

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Ostre epidemiczne torebkowate zapalenie gardła (*angina follicularis v. tonsillitis lacunaris epidemica acuta*) i jego stosunek do błonicy epidemicznej, podał d-r Władysław Frankowski z Charkowa. O własnościach przeciwbłonicowych surowicy krwi dzieci, napisał Wacław Orłowski. (Dokończenie). — **Streszczenia zbiorowe.** Istota i leczenie błonicy, krytycznie opracował D-r Stanisław Klejn. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 19. Przyczynek do obrazu chorobowego pochodzenia opuszkowego typu Erb-Goldflama. 20. O przypadkowych szmerach rozkurezowych w sercu. 21. Przyczynek do nauki o zakażeniu mieszanem. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym zamiesiąc styzeń r. b. — **Drobniejsze wiadomości różne treści.** — **Wiadomości bieżące—Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Frankowski—Sur le rapport existant entre l'angine folliculaire v. lacunaire épidémique aigüe et l'épidémie de diphtérie. 2) D-r W. Orłowski — Des qualités antidiphtériques du sérum sanguin des enfants.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Frankowski — Ueber die Beziehung zwischen angina follicularis s. lacunaris epidemica acuta und Diphteriepidemie. 2) D-r W. Orłowski — Ueber antidiphteritische Eigenschaften des Kinderblutserums.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

Ostre epidemiczne torebkowate zapalenie gardła (*angina follicularis v. tonsillitis lacunaris epidemica acuta*) i jego stosunek do błonicy epidemicznej.

Podał d-r Władysław Frankowski z Charkowa.

Istnieją dwa poglądy, dotyczące wzajemnego do siebie stosunku powyższych dwu postaci chorobowych: gdy jedni, jak Bernard FRANKEL, GOLDSCHIEDER i RITTER, opierając się na poszukiwaniach bakteryologicznych, twierdzą, że ostre torebkowate zapalenie gardła jest cierpieniem samoistnem, nie mającem genetycznego związku z błonicą, inni, jak DMOCHOWSKI i SOKOŁOWSKI, przeciwnego są zdania. Utrzymują oni mianowicie, że zapalenie torebkowate gardła, o którym tu mowa, stanowi lżejszą postać błonicy, i dla tego nazwali ją *tonsillitis lacunaris pseudomembranacea*. Najnowsze jednak poszukiwania J. SĘDZIĄKA wykazały, iż pierwsze twierdzenie jest słuszne. Autor ten o sprawie, nas tu zajmującej, pod koniec swej pracy tak się wyraża: „na podstawie tedy przebiegu klinicznego, jakoteż wyników badań bakteryologicznych w 30-tu ściśle przezemnie spostrzeganych i badanych przypadkach, ośmielam się utrzymywać, że t. zw. *angina follicularis*, właściwiej *tonsillitis lacunaris*, pod względem klinicznym i etyologicznym jest sprawą chorobową samodzielną — *sui generis* —, sprawą, nie mającą nic wspólnego z błonicą właściwą“¹⁾.

Zgadzaając się w zupełności na pogląd tylko co przytoczony, zamiarem moim jest poprzeć go z punktu widzenia klinicznego, na co już dość dawno, gdyż w r. 1881, zwracałem uwagę i o czem poniżej jeszcze wspomnę.

1) Gaz. Lek. № 31, r. 1894.

Przed zbliżającą się epidemią błonicy, a tembardziej w jej początkach, stopniowo, lecz wyraźnie, zaczynają znikać, jakby uchylając się z pod obserwacji, częste zwykle w pewnych porach roku i u pewnych osobników: *peritonsillitis abscedens* i *angina faucium catarrhalis*, a natomiast wzrasta liczba zachorowań na wspomnianą *ang. fol. epid. ac.*

Angina f. ep. nieodstępnie towarzyszy błonicy epidemicznej, mając liczebnie znaczną nad nią przewagę, w stosunku mniej więcej, jak 40 do 1. Zaraźliwość *ang. f. ep.* jest o wiele silniejsza, a stąd łatwiej rozpowszechniająca się, aniżeli błonicy epidemicznej. Niejednokrotnie spostrzegałem liczne rodziny, których wszyscy członkowie, jeśli nie jednocześnie, to w krótkich odstępach czasu zapadali na tę chorobę. Najczęściej chorowali najprzód dorośli, potem zaś dzieci. Z epidemią błonicy rzecz się ma odwrotnie; tu pierwiej podlegają chorobie dzieci, a potem, i to daleko rzadziej, dorośli.

Ilość chorych na *ang. f. ep.* jest tak wielka, że tę postać anginy już nie epidemiczną, a pandemiczną nazwaćby należało. Szybkość jej rozprzestrzeniania się możnaby porównać z pandemiczną lekką grypą. Gdyby błonica epidemiczna z tą samą szybkością się rozszerzała, powstałaby stąd niewątpliwie zbyt wyraźna szczyba w zaludnieniu miast.

Chorzy na *ang. f. ep.* nie podlegali zakażeniu błonicą i bez żadnej obawy mogli być pomieszczeni w szpitalu w oddziałach dla dotkniętych błonicą, również jak i chorzy na błonicę nie podlegali zarażeniu *ang. f. ep.* Dozorujące chorych na błonicę, najczęściej zapadały na *ang. f. epidemiczną*.

Na podstawie spostrzeżeń moich w przeciągu lat prawie 18-tu, t. j. od czasu trwania epidemii błonicy w Charkowie, tak w praktyce mojej prywatnej, jak i w szpitalu dziecięcym, gdzie od jego założenia jestem ordynatorem, twierdzić mógłbym stanowczo, że *ang. f. ep.* chroni od błonicy epidemicznej i jest względem niej jakoby chorobą ochronną, a więc czyni zbytecznymi wszelkie zapobiegawcze szczepienia błonicy. Okoliczność ta musi być wzięta w rachubę wobec projektowanych dziś i stosowanych szczepień ochronnych surowicą ROUX lub BEHRING'a

Wspomnieć tu także należy, że obawa zarażenia się błonicą wobec najłżejszego choćby zranienia migdałków conajmniej jest przesadzona, dowodem czego służyć może też sama *ang. f. ep.*

Upřednio, przed pojawieniem się epidemii błonicy, w przeciągu długoletniej czynności mojej lekarskiej nigdy nie spostrzegałem, aby *ang. f. ep.* tak licznie i tak szeroko rozpowszechniała się, jako epidemia samoistna, i cechowała się tak typowo charakterystycznymi objawami.

Prócz licznych, żółtawych albo białawo-szarawych punktów i nalotów na migdałkach podniebiennych lub w kryptach, choroba cechuje się nagłością, z jaką występuje, bardzo znacznem podniesieniem ciepłoty, ogólnym upadkiem sił, bólem głowy, dotkliwym bólem gardła przy połykaniu, bólem przy obmacywaniu gruczołów chłonnych szyjowych, szybkością zarażania otaczających osób zdrowych i zupełnem, w przeciągu mniej więcej tygodnia, wyzdrowieniem, które u osobników skrofulicznych następuje powolniej.

Do chwili zjawienia się błonicy epidemicznej rzadko tylko spotykałem postać sporadyczną *ang. f.* z łagodnymi objawami i krótszem trwaniem choroby.

Ang. f. ep. pozostaje w stosunku prostym do epidemii błonicy, a więc zjawia się, wzrasta i zmniejsza się, nie znikając dotąd zupełnie, jednocześnie i zgodnie z epidemią błonicy.

Pojawienie się nanowo zanikłych jakoby na czas jakiś *peritonsillitidis abscedentis*, *anginae faucium catarrhalis*, a zarazem zmniejszenie się liczby cho-

rych na *ang. f. ep.* nieomylnie dowodzi, że epidemia błonicy zmniejsza się wyraźnie i jakoby gaśnie. Użyłem tu słowa „jakoby“, gdyż w przeciągu ostatnich lat 18-tu nie byliśmy prawie zupełnie wolni od epidemii błonicy, mniej lub więcej rozległej.

Znacznie wzrastająca liczba chorych na *ang. f. ep.* służyć może jako ostrzeżenie, iż do walki z błonicą przygotować się należy.

Zwykle liczba chorych na *an. f. ep.* wzmaga się ku końcowi lata, jesienią i wczesną wiosną, nie szczędząc ani dzieci, ani dorosłych; u ssawców rzadko się napotyka; liczebnie kobiety częściej podlegają zachorowaniu. Chłodna i wilgotna pora znacznie sprzyja szerzeniu się choroby. Przerost migdałków wyraźnie do epidemicznego zapalenia gardła usposabia.

Materyału obserwacyjnego dostarczała mi moja praktyka prywatna, w której spostrzegałem przeszło trzy tysiące przypadków ostrego epidemicznego zapalenia gardła; drugim źródłem był charkowski szpital dziecięcy.

W przeciągu tego czasu stałych chorych na błonicę epidemiczną w szpitalu dziecięcym było 6,172, ambulatoryjnych 1,763, razem 7,935. Na *ang. f. ep.* było stałych chorych 1,469, przychodnich 4,172, razem 5,641.

Liczba stałych chorych na *ang. f. ep.* może się wydać za małą, bacząc na to, co powiedziano wyżej o ogromnej przewadze liczebnej choroby tej nad błonicą epidemiczną. Jednakże jest to tylko pozorne, gdyż z pomiędzy bardzo licznych rodzin, zgłaszających się do szpitala, dzieci chore na *ang. f. ep.* tylko w wyjątkowych przypadkach przyjmowane były do zakładu.

W praktyce prywatnej stosunek ten zupełnie inaczej się przedstawia. Wielu z kolegów wcale nie spotykało się z błonicą epidemiczną, mając natomiast niemal codziennie do czynienia z *ang. f. ep.*

Jak nadmieniałem wyżej, śmiertelność z *ang. f. ep.* jest żadna, śmiertelność zaś z błonicy wogóle chwiejna, a często bardzo znaczna, co niemało utrudnia śledzenie choroby i sprawdzenie skuteczności środków, w walce z tą kłęską stosowanych. Dla udowodnienia tego, przytaczam tu kilka cyfr ze statystyki naszego szpitala dziecięcego, z tych lat tylko, w których zmienność odsetki śmiertelności wydatniej się zarysowywała. I tak:

w roku 1878	odsetka	śmiertelności	wynosiła	41,02%
„ 1881	„	„	„	31,05%
„ 1882	„	„	„	27,08%
„ 1884	„	„	„	23,05%
„ 1886	„	„	„	14,06%
„ 1887	„	„	„	7, 7% (tylko)
„ 1893	„	„	„	14,06%
„ 1894	„	„	„	12,08%

Średnia zaś odsetka za cały przeciąg czasu lat 18-tu — 21,05%.

W roku 1881 na zjeździe okręgowym w Charkowie, wobec nader licznego zgromadzenia przedstawicieli 6-u gubernii Rosyi Południowej (od ziemstw, zarządów lekarskich, profesorów uniwersytetu, oraz wielu lekarzy), obszerniej zakomunikowałem o związku epidemii błonicy z *ang. f. ep.*²⁾. Późniejsze spostrzeżenia moje utwierdziły mnie jeszcze bardziej w tem przekonaniu.

²⁾ „O mierach protiv dyfterytnej epidemii“. Trudy oblastnowo sjezda 5-wo fevru. 1881 g. w gorodie Charkowie. Str. 104—113.

Zwracam tu jeszcze uwagę na świeżo ogłoszoną, bardzo ciekawą i z poglądem zupełnie oryginalnym pracę D-ra KRYŁOW'a, profesora anatomii patologicznej w Charkowie: *Ascococcus diphtericus Krylowii s. destructor Sorokini. Charkow 1894.*

Co tu powiedziałem o *ang. f. ep.*, stosuje się do epidemii, jaką spostrzegałem w Charkowie, liczącym 200,000 ludności.

Mówiąc o anginie i błonicy, mimowoli nasuwa się myśl o tak rozgłoszonych dziś szczepieniach surowicą krwi, które, z celem ochronnym od błonicy, jak mi się zdaje, bez potrzeby są stosowane.

Niewątpliwie, że mając przykłady zbawiennych skutków szczepień w czasach ostatnich, można mieć nadzieję, że szczepienia ochronne lecznicze w celu zabezpieczenia od błonicy z czasem pożądany skutek osiągną. Dotąd wiele jeszcze kwestyi zostaje do wyjaśnienia, wiele doświadczeń do przeprowadzenia.

Niepewność wywodów statystycznych, dotyczących skuteczności rozmaitych metod leczenia błonicy, bez uwzględnienia charakteru epidemii, konieczność zastosowania szybkiego leczenia — bardzo utrudnia zadanie praktycznego zastosowania szczepień leczniczych. Wszystko to przedstawia jeszcze rozległe pole do dalszych, wytrwałych i sumiennych badań, które oby doprowadziły do wyników najpomysłniejszych; oby *ars medendi* przeistoczyła się w *ars semper sanandi*.

To, com wypowiedział, daje się streścić w słowach następujących.

1) Stopniowe znikanie *peritonsillitidis abscedentis* i *anginae faucium catarrhalis*, a natomiast wzmaganie się *ang. fol. ep.* może służyć za niewątpliwą oznakę zbliżającej się błonicy epidemicznej, i odwrotnie: ponowne zjawianie się dwóch pierwszych chorób świadczy o wygasaniu epidemii błonicy.

2) Chorzy na *ang. f. ep.* nie podlegają błonicy, i odwrotnie, chorzy na błonicę nie podlegają zarażeniu się *ang. f. ep.* *Ang. f. ep.* i błonica zdają się wzajemnie wyłączać.

3) Dla chorych na *ang. f. ep.* wszelkie szczepienia ochronne od błonicy są zbyteczne; sama bowiem angina jest jakby ochronnym od błonicy środkiem.

4) Śmiertelność z *ang. f. ep.* jest żadna; z błonicy zaś często bardzo znaczna, ale wogóle chwiejna i zależy głównie od natury epidemii i wielu innych warunków, któreby zbadać należało.

Z KLINIKI CHORÓB DZIECIĘCYCH PROF. T. ESCHERICH'a W GRAZU.

O WŁASNOŚCIACH PRZECIWBŁONICOWYCH SUROWICY KRWI DZIECI.

Napisał Wacław Orłowski.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 6).

ABEL prowadził badania swoje jednocześnie niemal i zupełnie niezależnie odemnie. Doświadczenia moje były już skończone, gdy autor ten pracę swą wydrukował w „Deutsche med. Wochenschrift“⁶⁾. Już sam tytuł pracy ABEL'a robi dobre wrażenie.

Z początku krytykuje autor wnioski ESCHERICH'a i KLEMENSIEWICZA, dotyczące się przeciągu czasu, w jakim surowica, posiadająca własności ochronne,

⁶⁾ D-r R. ABEL: „Ueber die Schutzkraft des Blutserums von Diphtherieconvalescenten und gesunden Individuen gegen tödtliche Dosen von Diphtheriebacillenculturen und Diphtheriebacillengift bei Meerschweinchen“. „Deutsche med. Wochenschrift“ № 48 i 50, 1894.

działa w ustroju zwierzęcym. Z doświadczenia drugiego wyprowadzili E. i K. wniosek, że działanie surowicy ochronne znikło u pierwszych dwóch świnek, służących do doświadczeń, już po 2-ch tygodniach, gdyż świnki te padły wskutek powtórnych, w czasie tym wykonanych, zastrzykiwań hodowli laseczników błonicy. Jest to błąd, który ABEL słusznie określa jako *ne bis in idem*. Należy bowiem pamiętać, że możemy mieć w tym razie do czynienia nie tylko z odpornością bierną, wywołaną przez zastrzykiwanie surowicy, ale i z odpornością czynną, która mogła wystąpić w ustroju zwierzęcia jako skutek zastrzykiwań samej hodowli.

Następnie autor opisuje metodę, którą w doświadczeniach swych stosował. Różni się ona cokolwiek od metody ESCHERICH'a i KLEMENSIEWICZA. ABEL zbierał krew nie żylną, ale mieszaną, otrzymywaną zapomocą baniek ciętych; krew ta pochodziła od osób starszych, 18 — 35-letnich (w jednym tylko przypadku krew pochodziła od dziewczynki 12-letniej); prócz surowicy zastrzykiwał A. świnkom nie tylko hodowle błonicowe, ale i jad błonicowy; przeciąg czasu pomiędzy zastrzyknięciem surowicy a hodowli lub jadu wynosił 24, 48, a raz nawet 72 godziny.

Ogółem przerobił ABEL 14 doświadczeń z surowicą krwi, pochodzącej od osób, które błonicę przebyły, i 6 z surowicą osób, które chorobie tej nigdy nie podlegały, i stosownie do tego zestawił swe doświadczenia w dwóch tablicach. Zauważyć należy, że do tych 6 prób krwi zaliczone zostały 4 próby, które pochodziły z łożysk kobiecych. Szkoda tylko, że autor nie obliczył dawek surowicy, hodowli i toksyn na kilogram wagi zwierzęcia; stanowiłoby to wielkie udogodnienie dla tego, kto by się chciał bliżej w tablicach tych rozzejrzeć. Dawki toksyn i hodowli są natomiast w ten sposób obliczone, że obok każdej dawki absolutnej pomieszczony jest iloczyn odpowiedni najmniejszej dawki śmiertelnej. Zestawiając iloczyny te, dowiadujemy się, że autor określał działanie owych prób surowicy względnie do niewielkich dawek toksyn lub hodowli i tym sposobem spotęgował skutek działania surowicy.

Rozpatrując tablicę pierwszą, dalej dochodzimy do przekonania: że na 14 przypadków badanych w 4-ch pierwszych i 12-ym ABEL nie znalazł żadnych własności ochronnych surowicy; w sześciu następnych (z wyjątkiem 9-go) własność ta istotnie występuje; zwierzęta znoszą dawki toksyn lub hodowli bezkarnie i bez odczynu, ale tutaj właśnie zastosowane są dawki niemal równające się dawkom śmiertelnym najmniejszym; o przypadku 11-ym i 13-ym trudno powiedzieć coś stanowczego, gdyż odnoszące się tutaj doświadczenia przeczą sobie wzajemnie; ostatni natomiast, odnoszący się właśnie do wspomnianej dziewczynki 12-letniej, wykazuje znaczne działanie ochronne odpowiedniej surowicy (1,0 ctm. szc. surowicy zubożył w zupełności działanie 5-ioletniej dawki śmiertelnej najmniejszej hodowli laseczników błonicy).

Tyle co do wniosków, jakie ja z tablicy tej wysnuć mogłem. Ale autor postąpił inaczej. Zestawił on, mianowicie, przypadki swe według liczby dni, jakie upłynęły od końca choroby do chwili, kiedy autor puszczał osobnikowi danemu krew, i doszedł do wyników następujących: pomiędzy dniem 2 i 6 po przebyciu błonicy (przypadki 1 — 4) własność ochronna surowicy jeszcze nie występuje; pomiędzy dniem 8 i 11 (przypadki 5 — 10) jest ona już znaczna (wykazałem wyżej, dla czego ona wydaje się znaczną); w przypadkach 11, 12, 13 (krew była otrzymana po 1½, 2 i 2½ miesiącach od końca choroby) brak jej znowu; pomimo to jest ona jeszcze zachowana w przypadku 14, względnie po 5 miesiącach od czasu przebycia błonicy.

Śmiałym na tem miejscu zapytać autora, skąd się wziął przede wszystkim wniosek jego, że własność ochronna surowicy krwi wogóle po przebyciu błonicy występuje? Na jakiej zasadzie, na mocy jakich doświadczeń doszedł autor do takiego przekonania? To samo pytanie stosuje się i do wniosków ESCHERICH'a i KLEMENSIEWICZA, z tą tylko różnicą, że ci ostatni autorowie nie wiedzieli o tem, że podobną własność ochronną surowicy krwi można spotkać i u osobników, które nigdy zakażenia błonicowego nie przechodziły, ale ABEL o tem wiedział, bo nawet doświadczenia odpowiednie w drugiej części swej pracy, o której zaraz mówić będziemy, pomieścił. ABEL, a poczęści ESCHERICH i KLEMENSIEWICZ popełnili błąd, który logika zalicza do sofizmatów indukcji: *non causa pro causa*, albo *post hoc ergo propter hoc*. Wnioski tych autorów byłyby tylko wtedy uzasadnione, gdyby zbadali krew przed chorobą i po chorobie i na zasadzie tych badań mogli powiedzieć, że odporność wystąpiła lub tylko wzmożła się. Bo czyż pojęcie odporności nie jest pojęciem względnem do siły zakażenia? Czyż osobnik, posiadający pewien stopień owej odporności, nie może uleść zakażeniu silnemu, a pomimo to odporności tej po przebyciu błonicy nie utracić? Analogia pomiędzy błonicą ludzką i zwierzęcą, którą ESCHERICH starał się swe wnioski apryorystyczne uzasadnić, sięga trochę zadaleko, żebyśmy ją mogli przyjąć w rachubę. Zresztą nie zaprzeczam tej myśli; być może, że jest ona nawet prawdziwa; ale dopóki odpowiednie, wyżej wskazane, doświadczenia przerobione nie będą, pozostanie ona, przynajmniej dla mnie, tylko hipotezą.

Ale powróćmy teraz do drugiej części pracy ABEL'a. Autor zamieścił tutaj wspomniane już wyżej 6 przypadków, w których badał surowicę krwi osobników zdrowych. W surowicach tych znalazł on również własności ochronne przeciw błonicy. Nasuwają się tutaj jednak te same myśli, które poprzednio uzasadniłem. We wszystkich doświadczeniach, w których zwierzęta znoszą zastrzykniętą dawkę hodowli lub jadu bez odczynu, dawka ta jest tylko nieznacznie większa od dawki śmiertelnej najmniejszej. Jeżeli dawka ta jest kilka razy większa, zwierzęta reagują mniej lub więcej silnie, a czasem nawet padają. Bądźco bądź jednak, trudno w przypadku tym nie przyznać racji ABEL'owi, który na zasadzie tych doświadczeń twierdzi, że surowica krwi ludzi zdrowych, 20 — 40-letnich, którzy nigdy na błonicę nie chorowali, posiada dla świnek morskich własność ciała, ochraniającego przeciw zakażeniu błonicowemu.

Praca moja, do opisanie której obecnie przechodzę, wiąże się bezpośrednio przeważnie z drugą częścią pracy ABEL'a. Chodziło mi o doświadczenia w kierunku myśli WASSERMANN'a, wyniki badań którego już wtedy znałem. Ponieważ jednak materiał mój z natury rzeczy mógł być tylko klinicznym, dobieierałem, o ile mogłem, przypadki lżejsze, nie wspólnego z błonicą nie mające. Ogółem przerobiłem 14 doświadczeń; w trzech pierwszych (patrz tablicę) badana była surowica dzieci, które świeżo przebyły mniej więcej lekką błonicę i już na drogę zdrowienia wstępowały lub wstąpiły; w 4-em doświadczeniu badana została surowica krwi dziecka, u którego pojawiły się pierwsze objawy błonicy; w 10 innych — surowica krwi dzieci, które według danych wywiadowych nigdy na błonicę nie chorowały.

Co się tyczy metody, którą w doświadczeniach mych stosowałem, to wzorowałem się w wypadku tym na badaniach BEHRING'a i EHRlich'a. Badacze ci, jak wiadomo, celem wypróbowania siły swej surowicy przeciwbłonicowej określają najmniejszą dawkę surowicy, która, zmieszana w próbówce

z 10-krotną najmniejszą dawką śmiertelną jadu błonicowego i zastrzykniętą świnie morskiej (dawka jadu obliczona jest stosownie do wagi zwierzęcia) pod skórę, nie wywołuje żadnego odczynu miejscowego. Metoda ta, ogólnie używana tam, gdzie można rozporządzać dowolną ilością surowicy, musiała uleść pewnej zmianie przy badaniach surowicy krwi dzieci. Rozporządzając niewielką ilością surowicy, nie mogłem robić dowolnej ilości doświadczeń na zwierzętach; wskutek tego zmuszony zostałem zmniejszyć stosowaną dawkę jadu. Z drugiej znów strony, przypuszczając *a priori*, że siła badanych prób surowicy będzie znacznie mniejsza, musiałem stosować duże dawki tej ostatniej.

Toksyny błonicowe, które w doświadczeniach tych używane były, pochodziły z dwóch źródeł: od WASSERMANN'a z Instytutu chorób zakaźnych i od ARONSON'a z Berlina. Prócz doświadczenia 4-go, 7-go i części 3-go, wszystkie pozostałe robione były z toksynami WASSERMANN'a. Liczby, drukowane trzcionkami grubszy w doświadczeniach 3-em, 4-em i 7-em, odnoszą się właściwie do toksyn ARONSON'a (patrz tablicę str. 156 i 157).

Toksyny WASSERMANN'a były znacznie silniejsze od toksyn ARONSON'a. W celu określenia siły tych pierwszych przerobiłem 9 następujących doświadczeń:

Nr świnki:	Waga świnki:	Dostała podskórnie:	Na kilogr. wagi wypada:	Padła po:
1	588,0	0,6 ctm. szc.	= 1,02 c. s.	48 godzin.
2	549,0	0,4 "	= 0,72 "	28 "
3	508,0	0,2 "	= 0,39 "	90 "
4	302,0	0,048 "	= 0,16 "	4 dniach
5	435,0	0,053 "	= 0,12 "	42 "
6	560,0	0,056 "	= 0,10 "	33 "
7	585,0	0,05 "	= 0,085 "	41 "
8	490,0	0,04 "	= 0,081 "	przeżyła
9	447,0	0,03 "	= 0,067 "	"

i jako dawkę śmiertelną najmniejszą przyjąłem 0,16 na klgrm. wagi zwierzęcia.

Siłę toksyn ARONSON'a podaję według określenia docenta J. Loos'a, asystenta przy katedrze chorób dziecięcych w Grazu; równa się ona 0,6 na klgrm. wagi zwierzęcia.

Co się tyczy surowicy, to otrzymywałem ją w sposób następujący: po zachloroformowaniu dziecka przez jednego z kolegów, pracujących jednocześnie ze mną w Grazu, bandażowałem rękę poniżej stawu barkowego, oczyszczałem pole operacyjne i nadcinałem skórę w przegubie łokciowym; następnie preparowałem jedną z żył podskórnych wyraźniej zarysowanych i nadcinałem ją zlekka końcem noża. Krew zbierałem wprost w naczynie podstawione, czyste, zapomocą alkoholu i eteru wyjałowione, które stawiałem w miejscu chłodnym do dnia następnego. Otrzymana surowica była niemal zawsze zupełnie przezroczysta; dwa razy jednak (doświadczenie 2 i 9) otrzymałem surowicę mętną, wskutek użycia roztworu kwasu karbolowego do oczyszczenia pola operacyjnego, i raz mętnawą (doświadczenie 3) wskutek nieznaney mi przyczyny.

Następnie brałem pewną ilość surowicy, mieszałem ją z pewną dawką jadu błonicowego i mieszaninę tę wstrzykiwałem świnie pod skórę. Metody tej trzymałem się we wszystkich doświadczeniach. Zwierzęta, które przeżyły, były obserwowane około 2 — 3 miesięcy, co opóźniło wprawdzie ogłoszenie niniejszej pracy, wpłynęło jednak bezwarunkowo na jej ścisłość. Wyszyły

№	Uwagi, dotyczące chorego i choroby.	Waga świnek morskich.	Dawki absolutne.		Dawki obliczone na klgrm. wagi zwierzęcia.		Wielokrotna najmniejszej dawki śmiertelnej toksyna	Skutki zastrzyki wań.	U W A G I.
			To-ksyn. wicy.	Suro-wicy.	To-ksyn. wicy.	Suro-wicy.			
1	Franciszek Radoszyc, 6½ lat, dość lekki przypadek błonicy. Krew upuszczona w dniu, kiedy znikły błony w gardzieli. Podczas choroby przed 11 dniami dostał pod skórę 10 ctm. sęsc. surowicy BEHRING'a Nr. 1.	682,0 462,0 697,0 783,0	0,4 0,4 0,4 0,4	0,2 0,3 0,4 1,2	0,58 0,86 0,57 0,51	0,29 0,65 0,57 1,53	3,6 5,37 3,56 3,19	Śmierć po 42 godz. " " " " " " 114 " Przeżyła przy objawach zapalenia w miejscu zastrzyknięcia.	Surowica przezroczysta, zabarwiona na czerwono.
2	Maryja Mahri, 5 lat, dość lekki przypadek błonicy, od 3 dni brak błon w gardzieli. Podczas choroby przebyła ospę wietrzną.	587,0 595,0	0,4 0,4	0,8 1,6	0,68 0,67	4,25 4,19	Śmierć po 30 godz. " " " " " " 20 godz.	Surowica opalizuje, wskutek dodatku kilku kropeł kwasu karbolowego.	
3	Maksymiliana Lanzel, 5 lat, lekki przypadek błonicy, od 6 dni brak błon w gardzieli.	556,0 460,0 655,0	0,4 0,4 0,6	0,5 1,0 4,0	0,72 0,87 0,91	4,5 5,43 1,5	Śmierć po 60 godz. " " 36 " " " 66 "	Surowica mętnawa.	
4	Katarzyna Jagericz, 2½ lat. Zapalenie łącznicy oka. W dniu upuszczenia krwi pierwsze objawy błonicy gardz.	577,0 563,0 480,0	0,6 0,6 0,6	0,6 1,2 1,8	1,04 1,06 1,25	1,73 1,76 2,1	Śmierć po 114 godz. " " 90 " " " 114 "		Początkowe miejscowe objawy zapalne u obydwóch świnek były dość słabe i wyrównały się w zupełności u I świnki niespełna w ciągu miesiąca, u drugiej w ciągu 20 dni. Śmierć nastąpiła widocznie wskutek charactwa. Dane sekcyjne nieznanne.
5	Franciszek Rutz, 8 lat. Gruźlica płuc.	463,0 743,0	0,35 0,4	0,9 0,5	0,75 0,52	4,68 3,25	Śmierć po 56 dniach. " " 49 " " " 49 "		
6	Józef Seiland, 7 lat. Gruźlica zapalenie kręgow.	710,0	0,2	1,0	0,28	1,4	1,75	Przeżyła przy objawach lekkiego obrzęku miejsc.	

7	Antonina Żeleznik, 9 lat. Grzybowate zapalenie stawu kolanowego (<i>Gonitis fungosa</i>).	677,0	0,2	4,0	0,3	5,9	1,87	Przeżyła. Naciek zapalny wielkości orzecha lask. Śmierć po 37 dniach	Po miesiącu wystąpiły objawy niedowładu wszystkich kończyn. Jak wyżej.
		722,0	0,3	1,0	0,41	1,4	2,56	Objawy zapalne znaczne. Przeżyła. Objawy zapalne znaczne.	
		624,0	0,3	9,0	0,48	14,4	3,0	Śmierć po 66 godz.	
		556,0	0,4	1,0	0,72	1,8	4,5	" " 72 "	Po 3 tygodniach lekka <i>paresis</i> tylnych kończyn.
		540,0	0,4	0,5	0,74	0,93	4,62	Przeżyła. Lekki obrzęk miejscowy.	
		687,0	0,4	6,0	0,58	8,7	3,6	Przeżyła. Lekki obrzęk miejscowy.	
		443,0	0,6	0,6	1,35	1,35	2,25	Przeżyła. Lekki obrzęk.	
		453,0	0,6	1,2	1,32	2,64	2,2	Śmierć po 42 dniach, dość znaczne objawy zapalne.	Padła pomimo zupełnego wyzdrowienia i powiększenia się wagi ciała. Dane sekcyjne nieznane.
8	Marya Wruss, 9 lat. <i>Ecze-ma seborrhoicum capitis</i> .	649,0	0,2	0,5	0,31	0,77	1,93	Śmierć po 78 godz.	Surowica przezroczysta, zabarwiona na czerwono.
		632,0	0,3	0,2	0,47	0,31	2,93	" " 48 "	
		570,0	0,3	1,0	0,53	1,75	3,31	" " 66 "	
		585,0	0,3	9,0	0,52	15,4	3,25	" " 72 "	
		608,0	0,4	5,0	0,66	8,22	4,12	" " 66 "	
9	Karolina Glaser, 7½ lat. Zapalenie oskrzeli.	817,0	0,4	0,5	0,48	0,61	3,0	Śmierć po 66 godz.	Surowica mętna wskutek dodania kilku kropeł kwasu karbolowego.
		672,0	0,4	1,0	0,59	1,48	3,68	" " 66 "	
10	Teresa Perl, 8 lat. Zaćma urazowa.	638,0	0,3	1,0	0,47	1,6	2,93	Przeżyła. Zapalenie miejscowe nieznaczne.	
		620,0	0,3	3,0	0,48	4,84	3,0	Śmierć po 52 dniach. Objawy zapalne dość znaczne.	Zdecyliła pomimo zupełnego wyzdrowienia, a nawet powiększenia się wagi ciała. Sekcja nieznana.
11	Cecylia Pichler, 4 l. Świe-rzbączka.	420,0	0,2	0,4	0,48	0,96	3,0	Śmierć po 72 godz.	
		597,0	0,3	0,4	0,5	0,67	3,12	" " " "	
12	Aniela Czrepp, 7 lat. Żół-taczka Prawie zupełne zdrowie.	426,0	0,2	1,0	0,47	2,34	2,93	Śmierć po 42 godz.	
		436,0	0,3	1,0	0,68	2,3	4,25	" " 16 "	
		525,0	0,4	1,0	0,76	1,9	4,75	" " 18 "	
13	Józefa Nudel, 2½ lat. <i>Caries ossium metacarpi</i> .	756,0	0,4	0,8	0,53	1,05	3,31	Śmierć po 24 godz.	Surowica zawiera barwniki żółtawe.
		814,0	0,4	0,4	0,49	0,49	3,06	" " 30 "	
14	Joanna Petanowicz, 6 lat. <i>Chorea minor</i> .	680,0	0,3	1,0	0,44	1,48	2,75	Przeżyła. Objawy zapalne nieznaczne.	
		753,0	0,4	5,0	0,53	6,64	3,31	Przeżyła przy znacznych objawach zapalnych.	

przytem na jaw niektóre ciekawe szczegóły, np.: zwierzęta, które oddziaływały w mniejszym lub większym stopniu na stosowane zastrzykiwania, zdrowiały w zupełności i wreszcie padały wskutek charłactwa; inne zyskiwały na wadze i padały również bez lub przy objawach niedowładu kończyn.

Zamieszczona wyżej tablica objaśni nas najlepiej co do wszystkich szczegółów tych doświadczeń. Przyjrzyjmy się jej bliżej.

W trzech pierwszych doświadczeniach, odnoszących się do dzieci, które błonicę przebyły, własności ochronne surowicy stwierdzone zostały tylko w przypadku pierwszym (świnka 4-ta). Doświadczenie to przeczy cokolwiek wynikom badań ABEL'a, który w końcu swej pracy sformułował prawo, że surowica krwi w pierwszych dniach po przebyciu błonicy nie posiada własności ochronnych, uzasadnia zaś poniekąd wątpliwości moje co do tworzenia się wogóle tych ciał ochronnych wskutek przebycia błonicy. Doświadczenie drugie i trzecie wykazało brak antytoksyn swoistych we krwi; przemawiają one na korzyść ABEL'a i moją. Doświadczenie czwarte wykonane było w tym celu, żeby powtórzyć upuszczenie krwi po wyzdrowieniu dziecka; z powodów jednak odemnie niezależnych druga część tego doświadczenia wykonana nie została. Z pomiędzy pozostałych 10-u doświadczeń w 5-u (doświadczenia 8, 9, 11, 12, 13) ciał ochronnych w surowicy nie znalazłem. Natomiast w 5, 6, 7 10 i 14-em własność ochronna surowicy przejawiała się w tym lub innym stopniu; zwierzęta, służące do doświadczeń, albo przeżyły przy objawach słabego lub silnego odczynu miejscowego, albo padały po znacznym przeciągu czasu. Fakt, że w doświadczeniach moich brak przykładów, w którychby surowica zobojętniała w zupełności działanie jadu, należy wytłomaczyć, jak to już wyżej zauważyłem, tem, że dawki toksyn były większe, niż w doświadczeniach ABEL'a; mogło to wpłynąć tylko dodatnio na wyniki badań, które można wyrazić, jak następuje:

1) Niektóre dzieci, które nigdy na błonicę nie chorowały, posiadają we krwi, względnie surowicy, ciała, osłabiające lub nawet zobojętniające (zależnie od dawek) działanie toksyn drobnoustrojów błonicy.

2) Ilość, względnie koncentracja tych ciał, zdaje się, że nie zależy od wieku dziecka.

3) Ta nieznaczną własność ochronną, jaką znajdujemy w surowicy krwi dzieci, które błonicę przebyły, może być natury swoistej. Faktem jednak myśl ta stanie się tylko wtedy, gdy a) zostanie dowiedzione wzmaganie się własności owej w ciągu i po chorobie i b) gdy poznana zostanie strona chemiczna tych ciał uodparniających.

4) Pochodzenie jednak tych ostatnich jako swoiste uznane być nie może, ponieważ identyczne ciało ochronne znajduje się w surowicy krwi dzieci, które nigdy na błonicę nie chorowały.

Na zakończenie niech mi wolno będzie na miejscu tem wyrazić swą wdzięczność prof. ESCHERICH'owi, uprzejmości i kierunkowi którego niniejsza praca powstanie swe zawdzięcza.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Istota i leczenie blednicy,

krytycznie opracował d-r Stanisław Klejn, ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 7).

Z przetworów żelaza dotychczas największą sławą cieszyły się sława pigułki BLAUD'a, wprowadzone do terapii z pewną modyfikacją przez NIEMEYER'a. Przyznać należy, że pigułki te bardzo szybko usuwają objawy blednicy, zdarzają się jednak wyjątki, przeważnie zależno od wrażliwości żołądka chorych. Wrażliwość ta wogóle dla rozmaitych przetworów i postaci żelaza bywa rozmaita. Tak np. niektóre chore bardzo dobrze znoszą żelazo w pigułkach, kiedy inne dostają po nich bólów żołądka i wymiotów, a natomiast dobrze znoszą żelazo w proszku lub płynie. Co się tyczy wyboru przetworów, to tu kierować się można następującym spisem EICHHORST'a, zawierającym przetwory żelazne, począwszy od najłagodniejszych: *ferrum hydrogenio reductum*, *ferrum lacticum*, *limatura ferri*, *tinct. ferri pomata*, *tinct. ferri acetici*, *tinct. ferri chlorati aetherea*. Bardzo dobrze znoszą także chore *pilulae ferri carbonici*. Ilość innych przetworów żelaza jest olbrzymia, ponieważ jednak w działaniu nie różnią się od powyższych, nie będziemy ich przeto wliczać.

Aczkolwiek dla każdego z tych środków farmakologia podaje odpowiednią dawkę, to jednakże rozmaici autorowie do tych dawek wcale się nie stosują. Tak np. NIEMEYER, IMMERMANN, JUERGENSEN, BINZ, LAUDER BRUNTON, LAACHE, EICHHORST i inni dają duże dawki żelaza, gdy np. PENTZOLDT, MORDHORST, EDLEFSEN radzą dawać dziennie nie więcej, jak 0,3. NIEMEYER, zamiast 48 pigulek, każe z masy BLAUD'a (*ferri sulfur.*, *kalii carbon. puri aa 15.0*, *tragac. q. s. ut f. pil.*) przygotować 100 pigulek, z których daje 3 razy dziennie po 3 pigułki, później nawet po 4—5 sztuk 3 razy dziennie. Trzy takie porce wystarczają zdaniem jego do wyleczenia blednicy. EDLEFSEN radzi zamiast *gummi tragacanthi* dawać jako *constituens pulv. rad. althaeae* i *mel depuratum aa*, które nie czynią tak twardymi pigulek, pozwalają im się łatwiej rozpuścić w kiszkaach i nie obciążają żołądka.

Po największej części po użyciu żelaza już po kilku tygodniach ilość hemoglobiny krwi się zwiększa, objawy żołądkowe i nerwowe znikają, zjawia się miesiączka, jeśli jej przedtem nie było, a chore czują się coraz lepiej. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie przetwory żelaza nie dają się zastosować, a to z powodu wrażliwości chorych, zależnej zwykle od rozmaitych powikłań. Do przeciwwskazań takich zaliczamy: katar żołądka, wrzód żołądka oraz gorączkę. Choroby organiczne serca nie stanowią przeciwwskazania. W przypadkach takich należy usunąć wpieryw powikłania powyższe i dopiero wtedy zacząć stosować żelazo. Zwykle niestrawność nerwowa, tak częsta u chorych na blednicę, nie przeszkadza stosowaniu żelaza, a nawet, przeciwnie, objawy te pod wpływem żelaza znikają. Ze względu jednak na często napotykaną u chorych wrażliwość żołądka, należy im dawać żelazo zawsze po jedzeniu.

Z przetworów organicznych, których ilość w ostatnich czasach wciąż się mnoży, wymienimy tu tylko kilka. KOBERT wprowadził swój hemol i hemogallol, SCHMEDEBERG zaś ferratynę. Hemol i hemogallol zawierają po 6—7% żelaza, dawka wynosi 0.5 trzy razy dziennie. Przeglądając opisy przypadków, w których stosowano te 2 przetwory (BILLING, LANG, BUSCH), trudno się oprzeć przekonaniu, iż zapomocą dawniejszych przetworów nieorganicznych skutek można otrzymać o wiele szybszy i lepszy. Niktórzy (WEISS, STOCKMAN) wprost odmawiają przetworom tym wartości leczniczej, a i ja sam nie tylko nie przekonałem się o wyższości hemolu i hemogallolu, ale wprost spostrzegłem przypadki, gdzie po długim i bezskutecznym stosowaniu przetworów tych blednica znikala w ciągu 3 tygodni wyłącznie pod wpływem nieorganicznego przetworu żelaza. To samo mniej więcej tyczy się może i ferratyny (zawiera 0.2% żelaza, dawka 1,0 trzy razy dziennie). Z prac JACQUET'a i KUENDIG'a oraz samego KUENDIG'a nie wynika wcale, ażeby to miał być tak znakomity środek przeciwblednicowy, za jaki go autorzy ci uważają w swych wnioskach. Zresztą ZIEMSEN wprost twierdzi, że ferratyna nie może się równać z pigułkami BLAUD'a.

Wobec tak małej wartości leczniczej przetworów powyższych, wątpię, czy komu starczy odwagi i chęci do próbowania u swoich chorych innych, namiętnie, głównie przez samych wynalazców reklamowanych przetworów, jak np. hemoglobiny PFEUFFER'a, lub hemalbuminy DAHMEN'a, albo wreszcie hematogenu HOMEL'a. Są to wszystko efemerydy.

Jakkolwiek często żelazo pomaga w blednicy, to jednakże nie należy identyfikować pojęcia blednicy z pojęciem uleczalności jej zapomocą żelaza. Pamiętać należy, że zdarzają się przypadki, gdzie pomimo konsekwentnego stosowania żelaza, blednica wcale się nie zmniejsza, albo też takie, gdzie ilość krążków dochodzi do normy, a zato ilość hemoglobiny często daleka jest od owej idealnej cyfry, właściwej osobnikom zdrowym. W tych ostatnich przypadkach badanie krwi wykazuje ilość hemoglobiny 70—80% w stosunku do normy, pomimo, że chore dość dobrze się czują (GRAEBER, DOWD). Okoliczność ta wskazuje z jednej strony, iż żelazo nie zawsze i nie zupełnie jest w stanie usunąć niedokrwistość przy blednicy, z drugiej zaś naprowadza na myśl, iż objaw ten, a prawdopodobnie cierpienie samo, zależy często od przyczyn głębszych, nie dających się usunąć tak łatwo i nie polega wyłącznie na pierwotnym braku żelaza w krwi. Pogląd ten stał się powodem, iż niektórzy jednocześnie z podawaniem żelaza zwracali także uwagę i na inne objawy i warunki powstawania blednicy, niektórzy zaś zwrócili się do innych metod leczniczych, mających skuteczniej działać, niż żelazo, przyczem za punkt wyjścia służyła im albo niedokrwistość sama, albo też jedna z teorii powstawania blednicy, ewentualnie jeden lub kilka objawów, teorię tę popierających.

Ponieważ blednica częściej i łatwiej się rozwija u dziewcząt wątłych, dziedzicznie obarczonych, żyjących w warunkach niehigienicznych, przeciążonych pracą umysłową lub fizyczną i będących pod wpływem ciężkich wzruszeń moralnych, przeto większość klinicystów radzi, obok stosowania żelaza, szeroko uwzględnić wyliczone powyżej czynniki. Tam więc, gdzie mamy do czynienia z choremi dziedzicznie obarczonymi i wątłymi, zalecamy leczenie wzmacniające i uodparniające. Wogóle zaś chore, szczególnie przeciążone pracą, usuwamy od zajęć obowiązkowych, natomiast zalecamy im przebywać więcej na powietrzu, wysyłamy je w góry, których powietrze, jak doświadczenie uczy, znakomicie wpływa na energię życiową wielu ważnych narządów, szczególnie zaś na poprawę stanu krwi (MIESCHER, FABRE, ROLLET). Leczenie to można połączyć z leczeniem żelazem i w tym celu wysyłamy chore do miejscowości górskich, zawierających źródła żelaziste. Z miejscowości takich polecenia godne są: Krynica, Cudowa i Reinerz na Szlązku, Elster w Saksonii, Franzensbad w Czechach, St. Moritz w Graubünden, Pyrmont w Westfalii, Schwalbach w ks. Nassauskiem, Spaa w Belgii i wiele innych. Zawartość żelaza w źródłach tych jest wprawdzie niezbyt wielka, sędzić jednak należy, iż wskutek poprawy stanu ogólnego, a szczególnie łaknienia, pod wpływem powietrza, dawki takie, choć małe, daleko lepiej są wchłaniane, niż duże stosunkowo dawki przetworów farmaceutycznych.

Mniej daleko stosownym jest pobyt nad morzem, który, jak doświadczenie pokazało, nie zawsze chorym na blednicę służy (EICHHORST). Przyczyna tego leży prawdopodobnie w niskiej często ciepłocie powietrza i wody, na którą tak wrażliwe są nasze chore. Dlatego też stosowniej byłoby wysyłać je do mórz południowych, mających wodę nie tak chłodną i powietrze nie tak ostre, jak północne.

Bardzo stosownym i, zdaniem wszystkich prawie klinicystów, wielce pomocnym środkiem przy blednicy są nacierania wieczorne ciała zimną wodą; ROSENBACH i MURRI nawet wprost uważają hydroterapię ostrożną za środek, mogący sam przez się usunąć blednicę. STRUEMPELL zaleca kąpiel ciepłą lub solankową (5—6 funtów soli na kąpiel o 26—27° R., 2—3 razy na tydzień przez 15—20 minut).

Chore w początku leczenia powinny unikać wogóle zmian ciepłoty. Niekiedy na stan chorych znakomicie wpływa kilkodniowo leżenie w łóżku, albo też dłuższe przebywanie w niem rano (MURRI).

Umiarkowany ruch na powietrzu również pomyślnie wpływa na stan chorych; należy tu jednak być bardzo ostrożnym i zalecać spacerować dopiero w późniejszych okresach leczenia, gdyż chore bardzo łatwo się męczą, a po większym nieco wysiłku występują u nich wyraźne oznaki rozpadu krążków.

Uregulowanie diety gra ważną rolę przy blednicy. Pokarmy powinny być pożywne, łatwo strawne i niejednostajne. W przypadkach ciężkich należy z po-

czątku podawać je w małej ilości, w krótkich odstępach czasu (co 2 godziny), w postaci płynnej i pożywnej, i stopniowo dopiero przechodzić do pokarmów stałych i obfitujących. Zresztą w tym względzie należy się zawsze liczyć ze zdolnością czynnościową żołądka chorych.

Wyłączna dyeta mleczna zawsze szkodzi (HOFFMANN), zresztą wszelka jednostronność w dyecie, zakazywanie niektórych potraw oraz napojów, nieraz ulubionych, nie prowadzi do celu i pozbawione jest podstawy. Co najwyżej można ograniczyć użycie napojów wysokokowych (STRUEMPPELL), szczególnie zaś wina, które chore źle znoszą, a pozwolić na niektóre gatunki piwa, obfitujące w pierwiastki wyciągowe (porter). Co się tyczy t. zw. *picae*, to pociągowi temu chorych do pokarmów słonych i kwaśnych nie należy zdaniem HOFFMANN'a stawiać na przeszkodzie, a nawet należy pokarmy te zalecać, jako pobudzające łaknienie.

W przypadkach bardzo ciężkich, połączonych z wychudnieniem i znacznym osłabieniem oraz przewagą objawów nerwowych (histerya, neurastenia), świetne wyniki opisują po zastosowaniu leczenia WEIR-MITCHELL'a (DUNIN).

Ze środków farmaceutycznych, mających zastąpić żelazo, na uwagę zasługuje wyłącznie arsenik. Środek ten ma skutecznie wpływać na niektóre przypadki blednicy, nie ustępujące pod wpływem żelaza. Można go także stosować podskórnice, albo też w połączeniu z żelazem w postaci wód mineralnych (*Levico, Roncegno*). STOCKMAN jednak na zasadzie badań swoich twierdzi, że arsenik nie tylko nie wpływa pomysłnie na blednicę typową, ale przeciwnie, działa niekiedy szkodliwie. Nawet w połączeniu z żelazem nie usuwa tak szybko blednicy, jak samo żelazo.

SCHULZ, wychodząc z zasady, iż nierozdzielna część białka stanowi siarka, w której obecności spalanie się białka i przemiana materii w komórce dokładniej się odbywa, co znów wpływa na spotęgowanie czynności życiowej narządów, twierdzi, że mało dawki siarki powinny pomagać przy blednicy i twierdzenie to popiera przykładami, na zasadzie których usiłuje dowieść, iż w czystych przypadkach blednicy, gdzie przedtem bezskutecznie stosowano żelazo, ogólny stan chorych pod wpływem siarki znacznie się poprawia, tak, że po pewnym czasie można już podawać im żelazo, które wtedy znakomicie działa. Środek ten jednak szerszego zastosowania nie znalazł; niektórzy nawet (EICHHORST, HOFFMANN) wprost odmawiają mu skuteczności, inni zaś (NOTHNAGEL) uważają siarkę o tyle skuteczną przy blednicy, o ile oczyszcza przewód pokarmowy i oswobadza go od fermentacji.

ZANDER, przypuszczając, że blednica zależy od niedostatecznego wchłaniania żelaza pokarmów wskutek nieprawidłowej fermentacji w żołądku i kiszkiach, zależnej od braku HCl w żołądku, podawał chorym kwas ten i widział po nim polepszenie wyraźniejsze i trwalsze, niż po żelazie. Środek ten, którego racjonalność zdawała się popierać także teoria blednicy BUNGE'go, znalazł w ostatnich czasach rzecznika swego w osobach MORDHORST'a i EDLEFSEN'a, którzy zalecają HCl u chorych na blednicę z objawami niestrawności, bez względu na zachowywanie się u nich HCl, którego określanie w każdym przypadku uważają nawet za zbędne. Zresztą, dając HCl przed jedzeniem, zalecają prócz tego po jedzeniu brać żelazo, które chore wtedy lepiej znoszą.

Przy rozbiórce objawów żołądkowych zwróciliśmy uwagę na to, iż brak HCl bardzo rzadko zdarza się w blednicy; już z tego więc względu środek ten nie wzbudza zaufania; zresztą i doświadczenie kliniczne innych autorów (W. HALE WHITE) dowiodło, że środek ten wcale nie wpływa pomysłnie na przebieg blednicy, a nawet nieraz szkodzić może.

W podobnym mniej więcej kierunku zwrócił uwagę swoją cały szereg badaczy, uważających blednicę za samozakażenie pochodzenia kiszkiwego (CLARK, NOTHNAGEL, FORCHHEIMER). Zalecają oni odkażanie przewodu pokarmowego (salol, benzonaphtol, *purgantia*) samo, albo też jednocześnie z żelazem. Wobec bezpodstawności tej teorii, sądzę, że nad metodą tą zastanawiać się nie mamy potrzeby, tembardziej, że nie posiadamy dotychczas właściwie niewątpliwego środka, mogącego odkażać przewód pokarmowy.

Na szczególną natomiast uwagę zasługuje metoda następująca, już przez starych stosowana lekarzy, a obecnie przez SCHOLZ'a, a właściwie DYES'a wskrzeszona. SCHOLZ przekonał się na obfitym materiale, iż umiarkowany upust krwi znakomicie wpływa na stan chorych; poprawę tę podtrzymują jeszcze kąpiele parowe, które powtórny upust krwi czynią zbytecznym. S. objaśnia działanie tych zabiegów w ten sposób, że upust krwi i poty uwalniają wązkie naczynia chorych od nadmiaru

wodnistej krwi. Upust krwi chwali także WILHELMI, SCHUBERT, RUBINSTEIN i wielu innych, którzy bardzo często je stosowali. v. NOORDEN również pochlebnie o nich się wyraża.

Aczkolwiek objaśnienie sposobu działania tej metody nie jest dla nas zupełnie wystarczające, to jednakże z innych względów teoretycznych jest ona zupełnie usprawiedliwiona i zasługuje na uwagę. Wiadomo (HOFFMANN, ROLLET), iż upust krwi jest znakomitym środkiem, pobudzającym narządy krwiotwórcze do wzmoczonej czynności, do wyprowadzenia ich ze stanu uśpienia w stan podrażnienia, wynikiem którego jest znaczny przyływ młodych pierwocin do krwi, pierwocin bardziej obfitujących w hemoglobinę i trwalszych od krążków błonnicowych. Przy błednicy mamy właśnie do czynienia z osłabieniem, z uśpieniem czynności tych narządów, toteż upust krwi, wyprowadzając je z tego stanu, przyczynia się do wzbogacenia krwi w krążki i hemoglobinę. Być zresztą może, iż obok powyższego skutku ma tu także znaczenie usunięcie z krwi pewnych wytworów trujących. W jakikolwiek zresztą sposób upusty krwi działają przy błednicy, są one często nieocenionym środkiem przy tej chorobie i z tego względu stanowi metoda ta cenny nabytek.

Szczegóły metody są w krótkości następujące. Chora podczas upustu krwi powinna pozostawać w łóżku, którego ciepłota sprzyja i tak zwykle występującym po upuszczeniu potom. Natychmiast po tej czynności należy zalecić kąpiel parową. Chorzy po tym podwójnym zabiegu czują się bardzo dobrze, nabierają łaknienia i śpią dobrze. Ilość wypuszczonej krwi nie powinna przewyższać 1,0 na $\frac{1}{2}$ kilogr. wagi chorej, najwyżej może wynosić 100,0. Zwykle wystarcza już wypuszczenie mniejszej ilości krwi. Jeden taki upust w połączeniu z parówkami wystarcza do usunięcia błednicy.

Co się tyczy leczenia oddzielnych objawów błednicy, to znikają one zwykle jednocześnie z niedokrwistością. Niektóre tylko objawy, bardziej przykroj natury, wymagają niekiedy oddzielnego postępowania. Mówię tu o zaparciu stolca, który należy usuwać zapomocą lekkich środków przeczyszczających; zwykle podają je w połączeniu z żelazem, jako *pilulae aloëticae ferratae*. Mają one, zdaniem niektórych, działanie namiesiaczkowe, co właściwie przy błednicy jest zupełnie zbędnym.

Krwotoki maciczne należy leczyć według zasad ginekologii tylko wtedy, gdy są zbyt obfite. Zwykle zaś i one znikają jednocześnie z niedokrwistością.

Przy nadkwaśności soku żołądkowego należy podawać *alcalia* (OSWALD) w małych dawkach i dietę białkową. W razie uporeczywego braku łaknienia, najlepiej zdaniem HOFFMANN'a zalecić rano naczeczko szklaneczkę wody karlsbadzkiej; środek ten wypelnia także poprzednio wymienione wskazanie.

Zamążpójście jest przeciwwskazano przy błednicy, gdyż wszystkie objawy podczas ciąży i karmienia znacznie się pogarszają. Błędny jest pogląd, iż zamążpójście leczy błednicę.

Najlepiej jest leczenie prowadzić pod ciągłą kontrolą stanu krwi, który, o ile nie jest rozstrzygający przy rozpoznaniu, o tyle stanowi bezwzględnie ścisłe kryterium wyleczalności choroby. Pominiecie tej ostrożności jest przyczyną tak częstych nawrotów choroby, które po większej części są obostreniem niezupełnie wyleczonej błednicy. Na fakt ten szczególnie kładą nacisk wszyscy autorowie, dla których oznaką wyleczenia nie jest poprawa podmiotowego stanu chorych, lecz brak przedmiotowych objawów choroby, z których niedokrwistość jest najwydatniejszym. Pierwsze kryterium, jak wykazało doświadczenie, jest często zwodnicze.

L I T E R A T U R A.

H. IMMERMANN. Chlorose. Ziemssen's Handbuch.—H. EICHHORST. Chlorosis. Real Encycl. Eulenburga. Bd. IV.—JÜRGENSEN. Lehrbuch etc. 1886.—LEUBE. Spec. Diagn. d. inn. Krankh. Bd. II. 1893.—F. A. HOFFMANN. Lehrbuch der Constitutionskrankheiten. 1893, oraz Vorlesungen über allg. Therapie. 1892.—F. NIEMEYER. Lehrbuch d. spec. Path. u. Therapie. Bd. II.—C. LIEBERMEISTER. Vorlesungen über die Allgemeinkrankheiten. 1887.—A. STRÜPPELL. Lehrb. d. spec. Path. u. Therapie. Bd. II. 1894.—JAGGOD. Leçons de clinique médicale. 1885.—G. HAYEM. Du sang etc. 1889.—Ch. LUZET. La chlorose.—GILBERT. Traité de Médec. T. II.—v. NOORDEN. Lehrbuch der Path. des Stoffwechsels 1893.—L. KREHL. Grundriss d. allg. klin. Path. 1893.—Trousseau. Clin. méd. 1887. T. III.—GRÄBER. Therap. Monatsh. 1887.—ROSENBACH. Die Entstehung der Bleichsucht,

Leipzig. 1893.—v. NOORDEN. Berl. kl. Woch. 1894.—v. JAKSCH. Zeitsch. f. kl. Med. Bd. XIII. 1888.—de RENZI. Virch. Arch. Bd. 102. 1885.—v. JAKSCH. Klinische Diagnostik. 1889.—v. LIMBECK. Grundriss etc. 1892.—TENZE. Prag. med. Woch. 1891.—REINERT. Die Zählung etc. 1891.—STINTZING i GUMPRECHT. Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. 53. 1894.—HAMMERSCHLAG. Zeitschr. f. kl. Med. Bd. XXI. 1892.—TENZE. Wien. med. Presse. 1894.—NEUDORFER. Tamže.—GRAWITZ. Virch. Arch. Bd. 76. 1879.—EHRlich. Charité Annalen. 1878. Bd. V.—BIERNACKI. Gaz. Lek. 1893.—RIEDER. Münch. med. Woch. 1893.—Th. RETHERS. Diss. Berl. 1891.—BUNGE. Chemia fizyolog. 1889.—JOHNSON i BEHM. Zeitschr. f. kl. Med. Bd. 22.—R. MORIEZ. Thèse de Paris. 1880.—OSSWALD. Münch. med. Woch. 1894.—SCHÜLE. Tamže.—SCHÄTZEL. Diss. Würzburg. 1891.—GRÜNE. Diss. Giessen. 1890.—RIEGEL. Zeitschr. f. kl. Med. Bd. XII. 1887.—LEVA. Ref. w Intern. kl. Rundschau. 1894. № 34.—CANTU. Sprawozd. ze zjazdu lekarzy w Rzymie.—MEINERT. Wiesbaden. 1894.—PICK. Wien. kl. Woch. 1891.—NEUSSER. Wien. med. Woch. 1890.—P. GALLOT. Thèse de Paris. 1894.—ROSENHEIM. Berl. kl. Woch. 1890.—WALLERSTEIN. Diss. Bonn. 1890.—PROBY. Thèse de Paris. 1889.—LAACHE. Die Anaemie. 1883.—J. K. CROOK. Amer. Journ. Febr. 1893.—H. SAHLI. Lehrbuch etc. 1894.—CHVOSTEK. Wien. kl. Woch. 1893.—RUMMO i DORI. Zjazd rzymski.—CLÉMENT. Lyon méd. 1894.—LAACHE. Deut. med. Woch. 1893.—BOURDILLON. Thèse de Montpellier. 1892.—R. MEYER. Diss. Bonn. 1892.—BOHLAND. Berl. kl. Woch. 1893.—HOPPE SEYLER. Virch. Arch. 1891.—KRAUS. Zeitsch. f. kl. Med. 1893.—H. MOLLIERE. Lyon méd. 1884.—PULAWSKI. Gaz. Lek. 1892.—TRAZIT. Thèse de Paris. 1888.—WEIL. Diss. Würzburg. 1889.—SOKOLOWSKI. Odczyt kl. Ser. II.—v. HÖSSLIN. Münch. med. Woch. 1890.—JACOBY. Diss. Berl. 1887.—BUZDYGAN i GŁUZIŃSKI. Przegl. Lek. 1891.—DUNIN. Now. Lek. 1892 i Gaz. Lek. 1894.—LIPMAN-WULF. Noorden's Beiträge. 1892. H. I.—BOUCHARD. Leçons etc. 1887.—NOTHNAGEL. Wien. med. Pres. 1891.—ZANDER. Virch. Arch. 1881.—JONES LLOYD. Brit. med. Journ. 1893.—A. MURRI. Intern. kl. Rundschau. 1894.—BUNGE. Zeitsch. f. phys. Chemie. Bd. XIII. 1889 i Bd. XVI. 1892.—KOBERT. Arbeiten etc. Dorpat. 1891. H. VII. oraz Deut. med. Woch. 1894.—GOTTLIEB. Zeitschr. f. phys. Chemie. Bd. XV. 1891.—KUNKEL. Pflüger's Arch. Bd. L. 1891.—BINZ. Arzneimittellehre. 1894.—PENTZOLD. Podręcznik farm. kl. 1891.—MORDHORST. Diss. Kiel. 1893.—LAUDER T. BRUNTON. Handbuch. d. allg. Pharmak. etc. 1893.—STOCKMAN. Brit. Journ. 1893.—MÖRNER. Zeitschr. f. phys. Chemie. 1873. Bd. 18.—GRÜNFELD. Deut. med. Woch. 1893.—W. HALE WHITE. Ref. w Cent. f. kl. Med. 1893.—LAACHE. Wien. med. Woch. 1891.—SCHMIEDEBERG. Centr. f. kl. Med. 1893.—JACQUET i KÜNDIG. Correspondenzbl. f. schw. Aerzte. 1894.—A. KÜNDIG. Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. 53. 1894.—DAHMEN. Deut. med. Woch. 1894.—F. MIESCHER. Corr. f. schw. Aerzte. 1893.—J. WEISS. Wien. med. Pres. 1894.—v. ZIEMSEN. Münch. med. Woch. 1894.—ROLLET. Wien. kl. Woch. 1894.—SCHULZ i STRÜBING. Deut. med. Woch. 1887.—SCHULZ. Berl. kl. Wochen. 1892.—WILHELMI. Bleichsucht und Aderlass. 1890.—SCHUBERT. Wien. med. Woch. 1891.—SCHOLZ. Die Behandl. d. Bleichsucht. 1890.—RUBINSTEIN. Wien. med. Presse. 1894.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

19. Fr. PINELES. **Przyczynk do obrazu chorobowego pochodzenia opuszkowego typu Erb-Goldflama.** Autor opisuje bardzo szczegółowo cztery przypadki porażenia opuszkowego, odpowiadającego powyżej wspomnianemu typowi.

Przypadek pierwszy dotyczył 27-letniej kobiety, dotąd zupełnie zdrowej, u której nagle powstało znaczne osłabienie w kończynach górnych i dolnych, a po upływie 3-ch miesięcy nastąpiło opadnięcie obydwóch powiek, trudność w polykaniu i mowie. Objawy te występowały to z większem, to z mniejszem nasileniem nieraz w ciągu jednego dnia, a nieraz w ciągu dłuższego okresu czasu. W ciągu pół roku była znaczna poprawa, poczem znów pogorszenie. Śmierć nastąpiła nagle przy objawach duszności.

W przypadku drugim chora lat 22, w 2 lata po przebytej ciężkiej grypie zauważała trudność w wymawianiu niektórych liter, potem zaś wogóle w wymawianiu całych wyrazów. Następnie zauważała trudność w polykaniu, pokarmy zaczęły przez nos powracać. Dopiero po wystąpieniu objawów tych nastąpiło osłabienie w kończynach, które miało miejsce najczęściej dopiero pod wieczór. Chora po dłuższej poprawie w swem zdrowiu zmarła również nagle.

W przypadku trzecim chora 27-letnia, w 9-ym roku życia cierpiała na gardło, poczem wystąpiły objawy porażenia ze strony mięśni oczów i gardzieli. U chorej tej wystąpiło najsampierw widzenie podwójne, opadnięcie powieki z prawe

strony, a po upływie roku trudność w wymawianiu wyrazów, trudność w połykaniu, poczem dopiero osłabienie w kończynach; obecnie objawy cokołwiek ustąpiły, chora ma się lepiej.

W przypadku czwartym chory 42 letni w roku 1887 przechodził dur brzuszny, po którym w ciągu 6-u tygodni odczuwał znaczne osłabienie w kończynach i trudność w połykaniu pokarmów. W roku 1890 podobne objawy trwały w ciągu 4-ch tygodni, w roku 1892 trzeci napad objawów, a od kwietnia 1894 znów znaczna poprawa.

Otóż P. jest zdania, że cztery przezeń opisane przypadki odpowiadają w zupełności cierpieniu pochodzenia opuszkowego typu **ERB-GOLDFLAM**A.

W roku 1879 **ERB** opisał przypadki cierpienia pochodzenia opuszkowego, przy którym głównymi objawami były: opuszczenie powiek, trudność w połykaniu i osłabienie w kończynach. Po upływie pewnego czasu zjawily się pojedyncze opisy przypadków z objawami porażenia opuszkowego, przez **SENATOR**'a, **OPPENHEIM**'a i innych, w których przy badaniu zwłok nie znaleziono zmian żadnych. W ostatnich czasach **GOLDFLAM** ¹⁾ na zasadzie własnych swoich spostrzeżeń oraz danych z literatury, wyodrębnił postać chorobową, różniącą się tak co do objawów, jak i co do rokowania, leczenia i t. p. od zwykłego porażenia opuszkowego **DUCHENNE**'a, a do której powyżej wspomniane przypadki należą. Od porażenia opuszkowego **DUCHENNE**'a cierpienie to różni się między innymi brakiem zmian chorobowych anatomicznych w opuszcze przy badaniu zwłok.

Co się tyczy etyologii tego cierpienia, to po większej części jest ona ciemna. Wobec tego, że znane są w literaturze przypadki, gdzie podobne cierpienie rozwijało się po durze brzuszny, autor przypuszcza, że w przypadku 2-im grypa, a w przypadku 4-yim dur brzuszny mogły również cierpienie to spowodować.

(*Jahrbücher f. Psych. t. XIII, z. 2 i 3. 1894*).

S. M.

20. **SAHLI**. O przypadkach szmerach rozkurczowych w sercu. Wiadomo, iż obok szmerów śródsercowych, zależnych od zmian anatomicznych na zastawkach, zdarzają się dość często szmery natury nieorganicznej przy zastawkach całkowicie prawidłowych. Są to t. zw. szmery anemiczne albo przypadkowe, spotykane w blednicy, niedokrwistości, w żółtacze, a także w chorobach gorączkowych. W pojęciu jednak o szmerach nieorganicznych istnieje pewien chaos. Prof. **SAHLI** wprowadza podział szmerów nieorganicznych na dwie kategorie: 1) szmery nieorganiczne — czynnościowe, zależne od nieprawidłowego mechanizmu zastawkowego przy prawidłowych pod względem anatomicznym zastawkach; tutaj odnieść należy szmery przy względnej niedomykalności zastawek, — i 2) szmery nieorganiczne — przypadkowe bez jakichkolwiek zaburzeń w mechanizmie zastawkowym. Podział taki jest ważny nie tylko ze względów teoretycznych, lecz i praktycznych — leczniczych.

Pomimo różnic w poglądach na określenie szmerów nieorganicznych, istniała dotąd prawie zupełna zgoda, że szmery te bywają tylko skurczowe. Mówimy tu o szmerach przypadkowych, bo jeszcze możliwość szmerów czynnościowych rozkurczowych uznawano. Natomiast wszyscy niemal wybitniejsi klinicyści uważają istnienie szmerów przypadkowych rozkurczowych za bardzo wątpliwe. Tymczasem w ostatnich czasach zjawiają się głosy przeciwne wobec faktu istnienia szmerów takich. Wprawdzie w kilku przypadkach szmery te były pochodzenia pozasercowego: w przypadku **SAHLI**'ego z 1885 r. szmer rozkurczowy był przeniesiony z buczenia (*bruit de diable*) naczyń szyjowych; w przypadkach **LITTEN**'a — z żyły głównej i żyły wrotnej. Obok tego jednak są fakty, stwierdzające istnienie przypadkowych szmerów rozkurczowych pochodzenia śródsercowego.

Dwa nowe przypadki podobne przedstawia S. w ostatniej swej pracy. Obydwa przypadki (niedokrwistość złośliwa) co do przebiegu były prawie jednakowe: chore przybyły do szpitala z niedokrwistością w wysokim stopniu, z 12% i 20% hemoglobiny, 720,000 czerwonych ciałek, ze szmerem skurczowym u wierzchołka, nieznacznym rozszerzeniem lewego serca i wzmocnionym drugim tonem w tętnicy płucnej. Po 10-u dniach stan znacznie się pogorszył: objawy niedokrwistości znacznie się wzmo-

¹⁾ S. **GOLDFLAM**. O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn. „Medycyna“, 1893 r. № № 16, 17, 18, 19, 20 i 21.

gły, ilość hemoglobiny spadła poniżej 10%, a nadto u wierzchołka zjawiał się wyraźny szmer rozkurczowy. Po dwóch dniach istnienia owego szmeru chore zmarły, a badanie pośmiertne wykazało: objawy wysokiej niedokrwistości, nieznaczne rozszerzenie komory lewej, stłuszczenie mięśnia sercowego, w pierwszym przypadku nadto ogólne obrzęki, powiększenie śledziony i wątroby — a nadewszystko w obu przypadkach narząd zastawkowy zupełnie prawidłowy.

Zastanawiającem jest tu wystąpienie szmerów rozkurczowych obok skurczowego, który części był przypadkowym, części zaś następstwem względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, zależnej od niedokrwistości. Jak świadczą o tem: wysoki stopień niedokrwistości, wywiady, ta okoliczność, iż szmery te zjawily się na dwa dni przed śmiercią, wreszcie badanie pośmiertne, — szmery rozkurczowe były natury nieorganicznej. Dotychczas znane przypadki czynnościowych szmerów rozkurczowych zależały od niedomykalności względnej zastawek aorty i tętnicy płucnej w zależności od bardzo wysokiego ciśnienia krwi i następczego rozszerzenia ujść tych naczyń. W przypadkach powyższych nic podobnego nie było. Wobec tego prof. S. uznaje szmer rozkurczowy w danym razie jako nieorganiczny przypadkowy.

Jak jednak objaśnić sobie fizyczne pochodzenie podobnych szmerów? Bez wątpienia powstają one w tenże sposób, jak i szmery organiczne, i są zależne: 1) od wzmożonej chyżości krwi albo 2) od rozrzedzenia krwi. Czynniki te wywołują szmery przypadkowe skurczowe częściej, niż rozkurczowe, ponieważ chyżość prądu krwi jest większa w czasie skurczu, niż rozkurczu. Nadto wywierają tu zapewne wpływ: odmienny układ i szerokość otworów sercowych w czasie skurczu i rozkurczu. Ponieważ jednak w obu przypadkach, przy wciąż słabnącem tętnie, trudno mówić o wzmożonej chyżości krwi, przeto S. z pośród dwóch powyższych momentów, wywołujących szmery, wybiera drugi t. j. rozrzedzenie krwi i to ostatnie właśnie przyjmuje jako przyczynę szmerów rozkurczowych w obu przypadkach.

Z pracy prof. S. wynika ważny, zdaje się, fakt, iż w ocenianiu szmerów rozkurczowych, jako objawów rozpoznawczych, należy zachowywać ostrożność i nie zaliczać ich zawsze (jak to dotąd bywało) do kategorii organicznych.

(*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 1895 r. N-r 2*).

W. M.

21. PEŠINA i HONL. **Przyczynek do nauki o zakażeniu mieszanem.** Autorowie, idąc za prof. HLAVĄ, ściśle odróżniają zakażenie mieszane od zakażenia wtórnego, następczego. To ostatnie spostrzegamy w chorobach zakaźnych wysypkowych. Polega ono na tem, że do czynnika pierwotnego przyłącza się inny, nowy drobnoustrój, najczęściej z rzędu koków, np. paciorkowiec ropotwórczy, który nie wywołuje zmian pierwotnych. Wtórne to zakażenie nazywamy septycznem, a występuje ono bądź w postaci ostrego krwotocznego zakażenia gnilnego, bądź — zwykłego zakażenia gnilno-ropnicowego. Jest to więc nowa, samodzielna sprawa chorobowa.

Zakażeniem wspólnem czyli mieszanem nazywać należy sprawę, gdzie:

1) dwa, jakościowo różne drobnoustroje, bez względu na ich samodzielną jadowitość i chorobotwórczość, dostawszy się w jednym czasie do ustroju, wspólnem swem działaniem wywołują pewną sprawę chorobową. Przez wzajemne ich wspieranie się przebieg, natężenie i rokowanie choroby różnią się od przebiegu, natężenia i rokowania chorób, pochodzących od zakażenia pojedynczego. Działanie drobnoustrojów jest wybitniejsze, zatrucie silniejsze, aniżeli przy zakażeniu pojedynczem;

2) zakażenie mieszane niekoniecznie musi powstawać przez wtargnięcie dwóch lub więcej drobnoustrojów w jednym czasie. Może istnieć sprawa chorobowa, wywołana przez jeden drobnoustrój, do tej zaś przypadkiem dołącza się zakażenie drugim drobnoustrojem, — jak je autor nazywa — wtórne wrzekome —, i następnie, przez współdziałanie obydwóch czynników chorobotwórczych sprawa pierwotna postępuje w sposób znacznie szybszy i gwałtowniejszy.

Autorowie podają dwa ciekawe i rzadkie przypadki zapalenia opon miękkich, powstałego z zakażenia mieszanego.

W jednym — ropne zapalenie opon rozwinęło się z ropnego zapalenia ucha średniego. W ropie, wziętej z opon i z jamy bębnekowej podczas badania pośmiertnego, znaleziono lasecznika błękitnej ropy (*b. pyocyaneus*) i diplokokka FRIEDLAENDER'a. Tego ostatniego, jako samodzielną przyczynę zapalenia opon mózgo-

wych, spotykano rzadko; *b. pyocyaneus* był znaleziony tylko przez KOSSEL'a przy *leptomeningitis*, powstałej z zapalenia ropnego jamy HIGHMOR'a.

W danym przypadku wspólne, nadzwyczaj rzadkie, a może i po raz pierwszy dopiero zauważone działanie obu laseczników może tłumaczyć nader gwałtowny przebieg choroby.

W drugim przypadku rozpoznanie wahało się z początku między durem brzuszynym i zapaleniem opon mózgowych, które nareszcie rozpoznane zostało, gdy wystąpiło opadnięcie powieki górnej. Wobec gwałtownego przebiegu przypuszczano gruźlicze pochodzenie sprawy, chociaż w płucach zmian nie znaleziono. Nagle wystąpiły drgawki kloniczne mięśni kończyn i twarzy, następnie zeszywnienie mięśni szyi i kończyn, wzmożenie częstości tętna i oddechu, głęboka nieprzytomność; w płucach — objawy zapalenia płatowego. Po pewnym czasie objawy mózgowie ustąpiły, lecz sprawa w płucach zabiła chorego. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono: gruźlicę wierzchołków, zapalenie płuc włóknikowe, zapalenie opon mózgowych gruźlicze na podstawie mózgu z niewielkim wysiękiem ropnym, na górnej zaś powierzchni mózgu większą ilość ropy i brak gruzełków. Badanie drobnowidzowe i bakteryologiczne wykazało zakażenie mieszane lasecznikiem gruźliczym i pneumokokiem FRAENKEL'a. Ropa, wzięta z podstawy mózgu, zawierała większą ilość pierwszego wobec mniejszej ilości drugiego; w ropie, wziętej z powierzchni górnej mózgu, rzecz się miała odwrotnie.

W danym przypadku przewlekła sprawa gruźlicza została zaostrzona, ze zgubą ustroju, przez wtargnięcie nowego zarazka (?). Za jego przyczyną powstały drgawki, zeszywnienie mięśni i złośliwy przebieg sprawy. Porażenie opon wystąpiło jednocześnie z porażeniem płuc.

Omawiając sprawę dróg, któremi zarazki wnikają do ustroju, wskazują autorowie możliwość przeniesienia się lasecznika gruźliczego na błony mózgowie z zatok twarzowych. „W każdym razie, powiadają oni, rzadkość gruźliczego porażenia błony śluzowej jam nosowych¹⁾ i twarzowych przy gruźlicy ogólnej i gruźlicy kości skalistej pozwala przypuszczać, że ten sposób przedostania się lasecznika gruźliczego na błony mózgowie zaliczyć należy do wyjątkowych; jednakże w żadnym przypadku zapalenia opon mózgowych nie powinno się zaniedbywać zbadania jamy nosa i ucha“.

(Časopis lékařů českých. № 43 i 44 r. 1894).

S. Kossobudzki.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. styczeń r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca i roku chorych 20 (m. 10, k. 10); przybyło w styczniu 44 (m. 25, k. 19); wypisało się 31 (m. 15, k. 16); zmarło 4 (mężczyzn); pozostało na następny miesiąc chorych 29 (m. 16, k. 13).

Ogólna ilość chorych była takąż sama, jak w miesiącu poprzednim, a w porównaniu ze styczniem roku zeszłego znacznie mniejsza. Wogóle zmniejszenie się chorób zakaźnych w naszym mieście datuje się już od czasu wygaśnięcia cholery azyatyckiej. Odnosi się to głównie do ospy i tyfusu wysypkowego, które od tego czasu i u nas należą już do rzadkości. Gdy w styczniu r. z. mieliśmy 28 przypadków ospy, to w miesiącu sprawozdawczym zaledwie 2, a właściwie tylko 1 z ulic Marszałkowskiej N. 132, drugi bowiem pochodził ze wsi Marki i zakończył się, jako niezszeplony, śmiertelnie. Najliczniejszą rubrykę w miesiącu ubiegłym stanowiła róża, której mieliśmy 10 przypadków (m. 4, k. 6) z ulic: Żórawia 24, Piwna 13, Niska 54, Grzybowska 15, Karłowicka 4, Ogrodowa 55, Szpital Dz. Jezus i kilka z okolic. Wszystkie zakończyły się pomyślnie.

W jednej mierze z ubiegłym miesiącem trzymała się o d r a, której mieliśmy 5 przypadków u dorosłych, zakończonych pomyślnie, z ulic: Łucka 9 i 20, Leszno 8, Żytia 38, S-to Krzyzka 4.

¹⁾ Autorowie mylnie sądzą, twierdząc, że rzadką jest sprawa gruźlicza w jamie nosowej. W pracy d-ra DMOCHOWSKIEGO „O wtórnych cierpieniach jamy noso-gardzielowej u suchotników“, pomieszczonej w „Przyczynkach do anatomii patologicznej i medycyny klinicznej“, wydanych na cześć prof. BRODOWSKIEGO, znajdujemy, że z liczby 64 trupów suchotników, gruźlica jamy noso-gardzielowej makroskopowo określić się dała u 21. Z 8 zmarłych na gruźlicę prosówkową ostrą, u 6-ju istniała gruźlica jamy nosogardzielowej i to nie świeża, lecz stare, głębokie, obszerne wrzody, co pozwala przypuszczać, że jama nosogardzielowa może być nawet pierwotnym siedliskiem gruźlicy. (Przyp. refer.).

Częściej występowała płonica, której mieliśmy 4 przypadki u dorosłych, zakończone pomyślnie, z ulic: Chłodna 59, Leszno 33, Solna 7 i Nowy Świat 27.

Co się tyczy tyfusów, to i wysypkowego i brzuszego mieliśmy po 3 przypadki, wszystkie z zejściem pomyślnem. Z 3 przypadków tyfusu wysypkowego, dwa pochodzą nie z Warszawy (z Kijowa i ze wsi Odolany), trzeci zaś z ulicy Dzikiej 73. Przypadki tyfusu brzuszego pochodziły z ulic: Wielka 54, Solna 16 oraz ze wsi Elżbietów.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 2 przypadki błonicy gardła z przebiegiem bardzo ciężkim, jeden z nich zakończył się niepomyślnie; następnie 2 przypadki *anginae follicularis*, oraz po jednym przypadku biegunki krwawej i zapalenia gruczołu przyusznego (*mumps*).

Na szczególną uwagę zasługują 3 przypadki zapalenia płuc włóknikowego, przeżawnie z przebiegiem bardzo ciężkim, z których jeden zakończył się śmiertelnie. Przypadek ten zarówno przebiegiem swoim, jak i obrazem pośmiertnym płuc, pozwala napewno prawie wnioskować, iż mieliśmy do czynienia z zapaleniem płuc grypowym, które tym sposobem stwierdziłoby istnienie w Warszawie zarazka influenzy.

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== MONTI zestawil liczby, które w sposób dość wymowny świadczą o skuteczności surowicy przeciwbłonicowej, a mianowicie: 1) od 5 listopada 1893 r. do 13 stycznia 1894 r. leczono w szpitalach berlińskich bez surowicy 424 przypadki błonicy, z których zmarło 189, co stanowi 44,5% śmiertelności. Od 4 listopada 1894 r. do 12 stycznia 1895 roku w tychże szpitalach leczono surowicą 772 przypadki, z których zmarło 128, co wynosi tylko 16,5% śmiertelności; 2) że leczenie surowicą wpłynęło na zmniejszenie ogólnej odsetki śmiertelności od błonicy w Wiedniu, tego dowodzą liczby następujące: WIEDERHOFER, GNAENDINGER, HEIM, UNTERHOLZNER i MONTI leczyli surowicą 237 przypadków błonicy, z pomiędzy których zmarło 54, czyli 22,8%. Jeżeli powyższe liczby odjąć od ogólnej ilości przypadków błonicy, zameldowanych u fizyka miejskiego, to otrzymamy 655 przypadków błonicy, z których zmarło 224, co wynosi 34,2% śmiertelności. Jeżeli porównać tę liczbę z liczbą przypadków, leczonych surowicą, to okaże się niewątpliwie wpływ surowicy na zmniejszenie odsetki śmiertelności od błonicy; 3) ogólna ilość przypadków błonicy, leczonych surowicą, wynosi 3,888; z tej liczby zmarło 716, czyli 18%. Śmiertelność u oddzielnych autorów przedstawia się w sposób następujący: u 29 niżej 20%, u 10 między 20% a 30%, u 3 między 30% a 40%. Śmiertelność, podana przez trzech ostatnich autorów, objaśnia się niepomyślnymi warunkami, w jakich stosowano surowicę, mianowicie zwięzzeniami krtani, albo zbyt późnem wstrzykiwaniem surowicy; 4) śmiertelność oddzielnych miast i krajów przedstawia się w sposób następujący: Wiedeń 22%, Austria 14%, Węgry 14%, Berlin 17%, Niemcy 14%, Włochy 14%, Francja 13%, Holandya 7%, Anglia 23%. (Wien. klin. Woch. № 7. 1895).

Z. S.

== W szpitalu dla dzieci w Pradze według danych, zebranych przez prof. GANGHOFNER'a, śmiertelność z błonicy w latach od 1887—1893 wynosiła: w r. 1887—60,6, 88 r.—54,6, 89 r.—51,6, 90 r.—48,3, 91 r.—49,2, 92 r.—45,3, 93 r.—43,6 pre. W roku 1894 przed stosowaniem surowicy zmarło na błonicę 43%, a więc prawie tyleż, co i w roku 1893. Surowicę przeciwbłonicową G. stosował w 110 przypadkach bakteriologicznie stwierdzonej błonicy (34 razy surowicę SCHERING'a, 76 Höchst). Z liczby tej zmarło 14=12, 7%. Intubację wykonano 44 razy, w 6 razach, a więc w 13,6% z zejściem śmiertelnem. Z pomiędzy tych 44 dzieci, 17 miało mniej niż 2 lata, z tych zmarło 4=23,3%, gdy tymczasem śmiertelność u dzieci w tym wieku po intubacji w latach 1893 i 1894 wynosiła 72% i 59%. G. zauważył też, że stosowanie surowicy we wczesnych okresach dławca zapobiegało dalszemu rozwojowi sprawy i że objawy zwiężenia ustępowały. Naloty zazwyczaj 2-go dnia odgraniczały się od tkanki otaczającej, a 3-go oddzielały się zupełnie. Z powikłań G. spostrzegał pokrzywkę, *erythema* i nieznaczną gorączkę. Białkomocz nie występował częściej, niż zwykle w błonicy. Wczesne nawet zastosowanie surowicy zapobiegało występowaniu powikłań ze strony nerek. (Prag. med. Woch. № 1—3. 1895).

== PARKIN na zasadzie 6-u własnych przypadków gorączko poleca laminoktomię przy porażeniach, spowodowanych próchnieniem kręgow, przy którym zwykle stosowane wyciąganie i przeciwwyciąganie zawodzi zupełnie. Jeżeli mogą być wydalone wszystkie, gruźlicą zajęte części, wówczas jest nadzieja zupełnego wyzdrowienia; w przeciwnym razie oczekiwać można powrotów choroby. Nawet w daleko posuniętych przypadkach leczenie to polepsza rokowanie. (Brit. med. Journ., Wrzesień, 1894).

— SCHAEFER podaje nadzwyczajnie rzadki i ciekawy przypadek pozostawania laseczników błonicy w gardzieli pewnego zupełnie zdrowego chłopca (ucznia) w przeciągu $7\frac{1}{2}$ miesięcy po przebytej chorobie. Niebacząc na tak długi przeciąg czasu, laseczniki te nie straciły bynajmniej swej zaraźliwości, co było udowodnione zapomocą szczepień na zwierzętach. Bardzo być może, że laseczniki te były nawet przyczyną zarażenia dwóch innych uczniów, którzy mieli bliżką styczność z pierwszym. (Brit. med. Journ. 12. I. 1895 r.).

— GLIŃSKI wykonał szereg doświadczeń z nowym środkiem moczopędnym, używanym przez lud w Wirginii, mianowicie z korzeniem rośliny *Apocynum cannabinum*. U zaby zatrzyknienie wyciągu płynnego wywołuje po 2—15 minutach niepokój, osłabienie kończyn oraz

ustanie czynności serca. U królika następuje śmierć przy objawach zwolnionej działalności serca i drgawkach. Również stosował autor dany środek w postaci wyciągu płynnego u ludzi. Wnioski autora są następujące: 1) *Radix apocyni cannabini* zawiera jad, działający na serce podobnie, jak naparstnica, atoli bez jakiegokolwiek wpływu kumulacyjnego, t. j. zwalnia czynność serca i tętno, które staje się pełniejszym i twardszem. 2) Przy rozszerzeniu serca spostrzega się po dawce 10—15 kropeł wyciągu płynnego (3 razy dziennie) szybkie zmniejszenie się obszaru tępości serca. 3) Ilość dobową moczu podnosi się; duszność, bicie serca i obrzęki znikają. Żadnego działania ubocznego — prócz uczucia silniejszego tętnienia w głowie, nie zauważono. (Wrac. 1894).

Wiadomości bieżące.

— Redakcja pisma „Časopis lékařů českých“ wydała specjalny numer ku uczczeniu zasług profesora Bogumiła EISELT'a na polu pracy szpitalnej, oraz z okazji czterdziestolecia otrzymania przez niego stopnia doktorskiego. Numer ten przyozdobiony został portretem jubilata. Na posiedzeniu nadzwyczajnem, jakie się odbyło dnia 15 b. m. w Towarzystwie Lekarskiem Czeskiem, przemawiał w gorących słowach jeden z najzdolniejszych klinicystów czeskich prof. Józef THOMEYER, przedstawiając zasługi Jubilata zarówno na polu pedagogicznem, jak i naukowem. Wpływ EISELT'a na rozwój nauk lekarskich w Pradze i w Czechach całych był bardzo znaczny. EISELT stworzył w ścisłym znaczeniu szkołę, z której wyszło niemało wydatnych lekarzy czeskich. Po obszernem przemówieniu THOMAYER'a, zabrał głos prof. Józef REINSBERG, podnosząc również zasługi Jubilata, który zasłużył się niemało piśmiennictwu czeskiemu, pracując dla Czasopisu Lekarzy Czeskich w charakterze redaktora czas długi, a który za jego redaktorstwa znakomicie się rozwinął. Do wyrazów uznania, jakie wynurzyli Jubilatom lekarze czescy, dołączamy i my nasze, wraz z życzeniami, aby prof. Bogumił EISELT jeszcze długie lata pracował dla nauki czeskiej.

— W ostatnim (7-ym) N-rze „Przeglądu Lekarskiego“ krakowskiego, prof. RYDYGIER pomieścił art. p. t. O dopuszczeniu kobiet do studyów w lekarskich. Wyborny ten artykuł polecamy tym wszystkim, którzy w powyższej kwestyi z jakichbyś powodów nie byli

w możności wyrobienia sobie własnego poglądu. Rzecz godna ze wszelch miar uważnego odczytania.

— Przygotowania do przyszłego międzynarodowego zjazdu lekarskiego, jaki się ma odbyć w r. 1897-ym w Moskwie, już się rozpoczęły. W skład komitetu organizacyjnego wchodzi wszyscy profesorowie wydziału lekarskiego tamtejszego uniwersytetu, którym przewodniczy kurator okręgu naukowego moskiewskiego hr. KAPNIST. Z komitetu tego wybrano pewną liczbę członków, która stanowić ma komitet wykonawczy, pod kierownictwem dziekana wydziału lekarskiego prof. D-ra KLEINA. Komitet ten rozpoczął już swą działalność.

— Myśl uznania języka francuskiego na zjazdach za międzynarodowy język lekarski, popierana, jak donosi „Przegląd Lekarski“, między innymi gorąco przez prof. MANASSEIN'a w Petersburgu, znalazła teraz gorliwego obrońcę w Angliki D-r J. KESER'ze, który w liście, ogłoszonym przez „Brit. med. Jour.“, zwraca uwagę, iż język francuski nadaje się najlepiej nawet z powodu swej wymowy jako międzynarodowy język lekarski.

— W celu wykonania prób nad leczeniem przypadku tężca, jeden z kolegów w Krakowie zażądał 3 dawek surowicy przeciwężcowej z apteki Voswinckla w Berlinie. Aptekarz zażądał 325 marek za te 3 dawki, licząc „najtaniej“, jak pisał.

— W Galicyi od 28 stycznia do 3 lutego r. b. zachorowało na cholere osób 24, z tych zmarło 7.