

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE: Przypadek samowolnego krwawienia z sutki, jako objaw hemofilii. Podał S. Krukowski. — Uwagi nad zasadniczymi pytaniami dotyczącymi leczenia przymiotu rzeżnia. Napisał dr Jan Biron. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE. Wodolecznictwo w zapaleniu płuc. — SRESZCZENIA I WYCiąGI. 69. Zwalczenie gruźlicy w świetle doświadczenia, zdobytego w walce pomysłowej z innymi chorobami zakaźnymi. 70. Zastosowanie metody leczenia za pomocą dostatecznej dawki leku w pewnych chorobach narządu nerwowego: ciężkie postacię powierzchownego bólu głowy, choroba Menière'a, nerwoból (tic douloureux) twarzy. 71. Polikliniki dla suchotników. 72. O rozszerzeniu źródeł naprzemionem (springende Mydriasis). 73. Przyczynok do rokowania w chorobach mózgu u dzieci. 74. Jaka jest obecnie śmiertelność po operacjach kamieni żółciowych. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Krukowski—Un cas d'hémorrhagie spontanée du sein comme signe d'hémophilie. 2) D-r J. Biron—Remarques sur les questions capitales concernant le traitement de la syphilis par le mercure.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Krukowski—Ein Fall von spontaner Blutung aus der Brustdrüse als Zeichen von Haemophilie 2) D-r J. Biron — Bemerkungen über die Grundfragen, betreffend die Quecksilberbehandlung der Syphilis.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Przypadek samowolnego krwawienia z sutki jako objaw hemofilii.

Podał

S. KRUKOWSKI.

Ch. B., żydówka, handlarka lat 54, skarży się na silne bóle w stawach golenio-skokowych obydwóch nóg i w stawie łokciowym lewej ręki. Bóle w nogach są tak nieznośne, że musiała porzucić zajęcie swe wędrowniej handlarki, ponieważ zupełnie chodzić nie może. Bardzo niepokoi ją również to, że z lewej sutki od czasu do czasu wytryskuje strumieniem lub sączy się kroplami krew. Stan ten trwa już dwa lata, zimą krwawienie jest rzadsze, latem ciągle. Czuje się wskutek tego bardzo osłabioną, miewa częste zawroty głowy i straciła zupełnie apetyt.

B. rodziła 10 razy, dziewięcioro dzieci żyje, pierwsze zmarło w 3 roku, było to dziecko płci męskiej, bardzo słabe, anemiczne. Po akcji obrzezania nastąpiło u niego silne krwawienie, które trwało 24 godziny; od tego czasu dziecko ciągle chorowało, zmarło na ospę. Drugi syn miał ciągle krwawienia nosowe, trwało to dwa lata, obecnie ustalo. Najmniejsze wszakże podrażnienie błony śluzowej nosa, słabe uderzenie w nos wywołuje i teraz krwawienia, które trudno wstrzymać. U chłopca syna tego po akcji obrzezania nastąpił silny krwotok, który trwał 6 godzin. Musiano zawezwać lekarza, który nałożył opatrunek. Reszta dzieci i wnucząt zdrowe.

B. straciła miesiączkę przed 6 laty, miesiączkowała po 7 dni, co miesiąc. Dzieci wszystkie karmiła sama po 2 lata każde; miała zawsze tyle pokarmu, że dokarmiła jeszcze obce dzieci. O rodzicach i rodzinie żadnych szczegółów udzielić nie może, zdaje jej się, że byli zupełnie zdrowi. Powstanie choroby swej stawia w zależności od tego, że pewnej nocy wszczął się w ich mieszkaniu pożar, uległa wtedy silnemu wstrząśnieniu nerwowemu, i wkrótce potem zaczęły się krwawienia z sutki. Bóle i obrzęki stawowe miała już wcześniej. Stolec ma codziennie, mocz oddaje nie często i w ilości zwykłej.

Badanie obiektywne wykazuje, co następuje: B. osoba średniego wzrostu, anemiczna, o tkankach tłuszczowej i mięśniowej słabo rozwiniętych. Wygląd ogólny zupełnie już starczy, inteligencya upośledzona. Płuca zdrowe, tony serca słabe, ale czyste. Sutki obydwie w stanie zaniku, wyczuwają się pojedyncze acini, zresztą zupełnie normalne. Przy naciskaniu na lewą sutkę wydziela się duża ciemna kropla krwi. Badanie brobnowidzowe krwi tej, dokonane przeze mnie, nie wykazuje żadnych zmian ani ilościowych, ani jakościowych. Kropla krwi, pozostała na sutce, krzepnie bardzo prędko. Gruczoły pod pachami nie wyczuwalne. Lewa ręka w stawie łokciowym zgięta, nie daje się wyprostować, mięśnie, prostujące łokieć, w stanie zaniku. Bolesności przy dotyku nie ma. Prawy staw zdrowy. Dokoła obydwóch stawów gołenio-skokowych obrzęk i zaczerwienienie. Wszelki ruch i dotyk bolesne bardzo. Na obydwóch gołeniach grube, wężykowate żyłaki. Narządy brzuszne i płciowe normalne. Rozpoznałem hemofilię.

Krwawienia z sutek są wogóle objawem rzadkim, najczęściej mają one miejsce u kobiet podczas okresu karmienia i wskutek karmienia. Nowotwory sutek wywołują nieraz także krwawienia, w danym wszakże przypadku mogłem rozpoznać to wyłączyć stanowczo. Ani stwardnienia, ani nacieczenia w sutce nie wyczuwałem, a wobec zaniku, w jakim sutki obydwie się znajdują, zmiany te łatwo byłoby dostrzedz. Gruczoły pod pachą nie wyczuwalne. Skorbut wyłączyłem na zasadzie braku zmian jakiegokolwiek na dziąsłach. Natomiast przemawiają za hemofilią objawy goścenne, pewna skłonność do krwawień w rodzinie (2 synów i jeden wnuk), uporczywość sprawy chorobowej i wreszcie brak innej jakiegokolwiek przyczyny.

Co się tyczy etiologii danego przypadku, to ona jest również niejasna, jak wogóle etiologia choroby krwawców. Czy B. odziedziczyła swoją chorobę, trudno orzec. Wobec słabej bardzo inteligencyi chorej, miałem niezmierną trudność przy zbieraniu wiadomości o niej samej i jej dzieciach, o rodzicach swoich i rodzeństwie dalszem nie potrafiła już udzielić żadnej wiadomości. Natomiast widzimy z wywiadów, że skłonność do krwawień odziedziczyli jej potomkowie, a mianowicie linia męska. Podług GRANDIDIER'a (Die Hämophilie, Lipsk) na 609 krwawców męskich przypada 48 kobiecych. Do-

świadczenie bowiem wykazało, że kobiety, pochodzące z rodzin krwawców, same pozostając zdrowe, przekazują skłonność do krwawień potomstwu swojemu męskiemu. W danym jednakże przypadku wnuk B. odziedziczył hemofilię jakoby wprost po ojcu. Jako *agens provocans* należy uważać u B., niezależnie od prawdopodobnej dziedziczności, długotrwałe i długoletnie karmienie dzieci. B. karmiła 20 lat z rzędu prawie bez przerwy. Czy owo wstrząśnienie nerwowe, o którym wspominałem w wywiadach, nie odgrywało żadnej roli, trudno przesądzać. Jeżeli przypuścimy u B. dziedziczność, to podobne psychiczne wstrząśnienie, wywołując chwilową wprawdzie, ale potężną zmianę w obiegu krwi, mogło dać pobop do krwawień z miejsca najmniejszej odporności, w danym przypadku z sutki. Dlaczego nie z obydwóch i dlaczego z lewej, a nie z prawej, pozostaje niewytłomaczonym, tem więcej, że B. przy karmieniu posługiwała się, jak jedną, tak i drugą piersią.

Przeciw rozpoznaniu przemawia w danym przypadku późne wystąpienie krwawień u chorej, ale względ ten raczej dowodzi braku wiadomości co do istoty tej sprawy chorobowej, dzięki której objawy krwawienia występują nieraz natychmiast po urodzeniu, nieraz dopiero w młodzieńczym wieku, jak to miejsce miało w przypadku STEINER'a (De haemophilia, Berlin), a nieraz jeszcze później.

A zresztą, mówiąc słowami EICHHORST'a, dlaczegożby hemofilia obecnie nie mogła powstawać samodzielnie, jak to było ongi przy pierwszym jej powstaniu?

Hemofilia nie należy, u nas przynajmniej, do spraw chorobowych częstych. Tak przynajmniej wnioskować należy, sądząc z ubogiej literatury naszej w tej sprawie. Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od 1831 do 1890 roku włącznie podaje 4 prace o hemofilii: trzy HELBICH'a z lat 1855, 1857 i 1871 i jedną, zawierającą tylko właściwie krytykę poglądów HELBICH'a na chorobę krwawców (1857 r.). W dostępnej mi literaturze nowszej od roku 1891 znalazłem jeden przypadek ROSENBLATT'a, przypadek zresztą wątpliwy, bo sam autor waha się między rozpoznaniem hemofilii a *morbus maculosus Werlhofii*; o ile zaś z historii choroby wnioskować można, był to przypadek *purpurae haemorrhagicae*. GEPNER (syn) podaje w „Medycynie“ 1892 r. przypadek zaniku nerwu wzrokowego po krwotoku do oczodołu u hemofilika. Więcej prac polskich w tej sprawie nie znalazłem. W literaturach: francuskiej, angielskiej, a szczególnie niemieckiej znajdujemy już cały szereg prac o hemofilii, nie w takiej liczbie wszakże i nie tak wyczerpujących, aby uważać można było sprawę tę za zupełnie wyjaśnioną pod względem pochodzenia, istoty, objawów, przebiegu i leczenia. Ta właśnie względna rzadkość hemofilii i, o ile mi się zdaje, jedyne w swoim rodzaju i dotąd nie opisywane źródło krwawienia w moim przypadku — sutka lewa — skłoniły mnie do podania go do ogólnej wiadomości.

Uwagi nad zasadniczymi pytaniami dotyczącymi leczenia przymiotu rtęcią.

Napisał

D-r Jan Biron.

(Dokończenie—Zob. Nr. 33).

Za dowód, jak łatwo w doktrynerskim zapale wpaść w niczem nieuzasadnioną jednostronność, posłużyć mogą poglądy GÉMY'ego, wygłoszone przez niego we wstępnej lekcyi (*Traitement abortif et facteurs de gravité de la syphilis: leçon d'ouverture 1887 — 88. Alger*). Widzi on jedynie tylko w samym zarazku i różnych stopniach jego złagodzenia przyczynę różnicy w natężeniu objawów przymiotu, sprowadzając, wbrew powszechnym twierdzeniom, niemal do zera znaczenie tkwiących w zarażonym ustroju warunków, (np. alkoholizm, gruźlica, wiek i t. d.). Na złagodzenie zarazka wpływa rtęć, którą należy stosować od czasu ukazania się pierwotnego objawu; w ten sposób rozumując, kończy taką apostrofą do swoich słuchaczy: „Skoro się już macie zarażać przymiotem, zarażajcie się od osobników, długo rtęcią leczonych (à une source largement, longuement et profondément mercurialisée.)“ . Ze wniosku ten z rzeczywistością bynajmniej się nie zgadza, sam stwierdzić to mogę, gdyż widziałem takie przypadki, w których życzeniu GÉMY'ego stało się zadość, a pomimo to przebieg choroby niezwykłą jakąś łagodnością wcale się nie odznaczył.

Dla tego też, nie wchodząc w to, czy, jak chcą tego niektórzy, pierwotny objaw jest już wyrazem ogólnego zakażenia, czy nie, nie szukając niepewnych dróg wyjścia w analogiach z innymi chorobami, postaram się (ut desint vires, tamen est laudanda voluntas), posługując się, jako przesłankami, danymi, przy pomocy wiekowego doświadczenia osiągniętymi, dać moją odpowiedź, wiążąc ją z jedynym obowiązującym nas prawem, górującym nad wszelkimi teoretycznymi wywodami, mianowicie z istotnym pożytkiem chorego.

Danemi temi są:

1.) Pierwotny objaw przymiotu sam przez się prawie nigdy żadnem bezpośrednim niebezpieczeństwem nie grozi.

2.) Rtęć, w tym okresie przymiotu ogólnie stosowana, niewątpliwie korzystny wpływ wywiera na pierwotny objaw i na towarzyszące mu zwykle obrzmienie sąsiednich gruczołów, choć daleko słabszy, niż na późniejsze wytwory choroby.

3.) Rtęć, wprowadzona do ustroju przed ukazaniem się objawów ogólnych, może to ukazanie się opóźnić, decydującego jednak wpływu na późniejszy przebieg choroby nie posiada; w żadnym razie dodatniego, a niekiedy może nawet ujemny, choć nie w takich granicach, jak to utrzymuje KAPOSÍ.

4.) Bardzo często rozpoznanie pierwotnego objawu następuje wielkie trudności.

5.) Niesłuchanie rzadko wprawdzie, ale zdarzyć się może, że na pierwotnym objawie choroba się kończy. Co prawda, w tych razach zawsze prawie twierdzenie to zwalczać można takimi argumentami, jak: pomyłka w rozpoznaniu lub niedostatecznie długi okres czasu obserwacji.

Otóż zdaje mi się, że, naginając powyższe dane do ostatecznego naszego celu, którym, jak to już powiedzieliśmy, dobro chorego być powinno, w ten sposób możemy odpowiedzieć:

Jeżeli jakieś nadzwyczajne względy, o których była mowa wyżej, nie zmuszają nas do oddziaływania na pierwotny objaw przymiotu za pomocą ogólnego leczenia rtęcią, to po za tymi nielicznymi wyjątkami, należy czekać z jego rozpoczęciem do czasu wystąpienia ogólnych objawów choroby, wliczając do nich oczywiście i tak zwane zwiastuny, jak np. gorączkę, bóle głowy i t. d., to jest do czasu, w którym efekty rtęciowe może najsilniej się objawiają. Taka eklektyczna trochę odpowiedź ma jeszcze tę względną może zaletę, że się jej trzyma większość.

Przejdźmy teraz do drugiego pytania nierównie może donioślejszego, ale i trudniejszego do rozwiązania, kiedy należy skończyć leczenie ogólne rtęcią? I gdyby tak w chwili, kiedy to pytanie napisałem, jaki swawolny chochlik wrzasnął nademną „nigdy!“, wytargalbym z pewnością niesfornego bębna za uszy za to, że mi w tak ważnym momencie przeszkadza; czuję jednak, że wykrzykiem tym obudziłby takie wrażenie, jakby w mózg mój (proszę przebaczyć tę bakteriologiczną metaforę) wszczepił się jakiś mikrobsceptycyzmu, wywołując z początku dreszcz niepewności, potem gorączkę protestu, a w końcu uczucie przykrewnej niemocy.

Nie podszept chochlika pewnie, ale inne względy, o których poniżej, sprawiły, że przed trzydziestu blisko laty (w r. 1873) na miejsce dotychczasowego leczenia tylko w czasie objawów wprowadził Alfred FOURNIER metodę leczenia przewlekłego (*méthode des traitements successifs*), polegającą na tem, że przez dłuższy okres czasu, bez względu na to, czy są objawy, czy ich niema, prowadzi się ogólne leczenie rtęcią ze stopniowo zwiększającemi się przerwami od 4 do 6 i 8 tygodni, wypełnianemi zadawaniem przetworów jodu. W początkach zadawał się dwuletnim okresem, z czego na leczenie przypadało 10 miesięcy, na przerwy 14; później przedłużył go do lat trzech, następnie czterech i więcej, co nawet było powodem żartobliwej uwagi CASPARY'ego, że, jeśli tak dalej pójdzie, to wypadnie leczyć dopóty, dopóki bezlitosna *Atropos* nie przetnie nitki żywota pacyenta („martyra“, jak go Oczko nazywał).

Dzięki powadze FOURNIER'a, metoda ta rozprzestrzeniła się po świecie i wszędzie znalazła licznych zwolenników, pomiędzy którymi do gorliwszych należy A. NEISSER i stosuje ją z pewnemi zmianami.

Za punkt wyjścia stronnikom tej metody leczenia na zapas posłużył wątpliwej bardzo wartości ogólnik, że każda choroba przewlekła wymaga przewlekłego leczenia; dalej, ponieważ nigdy ani z charakteru pierwotnego objawu, ani z objawów wtórnych nie możemy wnioskować o dalszym przebiegu choroby i jej groźnych albo nawet zgola zgubnych dla zakażonego ustroju następstwach, więc powinniśmy, mając w rtęci środek, prawdopodobnie na zarazek przymiotu działający, jak najszerszy zeń użytek zrobić, czyli i w okresach czasowego utajenia się tego zarazka przeciwdziałać mu za pomocą ogólnego leczenia.

Następnie zdarza się niekiedy, że pozornie wyleczeni, u których żadnych śladów choroby wykryć nie jesteśmy w stanie, płodzą dotknięte przymiotem dzieci, a nawet zarażają żony, takie zaś niewątpliwie stwierdzone przypadki, choć rzadkie, przemawiają za przewlekłym leczeniem. Wreszcie za najdotkliwszy pocisk, wymierzony w stronę przeciwników tej metody, można uważać statystyczne dane, wykazujące, że najcięższe, tak zwane trzeciorzędne postaci przymiotu, jak również te dwie choroby: wiał rdzenia i paraliż postępujący, które z przymiotem w pewnym, acz niedowiedzionym znajdują się związku, najczęściej tych właśnie dotyczą, którzy albo wcale, albo niedostatecznie byli leczeni, czyli, krótko mówiąc, nie podług metody FOURNIER'a.

Cóż na to odpowiadają zwolennicy leczenia, ograniczającego się tylko okresami wybuchów choroby?

Przedewszystkiem z ogólnego punktu widzenia czynią metodzie FOURNIER-NEISSER'a zarzut, że, ujmując leczenie przymiotu, choroby tak różnie się przejawiającej, w pewne arytmetyczne formułki, nieuchronnie prowadzi ona do identycznego, ryczałtowego traktowania różnych chorych. Zaprawdę, nie brak dowodów na to, że otwiera ona na rozcież wrota szablonowi, przez co grubo na ów „szewcki owcug“ Oczki patrzy. Skutkiem tego bywa, że chorzy zgłaszają się do lekarza z żądaniem tyłu a tyłu „igiel“ (tak się w gwarze chorych nazywają wstrzykiwania śródmięśniowe) lub przepisania pewnej liczby wcierań, stawiając go nieraz przez te żądania w nader kłopotliwym położeniu, albo co gorsza sami sobie leczenie rtęcią aplikują, czując się do tego upoważnionymi przez wskazówki, otrzymane od zwolennika leczenia przewlekłego.

Przechodząc do bardziej szczegółowych zarzutów, zaznaczyć wypada fakt niezbity, że metoda FOURNIER'a bynajmniej od nawrotów przymiotu nie zabezpiecza, a nadto i tak bywa, że nawroty te przychodzą wkrótce po ukończeniu jednego leczenia, nie czekając wcale na termin, wyznaczony dla rozpoczęcia następnego. Wtedy lekarz znajduje się w położeniu myśliwego, który, wystrzelawszy naboje na wróble, z pustymi ładunkami wobec zwierza, mającego kły i pazury, stanie, albowiem i ten chory, który dopiero co leczeniu był poddawany, może nie tak łatwo nowe ilości rtęci znieść, i ta rtęć może już nie tak dzielnie na objawy choroby oddziała.

W dalszym ciągu mamy prawo przypuszczać, że przymiot w każdym ze swoich okresów zakończyć się może, a z tego wypada, że nieraz, stosując metodę FOURNIER'a, leczymy zdrowych, nie znajdując nawet pociechy w przeświadczeniu, że tym sposobem możemy ustrzedz istotnie jeszcze chorych od późniejszych wybuchów choroby, a chociażby tylko wpłynąć na zmniejszenie ich złośliwości.

I z powagą cyfr statystycznych nieźle sobie radzą przeciwnicy metody przewlekłego leczenia. Że w szeregu przypadków z trzeciorzędnymi objawami przymiotu przeważnej liczby mało lub wcale nieleczonych rtęcią doliczyć się można, nie jest to jeszcze wystarczającym dowodem, by to właśnie, a nie co innego było tych objawów przyczyną, gdyż statystyka taka nie bierze pod uwagę znacznej większości przypadków, w których do trzeciorzędnych objawów nie dochodzi. Dalej tego rodzaju statystyce przeciwstawiają statystykę GROEN'a (BLASCHKO), która wykazuje, że w Norwegii, gdzie wielu chorych wcale się rtęcią nie leczy, liczba trzeciorzędnych przypadłości nie jest większa, niż w innych krajach.

Następnie w Turcyi i Bośni (DÜHRING, GLÜCK) nieznanie są wiądrzenia i paraliż postępujący, chociaż przymiot jest pomiędzy tamtejszą ludnością bardzo rozprzestrzeniony, a o odpowiednim leczeniu rtęcią nie ma mowy. Zupełnie to samo mówi o Abisynii (Psychische und Nervenkrankheiten in Abessinien. Psychiatr. Wochenschr. 1900. Nr. 51 i 52) HOLZINGER, członek sanitarnego oddziału Ross, czerw. Krzyża podczas wojny w 1896 roku. Ze spostrzeżeń HOLZINGER'a okazuje się, że Abisynia jest ziemią obiecaną dla przymiotu, gdyż 80% mieszkańców jest nim dotkniętych, skutkiem czego nazywają go „naszą chorobą“ (ambicyo! gdzieś się ty nie zagnieździsz!), tymczasem w okazałej liczbie 13,000 chorych widział HOLZINGER tylko 150, dotkniętych cierpieniami nerwowymi i psychicznymi, a między nimi spotkał tylko sześć razy wiądrzenia, ani razu zaś nie widział paraliżu postępującego.

Otóż nie mam najmniejszego pojęcia o tem, w jaki sposób i czy równie skutecznie, jak z Włochami, radzą sobie Menelikowi poddani ze „swoją chorobą“, wątpię przecież, czy czerwony krzyż zdążył już ich obdarzyć pomiędzy innymi nabytkami kultury i metodą FOURNIER-NEISSER'a, a jednak bez względu na to nie doświadczają oni tych skutków, którymi zwolennicy leczenia przewlekłego w razie jego zaniedbania grożą. Tu mimochodem zaznaczę, że z tych spostrzeżeń i ten prawdopodobny wniosek wysnuć się daje, że, jeśli rzeczywiście te dwie choroby w jakimś przyczynowym związku z przymiotem się znajdują, to do tego ostatniego dodać trzeba jakieś X, co pozwoliłbym sobie w następującym wzorze wyrazić:

przyczyny wiądrzenia = przymiotowi \pm X,

zastrzegając się jednak przeciw posądzeniu o jakiś niewczesny matematyczno — medyczny koncept i chęć wyprowadzenia z tego wzoru, że:

X = przyczynom wiądrzenia mniej przymiot.

Niepodobna i o tem zamilczeć, że przy stosowaniu przewlekłego leczenia rtęcią, trwającego od 3 — 5 lat, trudniej uniknąć jej szkodliwych, a niezależnych dla ustroju następstw, zwłaszcza dla narządów trawienia (JULIEN, KÖBNER), dla nerek, a osobliwie dla układu nerwowego. KÖBNER utrzymuje, że, ile razy poruszał ten przedmiot w rozmowie z doświadczonymi neurologami, zawsze zgadzali się na to, że coraz częściej spotykać się można z ciężkimi zaburzeniami w układzie nerwowym (*neurasthenia*, *syphilophobia* i t. d.) dzięki bezkrytycznemu i nadmiernemu stosowaniu rtęci. Jednym słowem, dzieje się w tych razach, że „*incidit in Scyllam qui vult vitare Charybdim*“, jak mówi stary Wirgiliusz.

Jeżeli teraz z płaszczyzny względów utylitarnych dźwigniemy się na spadzisty pagórek teoretycznych rozumowań, zobaczymy, że i z tego zupełnie pewnego stanowiska stronnicy metody, wyczekującej na objawy, przeciwników swych dotkliwie ogniem krytyki prażą.

Twierdzenie, mówią oni do zwolenników leczenia przewlekłego, że przetwory rtęci, dzięki swym bakteryobójczym własnościom, bezpośrednio na zarazek przymiotu działają. Być może, ale, nawet działanie ich w ustroju w sposób naiwny do działania w próbówce upodabniając, trudno przypuścić, by dosięgały go w okresach utajenia, to jest wówczas, gdy ilościowo, a może i jakościowo słaby, spoczywa gdzieś otorbiony, przez co, wprawdzie, do akcji zaczepnej względem ustroju nie jest zdolny, ale przez to samo także jest i od napaści terapeutycznych bronny, pocóż więc wtedy bez szans powodzenia za pomocą leczenia swoistego nań następować?

Dalej, jeżeli rtęć działa bezpośrednio na zarazek przymiotu, to prawdopodobnie inaczej w różnych okresach choroby, i może być, jak to zauważył M. ZEISSL, że działanie jej jest podobne do działania chininy na plazmodie malaryi, gdzie podług Gouge'ego działa ona inaczej nie tylko na różne odmiany zarazka, ale nawet na jedną i tę samą odmianę w różnych fazach jej rozwoju. Jeżeli znów, czemu stanowczo zaprzeczyć nie można, rtęć oddziaływa na tkankę, pod wpływem domniemanego zarazka przymiotu zmienioną, to wtedy stosowanie rtęci w okresach pozornego zdrowia nie ma żadnego celu.

Jeszcze jedną hipotezę o działaniu rtęci przytoczyć można, a mianowicie, że działa ona jako antytoksyna, zubożniająca wpływ toksyn, przez zarazek przymiotu wytwarzanych. Hipoteza ta jest tem ponętniejsza, że za jej pomocą tłomaczyć można najłatwiej ten czarodziejski niemal wpływ rtęci właśnie na te objawy, które bezsprzecznie są następstwem działania toksyn, a więc np. ogólne osłabienie, bezsenność, wszelkie bóle i t. d., jednym słowem te objawy, które po większej części poprzedzają wysypki wtórne albo im towarzyszą. Na niej do pewnego stopnia opiera BLASCHKO, zacięty przeciwnik metody FOURNIER'a, swój pogląd o bezcelowości co najmniej leczenia przewlekłego, nie zwracając jednak uwagi na to, że w okresie trzeciorzędnym, kiedy właściwe temu okresowi wytwory (np. gumaty) występują, rtęć nie o wiele mniej błyskawicznie niekiedy na nie działa, co już trudniej jej antytoksycznymi własnościami tłomaczyć, gdyż, jak nas kliniczne doświadczenie poucza, wytwory trzeciorzędne o tyle tylko na stan ogólny ujemnie lub zgubnie wpływają, o ile się w ważnym dla ekonomii ustroju narzędzie usadowią. Tylko w przypadkach bardzo złośliwego przebiegu (*sypilis maligne galopante*), gdy tak zwane wytwory trzeciorzędne zjawiają się w krótkim czasie po wtargnięciu do ustroju zarazka przymiotu, wywierają one najczęściej przerażająco zgubny wpływ na stan ogólny, ale wtedy znów właśnie najmniej może albo wcale nie poddają się leczeniu rtęcią, a w takich razach trudno o jakimkolwiek jej działaniu rozprawiać, bo nie okazuje, niestety, żadnego.

Przedstawiwszy w ten sposób w najogólniejszym zakresie poglądy stronników dwóch sprzecznych ze sobą metod leczenia, dodać wypada, że i tu nie brak eklektyków, którzy, odrzucając w zasadzie metodę FOURNIER'a, na niejakie wyjątki zezwalają i stosują ogólne leczenie rtęcią nawet podczas braku wszelkich widocznych objawów choroby w celach zapobiegawczych np. u ciężarnych, u wstępujących w związku małżeńskie, u prostytutek i t. d., co jeszcze jako tako usprawiedliwićby się dało; zgola jednak nie pojmują, jaki sens może mieć uciekanie się do leczenia rtęcią dla uspokojenia chorych („Beruhigungskur“ HEUSS'a), chociażby z pewnemi zastrzeżeniami, podawanemi dla usprawiedliwienia takiego postępowania.

*

*

*

Czas teraz powrócić do pytania, które zniewoliło nas do wykazania istniejących sprzeczności, a więc do pytania, kiedy należy skończyć ogólne leczenie rtęcią przymiotu, albo raczej chorych na przymiot? Zawsze i nigdy, odpowiedzieć może winniśmy, ale delficki styl tej odpowiedzi pewnych wyjaśnień wymaga.

Już na szali ściślej przedmiotowości zważywszy przytoczone powyżej, kierujące przeciwnikami przewlekłego leczenia względy, sądzę, że bezgrani-

cznie bliżsi będziemy obowiązującej nas zasady „*salus aegroti suprema lex esto*,” jeżeli w ich szeregach stanowisko zajmiemy. Trzydziestoletnie blisko istnienie metody FOURNIER — NEISSER'a — to okres wystarczający na to, by jej praktyczne wyniki ocenić, a przez ten przeciąg czasu nie tylko, że nie wywalczyła sobie dowodów w użyteczności, ale uzasadnione obawy możliwych szkód, przez nią wyrządzanych, wywołała. Natomiast żal, że nie staniemy pod sztandarami takich powag, jak FOURNIER lub NEISSER, i to ukoić nas powinno, że ich powadze przeciwstawić możemy powagę wielu, bardzo wielu innych, że wymienię tu choćby LANG'a i zgasłego już, nieodżałowanego DIBAY'a, który na międzynarodowym zjeździe syfilidologów w Paryżu w 1889 r. świetnie bronił podstaw, nakazujących nam tylko wobec istniejących objawów choroby uciekać się do działania rtęci. Dla tego też odpowiedzieliśmy, że zawsze należy skończyć leczenie rtęcią chorych na przymiot, rozumiejąc pod tem „zawsze” czas, w którym ustąpią objawy groźne dla chorego lub nawet dla innych, ze względu na ich zaraźliwość; „nigdy” powiedzieliśmy znów dla tego, że nie wiemy, czy za lat pięć, dziesięć, dwadzieścia lub więcej nie wystąpią takie objawy przymiotu, dla zwalczania których rtęć stanie się „*ultima spes nostra, ultimum refugium*”.

Przechodząc teraz do bardziej szczegółowych wskazań, kiedy i jak długo należy stosować ogólne leczenie rtęcią u chorych z widocznymi objawami przymiotu, twierdzę, że szukać trzeba tych wskazań, przynajmniej do chwili obecnej, w znaczeniu objawów dla ustroju i w możliwie dokładnem określeniu, jaki wpływ wywiera rtęć w danym przypadku i w danym momencie nie tylko na objawy choroby, ale i na ustrój chorego. Tylko należyta ocena zawitych nieraz pomiędzy tymi czynnikami stosunków, z pominięciem wszelkich „dogmatów”, powinna kierować naszą akcją terapeutyczną w każdym poszczególnym przypadku, tylko w ten sposób możemy uniknąć niepożądanego szablonu i rozwiązywania arytmetycznych zagadnień w takim rodzaju: czy „zabastować” np. na 30 wcieraniach, czy „kropnąć” jeszcze więcej, tylko wtedy, powiem wreszcie bez ogródek, z dwojga złego wybierzemy mniejsze.

Środków pomocniczych dla wspomnianej prawidłowej oceny dostarczyć nam mogą, między innymi, pouczające niekiedy wyniki tak prostego sposobu, jakim jest ważenie chorych podczas leczenia rtęcią; dalej zwracam uwagę na dane, które zawdzięczamy badaniom zmian we krwi (JUSTUS, REISS, ZELENNEFF i inni) podczas wybuchów przymiotu i wpływu rtęci na te zmiany; wskazuję nakoniec na niezmiernie interesującą, a pionierską w tym kierunku pracę J. PATON'a: De l'excrétion urinaire chez les syphilitiques (Archives générales de médecine, Avril 1901); z pomiędzy wielce ciekawych tej pracy wyników*), otrzymanych przy pomocy wielostronnego badania moczu, zaznaczam tu jeden: zależność pewnych zmian w moczu podczas wybuchów przymiotu, uwarunkowanych zaburzeniami w odżywianiu, od leczenia rtęcią, doprowadzającego ustrój do równowagi pod tym względem.

*) Do ciekawszych wyników należy stałe zmniejszenie się, wbrew przewidywaniom, jądowości (toxicité) moczu podczas ogólnych objawów przymiotu; doświadczenia robił autor na królikach. Zadawalniającego tłumaczenia tego zjawiska dać nie można; PATON wskazuje możliwość trzech przypuszczeń.

Zająwszy takie stanowisko wobec leczenia objawów przymiotu ręciami, a bynajmniej się nie łudząc, aby mi dla tego zawsze przyświecały słowa „*in hoc signo vinces*“, zmuszony jestem, choć nie żywię żadnej sympatii dla oportunistów, a do pewnych jego rodzajów wstręt głęboki czuję, zrobić w tym wypadku ustępstwo i w najszerszym zakresie zachęcać do oportunistycznego postępowania w walce z przymiotem, co trywialnie, ale dosadnie określićby mogło włoskie przysłowie ludowe: „*mettere la coda, dore non va il capo*“. Więc, jeżeli z jednej strony pamiętać o tem trzeba, że niekiedy groza objawów przymiotu istotne „*periculum in mora*“ wytwarza, a wtedy nie wolno lekarzowi na wzór refleksyjnego Hamleta tracić drogiego czasu na rozmyślania nad tem: wcierać, czy nie wcierać — wstrzykiwać, czy nie wstrzykiwać, to z drugiej strony nie godzi się zapominać, że ręć — ten okazowy rumak bojowy naszej terapii, nie rzadko przedzierzga się w cherlawego szkapę, a wtedy lekarz powinien ją ukryć w terapeutycznym skarbcu, a sięgnąć doń po inne chociażby niekoniecznie swoiste leki.

Wszystko to, cośmy powiedzieli, nasunąć może gorzką myśl, że nie zrobiliśmy w leczeniu przymiotu istotnie doniosłego kroku naprzód od czasów naszego OCZKI i od chwili o sto lat późniejszej (w roku 1693), kiedy GERVAIS UCAY (JULLIEN) pisał: „*Il se peut faire, que la chaleur serait si forte, et le ferment si volatil, qu'il serait expulsé par l'habitude du corps avec les sueurs, sans le secours d'aucun remède; mais, à dire vrai, je crois qu'il y a bien peu de gens, qui guérissent de la vérole à si bon marché, et ce serait fort téméraire de se fier à une telle aventure*“.

Cóż na to poradzić? Najlepiejby może było, żeby przestał istnieć przymiot wraz ze swoim zarazkiem, nawet przed spodziewanem jego odkryciem. Ale potrzeba na to, aby zginęły i przepadły ciemnota i pauperyzm, wlokące za sobą długi, posępny orszak plugawych nędz społecznych, pomiędzy którymi przymiot nie ostatnie miejsce zajmuje. Czy skojarzonym usiłowaniom socjologii, etyki, a może i szeroko, bardzo szeroko pojętej medycyny uda się chwilę taką sprowadzić? Nie wiem. Tymczasem wolno nam chyba, korzystając z jedynego może niezaprzeczalnego przywileju każdej myślącej istoty, wznieść się na lkarowych, niestety, skrzydłach „*błogosławionego wyobraźni cudu*“ — i podczas cichej nocy letniej, gdy, jak mówi poeta „*księżyc pełny, jak srebrna różycy gmachów gotyckich biały blask rozleje*“ — chwilę taką wymarzyć, a do wymarzonej za przykładem Fausta zawołać: „*Chwilo! jesteś piękna, zatrzymaj się dłużej!*“

WYKŁADY KLINICZNE.

L. BRUEGER.

WODOLECZNICTWO W ZAPALENIU PŁUC.

Zwolennicy wodolecznictwa w zapaleniu płuc dzielą się na dwa obozy; z jednej strony mamy klinicystów, którzy stosują tu przeważnie kąpiele, z innej znowu stoją tacy, którzy oczekują pomyślnych skutków od odpowiedniego wyboru różnorodnych innych zabiegów wodolecznicznych.

Działanie kąpieli najdokładniej wyjaśnił najgorętszy ich zwolennik JÜRGENSEN, i obecnie w ciężkich przypadkach zapaleń płuc z bardzo wysoką gorączką

(po nad 41° C.) lub przy silnej zapaści i zaburzeniach nerwowych poczytuje on za pożyteczne stosowanie bardzo zimnych kąpiele aż do 6° C. z uśrednionym czasem trwania i częstą, co z godz., zmianą, przyłączając się zaś osłabienie czynności serca zwalczą za pomocą wysokowych środków podniecających; u dzieci kąpiele zastępuje przez zimne okłady, o ile ciepłota ciała nie przenosi 40° C. Ciepłe kąpiele od 25° — 30° C., 3 lub 4 razy dziennie, z czasem trwania 20 do 30 minut zaleca jedynie tylko otyłym, starcom i osobom osłabionym.

Słusznie w wyraźnym przeciwieństwie do niego stoi AURRECHT; w oczach jego kąpiele w zapaleniu płuc stanowią piąte koło leczniczego ryzyka: skarby lecznicze spoczywały tu na 4 kołach: upustach krwi, środkach wymiotnych, narparstnicy i wysokoku—z biegiem czasu wszystkie one uznane zostały za kruche—do nich też jako dodatek załącza AURRECHT i wodolecznictwo, nie przypisując mu żadnego pożytecznego wpływu na sprawę chorobową.

Według przepisów WINTERNITZ'a i jego szkoły właściwi hydropaci stosują poszczególnie zabiegi wodolecznicze dla odwrócenia niebezpieczeństw zapalenia płuc, jako to: utrudnionej przemiany gazów, osłabienia siły serca i wysokiej gorączki. Zwykle zaczynają od częściowych obmywań, które u starców z powodu kruchości układu naczyniowego i u otyłych stanowią najgłówniejsze sposoby postępowania. U osób silnych można potem przejść do chłodnych półkąpiele od $27,5^{\circ}$ — $22,5^{\circ}$ C. z czasem trwania 5 minut w połączeniu z mocnym szczotkowaniem powierzchni ciała i zimnemi zlewaniem; zamiast powyższych zabiegów stosowane też być mogą i kąpiele 15 minutowe, stopniowo ochładzane od 30° — 27° C., w połączeniu ze zlewaniem od 10° C., w podobny sposób, jak i w durze, tylko nie tak często, jak tam, najwyżej 2 lub 3 razy dziennie. Ta ostatnia postać kąpiele działa ogromnie orzeźwiająco na siły serca, a powodując sen, wzmacnia ogólny stan zdrowia pacjentów. Nie należy przytem nigdy zapominać o podaniu wina przed, w czasie i po kąpiele. U dzieci i osób osłabionych, jeżeli częściowe obmywania nie prowadzą do celu, należy odrazu przechodzić do półkąpiele od 38° — 33° C. z 5 do 10 minutowym czasem trwania w połączeniu z wysokimi zlewaniem grzbietu za pomocą cieniutkich strumieni, a to dla tego, by dodać ciepła tam, gdzie jego utrata wymaga ostrożności, i odruchowo podziałać na serce i płuca. Takie kąpiele powtarzać należy co 3 godziny.

Jako środek dodatkowy w trakcie pomiędzy jedną a drugą kąpielą mogą być bardzo skuteczne opaski krzyżowe, co 2 lub 3 godz. zmieniane, w połączeniu z okładami na grzbiet, wstrzymują one bowiem ponowne podwyższanie się ciepłoty po kąpiele.

Nie mniejsze znaczenie ma i pęcherz z lodem na serce, ponieważ wypełnia on ogólne zadanie lecznicze w zapaleniu płuc, a mianowicie, podtrzymanie siły serca w odpowiednim rozmiarze.

Karol SCHÜRZE odrzuca wszelkie szablonowe postępowanie w zapaleniu płuc i kładzie główny nacisk na indywidualizowanie leczenia wodą. Z własnego doświadczenia za najwięcej racjonalne poczytuje stosowanie u dorosłych: pęcherza z zimną wodą, zawijań w prześcieradła i pełnych kąpiele.

Ze spostrzeżeń Alois'a PICK'a, zebranych przez niego w wiedeńskim szpitalu garnizonowym za czas od października r. 1898 do kwietnia r. 1900 jasnym się stało znaczenie częściowych obmywań, które w każdym przypadku z łatwością mogą być zastosowane, a które autor zalecał zawsze, ile razy natężenie tętna słabło, a nawet i przy dobrem tętnie 4 razy dziennie. Szczególnie pomyślnymi okazały się one u bardzo ciężko chorych z rozległym nacieczeniem i uwarunkowaną przez nie dusznością, a również i przy osłabieniu czynności serca z bardzo

lichem tętnem. Pomiędzy jednym obmywaniem a drugim zaleca PICK opaski krzyżowe lub też okłady na grzbiet. Do zabiegów wodoleczniczych dodaje: wyskok, naparstnicę, kamforę i salicylan sodu.

Simon BARUCH, opierając się na 40 letniej praktyce, ostrzega przed stosowaniem ochładzających kąpiei w krupowym zapaleniu płuc zrazowym, ponieważ w przeciwieństwie do duru wywołują one tutaj nagły upadek ciepłoty ciała i połączone z niem niebezpieczeństwo zapaści. Zamiast nich zaleca BARUCH okłady na klatkę piersiową ($15,5^{\circ}$ — 18° C.), które już przy ciepłocie ciała $37,8^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$ C. robić nakazuje—przy jeszcze wyższych stopniach ciepłoty nasycza okłady wodą i zmienia je co pół godz. lub co godzina. Działają one podniecająco; oddychanie staje się głębsze, tętno lepsze, ilość moczu się zwiększa i ciepłota ciała obniża się.

Teoretycznie przypuszczają, że wszystkie wyż wymienione zabiegi wodolecznicze sprzyjają rozpadowi toksyn, szybszemu wytwarzaniu się autytoksyn, zwiększaniu się ilości leukocytów i silniejszej wodnistości krwi, jednym słowem, że dopomagają one do wyleczenia się siłami natury. Z racyi, iż w ciężkich przypadkach zapalenia płuc diplokokki FRAENKEL'a lub też streptokoki dostają się do krwi, wnioskować można, że mamy tu sprawę podobną do wielu spraw zakaźnych, które wszystkie najskuteczniej zwalczamy za pomocą kąpiei i wyskoku.

Na tej zasadzie wytłomaczyć sobie możemy i niezgodność w zapatrywaniach co do stosowania kąpiei, a mianowicie, zbyt zimne kąpiele wnoszą istniejące we krwi zarodki w obieg krwionośny i pędzą je do najważniejszych narządów, których działalność wskutek tego nagle gaśnie, powodując zapaść, gdy jednak w obiegu znajdują się same tylko toksyny, to szkodliwe w powyższych warunkach zimne kąpiele i inne zabiegi, zwiększając utlenianie, przyczyniają się tu do szybszego spalania się tych labilnych ciał chemicznych i uwolnienia od nich ustroju. Rzecz prosta, iż nie jedynie tylko zapalenie tak wielką część tych ciał obejmuje, lecz że przedstawiają one czysto mechaniczny moment, dostateczny do wywołania niebezpieczeństwa dla życia. Jeżeli wszakże i płuca przyjmują w tem przeważający udział, to natura sama, wytwarzając poty z następującym po nich przyjemnym uczuciem zupełnego zdrowia, daje nam wskazówkę, w jaki sposób naszym chorym mamy nieść pomoc.

Krytyczne poty, wywoływane siłami natury, uwalniają narządy od przepelnienia krwią, powinniśmy przeto postarać się osiągnąć taki sam cel za pomocą łagodnych zabiegów wodoleczniczych, nie wciągając serca w chorobę. Na tej podstawie spostrzegamy pomyślne skutki u osłabionych dzieci przy stosowaniu 10 minutowych gorących (37° — 38° C.) kąpiei z następczem zawijaniem w suche wełniane kołdry. Zabiegi te jednak dla dorosłych są nie do zniesienia, a u starców i otyłych wręcz niebezpieczne. Dla takich chorych odpowiednie są owijania klatki piersiowej zmaczanemi w wodzie ciepłoty pokojowej i następnie dobrze wyżętymi prześcieradłami, które z wierzchu zwykle pokrywamy suchem płótnem. Jeżeli gorączka jest wysoka, to owijania takie należy zmieniać częściej aż dotąd, dopóki ciepłota ciała nie spadnie do 39° C. Owijania pozostawiamy do czasu, gdy wystąpią poty. Słusznie również podajemy chorym wiele ciepłych napojów, a opilcom — umiarkowane dawki wyskoku, powoduje to bowiem jeszcze obfitsze poty, którym pozwalamy trwać tak długo, jak długo pacjent wytrzymać to może, nadto, jeżeli stosunki tętna na to pozwalają, zalecamy krótkotrwałe, chłodne obmywania. Już przy jednorazowym tylko codziennym takim zabiegu czują się chorzy znacznie lepiej i, choroba, zda się, łagodniejszy przyjmuje przebieg. Osobliwie wdzięczne jest tego rodzaju postępowanie w zapaleniu płuc grypowym z jego często niespodziewanem występującem osłabieniem działalności

serca. I u większej części dyabetyków z zapaleniem płuc grypowem autorowi udawało się usuwać groźny stan za pomocą takich miejscowych owijań. Tylko co leczył on pewnego dyabetyka z 5% zawartością cukru i przewlekłym zapaleniem nerek z wielką ilością białka w moczu w ten sam sposób. Chociaż był tu jednocześnie obrzęk stóp i nóg aż do samych narządów płciowych, to zawijania owe, powodując poty, przyczyniły się do rozejścia się zapalnego wysięku płucnego. Równoległe spostrzegać można było i wsteczny rozwój obrzęku tak, iż pacjent po 4 tygodniowym leczeniu, pomimo ciężkiej cukrzycy, mógł napowrót wziąć się do swych zajęć. Nawet i wybitnie otyłe osoby znoszą dobrze te wywołujące poty zawijania, zaobserwował to autor u pewnego 36 letniego pijaka nader otyłego— ciężkie grypowe nacieczenie dolnego płata lewego płuca ustąpiło, chociaż silna sinica i przepuszczające nieregularne tętno zdawało się z góry wskazywać niepomyślne rokowanie.

Racyjny system zwalczania zapalenia płuc za pomocą tych tak wiele obiecujących zabiegów wodoleczniczych może być oparty tylko na znajomości biologicznych właściwości każdego rodzaju bakteryi, powodujących zapalenie płuc. Bakteryologia wykazała, iż po za mechanicznym momentem nacieczenia przebieg zapalenia płuc zależy od jego bodźców. Zapalenie płuc FRAENKEL-FRIEDLAENDER'a, streptokokko-grypowe zapalenie i t. d. co do przebiegu i niebezpieczeństwa dla najważniejszych dla życia narządów przedstawiają wybitne różnice, które do zwalczania wymagają również i oręża wodolecznicztwa w jego najróżnorodniejszych postaciach. Zadanie to rozwiązane być może tylko na podstawie dalszych badań bakteryologicznych i spostrzeżeń klinicznych.

(*Zeitschr. f. diätetische und physikalische Therapie*, 5 Band, 1 Heft, 1901—1902).

Stan. Ługowski.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

69. ROBERT KOCH Zwalczanie gruźlicy w świetle doświadczenia, zdobytego w walce pomyślnej z innymi chorobami zakaźnymi.

(Streszczenie mowy, wygłoszonej na zjeździe przeciwgruźliczym w Londynie^{*)}).

Niektórzy wątpią w zwycięską walkę z gruźlicą. Zdanie autora jest wprost przeciwne. Przed niewiele lat dziesiątkami, gdy istoty gruźlicy nie znano, całą energię skierowano na usuwanie nędzy, która, według mniemania lekarzy, była jedyną przyczyną choroby, o której mowa. Odkrycie lasecznika gruźliczego zdecydowało o zależności gruźlicy od tego zarazka i rzuciło właściwe światło na charakter, jaki powinien cechować walkę z suchotami. W walce tej powinien przyjść lekarzom w pomoc rząd oraz ludność.

Walkę z każdą chorobą należy ściśle indywidualizować. Otóż podczas dżumy, jaka niedawno grasowała, ani kwarantanny, ani izolowanie chorych, ani odkażanie budynków oraz okrętów nie doprowadziło do pożądanego rezultatu, dopóki się nie przekonano, że prawdziwymi rozsądnikami są szczury. Gdy zwrócono uwagę na tę ostatnią okoliczność i całą energię skierowano na tępienie

^{*)} Ze względu na rozgłos, jakiego nabral powyższy odczyt znakomitego bakteryologa, podajemy go w streszczeniu, nie czekając na przygotowujące się sprawozdanie z ostatniego zjazdu przeciwgruźliczego. (Red.).

szczurów, zaraza poczęła powoli wygasać. Cholera przenosi się wprost z człowieka na człowieka, głównem jednakże jej źródłem jest obecność w wodzie odpowiednich zarazków. Podczas epidemii tej, zatem, należy najbaczniejszą uwagę zwracać na wodę. Zasada ta odniosła w swoim czasie w Niemczech pożądany skutek. Co się tyczy wodowstrętu, to od czasu zaprowadzenia w całych Niemczech obowiązujących kagańców dla psów, przypadki wścieklizny stają się nadzwyczajnie rzadkie. Trąd, który ongi tak silnie grasował, z chwilą zaprowadzenia domów izolacyjnych począł słabnąć powoli. Prawo norweskie wprost nawet nakazuje izolowanie chorych. W dobie obecnej, dzięki tym środkom, można uważać chorobę za wygasłą w Europie środkowej.

Zachodzi teraz pytanie, co czynić należy, ażeby osłabić gruźlicę i zmusić ją do wygaśnięcia. Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy uprzytomnić sobie, jakimi drogami kroczy gruźlica. Najczęściej płuca są jej siedliskiem. Do płuc dostają się zarazki z powietrza przy oddechaniu, do powietrza zaś przechodzą za pośrednictwem płwocin oraz przy kaszlu chorych gruźliczych. Często kurz uliczny zawiera zarazki, niekiedy bielizna. Dziedziczność zaś, według autora, w rozprzestrzenieniu gruźlicy odgrywa rolę tak nieznaczną, że w walce z chorobą nie należy się z czynnikiem tym liczyć zupełnie.

Według rozpowszechnionego szeroko mniemania jest jeszcze jedna droga, którą gruźlica przechodzi na człowieka, a mianowicie, rozsądnikiem choroby ma być mięso oraz mleko rogacizny, dotkniętej perlicą, nadar przyponinającą suchoty ludzkie.

Ażeby wykazać stosunek gruźlicy ludzkiej do gruźlicy bydła, autor wspólnie z prof. SCHÜTZEM wykonał cały szereg doświadczeń. Otóż laseczniczki gruźlicze człowieka lub też płwocina były wstrzykiwane wołom albo krowom przeważnie pod skórę oraz do jamy otrzewnej, część bydła otrzymywała żywność, zmieszana z płwociną ludzi, dotkniętych gruźlicą, część zaś oddychała powietrzem, nasycionem rozpyloną wodą (spray), zawierającą laseczniczki gruźlicze. Po 6 lub 8 miesiącach bydła były zabijane. Na żadnym organie ani śladu gruźlicy. Inaczej rzecz się miała, gdy do doświadczeń brano zarazki gruźlicy bydłowej: osobniki słabły oraz poczęły gorączkować; niektóre padały po upływie $1\frac{1}{2}$ — 2 miesięcy, inne zaś w stanie nadzwyczajnego osłabienia były zabijane po trzech miesiącach. Na miejscach wstrzyknięcia oraz w sąsiednich gruczołach limfatycznych stwierdzano nacieczenia gruźlicze; narządy wewnętrzne, przeważnie płuca oraz śledziona, ulegały również typowym zmianom. Ten sam rezultat dały doświadczenia ze świniami. Sześć świń w ciągu 3 miesięcy otrzymywało żywność, zmieszana z płwociną ludzi gruźliczych, sześć innych miało, jako przymieszkę do paszy, zarazki perlicy. Te ostatnie słabły z dnia na dzień; połowa z nich wkrótce padła, druga zaś połowa łącznie z pierwszą grupą była po upływie $3\frac{1}{2}$ miesięcy zabita. Badanie pierwszej grupy prawie żadnych zmian nie wykazało, u jednej tylko świni znaleziono kilka gruzelków w płucach oraz gruczołach limfatycznych; co się zaś tyczy drugiej grupy, to badania pośmiertne wykazały gruźlicę płuc i śledziony oraz nacieczenia gruźlicze w gruczołach chłonnych szyi jako też w otrzewnej. Różnica pomiędzy gruźlicą ludzką oraz bydłową widnieje z tych doświadczeń w całej pełni. Doświadczenia podobne nie są nowością; były już one dokonywane dawniej przez: CHAUVEAU'a, GÜNTHER'a, HARMS'a oraz BOLLINGER'a; w ostatnich zaś czasach przez SMITH'a, DINWIDDIE'a i FROTHINGHAM'a. Wszystkie rezultaty wypadły jednomyślnie i dowiodły, że gruźlica ludzka nie udziela się zwierzętom.

Ważniejszą jednakże kwestyą jest odwrotna strona sprawy, mianowicie, czy gruźlica bydłowa udziela się człowiekowi za pośrednictwem mięsa lub mleka. Doświadczenia, rozumie się samo przez się, są wyłączone; łatwo jednakże znaleźć dowody, rozwiązujące kwestyę w kierunku ujemnym. Otóż, gdyby gruźlica bydłowa udzielała się człowiekowi, natenczas, ze względu na drogę, którą zarazek mógłby się przenosić, mielibyśmy dużo przypadków pierwotnej gruźlicy kiszek. Tymczasem, jak dowodzi statystyka, badania pośmiertne, dokonane w ciągu ostatnich lat 5 w berlińskiej „*Charité*”, wykazały tylko 10 podobnych przypadków. Prof. BAGINSKY na 933 przypadki gruźlicy u dzieci ani w jednym nie stwierdził pierwotnej gruźlicy kiszek, BIEDERT zaś stwierdził to zjawisko tylko w 16 przypadkach na 3104 badań pośmiertnych, dokonanych na trupach dzieci gruźliczych. Ztąd wynika, że twierdzenie, jakoby gruźlica bydła mogła udzielać się człowiekowi, jest bezpodstawne.

A zatem jedynym źródłem rozpowszechnienia gruźlicy jest plwocina, i przeciwko niej cała nasza walka powinna być skierowana. Ciasne mieszkania ludzi niezamożnych, gdzie w jednym pokoju nieraz liczna zamieszkuje rodzina, stanowią środowisko, ułatwiające wchłanianie do płuc zarazka, który z plwociny przeszedł do powietrza. W ten sposób zaraza się często cała rodzina, i okoliczność ta daje powód do twierdzenia, że suchoty są dziedziczne. Ścisłe badania BIGGS'a w tłumnie zamieszkałych dzielnicach Nowego-Yorku wykazały, że zarazek udziela się nie tylko osobom, zamieszkałym w tym samym pokoju, lecz często przedostaje się do sąsiadów. Tutaj nietylko ngdza, jako taka, jest przyczyną zarazy, lecz złe urządzenie mieszkań oraz skupianie się na małej przestrzeni większej liczby osób. Statystyka dowodzi, że nawet wśród najuboższej ludności, jeśli ta nie jest zbyt skupiona w jednym miejscu, gruźlica nie przyjmuje tak wielkich rozmiarów, jak wśród zamożniejszej stosunkowo ludności, zamieszkałej w ciasnych i wadliwie urządzonych mieszkaniach, jak to ma miejsce na północnym wybrzeżu Niemiec. Autor jest przekonany, że w miarę polepszenia się stanu mieszkań gruźlica zacznie stopniowo słabnąć. Dopóki jednakże kwestya mieszkaniowa nie wejdzie na lepsze tory, należy przedsięwziąć środki tymczasowe. Z tych ostatnich wymienić należy ścisłą dezynfekcyę mieszkań po śmierci osobnika gruźliczego, jako też po wyprowadzeniu się chorego do innego mieszkania. W Norwegii, Saksonii oraz Nowym-Yorku obowiązkowe jest w takich razach zawiadanie specjalnej komisji, która przeprowadza dezynfekcyę. Ważną jest również rzeczą pouczanie wszystkich warstw społeczeństwa o istocie gruźlicy oraz o środkach, do jej zwalczania służących.

Najważniejszym, przynajmniej w dobie obecnej, środkiem przeciwgruźliczym jest zakładanie sanatoryjów. Najpierwsze miejsce pod tym względem zajmuje Anglia, gdzie też gruźlica osłabła bardziej, niżeli w jakimkolwiek innym kraju. W Niemczech z końcem roku bieżącego będzie 5500 łóżek, poświęconych w różnych sanatoryjach chorem gruźliczym. Licząc, że przeciętnie chory przebywa w zakładzie około 3-eh miesięcy, otrzymujemy więc liczbę pacjentów, korzystających co rok z kuracyi przeszło 20,000. W dotychczasowych sanatoryjach doznawało znacznej poprawy 20% chorych (plwocina przestała wykazywać obecność lasieczników gruźliczych). Liczba sanatoryjów jest jednak zbyt mała, gdyż, według statystyki, suchotników ponad lat 15 jest w Niemczech 22600.

Ogólne środki ochronne zajmują wybitne stanowisko w walce z gruźlicą, gdyż przed rokiem 1889 śmiertelność w Niemczech wynosiła 31,4 na 10,000 zaś między latami 1899 a 1887 spadła na 21,8. W Nowym Yorku, pod wpływem

prostych, a energicznych środków BIGGS'a, śmiertelność od roku 1886 znacznie się zmniejszyła.

Autor jest przekonany, że po ulepszeniu mieszkań, wprowadzeniu obowiązkowej dezynfekcyi, po powołaniu do życia organizacyi, jaką BIGGS zarządził w Nowym Yorku, a następnie przy istnieniu dostatecznej liczby sanatoryjów, liczba uleczonych wyniesie 50%, a prawdopodobnie jeszcze więcej.

(*Medicinischo Reform* Nr. 30. 1901). Henryk Jakubowicz.

70. GILLES DE LA TOURETTE. Zastosowanie metody leczenia za pomocą dostatecznej dawki leku w pewnych chorobach narządu nerwowego: ciężkie postaci połowicznego bólu głowy, choroba MENIERE'a, nerwoból (tic douloureux) twarzowy. W poprzednich wykładach klinicznych¹⁾ autor wykazał, że metoda leczenia, polegająca na podawaniu dostatecznej dawki bromu, dającej się dokładnie określić przez wystąpienie pewnych objawów fizycznych ze strony źrenic, oddała mu znakomite usługi w leczeniu padaczki.

Metoda ta składa się z 3 okresów: pierwszy polega na spostrzeganiu dokładnych znaków tak miejscowych, jak i ogólnych, pozwalających na stopniowe dojście do dostatecznej dawki leku, t. j. dawki, która leczy; drugi okres, w którym, opierając się na tych samych znakach, przez pewien czas podajemy tę dostateczną dawkę aż do ustąpienia nadmiernej pobudliwości ruchowej mózgu i napadów, i trzeci, w którym stopniowo zmniejszamy dawkę leku i ostatecznie przerywamy leczenie.

Autor sądzi, a to na mocy niejakiego doświadczenia i analogii, że metoda leczenia za pomocą dostatecznej dawki leku może być z pożytkiem stosowana w niektórych innych chorobach narządu nerwowego.

W wykładzie niniejszym autor zajmuje się leczeniem połowicznego bólu głowy (migrena), choroby MENIERE'a i rwy twarzowej, t. j. tych chorób, które objawiają się pod postacią napadów, zbliżonych do napadów padaczkowych. Dla każdej z tych chorób posiadamy swoisty lek: brom, siarczan chininy, wyciąg makowca; każdy z tych leków sprowadza pewną liczbę objawów ogólnych i objawów fizycznych, które pozwalają dosyć szybko określić dostateczną ich dawkę t. j. tę, która usuwa napady.

Autor też, opierając się na znakomitych wynikach leczenia padaczki za pomocą metody leczenia dostateczną dawką bromu, zaczął stosować metodę tę w leczeniu połowicznego bólu głowy, choroby MENIERE'a i rwy twarzowej, która i w tych chorobach dała zadawalniające wyniki, zachęcające do dalszych prób.

Ciężkie postaci połowicznego bólu głowy. Leczenie połowicznego bólu głowy za pomocą dużych dawek bromu znane jest od r. 1884. CHARCOT w ciężkich postaciach tej choroby podawał brom w dużych dawkach z dobrym skutkiem. Wypadało tylko w tego rodzaju ciężkich postaciach stosować metodę leczenia za pomocą dostatecznej dawki, co też autor w jednym przypadku niedawno spostrzeganym zrobił. Mężczyzna 35-letni, od 4 czy 5 lat cierpiący na ciężki połowiczny ból głowy (*migraine ophthalmoplegique*), zaczął się leczyć u autora we wrześniu 1900 r. Ponieważ napady miały miejsce raz na tydzień, trwały 2 do 3 dni i nie ustępowały pod wpływem żadnego dotychczasowego leczenia, autor przystąpił do leczenia za pomocą dostatecznej dawki bromu. Opierając się na objawach ze strony źrenic i objawach ogólnych, autor w krótkim czasie doszedł do 7, 8, 9 gramów. Od chwili rozpoczęcia leczenia nie było napadu; chory w dalszym ciągu przyjmuje lek.

¹⁾ „Medycyna“ Nr. 4 i 5 z roku bieżącego.

Co się tyczy trwania leczenia za pomocą dostatecznej dawki w połowicznym bólu głowy, autor, opierając się na faktach dawniejszych i późniejszych, sądzi, że średni czas trwania leczenia w przypadkach ciężkiego połowicznego bólu głowy powinien wynosić 8 do 12 miesięcy, choćby napady pod wpływem leczenia szybko ustały.

Dalsze zresztą spostrzeżenia lepiej nam wyjaśnią tę sprawę.

Choroba (zawroty) MENIERE'a. Napady tej choroby zgodnie z poglądem CHARCOT'a zależą od stanu nadmiernej pobudliwości błędnika, równoznacznej nadmiernej pobudliwości ruchowej mózgu w padaczkę. CHARCOT dowiódł, że, jak brom usuwa pobudliwość mózgu, tak siarczan chininy niszczy nadmierną pobudliwość błędnika.

Było przeto bardzo naturalnem przypuszczenie, że udoskonalone leczenie tej choroby za pomocą dostatecznej dawki siarczanu chininy może oddać duże usługi.

Szło tylko o odkrycie, czy siarczan chininy jest zdolny sprowadzić przypadłości, mogące być użytymi do oznaczenia dostatecznej dawki tego leku.

Podjąwszy w tym kierunku odpowiednie badania, autor przekonał się, że, stosując stopniowo coraz większe dawki siarczanu chininy, stale po kilku dniach otrzymuje się pewien zbiór objawów fizycznych, których wartość dla ustanowienia dostatecznej dawki jest niemała. Po kilku dniach stosowania coraz większych dawek pojawia się szum w uszach, przewyższający znacznie szum, spowodowany samą chorobą. I uczucie zawrotu do tego stopnia się zwiększa, że chory często musi pozostawać w pokoju. Na dawce, przy której występują te objawy, należy się zatrzymać przez pewien czas, a wtedy zauważyć się daje stopniowe zmniejszenie tych objawów, pozwalające na stopniowe zmniejszenie dawki aż do zaprzestania zupełnego leczenia.

Doświadczenie pouczyło autora, że początkowa dawka dzienna siarczanu chininy nie powinna przewyższać 1 gramu, podzielonego na 4 części. Codziennie powiększając dawkę o 0,25, można dojść do 2,25. Przy tej dawce zauważyć się dają powyżej podane objawy, wskazujące, że na niej zatrzymać się należy. Dostateczną tę dawkę należy podawać przez 10 do 12 dni, a następnie przystąpić do stopniowego codziennego lub co drugi dzień zmniejszenia dawki o 0,25 tak, że ostatecznie usunąć można lek średnio po 25 dniach.

Gdy, postępując w ten sposób, uzyska się zniknięcie napadów zawrotów, nie zawsze należy uważać chorego za wyleczonego, należy przeto jeszcze często przez 8 do 10 dni podawać 0,75 leku.

Zdarza się niekiedy, że po zupełnem ustąpieniu napadów w 2, 3 i więcej miesięcy występują na nowo napady zwykle słabsze, aniżeli poprzednio. Wówczas należy na nowo w ciągu 25 dni powtórzyć leczenie.

W ostatnim czasie autor w 2 przypadkach choroby MENIERE'a stosował powyżej podaną metodę leczenia z zupełnie dobrym wynikiem.

Nerwoból twarzowy, rwa twarzowa (*tic douloureux*). I w tem cierpieniu, uważanem dotąd za niewyleczalne, metoda leczenia za pomocą dostatecznej dawki leku może oddać w pewnej mierze usługi. Wszystkie prawie środki, z wyjątkiem jednego, wyciągu makowca, pozostają w napadach tego cierpienia bez skutku. Lek ten, zachwalany przez TROUSSEAU'a i CHARCOT'a, ma w istocie pierwszeństwo przed innymi. Użycie jego jednak jest trudne, gdyż szybko występuje zatrucie, a prawidła jego użycia były dotąd niedostatecznie określone.

Niezależnie od tego, o czym dotychczasowe doświadczenie pouczyło autora o sposobie stosowania tego leku, próbował on i tu zastosować pravidła metody za pomocą dostatecznej dawki w kilku przypadkach rwy twarzowej.

W przypadkach tych autor rozpoczął od dawki 0,06 dziennie w 3 razach po 0,02. Co dzień lub co drugi dzień dodawał jedną dawkę 0,02 i starał się w ten sposób dowiedzieć się, czy istnieją jakieś objawy ogólne i miejscowe zdolne wskazać dostateczną dawkę tego leku. Okazało się, że jest daleko trudniej, aniżeli przy stosowaniu bromu lub siarczanu chininy określić dostateczną dawkę makowca, gdyż działanie jego jest szybkie, i łatwo następuje otrucie. W dawce 0,15 do 0,20 już niektórzy chorzy źle znoszą lek; występują u nich objawy ogólne dosyć poważne, a mianowicie osłabienie fizyczne i psychiczne: senność, ociężałość, zawroty. Współcześnie występują zaburzenia żołądkowo - kiszkowe, jak utrata łaknienia, nudności, wymioty, zaparcie stolca. Można wówczas zauważyć objaw fizyczny, którego nigdy nie brak. Polega on na stałym zwężeniu źrenic z utratą reakcyi na światło i akomodacyę; zwężenie to źrenic jest analogiczne w przeciwnym sensie z rozszerzeniem źrenic, spostrzeganem przy leczeniu bromowem. Lecz zwężenie to źrenic przez swe wczesne pojawienie się i szybkie dojście do *maximum*, stanowi słabą pomoc w dokładnem ocenianiu dawki, wystarczającej do zwalczania napadów bólu. Jest ono wskazówką mających wkrótce nastąpić przypadłości ogólnych i mogących zmusić do przerwania leczenia, a zatem zmuszających do zapobieżenia im za pomocą odpowiedniego higienicznego i dyetetycznego zachowania się.

Z powyżej podanych powodów dla oznaczenia dostatecznej dawki leku należy przystąpić do leczenia nie w przerwach między napadami bólu, lecz w czasie trwania napadów. Jedyne prawdziwy znak, jaki posiadamy dla określenia dostatecznej dawki wyciągu makowca, stanowi zlagodzenie a następnie ustanie bólu pod wpływem leku.

Jaka ilość makowca jest do tego potrzebna, niełatwo określić. Są ludzie, u których zjawiają się ciężkie przypadłości ogólne już przy dawce 0,10 do 0,15, t. j. dawce zupełnie niedostatecznej do usunięcia napadów bólu; przez innych nawet dawki 0,30 do 0,40 są dobrze znoszone. Rzadko jednak wypadnie przekroczyć 0,50 do 0,60 gramów w ciągu 24 godzin.

W szczęśliwych przypadkach dawka średnia 0,30 do 0,40 może być wogóle osiągnięta między 15 a 20 dniem, i wtedy napady bólu tak pod względem częstotści, jak i natężenia zmniejszają się, a w końcu znikają. Wówczas należy podwoić ostrożność pod względem higienicznego zachowania się chorego, by dawkę tę mógł przez pewien czas stosować. Prawie zawsze chory powinien pozostać w pokoju o ciepłocie 16° do 18°, gdyż makowiec często sprowadza ogólne oziębienie ciała.

W ogólności drugi okres leczenia, w którym chory codziennie otrzymuje dawkę równą, powinien trwać 10 do 15 dni. Jeżeli po przejściu tych 15 dni napady się nie powtórzyły, można zacząć zmniejszać dawkę 0,02 makowca.

Tak więc przy leczeniu przypadku średniego natężenia i zadawalającej tolerancyi ustroju, trzeba 15 do 20 dni dla osiągnięcia dostatecznej dawki, od 12 do 15 dni należy dawkę tę choremu podawać i 15 do 20 dni dla ostatecznego przerwania leczenia.

Leczenie przeto w szczęśliwych przypadkach trwać musi 40 do 50 dni. Samo się przez się rozumie, że zdarzyć się mogą przypadki, w których leczenie trwać musi krócej lub dłużej. Wszystko zależy od natężenia choroby i tolerancyi ustroju.

Nie należy zapominać, że rzadko od pierwszego razu udaje się osiągnąć zupełne wyleczenie; często następuje tylko uspokojenie bólów. W razie powrotów należy powtórzyć leczenie 2 i 3 razy.

Z powyżej podanych faktów przekonać się można, jak dobre wyniki osiągnąć można za pomocą metody leczenia, polegającej na podawaniu dostatecznej dawki w padaczce, chorobie MENIERE'a, ciężkich postaciach połowicznego bólu głowy i rwie twarzowej. Autor nie wątpi, że metoda leczenia za pomocą dostatecznej dawki może znaleźć zastosowanie przy użyciu innych leków właściwych dla pewnych stanów chorobowych. W tym względzie autor wspomina o chorobach, w których leczeniu używany jest salicylan sodu, który również sprowadza właściwe sobie przypadłości, jak zaburzenia słuchowe, mogące być uważane jako znaki, pozwalające na oznaczenie dostatecznej dawki tego leku. W tym względzie pożądane są dalsze poszukiwania.

F. A.

71. B. FRAENKEL. Polikliniki dla suchotników. Sanatoria nie mogą wszystkiego zdziałać w walce z gruźlicą. Muszą one się ograniczyć do leczenia suchot w początku ich rozwoju, lecz po za tem mamy jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Zaspokojenia niektórych potrzeb spodziewać się możemy po ambulatoryach. W Berlinie i Bonn istnieją od roku 1899 specjalne polikliniki dla suchotników.

Najprzedniejszem zadaniem tych poliklinik jest ułatwienie wczesnego rozpoznania gruźlicy za pomocą wszystkich środków naukowych. Dokonywa się tam bezpłatnie rozbioru płwociny na żądanie lekarzy lub pacjentów, próbnego zastrzykiwania tuberkuliny, udziela się wyjaśnień pacjentom, zaniepokojonym o stan płuc; ludzi, zagrożonych suchotami, kieruje się do odpowiednich uzdrowisk. Jeżeli pacjent wyjechać nie może, to może korzystać ze środków polikliniki, zaopatrzonej w przyrządy inhalacyjne, lekarstwa i t. d., otrzymuje przepisy higieniczno-dyetyczne, a w ostateczności i zapomogę.

Drugim ważnym zadaniem jest profilaktyka. Pacjentów przestrzega się, co robić powinni, ażeby choroby nie szerzyć, a także dochodzi się za ich pomocą do źródła, z którego na nich przeszła zaraza — czyli że cała dążność skierowana jest ku temu, ażeby odosobnić chorych od zdrowych.

Prócz tego zakłady te są instytucjami naukowymi.

Polikliniki uzdrowisk zastąpić nie mogą, lecz wypełniają luki, których uzdrowiska zastąpić nie mogą. Sanatoria muszą być budowane specjalnie, polikliniki zaś mogą być zainstrowane w lokalach najętych.

(*Münchener med. Woch. Nr. 20. 1900.*)

W. Knappe.

72. C. GESSNER. O rozszerzeniu źrenic na przemienne (springende Mydriasis). Objaw, polegający na tem, że jednego dnia prawa źrenica jest szersza, a drugiego lewa, z zachowaniem prawidłowego oddziaływania na światło i przystosowanie, spostrzegano głównie w organicznych chorobach centralnego układu nerwowego (*paralysis i tabes*), dalej w chorobach natury czynnościowej (neurastenia), a pojedynczo nawet u osób zdrowych nerwowo. KÖNIG utrzymuje, że, w braku innych objawów choroby nerwowej organicznej, samemu rozszerzeniu źrenic naprzemiennemu niepomyślnego znaczenia prognostycznego przypisywać nie można, gdyż obserwowano je nieraz przez długie lata, a żaden inny objaw nie przyłączył się do tego. Autor opisuje przypadek (kobieta lat 32) takiego naprzemiennego rozszerzenia źrenic w przewlekłym zapaleniu rdzenia szyjowego. Objasnienia jednak tego zjawiska podać nie jest w stanie.

(*Munch. med. Woch. Nr. 11. 1901.*)

W. Knappe.

73. OPPENHEIM. **Przyczynek do rokowania w chorobach mózgu u dzieci.** W ciągu ostatnich 10 lat miał autor sposobność spostrzegania pewnej liczby dzieci w wieku od 8 do 13 lat z objawami właściwymi guzom mózgowym w odcinku ruchowym (*zona motorica*). U dzieci tych tak autor, jakoteż inni lekarze rozpoznawali guzy mózgu, gdy u wszystkich, co jest godne uwagi, nastąpiło już to samo przez się, już pod wpływem wewnętrznego leczenia zupełne ustąpienie objawów chorobowych.

Autor podaje 6 przypadków mniej lub więcej do siebie podobnych, i z tego powodu zadawaliśmy się podaniem pierwszego. 11-letni chłopiec pochodzi ze zdrowej rodziny, dawniej miał objawy żółtów; w ostatnich czasach był zupełnie zdrow. Żadnych objawów wrodzonego lub nabytego przymiotu nie stwierdzono. Od pół roku skarży się na ból głowy po lewej stronie, od czasu do czasu się zjawiający; ból ten z początku łagodny i znośny stał się w ostatnim czasie i częstszym i znaczniejszego natężenia, połączony z wymiotami. Przed dwoma miesiącami pierwszy napad drgawek po stronie prawej bez utraty przytomności, lecz z chwilową utratą mowy. Po pierwszym napadzie nastąpiło osłabienie prawej górnej kończyny i mięśni twarzy, trwające kilka godzin. Od 14 dni po napadzie nastąpiło stałe osłabienie prawej ręki i pewne utrudnienie mowy. Przy badaniu chorego w pół roku od początku choroby stwierdzono: chłopiec słabo rozwinięty, nieco bladej, z wyrazem twarzy cierpiącym, skarży się na ból głowy w lewej okolicy czołowej. Opukiwanie czaszki wywołuje ból w okolicy czołowo-skroniowej lewej. Nigdzie żadnej blizny ani zgrubienia kości.

Badanie oftalmoskopowe wykrywa zmętnienie i zaczerwienienie brodawki po lewej stronie i rozszerzenie żył. Obustronna, szczególnie jednak po lewej stronie rozwinięta *neuritis optica*.

Siła widzenia i pole widzenia prawidłowe, ruchy gałek swobodne, źrenice jednakowe, dobrze oddziałują.

W spokoju prawy kąt ust nieco opuszczony, prawa szpara powiekowa nieco szersza, aniżeli lewa; język przy wysuwaniu nie skrzywiony. Chory mówi wolno i często przekręca wyrazy, rozumie wszystko.

W prawem ramieniu osłabienie ruchowe, rozciągające się aż do pałków, zaniku mięśni niema. Odruchy ścięgniste w kończynie górnej i dolnej prawej wzmożone.

Ruchy i czucie w prawej dolnej kończynie prawidłowe. Czynności zmysłowe prawidłowe. Narządy wewnętrzne zdrowe.

Znaleziono zatem: *neuritis optica*, *monoplegia facio-brachialis dextra* i lekką ruchową niemotę. Zalecono *kalki jodati* 3,0, *kalki bromati* 8,0, *Aq. destillatae* 180; trzy razy dziennie łyżeczkę dziecienną.

W ciągu następujących z miesiący nastąpiło jeszcze wiele napadów drgawek i po jednym napadzie zwiększenie niemoty, jakoteż osłabienie prawej dolnej kończyny. Bóle głowy i wymioty częste, skutkiem czego zaproponowano rodzicom operację. Od tego czasu autor stracił chorego z oczu i dopiero po roku prawie dowiedział się, że stan chorego stopniowo się poprawił, że objawy porażenia ustąpiły, jak również bóle głowy, wymioty. W 3 lata później autor miał sposobność widzieć chorego i przekonał się, że jest zupełnie zdrow.

Tak w tym przypadku, jak i w 5 pozostałych, dwa objawy stałe się powtarzają i dominują w obrazie chorobowym: padaczka JACKSON'a i monoplegia. Stanowią one stały i wybitny objaw ogniskowy, lecz obok nich występują niekiedy i inne, jak ruchowa niemota i zaburzenia czucia. Z tymi objawami ogniskowymi łączą się ogólne objawy mózgowie, a mianowicie ból głowy zawsze, wymioty czę-

sto. W 4 z pomiędzy 6 przypadków zanotowano *neuritis optica*. Wyraźnego zwolnienia tętna, ani też podniesienia ciepłoty ciała ani razu nie stwierdzono.

Zupełnie, zdaniem autora, było usprawiedliwione we wszystkich przypadkach rozpoznanie guza mózgu i umiejscowienie jego w ruchowej okolicy mózgowej.

Gdyby to dotyczyło dorosłych, przypuszczano by w pierwszej linii pochodzenie przymiotowe guza *resp. meningoccephalitis syphilitica*. O możliwości nabytego lub wrodzonego przymiotu u tych młodych osobników nie zapomniano. Najstaranniejsze jednak badanie nie wykazało żadnych znaków ani żadnego punktu oparcia dla nabytego lub wrodzonego przymiotu.

Samo się przez się rozumie, że wobec rozpoznania guza mózgu, rokowanie musiało być poważne, co zmuszało do przedstawienia rodzicom dzieci konieczności operacyi w razie bezskuteczności leczenia wewnętrznego. Tymczasem we wszystkich przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie, do wyrzeczenia czego upoważnia autora to, że po latach raz 6, drugi raz 5 mógł się przekonać o zupełnie dobrym stanie chorych. Jak wobec takiego przebiegu choroby objaśnić sobie sprawę chorobową?

Wylączywszy przede wszystkim rzadkie, a nawet wątpliwe istnienie gruźelka (*tuberculum solitarium*), który uległ regresywnej sprawie i w ten sposób raz na zawsze usunął objawy chorobowe, przez niego wywołane, najbliższem prawdy będzie istnienie w przypadkach autora nie guza, lecz sprawy zapalnej, *encephalitis* w części ruchowej kory mózgowej.

O ostrem nieropnem zapaleniu mózgu wiemy, że jest uleczalne. Lecz objawy chorobowe u chorych autora, a szczególnie długotrwały bezgorączkowy rozwój choroby i przewlekły przebieg nie zgadzały się z tem cierpieniem.

Należało przeto postawić hipotezę, że w wieku dziecięcym zdarza się postać zapalenia mózgu o przebiegu przewlekłym z obrazem klinicznym, podobnym do obrazu guza mózgu, która może skończyć się zupełnem wyleczeniem. Zresztą takie objaśnienie tego rodzaju, jak autora, przypadków, znajdujemy już u STRÜMPER'a w jego podręczniku, gdy mówi o „wyleczalnych postaciach zapalenia mózgu“.

Przy dalszem rozważaniu anatomicznej podstawy obrazu chorobowego autor zatrzymuje się na pewnej postaci gruźlicy, która pod względem symptomatologicznym posiada wszelkie powinowactwo z opisanym obrazem chorobowym, autor ma na myśli miejscowe *meningoencephalitis tuberculosa* „*meningite en plaque tuberculeuse*“, jak nazywają francuscy autorzy (CHANTEMESSE i COMBE), w którym to cierpieniu również występują objawy korowej padaczki i monoplegia.

Lecz autorzy francuscy widzieli sprawę tą prawie wyłącznie u dorosłych, u których wikała ona ogólną gruźlicę mózgową, gruźlicę płuc lub prosówkową gruźlicę.

Rodzi się jednak pytanie, czy cierpienie to występuje też jako jedyny przejaw zakażenia gruźliczego w mózgu i czy ono w tych warunkach i w wieku dziecięcym zdolne jest do samodzielnego wyleczenia, t. j. zabliznienia. Na możliwość taką wskazują w części i dawniejsze i niektóre nowsze spostrzeżenia, tak że jeśli nie napewno, to z niejakim prawdopodobieństwem przypuścić można, że umiejscowiona *meningoencephalitis tuberculosa* odcinka ruchowego a szczególnie występująca w wieku dziecięcym jest cierpieniem mogącem uleść wyleczeniu i zabliznieniu.

Ostateczny wniosek, do jakiego autor dochodzi, jest, że źródłem cierpienia mózgu, występującego przy objawach guza mózgowego, przeważnie w wieku

dziecięcym i wyleczalnego, jest albo niedostatecznie pod względem anatomicznym zbadana postać nieropnego zapalenia mózgu albo „meningite en plaque tuberculeuse” albo też inna nieznaną nam dotąd pod względem anatomopatologicznym sprawa chorobowa w korze mózgowej.

(*Berliner Klinische Wochenschrift*, Nr. 12 i 13 1911).

B. A.

74. HANS KEHR. Jaka jest obecnie śmiertelność po operacjach kamieni żółciowych?

Lekarze przeceniają jeszcze dotąd niebezpieczeństwo, jakie grozi choremu, poddającemu się operacji z powodu kamieni żółciowych. Wobec tego autor, opierając się na 100 dokonanych przez siebie w ciągu ostatniego roku operacjach, uważa za stosowne podać do wiadomości cyfrę śmiertelności po operacjach kamieni żółciowych. Autor pracuje nad tą dziedziną chirurgii z zamiłowaniem od lat 14, wypracował własne metody operacyjne i doprowadził czas trwania operacji do minimum (w pół godziny bowiem wykonywa to, na co dawniej zużyć musiał 2 do 3 godzin).

Z pośród 100 operacji wykonane zostały: cystostomia 17 razy, cystektomia 17 razy, cysticotomia 25 razy, choledochotomia 33 razy, drenowanie przewodu wątrobowego 30 razy, cystendyze 1 raz, choledochoduodenostomia interna 1 raz, cholecyst-enterostomia 3 razy, zamknięcie przetoki żółciowo-żółdkowej 3 razy, resekcyja wątroby 2 razy, *hepatoptosis* 3 razy, *excisio cystae echinococci hepatis* 1 raz, gastroenterostomia 12 razy, pyloroplastyka 5 razy, entero-enterostomia 3 razy, enterotomia 1 raz, duodenotomia 2 razy, appendectomia 6 razy, *incisio abscessus intraperit.* 4 razy i laparatomia próbna 2 razy.

Przypadków śmierci było ogółem 16. Rozejrzawszy się jednak w przypadkach, zakończonych niepomyślnie, łatwo zauważyć, że były one bardzo skomplikowane, że w 5-ciu z pośród nich wykonano prócz tego operacje żółdkowo-kiszkowe, że przyczyną śmierci w 4-ch przypadkach były krwotoki cholemiczne, w 4-ch — sprawy ropne przedoperacyjne, w 4-ch wreszcie rak. Z chorych zaś, dotkniętych tylko kamicią żółciową, właściwie zmarła tylko jedna, mianowicie 62-letnia kobieta, z powodu zapalenia płuc. Tak więc na 85 czystych operacji kamieni żółciowych autor spostrzegał tylko 1 przypadek śmierci i oznacza odsetkę śmiertelności na nieco więcej, niż 1%.

Godną zaznaczenia jest okoliczność, że z pośród 16 przypadków śmierci aż 10 dotyczyło mężczyzn, gdy wogóle autor na 100 operowanych liczył 75 kobiet i 25 mężczyzn. Wypada tedy, że z pośród mężczyzn umarło 40%, kobiet zaś tylko 8%. Autor sądzi, że fakt ten może stanowić bardzo ważny punkt przy roztrząsaniu wskazań do operacji. Jakkolwiek może to być dziełem przypadku, jednakowoż autor oddawna zwrócił uwagę, że nawet silni mężczyźni daleko gorzej znoszą uśpienie i rękoczynny w jamie brzusznej, aniżeli kobiety, możliwy jest tu wpływ ujemny nikotyny i wyskoku na serce.

Zakażenie, jako przyczynę śmierci, należało przyjąć w jednym przypadku autora, — zapalenie płuc również w jednym przypadku.

Jeśli porównać cyfry śmiertelności, podane w pracach dawniejszych, z obecnymi, to różnica okaże się znaczna. Tak gdy cystostomia dawała 10 lat temu 15% śmierci (KÖRRE), teraz odsetka równa się 2^o/₁₀₀; po cystektomii dawniej ginęło 10^o/₁₀₀, obecnie 3^o/₁₀₀; śmiertelność wreszcie po choledochotomii zmniejszyła się o 20^o/₁₀₀. Lepsze wyniki obecne zawdzięczać należy z jednej strony ściśle przeprowadzanej aseptyce, z drugiej strony — znacznie udoskonalonej technice.

Autor domaga się od internistów, aby kierowali chorych z kamicią żółciową do chirurgów nie zapóźno, gdyż w okresie wczesnym niebezpieczeństwo jest

b. małe; gdy zaś sprawa chorobowa się rozprzestrzenia, śmiertelność staje się większą, a największa jest wówczas, gdy nastąpiło powikłanie rakiem lub zapaleniem ropnem przewodów żółciowych.

Póki jeszcze kamienie żółciowe znajdują się w pęcherzyku żółciowym i przewodzie pęcherzowym, i chirurg ogranicza się otworzeniem lub usunięciem pęcherzyka, — śmiertelność wynosi 2—3%. Gdy kamienie tkwią już w przewodzie żółciowym, odsetka śmiertelności podnosi się do 4—5%. Rokowanie znacznie się pogarsza, gdy przyłącza się sprawa ropna rozlana, wreszcie staje się bezwzględnie złem przy powikłaniu rakiem. Jednocześnie wykonywany zabieg na żołądki lub kiszki podnosi odsetkę śmiertelności o 5—20%. Przy powikłaniu wrzaskami kamicy żółciowej cierpieniem trzustki rokowanie zależy od tego ostatniego.

W końcu autor robi uwagę, że gdy obecnie za pomocą terapii wewnętrznej potrafimy uleczyć tylko 41,5% chorych na kamice żółciową (SCHUBERT), 40% zaś według NAUNYNA, a 50% chorych wyjeżdża z Karlsbadu bez poprawy, — chirurgia okazuje skuteczną pomoc 95—98% tego rodzaju chorych.

(*Munch. Med. Woch.* 1901. 23).

W. Rubin.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Rzadki przypadek poronienia trojaczek w dwóch okresach opisuje MARKOVITS. 30letnia pierwiastka, u której miesiączka od 2 miesięcy została wstrzymana, dostała krwotoku skutkiem upadnięcia, a nazajutrz odszedł płód wielkości jaja kurzego, odpowiadający dwumiesięcznej ciąży. Po 3 miesiącach chora zgłosiła się powtórnie, nadmieniając, że brzuch ciągle się powiększał, a miesiączki nie było. Badanie stwierdziło ciążę 4—5 miesięczną. Należało przypuścić, iż podczas poprzedniego poronienia macica niezupełnie się opróżniła, lecz pozostał drugi płód, rozwijający się nadal. Niebawem rozpoznanie to zostało stwierdzone, gdyż, chora, po podniesieniu ciężaru, dostała krwotoku, poczem wydalila dwa płody żywe, mające 24 i 21 cm. długości. Miały one wspólne łożysko, z brzeżnym przyczepem pępowin, wspólną kosmówkę i z oddzielne owodnie, pochodziły zatem z jednego jaja. Oczywiście, iż wraz z tem jajem zapłodnione zostało jednocześnie drugie, z którego rozwinął się ów płód trzeci, poroniony przed 3 miesiącami. (*Ung. med. Presse.* 6—1901).

= OUI opisuje taniec św. Wita (*chorea*) u kobiet ciężarnych. U niektórych kobiet pojawiają się po raz pierwszy podczas ciąży mimowolne skurcze mięśniowe, ustające po porodzie i występu-

jące ponownie w powtórnej ciąży. U pierwiastek choroba ta zjawia się częściej. Niektóre chore miały już te objawy w dzieciństwie, u innych zauważono oznaki histeryi. Zdaniem autora, choroba zależy od samozatrucia (*hepatotoxemia* według PINARDA). Częściej występuje w pierwszych 4 miesiącach ciąży. Zauważono także skurcze mięśni oddechowych i polykowych. Ruchy nie zależą od woli. W przypadkach lekkich ustają podczas snu, w cięższych powodują bezsenność. Zwykle choroba ustępuje w 2—4 tygodnie po porodzie. Rokowanie dla płodu niepomyślne: bywa 30% poronień i przedwczesnych porodów i 10% śmiertelności dzieci. Najlepszym środkiem jest wodan chloralu, ale autor stawia wyżej spokój cielesny i moralny, wodolecznictwo i dietę mleczną. (*Echo med. du Nord.* 21. 4. 1901).

= SCHMORL w Drezdeńskim Towarzystwie ginekologicznem d. 18. X. 1900. opowiedział spostrzeżenie własne, ciekawe dla medycyny sądowej oraz dla fizjologa. Pomimo że noworodek żył przez 30 godzin po urodzeniu się i krzyczał, jednak przy badaniu pośmiertnem jego zaleziono płuca, zupełnie nie zawierające powietrza, li tylko przewód pokarmowy zawierał powietrze i był wzdęty. Płuca były absolutnie atelektyczne. Dziecko urodziło się o półto-

ra miesiąca za wcześnie i początkowo dobrze oddechało, dopiero powoli oddechanie stawało się coraz słabsze, do póki nie ustało zupełnie. SCHMORL podziela zdanie UNGAR'a co do powstawania tej atelektazy płuc. (Centribl. f. Gynaek. Nr. 16. 1901).

= FORSTER zaleca do wyrobu maści mieszanie z równych części wazeliny, sadła wieprzowego i bezwodnego tłuszczu z welly, które się stapia razem. (Apoth. Ztg. 48 — 1901).

= Przypadek tętniaka tętnicy szyjowej (*carotis*) w obrębie krzyżowania się nerwów wzrokowych opisuje Noiszevski. 31 letni chory od dzieciństwa cierpi na bóle i zawroty głowy, a od roku zauważył osłabienie siły widzenia w obu oczach. Badanie wykryło: brodawkę zastoinową, zmniejszenie widzenia ośrodkowego i zwięźlenie pola widzenia, odpowiadającego skroniowym połówkom naczyńówki. Zrenice jednakowo oddziałują na światło. Utrata zmysłu powonienia. Wystuchiwanie nad kośćmi czaszki wykazywało szmer skurczowy, który zniknął przy uciśnięciu lewej tętnicy szyjowej. Rozpoznawszy tętniak jej, postanowiono ją podwiązać. Piątego dnia znikł zastój brodawek. Zdolność widzenia w prawem oku poprawiła się znacznie, w lewem zmniejszyła się aż do odczuwania zaledwo wrażeń świetlnych. Bóle i zawroty głowy usta-

ły. Pozostało jedynie obezwładnienie lewej ręki i osłabienie pamięci. (Wracz. 1901).

= BOISSARD i COUDERT opisują przypadek powikłania porodu bąblowcem miedulicy małej. Chorą operowano w 18 roku jej życia z powodu bąblowca wątroby. W rok później zaszła w ciążę i urodziła przy pomocy kleszczy. Podczas powtórnej ciąży stwierdzono w dole DOUGLAS'a guz nieruchomy, duży, nie pozostający w związku z macicą. Przekłuciem próbnym wydobyto nieco płynu, a po nacięciu dołu DOUGLAS'a ukazały się pęcherzyki bąblowca i guz opadł. Wydobyto płód, ważący 2280 grm. Chora zaszła poraz trzeci i poroniła w 6 miesiącu. Wtedy znaleziono w tylnem sklepieniu duży, twarde guz, odpychający szyję macicy. Przekłuciem otrzymano ropę, zawierającą pęcherzyki. Guz wyfuszczono, i chora wyzdrowiała. (D. M. Zg. 49 — 1901).

= ROSANOW opisuje przypadek gastrotomii, dokonanej w celu wydobycia polkniętej i leżącej w żołądku rurki szklanej odczynnikowej. Polknął ją 40 letni włościanin przed 1½ rokiem. Dopiero po upływie pół roku zaczęły występować objawy chorobowe: wymioty i bóle w lewem podżebrzu, kaszel, chrypka, ból gardła i wychudnienie. Wydobyta rurka była 22 ctm. długa, 3 ctm. szeroka. (Wracz 14 — 1901).

Wiadomości bieżące.

— Nakładem wydawnictwa „Gazety Lekarskiej“ wyszedł z druku drugi tom dzieła d-ra BIEGAŃSKIEGO p. t. „Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych“. Wkrótce nakładem tegoż wydawnictwa wyjdą następujące książki: d-ra HEBYNGA — „Dyagnostyka i terapia chorób nosa i krtani“. D-ra SOKOŁOWSKIEGO „Choroby tchawicy, oskrzeli i śródpiersia“ oraz prof. PRZEWOSKIEGO: „Podręcznik anatomii patologicznej“.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla prenumeratorów warszawskich broszurę d-ra BINDER'a „Rady i wskazówki dla jadących do Meranu“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою, Варшана 9 Августа 1901 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 9