epidemii z przypadków, które mieliśmy sposobność obserwowania, jest to, że epidemia ta, jakkolwiek natężenie jej było niezbyt silnem, stopień zaraźliwości jednak miała dość znaczny. Podług spostrzeżeń lekarzów angielskich, czynionych w szpitalach dla chorych zaraźliwych, przypadki zarażenia się tyfusem wysypkowym pośród otoczenia chorych, zdarzają się dopiero po dłuższem, trzy do czterotygodniowem zetknięciu z chorymi, podczas gdy u nas zanotowaliśmy 4 przypadki zarażenia po stosunkowo krótszym zetknięciu z osobami, cierpiącymi na tyfus wysypkowy.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

142. Prof. E. MENDEL. **Hipokondrya u kobiet.** MENDEL uważa hipokondryę za „czynnościowe cierpienie mózgowia, którego najwybitniejszymi objawami są: obawa i trwoga co do stanu zdrowia“. Stosownie do natężenia odróżnia autor 3 formy cierpienia: 1) Istnienie li tylko obawy chor. by lub śmierci w obec braku jakichkolwiek objawów, z wyjątkiem pewnych nieokreślonych uczuć podmiotowych; chore takie najniewinniejsze zaburzenia uważają niekiedy za chorobę śmiertelną (n. p. przyszczyk na języku powoduje obawę raka i t. p.).

*Nosophobia.* 2). Do obawy i trwogi przylączają się różne inne uczucia; jest to hipokondrya ze złudzeniami. 3) Oprócz powyższych występują jeszcze objawy ze strony zmysłów (mianowicie wzroku i słuchu: wszystko wydaje się innym; głos zdaje się być zmienionym i t. p.), którym bynajmniej nie odpowiada stan przedmiotowy.

Wbrew zdaniu dotychczas ogólnie przyjętemu, uważa Mendel hipokondryę za chorobę, często bardzo występującą u kobiet we wszystkich okresach życia.

*Nosophobia* bywa niezbyt często, natomiast nader często spotyka się drugą formę. Skargi dotyczą nieprawidłowego uczucia w narządach płciowych (paleńca, kłócia „w brzuchu“, uczucia jakby rozrywania i t. p.), z którymi nie rzadko pozostaje w związku idea raka. Częściej jeszcze chore wyrzekają na głowę: doznają uczucia ucisku, uczucia, jakgdyby głowa była ujęta w kłamrę, buczenia i trzasku w głowie, uczucia próżni i t. p.

Jednocześnie przejmują je trwoga, że „skończą wkrótce na apopleksyę, lub na chorobę umysłową.“

Rzadszą bywa forma rdzeniowa; niekiedy zaś chorobliwym uczuciom podlegają wszystkie części ciała.

Trzecia forma bywa jeszcze częstszą u kobiet niż u mężczyzn. Jeżeli choroba trwa czas dłuższy, wyobraźnia staje się jednostajną, znika zdolność i chęć do pracy. Samobójstwo rzadziej się zdarza u kobiet niż u mężczyzn; onanizm daje się spotykać dosyć często. Z powikłań najważniejszą jest histerya, która nadaje hipokondryi odrębną cechę t. zw. hipokondryi histerycznej. W zakończeniu podaje autor dokładny opis powstawania, przebiegu, rokowania, rozpoznania różniczkowego i leczenia choroby, tak często napotykaney w praktyce.

(*Deutsch. med. Wochschr. Nr. 11. 1889.*) W. Sz.

143. JACCOUD. **Leczenie gorączki darowej.** (*La traitement de la fièvre typhoïde*). Leczenie duru, które sobie autor oddawna przyswoił, składa się z dwóch części: jednej stałej, zawsze tej samej, którą autor stosuje w każdym przypadku; drugiej złożonej z różnych środków i stosowanej tylko w pewnych przypadkach.

Pierwsza część leczenia prawie ogólnie przyjęta polega na dycie przeważnie mlecznej; autor podaje swym chorym 1½, do 2 litrów mleka dziennie; mleko zwiększając niedostateczne w durze oddawanie moczu usuwa jeden z bardziej niepokojących objawów. Obok mleka autor podaje nieco bulionu i 250 gramów wina Bordeaux czystego lub zmieszanego z wodą. Oprócz odpowiedniej diety autor stosuje leczenie przeciwgorączkowe polegające na odciągnięciu pewnej ilości ciepłika ze skóry. W tym celu zaleca obmywania zimnym octem aromatycznym. Obmywania te autor powtarza przez cały czas trwania choroby 4 razy na dobę, gdy ciepłota ciała nie przechodzi 39°, 6 razy, gdy ciepłota waha się między 39° a 39,5°, 8 razy przekracza 40°. Po takim obmywaniu ciepłota zmniejsza się o 0,7° do 1°, a znizienie to trwa średnio godzinę. Współcześnie autor podaje środki pobudzające 40, 60 a nawet 80 gramów wyskoku (rum lub koniak), a w przypadkach adynamii 3 do 4 gramów wyciągu chinowego lub też 4 do 6 gramów octanu amoniakowego.

Druga część leczenia polega na tem, że do powyższego fundamentalnego



sposobu postępowania przybywają niektóre leki, a mianowicie jeżeli po 3 lub 4 dniach obmywania okazują się niedostatecznymi, a gorączka znacznego natężenia pozostaje bez zmiany, wtedy autor obok obmywań podaje chininę lub kwas salicylowy, szczególnie gdy zwolnienia ranne są nieznaczne, co jest objawem niebezpieczeństwa ze strony gorączki. Autor częściej używa chininy choć ona jest mniej skuteczną od kwasu salicylowego, lecz ostatni lek natrafia na liczne przeciwwskazania. Chininę podaje autor w ciągu 2 rzadziej 3 dni, poczem robi pauzę trzydniową; pierwszego dnia najwyższą dawkę 2 gramy *chinini bibromici* (co odpowiada 1,50 *chinini sulfurici*) podzieloną na 4 części co kwadrans podawanych; drugiego dnia 1,50 a trzeciego dnia, jeśli tego okazuje się potrzeba 1 gr. Skutek otrzymany po podaniu chininy jest wyraźniejszy, gdy się ją podaje w ten sposób, by ona wywarła wpływ na ciepłotę ranną mającą naturalną skłonność do spadku i gdy nieznaczne ranne zwolnienia są głównem źródłem niebezpieczeństwa, w przypadkach, w których wysoka ciepłota wieczorna jest źródłem niebezpieczeństwa najlepiej podawać chininę tak by ona wywarła wpływ na ciepłotę wieczorną.

Kwas salicylowy autor podaje w ten sam sposób co i chininę. Działanie jego w durze jest co najmniej równem działaniu chininy; oprócz tego zwiększa on diurezę, a działanie jego przeciwgnilne jest silniejszym od działania chininy. Ze względu jednak na liczne przeciwwskazania do użycia kwasu salicylowego przy durze się zdarzające jako to osłabienie serca, zmiany w nerkach, przy padłości mózgowe, zatrucie wyskokowe, trwanie choroby, natężenie przypadłości ze strony płuc i t. p. autor przekłada chininę. Kwas salicylowy autor podaje tylko wtedy, gdy nie istnieje żadne z powyższych przeciwwskazań.

Nakoniec jest jeszcze jeden lek, który może okazać się skutecznym przy durze; a mianowicie naparstnica. Często przy ciężkim durze około końca drugiego tygodnia choroby tętno staje się małym, słabem, serce niedostatecznie się kurczy, pierwszy ton zaledwie jest słyszalnym. Przy takim czynnościowym osłabieniu serca autor podaje naparstnicę w ciągu 2 lub 3 dni w dawce 0,60 gr. pierwszego dnia, 0,40 drugiego.

W końcu autor wspomina o bieguncie durowej, którą nigdy nie należy zwalczać; w przypadkach, którym nie towarzyszy biegunka, autor stara się ją wywołać a to w celu przeszkodzenia wessania zarodka chorobowego w kiszkiach się znajdującego.

(*Gazette des hopitaux* Nr. 81—1889) F. Arstein.

## ODCZYTY KLINICZNE

### O bakterjach i zarazkach. Wykład prof. d-ra BRIEGER'A

Streścił Dr. Władysław Chodecki.

Lekarz nie holdujący przy dzisiejszym stanie wie lzy czystej rutynie i empiryi, musi zapatrywać się na naukę lekarską jako na stosowaną umiejętność przyrodniczą i powinien posługiwać się metodą i środkami właściwemi naukom ścisłym, by mógł ciągle i pewnie kroczyć po drodze postępu

i Nie ulega już dzisiaj wątpliwości, że byt wszystkich na naszym planecie stniejących stworzeń podlega tym samym prawom fizyko-chemicznym, jakie rządzą w naturze martwej.

W ubiegłych czasach panowały zaledwie mgliste przeczucia w nauce co do natury fermentów i zarazków chorobotwórczych; trwałą podstawę zyskały te poglądy dopiero w naszych czasach.

Po zdumiewających odkryciach Leeuwenhooka, Cagniard'a de Latourre, Schwann'a, genialny Pasteur uczynił płodne w skutki odkrycie, że s p e c y f i c z n e m i k r o b y pośredniczą w sprawach fermentacyi i gnicia, jak w fer-

mentacji alkoholowej, octowej, mlecznej i t. d. Również sprawdziło się teraz w zupełności orzeczenie, że ten który odkrył istotę fermentacji, odkryje również przyczynę rzeczywistą wielu chorób. Epokowe badania te Pasteura o bakterjach patogenicznych doprowadziły do tak świetnych praktycznych rezultatów, jak metoda antyseptyczna Lister'a pozwalająca czynić chirurgii zdumiewające postępy.

Dopiero jednak wszechstronny, a ścisły umysł Roberta Koch'a odkrywa nowe drogi i metody badania tego niewidzialnego świata drobnoustrojów; w rzeczywistości jego wiekopomne odkrycia pozwalają dopiero na zbadanie dokładne tego nowego świata mikroorganizmów grającego w etyologii chorób tak wybitną rolę.

Według dzisiejszego stanowiska medycyny praktycznej opierającej się na trwałej i szerokiej podstawie fizjologii i anatomii patologicznej, wszystkie znane choroby dadzą się w następujący sposób ugrupować:

Na powstające z urazu (*trauma*),

„ choroby zakaźne,

„ powstające z wadliwej przemiany materji,

„ Nerwice (*Neuroses*).

Ostatnie dwie grupy chorób ulegają coraz większemu ograniczeniu na korzyść grupy chorób zakaźnych, o której słusznie twierdzić można, iż obejmuje większość procesów patologicznych. Dla tego też uczeni wszystkich krajów prześcigają się w badaniu specyficznych zarazków chorobotwórczych; przytem wychodzi na wierzch cały szereg nowych, a nie mniej ważnych pytań.

Jak dostają się bakterje do organizmu, przez co mianowicie mu szkodzą i w jaki sposób wywołują często znaczne zmiany anatomiczne, dla czego w jednych wypadkach następuje śmierć a w drugich wyzdrowienie, dla czego niektóre indywidua są niewrażliwe na działanie zarazków—oto jest szereg pytań czekających na ostateczną odpowiedź.

Rozpatrując się dokładniej w całym gospodarstwie natury, wszędzie możemy spostrzedz gorączkową działalność mikrobów. Rozliczne fermentacje, kielkowanie ziarna w ziemi, przeprowadzanie związków nierozpuszczalnych i niezdolnych do asymilacji w rozpuszczalne i łatwo assimilujące się, są po większej części dziełem bakterji lub blisko im stojących grzybków. Niezaprzeczenie więc badanie chemiczne bakterji, ich przemiany materji, muszą wystąpić na plan pierwszy dla zrozumienia natury chorób zakaźnych. Jedno bowiem mechaniczne ich rozszerzanie się, оголоcenie ustroju z tlenu i białka nie wystarczą wcale dla dostatecznego objaśnienia objawów patologicznych właściwych chorobom zakaźnym. Jako istoty żyjące muszą bakterje niezbędny dla nich materiał odżywczy czerpać ze swego otoczenia; substancje zaś przez nich zużyte albo będą wydalane na zewnątrz lub dostaną się do krwi obiegu.

Dla tego też należy poświęcić baczną uwagę już to gazowym, już to kryształicznym produktom przemiany materji bakterji odpowiednio do wymagań współczesnej chemii.

Zdanie pierwiastkowo wypowiedziane przez Mitscherlicha gorąco popierane przez Hoppe-Seyler'a, że życie w gruncie rzeczy jest tylko gniciem, wyraża nam w ogólnych zarysach czynności odbywające się w zdrowym i chorym ustroju. Z tej to przyczyny chemicznie wykształceni fizjologowie i patolodzy starali się ze szczególnem zamiłowaniem zbadać processy gnicia i rozkładu i uśiłowania ich uwieńczone zostały pomyślnym rezultatem już wtenczas. Kiedy bakterjologia jako nauka była jeszcze w kolebce. Z mięszaniny produktów gnicia zostały odszukane indol, kwas karbolowy, skatol i t. d. jako należące do szeregu aromatycznego, które same działają trująco i przeciwnie. Nagromadzenie się więc tych produktów własnych processów życiowych, musi położyć kres dalszemu rozmnażaniu się drobnoustrojów. Z tego zyskuje-

my znowu pewne punkty podpory dla zrozumienia licznych czynności odbywających się w ustroju ludzkim, albowiem główniejsza część naszego przewodu pokarmowego przedstawia tylko wielkie ognisko gnicia, w którym nieprzerwanie podobne processy rozgrywają się, jakie możemy wytworzyć sztucznie, wywołując gnicie.

Te trujące produkty przemiany materii grzybków łącząc się, jak to Baumann wykrył, z kwasem siarczanym, lub gdy tego zabraknie, z krążącym w krwi derywatem cukru kwasem glikuronowym, jak to wykazały poszukiwania Schmiedeberg'a, tworzą zupełnie nieszkodliwe podwójne połączenia. Tam gdzie siła życiowa i odporność organizmu jest zmniejszoną, te środki obrony odmówią swego zbawczego działania i dla tego to znajdujemy przy chorobach kiszek a także przy zakaźnych jak błonicy, róży twarzy, w niektórych wypadkach ropnicy (*pyaemia*), a także przy szkarlatynie ilość wydzielających się substancji aromatycznych a zwłaszcza kwasu karbolowego, zwiększoną.

Większe jednak znaczenie kliniczne mają zasadowe produkty przemiany materii bakterij patogenicznych, te bowiem nie tylko naruszają całość funkcji żywotnych, ale czynią je prosto niemożliwymi.

Mocno trujące zasady nazywamy „*toxina mi*“, nie trujące zaś „*ptomainami*“ na pamiątkę znakomitego badacza włoskiego Selmiego, który pierwszy zwrócił uwagę na obecność pewnych alkaloidów w trupach i nazwał je ptomainami, jakkolwiek substancji tych nie udato mu się nigdy otrzymać w stanie czystym. Nazwisko jednak tutaj pozostaje rzeczą obojętną; głównem zaś zadaniem jest przedstawić substancje te w stanie czystym, a tem samem wykryć ich budowę, by podpatrzeć bakterje w ich działalności w organizmie i wykryć przez to przyczyny ostatnie chorób.

Organizm ludzki i zwierzęcy potrzebuje do utrzymania życia oprócz pewnych soli nieorganicznych, wodorów węgla i tłuszczów, głównie substancji proteinowych. W czasie trawienia złożone molekuly białka rozkładają się na coraz prostsze, a użyteczne dla organizmu związki. Jaka tedy rola przypada bakterjom w ekonomii wewnętrznej ustroju, o tem nie mamy jeszcze dzisiaj jasnego pojęcia. Według panujących obecnie w nauce poglądów są to właśnie zaczyny (fermenty), które uskuteczniają dezorganizację przyjętego pożywienia w przewodzie pokarmowym. Już w pierwszym stadium tego aktu trawienia, kiedy ciała białkowe zamieniają się na związki rozpuszczalne a mianowicie peptony, spotykamy się z toxinami. Schmidt, Mühlheim, Fano, Hoffmeister obserwowali po zastrzyknięciu pod skórę zwierzętom peptonów, ciężkie zjawiska intoksykacyjne. Strawiony za pomocą pepsyny włóknik (fibrin) zawiera gwałtowną truciznę peptoxynę, która wkrótce zabija niższe zwierzęta przy objawach porażenia kończyn. Spotykamy się z toxinami i ptomainami w znacznej ilości, skoro bakterje prowadzą dalej proces rozkładu ciał białkowych, zwłaszcza gdy te ostatnie przedstawiają więcej złożoną budowę histologiczną. Wtenczas również pojedyncze składniki komórek bywają wciągnięte w proces rozkładu, przyczem niektóre molekularne ich szczątki przez utlenienie lub dalszą redukcję tworzą nowe chemiczne jestestwa. I tak w gnijącym mięsie człowieka, konia i wołu znaleziono neuridinę, kadawerinę, putrescinę, z toxinów: mydatoxinę, neurinę i methylguanidinę. Ostatnie dwie toxyny rozwijające bardzo trujące działanie wyjaśniają nam najlepiej sposób, w jaki bakterje normalne części składowe ustroju zmieniają w gwałtowne trucizny.

Neurina może tylko pochodzić z choliny, mało trującej części składowej bardzo w naturze rozpowszechnionej lecytyny, której to cholinie bakterje odbierają jeden molekuł wody. Przez tę prostą manipulację, tylko w większych dawkach trująca cholina, zamienia się na gwałtowną truciznę neurinę, wywołującą porażenie całkowite i paraliż serca w rozkurczu (*diastole*). Także pod wpływem neuriny zjawia się inna grupa symptomów, występująca również

przy otruciu muskaryną, jak łzawienie, silny ślinotok, zwężenie źrenic i obfita biegunka.

Methylguanidina jest wynikiem znowu siły utleniającej bakteryj; źródłem tej gwałtowne kurcze wywołującej trucizny jest niewinny składnik ciała zwierzęcego, kreatinina.

Ryby ulegające zepsuciu wywiązują masę różnorodnych toxinów; między niemi znajduje się pokrewny strasznie trującym grzybkowi muchy. Ze zgnilych szczupaków Bocklisch otrzymał diaetylamina. Zasada prof. Nenckiego otrzymana w r 1876 ze zgnilego kleju przedstawia pierwszą krystaliczną ptomainę należącą do szeregu aromatycznego.

Naszkicowane tutaj zaledwie zgruba ptomainy i toxiny biorą poważny udział w wywoływaniu ciężkich objawów gastrycznych i nerwowych, występujących wskutek zaburzeń w trawieniu. a szczególnie wskutek spożycia zepsutych pokarmów przyprowadzających o śmierć ma-sy ludzi.

Przy zatruciu kielbasami Ehrenberg jako czynnik działający wykrył neuriding.

Wielkie zainteresowanie wzbudziły przed kilku laty liczne przypadki otrucia w Wilhelmshaven, a powstałe przez spożycie ślimaków żyjących w zepsutej wodzie portowej. Według ciekawych i dokładnych opisów d-ra Schmidt-mann'a w Wilhelmshaven, szczegółowo badającego, przypadki zatrucia, doznawały ofiary tego wypadku wkrótce po zjedzeniu ślimaków i to w miarę ilości uczucia zesznurowania w gardle i ustach, następnie palenia i szczypania w rękach i nogach, zjęcia głowy i uczucia, jak gdyby członki ich ułatywały w powietrze. Nagle napadało nieszczęśliwych przy ogromnym rozszerzeniu źrenic rozdrażnienie psychiczne, zmuszające ich do ciągłej zmiany miejsca. Nakoniec otruci przy ciągle obniżającej się temperaturze ciała, zupełnej nieruchomości członków i gwałtownych wymiotach usypiali snem wiecznym. Spożycie 5 — 6 ślimaków wystarczało zupełnie, by wywołać opisane objawy.

Doświadczenia czynione na zwierzętach przez Schmidtman'a i innych z wodą zawierającą ślimaki wykazały, że zwierzęta zdychały wkrótce przy objawach zupełnego porażenia kończyn i serca.

W zmarłym ustroju opanowują bakterye z wewnątrz i zewnątrz komórki, nie stawiające już im więcej oporu i prowadząc dzieło zniszczenia, rozkładają organizm na zasadnicze pierwiastki. Processy te nazywamy gniciem. To pozorne dzieło zniszczenia ma za cel jednak wytworzenie znowu nowego ruchu i życia, a mianowicie wciągnięcie pierwiastków martwych znowu w ogólny obieg materji i życia; i tutaj dezorganizacya odbywa się kolejno i stopniowo. Bogactwo tkanek w azot powoduje tworzenie się nowych azotowych derywatów z tego processu zniszczenia. I tutaj znowu przykuwają uwagę lekarza i chemika ptomainy i toxiny z powodu możliwego pomieszania ich z alkaloidami roślinnemi, co w ekspertyzach sądowych może mieć poważne bardzo znaczenie.

Oprócz wzmiankowanych już diamionów, trupy ludzkie służą za miejsce rozwoju dla wielu nowych członków tej samej grupy, jak i dla właściwych „toxinów.“ Rozmaite peryody rozkładu objawiają się też przez rozmaite zasady. Toxiny pokazują się już siódmego dnia po nastąpionym rozkładzie; między niemi na szczególną uwagę zasługuje m y d a l e i n a, która już w małych dawkach wywołuje śmierć przy symptomatach gwałtownego rozwolnienia, wymiotów i zapalenia kiszek. (d. n.)

## KORRESPONDENCYE „MEDYCYNY“.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 49.)

Wodowstrętu przytem wcale nie bywa, gdyż u zwierząt objawu tego prawie nigdy nie ma. Niemożność polykania płynów pojawia się tylko u czło-

wieka i jest skutkiem tonicznego skurczu wdechowego, jaki się podczas przechodzenia płynu przez jamę ustną pojawia; później pojawia się on również przy wszelkich wrażeniach dotykowych i nawet na samo wspomnienie aktu połykania płynów.

Na zasadzie pomienionych danych uważamy psy za bezwarunkowo wściekłe: jeżeli rdzeń ich po zaszczepieniu wywołuje wściekliwość, jeżeli przy sekcji znajdujemy pomienione obce ciała w żołądku, lub jeśli objawy przyżyciowe są w tym komplecie jakieśmy wyżej podali. W razie przeciwnym mamy mniejsze lub większe podejrzenie i stosownie do jakości pokąsania poddajemy osoby pokąsane leczeniu ochronnemu lub nie. Do wniosków o pewności wściekliczności doszliśmy na zasadzie 3-letniej obserwacji, w ciągu której mieliśmy w możności poddać badaniu posmiertnemu i wykonać zaszczepienie mózgow psów, wilków i kotów w 134 przypadkach. Co do wilków i kotów te tylko wówczas uważamy za wściekłe gdy mózg lub rdzeń ich wściekliczność wywołuje, ponieważ innych danych dotąd nie mamy w dostatecznej ilości.

Na innym miejscu przytaczam szczegółową statystykę (p. Zdrowie z r. b.) oraz podaję cyfry z każdego rodzaju pokąsań. Obecnie nadmienię tylko, iż dotąd leczyło się metodą Pasteur'a 1012 osób nie uległo zaś leczeniu ze zgłaszających się 250 pokąsanych przez zwierzęta, które po 2—3 dniowej obserwacji okazały się zdrowymi, lub też gdy pokąsania były dokonane przez nieprzeziurawione ubranie.

Metoda leczenia przeszła u mnie trzy okresy, których wyniki są o tyle przekonujące, iż muszę je tutaj przytoczyć. Za takie zresztą zostały uznane przez Akademię Umiejętności i Akademię lekarską w Paryżu, gdzie w Listopadzie r. z zostały przedstawione.

Po powrocie moim w r. 1886 od Pasteur'a zastosowałem u pokąsanych metodę pierwotną polegającą na użyciu rdzeni bardzo słabych pomiędzy 14 i 5 dniem suszenia. Rdzeń najsilniejszy z użytych był przez pięć dni suszony i zawierał bardzo mało jadu wściekliczyny. Taki rdzeń wstrzyknięty królikom pod skórę nigdy nie wywołuje wściekliczyny, wywołuje zaś ją będąc zaszczepiony przez trepanację pod oponę twardą i to w czasie znacznie dłuższym, niekiedy zaś wcale nie wywołuje. W ten sposób szczepilem 104 osoby. Z nich jedna uległa śmierci wskutek wodowstrętu.

Ponieważ nie miałem możności stwierdzenia zapomocą próbnego zaszczepienia na króliku mózgu osoby zmarłej, nie byłem w stanie twierdzić stanowczo co było przyczyną śmierci. To też od tego czasu zacząłem robić szczepienia rdzeniem jeszcze słabszym, dochodząc tylko do 7-dniowego lub najwyżej do 6-dniowego rdzenia, które jad wściekliczyny zawierają już w tak małej ilości, że zaszczepione przez trepanację królikowi najczęściej nie wywołują choroby.

Tę metodę stosowałem u 193 pokąsanych. Z nich zmarło na wodowstręt 9 osób. Odsetka śmiertelności była więc tutaj niewiele mniejszą od tej, jaką mamy bez zastosowania leczenia.

Po takich wynikach zastowałem inną metodę polegającą na zaszczepieniu rdzeni silniejszych, poczynając od 12 dniowego, kończąc na trzy lub dwudniowym. Rdzenie te są tak silne iż zaszczepione pod skórę wywołują chorobę u królików dość często przez trepanację zaś zawsze. Tylko stopniowe przyzwyczajenie poczynając od rdzeni słabszych jest w stanie od choroby uchronić.

Od tego czasu t. j. od 2 lat przeszło z 700 przeszło osób leczonych zmarły trzy; co stanowi mniej niż 0,5%. U wszystkich pojawił się przed wybuchem choroby charakterystyczny ból w miejscu ukąszenia, co dowodzi, że choroba wychodziła z miejsca pokąsania nie zaś z miejsca zaszczepienia jakby to ktoś mógł zarzucić; jeszcze silniejsze szczepienia prawdopodobnie i tych chorych byłyby ocaliły: nie wykonałem ich tylko wskutek ostrożności, ażeby nie przekroczyć przypadkiem granic przez naturę dopuszczalnych i nie wywołać w ten sposób

choroby zamiast wyleczenia. Że jednak granice te są bardzo rozległe i że przyzwyczajenie się ustroju do jadu wścieklizny może dochodzić do bardzo znacznego stopnia wskazuje jedno doświadczenie, które pewien lekarz wykonał na sobie w instytucie Pasteur'a. W ciągu pół roku zrobił on sobie około 200 szczepień świeżym rdzeniem bez żadnej szkody. Ryzykowne to doświadczenie poprzedzonym zostało przez stopniowe przyzwyczajenie się do zarazka.

Z wyników jakie otrzymałem wyprowadzam wniosek, iż szczepienie ochronne wścieklizny jest bezwarunkowo skuteczne. Nie dodałem jeszcze że od 2 lat, t. j. od czasu wprowadzenia metody silniejszej zaprowadziłem większą ścisłość w kontroli szkodliwości pokąsanych, wskutek której przeszło  $\frac{1}{3}$  zgłaszających się nie uległa zaszczepieniu.

Wobec powyższych wyników nie mogę więc uważać szczepień za szkodliwe lub niedziałające. Obecnie każdy, kto zechce wyprowadzić logiczny wniosek z przytoczonych cyfr i faktów, powie to samo.

Powie ktoś, a gdzie dowód, że tylko te trzy osoby uległy wściekliznie; przecież nie prowadzicie kontroli po zaszczepieniach nie możecie więc wiedzieć co się dzieje z waszymi niby wyleczonymi.

Tak nie jest. Od 2 lat co miesiąc wysyłamy zapytania co do stanu zdrowia osób leczonych do Naczelników powiatu, którzy nam zawsze udzielają odpowiedzi. Mamy na to jeszcze jedną kontrolę; oto, nie było ani jednego przypadku nie udanego leczenia metodą Pasteur'a, o którym nie dowiedzieliśmy się z pism codziennych, które fakta takie otrzymywane od korespondentów skrzętnie notują; zwykle mamy więc dwie drogi dowiedzenia się prawdy.

Wobec tego co powyżej przytoczył, wszelkie inne leczenie pokąsanych a zatem i wypalanie ran, uważam za zbyteczne. Z własnego zresztą doświadczenia przekonałem się, że takowe nic a nie nie pomagają. Spostrzegałem dotąd dwadzieścia kilka przypadków wścieklizny człowieka: w większości były wykonane gruntowne wypalania — bezskutecznie. W tej chwili przychodzi mi na pamięć przypadek Jędrzejewicza gdzie przypalenie było uskutecznione natychmiast po skaleczeniu, a w półtora miesiąca rozwinęła się wścieklizna; przypadek Sawickiego gdzie rany po przypaleniu zrobionem w godzinę po pokąsaniu goiły się przez 3 miesiące, a pomimo to wścieklizna nastąpiła i liczne podobne przypadki gdzie pokąsani pomimo dokonanego przypalania przyjeżdżali do mnie o poradę z rozwiniętym już wodowstrętem.

A tymczasem z pokąsanych leczonych, jak zwykle, przypalaniem i metodą Pasteur'a podczas stosowania metody słabej umierało 3—4%, gdy teraz po zastosowaniu metody wzmocnionej umiera 0,5%. Nie też dziwnego że wobec tego muszę uważać wypalanie ran za barbarzyńską resztkę chirurgicznych zabiegów nieprowadzących do żadnego wyniku. Nie zaprzeczalbym pewnej skuteczności przypalania tylko tam, gdzie natychmiast po pokąsaniu zniszczone zostaną wszystkie części miękkie wraz z nerwami a czyż to jest możliwe? Inaczej zaś postąpić nie można, gdyż nie wiemy jak głęboko zabierzć jad wprowadził.

Należy teraz zreasumować to co powyżej powiedziałem i odpowiedzieć p. Rybickiemu wprost na zadane pytania.

Co do 1. Czy wścieklizna u zwierząt w ogóle a u człowieka w szczególności jest tak częstą jakby to wnosić należało i t. d. (pomijamy na tem miejscu poczynające się niestosowne wyrażenia).

Z przytoczonych powyżej cyfr widać, że wścieklizna wogóle nie jest częstą, gdyż samo pokąsanie szkodliwe nie jest zbyt częstym. Od czasu prowadzenia metody Pasteur'a miewam rocznie około 400 osób pokąsanych z których część nie ulega leczeniu z powodów wyżej wymienionych. Z powodu roz-

porządzenia wydanego przez J. W. Jenerał Gubernatora pokąsanych przysyła ją Wójei gmin i Naczelnicy powiatów — zapewne jednak pewna część nie przybywa i leczy się inaczej, chociaż cyfra nie przybywających nie musi być wielką i nie wyrównywa ilości przybywających. Tymczasem mam do zanotowania w ciągu 2 lat 25 przypadków wścieklizny u nieleczonych a 3 tylko z pośród leczonych. Pomiędzy nieleczonymi, wspomnę nawiasowo, figuruje w r. b. z imienia i nazwiska jedna osoba z szpitala Skierniewickiego, o leczeniu której metodą przypalań zawiadomiła mię kancelarya J.W. Gubernatora przed kilkoma miesiącami (p. Rybicki twierdzi, że z leczonych przypalaniem w jego powiecie nikt nie umarł).

Co do 2. Czy wszyscy ludzie i zwierzęta ulegający pokąsaniu muszą uleść wściekliznie? Według tego com powiedział stosunek śmiertelności do pokąsań nie przenosi 10%, z omówieniami przytoczonymi powyżej.

Co do 3. Jaki jest cel metody Pasteur'a u ludzi pokąsanych leczniczy czy zapobiegawczy?

Tutaj p. R. przypomina metodę Hanemana, do której zdaniem jego metoda Pasteur'a jest zupełnie podobna. Zwrócimy jednak uwagę na zasadnicze różnice tych dwóch metod.

1) Hanemann mówiąc o leczeniu *similia similibus* nie rozumiał tego tak jak my obecnie rozumiemy i uważał iż chinina wywołując zimnicę dla tego właśnie leczy też chorobę. Obecnie wiemy, na to chyba zgodzi się p. R., że chinina zimnicy nie wywołuje.

2) Ilość środka podawanego chorym zdaniem Hanemanna ma być tem mniejszą im silniejszą jest choroba. Innemi słowy najsilniej działać mają najmniejsze dawki. Czy i po przeczytaniu moich uwag mniema p. R. że stosujemy z Pasteurem homeopatyczne rozcieńczenia?

Co do analogii, a nawet tożsamości szczepienia ospy a wścieklizny starałem się dać możliwe wyjaśnienia, któremi p. R. służę. Jeżeli je za niewystarczające uważa proszę o dalsze interpelacje.

Co do 4. Czy godzi się dziś wobec metody Pasteur'a zaniedbywać starego jak świat środka zapobiegającego wściekliznie: przyżegania ran od ukąszenia pochodzących? pyta p. R.

Na zasadzie przytoczonych uwag i danych statystycznych wypalania uważam za zbytęczne. Zresztą nie pierwszy to środek, który postępy nauki każą odrzucić. Przypomnę p. R. skubanę, wypalanie ran poamputacyjnych, zalewanie ich wrzącą oliwą i t. p. specyaly i przeciwstawię temu łagodne opatrunki antyseptyczne. Daruje mi p. R., ale to już nie empirya lecz wniosek z licznych spostrzeżeń przyrodniczych i badań tegoż Pasteur'a, którego adeptów p. R. tak gromi za. obronę lekarza, którego w piśmie codziennem ktoś napada za niewysłanie na kuracyą metodą Pasteur'a człowieka ukąszonego przez nierozdarte ubranie. P. R. uważa, iż taką obronę należy napisać w piśmie naukowem, którego prócz koła poważniejszych ludzi nikt z pewnością nie przeczyta.

Dziś, gdzie prasa codzienna jest chlebem powszednim i udziałem nawet najbiedniejszych, nie czas płynąć przeciw prądowi i wszystkie informacje jakie w niej przez nieświadomych rzeczy puszczane zostają, pogardliwem mileżeniem zbywać. Podczas gdy Virchow, Pasteur, Koch i wielu innych większej i mniejszej miary badaczy środek ten za potrzebny uważa i rękę doń przykładają, my owijamy się w togi i nie robimy nic, ażeby błędy opinii publicznej naprawić.

O. Brjwid.


## Wiadomości bieżące.

**Krajowe.** Influenza zaczyna szerzyć się na dobre w naszym mieście. Coraz częstsze są przypadki tej choroby zwłaszcza w młodym wieku. Występuje ona w trzech postaciach: postać nerwowa, nieżyt dróg oddechowych, oraz forma gastryczna, choć trzy te formy często ze sobą się kombinują. Pierwsze objawy polegają na dreszczykach, uczuciu zmęczenia w całym ciele, na bólach krzyża i kończyn, na bólu i zawrotach głowy. Często śledziona już w tym okresie choroby bywa powiększona, a gorączka dochodzi do  $40^{\circ}$  i  $40^{\circ},5$ . Potem następuje zapalenie łącznicy oka, nieżyt dróg oddechowych, język moc o obłożony, brak apetytu etc. Gorączka szybko się podnosi, utrzymuje się na wzmiankowanej wysokości dni kilka, żeby później od razu opaść; przypadku śmiertelnie zakończonego dotychczas u nas nie było. Choroba ta nie jest w swoich skutkach groźna, jednakże objawy jej bardzo są przykre i źle oddziałują na cały organizm, pacyent po tych kilku dniach zmienia się nie do poznania i tylko powoli przychodzi do siebie. Przykre są zwłaszcza objawy nieżytowe dróg oddechowych, prowadzące nieraz do zapalenia płuc nieżyłowego. Przy leczeniu przeważnie objawowem, używać należy *larga manu* chininę, która zdaje się iż skraca cały przebieg.

Czy prawdą jest, co utrzymują niektórzy niepowołani publicyści, iż influenza poprzedza wybuch cholery, nie będziemy się nad tem rozwodzić. Ciekawych odsyłamy do Hirschna (*Handbuch der historisch geographischen Pathologie 1881*) który dostatecznie dowiódł niezależności tych dwóch epidemii od siebie. Zadaniem winno być lekarzy jasne wyrobić sobie o tem przekonanie i słowem i piórem uspokajać niepotrzebnie zaalarmowaną opinię publiczną.

Epidemia szerzy się obecnie dosyć groźnie w Petersburgu, Moskwie, Wilnie, Kijowie etc. a w ostatnich czasach nadeszły wiadomości z zagranicy, że i tam się pojawiła.

**Zagraniczne.** Wkrótce ma się rozpocząć w Berlinie budowa t. zw. domu Langenbecka, mającego jak wiadomo służyć do odbywania posiedzeń Towarzystwa chirurgów niemieckich oraz na pomieszczenie odpowiednich bibliotek i innych zbiorów. Kapitał dotychczas zebrany wynosi 100,000 marek, ale pewne Towarzystwo kredytowe daje pożyczkę w ilości 200,000 marek na niski procent.

 D, dzisiejszego Numeru dołącza się prospekt Kurjera Codziennego.

## O G Ł O S Z E N I A.

**Najskuteczniejsza przeczyszczająca woda gorzka**

### FRANCISZKA JÓZEFA

Mam honor podać poniższą analizę do wiadomości pp. Doktorów z uprzejmą prośbą ażeby raczyli wodę tę zalecić sposobem próby, jeżeli tego dotychczas nie uczynili.

Wody tej dostanie we wszystkich Aptekach oraz składach wód mineralnych.

W 100 Gr. Franciszek Józef 45.99 siarczanów i 2.41 Nat. bicarb.

— Hunyadi Janos 31.92 " i 0.79 "

— Friedrichshall 11.20 " " "

Radca Tajny von Fehling.

**Sprzedaż wszędzie.**

**Dyrekcya w Budapeszcie.**

Stuttgart w Marcu 1882.

(258)—0 - 3

REDAKTOR I WYDAWCA, Dr. Gustaw Fritsche Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 30 Полября 1889 г.—Друк Марыи Зіемкіевіч  
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.