

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żórawia 22, tel. 25-75.

Adres Administracyi—Bracka 23 tel. 26-79.

KRAKÓW

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SAMATORYUM

Specjalisty chorób nerwowych

D-ra KUPCZYKA.

ul. Szujskiego 9—11.

WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY

NEUROSINE PRUNIER

(Czyste fosfogliceraty wapna)

PARYZ, 6, Rue de la Tacherie, 1 W APTEKACH.

CASCARA
MIDYCASCARA
MIDY

*Najtagodniejszy
najpewniejszy
przeczyszczający
srodek*

PIGUŁKI**CASCARA MIDY***1-2 pigułek przy kolacji**Pudełko z 50 pigułkami i 20 pigułkami***OBSTRUKCJA**CASCARA
MIDYCASCARA
MIDY*Próbki: Laboratoire MIDY*

FOKSAL.13 WARSZAWA

Nowo-Karlsbadzka kuracya
 i Nowo-karlsbadzkie kryształ
Dr. H. BRACKEBUSCHA

Zalecane przez PP. Lekarzy w otyłości, dla pobudzenia przemiany materyi, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie moczanowej, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej.

Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo
 w Aptece **E. Treutlera**

Nowy-Swiat № 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Mentona. Sanatorium Gorbio.

(Riviera francuska. 300 m. nad poz. morza)

Zakład dla chorych na serce, nerwowych, rekonwalescentów i z wadliwą przemianą materyi. Fizykalno-dyetyczne leczenie. Chorzy umysłowo i na gruźlicę płuc wyłączeni. Główny lekarz D-r BERMAN.

Prospekty wysyła administracya Sanatorium Gorbio pręś Menton.

**Zakład Lecznicy dla chorych wewnętrznych,
 chirurgicznych i urologicznych
 D-rów S. Groszlika, R. Hertza i A. Landaua**

Warszawa, Mokotowska 41. Telefon 204-86.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Kuchnia dyetyczna. Przy zakładzie znajduje się pracownia do badań klinicznych w najszerszym zakresie.

„ZIEMIA”

Tygodnik ilustrowany, Krajoznawstwu Polskiemu poświęcony, wychodzi w Warszawie od roku 1910 pod redakcją Ka-

zimierza Kulwiecia. Opisy przyrodnicze i geograficzne, prace z zakresu etnografii, archeologii, zabytków sztuki. Obrazuje w opisach naukowych i w dokumentach ilustracyjnych Piękno i bogactwo Polski, bada jej stan obecny i odzwierciadla przeszłość historyczną.

Prenumerata w Warszawie rs. 5, z przysyłką pocztową 6 rs. 50 kop.

Dla nowych całorocznych prenumeratorów: tomy 1-2-3-4

z ustępstwem 25%.

Redakcyja i Administracyja Aleje Jerozolimskie 29-1.

JODIPIN

Tabletki Jodipinowe

w opakowaniu oryginalnem
po 50 sztuk.

Próby i literatura na żądanie.

Skutecznie zastępuje jodek potasu

Działa równomiernie i trwale.

Znoszony jest dobrze.

Działanie uboczne rzadko.

Podskórnie znoszony jest dobrze.

E. MERCK, Darmstadt.

Potrzebny jest lekarz

w Trawnikach gub. Lubelskiej; dwie stacje za Lublinem. Utrzymanie pewne; mieszkanie 4-opokojowe, tuż przy stacyi. Poczta i telegraf w miejscu. Wiadomość w Zarządzie dóbr Trawniki.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ

D-r med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie, w 3 tomach

Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli.

Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

Tom II. Choroby płuc.

Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.

Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.

Część II. Suchoty płucne.

Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 k. 60, przesyłka kop. 60.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka w Warszawie.



Lekarze całego świata zalecają stale

Idealny środek
przeczyszczający
dla dorosłych
i dzieci

PURGEN

Przyjemny,
łagodny,
skuteczny.

Cena pudełka 65 kop. Dostać można we wszystkich aptekach. Dr. Bayer és Társa, Budapeszt.

UWAGA!! Oryginalne pudełka opatrzone są niebieską banderolą z rosyjskim napisem.

JECOROL

znany od lat wielu przetwórców, zastępujący w zupełności tran leczniczy.

Syrop Tussol, stosuje się w pedyatryi zamiast przykrej w użyciu SIROLINY niemieckiej.

Glycerofosfat ziarnisty

Glycerofosfat z żelazem

Syrypus Thymi cps. zamiast niemieckiej PERTUSSYNY

poleca

Laboratoryum Chemiczne

Magistra A. BUKOWSKIEGO

□ □ □ □ □ □ □ □ WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 54.

ANALIZY LEKARSKIE

do celów dyagnostyki

D-r Wacław MAYZEL

b. asystent-histolog Uniw. Warsz.

Wilcza № 47 (róg Wielkiej).

Tel. 56-56.

Zakład Lecznicy

dla przychodzących z chorobami

żołądka i kiszek

D-ra Tadeusza Wilczyńskiego

Aleja Jerozolimska 35

telef. 282-25.

Przyjęcia od 9—10 rano
od 1—3 i od 6—7 po poł.


WINOGRONOWY SOK
LECZNICZY
N.N. BEKETOWA
Majątek „**BOŁGATUR**”
Krym—Gurzuf

**REGULUJE
TRAWIENIE i
WZMACNIA
ZDROWIE**

Sprzedaż wszędzie.
Własne składy:
w Petersb. Newski 18, w Moskwie
Twersk. 33, w Charkowie, Sewa-
stop, Jalcie, Ałuszcie, Gurzufie,
Ekaterynesławiu i Ekaterynburgu.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

MARSZAŁKOWSKA 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jasielowicza, Natansona, Neugebauera, Reutta, Ryłki, Staniszew-
o o o o o o skiego, Thiemego, Tyrchowskiego, Winawera. o o o o o oPrzyjmuje za opłatą od 2¹/₂ do 8 rb. dziennie.

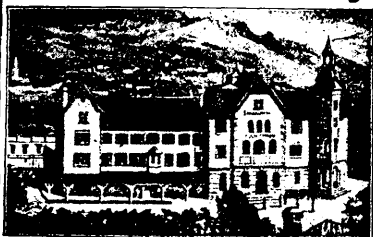
Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacja. Oświetlenie elektryczne.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny D-ra E. REICHSTEINA

w Warszawie Marszałkowska 149, tel. 4217.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż.
W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Hessinga,
sztuczne kończyny, pasy brzuszne i paski przepuklinowe.

Sanatorium Hocheppan

kolo Bozen (Tyrol Południowy) przy drodze Mendla
stacja Eppan—Girland.

CAŁY ROK OTWARTE!

Zakład leczniczy dla chorób płucnych

Leczenie fizykalne, dyetetyczne i specyficzne.

Kąpiele powietrzne i słoneczne.

Sztuczna odma piersiowa. Roentgen. Sala operacyjna.
Współczesny komfort.

Prospekty bezpłatnie.

Właściciel i kierownik D-r HANS von VILAS.

Jodglidina

Nowy przetw6r jodu z białkiem roślinnem do użytku wewnętrznego. Najlepszy środek, zastępujący jodek potasu. Wolny od działania obocznego. Jako nadzwyczaj skuteczny przetw6r jodowy wskazany w stwardnieniu tętnic, trzeciorzędnym syfilisie, dusznicy oskrzelowej i sercowej, dnie, przewlekłym gościu stawowym, zółtach, udarze mózgowym, wiaździe rdzenia, wysiękach, wolu, zmętnieniu i krwawieniu ciała szkliskiego, zapaleniu tward6wki.

Rp. Tbl. Jodglidini w opakowaniu oryginal. Dawka 2—6 tabl. dziennie.

Każda tabletka zawiera 0,05 bromu w połączeniu z białkiem roślinnem.

Cena oryginalnego flakonu z 25 tabletkami rub. 1.

□ □ □ □ □ □ □ *Literatura i próby bezpłatnie.* □ □ □ □ □ □ □

FABRYKA CHEMICZNA D-ra VOLKMARA KLOPFERA
DREZNO—LEUBNITZ.

Kantor prepar. chemicznych. St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant: S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6. Telef. 128-46.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Niezawodny środek
wzmacniający przeciw:

Neurastenji
Niedokrewności

Przepracowaniu i wyczerpaniu po chorobach

Ovo-Lécithine Billon

NABYWAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH

Literaturę i próby przesyła franco na żądanie

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES · PARIS ·

Główny skład: WARSZAWA, Foksal, 13

Cena : Pigulki Rb. 1.75; Ziarnka Rb. 1.50; 12 Ampulek Rb. 1.75

Nr 45.
ROK XLVIII.

Warszawa, 8-go Listopada 1913 r.

SERYA II.
TOM XXXIII.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Wielce zasłużonemu Autorowi
na polu piśmiennictwa lekarskiego

Doktorowi Medycyny

Alfredowi Sokołowskiemu

w 40-tą rocznicę Jego działalności

numer niniejszy poświęca

GAZETA LEKARSKA.



www.dlibra.wum.edu.pl



Alfred Sokolowski

CZCIGODNEMU NAUCZYCIELOWI

prace swoje niosą w ofierze

WDZIĘCZNI UCZNIOWIE.

Działalność naukowa Dra med. Alfreda Sokołowskiego.

W czterdziestą rocznicę wybitnej na różnych polach działalności Męża, którego energia i zapał nie tylko nie ustają, lecz z każdym przybywającym rokiem wzmagają się i tężeją. mam zsumować dorobek, wniesiony przez niego do nauk lekarskich. Zadaniem tem bardzo zaszczytnem obdarzyła mnie łaskawość uczniów jubilata oraz jego spółtowarzyszy pracy w gronie Redakcji Gazety Lekarskiej. Jedni mają tytuł do szczerzej wdzięczności zato, że w chwili upadku szkoły lekarskiej u nas był biegłym i starannym nauczycielem w tak ważnej dziedzinie, jaką jest medycyna wewnętrzna, drudzy korzystają z okazji, aby dać wyraz wysokiemu uznaniu, jakie żywią dla Jubilata nie tylko zato, że licznymi swojemi pracami, poczynając od r. 1881, zasilał Gazetę Lekarską, lecz głównie zato, że dzięki swojej wiedzy, wyrobieniu praktycznemu, talentowi i spostrzegawczości, wniósł do nauk lekarskich wiele cennych przyczynków i wspaniałe opisy stanów chorobnych, że obrazy te, wzięte z natury, żywymi oddawał barwami, nie pomijając drobnych na pozór szczegółów, że skrętnie notując zdobycze rodaków, imiona ich do światowej wprowadził literatury.

Zawsze służył przykładem wytrwałości, pracowitości i energii. W wielkiej praktyce tak szpitalnej, jak i prywatnej nie miał chorych mniej lub więcej interesujących, bo każdy dla niego przedstawiał zadanie do rozwiązania na drodze ścisłej analizy różnych momentów chorobnych. Pod tym względem był zawsze drobiazgowym. Był jak ten artysta, który przed przystąpieniem do wielkiego dzieła, wiele kreśli szkiców i notatek.

Toteż Sokołowski przed napisaniem monografii ogłasza szeregi prac kazuistycznych, dotyczących najczęściej zwykłych, każdemu lekarzowi dobrze znanych postaci chorobnych, o ile w nich stwierdził objawy, mające znaczenie w rozpoznaniu, rokowaniu lub w planie leczenia. Dokładność obserwacji i krytyczne ocenianie zjawisk, cechujące większe prace Sokołowskiego, zapewniają im długotrwałość nawet przy najdalej sięgających zmianach w poglądach teoretycznych. Obrazy kliniczne przez niego skreślone zdradzają mistrza na wzór francuskich klinicystów. Chorych, opisanych przez Sokołowskiego, widzimy, bole ich odczuwamy. Przed oczyma naszymi kroczą szeregi najróżnorodniejszych postaci, dotkniętych cierpieniem i pozostawiają obrazy tak przejrzyste, że dobry rysownik mógłby je przenieść na papier.

Z tego punktu widzenia Sokołowski zajmuje stanowisko wybitne, w naszym środowisku wyjątkowe.

Przeglądając karty jego żywota, trudno byłoby wyszukać mistrza, któryby

otworzył mu szersze horyzonty; sam się wyrabiał, a z każdej do wykształcenia korzystał chwili.

Rodem z ziemi siedleckiej, nauki gimnazjalne odbył w Warszawie. Zaopatrzony w znajomość języków obcych, w r. 1868 wstąpił na wydział lekarski Szkoły Głównej, stopień lekarza uzyskał w uniwersytecie warszawskim w r. 1873.

Już na klinikach uniwersyteckich, a następnie jako młody lekarz na oddziale dra Karwowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus, przykładął się usilnie do studyów w dziedzinie medycyny wewnętrznej. W pierwszym półroczu praktyki szpitalnej ogłosił w medycynie dwie prace kazuistyczne: „O samostnem ostrem zapaleniu wsierdzia z następczym zatorem tętnicy Sylwiusza“ oraz „Tętniak łuku aorty bez przerostu komory lewej“.

Ciężka choroba, której przebiegu i zejścia nie można było przewidzieć, skłoniła Sokołowskiego na początku r. 1874 do szukania ratunku w sławnym sanatorium w Görbersdorf'ie, w którym po powrocie do zdrowia jako asystent pozostaje do r. 1880. Tu zetknął się ze znanym inicjatorem sanatoryjnego leczenia suchot płucnych, uczniem Johanna Muellera, Brehmer'em, lekarzem niepospolitym, umysłem krytycznym, opartym na rozległej wiedzy przyrodniczej.

Dla Brehmer'a żywi Sokołowski cześć niewygasłą, a wyraz jej publiczny dał w przemówieniu, wypowiedzianem d. 2 czerwca 1904 r. w 50-ą rocznicę istnienia sanatorium w Goerbersdorf'ie. „Obraz tego szlachetnego męża żywo stoi mi w pamięci. Jako idealny przedstawiciel naszego wzniosłego powołania, był on całą duszą oddany chorym. Ich zdrowie i dobro dla niego były *suprema lex et suprema salus*. Dla młodszych lekarzy, pracujących pod jego kierunkiem, był on szczerym doradcą, rozszerzał ich wiedzę, ożywiał ich miłość do zawodu, stawiał im surowe wymagania, był często bezwzględny, a nawet niewyrozumiały, gdy chodziło o spełnienie obowiązku, młody jednak lekarz, garnący się do pracy, nie mógł mu mieć tego za złe, czując, że jego wymagania mają na widoku dobro chorych i rzetelne wykształcenie lekarzy“...

Widocznie S. zadość czynił tym wymaganiom, skoro nie tylko był pomocnikiem Brehmer'a przez lat 6, lecz nawet w ostatnich latach miał powierzone kierownictwo zakładem ku ogólnemu uznaniu chorych i lekarzy niemieckich.

Staranna obserwacja i pielęgnowanie wielkiej liczby chorych, dotkniętych gruźlicą, zdecydowały o kierunku młodego lekarza.

Jakoż pierwsze już prace Sokołowskiego z tego okresu 6-letniego zdradzają przewodnią ideę rozpowszechnienia wartości leczenia sanatoryjnego suchot płucnych, zapoczątkowanego przez Brehmer'a w Goerbersdorf'ie i wówczas przyjętego w Davos i Falkensteinie.

Stąd wychodzą cenne jego studia, dotyczące leczenia gruźlicy, stąd też szerzyły się wieści o uleczalności suchot płucnych, popierane co roku coraz liczniejszymi tego przykładami. Pamiętać należy, że w tej właśnie chwili alkohol należał do środków najbardziej zalecanych w sprawach chorobnych, połączonych z gorączką. U suchotników też w postaci koniaku lub wina w dużych nawet ilościach zadawany był nie tylko w celu zwolnienia przemia-

ny materii, spowodowanej gorączką, lecz również jako środek uśmierzający poty nocne u suchotników. Brehmer był również z tego powodu zwolennikiem stosowania alkoholu u suchotników; alkoholowi przypisywał też działanie pobudzające na serce, a tą drogą pośrednio na lepsze ukrwienie płuc oraz rezorbcyę nacieków.

W terapii suchotników w Goerbersdorfie alkohol odgrywał tylko rolę podrzędną; za najważniejsze środki, dążące do zwalczania gorączki, uważał S. przede wszystkim czyste powietrze górskie, krótkotrwałe (4—20 sek.) natryski zimne i okłady lodowe na klatkę piersiową. Wprowadzony wtedy do terapii kwas salicylowy okazał u suchotników więcej stron ujemnych, niż dodatnich.

Na leczenie dyetetyczne wielki kładziono nacisk, przeprowadzając odżywianie pokarmami białkowymi i tłuszczami (w postaci masła lub mleka), przyczem zalecano spożywanie ich częste w ilościach mniejszych, aby nie obciążać zbytnią pracą wątlých u suchotników narządów trawienia.

Sokołowski był jednym z pierwszych klinicystów, który zwalczał zbyt rozpozszecznione nie tylko wśród publiki, ale i lekarzy mniemanie o szkodliwości niskiej temperatury na przebieg gruźlicy, zalecając stale przebywanie tego rodzaju chorym na świeżem powietrzu, bez względu na zimno i spanie przy oknach otwartych w każdej porze roku.

Cenne te wskazówki do leczenia suchot płucnych z opisem szczegółowym techniki, z rozbiorem wskazań i przeciwwskazań ogłosił Sokołowski w Medycynie w latach 1874—1877 i wydał w roku 1877 po niemiecku w oddzielnej broszurze p. t. „Beiträge zur Lehre von der Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht“.

Z powikłań zajmował się znaczeniem krwotoków płucnych w różnych okresach gruźlicy i szczegółowe podał przepisy skutecznego ich zwalczania. W okresie jeszcze niewyjaśnionej etyologii tej sprawy chorobnej w myśl poglądów francuskich klinicystów krwotokowi, powstałemu wskutek przemęczenia lub urazu, przypisywał ważne znaczenie w powstawaniu suchot płucnych.

Na niezłyty oskrzelowe tak umiejscowione w wierzchołkach, pierwotne, jakoteż na niezłyty wtórne, powstające w przebiegu suchot płucnych, szczególną też zwracał uwagę, podkreślając ich doniosłość i rozbierając szczegółowo ich następstwa; wyodrębnił postać gruźlicy płuc, rozwijającą się u chorych dotkniętych rozedmą płuc, dał też cenne wskazówki w sprawie rokowania, zwłaszcza u osób, obarczonych dziedzicznością względem gruźlicy.

Przed wykryciem prątka Kocha Sokołowski podkreślił potrzebę starannego badania na obecność w płwocinie włókien sprężystych w przypadkach, w których przy gorączce badanie fizykalne stwierdza rżenia dźwięczne. W przypadkach wątpliwych co do obecności zniszczeń mięszu płucnego i jam badanie takie winno być dokonywane wielokrotnie; posiada ono nie tylko znaczenie rozpoznawcze lecz może według Sokołowskiego odegrać ważną rolę w zabiegach leczniczych.

Sokołowski mianowicie usiłował leczyć miejscowo jamy suchotnicze zwłaszcza w przypadkach jam, niekomunikujących się z oskrzelem (jam zamkniętych) przez wprowadzanie rozczyńów substancji drażniących (1% kwasu karbo-

wego lub nalewki jodowej) w celu wywołania odczynu zapalnego i rozrostu tkanki łącznej.

Ogłosił też kilka ciekawych przypadków z innych dziedzin, jak oto: przypadki tętniaka aorty, których zbiór stanowił później materiał do większej pracy o rozpoznawaniu tętniaków aorty, o zastosowaniu zgłębnika żołądkowego, o artropatii u tabetyków i inne.

Pomimo zdobytego uznania Sokołowski nie mógł jednak długo przebywać w Niemczech, gdzie zaczęły kielkować już podówczas zarodki prądów hakatystycznych. Mając zamiar przenieść się na Riwierę, w r. 1880 S. zdaje w Paryżu egzamin doktorski i broni rozprawę doktorską p. t. „*Les complications laryngées de la phthisie pulmonaire*“.

Z prawa praktyki we Francji jednak nie korzystał; za namową przyjaciół przybył do Warszawy, poprzedzony opinią wyrobionego lekarza w zakresie chorób dróg oddechowych, i niezwykle szybko zyskał praktykę rozległą. Dążył tu przede wszystkim do stanowiska lekarza szpitalnego, w przeświadczeniu, że działalność lekarza winna się opierać na ciągłych studiach szpitalnych. Usiłowania jego wkrótce uwieńczyły się pomyślnym wynikiem. W r. 1880 Sokołowski obejmuje zastępczo w szpitalu Św. Ducha oddział dla chorób dróg oddechowych, a jednocześnie zostaje lekarzem ambulatoryum tegoż szpitala dla chorób gardła, krtani i nosa.

Z tego małego oddziału, liczącego 6 łóżek (pawilon IV), Sokołowski po pół roku ogłasza sprawozdanie, które dowodzi o nadzwyczajnej staranności, jaką otaczał chorych w różnych, a nawet rozpaczliwych okresach suchot płucnych. Po 2 latach Sokołowski już jako ordynator obejmuje oddział normalny (salę I) i tu zaczyna rozwijać swoją działalność na różnych polach medycyny wewnętrznej. Stąd wychodzą liczne prace jego i jego uczniów.

Nie podobna tutaj kolejno poddawać rozbiorowi wszystkich badań Sokołowskiego i jego własnych przyczynków w różnym ogłoszonym czasie. Jedne z nich mają charakter przygodnych obserwacji, inne systematycznie przeprowadzonych dociekań.

Niewątpliwie najdonioślejsze znaczenie posiadają pięknie zapoczątkowane przez Sokołowskiego jeszcze w Görbersdorf'ie prace nad tak zawiłą pod względem klinicznym sprawą, jaką przedstawiają suchoty płucne.

Pojęcie o *fibroid phthisis*, wprowadzone przez lekarzy angielskich (Clark, Powell, Williams) jako odrębnej postaci chorobnej, Sokołowski pogłębił i uplastycznił. „Pod nazwą włóknistej postaci suchot płucnych (*phthisis fibrosa pulmonum*)“, mówi ten autor, rozumiemy tę postać suchot płucnych, której podstawą anatomiczną jest nadmierny rozwój tkanki łącznej, powstający pierwotnie lub—co ma najczęściej miejsce—następczo, po sprawach ostrych lub zapaleniu opłucnej. Postać ta charakteryzuje się niezwykle przewlekłym przebiegiem, trwa lata, a nawet dziesiątki lat, przebiega zazwyczaj bez gorączki, ma niezwykłą skłonność do zatrzymania się w rozwoju; w późnych okresach choroby postać ta przybiera jednak charakter zwykłych suchot płucnych, przedstawiając wtedy pewne odrębne, jej ściśle właściwe objawy.“

Z klinicznego punktu widzenia S. wyróżnia dwie postaci tego cierpienia: 1) zwykle suchoty włókniste (*phthisis fibrosa simplex*) i 2) suchoty włókniste

ste, towarzyszące rozedmie płucnej (*phthisis fibrosa ab emphysemate*). Suchoty włókniste spostrzegają się u chorych pomiędzy 35 — 70 rokiem życia, występują albo skrycie lub też wskutek jakiejś ostrej sprawy chorobnej płuc lub oskrzeli, cechują się brakiem dziedziczności, silną dusznością nawet w pierwszym okresie, częstymi krwotokami przy braku gorączki. Rokowanie o ile jest niekorzystne pod względem wyleczenia zupełnego, o tyle pod względem trwania życia jest bardzo dobre, wielu chorych bowiem dochodzi do późnej starości, powikłania ze strony innych narządów zdarzają się rzadko. W pierwszej tej postaci suchot płucnych uważa Sokołowski za wskazane leczenie klimatem górskim i jako środek pomocniczy hydroterapię w postaci natrysków zimnych, w drugiej natomiast — klimat południowy, najlepiej morze przy kuracji mlecznej lub kumysowej.

Zbliżoną, a jednak odrębną od gruźlicy włóknistej i dającą rokowania pomyślniejsze według Sokołowskiego jest gruźlica u osób, dotkniętych usposobieniem artrytycznym. Na ten związek pomiędzy skazą moczanową a względną łagodnością suchot płucnych, znany zresztą od dawna, szczególną zwrócił uwagę P i d o u x w r. 1873. Praca ta pozostała bez echa. W kilkanaście lat później znaczenie tego zaburzenia w przemianie materii podniósł Sokołowski w polskiej i niemieckiej literaturze. Sprawa chorobna ma tu charakter przewlekły, podobnie jak w przewlekłych postaciach suchot płucnych, z tą jednakże różnicą, że w niej nie dochodzi do wyraźnych zniszczeń i że zmiany induracyjne bywają zazwyczaj jednostronne. Przeważającymi nadto objawami nie są zбочenia ze strony narządów klatki piersiowej, lecz ze strony stanu ogólnego lub innych narządów. Ale nie tylko odziedziczona lecz i nabyta skaza moczanowa wpływa pomyślnie na przebieg łagodniejszy gruźlicy, często nawet zatrzymaniu w rozwoju sprawy płucnej towarzyszy lichej stan ogólny, zależny od zaburzeń w trawieniu i zajęcia stawów lub też kamicy nerkowej.

Oprócz tej szczególnej postaci suchot płucnych, powstającej na tle skazy moczanowej, Sokołowski opisał też różne inne cierpienia dróg oddechowych: a) w górnym odcinku dróg oddechowych ostre zapalenie migdałków, przemijające przy wystąpieniu napadów artrytycznych, charakterystyczne zmiany w gardzieli, częste katary i zatkania nosa, zależne od zgrubień błony śluzowej lub przerostów muszeli, w krtani złoży artrytyczne lub ostre obrzęki stawów nalewkowoobraczkowych oraz przemijające zgrubienia strun prawdziwych i fałszywych; b) ze strony oskrzeli uporczywe katary suche oraz napady astmy oskrzelowej.

Wiedząc z własnego doświadczenia, jak trudne jest rozpoznanie zarodków tłących gruźlicy, Sokołowski przeprowadził studia nad skrytymi postaciami suchot, ogłoszone w „Odczytach Klinicznych“ w r. 1890; postaci te podzielił na grupy następujące: 1) błednica wrzekoma, 2) postać wrzekomo - sercowa, 3) zołzy wrzekome, 4) zimnica wrzekoma, 5) postać wrzekomo-żołądkowo-kiszkowa, 6) postać wrzekomo-krtaniowa, 7) wrzekoma rozedma płuc, 8) postać wrzekomo-opłucnowa, 9) postać wrzekomo-krupowa. Wszystkie te postaci Sokołowski objaśnił licznymi przykładami.

W przeciwstawieniu do zbroczeń, budzących podejrzenie gruźlicy Sokołowski w innej pracy ostrzega przed zbyt pochopnym rozpoznawaniem gruźlicy na mocy jednego z najważniejszych jej objawów, a mianowicie krwioplucia, które poza gruźlicą może być następstwem skrytej lub wyraźnej wady zastawki dwudzielnej lub stwardnienia tętnic oraz przekrwienia albo polipów w górnym odcinku dróg oddechowych. Krwotoki płucne jako stygmaty histeryi zdarzają się nadzwyczaj rzadko, najczęściej są one objawem zmian chorobnych płuc natury gruźliczej.

Metody leczenia gruźlicy Sokołowski ściśle i gruntownie poddawał krytyce, nie wahając się nawet zmienić zalecony dawniej sposób postępowania. W pierwszych latach swojej praktyki w Warszawie stosował alkohol u suchotników, następnie jednak na podstawie licznych materiałów klinicznych doszedł do przekonania, że alkohol nie posiada tych własności, jakie mu przypisywali Brehmer a następnie Dettweiler, który w tym kierunku poszedł może najdalej. Alkohol mianowicie ma wpływ bardzo niewielki na typową gorączkę suchotników; zamiast pobudzać łaknienie, przeciwnie powoduje jego upośledzenie i zaburzenia w trawieniu, podniecając nadto w chwili użycia chorych, sprowadza w następstwie znaczne osłabienie. Z tego tytułu Sokołowski jest stanowczym przeciwnikiem użycia alkoholu nie tylko w suchotach płucnych, lecz również w leczeniu ostrego krupowego zapalenia płuc.

Kreozotowi i gwajakolowi po ich wprowadzeniu do terapii nie przypisywał działania swoistego, uważał je tylko za środki pomocnicze w terapii higieniczno-dyetycznej. Pomyślne działanie kreozotu u suchotników w dawkach małych wyraża się zwiększeniem łaknienia i poprawą odżywienia oraz łatwiejszym wydalaniem płwociny.

Od samego początku po ukazaniu się tuberkuliny Kocha Sokołowski był przeciwnikiem jej stosowania w formie pierwotnej; stanowczo też wypowiedział się przeciw zadawaniu kantarydynianu potasu, ze względu na to, że przetwór ten przy wynikach problematycznych w wielu przypadkach wywołuje ciężkie zaburzenia w postaci zapalenia nerek, gorączkę z odczynem, podobnym do odczynu na tuberkulinę, objawy upadku ogólnego odżywienia, a w krtani szybki rozwój nacieczenia i obrzęku.

Wszelkie nowe metody badania i leczenia suchot płucnych S. na mocy własnych obserwacji ściśle poddawał krytyce. W odczycie klinicznym p. t. „Nowe metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej“ zastanawia się głównie nad metodami rozpoznawczymi tuberkulinowymi Pirquet'a, Moro, Calmette'a, nad metodą opsoninową Wright'a, nad metodą Bordet'a i Gengou (uchylenie dopełniacza), metodą Calmette'a z jadem okularnika. Metod tych nie uważa za pewne: nie mogą one bez uwzględnienia innych czynników decydować o istnieniu poczynającej się gruźlicy.

Co się zaś tyczy terapii nowoczesnej zapomocą uodporniania czynnego (różne przetwory tuberkuliny) i biernego (surowica Marmorka), to na ich własności lecznicze Sokołowski zapatruje się bardzo sceptycznie, a opisane, rzadkie zresztą, przypadki pomyślnego wyniku leczenia przypisuje raczej warunkom higieniczno-dyetycznym, w jakich znajdowali się chorzy, aniżeli zadawanym surowicom,

W obecnej chwili najważniejszym środkiem, od którego można oczekiwać wyników pomyślnych, jest świeże czyste powietrze i forsowne odżywianie chorych.

W innym odczycie klinicznym p. t. „Leczenie klimatyczne suchot płucnych“ Sokołowski znakomite daje wskazania do leczenia klimatem górskim, południowym, morskim, oraz klimatem swojskim. Pierwsze obserwacje nad wynikami leczenia suchotników w Nałęczowie w r. 1882 okazały, że chorzy dotknięci niedaleko posuniętą gruźlicą płuc poprawiają się doskonale w pomyślnych warunkach klimatu swojskiego przy lekkich zabiegach hydropatycznych i dobrem odżywianiu.

Duży materiał, jakim rozporządzał Sokołowski, pozwolił mu poczynić ciekawe spostrzeżenia, dotyczące etyologii suchot płucnych. Na 8074 chorych do tkniętych tym cierpieniem stwierdził dziedziczność w 1875, t. j. mniej niż w 25⁰/₀, poprzedzające zapalenie opłucnej w 3⁰/₀, alkoholizm w 0,84⁰/₀, syfilis w 3⁰/₀.

W jednej z późniejszych prac na mocy zestawienia 5000 chorujących na drogi oddechowe chrześcian i takiejże liczby żydów, S. dochodzi do przekonania, że ludność pochodzenia semickiego w naszym kraju i w ościennych prowincjach Królestwa (Litwa, Wołyń, Podole) zamieszkała, zapada rzadziej na suchoty, aniżeli ludność pochodzenia aryjskiego, co przemawia zatem, że żydzi, żyjąc stale od wieków jako mieszkańcy miast, w środowisku najbardziej zagrożonem przez zarazek gruźliczy, a przy tem łącząc się najbardziej wśród swego pokolenia, przystosowali się do zarazka bądźto przez dobór naturalny, bądź też przez odporność nabytą lub jej odziedziczenie.

I w innych chorobach płuc poza gruźlicą ważne ogłosił spostrzeżenia. Do takich przedewszystkiem należy traktat „O suchotach płucnych przymiotowych“, którejto sprawy dwie odróżnia postaci: 1) kilak (*syphiloma*), przebiegający bez gorączki z silnym kaszlem i dusznością, ulegający wessaniu pod wpływem leczenia rtęcią; 2) zapalenie płuc przymiotowe, któremu towarzyszy tak rozrost tkanki łącznej, jak i rozmiękczenie i rozpad kilaków, a w którym leczenie przeciwsyfilityczne nie tylko nie przynosi pożytku, lecz raczej może przyśpieszyć zejście śmiertelne.

Sokołowski opisał na podstawie własnych obserwacji samoistne włóknikowe zapalenie oskrzeli (*bronchitis fibrinosa idiopathica*) i poddał krytyce opisywane przez wielu autorów cierpienia dróg oddechowych, wikłające zimnicę.

Liczne też podał wskazówki, dotyczące ostrego włóknikowego zapalenia opłucnej, objaśniając zboczenia od przebiegu prawidłowego doskonale wybranymi przykładami z własnej praktyki.

Zabiegom chirurgicznym w cierpieniach płucnych poświęcił (wspólnie z Kijewskim) odczyt kliniczny, wydany w r. 1912.

Jednocześnie ze spostrzeżeniami nad przebiegiem i leczeniem spraw płucnych Sokołowski oddawał się studjom nad zmianami w górnym odcinku dróg oddechowych. Przedewszystkiem zajmowały go zaburzenia ze strony krtani, napotykanne w przebiegu suchot płucnych.

W pięknej i wyczerpującej pracy p. t. „O chorobach krtani i gardzieli, wikłających suchoty“, ogłoszonej jeszcze w r. 1890, S. dał opis systematycz-

ny objawów przebiegu i leczenia ostrego i przewlekłego nieżytu krtani i gardzieli. W dalszych pracach w tej dziedzinie zabierał głos w niezmiernie ważnej i spornej kwestyi uleczalności owrzodzeń gruzliczych. W ciągu 15-u lat praktyki Sokołowski widział tylko 10 przypadków wyleczenia, w tem 6 bez zabiegów miejscowych, 4 — przy stosowaniu kwasu mlecznego lub azotanu srebra. Uleczalność więc suchot krtaniowych, aczkolwiek rzadka, jest jednak możliwa; zabliznienie owrzodzeń następuje samoistnie lub wskutek leczenia miejscowego w ścisłym związku ze stanem ogólnym i charakterem zmian w płucach. W warunkach ustroju mniej pomyślnych poprawę znaczną 60 nawet 80% osiągnąć można przy leczeniu miejscowem (kwas mleczny, galwanokaustyka, leczenie chirurgiczne).

Z ostrych spraw zapalnych krtani Sokołowski podał ciekawą kazuistykę ropnicy krtani (*phlegmone laryngis*), która klinicznie okazuje się w dwu postaciach: jako 1) samoistne głębokie obrzękowe zapalenie krtani (*laryngitis phlegmonosa (submucosa) idiopathica*, czasami przechodzące w ropienie, 2) jako róża krtani, samoistna lub szerząca się z otoczenia, najczęściej z gardzieli, jako następstwo zakażenia paciorkowcami Fehleisen'a.

W związku z zakażeniem durowem lub twardzielowem jest rozrostowe zapalenie krtani, którego Sokołowski opisał 10 przypadków; wyniki pomyślne otrzymał przy wczesnem dokonaniu laryngofissury z głębokiem wycięciem przerosłych części krtani. Wyniki niepomyślne dawały mu przypadki zwężenia tchawicy, powstałe na tle przymiotu, którym towarzyszyło porażenie mięśni nalewkowo-oskrzelowych, pomimo tracheotomii i leczenia swojskiego.

Dał też liczne przyczynki do operacyjnego leczenia polipów krtani, złań, ciał obcych i nowotworów. Z okazji choroby cesarza Fryderyka napisał rozprawę p. t. „O możliwości przekształcenia nowotworów krtani łagodnych w złośliwe”, w której podaje w wątpliwość takie przeobrażenia pod wpływem zabiegów miejscowych.

Wspólnie z Dmochowskim przeprowadził badania anatomo-patologiczne w różnych chorobach migdałków. Praca ta, wyjaśniająca często napotykanne zmiany w gardzieli, zyskała ogólne uznanie tak w naszej literaturze jak i w zagranicznej.

Liczne podał przyczynki kazuistyczne z dziedziny górnego odcinka dróg oddechowych. Owocem jego wieloletnich studyów są znakomicie napisane odczyty kliniczne p. t. „Ból gardła i jego znaczenie dyagnostyczne w cierpieniach jamy gardzielowej.” i „O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych“ oraz „Dyagnostyka chorób górnego odcinka dróg oddechowych“, umieszczona jako dodatek do znanej Dyagnostyki różniczkowej Biegańskiego.

Sokołowski nie ograniczał studyów do dróg oddechowych, prace jednak z innych zakresów mają raczej charakter przygodny, zależny od materiału, jakim rozporządzał ua oddziale lub też od panujących w Warszawie epidemii.

Tu należą uwagi nad przebiegiem epidemii tyfusu w Warszawie w latach 1883 — 1885 oraz epidemii grypy w r. 1890, oraz liczne spostrzeżenia, dotyczące wządu rdzenia, nowotworów śródpiersiowych, kamieni nerkowych,

robaków w jelitach (*anchylostomum duodenale*) i t. d. Cechują je też same zalety kliniczne, co i badania nad narządami oddechowymi; nie jedno znajdzie się tu spostrzeżenie, na które późniejsi pisarze będą musieli zwrócić uwagę.

Rzadko kto jak Sokołowski jest tak dobrze obeznany z miejscowościami, nadającymi się do leczenia klimatycznego. Wszystkie tego rodzaju miejscowości poznał dokładnie i opisał tak w pracach, dotyczących leczenia suchot płucnych, jak i w artykułach oddzielnych, do których zaliczyć należy artykuły o klimacie przymorskim, o wyspie Jersey, o Sycylii, o Algierze i wiele innych.

Koroną wszystkich prac Sokołowskiego jest niewątpliwie jego wspaniałe dzieło trzytomowe, przełożone na język niemiecki i rosyjski p. t. „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych“, wydane nakładem Gazety Lekarskiej. Dzieło to, odznaczone nagrodą Akademii Umiejętności w Krakowie z zapisu Warschauera, zyskało wielki rozgłos w literaturze lekarskiej światowej. U nas recenzje wyczerpujące o niem pisali: Biegański, Grostern, Hewelke, Pieniążek, Zieliński, Sterling, Pruszyński, Rzętkowski. W prasie niemieckiej Kihler, Penzold, Kaminer, Kutner, Weismayer, Klineberger, Schroeder, w rosyjskiej Łozinskij i Troickij. Wszystkie głosy odezwały się o tem dziele z uznaniem nadzwyczajnem.

Do napisania tego dzieła przygotowywał się ćwierć wieku, a napisał je jakby jednym tchem. Wiemy że je dyktował, aby nie stracić wątku myśli przy technicznej pracy pisania.

Toteż czytając wykłady o chorobach dróg oddechowych, mamy wrażenie, że przed nami stoi profesor, opisujący chorych, na których powłokach zewnętrznych okiem drobnowidza wykrywa najdrobniejsze przejawy upośledzeń lub zbroceń spraw fizyologicznych.

Sokołowski nie należy do tego rodzaju klinicyistów, którzy zdobycze medycyny teoretycznej, dopasowują do nozologii; zdobycze te uwzględnia, poddając trzeźwej krytyce, ale studjuje człowieka jako morfolog i psycholog i w tym kierunku dochodzi do rzadkiej doskonałości.

Dzieło to powstało nie tylko jako owoc doświadczenia, zdobytego ciężką i mozolną pracą w praktyce szpitalnej, zakładowej i prywatnej, lecz również jako wynik długoletnich wykładów i ćwiczeń. W jego klinice *in partibus* uczyli się badania i niesienia skutecznej pomocy lekarskiej studenci IV i V kursu, tu odbywały się ćwiczenia dla lekarzy, udających się na prowincję, tędy przeszedł szereg asystentów, pomiędzy którymi znajdują się imiona zasłużone w nauce i sztuce lekarskiej.

Z tej kliniki wyszło też wiele prac, ogłoszonych przez asystentów, którzy korzystali z doskonale opracowanego materiału. W oddziale Sokołowskiego każdy chory musi być najstaranniej zbadany wszystkimi dostępnymi metodami bez względu na ważność sprawy i charakter cierpienia.

Ale działalność Sokołowskiego nie ograniczała się na dziedzinie naukowej, pedagogicznej i praktycznej. Pomimo wielu zajęć Sokołowki znajduje zawsze czas dla pracy społecznej.

Wiedząc jakim nieszczęściem dla ludzkości jest gruźlica, szeregiem artykułów nawołuje społeczeństwo i lekarzy do walki z nią, przyczynia się do

powstania sanatorium w Zakopanem, współdziałała ze ś. p. Duninem do utworzenia sanatorium w Rudce, a dla rozwinięcia propagandy walki z gruźlicą, pragnąc do niej wciągnąć szersze warstwy społeczeństwa, zakłada Towarzystwo Przeciwgruźlicze, którego jest prezesem. Działalność tego Towarzystwa, istniejącego zaledwie 5 lat, wyraziła się utworzeniem sanatorium ludowego w Leśniczówce i 3 Przychodni w szpitalu Św. Ducha i w Instytucie Hyg. Dziecięcej im. Lenwała, które opieką i pomocą otaczają liczne zastępy chorych, dotkniętych gruźlicą.

Czułym jest też na rozwój młodego pokolenia, zajmując się gorliwie jako wiceprezes Instytutu higieny dziecięcej im. Lanwała.

W naszym Towarzystwie Lekarskim wielkie położył zasługi, czyto jako współpracownik, czy jako sekretarz doroczny, czy jako wiceprezes. Obrany na sekretarza stałego, ma na pieczy nie tylko pomyślny stan finansowy Instytucji, lecz również przyczynia się do tego pierwszorzędnego stanowiska naukowego, jakie Tow. Lekarskie wśród innych instytucji zajmuje.

Ofiarność jego na cele publiczne jest godną naśladowania. Grosz, zdobyty własną ciężką pracą, oddaje na różne cele, związane z potrzebą udzielania pomocy lekarzom, dotkniętym chorobą lub też pozostałym po nich wdowom i dzieciom, tworząc jednocześnie fundusze stypendyalne, konkursowe i odczytowe.

Naukom lekarskim i społeczeństwu zasłużył się wielce, a do takich wyników doszedł nie tylko dzięki wrodzonemu uzdolnieniu, lecz przede wszystkim pracowitością, wytrwałością i sumiennym spełnianiem przyjętych na siebie obowiązków.

Znakomitemu pracownikowi w dziedzinie nauk lekarskich w dniu jego jubileuszu ślemy gorące, szczerze życzenia dalszej, jak dotąd owocnej pracy na pożytek nauki i kraju rodzinnego.

Doc. dr Jan Pruszyński.

SPIS PRAC NAUKOWYCH DOKTORA MEDYCYNY ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, SEKRETARZA STAŁEGO WARSZ. TOW. LEK., CZŁONKA RZECZYWISTEGO W. T. NAUKOWEGO, ogłoszonych drukiem w latach 1874—1913 włącznie.

I. Wydawnictwa książkowe i broszury oddzielne.

1. WYKŁADY KLINICZNE CHORÓB DRÓG ODDECHOWYCH. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.
Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli, Warszawa 1902, str. 354.
Tom II. Choroby płuc, Warszawa, 1903, str. 507.
Tom III. Choroby opłucnej i śródpiersią. Suchoty płucne. Warszawa, 1906, str. 809 ¹⁾.
2. DYAGNOSTYKA RÓŻNICZKOWA CHORÓB GÓRNEGO ODCINKA DRÓG

¹⁾ Dzieło powyższe zostało uwieńczone w r. 1906 przez Akademię Umiejętności w Krakowie nagrodą Imienia Warschauer'a (2000 koron), a w roku 1907 przez Tow. Lekarskie Warszawskie nagrodą imienia Helbicha.

ODDECHOWYCH w Dyagnostyce chorób wewnętrznych Biegańskiego. Wydanie 2-gie, 1896, str. 225. Toż samo wydanie 3-ie, Warszawa, 1903, od str. 1 do 105.

3. ODCZYTY KLINICZNE. Wydanie Gazety Lekarskiej.
 1. Skryte postacie suchot płucnych, 1890, str. 43.
 2. Leczenie klimatyczne suchot płucnych, 1893, str. 50.
 3. O bólu gardła, 1898, str. 44.
 4. O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych, 1897, str. 66.
 5. Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych. 1899 r, str. 18.
 6. Rozpoznanie i leczenie wysiękowego zapalenia opłucnej, 1903 str. 34.
 7. Znaczenie lecznicze klimatu południowego ze szczególnem uwzględnieniem Algieru, 1905. str. 27.
 8. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej, 1909, str. 35.
 9. O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płucnych, 1912, str. 17.

II. Prace ogłoszone w polskich czasopismach lekarskich.

1. Przypadek ostrego samoistnego zapalenia wsierdza. Medycyna, 1874.
2. Przypadek tętniaka łuku aorty. Medycyna, 1874.
3. O uśmierzaniu potów nocnych u suchotników. Medycyna, 1874.
4. O leczeniu przeciwgorączkowym suchotników. Medycyna, 1875.
5. Przyczynek do przyczynowości durzycy brzusznej. Medycyna, 1875.
6. Studya kliniczne nad leczeniem suchot płucnych. Medycyna, 1874.
7. Toż samo. Część II. Medycyna, 1876.
8. O zastosowaniu zimnych natrysków przy leczeniu suchot płucnych. Medycyna, 1876.
9. Przypadek tętniaka aorty. Medycyna, 1877.
10. Leczenie dyetetyczne suchotników. Medycyna, 1877.
11. Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu jam suchotniczych. Medycyna, 1877.
12. O rokowaniu w suchotach płucnych. Medycyna, 1878.
13. Krwotok i krwioplucie ze stanowiska praktycznego. Medycyna, 1878.
14. O chorobach krtani i gardzieli, wikłających suchoty płucne. Medycyna, 1879.
15. O tak zwanych suchotach krtaniowych, Medycyna, 1879.
16. Przypadek rozedmy śródpiersiowej. Medycyna, 1879.
17. Uparty nieżyt żołądka. Leczenie mechaniczne. 1879.
18. Ropień głęboki ścian brzusznych. Medycyna, 1879.
19. Krwotok jako przyczyna pierwotna suchot płucnych. Przegląd Lekarski 1878.
20. O niektórych odrębnych postaciach suchot płucnych. Medycyna, 1879.
21. Kilka słów o leczeniu przeciwgorączkowym suchotników. Medycyna, 1879.
22. O nieżytych oskrzelowych, wikłających suchoty płucne. Medycyna, 1880.
23. Przypadek t. zw. *arthropatie des ataxiques*. Medycyna, 1881.
24. Przypadek zwężenia krtani. Medycyna, 1881.
25. Leczenie miejscowe suchot krtaniowych. Medycyna, 1881.
26. Przyczynek do kazuistyki zapalenia opłucnej. Gazeta Lekarska, 1880.
27. Przyczynek do miejscowego leczenia jam suchotniczych. Gazeta Lekarska, 1881.
28. Przypadek róży gardzieli. Gazeta Lekarska, 1881.
29. Sprawozdanie szpitalne z oddziału dla chorób piersiowych w szpitalu Świętego Ducha. Gazeta Lekarska, 1881.
30. O suchotach przymiotowych. Gazeta Lekarska, 1882.
31. O nerwobólach klatki piersiowej, wikłających suchoty płucne. Gazeta Lekarska, 1882.

32. Przypadek raka wątroby z niezwykle szybkim przebiegiem. *Gazeta Lek.*, 1882.
33. Przyczynę do dyagnostyki fizykalnej zapalenia opłucnej. *Gazeta Lekarska*, 1882.
34. Parę słów o leczeniu miejscowem jam suchotniczych. *Medycyna*, 1882.
35. O rozcięciu tchawicy przy tak zwanych suchotach gardłanych. *Medycyna*, 1883.
36. Przypadek zapalenia opon mózgowych. *Medycyna*, 1881.
37. Przypadek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z zejściem pomyślnem. *Medycyna*, 1882.
38. O zwięzieniu przymiotowem dolnej części gardzieli. *Gazeta Lekarska*, 1881.
39. Przypadek uwięźnięcia kiszki w dziurze zaślonej. *Gazeta Lekarska*, 1881.
40. Sprawy leczenia klimatem swojskim. *Gazeta Lekarska*, 1882.
41. Wspólnie z Ołtuszewskim. Przypadek ciała obcego w oskrzeli lewem. *Gazeta Lekarska*, 1881.
42. Przyczynę do kazuistyki i leczenia przewlekłego władu rdzenia kręgowego. *Gazeta Lekarska*, 1883.
43. Jakie jest znaczenie rozpoznawcze tak zwanej plwociny kulistej. *Gazeta Lekarska*, 1883.
44. Jaka jest wartość rozpoznawcza tak zwanej plwociny rdzawej. *Gazeta Lekarska*, 1883.
45. O zaraźliwości suchot ze stanowiska klinicznego. *Gazeta Lekarska*, 1883.
46. Przypadek porażenia kończyn dolnych natury histerycznej u mężczyzny. *Gazeta Lekarska*, 1883.
47. Jeszcze raz w kwestyi zapobiegania, zaraźliwości i leczenia suchot płucnych. *Gazeta Lekarska*, 1883.
48. Przypadek zapalenia przymiotowego tętnic mózgowych. *Gazeta Lekarska*, 1883.
49. Przypadek zawału krwotocznego w płucu z przebiegiem gorączkowym. *Gazeta Lekarska*, 1884.
50. Przyczynę do etyologii i rozpoznania ostrego włóknistego zapalenia płuc. *Gazeta Lekarska*, 1884.
51. Przypadek zwiężenia krtani. *Gazeta Lekarska*, 1884.
52. Przyczynę do statystyki szpitalnej. *Gazeta Lekarska*, 1885.
53. Dwa przypadki gruźlicy podostrawej z zejściem pomyślnem. *Gazeta Lek.*, 1885.
54. O włóknistej postaci suchot płucnych. *Książka pamiątkowa Hoyera. Gazeta Lekarska*, 1885.
55. Przypadek owrządzenia gruźliczego błony śluzowej nosa. *Gazeta Lekarska*, 1885.
56. Przyczynę do statystyki szpitalnej. *Gazeta Lekarska*, 1884.
57. Przyczynę do kazuistyki raka pierwotnego krtani. *Gazeta Lekarska*, 1886.
58. Parę uwag nad charakterem tyfusu brzuszego w Warszawie w latach 1883 do 1885. *Gazeta Lekarska*, 1886.
59. Przyczynę do statystyki szpitalnej. *Zdrowie*, 1886.
60. Przyczynę do symptomatologii i dyagnostyki zatrucia tlenkiem węgla. *Przegląd Lekarski*, 1887.
61. W kwestyi wyleczalności owrządzeń gruźlicy krtani. *Medycyna*, 1886.
62. Z Brodowskim. Przypadek niezwykle rozszerzenia żołądka. *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego*, 1888.
63. Czy obrażenie ciała może być przyczyną ostrego zapalenia płuc. *Gazeta Lekarska*, 1888.
64. Przyczynę do kazuistyki leczenia operacyjnego polipów krtaniowych. *Gazeta Lekarska*, 1888.
65. O samoistnem głębokiem zapaleniu krtani. *Gazeta Lekarska*, 1888.
66. O wyleczalności i leczeniu miejscowem tak zwanych suchot krtaniowych. *Gazeta Lekarska*, 1888.
67. O stosowaniu kreozotu w suchotach płucnych. *Pamiętnik Tow. Lek.*, 1888.
68. Przyczynę do kazuistyki i terapii pierwotnego raka krtani. *Gazeta Lek.*, 1889.
69. Przypadek złamania krtani z zejściem pomyślnem. *Gazeta Lekarska*, 1889.

70. Przyczynek do patologii i terapii rozrostowego zapalenia części podgłośniowej krtani. *Gazeta Lekarska*, 1889
71. O urazowym ostrym zapaleniu płuc. *Nowiny Lekarskie*, 1889.
72. Uwagi nad charakterem influenzy, panującej w Warszawie. *Gazeta Lek.* 1890.
73. Kilka słów nad stosunkiem dyatezy artrytycznej do suchot płucnych. *Gazeta Lekarska*, 1890.
74. O działaniu kantarydianu potasu przy leczeniu suchot płucnych. *Gazeta Lekarska*, 1891.
75. Przypadek owrzdodzenia gruźliczego wargi dolnej, leczony metodą Kocha. *Gazeta Lekarska*, 1891.
76. Z Dmochowskim. Przyczynek do patologii i kliniki spraw zapalnych migdałów. *Gazeta Lekarska*, 1891.
77. Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałów. *Przegląd Lekarski*, 1891.
78. O stosunku wyrosli adenoidalnych do enuresis nocturna. *Gazeta Lek.*, 1892.
79. Kilka uwag o róży krtani. *Gazeta Lekarska*, 1892.
80. Ze Szmurłą. Przyczynek do farmakologii i kliniki niektórych związków grupy aromatycznej. *Gazeta Lekarska*, 1893.
81. Kilka uwag praktycznych o wartości rozpoznawczej krwiopłucia. *Nowiny Lekarskie*, 1893.
82. Przyczynek do kazuistyki nowotworów śródpiersiowych. *Gazeta Lekarska*, 1893.
83. Przyczynek do kazuistyki i dyagnostyki tętniaków aorty. *Gazeta Lek.*, 1893.
84. Przyczynek do kazuistyki dziedzicznego syfilisu krtani, *Gazeta Lekarska*, 1893.
85. Przyczynek do kwestyi możliwości przechodzenia nowotworów krtani łagodnych w złośliwe. *Gazeta Lekarska* 1893.
86. Kula w krtani. *Przegląd Chirurgiczny* 1893.
87. Kilka słów w kwestyi stosowania kreozotu w suchotach płucnych. *Gazeta Lekarska* 1894.
88. Przypadek choroby Raynaud'a. *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego* 1894.
89. Przyczynek do patologii i terapii przewlekłego zapalenia krtani. *Gazeta Lekarska* 1894.
90. Kula otorbiona w płucu. *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego* 1894.
91. Przyczynek do kazuistyki i terapii ciężkich postaci dyfterytu gardzieli. *Gazeta Lekarska* 1894.
92. O samoistnem włóknikowem zapaleniu oskrzeli. *Gazeta Lekarska* 1895.
93. Tętniak aorty brzusznej. *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego* 1896.
94. Zwężenie przełyku przez ucisk gruczołów chłonnych. *Pam. Tow. Lek.*, 1896.
95. Z Brodowskim, Wylew krwi do mózdzku. *Pam. Tow. Lek.* 1896.
96. Przyczynek do patologii i terapii przewlekłego przerostowego zapalenia krtani. *Gazeta Lekarska* 1896.
97. Kamienie nerkowe niezwykłego składu i wielkości. *Pam. Tow. Lek.* 1898.
98. Zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych przy wadach serca. *G. L.* 1898.
99. W pogoni za zdrowiem. *Krytyka Lekarska* 1898.
100. Ciężka postać anemii, wywołana przez anchylostomum duodenale. *P. T. L.* 1899.
101. Cierpienia dróg oddechowych wnikających zimnicę (bronchitis, broncho-pneumonia malarica). *Gazeta Lekarska* 1900.
102. Statystyczne dane, dotyczące niektórych momentów usposabiających do gruźlicy płucnej (dziedziczność, zapalenia opłucnej, alkoholizm, przymiot). *Dziennik Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Krakowie* 1900, jako też prace Sekcyi Gruźliczej Zjazdu. *Warszawa* 1901.
103. Objawy ze strony dróg oddechowych, spostrzegane u suchotników, dotkniętych usposobieniem artretycznem. *Gazeta Lekarska* 1900.
104. Przypadek tętniaka aorty brzusznej. *Pam. Tow. Lek.* 1900.
105. Kamień nerkowy niezwykłej wielkości, wydalony przez cewkę. *P. T. L.* 1900.
106. O potrzebie i doniosłości badań meteorologicznych w naszych stacjach klimatycznych. *Zdrowie* 1900.

107. Miejscowości na Śląsku Austriackim, nadające się na stacye klimatyczne. Zdrowie 1900.
108. Leczenie ostrego włóknikowego zapalenia płuc. Czasopismo Lek. 1902.
109. Czy i w jakim stopniu uraz może być przyczyną suchot płucnych. Gazeta Lekarska 1902.
110. Przypadek guza wychodzącego z *ventriculus Morgagni*. Medycyna 1902.
111. Ropień okołomigdałowy, jako powikłanie tonsillotomii. Medycyna 1902.
112. Przymiot czy skleromat krtani. Medycyna 1902.
113. Parę słów w kwestyi poprawienia iosu suchotników w szpitalach warszawskich. Zdrowie 1903.
114. Przypadek raka krtani. Medycyna 1903.
115. Zapalenie ropne opłucnej natury grzniczej. Nowiny Lekarskie 1904.
116. O obawie przed suchotami. Nowiny Lekarskie 1904.
117. O zrostach opłucnej. Czasopismo Lekarskie 1904.
118. Listy z podróży po Danii i Szwajcaryi. Gazeta Lekarska 1904.
119. Z kazuistyki laryngologicznej. Medycyna 1904.
120. O leczeniu przeciwgorączkowym suchotników. Medycyna 1905.
121. Co przedsięwziąć winny nasze oddziały prowincjonalne Towarzystwa Hygienicznego w walce z gruźlicą. Zdrowie 1905.
122. Leczenie sanatoryjne suchot płucnych. Przegląd Lekarski 1905.
123. Stan obecny walki z gruźlicą w Anglii. Z wrażeń osobistych. Zdr. 1907.
124. O szczeniu się i zwalczaniu gruźlicy płucnej u nas. Przegląd Lek. 1907.
125. Klimat przymorski—Kąpiele i podróże morskie. Zdrowie 1908.
126. Z nad oceanu Atlantyckiego. Szkic Balneologiczny. Czasopismo Lek. 1908.
127. S. i Dębiński. Badania kliniczne nad surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. G. L. 1908.
128. Przyczynek do etyologii i terapii spraw chronicznych gardzieli, spostrzeganych w przebiegu neurastenii. Gaz. Lek. 1908.
129. Wogezy—wyspa Jersey. Szkic Balneologiczny. Zdr. 1908.
130. Przypadek zgorzeli migdałka podniebieniowego. Pamiętnik Tow. Lek. 1909.
131. Przypadek pozornej lymphadenitis cervicalis. Pamiętnik T. L. 1909.
132. Fundacya Imienia Dr. W. Koczorowskiego. Pamięt. T. L. 1910.
133. Co u nas w Królestwie dotychczas zrobiono w sprawie walki z gruźlicą. „Gruźlica“ 1909 № 1.
134. T. zw. Gorączka Maltańska. Gazeta Lek. 1910.
135. Madera i wyspy Kanaryjskie z punktu widzenia klimatoterapeutycznego. Zdrowie 1910.
136. Wrażenia z podróży po miejscach kąpielowych Anglii. Medycyna 1907.
137. Czy ludność żydowska częściej niż chrześcijańska zapada u nas na suchoty płucne. Tyg. Lek. Lwowski 1907.
138. O artrytyzmie z punktu widzenia klinicznego. Pamięt. Tow. Lek. 1910.
139. Wskazania do chirurgii płuc. Pamięt. Tow. Lek. 1911.
140. Dziesięć dni na Sycylii. str. 20. Warszawa 1912.

PRACE OGŁOSZONE W JĘZYKU NIEMIECKIM.

A. WYDAWNICTWA KSIĄŻKOWE I BROSZURY.

1. Beitrage zur Lehre von der Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht. Berlin.
2. Klinik der Brustkrankheiten. Berlin 1906.
Tom I Krankheiten der Trachea und der Bronchien. Krankheiten der Lungen.
Tom II Krankheiten des Brustfells und des Mittelfels. Lungenschwindsucht.
3. Ueber die larvirten Formen der Lungentuberkulose. Wien 1890. Klinische Zeit- und Streitfragen.

4. Ueber die Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane bei arthritisch beanlagten Individuen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-Ohren-Mund und Halskrankheiten Nr. 1.
5. Larynxerkrankungen bei chronischen und Allgemeinkrankheiten. Handbuch der Laryng. und Rhinol. herausgegeben von Dr. P. Heymann. Bd. I. Wien 1898.
6. Ueber die in der Nasenhoehle bei allgemeinen Krankheiten des Organismus. Tamze. Tom II rok 1899.
7. Krankhafte Veränderungen welche bei allgemeinen Constitutionsströrungen im und bei einigen im Erkrankungen im Rachen beobachtet werden. Tamze. Tom III. 1897.

B. PRACE ZAMIESZCZONE W CZASOPISMACH NIEMIECKICH.

1. Zur antipyretischen Behandlung der Phthisiker. Deut. Zeitschrift prakt. Medicin № 46 rok 1875.
2. Ein Fall von Endocarditis acuta idiopatica. Deut. med. Wochenschr. 1875.
3. Ueber Anwendung der kalten Douchen und Abreibungen bei Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht. Berl. klin. Wochenschr. 1879.
4. Mittheilungen aus der Heilanstalt des Dr. Brehmer in Goerbersdorf. Zur Aetiology des Abdominaltyphus. Deut. Med. Woch. 1877.
5. Ueber das Vorkommen von elastischen Fasern im Auswurf der Lungenschwindsuchtigen. Deutsch. Med. Woch. 1877.
6. Beitrag zur Aetiology der chronischen Lungenschwindsucht. Ber. Klin. Woch. 1878.
7. Einige praktische Bemerkungen über die im Verlauf der Lungenschwindsucht vorkommenden Blutungen. Deut. Med. Woch. 1879.
8. Ein Fall von Aneurysmus Aortae. Deut. Arch. f. Klin. Med. Band 29.
9. Beitrag zur lokalen Behandlung der Lungencavernen. D. M. Woch. 1882.
10. Zwei Faelle von syphilitischen Pharynxstenose. Deut. Med. Woch. 1882.
11. Ueber die luetische Phthise. Deut. Med. Woch. 1883.
12. Ueber die fibrose Form der Lungenschwindsucht. Deut. Ar. f. kl. M. 1883.
13. Ueber luetische Stenose der Trachea und der Bronchie. Berl. klin. Woch. 1889.
14. Kann ein aeußeres Koerpertrauma zur acuten Pneumonie fuehren. Berl. klin. Woch. 1889.
15. Ueber die Heilbarkeit. und oertliche Behandlung der sogenannten Kehlkopfschwindsucht. Wien. klin. Woch. 1889. № 4.
16. Beitrag zur Kasuistik und Therapie des primaeren Larynxcarcinoms. Int. klin. Rund. 1889.
17. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Laryngitis subglottica hypertrophica chronica. Berl. klin. Woch. 1890.
18. Ein Fall von Kehlkopffractur mit guenstigem Ausgang. Berl. kl. W. 1890.
19. Einige Bemerkungen über Zusammenhang zwischen der arthritischen Diathese und der Lungentuberculose. Deut. Ar. f. klin. M. XLVII Bd.
20. Ueber die Erscheinungen und Complicationen von Seiten der Respirationsorgane im Verlauf der Influenza-Epidemie. Int. Kl. R. 1890.
21. Ein Beitrag zur Frage über die Möglichkeit des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in böseartige. Ar. f. Lar. II Bd.
22. Ein Beitrag zur Pathologie der entzündlichen Tonsillarprocesse. Deut. Arch. f. klin. Med. XLIX Bd.
23. Ueber die idiopatische fibrinoese Bronchitis. D. Ar. f. kl. M. LVI Bd.
24. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Entzündung des Kehlkopfes und der Luftroehre. Ar. f. L. IV B. 1896
25. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Kehlkopfentzündung. Ar. f. Lar. II Bd. 1897.

26. Die krankhaften Veraenderungen im oberen Abschnitte des Respirationstractus im Verlauf von Herzklappenfehlern. Ar. f. L. 8 Bd. 1898.
27. Beitrag zur Diagnostik der Geschwulste des Mediastinum. Deut. Med. Woch. 1898.
28. Statistisches betreffend gewisse Momente, welche zur Lungentuberkulose verlangen: Vererbung, Brustfellentzündung, Alkoholismus, Syphilis. Zeitschrift f. Tuberkulose 1901. Bd. II. H. III.
29. Kann ein Trauma die Ursache für die Entstehung der Lungenschwindsucht angeben und in welchem Masse ist dies moeglich. Zeit. f. T. 1903.
30. Die therapeutische Bedeutung des Suedklimas mit besonderer Beruecksichtigung Algeriens. Zeitschr. f. Tuberk. 1906, Bd. IX. H. II.
31. Verbreitung und Bekämpfung des Lungentuberculose in Polen. Zeitschrift i. Tuberk. 1907. Bd. XII.
32. Zur Klimatotherapie Madeiras und der Kanarischen Inseln. Zeit. f. Tubercul. Bd. XVI. 1910.
33. Sokołowski u. Dembiński. Klinische Untersuchungen über das antituberculöse Serum von Marmorek. Zeit. f. Tub. Bd. XIII. 1908.
34. Diagnose und Therapie der beginnenden Lungentuber. mit hilfe moderner diagnostischen und therapeutischen Methoden vom klinischen Standpunkte aus dargestellt. Berl. kl. Wochenschrift 42—43. 1910.
35. Gravidität und Kehlkopftuberculose. Zeitschrift für Laryngologie. 1910.

Prace ogłoszone w języku francuskim.

1. Quelques remarques sur les complications laryngées de la phtisie pulmonaire. Thèse de Paris. (Rozprawa doktorska).
2. Contribution a l'étiologie de la phthisie pulmonaire. Mouvement Méd. 1878.
3. Contribution a la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires. Arch. Int. de Laryng. 1891. Tom IV, str. 331 do 348.
4. Quelques observations relatives a l'érysipele du larynx. Ar. In. de Laryng. 1892, tom V.
5. Une balle dans le larynx. Ar. Int. de Laryng. 1893.
6. Les formes larvées de la tuberculose laryngée. Arch. Int. de Lar. 1890.

W języku rosyjskim.

1. O skrytych formach logocznoy czachotki. Kliniczeskoje Nabludienie. Perewioł Stosz. Kiew, 1892.
2. Boleźni organow dychania. Kliniczeskia lekcji. Perewod dra Sochackawo pod redakcją prof. Wagnera. Czast' I. Boleźni dychatelnawo gorła i bronchów. Peterburg, Izd. Rikera r 1906. Czast' III Perowod. d-ra Sadowskiej r. 1913.

W języku angielskim.

1. A case of fracture of the Laryngs. The Journal of Laryng. 1890.

Spis asystentów, którzy pracowali w oddziale Dra med. A. SOKOŁOWSKIEGO w szpitalu Św. Ducha w Warszawie.

-
- | | |
|---|---|
| Michał Szwykowski (1884—1886). | Tomasz Stano (1899—1906). |
| Witold Szumlański (1885—1888). | Gustaw Sztolcman (1899—1903). |
| Jan Sędziak (1885—1889). | M. Wasiewicz (1901). |
| Jan Bączkiewicz (1886—1891). | Tadeusz Borzęcki (1900—1913). |
| Jan Pruszyński (1886). | Feliks Erbrich (1900—1908). |
| Feliks Zbrozek (1887). | Aloizy Fitkał (1901—1903). |
| Kazimierz Zieliński (1888—1890). | Aleksy Nowakowski (1901—1903). |
| Zdzisław Dmochowski (1889—1891). | Stanisław Gałęcki (1902—1905). |
| Józef Jaworski (1889—1890). | Leon Zieliński (1904—1906). |
| Stanisław Iwanicki (1891—1892). | Bolesław Dębiński (1905—1913). |
| Maryan Waskiewicz (1891 - 1892). | Witold Piasecki (1907—1909). |
| Jan Szmurło (1892—1894). | Andrzej Krysiński (1908—1909). |
| Augustyn Łogucki (1893—1903). | Józef Kulesza (1908—1910). |
| Feliks Świeżyński (1893—1896). | Stanisław Tuz (1908—1913). |
| Stanisław Sitkowski (1893). | Stanisław Krzyżanowski (1908—1911). |
| Teodor Drabczyk (1894—1896 i
1905—1908). | Władysław Przygoda (1908—1912). |
| Czesław Barszczewski (1895—1897). | Euzebiusz Turkiewicz (1909—1912). |
| Robert Sinolęcki (1895—1899). | Tadeusz Budzyński (1909). |
| Józef Pstrokoński (1897—1898). | Czesław Jakubowski (1910—1913). |
| Hipolit Cybulski (1897—1899). | Jan Kozubowski (1910—1911). |
| Tadeusz Kurella (1898—1901). | Justyna Budzińska-Tylicka
(1910 - 1912). |
| Juliusz Szleifsztein (1898 - 1902). | Władysław Brodowski (1911—1913). |
| Aleksander Żebrowski (1899—1900). | Jan Surawski (1911—1913). |
-

SPIS PRAC, WYKONANYCH PRZEZ ASYSTENTÓW W OD- DZIALE DRA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Michał Szwykowski. Kilka słów o lasecznikach gruźliczych. Gazeta Lekarska 1883.

Jan Sędziak. 1) O leczeniu suchot płucnych kreozotem. Gazeta Lekarska 1888.

2) Wstrzykiwania miąższowe kreozotu w suchotach płucnych. Gazeta Lek. 1888.

3) Przyczynek do kazuistyki ciał obcych. Gaz. Lek. 1888.

4) Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych oraz przewodzie pokarmowym. Gaz. Lek. 1889.

5) O leczeniu t. zw. suchot krtaniowych wraz z uwagami o gruźlicy krtani pierwotnej oraz wyleczeniu takowej. Kron. Lek. 1889.

Jan Bączkiewicz. 1) Przypadek niezwyklego rozszerzenia żołądka. Gaz. Lek. 1888.

2) O szybkości wchłaniania jodku potasu w kiszce prostej. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1892.

Kazimierz Zieliński. Przypadek wrodzonego braku wielkiego i małego mięśnia piersiowego. Gaz. Lek. 1892.

Zdzisław Dmochowski. 1) Nowy sposób ilościowego określania acetonu w moczu. Gaz. Lek. 1889.

2) O wtórnym cierpieniu migdałków gardzieliowych i gruczołów woreczkowatych na podstawie języka u suchotników. Gaz. Lek. 1889.

3) Kilka uwag krytycznych, dotyczących metody określania kwasu solnego w zawartości żołądka według Sjöquista. Gaz. Lek. 1891.

4) Wspólnie z A. Sokółowskim. Przyczynek do patologii i kliniki spraw zapalnych migdałków. Gaz. Lek. 1891.

5) Wyrośla adenoidalne w jamie nosogardzieliowej (praca nagr. na konk. Koczorowskiego). Pam. Tow. Lek. 1892.

J ó z e f J a w o r s k i. 1) Przyczynek do etyologii sapki u ssawców i jej leczenia. Kronika Lekarska 1892.

2) Zapalenie płuc wiklane chorobą Werlhof'a. Kron. Lek. i Wien. Med. Presse 1892.

S t a n i s ł a w I w a n i c k i. Kilka uwag o epidemii włóknikowego zapalenia płuc w r. 1891 na podstawie 50 obserwowanych przypadków. Nowiny Lekarskie 1892.

J a n S z m u r ł o. 1) Przyczynek do farmakologicznego działania niektórych związków grupy aromatycznej: *Piperidinacetobrenzkatechina*. Gazeta Lek. 1893.

2) Przypadek mięsaka gruczołów pozaozronowych z przerzutami w wątrobie i śledzionie. Gaz. Lek. 1893.

3) Przyczynek do farmakologii i kliniki niektórych związków grupy aromatycznej: *Parachlorphenol*. Gaz. Lek. 1894.

4) Przypadek współistnienia raka i mięsaka krtani. Medycyna 1894.

A u g u s t y n Ł o g u c k i. 1) Przyczynek do etyologii ropnia okołomigdalekowego. Gaz. Lek. 1895. Arch. f. Laryngol. T. 4, z. 2.

2) Wspólnie z L. Nenckim i Wł. Mączewskim. W sprawie wyrobu i stosowania nowej tuberkuliny K. Kocha. Gaz. Lek. 1897., Ther. Woch. 1897. i Presse méd. 1897.

3) Przyczynek do kazuistyki i dyagnostyki tętniaków aorty brzusznej. Kron. Lek. 1897.

4) Parachlorfenol i menthorol w zastosowaniu do leczenia gruźlicy górniego odcinka dróg oddechowych. Kron. Lek. 1899. i Therap. Monatshefte 1902.

5) Przypadek białaczki śledzionowej. Pamiętnik Towarz. Lekarskiego Warsz. 1900.

6) Przypadek włókniaka jamy nosogardzielowej. Pam. Towarz. Lek. Warsz. 1900.

F e l i k s Ś w i e ż y Ń s k i. Przyczynek do anatomii patologicznej polipów krtaniowych. Gaz. Lek. 1895.

T e o d o r D r a b c z y k. 1) O sposobach ilościowego określenia kwasu moczowego. Gaz. Lek. 1896.

2) Elektroliza i jej zastosowanie w cierpieniach nosa. Kron. Lek. 1898.

H i p o l i t C y b u l s k i. 1) Przypadek odmy piersiowej. Gazeta Lekarska 1898.

2) Wskaźnik gruźlicy u nas. Gaz. Lek. 1902.

J u l i u s z S z l e i f s z t e i n. Ankylostomiasis et ankylostoma duodenale. Pam. Tow. Lek. 1902.

T o m a s z S t a n o wspólnie z S. K o p c z y Ń s k i m. Przypadek kostniaka opony twardej. Gaz. Lek. 1902.

G u s t a w S z t o l c m a n. 1) Badania powietrza w szpitalu Św. Ducha. Zdrowie 1901. 2) Alkohol i gruźlica. Zdrowie 1902.

- T a d e u s z B o r z ę c k i. 1) Jakie wyniki osiągają suchotnicy z pobytu w szpitalach naszych. Kronika Lekarska 1902.
- 2) Klimatoterapia i Balneoterapia. Weber-Mayer — przełożył i uzupełnił 1909 r. (wydawnictwo Kasy Mianowskiego).
 - 3) Etiologia i rozpoznanie bakteryologiczne cholery (odczyt kliniczny). Medycyna i Kron. Lek. 1910 r.
 - 4) Zastosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu suchot płucnych. Medycyna i Kron. Lek. 1911 r. (Praca nagrodzona na konkursie im. Moczutkowskiego w 1912 r.).

- F e l i k s E r b r i c h. 1) O nowych sposobach badania łaseczników dyfterytycznych. Gaz. Lek. 1901.
- 2) Wyniki badania kart szpitalnych na łaseczniki gruźlicze. Zdrowie 1902.
 - 3) Tracheo- i bronchoskopia. Gazeta Lekarska 1909.
 - 4) Operacja podśluzowa przegrody nosowej. Gaz. Lek. 1909.
 - 5) Ciała obce w oskrzelach. Gaz. Lek. 1911.
 - 6) Operacja wyluszczenia migdałków. Gaz. Lek. 1912.

B o l e s ł a w D ę b i ń s k i. 1) Kwestya zakażenia mieszanego w gruźlicy w świetle najnowszych badań. Gaz. Lek. 1906.

- 2) O bakteryolizie łaseczników rzekomogruźliczych. Gaz. Lek. 1906. i Zeit. f. Tuberk. 1906.
- 3) O szczepieniu ochronnem przeciwko gruźlicy. Gazeta Lek. 1906.
- 4) W sprawie odczynu ocznego Calmette'a u gruźliczych. Gaz. Lek. 1907 i Zeit. f. Tub. 1908.
- 5) Wspólnie z drem A. S o k o ł o w s k i m. Badania kliniczne nad surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. Gazeta Lekarska 1908 i Zeit. f. Tub. 1909.
- 6) Znaczenie kliniczne odczynu Calmette'a. Gaz. Lek. 1908 i Zeit. f. Tub. 1909.
- 7) Dyagnostyka gruźlicy. Część I. Metody kliniczno-laboratoryjne. Warszawa 1912.

S t a n i s ł a w T u z. Spostrzeżenia kliniczne nad próbami tuberkulinowemi Pirqueta i Mantoux. Gaz. Lek. 1912.

W ł a d y s ł a w B r o d o w s k i. Przypadek niezwykłego powikłania mózgowego w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego. Gaz. Lek. 1912.

I.

Z kazuistyki intubacyi krtani u dzieci.

PODAŁ

Dr J. Bączkiewicz.

Wyniki leczenia krupu przy pomocy tracheotomii, jako niezbyt zadowolające, przyczyniły się niewątpliwie do szybkiego rozpowszechnienia metody mechanicznego usuwania zwężeń krtani, mianowicie intubacyi. Jeżeli tracheotomia, zastosowana z powodzeniem przez Bretonneau (1830), a szczególnie w leczeniu krupu stosowana przez Trousseau (1848), w szeregu lat zwolna musiała wywalczać sobie należne stanowisko w klinice, to intubacja wprost przeciwnie—wprawdzie w ciągu lat wielu zupełnie zapomniana, z chwilą jednak wznowienia z niezwykłą szybkością i entuzjazmem rozpowszechnioną została. W ciągu lat paru po jej wskrzeszeniu w Ameryce, znalazła zastosowanie we wszystkich prawie klinikach Europy.

Postawiona na razie, jako rywalka tracheotomii, zajęła dziś miejsce poważnej konkurentki.

Dzięki szybkiemu rozpowszechnieniu intubacyi w klinikach, pierwotny zakres jej stosowania (krup) został rozszerzony. Entuzjazm, jaki otaczał zaranie intubacyi, ustąpił już dziś miejsca trzeźwemu sądowi, jaki z nagromadzonego obficie materiału klinicznego wyprowadzić można.

Ojczyzną intubacyi jest Francya. Aczkolwiek różni autorowie w rozmaitych okolicznościach stosowali niekiedy z pożytkiem t. zw. katetyzacyę krtani (Desault, Diffenbach, Loiseau, Horace Green, Hack, Mac. Ewen), pierwszy dopiero Bouchut w r. 1858 ¹⁾ powziął myśl wykonywania intubacyi u dzieci, dotkniętych krupem. O ile sama idea usuwania tą drogą tego ro-

¹⁾ Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles p. le Dr A. Descroizilles. Paris 1891.

dzaju zwężenia krtani, jak się to dziś okazuje, była trafną, o tyle wykonywanie jej i strona techniczna musiały pozostawiać wiele do życzenia, skoro metoda ta wkrótce zapomniana i we Francji wcale rozpowszechniona nie została. Wiele się do tego przyczyniło nieprzychylnie orzeczenie *Académie de Médecine de Paris*. Gdy bowiem Bouchut na posiedzeniu tej Akademii odczytał rzecz „O nowej metodzie leczenia krupę przez intubację krtani“ i przedstawił wyniki swych obserwacji (na 7 przypadków 2 wyzdrowienia po następczej tracheotomii), metoda ta przez prezydującego wtedy Trousseau, wielkiego zwolennika tracheotomii, została potępiona. Dopiero w roku 1880 lekarz amerykański O'Dwyer pogrzebaną w niepamięci metodę wznowił i jeżeli pierwszeństwo pomysłu należy się Bouchut'owi, to znów zasługa praktycznego zastosowania i rozpowszechnienia tej idei niewątpliwie należy się O'Dwyer'owi. Nie będzie to przesadą, jeżeli O'Dwyer'a nazwiemy twórcą nowoczesnej intubacji, lekarz ten bowiem na drodze mozolnych doświadczeń na trupach i wytrwałej klinicznej obserwacji obmyślił i wynalazł doskonale instrumenty, wypracował technikę samego zabiegu i podał wskazania do stosowania jego — jednym słowem podał metodę wykończoną tak pod względem technicznym, jak i klinicznym. Metoda O'Dwyer'a z wielkim entuzjazmem przyjętą i szybko rozpowszechnioną została w Ameryce. Europa na razie mniej pochopną okazała się do przyjęcia innowacji, dziś jednak niema prawie poważniejszej kliniki i szpitala dla dzieci, gdzieby intubacja nie była stosowana. Z biegiem czasu urosła już poważna literatura tego przedmiotu, metoda sama wszechstronnie opracowaną i ocenioną została.

U nas w Polsce pierwszy rozpoczął stosowanie intubacji prof. M. Jakubowski w swojej klinice w Krakowie. Obeznawszy się z tą metodą na klinice krakowskiej i wiedeńskiej, pierwszy w Królestwie poczęłem ją stosować w dławcu u dzieci i w roku 1893 (Gaz. Lek. № 40) ogłosiłem szereg własnych spostrzeżeń i wnioski z nich wypływające. Wkrótce potem intubacja znalazła zastosowanie w naszych szpitalach dla dzieci i rozpowszechnioną została, o czym świadczą prace: Ślapy, Biernackiego, Sachsa, Świeżyńskiego, Grażyńskiego, Pieniążka, Kraushara, Lejzerowicza, Nadzyńskiego, Wasilewskiego, Czarnika, Nowaka, Gettlicha, Sitkowskiego, Brudzińskiego, Jasińskiego, Zabko-Probowicza, de Michelisa. W pracy niniejszej przystępuję do opisu dalszych 10-u obserwacji z ówczesnego stosowania tej metody, gdyż wkrótce potem zajęty organizacją i rozwojem Zakładu leczniczego dla dzieci, osobiście zaprzestałem stosować intubację, nie mogąc dostatecznie poświęcać czasu na jej wykonywanie.

Chociaż intubacje poniżej przytoczone pochodzą z okresu przed stosowaniem surowicy antydyfterytycznej, sądzę jednak, że nie pozbawione są klinicznego interesu i dzisiaj, tem bardziej, że i dziś, właśnie przy stosowaniu surowicy, tylko przypadki cięższe, więcej skomplikowane czyto pod względem samego zakażenia, czy przejawów klinicznych, wchodzą w zakres intubacji i tracheotomii. Wszak czytamy w pracy Reich'a, opartej na 15-letnim doświadczeniu (z kliniki w Monachium), popartej obserwacją 3032 chorych,

u których dokonano 1463 operacji (1312 intubacji i 151 pierwotnych tracheotomii), że większość przypadków przychodzących do szpitala należy do ciężkich, tak że w ciągu 12-u — 24-ch godzin pomimo surowicy należy przystępować do intubacji.

Wobec szerokiego dziś rozpowszechnienia omawianej metody, coraz więcej mamy prac statystycznych, rzucenie więc szeregu obrazów klinicznych może nie będzie pozbawione interesu.

Przypadek I. Angina. Laryngitis crouposa. Intubatio. Tracheotomia secundaria. Mors.

P. M. lat 2, syn właściciela lombardu, chory od dni kilku; obok gorączki znaleziono naloty dyfterytyczne na migdałkach, od wczoraj wystąpiła chrypka i objawy zwężenia krtani. Dnia 29. VIII 1893 o godz. 7-ej z rana wezwany zostałem na naradę przez kol. Brüner'a. Przy badaniu znalazłem: ciepł. 37,6°, chrypka znaczna, oddech stenotyczny, wciąganie umiarkowane, sinicy brak. Gardziel zaczerwieniona, na tylnych łukach lekkie białe naloty. Wobec umiarkowanych objawów zwężenia krtani z zabiegiem chirurgicznym, ewentualnie intubacją postanowiliśmy się wstrzymać.

O godz. 5-ej po południu wobec coraz więcej wzmagających się objawów zaognienia krtani zdecydowaliśmy zastosować intubację, co też niezwłocznie wykonałem. Ulga w oddechu nastąpiła zaraz. W nocy ciepł. 41° bez zmian w organach wewnętrznych, Rano o godzinie 5-ej przy silnym kaszlu dziecko wykrztusiło tubus, poczem jednak czuło się dobrze.

30, VIII. o godz. 8-ej z rana ciepł. 39,0°. Duszność coraz silniejsza; o godz. 10-ej z rana zastosowaliśmy powtórnie intubację. Ulga doraźna. W ciągu dnia ciepł. wyżej 39°, wieczorem 40,1°. W organach wewnętrznych zmian żadnych.

O godz. 7-ej wieczorem silne ataki zaduszania, po ekstubacji ulgi żadnej, wobec czego kol. Brüner przystąpił niezwłocznie do tracheotomii. W 3 dni potem przy objawach ogólnego zakażenia i wyczerpania exitus letalis.

W przypadku tym wysoka ciepłota bez zmian w organach wewnętrznych wskazywała na ciężką infekcję; aczkolwiek intubacja na razie usunęła niebezpieczeństwo zwężenia, widocznie jednak stała się niedostateczną, skoro sprawa krtaniowa się wzmogła; następna tracheotomia wobec silnej infekcji ogólnej okazała się także niedostateczną.

Tubus pozostawał w krtani

I raz — 12 godzin.

5 godzin pauza.

II raz — 9 godzin.

Tracheotomia secundaria.

Przypadek II. Angina et laryngitis diphtherica. Intubatio. Bronchopneumonia sinistra. Paresis palati mollis. Sanatio.

K. J., lat 3¹/₄, syn rymarza, od 5-u dni chory, ma gorączkę przy nalotach w gardle; od 3 dni duszność coraz więcej wzmagająca się i z tego powodu 20 IX. 1893 zostałem wezwany.

Zastałem: stan gorączkowy (37,3°), na migdałach resztki białego nalotu, gruczoły podszczękowe obrzmiałe, chrypka, duszność, wciąganie niezbyt silne (godz. 2¹/₂ po południu). Zalecono vomitorium, poczem ulga w oddychaniu. W wymiocinach błon dyfterytycznych nie znalazłem.

Wieczorem duszność zaczęła się wzmagać, a w nocy coraz silniej występowała, aż z rana tak się wzmożyła, że o godz. 9-ej zostałem gwałtownie wezwany.

21. IX. Godzina 9-ta z rana ciepła 37,6^o.

Oddech przyśpieszony, chrypka, duszność i silne wciąganie, cyanosis.

Niezwłocznie dokonałem *intubacji*, poczem nastąpiła ulga w oddechu; o godz. 1-ej w południe ciepł. 39^o, oddech więcej przyśpieszony, kaszel częstszy.

Wieczorem o 8-ej ciepł. 39,3^o, oddech częstszy choć swobodny, kaszel częstszy, przy wysłuchiwaniu nieco rzężeń, rozrzuconych po stronie lewej (bronchitis).

22. IX. Ciepł. 38,9^o. Vesp. 39,3^o, objawy te same. Tubus pozostawiono nadal

23. IX. z rana 39,0^o. Pod łopatką lewą stłumienie, oddech oskrzelowy, przy kaszlu rzężenia (bronchopneumonia). Mocz zawiera dużo białka (gotowany z kwasem octowym silnie warzy się). Oddech przez tubus swobodny, pozostawiono tubus nadal. Vesp. ciepł. 39,4^o, oddech 44, t. 130.

24. IX. W nocy był częsty i silny kaszel, oddech przez tubus coraz trudniejszy. wobec tego o godz. 12-ej w południe *extubatio*. Po usunięciu tubusa oddech swobodny, kaszel częsty, obfite wykrztuszanie płwociny śluzoworopnej. Gardziel zupełnie oczyściła się, lekkie zaczerwienienie. Pod łopatką lewą objawy ogniska zapalnego w płucu. W moczu białko obfite.

25. IX. Ciepł. 37,8^o. Kaszel wilgotny, oddech swobodny, chrypka umiarkowana, pod łopatką lewą liczne rzężenia.

26. IX. i 27. IX. Objawy te same. Białka coraz mniej w urynie.

28. IX. T. 37,2^o. Oddech pod łopatką nieokreślony, rzężenia, stłumienie nieznaczne.

31. IX. Stan bezgorączkowy. Pod łopatką lewą słycać jeszcze rzężenia wilgotne. W moczu zaledwie lekka opalizacya.

Odtąd stan dziecka stopniowo się poprawiał.

W miesiąc potem widziałem znów dziecko z powodu tego, że nastąpiło utrudnione łykanie i często przy polykaniu płyn przechodził przez nos.

Przy badaniu znalazłem porażenie podniebienia miękkiego. W ciągu paru tygodni wyzdrowienie.

Przypadek ten niewątpliwie zaliczyć należy do zakażeń lasecznikami dyfterytycznym, na co wskazuje następne porażenie podniebienia miękkiego. Intubacya usunęła tu objawy duszności, a wykonana widocznie w chwili, gdy zakażenie dyfterytyczne miało się już ku wyczerpaniu, nie tylko usunęła niebezpieczeństwo zwężenia krtani, lecz prawdopodobnie dała zarazem pomyślniejsze warunki (ułatwienie oddechu) dla przebiegu infekcyi płucnej (bronchopneumonia sinistra).

Tubus pozostawał w krtani 75 godzin.

Przypadek III. Laryngitis crouposa. Intubatio. Tracheotomia secundaria. Mors.

B. W. lat 4, syn inżyniera, od 10-u dni chory na gardło, od 3-ich dni zaś chrypka i duszność stale wzmagająca się, wskutek czego dziecko z prowincyi zostało przywiezione do Warszawy 20. X. 1893. Temp. 38,8^o, na obu migdałkach naloty sinawobiałe, chrypka, duszność, wciąganie znaczne. Wobec takich objawów dokonałem intubacyi, poczem doraźna ulga w oddechu. Tubus pozostawał w krtani w ciągu 40-u godzin, w tym czasie naloty na obu migdałkach częściowo się oddzieliły, oddech był dość swobodny, łykanie dostateczne, kaszel umiarkowany, temp. wahała się w ciągu tego czasu od 38,2^o do 38,8^o. Aczkolwiek ciepłota wskazywała na to, że sprawa dyfterytyczna jest nadal w biegu, nie chcąc jednak zbyt długo trzymać tubusa w krtani, po upływie 40-u godzin dokonałem ekstubacyi, poczem

na razie chory czuł się dobrze: powoli jednak zaczęła się wzmacniać duszność, która w ciągu 5 u godzin tak się wzmożyła, że powtórna intubacja stała się konieczną. Skoro jednak okazała się bez efektu, kol. Steyner wykonał tracheotomię, widoczne bowiem było, że sprawa dyfterytyczna posunęła się tak nisko, iż intubacja była już niedostateczna.

Przebieg pooperacyjny był jednak niezadowolający: ciepłota stale podniesiona wyżej 38°; dochodziła nawet do 39,1°; oddech b. częsty, niezupełnie swobodny, chociaż ze strony płuc nie było żadnych szczególnych objawów, tętno coraz częstsze, ogólne osłabienie i wyczerpanie stale w ciągu kilku dni się wzmagające, doprowadziło w końcu do zejścia śmiertelnego.

W przypadku tym sprawa dyfterytyczna o przebiegu powolnym (18 dni) miała tendencję do opuszczania się i przejścia widocznie na oskrzele. Na razie intubacja usunęła niebezpieczeństwo nacięcia krtani, później jednak okazała się niedostateczną, wobec opuszczania się sprawy dyfterytycznej na oskrzele. Tracheotomia wobec ciężkiej infekcji okazała się również bezskuteczną.

Intubatio 40 godzin
Pausa 5 „
Tracheotomia secundaria

Przypadek IV. *Laryngitis crouposa (albaminiuria). Intubatio. Pneumonia ex aspiratione. Mors.*

D. R., lat 6, syn ślusarza, chory już od 9-u dni. Choroba zaczęła się gorączką, wezwany felczer znalazł plamy białe w gardzieli; gorączka i plamy w gardle podobno przed dwoma dniami znikły, natomiast wystąpiła chrypka i stale wzmagająca się duszność, z powodu której zostałem wezwany d. 26. X. 1898.

Przy badaniu znalazłem: Stan gorączkowy (38,2°), chrypka i duszność z znacznymi objawami wciągania, kaszel krupowy; gardziel mocno zaczerwieniona, gruczoły podszczękowe kątowe obrzmiałe, nieco bolesne. W innych organach zmian nie znalazłem. Kol. Szumlański przy badaniu krtani znalazł mocno czerwoną nagłośnię, miejscami jakby pokrytą śluzem. Niezwłocznie przy pomocy kol. Szumlańskiego i Bukowskiego dokonałem intubacji (11 wieczorem), poczem nastąpiła doraźna ulga w oddechu.

27. X. 10-a z rana. Oddech swobodny, kaszel wilgotny. Stan ogólny zadowolający. Łykanie bardzo utrudnione, towarzyszy mu silne krztuszenie, salivatio wskutek nitki. Nadto dziecko ciągle porusza językiem nitkę, jest obawa, aby tubusa nie wykrztusił. Wieczorem ciepł. 39,2°. Stan ten sam, łykanie b. utrudnione—mało więc chory pije, uryny cały dzień nie oddawał. Zalecono ławatywy odżywcze.

28. X. Ciepł. 38°. Kaszel wilgotny, oddech swobodny. W organach nic nowego. Urynę oddał, zawiera ona dużą ilość białka. Łykanie utrudnione, choć pokarmy papkowate dziecko łyka nieco lepiej. Ławatywy odżywcze. Wieczorem o godz. 8-iej wobec dobrego oddechu a wobec utrudnionego łykania, małej diurezy przy białku w urynie i stanu gorączkowego, dokonałem ekstubacji.

29. X. Noc przeszła spokojnie, z rana dopiero zaczęła występować duszność, która powoli się wzmacniała. Ciepł. 38,8°. O godz. 3 ej po południu duszność mocna, wciąganie, sinica; znów intubatio—ulga w oddechu. Tym razem nitkę od tubusa usunąłem. Wieczorem ciepł. 39,9°, ogólne osłabienie. łykanie trudne, kaszel, wydzielina śluzowa ropna, cuchnąca. Pod łopatką lewą oddech zaostrozony. Diuresis mała.

30. X. Ciepł. 38,2°. Ogólne osłabienie, zresztą objawy te same. Wieczorem ciepł. 38,9°.

31. X. Ciepł. 38,5^o, o godz. 4-ej po południu. Extubatio. Przy kaszlu wydzielina gęsta, lepka, śluzowo ropna, cuchnąca. Po ekstubacji oddech swobodny, ale przyśpieszony znacznie. Pod łopatką lewą oddech prawie nieokreślony.

1. XI. Ciepł. 38,6^o. Oddech swobodny, ale przyśpieszony. Kaszel i wydzielina tego samego charakteru, pod łopatką lewą stłumienie lekkie, oddech oskrzelowy. Diuresis skąpa.

Następnych dni przy wahaniami ciepłoty od 38,4^o do 39,5^o rozwinął się wyraźny obraz zapalenia płuc zachłystowego. Dziecko przy objawach ogólnego wyczerpania i upadku działalności serca w dniu 4.XI. życie zakończyło.

W przypadku tym, aczkolwiek 2-krotnie wykonana intubacja dopomogła do usunięcia objawów zwężenia krtani, nasuwa się jednak refleksya, że wobec trudności łykania, była ona także przyczyną zachłystowego zapalenia płuc, które ostatecznie doprowadziło do zejścia śmiertelnego. Nie ulega kwestyi, że i sama infekcyja górnych dróg oddechowych z wydzieliną cuchnącą sprzyjała powstaniu ogniska zakaźnego w płucu.

I intubacja 45 godzin. Pauza 19 godzin. II intubacja 49 godzin.

Przypadek V. *Laryngitis crouposa. Intubatio. Sanatio.*

G. S. w wieku 11 miesięcy, przy piersi, córka kupca; od kilku dni chrypka, w nocy atoli zaduszania, które z rana znacznie się wzmogły. Wezwany dnia 16. III. 1893 zastałem dziecko blade, wargi sine, niepokój, ciągłe krztuszenie się dziecka robi wrażenie, jakby w tchawicy istniały błony rzekome zluzowane, których dziecko nie jest w stanie wykrztusić. W gardzieli na prawym migdałku biały nalot śmietankowaty wielkości grochu. Kaszel krupowy, oddech utrudniony. Wobec objawów utrudnionego oddechu niezwłocznie przystąpiłem do intubacji. Po założeniu tubusa kompletny bezdech, nastąpiło zsuniecie błon i zatkanie dolnego otworu tubusa, natychmiast extubatio, oddech powrócił. Okazało się, że dolny otwór tubusa był zatkany błoną. Wkrótce po ekstubacji przy silnym kaszlu i krztuszeniu się, aż prawie do wymiotów, dziecko wyrzuciło kawałki błon rzekomych. Odtąd stopniowo, acz powoli, w ciągu kilku dni stan dziecka się poprawiał i nastąpił powrót do zdrowia.

W danym przypadku intubatio była tym czynnikiem, który prawdopodobnie już zluzowane błony rzekome ostatecznie oderwał od podłoża, nastąpiło zsuniecie błon i zatkanie tubusa. Na szczęście oddech po ekstubacji powrócił, tracheotomia okazała się zbyteczną, a błony dziecko wykrztusiło. I Intubatio—minuta.

Przypadek VI. *Laryngitis crouposa. Intubatio. Mors.*

F. G., 11 miesięcy, sztucznie karmiona, córka kupca, od 2-u tygodni chora. Choroba rozpoczęła się gorączką, na migdałach wystąpiły naloty; od 5-u dni chrypka, a od 3-ch dni stopniowo wzmagająca się duszność; z powodu tejże około południa zostałem wezwany 5. I. 1894. Przy badaniu znalazłem: dziecko blade, na wargach objawy sinicy, ciepł. 37,8^o; tętno 160, ogólne osłabienie; obadwa migdałki zaczerwienione, na migdałku prawym nalot biały wielkości grochu, chrypka silna, objawy wybitne zwężenia krtani, wciąganie silne. Wobec takich objawów nie z wlekając, wykonałem intubację. Zabieg ten nie dał wyniku dodatniego, natomiast wystąpiły objawy zaduszania, natychmiast rurkę intubacyjną usunąłem przy pomocy nitki, poczem nastąpiła ulga w oddechu, a przy kaszlu czuć było jakby kłopotanie błon, jak to niemcy nazywają „*Uebnranklappern*“; jasnym więc było, że przyczyną zaduszenia w momencie intubacji było zluzowanie i zepchnięcie błon przez tubus.

Skoro jednak ogólne osłabienie dziecka i niedostateczne wysiłki kaszlowe nie wzbudzały nadziei, aby dziecko zdobyło się na oderwanie i wykrztuszenie zluzowanych błon, zaproponowałem i usilnie nalegałem na wykonanie tracheotomii, na co rodzice w żaden sposób zgodzić się nie chcieli. Przy objawach coraz większego osłabienia, zaduszania i upadku działalności serca wieczorem nastąpiło zejście śmiertelne.

W przypadku tym o przebiegu powolnym (2 tygodnie) sprawa dyfterytyczna z gardzieli przesunęła się na krtąń i w chwili wykonania intubacji widocznie błony ruchome w krtani były już dostatecznie dojrzałe, luźno związane z podłożem, skoro akt intubacji spowodował ich usunięcie. Przypuszczać należy, że powtórna intubacja jeszczeby silniej mogła zaczerpować światło tchawicy, dlatego też z obawy, aby dziecko przy powtórnej intubacji, przy tak wybitnym ogólnym osłabieniu i słabej czynności serca, nie „zostało mi w rękach“, stanowczo zaniechałem tego zabiegu, natomiast gorąco namawiałem rodziców na tracheotomię, w nadziei, że zluzowane błony bądź przez rurkę, bądź przez ranę tracheotomiczną zostaną usunięte i warunki pomyslnego oddechu przywrócone.

I Intubatio—1 minuta.

Przypadek VII. *Laryngitis et rhinitis crouposa post morbillos. Intubatio. Bronchitis. Tracheotomia secundaria, Sanatio.*

L., lat 7, syn cukiernika, w przebiegu odry dostał silnej coraz więcej wzmagającej się chrypki i objawów zwężenia krtani. Przy badaniu znaleziono gardziel silnie zaczerwienioną, a na przegrodzie nosowej wyraźne białe naloty błonicowe. Stan gorączkowy. Objawy kataru oskrzeli.

D. 3. III. 1894. o godzinie 4-ej po południu dokonałem intubacji, poczem nastąpiła ulga w oddychaniu; w nocy jednak duszność powoli zaczęła się wzmacniać, tak że o godz. 4-ej zmuszony byłem dokonać ekstubacji; okazało się, że światło tubusa było znacznie zwężone gęstą, lepką wydzieliną. Po ekstubacji nastąpiła ulga w oddechu.

D. 4. III. Nazajutrz z rana umiarkowana, lecz coraz wyraźniejsza duszność przy kaszlu krupowym; duszność około godziny 10-ej tak się zaczęła wzmacniać, że o godzinie 11-ej zmuszony byłem wykonać powtórnie intubację, ulga w oddechu nastąpiła, jednak nie tak wyraźna, jak przy pierwszej intubacji. W parę godzin potem duszność zaczęła się wzmacniać, o godzinie 4-ej po południu nastąpił tak silny atak zaduszania, iż zmuszony byłem dokonać ekstubacji, światło tubusa tym razem nie było wyraźnie zatkane, duszność więc zależną była widocznie od szerzenia się sprawy dyfterytycznej. Ku wieczorowi duszność zaczęła się znów wzmacniać. Wobec krótkotrwałej i niepełnej ulgi po poprzedniej intubacji wspólnie z kol. Brüner'em zdecydowaliśmy się przystąpić do tracheotomii, co też uskutecznione zostało. Następnego dnia chłopiec przez rurkę wyksztusił kawałki błon, między którymi znajdowały się odlewy, wskazujące na podział oskrzeli. Jasnym więc było, że mieliśmy do czynienia z *bronchitis crouposa*. Stopniowo jednak tak objawy miejscowe, jak i ogólny stan chorego zaczął się poprawiać, wkrótce nastąpił stan bezgorączkowy i chory powoli wyzdrowiał.

W przypadku tym objawy krupowe nosa, krtani i następnie oskrzeli wystąpiły po odrze. Intubacja pólty okazała się wystarczającą, póki sprawa błonicza nie opuściła się niżej na oskrzele, wówczas tracheotomia stała się

niezbędną i pomocną, gdyż zluzowane błony rzekome łatwiej mogły być wydalane na zewnątrz przez stosunkowo większe światło rurki tracheotomijnej.

Przypuszczać jednak należy, że z chwilą wykonania tracheotomii organizm już zdołał zwalczyć sprawę błoniczą, skoro ta od tej pory nie posuwała się dalej, a natomiast zaczął się proces luzowania i wydalania błon rzekomych.

I Intubatio 12 godzin

Pauza 7 „

II Intubatio 5 „

Tracheotomia.

Przypadek VIII. *Laryngitis crouposa. Intubatio. Sanatio.*

Dnia 16. VI. 1894 wezwany zostałem do dziecka 3¹/₂-letniego L. A., syna kupca, z powodu kaszlu trwającego od 2-u tygodni, do którego od tygodnia dołączyła się chrypka; w ciągu tego czasu pod względem kaszlu i chrypki następowały to polepszenie, to znów chwilowe pogorszenie. Choroba jakoby zaczęła się rozwijać powoli, bez wyraźnej gorączki.

Przy badaniu okazało się: dziecko dobrze zbudowane, objawy krzywicy nieznaczne, odżywienie dobre. Ciepł. 37,6°; w organach wewnętrznych zmian żadnych; głos chrypliwy, łykanie niebolesne, gruczoły podszczękowe nieco powiększone, szczególnie po stronie prawej; błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, szczególnie po stronie prawej, za prawym migdałkiem u dołu na tylnej ścianie gardzieli białe, grube o wyglądzie śmietany nalot wielkości dużego grochu polnego.

Wobec takiego stanu gardzieli wyraziłem ojcu bardzo poważne obawy co do charakteru chrypki.

Dnia 17. VI. stan bez zmiany.

W nocy atak zaduszania, po wymiotach znaczna poprawa.

18 VI. W ciągu dnia 2 ataki zaduszania; po wymiotach także chwilowa poprawa. Ciepł 37,9°.

19, VI. W nocy takież silny atak zaduszania. Ciepł. 37,7°. Przy wymiotach dziecko wykrztusiło kawałki błon dyfterytycznych.

O godzinie 5-iej w nocy z dnia 19. VI na 20. VI. powtórnie wezwany z powodu silnego ataku zaduszania, przy pomocy kol. Wrześniowskiego przystąpiłem do wykonania intubacji, podczas tego aktu jednak dziecko tak silnie się rzucało, że nie zdołałem tubusa wprowadzić, przyczem nastąpiło silne krztuszenie i chłopiec wyrzucił całkowicie gruby odlew tchawicy, nastąpiła znakomita ulga w oddychaniu, wobec czego powtórnej intubacji zaniechałem.

Następnego dnia (20. VI) o godzinie 8 ej z rana znów silny atak duszności, wskutek czego przy pomocy kol. Wrześniowskiego dokonałem intubacji. Godzina 12 a w południe; ciepł. 39,5°; w organach wewnętrznych zmian żadnych oddech przez tubus swobodny. O godzinie 3-iej po południu oddech coraz więcej utrudniony, krztuszenie, dziecko nitkę przegryzło, dokonałem więc ekstubacji instrumentem, poczem natychmiast dziecko wykrztusiło odlew tchawicy nieco cieńszy niż poprzedni. Mając na względzie szybkość tworzenia się naitów i zaatakowanie sprawą całej tchawicy, w pół godziny potem powtórnie założyłem tubus, przesunawszy nitkę między zębami. Wieczorem ciepł. 38,8°, stan ogólny chorego niezły, oddech swobodny.

21. VI. 8 z rana. Ciepł. 38°; 12 w poł. ciepł. 37,8°; 3-a po poł. ciepł. 38,5°; 8-a wieczorem ciepł. 38 7° Stan ogólny dobry, oddychanie swobodne, przy kaszlu od czasu do czasu wyrzuca chory kawałki cienkich błon, łykanie zadowolające.

22. VI. 8-a z rana. Ciepł. 37,3°. Dziecko spało niezle, weselsze, wykrztusza jeszcze kawałki błon. Oddech dobry. W ciągu dnia ciepł. nie przekroczyła 37,4°.

23, VI. Stan ten sam. W urynie przy badaniu na białko opalizacya (gotowanie, kwas octowy).

24. VI. Ciepł. 37,1° Stan ogólny dobry, oddech swobodny, przy kaszlu zaczyna się wydzielać plwocina śluzoworopna. O godz. 3^{1/2} tubus usunąłem. Odtąd stan chorego stopniowo zaczął się polepszać pod każdym względem.

W przypadku tym o przebiegu i początku choroby powolnym, prawie bezgorączkowym, zasługuje na uwagę silna reakcja gorączkowa, trwająca 2 dni po wykonaniu intubacji i w tejto reakcyi należy upatrywać objaw samoobrony organizmu; czy wskutek, czy też może tylko po intubacji nastąpiło widocznie silniejsze tworzenie i wchłanianie toksyn, a zarazem tworzenie się surowicy samoobronnej i w następstwie ograniczenie sprawy. Przy aktach intubacji nastąpiło dwukrotne wykrztuszenie odlewów tchawicy, w końcu wyrzucanie przez tubus kawalków błon. Tubus w ciągu 4-ch dób pozostawał w tchawicy bez żadnych złych następstw.

I Intubatio 6^{1/2} godz.

Pauza ^{1/2} „

II Intubatio 96 „

Przypadek IX. *Spasmus laryngis. Intubatio. Mors.*

20. VI. Wpadła do ambulatoryum kobieta z 5-miesięczną dziewczynką, która podobno od paru dni chora była na krwawą biegunkę. Matka opowiadała że po lawatywie, jakoby zadanej przez felczera z rumianku z oliwą, wkrótce dziecko poczęło się dusić. Stan dziecka był następujący: tętno zaledwie wyczuwalne, bladeść, sinica, oddech słaby; zastosowaliśmy sztuczny oddech, język przeszyto nitką i wyciągnięto, aby ułatwić dostęp powietrza, rozcieranie, sinapismata, injectio camphorae. Po tych zabiegach nieco dziecko się czywiło, zaczęło mocniej oddychać. jednak od czasu do czasu występowały kurcze krtani (*spasmus laryngis*). W jednym z takich ataków spróbowałem założyć tubus, jednak skurcz głośni był tak silny, że nie byłem w stanie przeprowadzić przez głośnię tubusa, a obawiałem się forsować, aby nie wywołać skaleczenia strun lub też aby nie zrobić „fausse route“ i nie wejść do sinus pyryformis lub sinus Morgagni. Brak śladów krwi w tubusie wskazywać się zdawał, że podobne uszkodzenia nie miały miejsca, jednak ze względu na wiek dziecka (5 miesięcy) pomimo użycia najmniejszego tubusa, wskazana była wielka ostrożność w wykonaniu zaoiegu. Skurcz po chwili minął, gdy jednak po paru minutach wystąpił, powtórnie próbowałem założyć tubus i tym razem osiągnąłem skutek, tubus wszedł do krtani i nastąpił charakterystyczny syczący oddech. Pomimo obecności tubusa, następowały chwile zupełnego apnoe, widocznie pochodzenia centralnego (podejrzewaliśmy jakieś zatrucie: zrenice zżężone, nieruchome).

W pół godziny po założeniu tubusa nastąpiło silne rżenie tchawicowe i utrudniony oddech, usunąłem więc tubus, poczem ani ulgi, ani pogorszenia nie zauważyłem. W parę godzin później dziecko zmarło.

W przypadku tym zasługuje na uwagę trudność wprowadzenia tubusa u tak małego dziecka w czasie silnego skurczu krtani.

I Intubatio ^{1/2} godziny.

Przypadek X. *Laryngo-tracheo-bronchitis crouposa. Mors.*

J. J. lat 2, córeczka rzemieślnika, dnia 28. XII. 1893 r. podczas silnego mro-

zu wywieziona została na spacer sankami; dziecko to, nadmienić należy, w ciągu zimy dotąd z domu nie wychodziło. Wieczorem tegoż dnia niepokój, gorączka.

Przy badaniu znalazłem: dziecko dobrze odżywione i zbudowane, z małemi zmianami krzywicy, ciepł. 38,2^o, na obudwu migdałkach nalot białoszarawy, gruczoły podszczękowe kątowe nieco obrzmiały i bolesne. W organach wewnętrznych, ani też na skórze zmian żadnych. W nocy wystąpił chrypliwy, krupowy kaszel bez objawów zaduszania.

Nazajutrz 19. XII. Ciepł. 37,6^o. Naloty na migdałkach nieco zmniejszone, chryпка wyraźna, kaszel krupowy. objawów zwężenia krtani niema. W płucach zmian żadnych.

Dnia 30—31. XII. 1894 i 1. I. 1895. Stan podgorączkowy; naloty na migdałkach stopniowo zmniejszając się, zginęły, chryпка jednak pozostała, lecz bez objawów zwężenia.

Dnia 2. I. 1895. Dziecko marudne, niespokojne, chryпка jakby nieco większa. Stolce śluzowokrwawe. W nocy napady kaszlu krupowego coraz częstsze i silniejsze przy potęgających się objawach zwężenia krtani (mocne wciąganie podżebrzy). Rodzice ani na intubację, ani na tracheotomię zgodzić się nie chcieli.

3. I. Przy silnym kaszlu aż do wymiotów po południu dziecko wyrzuciło odlew krupowy tchawicy.

W nocy w odstępach kilkogodzinnych wyrzuciło znowu 2 razy częściowe i znacznie cieńsze odlewy.

4. I. Po południu przy mocnym kaszlu wykrztusiła chora po raz 4-ty odlew bardzo cienki, poczem nastąpiła tak w oddechu, jak i w stanie ogólnym poprawa znaczna.

5. I. Raptowne pogorszenie, duszność silna, wciąganie znaczne, szczególnie międzyżeber po lewej stronie, po stronie prawej emphysema (vicarium). Przy silnym kaszlu i ruchach wymiotnych pod wieczór dziecko wyrzuciło po raz 5 ty odlew tchawicy z podziałem na oskrzele. Jasną więc było rzeczą, że sprawa krupowa opuszcza się niżej na oskrzele, szczególnie po stronie lewej. W tym okresie choroby już o intubacji mowy być nie mogło, można było zaledwie tentować co do wykonania tracheotomii, na co rodzina się nie zgodziła, zresztą i szanse powodzenia tejsz były bardzo problematyczne. Po krótkiej poprawie w oddychaniu w nocy nastąpiło znowu pogorszenie znaczne. Przy silnem krztuszeniu dziecko wyrzuciło po raz 6-ty odlew oskrzela z 3-ma bocznemi rozgałęzzeniami.

6. I. Pomimo wyrzucenia odlewów poprawy w oddychaniu niema, sinica i wciąganie coraz wyraźniejsze, tętno znacznie przyspieszone, oddech z obu stron klatki piersiowej słabo słyszalny. Wieczorem przy silnej duszności dziecko wyrzuciło jeszcze odlew oskrzeli (po raz 7-y), z jednym rozgałęzieniem, poczem stan w niczem się nie poprawił.

7. I. Oddychanie coraz trudniejsze, tętno coraz częstsze i słabsze, sinica coraz wybitniejsza. Objawy obrzęku płuc. Dziecko niespokojne, zrywa się, łapie się rączkami za szyję i mostek. Sinica i wyczerpanie się wzmagają, o godz. 3-iej po południu mors.

Przypadek ten aczkolwiek nie intubowany pozwoliłem sobie przytoczyć ze względów następujących:

1) W danym przypadku jaskrawie występuje moment, usposabiający do wystąpienia choroby (mróz i wiatr).

2) W ciągu 4-ch dób dziecko 7 razy wyksztuszało odlewy, co świadczy z jednej strony o szybkości, z jaką błony rzekome się tworzyły, z drugiej znowu o niezwykłej sile wyksztusnej 2-letniego dziecka, skoro 7 razy wyrzucało nie tylko odlewy tchawicy, lecz i oskrzeli z rozgałęzzeniami.

Czy intubacja lub tracheotomia w danym przypadku okazałyby się skuteczną, śmiem wątpić wobec niezwyklej tendencji sprawy do opuszczania się szybko na oskrzele. Wobec zaś braku badania bakteryologicznego, trudno jest sądzić, czy dziś stosowana surowica odniosłaby w takim przypadku także pożądany skutek. Tego rodzaju stany spotykamy dziś bądź w przypadkach zaniedbanych pod względem leczenia specyficznego, bądź też w przypadkach zakażenia mieszanego, w których działanie surowicy bywa niedostateczne pomimo obecności laseczników Löffler'a, a wobec przewagi innych zarazków, warunkujących daną sprawę.

Przypadki powyżej opisane, jako nieliczne, nie nadają się do jakichkolwiek obliczeń statystycznych, ani też do wniosków co do skuteczności intubacji i jej stanowiska w klinice chorób dzieci. Wartość intubacji, jako metody pomocniczej w leczeniu dławca u dzieci (pomijając inne wskazania), poparte już dziś tysiącami obserwacji klinicznych, jest stanowczo ustalone.

Poszczególne obserwacje, jako pewne ilustracje kliniczne, przyczyniać się tylko mogą do wyjaśnienia bądź przebiegu choroby, bądź techniki wykonania, wreszcie zakresu stosowania danej metody. Poniżej przytoczymy pewne zestawienie i uwagi jakie przebieg naszych przypadków nasuwa.

Z 10-u opisanych przypadków w 7-u intubacja była stosowana w krupie krtani pierwotnym, raz w krupie wtórnym, który rozwinął się w następstwie odry i 1 raz przy objawach skurczu głośni. Co do wieku, to chorzy nasi należeli przeważnie do dzieci małych, wiek ich bowiem przedstawia się, jak następuje:

5 miesięcy,	2 lata,	4 lata
11 „	3 ¹ / ₄ „	6 lat
11 „	3 ¹ / ₂ „	7 lat

Trzy razy stosowaliśmy intubację u dzieci poniżej roku, w tym okresie wieku wyniki zwykle są mało zadowalające: na klinice monachijskiej z 69-u dzieci poniżej roku tylko 8 wyzdrowiało, z których 5 były to dzieci przy piersi, na co Reich w swoim sprawozdaniu kładzie wyraźny nacisk. Co do naszych przypadków, to tylko zanotujemy, że z dwu niemowląt po 11 miesięcy przy krupie wyzdrowiało karmione piersią, a zmarło sztucznie karmione.

Co do wyników otrzymanych, to z przypadków dotyczących krupu krtani (8), bez stosowania surowicy w 4-ch nastąpiło wyzdrowienie (w 3-ch wyłącznie przy pomocy intubacji, w 1-ym po wtórnej tracheotomii), w 4-ch śmierć (w 2-u po intubacji, w 2-u po następczej tracheotomii). Intubacja w 9-ym przypadku (*spasmus laryngis*) także zakończyła się śmiertelnie.

Jeden tylko mieliśmy przypadek (VII) wtórnego krupu krtani, który pomimo rozwinięcia się krupu oskrzelowego, przy wtórnej tracheotomii jednak wyzdrowiał. Przypadki wtórnego dyfterytu, t. j. rozwijającego się po innej chorobie zakaźnej (odra, szkarlatyna), przebiegają zwykle ciężiej i dają mniejszy procent wyzdrowienia przy pomocy intubacji.

Według statystyki Reicha:

Dyfteryt pierwotny dał	53,6 ^o / _o wyzdowień.
„ skombinowany z inną chorobą zakaźną dał 44,5 ^o / _o	„
„ wtórny (po innej chorobie zakaźnej) dał 29,1 ^o / _o	„

Co do technicznej strony intubacji, to tu tylko nadmienię, że używałem instrumentów oryginalnych O'Dwyer'a i że we wszystkich przypadkach nitkę, na której był umocowany *tubus*, pozostawiałem, przytwierdzając ją plasterem lepkiem do policzka. O ile w klinice usuwanie nitki po dokonanej intubacji uważam za dopuszczalne, o tyle znów w praktyce prywatnej pozostawianie nitki uważam za konieczne. Pozostawiając nitkę, daję możliwość osobie dozorującej w chwili krytycznej natychmiast wykonać ekstubację, a więc niejednokrotnie uratować życie choremu, podobnie jak to ma miejsce także i przy tracheotomii, gdy nagromadzone błony, czy też obfita gęsta wydzielina zatykają nie tylko światło rurki wewnętrznej, ale i zewnętrznej, wtedy szybkie usunięcie całej rurki tracheotomijnej może stanowić zabieg decydujący o życiu chorego. Wobec powyżej wskazanej dodatniej strony pozostawiania nitki, wszystkie ujemne strony schodzą niejako na plan drugi. Należy bacznie strzedz dzieci, ażeby same za nitkę tubusa nie wyciągnęły; u dzieci starszych, które mogłyby przegryść nitkę, starać się ją przesunąć między zębami, o ile to możliwe, jak to miało miejsce w danym przypadku VIII. Niekiedy u dzieci starszych, które, ruszając językiem, mogłyby zlizować tubus, jesteśmy zmuszeni usuwać nitkę (przypadek IV), szczególnie przy silnej saliwacji (od nitki) i utrudnionem łykaniu. W każdym razie póty nitki nie należy usuwać, póki dostatecznie się nie przekonano, że tubus do krtani został wprowadzony (charakterystyczne syczenie), a nie do przelyku.

Akt ekstubacji należy często do trudniejszych zabiegów (obrzęk, silne ruchy krtani przy krztuszeniu się dziecka), dlatego też prawie we wszystkich przypadkach, pomimo pozostawienia nitki, wykonywałem ekstubację instrumentem, aby nabierać i nie tracić wprawy w tym zabiegu. Przy ekstubacji należy pamiętać o tem, aby nie uronić tubusa (Galatti), gdyż w takim razie dziecko go może połknąć, co jednak zwykle złych następstw niema, (po pewnym czasie tubus zostaje wydalony ze stolcem).

W 9-u naszych przypadkach, intubacja wykonana została 13 razy: najkrócej tubus pozostawał zaledwie chwilę, najdłużej 96 godzin; średnio godzin 32, jeżeli wykluczyć dwa przypadki (V i VI), w których tubus zaledwie był chwilę i natychmiast usunięty być musiał. Klinicznie objawów odleżyny nie obserwowaliśmy, co zaś do przypadków śmiertelnych, w których tubus pozostawał od 40-u do 49-u godzin, wobec braku sekcji nie możemy twierdzić, czy odleżyny nie było?

Na klinice monachijskiej średnio tubus pozostawał 56,4 godzin. Według Reich'a rozmiary odleżyny i okres pozostawiania tubusa nie są w prostym do siebie stosunku, a wnioski swoje opiera on na obserwacji 131 przypadków odleżyny. Według niego na powstawanie odleżyn wpływają najrozmaitsze czynniki jak: własności i wielkość tubusa, częste reintubacje, uszkodzenia przy

wykonywaniu intubacji; oprócz tego, konstytucja i stan odżywienia chorego oraz jego wiek, choroby poprzedzające lub towarzyszące (odra, szkarlatyna), choroby chroniczne, ogólne, osłabiające, jak krzywica, zolzy, bezkrwistość. Szczególne usposobienie do odleżyny dają przypadki ciężkiego zakażenia dyfterytycznego, przypadki septyczne—gangrenowe.

Bogaty materiał, którym rozporządzał Reich (131 przypadków odleżyn), upoważnia nas do przytoczenia za nim symptomatologii tego nader niebezpiecznego powikłania.

Według Reich'a, rozpoznanie rozwijającej się odleżyny może być w wybitniejszych przypadkach z pewnością postawione, należy bowiem bardzo względnie oceniać objawy, gdyż często ciężka nawet odleżyna może przebiegać bez szczególnych objawów, natomiast niewielkie owrzodzenia mogą dawać szereg poważnych oznak. Przy odleżynach obserwowano następujące objawy:

- 1) Częste wykrztuszanie tubusa.
- 2) Krótkie i coraz krótsze pauzy między jedną a drugą intubacją i coraz krótsze okresy pozostawiania tubusa. Ataki zaduszania podczas pauzy.
- 3) Wzrastające trudności w wykonaniu intubacji wskutek skurczu głośni.
- 4) Niemożność ostatecznego usunięcia tubusa z powodu trwających objawów zwężenia.
- 5) Czarne plamy na tubusach metalowych. Wykrztuszanie śluzu krwawego.
- 6) Bole w okolicy krtani i tchawicy. Ze 131 przypadków (odleżyn) Reich'a 123 zmarło; z tych 7 miało bliznowate zwężenie krtani, 8 zaś pozostałych przy życiu wyszło z kliniki jako tak zwane „*canulards*“, t. j. z rurkami po wtórnej tracheotomii.

Wspomnieć należy o nader niebezpiecznym powikłaniu w chwili wykonywania intubacji, mianowicie: 1) o zatkaniu dolnego otworu tubusa przez zluzowaną błonę (przypadek V), 2) o zluzowaniu i zsunięciu błon ku dołowi przez wchodzący do tchawicy tubus i w mniejszym lub większym stopniu zaczopowanie tchawicy (przypadek VI). W jednym i drugim przypadku następuje kompletny bezdech, natychmiastowe usunięcie tubusa decyduje o tem co zaszło; w pierwszym przypadku, t. j. gdy nastąpiło zatkanie dolnego otworu tubusa, po usunięciu tegoż zaraz następuje ulga w oddechu (V); w drugim zaś przypadku, jeżeli nastąpiło kompletne zatkanie tchawicy, oddech nie powraca i tylko natychmiastowa szybka tracheotomia może jeszcze uratować życie; jeżeli zaś zatkanie nie jest kompletne, następuje po usunięciu tubusa pewna ulga, niekiedy mocne krztuszenie i wyrzucanie błon, niekiedy zaś zluzowane błony, lecz nie dość oderwane od podłoża, tworzą jakby wentyl, który przy kaszlu daje objaw t. zw. przez Niemców kłopotania („*Membran-klappern*“) (nasza obserwacja VI). Gdy dziecko nie ma dość siły, aby

oderwać i wykrztusić tak zluźowane błony, znów tracheotomia staje się konieczną.

Mając na uwadze możliwość tego rodzaju komplikacji, zawsze starałem się zapewnić sobie pomoc doświadczonego chirurga. Lekarz, który zajmuje się intubacją, powinien mieć dostateczną wprawę w wykonaniu tracheotomii i zawsze mieć wszystko w pogotowiu do jej wykonania. Sam nie miałem odpowiedniego materiału do stosowania tracheotomii i należycie dostatecznej w niej wprawy, był to więc wzgląd przeważający, dla którego ostatecznie porzuciłem praktykę intubacyjną. Pozostaje teraz wspomnieć jeszcze o niektórych objawach i komplikacjach, które występują już w przebiegu dokonanej intubacji, a na które wskazują nasze przypadki.

1) Po pewnym czasie dziecko wykrztusza tubus, jak to miało miejsce w naszym I przypadku. Jeżeli przy wykrztuszaniu niema objawów zaduszenia, powtórna intubacja na razie może być zaniechana (I), w przeciwnym zaś razie musi być zaraz dokonana. Jako przyczynę wykrztuszania tubusa uważać należy silne pobudzenie do kaszlu (I), niekiedy zaś, według Reich'a, dzieci umyślnie o to się starają, aby się uwolnić od tubusa i póty kaszlą, aż go wykrztuszą, w innych znów przypadkach przyczyną wykrztuszenia jest zwężenie światła tubusa przez błony lub wydzielinę lepłą oskrzeli, wreszcie często wykrztuszanie ma miejsce przy odleżynach.

2) W przebiegu intubacji niekiedy następuje pogorszenie w oddechu wskutek zwężenia światła tubusa przez lepłą gęstą wydzielinę (przypadek VII); wtedy ekstubacja staje się konieczną, nadto należy w takich przypadkach zaraz po ekstubacji dobrze skontrolować stan światła tubusa ażeby sobie dokładnie zdać sprawę co do przyczyny, która mogła spowodować utrudnienie oddechu. Przypadki zwężenia światła nie należą do rzadkości. Reich odnotował 381 razy ekstubację z powodu zwężenia światła tubusa.

3) Niekiedy, jak to wyżej zaznaczyliśmy, światło tubusa może być zwężone przez kawałki błon rzekomych, gdyż wbrew zdaniu przeciwników intubacji, wykrztuszanie błon przez tubus jest możliwe i ma miejsce (przypadek VIII). Według obliczeń Reich'a na 355 przypadków wykrztuszenia błon, błony przez tubus były wydalone 129 razy.

4) Do poważnych powikłań należy nieraz b. utrudnione łykanie. Wogóle łykanie szczególnie płynów po intubacji jest utrudnione i związane z krztuszeniem się, w niektórych jednak przypadkach utrudnione łykanie występuje niejako na pierwszy plan i zachłystywanie się może doprowadzić do powstania nawet zapalenia płuc (zachłystowego), szczególnie w ciężkich postaciach dyfterytu (septycznego), jak to miało miejsce w naszym przypadku II. W powstawaniu tego rodzaju zapaleń płuc pierwszorzędną rolę odgrywa z jednej strony charakter samej infekcji, z drugiej znów strony, niedostateczne wykrztuszanie wydzieliny oskrzelowej.

5) Nasuwa się teraz innego rodzaju pytanie, czy w przebiegu zapalenia płuc u dziecka, dotkniętego krupem, można stosować intubację? Nasz

przypadek IV wyraźnie przemawia na korzyść intubacji chorych w tego rodzaju stanach. Reich, który wnioski swoje co do zapalenia płuc wogóle podczas intubacji opiera na historii i protokółach sekcji 522 dzieci, zmarłych wyłącznie tylko po intubacji (bez następczej tracheotomii), wyraźnie zaznacza, że zapalenie płuc nigdy nie było uważane w klinice jako przeciwwskazanie do zastosowania intubacji.

6) Intubacja dopóty ma rację bytu w krupie krtani i tchawicy, póki sprawa dyfterytyczna nie posunie się zbyt nisko i nie ma tendencji do przejścia na oskrzela; wtedy jeszcze wtórna tracheotomia ma niejako rację bytu, gdyż daje łatwiejszy może dostęp do okolic zaatakowanych i stwarza warunki łatwiejszego wykrztuszania. Zabieg ten jednak często bardzo zawodzi. We wszystkich 4-ch naszych obserwacjach, gdzie bądź wyraźne były objawy krupu zstępującego, bądź należało go podejrzewać (I, III, VII, X), nastąpiła śmierć; w 3-ch z tych przypadków była wykonana tracheotomia wtórna.

7) Skurcz krtani (*spasmus laryngis*) w przebiegu krupu krtani u dzieci, jako objaw odleżyny lub też wyraz nerwowości dzieci dotkniętych krupem, stanowi poważną przeszkodę w wykonaniu intubacji i niekiedy prowadzi do wtórnej tracheotomii. Według statystyki Reich'a na 206 przypadków wtórnej tracheotomii w 13-u została ona wykonaną przy krupie z powodu skurczu krtani.

Natomiast w *laryngospasmus* czysto nerwowego pochodzenia intubacja niekiedy okazała się skuteczną. Brück i Pott opisali przypadki stosowania tej metody u dzieci z ciężkim *laryngospasmus*. Przypadek nasz (IX) dotyczył dziecka b. małego i przedstawiającego objawy jakby zatrucia z występującym od czasu do czasu kurczem krtani. W przypadku tym mieliśmy możliwość przekonać się, jak poważne trudności może przedstawiać kurcz głośni w chwili intubacji. W tego rodzaju przypadkach należy intubację wykonywać oględnie i zbyt nie forsować, aby nie wytwarzać dróg fałszywych (*fausse route*) z całą grozą następstw.

Powyzsze uwagi, jakie nam nasunęły nasze obserwacje, wyczerpują nasz materiał. Obserwacje te wraz z poprzednio ogłoszonymi, ilustrują pod wielu względami tak techniczną, jak i kliniczną stronę intubacji. Intubacja wraz z seroterapią stanowią dziś potężny środek w zwalczaniu krupu u dzieci. Jako metoda pomocnicza w leczeniu krupu wyrugowała ona prawie tracheotomię i w znacznej mierze zajęła jej miejsce. Intubacja winna być stosowaną nie tylko w szpitalach, lecz przy dobrze wyszkolonym dozorcze pielęgniarskim może być stosowaną także i w praktyce prywatnej miejskiej; natomiast ostatni warunek stawia jej poważne ograniczenia w zakresie praktyki prowincjonalnej, przy której często nie tylko brak jest należytego dozoru, lecz i lekarz ze względu na odległości niezawsze może pośpieszyć z właściwą pomocą.

Na poparcie ważności intubacji w leczeniu krupu krtani niech mi wol-

no będzie przytoczyć dwa niezależne, w różnym czasie wypowiedziane zupełnie zgodne zdania Niemca i Francuza: pierwszy wypowiedział je *post hoc*, drugi *a priori*. Reich na podstawie bogatego materiału z kliniki monachijskiej, opartej na 3032 obserwacjach, wyraża przekonanie, że krup zstępujący, dyfteryt septyczny i zapalenie płuc nie stanowią przeciwwskazań do intubacji; przy pierwszym zarówno tracheotomia, jak i intubacja zawodzą.

Jest pewna jednak ograniczona kategoria zwężeń krtani, które się nie poddają intubacji. Pierwotna tracheotomia od czasu wprowadzenia intubacji w szpitalu monachijskim należy do rzadkości, natomiast intubacja i seroterapia stanowią żelazne podstawy terapii dyfterytycznego krupu krtani.

Podobne przekonanie co do intubacji wypowiedział Roux w roku 1894 w komunikacie o seroterapii: „Z chwilą wprowadzenia surowicy tracheotomia w przeważającej większości przypadków winna być zastąpiona przez intubację. W rzeczywistości nie może być mowy obecnie o pozostawieniu tubusa w krtani dniami całymi, wystarczy go utrzymać w krtani dzień lub dwa, ażeby przeciwdziałać zagrażającej asfiksyi i wybrać czas, póki się nie odziedla błony rzekome. W tej sprawie jest tak mocne nasze przekonanie, iż mamy nadzieję wkrótce wykazać faktami, że intubacja jest dopełnieniem seroterapii. W przyszłości tracheotomia będzie wyjątkiem ku wielkiemu dobrodziejstwu dzieci“.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Słapa W. O wynikach leczenia błonicy surowicą w r. 1895 w szpitalu Św. Ludwika w Krakowie. Przegląd Lekarski № 15, 16, str. 194—207, rok 1896.
- 2) Biernacki. Intubacja. Kron. Lek. Zeszyt 17, str. 748.
- 3) Sachs F. O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca, oraz kilka uwag o leczeniu dławca. Medycyna № 8 i 9, str. 170, 194.
- 4) Sachs F. Czternaście przypadków dławca błoniczego, leczonych zapomocą intubacji. Medycyna № 36, 37, 38, str. 852, 884, 908.
- 5) Świeżyński F. 24 przypadki intubacji. Dziennik Zjazdu IX, str. 148.
- 6) Grażyński. Rurki ebonitowe do intubacji. Przegląd Lek. № 14, str. 199.
- 7) Pieniążek. Leczenie intubacją zwężeń krtani przewlekłych u dzieci. Dziennik IX Zjazdu Lek. i Przyr. Polskich, z. V, str. 156 (opisane tubusy Pieniążka).
- 8) Sachs F. O niektórych ujemnych stronach intubacji. Medycyna № 42, 43, str. 961, 990.
- 9) Kraushar M. O stosowaniu intubacji w błonicy krtani w praktyce prywatnej. Medycyna № 30, 31, str. 653—680.
- 10) Lejzerowicz S. Intubacja czy tracheotomia. Kron. Lek. № 10.
- 11) Nadzyński B. Intubacja w ręku prowincjonalnego lekarza. Przegląd Lekarski № 50, str. 667.
- 12) Wasilewski. Trzy przypadki krupu przewlekłego, Czas Lek. № 9, str. 421.
- 13) Czarnik St. Intubacja i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą Św. Zofii we Lwowie w latach 1894—1903. Gaz. Lek. № 36, 37, 38, 39, 40, str. 891, 911, 942, 974, 992.
- 14) Nowak St. W sprawie intubacji w prywatnej praktyce. Czas Lek. № 8 253.
- 15) Nowak O. Intubacji. Czas Lek. № 4, str. 129.
- 16) Gettlich. Uwagi o tubusach celuloidowych i stosowaniu ich w leczeniu dławca. Przegląd Lek. str. 291.
- 17) Sitkowski. Kilka słów o intubacji na zasadzie 40-u spostrzeżeń własnych. Czas. Lek. str. 315.
- 18) Brudziński J. O leczeniu błonicy krtani zapomocą intubacji. Przegl. Lek. z. II, str. 229.
- 19) Jasiński. Pokaz rurek intubacyjnych oblepionych paskami żelatyny i nasyconych alunem. Przegl. Ped. Tom III, str. 73, zes. I.
- 20) Zabko-

Prokopowicz. Wyniki stosowania intubacji w dławcu w Szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych w Wilnie. Spraw. z XI Zjazdu Lek. i Przyr. Pol. w Krakowie). 21) A. de Michelis. Kilka słów o intubacji. Med. № 22, str. 504. 22) Paul Reich in Berlin. 15 Jahre Intubation Erfahrungen und Beobachtungen aus der Königl. Univ.-Kinderklinik in München. Jahrbuch für Kinderheilkunde und Physische Erziehung. t. 65, z. 3 i 4. 23) A. Descroisilles. Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles. Paris 24) D. Gulatti. De l'intubation du larynx dans la clientèle. Lyon medical № 38, 39, 1894. 25) Brück. Ueber Intubation bei schwerem Laryngospasmus. Pester med. chirurg. Presse № 30, 1892. 26) Pott (Halle). Intubation bei einem Kinde mit Spasmus glottidis. Münch. med Wochenschr. № 16, 1893. 27) P. A v e n d a n o. Intubation du larynx. Paris.

II.

W sprawie wskazań i przeciwwskazań do stosowania sztucznej odmy piersiowej w suchotach płucnych.

PODAŁ

Tadeusz Borzęcki.

Stosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu niektórych przypadków suchot płucnych zyskuje coraz większe prawo obywatelstwa. Prawie we wszystkich sanatoryjach dla chorych gruźliczych, nawet i w Zakopanem i Otwocku, lekarze używają już omawianej metody. Również i w miastach coraz więcej lekarzy nią się interesuje bądź w celu dokonywania całego zabiegu, bądź też dla dopełnienia odmy, wytworzonej chorym w sanatoryjach. Materiał kazuistyczny, dotychczas ogłoszony, obejmuje już sporą liczbę spostrzeżeń mniej lub więcej pomyślnych. O teorii, technice samego zabiegu, powikłaniach i wynikach tego leczenia na tem miejscu pisać nie będę, odsyłając czytelnika do pracy mej, ogłoszonej w Medycynie i Kron. Lekarskiej w 1911 r. Tutaj chciałbym jedynie zwrócić uwagę na niektóre szczegóły w sprawie wskazań i przeciwwskazań do tego zabiegu, gdyż w tym kierunku panują jeszcze dość chaotyczne poglądy, łatwo zrozumiałe z powodu zbyt krótkiego okresu dokonanych spostrzeżeń. Wnioski swe opierać będę przeważnie na własnem doświadczeniu, datującym od 1909 r.

Liczni autorzy wśród przeciwwskazań do omawianego zabiegu umieszczają zrosty opłucnej. Właściwie zrosty opłucnej nie są przeciwwskazaniem do wytworzenia sztucznej odmy, lecz raczej stanowią przeszkodę, najczęściej niemożliwą do pokonania, rzadziej, wobec słabszych przepon, dającą się całkowicie lub częściowo usunąć. Dlatego zrosty opłucnej zaliczyłbym raczej do trudności technicznego zabiegu, tem bardziej, że z góry nigdy nie możemy powiedzieć, czy w danym przypadku nie spotkamy zrostów; wyjątek

przedstawiają jedynie te przypadki, w których istnieją wybitne objawy zrostów, jak zapadnięcie klatki piersiowej i międzyżebry, znaczne zmniejszenie ruchów klatki piersiowej podczas badania. Pozatem wszelkie objawy kliniczne zrostów są nadzwyczaj niepewne; ani ruchomość przepony nie wyłącza istnienia zrostów, ani też ograniczenie jej ruchów bynajmniej nie świadczy o ich obecności. Nawet badanie promieniami Roentgen'a, czyto podczas prześwietlania, czy też na kliszy, nie daje stanowczych wskazówek, jak się o tem kilkakrotnie mogłem przekonać. W jednym np. przypadku gruźlicy przeważnie lewostronnej rozpoznanie rentgenowskie wskazało na silne zrosty opłucnej nawet ze znacznym przesunięciem serca w lewą stronę; tymczasem zabieg udał się znakomicie, bez objawów rozerwania zrostów. Wogóle zrosty przyścienne, a o te nam głównie chodzi dla dokonania zabiegu, widać na rentgenogramie dopiero wtedy, kiedy uda się wytworzyć odnę częściową z odsunięciem zrostu, jak to było w jednym z moich przypadków.

Właściwe wskazania i przeciwwskazania do wytwarzania sztucznej odmy leczniczej tyczą się następujących zagadnień: zmian w płucach jednostronnych lub dwustronnych i ich rozległości, okresu choroby, wreszcie współistnienia cierpienia gruźliczego lub niegruźliczego w innych narządach.

Teorya zabiegu, potwierdzona doświadczeniem klinicznym, dowodzi, że: 1) odma piersiowa na tej stronie, na której została wytworzona, doprowadzić może do zagojenia się zmian gruźliczych w płucu, nawet rozpadowych; mamy tu więc do czynienia z działaniem wyłącznie miejscowem; wszelkie zaś objawy i zmiany, jakie spostrzegamy w stanie ogólnym chorych i w innych narządach, są to działania następne, wtórne lub też objawy uboczne, zależne od działania miejscowego; 2) ponieważ sztuczna odma zmniejsza, względnie niweczy czynność danego płuca, przeto może być tylko jednostronna.

Wychodząc więc z założenia teoretycznego, leczenie odmą powinno być leczeniem ściśle miejscowem suchot jednostronnych.

Tak też do ostatnich prawie czasów zapatrywano się na wskazania do omawianego zabiegu; dopiero doświadczenie rozszerzyło zakres tych wskazań i wykazało, że ucisk jednego płuca może działać dodatnio na zmiany w drugim płucu i na niektóre postaci gruźlicy pozapłucnej.

Przedewszystkiem kliniczne pojęcie o suchotach jednostronnych nie zupełnie się zgadza z wiadomymi wynikami badań anatomopatologicznych; prawie nigdy gruźlica nie ogranicza się do jednego płuca, ale klinicznie w jednym z nich może nie dawać objawów wybitnych. Możemy więc właściwie mówić jedynie o gruźlicy przeważnie jednostronnej.

Te właśnie względnie rzadkie przypadki suchot jednostronnych stanowią idealne pole do leczenia sztuczną odmą. W tych razach, o ile oczywiście sprawa nie jest zbyt daleko posunięta, może nastąpić zabliznienie części płuca schorzałych, gdy zdrowa tkanka płucna nawet po długim ucisku staje się zupełnie sprawna. Przytem w podobnych przypadkach dokonanie samego zabiegu jest względnie łatwiejsze, a co ważniejsza—nie grozi niebez-

pieczeństwem powikłań ze strony płuca drugiego, jak to się zdarza w przypadkach suchot wyraźnie obustronnych.

Jednakże dwustronność sprawy nie stanowi bynajmniej zupełnego przeciwwskazania do użycia omawianej metody, jak tego dowiodły spostrzeżenia kliniczne. Ale wnioskować z góry o stopniu wskazania w przypadkach poszczególnych jest sprawą bardzo trudną.

Jeśli zmiany w drugim płucu, sądząc z objawów klinicznych, nie są zbyt rozległe, są ograniczone do szczytu, bez wyraźnych zmian rozpadowych, to płuco takie może również uleść zagojeniu, względnie poprawie pod wpływem leczenia pierwszego płuca odną sztuczną. Dowodzą tego spostrzeżenia Forlaniniego, Saugmana i in.

Dla ilustracji przytaczam przypadek własny.

24-letnia panna J. H. chora od roku. Objawy jamy pod lewym obojczykiem, sprawa rozsiana w całym płucu lewym. W prawym szczycie stłumienie, liczne rżenia wilgotne. Leczenie sanatoryjne dało wynik ujemny, stan stopniowo się pogarszał, chora z braku sił nie mogła chodzić. W styczniu r. b. zastosowałem sztuczną odnę lewostronną z wynikiem bardzo dodatnim. Już w pierwszym tygodniu leczenia gorączka znacznie spadła, łaknienie się poprawiło, po 3-ch miesiącach chora przybrała na wadze 21 funtów, kaszel prawie znikł. Badanie 1-go kwietnia r. b. wykazało niezupełny ucisk lewego płuca (wskutek zrostów w szczycie) i zniknięcie objawów w prawym szczycie, potwierdzone na rentgenogramie, który w porównaniu ze zdjęciem, robionem przed rozpoczęciem leczenia uciskowego, wykazuje zupełne wyświetlenie okolicy szczytu prawego. Chorą widziałem ostatni raz 12. lipca r. b.; czuje się dobrze, pracuje w szpitalu prowincjonalnym; narzeka jedynie na uczucie braku tchu przy wchodzeniu na schody.

Mechanizm podobnego działania sztucznej odmy na zmiany w płucu nieuciśniętym nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniony. Prawdopodobnie działa w pierwszej linii poprawa stanu ogólnego chorych oraz zwiększona czynność zastępcza płuca nieuciśniętego. Być może, że wpływają na to i zmiany w krwiobiegu płucnym, jak przypuszcza Forlanini, mianowicie zwiększone napełnienie krwią drugiego płuca i lepsze przezto odżywianie zajętych sprawą gruźliczą jego części.

Niestety, w innych podobnych przypadkach sprawa szczytowa w drugim płucu nie cichnie, przeciwnie—postępuje dalej, przyjmując nawet charakter ostry i zmuszając do zaprzestania zabiegu po stronie przeciwległej. Przewidzieć to powikłanie tymczasem jest rzeczą niemożliwą.

W przypadkach suchot obustronnych, gdy zmiany są w obu płucach dość rozległe, właściwie wobec zapatrywań ogółu specjalistów należałoby się wstrzymać z dokonaniem zabiegu. Ałoli Forlanini i takich przypadków za ścisłe przeciwwskazanie nie uważa, sądząc, że możnaby w tych razach wytwarzać odnę sztuczną nasamprzód z jednej, a potem, po zaprzestaniu ucisku, z drugiej strony. Z zapatrywaniem tem nie łatwo się zgodzić, choćby ze względu na długotrwałość leczenia; pytanie, czy sprawa w jednym płucu w ciągu kilkumiesięcznego leczenia uciskowego drugiego płuca nie dopro-

wadzi sama przez się do zejścia śmiertelnego. Wprawdzie nie można i tutaj zaprzeczyć możliwości poprawy płuca nieuciśniętego, jak to widzimy w przypadkach ze zmianami początkowymi.

Forlanini idzie jeszcze dalej; nie uważa za przeciwwskazanie bardzo nawet rozległych zmian w obu płucach. Zdanie swe opiera na spostrzeganych przez się faktach, w których odma samoistna z jednej strony, podtrzymywana przez czas dłuższy, wpływała dodatnio na przebieg sprawy po stronie przeciwległej. W każdym razie wyniki pomyślne w podobnych razach uważać należy raczej za rzecz zgoła przypadkową, wyjątkową.

Aczkolwiek z wyżej przytoczonych danych wynikałoby, że odmę sztuczną możnaby stosować we wszystkich okresach suchot, to jednak istnieją dla tego zabiegu pewne ograniczenia. Przedewszystkiem metoda ta, jeśli ma prowadzić do celu, musi być bardzo długo stosowana i wymaga wielkiej cierpliwości ze strony chorego i lekarza. Następnie zabiegu nie można uważać za zupełnie niewinny, gdyż z jednej strony zdarzają się poważne powikłania podczas pierwszego nakłucia opłucnej, z drugiej zaś bardzo często powstają w przebiegu leczenia wysięki opłucnej.

Dlategoż w sprawach początkowych, w których można osiągnąć doskonale wyniki na drodze zwykłego leczenia sanatoryjnego lub higieniczno-dyetetycznego, nie należy dokonywać sztucznej odmy.

Natomiast, gdy zjawia się objawy rozpadu, gdy z przebiegu choroby widać, że sprawa pomimo odpowiedniego leczenia postępuje, wtedy nie należy zwlekać; im bowiem wcześniej zdecydujemy się na wykonanie zabiegu, tem pewniejsza będzie możliwość wytworzenia odmy (brak zrostów), a tem samem skuteczniejszy wynik leczenia. Ostre postaci suchot najczęściej są mało wskazane do omawianego zabiegu.

Co się tyczy przeciwwskazań do sztucznej odmy piersiowej w przypadkach suchot płucnych, wikłanych cierpieniem niegruźliczem innych narządów, to do nich zaliczyćby należało choroby narządu krążenia, aczkolwiek brak nam pod tym względem doświadczenia klinicznego.

Gruźlica krtani nie stanowi bezwzględnie przeciwwskazania, czego dowodzą spostrzeżenia Da Gradi i P. Courmont'a. Podobne wrażenie mam z jednego własnego przypadku.

18 letni chłopiec W., suchoty płucne w okresie rozpadu, przeważnie lewostronne; od 1/2 roku objawy gruźlicy krtani (nacieczenie nagłośni, owrzodzenie na tylnej ścianie krtani). Leczenie sanatoryjne i wewnątrzkrtańowe bez skutku. Po pomyślnem zastosowaniu sztucznej odmy i zupełnem uciśnięciu lewego płuca, przyczem zaniechano pendzlowań krtani, w 5-ym tygodniu leczenia wraz z poprawą stanu ogólnego zmniejszył się znacznie ból podczas łykania pokarmów, nacieczenie nagłośni również się zmniejszyło (chorego badał kol. Erbrich); niestety, chory musiał wyjechać i o dalszych jego losach nie mam wiadomości.

Natomiast gruźlica przewodu pokarmowego, a nawet podejrzenie na nią, jest stanowczem przeciwwskazaniem do zabiegu. Dowodzą tego spostrzeżenia rozmaitych autorów i moje własne doświadczenie.

16-letnia panna C., chora od roku. Rozsiane zmiany w płucu lewym z jamą w szczycie; w prawym szczycie zmian wyraźnych niema. Od czasu do czasu biegunka, niekiedy trwająca kilkanaście dni, potem ustępująca. Leczenie klimatyczne bez skutku. Pomimo zupełnego ucisku lewego płuca zapomocą sztucznej odmy i braku wszelkich objawów patologicznych w płucu prawym, ciepłota w ciągu dwumiesięcznej obserwacji nie spadła do normy, stale występowały nasilenia gorączki. W 3 im miesiącu zjawiła się biegunka, następnie objawy zapalenia otrzewnej i zejście śmiertelne. Od czasu wytworzenia odmy do końca życia chora nie kaszłała i nie pluła.

III.

Z SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W RUDCE POD KIERUNKIEM DOKTORA
STANISŁAWA GAŁECKIEGO I Z SANATORYUM LUDOWEGO „LEŚNICZÓWKA“.

Praca fizyczna w zakładach dla chorych piersiowych.

PODAŁ

Tadeusz Budzyński,

asystent Sanatorium w Rudce i kierownik Sanatorium ludowego „Leśniczówka“.

Brehmer, twórca stosowanej do dzisiejszego dnia metody leczenia gruźlicy, biorąc pod uwagę, że serce jest zbyt małe w stosunku do płuc i do pracy, jaką musi wykonywać, uważał za konieczne trenowanie serca, polegające, na równomiernym, powolnym ruchu z odpoczynkami na ławkach. Brehmer zalecał spacer z początku na równej powierzchni, następnie zaś wchodzenie pod górę, twierdząc, że ruch umiarkowany wpływa dodatnio nie tylko na narząd oddychania i krążenia, lecz i na wszystkie czynności ustroju ludzkiego.

Dettweiler przeciwnie położył nacisk na kurację spokojową, wychodząc z zasady, że płuca i serce chorych wymagają odpoczynku. Ważne to uzupełnienie metody Brehmer'owskiej stanowi do dziś dnia jeden z głównych czynników obecnego systemu leczenia gruźlicy.

Wkrótce po wprowadzeniu t. zw. kuracji leżącej, przeważna liczba uzdrowisk zaczęła ją uważać za zasadniczą część metody leczniczej, doprowadzając ją do nadmiernych granic; chorzy oprócz czasu potrzebnego na przyjęcie pokarmów, na spacer i t. d. prawie cały dzień spędzają na w randzie. Chorzy tacy obficie odżywiani zwykle szybko poprawiają się.

Przekonano się jednakże, że nadmierne stosowanie kuracji spokojowej sprowadzało sztuczne nagromadzenie tłuszczu. Z tej też racji tuczenie chorych w ostatnich czasach stosuje się rzadko, przeważnie wystarcza zdrowe i pożywe jedzenie.

Doświadczenie również wskazało, że wyniki w ten sposób prowadzonej kuracji sanatoryjnej niezawsze są trwale, że chorzy po powrocie od życia beczynnego do zwykłej codziennej pracy nie mogą dostosować się do zmienionych warunków, najczęściej szybko tracą zyskany przyrost wagi i ulegają częstym nawrotom choroby.

Wielu lekarzy sądzi, że zbytne stosowanie kuracji spokojowej nie jest pożądane, gdyż doprowadza do rozleniwienia i zaniku mięśniowego, nadmiernego rozwoju tkanki tłuszczowej, osłabienia mięśnia sercowego i ogólnego obniżenia się odporności organizmu.

Z przyczyn wyżej wspomnianych nastąpiła reakcja w zapatrywaniach na stosowanie kuracji spokojowej, która stanowiąc nadal czynnik leczniczy bardzo ważny, została zredukowana.

Dawniejsi autorzy, jak Penzoldt, sądzą, że ruch nawet w postaci spacerów powinien być dozwolony tylko jako wyjątek. Nahm jest zdania, że *minimum* werandowania jest 6 godzin i tyle jako *maximum* używania ruchu. Weicker i Schneider przeciwnie twierdzą, że leżenie w sanatoriach ludowych nie powinno być dłuższe nad 2 godziny dziennie. Fremdenthal zaś sądzi, że dla większości chorych werandowanie jest szkodliwe. Powracając do pierwotnej metody Brehmer'a, zwrócono uwagę na spacer umiejętnie stopniowany co do czasu i trudności terenu i gimnastykę oddechową płuc.

Mając na względzie system mięśniowy i naczynioruchowy w wielu uzdrowiskach, jak np. w Kudce i Leśniczówce, wprowadzono rozmaite gry ruchowe, jak: serso, krokiet i t. p. i rozmaite lekkie sporty, jak ślizgawka, a nawet i trudniejsze, szczególnie w Anglii, gdzie ludność wdrożona jest do sportów.

Inni poszli jeszcze dalej i zaprowadzili w uzdrowiskach, zwłaszcza ludowych, pracę fizyczną, jako c z y n n i k l e c z n i c z y.

Myśl ta powstała od czasu założenia uzdrowisk ludowych około 1890 r. Na razie wprowadzenie pracy fizycznej wynikło z pobudek czysto materialnych, mających na względzie zmniejszenie kosztów utrzymania uzdrowiska. Względy te wkrótce ustąpiły na plan drugi, wobec znaczenia czysto leczniczego.

Wprowadzenie pracy fizycznej do kuracji sanatoryjnej zwolennicy uzasadniają tem, że praca pobudza łaknienie i wzmacnia mięśnie chorego, sprzyja przemianie materii i, wzmacniając mięsień sercowy i mięśnie oddechowe, wpływa dodatnio na obieg krwi. Przytem praca przedstawia pożyteczny sposób przepędzania czasu, skraca jednostajność trybu sanatoryjnego i wpływa dodatnio na stan ducha chorego, dając mu możność wypróbowania swoich sił i wpajając weni przekonanie o dodatnich wynikach prowadzonej kuracji.

Jednym z pierwszych, którzy wprowadzili pracę fizyczną do uzdrowisk, był F. Wolff, zalecający uwzględnienie indywidualności chorego przy stosowaniu pracy w uzdrowiskach.

Na wielu zjazdach przeciwgruźliczych poruszoną była sprawa stosowania pracy fizycznej w zakładach dla chorych piersiowych. Na II Zjeździe

niemieckim przeciwgruźliczym kwestya ta była głównym przedmiotem obrad. W Karlsruhe na Zjeździe uznano, że ogrodnictwo jest najodpowiedniejszym zajęciem dla chorych i że praca może dochodzić do 4-ch godzin dziennie.

Ponieważ chorzy pracują najczęściej niechętnie, w niektórych sanatoryjach, jak np. w sanatorium duńskim w Nakkebøllefjord i w kolonii wiejskiej w Stübeckshorn i innych, rodzajem próby wprowadzono wynagrodzenie pieniężne.

Praca fizyczna, mająca na względzie ułatwienie przejścia do zwykłej codziennej pracy, wprowadzona została do wielu uzdrowisk ludowych niemieckich, jak w Gütergotz, Engenthal, Alberteberg, Ernst-Ludwig, Luitpoldheim, Grabowsee, w niemieckim sanatorium w Davos i wielu innych.

W stosunku do znacznej liczby uzdrowisk ludowych niemieckich (w 1911 roku w Niemczech było 98 uzdrowisk ludowych), ruch w kierunku stosowania pracy fizycznej w sanatoryjach niemieckich rozwinął się dosyć słabo.

W krajach Skandynawskich praca fizyczna w uzdrowiskach znalazła obszerne zastosowanie. W Danii praca została wprowadzona wraz z powstaniem w 1903 r. 6-u uzdrowisk ludowych Związku Narodowego dla walki z gruźlicą. Sanatoria te utrzymywane są ze współdziałaniem kas chorych. Opłata jest 75 öre, podczas gdy koszta wynoszą 2,25 koron dziennie.

Duże zastosowanie znalazła praca fizyczna również w uzdrowiskach ludowych angielskich i w Stanach Zjednoczonych

W związku z wprowadzeniem pracy do uzdrowisk była poruszona swoboda tejże. Rozmaici autorzy są zdania, że powinna być pozostawiona swoboda pracy, mającej na względzie wzmocnienie sił chorego i danie mu możliwości powrotu do zwykłej pracy bez szkody dla swego zdrowia. Na Zjeździe w Karlsruhe uznano konieczność swobody pracy. Elkan, między innymi, jest za swobodą pracy i odrzuca wynagrodzenie za nią. W warunkach przyjęcia do sanatorium w Albertsberg zaznaczone jest, że chorzy mogą być powoływani przez lekarza do lekkiej pracy fizycznej. W duńskich sanatoryjach ludowych praca uważana jest jako obowiązek. Przymusu nibyto niema, jednakże chory w razie odmowy zmuszony jest opuścić uzdrowisko.

W koloniach wiejskich, gdzie szczególnie nacisk położony jest na pracę fizyczną—stosowany jest przymus.

W Anglii, gdzie szczególną uwagę zwrócono na stosowanie pracy fizycznej w uzdrowiskach i przeprowadzono ściśle stopniowanie pracy od najłżejszej do najcięższej w stosunku do sił chorego, chorzy chętnie pracują. Zachętą wielką dla nich jest przejście do grupy cięższej pracującej, gdyż to równa się przeświadczeniu o postępach w poprawie zdrowia.

W szerszym zakresie stosowana jest praca w t. zw. „uzdrowiskach przejściowych“, znajdujących się w związku organicznym z zakładem głównym. Tak np. sanatorium niemieckie w Davos posiada majątek Agra w klimacie łagodnym w pobliżu jeziora Lugano. Tutaj na dużym obszarze (312 hektarów) chorzy pracują w ogrodzie, przy gospodarstwie i w polu.

W uzdrowisku przejściowem Frimley, należącym do szpitala dla suchotników w Brompton, również prowadzona jest systematycznie praca fizyczna.

W szerokim zakresie praca fizyczna może być stosowana w koloniach wiejskich, przeznaczonych dla chorych opuszczających sanatoria, w celu wypróbowania ich sił i ocenienia zdolności do pracy przed powrotem do zwykłych zajęć.

Urządzenie kolonii jest proste. Kolonia posiada place do gier i gimnastyki na wolnem powietrzu, warsztaty i kawał ziem dla robót ogrodowych i polnych. Jedni chorzy, stosownie do wskazówek lekarza, spędzają kilka godzin dziennie na ćwiczeniach fizycznych (spacer, gry wolne, gimnastyka), inni zaś pracują pod kierunkiem lekarza, który ocenia siły chorego, posyłając go do coraz trudniejszych robót.

Przy kolonii zwykle jest mały oddział sanatoryjny. Chorzy w koloniach pracują pod przymusem i za wynagrodzeniem.

Kolonie wiejskie mają duże znaczenie w krajach rolniczych (np. Królestwo Polskie, Rosya), gdyż zwiększają liczbę pracowników, którzy znajdując się w dobrych warunkach, długie lata mogą pożytecznie pracować. Z drugiej strony w koloniach znajdują pracę chorzy, którzy zmuszeni są porzucić swoje poprzednie zajęcie z powodu jego szkodliwości (np. zecerzy, górnicy, giserzy, chemicy i t. p.).

Niektórzy, jak np. Rubel, koloniom przypisuje większe znaczenie, aniżeli uzdrowiskom ludowym, których urządzenie jest o wiele droższe. Rubel sądzi, że w walce z gruźlicą w Rosyi—punkt ciężkości powinien być skierowany na zakładanie podobnych kolonii, znajdujących się w związku organizacyjnym z ziemstwami.

Podobna kolonia istnieje w Stübeckshorn na 36, w Samnum na 20 wychowañców. W Hohenlychen dla dziewcząt jest szkoła gospodarstwa, dla chłopców zaś ogrodnicza. W Plön i St. Peter założone są warsztaty. Oprócz tego istnieje wiele kolonii angielskich.

W zakładach dla ozdrowieńców również stosowana jest lekka praca fizyczna w polu, ogrodzie, a nawet w warsztatach.

W Anglii projektowana jest cała organizacja, mająca na celu ochronę chorych gruźliczych i zabezpieczenie ich losu. W projektowanym billu o obowiązkiem ubezpieczeniu robotników w Anglii ważna ta kwestya znajdzie szerokie uwzględnienie. Jako zasadę przyjęto t. zw. plan Edynburski, wprowadzony przez Philipp'a.

Plan ten datuje się od roku 1887, t. j. od czasu założenia przy Royal Victoria Hospital for Consumption punktu obserwacyjnego, czyli „Przychodni“, gdzie następuje segregowanie zgłaszających się chorych.

Jedni chorzy odwiedzani są w domu, inni w początkowym okresie gruźlicy przyjmowani są do sanatorium, ciężko zaś chorzy do szpitala. Oprócz tego są jeszcze dwa szpitale dla kuracyi powietrznej i szkoła na odkrytem powietrzu. W związku z wyżej wspomnianymi zakładami znajduje się kolonia wiej-

ska dla wybranych chorych, którzy wymagają dłuższej kuracji fizycznej, aniżeli ta, jaka stosowana jest w uzdrowiskach.

Ćwiczenia cielesne stanowią ważny pierwiastek systemu w szpitalu Victoria. Każdy chory odpowiednio do stanu swego zdrowia przechodzi rozmaite okresy kuracji.

Tutaj rozróżniane są:

I. Okres spokoju.

II. Okres skoordynowanego ruchu:

- 1) przejście rozmaitych odległości (od $\frac{1}{2}$ do 8 kilom.) po równej i wstępującej drodze,
- 2) rozmaite ćwiczenia oddechowe,
- 3) rozmaite ćwiczenia dla poprawienia trzymania głowy, pleców i klatki piersiowej.

III. Okres skoordynowanej pracy.

Chorzy zaliczeni do tego okresu podzieleni są na grupy, z których każda wykonywa pewien stopień pracy, poczynając od najłżejszych i stopniowo dochodząc do najcięższych rodzajów:

III-A. Wycinanie z papieru, szycie i rysowanie.

III-B. Lekkie roboty ogrodowe. Nakrywanie stołów, czyszczenie srebrnych i mosiężnych przedmiotów.

III-C. Ciężkie roboty ogrodowe. Ciężkie roboty malowane. Czyszczenie butów, noży i podłóg.

III-D. Ciężkie roboty ogrodowe. Kąpanie innych chorych. Mycie okien i podłóg. Malowanie. Porządkowanie podwórza. Praca pokojowa w stolarni, kotłowni i maszynowni.

Każdy okres i grupa pracujących posiadają w celu łatwiejszego odróżnienia znaki rozmaitej barwy.

W celu wytlómaczenia pożytku pracy, w Anglii stworzono specjalną teorię t. zw. inokulacyjną. Dawno zauważono, że u chorych gruźliczych, którzy w zwykłych warunkach nie gorączkują, przy wzmożonym ruchu i znacniejszym wysiłku fizycznym podnosi się ciepłota ciała. Zjawisko to nawet proponowano zastosować w celach rozpoznawczych. Objaśniają to zwiększeniem się ilości wydzielanych jądów przez ogniska gruźlicze. Owe hipotetyczne jady anglicy utożsamiają z tuberkuliną i sądzą, że wydzielanie się tych substancji działa jak tuberkulina, a co zatem idzie znaczenie pracy fizycznej równa się według nich stosowaniu leczniczemu tuberkuliny.

Praca fizyczna w uzdrowiskach powinna odbywać się na wolnem powietrzu pod dozorem lekarza, który znając stan zdrowia chorego, powinien wyznaczyć odpowiedni rodzaj pracy, określić czas jej trwania i stopniowe przejście od jednego zajęcia do drugiego.

Ważnym jest odpowiedni dobór chorych do pracy się nadających.

Pracować mogą chorzy przy ogólnym dobrym stanie i oznakach znacznego gojenia w płucach, regularnem, dobrze napiętem tętnie; chorzy, któ-

rzy znacznie poprawili się, nie gorączkują i nie mają skłonności do krwio-
pluć i innych powikłań.

Pracują często i chorzy z dalej posuniętą sprawą, znajdującą się w sta-
nie spokoju. Tak np. w Nakkeböllefjord pracowało w 1-ym okresie 76 osób,
w 2-gim—29, w 3-im—17 osób.

Najodpowiedniejszymi są dla chorych zajęcia ogrodowe. Roboty te naj-
chętniej są przez chorych spełniane i mogą być zastosowane do rozmaitych
pór roku i sił każdego chorego. A więc: sadzenie roślin, jarzyn, drzew
i krzewów, polewanie roślin i ścieżek w parku, gracowanie ścieżek, grabie-
nie liści, odgarnianie śniegu porą zimową. Takie roboty wprowadzone są do
uzdrowisk ludowych i kolonii wiejskich niemieckich, angielskich (np. w Royal
Victoria Hospital for Consumption in Edinbourgh, Frimley, Royal National
Hospital for Consumption in Ventnor, King-Edward Sanatorium), do niektó-
rych holenderskich, ludowych duńskich (np. w Nakkeböllefjord, Haslev),
szwedzkich, wielu amerykańskich (np. Montifiore, Naperville), polskich, jak
w Rudce, Leśniczówce i Hołosku Wielkiem i wielu innych.

Niektóre zakłady poszły dalej w tym kierunku i wprowadziły ciężkie ro-
boty ogrodowe, jak: koszenie trawy, zbieranie drzewa, kopanie i pilowanie
drzewa, wożenie ziemi taczkami, przeprowadzanie dróg (np. w Engenthal,
Stübeckshorn, Edinbourg, Frimley, Ventnor, King-Edward. Sanatorium i in-
nych).

Pokrewne ogrodnictwu są zajęcia: jedwabnictwo i pszczelnictwo (np.
Nakkeböllefjord).

Pokrewnymi, lecz nieco więcej trudnemi są roboty w polu, jak: siew, or-
ka, zbiór zboża (np. Albertsberg, Agra, Stübeckshorn, Samnum, Ventnor
i inne).

W niektórych zakładach chorzy używani są do robót gospodarczych, jak
np. zajmowanie się ptactwem domowem, ślanie łóżek, nakrywanie stołów,
usługiwanie, mycie naczyń, a nawet okien i drzwi (np. Nakkeböllefjord, Edin-
bourg i in.), szycie i reparacja bielizny, tak np. w Nakkeböllefjord—wszystkie
ubrania dla usługujących i pielęgniarek uszyte są przez chore, które oprócz
tego uszyły 127 poduszek na leżaki i 250 pokrowców. W 1908/9 r. było
w tem uzdrowisku 1232 godzin szycia, w 1909/10 zaś 1200.

Pewne uzdrowiska, jak np. Albertsberg, Plön i St.-Peter i wiele amery-
kańskich posiadają specjalnie urządzone warsztaty ślusarskie i stolarskie.

Chorzy czasami, szczególnie w uzdrowiskach angielskich, używani są
do tak ciężkich robót, jak praca w kamieniołomach (Ventnor).

W Frimley między innymi chorzy wykonali szereg ciężkich robót, mia-
nowicie: wymalowali budynki, zbudowali groble, przeprowadzili przejście pod-
ziemne 137 metr. dług., wyrąbali 310 sztuk drzewa, zbudowali rośliniarnię
i pomieszczenie dla świń i t. d.

Okres trwania pracy zależny jest od samego rodzaju pracy i sił chorego.
Z początku, biorąc pod uwagę odzwyczajenie się chorego od pracy, wzglę-
dnie szybkie męczenie się i wzniesienie ciepłoty, praca powinna trwać bardzo

krótko. Tak np. w sanatorium niemieckim w Davos chorzy pracują 10 minut i dochodzą do 30-u minut. W miarę wzmaganie się sił chorego i poprawy jego zdrowia, praca powinna być stopniowo przedłużaną. Tak np. w Rudce i Leśniczówce chorzy zaczynają pracę od 15-u do 20-u minut i dochodzą do dwu godzin dziennie. W Gütergotz stosowana jest praca dwa razy dziennie po dwie godziny. W duńskim sanatorium Nekkeböllefjord chore zajęte są $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ godzin dziennie. W sanatorium w Frimley chorzy pracują do 6-u godzin dziennie. W kolonii wiejskiej Stübeckshorn wychowawcy pracują od 4-ch do 8-u dziennie. W kolonii wiejskiej Stübeckshorn wychowawcy pracują od 4-ch do 8-u godzin dziennie.

W niektórych uzdrowiskach ludowych, jak np. Weicker'a i amerykańskich, oprócz pracy fizycznej, stosowana jest z powodzeniem praca umysłowa w postaci zorganizowanych wykładów i odczytów.

Lekarze uzdrowisk, w których była stosowana praca, przeważnie są zadowoleni z wyników tejże. Z uznaniem o pracy odzywają się: Elken, Weicker, Pischinger, Wolff, Kölle, H. Vos Hellendorn, Hellms, Lunth, Philipp i inni. Sądzą oni, że chorzy, pracujący w uzdrowiskach, łatwiej mogą powrócić do zwykłych swych zajęć i zdolność ich do pracy jest trwalszą, lekarze zaś mają ułatwioną możliwość określenia, kiedy chory bez szkody dla swego zdrowia może opuścić zakład.

Kardynalnym warunkiem wszelkiej pracy dla chorych gruźliczych jest wykonywanie jej na wolnym powietrzu lub w ostateczności w obszernych, wietrznych, dobrze przewietrzanych pomieszczeniach.

Zalecanie chorym pracy połączonej z kurzem, jak w stolarniach i ślusarniach, zwłaszcza zaś mineralnym, jak w kamieniołomach, wydaje mi się eksperymentem zbyt ryzykownym.

Zachodzi obawa, czy zastosowanie pracy fizycznej nie dozna losu wielu innych skądinań racjonalnych metod leczniczych.

Niemal każdy nowy pomysł na razie stosowany jest trwożliwie i oględnie, później coraz śmielej i w szerszym zakresie, wreszcie nieraz stosowanie jego dochodzi niemal do absurdu, sprowadzając nieuniknioną reakcję.

W dziejach gruźlicy miało to miejsce ze stosowaniem tuberkuliny i kuracyą spokojową.

Przypuszczam, że równego losu dozna stosowanie pracy fizycznej.

Jeżeli racjonalną jest angielska teoria autoinokulacji, to już ona wskazuje, że praca identyfikująca się z działaniem tuberkuliny, posiada dla gruźlicy pewne granice, gdzie kończy się pożytek i zaczyna szkodliwość.

Nadmierna praca związana jest ze zmęczeniem serca, układu naczyniowego i mięśniowego i płuc. U takich chorych przemiana materii jest upośledzona i koniecznym jest oględne stosowanie pracy. Odnosnie dobrych wyników stosowania pracy, jak i tuberkuliny, są rozmaite zdania — są przeciwnicy i zwolennicy. Jeżeli przypuścimy, że istotą jadów, wydzielających się przy pracy, jest tuberkulina i ma takie samo działanie, to zapatrywanie

na pracę fizyczną będzie takie samo, jak na tuberkulinę, że łatwiej choremu zaszkodzić aniżeli pomódz, nieumiejętnie stosując pracę.

Z tego powodu zbyt zachęcanie do pracy i szybkie przeprowadzanie chorych z grupy łżej do cięższej pracującej— może wyrzucić zły wpływ na stan zdrowia chorego.

Sądzę, że z biegiem czasu bogate doświadczenie określi właściwą miarę stosowania pracy fizycznej i zostaną wypracowane ściśle i racjonalne wskazania co do jej dawkowania.

Zachęcenie dobrymi wynikami w uzdrowiskach zagranicznych, spróbowa-
liśmy wprowadzić pracę fizyczną do Sanatorium dla chorych piersiowych
w Rudce i Sanatorium ludowego „Leśniczówka“, utrzymywanego kosztem
Warszawskiego Towarzystwa Przeciugruźliczego.

Przy wprowadzeniu pracy fizycznej w Rudce napotykał się z pe-
wnymi przeszkodami.

Mianowicie chorzy tego uzdrowiska należą do ludzi umysłowo pracują-
cych, niezamożnej inteligencji, nie przyzwyczajonej do pracy fizycznej.

Chorzy ci, nie będąc oprócz tego z powodu warunków społecznych
i politycznych wdrożonymi do ćwiczeń gimnastycznych i sportowych i nie będą-
jąc przygotowanymi nawet do lekkiej pracy fizycznej, męczą się prędko
i dlatego nie zdradzają wielkiej chęci do pracy.

W Sanatorium ludowym „Leśniczówka“ większość stanowi ciężko pra-
cująca młodzież z klasy robotniczej—z tej racyi praca tutaj łatwiej daje się
przeprowadzić.

Z drugiej strony, biorąc pod uwagę, że w naszym społeczeństwie praca
nie jest uważana jako czynnik życia, lecz jako dopust Boży, którego trzeba
wszelkimi siłami unikać, chorzy nie rozumiejąc dobrze znaczenia pracy, nie-
zbyt chętnie się do niej garną w uzdrowiskach.

Zastosowanie pracy fizycznej w tych zakładach ogranicza się do lek-
kich zajęć nie uciążliwych, nie przynoszących sanatorium właściwej korzy-
ści realnej. Praca ta w gruncie rzeczy jest raczej rozrywką, spełnia jednak
w zupełności swoje zadanie, gdyż jest bądź co bądź szeregiem celowych ru-
chów układu mięśniowego.

Przedstawiamy naszym chorym pracę fizyczną, jako zachęcenie. Pewną
pomoc okazują nam w tem rozwieszane na ścianach wzory stosowania pracy
w uzdrowiskach zagranicznych. Praca stosowana jest u nas nadzwyczaj
ogłędnie, zależnie od indywidualnych cech każdego chorego.

W Rudce pracę zaczęto stosować w 1911 r. Praca ta przeważnie ogra-
niczona jest do robót w parku, polegających na gracowaniu i grabieniu ście-
żek, odgarnianiu liści i śniegu i kopaniu ziemi.

Na ogólną liczbę 510 osób, które przyjechały do Zakładu od 1-go sty-
cznia 1911 r. do 1-go lipca 1913 r. pracowało 100 osób, t. j. 19,6%. Do ro-
boty wybierano chorych, przeważnie w początkowym okresie gruźlicy, dobrze
poprawiających się, nie gorączkujących i rokujących na przyszłość jak najle-



INJECTIONES

sterilisatae in ampulis 1 C. C.

Nuclo-Arrhenal (loco Nucleo-Arsytol)

Strichnin nitr. 0,0005 c. Lecithin 0,05 } in. ol. olivar.

„ „ 0,001 „ „ 0,05 } alcohol. ppt.

„ kakodyl. 0,0005 „ Nat. glycerofos. 0,10

poleca

APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie

JEROZOLIMSKA 25.

Farina Lactea Magistri Klave.

Zawiera skondensowane mleko, mąkę bananową, owsianą i jęczmienną, sole fosforowe i t. p.

Posiada wybitne własności odżywcze, jest łatwo strawna i smaczna.

Odżywka dla osób każdego wieku.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAVE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-94.

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.





Naturalne
wody
mineralne

VICHY

Źródła są
własnością
rządu fran-
cuzkiego.

Wystrzegać się naśladownictwa i OZNACZAĆ DOKŁADNIE ŹRÓDŁO.

VICHY CÉLESTINS

CHOROBY NEREK, PĘCZERZA
MOCZOWEGO i ŻOŁĄDKA.

VICHY GRANDE-GRILLE

CHOROBY WĄTROBY
i PĘCZERZYKA ŻOŁ-
CIOWEGO.

VICHY HOPITAL

CHOROBY NARZĄDÓW TRAWIENIA,
ŻOŁĄDKA i KISZEK.

“Infantin Motor”



Znakomity

środek odżywczy dla dzieci, rekonwalescentów i osób osłabionych, zawierający alkalizowany ekstrakt słodowy.

Słoiki po Rb. 1.00, 60 kop. i 30 kop.

poleca

Warsz. Tow. Akc. „Motor“ Marszałkowska 23.



VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę
artretyzm

Do nabycia we wszystkich aptekach.

psze nadzieje. Prawie wszyscy uprzednio chodzili na natryski. Podział pracy według płci i okresu choroby (według Turbana) jest następujący:

	w I okresie	w II okr.	w III okr.	Ogółem
Mężczyzn	33	17	6	58
Kobiet	24	9	9	52
Razem	59	26	15	100

Widzimy, że duży procent pracujących chorych ma zaawansowaną sprawę, która jednakże pozwala im dobrze znosić pracę. Pracujący byli w wieku od 8-u do 54-ch lat. Większość z nich przedstawia młodzież inteligentną w wieku od 16-u do 25-u lat.

Praca systematyczna wogóle nie była prowadzona, były nieraz duże przerwy, zależne z jednej strony od pogody, z drugiej z powodu niezrozumienia przez niektórych chorych znaczenia pracy, jako czynnika kuracyjnego, z trzeciej zaś—że kontyngens naszych chorych składa się przeważnie z ludzi nieprzyzwyczajonych do pracy fizycznej.

Z początku zalecano około $\frac{1}{2}$ godziny z przerwami, stopniowo doprowadzoną do 1-ej godz., a w wielu przypadkach i do 2-u godzin.

W Rudce pracowało:

	do 1 godz.	do 2 godz.	Ogółem
Mężczyzn	42	16	58
Kobiet	37	5	42
Razem	79	21	100

Poszczególni chorzy pracowali z przerwami od 2-u do 30-u tygodni; pracę przeważnie dobrze znosili. Ze 100 osób 72 uzyskały znaczną poprawę, pozwalającą wnioskować o zablźnieniu lub zwapnieniu ognisk gruźliczych, 28 zaś osób doznało poprawy stanu ogólnego i płuc. Wyrazem poprawy i dobrych wyników kuracji fizycznej jest poniekąd przyrost wagi chorych — przybyło od 0,5 do 18-u funtów w oddzielnych przypadkach. Jeżeli porównamy przyrost wagi przed okresem pracy i w okresie pracy, biorąc przytem pod uwagę jednakową liczbę tygodni, to widzimy, że w okresie pracy przyrost wagi w stosunku do czasu przed pracą w 39-u przypadkach był większy, w 10-u jednakowy, w 51 zaś przypadkach był mniejszy. Że w większości przypadków stosunkowy przyrost wagi był mniejszy, jest to zupełnie zrozumiałe, gdyż z początku chorym, znajdującym się w innych warunkach w porównaniu z poprzednimi, zwykle więcej przybywa na wadze, aniżeli później.

W każdym bądź razie liczby te wskazują, że lekka praca fizyczna przyrostowi wagi nie przeszkadzała. W 8-u przypadkach pracę trzeba było przerwać zupełnie, lub też na czas dłuższy z powodu kataru, duszności, bólów w bokach, ubytku wagi i t. p. Czy chwilowe te pogorszenia w zupełności można kłaść na karb zajęcia—jest to bardzo wątpliwe; prawdopodobnie w większości przypadków były to zwykle niedomagania. Były jednakże przypadki, w których najkrótsza nawet praca wpływała ujemnie na chorego. Wyrazny ujemny wpływ pracy stwierdzono u jednego chorego, który przed przyjazdem do Zakładu miał częste krwioplucia. Po poprawieniu się stanu ogólnego

i płuc chorego zalecano mu grabienie, naprzód przez $\frac{1}{2}$ godziny, następnie przez godzinę z przerwami. Po 3-tygodniowej pracy wystąpiło krwioplucie; pracę przerwano. Chory następnie poprawił się i opuścił sanatorium.

W bezpłatnem sanatorium ludowem „Leśniczówka“ również stosowana jest praca fizyczna.

Na ogólną liczbę 52 osób, przyjętych od 1-go lipca 1912 r. do 1-go lipca 1913 r., pracowały 24 osoby, t. j. 46,2⁰/. Ta znaczna odsetka chorych pracujących w porównaniu z obserwowaną w Rudce, tłómaczy się z jednej strony tem, że do Leśniczówki przyjmowani są przeważnie chorzy w początkowym okresie gruźlicy, z drugiej zaś strony tem, że chorzy „Leśniczówki“ są więcej wdrożeni do pracy fizycznej i chętniej ją spełniają.

W Leśniczówce pracowalo:

	w I okresie	w II okr.	w III okr.	Ogółem
Mężczyzn	9	3	2	14
Kobiet	8	2		10
Razem	17	5	2	24

Chorzy pracujący byli w wieku od 12-u do 40-u lat i przeważnie przedstawiali młodzież w wieku od 11-u do 20-u lat.

Stosownie do czasu pracy podział był następujący:

	do 1 godz.	do 2 godz.	Ogółem
Mężczyzn	8	6	14
Kobiet	9	1	10
Razem	17	7	24

W Leśniczówce praca prowadzona była możliwie systematycznie zależnie od pogody. Chorzy zajmowali się pracą ogrodową. Ze względu na to, że chorzy tutejsi są w zakładzie 2 do 3-ch miesięcy, okres trwania pracy był mniejszy, aniżeli w Rudce. Chorzy pracowali od 2-u do 9-u tygodni. 17-u chorych uzyskało znaczną poprawę, 7-u zaś chorych poprawę stanu ogólnego płuc. W okresie pracy chorym przybyło w oddzielnych przypadkach od 1-go do 13-u funtów. W okresie pracy przyrost wagi był większy, aniżeli przed pracą w 11-u przypadkach, jednakowy w 4-ch przypadkach, mniejszy zaś w 9-u przypadkach. Ten przyrost wagi i różnica w przyroście przed okresem pracy i po pracy najlepiej świadczą, że chorzy Leśniczówki w zupełności nadają się do tejże i że praca dodatnio wpłynęła na ich zdrowie. Przerwy w pracy były zależne od pogody i niedomagań przejściowych. Łaknienie i ogólny stan chorych Rudki i Leśniczówki podczas okresu pracy znacznie poprawił się.

Widzimy, że próby wprowadzenia pracy fizycznej do uzdrowisk zagranicznych i krajowych i wyniki podawane naogół są dobre i zachęcają do dalszej pracy. Trudno jest ocenić na zasadzie sprawozdań, czy ocena zapalonych zwolenników pracy nie jest subiektywną. W każdym bądź razie biorąc pod uwagę, że praca fizyczna w uzdrowiskach daje świadectwo zdolności do pracy, stosowana przez czas dłuższy podnosi zdolność do pracy w życiu codziennem, w wielu razach daje możność i ułatwia zmianę zawodu szkodli-

wego, rozważne stosowanie pracy fizycznej w zakładach dla chorych pierśiowych zasługuje na uwzględnienie, jako ważny czynnik leczniczy.

Praca fizyczna w krajowych zakładach może być stosowana i pożądane jest utworzenie kolonii wiejskiej, gdzie opuszczający sanatorium mogliby czas dłuższy przebywać i, znajdując się w dobrych warunkach higienicznych, pracować za małe wynagrodzenie. Ten typ zakładu pólleczniczego byłby odpowiedni dla ludności, zwłaszcza wiejskiej naszego kraju. Kolonia umiejętnie i sprężyście prowadzona, może nawet dawać pewne zyski, obracane na dalszy jej rozwój.

Kolonia taka, znajdująca się w związku organicznym z Sanatorium ludowym, tem bardziej zasługuje na uwzględnienie, że chorzy opuszczający uzdrowisko zwykle z trudnością mogą otrzymać odpowiednie dla nich zajęcia.

Szanownemu doktorowi Stanisławowi Galeckiemu dziękuję za dane, dotyczące niniejszej pracy.

IV.

Z ODDZIAŁU DRA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA, Z PRZYCHODNI I
I Z SANATORYUM DRA GEISLERA (W OTWOCKU).

Wartość terapeutyczna tuberkuliny i wskazania do jej stosowania.

PODAŁ

Bolesław Dębiński.

Wielu z nas pamięta jeszcze entuzjazm, jaki wzbudziło odkrycie tuberkuliny przez Kocha w r. 1891 i rozczarowanie, które wkrótce po pierwszych nieudanych próbach nastąpiło. Przyczyną tego niepowodzenia były bardzo silne odczyny, które występowały po wstrzyknięciu tuberkuliny. Odczyny te są trojakiego rodzaju: 1) miejscowe, przedstawiające rozmaite stopnie natężenia: od lekkiego bólu i zaczerwienienia w miejscu wstrzyknięcia i znikające po 24—48 godzinach aż do obrzęku, pokrzywki i t. d.; 2) ogólne: podniesienie ciepłoty od 37,2°—37,5° aż do 38°, 39° i 40°. Ciepłota spada zwykle po 24—58 godzinach, niekiedy jednak trzyma się na wysokim poziomie przez całe tygodnie i miesiące. Jednocześnie z podniesieniem ciepłoty chory odczuwa zmęczenie, rozbicie, bicie serca, duszność i t. p. Wreszcie 3) odczyny ogniskowe: występuje suchy, męczący kaszel, czasem z obfitem odpluwaniem, z kropelkami krwi w płwocinie, które świadczą o przekrwieniu ogniska płucnego. Przy badaniu daje się wysłuchać rżenia suche w tych miejscach, gdzie ich przedtem nie było, niekiedy nawet rżenia wilgotne zajmują terytorya dotychczas zdrowe. Następnym tych rozmaitego

rodzaju odczynów jest ogólne pogorszenie stanu chorego, rozpad szybki tkan-ki płucnej, niekiedy gruźlica prosówkowa i t. d.

Pomimo, iż sprawa tuberkulinoterapii zdawała się być w ten sposób od razu przesądzona, to jednak badania nad tuberkuliną nie ustawały. Sam Koch prowadzi niestrudzenie dalsze poszukiwania: w roku 1897 przygotowuje tu-berkulinę TO i TR; w r. 1901 ogłasza badania o tuberkulinie B. E. (Bacil-len-emulsion).

Najważniejszym jednak krokiem naprzód były prace Goetsch'a, który wykazał, że największym błędem dotychczasowej tuberkulinoterapii było uży-wanie zbyt silnych dawek tuberkuliny, wywołujących te odczyny, o których przed chwilą była mowa. Tuberkulinoterapia podług Goetsch'a winna zasto-sować się do dwu podstawowych zasad: 1) leczenie zaczynać należy od bardzo małych dawek i 2) powiększać dawki bardzo powoli, tak iżby uniknąć wszelkich odczynów. Sprawa tuberkulinoterapii powinna być sprawą uodpor-nienia (immunizacji), które powstaje bez odczynów. Występowanie zaś tych ostatnich jest dowodem nie uodpornienia, lecz anafilaksyi.

Nowsze prace Kocha, Beraneck'a, Denysa, Jacobs'a i inne—wszystkie sto-sują się do metody Goetsch'a.

Nie będę wdawał się w ocenę całego piśmiennictwa, dotyczącego tuber-kuliny, odsyłając czytelnika do cennej monografii Dłuskiego. Moje badania dotyczą przedewszystkiem działania tuberkuliny Jacobsa i Denysa w gruźlicy płuc, pozatem podam kilka przypadków, leczonych szczepionką Czajkowskie-go, wreszcie parę przypadków gruźlicy oka, leczonych tuberkuliną TR.

R O Z D Z I A Ł I.

K r y t e r y u m t u b e r k u l i n o t e r a p i i.

§ 1. Wskaźnik opsoniczny.

Przy stosowaniu tuberkuliny, a więc przy określeniu pierwszej dawki, częstości wstrzykiwania, najwyższej dawki, skuteczności leczenia i t. d. kiero-wałem się głównie danymi klinicznymi, t. j. przedewszystkiem ciepłotą, stanem ogólnym, dalej odczynami miejscowymi, ogólnym i ogniskowym, wreszcie zmianami fizykalnymi. Dla większej jednak ścisłości określałem u kilku cho-rych wskaźnik opsoniczny. Badania nad wskaźnikiem opsonicznym wykony-wałem w pracowni Tow. Lekarskiego w czasie, kiedy zarządzającym był dr S. Serkowski.

Badanie Wright'a i Douglas'a wykazały obecność w surowicy swoistych substancji, t. zw. opsonin, pod wpływem i przy pomocy których odbywa się fagocytoza. Uczeni ci opracowali również metodę ścisłego ilościowego obliczania tych substancji zapomocą t. zw. wskaźnika opsonicznego (*index opsonicus*).

Wskaźnik opsoniczny jest to stosunek siły fagocytowej surowicy chorego względem pewnego drobnoustroju do takiejże siły surowicy człowieka zdro-wego. Do określenia więc wskaźnika opsonicznego musimy naprzód wiedzieć,

jaka jest siła fagocytowa (*index phagocyticus*) surowicy chorego i zdrowego człowieka.

W tym celu trzeba obliczyć ilość drobnoustrojów, pochłoniętych przez pewną liczbę białych ciałek (np. 100) pod wpływem surowicy chorego i zdrowego organizmu. Przypuśćmy, że 100 białych ciałek pochłonęło pod wpływem surowicy chorego 56, pod wpływem zaś zdrowego 70 drobnoustrojów. Wtedy wskaźnik fagocytowy surowicy chorego będzie 56, surowicy zaś zdrowego 70. Stosunek wskaźnika fagocytowego surowicy chorego do takiegoż wskaźnika surowicy zdrowego da nam wskaźnik opsoniczny czyli $\frac{56}{70}$. Przyjmując wskaźnik fagocytowy surowicy zdrowego za jednostkę, wskaźnik opsoniczny będzie $\frac{80}{100}=0,80$ ¹⁾.

Jeżeli wskaźnik opsoniczny wypadnie równym jedności, to będzie to znaczyło, że badana surowica jest normalna. Jako granice, w których wahać się może wskaźnik opsoniczny surowicy normalnej, oznaczają 0,8—0,9—1,1—1,2.

Jeżeli wskaźnik jest niższy od tych liczb, to wykazuje, że organizm jest zarażony badanym drobnoustrojem. Stąd określenie wskaźnika opsonicznego posiada znaczenie rozpoznawcze.

Badania Bulloch'a zdają się potwierdzać tę opinię. Tak np. w 150-u przypadkach wilka (*lupus*) wskaźnik opsoniczny wynosi przeciętnie 0,75 (granice 0,2—0,3—do 1,4), a w 75/o przypadków jest niższy od 0,8, gdy u ludzi zdrowych równa się przeciętnie 0,96.

W przypadkach gruźlicy miejscowej (gruczołowej, stawowej, kostnej, skóry, krtani, dróg moczowych) wskaźnik opsoniczny trzyma się stale nisko.

W gruźlicy płucnej wahania wskaźnika są daleko większe. Według obliczeń Wright'a może się on wahać od 0,3 do 1,8. W gruźlicy przewlekłej utrzymuje się zwykle nisko, w sprawach ostrych, podostrych (*tub. miliaris*, *pneumonia caseosa*) wahania są bardzo znaczne.

Określenie wskaźnika opsonicznego posiada również znaczenie prognostyczne. Wahania wskaźnika oznaczają gruźlicę w pełnym rozwoju, dają więc rokowanie złe. Wskaźnik stały, niższy od jednostki, wskazuje na gruźlicę miejscową, wskaźnik zaś stały, wyższy od jednostki, daje rokowanie dobre.

Ważnem jest również określenie wskaźnika dla kontroli przy leczeniu tuberkuliną. Pod wpływem szczepienia tuberkuliny wskaźnik opsoniczny wogóle wzrasta. Właściwie jednak po każdym wstrzyknięciu naprzód przez parę godzin lub parę dni opada (okres ujemny), poczem zaczyna wzrastać (okres dodatni), aż wreszcie znowu opada. Każde następne wstrzyknięcie dokonywa się właśnie wtedy, kiedy kończy się okres dodatni i wskaźnik zaczyna opadać.

§ 2. Określenie wskaźnika opsonicznego.

W moich badaniach określałem wskaźnik opsoniczny u 6-u chorych.

Chory № 1. (W. Ch. I. 18). *Condensatio extensa pulmonis sinistri et lobi superioris pulm. dextr.* Pod wpływem tuberkuliny Ja-

¹⁾ Technikę określenia wskaźnika opsonicznego podałem w pracy mojej „Dyagnostyka Gruźlicy“ str. 102—105.

cobs'a poprawa w stanie ogólnym, spadek ciepłoty z 37,8⁰ do 37⁰—37,2⁰, przyrost wagi ciała o 8 kilo, znaczne zmniejszenie ilości rzężeń. Wskaźnik opsoniczny określony przed wstrzykiwaniem tuberkuliny wynosił 0,72 i 0,62. W ciągu kuracy tuberkulinowej wskaźnik wyraźnie się podniósł i wynosił: 1,38, 1,01, 1,12, 1,05.

Chora № 2. (K. D. I. 18). *Condensatio utriusque apicis pulm.* Leczenie tuberkuliną Jacobs'a wywołało wyraźne pogorszenie: ciepłota podniosła się z 37,2⁰—38⁰ do 38⁰—39⁰, waga spadła o 3 kilo. Wskaźnik opsoniczny określany przed leczeniem tuberkuliną wahał się w znacznych granicach: 0,80, 0,36, 0,55. Podczas leczenia tuberkuliną, wskaźnik początkowo podniósł się do 1,14, a nawet 1,7. Następnie jednak spadł do 0,57 i 0,68, w końcu zaś znowu wynosił 1,50. Tymczasem stan chorej stale się pogarszał. Przypadek ten przedstawia przykład gruźlicy podostrej, w której wskaźnik opsoniczny podług Wright'a może wahać się od 0,3 do 1,8. Przed leczeniem wskaźnik wahał się od 0,36 do 0,80. Podczas leczenia wzrósł, lecz wahał się zawsze w szerokich granicach od 0,57 do 1,77.

Chora № 3. (St. Ł. I. 17). *Condensatio apicis pulm. dextri.* Podczas leczenia tuberkuliną Jacobs'a wystąpiły objawy anafilaksji, wskutek czego kurację przerwano. Stan chorej pozostał bez zmian, pomimo to wskaźnik z 0,81 przed kuracją spadł do 0,73 i 0,75.

Chora № 4. (W. K. I. 18). *Condensatio utriusque ap. pulm. praec. sinistri.* Wskaźnik opsoniczny przed kuracją tuberkulinową był b. wysoki 1,40, 1,65, następnie jednak spadł do 0,95 i 0,72. Podczas leczenia tuberkuliną Jacobs'a stan chorej pogorszył się, ciepłota podniosła się z 36,8⁰ do 37,4⁰, chora położyła się do łóżka. Wskaźnik wynosił 0,85.

Chora № 5. (H K. I. 18). *Condensatio extensa utriusque lobi sup. pulm.* Wskaźnik opsoniczny przed leczeniem tuberkuliną wynosił 0,94 i 0,84. Podczas leczenia wzrósł do 1,05 i 1,20. Pomimo to stan chorego stale się pogarszał i po paru tygodniach nastąpiła śmierć. W danym przypadku jest widoczna sprzeczność pomiędzy stanem chorego, który się stale pogarszał i wskaźnikiem opsonicznym, który wciąż wzrastał.

Chora № 35. (W. K. I. 30). *Condensatio apicis pulm. dextri.* Otrzymała 6 szczepionek Czajkowskiego, stan jej pozostał bez zmiany, wskaźnik zaś wzrósł z 0,89 do 1,28.

Z badań powyższych przekonywamy się, że poważniejszych wskazań do kontroli tuberkulinoterapii wskaźnik opsoniczny nie daje. Wskaźnik ten np. wzrastał rzeczywiście w miarę poprawy u chorego № 1, lecz już stan chorego № 5, pomimo, iż wskaźnik wzrastał, stale się pogarszał, aż wreszcie chory zmarł. U chorej № 3 wskaźnik spadał, pomimo iż stan jej pozostał bez zmiany, u chorej zaś № 21 na odwrót wskaźnik wzrastał, choć stan jej pozostawał bez zmiany.

§ 3. Krytyka wskaźnika opsonicznego.

W ostatnich czasach przeciwko określeniu wskaźnika opsonicznego powstały liczne zarzuty. Z badań autorów niemieckich i francuskich (Neufeld, Levaditi i Koessler) okazuje się, że wskaźnik opsoniczny podlega wielkim wahaniom nie tylko pod wpływem uodporniania. Wiadomo np., że wskaźnik waha się bardzo u gruźliczych (po odbyciu spaceru, po wejściu na schody, po jedzeniu); dalej u kobiet podczas peryodu wskaźnik względem gronkowców jest bardzo niski, a względem prątków Kocha bardzo zmienny. Nasuwa

się pytanie: skąd pochodzą i od czego zależą te wahania? Otóż z ostatnich badań (Levaditi, Neufeld) okazuje się, że opsoniny nie są odrębnymi substancjami. Działanie ich sprowadza się prawdopodobnie do znanych już substancji: dopełniacza (aleksyna, komplement) i niwecznika (odczynnik, amboceptor, dwuchwytnik). Substancje te z jednej strony zachowują się we wszystkich przypadkach analogicznie do aleksyn; przy ogrzewaniu do 55° giną aleksyny i opsoniny, przy pozostawieniu ich przez dni kilka giną obydwie substancje. W suchym stanie obydwie mogą być ogrzewane do 100°, jak również przechowywane przez czas dłuższy bez żadnej szkody. Zawiesiny rozmaitych drobnoustrojów pochłaniają z surowic zarówno aleksyny jak opsoniny. Opsoniny mogą być związane przez uczulone bakterie, zupełnie analogicznie do aleksyn i t. d. Z drugiej strony, opsoniny wzrastają pod wpływem uodporniania, analogicznie do niweczników. Tak więc, opsoniny prawdopodobnie nie są substancjami prostymi, jednolitymi, lecz składają się z dwu, a mianowicie: aleksyn i niweczników. Ten pogląd tłumaczyłby naturalne wahanie się wskaźnika opsonicznego, zależnie od wahań dopełniacza, jak również trudność określenia, czy przy uodpornianiu spadek lub wzrost wskaźnika zależy od spadku lub wzrostu dopełniacza, znajdującego się w surowicy normalnej, czy też od powstającego pod wpływem uodporniania niwecznika.

Wobec tych wszystkich zarzutów należy zadać sobie pytanie, czy obniżenie wskaźnika wobec pewnego drobnoustroju, może mieć pewną wagę dla rozpoznania i czy nie zależy ona raczej od naturalnego wahanja wskaźnika.

Co do znaczenia wskaźnika opsonicznego w leczeniu tuberkuliną, to określenie jego ma być doniosłej wagi. Wzrost wskaźnika wskazywałby na postępy uodpornienia, okresy ujemny i dodatni dawałyby ściśle wskazówki, kiedy należy wstrzykiwać tuberkulinę. Lecz i tu powstają zarzuty. Przede wszystkim, przed rozpoczęciem leczenia trzeba określać wskaźnik opsoniczny codziennie, przynajmniej przez tydzień, co przy jednoczesnym stosowaniu tuberkuliny u kilku chorych staje się nadzwyczaj uciążliwym. Dalej, nasuwa się pytanie, czy na opsoniny należy zapastrywać się jako na substancje ochronne, przyjmujące udział w obronie organizmu. Z badań dotychczasowych, dokonanych głównie nad gronkowcami i lasecznikami Kocha, wypływa, że opsoniny, również jak i aglutyniny, są wprawdzie wyrazem pewnego odczynu organizmu uodpornionego, nie można jednak twierdzić kategorycznie, iż są to ciała ochronne, ani też, że ilość ich może służyć za miarę osiągniętego uodpornienia. Koehlich sądzi, że obecność opsonin w surowicy niema nic wspólnego z odpornością naturalną względem gruźlicy. Świnka morska nadzwyczaj wrażliwa na gruźlicę posiada wskaźnik opsoniczny wyższy, niż zwierzęta prawie odporne, jak pies i kot. Z moich badań, o czym już wyżej mówiłem, wyprowadziłem te same wnioski.

Wobec tego wielu badaczy, szczególnie amerykańskich, jak Simon, Potter i Bildner zadają pytanie, czy wobec tych wszystkich zarzutów, metoda Wright'a warta jest rozpowszechnienia. Zresztą sam Wright (*Studien über Immunisierung*) w opisach poszczególnych spraw gruźliczych, leczonych tuberkuliną,

podaje przeważnie objawy kliniczne, a pomija najważniejsze punkty, odnoszące się do własnej jego teorii (dawkowanie tuberkuliny, omijanie okresów ujemnych, liczenie się ze wskaźnikiem opsonicznym i t. d.).

§ 4. Inne kryteria tuberkulinoterapii.

Do kontroli tuberkulinoterapii próbowano już zastosować różne ściśle kryteria: aglutynację, metodę uchylenia dopełniacza, met. Arneth'a, Pirquet'a i t. d.

Koch sądził, że siła aglutynacyjna surowicy i odporność idą równolegle i z tego względu aglutynację przyjął za miarę nabytego uodpornienia przy stosowaniu tuberkuliny B. E. Późniejsze jednak badania (C. Fraenkel, Castellani, Thellung, Neufeld, Masius i Beco, Goldberg) wykazały, że niema żadnego związku pomiędzy siłą aglutynacyjną surowicy a stopniem uodpornienia.

Przypuszczano również, że wykazanie w surowicy substancji wiążących dopełniacz będzie służyło do kontroli działania tuberkuliny. Bauer i Engel skonstatowali, że u dzieci gruźliczych substancje wiążące dopełniacz nie występują nigdy samorzutnie, lecz zjawiają się dopiero pod wpływem tuberkuliny, przyczem daje się zauważyć pewien stosunek pomiędzy ich ilością a przebiegiem klinicznym. Fua i Koch doszli do podobnych wniosków. Pekanovich jednak u 20-u gruźliczych leczonych tuberkuliną nie znalazł nigdzie substancji wiążących dopełniacz. Bezançon i Serbonnes znajdują często w surowicy gruźliczych ciała wiążące dopełniacz, ilość ich jednak chwieje się nadzwyczajnie w przebiegu gruźlicy. Zupelne zniknięcie tych ciał ze krwi uważają ci badacze za złe pod względem prognostycznym i uważają wtedy terapię swoistą za przeciwwskazaną. W ostatnich czasach Much i Leschke stwierdzili, że zapomocą met. wiązania dopełniacza można skonstatować, jakie niweczniki (*Partialantikörper*) istnieją w surowicy i jakich brakuje. Obecność wszystkich niweczników, a więc białkowych, tłuszczowych, jadowych można znaleźć tylko u wysoko uodpornionych, u większości zaś gruźliczych obecnie są tylko niektóre z niweczników, podczas gdy innych zupełnie niema. Otóż przez wstrzyknięcie odpowiednich antygenów można pobudzić organizm do wytworzenia brakujących niweczników i tym sposobem dostarczyć mu nowych sił do walki z gruźlicą.

Z powyższego widzimy, że metoda wiązania dopełniacza, pomimo iż jest bardzo subtelną, w obecnym jednak stanie nie jest jeszcze dosyć pewną i prostą, by służyć mogła jako kryterium tuberkulinoterapii.

Do tegoż celu starano się zużytkować metodę Arneth'a. Wiadomo, że według A. z pogorszeniem sprawy gruźliczej obraz neutrofilowy uchyla się na lewo i na odwrót z poprawą na prawo. Metoda Arneth'a jednak okazała się zbyt skomplikowaną i subiektywną, wnioski jego zostały zakwestyonowane przez najwybitniejszych hematologów, jak Naegeli i inni. Niektórzy badacze, jak Richard, Bezançon, de Jong i de Serbonnes, Fulpius dochodzą do zupełnie odmiennych wyników, a mianowicie, że przewaga neutrofilowych ciałek

daje rokowanie złe, podczas gdy powiększenie ilości jednojądrowych wskazuje na poprawę.

Wreszcie przypuszczano, że odczyn tuberkulinowy miejscowy (Pirquet, Mantoux) czy też ogólny (Koch) będą mogły dać wskazówki, czy organizm został uodporniony przeciwko gruźlicy. Sądzono początkowo, że organizm gruźliczy wraz z uodpornieniem przestaje reagować na tuberkulinę. Późniejsze badania wykazały jednak jasno, że odczyn tuberkulinowy nie jest odczynem uodpornienia, lecz raczej anafilaksyi. Organizm, który raz był w styczności z lasecznikami gruźliczymi, może przez całe życie pomimo wyleczenia reagować na tuberkulinę. Co więcej, Much i Leschke stwierdzili, że organizm zakażony nawet martwymi lasecznikami reaguje jednak na tuberkulinę. Badacze ci wstrzykiwali zwierzętom martwe laseczniki, rozpuszczone w kwasach organicznych, a więc materiał, w którym na pewno nie było żywych laseczników, zwierzęta te jednak po pewnym czasie reagowały na tuberkulinę bardzo żywo.

Rozważywszy, co powiedziałem wyżej o kryteriach biologicznych do kontroli tuberkulinoterapii (wskaźnik opsoniczny, aglutynacja, met. uchylenia dopelniacza, met. Arneht'a, Pirquet i t. d.) dochodzę do przekonania, że żadne z nich nie jest dostatecznie ściśle i uzasadnione naukowo. Wyższem po nad wszystkie jest kryterium kliniczne. Badanie dokładne stanu ogólnego ciepłoty, tętna, objawów fizykalnych i t. p. daje nam daleko dokładniejsze pojęcie o postępach i skuteczności tuberkulinoterapii, niż wszystkie inne metody. Z tego względu w badaniach moich opierać się będą przedewszystkiem na danych klinicznych.

ROZDZIAŁ II.

S p o s t r z e ż e n i a k l i n i c z n e.

§ 1. Tuberkulina Jacobs'a.

Pierwsze moje doświadczenia odnoszą się do tuberkuliny Jacobs'a (T. J.). Tuberkulina ta jest wyrabiana z hodowli laseczników gruźlicy ludzkiej na bulionie, laseczników, należących do jednego szczepu stale kontrolowanego i posiadającego zjadliwość stale jednakową. Hodowlę tę pozostawia się w cieplarnie przez pewien czas określony.

Po wyparowaniu hodowli na gorąco w próżni aż do zredukowania do 8% pierwotnej objętości, filtruje się ją przez świeczkę Chamberland'a i wyjaławia. Płyn otrzymany z domieszką gliceryny stanowi tuberkulinę zasadniczą której rozcieńczenia w rozmaitych stopniach służą dopiero do wstrzykiwania.

Najsłabsze rozcieńczenie	N ^o 1 (szkło żółte)
mocniejsze	N ^o 2 (biado-niebieskie)
"	N ^o 3 (białe)
"	N ^o 4 (fioletowe)
"	N ^o 5 (ciemno-niebieskie)
"	N ^o 6 (zielone)
"	N ^o 7 (zadymione).

Technika jest prosta: Choremu, nawet gorączkującemu, wstrzykuje się w mięśnie (najlepiej glutaei) lub pod skórę, zmieniając za każdym razem miejsce wstrzyknięcia, 2 cm sz. T. J. Z początku wstrzykuje się co 5 dni, a następnie 2 razy na tydzień maksymalnie. Z każdego numeru dokonywa się 5—6 wstrzyknięć, poczem przechodzi się do № wyższego.

Do tuberkulinoterapii wybiera się naturalnie chorych ze zmianami płucnymi ograniczonymi (I lub II okres), z gruźlicą włóknistą lub też miejscową (gruczołową, kostną, oczu, nerek i t. d.).

PRZYPADKI:

№ 1. Wojciech Ch. l. 18. Tub. pulmonum ulcerosa (okres II)

Chory skierowany przeze mnie d. 12. II. 1912 z Przychodni na oddział dra A. Sokołowskiego w szpitalu Św. Ducha. Stan ogólny jego średni, odżywienie niezłe. Ciepłota waha się od 36,8^o do 37,8^o. Waga 52,1 k. Przy badaniu okazuje się w jamie nad- i podobojczykowej prawej stępienie, wydech mocno wydłużony i liczne rżenia wilgotne. Z lewej strony na całej przestrzeni klatki od przodu i od tyłu wydech mocno wydłużony i rżenia wilgotne.

W płwocinie liczne laseczniki Kocha. Odczyn tuberkulinowy według Moro— dodatni.

Ponieważ stan chorego po 4-ch tygodniach pobytu w szpitalu pozostawał bez zmiany, postanowiliśmy zastosować tuberkulinę T. J. Przed rozpoczęciem kuracji określiliśmy 2 razy wskaźnik opsoniczny; d. 6. III. 1909—0,72 i d. 8. III. 1909 0,62. D. 10. III. 1909 pierwsze wstrzyknięcie w mięsień pośladkowy 2 cm sz T. J. № 1. Odczynu miejscowego po wstrzyknięciu nie było, odczyn termiczny zaś był nieznaczny. Na dzień przed wstrzyknięciem d. 9 III. 1912 ciepłota najwyższa była 38^o, a w dzień wstrzyknięcia 37,2^o, nazajutrz 38,2^o, poczem spadła do 37,6^o.

Wskaźnik opsoniczny, określony d. 11. III. 1909. wzrósł do 1,00.

Chory ten, któremu następnie wstrzykiwano tuberkulinę co 5—6 dni, otrzymał 3 dawki № 1, 3—№ 2, 5—№ 3 i 2—№ 4.

Podczas kuracji zaczął poprawiać się pod każdym względem. Kaszle i pluje mało. Waga wzrosła od 52,1 kilo do 56,5 i 58 kilo. Ciepłota waha się od 36^o8 do 37,5^o i 37,8^o. W płucach rżenia powoli znikają. Wskaźnik opsoniczny, określany co tydzień, wynosił 1,38, 1,01, 1,12, 1,05.

Ostatecznie po skończeniu kuracji stan chorego przedstawiał się, jak następuje:

Stan ogólny dobry, waga ciała 60 kilo (przybyło około 8 kilo), ciepłota 36,8^o, 37,2^o, kaszle i pluje bardzo mało. Przy badaniu prawego szczytu płucnego wydech wydłużony bez rżeń. W lewym szczycie wydech wydłużony, rżenia tylko po kaszlu, pod lewą łopatką ognisko rżeń wilgotnych. W płwocinie laseczników Kocha trzeba długo szukać. Odczyn Moro słaby.

Muszę tu jednak dodać, że chory ten przebywał przez 3 miesiące (luty, marzec i kwiecień) na sali szpitalnej i przez 2 miesiące (maj i czerwiec) na werandzie w ogrodzie, na której chorzy nawet bez żadnych leków często się poprawiają.

№ 2-gi. Karolina D. l. 18, chora z Przychodni. Condensatio utriusque apicis. pulm. (okres II).

Chora kaszle od miesiąca. Ciepłota waha się od 37,2^o do 38^o. Błada, osłabiona. Waga 38,5 kilo. Matka zmarła na suchoty.

Przy badaniu w prawej jamie nadgrzebieniowej stłumienie, wydech wydłużony i suche rżenia. Pod lewym obojczykiem trochę suchych rżeń, szczególnie po kaszlu. W płwocinie laseczników Kocha nie znaleziono. Pirquet słaby.

Wskaźnik opsoniczny, określony 12. XI. 1909 wynosił 0,80, 23. XI.—0,36, 6. XII, 1909—0,55.

14. XII. 1909 zacząłem ambulatoryjnie wstrzykiwać tuberkulinę Jacobs'a i wstrzyknąłem 5 ampułek № 1, 5 ampułek № 2, 4—№ 3 i 4—№ 4. Wskaźnik opsoniczny, określany co tydzień, wynosił 1,14 1,77, 0,57, 0,68 i 1,50.

Podczas kuracji stan ogólny chorej pogorszył się, ciepłota zaczęła się wahać od 38⁰ do 39⁰. waga spadła o 3 kilo, zmiany w płucach pozostały *quo ante*. Kurację zmuszony byłem przerwać.

№ 3. Stanisława Ł., l. 17. Chora z Przychodni. *Condensatio ap. dextri* (okres II).

Od paru miesięcy pokastuje i oddaje plwocinę, czasem z domieszką krwi. Dawniej nie chorowała, z rodziny zdrowej.

Stan ogólny dosyć dobry. Ciepłota waha się od 37,2⁰ do 37,8⁰. Waga 48,3 kilo. W prawej jamie nadgrzebieniowej wydech mocno wydłużony, po kaszlu suche rżenia. Gruczoły szyjowe powiększone. W plwocinie laseczników Kocha nie wykryto. Odczyn Pirquet'a bardzo wyraźny. Wskaźnik opsoniczny określony przed kuracją—0,81.

Chorej wstrzyknięto w mięśnie pośladowe 3 ampułki № 1, 1 ampułkę № 2 i 1—№ 3.

Zaznaczam tu, że dla braku № 2 (tuberkulinę Jacobs'a przestano wyrabiać), po jednej ampułce № 2 przeszedłem od razu do № 3. Otóż po wstrzyknięciu № 3, na drugi dzień w miejscu wstrzyknięcia (pcśladek) wystąpiło zaczerwienienie rozległe, obrzęk i silna bolesność. Chora dostała silnego bólu głowy, zawrotów, wymiotowała i nawet chwilami traciła przytomność. Ciepłota podniosła się do 39,2⁰. Na 3-ci dzień wszystkie te objawy ustąpiły. Kurację przerwano. Wskaźnik opsoniczny określony podczas leczenia wynosił 0,73 i 0,75.

№ 4. Władysława K., lat 17. Chora z Przychodni. *Condensatio utriusque apicis pulm.* (Okres II).

Od 2-u lat kaszel suchy. Dawniej była zawsze zdrowa i pochodzi z rodziny zdrowej. Stan ogólny niezły, odżywienie nieco upośledzone. Ciepłota waha się od 36⁰8 do 37⁰4. Waga 43,5 kilo. W jamach nadgrzebieniowych prawej i lewej wydech wydłużony i rżenia wilgotne. Laseczników Kocha w plwocinie nie wykryto. Pirquet dodatni. Wskaźnik opsoniczny przed kuracją wynosił: 1,40, 1,65, 0,95 i 0,72.

Tuberkulinę wstrzykiwałem w mięśnie pośladowe. Chora otrzymała № 1 3 ampułki i № 2—3 ampułki. Stan chorej zaczął się pogarszać, tak, iż musiała położyć się do łóżka. Ciepłota podniosła się do 37,5⁰ i 37,8⁰. Waga spadła do 40,3 kilo. Objawy fizyczne pozostały *quo ante*. Wskaźnik opsoniczny 0,85.

№ 5. Henryk K., l. 18 Chory z Przychodni. *Condensatio utriusque apicis, praep. dextri.* (Okres II).

Od paru tygodni kaszel suchy. Przedtem zawsze zdrow i z rodziny zdrowej. Chory bladej, chudy. Ciepł. 37⁰ do 38⁰. Waga 50,6 kilo. W prawej jamie nadobojczykowej wydech mocno wydłużony. Las. Kocha w plwocinie nie znaleziono, odczyn Moro—dodatni. Wskaźnik opsoniczny przed kuracją 0,93 i 0,84. Choremu wstrzyknięto w mięśnie pośladowe 5 ampułek № 1, przyczem stan jego stale się pogarszał. Ciepłota podniosła się do 38⁰ i 38,5⁰. Waga spadła do 47,2. Objawy fizyczne pozostały *quo ante*. Pomimo pogorszenia wskaźnik opsoniczny wzrósł jednak do 1,05 i 1,20.

Chory kurację tuberkulinową przerwał i wyjechał na wieś, a po paru tygodniach zmarł.

№ 6. Joanna W., lat 31. Chora z Przychodni. *Condensatio apicis pulm. dextri* (okres I).

Chora jest osłabiona od paru miesięcy i pokasłuje. Dawniej nie chorowała nigdy i z rodziny zdrowej.

Stan ogólny dobry, ciepłota 37,4⁰ do 37,5⁰. Waga 78 kilo. Przy badaniu w prawej jamie nadobojczykowej bronchophonia, wydech wyd'uszony. Laseczników Kocha w plwocinie nie wykryto. Odczyn Moro dodatni. Chorej wstrzyknąłem w mięśnie pośladkowe 3 ampułki № 1, 4—№ 2 i 11—№ 3. Po ukończeniu leczenia stan ogólny chorej doskonały, waga ciała wzrosła do 80,6. Objawy fizykalne pozostały *quo ante*, lecz ciepłota w dalszym ciągu waha się od 37,4⁰ do 37,5⁰.

№ 7. Julia S., l. 28. Chora z Przychodni. *Induratio fibrosa lob. super. utriusque pulmonis praecip. sinistri.*

Przed 3-ma lata chora miała krwotok płucny. Od tego czasu kaszle i pluje dużo i cierpi na duszność. Stan ogólny dobry, ciepłota 36,4⁰, waga ciała 59,1 kilo.

Przy badaniu w górnej połowie lewego płuca oddech oskrzelowy i rżenia o charakterze dźwięcznym, w górnym płacie prawego płuca wydech mocno wyd'uszony i rżenia grubopęcherzykowe. Las. Kocha w plwocinie nie wykryto, odczyn Mantoux bardzo wyraźny

Przypadek ten, pomimo dużych zmian fizykalnych, zaliczam do postaci gruźlicy o tendencji włóknistej, a to ze względu na stan ogólny dobry, bezgorączkowy i na brak laseczników w plwocinie. Bez wątpienia, w górnych płatach obu płuc znajdują się ogniska serowate lub nawet jamy, lecz otoczone już są prawdopodobnie warstwą tkanki włóknistej. Według zdania francuskich badaczy Arloing'a i Rénon'a tuberkulina daje najlepsze wyniki właśnie w tego rodzaju przypadkach. Rénon mówi, że „w przypadkach gruźlicy włóknistej, gdzie od całych miesięcy lub lat trwają niezmiennie ogniska z rżeniami, często wystarczy kilku wstrzyknięć tuberkuliny, aby ogniska znikły. Przyszłość tuberkulinoterapii leży właśnie w postaciach starych, t. j. naturalnie odpornych.“ Otóż w przypadku powyższym miałem nadzieję, że ogniska stare ulegną pewnej modyfikacji. W tym celu zacząłem wstrzykiwać tuberkulinę T. J. z początku pod łopatkami, później zaś w mięśnie pośladkowe. Chora ta otrzymała № 1—2 ampułki, № 2—5, № 3—5 i № 4—6 ampułek. W ciągu leczenia występowały często objawy anafilaksyi miejscowe: zaczerwienienie i obrzęki—i ogólne: rozbite, bole głowy, osłabienie.

Po 7-iu wstrzyknięciach rżenia w prawym płucu znikły i więcej już się nie zjawiały, w lewym jednak płucu pozostawały wciąż, nawet po ukończeniu kuracji, pomimo, iż stan ogólny chorej wciąż był dobry, bezgorączkowy, waga wynosiła 60 kilo. Czy zniknięcie rżeń z prawego płuca mamy prawo przypisać tuberkulinie? Sądzę, że nie, gdyż rżenia, szczególnie w gruźlicy włóknistej mogą zniknąć bez wszelkiego leczenia.

№ 8. Stanisława Ż., l. 12. Chora z Przychodni. *Adenopathia tracheo-bronchialis. Compressio bronchii sinistri.*

Chora cierpi od paru miesięcy na duszący kaszel i częste poty nocne. Ojciec jej miewa obfite krwiopłucia. Chora anemiczna, odżywiona nieźle. Ciepł. 36,5⁰, waga ciała 38,3 kilo

Przy badaniu pod lewym obojczykiem stłumienie, zlewające się ze stępieniem serca, wydech chuchający, stenotyczny. Las. Kocha w plwocinie niema, odczyn Moro bardzo silny. Roentgen wykazuje zaciemnienie z lewej strony klatki i gruczoły okołoskrzelowe.

Chorej wstrzyknąłem w mięśnie pośladkowe 3 ampułki № 1 T. J.. 4—№ 2, 7—№ 3 i 2—№ 4. Chora zносиła wszystkie wstrzyknięcia dobrze, oprócz drugiej, dawki № 4, po której ciepłota podniosła się do 39⁰—40⁰, wystąpiła bezsenność, a w miejscu wstrzyknięcia bolesność i nacieczenie. W ciągu leczenia kaszel powoli ustał, wydech stenotyczny pod lewym obojczykiem ustąpił miejsca pęcherzykowemu, pozostało zaś tylko nieznaczne stłumienie. Stan ogólny chorej wyborny, waga ciała wzrosła do 47,8 kilo. Odczyn Moro, wykonany po raz drugi, pozostał dodatni.

W przypadku tym nastąpiła wybitna poprawa w stanie ogólnym i miejscowym. Ponieważ chora podczas kuracji warunków nie zmieniła, a cierpienie przed kuracją trwało już od kilku miesięcy bez zmiany, mam prawo twierdzić, że gruźlica uciskająca oskrzele pod wpływem tuberkuliny zmniejszyły się, wskutek czego ucisk na oskrzele i wszystkie objawy patologiczne ustąpiły.

№ 9. P. mężczyzna l. 50. Chory prywatny. *Ulcus tbc. linguae. Induratio in apice pulm. dextri.*

Od 3-ch miesięcy na końcu języka owrzodzenie, które przeszkadza przy jedzeniu i mowie.

Owrzodzenie podłużne długości 5 cm o brzegach płaskich, miękkich, dno płaskie, pokryte biało-szarym nalotem.

Od 4-ch dni zjawiły się na prawym przednim łuku 3 naloty białe wielkości ziarenka prosa i na lewym migdale jeden podobny nalot. Na lewym przednim łuku widać również 3 naloty, nieco jednak mniejszych rozmiarów. Powstało podejrzenie, czy naloty te nie są gruźliczkami, tem bardziej, że chory przed 2-ą laty miał krwioplucia, a obecnie w prawej jamie nadgrzebieniowej znajdujemy wydech mocno wydłużony. Miałem zamiar zbadać, czy naloty te nie zawierają laseczników Kocha, lecz po paru dniach znikły one zupełnie.

Po naradzie z kol. Erbrichem, który leczył chorego miejscowo (przypalanie owrzodzenia kwasem mlecznym), a do mnie skierował go łaskawie w celu kuracji tuberkulinowej, zacząłem wstrzykiwać tuberkulinę Jacobs'a. Chory otrzymał więc podskórnie 2 ampułki № 1, 4—№ 2 i 6—№ 3. Po 2-u miesiącach owrzodzenie zabiłnitło się zupełnie i chory jest zdrow dotychczas.

№ 10. E., l. 22. Chory prywatny. *Chorioretinitis tbc.*

Od 3-ch lat spostrzega przed oczami czarne plamy, odczuwa ciągłe miganie, tak iż czytanie jest bardzo utrudnione. Ponieważ leczenie miejscowe zupełnie zawiodło, kol. Ziemiński łaskawie skierował chorego do mnie z propozycją przeprowadzenia kuracji tuberkulinowej. Przed rozpoczęciem kuracji wykonałem odczytny tuberkulinowe: podskórny Kocha i skórny Pirquet'a, które obydwa wypadły dodatnio.

Choremu wstrzyknąłem podskórną 4 ampułki № 1 tuberkuliny Jacobs'a, 7 ampulek № 2, 9—№ 3 i 4—№ 4. Na pierwsze dwie dawki chory reagował dosyć silnie: w miejscu wstrzyknięcia zaczerwienienie i obrzęk, ciepł. 38^o, ogólne rozbiście, ból głowy, miganie większe i t. d. W ciągu dalszego leczenia chory reagował jeszcze od czasu do czasu, lecz już słabiej. Tylko miganie po każdym wstrzyknięciu przez kilka lub kilkanaście godzin powiększało się, później jednak znacznie się zmniejszało. Po 12-u wstrzyknięciach kol. Ziemiński zaznaczył funkcjonalną poprawę: wzrok lepszy, miganie mniejsze, stan naczyniówki bez zmiany. Po następnych 12-u wstrzyknięciach kol. Ziemiński skonstatował znaczną funkcjonalną poprawę: chory może czytać swobodnie, miganie bardzo słabe. Dno oka czystsze, zmiany ograniczone, więcej nie postępują.

§ 2. Tuberkulina Denysa.

Tuberkulina Denysa jest to bulion, otrzymany po przefiltrowaniu hodowli gruźliczej ludzkiej. Za podłoże do hodowli Denys używa bulionu wołowego z dodatkiem peptonu i żelatyny (5%). Kiedy hodowla rozrośnie się dostatecznie, filtruje się ją przez bibułę i przez sącdek Chamberland'a. Płyn otrzymany jest przezroczysty, o zapachu przyjemnym i barwie dosyć ciemnej. Płyn ten jest właśnie tuberkuliną (B. F.). Aby przeszkodzić zakażeniom wtór-

nym, dodaje się do tuberkuliny 0,25% karbolu i trochę tymolu. Im rozcieńczenia są słabsze, tem szybciej się one rozkładają. Dlategoż Instytut bakteriologiczny w Louvain wysyła małe flakoniki tuberkuliny po 5 cm sz., które powinny być zużyte w ciągu 3-ch—4-ch tygodni. Początkowo Denys przygotowywał tylko 3 rozcieńczenia, które nazywał T. III (B. F. czysty), T. II (B. F. rozcieńczony do $\frac{1}{10}$) i T. I. (B. F. $\frac{0}{100}$), później jednak dodał T. 0 (B. F. $\frac{1}{1000}$), T. $\frac{0}{10}$ (B. F. $\frac{1}{10000}$), T. $\frac{0}{100}$ (B. F. $\frac{1}{100000}$), T. $\frac{10}{1000}$ (B. F. $\frac{1}{1000000}$), T. $\frac{0}{10000}$ (B. F. $\frac{1}{10000000}$), T. $\frac{0}{100000}$ (B. F. $\frac{1}{100000000}$) i T. $\frac{0}{1000000}$ (B. F. $\frac{1}{1000000000}$).

Rozcieńczenia powyższe Denys otrzymuje w ten sposób, że miesza B. F. z bulionem glicerynowym i peptonowym wyjałowionym tak, iżby każde następne rozcieńczenie było słabsze 10 razy od poprzedniego. Denys przekonał się, że nawet takie homeopatyczne dawki, jak rozcieńczenie $\frac{1}{1000000000}$ wywołuje skutek pożyteczny, a niekiedy daje nawet odczyn wyraźny.

Do wstrzykiwania tuberkuliny Denys używa szprycki Pravaz'a 1 cm sz., podzielonej ściśle na 10 części i zaczyna od $\frac{1}{10}$ cm sz. najniższego rozcieńczenia. Po dojściu do $\frac{9}{10}$ cm sz. przechodzi do silniejszego rozcieńczenia.

PRZYPADKI.

№ 11. Regina M., l. 23. Chora z Przychodni. *Condensatio tbc. utriusque apicis pulm.* (okres II).

Przed 8-u laty miała obfite krwioplucie, które w słabszym stopniu często się powtarza. Kaszle i odpluwa sporo płwociny. T^0 — $37,2^0$ — $37,4^0$. Błada, odżywienie upośledzone. Przy badaniu pod prawym obojczykiem (do 2 żebra) i nad prawym grzebieniem łopatkowym wydech oskrzelowy i liczne rżenia wilgotne. Nad lewym obojczykiem wydech mocno wydłużony, pokryty rżeniami wilgotnemi. W płwocinie liczne laseczniki Kocha. Odczyn Mantoux dodatni.

Chorej tej wstrzykiwałem tuberkulinę Denysa w ciągu 3 ch miesięcy, zaczynając od $\frac{1}{10}$ № $\frac{0}{10000}$ i stopniowo powiększając aż do $\frac{9}{10}$ № $\frac{0}{100}$, poczem kurację przerwałem wskutek wyjazdu chorej na wieś. W ciągu leczenia żadnych wyraźnych odczynów ani miejscowych, ani ogólnych nie było, czasem tylko ciepłota podnosiła się o parę dziesiątych. Po skończonej kuracyi st. ogólny chorej przedstawia się dosyć dobrze, t^0 spadła do $36,8^0$ rano i 37^0 wieczorem. Waga ciała wzrosła z 52,2 do 54,3 kilo, kaszel i odpluwanie małe. Przy badaniu — wydech pozostał wydłużony u obu szczytów, lecz rżeń nie słychać, czasem tylko po kaszlu nieliczne rżenia. Laseczniki Kocha obecne. Odczyn Mantoux pozostał dodatni. W przypadku tym nastąpiła wyraźna poprawa, pomimo iż chora leczona była ambulatoryjnie i że warunki życia pozostawały te same co przed kuracją.

№ 12. Józef St., l. 13. Chory z Przychodni. *Condensatio tbc. utriusque ap. pulm. praecip. dextr.* (Okres II).

Kaszle i odpluwa dużo od 7-u miesięcy. Stan ogólny lichej, odżywienie upośledzone, ciepł. — $37,3^0$ — $37,8^0$. Waga 56,7 kilo. Dziedzicznie obciążony. Pod prawym obojczykiem i nad grzebieniem prawe; łopatki — oddech osłabiony i rżenia wilgotne. W płwocinie — liczne laseczniki Kocha. Ponieważ stan chorego po 2 miesiącach obserwacji w Przychodni nie polepszał się, zacząłem stosować tuberkulinę Denysa.

Kuracja trwa 3 miesiące, wstrzyknięć zrobiono 18, poczynając od $\frac{1}{10}$ № $\frac{0}{10000}$ aż do $\frac{2}{10}$ № $\frac{0}{100}$. Chory ten przedstawia charakterystyczne wahania się ciepłoty podczas wstrzykiwań. Mianowicie, po 4-em wstrzyknięciu ($\frac{4}{10}$ ctm. sz. № $\frac{0}{10000}$)

ciepłota spadła z $37,2^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$ do $36,5^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$ i utrzymywała się z małymi wahaniami do 37° przez parę tygodni. Po wstrzyknięciu dawki $\frac{3}{10}$ № $\frac{0}{1000}$ ciepł. podskoczyła do 38° , lecz po jednym dniu opadła. Po wstrzyknięciu dawki $\frac{4}{10}$ № $\frac{0}{1000}$ t^o znowu podniosła się do $37,8^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$ i utrzymywała się na tym poziomie przez 5 dni, poczem spadła do $36,8^{\circ}$ i $37,1^{\circ}$ i trzymała się nisko przez 4 tygodnie. Po dawce $\frac{1}{10}$ ctm. sz. $\frac{0}{100}$ t^o znowu podnosi się do $37,8^{\circ}$, lecz po kilku dniach spada.

Chory ten, jak widzimy, w przeciwieństwie do poprzednich, silnie reaguje na tuberkulinę; ciepłota często podnosi się, lecz wreszcie spada do $37,8^{\circ}$ — 37° . Miejscowych odczynów niema. Stan ogólny chorego poprawia się. Kaszel i odpluwanie bardzo małe. Waga ciała wzrasta do 58,6 kilo. Przy badaniu wydech pozostaje w prawej jamie nadgrzebieniowej, lecz rzężeń nie występuje się. Laseczniki w płwocinie znajdują się.

№ 13. Stanisław O., l. 19. Chory z Przychodni. *Condensatio utriusque apic. pulm. praecip. sinistri.* (Okr. II).

Od roku miewa obfite krwioplucie (po $\frac{1}{2}$ szklanki), kaszle dużo. Dziedzicznie nie obciążony. Błady, odżywienie upośledzone. Ciepłota waha się od $37,8^{\circ}$ do 39° wieczorami; waga 62,9 kilo. Przy badaniu w prawej i lewej jamach nadgrzebieniowych wydech mocno wydłużony, a w lewej słychać rżenia wilgotne po kaszlu. Pod prawą łopatką tarcie. W płwocinie liczne laseczniki Kocha. Po 3-ch miesiącach obserwacji w Przychodni stan chorego pogarsza się, waga spada do 58,2. Wobec tego stosuję kurację tuberkulinową. Chory otrzymuje 14 wstrzyknięć tuberkuliny Denysa — od $\frac{1}{10}$ cm sz. № $\frac{0}{10000}$ aż do 1 cm sz. № $\frac{0}{1000}$. Stan chorego jednak nie polepsza się, ciepłota waha się w tych samych granicach. (38° — 39°). Objawy fizykalne — bez zmiany. Waga ciała spada do 56,5 kilo. Laseczniki Kocha w płwocinie pozostają. Chory wyjeżdża na wieś.

№ 14. Aleksander B., l. 30. Chory z Przychodni. *Condensatio tbc. apicis pulm. dextri.* (ok. II).

Od paru lat kaszel z obfitem odpluwaniami. Od czasu do czasu krwioplucie. Ojciec cierpi na duszność i kaszel, stan ogólny niezły t^o 37° — 38° , waga ciała — 62,3 kilo. W prawej jamie nadgrzebieniowej wydech mocno wydłużony, pokryty rżeniami wilgotnymi. W płwocinie — lasecz. Kocha.

Po miesiącu obserwacji chorego w Przychodni zacząłem wstrzykiwać mu tuberkulinę Denysa. Chory otrzymał 12 wstrzyknięć tuberkuliny — od $\frac{1}{10}$ cm sz. № $\frac{0}{10000}$ do $\frac{6}{10}$ № $\frac{0}{1000}$. Stan chorego jednak stale się pogarsza, waga ciała spada do 56,0, ciepłota podnosi się 38° — 39° , w prawym wierzchołku zjawia się jama i chory umiera.

№ 15. Nadieżda L., l. 21. Chora w sanatorium dra Geisler'a w Otwocku. *Condensatio tbc. utriusque ap. pulm.* (okres II).

Od $\frac{1}{2}$ roku kaszle i pluje, raz miała lekkie krwioplucie. Przed rokiem półg, nie karmiła. Dziedzicz. nieobciążona. Stan ogólny — średni. Ciepłota po przybyciu do sanatorium dra Geisler'a w Otwocku waha się początkowo od $37,4^{\circ}$ do $37,8^{\circ}$, po 2 tygodniach pobytu zniża się do $36,6^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$, później jednak znowu wzrasta do 38° . Przy badaniu — w obudwu jamach nadgrzebieniowych wydech wydłużony i rżenia wilgotne. Waga ciała — 52,5 kilo. W płwocinie laseczniki Kocha. Kuracja tuberkulinowa trwa 2 miesiące. Chora otrzymuje 15 wstrzyknięć tuberkuliny Denysa — od $\frac{1}{10}$ cm sz. № $\frac{0}{10000}$ do $\frac{2}{10}$ № $\frac{0}{100}$. Krzywa ciepłoty chorej tej jest podobna do krzywej chorego № 12. I tu również spostrzegamy spadki ciepłoty do 37° , trwające po tygodniu i więcej, poczem jednak następują znowu wahania do 38° , a nawet do 39° , ostatecznie jednak ciepł. spada do $37,2^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$. Stan ogólny pozostaje jednakowy. Waga ciała — ta sama. W jamie nadgrzebieniowej prawej rżenia znikają, pozostaje tylko wydech wydłużony, w lewej jamie nadgrzebieniowej ilość rżeń znacznie się zmniejsza. Laseczniki Kocha w płwocinie pozostają.

№ 16 S. L., l. 32. Chora prywatna.

Induratio extensa pulm. sinistri et lobi super. pulm. dextri.

Przed 12-u laty *pleuritis exsudativa*; od tego czasu kaszle i pluje dużo. Przed 3 a laty kuracya tuberkuliną Beraneck'a w San Remo. Dziedzicznie nie obciążona. Stan ogólny dobry. Odżywienie dobre. T⁰ 36,8⁰. Waga — 60 kilo. Przy badaniu z lewej strony od przodu od 1. do 4. żebra i od tyłu od wierzchołka do 1/2 łopatki — wydech mocno wydłużony, pokryty rżeniami wilgotnemi. W prawej jamie nadgrzebieniowej wydech wydłużony. Pozatem rozrzucone wszędzie świsty. Las. Kocha w płwocinie nie znaleziono. Kuracya tuberkuliną Denysa trwała rok. Chora otrzymała 80 wstrzyknięć — od 1/10 № 0/10000 do 1 cm sz. № I'. Przypadek ten jest analogiczny do № 7 (gruźlica o charakterze włóknistym). I w tym przypadku chciałem się przekonać, czy według opinii Arloing'a i Rénon'a tuberkulina wpłynie na stare ogniska. Niestety, i tutaj nie zauważyłem wyraźnego wpływu tuberkuliny, ogniska pozostały bez zmiany, kaszel i odpluwanie również.

№ 17. B. K., l. 20. Chory w sanatorium dra Geisler'a w Otwocku. *T b c. glandularum.* Od roku powiększenie gruczołów szyjowych z prawej strony. Przed 1/2 roku wycięcie tych gruczołów, po których pozostały blizny. Od 3-ch miesięcy powiększenie gruczołów z lewej strony szyi. St. ogólny niezły, odżywienie dosyć dobre. Ciepłota 37,5⁰—38,2⁰. Dziedzicznie nie obciążony. Przy badaniu — z lewej strony szyi cały pakiet gruczołów, wielkości od ziarnka grochu aż do jaja kurzego, niektóre twarde, sprężyste, ruchome, pokryte skórą zaczerwienioną. W płucach zmian wyraźnych niema. Odczyn Mantoux — dodatni.

Chory otrzymał 16 wstrzyknięć tuberkuliny Denysa — od 1/10 cm sz. № 0/10000 do 4/10 № 0/100. W ciągu kuracyi dawniejsze gruczoły zmniejszyły się, powstał jednak nowy gruczoł wielkości gołębiego jajka, lecz ten nie zropiał i prędko znikł. Ciepłota spadła do 37⁰.

№ 18. W., l. 17. Chory sanatorium dra Geisler'a w Otwocku. *Condensatio apicis pulm. dextri.* (Okr. I).

Przed miesiącem obfite krwioplucie. Małka kaszle i pluje. Chory jest błydy, odżywiony średnio. Stan bezgorączkowy, waga ciała 58 kilo. W prawej jamie nadobojczykowej wydech mocno wydłużony. Tony serca czyste. Laseczników Kocha w płwocinie nie znaleziono. Odczyn Mantoux — dodatni.

Chory w ciągu 3-ch miesięcy otrzymuje 20 wstrzyknięć tuberkuliny Denysa od 1/10 cm sz. № 0/10.000 do 2/10 № 0/100. Stan ogólny jego poprawia się, waga ciała wzrasta do 60,5 kilo. W prawym szczycie wydech pozostaje jednak wydłużony.

№ 19. G., l. 28. Chora sanatorium dra Geisler'a. *Induratio t b c. utriusque apicis pulm.*

Od 9 miesięcy kaszle i pluje dużo. Na początku choroby gorączkowała (39⁰—40⁰). Obecnie 36,3⁰—37,1⁰. Odżywienie wyborne. Waga ciała — 75,50 kilo. Przy badaniu w obudwu jamach nadgrzebieniowych wydech mocno wydłużony i rżenia wilgotne. W płwocinie liczne laseczniki Kocha

Chora w ciągu 2 miesięcy otrzymała podskórnice 13 wstrzyknięć tuberkuliny Denys'a — od 1/10 cm sz. № 0/10000 do 4/10 № 0/1000. W ciągu kuracyi chora czuje się znakomicie, nie kaszle. Ciepłota spada do 36,5⁰—36,8⁰. Waga ciała wzrasta do 81 kilo. Pomimo to jednak sprawa gruźlicza nie przycichła, gdyż w prawym szczycie wciąż jeszcze słychać rżenia wilgotne, a w płwocinie znajdują się liczne laseczniki Kocha.

№ 20. L. H. l 19. Chory sanatorium dra Geisler'a. *Condensatio t b c. utriusque apicis pulm. praecip., dextri.* (ok. II)

Od roku kaszle i odpluwa dużo. Przed 1/2 roku miał częste krwioplucia niezbyt obfite. Od 4-ch miesięcy dreszcze, gorączka, poty nocne. Przed 5-u laty tyfus brzuszny, Dziedzicznie nie obciążony.

Chory — blady, odżywiony średnio. Ciepłota 38° — 39° . Waga ciała — 64 kilo. Przy badaniu w obudwu jamach nadgrzebieniowych, szczególnie w prawej—wydech mocno wydłużony, przykryty rżeniami wilgotnemi. Chory przebył w sanatorium 2 miesiące z pewną poprawą. Na wadze przybyło mu 4 4 kilo, samopoczucie dobre. Gorączka trwała jednak w dalszym ciągu bez żadnego spadku. Postanowiłem wtedy zastosować kurację tuberkulinową. Zacząłem wstrzykiwać tuberkulinę Denysa od dawki $\frac{1}{10}$ cm sz. № $\frac{0}{10000}$ i doszedłem stopniowo do $\frac{2}{10}$ № $\frac{0}{1000}$. Chory otrzymał podskórnie 18 wstrzyknięć tuberkuliny w ciągu 2 miesięcy. W rezultacie choremu przybyło na wadze 7,3 kilo, samopoczucie doskonałe, apetyt dobry. Ciepłota jednak utrzymuje się na tym samym poziomie 38° — 39° . W płwocinie liczne laseczniki Kocha pozostają. Chory wyjeżdża.

№ 21 W. K., l. 34. Chory sanatorium dra Geisler'a.

Condensatio tbc. utriusque apic. pulm. praecip. dextri (okres II).

Od 5-u lat kaszle i odpluwa dużo. Kilka razy miewał krwioplucia niezbyt obfite. Matka zmarła na suchoty. Stan ogólny dobry. Ciepłota $36,5^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$. Waga ciała 65,2 kilo. Przy badaniu — nad prawym grzebieniem łopatki stępienie, drżenie wzmożone, wydech wydłużony, suche rżenia. Nad lewym grzebieniem — wydech wydłużony. W płwocinie laseczniki Kocha. Chory w sanatorium czuje się dobrze, nie gorączkuje, waga wzrasta, rżenia w prawym szczycie trwają jednak uparcie. Chcąc w myśl Arloing'a i Rénon'a oczyścić ogniska z rżeń, zastosowałem tuberkulinę Denysa. Chory w ciągu 2 miesięcy otrzymał 16 dawek tuberkuliny, rozpoczynając od $\frac{1}{10}$ cm sz. № $\frac{0}{10000}$ i kończąc na $\frac{6}{10}$ № $\frac{0}{10}$. Po kuracji stan ogólny chorego pozostaje dobrym. Ciepłota podnosiła się kilka razy do $37,2^{\circ}$, w końcu jednak spadła do $36,8^{\circ}$. Waga wzrosła do 67 kilo. Rżenia w prawym szczycie jednak pozostają, jak również las. Kocha w płwocinie.

№ 22. J. S., l. 21. Chory sanat. dra Geisler'a. *Condensatio extensa utriusque lob. pulm. cum destructione incipiente.* (okr. III).

Przed 6-u laty *pleuritis sicca*. Przed 4-a laty obfite krwioplucie. Przed 4-u miesiącami *pleuritis exsudativa*. Ojciec zmarł z powodu duszności. Obecnie chory kaszle niewiele. Odżywienie upośledzone. Waga ciała 66,1. Ciepłota — $37,2^{\circ}$ — $38,3^{\circ}$.

Przy badaniu w górnych płatach obu płuc oddech oskrzelowy, pokryty rżeniami wilgotnemi. Tony serca czyste—wątroba i śledziona powiększone. W płwocinie las. Kocha.

Ponieważ chory podczas kilkomiesięcznego pobytu w sanatorium nie poprawił się, więc postanowiłem przeprowadzić kurację tuberkulinową, pomimo że dotknięty był gruźlicą rozpadową. Wstrzyknąłem mu podskórnie 11 razy tuberkulinę Denysa, rozpoczynając od $\frac{1}{10}$ cm sz. № $\frac{0}{10000}$ i kończąc na $\frac{5}{10}$ № $\frac{0}{1000}$.

W ciągu 6-u tygodni kuracji stan ogólny chorego pozostał bez zmiany. Waga ciała spadła do 65,7 kilo. Ciepłota i objawy fizyczne bez zmiany. Laseczniki Kocha w płwocinie pozostały. Tuberkulina więc w danym wypadku nie wywarła żadnego wpływu.

№ 23. R. G., l. 30. Chora z Przychodni. *Phthisis fibrosa*.

Od 6-u lat kaszle, parę razy miała lekkie krwioplucie. Od miesiąca pogorszenie. Matka zmarła na suchoty. Chora nie gorączkuje. Stan ogólny i odżywienie dobre. Waga ciała — 73 kilo. Przy badaniu — w górnym płacie prawego płuca wydech mocno wydłużony, w górnym płacie lewego płuca wydech wydłużony, po kaszlu rżenia wilgotne. Jest to przypadek gruźlicy płuc o charakterze włóknistym. Chcąc oczyścić ogniska gruźlicze z rżeń, wstrzykiwałem tuberkulinę Denysa w ciągu 6 tygodni. Pierwsza dawka wynosiła $\frac{1}{10}$ № $\frac{0}{10000}$, ostatnia zaś $\frac{3}{10}$ № $\frac{0}{1000}$. I w tym

przypadku jednak tuberkulina nie wywarła żadnego wpływu. Stan chorej pozostał jednakowy i rżenia bynajmniej nie znikły.

№ 24. T., l. 25. Chory prywatny.

Condensatio tbc. utriusque apic. pulm. (okres II).

Od 7-u lat kaszle i oddaje dużo płwociny. Przed 3-a iaty miewał obfite krwiopłucia. W ostatnim roku schudł na 20 funtów. Obecnie waży 52,8 kilo. Ciepłota 36,5⁰ -- 36,9⁰. Przy badaniu w obudwu jamach nadgrzebionowych lewej i prawej — wydech wydłużony i rżenia suche; w płwocinie liczne laseczki Kocha.

Chory w ciągu 1/2 roku otrzymał podskórnę 40 wstrzyknięć tuberkuliny Denysa zaczynając od 1/10 cm sz. № 0/10000 i kończąc na 1/10 № 0. Przez pierwsze cztery miesiące stan chorego trzymał się bez zmiany, lecz w ostatnich dwu miesiącach chory schudł bardziej, ciepłota podniosła się do 38⁰ — 38,5⁰, nastąpiły powikłania: *enteritis i laryngitis tbc.* (owrządzenie na tylnej ściance i strunach, *perichondritis*. Waga ciała spadła do 51,4 kilo. W górnych płatach obudwu płuc wystąpiły objawy rozpadu, oddech oskrzelowy i rżenia wilgotne.

№ 25. Z. L., l. 27. Chora sanatorium dra Geisler'a. *Condensatio lobi super. pulm. dextri.* (Okres II).

Od roku kaszle i pluje. Ciepłota od paru miesięcy 37,4⁰ do 37,6⁰. Odżywienie średnie. Waga ciała 51,7 kilo. Z prawej strony klatki piersiowej od tyłu, od wierzchołka do 1/2 łopatki wydech mocno wydłużony i rżenia wilgotne. Przed rokiem chorej usunięto z krtani guzik, prawdopodobnie natury gruźliczej, obecnie struny matowe, zaczerwienione. W płwocinie laseczki Kocha. Pomimo, iż chora czuła się w sanatorium względnie dobrze, kaszlała i pluła mało i na wadze, aczkolwiek powoli, jej przybywało, to jednak ciepłota utrzymywała się wciąż na tym samym poziomie. Z tego względu chorej wstrzyknąłem podskórnę tuberkuliny Denysa 10 razy, zaczynając od 1/10 cm sz. № 0/1000 i kończąc na 3/10 № 0/1000. Kuracja tuberkulinowa wpłynęła na chorą bardzo dodatnio. Ciepłota spadła do 36,8⁰—37,1⁰. Waga ciała wzrosła do 54,6 kilo. Stan ogólny bardzo dobry. W prawym wierzchołku wydech pozostał wydłużony. rzeńień bardzo mało i tylko po kaszlu. Laseczki Kocha w płwocinie jednak pozostały.

№ 26. G. L., l. 30. Chora sanatorium dra Geisler'a. *Condensatio lobi super. pulm. dextri et apicis pulm. sinistri* (okres II).

Kaszle suchy od lat 11-u. Przez dłuższy czas gorączkowała. 3 zimy spędziła w Zakopanem. Rodzice zmarli na suchoty. Odżywienie dobre. Ciepłota 37,1⁰ do 37,3⁰. Waga 62,6 kilo. Przy badaniu klatki piersiowej od tyłu, od wierzchołka do 1/2 łopatki — wydech wydłużony i suche rżenia. W lewej jamie nadgrzebieniowej wydech wydłużony i tarcie. Laseczek Kocha w płwocinie nie znaleziono. Chora otrzymała podskórnę 10 wstrzyknięć tuberkuliny Denysa (od 1/10 № 0/10000 do 5/10 № 0/1000). Stan chorej po kuracji pozostał ten sam. Ciepłota, waga ciała, objawy fizyczne bez zmiany.

№ 27. C. R., l. 38. Chory sanatorium dra Geisler'a. *Tbc. pulm. num* (okres III).

Przed 12-u laty obfite krwiopłucia. Od tego czasu kaszle, pluje i od czasu do czasu miewa krwiopłucia. Od roku gorączkuje. Brat zmarł na suchoty. Samopoczucie niezłe. Ciepłota 37,3⁰ do 37,9⁰. Waga 55,30 kilo.

Przy badaniu pod lewym obojczykiem (1—5 żebro) stępienie, oddech oskrzelowy, rżenia dźwięczne. W lewej jamie nadgrzebieniowej i pod lewą łopatką wydech wydłużony i rżenia wilgotne. Chory przebył w sanatorium przez miesiąc bez poprawy. Zacząłem mu z tego powodu wstrzykiwać tuberkuliny Denysa. Otrzymał więc podskórnę 8 wstrzyknięć (od 1/10 № 0/10000 do 0/10 № 0/10000). Pomimo krótkiej kuracji chory zaczął się poprawiać, samopoczucie lepsze, waga wzro-

śła do 59,40 kilo. Ciepłota spadła do 37,2⁰. Chory wyjechał, lecz prowadzi kurację w dalszym ciągu w domu.

№ 28. K. H., l. 31. Chory z Przychodni. *Condensatio tbc. utriusque apicis pulm. praec. sinistri* (okres III).

Od 3-ch lat kaszle i pluje, osłabiony, brak łaknienia. W dzieciństwie chorował na zapalenie nerek. Dziadek zmarł na suchoty. Błady, odżywiony średnio. Ciepłota 37⁰ do 38⁰. Waga 58,7 kilo. W lewej jamie nadgrzebieniowej oddech nieokreślony, w prawej—*bronchophonia*. W płwocinie liczne łaseczniki Kocha. Przebieg choroby tem się odznaczał, że od czasu do czasu występowały nowe ogniska, dające podwyższenia ciepłoty do 38⁰. Kuracja tuberkulinowa trwała 2 miesiące. Chory otrzymał 10 dawek tuberkuliny Denysa, poczynając od $\frac{1}{10}$ cm. sz. № $\frac{0}{10000}$ i kończąc na $\frac{2}{10}$ № $\frac{0}{1000}$. Kuracja nie wywarła żadnego wpływu na przebieg choroby.

№ 29. J. M., l. 21. Chory sanatorium dra Geisler'a. *Condensatio apicis pulmonis dextri* (okres I).

Od 2-u miesięcy kaszle i pluje. Od 3-ch tygodni gorączka 38⁰ do 40⁰. Było raz nieznaczne krwioplucie. Waga 49,9 kilo.

W prawej jamie nadgrzebieniowej wydech wydłużony. Łaseczników Kocha w płwocinie nie znaleziono. Odczyn Mantoux dodatni. Po paru miesiącach pobytu w sanatorium chory się poprawił, nie kaszle, nie pluje, waga wzrosła do 53,1 kilo, ciepłota spadła do 37,2⁰—37,4⁰, lecz na tym poziomie utrzymuje się stale. Kuracja tuberkulinowa trwa około 2-u miesięcy. Chory otrzymał podskórnie 15 wstrzyknięć tuberkuliny Denysa (od $\frac{1}{10}$ № $\frac{0}{10000}$ do $\frac{7}{10}$ № $\frac{0}{100}$). Pod koniec kuracji ciepłota spada do 36,6⁰—36,8⁰, waga 57 kilo, samopoczucie bardzo dobre; w prawym szczycie wydech pozostaje wydłużony.

№ 30. M. G., l. 3). Chory sanatorium dra Geisler'a. *Condensatio tbc. apicis pulm dextri*. (Okr. I).

Przed 5 u tygodniami krwioplucie. Od tego czasu kaszel. Z rodziny zdrowej. Stan ogólny liche. Błady. Ciepłota 36⁰ - 37,8⁰. Waga 65,8 kilo.

W prawej jamie nadgrzebieniowej wydech wydłużony. W płwocinie łaseczniki Kocha nieliczne. Kuracja tuberkulinowa trwała 1 $\frac{1}{2}$ miesiąca. Chory otrzymał podskórnie 13 dawek tuberkuliny Denysa (od $\frac{1}{10}$ № $\frac{0}{10000}$ do $\frac{1}{10}$ № $\frac{0}{100}$). Podczas kuracji ciepłota obniża się powoli do 36,8⁰—37,1⁰. Waga ciała wzrasta do 69,1 kilo. Samopoczucie dobre. W prawym szczycie wydech pozostaje wydłużony. W płwocinie łaseczniki pozostają.

№ 31. H. H., l. 27. Chora sanatorium dra Geisler'a. *Condensatio tbc. apicis pulm. dextri*. (Okres II). Od 2-u lat po ostatniej ciąży i karmieniu osłabienie. Przez pół roku krwioplucie, które powtórzyło się parę razy. Brat zmarł na gruźlicę płucną. Odżywienie upośledzone, ciepłota 37,2⁰ do 37,9⁰. Waga 45 kilo. W prawej jamie nadgrzebieniowej wydech wydłużony i rżenia wilgotne. W płwocinie łaseczników Kocha nie znaleziono. Ponieważ w ciągu 7-u tygodni pobytu w sanatorium nie poprawiła się, zastosowałem kurację tuberkulinową, która trwała 5 tygodni. Chora otrzymała podskórnie 10 dawek tuberkuliny Denysa (od $\frac{1}{10}$ № $\frac{0}{10000}$ do $\frac{2}{10}$ № $\frac{0}{100}$). Kuracja nie wywarła żadnego wpływu. Chorej ubyło na wadze 1,8 kilo, ciepłota nie spadła, objawy fizyczne pozostały te same.

№ 32. K., l. 25. Chory prywatny. *Condensatio extensa utr. pulm. n.* (okres II).

Przed 2-a laty miewał obfite krwioplucie. Od tego czasu kaszle i pluje dużo. Z rodziny zdrowej. Błady, odżywienie upośledzone. Waga 43,40 kilo. Ciepłota 37,1⁰—37,3⁰. Przy badaniu z obudwu stron klatki od przodu i od tyłu wydech wydłużony i rozsiane rżenie wilgotne.

W plwocinie laseczniki Kocha. Chory otrzymał podskórnie 16 wstrzyknięć tuberkuliny Denysa (od $\frac{1}{10}$ № 0/10000 do $\frac{6}{10}$ № 0/1000). Stan ogólny chorego nie poprawił się, ciepłota nie zmniejszyła się, waga ciała spadła do 41,1 kilo. Objawy fizykalne bez zmiany.

№ 33. S. K., l. 28. Chory sanatorium dra Geisler'a. *Condensatio tbc. utriusque apicis pulm. (II). Spondylitis. gonitis.*

Od lat 10-u kaszle i pluje. Miewa często krwioplucia. Przed rotiem operowany z powodu perityphlitis tbc. Z rodziny zdrowej. Stan ogólny lichej. Waga 62,5. Ciepłota 37,2⁰—37,5⁰. W prawej i lewej jamach nadgrzebieniowych wydech mocno wydłużony, rżenia wilgotne.

Spondylitis (kyphosis) w okolicy 9—11 kręgu grzbietowego. *Gonitis sinistra.* W plwocinie liczne la-ezczniki Kocha. W tym przypadku zastosowałem kurację tuberkulinową głównie ze względu na to, by się przekonać, czy tuberkulina nie wywrze pewnego wpływu na sprawę gruźlicze miejscowe. Chory otrzymał podskórnie 16 dawek tuberkuliny Denysa (od $\frac{1}{10}$ № 0/10000 do $\frac{1}{10}$ № 0/100). Okazało się, że kuracja nie wywarła żadnego wpływu ani na gruźlicę płucną, ani na miejscową.

§ 3. Surowica sztuczna czyli szczepionka przeciwgruźlicza Czajkowskiego.

Surowice sztuczne Czajkowskiego są produktem działania wyciągów wyskokowych wątroby i śledziony na zabite hodowle drobnoustrojów, w odpowiedni sposób przygotowane. Techniki dosyć skomplikowanej opisywać tu nie będę, odsyłając czytelnika do komunikatu Czajkowskiego w Akademii Krakowskiej. Czajkowski, wychodząc z tego założenia, że wątroba i śledziona są głównymi zbiornikami zaszczepionych utleniających, przypuszcza, że przez działanie tych zaszczepionych na drobnoustroje wywołuje przeróbkę plazmy samych drobnoustrojów na przeciwjady (antytoksyny), *resp.* surowice sztuczne. Czajkowski więc sądzi, że z samych ciał mikrobów mogą powstawać z jednej strony jady, a z drugiej—substancje tenże jad zobojętniające—antytoksyny. Autor uważa pogląd ten za nadzwyczaj ważny z teoretycznego punktu widzenia. „Nie będę dalekim od prawdy, mówi on, jeżeli wyrażę przypuszczenie, że otrzymane przeze mnie wyniki wpłynąć muszą na zmianę naszych poglądów na istotę i powstawanie jadów w komórce mikrobów i na sposób i mechanizm powstawania przeciwjadów w ustroju zwierzęcym, przez te mikroby zakażonym“. Nie mogę wdawać się w bliższą ocenę poglądów Cz. na powstawanie antytoksyn, muszę jednak zauważyć, że jedną z pierwszych hipotez o naturze antytoksyn jest hipoteza Emmericha, który twierdzi, że antytoksyna jest kombinacją toksyny z pewnymi substancjami białkowymi krwi (*immunotoxoprotéine*). Dalej, że hipoteza ta obalona była przez cały szereg prac podstawowych, przedewszystkiem Miecznikowa i Ehrlich'a, którzy dowiedli, że jakkolwiek jest przyroda chemiczna antytoksyny, jest ona w każdym razie produktem działalności samego organizmu (fagocytoza Miecznikowa, teoria bocznych łańcuchów Ehrlich'a).

Co się tyczy surowic sztucznych Cz., to uważam je nie za antytoksyny,

lecz za szczepionki, przygotowane przez działanie wyciągów z wątroby i śledziony na hodowle mikrobów.

Co do praktycznej wartości szczepionek Czajkowskiego, to bardzo zachęcające wyniki ogłosił w Przeglądzie Lekarskim kol. H. Wilczyński.

Moje spostrzeżenia dotyczą tylko 7-u przypadków, z których w 4-ch stosowałem szczepionkę czysto gruźliczą i w 3-ch szczepionkę mieszaną (*tbc. streptoc. pneumococ.*).

PRZYPADKI.

№ 34. Jadwiga R., l. 22. Chora z Przychodni. *Condensatio tbc. apic. pulm. dextri.* (Okr. II).

Od dwu lat kaszle i miewa krwioplucia obfite. Dziedzicznie nieobciążona. Stan ogólny średni. Ciepłota 37,2^o do 37,6^o. Waga 53,2 kilo. W prawej jamie nadgrzebieniowej bronchoponia, wydech wydłużony, rżenia wilgotne. W płwocinie laseczniki Kocha. Chora otrzymuje podskórnie 14 szczepionek Czajkowskiego czysto gruźliczych, 2 na tydzień. Stan ogólny chorej poprawia się, ciepłota spada do 37,1^o—37,2^o. Waga wzrasta do 57,3 kilo. Rżenia w prawym szczycie znikają. Badanie po roku i po 2-ch latach: Stan ogólny dobry. Stan bezgorączkowy, waga 61 kilo, w prawym szczycie rżenia po kaszlu. Laseczniki Kocha. w płwocinie pozostają.

№ 35. Walerya K., l. 33. Chora z Przychodni. *Condensatio apic. pulm. dextri* (okres I). Od pół roku kaszel suchy, bole w klatce. Ciepłota 37,2^o do 37,6^o. Waga 50,2 kilo. W prawej jamie nadgrzebieniowej wydech wydłużony. Wskaźnik opsoniczny 0,89. W płwocinie laseczników Kocha nie znaleziono. Pirquet dodatni. Chora otrzymuje 6 szczepionek czysto gruźliczych Czajkowskiego. Po niektórych w miejscu wstrzyknięcia ból i zaczerwienienie, bóle w krzyżu i rozłamanie. Ciepłota utrzymuje się wciąż na tym samym poziomie 37,4^o do 37,5^o. Waga spada do 48,5. Fizykalne objawy bez zmiany. Wskaźnik opsoniczny wzrasta do 1,38. Laseczniki Kocha w płwocinie pozostają. Chora wyjeżdża na wieś.

№ 36. A. M., l. 24. Chory z oddziału dra A. Sokołowskiego. *Condensatio ap. pulm. dextri.* (Okres II). *Enteritis.*

Od roku kaszel i częste rozwolnienia. Odżywienie upośledzone. Ciepłota 37,2^o. W prawej jamie nadgrzebieniowej wydech wydłużony, po kaszlu rżenia wilgotne. W płwocinie laseczników Kocha nie znaleziono. Brzuch wzdęty, ból w okolicy ślepej kiszki. Wypróżnienia płynne 4—6 razy dziennie. Chory otrzymuje 10 szczepionek Czajkowskiego czysto gruźliczych. W czasie kuracyi stan ogólny chorego poprawia się. W prawym szczycie rżenia znikają. Rozwolnienie ustaje. Na wadze przybywa 4 kilo. Czy poprawa postępuje pod wpływem szczepionek, nie mogę twierdzić stanowczo, gdyż chory przebywał na werandzie i przyjmował proszki bizmutu z opium.

№ 37. B. K., l. 54. Chory z oddziału dra A. Sokołowskiego. *Condensatio apic. pulm. dextri.* (Okres II). *Caries costae.*

Kaszle od lat 20-u. Przed pół rokiem pleuritis exsudativa. Odżywienie upośledzone. Ciepłota 37,2^o do 37,5^o. W prawej jamie nadgrzebieniowej wydech wydłużony i suche rżenia. Pod lewą łopatką oddech osłabiony (*resid. pleuritidis*).

W płwocinie laseczników Kocha nie znaleziono, lecz odczyn białkowy płwociny dodatni. Pirquet dodatni. W okolicy 7—9 żebra z prawej strony guz wielkości pięści z wyraźnym chębotaniem. Z guza tego wydobyto ropę i kilka razy zastrzyknięto mieszaną jodoformową. Potem chory otrzymał 10 szczepionek Czajkowskie-

go czysto gruźliczych. Stan pozostał bez zmiany i chory wypisał się ze szpitala. W następnych 3-ch przypadkach stosowałem nową szczepionkę Cz. mieszaną.

№ 38. J. N., l. 20. Chora z Przychodni. *Condensatio tbc. ap. ic. pulm. dextri* (II).

Kaszele i pluje od roku. Odżywienie upośledzone. Stan podgorączkowy (37,2°). W prawej jamie nadgrzebieniowej wydech znacznie wydłużony i rżenia wilgotne. Laseczniki Kocha w płwocinie obecne. Chorej zacząłem wstrzykiwać szczepionkę Cz. nową mieszaną. Po pierwszym wstrzyknięciu ciepłota podskoczyła do 37,8°. W miejscu wstrzyknięcia zaczerwienienie, ból i naciek podskórny wielkości dłoni. Takie same objawy miejscowe występowały po każdym następnym wstrzyknięciu, których mogłem dokonać tylko 4, gdyż po czwartym wstrzyknięciu ciepłota podniosła się do 39°, chora czuła się bardzo osłabiona, zjawiły się dreszcze, rozwolnienie i t. d. Kurację musiałem przerwać.

№ 39. R. S., l. 22. Chora z Przychodni. *Condensatio tbc. utriusque ap. pulm.* (Okres II).

Kaszele i pluje od pół roku. Z rodziny zdrowej. Odżywienie niezłe. W obu jamach nadgrzebieniowych prawej i lewej wydech wydłużony i rżenia wilgotne. Laseczniki Kocha w płwocinie obecne. Odczyn Mantoux dodatni. Chorej zacząłem wstrzykiwać szczepionki Cz. nowe (mieszane). Po pierwszej dawce wystąpiły w miejscu wstrzyknięcia: ból, zaczerwienienie i naciek wielkości pół dłoni. Po 24-ch godzinach objawy te ustąpiły. Po 2-em wstrzyknięciu wystąpiły te same objawy miejscowe, a prócz tego ogólne: rozbicie, ciepłota 38,2°. Chora dostała krwawej biegunki, schudła 2 kilo. Kurację musiałem przerwać.

№ 40. J. K., l. 18. Chory z oddziału dra A. Sokołowiekiego. *Pneumonia caseosa*.

Chory od kilku miesięcy kaszele, pluje i gorączkuje. Dziedzicznie nieobciążony. Stan ogólny bardzo zły. Ciepłota 38°, z lewej strony klatki piersiowej od przodu i od tyłu stłumienie, oddech oskrzelowy i rżenia wilgotne. Zachęteni przez dra Czajkowskiego, który twierdził, że jego szczepionka działa pomyślnie nawet w przypadkach gruźlicy ostrej, zaczęliśmy choremu wstrzykiwać szczepionki. Po każdym jednak wstrzyknięciu miejscowo występowały takie same objawy, jak w 2-u poprzednich przypadkach; ciepłota po pierwszym wstrzyknięciu spadła do 36,8°, lecz na następny dzień podniosła się znowu do 39°, przy czym chory uskarżał się na ogólne rozbicie, osłabienie i rozwolnienie. Po 2-ym i 3-ym wstrzyknięciu stan chorego wyraźnie pogorszył się i kurację przerwano.

§ 4. Tuberkulina Kocha T. R.

Przechodzę wreszcie do opisu paru przypadków gruźlicy oka, leczonych tuberkuliną T. R.

№ 41. B., l. 50. Chory prywatny, skierowany łaskawie do mnie przez dra Endelmana. *Iritis tbc.*

Chory nie widzi na lewe oko. Nie gorączkuje. Pirquet dodatni. Odczyn podskórny Kocha dodatni. Po wstrzyknięciu podskórnym $\frac{1}{10}$ miligrama starej tuberkuliny Kocha wzrost ciepłoty do 38° (przed wstrzyknięciem 36,2° do 36,5°) ogólne rozłamanie, w miejscu wstrzyknięcia silna bolesność, zaczerwienienie i naciek wielkości dłoni.

Po naradzie z kol. Endelmanem zacząłem wstrzykiwać choremu tuberkulinę T. R. Po pierwszych paru wstrzyknięciach 0,00002 tuberkuliny chory reagował przez podniesienie ciepłoty do 37,6°—38°, zaczerwienienie łącznicy i białka i silne łzawienie. W miejscu wstrzyknięcia powstawały stwardnienia wielkości orzecha. Wszystkie następne wstrzyknięcia chory znosił już bez odczynów. Tuberkulinę

wstrzykiwałem 2 razy na tydzień, powiększając stopniowo dawkę. W sumie chory otrzymał 42 wstrzyknięcia. Najwyższą dawką, którą chory znosił dobrze, była 0,003. Na dawkę 0,004 już znowu reagował bardzo silnie przez zaczerwienienie łącznicy i białka.

Już po pierwszych kilku wstrzyknięciach chory oświadczył, że na chore oko lepiej widzi i że mógłby chodzić po ulicy, patrząc tylko lewym okiem i nie natykając się na ludzi. W 3 tygodnie po rozpoczęciu kuracji kol. Endelman pisze: „Poprawa w stanie oka u p. B. jest niewątpliwa. Kolor tęczówki staje się zbliżonym do barwy zdrowego oka, źrenica okrągła, oddziaływa na światło (dawniej nie oddziaływała), powierzchnia tęczówki dawniej pokryta szarym nalotem, obecnie oczyściła się w znacznym stopniu. Wciąż jeszcze dużo punkcikowatych osadów na tylnej powierzchni rogówki. Przy oftalmoskopowa iu widoczny jest różowy odbłask dna ocznego (dawniej światło zupełnie nie przenikało w głąb oka). Ostrość widzenia: obecnie liczy 5 palców w odległości 1 metra (dawniej zaledwie widział ruchy ręki przed okiem).“

W 6 tygodni po rozpoczęciu kuracji kol. Endelman znów pisze: „Poprawa w stanie oka p. B. jest widoczna. Przekrwienie gałki ocznej i jej rysunek zbliżają się coraz bardziej do oka normalnego, w samej tęczówce znikło już ognisko, usadowione w jej zewnętrznej części; osady na błonie Descemeta w obrębie źrenicy również powoli znikają, jest ich mniej i są mniej zbite. Ostrość widzenia, aczkolwiek powoli, stale się podnosi. Obecnie chory swobodnie liczy palce w odległości 2 metrów“. Chory wyjeżdża do Szwajcaryi i kurację przerywa.

№ 42, J. l. 24. Chory prywatny. Irido-chorioiditis tbc.

Od kilku miesięcy na lewe oko źle widzi, łzawienie, miganie. Kol. Ziemiński rozpoznaje irido-chorioiditis tbc. i łaskawie skierowuje go do mnie w celu dokonania odczynu tuberkulinowego i ewentualnej terapii swoistej. Odczyn Mantoux dodatni. Odczyn podskórny Kocha również dodatni. Po wstrzyknięciu $\frac{1}{10}$ mg. starej tuberkuliny Kocha ciepłota z $36,3^{\circ}$ wzrosła do $37,9^{\circ}$. W miejscu wstrzyknięcia zaczerwienienie i nacieczenie wielkości rubla. Chory otrzymuje podskórnie 18 wstrzyknięć tuberkuliny TR zaczynając 0,000002 do 0,002. Jest on bardzo wrażliwy na tuberkulinę i reaguje często przez zaczerwienienie i nacieczenie w miejscu wstrzyknięcia, przekrwienie łącznicy i gałki ocznej, jak również ogólne rozłamanie i bole w stawach. Po 15-u wstrzyknięciach kol. Ziemiński zaznacza subiektywną poprawę, lecz chory kurację przerywa i wyjeżdża na wieś.

§ 5. R é s u m é.

W sumie stosowałem tuberkulinę w 50-u przypadkach. Z tych 8 nie przyjmuję pod uwagę, gdyż kuracja trwała zbyt krótko.

Z pozostałych 42-u w 10-u stosowałem tuberkulinę Jacobs'a, w 23-ch tuberkulinę Denysa, w 7-u szczepionkę Czajkowskiego, a w 2-u tuberkulinę T. R.

Gruźlicy płucnej było 36 przypadków

„	oka	„	3	„
„	gruczołów	2	„	„
„	języka był	1	„	„

1. Gruźlica płuc.

1. 5 przypadków (№№ 6, 18, 29, 30 i 35) w I okresie: nacieczenie szczytów bez rzeżeń. U jednego stan bezgorączkowy, u 3-ch stan podgo-

rażkowy (37,2° do 37,8°), u jednego ciepł. 38° do 40°. Laseczniki Kocha znalaziono u jednego, Pirquet lub Mantoux dodatni u wszystkich.

Poprawa ogólna nastąpiła u jednego bezgorączkowego (№ 18 lecz. tub. Denysa) i 2 gorączkujących (29 i 30 tub. Denysa). U 2 pozostałych (6 Jacob i 35 Czajkowski) stan pozostał bez zmiany, ciepłota nie spadła.

2. 24 przypadki w II okresie.

(№№ 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39). Nacieczenia szczytów z rżeniami suchymi lub wilgotnymi, w niektórych przypadkach ogniska w dolnych częściach płuc; 2 przypadki z powikłaniami: *enteritis* i *caries costae*; laseczniki Kocha wykryto w 14-u przypadkach, w pozostałych odczyn Pirquet'a lub Mantoux dodatni; ciepłota wahała się od 37,3° do 38,5° i 39°.

Poprawa nastąpiła u 5-u chorych: №№ 1 Jacobs, 11, 12, 25 (Denys) i 34 (Czajkowski). Ciepłota spadła do 36,8°—37°, waga ciała wzrosła, rżenia znikły. Laseczniki Kocha w płwocinie pozostały.

U 9-u chorych stan pozostał bez zmiany: № 3 (Jacobs), №№ 13, 15, 20, 21, 26, 28, 36 (Denys). Pogorszenie następuje u 8-u chorych: №№ 2 i 4 (Jacobs), №№ 24, 31, 32 (Denys) i 37, 38 i 39 (Czajkowski).

Zmarło 2: № 5 (Jacobs) i № 14 (Denys).

3. 3-ch chorych w III okresie.

(№№ 22, 27 i 40).

№ 22 (Denys) poprawił się: ciepłota spadła z 37,3°—37,9° do 37°1. Waga powiększyła się o 4,0 kilo. Samopoczucie dobre. № 2 (Denys) bez poprawy. № 40 (Czajkowski) zmarł.

4. 4 przypadki gruźlicy włóknistej.

№ 7, 16, 19 i 23. U wszystkich stan ogólny wyborny, bezgorączkowy. U № 7 (Jacobs) nacieczenie obszerne z rżeniami grubopęcherzykowymi górnych zrazów obudwu płuc, szczególnie lewego, bez laseczników w płwocinie; u № 16 (Denys) nacieczenie górnego zrazu lewego płuca z rżeniami wilgotnymi, również bez laseczników Kocha w płwocinie; u № 19 (Denys) nacieczenie prawego szczytu z nielicznymi rżeniami i tylko po kaszlu, lecz z lasecznikami Kocha w płwocinie; wreszcie u № 23 (Denys) stan ogólny wyborny, bezgorączkowy, waga 73 kilo, w obu górnych płatach wydech wydłużony i rżenia wilgotne. We wszystkich 4-ch przypadkach kuracja tuberkulinowa pozostała bez wpływu; zmiany fizykalne *st. quo*, rżenia nie znikły.

En résumé, na 36 przypadków gruźlicy płuc:

poprawa nastąpiła	w 9 przypadkach	(23%)
stan pozostał bez zmiany	„ 16	„ (44,48%)
pogorszenie nastąpiło	„ 8	„ (22,28%)
zmarło	3	(8,33%)

II. Gruźlica oka.

3 przypadki.

Chorioretinitis tbc. (№ 10), *iritis tbc.* (№ 41); *irido-chorioiditis tbc.* (№ 32). U № 10 (tnb. Jacobs'a i № 41 (TR) nastąpiła wybitna poprawa, № 42 (TR) bez poprawy.

III. Gruźlica gruczołów.

Adenopathia tracheobronchialis (№ 8, tuberkulina Jacobs'a) i *tbc. glandularum* (№ 17, tub. Denysa). W obudwu przypadkach, a szczególnie w pierwszym nastąpiła wybitna poprawa.

IV. Gruźlica języka.

Ulcus tbc. linguae (№ 9), tuberkulina Jacobs'a)—poprawa.

§ 6. Ocena wyników.

Jeżeli porównamy wyniki otrzymane przeze mnie z wynikami innych autorów, to okaże się, że są one znacznie gorsze. Przedewszystkiem muszę się zastrzedz przeciwko terminowi „wyleczenie“, używanemu przez wielu autorów, jak Moeller, Petruschky, Goetsch, Denys, Jacobs i inni. Sądzę, że mówić o wyleczeniu w chorobie tak przewlekłej i pełnej niespodzianek, jak gruźlica, nie podobna; co najwyżej może być mowa o trwałej poprawie.

Otóż Moeller w swojej statystyce otrzymuje poprawę w 64,2^o/o.

Petruschky w gruźlicy otwartej ma 40^o/o wyleczeń, a w zamkniętej 100^o/o. Denys mówi o 43^o/o przypadków wyleczonych, w 27,2^o/o otrzymuje poprawę, 6^o/o bez poprawy i 22,6^o/o śmierć. Jacobs wyleczenia ma w 29,2^o/o, poprawę w 64^o/o, bez poprawy 1^o/o, śmierć w 5,8^o/o. Stephani otrzymuje wyleczenie lub dużą poprawę w 39^o/o, poprawę w 30^o/o, bez poprawy 16^o/o, śmierć w 9^o/o, recydywę w 6^o/o. Turban przy leczeniu tuberkuliną ma trwałą poprawę w 51,7^o/o, podczas gdy poprzednio miał tylko 46^o/o. Bernheim i Barbier doszedł do następujących wyników;

	w 1-szym okresie,	w 2-gim,	w 3-im
wyleczonych	70 ^o /o	30 ^o /o	7 ^o /o
poprawa	15,	35,	28,
bez poprawy	10,	25,	20,
zmarło	5,	10,	45,

Rénon na 30 przypadków szpitalnych otrzymał poprawę w 63,4^o/o, bez poprawy zostało 10,6^o/o, pogorszenie nastąpiło w 16,6^o/o i śmierć w 3,4^o/o.

Fidler na 18-u chorych u 12 otrzymał poprawę, u 3 pogorszenie, 2 zmarło.

Dłuski znaczną poprawę miał w 36^o/o
względną — — — 25^o/o
bez zmiany — — — 39^o/o

Moja statystyka jest daleko gorsza w części dlatego, że znaczna liczba moich chorych była leczona ambulatoryjnie. Na 36-u chorych na gruźlicę płucną—19-u leczono ambulatoryjnie, 14-u w sanatorium, 3-ch w szpitalu.

U 19-u chorych, leczonych ambulatoryjnie, poprawa nastąpiła w 3-ch przypadkach (15,78%), bez zmiany—6 (31,57%), pogorszenie—7 (36,84%), zmarło—3 (15,78%).

Na 14-u chorych, leczonych w sanatorium, poprawa nastąpiła w 5-u przyp. (35,71%), bez zmiany w 7-u (50%), pogorszenie w 2-u (14,27%). W szpitalu—bez zmiany 2, zmarł 1.

Widzimy, że z chorych, leczonych tuberkulinią, daleko większa liczba poprawia się w sanatorium, niż w ambulatoryjum. Oczywiście lepsze wyniki, otrzymane w sanatorium, zależą od warunków higieniczno-klimatycznych.

Przyjrzyjmy się jeszcze, jak działa tuberkulina na różne objawy choroby. Najważniejszym objawem, stanowiącym, jak słusznie twierdzi dr A. Sokolowski, kryterium działania tuberkuliny, jest gorączka.

Większość autorów: Rosenberg, Jacquerod, Mitulescu, Roemisch, Goetsch, Poepelmann, Freymuth, Loewenstein—odmawiają tuberkulinie wszelkiego wpływu na gorączkę. Inni jednak, jak Turban, Gabriłowicz, uważają za wskazane wstrzykiwanie tuberkuliny chorym, u których gorączka nie przechodzi 38° i otrzymują spadki ciepłoty nawet u tych chorych, u których ani spoczynek, ani lekarstwa nie miały żadnego wpływu na jej przebieg. Inni wreszcie nie wahają się stosować tuberkuliny nawet u gorączkujących bardzo wysoko. Krause i Schnöller przytaczają przypadki, gdzie ciepłota spadła nawet u chorych w III okresie, i dlatego uważają tuberkulinę za najlepszy z antyseptyków. Baudelier i Denys przychodzą do tego samego wniosku (1-szy na podstawie 32 przypadków, 2-gi 442). Köhler miał wyniki mniej zachęcające: na 31 chorych gorączka spadła u 4, u 2 się powiększyła, u 25 zaś pozostała bez zmiany.

Z moich chorych gorączka spadła z 37,6° — 37,8° do 36,6° — 36,8° u 2 chorych w I okresie, u 5-ich w II i u 1-go w III okresie, u tego ostatniego jednak spadek był tylko czasowy. W sumie więc na 31 chorych ze stanem podgorączkowym t° spadła u 8. U pozostałych tuberkulina nie wywarła na ciepłotę żadnego wpływu.

Tętno, u wszystkich gruźliczych wogóle drobne i szybkie, w ciągu kuracji tuberkulinowej zmienia się mało. Stan ogólny, apetyt poprawiają się zwykle wraz ze spadkiem ciepłoty. Jednocześnie też wzrasta waga ciała. Gabriłowicz i Goetsch znajdowali wzrost wagi u swych chorych od 4-ch do 20, kilo, Krüger — od 5-ich do 10-ich kilo, Baudelier — od 10-ich do 12-tu kilo, Roemisch — tylko od 1-go do 6-ciu kilo, Amrein ma ubytek wagi u 11-u chorych na 24. Różnica w wynikach otrzymanych zależy przedewszystkiem od tego, czy chorzy leczeni byli sanatoryjnie, czy też ambulatoryjnie. Taką samą różnicę otrzymałem też i u moich chorych. Z 14-u chorych sanatoryjnych u 8-u przybyło na wadze od 1,8 do 8,1 kilo, u 4-ch waga pozostała ta sama, ubytek wreszcie znalazłem tylko u 2-u: 0,4 i 1,22 kilo. Tymczasem

z 29-u chorych, leczonych ambulatoryjnie, przybytek na wadze od 0,4 do 9,5 kilo okazał się tylko u 7-u, pozostało bez zmiany 3, ubytek zaś od 1,43 do 6,3 skonstatowałem u 9-u. W szpitalu, choremu przybyło 8 kilo (na werandzie) 1 pozostał bez zmiany, 1 ubyło 4 kilo.

Co do wpływu tuberkuliny na kaszel i plwocinę, to autorowie podają rozmaite dane. Kaszel i plwocina znikają od 14 do 21%o podług Mitulescu, do 21,2%o podług Köhler'a i 70%o podług Gabrilowicza. Różnice te należy tłómaczyć sobie w ten sposób, że Mitulescu i Köhler stosują tuberkulinę w gruźlicy II i III okresu, podczas gdy Gabrilowicz tylko w I okresie. W moich przypadkach wybitnego wpływu na kaszel i ilość plwociny nie zauważyłem. Nawet u chorych, leczonych w sanatorium, musieliśmy podawać w celu złagodzenia kaszlu leki narkotyczne.

Objawy fizykalne najwolniej się zmieniają i najtrudniej ustępują. Krause spostrzegął, że rzężenia ustępują w przypadkach lekkich i zmniejszają się w cięższych. Baudelier mówi, że objawy fizykalne ustępują zupełnie w I-ym okresie gruźlicy, w II-im zaś i III-im tylko się zmniejszają. Denys, Lüdke i Gabrilowicz twierdzą, że objawy kataru płucnego znikają w 70 %o przypadków. Przeciwnie, Jacqueroed zauważył poprawę miejscową tylko 2 razy na 20 przypadków, John zaś ani razu nie spostrzegł zniknięcia objawów wysłuchowych. W moich spostrzeżeniach rzężenia znikły w 2 przypadkach, zmniejszyły się w 4-ch, w 3 zaś nastąpiło pogorszenie objawów miejscowych: większa ilość rzężeń, rozpad.

Co do charakteru oddechu, to ten nie zmienia się nawet u chorych, u których otrzymaliśmy trwałą poprawę.

Kwestya zniknięcia lub zmniejszenia się liczby laseczników pod wpływem kuracyi tuberkulinowej podlega wielkiej dyskusyi. Podług Schnöller'a znikają one w 29%o przypadków. Turban, porównywając wyniki u chorych, leczonych wyłącznie metodą klimatyczno-hygieniczną, z wynikami u chorych, poddanych prócz tego kuracyi tuberkulinowej, znajduje, że u pierwszych laseczniki znikają w 59,4%o, podczas gdy u ostatnich w 52,6%o. Denys podaje liczbą 43%o, Lüdke 35%o, Gabrilowicz — 55%o Roemisch 60%o, Amrein — 41,6%o Baudelier—61,5%o. U moich chorych, pomimo iż niektórzy leczeni byli około roku, nigdy nie zauważyłem zniknięcia zupełnego laseczników; u niektórych tylko (np. № 1. liczba ich widocznie się zmniejszyła, tak iż gdy przed kuracyą w każdym polu widzenia znajdowało się po parę, po kuracyi trzeba ich było długo szukać.

ROZDZIAŁ III.

Czy działanie tuberkuliny jest swoiste?

Niewątpliwie więc, jak to wynika z danych różnych autorów i z moich spostrzeżeń, w pewnej liczbie przypadków pod wpływem tuberkuliny następuje wyraźna poprawa. Dotyczy to przedewszystkiem chorych z gruźlicą miejscową: oka i gruczołów. Z przypadków gruźlicy płucnej szczególnie prze-

konywające są przypadki poprawy chorych z Przychodni, leczonych ambulatoryjnie, u których działanie innych czynników (powietrze, odżywianie, spokój) mogą być wykluczone. Z chorych sanatoryjnych zaś na specjalną uwagę zasługują ci, których stan nie polepszał się, pomimo dłuższego pobytu w sanatorium, a poprawa nastąpiła wyraźnie dopiero po zastosowaniu tuberkuliny.

Nasuwa się obecnie pytanie, jaki jest sposób działania tuberkuliny i czy kuracja tuberkulinowa jest swoistą? Aby odpowiedzieć na to pytanie, musimy przypomnieć sobie, jakie są poglądy na mechanizm działania tuberkuliny.

Teoria działania tuberkuliny nie jest dotychczas bynajmniej należycie wyświetlona. Koch sądził, że tuberkulina działa w sposób, jeżeli się tak wyrazić można, anatomiczny, a mianowicie wywołuje naokoło tkanki gruźliczej objawy przekrwienia i wysięku, poczem następuje zgorzel i wydzielenie się tkanki gruźliczej. Badania późniejsze nie potwierdziły jednak poglądów Kocha. Tuberkulina wprawdzie wywołuje przekrwienie i wysięk, lecz zmiany właściwie nekrotyczne przy użyciu dawek umiarkowanych są wyjątkowe. Hertwig O. starał się wytłómaczyć sprawę odczynu tuberkulinowego na podstawie chemotaksy. Tuberkulina, wstrzyknięta podskórnie w wysokim stopniu rozcieńczenia, tem samem czyni leukocyty wrażliwymi na tuberkulinę znajdującą się w stanie skoncentrowanym w chorej tkance. Wskutek tego następuje emigracja ich z naczyń do ognisk gruźliczych, a stąd odczyn zapalenia w sąsiedztwie tych ognisk.

Wassermann i Bruck, usiłując głębiej przeniknąć w mechanizm działania tuberkuliny, na podstawie doświadczeń tłómaczą go w następujący sposób: tkanka gruźlicza świeża zawiera zawsze antytuberkulinę; otóż tuberkulina, wstrzyknięta do ustroju gruźliczego, łączy się z antytuberkuliną, przyczem następuje związek dopełniacza (komplementu) i przyływ białych ciałek. Z tego zaś wynika rozpad tkanki gruźliczej z całym szeregiem towarzyszących mu objawów: podniesienia ciepłoty, dreszczami, kaszlem i t. d., jako skutkiem wessania tkanek rozpadniętych. Tkanka zserowaciała nie zawiera podług Wassermann'a i Bruck'a antytuberkuliny; z tego powodu w daleko posuniętej sprawie gruźliczej tuberkulina nie daje żadnego odczynu. Przymocowanie organizmu do tuberkuliny badacze ci tłómaczą w ten sposób, że w ustroju uodpornionym tuberkuliną z czasem zjawia się antytuberkulina w ogólnem krążeniu i onato łączy się natychmiast ze wstrzykniętą tuberkuliną, nie dopuszczając jej do ognisk gruźliczych.

Teoria Wassermann'a i Bruck'a została jednak poddana krytyce przez Weil'a i Besredkę. Weil zapytuje się, w jaki sposób tuberkulina i antytuberkulina mogą istnieć w tem samym ognisku gruźliczym bez wzajemnego na siebie oddziaływania. Besredka zaś powiada: „Czyż nie jest dziwnem, że antytuberkulina, wytworzona w tkance gruźliczej i obdarzona tak nadzwyczajną siłą przyciągania tuberkuliny wstrzykniętej, iż pompuje ją, jeżeli tak rzecz można, w całości z najbardziej oddalonych zakątków ustroju, pozostaje

bez wpływu na tuberkulinę, znajdującą się tuż obok w tkance gruźliczej, jak to wynika z doświadczeń Wassermann'a."

Breton i Petit ze swej strony, w celu sprawdzenia teorii Wassermann'a i Bruck'a, wykonali szereg doświadczeń następujących:

1) Surowica od suchotnika w okresie rozpadowym, u którego odczyn oczny był ujemny, została zapuszczona do worka łącznicowego kilku gruźliczym w rozmaitych okresach choroby; okazało się, iż u żadnego z nich odczyn nie wystąpił. Doświadczenie to dowodzi, że w surowicy suchotników w okresie charłactwa tuberkuliny niema.

2) Jedna kropla 1⁰/₀-go roztworu tuberkuliny była rozpuszczona w 4-ch kroplach surowicy suchotnika w okresie rozpadowym. Kropla tej mieszaniny, wpuszczona do spojówki chorego gruźliczego, wywołała typowy odczyn oczny. Doświadczenie to wykazuje, że w surowicy suchotnika w okresie rozpadowym niema antytuberkuliny, która byłaby w stanie zneutralizować tuberkulinę.

3) Królikowi zastrzyknięto do żyły usznej 0,10 grm tuberkuliny, a po upływie tygodnia jeszcze 0,08 grm tejże tuberkuliny. W surowicy tego królika, badanej po upływie trzech tygodni, antytuberkuliny nie znaleziono.

Doświadczenia powyższe wykazują, że w surowicy gruźliczych nie wykrywa się ani tuberkuliny, ani antytuberkuliny, i z tego względu przeczą teorii Wassermann'a i Bruck'a.

Więcej racjonalną wydaje mi się teoria Wolff-Eisner'a, który wychodzi z tego założenia, że tuberkulina jest jadem, związanym z ciałem bakterii gruźliczych. Jeżeli nie w każdej tuberkulinie—choć i to się często zdarza—znajdują się ciała bakteryjne, to jednak w każdej istnieją najdrobniejsze cząsteczki laseczników, które mogą przechodzić przez filtry gliniane. Z drugiej strony, w każdym organizmie, dotkniętym zakażeniem gruźliczym, wytwarzają się bakteryolizyny. Otóż działanie tuberkuliny, według Wolff-Eisner'a, sprowadza się do bakteryolizy tuberkuliny (*resp.* najdrobniejszych cząsteczek laseczników gruźliczych) przez lizyny istniejące w krwiobiegu gruźliczych. Sprawa bakteryolizy zaś wywołuje objawy zapalenia (przekrwienie, obrzęk, wysięk) czyto miejscowe, jak w odczynach ocznym lub skórnym, czy też ogólne, jak przy wstrzyknięciu podskórnym.

Najnowsze poglądy (Much, Sahli, Citron) i t. d. w odczynie tuberkulinowym widzą przede wszystkim odczyn anafilaktyczny. Tuberkulina, wstrzyknięta do organizmu, wywołuje powstanie niweczników, lizyn, opsonin, lecz jednocześnie uczula organizm na tuberkulinę sprowadza powstanie anafilatoksyny (Friedberger). Według Courmont'a we wszystkich zakażeniach idą równolegle dwie sprawy: sprawa uodpornienia (immunizacji) i nadwrażliwości (anafilaksji, alergii).

W zakażeniach ostrych, jak np. w tyfusie brzuszny, organizm na początku choroby znajduje się w stanie nadwrażliwości i dopiero potem następuje stan odporności i wyzdrowienie. W chorobach przewlekłych, a więc i w gruźlicy, obie te sprawy idą równolegle: organizm ciągle dąży do uodpornienia,

czego dowodem jest powstawanie niweczników, aglutynin, opsonin i t. d., lecz jednocześnie powstaje stan nadwrażliwości (anafilaksyi), na co wskazują odczyny tuberkulinowe i anafilaksja bierna (możność przeniesienia stanu anafilaktycznego zwierzęciu zdrowemu przez wstrzyknięcie mu surowicy chorego). Równowaga pomiędzy temi dwiema sprawami nie jest stała. Górę bierze sprawa odporności lub nadwrażliwości i zależnie od tego sprawa gruźlicza zatrzymuje się lub postępuje naprzód.

Zwykle odczyny odpornościowe wystarczają, aby nie dopuścić do zakażenia ogólnego, do sprawy prosówkowej, lecz nie są w stanie oddziaływać na ogniska miejscowe, na gruźlicę. A w nichto właśnie wytwarzają się toksyny, anafilatoksyny, które dostają się do krwioobiegu i utrzymują organizm w stanie nadwrażliwości. To wahanie pomiędzy odpornością a nadwrażliwością jest jedną z cech charakterystycznych dla gruźlicy.

A jak należy tłumaczyć sobie uczulające działanie tuberkuliny? Czy mamy tu do czynienia z działaniem jednolitem, jak przy nadwrażliwości białkowej, czy też wchodzi tu w grę rozmaite antygeny i niweczniki? Much i Leschke dowiedli, że odczyn tuberkulinowy wywoływany jest nie przez jedną substancję, lecz przez różnorodne składniki jadu gruźliczego. Według Mucha i Leschke'go zawiesina laseczników gruźliczych (B. E.) składa się z substancji swoistych: białka, tłuszczu (kwasy tłuszczowe, tłuszcze obojętne, lipoidy), jadu i substancji lotnych. W skład starej tuberkuliny Kocha wchodzi ponadto substancje nieswoiste: białko i tłuszcze bulionu glicerynowego, w którym była hodowana gruźlica. Każda z tych substancji może wywoływać wybitną nadwrażliwość.

Krause uczulał zdrowe świnki morskie zapomocą białka laseczników gruźliczych, a przez wstrzykiwanie dożylnie sprowadzał charakterystyczny wstrząs. Capelle wytwarzał czynną i bierną nadwrażliwość, wstrzykując białko, zawarte w tuberkulinie. Badania Mucha i Leschke'go stwierdziły, że tłuszcze, wchodzące w skład laseczników, mogą również wywoływać nadwrażliwość. Allen Krause jednak przypuszcza, że zapomocą substancji tłuszczowych nie daje się wytworzyć takiej ogólnej ostrej nadwrażliwości, jak zapomocą białka gruźliczego.

Much i Leschke, po oddzieleniu substancji białkowych i tłuszczowych z roztworu laseczników gruźliczych w kwasach, znaleźli jad, który sprowadza również silne odczyny nadwrażliwości. Po wstrzyknięciu jadu tego choremu gruźliczemu powstaje gorączka i silny odczyn miejscowy (zaczerwienie i obrzmienie).

Wreszcie Leschke po wziewaniu substancji luźnych laseczników gruźliczych skonstatował na samym sobie silny odczyn ogólny: podniesienie ciepłoty, ból głowy, rozbicie. To samo stwierdzili: Ochlecker, Much, a u nas Koźniewski.

Odczyn tuberkulinowy nie jest więc odczynem jednolitym, lecz zależy od różnych substancji. Zarówno substancje białkowe, tłuszczowe, jakoteż jady gruźlicze, mogą wywoływać nadwrażliwość. U różnych indywiduów, jak

to wykazali Much i Leschke, odczyn tuberkulinowy zależy może od różnych antygenów i niweczników. U jednego jest to odczyn białkowy, u innego—tłuszczowy lub jadowy. U innych wreszcie wszystkie składniki mogą działać równoznacznie.

Zapomocą metody uchylecia dopolnicza możemy zawsze stwierdzić, jakie antygeny są w organizmie i jakich brak. Ma to wielkie znaczenie w tuberkulinoterapii, gdyż czerpiemy stąd wskazówki, jakie antygany (*Partial-antigene*) mamy wstrzyknąć, aby wywołać powstanie odpowiednich niweczników. Próby podobnej indywidualnej dyagnostyki i terapii tuberkulinowej z poszukiwaniem obecnych i wstrzykiwaniem brakujących antygenów są dokonywane obecnie w oddziale Brauera (*Eppendorfer Krankenhaus*). O rezultatach dodatnich tych prób mieli wykład Brauer, Much i Altstaedt na ostatnim Zjeździe przeciwgruźliczym w Rzymie.

Co do przyrody antytuberkuliny, to zdania są jeszcze podzielone. Podczas gdy Wasserman i Bruck, Citron uważają ją za amboceptor, który potrzebuje współdziałania dopelnacza, inni znowu, jak Löwenstein i Pickert, zapatrują się na antytuberkulinę jako na antytoksynę. Löwenstein i Pickert pierwsi wykazali, że surowice chorych gruźliczych, leczonych tuberkuliną, neutralizują tuberkulinę. Badacze ci stwierdzili również, że wytwarzanie się antytuberkuliny podlega temu samemu prawu, co i powstawanie toksyn przeciwbłonicowej i przeciwżęzcowej, a mianowicie: naprzód silny spadek po wstrzyknięciu tuberkuliny, następnie powolny wzrost aż do maximum (16—28 dni), wreszcie powolny spadek. Neutralizujące własności surowicy powstają nawet po najmniejszych dawkach tuberkuliny. Z badań Pickert'a wynika ten praktyczny wniosek, że pomiędzy oddzielnymi wstrzykiwaniami tuberkuliny powinny być dłuższe przerwy, aby osiągnąć możliwie najwyższe wartości antytuberkuliny.

Hamburger i Monti potwierdzili wnioski Loewenstein'a i Pickert'a. Substancja neutralizująca tuberkulinę (antytuberkulina) wytwarza się tylko u gruźliczych, leczonych tuberkuliną. Antytuberkulina przeciwdziała powstaniu odczynu tuberkulinowego. Michaelis, Leonor i Eisner skonstatowali antytuberkulinę bez wstrzykiwania tuberkuliny tylko u chorych z gruźlicą rozpadową.

Jak widać z powyższego, ścisły mechanizm działania tuberkuliny dotychczas nie został wyświełony. Wszystkie teorie istniejące są tylko mniej lub więcej udatnemi hipotezami, bynajmniej nie przekonywającemi dostatecznie o swoistości działania tuberkuliny.

Doświadczenia na zwierzętach nie dały również wyników, potwierdzających teorię Kocha o swoistości działania tuberkuliny.

Sam Koch i jego uczniowie: Pfuhl, Kitasato i Spengler, jak również Klebs, Dönitz i Bujwid otrzymali wyniki dodatnie przy leczeniu tuberkuliną morskich świnek i królików. Lecz Baumgarten i jego uczniowie: Gramatschikoff, Czaplowski, Roloff, a także Miecznikow i Roux, Buchner Aleksander i inni, stosując się w zupełności do techniki wskazanej przez Kocha, nie mogli powstrzymać, ani tem bardziej wyleczyć zapomocą tuberkuliny gruźlicy u świnek mor-

skich. W nowszych czasach Schröder, Laffert, Manaud, Reabiger, Stumpf i Vallilo, Haupt przy stosowaniu u gruźliczych świnek i królików dawek, odpowiadających dawkom, używanym u ludzi, nie otrzymali żadnych wyników: ani dodatnich, ani ujemnych.

Wobec braku dowodów swoistości tuberkuliny, wielu badaczyw (Rénon, Sahli) przypuszcza, że tuberkulina jest środkiem funkcjonalnym, uczulającym organizm na toksyny gruźlicze i podnoszącym jego sprawność obronną. Tuberkulina działałaby na ogniska gruźlicze, jak niektóre środki chemiczne, np. kreozot lub wody siarczane (Rénon). Sahli przypuszcza, że tuberkulina działa na wzór naporstnicy, która pobudza siłę skurczową serca, lecz nie jest w stanie zmodyfikować schorzeń serca.

ROZDZIAŁ IV.

Wskazania do stosowania tuberkuliny.

Cokolwiek jednak sądzić można o swoistości działania tuberkuliny, ma ona niewątpliwie pewien wpływ dodatni na przebieg gruźlicy. Mogliśmy się o tem przekonać zarówno z własnych spostrzeżeń, jakoteż z danych, zaczerpniętych z olbrzymiego piśmiennictwa, dotyczącego tuberkuliny.

Wobec tego musimy się zastanowić, jakie są wskazania do stosowania tuberkuliny, a więc przedewszystkiem, jaką tuberkulinę i w jakich dawkach stosować, w jakich postaciach i w jakim okresie gruźlicy można się uciekać do tuberkuliny.

§ 1. Rodzaje tuberkulin.

Wszystkie tuberkuliny można podzielić na 4 grupy:

a) Tuberkuliny, zawierające toksyny, wydzielane przez laseczники (exotoksyny). Typem ich jest T. A. K. czyli t zw. stara tuberkulina Kocha.

Do tej samej grupy zaliczyć trzeba tuberkulinę Denysa czyli t. zw. B. F. (Bouillon filtré).

b) Tuberkuliny, zawierające ciała samych laseczników (endotoksyny). Tutaj należy TR., B. E. i tuberkuliny Spenglera.

c) Tuberkuliny, zawierające endotoksyny i exotoksyny, których typem jest tubarkulina Beraneck'a.

d) Tuberkuliny zmodyfikowane chemicznie: oxytuberkulina Hirschfelder'a, tuberkulina utleniona, tuberkulocydyna Klebsa i t. d.

Żadnych wskazań co do wyboru tego lub innego preparatu dotychczas nie ustalono. Zwykle lekarz wybiera dowolnie tę lub inną tuberkulinę i stosuje ją nadal, jeżeli jest zadowolony z wyników. W Niemczech stosują przeważnie starą tuberkulinę Kocha lub B. E., w Szwajcaryi tuberkulinę Beraneck'a, w Belgii Denysa i t. d.

Tylko co do tuberkuliny B. E. różni autorowie robią zastrzeżenia. Pic-

kert np. przytacza, że musiał przerywać stosowanie B. E. nawet w lekkich przypadkach gruźlicy z powodu zbyt silnych odczynów (wymioty, żółtaczkę, krwimocz i t. d.). Tego samego zdania są Kremser, Rumpf, Roepke. Neugershausen spostrzegł w miejscu wstrzyknięcia ropnie gruźlicze, w których zostały wykazane laseczniki Kocha.

Ja sam stosowałem B. E. w jednym przypadku gruźlicy oka. Lecz pomimo tego, iż zacząłem kurację od VIII rozcieńczenia, t. j. jako pierwszą dawkę użyłem $\frac{1}{10}$ cm sz. rozcieńczenia ($\frac{1}{10}$ milionowego) 0,00000001, to jednak już po drugiej dawce czyli $\frac{2}{10}$ cm sz. tego samego rozcieńczenia wystąpił silny ból chorego oka, zaczerwienienie łącznicy, łzawienie i t. d. Po każdej następnej dawce występowały te same objawy, tak iż musiałem porzucić B.E. i zastosować tuberkulinę Denysa.

Z preparatów, które stosowałem osobiście (tuberkulina Jacobs'a, Denysa T R i szczepionka Czajkowskiego), mogę zalecić najbardziej B. F. Denysa. Jest to preparat, który nie dał mi nigdy żadnych powikłań, a który niejednokrotnie, jak to już wyżej wykazałem, oddawał chorym niewątpliwie korzyści. Z tuberkuliną Jacobs'a należy postępować daleko ostrożniej, dotyczy to szczególnie wyższych numerów. Chora № 8 np. zносиła bardzo dobrze №№ 1, 2 i 3 (14 dawek); kiedy jednak przeszedłem do № 4, to już po drugiej dawce ciepłota podniosła się do 40°, wystąpiła bezsenność, a w miejscu wstrzyknięcia silna bolesność i nacieczenie. U chorej № 3, której wstrzyknąłem tylko jedną dawkę № 2 (wskutek braku tego numeru) i od razu przeszedłem do № 3, zaraz na drugi dzień po wstrzyknięciu lokalnie wystąpiło zaczerwienienie wielkości dłoni, silna bolesność i naciek podskórny. Ciepłota podniosła się do 39,2°, chora dostała silnego bólu głowy, wymiotów, chwilami nawet traciła przytomność. Po 3-ch dniach jednak wszystkie objawy ustąpiły.

Co do szczepionek Czajkowskiego, to należy rozróżniać czysto gruźlicze i mieszane (gruźlicze, pneumokokowe, streptokokowe). Jeżeli pierwsze są nieszkodliwe i stosować je można na równi z innymi tuberkulinami, to szczepionki mieszane są bezwarunkowo szkodliwe i stosowaniu ich jestem kategorycznie przeciwny. U wszystkich prawie chorych, którym te szczepionki wstrzykiwałem, występowały, jak to już wyżej zaznaczyłem, silne odczyny i podniesienie ciepłoty do 39° i wyżej, rozbicie ogólne, osłabienie, rozwolnienie, w rezultacie czego stan ogólny chorego szybko się pogarszał.

§ 2. D a w k i.

Co się tyczy dawek, to jak już powiedziałem wyżej według Goetsch'a, Beraneck'a, Sahli'ego, Denysa i innych, należy trzymać się dwu podstawowych zasad: 1) zaczynać od dawek minimalnych i 2) powiększać dawki bardzo powoli, tak iżby uniknąć wszelkich odczynów.

Chociaż wszyscy zgadzają się na to, że dawka początkowa powinna być minimalna, to jednak niema jeszcze zgody na to, jaka powinna być ściśle jej wielkość. Koch, Petruschky, Adler, Turban, Jacquerod i inni zaczynają

od 0,00001 gr do 0.000001 gr, t. j. od $\frac{1}{1000}$ mg do $\frac{1}{100}$ mg. Beraneck i Denys rozpoczynają leczenie od dawek prawdziwie homeopatycznych: $\frac{1}{10}$ cm sz. rozczyntu $\frac{1}{100.000.000}$, czyli $\frac{1}{1.000.000.000}$ cm sz. ($\frac{1}{\text{miliardowa}}$).

Wielu autorów twierdzi, że dawki takie nie mają żadnego znaczenia i że działanie ich sprowadza się do działania rozczyntu fizyologicznego. Twierdzenie to jednak słuszne nie jest: nawet po wstrzyknięciu $\frac{1}{\text{miliardowa}}$ cm sz. tuberkuliny Denysa u niektórych chorych występuje odczyn miejscowy w postaci bólu i zaczerwienienia w miejscu wstrzyknięcia i ogólnie: ból głowy, kaszel, podniesienie ciepłoty od 0,2 do 0,5. Hamburger wywołuje odczyn Mantoux u dzieci gruźliczych przez wstrzyknięcie $\frac{1}{1.000.000}$ miligrama tuberkuliny. Ja sam otrzymywałem odczyn Mantoux dodatnie przez wstrzyknięcie 1 kropli tuberkuliny Kocha, rozcieńczonej do $\frac{1}{500.000}$.

Ja zaczynałem tuberkulinę Denysa od $\frac{1}{10}$ cm sz. № $\frac{0}{10.000}$, t. j. od $\frac{1}{10}$ cm sz. rozcieńczenia $\frac{1}{10.000.000}$; tuberkulinę Jacobs'a od № 1, tuberkulinę T. R. od $\frac{1}{500}$ milligrama. Dawki te chorzy znosili bez żadnych odczynów.

Co do powiększenia dawek, to istnieją dwie zasady: u Beraneck'a z porady Sahli'ego każdy wyższy rozczynt jest tylko 2 razy mocniejszy od niższego: A/128, A/64, A/52, etc. We wszystkich innych tuberkulinach każde wyższe rozcieńczenie jest 10 razy mocniejsze od poprzedniego, np. w tuberkulinie Denysa $\frac{0}{100.000}$, $\frac{0}{10.000}$, $\frac{0}{1000}$ i t. d. Każdy numer rozpoczyna się od $\frac{1}{10}$ i kończy się na $\frac{9}{10}$ cm sz.

Dopóki się nie zna wrażliwości chorego, należy postępować bardzo ostrożnie i powiększać dawki tylko o $\frac{1}{10}$ cm sz. Jeżeli po wstrzyknięciu danego rozcieńczenia występuje silny odczyn, to tą samą dawkę trzeba powtórzyć parę razy. Jeżeli zaś ma się już pewność, że chory nie jest zbyt wrażliwym na tuberkulinę, można powiększać dawki o $\frac{2}{10}$, $\frac{3}{10}$ i więcej. Kiedy jednak dojdziemy do rozcieńczeń mocniejszych: $\frac{1}{100}$ mg tub. Kocha, № 0—Denysa, A—Beraneck'a, to jeżeli nawet chory nie jest wrażliwy, nie można powiększać dawek zbyt szybko, gdyż można narazić się na zbytne nagromadzenie jadu w organizmie i stąd silne odczyny.

§ 3. U jakich chorych stosować można tuberkulinę?

Przechodzę teraz do bardzo ważnej kwestyi: u jakich chorych należy stosować tuberkulinę? Tutaj przedewszystkiem trzeba pamiętać, że tuberkulinoterapia jest czynnem uodpornieniem, które wymaga istotnej pracy organizmu. Nie można więc jej stosować u chorych zbyt wycieńczonych, nie posiadających dosyć sił do wytworzenia ciał ochronnych. Dalej, terapia ta ma za zadanie wywołanie przerwienia w ogniskach gruźliczych, nie może więc być stosowana tam, gdzie te ogniska już nieco przygasły.

Już z zasad powyższych wynika, że do tuberkulinoterapii będą się nadawali przedewszystkiem chorzy w 1-ym i 2-im okresie, niewycieńczeni, ze stanem ogólnym niezłym, z ogniskami gruźliczemi ograniczonymi. A czy można stosować tuberkulinę u chorych gorączkujących? W pierwszym okre-

sie tuberkulinoterapii, kiedy wstrzykiwano duże dawki tuberkuliny, gorączka była absolutnem przeciwwskazaniem, gdyż duże dawki wywoływały silne i nadzwyczaj szkodliwe odczyny gorączkowe. Obecnie jednak, kiedy używamy małych dawek, to gorączka niezbyt wysoka, wahająca się od 37° do 38°, nie jest przeciwwskazaniem do leczenia tuberkuliną. Przeciwnie, wielu autorów (Krause i inni) twierdzi, że gorączka umiarkowana ustępuje pod wpływem dłuższego stosowania tuberkuliny. Ja sam miałem kilku chorych, u których pomimo dłuższego pobytu w sanatorium gorączka trzymała się uparcie. Dopiero po kilkakrotnem wstrzyknięciu tuberkuliny gorączka spadła.

Czy choroby serca są przeciwwskazaniem do leczenia tuberkuliną? Lüdke, stosując tuberkulinę u gruźliczych z wadami serca, nie spostrzegal nigdy żadnych powikłań, oprócz bólu w okolicy serca i bicia serca.

Ciąża podług Petruschky'ego, Hamburgera i Krantz'a również nie jest przeciwwskazaniem do tuberkulinoterapii. Pod tym względem nie mam osobistego doświadczenia, ze względu jednak na wrażliwość kobiet ciężarnych na wszelkie leki, należy być bardzo ostrożnym.

Są jednak i w pierwszych okresach gruźlicy przeciwwskazania do tuberkulinoterapii. Tu przedewszystkiem wszyscy są przeciwni stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy prosówkowej, ostrej i podostrej, gdzie następuje szybki upadek stanu ogólnego z wysoką gorączką, biciem serca i t. d. Osoby bardzo nerwowe, histeryczki, epileptycy, zwykle źle znoszą kurację tuberkulinową.

Co do krwioplucia, to zdania są podzielone. Denys, Bandelier, Loewenstein, Pöpelmann i inni krwioplucia nie uważają za przeciwwskazanie. Tymczasem Rénon, Lüdke są przeciwni stosowaniu tuberkuliny u gruźliczych, skłonnych do krwawień. Ja przyłączam się do zdania tych ostatnich z tego względu, iż tuberkulina powiększa przekrwienie, którego należy unikać u skłonnych do krwioplucia.

W okresie 3-im gruźlicy przeciwwskazania się rozszerzają. Nie należy stosować tuberkuliny u chorych ze zmianami rozległymi, z obszernymi nacieczeniami w okresie rozpadu lub jam, u których ciepłota trzyma się powyżej 38°, ze stanem ogólnym podupadłym. Chorzy tego rodzaju bezwarunkowo nie są w stanie wytrzymać kuracyi czynnego uodpornienia i stan ich może się tylko pogorszyć.

Są jednakże przypadki i w 3-cim okresie gruźlicy, w których tuberkulina może być pożyteczną. Tu należą przypadki gruźlicy włóknistej, chociażby chorzy mieli nawet jamy i zmiany bardzo rozległe w płucach. Rénon mówi, że przyszłość tuberkulinoterapii należy może do postaci włóknistych. Tego samego zdania są Arloing i Dumarest i inni. Autorowie ci twierdzą, że stare ogniska, w których rżenia utrzymują się uporczywie od dawna, zbliżniają się szybko pod wpływem tuberkuliny, a chorzy przestają pluć i kaszlać. Ja stosowałem tuberkulinę w dwu tego rodzaju przypadkach: №№ 7 i 16.

U obu tych chorych, dotkniętych gruźlicą włóknistą, należałoby się spodziewać zablźnienia ognisk, zniknięcia rzeżeń i zmniejszenia się kaszlu i ilości płwociny. Otóż chorej № 7 wstrzyknąłem 18 dawek tuberkuliny Jacobs'a bez żadnego skutku. U chorej zaś № 16 kuracya tuberkuliną Denysa trwała rok. Chora otrzymała 80 wstrzyknięć od $\frac{1}{10}$ № $\frac{0}{10000}$ do 1 cm sz. № III. I tu jednak widocznej korzyści nie było. Ogniska nie zablźniły się, rzeżenia pozostały w tej samej ilości, oddech swego charakteru oskrzelowego nie zmienił, a chora kaszlała i plućła również dużo, jak przed kuracyą.

Przechodzę teraz do tuberkulinoterapii gruźlicy miejscowej, w której tuberkulina dała bodaj lepsze wyniki, niż w gruźlicy płucnej. Zatrzymam się dłużej nad postaciami gruźlicy miejscowej, z którymi sam w biegu swych badań miałem do czynienia, a mianowicie: gruźlicy gruczołów i oka. O innych sprawach miejscowych: gruźlicy krtani, kiszek, otrzewnej, nerek, pęcherza i skóry powiem tylko słów kilka.

W gruźlicy gruczołów Moeller, Petruschky otrzymali dobre wyniki. Z moich doświadczeń pod tym względem zasługuje szczególnie na uwagę przypadek gruźlicy gruczołów tchawicowooskrzelowych, opisany pod № 8. Dziewczynka, lat 12, cierpi od paru miesięcy na duszność i męczący kaszel po nocach. Nie gorączkuje. Ojciec jej miewa obfite krwioplucia. Przy badaniu okazuje się pod lewym obojczykiem rozległe stłumienie, zlewające się z tępością serca, wydech chuchający, stenotyczny. Waga ciała 38,3 kilo. Odczyn Moro dodatni. Po kuracyi tuberkulinowej chora, można śmiało powiedzieć, wyzdrowiała. Stan ogólny wybitnie się poprawił, waga ciała wzrosła do 47,8 kilo, kaszel, duszność ustały, pod obojczykiem lewym wysłuchuje się oddech pęcherzykowy, pozostało zaledwie nieznaczone stłumienie. Drugi przypadek dotyczy gruźlicy gruczołów szyjowych (№ 17). Chory, lat 20, ma gruczolę szyjową powiększoną od roku, przed pół rokiem częściowe wyluszczenie. Stan gorączkowy 37,5^o do 38,2^o. Odczyn Mantoux dodatni. Po kuracyi tuberkulinowej gorączka ustąpiła, gruczolę się zmniejszyły; w ciągu leczenia utwożył się nowy gruczoł, lecz nie zropiał i prędko znikł.

W gruźlicy oka tuberkulina cieszy się coraz większem uznaniem. Jacobs, Spengler, wstrzykując swą tuberkulinę w cierpieniach gruźlicy oka, otrzymali wyniki dobre. Hippel ogłasza 48 przypadków gruźlicy oka (*scleritis, iritis, chorioiditis, keratitis parenchymatosa*), leczonych tuberkuliną TO i TR z dobrym wynikiem ogólnym i miejscowym. Według Römer'a gruźlica oka, szczególnie *scleritis, iritis* może być radykalnie wyleczona tuberkuliną, która nie tylko nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla chorego, lecz przeciwnie, działa dodatnio nie tylko na stan oka, lecz i na stan ogólny. Louis Dor leczył tuberkuliną Calmette'a 60 przypadków gruźlicy oka i otrzymał wyniki dodatnie w gruźlicy tęczówki i rogówki. Gruźlica siatkówki i łącznicy jest więcej odporna na działanie tuberkuliny.

Ja leczyłem 3 przypadki gruźlicy oka: № 10—*chioroettnitis tbc.*, w którym stosowałem tuberkulinę Jacobs'a, № 27—*iritis tbc.* i № 28—*irido-cho-*

rioditis tbc., gdzie stosowałem tuberkulinę T. R. W przypadkach 10-ym i 27-ym otrzymałem wybitną poprawę.

Gruźlica krtani jest prawie zawsze powikłaniem gruźlicy płuc, stosowanie więc tuberkuliny jest zależne od stanu płuc. Nawet niewielkie zmiany krtaniowe w gruźlicy płuc posuniętej nie nadają się do leczenia tuberkuliną. Jeżeli w płucach zmiany są niewielkie, a w krtani niema głębokich owrzodzeń, to tuberkulina niekiedy daje wyniki pomyślne. Głębokie owrzodzenia są w każdym razie przeciwwskazaniem do tuberkulinoterapii. Roepke proponuje następujące wskazania:

Gruźlica krtani lekka, a gruźlica płuc ciężka—stosować tuberkulinę.

Gruźlica krtani ciężka i gruźlica płuc ciężka — tuberkulina przeciwwskazana.

Gruźlica krtani lekka i gruźlica płuc lekka—stosować tuberkulinę.

Gruźlica krtani ciężka, a gruźlica płuc lekka — można próbować tuberkuliny.

Wyniki leczenia są różne. Denys z 4-ch przypadków gruźlicy krtani w trzech otrzymał polepszenie, a w jednym pogorszenie. Krause ogłosił wyniki wogóle niezbyt pomyślne, przeciwnie, Lubliński i Oppenheimer dochodzą do rezultatów dodatnich.

W gruźlicy narządów moczopłciowych, nerek, pęcherza, jąder tuberkulina nie dała pewnych wyników. Jednak Pielicke ogłosił przypadek jednostronnej gruźlicy nerki u kobiety, która po całkowitej kuracyi tuberkulinowej czuje się zdrową od 3-ch lat. Castaigne uważa, że leczenie swoiste może być pożyteczne w gruźlicy nerek i może dać dobry wynik bez potrzeby uciekania się do interwencji chirurgicznej. A nawet jeżeli operacja zostanie uznana za konieczną, to jednak kuracja tuberkulinowa może być pożyteczna ze względu na drugą nerkę.

W gruźlicy pęcherza i nerek Jacobs ogłosił kilka przypadków, wyleczonych jego tuberkuliną.

Gruźlica skóry od samego początku wynalezienia limfy Kocha pociągała najbardziej terapeutów. Von Bergmann, Lévy-Krauss, Fraentzel, Koehler i inni już przed 20-u laty otrzymali dobre wyniki. Później jednak tuberkulina była zarzucona i dopiero w ostatnich latach Pielicke, Pameth i Radcliff, Lassar, Bandelier i inni znowu ogłaszają wyniki pomyślne w gruźlicy skóry, a szczególnie w wilku.

Na zakończenie poruszę jeszcze kwestyę leczenia ambulatoryjnego za pomocą tuberkuliny. Niektórzy autorowie, jak Junker, Schröder i inni są przeciwni stosowaniu tuberkuliny ambulatoryjnie. Opinia ta jest słuszna, o ile dotyczy dawniejszej metody leczenia za pomocą silnych dawek. Wtedy rzeczywiście występowały silne odczyny w postaci wysokiej gorączki, dreszczów, ogólnego rozbitcia, zapaści i t. d. Wobec takich objawów stosowanie tuberkuliny ambulatoryjne było absolutnie niemożliwe. Lecz przy dzisiejszym systemie, kiedy leczenie rozpoczynamy od dawek minimalnych i dawki te powiększamy bardzo powoli, niebezpieczeństwa odczynów niema.

Ja przynajmniej w ciągu czteroletniego okresu w wielu przypadkach stosowałem tuberkulinę ambulatoryjnie i nie miałem nigdy żadnych powikłań.

W N I O S K I.

1) Żadne z kryteriów biologicznych: wskaźnik opsoniczny, met. uchylenia dopełniacza, aglutynacja, met. Arneth'a i t. d., nie jest dostatecznie ścisłe i pewne, by mogło służyć do kontroli tuberkulinoterapii.

2) Najpewniejszym jest dotychczas kryterium kliniczne. Dokładne badanie stanu ogólnego, ciepłoty, tętna, objawów fizykalnych daje daleko dokładniejsze pojęcie o skuteczności tuberkuliny, niż wszelkie inne metody.

3) Najlepsze wyniki daje tuberkulina w gruźlicy miejscowej: oka, gruczołów, kości, stawów, nerek i t. d.

4) W gruźlicy płuc daje ona wyniki zadowalające tylko w 1-ym i 2-gim okresie ze stanem podgorączkowym ($37,2^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$).

5) W gruźlicy rozpadowej z gorączką wysoką (38° — 39°), z powikłaniami: *enteritis*, *laryngitis*, *haemoptoe*, tuberkulina jest przeciwwskazana.

6) Wskazań żadnych co do wyboru tej lub innej tuberkuliny niema.

7) Co do dawek, należy stosować się do metody Goetsch'a: zaczynać od dawek minimalnych, postępować bardzo wolno, tak iżby unikać wszelkich odczynów, i nie dochodzić do zbyt wysokich dawek.

8) Swoistość tuberkuliny dotychczas nie jest jeszcze ostatecznie do-
wiedziona.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1) Amrein. Beitr. zur Tuberkulinbehandlung der Tuberkulose. Beitr. z. Kl. d. Tub. t. IV, zesz. II. 2) Adler Prager med. Woch., Nr. 30, 1904. 3) Arneth. Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten. Jena, 1904. 4) Arloing et Dumarest. Sur les indications et le mode d'emploi des tuberculines en thérapeutique. Rev. de la Tub., Nr. 5, 1909. 5) Alexander. Berl. kl. Woch., 1907. 6) Bandelier. Beitr. z. Klin. d. Tub., t. VI, 1906. 7) Baranowski, Srebrny, Eisenberg, Heryng, Jasiński, Brodowski, Dunin, Bujwid. Sprawozdanie ze spostrzeżeń, czynionych w Warszawie nad leczeniem chorych gruźliczych metodą R. Kocha. Pamiętnik Tow. Lek. 1891. 8) Bauer und Engel. Münch. med. Woch. Nr. 44, 1908. 9) Baumgarten. Berl. klin. Woch. Nr. 43, 1904. 10) Beranek. Congrès intern. de la Tub., Paris, 1905. 11) Bernheim et Barbier. Zeit. f. Tub. 1908. 12) Bujwid. VI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. 13) Bulloch. Trans. of the royal med. chir. Soc. 1906. S. 69—84. (Podług Rev. de la Tub., Nr. 3, 1910, Milhit). 14) Brauer, Muchi Altstaedt. Congrès de Rome, 1912. 15) Bezançon i Serbonnes. Journal de physiologie et d'anatomie path. grudzień 1909 i styczeń 1910. 16) V. Capelle. Centralbl. f. Bakt. tom 60, zesz. 6. 17) Chelchowski K. Gaz. Lek. 1891, Nr. 12, 13 i 16. 18) Citron. Cyt. według Meyer'a. Folia serologica. tom VII, 1911. 19) Courmont et Dor. Prov. méd. 1897 (podług Gouraud'a i Krantz'a. Rev. de la Tub. Nr. 4, 1909). 20) Czajkowski u. Roloff, Berl. klin. Woch. 1892, S. 722. 21) Czajkowski. O sztucznym sposobie otrzymywania surowic leczniczych. Kraków, 1907. 22) Denys. Le B. F. dans le traitement de la

- tuberculose humaine, Paris, 1905. 23) Dłuski. O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego, Kraków, 1907. Beitr. z. Kl. d. Tub. 1908. 24) Dłuski. O stosowaniu tuberkuliny Beraneck'a w gruźlicy. Przegl. Lek. 1910, № 25. 25) Dłuski. Ueber die Anwendung des Beraneck'schen Tuberkulins (TBK) in der Tuberkulose. Beitr. z. Klin. der Tub. t. XVI, z. 2. 26) Doenitz. Deutsch. med. Woch. 1891, S. 1289. 27) Dumarest. p. Arloing. 28) Dunin i Dąbrowski W. Gaz. Lek. 1891, Nr. 23. 29) Eisenberg. O swoistem leczeniu gruźlicy płuc. Med. № 3 i 4, 1910. 30) Eisenberg i Keller. Przegl. Lek., 1903, № 2, Deutsch. med. Woch., 1903. 31) Fraenkel C., Hyg. Rundschau, 1909. 32) Franke M., Tyg. Lek., 1907, s. 515, 533. 33) Fidler. O stosowaniu TBK. w gruźlicy płuc. Przegl. Lek. 1910, s. 647. 34) Fulpius, Thèse de Genève, 1910, (podł. Intern. Centr. f. Tub. 1911). 35) Freymuth. Münch. med. Woch. 1903, № 19. 36) Gluziński, Wien. kl. Woch. 1891, № 52, Przegl. Lek. 1891, Nr. 51. 37) Gabriłowicz, Russkij Wracz, 1905, Nr. 26. 38) Gramatschikoff, Baumgartens Jahresbericht 1891, s. 694. 39) Goetsch. Deutsch. med. Woch., 1901, Nr. 25. 40) Haupt. Beitr. z. Klin. d. Tub. t. XXIII, z. 4. 41) Hamburger u. Monti. Brauers Beitr. t. XVI, z. 3. 41) Hertwig O. Ueber die physiologische Grundlage d. Tuberkulinwirkung, Jena 1891. 42) Jacobs. Progrès méd. belge 1903—1904 (podł. Gouraud'a i Krantz'a. Rev. de la Tub. 1909, Nr. 4). Etude expérimentale et clinique de la tuberculine du Docteur Jacobs, Paris. 43) Jacquero d, Revue méd. de la Suisse romande, 20 janvier, 1906. (podł. Gouraud et Krantz. Rev. de la Tub. 1909, Nr. 4). 44) John. Ther. d. Gegenwart, 1908, wrześ. 45) Jeż W. Przegl. Lek. Nr. 29 i 30. 46) Jakowski M. Gaz. Lek. 1897, Nr. 20. 47) Junker. Beitr. z. Klin. d. Tub., t. VI, z. 4. 48) Koch. Deutsch. med. Woch. 15 stycz. i 22 paźdz. 49) Koch. Deutsch. med. Woch., 1897, Nr. 14. 50) Koch. Deutsch. med. Woch. 1901, 28 list. 51) Kitasato. Zeit. f. Hyg. u. Infektionskrank, t. XII, 1893, s. 321. 52) Klebs E. Deutsch. med. Woch., 1907, Nr. 15. 53) Köhler. Tuberkul. u. Organismus, Jena 1905. 54) Korczyński. Przegl. Lek., 1891, Nr. 3. 55) Krause, Münch. med. Woch., 1905, Nr. 52. 56) Krause. Deut. med. Woch., 1905, Nr. 51. 57) Koźniewski. Badania nad składem chemicznym tuberkuliny. Pamiętnik Towarzystwa Lek. 1913, 58) Laffert. Exper. Studien über die Fütterungstub. d. Meerschweinchen etc. Inaug.-Diss. Bern. 1908. (Podł. Haupt., Beitr. z. Kl. d. Tub. t. XXIII, z. 4). 59) Levaditi. Presse méd. 1907, Nr. 72. 60) Loewenstein. Zeit. f. Tub. 1906. 61) Lüdkø. Zeit. f. Tub. 1906, Beitr. z. kl. d. Tub. 1907, s. 47, Münch. med. W. 1908, s. 782. 62) Lassar. Podł. Gouraud'a i Krantz'a, Rev. de la Tub. 1909, Nr. 4. 63) Manaud. Compt. rend. Soc. Biol., 1909, p. 502. 64) Mitulescu. Zeit. f. Tub. t. 9, z. 3 i 4. Deut. med. Woch., 1903, Nr. 21. 65) Miecznikow. Annales de Inst. Past., t. V, p. 729. 66) Much. Die Immunitätswissenschaft, Würzburg, 1911. 67) Much u. Leschke. Beitr. z. Kl. d. Tub., t. XX, z. 3. 68) Moeller. Münch. med. W., 1908, Nr. 45. 69) Moeller. Die spezifische Therapie, Handbuch d. Therapie d. chron. Lungenschwindsucht, Schröder u. Blumenfeld 1904. 70) Masius u. Beco. Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique, 1902, p. 107. (podł. Cornet. Die Tuberkulose). 71) Neufeld. Berl. kl. Woch., 1908, Nr. 21. 72) Pirquet. Die Allergie, Berlin, 1910. 73) Petruschky, Berl. klin. Woch., 1899, Nr. 51 u. 52. 74) Pielicke, Berl. klin. Woch., 20 stycz. 1908. 75) Pameth et Radclif (podł. Gouraud'a i Krantz'a, Rev. de la tub. 1909, Nr. 4). 76) Pöpelmann, Berl. kl. Woch., 1905, Nr. 36. 77) Pfuhl, Zeit. f. Hyg. u. Inf., t. XI, s. 241. 78) Rénon. Presse méd., 1912, Nr. 65. 79) Rénon. Soc. d'études scient. sur la tub., 1908, mars. 80) Roemisch. Münch. med. Woch. 1907, Nr. 46 i 47. 81) Rosenberg, Zeit. f. inn. Med. 1903, Nr. 19. 82) Sokołowski Alfred. Gaz. Lek. 1891, Nr. 24. 83) Schröder. Beitr. z. Klin. d. Tub., t. XXIII, z. 1. 84) Spengler C. Ueber Tuberkulinbehandlung, Davos, 1897. 85) Srebrny Z. Gaz. Lek., 1890. Nr. 48. 86) Sokołowski Alfred. Wykł. kl. Suchoty płucne. Warszawa, 1906. 87) Szumowski W. Medycyna, 1898, Nr. 42 i 43. 88) Sahli, Ueber Tuberkulinbehandlung, 1907. 89) Stephani et Gouraud, con. fran. de méd. int. Paris, 1907. (podł. Gouraud'a i Krantz'a, l. c.). 90) S. Sterling. O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. Warszawa, 1910. 91)

The llung, Centr. f. Bakt., 1902. 92) Turban. Beiträge z. Kenntniss d. Lungentuberkulose, Wiesbaden, 1899. 93) Wright. Douglas, Proc. roy. Soc., t. LXXIV, p. 159—180, and Lancet, 22 paźdz. 1904. (podł. Gouraud'a i Krantz'a l. c. 94) Wilczyński H. O działaniu szczepionek przeciwgruźliczych J. Czajkowskiego, Kraków, 1910. 95) Wolff-Eisner. Frühdiagnose und Tuberkulose Immunität, Würzburg, 1909. 96) Wasserman u. Bruck, Deut. med. Woch., 1906, s. 448—454.

V.

Z ODDZIAŁU DRA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA I Z PRZYCHODNI I TOW. PRZECIWGRUŹLICZEGO.

PRÓBY ODRÓŻNIANIA GRUŹLICY CZYNNEJ OD NIE-
CZYNNEJ ZAPOMOCĄ ODCZYNÓW TUBERKULINO-
WYCH Z OKREŚLENIE MIANA TUBERKULINY.

PODALI

B. Dębiński i S. Tuz.

Pomimo wielkich postępów w rozpoznawaniu gruźlicy, wciąż jednak w klinice stajemy wobec ciemnych przypadków, gdzie nie możemy odróżnić gruźlicy od innych cierpień. Tu należą przedewszystkiem sprawy gruźlicze w 1-szym okresie, gdzie niema jeszcze wyraźnych zmian fizykalnych, dalej cierpienia, które mogą dawać objawy podobne do gruźlicy rozpadowej, jak oto: nowotwory, przymiot, rozstrzeń oskrzelowa, promienica; wreszcie sprawy zastoinowe w wadach serca, infarkty i t. d.

Zdawało się, że prace Pirquet'a, Calmette'a, Wolff-Eisner'a, Mantoux i innych nad odczynami tuberkulinowymi ostatecznie sprawę rozpoznawania gruźlicy rozstrzygną i wszelkie wątpliwości usuną. Przypuszczano bowiem początkowo, że w olbrzymiej większości przypadków odczyn dodatni występuje tylko u gruźliczych. Wkrótce jednak przekonano się, że prawa tego nie można uogólnić. Gruźlica niezawsze daje odczyn dodatni: np. zapalenie opon mózgowych, gruźlica prosówkowa, gruźlica rozpadowa w okresie charactwa dają odczyn ujemny. Z drugiej zaś strony odczyn dodatni może występować w cierpieniach niegruźliczych, a mianowicie: często w tyfusie brzuszny, w reumatyzmie stawowym, czasem w nowotworach i t. d.

Najbardziej jednak ogranicza wartość rozpoznawczą odczynów tuberkulinowych ten fakt, że są one dodatnie nie tylko w gruźlicy czynnej, lecz również i w sprawach starych, włóknistych.

Niektórzy badacze, jak Much i Leschke, twierdzą, że gruźlicy czynnej od nieczynnej zasadniczo zapomocą odczynu tuberkulinowego odróżnić nie można. Na dowód tego przytaczają doświadczenie następujące: śwince morskiej wstrzykuje się hodowlę gruźliczą wyjałowioną, świnka więc będzie dotknięta gruźlicą nieczynną i oto pomimo tego będzie reagowała po paru tygodniach na wstrzyknięcie tuberkuliny. Pirquet już w samym początku swych badań stwierdził, że odczyn skórny nie daje możności odróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej. Dlategoż wartość swemu odczynowi przypisuje wyłącznie w patologii dziecięcej, gdzie mamy do czynienia przeważnie z gruźlicą czynną.

Calmette twierdzi, że odczyn spojówkowy wykrywa tylko gruźlicę czynną. Wolff-Eisner, opierając się na materiale sekcyjnym, uważa również że odczyn spojówkowy z gruźlicy nieczynnej stale wypada ujemnie. Schenk potwierdza wnioski Wolff-Eisner'a.

Większość jednak autorów sądzi, że odczyny miejscowe nie są w stanie dać nam odpowiedzi, czy gruźlica jest w stanie czynnym. Tylko szczepienie tuberkuliny sposobem Kocha może wyjaśnić tę sprawę. Jeżeli po zaszczepieniu tuberkuliny pod skórę występuje odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia i obrzęku, przyczem zjawiają się objawy ogólne: podniesienie ciepłoty, dreszcze, ból głowy, rozbicie i t. d., wreszcie, jeżeli daje się zauważyć odczyn ogniskowy: w razie np. gruźlicy płucnej powiększenie kaszlu, płwociny, wystąpienie rzężeń w tych miejscach, gdzie ich przedtem nie było, to wtedy można twierdzić na pewno, że gruźlica jest w stanie czynnym. Szczepienie jednak powinno być jednorazowe, gdyż przy powtórnem szczepieniu odczyn może być odpowiedzią nie na gruźlicę, lecz na zaszczepioną tuberkulinę.

Metoda Kocha ma jednak znaczenie wielce ograniczone, gdyż stosować ją można tylko w sprawach bezgorączkowych i co ważniejsza wywoływanie odczynów ogniskowych nie może być uważane za sprawę niewinną dla chorego.

Niektórzy badacze, jak Ellermann i Erlandsen, Mirauer rozpoczęli badania nad odczynami organizmu na rozmaite rozcieńczenia tuberkuliny, sądząc, że przez określenie miana tuberkuliny można będzie odróżnić gruźlicę czynną od nieczynnej.

Ellermann i Erlandsen zastrzykiwali w każdym przypadku szereg rozcieńczeń tuberkuliny od 0,1% do 50%. Jeżeli chory reaguje jeszcze na rozcieńczenie 25%, lecz na silniejsze rozcieńczenie już nie reaguje, to miano tuberkuliny (*Tuberkulintiter des Organismus*) będzie $100:25=4$; odczyn na 0,5% tuberkulinę oznacza miano $100:5=200$.

Z badań Ellermann i Erlandsena okazało się, że na 1% tuberkulinę reagowało 21% badanych chorych, na 10%—60%, na 25%—74%.

Mirauer dochodzi do podobnych wyników i sądzi, że gruźlica nieczynna reaguje tylko na tuberkulinę czystą lub słabo rozcieńczoną (50%, 25%, 10%).

Tymczasem gruźlica czynna reaguje również na wysokie rozcieńczenia, a mianowicie na 1⁰/₀, 0,5⁰/₀ i 0,1⁰/₀. Jeżeli więc chory reaguje na tuberkulinę poniżej 1⁰/₀, to należy uważać go za dotkniętego sprawą czynną.

Lossen jednak, który czynił spostrzeżenia na dużym materiale (600 przypadków), dochodzi do odmiennych wyników i uważa, że nawet szczepienie różnych rozcieńczeń tuberkuliny nie daje możliwości odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej.

Wobec doniosłości kwestyi i sprzecznych wyników, do których doszli różni badacze, postanowiliśmy skorzystać z liczego materiału gruźliczego, którym rozporządzamy w oddziale dra A. Sokołowskiego w szpitalu Św. Ducha i w Przychodni Tow. Przeciwgruźliczego, aby wyrobić sobie własny pogład na tę sprawę.

Badań dokonywaliśmy z jednej strony na wzór poprzednich badaczyw metodą Pirquet'a, a z drugiej strony i metodą Mantoux, która z powodu swej subtelności i ścisłości szczególnie nadaje się do określania miana tuberkuliny.

Metodą Pirquet'a zbadaliśmy 40 chorych, którym wstrzykiwaliśmy tuberkulinę 25⁰/₀, 10⁰/₀ i 1⁰/₀. Tuberkulina, rozcieńczona poniżej 1⁰/₀, nie dawała żadnych odczynów.

(Patrz przypadki na str. 1253, 1254).

Metodą Mantoux zbadaliśmy 55 chorych. Każdemu choremu wstrzykialiśmy po jednej kropli następujących rozcieńczeń tuberkuliny Kocha: 1⁰/₅₀₀₀, 1⁰/₁₀₀₀₀ lub 1⁰/₂₀₀₀₀, 1⁰/₅₀₀₀₀ i 1⁰/₁₀₀₀₀₀ lub 1⁰/₂₀₀₀₀₀, wreszcie jedną kroplę roztworu fizyologicznego. Roztwory te przygotowywaliśmy w następujący sposób: do jednej kropli tuberkuliny Kocha z Instytutu Pasteur'a, która jest przygotowywana w rozcieńczeniu 1⁰/₁₀₀, dodawaliśmy 49 kropli roztworu fizyologicznego wyjalowionego. W ten sposób powstaje roztwór 1⁰/₅₀₀₀. Aby otrzymać roztwór 1⁰/₁₀₀₀₀, wystarczy do pewnej liczby kropli poprzedniego roztworu dodać taką samą liczbę kropli roztworu fizyologicznego i t. d.

Szczepień dokonywaliśmy zwykle 2 na przedramieniu i 3 na ramieniu w odległości kilku centymetrów jedno od drugiego. Podczas szczepienia metodą Mantoux należy uważać, by igła wchodziła w skórę, a nie pod skórę. Igłę należy kierować powierzchownie tak, iżby ją było widać przez skórę. Po wstrzyknięciu kropli roztworu tuberkuliny powstaje anemia miejscowa skóry w postaci białego pęcherzyka.

Po 24-ch do 48-u godzin w miejscu wstrzyknięcia spostrzegamy zaczerwienienie i nacieczenia podskórne rozmaitych rozmiarów: od 0,2 cm średnicy do 0,5—1—2 i 3 cm. Jeżeli odczyn jest typowy, to w środku widać kółko barwy białawo-żółtawej, naokoło zaś zaczerwienienie.

Należy zauważyć, że odczyny bywają niekiedy bardzo silne, innym razem bardzo słabe, tak iż można się wahać, czy mamy do czynienia z odczynem, czy też tylko z zaczerwienieniem traumatycznym. Z tego powodu za odczyn postanowiliśmy uważać tylko taki rezultat, jeżeli zaczerwienienie i naciek podskórny osiąga rozmiar minimum 0.5 cm średnicy.

(Patrz przypadki na str. 1256, 1257, 1258).

PRZYPADKI.

				20%	10%	1%
1	G. P.	lat 16	Pleuritis sicca	+	+	—
2	W. J.	„ 37	Rheumatismus art. acut.	0	0	0
3	S. J.	„ 59	Pleur. exs. dextra. Nephritis chr.	+	+	—
4	K. W.	„ 13	Pleuritis exs. dextra	+	0	0
5	K. J.	„ 21	Bronchopneumonia post influenzam	0	0	0
6	W. J.	„ 27	Cond ap. dextri	+	0	0
7	B. J.	„ 18	Pneum. crup.	0	0	0
8	W. J.	„ 57	Bronch. c. emphys.	0	0	0
9	G. P.	„ 25	Bronch. chron. c. indur. in ap. dextro	+	+	+
10	K. J.	„ 43	Tbc. pulm. destruct. Laryng. ulcerosa	0	0	0
11	J. M.	„ 42	Carcinoma oesophagi	0	0	0
12	N. S.	„ 28	Tbc. pulm. c. destr. in lob. sup. pulm. dextr.	+	+	+
13	T. A.	„ 50	Pleuritis purul. tuberc. Cond. utriusque apic.	+	+	+
14	K. A.	„ 39	Pleur. exs. sinistra. Cond in ap. sinistro	+	+	+
15	W. J.	„ 45	Bronch. chr. c. emph.	0	0	0
16	K. J.	„ 51	Bronch. chr. c. emph.	0	0	0
17	B. S.	„ 49	Insuff. valv. mitr.	0	0	0
18	S. M.	„ 19	Bronch. simplex	0	0	0
19	S. W.	„ 22	Indur. fibrosa in ap. dextro. St. afebr. Bac. K. in sputo absunt.	+	+	+
20	S. R.	„ 15	Pleuritis sicca sinistra	+	+	0
21	P. A.	„ 17	Cond. tbc. in ap. sin. St. febrilis. Bac. Kochii in sputo.	+	+	0
22	C. F.	„ 24	Phtis. pulm. dext. St. subfebr. Bac. Kochii in sputo.	+	+	0
23	K. T.	„ 48	Cond. tbc. utr. ap. pulm. sine destr. St. subfebrilis. Bac. Kochii in sputo.	+	—	+
24	S. S.	„ 30	Cond. utr. lob. sup. pulm. c. destruct. St. febr. Bac. Kochii in sputo.	+	+	+

				25%	10%	1%
25	O. J.	lat 44	Nephrit. inter. chron.	0	0	0
26	N.M.	„ 19	Tbc. destr. praecip. pulm. dextri. Bac. Kochii in sputo	+	+	+
27	A. F.	„ 45	Carc. ventriculi	0	0	0
28	K. M.	„ 33	Cond. tbc. ap. dextri. St. subf. Bac. K. in sputo.	+	+	+
29	W. P.	„ 55	Tuberc. pulm. dextr. Cachexia. Febr. hect.	0	0	0
30	S. P.	„ 18	Vitium valv. mitr.	0	0	0
31	R. K.	„ 16	Pleur. sic. sin.	0	0	0
32	G. A.	„ 27	Cystitis gonorrhoeica	0	0	0
33	B. W.	„ 16	Pleur. exs. dextra	+	+	+
34	B. K.	„ 56	Bronch. chr. cum indurat. fibros. utr. ap. pulm. Neph. inter. chr. (Rozpoznanie potwierdzone autopsyjnie)	0	0	0
35	B. R.	„ 28	Indur. fibrosa in ap. pulm. dextri. St. afebr. Bacilli Koch. in sput. absunt.	+	+	0
36	R. S.	„ 38	Vit. valv. mitral.	0	0	0
37	G. M.	„ 24	Ind. utr. ap. pulm. c. destruct. St. subfeb. Bacilli Koch. in sputo.	0	0	0
38	P. F.	„ 21	Pleur. purulenta dextra post pneumoniam	0	0	0
39	S. T.	„ 53	Ind. ap. pulm. dextr. Pleuritis exs. sinistra, Bac. Koch. in sputo absunt.	0	0	0
40	M. R.	„ 36	Indur. fibr. in ap. pulm. sin. Bac. Kochii in sp. absunt.	+	+	+

Przypadki powyższe zestawione są w tablicy I.

P R Z Y P A D K I.

				M a n t o u x					
					$\frac{1}{5000}$	$\frac{1}{20000}$	$\frac{1}{50000}$	$\frac{1}{1000000}$ $\frac{1}{2000000}$	kon- trolla
1	J. Ś.	lat 24	<i>Cond. tbc. lob. sup. pulm. dext. (II).</i> Stan gorącz. Lasecz. K. w plw. + zaczer. i naciek rozm.	0,75 ctm. śred.	0,6	0,6	0,6	0,5	0
2	E. O.	" 31	<i>Cond. ap. pulm. (I).</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. — śred.	1,2	1,2	1,2	1,75	0	
3	W. B.	30	<i>Indur. utr. lob. sup. pulm.</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	1,0	0,75	0,5	2,0	0
4	M. A.	" 28	<i>Cond. ap. pulm. dext. (II).</i> Stan gorącz. Lasecz. K. —	—	2,0	1,5	1,0	0,5	0
5	W. J.	" 48	<i>Tbc. pulm. et laryng. (III).</i> Stan gorącz. Lasecz. K. +	—	0,5	0,5	1,0	0,5	0
6	J. O.	" 44	<i>Nephritis acuta.</i>	—	1,0	0,75	0	0	0
7	F. K.	" 30	<i>Tbc. pulm. (II).</i> Stan gorącz. Lasecz. K. —	—	2,5	2,5	0	0	0
8	H. S.	" 15	<i>Kyphosis tbc.</i> Stan bezgorącz.	—	2,0	1,0	0,5	0,5	0
9	T. G.	" 48	<i>Cond. tbc. ap. pulm. dext. (II)</i> Stan podgorącz. Lasecz. K. +	—	1,5	1,0	0,5	0,25	0
10	E. K.	" 43	<i>Cond. tbc. utr. ap. pulm. (II).</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	2,0	2,0	0,5	0,25	0
11	M. K.	" 31	<i>Tbc. pulm. et laryngis (III).</i> Cachexia. Stan gorączk. Las. K. +	—	0,25	0	0	0	0
12	A. Ł.	" 62	<i>Tbc. pulm. (III)</i> Stan podgorącz. Lasecz. K. +	—	1,5	0,25	0,25	0	0
13	J. L.	" 27	<i>Cond. ap. pulm. dext. (I).</i> Stan podgorącz. Lasecz. K. —	—	1,5	0,50	0,2	0,2	0
14	M. H.	" 19	<i>Cond. ap. pulm. dext. (I).</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	2,0	1,0	0,5	0,25	0
15	A. K.	" 38	<i>Indur. ap. dext.</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	0,5	0,2	0,1	0,2	0
16	M. P.	" 14	<i>Cond. ap. dext. (I)</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	0,5	0,2	0,1	0,2	0
17	S. S.	" 40	<i>Neoplasma mediastini</i>	—	1,0	1,0	0,5	0,2	0,2
18	T. S.	" 22	<i>Cond. ap. dext. (I).</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	1,0	2,0	0,2	1,0	0
19	L. Ż.	" 39	<i>Bronchitis.</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	1,0	2,0	0,5	0,75	0

				Mantoux					
					1/5000	1/20000	1/50000	1/100000 1/200000	kontrola
20	P. K.	26	<i>Cond. ap. dact. (I). Abscessus frig. Caries costae.</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	zaczer. inaciek	1,0 ctm. sred.	1,0	0	0,25	0,2
21	A. Ż.	lat 40	<i>Asthma bronchiale. Indur. ap. dextri.</i>	—	1,0	0,75	0,2	0,5	0
22	H. K.	" 17	<i>Cond. utriusque ap. pulm. (I).</i> Stan podgorącz. Lasecz. K. —	—	2,0	—	2,0	0,5	0,25
23	J. K.	" 43	<i>Tbc. pulm. et laryngis. (II).</i> Stan gorącz. Lasecz. K.—	—	1,0	—	0,5	0,2	0,2
24	A. S.	" 18	<i>Cond. ap. dextri (I)</i> Stan podgorącz. Lasecz. K. +	—	2,0	—	3,0	1,5	0,1
25	M. D.	" 27	<i>Cond utr. ap. (I).</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	1,0	—	0	0	0
26	A. W.	" 33	<i>Sten. valv. mitr.</i> Indur. apic.	—	2,0	—	1,0	1,0	0
27	J. K.	" 57	<i>Carcinoma ventriculi</i>	—	0	—	0	0	0
28	K.	" 18	<i>Cond. ap. dextri (I).</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	0,5	—	0,5	0,5	0,25
29	F. M.	" 50	<i>Carcin laryngis.</i>	—	0	—	0	0	0
30	F. K.	" 53	<i>Sten. et insuff. valv. aortae.</i>	—	0	—	0	0	0
31	T.	" 36	<i>Infiltr. lobi inf. sinistri (Susp).</i> Stan gorącz. Lasecz. K.	—	2,0	—	1,0	2,0	0,5
32	K.	" 18	<i>Septicaemia. Pleuritis. exs. sin. (Susp.)</i> Stan gorącz. Las. K.—	—	2,0	—	1,5	2,0	0,2
33	N.	" 21	<i>Vitium cordis. Cond. ap dextri</i>	—	2,0	—	1,0	0,5	0,5
34	K.	" 15	<i>Cond. tbc. lobi sup. pulm. dextri.</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K.+	—	0,5	—	0,5	0,5	0,2
35	N.	" 21	<i>Cond. ap. dextri (I).</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	2,0	—	1,0	1,0	1,0
36	Ł.	" 25	<i>Lupus nasi et pharyngis.</i>	—	2,0	—	1,5	1,0	1,0
37	K.	" 20	<i>Scrophulosis. Spondylitis.</i>	—	1,0	—	1,0	0,5	0
38	K. R.	" 23	<i>Bronchitis c. loc. in ap. dextro (susp.)</i> Stan podgorącz. Lasecz. K. —	—	1,5	—	0,2	0	0
39	A. G.	" 40	<i>Cond. ap. dextri (I).</i> Stan podgorącz. Lasecz. K.—	—	3,5	—	1,0	0,2	0
40	M.	" 31	<i>Cond. ap. dextri (I).</i> Stan gorącz. Lasecz. K. —	—	1,5	—	1,0	0,5	0,5

					Mantoux				
					1/50000	1/20000	1/50000	1/200000 1/2000000	kontrola
41	W. R.	lat 19	<i>Pyopneumothorax</i> (Susp). Stan gorączkow. Lasecz. K. —	zacz. inaciek	0 ctm. śred.	—	0	0	0
42	F. S.	" 34	<i>Induratio ap. dextri. Chorditis.</i> Stan podgorącz. Lasecz. K. —	—	1,5	—	0	0	0
43	F. C.	" 24	<i>Cond. ap. dextri (I).</i> Stan podgorącz. Lasecz. K. —	—	1,0	—	0,5	0,5	0,5
44	J. G.	" 38	<i>Nephritis chron. Bronch. loc. in ap. dextro. (susp).</i>	0	1,0	—	0,5	0,5	0,2
45	J. K.	" 28	<i>Pneumonia acuta.</i>	—	0,5	—	0,2	0	0
46	F. M.	" 24	<i>Condensatio ap. dextri (I).</i> Stan podgorącz. Lasecz. K. —	—	1,0	—	1,0	0,5	0,2
47	L. S.	" 23	<i>Condensatio utr. ap. icis (II).</i> Stan gorącz. Lasecz. K. +	—	1,0	—	1,0	0	0
48	J. K.	" 34	<i>Induratio ap. dextri.</i>	—	1,0	—	1,0	0,5	0
49	G. S.	" 48	<i>Bronchitis c. emphysemate.</i> Stan gorącz. Lasecz. K. —	0	0	—	0	0	0
50	S. M.	" 28	<i>Condensatio utriusque apicis (I).</i> Stan gorącz. Lasecz. K. —	—	0,2	—	0	0	0
51	W.	—	<i>Induratio ap. dextri. Spondylitis. Epididymitis.</i>	—	0,5	—	0,2	0	0
52	N. K.	" 15	<i>Condensatio ap. dextri (I).</i> Stan bezgorącz. Lasecz. K. —	—	2,0	—	1,0	0,2	0
53	A. M.	" 34	<i>Condensatio utr. apicis. (II).</i> Stan gorącz.	—	1,0	—	0,5	0,5	0,5
54	M. A.	" 64	<i>Induratio ap. dextri. Laryngitis.</i> Stan bezgorącz. Lasecz. niki K. —	—	1,0	—	1,0	0,5	0,2

Przypadki powyższe zestawione są w tablicy II.

Siderol

Peptonate de fer Karpiński

Jodorol

Peptonate d'iode Karpiński

Glycerophosphat Karpiński Ferro-Glycerophosphat Karpiński

poleca

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
Tow. Akc. „FR. KARPIŃSKI w Warszawie”

ul. Elektoralna № 35. Tel. 600.



ARISTOCHIN

Lek przeciwgorączkowy bez smaku; wskazany w tych wszystkich przypadkach, w których zazwyczaj daje się chininę, zwłaszcza w praktyce dziecięcej.

HYDROCHININ

hydrochloric.

Środek przeciwko malarii i kokluszowi. W przeciwstawieniu do zalecanych zazwyczaj soli chinowych **nadzwyczaj łatwo rozpuszcza się w wodzie**, wskutek czego może być stosowany do wstrzykiwań podskórnych w roztworach obojętnych i bez potrzeby dawananiu uretanu i t p.

EUSTENIN

przeciw arteriosklerozie, dusznicy bolesnej i tętniakom aorty.

Godny zalecania w tych przypadkach, w których pożądane jest skombinowane leczenie jodem i teobrominą.

Zwracając się z żądaniem prób i literatury, pp. lekarze zechcą się powoływać na ogłoszenie № 207.

GLYCÉROPHOSPHATE Granule ROBIN

jedyny przyswajalny fosforan
wzmacniający
system nerwowy

Neurastenia, przemęczenie
umysłowe, krzywica, s ł a b y
kości, wzrost dzieci, ciąża i t p.

NUCLEATOL ROBIN

Nukleofosforan wapna i sodu
pochodzenia roślinnego.

Wyczerpanie, neurastenia,
złoty, limfatyzm, ch a r ł a c t w o
bronchit przewlekły.

PEPTO-KOLA ROBIN

glicerofosfat, kola i pepton, pre-
parat wzmacniający, k o n s e r-
w u j ą c y siły.

Neurastenia, zmęczenie fizy-
czne i umysłowe, rekonwales-
cencya, cukrzyca, białkomocz.

PEPTONATE DE FER ROBIN

prawdziwa sól żelazista,
zupełnie przyswajalna.

Niedokrwistość, żółtaczka i
osłabienie od nich zależne. Po-
budza odżywianie i nigdy nie
wywołuje zaparcia.

IODONE ROBIN

peptonat jodu

zupełnie przyswajalny

Arterioskleroza, syfilis, goś-
ciec, dna, astma. Leczenie ra-
cyonalne rozedmy płucnej.

BROMONE ROBIN

fizjologiczne racjonalne połą-
czenie bromu z peptonem.

Środek swoisty w cierpie-
niach nerwowych i w bezsen-
ności nerwowej. Zastępuje sku-
tecznie sole bromu i nie wy-
wołuje zatrucia.

**LABORATORYUM ROBINA,
13 rue de Poissy, PARYŻ.**

Flakony próbne wysyła pp. Lekarzom przedstawiciel dla Cesarstwa i Królestwa
Władysław Hoffman, Warszawa, Hortensya 3.

T A B L I C A II.

Rozcieńcze- nie tuberku- liny	Gruźlica okr. I	Gruźlica okr. II	Gruźlica okr. III	Gruźlica włóknista	Gruźlica miejscowa	Podajrz.	Niegruźl.
	16 przypadków	10 "	3 "	6 "	4 "	6 "	9 "
$\frac{1}{5000}$	16 (100%)	10 (100%)	3 (100%)	6 (100%)	4 (100%)	5 (83%)	6 (66%)
$\frac{1}{10000}$ $\frac{1}{20000}$	12 (75%)	9 (90%)	1 (33%)	3 (50%)	4 (100%)	4 (66%)	6 (66%)
$\frac{1}{50000}$	8 (50%)	9 (90%)	1 (33%)	3 (50%)	4 (100%)	4 (66%)	3 (33%)
$\frac{1}{100000}$ $\frac{1}{200000}$	8 (50%)	5 (50%)	1 (33%)	3 (50%)	3 (75%)	4 (66%)	3 (33%)
kontrola	4 (25%)	1 (10%)	0	0	1 (25%)	2 (33%)	0

Wnioski z tablicy II.

I. Odczyn dodatni występuje nie tylko po wstrzyknięciu tuberkuliny, lecz i po wstrzyknięciu roztworu fizjologicznego. Na 55 chorych—8 razy (14,5%).

II. Im bardziej skoncentrowany roztwór tuberkuliny wstrzykujemy, tem otrzymujemy większą liczbę przypadków dodatnich. Na roztwór $\frac{1}{5000}$ reaguje prawie we wszystkich grupach 100%, oprócz niegruźliczych, którzy dają jednak 60% odczynów dodatnich. Na mniej skoncentrowane rozcieńczenia reaguje już coraz mniejsza odsetka. Najmniejsza odsetka odczynów dodatnich (wyluczając niegruźliczych), otrzymujemy w 5-im okresie gruźlicy.

III. Odczyn miejscowy jest tem silniejszy, im rozcieńczenie tuberkuliny jest bardziej skoncentrowane.

IV. Największą odsetkę odczynów dodatnich dają przypadki gruźlicy miejscowej.

V. Niegruźliczy dają poważną odsetkę odczynów dodatnich (60%).

VI. Gruźlicy czynnej (I i II) od nieczynnej zapomocą określenia miana tuberkuliny odróżnić nie można.

PIŚMIENNICTWO.

1) H. Much i Leschke. Das biologische und immunisatorische Verhalten der Tuberkelbazillenaufösungen nebst Tuberkulinstudien und Tuberkulose-Immunitätstudien. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose. t. XX. z. 3. 1911. 2) Ellermann i Erlandsen. Ueber quantitative Ausführung der kutanen Tuberkulinreaktion und über die klinische Bedeutung des Tuberkulintiters. Deutsch. med. Woch. 1909. Nr. 10. 3) Ellermann i Erlandsen. Ueber Sensibilisierung bei der kutanen Tuberkulinreaktion. Beitr. z. Kl. der Tub. 1909, t. 14, z. 1. 4) Erlandsen. Zur diagnostischen Verwertung lokaler Tuberkulinreaktionen. Berl. kl. Woch. 1908, № 38. 5) W. Mirauer. Ueber die kutane Tuberkulinreaktion, insbesondere die Ergebnisse von Impfungen mit abgestuften Tuberkulinkonzentrationen. Beitr. z. Kl. d. Tub. t. XVIII. z. 1. 1910. 6) Lossen. Ueber die Verwertbarkeit der kutanen und koniunktivalen Tuberkulinreaktion zur Diagnose der Lungentuberkulose unter besonderer Berücksichtigung der Verwendung verschiedener Tuberkulinkonzentrationen. Beitr. z. Kl. d. Tub. t. XVII, z. 2, 1910.

VI.

WYKŁAD WSTĘPNY, WYGŁOSZONY PRZY OBJĘCIU KATEDRY ANATOMII PATOLOGICZNEJ
W UNIwersYTECIE LWOWSKIM

dnia 6 maja 1912 r.

Patologia cellularna w okresie obecnym swego rozwoju.

PRZEZ

Dra Zdzisława Dmochowskiego

PROFESORA ANATOMII PATOLOGICZNEJ.

Jestem głęboko wzruszony, stając po raz pierwszy przed Wami, Czcigodni Członkowie wydziałów, Szanowni Słuchacze i Słuchaczki, zdaję sobie bowiem doskonale sprawę z ogromu obowiązków i odpowiedzialności, jakie na siebie biorę. Staję przed Wami jako następcą prof. Obrzuta, jako towarzysz pracy Was, dyrektorów klinik i pracowni, jako kierownik młodzieży w jej studiach naukowych. Potrójna to rola, a w każdym dziale tak trudna, że o braterską pobłażliwość ze strony Wydziału, a zaufanie ze strony młodzieży prosić dziś muszę.

Zanim wejść jednak bliżej w omówienie stanowiska, jakie poziom nauki dzisiejszej zająć mię zmusza, niech mi wolno będzie zwrócić myśl Waszą, Panowie, ku nieodżałowanemu Profesorowi Obrzutowi, który tu zdobył sobieoczesne miejsce w nauce i piśmiennictwie lekarskiem, zasłużył na szacunek i poważanie kolegów, na miłość i zaufanie uczni.

Młodym lekarzem jeszcze byłem, kiedy omawiana była kandydatura Obrzuta na katedrę anatomii patologicznej we Lwowie. Pamiętam z jakim zainte-

resowaniem odczytywaliśmy jego prace i jak, nie mając żadnego wpływu na przebieg tej sprawy, a jedynie uczuciem sprawiedliwości kierowani, powiedzieliśmy sobie—Obrzut wybrany będzie. Wspominam te czasy dlatego, że wtedy już prace jego naukowe posiadały tyle głębokich myśli, oryginalnych poglądów oraz trafnych spostrzeżeń, że w oczach nawet początkujących pracowników na wyróżnienie zasługiwały. Nie mogę dziś wyliczać lub analizować późniejszych prac Obrzuta, muszę jednak na ich podstawie wyrazić hołd jego umysłowości i głębokiej wiedzy. O stanowisku, jakie z latami zajął w Wydziale i Uniwersytecie, o stosunku jego do uczącej się młodzieży również mówić nie będę: mamy Go wszyscy w pamięci! Sądzę, że będę wyrazicielem myśli Panów, jeżeli wypowiem głęboki żal, że nieuleczalna choroba przedwcześnie zabrała go z pośród nas i pozbawiła naukę polską jednego z dzielnych pracowników, jeżeli powiem, że ogólny szacunek i przywiązanie, jakimi się cieszył, słusznie Mu się należały.

Działalność każdego z nas składa się z dwu części — pedagogicznej i naukowej, to znaczy, obowiązani jesteśmy z jednej strony uczyć młodzież i przygotowywać ją na dzielnych obywateli kraju, z drugiej — głosić prawdę, wyświetlać prawa, którymi kieruje się przyroda i wydzierać jej tak zazdrośnie skrywane tajniki.

Z zadaniem pierwszym, mam nadzieję, damy sobie radę. By dobrze uczyć i nauczyć się, potrzeba dwu rzeczy: głównie pracy, a potem wzajemnej życzliwości i zaufania. Przez lat blisko dwadzieścia miałem do czynienia z młodzieżą uniwersytecką; rozstawaliśmy się zawsze przyjaciółmi. Uczyliśmy się wspólnie; o ile mogłem, uprzystępiałem im oryentowanie się w ogromie materiału naukowego, o ile nie, poszukiwaliśmy razem, nie żałując trudu i mozołu. Stąd wywiązywała się zawsze zobopólna życzliwość, a co najważniejsze—miłość dla nauki. Mam nadzieję, że wkrótce i tu uczniowie moi naukę kochać będą tak, jak ja ją kocham i uwierzą, że bodaj dla nauki samej żyć warto. Wiedza Wasza przyjdzie wtedy, Panowie, sama przez się, niepostrzeżenie się nawet, jak tyle, wiele Wam dla sumiennego pełnienia przyszłych obowiązków wiedzieć potrzeba, wiedzieć będziecie.

Działalność naukowa profesora jest o wiele, trudniejsza. W szczególności wdawać się nie będę, każdy z nas bowiem wie, ile złudzeń, wiele rozczarowań i goryczy, a jak rzadko radość zawód ten daje. Na tem polu można gwiazd osiągnąć, można życie zmarnować!

Każdy, kto prowadzi walkę, a walkę z tajnikami przyrody pracą naszą nazwać muszę, przedewszystkiem musi zdać sobie sprawę z terenu, na którym pracuje, musi umieć ocenić środki, jakimi rozporządza i jasno widzieć przed sobą cel, do którego dąży. Wykład dzisiejszy chciałbym poświęcić, Panowie, wypowiedzeniu poglądów swych jedynie na teren pracy naszej, t. j. mówić o stanowisku, jakie zajmuje dziś patologia cellularna w swym pochodzie rozwojowym.

Spoglądając wstecz na całokształt rozwoju nauk lekarskich, muszę powiedzieć, że właściwie jesteśmy zaledwie w drugim okresie działań naszych. Okre-

sem pierwszym nazywam cały czas, w którym biologia i patologia w dociekanich swych kierowały się zasadami teorii humoralnej; wstąpieniem na stopień wyższy uważam chwilę powstania teorii cellularnej i rozwinięcia się na jej tle patologii cellularnej. W okresie więc pierwszym przebywaliśmy od początku znanego nam rozwoju nauk lekarskich aż do pierwszej połowy wieku XIX, czyli przez 2000 blisko lat; nowa era zaczęła się nie dawniej, jak sto lat temu.

Zaznaczyć tu muszę, że mam na myśli tylko kierunki, w których szła myśl ludzka, dążąc do wyjaśnienia teorii zjawisk patologicznych, nie mówię o zdobywanych faktach, np. w dziedzinie anatomii, fizjologii, semiotyki, chirurgii, terapii i t. d. W działach tych postęp był mniej więcej stały. Prawda, różnątą była szybkość, z jaką zdobywano nowe tereny, różnaitemi były miejsca, gdzie pracowano bardziej lub mniej sprawnie, wielkie bywały przerwy tej pracy twórczej; zdarzało się, że wszelki postęp na dziesiątki lub setki lat pod wpływem przewrotów politycznych lub szczególnego ruchu duchowego ustawał; w każdym razie jednak, w coraz innym miejscu, pod coraz innymi wpływami zdrowa myśl odżywała, faktów gromadzono coraz więcej, oko sięgało coraz głębiej. O całej tej ewolucji nie mówię, myślę jedynie o teorii, t. j. dążności połączenia spostrzeganych faktów w zrozumiałą całość.

Okres pierwszy, który nazwałem okresem teorii humoralnej, nie był właściwie jej tylko poświęcony, na nazwę tę jednak zasługuje, gdyż główną i panującą była ta teoria zawsze; inne kierunki były tylko reakcją przeciwko niej, były dążeniem do jej obalenia, bezpłodnem poszukiwaniem dróg nowych.

Chcąc dotrzeć do źródła powstania wszystkich teorii, któremi posiłkowano się w celu zrozumienia istoty spraw chorobowych, należy sięgnąć bardzo daleko, — bodaj do bajecznych czasów historii indyjskiej, hebrajskiej, assyryjskiej i greckiej. Ponieważ w Grecji zapoczątkował się ruch naukowy skoordynowany, tam więc, w czasach bajecznego Eskulapa, późniejszych świątyń i szkół Asklepiadów źródeł poszukiwać należy. Pierwszy jednak, który teorie z ust do ust podawane zebrał, opisał i genialnym swym umysłem oświecił, był niewątpliwie Hippokrates.

Hippokrates wyszedł z pojęcia przez wieki poprzednie wyrobionego, że wszechświat składa się z czterech zasadniczych żywiołów: ziemi, powietrza, wody i ognia; człowiek więc, jako cząstka tegoż wszechświata, z tych samych elementów składać się musiał. Zasadnicze prawa, które utrzymywały cztery te żywioły w stałej harmonii, stanowiły o normie we wszechświecie, a zatem i o zdrowiu u człowieka. Choroba więc polegała na tem, że harmonia pomiędzy żywiołami zasadniczymi zburzoną została. Który z tych żywiołów jest lub bywa przyczyną dysharmonii, t. j. choroby, jakie zmiany następowały w istocie lub czynności tego lub innego żywiołu, to było żywotne pytanie, nad którem wysiłał się umysł ludzki przez 20 blisko wieków.

Nie przedstawiano sobie, rozumie się, że organizm ludzki składa się z mieszaniny czterech żywiołów, w tej postaci, w jakiej je obserwowano; dopatrywano się ich jednak pod odmienną tylko formą. A zatem wszystko w człowieku suche pochodziło od ziemi, wszystko płynne od wody, ogień był

tem ciałem, łączącym i przenikającym wszystkie części organizmu, powietrze wpływało na prawidłowe ukształtowanie się mieszanin, ożywiało cały organizm; z niem łączono duchową działalność człowieka.

Najłatwiejszymi do zdobycia i do obserwacji były płyny, zawarte lub wydzielające się z organizmu, na nie więc przedewszystkiem zwrócono uwagę, w ich zmianach najpierw dopatrywano się przyczyny choroby; najwcześniej zatem powstała teoria humoralna. O wiele mniej dostępnymi były ciała twarde, dlategoż o wiele później powstała pierwsza teoria atomistyczna; jeszcze mniej uchwytnem było powietrze—później więc powstają pneumatycy; ogień, ciepło prawie wcale ująć się nie dawało, dlategoż nie było szkół i kierunków, temu żywiołowi poświęconych.

Hippokrates oparł się na płynach.

Teoria humoralna Hippokratesa polegała na twierdzeniu, że w organizmie ludzkim są cztery zasadnicze płyny: krew, której źródłem jest serce, śluz, wydzielający się z mózgu i rozpluwający się po całym organizmie, żółć żółta, wydzielana przez wątrobę i żółć czarna, wydzielana przez śledzionę do żołądka. Rozkład tych cieczy lub wadliwe ich zmieszanie, to były istotne przyczyny wszystkich spraw chorobowych: np. katar płuc tłómaczył się spłynięciem śluzu z mózgu do płuc.

Teoria humoralna Hippokratesa przetrwała wieki bez zmian zasadniczych, myśl bowiem, że normalny skład soków i odpowiednie ich zmieszanie stanowią o zdrowiu człowieka (crasis), a zaburzenia w ich budowie oraz wzajemnem ustosunkowaniu o chorobie (dyscrasia), pozostała prawie niezmienną aż do 19-go wieku.

Ciekawemi bardzo były dążenia myśli ludzkiej do wytlómaczenia istoty zjawisk chorobowych przez zmiany, odbywające się w twardych częściach organizmu (atomiści, metodyści) lub w zawartem w niem powietrzu (pneumatycy, dogmatycy); ciekawym był ruch eklektyków, empiryków, encyklopedystów; pocuzającym jest stan teorii lekarskich w wiekach średnich—w okresie pre- i renesansu; smutnym nareszcie jest zamęt, jaki w medycynie zapanował w końcu 18. wieku. Niestety, nawet na pobieżne streszczenie ruchu tego dziś czasu nie mam. Zaznaczyć tylko muszę, że w całym tym pochodzie, teoria humoralna zajmowała najpoważniejsze i dominujące stanowisko, że pełni rozwoju swego dosięgła w Wiedniu w nauce Rokitansky'ego i że na tym punkcie zmarła. Ponieważ na jej tle powstał przewrót i ją właśnie kierunek nowy przedewszystkiem musiał być obalić, pozwolę sobie w paru słowach streścić poglądy szkoły wiedeńskiej.

Pamiętać należy, że wonczas, kiedy poglądy humoralne Rokitansky'ego skryształizowane zostały, komórka wykryta już była; wiedziano, że z komórek organizm się składa, twierdzono tylko, że komórki powstają samoistnie z nieupostaciowanej materji, blastematem (blastema) zwanej.

Blastemat więc była to ciecz o właściwościach zmiennych, swoistych, niezależnych od stanu i nienormalnego składu krwi, t. j. od tak zwanej dyskrazyi. Dyskrazyi było bardzo wiele; sam Rokitansky wylicza ich aż piętnaście, kli-

nicyści dodawali o wiele więcej. Były więc dyskrazye rakowe, gruźlicze, tyfusowe, hemoroidalne, menstrualne i t. d. Podczas każdej dyskrazyi przesiąkał z naczyń do tkanek swoisty blastemat, a w nim i z niego dopiero zapoczątkowywały się odpowiednie zmiany anatomiczne. Tak np. przy dyskrazyi rakowej wytwarzał się blastemat, z którego powstawały komórki rakowe.

Istotę teorii Rokitansky'ego najlepiej charakteryzują własne jego słowa: „Anatomia patologiczna—mówi on—nie tylko dowiodła istnienia chorób krwi, lecz całkowicie potwierdziła teorię humoralną przez wykrycie rozmaitych postaci blastematów, przez stwierdzenie, że ostateczną przyczyną swoistości blastematów są choroby krwi i przez stwierdzenie zależności wszystkich spraw chorobowych od wpraw istniejących stanów patologicznych całkowitej krwi“. A zatem, czem istotnem różniła się teoria humoralna 19-go wieku, t. j. na szczycie swego rozwoju, od teorii humoralnej Hippokratesa, powstałej przed dwoma tysiącami lat? Myślę, że prawie niczem. Hippokrates przypuszczał, że stany chorobowe zależą od nienormalnego składu i zmieszania się zasadniczych płynów, wiek zaś 19-ty—że zależą one od stanu jednej tylko cieczy, mianowicie krwi.

Blastematów pod uwagę nie biorę, gdyż była to tylko przesłanka, użyta w celu związania obrazów anatomicznych ze stanami chorobowymi krwi oraz w celu wynalezienia materiału, z którego powstają komórki.

Nie dziwię się, że niejednemu z Was, Panowie, na samą myśl o tem ręce opaść mogą. Dwa tysiące lat temu, chcąc zrozumieć istotę choroby, myśl ludzka poszła w trzech kierunkach i po 2000 lat przekonała się, że wszystkie jej wysiłki były daremne! A dlaczego tak się stało? Dlatego, że myśl ludzka o wiele, wiele wyprzedzała zdobycze realne, bujała, nie mając punktu oparcia, budowała, nie mając podstaw naukowych. Niestety, od tego umysł ludzki nigdy wolny nie będzie.

Zupełnie niezależnie od tego ruchu teoretyczno-abstrakcyjnego, który przed chwilą streściłem, a który tak smutnie się skończył, postępował ruch czysto naukowy, polegający na mrówczej pracy, ścisłych spostrzeżeniach, ciągłej samokontroli, doświadczeniach, gromadzeniu faktów i ich analizie. Ciż sami ludzie, którzy myślą wybiegali naprzód i budowali na niczem nie oparte hipotezy, wkładali kolosalny zasób pracy w gromadzenie materiału naukowego. Z materiału tego powstał gmach o silnych podstawach i murach, gmach, który rozszerzony być może, zburzony nigdy. Ten właśnie gmach wprowadził myśl naszą na taką wyżynę, z której jednym rzutem oka mogła być objąć działalność swoją i przekonać się, o ile błędne były dawne jej drogi, mogła była spojrzeć w przeszłość na rozciągające się przed nią horyzonty. Na szczyt ten w naszej specjalności wszedł pierwszy Virchow; on wskazał nam na błędy przeszłości, roztoczył horyzonty przyszłości i wskazał drogę, którą iść należy. Virchow nie zbudował anatomii patologicznej, lecz całą patologię, całą medycynę, więcej—całą biologię pchnął na nowe tory. On skończył pracę na poziomie pierwszym i wprowadził nas na drugi, wyższy, t. j. ten, na którym obecnie stoimy, on spowodował przewrót, dając nam w rękę swoją patologię cellularną.

Na czem polegała jej istota? Na kilku zaledwie twierdzeniach. Virchow

odrzucał teorię samoródtwa, powiedział, że z żadnej cieczy, z żadnej nieupostaciowanej materii, z żadnych ziarenek komórka powstać nie może, że komórka powstaje tylko z komórki. Dalej Virchow powiedział, że komórka jest tym ostatnim elementem, z jakich organizm się składa, że komórka i tylko komórka jest siedliskiem życia, że wszelkie sprawy chorobowe, jakim organizm ulega, zależą od stanów chorobowych komórki, i że w niej należy poszukiwać źródła całej patologii.

Z chwilą powstania tych też przypadły wszystkie zepsute soki, przypadły ruchy atomów, przypadły wrażliwości i pobudliwości, przypadły siły nadprzyrodzone, blastematy i krazy, została jedna tylko skromna komórka.

Zdawało się, że od tej chwili wszystko stanie się jasnym i łatwym do zrozumienia, ogromne bowiem znaczenie miała ta nauka dla patologii i całej medycyny. Przedewszystkiem postawiła ona ją od razu na wysokości nauk ścisłych, zamiast bowiem sił nieznanymi dała skończoną żywą jednostkę; powtórę, otworzyła nowe drogi dla badań i obserwacji; po trzecie, pogłębiła analizę patologiczną, gdyż okazało się, że choroba jest tylko zjawiskiem życiowym, po czwarte zlokalizowała chorobę, zmusiła do ścisłego rozpoznawania, a przeto zmieniła poglądy na terapię. I tego dokonał jeden człowiek w roku 1858, a zatem 55 lat temu!

Prawdopodobnie niejednemu z Was, Panowie, myślę tu o przyszłych słuchaczach moich, przychodzi obecnie myśl do głowy, że jeżeli tak jest, jeżeli najdzielniejsze umysły w ciągu dwu tysięcy lat nie mogły wyrwać się z zakłętego koła apriorystycznych i błędnych tez, jeżeli tylu wysiłków było potrzeba, by zrobić krok naprzód, jeżeli aż geniusz był potrzebny na to, by zrozumieć istotę rzeczy i wskazać prawdziwą drogę, to na prawdę, czyż warto naukowo pracować nam, zwykłym śmiertelnikom. Otóż zapewnić Panów mogę, że tak źle nie jest, i muszę otuchy Wam dodać. Niema, Panowie, człowieka, któryby z pustego mógł nalać, niema umysłu, któryby objął i zrozumiał to, co nie istnieje, niema geniusza, któryby całą naukę sam stworzył. Wszelką prawdę zdobywa się tylko mozolną pracą, wszelki postęp idzie drogą powolnej ewolucji. Hipotezy można budować, naprzód można wybiegać, lecz wszystko to będzie fantazja. Prawdę przyrodniczą tylko ciężką pracą wykryć można. I Virchow nie sam stworzył i odkrył co powiedział, on objął i zrozumiał wszystko, a o ile cały ten materiał był już przygotowany — zaraz przekonacie się Panowie.

Przedewszystkiem więc co się tyczy komórki. Teoria cellularna mówi, że rośliny i zwierzęta składają się z komórek, przyczem w pojęcie komórki włączone są wszystkie twory, które swoje istnienie zawdzięczają funkcji żywej komórki. Teoria ta, jak wiemy, nie powstała na gruncie anatomii człowieka, lecz przeniesioną tu została z dziedziny życia roślinnego.

Dziś nie możemy wskazać na żadnego botanika, jako na twórcę teorii cellularnej; powstała ona wskutek pracy współdzielczej wielu badaczy. Początku jej należy szukać w połowie 17. wieku, kiedy Robert Hooke opisał komórki, z których korek się składa. W r. 1675 Marcello Malpighi widział komórki we wszystkich roślinach. W r. 1682 Nehemias Greve budowę roślin po-

równał z pianą, powstałą na piwie. W początkach 19. wieku Moldenhawer izolował komórki roślinne. W r. 1830 Meyens mówi, że komórka sama żyje, odżywia się i przerabia pobrany materiał. W tym samym czasie Brown opisał jądro; w r. 1832 Dumortier opisuje dzielenie się komórek. Nie Schleiden więc, który w r. 1838 ogłosił swoje słynne „Beiträge zur Phytogenesis“, wykrył komórkę w roślinach; on zajął się tylko jej powstawaniem, genezą komórki roślinnej i dowiódł, że komórka tylko z komórki powstać może, oraz że w mnożeniu się komórek główną rolę gra jądro.

W r. 1839 Schwann już tak daleko posuniętą teorię cellularną wprowadził do świata zwierzęcego. Poglądy, wprowadzone przez Schwann'a, były wielką zdobyczą naukową, gdyż powstało w ten sposób pojęcie jednolitości wszystkich tkanek i ujednostajnione zostało pojęcie żywego wszechświata.

Co się tyczy genezy, t. j. powstawania komórek, to pamiętają Panowie, com przed chwilą powiedział o pracach Schleiden'a. Później, w r. 1842, Remack wyraźnie przeczył teorii samoródtwa, a Kölliker w r. 1845 utrzymuje z całą stanowczością, że jedynym źródłem powstawania komórek są komórki poprzedzające je, i że na wszystkie komórki należy zapatrywać się jako na powstałe z jednego elementarnego tworu, t. j. jajka.

Widzimy więc, że już przed Virchow'em komórka była wykryta i uznana za ostateczną jednostkę, z której organizm się składa, że teoria samoródtwa była stanowczo odrzucona, że zasada, chociaż nie słowa—*omnis cellula e cellula*—była przez Kölliker'a wypowiedziana.

Utrzymują, że najważniejszym czynnikiem, który umożliwił Virchow'owi oparcie się na teorii cellularnej przy budowie patologii cellularnej, był fakt wykrycia przez niego komórek we wszystkich tkankach grupy łącznotkankowej. Jakżeż ta kwestya przedstawiała się przed Virchow'em? Henle utrzymywał, że substancja międzykomórkowa powstaje z blastematu, że później zjawiają się w niej jądra, a komórki nie wytwarzają się wcale. Schwann mówi, że tkanka łączna powstaje z komórek wrzecionowatych i że zaródź ich przekształca się w substancję międzykomórkową. Reichert substancję międzykomórkową uważa już za wydzielinę komórek, mówi przytem, że z czasem protoplazma komórek zlewa się z tą wydzieliną. Prócz tego Reichert dowiódł, że chrząstka, kość, dentyna i tkanka włóknista stanowią jedną odrębną grupę łącznotkankową.

I na tem więc polu Virchow miał materiał przygotowany, należało tylko dowieść, że komórki, leżące w substancji międzykomórkowej, nie utraciły żadnej z cech, właściwych komórkom. Lecz tego należało dowieść!

Jakiż kierunek panował wówczas w medycynie teoretycznej, na jakiej wysokości stała anatomia patologiczna, kiedy Virchow oparł je na nowych zasadach? Ogólnie biorąc, była ona już bardzo daleko posunięta.

Przedewszystkiem więc były to czasy rozwoju poglądów nieśmiertelnego Franciszka Bichat'a, którego duch ożywił wtedy cały ruch naukowy w Europie. Słynna książka jego—*Anatomie générale*, wydana w r. 1800, sprowadziła medycynę z dróg fantastycznych na drogę obserwacji i badań anatomicznych. Bi-

chat słusznie jest uważany za twórcę kierunku ściśle naukowego, on bowiem powiedział pierwszy, że chorować mogą pewne tkanki, a inne być zdrowe, że tkanki o jednakowej budowie jednakowo zwykle chorują, że nie wystarcza określanie miejsca choroby lub chorego narządu, należy jeszcze określić jaka tkanka choruje. Jest to pierwsze świadome oparcie się kliniki na anatomii, zapoczątkowanie patologii ogólnej. Prace Bichat'a pozostaną na zawsze niewzruszoną podstawą dla nauki o tkankach. Pod wpływem tego uczonego cała Francja stała już na gruncie pojęć tkankowych, kiedy Virchow pracować zaczynał. Pamiętajmy o wpływie prac Magendie'go, Flourens'a, Andral'a, Cruveilhier'a i innych wielkich Francuzów.

W Wiedniu pracował Rokitansky i jego szkoła. Wielkiego tego uczonego bez żadnych zastrzeżeń należy uważać za najgenialniejszego anatomopatologa. Porównywając prace anatomopatologiczne wydane przed Rokitansky'm z jego podręcznikiem, wierzyć się po prostu nie chce, by jeden człowiek z tych wszystkich strzępów mógł opracować tak piękną, jednolitą i skończoną całość. Geneza niektórych spraw patologicznych, ich przebieg, obrazy, jakie dają, zejście, łączność ze sprawami pokrewnymi, są tak po mistrzowsku podpatrzone, tak zrozumiane, tak obrazowo opisane, że dziś, blisko po latach stu, do dodania nic nie mamy. Umysł to był wielki, który nie ograniczał się na stole sekcyjnym, lecz rozumiał życie, znał i rozumiał klinikę. Rokitansky we wnioskach swych niezawsze jednak opierał się na zasadach teorii humoralnej, pomimo że był jej twórcą. Czytając jego książkę, uderza nas, że niektóre działy oparte są na podstawach teorii cellularnej. Często bardzo stan komórek Rokitansky uważał za źródło i przyczynę choroby; robił tak — bo musiał, w tem leżała prawda, a od prawdy dzielił go krok jeden.

W Berlinie wykladał Johannes Müller.

Z tego co powiedziałem, widzicie Panowie, jak doskonale przygotowano materiał naukowy dla Virchow'a, jak wielkie były zasługi jego poprzedników. Zawsze tak bywa, Panowie: każde wielkie odkrycie, każde uogólnienie opiera się na materiale przez poprzedników przygotowanym. Skromna ich rola powinna nam wystarczyć, wypełnić nam życie i zadość uczynić uczuciom naszym. Tu każdy z nas i z Was miejsce swoje znaleźć może i dorzucić cząstkę ducha swego do skarbnicy ogólnego dobra.

Nie należy jednak myśleć, by istniały jakieś okresy, w których materiał naukowy byłby szczególnie dobrze zebrany. Jestem głęboko przekonany, że przed każdym z nas stoi po brzegi wypełniona czara, chodzi tylko o to, by ją zobaczyć, ostatnią kroplę dodać i podać ludzkości, jako wytwór swego ducha. Na komórkę dziesiątki lat patrzono, teoria cellularna była zupełnie wykończona, nikt jednak nie powiedział, że i patologia cellularną być musi. Virchow to powiedział i dlatego jest wielki.

W takich więc warunkach i okolicznościach odbył się przewrót w nauce naszej, skończyła się płaszczyzna pierwsza, wstąpiliśmy na wyższą. Podnieśliśmy się ogromnie, lecz czy zrobiliśmy wielki krok naprzód, czy zyskaliśmy

wiele w zrozumieniu istoty spraw chorobowych—nie wiem. Myślę, że wóczas nie zyskaliśmy nic, a dziś jeszcze niewiele.

Teorya humoralna jako na przyczynę wszystkiego złego patrzyła na dyskrazję; wiadomem miejscem powstawania choroby były blastematy. Jedno i drugie było niewiadome. Patologia cellularna przyczynę wszystkich chorób widzi w stanach patologicznych komórki, a miejscem powstawania chorób została komórka normalna. A więc i tu dwie niewiadome. Dawniej była dyskrazja i blastemat, dziś komórka i jej stan patologiczny. Twierdzenie to najłatwiej przez Panów zrozumiane będzie, jeżeli oprę się na przykładzie. Weźmy np. kwestję powstawania nowotworów. Dawniej mówiono: pod wpływem dyskrazji rakowej wydziela się swoisty blastemat, z którego powstają komórki rakowe; my zaś mówimy: pod wpływem pewnych czynników (dawniej dyskrazji) z komórki normalnej (dawniej blastematu) powstaje komórka rakowa. W budowie więc teorii blastemat został zastąpiony przez komórkę normalną, dyskrazja przez nieznanne nam czynniki chorobotwórcze. Na miejscu więc niewiadomych wstawiono nieznanne.

By tego dowieść, należałoby obecnie streścić i zanalizować wszystkie teorie, jakimi posiłkujemy się w celu zrozumienia istoty oraz powstawania nowotworów. Z powodu jednak ograniczonego czasu, muszę odłożyć to do jednego z następnych wykładów; dziś proszę mi wierzyć tylko, że ani jedna hipoteza nie może oprzeć się nawet najbardziej powierzchownej krytyce, a te, które zdaje się, bliżej prawdy stoją, nie mają dostatecznych danych dla wywalczenia sobie stanowiska naukowego.

Zrobiliśmy więc krok, który pod wieloma względami był wielki, do zrozumienia jednak istoty choroby wóczas przyczynił się mało.

W początkach nie zorientowano się w tem, sądzono, że pojęcie komórki, jakie dał Schwann i Virchow, zupełnie wystarcza dla zrozumienia całej patologii. Komórkę uznano za ostatni żywy element, składający się z protoplazmy, jądra i jąderka i w zależności od jego stanu postawiono wszystkie sprawy patologiczne, odbywające się w organizmie. A potem, nie zmieniając pojęcia o komórce, uznając komórkę zdrową za pojęcie stałe i niezmiernie proste, zajęto się przerobieniem całej patologii według wzorów i wskazań Virchow'a. I przerobiono ją.

Dziś, po latach pięćdziesięciu, dochodzimy do końca tej ciężkiej i mozolnej pracy i, zamiast tryumfu — jesteśmy rozczarowani. Wołamy, że patologia cellularna nie potwierdziła wkładanych w nią nadziei, że jest skończona, że pomimo takiego opracowania, nie pozwoliła na bliższe zrozumienie spraw chorobowych: wołamy, że potrzebne nam są nowe przyrządy, zwracamy oczy na chemię i doświadczenia na zwierzętach i tam spodziewamy się znaleźć rozwiązanie palących nas zagadnień. Młodzież nasza mówi, że anatomia patologiczna, jako rzecz skończona, pracy dalszej nie wymaga, i że robienie nowych preparatów, jest stratą drogiego czasu. Pochodzi to wszystko stąd, że większość tak mówiących nie orientuje się w obecnej chwili rozwoju patologii cellularnej,

nie zdaje sobie sprawy, cośmy zrobili, gdzie jesteśmy i dokąd dążyć powinniśmy.

Pamiętać więc należy, że praca ubiegłego pięćdziesięciolecia, poświęcona przerobieniu całej patologii według wskazań teorii cellularnej, przy zachowaniu nawet dawnego pojęcia o komórce, nie jest bezpłodną, gdyż wyrobiła w nas myślenie cellularne. Wybaczą panowie nazwę. Dziś już nikt w kwestyach patologicznych abstrakcyjnie myśleć nie może; dziś już myśl nasza jest tak związana z komórką, że poza nią nic uznać nie możemy. Jest to słuszne i jest ogromną zdobyczą. Potem, nawet przy dawnym pojęciu o komórce, zdobyliśmy wielką liczbę faktów nowych: wyjaśniliśmy dobrze kwestyę zaburzeń w krążeniu, zrozumieliśmy zwyrodnienia, o tyle o ile rozklasyfikowaliśmy nowotwory, zdobyliśmy masę przyczynków do zrozumienia zapalenia; na tym gruncie powstały nauki dodatkowe, mianowicie: bakteryologia, serologia, powstaje obecnie uodpornienie, a nauki te od razu znalazły odpowiednie dla siebie stanowisko i zrozumianą została ich rola. Praca więc ubiegła jest w płody bardzo obfita.

Czem więc tłumaczy się to ogólne rozczarowanie i niezadowolnienie? Według mnie tem, że pojęcie o komórce, jako o jednostce, składającej się z grudki, protoplazmy, jądra i jąderka, jest już nie wystarczające. Dziś nie możemy zrozumieć istoty spraw chorobowych przy tak uproszczonem pojęciu o komórce. Dziś stojąc wobec komórki takiej, jaką nam podał Virchow, sądzę, że jesteśmy w tem samym położeniu, w jakim był Eskulap, kiedy stał przed człowiekiem chorym. Wiedział, że to jest człowiek, wiedział, że jest chory, miał rozmaite środki, którymi niósł ulgę i ból uśmierzał, nic jednak nie rozumiał, co się w tym człowieku dzieje i dlaczego tak się dzieje. Nie rozumiał, nie znał bowiem ani jego anatomii, ani fizjologii, cóż mówić o patologii. I my wiemy, że jest komórka, wiemy, że jest chora, wiemy jakim jest jej stosunek do zdrowego i chorego organizmu, nie rozumiemy jednak co w niej się dzieje i dlaczego tak się dzieje. A wiedzieć dopiero wtedy będziemy, kiedy poznamy jej anatomię i fizjologię. Zrozumienie patologii przyjdzie wtedy samo przez się.

Patologia cellularna jest więc o tyle tylko skończona, o ile nie zmienionem zostanie dawne pojęcie o komórce. Każdy nowy krok w zrozumieniu jej istoty, w poznaniu jej anatomii i fizjologii odkrywać nam będzie nowe horyzonty dla badań patologicznych. A ponieważ anatomia i fizjologia komórki są zaledwie zapoczątkowane, ośmielam się więc twierdzić, że patologia cellularna nie jest skończona, lecz zaledwie zaczęta. Skończone zostały badania przedwstępne, do istoty patologii cellularnej bodaj nie doszliśmy wcale.

Lecz czy skończone są badania przedwstępne? Sądzę, że i tu jesteśmy bardzo dalecy od końca. Panowie zwrócić zechcą uwagę na fakt, że właściwie anatomia człowieka nie jest dotychczas skończona, pomimo, że pracujemy nad nią parę tysięcy lat. A tak niedawno odkryty pęczek Hisa, a cały system chromochłonny, a budowa przysadki w rozmaitych okresach życia fizjologicznego, a związek pomiędzy gruczołami wydzielania wewnętrznego. Toż to wszystko zdobycze ostatnich kilku lat, a nawet ostatniej doby.

Jeżeli tak jest, jeżeli możemy spodziewać się jeszcze nowych zdobyczy w dziedzinie anatomii i fizjologii człowieka, to cóż mamy powiedzieć o jego patologii, nawet przy utrzymaniu dawnego pojęcia o komórce. Pamiętajmy, Panowie, że są dziedziny zupełnie przez nas nietknięte — chociażby dział pochodzenia psychoz, pochodzenia i powstania anomalii rozwojowych, poznania patologii gruczołów wydzielania wewnętrznego. A powstanie nowotworów,—tych strasznych wrogów ludzkości! We wszystkich tych dziedzinach jest jeszcze wiele, wiele do zrobienia.

Odłogiem więc zupełnym leżą niektóre działy nauki naszej, a śpieszyć się trzeba, gdyż biolodzy pracują już bardzo energicznie i owocnie nad zrozumieniem istoty komórki. Spójrzmy tylko uważnie na najnowsze ich prace o zarodki i komórce, a przekonamy się, że zapatrywania na komórkę zmieniają się nie do poznania. Dziś w biologii przestaje być właściwie mowa o komórce, lecz zaczyna się mówić o materji żywej. „Nie wszystko żywe jest w komórce zamknięte“ — mówi Heidenhain — „poza nią jest jeszcze materia żywa, która karmi się, wydziela, rośnie i pełni funkcję“. Obecnie więc zaczyna mniej chodzić o badanie komórki, jako jednostki, aniżeli o właściwości biologiczne całej substancji żyjącej, o poznanie praw jej bytu, oraz kształtowania się. Dziś już nie komórka jest nosicielką życia, lecz żywa materia, która wnika w najdrobniejszą jej cząstkę. Komórka nie jest już uważana za jednostkę, składającą się z zarodki, jądra i jąderka, lecz za bardzo złożony system ukształtowania się materji żywej.

Jeżeli zechcemy wgłębić się w te nowe zdobycze anatomiczne i spostrzeżenia fizjologiczne, to przekonamy się, że liczba ich jest ogromna. Prawda, wszystko to nie jest jeszcze związane, są tam ogromne braki, wypełnione hipotezami, pozostaje jednak niezbitą prawdą, że powstają dwie zupełnie nowe nauki—anatomia komórki i jej fizjologia, nauki, jak widać już z dzisiejszego zapoczątkowania, bardzo rozległe i bardzo trudne.

Jak szerokie więc horyzonty otwierają się przed nami, patologami! Zaczyna się nowa era dla patologii cellularnej; w niedalekiej przyszłości zaczniemy znów przerabiać naszą anatomję patologiczną, tylko myślcąc i patrząc o wiele głębiej.

Na tym punkcie stojąc, musimy powiedzieć, że wiele jeszcze minie pokoleń zanim teren, na który nas Virchow wprowadził, przerobiony zostanie, zanim dojdziemy do punktu, kiedy ko nórkę będziemy rozumieć tak, jak nasze narządy, kiedy powiemy sobie, że należy przejść na płaszczyznę trzecią, t. j. zająć się badaniem elementów, z których materia żywa się składa.

Wiążąc tak ściśle dalszy rozwój anatomii patologicznej z rozwojem anatomii i fizjologii komórki, nie chciałbym przez to powiedzieć, że tymczasem nie mamy co robić, że musimy czekać, aż tamte nauki dadzą fakty pozytywne, na których nasz postęp mógłby się oprzeć. Tak nie jest, Panowie. Przede wszystkim wspomniałem Wam, że mamy jeszcze wielkie zaległości, lecz stawiając nawet hipotezę, że zaległości tych nie będziemy mogli odrobić do czasu wyrobienia sobie nowych pojęć o anatomii komórki, muszę zaznaczyć, że w no-

wej tej nauce mamy już dość danych, by zacząć przeróbkę i przebudowę niektórych, jakoby już wykończonych działów. Dość wspomnieć Wam, że dawne poglądy na komórkę mięśnia sercowego zupełnie obalone zostały, że te segmenty, które uważaliśmy za komórki, wcale komórkami nie są. Poglądy więc nasze na sprawy chorobowe tego narządu muszą natychmiast uleść zupełnej przeróbce, zupełnym zmianom. Toż samo można powiedzieć o zmianach, odbywających się w substancji międzykomórkowej, substancji kurczliwej oraz żywych ziarnistościach. Tu już obecnie muszą być wypracowane drogi zupełnie nowe.

Z tych kilku obrazów, jakie Wam naszkicowałem, widzicie Panowie, jak wielka i ciężka praca czeka nas jeszcze, widzicie, że niesłusznie i niepotrzebnie zniechęcamy się do patologii cellularnej, widzicie, że zaledwie zapoczątkowana ona została. A wielka ta praca będzie coraz płodniejsza. Dziś, kiedy podstawy są zbudowane, każdy krok naprzód może pozwolić na wykończenie pojedynczych działów i na oddanie ich dla użytkowania cierpiącej ludzkości.

Wielki jest trud, lecz wielkie bodźce do wytrwania i oddania się całą duszą tej pracy! A tu w Uniwersytecie lwowskim, gdzie na czele wielkich działów stoją ludzie o tak wybitnych nazwiskach naukowych, gdzie jako towarzysze pracy stoją koledzy tak wyrobieni i znani w świecie naukowym, praca powinna pójść raźnie i owocnie. Daj Boże, bym się nie mylił, bym mógł nie zawieść zaufania Waszego, by nie zmarnowały się siły moje i współpracowników moich!



VII.

O stosunku przewlekłych zwykłych i ropnych zapaleń migdałków podniebiennych do niektórych cierpień narządów wewnętrznych, jakoteż do miejscowych cierpień gardzieli i samych migdałków.

PODAŁ

F. Erbrich,

KIEROWNIK AMBULATORIUM CHORÓB GARDŁA I NOSA W SZPITALU Ś-GO DUCHA

Od dawna już klinicyści zauważyli związek istniejący między zapaleniem ostrem gardzieli, t. zw. anginą gardzielową, a niektórymi innymi cierpieniami ogólnymi ustroju. W ostatnich latach badaniem nad tego rodzaju zależnością zajmować się zaczął szerszy krąg lekarzy wszystkich krajów, który nie ograniczył się jedynie do wykazania związku między t. zw. anginą a powstałymi wskutek niej ostremi cierpieniami ogólnymi, ale również wykazał zależność niektórych przewlekłych cierpień ustrojowych o dotychczas nieznaną etiologię od

przewlekłych zapalnych spraw (najczęściej ropnych) w migdałkach podniebiennych. Sprawa ta, choć pojedynczo poruszana i uznawana przez niektórych klinicystów, stała się bardziej aktualną dopiero od czasu kiedy Gürich, lekarz ze Śląska, podał do ogólnej wiadomości w pracy drukowanej w 1904 r. w gazecie lekarskiej, monachijskiej znaczną liczbę przypadków t. zw. reumatyzmu stawowego, wyleczonego po odpowiednim leczeniu przewlekłego, zapalnego stanu migdałków. Leczenie, stosowane przez Gürich'a, polegało na dłużej trwającym, częściowym usuwaniu zapomocą odpowiednich narzędzi tkanki migdałka. Praktyka jednak wykazała, że w wielu wypadkach zabieg taki nie wystarcza, gdyż w pozostałych częściach migdałka, jakoby już nie zawierających w swoich kryptach ropy, po pewnym czasie znowu powstawało ropienie i nawroty reumatyzmu. Dlatego też w następnych już pracach coraz częściej spotykamy zwolenników radykalniejszego w tych razach postępowania, t. j. zupełnego usuwania migdałków, czyli t. zw. ich wyłuszczenia (*enucleatio vel tonsillectomia*). Szczególniej dużo zwolenników radykalna metoda znalazła wśród lekarzy amerykańskich. Wielu z nich radzi zupełnie zaniechać ogólnie znanej operacji *tonsillotomii*, a natomiast bez wyboru we wszystkich przypadkach, gdzie tylko zachodzi potrzeba, stosować *tonsillektomię*. Również i wśród lekarzy europejskich wyłuszczenie zupełne migdałków posiada dość znaczną liczbę zwolenników; znaleźli się też zupełni przeciwnicy tej metody, wreszcie i tacy, którzy radzą jej stosowanie, ale tylko wobec bardzo ścisłych i na doświadczeniu opartych wskazań.

W razie pojawienia się nowego zagadnienia w medycynie, a szczególnie tak ważnego, jakim, zdaniem mojem, jest sprawa związku przewlekłych zapaleń migdałków podniebiennych z niektórymi ogólnymi cierpieniami ustroju, sprawa, oświetlająca poniekąd dziś jeszcze tak ciemną dziedzinę etyologii chorób, zwykle powstaje cały szereg drukowanych prac oraz odczytów, poruszających dane zagadnienie, wyjaśniając je z rozmaitych stron i wykazując mniejszą lub większą jego ważność w medycynie. Przeglądając sprawozdania z posiedzeń laryngologicznych z ostatnich 3 lat, widzimy, że poruszana przeze mnie sprawa, rzeczywiście stanowi najbardziej aktualny temat wielu zebrań lekarskich. W pracach odnośnych, drukowanych w ostatnich kilku latach, sprawa zależności niektórych chorób ogólnych od przewlekłego ropnego zapalenia migdałków, jako już zdecydowana, nie bywa wcale omawiana, a natomiast za temat tych prac służy jedynie opis dawnych metod operacyjnych, jakoteż zalecanie własnej przez danego autora stosowanej metody. Poza tem w pracach tych spotykamy nieraz dane statystyczne co do liczby wykonanych operacji, wzmiankę krótszą lub dłuższą o przytrafiających się podczas lub w okresie pooperacyjnym t. zw. komplikacjach. W innym znowu szeregu prac spotykamy się jedynie z teoretyczną stroną omawianej przez nas kwestyi, która dotychczas pomimo wielu usiłowań w tym kierunku podjętych rozwiązana nie została. Mojem zdaniem, dowodami stanowczo przemawiającymi za związkiem, a właściwie zależnością niektórych cierpień natury zakaźnej od przewlekłego ropnego zapalenia migdałków, będą wszechstronne i dokładne opisy takich przypadków, których zupełne wyleczenie rzeczywiście miało

miejsce wskutek odpowiednich zabiegów dokonywanych na migdałkach, t. j. w miejscu źródła samej zarazy. Poza tem niektóre przypadki również wykazały, że t. zw. przewlekłe, ropne zapalenia migdałków, dotychczas wcale nie uwzględniane, a bardzo często i nie wykrywane, same przez się sprowadzają objawy chorobowe, aczkolwiek nie groźne, lecz jednak nieraz długotrwałe (zakażenia skryte). Pomijając to, że pomimo bezwarunkowo wykazanego związku niektórych cierpień narządów wewnętrznych z cierpieniami migdałków, sprawa ta niezupełnie jeszcze zdaje się być uznawana przez lekarzy, a nawet i niektórych wybitnych klinicystów, to jednak sam fakt, nieulegający najmniejszej wątpliwości, istnienia t. zw. przewlekłego ropnego zapalenia migdałków, dającego w wielu razach stałe objawy chorobowe, sam przez się stanowi—dość wielką doniosłość.

Dzięki więc dokładniejszym i bardziej starannym badaniom gardzieli, a szczególnie migdałków podniebiennych i ich blizkiego otoczenia (łuków, i przestrzeni między łukami) jesteśmy w stanie w wielu razach rozpoznać cierpienie migdałków, które, jak to już wspominaliśmy, stanowiąc bądź samoistne cierpienie, bądź też dając powód do powstawania innych chorób, zdaniem mojem, należy odąd uważać za specjalną jednostkę chorobową, pod nazwą ropnego przewlekłego zapalenia migdałków (*tonsillitis chronica purulenta*). Jak już wspominałem, jedną z pewnych dróg wykazania związku między cierpieniami ropnymi przewlekłymi migdałków a niektórymi również przewlekłymi ustroju, jest opis odpowiednich przypadków spostrzeganych przez interesujących się tą sprawą lekarzy. W myśl tego postarałem się o możliwie dokładne przedstawienie kilkunastu przypadków i oprócz tego o wynotowanie kilkudziesięciu innych, odpowiadających swoim przebiegiem tym kilkunastu, bardziej szczegółowo opisanym typowym przypadkom. Od czasu wprowadzenia własnej metody operacyjnej, t. zw. radykalnego wyluszczenia migdałków (*tonsillectomia*), o której krótką wzmiankę podałem w Gazecie Lekarskiej w 1911 r., zastosowałem ją osobiście w celu usunięcia wadliwych migdałów, nie licząc przypadków, dokonanych przez innych kolegów w mojem ambulatoryum szpitalnem, 38 razy.

B. J., lat 20. student (№ tablicy 3) w 4-ym roku życia przebywał szkarlatynę z ciężkim zapaleniem gardła, trwającym około 2-u tygodni. W 10. roku dyfteryt. Od 3 lat często, kilka razy do roku, zapada na zapalenie migdałków, z dość wysoką nieraz gorączką. Mniej więcej od tego też czasu czuje się osłabionym, pokasłuje i od roku, stosownie do zalecenia lekarza domowego, systematycznie mierzy ciepłotę, która z krótkimi przerwami wykazuje podniesienia do $37,6^{\circ}$, a nieraz i wyżej. Leżenie w łóżku w razie większej ciepłoty i stosowanie odpowiedniej kuracji nie wpływało ani na poprawę samopoczucia, ani na spadek ciepłoty, ani też na znikanie innych dolegliwości, jakoto: bólu głowy, dreszczów krótkotrwałych itp. W skutek przewlekającego się stanu podgorączkowego, wzmagającego się osłabienia, częstego pokasływania, często powtarzających się zapaleń gardzieli, wyraźnie powiększonych gruczołów chłonnych szyi, pomimo braku wyraźnych zmian ze strony płuc i innych narządów wewnętrznych, lekarz zdecydował wyjazd na kilka miesięcy w góry. Dwumiesięczny pobyt w górach, jakoteż stosowanie odpowiedniej kuracji nie wpłynęło

bynajmniej na zmniejszenie ciepłoty. Zapalenie zaś gardła również w warunkach klimatu górskiego powtarzało się dwukrotnie, objawiając się dość znacznym bólem i większymi w ciągu 4 dni nasileniami gorączkowymi. Po powrocie do Warszawy, stan pozostawał bez zmiany. Dodać należy, że pomimo wyżej wspomnianych objawów, chory stale miał dobry apetyt, dobrze był odżywiony, nie tracił na wadze. Badanie moczu, jakoteż krwi, dokonywane kilkakrotnie z polecenia lekarza domowego, składników anormalnych nie wykazywało. Rentgenografia klatki piersiowej nie zaznaczyła żadnych zmian ze strony płuc ani serca, ani też gruczołów okołoskrzelowych. Badanie fizykalne zmian żadnych w organach wewnętrznych nie wykazało, natomiast dokładne zbadanie gardzieli ujawniło przewlekłe zapalenie obydwóch migdałków podniebiennych ze znaczną liczbą czopów częściowo zropiałych, oraz ropę w zrostach między przednim łukiem a migdałkiem. Dokładne, co drugi dzień, oczyszczanie z ropnej zawartości migdałków spowodowało zupełny spadek w ciągu 2-u tygodni ciepłoty do normy. Badanie moczu, dokonane w skutek mojego zlecenia, wykazało obecność białka ($1^0/_{00}$), znaczną liczbę ciałek ropnych, oraz nabłonków z miedniczek nerkowych. Po upływie 3 tygodni chory wyjechał na pewien czas na wieś; po powrocie oznajmił, że już po tygodniowym pobycie na wsi podniesienia ciepłoty wróciły, jakoteż i dawne choć w mniejszym stopniu, subiektywne dolegliwości, których, jak widać z opisu, pozbył się w ciągu poprzedniej 3-tygodniowej kuracji. Oczywiście było dla mnie, że wszystkie wyżej wspomniane objawy chorobowe, jakoteż dość często powtarzające się zapalenia ostre migdałków, zależne były od stale istniejącego, przewlekłego ropienia w kryptach migdałków, jak również od przewlekłego ropnia okołomigdałkowego, znajdującego się między zrostami, wytworzonymi w skutek dawniej przebytych ostrych zapaleń migdałka. Poradziłem choremu operację wyłuszczenia migdałków. Po dokonanej operacji chory już po upływie 2-u tygodni stracił zupełnie gorączkę. Analiza moczu, w ciągu mniej więcej $1/2$ roku kilka razy dokonywana, elementów patologicznych nie wykazała. Obecnie chory czuje się zupełnie zdrowym, nie kaszle, nie chrząka, pomimo, że jak sam powiada, nie zwraca na siebie szczególnej uwagi i nie ochrania się od przeziębienia.

S. G. lat 14, uczeń, (№ tablicy 7) dotyczącas zdrów. Od roku często zapadał na gardło z nieznaczными podniesieniami ciepłoty do $37,5^0$ wieczorem. Po kilkodniowym leżeniu w tych razach w łóżku, ciepłota wracała do normy, ból gardła ustawał, ale chrząkanie i zaflegmienie gardła choć w mniejszym stopniu trwało stale. Od 3-ch jednak miesięcy ciepłota mierzona codziennie, wykazywała prawie stałe wahania o typie $36,2^0$ — $37,1^0$ — $37,2^0$, dreszczów nie bywało, a jedynie zjawiały się dość często bole gardła i wieczorami uczucie ogólnego rozbicia. Kilkakrotnie w ciągu roku badany mocz wykazywał obecność białka $1/2$ $0/_{00}$ do $1^0/_{00}$, dość znaczną liczbę ciałek ropnych i komórki nabłonkowe z miedniczek nerkowych. Wynik badania krwi nie odbiegał od normy. Zdjęcie rentgenograficzne klatki piersiowej nie wykazało powiększenia gruczołów okołoskrzelowych, ani też wyraźnych zmian w płucach. Gruczoły szyi po obudwu stronach były dość wyraźnie powiększone. W pierwszym roku życia chory przebywał dwukrotnie dość długo i trwał zapalenie płuc. Przed 5-u laty, z powodu wadliwego oddychania przez nos, spowodowanego obecnością t. zw. wyrosła adenoidalnych, oraz z powodu znacznego powiększenia obudwu migdałków podniebiennych, dokonana była przeze mnie operacja usunięcia wszystkich trzech gruczołów. Badanie fizykalne, jakoteż i wyżej wspomniane rentgenograficzne zmian żadnych w narządach wewnętrznych nie wykazało. W jamie gardzieliowej okazało się znaczne zaczerwienienie po obudwu stronach łuków, oraz zrośnięcie ich z mi-

gdalkami; migdałki skurczone, nie wystające z poza łuków. Dokładniejsze jednak zbadanie okolicy migdałków i samych migdałków, wykryło dość obfitą ilość ropy w jamie nadmigdałkowej prawej (*abscessus chronicus fossae supratonsillararis dextrae*), jakoteż znaczną liczbę zropiałych czopów w kryptach obu dwu migdałków. Po zbadaniu moczu, które wykazało obecność przewlekłego, ropnego zapalenia miedniczek nerkowych, po pewnym czasie dokonałem doszczętnego wyluszczenia obydwóch migdałków. Podczas przewlekania igły przez lewy migdałek, wylała się znaczna ilość ropy z poza migdałka, a więc i w tym migdałku znajdował się przewlekły ropień, który pomimo dokładnego kilkakrotnego badania uszedł mojej uwagi. Dość należy, że takie niespodzianki, nawet u bardzo wprawnych i doświadczonych lekarzy zdarzają się nieraz. Chorego widuję od tego czasu co pewien czas. Objawy ze strony gardzieli i nerek zniknęły dość szybko — po upływie mniej więcej miesiąca od czasu operacji.

G. M., lat 22, studentka, (№ tablicy 9). Przed 6-u laty chorowała na ciężką szkarlatynę, ze znacznym dyfterytycznym zajęciem gardzieli. Od 5-u lat bardzo częste zapalenia migdałków, podczas których prawie zawsze leczyłem chorą i za każdym razem mogłem stwierdzić ostre zapalenie migdałków (*angina simplex vel tonsillitis follicularis acuta*). Po przejściu ostrych objawów i wysokiej gorączki zwykle stan podgorączkowy trwał jeszcze w dalszym ciągu dość długo, nieraz do 4-ch tygodni. Pomimo tego chora nie przerywała swojego zajęcia, jako studentka wyższych kursów, narzekała tylko od czasu do czasu, na częste zaflegmienie w gardle i na chrząkanie. Stan ciepłoty normalny trwał następnie zaledwie kilka, a nieraz i mniej tygodni, znowu zjawiało się ostre zapalenie gardła, a po niem znowu kilkotygodniowy okres ciepłoty podgorączkowej. Stan taki, pomimo rozmaitych zabiegów leczniczych, ogólnych i miejscowych bez względu na porę roku, trwał, jak już wyżej wspomniałem, w ciągu 5-u lat. Dopiero teraz chora zdecydowała się na proponowany jej kilkakrotnie przeze mnie już dawniej zabieg operacyjny (wyluszczenie migdałków). Podczas operacji okazał się między łukiem a migdałkiem prawym otoczony zrostami ropień, przewlekły, a oprócz tego w kryptach migdałka znajdowała się znaczna liczba zropiałych czopów. Lewy migdałek, oprócz zwykłych zmian, właściwych przewlekłym stanom zapalnym migdałka, ropy nie zawierał. W dwa tygodnie po dokonanej operacji, bez gorączki, przy dobrym stanie, chora wyjechała nad morze. Po upływie kilku miesięcy zaczęła się skarżyć na bole z lewej strony w gardle i na obecność od tygodnia trwającej gorączki ($37,5^{\circ}$ max.). W górnej części jamy migdałkowej okazał się kawałek pozostałej tkanki gruczołowej migdałka, zrosniętej z tylnym łukiem. Po natychmiastowym bez trudności dokonaniem usunięcia pozostałych resztek, chora wkrótce straciła ból gardła, pozbyła się gorączki i od tego czasu czuje się dobrze.

T. G., student, lat 20 (№ tablicy 17). Przed 2-a laty nagle wystąpiło krwioplucie, niewielki kaszel. Ciepłota, przez kilka dni mierzona, była normalna. W skutek porady lekarskiej, chory wyjechał do Zakopanego, gdzie po 2 miesiącach pobytu zjawily się gruczoły na szyi, z początku z prawej strony, a po kilku dniach i z lewej, stopniowo zwiększające się i coraz bardziej bolesne. Kiedy po upływie 3-ch tygodni bolesność nie ustawała, gruczoły się nie zmniejszały i stan gorączkowy, który się zjawił jednocześnie z bólami, trwał w dalszym ciągu, chory wrócił do Warszawy. W początkach pobytu w Zakopanem, to jest w przeciągu 2 miesięcy, chory czuł się bardzo dobrze, nie gorączkował i według opinii lekarza bardzo się poprawił. Chory wrócił do Warszawy. Powtórne badanie chorego w cztery tygodnie po powrocie wykazało znaczne powiększenie gruczołów szyjnych z pra-

wej strony w górnej części szyi na przestrzeni stosunkowo ograniczonej, a w dolnej części kilka bardzo nieznacznie powiększonych gruczołów. Z lewej strony były o wiele mniejsze, niewidoczne, jedynie wyczuwalne, przebiegały na całej długości szyi, od kąta dolnej szczęki, aż do jamy nadobojczykowej. Poza to badanie klatki piersiowej wykazało wyraźne objawy nacieczenia prawego szczytu płuc. Te same zmiany potwierdziło zdjęcie, rentgenograficzne które oprócz tego ujawniło jeszcze powiększenie gruczołów okołoskrzelowych. W innych narządach wewnętrznych zmian nie wykryłem. W gardle i krtani objawy suchego kataru. Podczas 4-ch tygodniowego pobytu w Warszawie, ciepłota w początkach pojawienia się gruczołów dochodząca do 39°, obecnie nie przekraczała 38°. Poradziłem choremu poddać gruczoły naświetlaniu promieniami Roentgena obok kuracji ogólnej (wstrzyknięcia arsenikowe i t. p.). Po upływie kilku miesięcy chory zjawił się znowu bez poprawy, w stanie gorączkowym. Gruczoły na szyi z prawej strony pozostawały bez zmiany, a z lewej nieco się nawet zmniejszyły. Próba Mantoux (na obecność w organizmie gruźlicy) wypadła dodatnio. Pomimo braku widocznych zmian w migdałkach podniebiennych, jakoteż w uchyłku migdałkowym (*recessus tonsillaris*), pomimo braku danych z wywiadów, które przemawiałyby za jakimkolwiek przebytem kiedyś cierpieniem gardzieli, poradziłem jednak choremu usunięcie migdałków, opierając się jedynie na tem, że w przypadkach gruźlicy gruczołów szyi, również i migdałki podniebienne biorą udział w tem cierpieniu i stanowią jako gruczoły chłonne otwarte wrota do dalszego zakażenia. Chory poddał się wyluszczeniu obudwu migdałków, które ani makroskopowo, ani też mikroskopowo zmian żadnych nie wykazywały. W ciągu pierwszych 3-ch tygodni po operacji, chory dość wysoko gorączkował, czuł się bardzo osłabionym, stopniowo jednak ciepłota zaczęła opadać, gruczoły szyjne zmniejszać się, a po upływie 2 miesięcy z prawej strony były niebardzo widoczne; jedynie w górnej jeszcze części na bardzo ograniczonej przestrzeni pozostał pakiet gruczołów, wielkości orzecha laskowego. Z lewej strony szyi gruczoły dawały się ledwie wyczuwać. Chorego od pół roku nie widziałem, mam jednak pewne wiadomości, że czuje się dobrze, nie gorączkuje (gruczoły na szyi nie zwiększyły się). Chory z mojej porady obrał zawód w leśnictwie.

J. Z., lat 28, śpiewak, (№ tablicy 19). Zawsze zdrowy, stale jako właściciel majątku przebywał na wsi. Obdarzony wybitnym głosem od 2 lat kształcił się w śpiewie. Dotychczas trudności w śpiewaniu żadnej nie znajdował; dopiero mniej więcej od pół roku zaczął coraz częściej doznawać uczucia zasychnienia w gardle, drapania, potrzeby częstego chrząkania, skutek zalegającej flegmy. Objawy powyższe, coraz bardziej się wzmagające, doprowadziły do tego, że obecnie już po upływie kilkunastu minut chory musi przerywać lekcje śpiewu, bo, jak powiada, głos się rwie, coś ściska w gardle, zasycha, a nawet sprawia ból gardła. Pomimo stosowania rozmaitego rodzaju kuracji, stan gardła się nie poprawił, trudność w wydobywaniu głosu trwa w dalszym ciągu. Chory bardzo dobrze zbudowany, chorób żadnych nie przebywał. Badanie fizykalne żadnych zmian w narządach wewnętrznych nie wykazało. W gardzieli objawy przekrwienia tylnej ściany i tylnych łuków. Migdałki nieco zaczerwienione, nierówne, zrośnięte obadwa z przednimi i tylnymi łukami, zawierały w kryptach nieznaczną liczbę czopów. Tym przewlekłym, zapalnym stanem migdałków dały się wyłómaczyć objawy przekrwienia błony śluzowej gardzieli, jakoteż i skargi podmiotowe, o których wspominał chory i które odpowiadały do pewnego stopnia spostrzeganym objawom przedmiotowym, stanowiącym poniekąd przeszkodę w swobodnym wydobywaniu głosu, tem bardziej jeszcze, że i błona śluzowa tylnej ściany krtani była w stanie dość znacznego przekrwienia. Przekrwienie

i stan zapalny błony śluzowej gardzieli i krtani warunkowane bywają przejściem od czasu do czasu obostrzającego się, przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych na otaczającą błonę śluzową gardzieli. Poradziłem choremu usunięcie wadliwych gruczołów, przekonany o bezskuteczności innych zabiegów. Chory poddał się operacji wyłuszczenia migdałków. Przez kilka tygodni następnych już po zagojeniu zupełnem rany, chory często zjawiał się do mnie ze skargami na zupełną niemożność śpiewania, na jeszcze większą trudność w wydobywaniu głosu, słowem wpadał w rozpacz, przewidując zupełną utratę głosu. Po kilku jednak tygodniach głos, nawet lepszy, aniżeli przedtem, wrócił i chory włada nim zupełnie swobodnie.

Ksiądz, lat 32, (№ tablicy 22). Od czasów szkolnych częste bole gardła z gorączką, dreszczami; o ile pamięta, zawsze w tych razach ciężko przez kilka dni bywał chory. Przed 5-u laty po całodziennym objeździe parafii zimową porą, podczas złych warunków atmosferycznych (deszcz, wiatr), w nocy następnego dnia poczuł bole w stawie napiętkowym prawej ręki, gorączkę, nieznaczný ból gardła, ogólne łamanie, nieznaczące dreszcze z następczymi potami. W ciągu całego następnego dnia ból stał się jeszcze bardziej dokuczliwym, staw opuchł, stopniowo w ciągu kilku dni zaczęły się zjawiać bole i w innych stawach tej samej i drugiej ręki, jakoteż obudwu nóg, szczególnie w stawach kolanowych. Stan gorączkowy i bole, opuchnięcie, oraz bezwład kończyn, warunkowany wielkimi bólami, trwały 2 miesiące. Po 2 miesiącach, kiedy ruchy stały się swobodniejsze i inne objawy (bole, gorączka) prawie ustały, chory z polecenia lekarza, który określił chorobę jako ostry reumatyzm stawowy, wyjechał na letnie miesiące do Buska. W jesieni tegoż roku bole reumatyczne z gorączką, choć w mniejszym stopniu i krócej trwające, powtórzyły się jednocześnie z ostrem zapaleniem gardła, t. zw. anginą. Po upływie kilku tygodni, podczas chodzenia chory począł odczuwać duszność i bicie serca, czego dotychczas nigdy nie doznawał. Od tego czasu do obecnej chwili bóle stawów zawsze połączone z większą lub mniejszą gorączką, a czasami z zapaleniem gardła, powtarzały się kilka razy do roku; bicie zaś serca i przemijające napady duszności zjawiały się przy większym wysiłku. W dzieciństwie zdaje się chorób żadnych nie przebywał. Badanie fizykalne ze strony serca wykazało wadę zastawek aortalnych, z nieznacznym przerostem lewej komory serca, oraz rozedmę płuc. W stawach uprzednio dotkniętych zmian żadnych nie wykryłem. Badanie jamy gardzieliowej wykazało przekrwienie tylnej ściany z dość znaczną ilością t. zw. granulacyi na błonie śluzowej. Migdałki zupełnie zrosnięte z łukami, skurczone, nie wystające do jamy ustnej; jamy nadmigdałkowe duże. Z lewego migdałka, jakoteż i z jamy nadmigdałkowej wypłynęła spora ilość ropy. W prawym migdałku znajdowały się pojedyncze czopy, niektóre zropiałe. W moczu żadnych elementów anormalnych nie wykryto. Zaproponowałem choremu wyłuszczenie migdałków, na co się zgodził, uprzedzony już przedtem o konieczności tej operacyi. Obecnie po upływie prawie dwu lat chory nie odczuwał ani razu bólów reumatycznych, a od roku, pomimo zwiększonej pracy, nie doznawał duszności, i niepokojów ze strony serca.

Z. R., lat 19, studentka, (№ tablicy 23). Od 9-u lat od czasu do czasu widywałem chorą z powodu ropni okołomigdałkowych. Ropnie te w jednym lub naprzemian w drugim migdałku, zjawiały się najmniej 2 razy do roku. Z początku krótkotrwałe, nieraz nie wymagały zabiegu chirurgicznego (po kilku dniach otwierały się same) w ostatnich jednak 4-ch latach zjawiały się częściej i trwały dłużej. W ostatnim roku chora wyjechała na studia do Szwajcaryi

i tam po długotrwałym ropniu okołomigdałkowym, zaproponował jej lekarz kurację migdałków, polegającą z początku na codziennem oczyszczaniu, a następnie na wycięciu prawego migdałka. Po operacji w ciągu 5 tygodni chora gorączkowała do 38° i wyżej, stale odczuwała ból w gardle z prawej strony, z trudnością łykała stałe pokarmy i w takim stanie wróciła do Warszawy. Wtedy stwierdziłem u chorej okołomigdałkowy ropień tylny, t. j. znajdujący się między tylnym łukiem a migdałkiem. Po otwarciu ropnia, w kilka dni chora straciła gorączkę, zaczęła jeść swobodnie i szybko się poprawiać. Tym razem dała się namówić na radykalną operację wyluszczenia migdałków. Od tego czasu upłynął rok i chora dolegliwości w gardle nie doznaje, ropni nie miewa.

M., lat 21, student, (№ tablicy 26). Od 18-go roku życia po skończeniu szkół na jesieni zaczął sucho kaszlać, szczególnie z rana. Z porady lekarza mierzył ciepłotę, która okazała się nieco podniesioną ($36,4^{\circ}$ — $37,3$ — 4°). Pozatem chory czuł się dobrze, chodził na wykłady w uniwersytecie i przypuszczał, jak sam powiada, że suchy kaszel i gorączka zależne były od gazów chemicznych, którymi oddychał podczas zajęć w laboratorium chemicznem i które drażniły gardło. Z porady lekarzy, którzy uznali, że powyższe objawy zależne są od zmian w płucach, wyjechał do Zakopanego i tam przebywał w ciągu całego roku. Pomimo stosowania odpowiedniej kuracji, suchy kaszel, jakoteż gorączka nie zniknęły, chory czuł się dobrze. W ciągu 3 lat stale z małemi przerwami przebywał zimą w rozmaitych miejscach klimatycznych za granicą, latem u nas na wsi. Ciepłota, mierzona nawet przesadnie często, wracała do normy zaledwie na kilka dni, następnie znowu się podnosiła, i tak na przemian aż do obecnej chwili. Pomimo w ciągu 4-ch lat skonstatowanego podniesienia ciepłoty, częstego nawrotu, a nieraz i kilka miesięcy trwającego suchego kaszlu, chory stale czuł się bardzo dobrze, i jedynie tylko dlatego, że był uprzedzony przez lekarzy o chorobie płuc, zachowywał się ostrożnie, zaniechał studyów w uniwersytecie, więcej leżał aniżeli chodził. Badanie fizykalne wykazało prawidłowo rozwiniętą klatkę piersiową, znakomite odżywienie tkanek (w ciągu 4-ch lat przybyło około 80 f. wagi) na szyi z prawej i lewej strony dawały się wyczuwać pasma gruczołów. W narządach wewnętrznych zmian żadnych nie wykrywałem. Badanie rentgenograficzne nie wskazywało na głębsze zmiany w miąższu płucnym, ani też w gruczołach okołoskrzelowych. Błona śluzowa gardzieli normalna, migdałki zmniejszone, ledwie (lewy więcej) wystające z poza łuków, na pozór zmian żadnych nie wykazywały. Drobiazgowe jednak badanie przestrzeni międzylukowych, jakoteż i samych migdałków wykazało dość znaczną zawartość ropy poza prawym migdałkiem, w lewym migdałku kilka niezropiałych czopów i nieznaczne zrosty przedniego łuku z migdałkiem. Chory nigdy, jak pamięta on i jego matka, na gardło nie chorował; w 4-ym roku życia miał szkarlatynę bez powikłań. Aby się przekonać ostatecznie (czego zresztą już po pierwszym badaniu byłem pewny) że wyżej opisany stan chorobowy zależał od przewlekłego ropnia migdałka, codziennie przez pewien czas oczyszczałem migdałek z jego ropnej zawartości i doprowadziłem do tego, że w ciągu 2 miesięcy chory nie miał wcale gorączki (zaledwie kilka razy ciepłota wykazywała $37,1^{\circ}$ w godzinach południowych). Chory wyjechał na wieś, z tem jednak zastrzeżeniem, że o ileby ciepłota w ciągu kilku dni wróciła do dawnego stanu, aby się zjawił do mnie. Po upływie już 2 tygodni chory wrócił ze wsi, gdyż ciepłota już od tygodnia dochodziła w południe prawie do 38° . Wtedy zaproponowałem zupełne wyluszczenie migdałków. Po dokonanej operacji chory wrócił na wieś; od jesieni zaczął studia w uniwersytecie i obecnie czuje się zupełnie zdrow.

K R., lat 26, zamężna, (№ tablicy 27). Przed rokiem jakoby influenza, (silny katar nosa, kaszel i gorączka w ciągu tygodnia dość wysoka). Następnie w ciągu kilku miesięcy stały katar nosa z dość obfitą wydzieliną, zatknięciem nosa i dość często w ciągu dnia powtarzającymi się bólami głowy. Przed influencą zawsze była zdrowa, na t. zw. przeziębienia nigdy nie chorowała. Od tego zaś czasu miewała dreszcze, czuła się osłabioną i wskutek tego porzuciła zajęcie w sklepie. Z trudnością wchodziła na piętra i przy lada większym wysiłku odczuwała nieznaczne bicie serca i ból z prawej strony klatki piersiowej. Badanie fizykalne wykazało objawy przebytego zapalenia prawej opłucnej, jakoteż osierdzia (wciąganie międzyżebra, tętno przyspieszone, tony serca osłabione). Na tylnej ścianie gardzieli spostrzegałem nieco przyschniętej śluzoropnej wydzieliny i objawy suchego kataru. Migdałki normalne. W nosie objawy prawostronnego zajęcia zatoki Highmor'a, jakoteż ropienie w komórkach kości sitowych. Z lewej strony niewielki obrzęk błony śluzowej nosa, szczególnie dolnej muszli i nieznaczne skrzywienie przegrody. Ciepłota dochodziła podczas badania do $37,8^{\circ}$. Systematyczne mierzenie ciepłoty w ciągu ostatniego tygodnia wykazało w godzinach wieczornych codzienne podniesienie nie wyżej 38° . Pomimo zupełnego wyleczenia w ciągu kilku miesięcy sprawy ropnej w zatokach nosa, samopoczucie chorej nie poprawiło się, ciepłota trwała w dalszym ciągu ta sama. Uryna, kilka razy w tym okresie badana, nie wykazała nic nienormalnego. Dopiero dokładne i bardziej szczegółowe badanie migdałków i okolicy migdałków wykazało skryty ropień z lewej strony w dolnej części, między przednim łukiem a migdałkiem. Po wypuszczeniu ropy, oczyszczeniu migdałków z ropnych czopków, zalegających w kryptach, i po systematycznym w ciągu kilku dni opatrywaniu migdałka, chora stopniowo zaczęła tracić gorączkę, poprawiać się ogólnie i obecnie jest zdrowa, ma się zupełnie dobrze. Dodam jeszcze, że chora przedtem nigdy na gardło nie chorowała.

R. M., lat 16, uczennica, (№ tablicy 30). Chora przysłana była do mnie przez lekarza domowego w celu dokonania wyluszczenia obudwu migdałków wskutek bardzo często powtarzających się ropni okołomigdałkowych. (W ostatnim roku na przemian w jednym lub w drugim migdałku kilka razy). Ropnie aczkolwiek dawniej rzadziej, powtarzają się od dzieciństwa i zawsze wskutek braku zgody ze strony chorej na zabieg chirurgiczny, trwały w ostatnich szczególnie czasach dość długo, dopóki same się nie otworzyły. W odstępach czasu wolnych od ropni, jakoteż i podczas obecności ropni, chora nigdy ciepłoty nie mierzyła. Pomimo 16-u lat, chora wyglądała najwięcej na 12, była bardzo chudą, szczupłą, bladą. Badanie fizykalne wykazało przedewszystkiem obecność dość znacznej anemii z charakterystycznymi szmerami w okolicy serca. Powiększenie nieznaczne gruczołów szyjnych z obudwu stron, oraz obrzęki stóp szczególnie w okolicy t. zw. kostki. Zaleciłem badanie uryny. Badanie gardzieli wykryło znaczne zrosty migdałków z łukami; migdałki z poza łuków nie sterczały, były wciągnięte zupełnie w zatokę migdałkową (*recessus tonsillar*). W obudwu migdałkach znaczna liczba zropiałych czopów. Zaleciłem wyluszczenie zupełne migdałków. Będąc przekonaną, że operacja stanowi zabieg nie bagatelny, jak ją zresztą inni zapewniali, na propozycję moją zgodzić się nie chciała. Po upływie roku zostałem wezwany do chorej i dowiedziałem się, że wtedy, pomimo mojego zalecenia, analiza dokonana nie była, ciepłota nie mierzona, a ropnie powtarzały się w dalszym ciągu. Dopiero od 2, miesięcy, kiedy chora zauważyła, że obrzęk stóp posuwa się wyżej, prawie do kolan, że jednocześnie zaczęła bardziej słabnąć i wystąpiły prawie codzienne dość długo trwające krwawienia z nosa, wtedy z polecenia lekarza zaczęła mierzyć ciepłotę Uryna została zbadana. Chora od 2 miesięcy leży w łóżku, ciepłota starannie

zapisywana odpowiadała mniejwięcej $37,0^0$ -- $37,6^0$ -- 8^0 -- $37,3^0$ -- 5^0 . Przed 3 tygodniami powstał ropień okołomigdałkowy lewy, który otworzył się samoistnie dopiero po 2 tygodniach. W okresie istniejącego ropnia ciepłota tylko w pierwszych trzech dniach dochodziła do $39,5^0$ wieczorem. Badanie fizykalne wykazało obecność wady serca (wada zastawek aorty). Badanie uryny wykazało objawy zapalenia nerek ($4^0/_{100}$ białka, obecność nabłonków nerkowych i wałeczków ziarnistych, oraz dość znacznej liczby ciałek czerwonych). Uważając za główną przyczynę zmian wsierdzia, jakoteż nerek często powtarzające się ropnie migdałków, a właściwie stałe zaleganie w nich ropy, zaleciłem znowu jako jedyny sposób usunięcia złego, radykalne wyłuszczenie migdałków. I tym razem zapatrywania moje nie trafiły do przekonania otoczenia. Dopiero znowu po upływie kilku miesięcy, kiedy oprócz wyżej wspomnianych objawów, wystąpiło bardzo wyraźnie krwotoczne zapalenie nerek (*nephritis haemorrhagica*) zgodzono się na proponowaną przeze mnie operację. Zapalenie nerek krwotoczne zjawilo się przed 2 tygodniami po nowym ropniu lewej okolicy migdałka. Po upływie 2 tygodni, przy wyżej opisanych objawach dokonałem operacji doszczętnego wyłuszczenia migdałków. Po operacji objawy ze strony nerek zaczęły ustępować. Po upływie 2 miesięcy od czasu operacji badanie uryny nie wykazało obecności ani krwi, ani białka, ani też wałeczków ziarnistych. Co się tyczy objawów ze strony zastawek, to zmiany te pozostały, rozumie się, nadal, jako objaw zależny od zmian anatomicznych; natomiast ciepłota wróciła do normy fizyologicznej, chora zaczęła się szybko poprawiać i w ciągu roku doszła do nadzwyczajnego fizycznego rozwoju.

G. W., lat 19, student (№ tablicy 31). Chory zjawił się do mnie z prośbą o wskazanie odpowiedniego miejsca klimatycznego, dokąd mógłby wyjechać, gdyż jest chory na płuca. Choroba trwa od roku, zaczęła się od mocnego kaszlu, podwyższonej ciepłoty, wyżej 38^0 , kataru nosa. Przedtem był skłonny do t. zw. zaziębień, ale nigdy obłożnie nie chorował. Tym razem, choć kaszel większy i katar ustał, to jednak ciepłota niezupełnie opadła i stale trwa aż do obecnego czasu i z małemi, zaledwie kilkodniowymi przerwami, pozostaje mniej więcej w granicach ($437,1^0$ -- $37,5^0$ -- 8^0 -- $36,5^0$ 37^0). Kaszel suchy, krótki oraz pochrząkiwanie z rana, trwające stale od kilku lat. Choroby gardła żadnej nigdy nie przebywał. W skutek podniesionej ciepłoty, stałego pokasywania, i złego wyglądu (chory bardzo wysoki, szczupły), a głównie obawy suchot (ojciec zmarł na gruźlicę płuc), chory od roku przerwał zajęcia w szkole i cały czas aż do obecnej chwili pozostawał na wsi, gdzie pomimo zupełnego spoczynku i stosowania odpowiedniej kuracji okresy podwyższonej ciepłoty bywały te same, kaszel suchy i chrząkanie nie zniknęły. Badanie fizykalne chorego zmian żadnych w narządach wewnętrznych nie wykryło, zdjęcie rentgenograficzne wykazało nieznaczne powiększenie gruczołów, płuca normalne, co również odpowiadało wynikowi badania klinicznego. W urynie elementów patologicznych nie wykryto. Błona śluzowa gardzieli normalna, natomiast w obu dwu migdałkach zrosniętych z łukami znajdowano znaczną liczbę czopów przeważnie zropiałych, oraz w prawej jamie nadmigdałkowej ropę (chory nigdy nie podlegał cierpieniom gardła). Już po kilkodniowym codziennym oczyszczaniu migdałków, jakoteż i rozmaitych zatok, wytworzonych zrostami migdałów z łukami, ciepłota spadła, trzymając się najwyżej w granicach $37,2^0$ w godz. południowych. Po upływie jeszcze tygodnia stosowania tej samej kuracji, ciepłota spadła do normy. Ponieważ chory naocznie przekonał się o przyczynie swojej choroby i mieszkał na głuchej prowincyi, zgodził się chętnie na radykalne usunięcie migdałków. Obecnie, pomimo uciążliwej pracy przygotowywania się do ostatecznych egzaminów, czuje się zupełnie dobrze.

Ż. G., lat 34, przy mężu (№ tablicy 36), od dzieciństwa skłonna do kataru nosa, kaszlu, do t. zw. zaziębień, jakoby kilkakrotnie chorowała na zapalenie płuc, a w 12-ym roku życia miała dokonaną operację wycięcia żebra z powodu ropy w lewym boku „w płucach”. Od tego czasu na zapalenie płuc, ani też obłożnie nie chorowała, dopiero od 3-ch miesięcy poczuła nieznaczny ból szyi z prawej strony, szczególnie po nałożeniu wyższego i nieco ciasnego kołnierzyka. Po kilku dniach spostrzegła na szyi gruczoły powiększone, na dotyk bolesne. Stopniowo gruczoły doszły do znacznej wielkości. Od 2 tygodni w górnej części szyi powstał znaczny ból, zależny, jak chora zaznaczyła, od formowania się ropnia. Po 3-ch dniach zaczęła się wydzielać z bolesnego miejsca ropa. Chora nie kaszle, ciepłoty nie mierzyła, jednak wyraźnie schudła, niema apetytu i czuje się osłabioną. Badanie fizykalne wykazało znaczne powiększenie gruczołów chłonnych z prawej strony szyi w górnej części, wielkości jajka, ograniczonych, częściowo zropiałych. Niżej górnego pakietu gruczołów wyczuwa się w kierunku jamy nadobojczykowej pasmo gruczołów rozmaitej wielkości, największy odpowiada wielkości orzecha laskowego. Blizn na szyi nie wykrywałem, natomiast na dolnej szczęce z lewej strony na przestrzeni, poczynając od kąta szczęki ku przedniej, na dolnym brzegu wykryłem głęboką bliznę, pozostałą po jakiejś w dzieciństwie przebytej chorobie kości. Z lewej strony klatki piersiowej zapadnięcie międzyżebry, jako ślad rezekcji żeber. Badanie fizykalne wykazało objawy atelektazy dolnych części lewego płuca oraz objawy poczynającego się przewlekłego, włóknistego zapalenia w prawym wierzchołku płuc (oddech oskrzelowy bez rzężeń, zapadnięcie nieznaczne okolicy podobojczykowej prawej). Ze strony innych narządów wewnętrznych zmian nie stwierdziłem. W gardzieli objawy suchego kataru z przyschniętą wydzieliną, na tylnej ścianie w jamie nosowej objawy suchego kataru zanikowego (*rhinitis atrophica sicca*). Migdałki niewielkie, prawy z poza łuków nie wystaje, lewy, nieco większy, zmian widocznych nie wykazuje. Poradziłem dokonania operacji na szyi, i w następstwie wyjazd do odpowiedniego miejsca klimatycznego. Chora operacji się nie poddała, natomiast wyjechała do Meranu, gdzie przebywała w ciągu kilku miesięcy. Po powrocie z Meranu okazało się zmniejszenie gruczołów prawie do połowy. Ciepłota, która w ciągu pierwszego miesiąca pobytu w Meranie wahała się w granicach 37,5^o—36,5^o następnie była normalna; chorej przybyło na wadze około 15 funtów. Wobec takiego wyniku, poradziłem chorej pobyt na wsi przez dłuższy czas, odpowiednio zachowanie i leczenie. W lecie w początkach lipca chora wróciła ze wsi, gdyż z lewej strony zaczęły się pokazywać gruczoły, a z prawej zjawiała się niewielka bolesność gruczołów. Badanie wykazało kilka gruczołów z lewej strony szyi w górnej części; z prawej stan gruczołów nie pogorszył się. Ciepłota przez czas dwumiesięcznego pobytu na wsi aż do ostatniej chwili normalna. Aby zapobiedz dalszemu rozwojowi gruczołów, poradziłem wyluszczenie migdałków. Po dokonanej operacji przez mniej więcej dwa tygodnie chora gorączkowała dość wysoko w ciągu pierwszych 5-u dni do 39^o, gruczoły z lewej strony szyi nieco się powiększyły i były nieco bolesne. Po upływie jednak miesiąca, ciepłota znikła zupełnie i, jak sama chora zauważyła, gruczoły wyraźnie zaczęły się zmniejszać z prawej strony, a z lewej stopniowo znikły. Po 3-ch miesiącach widziałem znowu chorą i byłem w stanie stwierdzić brak powiększenia gruczołów z lewej strony i znaczne zmniejszenie gruczołów z prawej strony szyi. Dodam jeszcze, że suchy katar gardzieli i nosa również uległ znacznej poprawie.

C. M., lat 20, przy rodzicach (№ tablicy 37) od 2-u lat stale przebywa bądź na wsi, bądź zimą na południu, z powodu cierpienia płuc, wywołanego obfitym, nagle powstałym krwotokiem. Wkrótce po krwotoku zaczął kaszlać, stopniowo

coraz bardziej odpluwać, gorączkować (w ciągu 2-u tygodni wyżej 39°). Stan taki trwał prawie 2 miesiące. Po wyjeździe z Warszawy, już w stanie mniejszej gorączki, stopniowo zaczął się poprawiać, mniej kaszlać, gorączka w ciągu kilku tygodni ustąpiła zupełnie. Po upływie roku chory czuł się zdrowo zupełnie, pozostał jedynie kaszel z obfitem odpluwaniem. Przed 6-u tygodniami, podczas pobytu na wsi, zaczął narzekać na częste rozwolnienie. Ciężota starannie mierzona aż do obecnej chwili nie przekracza 38°. Chory schudł (ubyło na wadze około 12 funtów), jednocześnie zjawiły się z obudwu stron szyi gruczoly, niebolesne, z prawej strony nieco wydatniejsze. Wynik kilkakrotnie dokonanych w ciągu 2-u lat badań płwociny, wykazał za każdym razem obecność laseczników. Matka chorego ma włókniste zmiany płuc natury gruźliczej od lat 30. Badanie chorego wykazało nacieczenie w prawym wierzchołku płucnym oraz rozległe nacieczenie prawie całego dolnego zraza prawego płuca. W lewym płucu stwierdziłem objawy nieznacznej rozedmy, a ze strony serca akcentuację w okolicy tętnicy płucnej. W narządach jamy brzusznej fizykalnie nic się wykryć nie dało. Na szyi z obudwu stron pasma niewielkich gruczolów, ciągnące się od kąta dolnej szczęki prawie do połowy długości szyi (z prawej strony nieco niżej), niebolesne, niezropiałe. Błona śluzowa gardzieli, jakoteż okolice migdałków i same migdałki normalne. Po zaleceniu odpowiedniej kuracji chory wrócił na wieś i powtórnie zjawił się do mnie po upływie miesiąca. W ciągu tego czasu rozwolnienie ustało, ciężota od tygodnia normalna, jedynie tylko gruczoly szyjne, szczególnie z lewej strony, wyraźnie się powiększyły. Zaleciłem tym razem dokonać rentgenografii klatki piersiowej. Zdjęcie fotograficzne wykazało zmiany rozległe w prawem płucu, jakoteż zrosty w dolnej części klatki piersiowej; po stronie lewej zmian żadnych nie wykryto. Gruczoly śródpiersiowe powiększone, szczególnie w okolicy prawej wnęki płuca. Stosując się do wyników, otrzymanych zapomocą badania klinicznego, jakoteż zapomocą rentgenografii, zaproponowałem zastosowanie leczenia chorego płuca metodą uciskową (*pneumothorax artificialis*). Następnie widziałem chorego dopiero po upływie prawie roku. Przez ten czas chory poddał się w jednym z zakładów zagranicznych stołecznych, gdzie przebywał w ciągu prawie 1/2 roku, proponowanemu przeze mnie zabiegowi leczniczemu. Przez ten czas chory czuł się dobrze, nie gorączkował, prawie nie kaszlał i bez wysiłku mógł odbywać nawet dość dalekie spaceru. Stamtąd wyjechał na południe. Podczas pobytu 3-miesięcznego na Riwierze stan stopniowo się pogarszał, kaszel wrócił, zjawiła się, aczkolwiek nieznaczna, duszność, ciężota stale prawie normalna, nieraz tylko wykazywała znaczniejsze wahania (38°). Stale jednak gruczoly szyjne nie zmniejszały się, a nawet w ostatnim miesiącu zaczęły się wyraźnie powiększać z lewej strony. Po powrocie do Warszawy badanie klatki piersiowej wykazało pogorszenie sprawy w górnym płacie prawego płuca, dolny płąt pozostawał bez zmiany. Objawy sztucznej odmy piersiowej wydawały się być minimalne, co również stwierdzone zostało i zapomocą prześwietlenia prom. Roentgen'a. Lewe płuco, dotychczas zdrowe, wykazywało objawy nieзначnego nacieczenia w górnym płacie pod grzebieniem łopatki, oraz wyraźne tarcie opłucne w okolicy linii pachowej przedniej dolnej części płuca. Najbardziej niepokoiły chorego zwiększające się gruczoly szyjne, które pomimo rozmaitych, przez chorego w tym kierunku przedsiębranych kuracji, nie zmniejszały się, przeciwnie, jak już wyżej wspominałem, z lewej strony zaczęły się powiększać. Zaproponowałem choremu usunięcie migdałków, jako środek, który być może wpłynie na poprawę gruczolów chłonnych szyi. Obecnie, w pół roku po dokonaniu operacji, gruczoly szyjne powiększyły się znacznie, co jednak należy uważać, że jest w związku z pogorszeniem się sprawy w płucach, z pojawieniem się wyraźnej sprawy gruźlicy w kiszkiach, oraz dość znacznej stałej gorączki i wogóle upadkiem stanu ogólnego chorego.

G. J., lat 28, adwokat (№ tablicy 33) chory zjawił się u mnie ze znacznym bólem gardła, trwającym od 2-u dni, szczególnie umiejscowionym z prawej strony. Bole wskutek zapalenia gardła, jak chory zeznawał, trwają od 18-go roku życia, a nawet dokładniej oznaczając, od dnia, w którym się przeziębził podczas bardzo mroźnego dnia biorąc udział w polowaniu. Następnego dnia wieczorem poczuł bole w stawie ramieniowołopatkowym lewym. Ból ten, jakoteż opuchnięcie stawu szybko się wzmagaly. W ciągu następnych kilku dni zjawily się bole w innych stawach rąk i nóg, bezwład kończyn, warunkowanych znacznym bólem. Gorączka już od początku choroby bardzo wysoka (dochodziła do 40^o). Chory przeleżał w łóżku około 6-u tygodni. W lecie udał się na Limany w bliskości Odesy, gdzie prawie do ostatniej chwili trwające bole rąk i nóg ustały w zupełności. W listopadzie tegoż samego roku powtórzyły się bole i gorączka, zmuszając chorego do kilkotygodniowego pozostania w domu. Do 1906 roku o rozmaitym stopniu nasilenia bole reumatyczne stawów zawsze w połączeniu z gorączką powtarzały się przynajmniej raz do roku. Do tego czasu chory co rok udawał się do rozmaitych zalecanych miejsc kąpielowych. W 1906 r. skierowany został przez lekarzy do Włoch. Po drodze wstąpił do Wiednia, gdzie skonstatowano, że jedyną przyczyną nawrotów reumatycznych stanowi zapalenie migdałków. Jako kurację poradzono choremu poddać się operacji. Zabiegi operacyjne, polegające na stopniowym wycinaniu kawałków migdałka, trwały przez 6 tygodni. Przedtem chory, jak zapewniał, nigdy na gardło nie cierpiał. Od czasu operacji chory począł w dalszym ciągu podlegać nawrotom bólów reumatycznych i oprócz tego zapadać na bole gardła (według orzeczenia lekarzy zależne od t. zw. anginy). W ostatnich jednak 2-u latach owe zapalenia gardła, które dawniej trwały zaledwie kilka dni, przeciągały się do 2-u, a nawet 3-ch tygodni, umiejscawiając się przeważnie z prawej strony. Badanie fizykalne chorego nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych, ruchy stawów oprócz lewego ramieniowołopatkowego, swobodne, przy większym ucisku nieco bolesne. Ciepłota, mierzona podczas konsultacji, wykazywała 39,2^o. W gardle znalazłem ogólne przekrwienie błony śluzowej gardzieli, wyraźne wypuklenie w okolicy migdałkowej prawej w dolnej jej połowie. Dokładniejsze badanie wykazało zupełne zrośnięcie między sobą obudwu brzegów łuków. Linia zrośnięcia przebiegała mniej więcej po środkowej podłużnej linii migdałka; jedynie obnażoną była górna trzecia część migdałka, jakoteż wolne było wejście do jamy nadmigdałkowej. Przepuszczając obecność ropy w jamie ograniczonej od wewnątrz zrośniętymi łukami, od zewnątrz albo tkanką gruczołową migdałka, albo też w braku tej części migdałka tkankami, stanowiącymi dno jamy, dokonałem nakłucia przez przedni łuk i zapomącą szprycy wyciągnęłem około 5 cm sz. dość gęstej ropy. Następnego dnia wypuklenie było o wiele mniejsze, ból bardzo nieznaczny, ciepłota w godzinach południowych 38,2^o. Dokonane znowu przekłucie wykazało około 2 cm sz. ropy. Po kilku dniach dokonałem operacji rozłączenia zrośniętych łuków i wtedy dopiero mogłem się przekonać, że nie tylko w górnej części jamy migdałkowej, ale i dolnej pozostała znaczna część migdałka, którą natychmiast wyłuszczyłem. Po kilku dniach usunąłem również i lewy migdałek, który znajdował się w stanie przewlekłego zapalenia i był zrośnięty z obudwu łukami. Od tego czasu chory nie zapadał w ciągu całego roku ani na bule gardła, ani też na bole reumatyczne.

№	Zajęcie, Płeć, Wiek, Rozpoznanie	Zmiany w migdałkach, stosunek do łuków, stan błony śluzowej gardzieli	Wskazania do operacji a) ze strony jamy gardzielowej b) ze strony innych narządów we- wnętrznych	Wynik operacji
1	Przy rodzicach panna lat 16. Tonsillitis desquam. chron.	Zrosty lewego migdałka z łukami, migdałek skurczony, bliznowaty, w łuku przednim dwie bliz- ny po nacięciach.	Od dzieciństwa częste wrzody lewe- go migdałka (ostatni przed tygodniem). Abscessus peri- tons. sin.	Wyłuszczenie lewego migdałka; między łukiem przednim a migda- łkiem nieco ropy.
2	Kowal, lat 37. Tonsil. desquam. chron. purulenta.	Lewy migdałek po- większony, znaczna ilczba w kryptach ropnych czopów, zro- sty z łukami. Prawy migdałek nieco wy- staje, zrosty z tyl- nym łukiem i w dol- nej części z przed- nim, w jamie nad- migdałkowej ropa.	Od 1 2 roku kilka razy wrzody stale z lewej strony. Przed 2-ma tygodniami je- dnocześnie z oby- dwóch stron. Abscessus peri- tons. bilateralis.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
3 Patrz w tekście.	Student, lat 20. Tonsill. desq. chron. Abscessus peritons. chron. sin.	W obydwóch mig- dałkach ropne czopy, z lewej strony ropa między przednim łu- kiem a migdałkiem. Zrosty migdałków z łukami.	Przewlekłe zapa- lenie miedniczek nerkowych. Pyelitis.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
4	Wyrobnik, lat 30. Tonsill. chron.	Zrosty prawego migdałka z obydwoma łukami, lewy migdałek zrosnięty w górnej części z le- wym łukiem i zu- pełnie z prawym, wciągnięty między łuki.	Od kilku lat czę- ste wrzody oby- dwóch migdałków— nigdy obydwóch je- dnocześnie. Abscessus peri- ton. bilaterales.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
5	Panna, lat 48 domowe. Tonsill. desq. chron.	Objawy przewle- kłego zapalenia mig- dałków bez ropienia. Zrosty niezupełne obydwóch migda- łków z łukami. Su- chy zanikowy katar gardzieli.	Częste bole gar- dła, zasychania, chrząkanie, suchy kaszel, uczucie za- flegmienia. Tonsill. desq. chr. Pharyng. chron.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.

№	Zajęcie, Płeć, Wiek, Rozpoznanie	Zmiany w migdałkach, stosunek do łuków stan błony śluzowej gardzieli	Wskazania do operacji a) ze strony jamy gardzielowej b) ze strony innych narządów we- wnętrznych	Wynik operacji
6	Ksiądz, lat 42. Tonsill. desq. chron. bilateralis et puru- lenta dextra.	Znaczna liczba rop- nych czopów w pra- wym migdałku, zros- ty przedniego łuku i części, tylnego z migdałkiem, w kryptach lewego migdałka niewiele czopów, migdałek znacznie powięk- szony.	Przed 10-ciu laty raz jeden wrzód le- wego migdała. Czę- ste chrypki, zasy- chania i kaszel. Abscessus peritons. sin.	Wyłuszczenie obydwóch migdał- ków. W lewym mig- dale niewielki wrzód (w zrostach między łukiem a migdałem).
7 Patrz w tekście.	Uczeń, lat 14. Tonsill. desq. chron. purul. Abscessus perit. chron. dextra. Pyelitis.	Czopy ropne w obydwóch migdał- kach, oraz większa ilość ropy w jamie nadmigdałkowej prawej. Obydwa migdałki znacznie powiększone.	Mniej więcej od roku temperatura okresami w ciągu kilku tygodni do 37 ^o . Pyelitis. Status subfebrilis.	Wyłuszczenie obydwóch migdał- ków. Znaczniejsza ilość ropy otoczona zrostami w dolnej części między le- wym łukiem a mig- dałkiem.
8	Uczenica, lat 15. Abscessus peritons. sin.	Ropień między przednim łukiem le- wym a migdałkiem. Migdałek duży.	Przed 2-ma mie- siącami ostre zapa- lenie migdałków, na- stępnie lewostron- ny wrzód okołomig- dałkowy, od tego czasu gorączka do 38. Abscessus peritons. sin.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
9 Patrz w tekście.	Studentka, lat 22. Tonsill. desq. chron. purul. Status sub- febrilis.	Czopy ropne w obydwóch migdał- kach. Zrosty zupeł- ne obydwóch łuków z lewym migdał- kiem. Objawy su- chego kataru gar- dzieli.	Temperatura od 5-ciu lat z niewiel- kimi przerwami. Okresy podniesio- nej temperatury (stan podgorącz- kowy). Tonsill. desq. chr. purul. Status sub- febrilis.	Wyłuszczenie obydwóch migdał- ków. Ropień okołomig- dałkowy tylny.
10	Inżynier, lat 40. Abscessus peritons. dextra acuta.	Znaczne prze- krwienie błony ślu- zowej gardzieli, obydwóch łuków, wypuklenie przed- niego łuku w górnej części. Migdałek schowany między łukami.	Od kilku lat czę- ste anginy i wrzody okołomigdałko- we prawe. Abscessus peritons. dextra acuta.	Przecięcie wrzo- du, a następnie po tygodniu wyłuszc- zenie prawego mi- gdałka.

№	Zajęcie, Płeć, Wiek, Rozpoznanie	Zmiany w migdałkach, stosunek do łuków, stan błony śluzowej gardzieli	Wskazania do operacji a) ze strony jamy gardzieliowej b) ze strony innych narządów we- wnętrznych	Wynik operacji
11	Kasjerka, lat 23. Tonsill. desq. chron.	W kryptach obydwóch migdałków czopy. Zrosty migdałków z łukami.	Od 4-ch lat kilka razy do roku zapalenie gardła, z gorączką do 39. Nawroty bólu w stawach rąk. Od 2-ch lat opuchnięcie stóp (reumatyzm stawowy). Rheumatism. articul. chron.	Wyłuszczenie obydwóch migdałów. Z prawej strony po rozcięciu zrostów okołomigdałkowych, wylała się spora ilość ropy.
12	Śpiewak, lat 42. Tonsill. desq. chron. Pharyng. consecutiva subacuta.	Migdałki skurczone, bliznowate, zawierają w kryptach dużo czopów. Tylna ściana gardzieli znacznie przekrwiona. Błona śluzowa pokryta znaczną ilością t. zw. granulacyj.	Od roku nie może śpiewać z powodu częstego zasychniania, bólu gardła i szybko, nawet po krótkotrwałym śpiewie, zjawiającej się chrypki. Tonsill. desq. chr. Pharyng. consecutiva subacuta.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
13	Panna, lat 15 uczennica. Tonsill. desq. chron.	Migdałki powiększone, częściowo zrosnięte szczególnie prawy z łukami, w kryptach czopy.	Od 2-ch lat wrzody w jednym i w drugim migdałku. Absc. peritons bilateral.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
14	Domowe, zamężna lat 38. Tonsill. desq. chron.	Obydwa migdałki w stanie chronicznego zapalenia (czopy i zrosty z łukami) prawy migdałek nieco powiększony, lewy wciągnięty między łuki.	Od 20 lat powtarzające się wrzody okołomigdałkowe, częściej prawego migdałka. Abscessus bilateral. peritonsill.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków. Ropa między zrostami nazewnątrz migdałka, z lewej strony.
15	Kupiec, lat 30. Tonsill. desq. chron. purulenta.	W jamie nadmigdałkowej lewej ropy, migdałek powiększony, zupełne zrosty migdałka z tylnym łukiem i z przednim w dolnej części. Prawy migdałek normalny.	Wada serca (zastawek dwudzielnych). Endocarditis (Vitiium valv. bicuspid).	Wyłuszczenie lewego migdałka; podczas operacji z poza migdałka wylało się trochę ropy.

№	Zajęcie, Płeć, Wiek, Rozpoznanie	Zmiany w migdałkach stosunek do łuków, stan błony śluzowej gardzieli	Wskazania do operacji a) ze strony jamy gardzielowej b) ze strony innych narządów we- wnętrznych	Wynik operacji
16	Terminator, lat 18. Tonsill. desq. chron. Hypertrophia tonsil. sin.	Objawy lewostronnego zapalenia przewlekłego migdałków (zrosty z łukami), czopy w kryptach). Migdałek powiększony.	Od 3-ch lat najmniej 2 razy do roku wrzód okołomigdałkowy z lewej strony. Abscessus peritons. sin.	Wyłuszczenie lewego migdałka.
17 Patrz w tekście.	Student, lat 20. Lymphadenitis colli bilateral. tbc.	Migdałki normalne.	Dokonano operacji z powodu długotrwałych nieropiejących gruczolów szyjowych (Lymphadenitis colli) pochodzenia gruźliczego.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
18 Patrz w tekście.	Śpiewak, lat 28. Tonsill. desq. lacunaris chron.	Objawy przewlekłego zapalenia migdałków i przekrwienia błony śluzowej tylnej ściany gardzieli.	Od 1/2 roku częste chrząkanie, zasychanie w gardle, trudność w wydobywaniu głosu. Pharyngit. chron.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
19	Śpiewaczka, lat 29. Tonsill. desq. chron.	Objawy przewlekłego zapalenia migdałków i suchego kataru gardzieli.	Od kilku lat trudność prawidłowego wydobywania głosu podczas śpiewu. Pharyng. chron.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
20	Służąca, lat 15. Tonsill. desq. chron. purulenta.	W prawej jamie nadmigdałkowej ropa. Migdałek zrośnięty z łukami w stanie przewlekłego zapalenia. Lewy migdałek zrośnięty z tylnym łukiem, poza tym normalny.	Od 5-ciu lat od czasu do czasu wrzody prawego migdała. Od 2-ch lat powtarzające się bóle i opuchnięcie stawów obydwóch rąk, oraz stawów kolanowych szczególnie prawego (Rheumatismus articulo- rum chronica subacuta).	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
21	Sklepowa, lat 19. Tonsill. lacunaris desq. chron. purulenta.	Migdałki skurczone, bliznowate, z łuków nie wystają, przyrośnięte do łuków, zawierają w kryptach znaczną ilość czopów zrośniętych.	Od kilku lat bicie serca trudność w chodzeniu (duszność, ból i uczucie rozpierania w klatce piersiowej. Wada serca zastawek aortalnych). Endocarditis.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.

№	Zajęcie, Płeć, Wiek, Rozpoznanie	Zmiany w migdałkach, stosunek do łuków, stan błony śluzowej gardzieli	Wskazania do operacji a) ze strony jamy gardzielowej b) ze strony innych narządów we- wnętrznych	Wynik operacji
22 Patrz w tekście.	Ksiądz, lat 32. Tonsill. desq. chron. purulenta.	W jamie nadmigdałkowej lewej ropy, w prawym migdałku zrośnięte czopy. Obydwa migdałki skurczone, bliznowate.	Od 5-ciu lat reumatyzm stawów (rheumatismus articolorum, endocarditis rheumatica).	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
23 Patrz w tekście.	Studentka, lat 19. Tonsill. desq. chron.	Migdałki zupełnie wciągnięte między łuki, zrośnięte z łukami, zawierają w kryptach czopy.	Od 9-ciu lat częste wrzody w jednym lub w drugim migdale. Abscessus bilateralis.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
24 Patrz w tekście.	Kupiec, lat 41. Tonsill. desq. chron.	Lewy migdał nieco powiększony zawiera w kryptach zrośnięte czopy. Zrosty migdałka z przednim łukiem i z tylnym w górnej części.	Od kilku lat (5-ciu 6-ciu) częste zapalenia gardła i wrzody w lewym migdale. Abscessus peritons. sin.	Wyłuszczenie lewego migdałka.
25	Subjekt, lat 18. Tonsill. desq. chron.	Objawy przewlekłego obustronnego zapalenia migdałków.	Od 3-ch lat częste wrzody w jednym lub w drugim migdale. Abscessus peritons. bilat.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków. Między łukiem a lewym migdałkiem w zrostach ropy.
26 Patrz w tekście.	Student, lat 21. Tonsill. chron. desq. purul. Abscessus peritons. chron. dextra.	Między łukami a migdałkiem prawym ropy. Zrosty migdała z tylnym łukiem i z przednim w dolnej części. W lewym zrośnięte czopy i nieznaczne zrosty z przednim łukiem.	Od 3-ch lat prawie stały z małymi przerwami stan podgorączkowy. Status subfebrilis.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
27 Patrz w tekście.	Zamężna, lat 26. Abscessus chron. sin.	Skrity przewlekły ropień z lewej strony w dolnej części między łukiem a migdałkiem.	Od roku trwająca gorączka od czasu do czasu bóle gardła. Status febrilis.	Wypuszczono ropę przez rozcięcie zrostów między przednim łukiem a migdałkiem.

№	Zajęcie, Płeć, Wiek, Rozpoznanie	Zmiany w migdałkach, stosunek do łuków, stan błony śluzowej gardzieli	Wskazania do operacji a) ze strony jamy gardzieliowej b) ze strony innych narządów we- wnętrznych	Wynik operacji
28	Panna, lat 19 przy rodzicach Tonsill. lacunaris desq. chron.	W obydwóch migdałkach objawy przewlekłego zapa- lenia.	Od kilku (3-ch— 5-ciu) lat często powtarzające się zapa- lenia migdałów. Angina follicularis acuta.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
29	Ksiądz, lat 30. Tonsill. desq. lacu- naris chron. puru- lenta.	Prawy migdałek nieco powiększony, zrosty z tylnym łukiem zupełne, z przednim części- owe, lewy migdałek, zupełnie wciągnięty, zawiera w kryptach znaczłą liczbę zro- piałych czopów.	Od 2-ch lat stan podgorączkowy, nieraz z kilkodnio- wymi wyższymi wahaniem do 39. Objawy przewlekłe- go ropnego zapa- lenia miedniczek nerkowych. Pyelitis.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
30 Patrz w tekście.	Panna, lat 16 uczennica. Tonsill. desq. chron.	Bardzo znaczna lic- ba zropiałych czop- ów w obydwóch migdałkach.	Od dzieciństwa częste wrzody w jednym lub w dru- gim migdale, zro- sty z łukami. Obj- awy krwotocznego zapalenia nerek oraz zapalenia wsierdza (wada zastawek aorty). Abscessus bilatel. Nephrit. hacmorrhia.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
31 Patrz w tekście.	Student, lat 19. Tonsill. desq. chron. purulenta.	Obydwa migdałki w stanie przewlek- łego zapalenia za- wierają w kryptach pojedyncze czopy zropiałe. W prawej jamie nadmigdałko- wej ropa.	Od roku stan pod- gorączkowy. Status subfebrilis.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
32	Kasjerka lat 45. Tonsill. desq. chron.	Obydwa migdałki skurczone blizno- wate, w kryptach czopy, niektóre zro- piałe. Objawy su- chego kataru błony śluzowej gardzieli.	Częste zasycha- nie w gardle, chrzą- kanie, przykry za- pach z ust. Pharyng. chron. sicca.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.

№	Zajęcie, Płeć, Wiek, Rozpoznanie	Zmiany w migdałkach, stosunek do łuków, stan błony śluzowej gardzieli	Wskazania do operacji a) ze strony jamy gardzielowej b) ze strony innych narządów we- wnętrznych	Wynik operacji
33 Patrz w tekście.	Adwokat, lat 28. Tonsill. desq. chron. Abscessus perit. chron. dextra.	Ropienie między łukami a migdałkiem z prawej strony; w lewym migdałku objawy chroniczne- go zapalenia.	Od 10-ciu lat czę- ste nawroty bólu i opuchnięcie sta- wów (reumatyzm stawowy), od 7-miu bóle gardła, zależne od często powta- rzających się zapa- leń migdałów. Rheumatismus ar- ticul. subacuta. An- gina tonsillar. folli- cul acuta.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
34	Stolarz, lat 30. Tonsill. desq. lacu- nar. chron.	Objawy obu stron- nego przewlekłego zapalenia migdał- ków Zrosty z łukami, czopy w kryptach.	Odkilku lat wrzody w prawym mig- dale. Abscessus peri- tons dextra.	Wyłuszczenie prawego migdałka. Między migdałkiem i lewym łukiem spo- ra ilość ropy.
35	Panna, lat 16 Tonsill. desq. chron. purulenta.	Prawy migdałek znacznie powięk- szony, zrosnięty zu- pełnie z tylnym łu- kiem i w dolnej części z przednim, zawiera w kryptach zropiałe czopy. Lewy migdałek mniejszy, miejscami zrosnięty z tylnym łukiem.	Od 4-ch lat sześć razy wrzody prawe- go migdała. Abscesus peri- tons dextra.	Wyłuszczenie prawego migdałka.
36 Patrz w tekście.	Przy mężu, lat 34. Lymphadenit. colli tbc.	Migdałki normalne, objawy suchego za- nikowego kataru nosa i gardzieli.	Od 3-ch miesięcy naszyi z prawej stro- ny wystąpiły gru- czoły stopniowo zwiększające się miejscami zropiałe. (Lymphadenitis colli).	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
37 Patrz w tekście.	Chłopiec, lat 20 przy rodzicach. Lymphadenit. colli tbc.	Migdałki nor- malne.	Z obydwóch stron szyi powiększenie gruczołów chłonn- nych. Rozległe zmiany gruźlicze prawego płuca.	Wyłuszczenie obydwóch migdałków.
38	Służąca, lat 30. Tonsill. desq. chron. purulent.	Prawy migdałek skurczony, blizno- waty, zrosnięty z łu- kami, zawiera w kryptach czopy nie- które zropiałe. Lewy migdałek normalny.	Od kilku lat czę- ste wrzody prawe- go migdała. Abscessus peri- tons dextra.	Wyłuszczenie prawego migdałka.

Rozpatrzenie podanych przez nas i uszeregowanych w odnośnej tablicy przypadków dokładnie wykazuje zależność z jednej strony pewnych cierpień miejscowych gardzieli i samych migdałków, z drugiej strony chorób ogólnych ustroju, lub też pojedynczych narządów wewnętrznych od przewlekłego swoistego zapalenia migdałków podniebiennych. Zaznaczyć muszę, że opisałem szczegółowo lub tylko umieściłem w tablicy te tylko przypadki, które w następstwie rozpoznania były operowane. Pomiąłem natomiast bardzo wiele przypadków nieoperowanych, w których bez wątpliwości rozpoznawałem różnorodne sprawy chorobowe, zależne od przewlekłego, ropnego zapalenia migdałka. Z 38 przypadków w szesnastu zaznaczyliśmy często powtarzające się ropnie, okołomigdałkowe. W 9-ciu wyłuszczenie migdałków było dokonane: 1) wskutek bardzo często powtarzającej się t. zw. anginy gardzieliowej (1 przypadek) 2) w 3-ch przypadkach u śpiewaków z powodu następczego zapalenia błony śluzowej, gardzieli i krtani, 3) w 3-ch znowu przypadkach stale zjawiające się w ciągu długiego czasu okresy gorączkowe, nieraz trwające po kilka tygodni, a nawet i miesiący były wywołane sprawą ropną migdałków, 4) wreszcie częste bóle gardła, chrząkania, chrypki od czasu do czasu zjawiające się zapalne obstrzenia gardzieli i samych migdałów (*tonsillitis subacuta*), nie znikające po rozmaitego rodzaju stosowaniem leczenia miejscowem, również w 3-ch przypadkach powodowały usunięcie radykalne migdałków. Cztery przypadki dotyczyły przewlekłych lub dłużej trwających ostrych cierpień nerek (przewlekłe ropienie w miedniczkach nerkowych (3), krwotoczne zapalenie nerek (1)). Przypadki nawrotowego reumatyzmu stawowego zaznaczyłem 4 razy. W trzech przypadkach wyłuszczenia migdałków dokonałem wskutek zapalnego przewlekłego stanu gruczołów chłonnych szyi.

Największa liczba operacji była wykonana z powodu powtarzających się ropni okołomigdałkowych. Ropnie okołomigdałkowe powstają dość często w następstwie ostrego zapalenia migdałków, t. zw. pospolicie anginy gardła. Zapalenie ostre znajduje się w obudwu migdałkach, po kilku dniach znika, temperatura wraca do stanu normalnego, gdy tymczasem znowu zjawia się ból gardła, tym razem jednak prawie zawsze jednostronny, a badanie wykrywa znaczne przekrwienie i stan zapalny obudwu łuków i podniebienia po jednej stronie gardzieli; stopniowo zjawia się wypuklenie w okolicy łuku, słowem zaczyna się tworzyć t. zw. ropień okołomigdałkowy. Pomimo że ostre zapalenie zawsze bywa umiejscowione w obudwu migdałkach, to jednak ropień zwykle tworzy się w około jednego migdałka. Przyczynę tego należy upatrywać nie w samym zakażeniu, wywołanem anginą, ale w specjalnych warunkach anatomicznych, w jakich znajduje się dany migdałek, usposabiających do tworzenia się ropni. Migdałki podniebienne są położone w t. zw. uchyłku migdałkowym (*recessus tonsillaris*), ograniczonym od tyłu i przodu łukami podniebiennymi, z zewnątrz tkankami głębokich warstw szyi (dno uchyłka). W uchyłku tem migdałek znajduje się przyrośnięty tylko do dna; od przodu od tyłu i od wewnątrz jest wolny. Wskutek przebytych spraw zapalnych migdałka i sąsiednich jego tkanek, co ma miejsce w przebiegu różnorodnych chorób ostrych zakaźnych (dyfteryt, szkarla-

tyna i t. p.), najczęściej w zależności od t. zw. anginy gardzielowej, tworzą się zrosty migdałków z łukami, przezco wydzielanie swobodne zawartości krypt migdałka bywa utrudnione, gromadzi się ona między zrostami i tym sposobem sprzyja tworzeniu się ropni okołomigdałkowych. Niezawsze jednak ropnie powstają w następstwie anginy. Ropień tworzyć się może i samoistnie; ma to miejsce podług mojego zdania, wtedy, jeżeli między istniejącymi zrostami migdałka z łukiem pozostaje stale choć niewielka ilość ropy (przewlekły ropień okołomigdałkowy). Tego rodzaju zmiany anatomiczne, warunkujące w wielu razach tworzenie się przewlekłych ropni, mało bywają uwzględniane przez lekarzy, a nawet nieraz i niewspominane w specjalnych podręcznikach; przytrafiają się, o czym się nieraz przekonać mogłem, stosunkowo dość często. Przy badaniu migdałka nieraz samo już nieco mocniejsze odchylenie łuku powoduje pęknięcie niektórych zrostów i opróżnienie znajdującego się między nimi przewlekłego ropnia. W ten lub inny sposób powstały ostry ropień okołomigdałkowy zawsze, jak widać z wyżej opisanego, ograniczony jest zrostami. Najracjonalniejszym więc sposobem opróżniania ropni okołomigdałkowych, o ile tego zachodzi potrzeba, byłoby rozluźnienie zrostów, powodujących gromadzenie się ropy. Toteż otwieranie ropni okołomigdałkowych zapomocą wkłuwania noża w podniebienie (na miejscu największego napięcia) nie jest zupełnie racjonalne, choć w wielu razach, a nawet przeważnie, bywa stosowane ze względu na szybkość wykonania i na najmniejszą bolesność, jaką przyczynia choremu. W niektórych razach zamiast tego najbardziej rozpowszechnionego sposobu otwierania ropni, lekarze stosują inny, bardziej odpowiedni, a mianowicie rozcinanie zrostów między migdałkiem a łukiem, ograniczających jamę, w której znajduje się ropa. W tym celu wielu lekarzy proponuje rozmaite narzędzia (zwykły nóż chirurgiczny prosty, ostry, haczykowiato zagięty nóż, tępy haczyk, nóż podobny do herniotomu i t. p.).

W kilku przypadkach byłem zmuszony dokonać otwarcia ropnia okołomigdałkowego nie zapomocą narzędzia, a palcem. Miało to miejsce w tych razach, kiedy ze względu na długotrwałość ropnia, chorzy nie będąc w stanie przyjmować pokarmu, znacznie podupadli na siłach, na zabieg chirurgiczny zgodzić się nie chcieli, chyba przy uśpieniu chloroformem. W jednym przypadku zaproponowałem jednemu z kolegów lekarzy otwarcie ropnia przy zastosowaniu uśpienia, a to z tego powodu, że ropień był umiejscowiony między zrostami tylnego łuku z migdałkiem, a nie chciałem wykonywać prób otwierania głęboko położonego ropnia u chorego bardzo cierpiącego i nadzwyczaj osłabionego. Wyżej opisany sposób otwierania ropni przez rozcinanie zrostów okołomigdałkowych w wielu razach przeze mnie bywa stosowany, 1) szczególnie w t. zw. ropniach okołomigdałkowych tylnych, t. j. umiejscowionych między tylnym łukiem a migdałkiem (ropnie te są o wiele rzadsze od t. zw. przednich), 2) przy ropniach niewielkich, kiedy migdałek nie jest zupełnie schowany między łukami. Wspominałem, że sposób ten jest bardziej racjonalny, a to dlatego, że przez rozluźnienie zrostów opróżnia się cała zawartość ropy, co niezawsze ma miejsce przy otwieraniu wrzodu zapomocą przekłucia nożem podniebienia, względnie

przedniego łuku. Ponieważ angina gardzieliowa stanowi cierpienie bardzo ciężkie, nieraz u jednej i tej samej osoby często się powtarzające, więc i przewlekłe cierpienia migdałków, jakoteż i ropnie okołomigdałkowe, jako skutek ostrego zapalenia migdałków, spozstrzegać się dają stosunkowo nierzadko.

Wspominałem już wyżej, że przewlekłe ropne zapalenie migdałków w kilku przypadkach (3) było przyczyną długotrwałego stanu gorączkowego. Pomimo długotrwałej, wprawdzie niezbyt wysokiej gorączki, samopoczucie chorych bywało dobre, tylko w razie nieco bardziej podniesionej ciepłoty zjawiały się krótkotrwałe dreszcze, ból głowy, uczucie ogólnego osłabienia w połączeniu z bólami nieznacznymi w stawach nóg i rąk. Okresy wyższej ciepłoty były zależne od nagromadzenia się większej liczby zropiałych czopów i stąd powstałego zapalenia sąsiednich tkanek gardzieli. Nieraz się zdarzało, że chorzy zapewniali, że nigdy bólów w gardle nie odczuwali, nigdy dotychczas na gardło nie chorowali, a stan długotrwałej gorączki uzależniali od cierpień w innych narządach, najczęściej w płucach (rozwijające się suchoty) i w tym też kierunku stosowali odpowiednią kurację. Przypominam sobie chorego, który w skutek długotrwałego stanu podgorączkowego od 2-u lat nie opuszcza sanatorium, będąc najmocniej przekonany, że jest chory na gruźlicę płuc, choć ani jednego objawu tego cierpienia u niego nie wykryto. Pomimo zapewnień i pomimo zastosowania odpowiedniej kuracji (kilkutygodniowe oczyszczanie zaległej w migdałkach ropy), po której ciepłota znikła, chory nie dał się przekonać, nie zgodził się na usunięcie migdałków. Tego rodzaju stany podgorączkowe, które nie znajdowały wytlómaczenia w cierpieniach narządów wewnętrznych, uważano dotychczas za zależne od t. zw. skrytych zakażeń (*sepsis cryptogenetica*), nazwa równoznaczna z pojęciem, „etyologia nieznaną“. Właściwie zaś gorączka w tych razach zależna bywa od dość często spotykanego cierpienia t. zw. przewlekłego ropnego zapalenia migdałków (*tonsillitis chronica purulenta*). W przypadkach tego rodzaju, operowanych przeze mnie, zawsze znajdowałem w migdałkach zropiałe czopy, albo też około migdałków przewlekłe ropnie. Zdarzało się tak, że podczas badania, nawet najdokładniejszego, nie byłem w stanie wykryć ropienia, które się okazało dopiero podczas operacji, w skutek rozluźnienia zrostów z łukami.

W 3-ch przypadkach, przy zwykłym przewlekłym zapaleniu migdałków bez ropienia usunąłem migdałki jedynie dlatego, że powstałe w skutek tego często podrażnienia błony śluzowej gardzieli, jakoteż przekrwienie okolicy międzyna-lewkowej krtani, stanowiły znaczną przeszkodę dla chorych, — śpiewaków. — Wyłuszczenie zupełne migdałków u śpiewaków wymaga pewnych omówień. Nieraz zdarza się słyszeć, że usunięcie migdałków u wyszkolonego śpiewaka stanowi zabieg niebezpieczny, gdyż wpływa na zmianę brzmienia i osłabienie głosu. Zapatrywanie takie należy uważać za przesąd. Wprawdzie nieraz (jako miałem miejsce u jednego z moich chorych) przez pewien czas (kilka tygodni) po operacji, głos zdaje się być słabszym; jest to jednak zjawisko zupełnie zrozumiałe. Po usunięciu chociażby części migdałków zmienia się forma jamy rezonansowej, a przez to samo i warunki, przy których śpiewak wprawiał się w

wydobywanie głosu; wskutek tego po operacji musi również zmienić swoje przyzwyczajenie wydobywania głosu i przystosować się do zmienionych warunków. Tem bardziej zachodzi zmiana po zupełnem wyłuszczeniu migdałków, gdzie nie tylko zmienia się forma jamy rezonansowej, ale i niektóre mięśnie gardzieli i do pewnego stopnia krtani bywają również podczas operacji nieco uszkodzone. Jest rzeczą stwierdzoną, że nie podobna wyłuszczyć migdałka bez przecięcia kilku włókien mięśniowych, a mianowicie tych które przebiegają w dolnej części otoczki migdałka. Należy jednak pamiętać, że przecięcie włókien mięśniowych powinno być ograniczone tylko do dolnych części; jeżeli zaś po wyłuszczeniu migdałka okażą się na nim włókna mięśniowe, przebiegające w górnej jego części, to wtedy znaczy, że cięcie było wykonane za głęboko. Powstałe w następstwie operacji osłabienie głosu zwykle bywa chwilowe; wystarczy kilkotygodniowe ćwiczenie, aby powróciła dawna siła, a nawet polepszenie brzmienia głosu. Dlatego też jest wskazane, aby operować śpiewaków, o ile zachodzi konieczna potrzeba i należy uprzedzić ich, że przez pewien czas po operacji należy się spodziewać przejściowej (kilkotygodniowej) niedyspozycji w głosie.

W dalszym ciągu przypadków, podanych w tablicy, spotykamy dwa, w których operacja była wykonana w skutek zwykłych przewlekłych nieropnych zapaleń gardła, przebiegających bez zmian w innych narządach. Chorzy w tych razach skarżyli się na uczucie zasychania, załegmienia, szczególnie z rana po przebudzeniu się zjawiające się bole gardła, na częste chrząkanie, a nawet suchy kaszel. Objawy te w rzeczywistości zależą od przewlekłego zapalenia migdałków, które w okresach obostrzenia przechodzi na błonę śluzową gardzieli i tylnej ściany krtani. Od czasu, kiedy w cierpieniach gardła zwróciłem szczególną uwagę na stan migdałów, przekonałem się, że objawy dopiero co wyliczone lub niektóre z nich, szczególnie zaś skargi na ból i zasychanie w gardle, przeważnie zależne są od t. zw. czopów, zalegających w kryptach migdałka. Tego zdania są niektórzy autorowie angielscy, jak np. *Tilley, Hill* (dyskusya nad odczytem dra Kelsona, w ogłoszonym w Towarz. Lekarskim londyńskim i ogłoszonym w piśmie „*The Clinical Journal*“ w 1912 roku).

Do 3-ej grupy operowanych przeze mnie przypadków zaliczyłem te, gdzie wskutek długiego przewlekłego ropnego zapalenia migdałków, powstało w 3-ch przypadkach ropienie w miedniczkach nerkowych, a w jednym krwotoczne zapalenie nerek. Przypadki te zostały przeze mnie szczegółowo opisane z jednej strony jako rzadziej przytrafiające się, a z drugiej jako wyraźny przykład wyjaśnienia spornej kwestyi zależności niektórych cierpień nerek od przewlekłego ropienia migdałków. W danym razie wątpliwości takiego związku być nie może, gdyż zgodnie z przyjętą metodą „*ex juvantibus*“ po usunięciu migdałków, opróżnieniu przewlekłych ropni, jako źródła podtrzymującego stale zakażenie, ropienie w miedniczkach nerkowych, jakoteż krwotoczne zapalenie nerek, trwające od dłuższego czasu, usunięte zostało zupełnie. Dodam jeszcze, że o związku, między ostremi cierpieniami migdałków a cierpieniami nerek już i dawniejsi autorowie wspominali, choć bardzo pobieżnie w podręcznikach chorób wewnętrznych w dziale etyologii cierpień chorób nerkowych. Sprawa zaś, omawiana przez nas i po-

ruszana dopiero w ostatnich kilku latach w odnośnych pracach innych autorów, nie dotyczy ostrych cierpień migdałków, ale t. zw. przewlekłych ropnych.

Z innych cierpień ustroju ogólnych, mających związek z cierpieniami migdałków, należy nam obecnie omówić spostrzegane przypadki reumatyzmu stawowego. Jak widać z opisów przez nas podanych, cierpienie to powstawało najczęściej nagle wskutek tak zwanego przez chorych przeziębienia, nieraz bez wyraźnego bólu gardła. Oprócz podanych przeze mnie w tablicy 4-ch przypadków, spostrzegałem jeszcze sześć innych, w których upatrywałem związek między reumatyzmem stawowym a ropnym przewlekłym zapaleniem migdałków, ale jako nie operowanych umieścić tutaj nie mogłem. W 5-ciu z nich chorzy przebywali t. zw. anginę gardzielową, a w 5-ciu znowu nigdy na gardło nie chorowali. Dopiero badanie wykazało obecność nie tylko zwykłego zapalenia przewlekłego, ale nawet i ropienia w migdałkach. Od dawna znana była zależność reumatyzmu stawowego od ostrego zapalenia migdałków. Tutaj chciałem zwrócić uwagę na związek nawrotów reumatyzmu z przewlekłym ropnym zapaleniem migdałków. Sprawę tę w ostatnich czasach wznowił i poparł większymi liczbami Gürich i następnie Schichhold i Curschmann. Gürich i Schichhold nie wyłuszczyli migdałków, bo nigdy nie wykonywali tych operacji, ograniczali się jedynie do częściowego usuwania migdałków. Przewidując, że zabieg ten nie okaże się dostatecznym, Schichhold w pracy, ogłoszonej w 1910 roku w Monachijskim tygodniku lekarskim zaznacza, że najodpowiedniejszą metodą operacyjną byłoby radykalne wyłuszczenie migdałków, ale czy metoda ta nie byłaby zbyt niebezpieczną i zbyt skomplikowaną w to autor wątpił wtedy. W niespełna dwa lata po ogłoszeniu pracy Schichhold'a, wyłuszczenie migdałków zaczęło być ogólnie przez laryngologów stosowane, zapomocą metod bardzo prostych i nieskomplikowanych. Usuwanie migdałków w przypadkach długotrwałego z gorączką i nawrotami przebiegającego reumatyzmu stawowego stanowi bardzo wdzięczny zabieg, gdyż w krótkim czasie daje możliwość przekonania się o jego skuteczności. Po dokonanej operacji bole stawów, opuchnięcie, gorączka, ograniczenie ruchów i inne objawy, towarzyszące nawet lekkim postaciom reumatyzmu stawowego, po kilku tygodniach znikają.

W wielu przypadkach jednocześnie z reumatyzmem stawów bywa zajęte wsierdzie, lub błona surowicza osierdzia. Między spostrzeganymi przeze mnie 10-u przypadkami reumatyzmu stawowego zanotowałem w 3 przypadkach zapalenia wsierdzia z wyraźnymi objawami wady zastawkowej (dwa przypadki umieściłem w tablicy). Czy wady serca, zależne od reumatyzmu, nie są w wielu razach zależne, tak jak i w wielu przypadkach reumatyzm stawowy, od przewlekłego ropienia w migdałkach, wymaga to jeszcze dalszych obserwacji. E nukleacya migdałków wykonana została w przypadkach zapalenia wsierdzia w skutek powtarzających się obostrzeń stanu zapalnego migdałków (gorączka), podczas których chorzy skarżyli się na znaczniejsze osłabienie ogólne, wzmagającą się duszność i bicie serca — objawy zależne od zaburzeń krwiotęgu. Przez wyłuszczenie migdałków nie jesteśmy w stanie usunąć stałych wad wsierdzia, ale usuwając przyczynę często powtarzających się okresów gorączkowych i źródła

pierwotnego powstania wady serca, zapobiegamy również w ten sposób dalszemu szerzeniu się stanu zapalnego wsierdza, a przeto i powiększeniu już istniejącej wady serca.

Wreszcie uwzględniłem jeszcze jedną grupę cierpień, w których wychodząc bardziej z założenia teorii, aniżeli doświadczenia klinicznego, dokonałem wyłuszczenia migdałków, mianowicie u 3 osób, dotkniętych gruźliczem zapaleniem gruczołów chłonnych szyi. Wyniki otrzymane przeze mnie, oparte na tak małej liczbie, aczkolwiek w dwu przypadkach były pomyślne, nie mogą być jednak miarodajne. Nie mogę również opierać swoich sądów na doświadczeniu innych autorów, gdyż w odpowiednich pracach o operacjach w tych przypadkach stosowanych wzmianki nie spotkałem.

Nie podałem wśród zebranych przypadków ostrej zgorzeli, dyfterytu i innych ostrych zapaleń migdałków, w następstwie których, a nawet częściej jeszcze podczas przebiegu, nieraz występują bardzo groźne cierpienia w innych narządach ustroju. Są to przypadki ogólnie znane. W pracy mojej chodziło mi o wykazanie, że należy pilniejszą aniżeli dotychczas zwracać uwagę również i na cierpienia przewlekłe migdałków, szczególnie o charakterze ropnym i że takie sprawy stanowić mogą przyczynę poważnych cierpień ogólnych, które przez względnie nietrudny zabieg mogą być usunięte, a przynajmniej powstrzymane w dalszym swoim rozwoju. Sprawa ta w odpowiednich podręcznikach nie jest należycie uwzględniona, a jednak, zdaniem mojem, już obecnie należałoby poświęcić jej więcej miejsca w odpowiednich rozdziałach, a nawet wyodrębnić jako oddzielną jednostkę chorobową pod nazwą przewlekłego ropnego zapalenia migdałków (*tonsillitis chronica purulenta*). Niektórzy autorowie poruszają w swych pracach stosunek innych jeszcze cierpień do przewlekłego ropnego zapalenia migdałków, wspominają często o związku zapalenia wyrostka robaczkowego z cierpieniem migdałków. Zgodnie z wielu autorami uważam sprawę tę za niedowiedzioną, nie opartą na pewnych danych, które mogłyby ustalić tego rodzaju etiologię zapaleń wyrostka robaczkowego w sposób tak oczywisty, jak to ma miejsce dla reumatyzmu, dla przewlekłego ropienia nerek, zapalenia wsierdza itp. We wszystkich przypadkach, podanych przeze mnie, a przebiegających wśród objawów ze strony nerek, wsierdza, reumatyzmu, t. zw. długotrwałej gorączki bez zmian w narządach wewnętrznych, bądź też wreszcie wśród objawów powtarzających się ostrych ropni migdałkowych, stale znajdowałem ropę bądź w samych migdałkach pod postacią zropiałych czopów, albo też około migdałków między zrostami łuków z migdałkiem (przewlekłe ropnie okołomigdałkowe (*abscessus peritonsillaris chronicus*)). Muszę tutaj jeszcze raz zaznaczyć i podkreślić, choć na innem miejscu o tem już wspominałem, że nieraz badanie i nawet bardzo dokładne nie wykazywało ropy ani w migdałku, ani w jego otoczeniu, gdy tymczasem, podczas operacji okazała się ropa w miarę uwalniania migdałków od zrostów.

W jaki sposób sprawa zapalna ropna migdałków może wywołać odpowiednie zapalenie w innych narządach ustroju, dotychczas nie zostało należycie wyjaśnione. Starano się stworzyć rozmaite hipotezy, które stosowały się ad

hoc do danego przypadku, nie odpowiadały one jednak, i niedostatecznie, albo też wcale nie wyjaśniały związku obudwu cierpień w innym przypadku. Zresztą, powiada Curschmann na zakończenie swojej pracy o „Związku chorób zakaźnych z zapaleniem migdałków“, że staranie się o wyjaśnienie tego związku stanowi kwestyę mniej ważną wobec praktycznie tak ciekawej i w wielu razach z bardzo pomyślnym wynikiem rozwiązanej sprawy.

Wyłuszczenie migdałków stanowi zabieg operacyjny nietrudny, przez wprawno operatora dający się szybko wykonać, a przy zachowaniu ogólnie obowiązujących przepisów aseptycznych przebiega zazwyczaj pomyślnie. Sam akt operacyjny jest prosty, wymagający wogóle niewielu instrumentów, wykonać się daje u dorosłych przy znieczuleniu miejscowem (dzieci trzeba usypiać). W roku 1911 podałem w Gazecie Lekarskiej krótką wzmiankę o własnej metodzie wyłuszczenia migdałków podniebiennych. Metodę tę w ostatnich czasach jeszcze bardziej uprościłem. Nie uważam jej bynajmniej za lepszą od innej, ale jako własny pomysł, następnie jako zabieg, nad którego ulepszeniem i uproszczeniem dość pracowałem, mam sędze prawo przedstawić w rzędzie innych metod. Uproszczenie, o którym wspominałem, polega na używaniu podczas operacji mniej instrumentów, a ulepszenie, które ostatnio wprowadziłem, zasadza się na tem, że ligaturę, którą przewlekam przez migdał, dawniej przeprowadzałem zapomocą igły zwykłej chirurgicznej, obsadzonej w odpowiednich do tego ogólnie używanych obcęgach, obecnie zaś do przewlekania ligatury używam t. zw. igieł Deschamps'a z odpowiednią, nadaną im do tego celu krzywizną.

W przypadkach operowanych przeze mnie nie spotykamy małych dzieci. Ponieważ operacja u małych dzieci, jak wyżej wspominałem, daje się wykonać jedynie podczas uspienia, trudno mi było przekonać otoczenie, i ani razu mi się nie udało uzyskać zgodę na wykonanie w spostrzeganych przeze mnie przypadkach u dzieci koniecznej operacji. Z pojęciem o operacji migdałków łączy się jeszcze dotychczas ogólnie znana i spopularyzowana operacja tonsillotomia (obcięcie kawałka wystającego migdała); tonsillectomia zaś, jako operacja wprowadzona nie dawniej jak od trzech lat, nie znalazła jeszcze uznania nawet wśród ogółu lekarzy, a przeto, nie zdobyła sobie zaufania wśród szerokiej publiczności.

Trudno mi tutaj poruszać sprawę odrębnych wskazań i różnicy w zastosowaniu i w samym wykonaniu obudwu zabiegów, t. j. tonsillektomii i tonsillotomii. Zajęłoby mi to zbyt wiele miejsca, a zresztą, kwestya ta nie dotyczyłaby bezpośrednio omawianej przez nas sprawy zasadniczej. Przyczyny obawy tonsillektomii i jej niebezpieczeństwa, o jakich nieraz daje się słyszeć, upatrują niektórzy jakoby w stosunkowo dość często przytrafiających się krwawieniach, możliwości zakażenia otwartej rany, oraz w szkodliwości, jaką się wyrządza organizmowi przez usunięcie koniecznych i potrzebnych dla ustroju migdałków. Co się tyczy ostatniego twierdzenia, to niema żadnej racji przypuszczać, aby migdałki były czemśkolwiek więcej aniżeli zwykłymi gruczołami chłonnymi, których funkcje mogą być również dobrze spełniane przez inne sąsiednie gruczoły chłonne. Zapatrywanie to zresztą może potwierdzić i ten fakt, że po wyłuszczeniu migdałków,

nigdy jeszcze nie zauważono oznak upośledzenia jakichkolwiek specjalnych funkcji, jakie niektórzy przypisują migdałkom—np. sekrecji wewnętrznej.

Krwawienia większego podczas operacji moich przypadków nie miałem ani razu. Zasadniczo biorąc, może ono mieć miejsce po uszkodzeniu naczynia krwionośnego. Z tętnic, przebiegających w bliskości operowanego miejsca, znajduje się t. zw. tętnica podniebienna górna (*arteria palatina ascendens*): przebiega ona na granicy miękkiego podniebienia i tylnego łuku, a nieraz i w samym łuku. Zresztą przy stosowaniu mojego sposobu operacyjnego uszkodzenie tej arterii miejsca mieć nie może, gdyż odciągając za pomocą ligatury migdałek coraz bardziej ku wewnątrz, nigdy nie operuję w głębi jamy migdałkowej, a stale, na zewnątrz jej, usuwam widoczne zrosty, znajdujące się między migdałkiem a łukami. Mogłoby się zdarzyć większe krwawienie jedynie w przypadku anomalii przebiegu tętnicy podniebiennej, albo też szczękowej zewnętrznej (*arteria maxillaris externa*). Co się zaś tyczy większych pni krwionośnych i nerwowych, to leżą one w takim oddaleniu od dna jamy migdałkowej, że o uszkodzeniu ich przy tej operacji mowy być nie może. Zdarzały się jednak kilkakrotnie w moich przypadkach niewielkie krwawienia w okresie pooperacyjnym. Występują one najczęściej w kilka dni po operacji, w okresie odpadania strupów. Zazwyczaj krwawienia te trwają niedługo i z chwilą udzielenia przeze mnie pomocy, szybko ustawały. Pomoc polegała na zupełnym usunięciu strupa, który zastawałem w tych razach nieco odstającym, ale jeszcze gdzieniegdzie przylegającym do rany. Po zdjęciu strupa, od ucisku sterylizowaną gazą na miejsce krwawiące krwawienie w ciągu krótkiego czasu ustawało.

Zdarzało mi się nieraz słyszeć o możliwości zakażenia rany, wytworzonej przez całkowite usunięcie migdałków. W moich przypadkach ani razu wtórnego zakażenia nie spostrzegłem. Również i w dostępnej mi literaturze naszej „B a t a w i a, Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego i t. d.“ (Gazeta Lekarska 1911 r. № 44) i zagranicznej wzmianki o tym nie spotykałem. Gojenie się rany trwa od tygodnia do 10 dni. Mniej więcej do 5-go dnia chorzy z trudnością łykają nawet płynne pokarmy, niektórzy gorączkują nawet dość wysoko, gruczoły szyjne podszczękowe puchną, nieraz bywają bolesne. Wogóle chory czuje się przez kilka dni dość osłabionym. Po tygodniu w ranie strupów już niema, gorączka, o ile zależną była tylko od sprawy migdałkowej, a nie od wtórnego cierpienia innych narządów, znika zupełnie, siły wracają. Nieraz u ludzi przedtem już osłabionych, w skutek długotrwałej gorączki i innych objawów wtórnego cierpienia, gojenie się rany trwa dłużej. Czas zaś trwania okresu pooperacyjnego oznaczyć trudno, gdyż cierpienie podstawowe, które zwykle przewleka się jeszcze przez pewien czas, może powodować gorączkę, jakoteż i innej obawy chorobowe, oraz wpływać na stan ogólnego osłabienia chorego.



VIII.

Z SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W RUDCE.

Inspekcya i palpacya klatki piersiowej w rozpoznaniu gruźlicy płucnej.

PODAŁ

Stanisław Galecki, dyrektor zakładu.

Rozpoznanie gruźlicy płucnej ulega z biegiem lat stałemu, aczkolwiek powolnemu doskonaleniu się. Pomimo tego jednak współczesne metody badania jeszcze nas w zupełności nie zadowolają; jeszcze ciągle wyczekują umysły lekarskie, azali nie zostanie wymyśloną jakaś metoda, któraby usunęła lub przynajmniej zmniejszyła zdarzające się nawet najbiegłym badaczom omyłki rozpoznawcze. Wielkie nadzieje wzbudziły najnowsze metody rozpoznawania gruźlicy: immunodyagnostyczne oraz rentgenograficzna. I one, niestety, pomimo niewątpliwej wielkiej wartości naukowej, nie dały praktyce lekarskiej tego wszystkiego, czego od nich oczekiwano.

Tylko cały szereg drobiazgowych objawów klinicznych doprowadza nas dzisiaj nie tylko do rozpoznania istnienia gruźlicy płuc, ale i do określenia rozległości cierpienia, jego charakteru oraz rokowania. Umiejętne zestawienie jak największej liczby szczegółów, wydoskonalenie wzroku, słuchu i dotyku w kierunku specjalnym cechuje współczesnego mistrza-rozpoznawcę.

A jednak mimo wszystko zdarzają się niespodziewane omyłki w dwu kierunkach: czasami wszystkie objawy ogólne kierują uwagę badacza w kierunku pochodzącej się gruźlicy płucnej, a nader wrażliwe przeszkolone ucho stwierdzi pewne objawy wysłuchowe tam, gdzie zmian anatomicznych zupełnie niema. Np. przewlekle ukryte zapalenie wyrostka robaczkowego lub organów płciowych u kobiet może wytworzyć stan podgorączkowy, wyniszczenie ogólne, przy wysłuchiowaniu zaś szczytu płuc stwierdzi się minimalne zmiany oddechowe z lekkimi pojedynczymi trzeszczeniami przy głębokim wdechu — mamy poważne podejrzenie gruźlicy tam, gdzie jej niema. Odwrotnie znów mamy np. sprawy rozpoczynające się we wnętrzu płucnej, w głębi płuca. Mogą one pozostać czas dłuższy nierozpoznanymi. Bardzo często też przy dotychczasowych metodach badania nie można sobie stworzyć należytego pojęcia o rozległości sprawy i o jej natężeniu.

Toteż wszystko, co z bogactwa nasze zasoby rozpoznawcze, należy witać z uznaniem i, po rozważeniu rzeczywistej wartości, wcielać do skarbnicy metod klinicznych. Z tego punktu widzenia bardzo mię zaciekały ogłoszone w ostatnich latach badania Pottengera o stanie mięśni klatki piersiowej w gruźlicy płuc oraz o znaczeniu lekkiego macania dotykowego (*light touch palpation*) w rozpoznaniu gę-

bokich zmian w klatce piersiowej. Badania te stwarzają niejako całą metodę rozpoznawania przy pomocy wzroku i dotyku zmian w płucach, o których dotychczas stwarzaliśmy sobie pojęcie tylko zapomocą opukiwania i osłuchiwania.

Nie można twierdzić, że już przed Pottengerem nie zwrócono uwagi na objawy morfologiczne w kształcie klatki piersiowej oraz na zmiany typu oddechu w gruźlicy płucnej. Już w pierwszej połowie dziewiętnastego wieku poświęcił tej kwestyi szereg sumiennych dociekań Woillez, wynalazca cyrtometru. Pierwsze studium pod tyt. „*Recherches sur la valeur diagnostique des déformations de la poitrine, produites par les maladies des organes thoraciques*“ wyszło w r. 1835, drugie pod tyt. „*Recherches sur l'inspection et la mensuration de la poitrine, considérées comme moyens complémentaires de la percussion et de l'auscultation*“ w roku 1838. Wyniki tych badań Woillez umieścił w wydany przez siebie podręczniku z r. 1879. Traktowane są tam obszernie ruchy oddechowe w stanach fizyologicznych i patologicznych, objawy asymetrii klatki piersiowej, czyli t. zw. przez autora „hétéromorphies“ fizyologiczne i chorobliwe, badanie dotykowe ruchów oddechowych oraz drgań głosowych, wreszcie sposoby mierzenia obwodu i średnicy klatki piersiowej. Pozatem jednak, zarówno u klasyków, jak Laënnec, Piorry, Skoda, a następnie Gerhardt, Niemeyer, jak i w nowszych monografiach i podręcznikach niewiele znajdujemy szczegółów w tym kierunku, a i te podawane są raczej epizodycznie. Uwagę badaczy zwracała przedewszystkiem płaska klatka piersiowa, która była przedmiotem wielu wyczerpujących dociekań. W dziale palpacyi klatki piersiowej wszyscy niemal badacze uwzględniają badanie drżenia głosowego.

Kwestye powyższe nie będą przedmiotem niniejszego studium, ponieważ ich wartość patognomoniczna została już pilnie i dostatecznie zbadana.

Laënnec nie przypisuje inspekcji i palpacyi klatki piersiowej żadnego znaczenia rozpoznawczego odnośnie do gruźlicy płucnej i wyraża się w tym względzie bardzo kategorycznie. Zauważył on tylko wciągnięcie klatki piersiowej po zapaleniu opłucnej. U Piorry'ego, ucznia Laënnec'a, już spotykamy wzmiankę o zapadnięciu klatki piersiowej podczas gojenia się jam. Tenże Piorry, a za nim i Skoda, wielką zwracają uwagę na uczucie, którego doznaje palec podczas opukiwania. To uczucie oporu, jakiego doznaje palec perkutujący, uważane jest przez nich za objaw niemal równoznaczny z otrzymanym tonem. Następnie, aż do naszych czasów, całe szeregi badaczy przyznawały wyższość perkusji palcem, nie zaś młotkiem, dzięki temu, że przy tym sposobie opukiwania dołącza się uczucie pewnego oporu. Było to już bezwiedne zdawanie sobie sprawy z tego, co w ostatnich latach zanalizował i objaśnił Pottenger. Weber w dziele „o inspekcji klatki piersiowej“, cytując dosłownie Engla, który dokładnie opisuje klatkę paralityczną, o innych zaś zmianach lakonicznie zaznacza, że mogą być jeszcze na klatce piersiowej rozmaite zapadnięcia miejscowe lub wypukłości. Gerhardt wspomina o tem, że w przewlekłej gruźlicy płucnej tworzą się zapadnięcia klatki piersiowej i jam nadobojczykowych i podobojczykowych. Silne zapadnięcie jam obojczykowych i odpowiednio do tego wystawanie obojczyka z jednej strony uważa G. za niewątpliwą oznakę znacznieszego zgęszczenia płuca, zwłaszcza jeżeli do tego dołączy się zmniejszoną ruchliwość górnej części klatki piersiowej z tej samej strony. Główną zaś uwagę zwraca G. na opis klatki piersio-

wej paralitycznej, przyczem od różnia jej typy: nabytą wskutek istniejącej gruźlicy płuc i dziedziczną. To samo znajdujemy w podręcznikach Niemeyer'a, Leberta, Ruehle'go, Sée, Jaccoud'a. Ten ostatni wspomina, że zapadnięcia jam obojczykowych mogą być uwydatnione przez zanik mięśni piersiowych i nadgrzebieniowych. Nie ma on jednak na myśli zaniku miejscowego, o którym mowa będzie dalej, lecz zanik ogólny wskutek wyniszczenia chorego. Opolzer (tłóm. Rudnickiego) wspomina o nierównomiernym oddechu. U Liebermeister'a nie spotykamy żadnej wzmianki o inspekcji i palpacji klatki piersiowej; Hérard, Cornil et Hanot oraz Daremberg wspominają o częściowej deformacji klatki piersiowej, mianowicie jej zakłębieniu, wreszcie o miejscowych zanikach mięśniowych po stronie chorego płuca.

Z nowszych autorów dużo uwagi omawianemu przedmiotowi poświęca Turban. Zwraca on uwagę na częstsze niż u ludzi normalnych występowanie siatki rozszerzonych żył skórnych, spóźnianie się strony więcej chorej przy oddychaniu, zapadnięcie jam nadobojczykowych i podobojczykowych, spłaszczenie klatki piersiowej. O tem samem wspomina Albert Fraenkel.

E. Zieliński na zasadzie wielkiego materiału sekcyjnego wylicza długi szereg rozmaitych zбочeń w budowie ciała suchotników. Zбочenia te dają nam możliwość rozpoznania cech zwyrodnienia osobników, usposobionych do gruźlicy, nie zaś stwierdzenia istniejącej gruźlicy płuc. Pokrewna praca Polańskiego posiada też samo znaczenie .

Leyden w swoim wykładzie klinicznym o wczesnem rozpoznaniu gruźlicy płucnej wspomina tylko o pochyleniu w jedną stronę długiej i chudej szyi. Brandenburg opisuje jednostronny zanik mięśni oraz zmniejszenie ruchów oddechowych po stronie chorej. Korczyński uważa to zmniejszenie za szczegół nader ważny, oprócz tego zaś wspomina o niższem ustawieniu barku po stronie chorej, zapadnięciu dołów obojczykowych oraz nadgrzebieniowego. Sokołowski powiada: „Badanie fizykalne rozpoczynać winniśmy od dokładnego obejrzenia klatki piersiowej.“ Poza klatką płaską uważa on za ważny szczegół upośledzenie ruchów oddechowych z jednej strony, zapadnięcie okolicy nadobojczykowej lub nadgrzebieniowej. Kuthy zwraca uwagę na zapadnięcie obojczyka po stronie chorej. Jest to skutek zapadnięcia górnej części klatki piersiowej, a z nią pierwszego żebra, które pociąga za sobą obojczyk przy pomocy więzu żebrowo-obojczykowego. Zjawisko to jest, według K., bardzo częste, ale mimo to znaczenie jego rozpoznawcze jest ograniczone. Wielką wartość zato ma posiadać opisany przezeń objaw barkowy, który polega na tem, że podczas umiarkowanie głębokiego wdechu bark po stronie chorej nie porusza się wcale lub porusza się znacznie mniej. Jest to, co prawda, tylko szczegół jednostronnego upośledzenia oddechu, posiada jednak tę zaletę, że występuje nadzwyczaj wyraźnie i przy pewnej wprawie pozwala rozpoznać dwustronną sprawę płucną, występując wyraźniej po stronie silniej zajętej.

W najnowszem wydaniu dyagnostyki Sahli'ego nic nowego nie znajdujemy. Zapadnięcie odnośnej części klatki piersiowej, a wraz z nią opuszczenie ku dołowi obojczyka, barku, łopatki oraz sutki, asymetria ruchów oddechowych, wreszcie rozszerzenie żył skórnych w sprawach przewlekłych—oto wszystko. Nic też wię-

cej ponad to nie znajdujemy w wydanym w roku 1911 podręczniku angielskim Powell'a i Hartley'a.

W ostatnich latach wspomniany już przeze mnie Pottenger ogłosił spostrzeżenia swoje o zwiększeniu napięcia mięśniowego i o lekkiej palpacji dotykowej, jako o ważnych oznakach spraw płucnych. Wkrótce potem Fischer ogłosił swoje studium o lokalnych zanikach mięśniowych w przewlekłych sprawach płucnych.

Wreszcie Pottenger ogłosił monografię o swoich spostrzeżeniach, w której daje niejako syntezę wszelkich zmian układu kostnego i mięśniowego klatki piersiowej, uważając za ich pierwotną przyczynę opisane poprzednio zwiększone napięcie mięśniowe.

Ten krótki przegląd chronologiczny przekonywa nas, że z biegiem czasu zebrano sporo objawów dyagnostycznych, które stwierdzić można przy pomocy inspekcji i palpacji. Są to zresztą rzeczy powszechnie znane—o ile jednak mogłem spostrzedz, są one traktowane przeważnie jako ciekawe dane teoretyczne, w praktyce codziennej mało uwzględniane. Postanowiłem zatem przeprowadzić szereg systematycznych obserwacji, ażeby się przekonać, jakie znaczenie ściśle praktyczne mają wyliczone objawy, a mianowicie, czy one dodają jakiś plus rozpoznawczy do powszechnie i codziennie używanych metod perkusji i auskultacji, czy też, nie mając żadnego samodzielnego znaczenia, mogą tylko potwierdzać otrzymane zapomocą wspomnianych metod wyniki; czy wreszcie zbytnie poleganie na nich nie może stać się źródłem błędów rozpoznawczych.

W tym celu przeprowadziliśmy ściśle badania klatki piersiowej przy pomocy wzroku i dotyku w 450 przypadkach u chorych na gruźlicę płuc, przybywających do sanatorium w Rudce.

Ażeby uniknąć sugestji, wykonywałem te badania przed wszystkimi innymi, a następnie dopiero otrzymane wrażenia porównywałem z wynikami, uzyskanymi drogą opukiwania i osłuchiwania chorego. Ponieważ w miarę nabywania wprawy obserwacje stają się coraz dokładniejsze, zatem z wymienionej liczby przypadków odrzucimy badania początkowe wliczbie 150. Pozostanie nam jeszcze dostateczna liczba 300 spostrzeżeń, która pozwala na wyciągnięcie uzasadnionych wniosków.

Cały zbiór spostrzeżeń rozbiję na oddzielne części i każdą z nich rozważę oddzielnie.

Zapadnięcie klatki piersiowej oraz jam nadobojczykowych i podobojczykowych.

Pierwotną zasadniczą rzeczą jest tutaj zawsze zapadnięcie klatki piersiowej. Zapadnięcie jam zależy od tego, czy obręcz barkowa, a z nią obojczyk, są dostatecznie ustępliwe, ażeby podążyć za zapadnięciem żeber. Obręcz barkowa stanowi dość sztywną całość, powiązaną względnie silnymi więzami z klatką piersiową, połączona zaś jest stale tylko w stawie mostkowo obojczykowym i połączona z nią więzem obojczykowożebrowym. Resztę połączenia stanowi bogaty wprawdzie i silny, lecz elastyczny systemat mięśniowy. Toteż wzajemny stosunek obręczy barkowej do klatki piersiowej niezawsze może być jednakowy. Zależy on w dużym stopniu od rozwinięcia mięśni, od stanu ich napięcia.

Że przy każdym zapadnięciu dołów obojczykowych pierwotnem jest zapadnięcie klatki piersiowej, możemy się przekonać w każdym przypadku, gdy uważnie przyjrzymy się sklepieniu żebrowemu, odjąwszy odeń w myśli pokrywającą je obręcz barkową. W niejednym przypadku zniekształcenie sklepienia żebrowego przez zapadnięcie jest bardzo wybitne, a pomimo tego doły obojczykowe są płytkie. W tych razach obojczyk i całe wiązanie barkowe podążyło za zapadnięciem żeber, obojczyk obniżył się w swej części środkowej i ściśle do nich przylega. Odwrotnie znów, czasami obręcz barkowa nie może podążyć za zapadaniem klatki piersiowej i pozostaje niemal w pierwotnej swej pozycji. Wtedy doły obojczykowe stają się bardzo głębokie, a obojczyk sterczy pomiędzy nimi wybitnie.

Oprócz układu kostnego w zapadaniu dołów obojczykowych biorą udział wypełniające je części miękkie: mięśnie i tłuszcz. Stan mięśni może wpływać, aczkolwiek w stopniu ograniczonym, na głębokość dołu nadobojczykowego, ponieważ dość gruba warstwa mięśni pochyłych, wyściełająca dno, może zgrubieć przy skurczu lub stać się cieńszą wskutek zaniku. Na dnie zaś dołu podobojczykowego powłoka mięśniowa jest słaba, toteż zarówno zgrubienie tej warstwy wskutek skurczu mięśni, jak i zredukowanie wskutek ich zaniku, wielkiego znaczenia posiadać nie mogą. Natomiast wychudnięcie ogólne ze znacznym zanikiem wyściełającej doły tkanki tłuszczowej uwydatnia zarys anatomiczny układu kostnego, a tem samem wybitnie się przyczynia do pogłębienia jam. Ponieważ, jak rzekłem wyżej, zapadnięcie jam nadobojczykowych i podobojczykowych jest tylko wyrazem i skutkiem zapadnięcia ściany klatki piersiowej, zatem niema potrzeby rozpatrywania tego objawu oddzielnie.

Zapadanie klatki piersiowej w przewlekłych sprawach płucnych objaśniano w ten sposób, że objętość płuca na danej przestrzeni zmniejsza się wskutek kurczenia tkanek; płuco zazwyczaj w swej części chorej bywa przyrośnięte do klatki piersiowej i wskutek tego pociąga ją za sobą.

Ażeby jednak jakakolwiek siła mogła ujawnić swoje działanie, musi mieć punkt oparcia. Płuco nie może wciągać za sobą ściany klatki piersiowej, gdyż leży w niej zupełnie swobodnie i jedynie wnąką trzyma się śródpiersia; to zaś zbyt jest ustępliwe, ażeby mogło służyć jako punkt oparcia siły, działającej na klatkę piersiową. Nie można również, według Pottengera, przyjąć drugiego objaśnienia zapadania klatki piersiowej, mianowicie, że przy kurczeniu się płuca ciśnienie zewnętrzne powietrza wtłacza odnośny odcinek klatki ku wewnątrz. Śródpiersie jest o tyle ustępliwe i ruchome, że całą jamę, wysłaną opłucną przyścienną, można uważać za jedną całość. Zewnętrzne ciśnienie powietrza działa równomiernie na klatkę piersiową, nie można sobie też wyobrazić, według P., żeby ujemne ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej było przy kurczeniu się płuca na pewnej określonej przestrzeni mniejsze, niż ogólnie w klatce piersiowej.

Pottenger objaśnia omawianą zmianę konfiguracji klatki piersiowej stałym skurczem mięśni, odpowiadających pod względem lokalizacji umiejscowieniu sprawy płucnej, wywołanym odruchowo przez zmiany w mięszu płuca. Siła mięśniowa, działająca w danym miejscu, ma dwa punkty oparcia: jeden za pośrednictwem mięśni mostkowoobojczykowosutkowych i pochyłych na podstawie czaszki i kręgach szyjowych, drugi zaś za pośrednictwem mięśni brzusznych na miednicy. Wobec tego

przy lokalnym skurczu mięśni mamy właściwie działanie dwu sił, działających pod kątem: rozwartym jednej, działającej ku górze i ku tyłowi, drugiej zaś, działającej ku dołowi. Jak zaś wiemy z fizyki, skutek dwu sił, działających pod pewnym kątem, ujawnia się po przekątnej, czyli w danym razie włacza klatkę piersiową ku wewnątrz i przy przewlekłem, a stałem działaniu spłaszcza ją. Jeżeli zważymy, że w rzeczy samej skurcz mięśni ponad sprawa w płucu jest bardzo wybitny, objaśnienie powyższe ma pewną rację bytu. Wyjaśnia ono nam, dlaczego pewne zapadnięcie klatki piersiowej spostrzegamy nieraz w początkowym okresie zajęcia szczytu płucnego, gdy o wybitniejszej retrakcyi płuca niema mowy.

Że działanie mięśni może wywrzeć wpływ na konfigurację klatki piersiowej, zdaje się nie ulegać wątpliwości, ale nie można go przyjąć, jak chce Pottenger, za jedyną przyczynę powstawania tej, tak zwanej przez Woillez'a, patologicznej heteromorfii klatki piersiowej. Twierdzenie Pottengera, że zmiany ciśnienia w jednej określonej części klatki piersiowej powodują zmiany ciśnienia równomiernie w całkowitej jej objętości, wypowiadali już dawniej Donders i Rosenthal (cyt. u Tendeloo). Według nich wszystkie pęcherzyki płucne zmniejszają się lub powiększają równomiernie, chociażby zmiany ciśnienia były wywołane tylko lokalnie na pewnej określonej przestrzeni. Przeciw temu twierdzeniu wystąpił Tendeloo. Według niego twierdzenie Dondersa i Rosenthal'a mogłoby tylko wtedy być uzasadnione, gdyby płuca posiadały nie formę nieprawidłowych stożków, lecz ciała o jednakowym przekroju od góry do dołu, gdyby współczynnik ich elastyczności był wszędzie jednakowy i gdyby siła działała tylko na ich dolną powierzchnię równomiernie we wszystkich punktach. Tymczasem w płucach tych warunków niema. Forma ich jest nieprawidłowa, rozciągliwość rozmaita z powodu tego, że miąższ płucny, oskrzela i naczynia mają rozmaite współczynniki elastyczności — wreszcie ciśnienie ujemne działa nie tylko na ich dolną powierzchnię, lecz ze wszystkich stron. Harmonia pomiędzy klatką piersiową a płucami polega na tem, że pod wpływem t. zw. ciśnienia ujemnego w jamie opłucnej zarówno klatka piersiowa, jak i płuca znajdują się w stanie określonego naprężenia. Przekonywamy się o tem przy otworzeniu klatki piersiowej podczas sekcji: żebra ulegają odprężeniu i końce ich oddalają się od mostka, przepona opada w kierunku kaudalnym, o ile z jamy brzusznej usunięto trzewa, a płuca odprężają się w przeciwnym kierunku i zmniejszają swoją objętość. Wielkości tego naprężenia klatki piersiowej (t. zw. Dehnungsgrößen Tendeloo) znajdują się w pewnym określonym stosunku, a mianowicie, o ile się zmniejsza naprężenie płuca, o tyle musi się zwiększyć ujemne ciśnienie w jamie opłucnej oraz naprężenie klatki piersiowej, i odwrotnie. Powoduje to stałą równoległość pomiędzy pojemnością klatki piersiowej a wymiarem płuc.

Spostrzeżenia Tendeloo doprowadziły go do wniosku, że jeżeli jakakolwiek przyczyna wywołuje lokalne zmiany wielkości naprężenia pewnej określonej przestrzeni klatki piersiowej, to owa zmiana pociąga za sobą równoległą zmianę, lecz tylko lokalną, wielkości naprężenia płuca, a co za tem idzie, i jego wymiaru w ściśle określonej okolicy, sąsiadującej z miejscem zmiany naprężenia klatki piersiowej. Odwrotnie zaś każda przyczyna, która wpływa miejscowo na zmianę naprężenia w płucu, wywołuje równoległą zmianę naprężenia w najbliższym, sąsiednim odcinku

klatki piersiowej, i, w miarę ustepliwości jej ściany, powoduje, stosownie do tego w jakim kierunku zaszła zmiana, miejscowe ograniczone wgłębienia lub wypukłości klatki piersiowej. Przyczyną, wywołującą takie miejscowe zmiany, mogą być rozmaite sprawy chorobowe w płucach z gruźlicą na czele. Jeżeli zatem sprawa gruźlicza w określonym odcinku płuca powoduje pewne lokalne zmniejszenie jego objętości, to odpowiedni odcinek ściany klatki piersiowej zapada się. Według dość utartego mniemania niemal niezbędnym warunkiem takiego zapadnięcia klatki piersiowej są zrosty opłucnej. W rzeczywistości zaś zapadnięcie klatki piersiowej równie dobrze wystąpić może przy istniejących zrostach, jak i bez nich. Może się nasunąć pytanie, dlaczego nawet przy znacznych lokalnych zmianach ciśnienia t. zw. ujemnego w danym odcinku jamy opłucnej zachowuje się harmonia pomiędzy pojemnością klatki piersiowej a objętością płuca, innymi słowy— dlaczego płuco przylega ściśle do klatki piersiowej i w jamie opłucnej nie wytwarza się ani wysięk, ani odma.

Tendeloo objaśnia ściśle przyleganie opłucnej trzewnej i przyściennej nawet przy forsownym głębokim wdechu siłą adhezyjną warstewki płynu, pokrywającej powierzchnię opłucnej, działającą na zasadzie zjawisk włoskowatości. Że siła ta może być bardzo znaczna, przekonać się możemy na prostym przykładzie: dwa szkiełka przykrywkowe lub inne podobne przedmioty o jednakowej gładkiej powierzchni można skleić przy pomocy odrobiny płynu tak, że wprowadzić rozsunać je łatwo, ale żeby odciągnąć jedno od drugiego siłą, działającą prostopadle do ich powierzchni, potrzeba siły względnie znacznej. Toteż, wyrażając się potocznie, płuco, zmniejszając swą objętość, pociąga za sobą, dzięki sile adhezyjnej, odpowiedni odcinek klatki piersiowej. Klasycznymi miejscami, w których zapada się klatka piersiowa w gruźlicy mięszu płucnego, są górne przednie jej odcinki. Predylekcya taka objaśnia się tem, że żebra z przodu przyłączone są zapomocą chrząstek do cienkiego, ustepliwego mostka. Wskutek tego elastyczność przedniej ściany klatki piersiowej jest wielka, gdy z tyłu żebra przyłączone są silnymi więzadłami do ciała nieustepliwego, mało elastycznego, jakim jest kręgosłup.

Pomimo tego jednakże spostrzegamy, aczkolwiek rzadko, znaczne nawet zapadnięcia klatki piersiowej od tyłu w sprawach przewlekłych, umiejscowionych dorsalno medialnie. Zapadnięcia takie spostrzegamy przeważnie z lewej strony w sprawach, których obraz kliniczny i przebieg upoważniają do wniosku, że rozpoczęły się one we wnęce płucnej i tam jest ich największe natężenie; w kierunku zaś odśrodkowym od wnęki natężenie sprawy słabnie. Oprócz zapadnięć możliwe ma być w gruźlicy jamistej wypuklenie klatki piersiowej, jeżeli jama jest bardzo duża, komunikuje się swobodnie z oskrzelem większego kalibru, leży powierzchownie i tylko cienka warstewka mięszu płucnego oraz opłucnej oddziela ją od przedniej ściany klatki piersiowej. Taki przypadek opisuje Tendeloo i objaśnia go w ten sposób: całkowita siła elastyczna cienkiej warstewki mięszu płucnego jest mniejsza, niż uległej rozpadowi i wykrztuszonej tkanki płucnej, naprężenie jej zaś jest mniejsze. Odpowiednio do tego zmienia się w danym miejscu wzajemny stosunek wielkości naprężenia płuca i klatki piersiowej: pierwsza zwiększa się, ściana płucna jamy poddaje się działaniu ujemnego ciśnienia i wypukla w kie-

runku klatki piersiowej, odpowiednio zaś zmniejsza się wielkość naprężenia żeber — i te ostatnie wypuklają się ku przodowi. Przypadku takiego nie udało mi się spostrzedz. W zwykłych zaś przypadkach gruźlicy jamistej ściany jam są zazwyczaj grube i sztywne, a otaczająca je tkanka włóknisto-zapalna posiada mniejszą elastyczność, niż zdrowe płuco. Wskutek tego zachodzi tu taki sam stosunek, pomimo obecności jam, jak w zwykłych sprawach przewlekłych bez jam, to jest płuco ulega retrakcyi, a odnośny odcinek klatki piersiowej ulega zapadnięciu.

Zapadnięcie jednostronne klatki piersiowej po stronie intensywniejszej sprawy gruźliczej w płucu nawet w przypadkach, gdy jest bardzo wybitne, rzadko daje się ujawnić drogą mierzenia obu połów klatki. Rzuca się ono w oczy dostatecznie przy uważnych oględzinach. Uwydatnia je zwłaszcza jednoczesne jednostronne obniżenie brodawki sutkowej, które spostrzegamy zwłaszcza u mężczyzn.

Powodem omyłek rozpoznawczych mogą stać się zniekształcenia wrodzone lub nabyte klatki piersiowej. Ujawniają się one bardzo często przez jednoczesne skrzywienie kręgosłupa, które może być nieraz zaledwie dostrzegalne. Czy i o ile zapadnięcia klatki piersiowej mogą być spowodowane przez zwapnienie chrząstek pierwszych żeber, nie mogliśmy sprawdzić z powodu braku aparatu Roentgen'a. Wprawdzie za radą Freund'a można rozpoznać zwapnienie chrząstek przez wkłucie szpilek — ale zabiegu tego, przykrego dla chorych, nie mogliśmy stosować w sanatorium. W każdym jednak razie omyłki rozpoznawcze są dość rzadkie. Symulować zapadnięcie może również wrodzony brak górnej części mięśnia piersiowego.

Zapadnięcie klatki piersiowej daje się stwierdzić tylko przez porównanie strony chorej ze zdrową lub więcej chorej z mniej chorą. Toteż, o ile zapadnięcie jest obustronne, możemy go nie stwierdzić zupełnie, i to jest zapewne powodem, że w wielu przypadkach bardzo posuniętej sprawy płucnej nie udaje się go zauważyć. Znałem chorego, u którego po przebytej sprawie w górnym płacie prawego płuca zapadł się bardzo wyraźnie odpowiedni odcinek klatki piersiowej. Po trzech latach chory zapadł ponownie, ale tym razem sprawa umiejscowiła się w lewym płacie górnym; po jej zagojeniu nastąpiła retrakcja klatki piersiowej z lewej strony, wskutek tego obydwie strony wyrównały się, i obecnie najwprawniejsze oko nie mogłoby przypuścić, że z obu stron było wyraźne zniekształcenie torsu. Przy pewnej jednak wprawie i wykształceniu oka w wielu przypadkach możemy z wszelką pewnością stwierdzić dwustronne zapadnięcie.

Zwrócimy się teraz do naszego materiału. Wszystkie przypadki podzielimy na okresy według Turbana. Przypadki w pierwszym okresie gruźlicy płucnej podzielimy jeszcze na świeże, powstałe, o ile można było sądzić z wywiadów i z obrazu klinicznego, w ciągu poprzedzających paru miesięcy, i starsze, których początek datuje od dłuższego czasu. Co się tyczy 2-go i 3-go okresu — podziału tego zrobić nie możemy, gdyż wszystkie przypadki, prócz 2 ostrych, były przewlekłe i początek ich datował od dłuższego czasu.

A M E L I Ń

Warszawa—Mokotów ul. Nowo-Aleksandryjska 65.

Zamknięty Zakład Lecznicy dla nerwowo-chorych kobiet i mężczyzn.

Mężczyźni będą przyjmowani z dniem 1 Listopada r. b.

Dyrektor Zakładu Dr med. R. Radziwiłłowicz.

Komitet leczniczy: Doktorzy: M. Bornstein, E. Flatau, W. Gajkiewicz, W. Męczkowski, St. Orłowski, A. Puławski, R. Radziwiłłowicz.

Konsultanci zakładowi: R. Bernhardt, (syfilis i choroby skórne), T. Gryglewicz, (rozbiory lekarskie), A. Natanson, (ginekologia), E. Zielinski: (choroby wewnętrzne).

Wiadomość na miejscu, telefony 99-54, 303-38.

Wielostronny pod względem fizyologicznym i finansowym naj-
ekonomiczniejszy preparat białkowy

Ovomaltine

Jako pierwszorzędny środek trawienny okazuje nieocenione usługi z powodu dużej zawartości czystego zaccynu ekstraktu słodowego, w przewlekłych cierpieniach żołądkowo-kiszczkowych (dyspepsya nerwowa, enteritis, wrzód, biegunka suchotników, upośledzone

□ □ □ □ □ □ trawienie węglowodanów i t. p.) □ □ □ □ □ □ □ □

Literatura i próby na żądanie.

Fabryka preparatów dyetetycznych

D-r A. WANDER A. G. BERN.

Firma założona w r. 1865.

Jener. przedst. na Król. Pol. i Litwę **IGNACY LIPSZYC**, Warszawa, Marszałkowska 127.

PIOTR JARNUSZKIEWICZ I S-ka

Fabryka urządzeń medyczno-mechanicznych, dentystycznych
i łóżek metalowych.

WARSZAWA, Gęsta 16, Zarząd--Karowa, wprost wiaduktu.

Telefon 38-84.

Urządzenia techniczne szpitali współczesnych.

Urządzenia lecznic, klinik i gabinetów lekarskich podług własnych modeli i wskazówek odbiorców.

Kompletne sale operacyjne.

Urządzenia laboratoryjów.

Aparaty do sterylizacji mokrej i suchej. Autoklawy.

Aparaty dezynfekcyjne parowe i formalinowe.

Łóżka metalowe patentowane z rur bez szwu i części lanych, jedyne w swoim rodzaju pod względem higieny, praktyczności i oszczędności w przewozie.

Materace metalowe specjalnego patentowanego typu, przechodzące pod względem wygody w użyciu wszelkie oczekiwania.

Wszystkie wyroby nasze są spawane autogenem, stanowią monolit, t. j. jedną całość, są bezwzględnie aseptyczne, wyróżniają się niebywałą trwałością i są absolutnie bezchwiejne.

Katalogi, oferty, kosztorysy na żądanie.

SECACORNIN "ROCHE"

ściśle zestawiony preparat sporyszowy, dający się łatwo dawkować.

tanio trwałym **GINEKOLOGII i POŁOŻNICTWIE**

do użytku **Wewnętrznego**, jak również do **podskórnych i wśródmiesniowych wstrzykiwań**.



1gr. Secacornin = 4 gr. Secale cornuti.

CENY		
AMPULKI W PUDEŁKACH	FLAKONY ORYGINALNE	PASTYLKI:
3 sztuki à 1ccm	à 10 ccm	à 0,25 gr. Secacornini
6 sztuk à 1ccm	à 20 ccm	kurki à 10 sztuk
12 sztuk à 1ccm		à 20

Literaturę i próbki wysyła gratis.

F. HOFFMANN-LA ROCHE i S-ka, BASYLEA (SZWAJCARJA), PETERSBURG (ROSYJA) Nikofajewskaja nab. 19.

PANTOPON "ROCHE"

Wprowadzony do leczenia przez Prof. Sahlego, zawiera czynne składniki makowca w rozpuszczalnej w wodzie postaci

PANTOPON "Roche" wybitnie zaznaczył się w **MEDYCYNIE WEWNĘTRZNEJ** jako ogólnie kojący uśmierzający środek w chorobach przewodu pokarmowego i narządów oddechowych.

PANTOPON "Roche" zdobył sobie uznanie również w **CHIRURGII i GINEKOLOGII** jako narkotyk skuteczny, zastępujący inne wziewne narkotyki, i zupełnie wolny od działań ubocznych.

Ale zarówno w **PSYCHIATRII** sądzonemu jest **PANTOPONOWI** odegrać rolę wybitną w zwalczaniu stanów przygnębienia.

Zarówno **wewnętrzne** jako też **podskórne** stosowanie **PANTOPON "Roche"** umożliwia nader obszerne wskazanie lecznicze.

PANTOPON "Roche" w czystej postaci
PANTOPON AMPULKI "Roche" po 0,02 gr
oryginalne pudełko po 3 szt. 6 szt. 12 szt.

PANTOPON-PASTYLKI "Roche" po 0,01 gr.
w oryginalnych flakonikach à 20 sztuk
PANTOPON-KROPLE "Roche" 2%
w oryginalnym brązowym kroplomierzu à 10 ccm

Literaturę i próbki wysyła gratis.

SPOSÓB UŻYCIA:
0,01 - 0,04 gr
PANTOPON "Roche"
pro dos

PANTOPON-SYROP "Roche"
Drys. pudełko à 200 gr.
" " " " à 100 gr.



F. HOFFMANN-LA ROCHE i S-ka, BASYLEA (SZWAJCARJA), PETERSBURG (ROSYJA) Nikofajewskaja nab. 19.

THIOLCOL "ROCHE"

Preparat specjalny

do racjonalnego leczenia gwałtów.

Nadzwyczaj skuteczny jako

SPECYFIK i środek ZAPOBIEGAWCZY

w wszystkich cierpieniach narządów oddechowych, w chorobach żołądka, jelit i t. p.

W celu uchronienia się od bezwartościowych preparatów należy wyłącznie ordynować: **THIOLCOL-PASTYLKI "Roche"**.

Wypróbowany, smaczny, pobudzający łaknienie, wolny od narkotyków nadejść się również w praktyce dziecięcej - jest ogólnie znany, przyrządzony z **THIOLCOLU "Roche"** i **SIROLINA "Roche"**.

F. HOFFMANN-LA ROCHE i S-ka, PETERSBURG, Nikofajewskaja nab. 19.



	I okres.		II okres.	III okres.
	sprawy świeże	sprawy długotrwałe		
Jednostronne zapadnięcie klatki piersiowej po stronie więcej zajętej sprawą płucną stwierdzono u	7 ch. (29,1 ⁰ %)	34 ch. (43,6 ⁰ %)	46 ch. (50,5 ⁰ %)	52 ch. (48,6 ⁰ %)
Jednostronne zapadnięcie kl. p. po stronie mniej zajętej sprawą płucną stwierdzono u . . .		4 „ (5,2 ⁰ %)	4 „ (4,4 ⁰ %)	14 „ (13,1 ⁰ %)
Obustronne zapadnięcie kl. p. stwierdzono u		3 „ (3,8 ⁰ %)	12 „ (13,2 ⁰ %)	11 „ (10,3 ⁰ %)
Zapadnięcia kl. p. nie stwierdzono u	17 „ (70,9 ⁰ %)	37 „ (47,4 ⁰ %)	29 „ (31,9 ⁰ %)	30 „ (28 %)

Z powyższego wyliczenia widzimy, że w pewnej liczbie świeżych zachorowań udaje się stwierdzić wyraźne zapadnięcie klatki piersiowej. Nie możemy jednakże zapominać, że określenie chronologii sprawy płucnej było tutaj robione na zasadzie tylko danych wywiadowczych i klinicznych, co przy chorobie, wkradającej się do ustroju tak powolnie, jak gruźlica, nie może dać bezwzględnej pewności, że sprawa jest rzeczywiście początkową i świeżo wybuchłą. Z tem zastrzeżeniem przyjąć należy, że już w sprawach płucnych gruźliczych, które klinicznie musimy uważać jako początkowe, możliwe jest miejscowe zapadnięcie klatki piersiowej. Teoria Pottengera o skurczu mięśni i ich wpływie na zapadnięcie klatki piersiowej trafia w danym razie do przekonania.

W tych przypadkach, gdzie zapadnięcie widzimy po stronie mniej zajętej sprawą płucną, stale okazywało się po dokładnem zbadaniu, że sprawa po tej stronie była chronologicznie dawniejszą.

Jeżeli możemy powiedzieć na zasadzie danych wyszczególnionych, że w poważnej liczbie spraw nawet bardzo posuniętych zapadnięcia stwierdzić nie można, to na zasadzie materiału jednostronnego, jakim jest sanatoryjalny, nie można twierdzić odwrotnie, że wszędzie tam, gdzie jest zapadnięcie, przypuszczać należy jakąś sprawę w płucach lub opłucnej. Ażeby sobie w tym kierunku wyrobić pewne pojęcie zwracałem szczególną uwagę na konfigurację klatki piersiowej przy badaniu osób, mających zdrowe płuca. W tych przypadkach ani razu nie spostrzegłem, żeby istniała retrakcja klatki piersiowej bez mniej lub więcej wyraźnego przypuszczenia albo stwierdzenia istniejącej lub też przebytej jakiejś sprawy płucnej.

Z tego wnoszę, że jednostronne miejscowe zapadnięcie górnego odcinka klatki piersiowej wzbudza zawsze poważne i niemal pewne przypuszczenie jakiejś sprawy chorobowej wewnątrz niej o charakterze przeważnie przewlekłym, induracyjno-retrakcyjnym.

W 10-u przypadkach, w których zapadnięcie klatki piersiowej było po jednej, a obniżenie barku po drugiej stronie, mogliśmy wykryć przyczynę tego zjawiska 7 razy, a mianowicie: w trzech przypadkach obniżenie barku było uwarunkowane jednoczesną skoliozą kręgosłupa, w trzech mieliśmy do czynienia ze sprawą dwustronną: po stronie sprawy starszej była retrakcja klatki piersiowej, a po stronie świeżej sprawy gruźliczej — obniżenie barku; w jednym zaś przypadku, gdzie zajęty był sprawą gruźliczą przewlekłą, włóknistą górny płat prawego płuca, obniżenie było spowodowane przez noszenie dużych ciężarów na lewym barku. W trzech przypadkach nie można było dociec właściwej przyczyny. Powód do omyłek oprócz skoliozy i noszenia ciężarów mogą dać jeszcze inne zawodowe zniekształcenia barku; np. u ludzi, którzy dużo piszą, nie zachowując przytem odpowiedniej pozycji, odnośny bark może być nawykowo wzniesiony od góry—i to może maskować jego obniżenie w sprawach płucnych; wreszcie silny rozwój mięśni, przyczepionych do pasa barkowego, może wpłynąć na różnicę poziomu barków.

Jeżeli nawet przyjmijemy pod uwagę możliwość pomyłek, przyznać musimy, że jednostronne obniżenie barku po stronie przeważnie zajętej przez sprawę gruźliczą, jest zjawiskiem zbyt częstym, ażeby mogło być przypadkowym. Notowaliśmy je u naszych chorych w 193 przypadkach. Jeżeli odejmiemy od tego 3 przypadki uwarunkowane skoliozą i 1, gdzie przyczyną było noszenie ciężarów, pozostanie liczba 190 chorych ze stwierdzonym obniżeniem barku. Stanowi to 63% ogólnej liczby chorych. Odsetka powyższa byłaby niewątpliwie jeszcze większa, gdybyśmy mieli możność częstszego rozpoznawania obustronnego opuszczenia barku, które przy obustronnem cierpieniu płuc prawdopodobnie zdarzać się musi.

Rozdzielimy nasze przypadki według okresów. Pierwszy okres gruźlicy robimy znów na dwie kategorie: przypadków świeżych, początkowych, i spraw starszych.

	I okres.		II okres.	III okres.
	sprawy świeże	sprawy starsze		
Obniżenie barku po stronie więcej zajętej sprawą gruźl. u	12 ch. (50%)	44 ch. (56,4%)	49 ch. (53,8%)	57 ch. (53,3%)
Obniżenie barku po stronie mniej zajętej spr. gruźl. u	4 „ (16,6%)	5 „ (6,4%)	10 „ (11 %)	12 „ (11,2%)
Obniżenia nie stwierdzono u	8 „ (33,4%)	29 „ (37,2)	32 „ (35,2%)	38 „ (35,5%)

Wyczenie powyższe wskazuje, że zarówno w przypadkach mało rozwiniętej gruźlicy płucnej, jak i w przypadkach więcej posuniętych spostrzegamy jednakową odsetkę obniżeń barku. Stąd wniosek, potwierdzający nasze uprzednie przy-

puszczenie, że bezpośrednim momentem, wywołującym to obniżenie, jest nie tylko zapadnięcie klatki piersiowej, lecz również stan mięśni, przyczepionych do obręczy barkowej.

W 31 przypadkach obniżenie barku spostrzegaliśmy po stronie mniej zajętej sprawą gruźliczą. Poza trzema przypadkami skoliozy, o czym już wspominałem, oraz jednym przypadkiem noszenia ciężarów na odnośnym barku, w 22 przypadkach była po stronie mniej zajętej zupełnie wyraźna sprawa gruźlicza, przytem z małymi wyjątkami chronologicznie dawniejszej daty, w pięciu zaś nie udało się dociec przyczyny.

Ze względu na to, że wyraźne obniżenie poziomu barków udaje się spostrzedz u więcej niż połowy chorych na gruźlicę płucną, i to przeważnie po stronie więcej zajętej, objaw ten powinien wzbudzać podejrzenie istnienia tej choroby; żadnych jednak, nawet najluźniejszych przypuszczeń co do charakteru samej sprawy na zasadzie różnicy poziomu barków czynić nie wolno.

Co się tyczy przyczyn obniżenia barku po stronie więcej chorej—jest ich zapewne niejedna. Najczęstszą przyczyną jest prawdopodobnie zapadnięcie klatki piersiowej; oprócz tego jednak niemałą rolę odgrywać musi stan mięśni, utrzymujących obręcz barkową w pewnej równowadze. Zarówno skurcze, jak i zaniki pewnych grup mięśniowych mogą spowodować obniżenie barku.

Mięśnie, przyczepione do obręczy barkowej, można podzielić na dwie grupy: jedną grupę składają te mięśnie, na których obręcz barkowa jest niejako zawieszona; wspólne działanie tych mięśni podnosi całą obręcz ku górze. Druga grupa składa się z mięśni o działaniu przeciwnem: mięśnie te odciągają obręcz barkową ku dołowi. Przy opisanych przez Pottengera skurczach mięśniowych druga grupa, jako silniejsza, powoduje odciągnięcie barku ku dołowi, przytem w owej drugiej grupie skurcze mięśniowe są zwykle więcej wyraźne niż w pierwszej. Jeżeli z postępem choroby występują zaniki mięśniowe, to te przedewszystkiem ujawniają się w grupie pierwszej, osłabiają ją i w ten sposób ułatwiają zadanie mięśni grupy przeciwnej, odciągającej bark ku dołowi. W miarę dalszego postępu zaników wiotczeje i staje się cieńszą ta warstwa mięśni, na której obręcz barkowa się opiera, — i to powoduje również jej obniżenie.

Wyjaśnienie przyczyn obniżenia barku po stronie chorej przy gruźlicy płucnej potwierdza wniosek, do którego doszliśmy na zasadzie obserwacji, a mianowicie, że jest ono objawem, który może występować w najróżnorodniejszych sprawach płucnych, zarówno początkowych, jak długotrwałych, zarówno czynnych, jak wygasłych.

Objaw barkowy Kuthy'ego jest w swej istocie pokrewny opisanemu wyżej obniżeniu barku. Wraz z obniżeniem całego pasa barkowego zapada się naturalnie i obojczyk; Kuthy objaśnia to przyciąganiem przez kurczący się chory szczyt płucny. Zdaje się, że z racyi, które przytoczyliśmy powyżej, objaśnienia tego nie można uznać za zadowalające. Kuthy stwierdził owo zapadnięcie obojczyka u 58,4% chorych w I okresie, 69,7% w II i 72% w III okresie (Turb.). Pomimo częstości tego objawu, jego znaczenie rozpoznawcze jest ograniczone. Przy starannej jednak obserwacji tego objawu Kuthy spostrzegł inne zjawisko ruchowe, któ-

re, według niego, posiada bez porównania większą wartość rozpoznawczą. Zjawisko to, nazwane przezeń objawem barkowym, polega na tem, że podczas umiarkowanie głębokiego wdechu koniec barku po stronie chorej wykonywa znacznie mniejszy ruch ku górze, niż po stronie przeciwległej. Nie możemy tego utożsamiać z opóźnianiem się strony chorej (Nachschleppen) podczas wdechu, o którym już dawniej wspominali inni autorzy, zwł. Turban. Owo opóźnianie się stanowi niejako objaw zbiorowy, obejmujący całokształt ruchów oddechowych. Objaw barkowy zaś jest tylko jednym z pierwiastków, które się składają na jego całokształt, ale, rzecz można, jest on momentem najcharakterystyczniejszym, najbardziej bijącym w oczy w patologii ruchów oddechowych w gruźlicy płucnej. Cenny jest on zwłaszcza z tego względu, że bardzo często pozwala rozpoznawać sprawy dwustronne.

Zwracając uwagę na objaw powyższy od dłuższego już czasu, nauczyłem się cenić jego wartość rozpoznawczą, która, jak nam wskażą dane liczbowe, jest niepoślednią.

U naszych chorych stwierdziłem:

	I okres.		II okres.	III okres.
	sprawy świeże początkowe	sprawy starsze		
Objaw barkowy jednostronny po stronie więcej chorej u	15 ch. (62,50/o)	43 ch. (55,10/o)	47 ch. (51,70/o)	60 ch. (56,10/o)
Ob. barkowy dwustronny, wybitniejszy po stronie więcej chorej u . . .	2 „ (8,30/o)	11 „ (14,10/o)	28 „ (30,70/o)	37 „ (34,60/o)
Ob. barkowy jednostronny po stronie mniej chorej u . . .	1 „ (4,20/o)	7 „ (90/o)	5 „ (5,50/o)	4 „ (3,70/o)
Ob. barkowy dwustronny, paradoksalny (wybitniejszy po stronie mniej chorej) u	—	1 „ (1,30/o)	—	—
Brak objawu barkowego u	6 „ (250/o)	16 „ (20,50/o)	11 „ (12,10/o)	6 „ (5,60/o)

Reasumując powyższe dane, przyjdziemy do następujących wniosków:

Objaw barkowy spostrzegamy nadzwyczaj często. Stwierdziliśmy objaw jednostronny lub dwustronny, zgodny ze stanem płuc, u 243 chorych, czyli u 81%. Częstość występowania objawu zwiększa się z postępem terytoryalnym sprawy płucnej, jednakże nawet w sprawach zupełnie świeżych, początkowych występuje on wyraźnie bardzo często, bo w trzech czwartych wszystkich przypadków.

Przy dwustronnym objawie barkowym można zazwyczaj rozpoznać, która strona jest więcej zajęta sprawą płucną, gdyż po tej stronie jest on wyraźniejszy.

Objaw barkowy spostrzegamy tem częściej, im sprawa jest więcej posuniętą: w I okresie (we wszystkich przypadkach en bloc, bez podziału na początkowe i dawniejsze) spotykamy go u 69,6% chorych, w II u 81,9%, w III u 91,0% chorych. A zatem na częstość występowania objawu niniejszego posiada wpływ rozległość terytoryalna sprawy płucnej. Objaw barkowy wskazuje nam tylko umiejscowienie sprawy płucnej, na wysnuwanie zaś jakichkolwiek wniosków co do charakteru choroby obecność jego nie pozwala: występuje on jednakowo wyraźnie w sprawach owrzodzeniowo-rozpadowych jak i w wybitnie włóknistych.

Jako główną przyczynę powstawania objawu barkowego Kuthy uważa ograniczenie ruchów oddechowych. Objaw barkowy, według niego, jest bardzo czułym wskaźnikiem opóźniania ruchu klatki piersiowej podczas wdechu.

Nie we wszystkich przypadkach objaśnienie to zastosować się daje, gdyż ograniczenie ruchów oddechowych klatki piersiowej, jak się przekonamy później, nie jest objawem równie często spostrzeganym, jak objaw barkowy. Kuthy sądzi, że jedną z przyczyn powstawania tego objawu jest zjawisko ochraniań się chorego płuca (relative Lungenschonung). Ma on prawdopodobnie na myśli t. zw. ochronę mięśniową (défense musculaire). Jest on tu, zdaje się, blizkim prawdy. W rzeczy samej nieruchomość barku przy oddechu daje się objaśnić z wielkim prawdopodobieństwem grą mięśni, przyczepionych do obręczy barkowej. Albo mamy skurcz wszystkich grup mięśni, utrzymujących bark w pewnej równowadze, i to wpływa na jego mniejszą ruchomość, albo też przeważnie ulega skurczowi grupa mięśni, przyczepionych do dolnego obwodu obręczy barkowej i, przyciągając w ten sposób do klatki piersiowej, jeszcze więcej ją unieruchamia.

Przypuszczenie Kuthy'ego, że istnieje wrodzona predyspozycja jednej strony klatki piersiowej do gruźlicy, a zatem do powierzchownego oddechu i do objawu barkowego, nie wytrzymuje krytyki, gdyż u osobników ze zdrowymi płucami objawu tego się nie widuje.

Asymetria ruchów oddechowych klatki piersiowej.

Normalne ruchy oddechowe żeber polegają na tem, że mięśnie międzyżebrowe podczas wdechu unoszą je ku górze. Tylne końce żeber są przymocowane za pomocą stawów do trzonów dwu sąsiednich kręgów i do wyrostka poprzecznego kręgu dolnego. Przyczep ten stanowi oś, naokoło której żebra wykonywują podczas wdechu ruchy obrotowe.

Wskutek stożkowego układu żeber oraz wskutek ukośnego kierunku osi obrotu każdego żebra, podczas wdechu nie tylko się one podnoszą swemi częściami przednimi ku górze, ale zarazem oddalają wraz z przymocowanym do nich mostkiem od środkowej płaszczyzny ciała, i w ten sposób zwiększają pojemność klatki piersiowej.

U osobników zdrowych, normalnie zbudowanych, ruchy oddechowe żeber są na oko symetryczne po obu stronach. Co się tyczy stanów patologicznych, a w szczególności obchodzącej nas w danym razie gruźlicy płucnej, już od dawna, jak wspomniałem na początku w przeglądzie historycznym, obserwowano nierównomierność ruchów oddechowych w tej chorobie i uważano ją za ważny objaw rozpoznawczy. Pierwszą wzmiankę o jednostronnem upośledzeniu ruchów klatki piersiowej

znajdujemy u Auenbruggera (cyt. u Woillez'a); A. zauważył, że przy wysiękach opłucnej i przy skirze płuc (pod tem mianem miał na myśli wogóle każde stwardnienie płuca, a zatem również natury gruźliczej), strona klatki piersiowej, zajęta daną sprawą, wykonywa mniejsze ruchy, niż strona zdrowa. Zarówno jednak on, jak i wielu innych po nim, nie analizowali bliżej tej kwestyi. W dostępnej mi literaturze przekonałem się, że pierwszy poświęcił większą uwagę wzmiankowanej kwestyi Walsche. Rozkłada on ruch klatki piersiowej podczas oddychania żebrowego na 2 składniki: unoszenie się żeber ku górze i oddalanie od osi centralnej ciała ku przodowi. W przypadkach patologicznych, zwłaszcza w gruźlicy płucnej, na pewnej przestrzeni klatki piersiowej podczas wdechu żebra wykonywają według niego tylko ruch ku górze, lecz nie oddalają się ku przodowi.

Sprawdziłem, że niniejsze twierdzenie Walshe'a nie jest zgodne z rzeczywistością. Jeżeli w przypadkach wybitnego jednostronnego upośledzenia ruchu oddechowego położymy palce wskazujące na dwu odpowiednich żebrach po obu stronach mostka, to uczujemy wyraźnie, że po tej stronie, gdzie ruch oddechowy klatki piersiowej jest upośledzony, ograniczone są obydwaj ruchy odnośnego żebra: zarówno w kierunku ku górze, jak i ku przodowi.

Turban rozróżnia całą gamę różnic oddechowych w gruźlicy płucnej, począwszy od lekkiego opóźniania się przy wdechu (Nachschleppen), polegającego na tem, że strona chora osiąga maximum wdechowe później niż strona zdrowsza, aż do zupełnego unicestwienia ekspansyi klatki piersiowej na pewnej przestrzeni.

Sokołowski poświęca w napisanym przez siebie podręczniku zjawiskom oddechowym wiele uwagi. Opisuje on detalicznie wygląd klatki piersiowej i ruchy oddechowe w okresie poczynających się suchot płucnych i w suchotach wyraźnie rozwiniętych, oraz podkreśla wielkie znaczenie praktyczne odnośnych objawów.

Wielu autorów twierdzi, że nierównomierność ruchów oddechowych łatwiej ocenić zapomocą dotyku przez położenie rąk na klatce piersiowej, niż przy badaniu wzrokiem. Osobiście powiedzieć tego nie mogę. Wprawne oko odróżni asymetryę oddechową lepiej, niż ręka, położona na klatce piersiowej. Można się też doskonale obejść bez proponowanych w tym celu przyrządów mierniczych.

Patrząc na ruchy oddechowe, powinniśmy odróżniać ruch pierwotny klatki piersiowej i wtórny obręczy barkowej. Najdokładniejszym wskaźnikiem tego ostatniego jest uwzględniony już przeze mnie objaw barkowy Kuthy'ego. Możliwe są również zmiany ruchów oddechowych przepony w gruźlicy płucnej — ale wytworzyć sobie sąd o nich można tylko przy pomocy aparatu Roentgen'a, którego w sanatorium nie posiadamy. Pewne pojęcie o ruchach przepony daje objaw Littena, ale na jego podstawie trudno byłoby wysnuć jakieś konkretniejsze wnioski.

W danym razie mieć będę stale na myśli tylko pierwotne ruchy żeber odnośnego odcinka klatki piersiowej, które przy pewnej wprawie można wyodrębnić nieraz nawet w początkowych sprawach płucnych.

Ograniczenie ruchu żeber podczas oddychania spotykaliśmy rzadziej, niż opisane poprzednio objawy, bo tylko u 118, t. j. u 39% chorych. Jak często występowało jednostronne ograniczenie ruchów oddechowych klatki piersiowej w różnych okresach, wskazuje tablica następująca:

	I okres.		II okres.	III okres.
	sprawy świeże	sprawy starsze		
Ograniczenie ruchów odd. po str. więcej zajętej sprawą płucną u . . .	7 ch. (29,2 ⁰ /o)	23 ch. (29,5 ⁰ /o)	26 ch. (28,5 ⁰ /o)	62 ch. (57,9 ⁰ /o)
Ograniczenie ruch. odd. po str. mniej zajętej spr. płucną u	—	2 „ (2,5 ⁰ /o)	1 „ (1,1 ⁰ /o)	1 „ (0,9 ⁰ /o)
Różnicy pomiędzy ruchami odd. nie stwierdzono u . . .	17 „ (70,8 ⁰ /o)	53 „ (68 ⁰ /o)	64 „ (70,4 ⁰ /o)	44 „ (41,2 ⁰ /o)

A zatem najczęściej spostrzegamy ograniczenie ruchu oddechowego w III okresie, gdzie zmiany są najrozleglejsze. Spostrzegamy je jednak nawet w przypadkach zupełnie początkowej sprawy płucnej.

Oprócz 4 przypadków, w których ekspansja oddechowa była zmniejszona po stronie co do przestrzeni mniej zajętej sprawą płucną, we wszystkich innych opisywany objaw wskazywał stronę, gdzie sprawa była rozleglejszą. We wspomnianych 4 przypadkach, gdzie objaw ów był paradoksalny, zawsze udało się stwierdzić, że po stronie, gdzie występował, sprawa była starsza.

Liczby, podane na poprzedniej tablicy, nie dają nam żadnych wskazówek co do charakteru sprawy płucnej. Zdobyte doświadczenie wskazuje jednak, że ograniczenie ruchów oddechowych występuje najczęściej i najwyraźniej w sprawach, posiadających wyraźną tendencję do rozwoju tkanki włóknistej. Można powiedzieć, że im sprawa jest więcej przewlekłą, tem wyraźniejsze będziemy mieli ograniczenie ruchów oddechowych z odpowiedniej strony.

Nie przytaczam tu żadnych liczb, gdyż w sprawach przeważnie przewlekłych, jakie trafiają się w sanatorium, trudno byłoby przeprowadzić subtelny podział. Zaznaczę tylko, że niemal zawsze udaje nam się przy widocznem ograniczeniu oddechu stwierdzić wysłuchowo osłabienie szmerów oddechowych po tej samej stronie.

Ponieważ u kobiet typ oddechu jest przeważnie żebrowy, zatem możnaby się spodziewać, że u nich ograniczenie oddechu powinno być wyraźniejsze i z tego powodu daje się częściej zauważyć. Rzeczywistość jednak nie potwierdza tego przypuszczenia:

Na 152 kobiety ograniczenie ruchów oddechowych stwierdzono u 56 czyli 36,8%.

Na 148 mężczyzn ograniczenie ruchów oddechowych stwierdzono u 66 czyli 44,6%.

Omyłki rozpoznawcze zdarzają się rzadko. Najczęstszym powodem ograniczenia ruchów klatki piersiowej są bóle neuralgiczne. Lekkie postaci skrzywień kręgosłupa, o ile można sądzić z kilku przypadków, przez nas obserwowanych, wpływu na zmiany ruchów oddechowych nie wywierają.

Spróbuję teraz zastanowić się nad przyczynami powstawania ograniczeń ruchów oddechowych ew. t. zw. spóźniania się wdechowego. Owo lokalne ograniczenie ruchów klatki piersiowej możnaby przyjąć jako celową samoobronę ze strony ustroju, który w ten sposób dąży do możliwego unieruchomienia chorej przestrzeni płuca. Według prawa wyprowadzonego przez Tendeloo, lokalne zmniejszenie ruchów oddechowych wywołuje również miejscowe tylko ograniczenie ruchów odnośnego odcinka płuca, i w ten sposób ułatwia mu walkę ze sprawą chorobową. Owo objaśnienie teleologiczne nic nam nie mówi o mechanizmie powstawania tego ograniczenia. Gerhardt stawia zasadę ogólną, że rozszerzalność każdej cząstki klatki piersiowej zależna jest od rozszerzalności najbliższej pod nią leżących części. Ponieważ ta część zmniejsza się zarówno przy świeżych naciekach gruźliczych, jak i przy sprawach wybitnie włóknistych, zatem wszelka sprawa gruźlicza może powodować miejscowe ograniczenie ruchów oddechowych. W każdym jednak razie, im sprawa jest starsza, tem rozszerzalność płuca, a co za tem idzie i miejscowa ekspansja klatki piersiowej staje się mniejszą. W sprawach starszych dołączają się jeszcze zrosty opłucnej, które stanowią zaporę mechaniczną dla wznoszenia się żeber ku górze, które jest istotą aktu oddechowego.

Twierdzenie Gerhardt'a, które opierało się na danych empirycznych, można uzasadnić opracowanem przez Tendeloo prawem wzajemnego oddziaływania wielkości naprężeń płuca i klatki piersiowej. Prawo to wyjaśnia nam bliżej mechanizm powstawania ograniczeń ruchów oddechowych. Gdyby żebra nie były przyłączone do mostka, siła mięśni, działających przy wdechu, miałaby do pokonania tylko siłę ciężenia. Ponieważ jednak żebra przyłączone są do mostka i klatka piersiowa stanowi jedną całość, hermetycznie zamkniętą, to żebra znajdują się w pewnym naprężeniu, zależnem od ciśnienia ujemnego w jamie opłucnej. Wskutek tego siła mięśni wdechowych ma do pokonania jeszcze pewien opór ze strony żeber, którego wielkość zależy od ich elastyczności. Współczynnik zaś elastyczności tem jest większy, im mniejsza jest wielkość naprężenia (Dehnungsgrösse).

Jeżeli przypuścimy, że z obu dwu stron klatki piersiowej działa na jej układ kostny jednakowa siła mięśni wdechowych, to wynik działania tej siły będzie mniejszy tam, gdzie siła napotka większy opór, i odwrotnie. W sprawach gruźliczych, zwłaszcza przewlekłych, długotrwałych, zmniejsza się wielkość naprężenia chorego odcinka płuca, a co za tem idzie, powiększa naprężenie sąsiedniego odcinka klatki piersiowej; zwiększenie zaś naprężenia klatki piersiowej pociąga za sobą zmniejszenie jej elastyczności, a z niem zwiększenie oporu, stawianego sile mięśniowej—i ta siła po stronie chorej wywołuje mniejsze ruchy klatki piersiowej.

Ograniczenie ruchów wdechowych jest jeszcze większe wtedy, gdy mięśnie odnośnego odcinka klatki piersiowej, co jak zobaczymy dalej, w sprawach przewlekłych jest zjawiskiem stałem, ulegają zanikowi; wtedy bowiem zmniejsza się również siła mięśni wdechowych, a co za tem idzie, zmniejszy się również wynik jej działania.

Co się tyczy zwłaszcza świeżych przypadków, to bardzo jest prawdopodobne, że chore płuco w samoobronie własnej wywołuje odruchowo, za pośrednic-

twem rdzenia kręgowego, zmniejszenie działania wdechowego mięśni, ażeby wywołać w ten sposób pewne unieruchomienie chorego odcinka.

W tych przypadkach, gdzie wystąpiło zwapnienie chrząstek żebrowych, zmniejsza się ich elastyczność, a zato zwiększa opór, stawiany sile mięśni wdechowych.

Pottenger, który usiłuje miejscowym stałym skurczem mięśni objaśnić najróżnorodniejsze zjawiska, stara się uzależnić t. zw. spóźnianie się klatki piersiowej, czyli omawiane przez nas ograniczenie ruchów oddechowych, również od tego skurczu. Nie zaprzecza on wprawdzie zmian elastyczności chorego płuca, ale w przypadkach świeżych uważa tę przyczynę za niedostateczną. Według niego skurcz toniczny mięśni pochyłych i mostkowoobojczykowo-sutkowych, występujący już w bardzo wczesnym okresie gruźlicy płucnej, ma podnosić do góry i unieruchomić górną część mostka, a tem samem zmniejszać ruchomość pierwszych żeber. Następnie zaś w przypisku, dodanym już widocznie po wydrukowaniu, Pottenger dodaje, że przy spóźnianiu oddechem całej strony klatki piersiowej główną rolę odgrywa zmniejszenie ruchu przepony po stronie chorej, które zwykle spostrzega się już we wczesnym okresie gruźlicy.

Miejscowe skurcze toniczne mięśni rzeczywiście obserwujemy — i są one bardzo intensywne w sprawach świeżych. Nie można zaprzeczyć, że przy takim stałym skurczu grupy mięśni utrudniona jest ich ruchomość. Analogiczne zjawisko spostrzegamy przy zwiększeniach napięcia mięśni gdzieindziej, np. na kończynach. Sądzę zatem, że skurcze stałe mięśni można również postawić w szeregu przyczyn, wywołujących ograniczenie ruchów oddechowych klatki piersiowej.

Napięcie mięśniowe w gruźlicy płucnej.

Wspominany już Pottenger opisał przed paru laty zauważony przezeń objaw, polegający na tem, że mięśnie klatki piersiowej i szyi, znajdujące się w okolicy części płuca, zajętej przez gruźlicę lub inną sprawę płucną, znajdują się w stanie zwiększonego napięcia. Owo zwiększone napięcie objawia się dwojako: w sprawach świeżych, ostrych, występuje on w postaci skurczu stałego, w sprawach zaś starszych, przewlekłych w postaci stwardnienia mięśni, połączonego ze zmianami patologicznymi istoty mięśniowej.

W dostępnej dla mnie literaturze nie znalazłem wzmianki o tem, żeby ktokolwiek przed Pottengerem zwrócił uwagę na objaw pomieniony. Jest to tem dziwniejsze, że z chwilą, gdy się choć cokolwiek wyrobiło zmysł dotyku i wzroku pod tym względem, objaw skurczu mięśniowego ponad ogniskami chorobowemi staje się czemś tak wyraźnem, tak uderzającym, że człowiek dziwi się, w jaki sposób mógł dawniej nie zdawać sobie z tego sprawy. Wprawdzie, jak wzmiankowałem, już Skoda, a za nim inni zwracali uwagę na uczucie pewnej rezystencji pod palcem, używanym przy perkusyi jako plesymetr — ale nie zdawano sobie sprawy, że jednym z pierwiastków, wywołujących to uczucie, jest skurcz mięśniowy. Przy chorobach trzew brzusznych już dawno nauczono się cenić objaw lokalnych

skurczów mięśniowych; klasyczną pracę w tym względzie wydał Mackenzie. W pracy tej znajdują bardzo szerokie uwzględnienie zmiany mięśniowe, czyli t. zw. przez autora „odruchy trzewnoruchowe“ w rozmaitych chorobach trzew brzusznych oraz serca — gdy o skurczu mięśni w chorobach płuc wzmianki nie znajdujemy. Jest jednak rzeczą bardzo prawdopodobną, że może twierdzenia Mackenzie'go i objaśniające je hipotezy, posiadające wszelkie cechy prawdopodobieństwa, dały asumpt Pottengerowi do poszukiwania analogicznych objawów w chorobach płucnych.

Jaką zresztą drogą Pottenger doszedł do swego odkrycia, jest rzeczą obojętną. Faktem jest, że opisane przezeń zjawisko posiada pierwszorzędą wartość kliniczną, pozwala bowiem na wyciąganie wniosków o dynamice sprawy płucnej, gdy objawy, opisane poprzednio, określały tylko zajęte przez nią terytoryum oraz do pewnego stopnia czas jej trwania.

Zwiększone napięcie mięśniowe odpowiada co do umiejscowienia obszarowi płuc, zajętemu przez daną sprawę. Nie są niem objęte pewne grupy mięśni, lecz w ogólności istota mięśniowa na pewnej przestrzeni, a zatem zdarza się, że np. górna część mięśni piersiowych lub kapturowego znajduje się w stanie skurczu stałego, gdy dolne części tych samych mięśni posiadają napięcie normalne. Przy ogniskach chorobowych, umiejscowionych więcej wentralnie, skurczowi ulegają przeważnie mięśnie przedniej strony klatki piersiowej, przy sprawach zaś przeważnie dorsalnych mamy skurcze mięśni tylnych. Napięcie mięśniowe nie jest stale jednakowe: zachodzą tu rozmaite stopniowania: gdy w jednych przypadkach wyczuwa się bardzo wybitny skurcz mięśniowy, w innych odnajduje się go z pewną trudnością. Zależy to od stopnia czynności danej sprawy. Wyrobiony dotyk potrafi też odróżnić elastyczny skurcz toniczny w sprawach świeżych od mniej elastycznego, skórzastego stwardnienia mięśni w sprawach przewlekłych.

Ażebym uniknąć omyłek przy badaniu, trzeba chorego posadzić w wygodnej pozycji, przy której wszystkie mięśnie byłyby możliwie rozluźnione. Chory powinien oddychać spokojnie i nie podnosić głowy do góry. Rozpoczyna się badanie od mięśni szyjowych. Mostkowo obojczykowoosutkowe wałkuje się pomiędzy wielkim i wskazującym palcem. Po stronie chorej uczuwa się grubszy i więcej napięty wałek, niż po zdrowej. Na inne mięśnie, np. na pochyłe i piersiowe, wreszcie wszystkie mięśnie strony tylnej wywiera się ucisk. Piersiowe można jeszcze badać w ten sposób, że unosi się ku górze przednią fałdę pachową. Przy badaniu mięśni międzyżebrowych usiłujemy wgniatać palec w odnośne przestrzenie między żebrami. Po krótkiej wprawie można się łatwo nauczyć odróżniać nawet lekkie zmiany rezytencji mięśniowej. Odróżnienie prostego skurczu mięśniowego od zwyrodnieniowego stwardnienia mięśni udaje się z wszelką pewnością tylko w przypadkach wybitnych.

W mięśniach, które uległy zwyrodnieniu, Pottenger wykrył zmiany anatomoopatologiczne.

Umiejscowienie skurczów oraz stwardnień mięśniowych odpowiada tak ściśle lokalizacji sprawy płucnej, że na ich zasadzie można sobie stworzyć pojęcie o terytoryum, przez nią zajętem. Ważniejszą jednak jest możliwość wnioskowania

z ich obecności lub braku, a także z mniejszej lub większej intensywności ich występowania o tem, czy mamy do czynienia ze sprawą mniej lub więcej czynną, czy też wygasłą.

Zwrócimy się do naszego materiału. W danym razie, ażeby mózdz dojść do jakichkolwiek wniosków, musimy zaniechać podziału na okresy i szeregować nie całkowite przypadki, lecz sprawy gruźlicze w każdym płucu oddzielnie, a to z tego powodu, że w jednym i tym samym przypadku możemy mieć w jednym płucu sprawę mniej lub więcej czynną, w drugim wygasłą, lub też świeżo rozpoczętą, początkową. Wogóle sprawy płucne podzielimy na następujące kategorie: sprawy czynne ostre i przewlekłe, sprawy wygasłe oraz wygasłe obostrzone. Wśród spraw przewlekłych rozróżniać będziemy świeże, początkowe, oraz starsze. Bez wątpienia w podziale takim nie może nie być pewnej dozy subiektywizmu, albowiem nasze środki rozpoznawcze w gruźlicy płuc dalekie są od ścisłości matematycznej — niemniej jednak przy pewnej rutynie o charakterze każdej sprawy można sobie wyrobić pojęcie. Przy obliczeniach statystycznych brać będę w rachubę tylko obecność lub brak zwiększonego napięcia mięśniowego bez rozróżnienia jego stopnia i charakteru.

	Stwierdzono wzmożone napięcie mięśniowe	Nie stwierdzono wzmoż. napięcia mięśni.
Sprawy czynne: { Ostre	2 razy	—
Przewlekłe świeże	133 „	10 razy
Przewlekłe starsze	206 „	100 „
Sprawy wygasłe	—	22 „
Sprawy wygasłe obostrzone	5 „	—

Pomijając 2 przypadki ostrej gruźlicy, jako liczbę zbyt niedostateczną do wyciągania jakichkolwiek wniosków (nawiasem mówiąc w obu przypadkach skurcz stały był bardzo wybitny), z reszty możemy dojść do pewnej konkluzji. A mianowicie: w sprawach świeżo powstałych spostrzegamy wzmożone napięcie mięśniowe prawie zawsze, bo w 93% przypadków, gdy w sprawach, które mogliśmy uważać jako wygasłe, zabliznione — żadnego wzmożenia napięcia mięśniowego nie spostrzeżliśmy. Pomiędzy tymi krańcami istnieje szereg spraw długotrwałych, przewlekłych, przy których występują zmiany napięcia mięśniowego w 67% wszystkich przypadków.

Do liczby spraw czynnych świeżych zaliczyłem zarówno początkową, pierwotną gruźlicę płucną, jak i sprawy świeżo powstałe w drugim płucu przy istnjącem zajęciu pierwszego. Jak to już podawałem przy poprzednich wyliczeniach, przypadków początkowej gruźlicy naliczyliśmy 24. We wszystkich tych przypadkach bez wyjątku stwierdziliśmy wybitne wzmożenie napięcia mięśni w postaci bardzo wyraźnego skurczu stałego. Taki silny, wybitny skurcz mięśniowy spotykamy niemal wyłącznie w sprawach początkowych, póki mięśnie nie zżyły się jesz-

cze z działającym na nie bodźcem i reagują nań z całą energią. Wraz z posuwaniem się sprawy cały wogóle układ mięśniowy słabnie; w szczególności zaś mięśnie, znajdujące się w obrębie sprawy płucnej, podlegają zwyrodnieniu i zanikowi. Toteż w przypadkach spraw długotrwałych napięcie mięśniowe mniej jest wybitne, a nawet w $\frac{2}{3}$ przypadków wcale stwierdzić go się nie udaje. Są to niemal bez wyjątku sprawy wybitnie włókniste, o bardzo przewlekłym, łagodnym przebiegu, sprawy, których nazwać, wygasłemi nie można, bo są jeszcze czynne, aczkolwiek w bardzo nieznacznym stopniu. W takich sprawach bodźce, pochodzące z chorego płuca, są zbyt słabe, ażeby mogły wywołać wyraźne zmiany napięcia mięśni. Przytem mięśnie w takich właśnie przypadkach ulegają wybitnemu zanikowi i zwyrodnieniu, co musi zmniejszać ich pobudliwość.

Reasumując w krótkości wywody powyższe, możemy powiedzieć ogólnie, że im sprawy są więcej czynne i świeższe, tem częściej charakteryzuje je wzmożone napięcie odnośnych mięśni i tem jest ono wybitniejsze.

Przyczynę powstawania skurczu tonicznego mięśni Pottenger widzi w odruchu podrażnieniu odnośnych ośrodków nerwowych w rdzeniu kręgowym, analogicznie do hipotezy Mackenzie'go, tyczącej się serca i trzew brzusznych. Impuls drażniący zostaje przeprowadzony z chorego miejsca płuca do rdzenia i tam, działając w pewnym promieniu, przechodzi na sąsiednie ośrodki motoryczne, które dają początek nerwom, zarządzającym odnośnymi mięśniami. Po tych nerwach podrażnienie przechodzi na mięśnie i wywołuje wzmożenie ich napięcia. Co się tyczy stwardnienia mięśni w sprawach przewlekłych, długotrwałych, ze zwyrodnieniem włókien mięsnych — jest to według P. prawdopodobnie wynik stałego drażnienia mięśni i utrzymywania ich w stanie przewlekłego skurczu.

Hipoteza o odruchu pochodzeniu skurczów mięśniowych wydaje się Pottengerowi racjonalniejszą, niż przypuszczenie, że wzmożenie napięcia jest skutkiem bezpośredniego drażnienia mięśni przez jady, wydzielane przez chore płuco i przesiąkające aż do mięśni drogą dyfuzji. To ostatnie objaśnienie wydaje mi się mało prawdopodobnem, gdyż np. bardzo często spostrzegamy wybitny skurcz mięśni nad i podgrzebieniowych na łopatce—trudno zaś przypuścić, żeby dyfuzyja jadu gruźliczego odbywała się z taką energią, żeby on drogą bezpośrednią mógł przejść przez całą ścianę klatki piersiowej, następnie zaś jeszcze przez warstwę kości łopatkowej.

Hart twierdzi, że zwiększone napięcie mięśniowe widuje się nie tylko u chorych na gruźlicę, lecz również u usposobionych do gruźlicy — a zatem nie można go uważać za objaw różniczkowo-rozpoznawczy gruźlicy płucnej. Według Harta owo zwiększone napięcie mięśniowe jest skutkiem miejscowego utrudnienia oddechu, będącego wyrazem t. zw. mechanicznej dyspozycji do gruźlicy. Hart wyraża się również sceptycznie o badaniach anatomopatologicznych Pottengera i nie do-wierza stwierdzonemu przezeń zwyrodnieniu tkanki mięśniowej.

Z teorią Harta o mechanicznem powstawaniu skurczów mięśniowych trudno się zgodzić. Utrudnienie oddechu powinny wywoływać przeważnie zwiększenie czynności mięśni przednich, zarówno szyjowych jak i innych. Mniej zaś brałyby w niem udział: mięsień kapturowy, dźwigacze łopatki oraz równoległoboczne. Gdy

się jednak widzi przypadki świeże, o podobnym przebiegu, w których sprawa gruźlicza umiejscowiona jest przeważnie od tyłu i wyczuje ów wybitny skurcz wyliczonych mięśni grzbietowych, gdy się stwierdzi izolowane skurcze mięśni między łopatką a kręgosłupem przy obrzmieniu gruchołów oskrzelowych, gdy się widzi i to nieraz, że mięśnie piersiowe są jakby linią poziomą przedzielone na dwie połowy: górną tonicznie skurczoną, dolną zaś normalną — nie można uznać mechanicznej teorii Harta za racjonalną. Nie można bowiem wyobrazić sobie, żeby przy wzmożeniu funkcji tylko część danego mięśnia kurczyła się, druga zaś część pozostawała w spokoju.

Kliniczne znaczenie zwiększonego napięcia mięśniowego potwierdza Wolff-Eisner. Powiada on: „komu raz zademonstrowano ostry skurcz mięśniowy nad chorym szczytem i dano sposobność porównania tego skurczu z uczuciem oporu, jaki okazują te same mięśnie przy przewlekłych suchotach włóknistych, ten wątpić nie będzie, że ma przed sobą bardzo ważny pod względem rozpoznawczym i nadzwyczaj wartościowy objaw.“

O ile powyższemu orzeczeniu Wolff-Eisner'a przyznać trzeba słuszność zupełną, o tyle znów niezawsze można się zgodzić z Pottengerem, który, uważając skurcz mięśniowy za sprawę pierwotną, chce nim objaśnić najrozmaitsze zjawiska. Poprzednio już, gdy była mowa o zapadnięciu klatki piersiowej z ograniczeniem ruchów oddechowych, wspomniałem, w jaki sposób Pottenger uzależnia ich powstawanie wyłącznie od skurczów mięśniowych, i co o tem sądzić należy. W owych sprawach udział skurczu mięśniowego, jako czynnika przyczynowego, był bardzo prawdopodobny. Żeby jednak, jak chce Pottenger, owe zmiany mięśniowe zwł. m. pochyłych, były jedną z przyczyn zmian opisanych przez Freund'a i Rotschild'a, mianowicie: zwapnienia chrząstki pierwszego żebra i skrócenia tegoż, zeszywnienia stawu żebrowo-mostkowego oraz zmniejszenia ruchów stawu rękodośćmostkowego — trudno przypuścić. Dowodzenia Pottengera opierają się tutaj na bardzo kruchej podstawie i nie wytrzymują słusznej krytyki Harta.

Zgodzić się natomiast można, że zwiększone napięcie mięśni w tych miejscach, gdzie one leżą grubą warstwą, może przyczynić się do wzmożenia tonu przy opukiwaniu, gdyż mięsień w stanie skurczu daje wyższy ton opukowy, niż mięsień rozluźniony. Ma to swoje znaczenie, zwłaszcza przy rozpoznawaniu spraw początkowych, przy których ogniska gruźlicze są małe i niewiele przyczyniają się do zmiany tonu opukowego, skurcze zaś mięśniowe są względnie wybitne i wzmagają różnicę opukową. W późniejszych okresach stosunek udziału mięśni i zmian płucnych w zmianie tonu opukowego zmienia się kardynalnie: wobec obszernych zmian w płucach stwardnienie mięśni nie może przy opukiwaniu odgrywać jakiegokolwiek roli.

Nawet na zmianę szmerów wysłuchowych ma, według P., oddziaływać skurcz mięśniowy. Twierdzi on, że szmer oddechowy ponad mięśniem rozluźnionym jest miękki i chuchający (hauchig), gdy zaś ów mięsień jest w stanie skurczu, oddech zmienia swój charakter i staje się więcej chropawy, ostrzejszy, a wydech wydłuża się. Potwierdzić tego nie mogę.

Miejscowe zaniki mięśniowe.

W późnych okresach gruźlicy płucnej występuje zanik ogólny całego układu mięśniowego. Zanik ten, jako objaw bijący w oczy, był znany jeszcze starożytnym badaczom. Oprócz tego zaniku, który wraz z zanikiem tkanki tłuszczowej dał asumpt do nazwania gruźlicy suchotami, znamy jeszcze częściowe zaniki mięśni, umiejscowionych w obrębie chorej części płuca. Pierwszą wzmiankę o zanikach tego rodzaju znalazłem u autorów francuskich: Hérard'a, Cornil'a, Hanot'a oraz Darremberg'a. W ostatnich latach nieco obszerniej traktowali tę kwestyę Jessen, Fischer i Pottenger.

Owe zaniki mięśniowe rozpoznajemy zwłaszcza na mięśniach szyjowych oraz mięśniach górnej połowy klatki piersiowej. Zanik mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego rozpoznaje się najlepiej dotykowo w postaci zwiotczenia tego mięśnia. Zanik mięśni pochyłych uwydatnia jamę nadobojczykową. Zanik mięśni piersiowych stwierdzamy głównie wzrokiem przez porównanie ze stroną przeciwną. Z tyłu zanik mięśnia kapturowego uwydatnia zazwyczaj lekka bródka, idąca od ostatniego kręgu karkowego w bok i nieco ku dołowi, przytem zanik mięśnia i mięśni nadgrzebieniowych i podgrzebieniowych uwydatnia zarysy łopatki. Ponieważ mięśnie prawej strony zwykle są nieco więcej i ozwinięte niż po lewej stronie, zatem zaniki prawostronne występują wyraźniej niż lewostronne. Czasami zaniki mięśniowe połączone są z jednoczesnym zanikiem skóry, która staje się wtedy cienką i bladą z odcieniem sinawym. Owe zaniki skórne widuje się tylko z przodu, w górnym odcinku klatki piersiowej. Zaniki mięśniowe występują równolegle z postępem sprawy płucnej, a zatem rozpoczynają się ponad szczytem płucnym i następnie rozszerzają w kierunku ku dołowi. Zaniki mięśniowe mogą nie występować jednocześnie z przodu i z tyłu: np. przy umiejscowieniu sprawy przeważnie w grzbietowej części płuca stwierdzimy je z tyłu, a z przodu może ich brakować. Może też być odwrotnie. Pottenger uważa zaniki za jeden z objawów zwyrodnienia mięśniowego i twierdzi, że rozpoznać taki mięsień można po tem, że pęczki włókien mięśniowych wyczuwa się jako oddzielne, mniej elastyczne, a więcej ciastowate waleczki. Na zasadzie moich obserwacji nie mogę się z tem zgodzić w zupełności. Wprawdzie owo odróżnianie oddzielnych pęczków włókien przy ugniataniu mięśni udaje się często przy zanikach mięśniowych, nie jest jednak ich kardynalną oznaką. Z drugiej zaś strony objaw ten występuje również u osobników zdrowych, lecz chudych i posiadających wiotkie mięśnie.

Ponieważ łopatka opiera się i wisi na mięśniach, zatem zanik tych ostatnich wywołuje zmianę jej pozycji wprost przeciwną do zmian, wywołanych przez skurcz mięśniowy. A zatem przy zaniku i zwiotczeniu mięśni, pociągających ją ku górze, łopatka opada ku dołowi. Zanik dolnej części mięśnia kapturowego i równoległobocznych odsuwa brzeg środkowy łopatki od kręgosłupa i odchyła go od klatki piersiowej — otrzymujemy t. zw. łopatkę skrzydlatą. Wybitne zmiany pozycji łopatki otrzymujemy zwłaszcza wtedy, gdy pewne grupy mięśniowe ulegają zanikowi, przeciwnicze zaś mięśnie znajdują się w stanie skurczu; te ostatnie bowiem pociągają łopatkę w kierunku swego działania i uwydatniają tem bardziej jej pozycy-

cyę, będącą przejawem zaników. Bardzo charakterystyczny widok mamy wtedy, gdy mięśnie, przyczepione do górnej połowy jednej łopatki, ulegają zanikowi, a jednocześnie też same mięśnie po drugiej stronie znajdują się w stanie skurczu. Wtedy jedna łopatka jest opuszczona ku dołowi, druga zaś podciągnięta ku górze. Kombinację taką spostrzega się bardzo często: zachodzi ona wtedy, gdy w jednym szczycie mamy starą sprawę, w drugim zaś świeżą.

Trudności rozpoznawcze mogą się zdarzać u osób z bardzo rozwiniętą podściółką tłuszczową; otyłość nie jest jednak bezwzględną przeszkodą do rozpoznania zaników, gdyż czasem nawet przy znacznej warstwie podskórnej tkanki tłuszczowej udaje się zarówno wzrokiem, jak i dotykiem stwierdzić zmniejszenie objętości i zwiótczenie mięśni.

Spostrzeżenia nasze rozbijemy na podobne grupy, jak to uczyniliśmy przy roztrząsaniu kwesy wzmoczonego napięcia mięśniowego.

	Stwierdzono zaniki mięśniowe.	Brak zaników mięśniowych.
Sprawy czynne: { Ostre	—	2 razy
Przewlekłe świeże	11 razy	132 "
Przewlekłe starsze	182 "	124 "
Sprawy wygasłe	18 "	4 "
" " obostrzone	4 "	1 "

Jeżeli tablicę powyższą porównamy z poprzednią, przekonamy się, że stosunki liczbowe są w nich wręcz odwrotne. Świadczy to, że w sprawach, gdzie występuje wzmoczone napięcie mięśniowe, rzadziej spostrzega się zaniki, i odwrotnie. Gdy bowiem wzmoczone napięcie mięśniowe towarzyszy przeważnie sprawom czynnym i świeżo powstałym, zaniki mięśniowe, które potrzebują czasu na swoje wystąpienie, są wskaźnikami spraw długotrwałych i powstają ze szczególną predylekcyą przy sprawach wybitnie włóknistych, o łagodnym, lecz bardzo przewlekłym przebiegu; a zatem stwierdzenie zaników mięśniowych pozwala nam na wytworzenie pewnego ogólnikowego pojęcia o chronologii danej sprawy.

Genezę powstawania zaników mięśniowych różni różnie tłómaczą. Jedni, jak Fischer, chcą w tem widzieć działanie toksyczne jadu gruźliczego, przenikającego drogą dyfuzji przez otaczające tkanki i nasycającego napotkane mięśnie. Hipoteza powyższa z tych samych powodów, które już podałem przy omawianiu skurczów mięśniowych, wydaje się być mało prawdopodobną. Zdaje się, że racjonalniejszym będzie objaśnienie powstawania zaników drogą nerwową. Już w podręczniku Hérard'a, Cornil'a i Hanot'a wyrażane jest przypuszczenie, że przyczyną zaników mięśniowych musi być rodzaj wpływu odruchowego, pochodzącego z miejsc chorych i wywołującego zaburzenia w odżywianiu mięśni. Jessen (cyt. u Pottengera) przypuszcza, że zaniki są skutkiem

ukrytego zapalenia nerwów, regulujących odżywienie i napięcie odnośnych mięśni. Owo zapalenie zaś nerwu powstawać ma drogą zwrotną przez impuls, idący od chorego płuca do rdzenia kręgowego, a stamtąd do mięśnia. Przy puszczeniu co do powstawania zaników drogą odruchową zdaje się lepiej rozwiązywać kwestyę ich genezy, niż teoria toksyczna. Nie wiem tylko, po co Jessen wprowadza do swego objaśnienia nadzwyczaj hipotetyczną niewiadomą w postaci owego „ukrytego zapalenia nerwu“, którego ani on ani nikt inny nie stwierdził. Znacznie prostszem jest objaśnienie Pottengera, który również jest zwolennikiem teorii odruchowej. Według niego zwyrodnienie i zanik mięśni są wynikiem długotrwałego stałego skurczu, powstającego drogą zwrotną; występuje tu to samo zjawisko, które spostrzegamy przy długotrwałej nadmiernej pracy mięśnia: skutek przemęczenia komórek mięśniowych rozkład materii komórkowej następuje szybciej, niż jej przyswajanie: w rezultacie otrzymujemy zwyrodnienie mięśni oraz, w dalszej konsekwencji, ich zaniki. Ten rodzaj zaników mięśni wskutek przepracowania spostrzegamy np. u kowali, wskutek nadmiernej pracy mięśni ramienia.

Zdaje się, że objaśnienie Pottengera będzie bliższem prawdy niż teoria toksyczna. W przypadkach, które miałem pod okiem dłuższy czas, zanik mięśni wytwarzał się pod mojem okiem z pierwotnych skurczów mięśniowych. W przypadkach, gdzie sprawa powoli postępuje od góry do dołu, możemy spostrzedz powolne przejście od skurczu w dolnych mięśniach do zaniku ku górze.

Lekkie macanie dotykowe (*Light touch palpation*).

Pod tą nazwą Pottenger opisał sposób badania, którego zasada, jak sam przyznaje, znana jest lekarzom od czasu wprowadzenia do badań lekarskich macania i opukiwania. Właściwie już perkusya, proponowana przez Auenbruggers'a, była raczej opukiwaniem, połączonem z macaniem, polega bowiem na opukiwaniu brzuściami lekko zgiętych palców bez podkładania palca drugiej ręki lub plesymetru. Ten sposób opukiwania, trochę zmodyfikowany, gorąco polecał Ebstein pod nazwą perkusyi palpacyjnej. Zwracano wreszcie uwagę na uczucie oporu, jakiego doznaje palec perkutujący, i na tem słusznie wielu badaczyw opierało swoje twierdzenie o wyższości palca przy opukiwaniu nad młotkiem. U Sahli'ego znajdujemy już wyraźną wzmiankę, że ponad wysiękami płucnymi oraz rozmaitymi naciekami w płucach możemy stwierdzić macaniem wzmoczony opór. Nie przeszkadza to jednak temuż Sahli'emu na podzielenie zdania Moritz'a (cyt. u Sahli), który na zasadzie doświadczeń opukowych ze starannie zatkanemi uszami i podczas hałasu, zubożającego resztę wrażeń słuchowych, jakoby pomimo zatkania uszu, dojsć do nich mogła, zaprzecza stanowczo temu, żeby podczas perkusyi otrzymywało się jednocześnie ze słuchowemi jakiegokolwiek wrażenia dotykowe.

Nie mniej jednak zasługą Pottengera jest wyodrębnienie i bliższe określenie tego uczucia oporu, a także opracowanie metody dokładnego badania.

Sposób badania wskazuje już nazwa, którą autor ochrzcił swoją metodę. Badanie polega na tem, że przez lekkie odrywane dotykanie skóry brzuścami palców, tak lekkie, że daje zaledwie wrażenie powierzchni, możemy określać granice organów lub tworów patologicznych, leżących mniej lub więcej głęboko pod powierzchnią ciała, o ile ciała te posiadają inną spistość, niż otaczające je tkanki. W ten sposób możemy określać granice serca, wątroby, napelnionego żołądka, guzów w brzuchu i śródpiersiu, nacieków w płucach, wysięków opłucnej i otrzewnej i t. p.

Badanie to wymaga dużej wprawy, gdyż tylko przez systematyczne próby można sobie zdać sprawę z uczucia oporu, jaki uczuwamy pod palcami, gdy, rozpoczynszy macanie na zewnątrz od danego ciała, zbliżamy się do niego powoli i wreszcie natrafiamy na jego granice.

Ponieważ zarysy kości dadzą się również określać przy pomocy lekkiego macania dotykowego, zatem chcąc oznaczyć granice ciała, leżącego w głębi, trzeba macać po powierzchni możliwie jednostajnej. Tyczy się to zwłaszcza klatki piersiowej, gdzie powinniśmy wykonywać badanie wyłącznie wzdłuż międzyżebry lub też tylko wzdłuż żeber.

Najlepiej rozpoczynać macanie na zewnątrz od danego organu i stopniowo przybliżać się do jego granic. Z chwilą dojścia do brzegu danego ciała doznajemy uczucia pewnego wzmoczonego oporu.

Palce, wykonywające macanie, nie powinny być przesuwane zbyt szybko z miejsca na miejsce, gdyż trzeba pewnego czasu na percepcję swoistego wrażenia oporu. Niezbędne jest przytem, wobec delikatności osiąganego wrażenia, silne skupienie uwagi.

Opisaną metodę badania wypróbowałem i przekonałem się, że w rzeczy samej można przy pomocy dotyku określić granice takich organów, jak serce i wątroba, nie gorzej, niż za pomocą innych metod fizykalnych, np. opukiwania granicznego (*Schwellenwertpercussion*) Goldscheide'ra. Wyrazistości osiąganego wrażenia sprzyja znaczna różnica pomiędzy spistością płuca i omawianych organów. Górną granicę wątroby nieco trudniej określić, gdyż jej brzeg górny jest oddzielony grubą warstwą płuca. Co się tyczy innych tworów, między innymi obchodzących nas w danym razie spraw gruczliczych w płucach, — tu *light touch palpation* daleko mniejsze może mieć zastosowanie. Granice sprawy gruczliczej są zbyt nieokreślone: tkanka chora powoli, stopniowo przechodzi w tkankę zdrową, a zatem trudno jest przy nadzwyczaj delikatnej różnicy wrażenia dotykowego ponad tkankami zdrowymi i choremi uchwycić linię, gdzie się kończy jedno wrażenie, a zaczyna drugie. Pozostaje nam właściwie tylko porównywanie symetrycznych miejsc klatki piersiowej.

Otrzymywane tą drogą wrażenia dotykowe składają się właściwie z sumy dwu wrażeń: po części z uczucia oporu, jaki daje zgęszczenie gruczlicze płuca, po części zaś z uczucia oporu, jaki daje znajdująca się tuż pod palcem warstwa mięśni: mięśnie zaś dają tem większe wrażenie oporu przy lekkim macaniu, im większe jest ich napięcie. Ponieważ przy gruczlicy płucnej mięśnie znajdują się przeważnie w stanie wzmoczonego napięcia, więc uwydatniają one, w stopniu

nierz bardzo znacznym, wrażenie dotykowe, wywołane przez sprawę płucną. W sprawach świeżych, ostrych lub podostrych, gdzie ogniska gruźlicze są niewielkie i oddzielone od powierzchni grubą warstwą zdrowej tkanki płucnej, mięśnie zazwyczaj znajdują się w stanie silnego skurczu. W takich przypadkach ognisko płucne prawdopodobnie nie dałoby się wyczuć przy pomocy lekkiego macania; niemal całkowite wrażenie, które się w tych razach otrzymuje przy lekkim macaniu, trzeba złożyć na karb skurczu mięśniowego. Mniejsza zresztą o to, jaką drogą powstaje wrażenie dotykowe w sprawach początkowych; najważniejsze jest to, że jest ono w tych przypadkach bardzo wyraźne, wyraźniejsze, niż w sprawach starszych, przewlekłych. Wrażenie dotykowe w sprawach początkowych uwydatnia jeszcze kontrast pomiędzy stroną chorą a zdrową, gdyż przy sprawach starszych, przewlekłych, i drugie płuco również jest mniej lub więcej zajęte. Jeżeli zaś, co się często zdarza, jedno płuco jest silnie zajęte sprawą starą przewlekłą, w drugim zaś mamy do czynienia z lekką i ograniczoną sprawą, lecz świeżą, to wybitne wrażenie przy macaniu mieć będziemy po stronie tej ostatniej, gdyż po stronie sprawy starej mamy zanik mięśniowy, po stronie świeżej zaś ostry wybitny skurcz mięśniowy. Wskutek tego w gruźlicy płucnej opór przy lekkim macaniu metodą Pottengera przeważnie towarzyszy skurczom i stwardnieniom mięśniowym.

To przypuszczenie potwierdzają w zupełności nasze spostrzeżenia. Na 346 razy, w których stwierdzone zostało napięcie mięśniowe, w 245 zauważyliśmy jednocześnie pewien opór przy *light touch palpation*, w 100 zaś nie udało się go stwierdzić. Co się zaś tyczy 132 przypadków, gdzie stwardnienia mięśniowego nie zauważyliśmy, opór przy lekkim macaniu udało się stwierdzić tylko w 21 przypadkach.

	Stwierdzono uczucie oporu przy macaniu	Nie stwierdzono uczucia oporu.
Sprawy czynne: {		
Ostre	2 razy	—
Przewlekłe	86 „	57 razy
Przewlekłe starsze	157 „	149 „
Sprawy wygasłe	5 „	18 „
Sprawy wygasłe obostrzone	4 „	1 „

Jak to uwidocznia powyższy rozrachunek, stwierdzenie oporu przy macaniu daje nam niemal to samo pojęcie o sprawie płucnej, co i wzmożone napięcie mięśniowe. Orientacja jednak przy lekkim macaniu dotykowym jest znacznie trudniejsza, niż przy stwierdzaniu skurczów i zaników mięśniowych. A zatem *light touch palpation* Pottengera nie posiada wybitnego samodzielnego znaczenia w rozpoznawaniu gruźlicy płucnej—i może służyć tylko jako sprawdzian przy badaniu napięcia mięśniowego.

Przyczynę powstania wrażenia dotykowego przy lekkim macaniu trudno

ujawnić. Pottenger przypuszczał początkowo, że jest to zjawisko odruchowe skórne, polegające na skurczu mięśni prostujących włosy, zarzucił jednak to przypuszczenie, gdyż nie podobna teorią odruchową objaśnić faktu, że wrażenie dotykowe przenosi się na odpowiednie miejsce wraz z przesunięciem danego organu przy zmianie pozycji. Potem okazało się jeszcze, że, aczkolwiek z pewnością trudnością, można przy pomocy lekkiego macania określać granice organów na trupie, gdzie odruchy są zupełnie wyłączone.

Wyniki studyów Pottengera doprowadziły go do wniosku, że nasz zmysł dotyku działa nie tylko na powierzchni ciała, lecz również i na głębokość. Gdyby tak było rzeczywiście, powinniśmy doznawać tego samego wrażenia, co przy *light touch palpation*, również przy spokojnym, lekkim przyłożeniu brzuśców palców do danego miejsca, bez ich odrywania.

Tymczasem odnośnego wrażenia dotykowego doznajemy wtedy tylko, gdy palec lekko odrywamy od skóry. Przy takim wykonywaniu macania brzuśce palców uderzają, aczkolwiek niezmiernie lekko, o powierzchnię skóry. Przy tych lekkich uderzeniach powstawać muszą, jak przypuszczają Pottenger i Runeberg, delikatne drgania, które przenoszą się w głąb badanego ciała, i, zależnie od spoistości warstw głębokich, wywołują w palcach uczucie mniejszego lub większego oporu. Zdaje się, że ta hipoteza będzie najracjonalniejszą.

Rozszerzenie powierzchownych żył skórnych.

Pierwszą wzmiankę o rozszerzeniu powierzchownych żył w sprawach gruźliczych w płucach znalazłem u Turbana, który objaw ten, jako oznakę przewlekłych, włóknistych spraw bardzo podkreśla. Sahli rozróżnia 2 typy rozszerzenia żył: rozszerzenie grubszych żył oraz rozszerzenie delikatnych rozgałęzień żylnych. Zazwyczaj jednak spostrzegamy jedno i drugie jednocześnie.

U naszych chorych objaw ten nie był często notowany. Spostrzegamy go w górnych odcinkach klatki piersiowej najczęściej z przodu, bardzo rzadko z tyłu.

	Rozszerzenie żył stwierdzono	Nie stwierdzono rozszerzenia żył
Sprawy czynne: { Ostre	—	2 razy
{ Przewlekłe świeże	26 razy	117 "
{ Przewlekłe starsze	76 "	230 "
Sprawy wygasłe	2 "	20 "
Sprawy wygasłe obostrzone	1 "	4 "

Widzimy zatem, że tam, gdzie spostrzegamy rozszerzenie żył, mamy do czynienia przeważnie ze sprawami przewlekłymi. Dodać jeszcze mogę, że były

to przeważnie przypadki gruźlicy włóknistej, albo też sprawy zupełnie wygaśnięte, zagojone. Widywaliśmy, jak to wspominałem wyżej, rozszerzenie żył i w świeżych sprawach, lecz tylko wówczas, gdy w drugim płucu była starsza sprawa przewlekła. W gruźlicy początkowej nie spostrzegaliśmy tego objawu ani razu.

Wartość powyższego objawu zmniejsza ta okoliczność, że, aczkolwiek rzadko, widzimy takie rozszerzenia żył z podobnym umiejscowieniem również u osób zdrowych, zwłaszcza u kobiet, które rodziły i karmiły. Nie mniej jednak stwierdzenie rozszerzenia żył powinno zawsze dawać asumpt do jak najszczegółowszego zbadania płuc.

Co się tyczy przyczyny powstawania tych rozgałęzień. Sahli widzi ją w rozwoju pobocznego krwiobiegowego pomiędzy płucem, przyrośniętem do klatki piersiowej, a skórą.

Ja sądzę, że powstanie tych rozszerzeń da się objaśnić jeszcze inną drogą. Naczynia w ogóle, a w szczególności żyły, które posiadają wiotkie ściany, znajdują pewną podporę przeciw nadmiernemu rozszerzaniu się w otaczających tkankach. Naczynia, pozbawione tej podpory, np. ocalałe w jamach płucnych ulegają pod wpływem ciśnienia krwi rozszerzeniu: tworzą się tętniaki, które czasami pękają i wywołują krwotoki.

Zazwyczaj tam, gdzie spostrzegamy miejscowe rozszerzenie żył przy sprawie płucnej, udaje się stwierdzić zaburzenia odżywcze skóry w postaci jej zaniku: staje się ona cieńszą, przeświecającą i sinawą. Można przypuszczać, że skóra zanikła nie daje naczyniom takiego oparcia, jak normalna; toteż, aczkolwiek ciśnienie krwi w żyłach jest niskie, wystarcza ono do rozciągnięcia cienkich, ustępliwych a pozbawionych należytego oparcia otaczającej tkanki ścian żylnych.

* * *

Zrobiłem przegląd ważniejszych objawów, które stwierdzić można wzrokiem i dotykiem, i przy każdym z nich starałem się uwydatnić jego znaczenie praktyczne w rozpoznaniu gruźlicy płucnej. Widzimy, że jedne objawy dają nam pojęcie o umiejscowieniu sprawy, inne o jej długootrwałości, wreszcie mamy i takie, które pozwalają sądzić o charakterze dynamicznym cierpienia płucnego. Na zasadzie materiału klinicznego stwierdziłem, że każdy z omówionych objawów posiada znaczną wartość rozpoznawczą, ale *oddzielnie* wzięty może stać się w pewnej, aczkolwiek nieznacznej liczbie przypadków, powodem omyłki w rozpoznaniu. Wogóle w naszych rozpoznaniach lekarskich na jednym objawie zazwyczaj polegać nie można. Ponieważ jednak rozmaite objawy inspekcyjno-palpacyjne wzajemnie się dopełniają i kontrolują, zatem, o ile dany przypadek gruźlicy płucnej zbadamy dokładnie i krytycznie pod względem wszystkich opisanych zjawisk, to niemal zawsze już przed zastosowaniem innych sposobów badania wytworzymy sobie dość jasne pojęcie o rozległości i charakterze sprawy płucnej.

Dla ilustracji pozwolę sobie przytoczyć parę przykładów.

S. J. lat 25. Objaw barkowy obustronny, prawy bark opuszczony, w obrę-

bie prawego płata górnego zapadnięcie klatki piersiowej i zaniki mięśniowe, w obrębie lewego; bardzo wybitny skurcz mięśni i wyraźne uczucie oporu przy lekkim macaniu; ruchy oddechowe po obu stronach jednakowe. Na zasadzie tylko powyższych objawów stawiamy rozpoznanie przypuszczalne: Sprawa w płucach dwustronna, zajmująca obydwie płaty górne. W prawym płacie górnym stara sprawa wygasła, przypuszczalnie zablizniona, w lewym — świeża gruźlica czynna, o dość ostrym przebiegu.

Badanie przy pomocy wypukiwania i wysłuchiwanie oraz przebieg choroby jak najzupełniej potwierdzają to rozpoznanie. W prawym płacie górnym stwierdziłem: stłumienie, oddech wybitnie zaostrowany, t. zw. bliznowaty, z wydłużonym wydechem; w lewym płacie również stłumienie, lecz oddech pęcherzykowo-oskrzelowy z małą liczbą rzężeń wilgotnych i bronchofonią. W dalszym przebiegu w lewym płacie górnym wystąpiły objawy rozpadowe.

W. W. 1. 22. Objaw barkowy oraz zapadnięcie klatki piersiowej z przodu obustronne, osłabienie ruchów oddechowych większe po lewej stronie; w obrębie prawego płata górnego zaniki, lekkie stwardnienia mięśni z przodu i z tyłu, w obrębie lewego tylko z tyłu wybitny skurcz mięśni i uczucie oporu przy lekkim macaniu.

Przypuszczamy, że sprawa w płucach jest obustronna, lecz z prawej strony mamy cierpienie płuca przewlekłe dawnej daty, z lewej strony zaś z tyłu sprawę świeżą, podostrą. Badanie zwykłymi metodami potwierdza nasze przypuszczenia w zupełności. W prawym płacie górnym z przodu i od tyłu przy opukiwaniu ton wysoki, oddech osłabiony, zaostrowany, po kaszlu mało suchawych średniobańkowych rzężeń. W lewym górnym z przodu bardzo nieznacznie stłumienie, oddech nieco słabszy, chropawy; z tyłu zaś mamy wybitne stłumienie, oddech pęcherzykowo-oskrzelowy z wydłużonym wydechem oskrzelowopęcherzykowym; bez kaszlu mała, po kaszlu średnia liczba drobno i średniobańkowych wilgotnych rzężeń.

B. K. 1. 33. Objaw barkowy obustronny, prawy bark opuszczony. W obrębie prawego górnego płata zapadnięcie klatki piersiowej i dołów nadobojczykowych i podobojczykowych, osłabienie ruchów oddechowych, stwardnienie mięśni z wyraźnym ich zanikiem. W obrębie płata górnego lewego; wybitny skurcz mięśni i wyraźny opór przy lekkim macaniu.

Na zasadzie powyższych danych przypuszczamy, że w prawym płacie górnym mamy do czynienia ze sprawą wygasłą, włóknistą, podgojną, gdy w płacie lewym podejrzujemy sprawę świeżą, czynną, podostrą.

Badanie opukowo-wysłuchowe potwierdza ten pogląd. W prawym płacie górnym stwierdzamy: stłumienie, wdech i wydech wybitnie zaostrowany, (bliznowaty), zupełny brak rzężeń. W lewym płacie górnym stłumienie, oddech pęcherzykowo-oskrzelowy z wydłużonym wydechem, bez kaszlu średnia, po kaszlu znaczna liczba drobno i średniobańkowych rzężeń wilgotnych.

Takich przykładów możnaby przytoczyć mnóstwo. W każdym niemal przypadku oględziny i macanie klatki piersiowej dają nam ogólne pojęcie o rozległości i charakterze sprawy. Nie można też powiedzieć, żeby znaczenie opi-

sanych metod sprowadzało się wyłącznie do kontroli danych, zdobytych inną drogą. Wzmiankowane metody nieraz dają nam pojęcie o charakterze sprawy płucnej tam, gdzie wypukiwanie i wysłuchiwanie do żadnych wniosków nie upoważnia. Wiadomą jest rzeczą, jak nieraz trudno, zwłaszcza u chorych z bardzo powierzchownym oddechem, rozpoznać nawet obszerne sprawy gruźlicze. Wprawne ucho nieraz więcej się domyśla niż wysłuchuje. W takich razach cechy zewnętrzne są tak wyraźne, że nie waham się nieraz uważać je za główne i rozstrzygające w rozpoznaniu, resztę zaś objawów za poboczne i dodatkowe.

W całej pracy niniejszej trzymałem się ściśle w granicach spraw płucnych, gdyż pod tym względem materiał zakładowy dawał mi bogate doświadczenie. Inne sprawy natury gruźliczej, jak np. wysięki opłucnej, które o ile mogłem się przekonać, dają również sporo oznak zewnętrznych, zbyt rzadko się w zakładzie zdarzały, ażeby na ich zasadzie można było już teraz wysnuć wnioski ogólniejsze. Przekonałem się też w paru przypadkach, że nie tylko gruźlica mięszu płucnego, ale również gruczołów oskrzelowych może być rozpoznana na zasadzie objawów zewnętrznych. Wybitnym przykładem może służyć przypadek, spostrzegany w Rudce, dotyczący młodego 8-letniego chłopca; przypadek ten jest ważny z tego względu, że rozpoznanie kliniczne zostało potwierdzone zdjęciami rentgenowskimi. U chłopca tego była duża czworokątna grupa powiększonych gruczołów w okolicy prawej wnęki płucnej. Pomimo, że w samym mięszu płuca ani opukiwaniem ani wysłuchowo nic się stwierdzić nie dało, zauważyliśmy objawy następujące: opuszczenie prawego barku, prawostronne zapadnięcie klatki piersiowej, ograniczenie ruchów oddechowych i objaw barokowy. Powyższe oznaki nie posiadały w sobie jeszcze nic charakterystycznego. Typowymi zato były objawy mięśniowe: na pewnej przestrzeni mięśni piersiowych oraz mięśni, znajdujących się pomiędzy łopatką a kręgosłupem, przestrzeni, która stanowiła jak najdokładniejszą projekcję grupy gruczołów na przednią i tylną ścianę klatki piersiowej, dawał się wyczuć wyraźny skurcz mięśni oraz opór przy macaniu. Na zasadzie wyłącznie tych objawów udało nam się, nie oglądając uprzednio zdjęcia rentgenowskiego, określić z całą dokładnością umiejscowienie i wymiary sprawy gruczołowej.

Z tego widzimy, jak dokładnie odzwierciedlają się na powierzchni klatki piersiowej sprawy chorobowe, umiejscowione w jej wnętrzu. Toteż wprawa w rozpoznawaniu oznak powierzchownych posiada niezaprzeczenie doniosłe znaczenie praktyczne zarówno dla specjalisty chorób płucnych, jak i dla każdego lekarza-praktyka. Jednemu daje ona możliwość wysubtelnienia rozpoznania, drugiemu ułatwia szybką orientację, tak potrzebną zwłaszcza lekarzom ambulatoryjnym, którzy zmuszeni są nieraz do masowych przyjęć chorych w ciągu krótkiego czasu: jeden rzut oka na klatkę piersiową chorego i jej ruchy, jedno dotknięcie mięśni może ich naprowadzić na rozpoznanie sprawy płucnej nawet w przypadkach mało typowych.



IX.

Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO, Z AMBULATORIUM LARYNGOLOGICZNEGO DRA F. ERBRICHA I Z PRACOWNI CHEMICZNO-BAKTERYOLOGICZNEJ SZPITALI WARSZAWSKICH.
(Szpital Św. Ducha).

Leczenie twardzieli autowakcyną

PODALI

J. Brunner i Cz. Jakubowski.

Zaledwie od lat 43-ch znana nam jest twardziel, jako samoistne cierpienie błony śluzowej dróg oddechowych; w roku 1870 Hebra¹⁾ pierwszy opisał szczególne zgrubienie skóry na nosie i w jamach nosowych, wyosobnił to cierpienie z pośród innych spraw podobnych i oznaczył mianem „*rhinoscleroma*“. Wkrótce potem Ganghofner²⁾ wykazał, iż nie jest to jedynie choroba nosa, ale wogóle schorzenie błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych; on też pierwszy wprowadził dzisiejszą ogólną nazwę—scleroma. W 12 lat potem von Frisch³⁾ wykrył w tkance twardzieli nosa i wyhodował prątką twardzieli „*bacillus scleromatis*“. Hodowle zarazka tego dokładnie opisali Paltauf i v. Eisselsberg⁴⁾, oraz Jakowski i Matlakowski⁵⁾.

Choroba ta, jak wiadomo, panuje endemicznie u nas w ziemi Lubelskiej na Chełmszczyźnie, w Grodzieńskim, na Wołyniu, Podolu, w Galicyi Wschodniej (główne siedlisko) i Zachodniej, na Śląsku, dalej w Czechach i na Morawach, na Węgrzech, w Kroacji, Styryi i Krainie, w niektórych prowincjach Prus Wschodnich i Zachodnich. Poza tem twardziel ukazuje się—aczkolwiek rzadko—w Szwajcaryi, we Włoszech południowych, w Hiszpanii, w Egipcie, w Ameryce środkowej. Spotykano wreszcie twardziel i u indów, japończyków i australczyków. Niewątpliwie jednak głównem siedliskiem twardzieli jest Galicya Wschodnia i przylegające doń prowincye—dokąd zawleczona była prawdopodobnie z Azji.

Sprawa twardzieli niezwykle szeroko była omawiana w piśmiennictwie lekarskiem, również i w polskim posiadamy obszerną literaturę, z której zasługują na uwagę rozprawy Sokołowskiego⁶⁾, Jakowskiego i Matlakowskiego⁵⁾,

1) Wiener med. Woch. 1870. № 1.

2) Prager med. Woch. 1878. № 45.

3) Wiener med. Woch. 1882. № 32.

4) Fortschr. der Medicin 1886. № 19 i 20.

5) Gazeta Lekarska 1887. № 45-53

6) Gazeta Lekarska 1889, 1894, 1896. Medycyna 1881.

Pieniążka ⁷⁾, Baurowicza ⁸⁾, Pachońskiego ⁹⁾, Lubliner ¹⁰⁾, Jurasza ¹¹⁾, Polańskiego ¹²⁾, Erbricha, Obalińskiego, Herynga, Meyersona, Srebrnego i w. i.

Pozwolimy sobie przytoczyć pokrótce znane już zresztą główne dane n atomopatologiczne tego cierpienia. Twardziel zaczyna się w błonie śluzowej bujaniem komórek tkanki łącznej; w początkowych okresach komórki te mają formę okrągłą, następnie zaś przechodzą we wrzecionowate, gwiaździste i ostatecznie we włókna, a miękki początkowo naciek przechodzi stopniowo w twardą tkankę włóknistą, przezco powstają rozległe, nieraz promieniste blizny, przypominające blizny syfilityczne. Charakterystycznymi dla twardzieli są tak zwane komórki Mikulicza, t. j. wielkie pęcherzykowate twory z jednym lub kilku jądrami, położonemi na obwodzie z gąbczastą zarodnią i z dużą liczbą prątków. Prawie we wszystkich przypadkach twardzieli spotyka się jednolite masy o formie kulistej, zabarwiające się intensywnie barwikami kwaśnymi, t. zw. kulki szkliste, czyli ciała Reussel'a. Ostatnie badania wykazały, iż ciała te wytwarzają się z czerwonych ciałek krwi.

Nabłonek ponad naciekiem jest albo niezmieniony, albo znacznie zgrubiały, a migawkowy zamieniony na wielowarstwowy płaski. Rzeczywisty rozpad zdarza się tylko na guzach twardzielowych, usadowionych na granicy skóry i błony śluzowej nosa lub wargi; wogóle zaś powstające niekiedy owrzodzenia nie są dla twardzieli swoiste, gdyż cierpienie to cechuje się właśnie brakiem skłonności do zmian rozpadowych ¹³⁾.

Jak długo trwa okres wylegania się choroby — nie wiemy, doświadczalne bowiem szczepienia na błonach śluzowych nie dały dotychczas pożądanego wyniku, wywiady zaś i szczegóły otrzymywane od chorych nie dają w tym względzie żadnych wskazówek.

Jako cierpienie błony śluzowej dróg oddechowych twardziel zajmuje jeden lub kilka z następujących narządów: nos, jama nosowogardzielowa, gardziel, krtań, tchawica, oskrzela, wargę, policzek, język, podniebienie miękkie i twarde, dziąsła. Według największej statystyki twardzieli (273 przypadki), zestawionej w pięknej

⁷⁾ Wiener med. Blätter 1878 i w inn.

⁸⁾ O twardzieli. Kraków 1896.

⁹⁾ Przegl. Lek. 1910. № 23.

¹⁰⁾ Zjazd lekarski w Budapeszcie 1909. Medyc. 1911. № 34; 1912 № 11, 32. Gaz. Lek. 1891, № 42.

¹¹⁾ Gaz. Lek. 1912. № 36.

¹²⁾ Medyc. i Kron. Lek. 1912. № 6.

¹³⁾ Szczegóły z zakresu anatomii patologicznej czytelnik znajdzie w pracach Babesa i Schwimmera (Ziemsens Handbuch der spec. Path. u. Therap. d. Hautkrankheiten 1884), Cornil'a i Alvarez'a (Arch. d. Phys. norm. et Pathol. 1885), Mikulicza (Arch. f. Chir. 1876 t. 20), Unny (Histopathol. d. Hautkrankheit. Berlin 1894), Dittricha (Zeitschr. f. Heilk. 1887. t. 8), Wołkowicza (Centr. f. d. med. Wiss. 1886 № 47), Mirbellego (Monatschr. f. prakt. Derm. 1889. t. 12), Alvarez'a (Arch. d. phys. norm. et. path. 1886), Noyer'a (Monatschr. f. prakt. Derm. 1890. t. 10) i wielu innych.

pracy Pachońskiego¹⁾, co do częstości zmian pierwsze miejsce zajmuje krtani (323 przyp.), następnie idą: jama nosowogardzielowa (172), nos (155), tchawica (75), gardziel (68), podniebienie miękkie (25), oskrzela (12), wargę (7) i t. d.

Obraz makroskopowy twardzieli przedstawia drobne guzikowate nacieki, miękkie, soczyste, bolesne i łatwo broczące, lub też nacieki szeroko rozlane, tworzące nierówne zgrubienia śluzówki.

Co do wyzdrowienia w twardzieli—rokowanie jest zupełnie niepomyślne; rokowanie zaś co do życia chorego jest względnie pomyślne dopóty, dopóki sprawa chorobowa nie zajmuje krtani, tchawicy lub oskrzeli; w tych razach wobec występującego zwężenia tych dróg oddechowych tylko doraźny zabieg operacyjny ratuje życie chorego.

Metody i środki lecznicze, dotychczas stosowane, nie rozwiązały bynajmniej sprawy leczenia twardzieli. Stosowano rtęć, jod, arsen, tuberkulinę, salwarsan — bez jakiegokolwiek wyniku dodatniego, jak również i miejscowo — środki zżące i odkażające. Galwanokaustyka, elektroliza, skrobanie, intubacje i rozszerzanie zapomocą rurek Schrötter'a, stosowanie laminaryi, świeczek, wypalenie lub wyskrobanie nacieków, tracheotomia, laryngofissura—oto zabiegi, które zdobyły sobie prawo bytu tylko w leczeniu doraźnym, objawowem dla usunięcia na razie groźby śmierci z zaduszenia.

Nowy okres leczenia twardzieli datuje się od roku 1902, kiedy A. Rydygier²⁾ i Gottstein³⁾, a po nich Fittig⁴⁾, Ranzi⁵⁾, Freund⁶⁾, Kahler⁷⁾, Meyer⁸⁾, Bochac⁹⁾, Sabat¹⁰⁾, Drozdowicz¹¹⁾ i inni ogłosili swoje spostrzeżenia o mniej lub więcej pomyślnych wynikach po zastosowaniu promieni Roentgen'a. Zbytecznym byłoby jednak zaznaczać, iż metoda ta może być stosowana jedynie w twardzielowych zmianach nosa i warg, wobec jednak głębiej umiejscowionych zmian—z natury rzeczy będzie bezsilną lub mało skuteczną.

Sprawa leczenia twardzieli zapomocą zabitych zarazków wiąże się ściśle z kwestją swoistości tych zarazków i z tego względu w przedmiocie tym pozwolimy sobie tu poczynić kilka uwag. Zaznaczamy przedewszystkiem, iż kwestya ta jest sporna. Według wymagań klasycznych zarazki mogą być uważane za przyczynę pewnego cierpienia, gdy, po pierwsze, spotykane są stale w ognisku chorobowem we wszystkich przypadkach danego cierpienia; powtóre, gdy

1) Pzegląd Lekarski 1910 № 23.

2) Zjazd Chirurgów Polskich. Nowiny Lek. 1902.

3) Rozprawy Śląskiego T-wa laryngologicznego.

4) Beitrag z. Klin. Chir. 1903. 39. p. 155.

5) K. K. Gesells. d. Aerzte Wien. 1904. 21, XII.

6) Ibidem 1905. 9. V.

7) Wiener Klin. Woch. 1905. № 32.

8) Presse med, 1906. 17. XI.

9) Münch. med. Woch. 1910. № 43.

10) Tygodnik lek. 1912. № 22.

11) Gaz. Lek. 1912. № 4.

w innych chorobach nie mogą być wykryte, i, wreszcie, o ile mogą u zwierząt wywoływać sztucznie — na drodze doświadczalnej — zmiany dla danego cierpienia swoiste.

W oświetleniu tych wymagań klasycznych sprawa swoistości laseczników twardzieli w istocie na pozór budzi pewne wątpliwości. Co do punktu pierwszego odpowiedź jest jasna i prosta: we wszystkich przypadkach klinicznie stwierdzonej twardzieli zarazki o typie „*bacillus scleromatis Frisch*“ wykrywać się dają stale i z łatwością; widzieli je niemal wszyscy, którzy badali histologicznie tkanki swoście zmienione, wykrywali je w hodowlach wszyscy, którzy płyny tkankowe lub kroplę krwi z ognisk chorobowych na sztucznych siali podłożach. Jest zaiste zjawiskiem zdumiewającym, że w tej mierze mogą istnieć jeszcze wątpliwości. Jeden z nas (B.) badał bakteryologicznie z górną 30 przypadków twardzieli i we wszystkich stale wykrywał w hodowlach wspomniane zarazki; bardzo często udaje się otrzymać w pierwszym posiewie hodowlę czystą; stale z jednego uszka krwi lub płynu tkankowego wyrastają bardzo liczne kolonie swoiste, a domieszka innych zarazków zazwyczaj — o ile bywa — jest bardzo nikła. Pierwszy tedy punkt kwestyi należy uważać za dowiedziony niezbitnie.

Co do punktu drugiego zaznaczyć winniśmy, że w istocie zarazki postacią i cechami hodowlaniami zbliżone do bac. Frisch, znajdowane bywają niekiedy i w innych — nietwardzielowych — sprawach chorobowych; a więc t. zw. bac. ozaenae spotykany bywa w cuchnącym nieżycie nosa, bac. Friedlenderi w płwocinie, bac. mucosus — w gardzieli i t. d. Zarazki te, jak rzekliśmy, przedstawiają pewne podobieństwo do prątka twardzieli, podobieństwo to jednak redukuje się do cech powierzchownych, elementarnych. Ścisłejszy rozbiór wykazuje różnice wybitne. Już w badaniach, dotyczących fermentacyjnych własności las. twardzieli i innych otoczkowców, dają się stwierdzić różnice; dowiodły tego badania Littauerówny¹⁾; prócz tego metody serologiczne ujawniają różnicę tę bardzo jaskrawo. V. Eisler i Porges²⁾ zapomocą aglutynacji stwierdzili różnicę między bac. scleromatis i bac. Friedlenderi, Littauerówna, posiłkując się próbą bakteryolityczną Pfeiffer'a, stwierdziła różnicę między bac. scleromatis i bac. ozaenae. Najlepsze we względzie różniczkowania wyniki daje próba Bordet-Gengou; Goldzieher i Neuber³⁾, Galli Valerio⁴⁾, Suess⁵⁾, Girard i Pietri⁶⁾ i inni dowiedli, iż metoda ta z całą ścisłością stwierdza: 1) obecność niweczników swoistych w surowicy krwi chorych na twardziel, 2) brak tych niweczników w surowicy ludzi zdrowych lub dotkniętych innym cierpieniem, 3) wiązanie dopełniacza jedynie w tych przypadkach, gdy antygen z las. twardzieli jest w ze-

1) Medyc. i Kron. Lek. 1913. № 11. 12.

2) Centr. f. Bakt. Orig. 1906. t. XLII.

3) Centr. f. Bakter. Orig. 1909. t. 51.

4) Ibidem 1911. t. 57.

5) Wiener klin. Woch. 1911. № 41.

6) Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie, et de rhinologie. 1913. № 10.

tknięciu z surowicą osób chorych swoście (lub zwierząt uodpornionych), podczas gdy antygen z innych zarazków (do grupy otoczkowców zaliczanych) z tą surowicą wiązania nie wykazuje. Jeden z nas (B.) wielokrotnie dokonywał próby Bordet-Gengou z antygenem swoistym (hodowla bac. sclerom. zabita przez ogrzewanie) i surowicą chorych na twardziel i (z wyjątkiem jednego przypadku) stale otrzymywał wyniki jaskrawo dodatnie.

Jeden przykład przytoczymy poniżej dla wyjaśnienia techniki badania.

Odczynniki: 1) Antygen. 12 uszek platynowych 24-godzinnej hodowli bac. scleromatis w 10 cm³ soli fizyologicznej; zawiesina ogrzana w 60° C. w ciągu godziny.

2) Surowica chorej na twardziel, ogrzana w 55° C. w ciągu 1/2 godziny.

3) Dopełniacz: surowica świeża świnki morskiej 1 : 10.

4) Dwuchwyt: surowica królika uodpornionego względem krwinek baranich, siła hemolityczna 1 : 2000; do hemolizy użyto dawki 6-krotnej.

5) Zawiesina krwinek baranich mytych 1 : 10.

6) Surowica syfilityka ogrzana w 55° C. w ciągu 1/2 godziny,

Wiązanie trwało 1/2 godziny w kąpeli wodnej 37°, poczem dodawano dwuchwyt i krwinki.

Antygen	Surowica twardz.	Surow. syfil.	Dopełn.	Sól fizyol.	Dwuch. krw.	Wynik
0,1	—	—	0,5	0,9	1,0	—*)
0,2	—	—	"	0,8	"	—
0,3	—	—	"	0,7	"	—
0,4	—	—	"	0,6	"	—
0,5	—	—	"	0,5	"	+
—	0,2	—	"	0,8	"	+
—	0,4	—	"	0,6	"	—
—	0,6	—	"	0,4	"	—
—	—	0,2	"	0,8	"	+
—	—	0,4	"	0,6	"	—
0,1	0,2	—	"	0,7	"	—
0,2	0,2	—	"	0,6	"	++++**)
0,1	—	0,2	"	0,7	"	—
0,2	—	0,2	"	0,6	"	—
0,3	—	0,2	"	0,5	"	—

*) hemoliza. **) zahamowanie zupełne.

Dane przytoczone wyżej wystarczają, aby rozproszyć wątpliwości, które w oświetleniu niektórych autorów (naprz. Babesa) grupują się wokoło punktu drugiego rozpatrywanej kwestyi.

Co się tyczy wreszcie postulatów ostatniego z wymienionych, to w istocie brak nam dotąd danych doświadczalnych, któreby ostatecznie kwestyę swoisto-

ści zarazków twardzieli rozwiązały. Wprawdzie Stiepanow¹⁾ zdołał przez zaszczerpienie zarazków twardzieli do przedniej komory oka świnki wywołać zmiany, przypominające histologicznie twardziel, jednak wyniki te nie wyjaśniły kwestyi, gdyż Kraus²⁾ podobne obrazy otrzymał u myszy, którym szczepiono bac. Friedlenderi. Tę stronę kwestyi musimy na razie uważać jeszcze za niewyjaśnioną i pozostawić czasowi, sądzimy atoli, iż nie może ona zachwiać naszej wiary w swoistość zarazka. Wszak do niedawna zmian syfilitycznych nie umiano wywołać u żadnego zwierzęcia, wszak pasorzyty malaryi również nie są dla zwierząt szkodliwe, wszak o zaraźliwości płonicy, odry i wielu innych chorób, i swoistości wykrytych lub jeszcze nie wykrytych zarazków nikt nie wątpi, pomimo braku przekonywających doświadczeń na zwierzętach.

Gdyby nawet zarazki twardzieli u ludzi — jak twierdzi de Simoni³⁾ — nie sprowadzały choroby swoistej, to wszak mogą tu zachodzić względy odporności wrodzonej, której stopnia oznaczyć nie podobna.

Wiara w swoistość zarazka twardzieli nasunęła wielu badaczom myśl stosowania metody uodporniania swoistej. Już w roku 1894 Pawłowski⁴⁾ posiłkował się zgęszczonemi hodowlami bulionowemi, które po przesączeniu mieszał z gliceryną, lub też wyciągami alkoholowymi z hodowli. Otrzymana w ten sposób „rynoskleryna“ wywołuje u chorych na twardziel gorączkę i odczyn ogólny, zbliżony do odczynu tuberkulinowego; po kilku zastrzyknięciach ogniska ulegają rozmiękczeniu. Większego rozpowszechnienia metoda ta nie zyskała.

Zarazkami twardzieli zabitymi przez ogrzewanie lub zapomocą fenolu, próbowano leczyć twardziel już kilkakrotnie. Güntzer⁵⁾ przyrządzał szczepionkę z ogrzanych w 65°C. w ciągu godziny zarazków, zawieszonych w roztworze fizyologicznym. Zastrzykiwania sprowadzały u chorych odczyn miejscowy w punkcie zastrzyknięcia i w ogniskach chorobowych, oraz odczyn gorączkowy ogólny. W jednym przypadku autor zauważył poprawę po 43 zastrzyknięciach, w drugim — poprawy nie było. Suess⁶⁾ w 3 przypadkach nie zauważył żadnego wpływu wakcyny na przebieg cierpienia. Girard i Pietri⁷⁾ stosowali wakcyne w jednym przypadku zadawnionej twardzieli i stwierdzili powstawanie owrzodzeń ognisk chorobowych; przedwczesna śmierć chorej przerwała obserwację.

Powziąwszy zamiar stosowania wakcyny w twardzieli, opieraliśmy się na przesłankach następujących: 1) laseczniki Frisch'a są przyczyną twardzieli i bujanie ich w tkankach sprowadza w nich zmiany anatomopatologiczne, swoiste dla tego cierpienia; 2) cierpienie zaliczone być powinno do zaraźliwych, czego

1) Medicinskoje Obozrien. 1886. 20.

2) Wien. klin. Woch. 1907.

3) Cent. f. Bakt. 1899. t. 25.

4) Deutsch. med. Woch. 1894. № 13 i 14.

5) Med. Rec. 1909.

6) l. c.

7) l. c.

dowodzą przypadki endemii domowych i terytoryalnych; 3) choroba należy do bardzo przewlekłych i ujawnia się w postaci ognisk, szerzących się per continuitatem, przyczem równolegle powstają zmiany wsteczne, bliznowate, dalszym przeobrażeniom nie podlegające; 4) we krwi chorych pojawiają się ciała swoiste, będące wyrazem pewnej reakcyi ustroju i pewnych zjawisk odpornościowych.

Opierając się na powyższem, doszliśmy a priori do wniosków następujących: 1) stosowanie wakcyny swoistej jest uzasadnione i wskazane, gdyż na drodze tej można osiągnąć odporność ogólną i miejscową, która powinna zahamować lub stłumić dalszy rozwój cierpienia, zwiększając zarazem siły ochronne ustroju; 2) leczenie z natury rzeczy powinno być długotrwałe i szybkiej poprawy spodziewać się nie należy; 3) wyrzec się musimy nadziei usunięcia starych zmian bliznowatych i liczyć mamy prawo jedynie na zmniejszenie lub usunięcie zmian świeżych, zapobiegając równocześnie powstawaniu nowych ognisk.

Jak się przekonaliśmy, przewidywania nasze sprawdziły się; osiągnęliśmy wyniki na ogół bardzo pomyślne i mamy nadzieję, iż leczenie twardzieli wadcyną swoistą zyska z biegiem czasu wielkie rozpowszechnienie.

Wakcynę naszą przyrządzaliśmy w sposób nader prosty. Z 24-godzinnej czystej hodowli agarowej zarazków z danego przypadku braliśmy określoną liczbę uszek platynowych normalnych (waga zawartości uszka równa się mniej więcej 0,002 wilgotnej masy bakteryjnej) do 10 cm sz. wyjałowionego roztworu soli fizyologicznej, poczem mieszanek ogrzewaliśmy w kąpeli wodnej w ciągu godziny w 60° C. W ten sposób wyjałowioną szczepionkę przechowywaliśmy w lodówce—bez wszelkich dodatków antyseptycznych. Zastrzykiwań podskórnych dokonywaliśmy co dzień, co drugi, co trzeci, kierując się stopniem odczynu, który wyrażał się w mniejszem lub niekiedy większem podniesieniu ciepłoty, niewielkiej bolesności w miejscu ukłucia, w nieznacznem niedomaganiu ogólnem. Z niewielkimi wyjątkami nie spostrzegaliśmy odczynu mocnego i gorączki znaczniejszej, nigdy nie występowały groźne zakłócenia stanu zdrowia ogólnego, nigdy białkomocz. Wstrzyknięciom towarzyszy lekka leukocytoza, oznaczona w kilku przypadkach, nie sięgająca jednak liczb wysokich (maksimum 12000 w 1 mm³). Chorzy bardzo chętnie poddają się zastrzykiwaniom i proszą o injekcje, chwając skutki leczenia; jakoż rzeczywiście dość szybko występuje w większości przypadków poprawa subiektywna, zmniejszenie lub ustąpienie duszności, chrypki i t. d.

Pod wpływem uodporniania miano bakteryolityczne surowicy krwi wraza wybitnie i dochodzi do liczb wysokich (u Józefa D. miano bakteryolityczne wynosiło w kilku doświadczeniach $\frac{1}{500}$ ctm. sz.

Przechodzimy obecnie do opisu przypadków naszych, leczonych auto-wadcyną.

I. Józef D., l. 18, rodem z ziemi Lubelskiej, powiatu hrubieszowskiego, ze wsi Teratyn; tamże stale zamieszkuje. Z 5-u osób rodzeństwa—wszyscy są do-

tknięci twardzielą (co było stwierdzone badaniem klinicznym i bakteryologicznym). Czwooro z nich demonstrowaliśmy na Posiedzeniach laryngologów w T-wie Lekarskiem. Zgłosił się dnia 17 V 1912. Od 4-ch lat tworzą się strupy w nosie, które odrywając się, krwawią. Od roku zauważył chrypkę. Często uczuwa duszność. Stan obecny: Nos: błona śluzowa w stanie zaniku, dużo strupów, przy odrywaniu lekko krwawiących. W gardzieli i w jamie nosowogardzielowej zmian wyraźnych niema. Krtań: nagłośnia nie zmieniona; struny fałszywe lekko nacieczone; struny prawdziwe zaczerwienione, zgrubiałe, przy fonacji nie schodzą się; pod strunami prawdziwymi wyraźne nacieczenia w kształcie wałów, pokrytych strupami. W narządach wewnętrznych zmian wyraźnych nie stwierdzono. Stan ogólny dobry. W moczu składników nieprawidłowych nie znaleziono.

Iniekcję szczepionki rozpoczęliśmy w ilości 0,1 cm sz. 2-uszkowej w dniu 30/V 1912 i stosowaliśmy w tejże ilości codziennie. Już po drugim wstrzyknięciu w kilka godzin ciepłota podniosła się do 39,6°, wystąpiły dreszcze, poty, chory małoprzymny, krzyczy, zrywa się z łóżka; po 3-ch godzinach objawy te ustąpiły; chory skarży się na ból w miejscu zastrzyknięcia. Następnego dnia nie stosowaliśmy szczepionki, ciepłota, 37°—37,8°. Następnym trzynaście zastrzyknięć, stosowanych codziennie w poprzedniej ilości, nie wywołuje wyraźniejszych zaburzeń; ciepłota co kilka dni w parę godzin po zastrzyknięciu dochodzi do 37,5°—37,9°. 15 VI 1912 przy badaniu krtani stwierdzamy pod lewą struną prawdziwą nacieczenie w kształcie wału, widoczne tylko przy głębokim wdechu i pokryte niedużymi strupami. Chory stwierdza, iż nieco źleż mówi i oddycha. Stan taki trwa w ciągu 9-u dni, w którym-to czasie otrzymał 4 zastrzyknięcia szczepionki w poprzedniej ilości. Po następnych 10-u dniach w czasie których nie był leczony, chory stwierdza pogorszenie, a obraz w krtani przedstawia się, jak przy pierwszym badaniu.

Przystąpiliśmy zatem do dalszych codziennych zastrzykiwań szczepionki już mocniejszej, bo 3-uszkowej, powiększając jednocześnie co kilka dni i ilość samej szczepionki; w ten sposób chory otrzymał jeszcze 12 zastrzyknięć, ostatnie 17. lipca w ilości 0,7 cm sz. Ogółem więc otrzymał w ciągu 50 dni 31 zastrzyknięć szczepionki. Przez cały ten czas główne skargi chorego polegały na uczuwaniu suchości w nosie, gardle i krtani, a wywoływane tworzącymi się w znacznej liczbie strupami; po usunięciu tychże zapomocą przemywań lub wzięwań pary, przy badaniu krtani w ostatnich dniach tego okresu leczenia—wałów podgłośniowych już stwierdzić nie było można.

W tym stanie chory wyjechał. 16. października tegoż 1912 roku, a więc w 3 miesiące, potem rozpoczęliśmy w dalszym ciągu kurację. Przy badaniu krtani znaleźliśmy: struny fałszywe nie nacieczone; prawdziwe zaczerwienione zmętniałe; przy fonacji schodzą się zupełnie; pod strunami, głównie z lewej strony, wyraźne nacieczenia w kształcie cienkich wałów. W nosie zmiany zanikowe. W tym okresie leczenia od 16. października do 13. grudnia chory otrzymał 18 zastrzyknięć, w przerwach 1—3 dniowych. 13. grudnia 1912 r. Badanie krtani: struny prawdziwe mętne, wałów podgłośniowych niema.

Następny okres (III) leczenia rozpoczęliśmy 5. kwietnia 1913 roku, a więc prawie po czteromiesięcznej przerwie. Badanie wykazuje: Nos: zmiany zanikowe z niewielką liczbą strupów. Krtań: struny fałszywe lekko nacieczone, prawdziwe zaczerwienione, zgrubiałe; pod strunami trochę strupów, głównie z lewej strony, guzów podstrunowych nie widać. Do dnia 20. lipca b. r. chory otrzymał 39 zastrzyknięć, stosowanych przeciętnie 3 razy tygodniowo w ilości znacznie większej niż poprzednio, mianowicie: rozpoczęliśmy wstrzykiwania od 0,2 cm sz. 5-uszkowej szczepionki, za każdym razem zwiększając ilość: 0,4;

0,6; 0,8; 1,0; 1,2; 1,5; następnie stosowaliśmy 8 uszkową szczepionkę 10-12- uszkową, wreszcie 16- uszkową do ilości 1,2 cm sz. W czasie tego okresu kuracji ciepłota dochodziła najwyżej do 37,4⁰. Chory wyjechał do domu. Przy badaniu tego chorego w dniu 30. września na ogólnym posiedzeniu T-wa Lekarskiego ani wałów podstrunowych ani też żadnych nowych cieków stwierdzić nie było można.

Obserwując dokładnie tego chorego, który wogóle otrzymał 88 zastrzyknięć szczepionki w ciągu 14-u miesięcy, mieliśmy możność przyjść do pewnych już wniosków, mianowicie, iż szczepionka ma wpływ zupełnie wyraźny na sprawę chorobową, dowodem czego kilkakrotnie zaobserwowany fakt zmniejszania się nacieków bezpośrednio po pewnym okresie stosowania szczepionki, oraz fakt ponownego pojawienia się tychże nacieków, acz w mniejszym stopniu, w czasie przerwy w leczeniu.

Zaznaczyć tu jeszcze wypada o reakcji, jaka prócz niewielkiego podniesienia ciepłoty występowała i w miejscu dotkniętem cierpieniem, jak: ból gardła, zaczerwienienie kilkudniowe nacieków; objawy te zresztą spostrzegaliśmy i u innych chorych — o czym dalej będzie mowa. Zniknięcie guzów podstrunowych uważamy za wynik prosty naszego leczenia. Zanikowe objawy w nosie są wyrazem zmian wstecznych i wątpliwem jest, czy uodpornienie może tu cokolwiek zdziałać, liczymy raczej na leczenie lokalne.

II. Olga D., l. 12, siostra poprzedniego. Dnia 16/X 1912. Od roku chrypka i duszność, zatykanie w nosie, kaszel suchy. St. obecny: Nos: Z obu stron pulchne świeże nacieczenia w przednich częściach dolnych muszli, strupów niewiele. Krtań: Pod strunami prawdziwymi symetryczne nacieczenia w kształcie jakby trzeciej pary strun. Stan ogólny dobry. Zmian wyraźnych w narządach wewnętrznych niema.

Pozostawała w kuracji 9 miesięcy i otrzymała 57 zastrzyknięć szczepionki w dwu okresach (II i III okres kuracji brata). Po pierwszych 16-u wstrzyknięciach dało się stwierdzić zmniejszenie nacieków i głos zupełnie czysty (demonstracja na sekcji laryngologicznej T-wa Lek.). Po trzymiesięcznej jednak przerwie w kuracji obraz w krtani przedstawiał się jak przed leczeniem, w nosie zaś stwierdziliśmy zmiany zanikowe. Przy końcu drugiego okresu leczenia wały podgłośniowe zginęły.

Na uwagę zasługuje: po 7-m wstrzyknięciu gorączka 38,2,⁰ dreszcze, ból głowy. Po 26-em wstrzyknięciu (8-e wstrzyknięcie II-go okresu leczenia) mocne zaczerwienienie i jakby obrzęk strun fałszywych, trwające 2—3 dni. Przez cały czas leczenia ciepłota dochodziła najwyżej do 37,5⁰. W II-im okresie po 18-m i 20-m wstrzyknięciu ciepłota 38,3⁰.

I tu więc wynik leczenia jest wybitnie dodatni i przypisać go musimy swoistemu działaniu szczepionki.

III. Weronika P., l. 17, rodem z ziemi Siedleckiej, wieś Błazejki pod Stoczkiem. Rodzice i rodzeństwo—zdrowi. Sama innych chorób nie przebywała. Skarży się na znaczne utrudnienie oddechu, potęgujące się przy najmniejszym ruchu.

Chorobę swą datuje od 2 lat, w ciągu których duszność stopniowo się zwiększała. 9/IV 1913. W nosie objawy nieżyty zanikowego z obfitą zasychającą wydzieliną. Na tylnej ścianie gardzieli zmiany rozrostowe nieduże, miejscami błona śluzowa w stanie zaniku. Krtań: tylna ściana i obie struny fałszywe mocno nacieczone, struny prawdziwe czyste. Pod strunami na tylnej ścianie nieduże płaskie nacieczenia. Tchawica: na wysokości 14—15 ctm. od górnych zębów zwężenie, warunkowane nacieczeniem twardelem częściowo lewej ściany, tylnej, prawej, następnie przedniej i znów lewej w kształcie wału idącego okrężnie i lejkowato, drążącego w głąb światła tchawicy, a zakończonego

większym guzem na lewej ścianie. Światło tchawicy około $1\frac{1}{2}$ milimetra. Poniżej opisanych zwężeń sporo drobnych nacieków. W narządach wewnętrznych wyraźnych zmian niema. W górnych częściach klatki piersiowej oddech stenotyczny. Wobec zwiększającej się duszności dnia 14 IV wykonano ponownie tracheoskopię i usunięto wacikiem z kokainą sporo strupów.

25 IV rozpoczęliśmy zastrzykiwania szczepionki słabej: 1 uszkowej w odstępach dwudniowych, za każdym razem zwiększając dawkę. Po 19-u wstrzyknięciach chora wypisała się ze szpitala ze znakomitą poprawą subiektywną. Przy tracheotomii stwierdzono wówczas nacieki mniejsze niż poprzednio, fałszywe struny zgrubiałe pomarszczone, na tyńnej ścianie płaskie nacieczenia. Oddech swobodny. Ogółem otrzymała 33 zastrzyknięcia. Wynik w tym przypadku uważać mamy prawo jako bardzo pomyślny. Dotychczas jest ona w naszej obserwacji, czuje się dobrze, pracując ciężko jako pomywaczka.

IV. Jefrosienia K., l. 18, rodem z gub. Grodzieńskiej, pow. brzostowski, wieś Szelepki. Nikt z rodziny, ani też z rodzinnej wsi nie przebywał podobnej choroby. Zgłosiła się dnia 16/1 1913. Skarży się na duszność bardzo znaczną i chrypkę od roku. Z początku poddawała się leczeniu promieniami Roentgen'a (4 nasświetlenia), następnie przyjmowała jod. Była poprawa. Od 5-u miesięcy pogorszenie: stale zwiększająca się duszność i chrypka. St. obecny: Zmian w narządach wewnętrznych niema. Stan ogólny bardzo dobry. Nos: z lewej strony nacieki guzowate, pokryte niedużym nalotem, krwawiące. Krtani: nagłośnia niezmienniona, struny fałszywe zgrubiałe, pokryte strupami, prawdziwe niezmiennione; pod strunami prawdziwymi nacieczenia, tworzące jakby przeponę z okrągłym w tylnej części otworem średnicy około $2-2\frac{1}{2}$ mm. W gardzieli zmian wyraźnych niema. Ciepłota $36,0^{\circ}-36,6^{\circ}$. Oddech stenotyczny. Dnia 5/II 1913 chora otrzymała pierwsze wstrzyknięcie szczepionki 3-uszkowej w ilości 0,1. Następne — stosowane trzy razy na tydzień — w ilości 0,2; 0,3; 0,4 i t. d. Ogółem otrzymała 16 zastrzyknięć w ciągu 2 miesięcy. Ostatnie 4/IV 1913. Dnia 4. kwietnia badanie krtani wykazuje nacieczenia pod strunami w kształcie rozrostu, zajmującego tylko przednią połowę strun głosowych w tylnej części rozrosty uległy zanikowi. Oddech swobodny. Do dnia 21. maja, a więc po upływie 7-u tygodni, stan krtani nie uległ zmianie i poprawa obiektywna i subiektywna utrzymała się w stopniu nabytym, dzięki leczeniu swoistemu. Chorą tę na razie straciłmy z oczu.

Stosowaliśmy nadto leczenie autowakcyjną w następujących przypadkach:

V. Tekla K., lat 35, chora od lat 17-u, operowana kilkakrotnie, z bardzo wybitnymi starymi zmianami w krtani. 18 zastrzyknięć szczepionki nie sprowadziło wyraźnych wyników dodatnich.

VI. Magdalena K., lat 38, chora od dzieciństwa. Zmiany bardzo wybitne rozrostowe, bliznowate i zanikowe w nosie i krtani. 42 zastrzyknięcia nie sprowadziły poprawy.

Obecnie w leczeniu mamy 2 przypadki następujące:

VII. Andrzej R., l. 12, pochodzi z Grodzieńskiego, powiat prużański, wieś Suchopol. Rodzice i rodzeństwo (5 osób) zdrowi. We wsi rodzinnej nie spotykał podobnie chorych. Skarży się na duszność i chrypkę. Chorobę swą datuje od 7-u miesięcy, kiedy to w ciągu tygodnia potęgując się, szybko wystąpiły powyższe objawy. Od 5-u miesięcy kaszel, z początku suchy, ostatnio flegmisty. Trochę schudł. Przedtem zdrów był zupełnie, mógł biegać szybko i nie męczył się. 6 VIII 1913. St. obecny: Krtani: nagłośnia i struny fałszywe nie zmienione. Struny prawdziwe w postaci cienkich sznurków jakby leżą na trzeciej parze strun, przedstawiających się w formie grubych wałów szaroróżowych, prawie stykających się ze sobą, pozostawiając wąską szczelinę w tylnej części. Stru-

ny prawdziwe w $\frac{1}{3}$ tylnej zlewają się całkowicie z niżej leżącymi wałami; w $\frac{2}{3}$ przednich widać je w formie wąskich sznurków. W gardle zmian niema. Nos: Przednia część prawej dolnej muszli nacieczona z charakterystycznym guzikiem. W narządach wewnętrznych wyraźnych zmian niema. Tętno miękkie, 120. W moczu białka niema.

VIII. Aleksander S., l. 11, też z Grodzieńskiego, powiat prużański, wieś Kraśnik. Rodzice i rodzeństwo (4 osoby) zdrowi. Skarży się na stale od 6-u miesięcy potęgującą się duszność; chrypka nieduża. Od miesiąca kaszel suchy. Schudł trochę. Przedtem był zdrów zupełnie, mógł dużo biegać. Dnia 6 VIII 1913. Stan obecny: nos: nieduże pulchne nacieczenia z prawej strony w połowie dolnej muszli, z lewej — na przegrodzie. Drożność nosa zachowana. W gardzieli i w jamie nosowogardzielowej zmian niema. Krtani: nagłośnia, struny fałszywe i prawdziwe nie zmienione. Tchawica: na wysokości około $\frac{1}{2}$ cm poniżej prawdziwych strun — grube lejkowate zwężenie, warunkowane naciekami zajmującymi boczne i przednią ściany tchawicy, pozostawiając niewielkie światło w tylnej części. Stan ogólny dobry. Przy badaniu klatki piersiowej u góry głównie z prawej strony oddech stenotyczny. W moczu białka niema.

W obu przypadkach już po 14-u zastrzyknięciach, które znoszone są bardzo dobrze, bez odczynu miejscowego, uzyskaliśmy znaczną poprawę stanu ogólnego, zmniejszenie duszności, ustąpienie chrypki (u S.).

Chorzy są nadal w leczeniu.

Dzięki uprzejmości kolegi Zbrowskiego pozwalamy sobie tu jeszcze opisać jeden przypadek z jego obserwacji:

IX. Marya L., lat 40, żona wyrobnika, rodem ze wsi Kostry, pow. radzyńskiego gub. Siedleckiej. Skarży się na wzmagającą się duszność i chrypkę, od października roku zeszłego (1912); w maju r. b. wystąpiło uczucie zupełnego zaduszenia, wobec czego została przyjęta do szpitala. Stan obecny: niewielkie rozrosty twardzieliowe w jamie nosowej i nosowogardzielowej; w krtani nacieczenia w postaci grubych szarawych wałów podgłośniowych; pod lewą struną prawdziwą wał, nie dochodzący do ściany tylnej, po stronie zaś prawej zgrubienie na całej przestrzeni. Rozrosty te w $\frac{1}{3}$ części przedniej tworzą zrost w postaci przepony; na ścianie tylnej widoczne są drobne nacieczenia.

12. lipca b. r. rozpoczęto zastrzykiwania autowakcyny w dawkach wzrastających od 1-uszkowej do 16-uszkowej w odstępach 1 — 3 — 4 dniowych. Chora znosiła zastrzykiwania bardzo dobrze; już po kilku wstrzyknięciach głos chorej znacznie się poprawił, a duszność ustąpiła. Po kilkunastu wstrzyknięciach lekki odczyn w miejscu zastrzyknięcia z niedomaganiem ogólnym. Badanie stwierdziło obecnie: Rozrosty podstrunowe nieco cieńsze, nacieczenia na tylnej ścianie znikły prawie zupełnie. Chora pozostaje nadal w leczeniu.

Reasumując wyniki pracy naszej, możemy z całym przeświadczeniem stwierdzić, iż swoiste leczenie twardzieli ma zupełnie trwałą podstawę. Metoda ta osiąga niewątpliwie wyniki dodatnie tam, gdzie znajduje grunt podatny, a więc tylko w przypadkach choroby niezbyt zadawnionej. Pod wpływem uodporniania giną lub zmniejszają się bardzo wyraźnie zmiany rozrostowe młode, a choroba nie posuwa się dalej; wobec zmian wstecznych, bliznowatych szczepionka jest bezsilna. W tym względzie metoda jest w wynikach swoich równoważna wakcyterapii, w innych cierpieniach stosowanej. W walce z twardzielą zyskaliśmy oręż niezawodny; ale walka ta nadto wymaga współdziałania sił poważniejszych: udziału rządu, społeczeństwa i całego zastępu lekarzy. Stoimy wobec choroby,

która szerzy się w sposób zatrważający, zagrażający znacznym warstwom ludności w kraju naszym i w krajach ościennych.

Głosy, nawołujące do walki z tą chorobą, odzywały się już nieraz, a w najbardziej stanowczej formie wypowiedział je prof. Jurasz na Zjeździe austrijackich lekarzy rządowych w Krakowie dnia 24. czerwca 1912 roku. Za nim powtórzmy postulaty, które Zjazd z aplauzem przyjął i zaaprobował:

1) Wszystkie przypadki twardzieli uważać należy za choroby zakaźne, o których lekarze winni zawiadamiać władze. W tym celu rząd winien wydać jak najszybciej odpowiednie rozporządzenie.

2) W każdym kraju koronnym, dotkniętym zarazą, prowadzona być winna roczna statystyka przypadków twardzieli z dokładnem podaniem miejsca, w którym choroba panuje.

3) W celu wyosobnienia i leczenia chorych, należałoby w miejscach centralnych ognisk twardzieli urządzić stacye przy klinikach lub szpitalach i zaopatrzyć je w środki, niezbędne do badania i leczenia.

4) Pożądaneby było, aby przynajmniej raz na rok zbierała się konferencya przedstawicieli państw zainteresowanych (Austro-Węgry, Rosya, Niemcy, Szwajcarya, Włochy, Rumunia i Hiszpania), podobnie jak przy innych chorobach zakaźnych (gruźlica, wilk) dla opracowania kierunku dalszych badań i szybkiego rozwiązywania spraw, dotyczących twardzieli.

Do wniosków tych dołączamy i nasz: uważamy, iż należałoby rozpocząć jak najrychlej leczenie swoiste stwierdzonych wczesnych przypadków twardzieli i wprowadzić szczepienia uadporniające osobników zdrowych jeszcze, lecz zamieszkałych w ogniskach zarazy. W ten sposób zdołamy w zarodku zdusić plagę, która w tak przerażający sposób się rozszerza.

Tym kolegom, którzyby nie rozporządzali odpowiednimi środkami dla przyrządzenia swoistego leku, służyć będziemy nim z całą gotowością.

Kończąc pracę naszą, uważamy za niezbędne zaznaczyć, że inicjatywę do podjęcia badań naszych zawdzięczamy kol. drowi Erbrichowi; na tem miejscu również wyrażamy najserdeczniejsze podziękowanie drom A. Sokołowskiemu i F. Erbrichowi za prawo korzystania z ich materiału kliniczno-ambulatoryjnego, za wielokrotne badanie chorych w przebiegu leczenia i za nader żywy udział i wielkie zainteresowanie, które nam w niełatwych naszych poszukiwaniach okazali.



X.

O rokowaniu w ciąży u kobiet chorych na gruźlicę i o znaczeniu dla rokowania t. zw. prawa Veit'a.

Napisał

Józef Jaworski.

„Le meilleur médecin me paraît être celui qui sait connaître d'avance“.

...„juger toutes choses par l'étude des signes et par la comparaison de leur valeur reciproque“.

(„Le Pronostic Médical“).

A. Ch a u f f a r d.

Z rozwojem wogóle medycyny, głównie zaś metod badań, polegających na coraz dokładniejszym, coraz głębszem analizowaniu istoty chorób oraz ich powikłań, rozwija się i rozszerza zakres rokowania. Zaczęto wprawdzie stawiać rokowanie na coraz dalszą metę, lecz rokowanie staje się trudniejszym. Przy rokowaniu bowiem jest rzeczą konieczną nie tylko znajomość różnorodnych skutków każdego cierpienia, lecz także i oddziaływania, wpływu cierpienia danego narządu na przebieg czynności fizyologicznych innych narządów.

Takie ustalenie stosunku cierpienia danego narządu do czynności fizyologicznych innych narządów, a także określenie stopnia wpływu tych czynności na przebieg cierpienia, aczkolwiek bywa nielatwem, jednakże jest niezbędnem, jeżeli pragniemy postawić rokowanie na dalszą metę, a tem bardziej, gdy od niego uzależnić mamy nasze postępowanie lecznicze. To też słuszną jest zasada, przytoczona za A. Chauffard'em w nagłówku, wyznawana przez lekarzy omal wszystkich czasów, że przy rokowaniu oceniać musimy wszystkie sprawy zapomocą analizy objawów i wzajemnego porównania ich wartości, a także twierdzenie, podane przez niego z Platona w słowach: *„ne peut guérir la partie sans tout.*

Rozumowania takie nasuwają się, gdy zastanawiamy się wogóle nad rokowaniem, a tem bardziej gdy chodzi o nie w gruźlicy płuc i krtani podczas ciąży.

W tych razach sprawa jest skomplikowana. Wiemy bowiem, że nawet często fizyologiczna czynność narządów kobiecych wpływać może nieraz bardzo wyraźnie, a nawet znamienne na cały ustrój kobiecy, wywołując zaburzenia nie tylko natury somatycznej, lecz nawet w sferze psychicznej. Przy istnjącem usposobieniu do cierpień, nawet czynność fizyologiczna narządów tych spowodować może pewne zaburzenia chorobowe, chociażby tylko przemijające.

Mam tutaj na myśli miesiączkowanie i jego stosunek do gruźlicy. Rzecz rozchodzi się o zależność ciepłoty u chorych gruźliczych od miesiącz-

kowania. Zależność taka znana jest już od dawna. Gorączkę menstruacyjną u chorych gruźliczych, a także pewne objawy patologiczne przytem badali dokładnie między innymi: Turban, a w czasach ostatnich Riebold i Wiese, u nas zaś A. Gluziński i Grek, wreszcie ostatnio K. Dłuski.

Nie wchodząc zbytnio w szczegóły sprawy tej, którą raczej dla przykładu poruszam, zaznaczę, iż ustalono parę typów gorączki menstruacyjnej. Znaczenie jednakże praktyczne posiada właściwie typ jeden, który spotyka się poniekąd jako prawidło, według badań, prawie w każdym przypadku, poczynającej się lub przebiegającej mniej lub więcej pomyślnie sprawy gruźliczej u kobiet: Obliczając okres regularności od 1-go dnia jednej miesiączki do 1-go dnia następnej, podzielić można okres ten na dwie części i wtedy udaje się spostrzegać, że, poczynając od środka okresu tego, ciepłota podnosi się i pozostaje w okresie przedmiesiączkowym przez cały czas ponad normą, gdy tymczasem w okresie po miesiączkowym ciepłota może być zupełnie prawidłowa.

Jednocześnie z podwyższeniem ciepłoty w okresie przedmiesiączkowym obserwować się daje pogorszenie objawów miejscowych w płucach, albowiem występują: krwioplucie, bole pleurytyczne, a także i inne objawy, jak oto: płwocina staje się, o ile jej nie było, obfitszą, a gdy wykrztuszanie istniało, w płwocinie znajdowane są laseczniki gruźlicze, włókna sprężyste i t. d.

Już to jedno, niewątpliwie fizyologiczne zjawisko — falowanie ciepłoty — w zależności od miesiączkowania, warunkujące, w razie istnienia gruźlicy płuc przemijające zaostrzenie się tej sprawy, jest wymownym dowodem, jak w tym razie, ujemnego wpływu zwykłych czynności ustroju na cierpienie nawet w oddalonych narządach. Nawet ułatwiać ono może niekiedy wczesne rozpoznanie skrytej gruźlicy płuc zapomocą mierzenia ciepłoty w okresach miesiączkowych i poszukiwań objawów miejscowych w płucach w połowie okresu przedmiesiączkowego.

Toż samo powiedzieć da się, tylko jeszcze w większym stopniu, o wpływie ciąży na ustrój cały. Trudno jednakże wpływ ten ściślej określić i niezawsze rozgraniczyć można zmiany chorobowe od fizyologicznych skutków naturalnych.

Wszystkie narządy ustroju, jak oto: oddechowe, krwiobieg, trawienia, wydzielnicze mają zadanie podczas ciąży znacznie większe, a czynność ich w miarę wzrostu płodu musi się zwiększać. Jednakże wzmożenie czynności zarówno serca i płuc, jak wątroby i nerek, najczęściej pozostaje podczas ciąży w granicach fizyologicznych ich sprawności do pracy, która niezaprzeczenie bywa wyzyskana do ostateczności.

Kobiety wogóle zdrowe, ze zdrowymi narządami, znoszą najczęściej dobrze ten stan, nie zdradzając żadnych zaburzeń, a narządy ciężarnych takich nie posiadają zmian anatomicznych. Natomiast u kobiet słabo rozwiniętych, słabowitych, a tem bardziej chorych zwłaszcza na gruźlicę, a nawet posiadających chociażby tylko usposobienie do niej, wobec tych wielkich zapotrzebowań, jakie stawia w miarę czasu ciąży ustrojowi, miara ich zdolności i spr-

wności fizyologicznej dosięga najwyższego stopnia i w końcu łatwo się wyczerpuje, co spowodować może wybuch i postęp choroby ukrytej lub w okresie zaledwie wstępnym będącej.

Wógóle wpływ ciąży na gruźlicę poruszany był już w piśmiennictwie bardzo dawno. Mauriceau w r. 1645 wypowiedział był zdanie, że posród różnych chorób, wikłających ciążę, gruźlica płuc należy do najbardziej niekorzystnych i dlatego w przypadkach szybko naprzód postępujących, autor ten doradzał przerwanie ciąży. Poczynając od stulecia XVIII do lat 50—ubiegłego, na ogół autorzy wypowiadali zdania wprost przeciwne, a mianowicie, że ciąża przerywa rozwój gruźlicy, oddziaływając korzystnie na jej przebieg. Od czasu tego pogląd jednakże na stosunek wzajemny ciąży i gruźlicy zasadniczo się zmienił wskutek nagromadzenia materiału klinicznego i badań anatomopatologicznych.

Lebert, Virchow, Brehmer i inni torują drogę temu zapatrywaniu, że ciąża niekorzystnie wpływa na przebieg gruźlicy.

Dzisiaj na podstawie licznych i dokładnych spostrzeżeń wiemy, że przypadki, w których głównie w pierwszych miesiącach ciąży gruźlica istniejąca przycicha, należą do nader rzadkich, natomiast poczynając od miesiąca 5-go ciąży, wszystkie przypadłości, właściwie gruźlicy płuc, jak oto: gorączka, kaszel, bole, nawet krwioplucie, występują najczęściej ze zdwojoną siłą.

Badacze współcześni prawie jednomyślnie wypowiadają zdanie, że ciąża w razie istnienia gruźlicy daje jak najgorsze rokowanie co do przebiegu cierpienia tego i sprawności do życia dzieci, urodzonych od obarczonej gruźlicą kobiety. Z tych powodów autorowie ci doradzają przerywanie ciąży zaraz w pierwszych miesiącach.

Autorzy i klinicyści, którzy nie godzą się na takie stawianie kwestyi, zwłaszcza co do wskazań leczniczych i czynią zastrzeżenia w zależności od wieku, obarczenia dziedzicznego oraz socyalnego położenia ciężarnej, stanowią liczebnie mniejszość.

Niebrak jednakże spostrzeżeń i zapatrywań badaczów, jak: Ahlfeld, Burchardt, Bockelman, Löhlein, v. Rosthorn, Fränkel, Pinard, Veit i inni, którzy twierdzą, że ciąża niezawsze wpływa szkodliwie na gruźlicę płuc, a nawet niekiedy daje się zauważyć jej korzystne oddziaływanie, że gruźlica płuc może być leczona z dobrym wynikiem w przebiegu ciąży, a nadto dodają, iż przerwanie ciąży w pewnych razach nie wstrzymuje sprawy gruźliczej w płucach, lecz nawet ją pogarsza.

Większość jednak autorów wypowiada się w ten sposób, że ciąża, poród i okres porodowy ujemnie, nawet szkodliwie, wpływa na gruźlicę, szczególnie w przypadkach postępujących. Ten wpływ ujemny przejawia się w tem, że początek sprawy gruźliczej prawie zawsze w większości przypadków odnieść się udaje albo do istniejącej, albo do minionej ciąży.

Drugim niejako sprawdzianem wpływu ujemnego ciąży na gruźlicę bywa pogorszenie się tej sprawy chorobowej z chwilą zajścia kobiety w ciążę,

przyczem pogorszenie to występuje tem wyraźniej i silniej, im proces gruźlicy jest znacznie rozwinięty.

Poród, głównie okres poporodowy, u kobiet w drugim okresie suchot, często przebiega z powikłaniami, jak oto: z wysoką gorączką, krwiopluciem; nadto stwierdzić się daje szybkie postępy sprawy chorobowej podczas porodu i bezpośrednio po porodzie, czasami gruźlicę prosówkową i śmierć. W przypadkach gruźlicy w okresie rozpadowym ciąża nie dobiega do końca, a przyspiesza śmierć.

Co się tyczy stosunku ciąży do gruźlicy krtani, to według E. Glasa i E. Krausa, Kuttnera, a także L. Lubliner a i A. Sokołowskiego, wpływ i stosunek ten ująć można w następujące punkty i ze spostrzeżeń, zebranych przez nich, wyprowadzić takie wnioski. Ciąża, poród i okres porodowy wpływają na gruźlicę krtani w większości przypadków niekorzystnie, wprost ujemnie. Postaci rozlane wrzodziejącej gruźlicy krtani dają rokowanie zupełnie złe, przyczem większość przypadków tych kończy się śmiercią w okresie porodowym. Zdarza się, iż nawet tuberkulomy, ograniczone nacieki i owrzodzenia podczas ciąży ulegają obostrzeniu, przeistaczają się w postaci rozlane, wrzodziejące, a *in puerperio* również prowadzą do zejścia śmiertelnego. Postaci ograniczone, zwłaszcza w końcu ciąży i przy pomyślnym stanie płuc i odpowiednim przyroście na wadze dają rokowanie dobre.

Następnie odnotowano, że w żadnym z przypadków, które zakończyły się zejściem śmiertelnem, kobieta nie zmarła przed rozwiązaniem.

Osobiście miałem możność spostrzegania przypadku śmierci z gruźlicy krtani i płuc przed rozwiązaniem kobiety ciężarnej. Wydobyte dziecko, przez cięcie cesarskie *in cadavere*, w śmierci pozornej i docuczone, wkrótce zmarło.

W 28% wszystkich przypadków według tych autorów, nastąpiło samoistne przerwanie ciąży, a w następstwie exitus letalis.

60% dzieci, pochodzących od matek, u których nastąpiło rozwiązanie bez pomocy postronnej, żyło po urodzeniu tylko kilka dni.

W kuziustyce ciąży obok gruźlicy płuc, podanej w piśmiennictwie i w przypadkach, spostrzeganych przeze mnie, stwierdzano pogorszenie sprawy gruźliczej w następującym stosunku:

1) v. Bardeleben.	80%
2) Bollenhagen (klinika prof. Franqué'go)	68%
3) Fellner-Schauta	68.3%
4) Hofbauer	55%
5) Kaminer	66%
6) Mięśowicz (ambulatoryum krak. klin. chorób wewn.).	78%
7) Neltner	67%
8) Pankow-Küpferle	90%
9) Bruine Ploos v. Amstel	100%

10) Pradella	90%
11) Reiche	77%
12) v. Rosthorn	100%
13) Zirkel	34.48%
14) Jaworski	77%

Oświetlenie faktu szkodliwego wpływu ciąży, porodu i okresu poporodowego na gruźlicę bez względu na okres cierpienia tego—wstępny, wtórny, czy ze zmianami rozpadowemi, a także i wpływu gruźlicy na ciążę w znaczeniu gruźliczego zakażenia przez laseczniki łożyska, ewentualnie przekazania jej potomstwu, posiadamy w bardzo bogatym materiale kliniczno-statystycznym, a także w badaniach anatomopatologicznych wreszcie, w doświadczeniach na zwierzętach.

Dla rokowania w ciąży u chorych na gruźlicę kobiet znaczenie posiada jej przerwanie.

Dane statystyczne w tym kierunku określają wynik przerywania ciąży na zdrowie matek i dzieci. Z wielu prac, jakie literatura pod tym względem posiada, największy materiał statystyczny zestawili Pankow i K pferle. Materiał ten ugrupowano podług okresów gruźlicy oraz podług miesięcy, w których ciążę sztucznie przerywano. Przypadki swe dzielą oni na grupy, a mianowicie:

I Grupa. Przerwanie ciąży do IV miesiąca ciąży.

WYNIK OGÓLNY.

	Liczba przypadków	Zmarło	Pogorszenie	Stan ten sam	Poprawa
I okres	61	—	6	11	44
II okres	5	1	1	—	3
III okres	2	2	—	—	—

ODSETKOWE:

	Poprawa	Pogorszenie
I okres	90%	10%
II okres	60%	40%
III okres	0%	100%

Wyniki te należy uważać za korzystne.

II Grupa. Przerwanie ciąży między V a VII miesiącem ciąży.
WYNIK BYŁ NASTĘPUJĄCY:

	Poprawa	Pogorszenie
I okres	66,6 ^o / _o	33,3 ^o / _o
II okres	20 ^o / _o	80 ^o / _o
III okres	0 ^o / _o	100 ^o / _o

Wyniki przerywania ciąży w tym jej okresie są już gorsze, niż w grupie I, ale jeszcze korzystne.

III Grupa. Przerwanie ciąży między VIII a IX miesiącem ciąży.
WYNIK BYŁ NASTĘPUJĄCY:

	Dobrowolny poród przedwczesny			
	Śmierć	Pogorszenie	Stan ten sam	Poprawa
I okres	33,3 ^o / _o	—	33,3 ^o / _o	33,3 ^o / _o
II okres	100 ^o / _o	—	—	—
III okres	50 ^o / _o	—	—	50 ^o / _o (Pleur. exs).

	Sztucznie wywołany poród przedwczesny			
	Śmierć	Pogorszenie	Stan ten sam	Poprawa
I okres	—	50 ^o / _o (powolne)	—	50 ^o / _o
II okres	40 ^o / _o	20 ^o / _o	—	40 ^o / _o
III okres	100 ^o / _o	—	—	—

Z powyższych zestawień liczbowych wynika:
Niekorzystny przebieg choroby po przerwaniu ciąży:
w I grupie 12,1^o/_o
II " 66 ^o/_o
III " 70,6^o/_o

Korzystny zaś wynik:

w I grupie	87,9 ^o / _o
II „	33,3 ^o / _o
III „	29,4 ^o / _o

Przy stawianiu rokowania w tak skomplikowanej sprawie, jaką jest gruźlica, wikłana ciężą brać musimy pod uwagę wszystkie istniejące objawy, jak to czynimy i przy rozpoznaniu. A więc, nasamprzód, obarczenie dziedziczne i wiek chorej. Istnienie pierwszego i zbyt młody wiek—pogarszają rokowanie. Trwanie cierpienia i rozmiary sprawy gruźliczej w płucach— rzecz naturalna—są ważnym wskaźnikiem przy stawianiu rokowania. Dodać jednakże należy, iż nawet wczesny okres gruźlicy i nie duże zmiany pod wpływem powikłań wogóle, a szczególnie cięży, uledez mogą zaostreniu i wziąć obrót odmienny od poprzednich, a tem samem wpłynąć na zmianę w rokowaniu.

Z objawów ogólnych najważniejszymi, jak wiemy, są: gorączka, zachowanie się tętna, stan układu nerwowego, wreszcie, bardzo znamieny, a nader ważny i miarodajny objaw—ubytek na wadze u ciężarnej.

Według A. Sokołowskiego dopóki chora dotknięta nawet najbardziej ograniczonymi zmianami w płucach gorączkuje stale lub tylko czasowo, dopóty rokowanie jest zawsze wątpliwe.

Oдноśnie znaczenia pod względem rokowania przyśpieszonego tętna w przebiegu gruźlicy płuc, posiadamy cenną wskazówkę w spostrzeżeniach S. Sterlinga. Wnioski jego, potwierdzone przez innych klinicystów, głoszą: Normalna liczba tętna w przebiegu gruźlicy płuc jest objawem pod względem rokowania dodatnim. Stałe przyśpieszenie tętna bez gorączki — pogarsza rokowanie i to w stosunku prostym do stopnia tego przyśpieszenia.

Szczególniej znacznie wyraźnem pod względem rokowania jest to przyśpieszenie tętna w pierwszym okresie gruźlicy płuc.

Stan układu nerwowego, zwłaszcza apatya, pognębienie psychiczne, brak woli do wykonywania zaleceń lekarskich, jak w każdej innej chorobie, tak samo i tutaj, niezaprzeczenie pogarszają rokowanie.

Bardzo znamienym objawem ogólnym jest stopniowy ubytek na wadze chorej, jej chudnięcie. Wychudnienie, pomimo warunków sprzyjających odnowie tkanek, najczęściej idzie ze stopniowem osłabieniem sił chorych. Ubytek na wadze tem bardziej staje się widocznym, im lepiej osoba przedtem była odżywiana i znaczniejszy zapas tkanki posiadała. Taki kontrast jeszcze wyraźniej się uwydatnia podczas późniejszego okresu ciąży, mianowicie w miarę jej postępu, gdy obok znacznego wychudnienia kontury tułowia, głównie brzucha coraz bardziej się zarysowują.

Kontrast ten bardzo zwraca uwagę i przy porównaniu zewnętrznego wyglądu kobiety ciężarnej, chorej na gruźlicę postępującą, i zdrowej, będącej w ciąży. Ta ostatnia, dzięki wzmożonej, a chorobowo nie zmienionej czynności oddzielnych narządów, dosięga, głównie podczas pierwszej ciąży, najwyższego rozkwitu fizycznego.

Te właśnie wyżej wymienione zjawiska, stanowiące podczas ciąży w różnych okresach w przebiegu gruźlicy wybitny kontrast u różnych kobiet, zwróciły już dawniej uwagę wielu klinicystów, a nawet w symptomatologii, leczeniu i rokowaniu gruźlicy podczas ciąży wysunięte zostały jako objawy pierwszorzędного znaczenia. Stąd też dosyć powszechne, a szablonowe zalecenie w formie prawidła, spotykane nawet w niektórych podręcznikach położnictwa: Jeżeli po zajściu w ciążę stwierdza się spadek na wadze, wtedy wskazane bywa wywołanie możliwie prędko i wcześnie poronienia.

Sprawa ta pozornie prosta domagała się więcej szczegółowego i bardziej krytycznego rozpatrzenia i oświetlenia.

Jakoż, w r. 1906 na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Stuttgardzie prof. Veit, znany uczyony i klinicysta, istotnie temat ten podjął i zawarł go w orzeczeniu, że wpływ ciąży na gruźlicę płuc nie jest równomierny, że ciąża bynajmniej nie staje się powikłaniem dla gruźlicy, jak również, że zdarza się brak wszelkiego ujemnego wpływu porodu, a nawet kilku porodów na gruźlicę płuc, zwłaszcza, gdy waga ciężarnej bezwzględnie się zwiększa. Gdy zaś u ciężarnej, chorej na gruźlicę, następuje stopniowy stały spadek na wadze, to nawet przerwanie ciąży nie zapobiegnie postępom i zejściu choroby.

Veit tezę powyższą i rozumowania poparł specjalnymi wyliczeniami, otrzymanymi z badań nad ciężarnymi, rodzącymi i położnicami. Nadto, określił stosunek wagi ciała ciężarnej do płodu, łożyska, wód płodowych i t. d. Wnioski, jakie Veit z badań swych wyprowadził, uzyskały w położnictwie nazwę: „prawa Veit'a“.

Istota zjawiska tego, któremu Veit przypisuje znaczenie pod względem rokowania, polega na tem, że zwiększenie wagi wynosi dla każdego z 3-ch ostatnich miesięcy ciąży: 1500—2500 grm.

Powiększenie to zależy nie tylko od samego wzrostu jaja płodowego, lecz także od powiększenia całej masy ciała kobiety ciężarnej.

W ostatnim miesiącu ciąży waga ciała przeciętnie powiększa się o 1777 grm.

Na płód średnio przypada 1000 grm., a cała reszta około 620 grm. na ustrój kobiety.

Podczas obserwacji ciężarnej, chorej lub zagrożonej gruźlicą, oprócz badania, trzeba koniecznie ściśle baczyć na wahania w wadze i kontrolować je, mając zawsze na względzie wyżej podane wyliczenia.

Twierdzeniu Veit'a przypisać można dużo słuszności, z drugiej jednakże strony przy jego bliższem rozpatrzeniu i rozważaniu nastrecza się nie mało zastrzeżeń. Nasamprzód, ze stanowiska kliniki wogóle, a specjalnie patologii szczegółowej i terapii, opieranie się w sprawie rokowania na jednym właściwie objawie, wprawdzie ważnym, bo świadczącym, iż cały organizm pod wpływem nowego życia *sensu strictu*, a także w znaczeniu ogólniejszem, ulega niejako odnowie i przemianom dla siebie korzystnym, opierać się nie można, a tem bardziej jeden, chociażby bardzo znamieny objaw, upoważniać

Korzystny zaś wynik:

w I grupie	87,9%
II „	53,3%
III „	29,4%

Przy stawianiu rokowania w tak skomplikowanej sprawie, jaką jest gruźlica, wikłana ciężą brać musimy pod uwagę wszystkie istniejące objawy, jak to czynimy i przy rozpoznaniu. A więc, nasamprzód, obarczenie dziedziczne i wiek chorej. Istnienie pierwszego i zbyt młody wiek—pogarszają rokowanie. Trwanie cierpienia i rozmiary sprawy gruźliczej w płucach— rzecz naturalna—są ważnym wskaźnikiem przy stawianiu rokowania. Dodać jednakże należy, iż nawet wczesny okres gruźlicy i nie duże zmiany pod wpływem powikłań wogóle, a szczególnie cięży, uleż mogą zaostreniu i wziąć obrót odmienny od poprzednich, a tem samem wpłynąć na zmianę w rokowaniu.

Z objawów ogólnych najważniejszymi, jak wiemy, są: gorączka, zachowanie się tętna, stan układu nerwowego, wreszcie, bardzo znamieny, a nader ważny i miarodajny objaw—ubytek na wadze u ciężarnej.

Według A. Sokołowskiego dopóki chora dotknięta nawet najbardziej ograniczonymi zmianami w płucach gorączkuje stale lub tylko czasowo, dopóty rokowanie jest zawsze wątpliwe.

Odnosnie znaczenia pod względem rokowania przyśpieszonego tętna w przebiegu gruźlicy płuc, posiadamy cenną wskazówkę w spostrzeżeniach S. Sterlinga. Wnioski jego, potwierdzone przez innych klinicystów, głoszą: Normalna liczba tętna w przebiegu gruźlicy płuc jest objawem pod względem rokowania dodatnim. Stałe przyśpieszenie tętna bez gorączki — pogarsza rokowanie i to w stosunku prostym do stopnia tego przyśpieszenia.

Szczególniej znacznie wyraźnem pod względem rokowania jest to przyśpieszenie tętna w pierwszym okresie gruźlicy płuc.

Stan układu nerwowego, zwłaszcza apatya, pogniębienie psychiczne, brak woli do wykonywania zaleceń lekarskich, jak w każdej innej chorobie, tak samo i tutaj, niezaprzeczenie pogarszają rokowanie.

Bardzo znamienym objawem ogólnym jest stopniowy ubytek na wadze chorej, jej chudnięcie. Wychudnienie, pomimo warunków sprzyjających odnowie tkanek, najczęściej idzie ze stopniowem osłabieniem sił chorych. Ubytek na wadze tem bardziej staje się widocznym, im lepiej osoba przedtem była odżywiana i znaczniejszy zapas tkanki posiadała. Taki kontrast jeszcze wyraźniej się uwydatnia podczas późniejszego okresu ciąży, mianowicie w miarę jej postępu, gdy obok znacznego wychudnienia kontury tułowia, głównie brzucha coraz bardziej się zarysowują.

Kontrast ten bardzo zwraca uwagę i przy porównaniu zewnętrznego wyglądu kobiety ciężarnej, chorej na gruźlicę postępującą, i zdrowej, będącej w ciąży. Ta ostatnia, dzięki wzmożonej, a chorobowo nie zmienionej czynności oddzielnych narządów, dosięga, głównie podczas pierwszej ciąży, najwyższego rozkwitu fizycznego.

Te właśnie wyżej wymienione zjawiska, stanowiące podczas ciąży w różnych okresach w przebiegu gruźlicy wybitny kontrast u różnych kobiet, zwróciły już dawniej uwagę wielu klinicystów, a nawet w symptomatologii, leczeniu i rokowaniu gruźlicy podczas ciąży wysunięte zostały jako objawy pierwszorzędno znaczenia. Stąd też dosyć powszechne, a szablonowe zalecenie w formie prawidła, spotykane nawet w niektórych podręcznikach położnictwa: Jeżeli po zajściu w ciążę stwierdza się spadek na wadze, wtedy wskazane bywa wywołanie możliwie prędko i wcześnie poronienia.

Sprawa ta pozornie prosta domagała się więcej szczegółowego i bardziej krytycznego rozpatrzenia i oświetlenia.

Jakoż, w r. 1906 na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Stuttgardzie prof. Veit, znany uczony i klinicysta, istotnie temat ten podjął i zawarł go w orzeczeniu, że wpływ ciąży na gruźlicę płuc nie jest równomierny, że ciąża bynajmniej nie staje się powikłaniem dla gruźlicy, jak również, że zdarza się brak wszelkiego ujemnego wpływu porodu, a nawet kilku porodów na gruźlicę płuc, zwłaszcza, gdy waga ciężarnej bezwzględnie się zwiększa. Gdy zaś u ciężarnej, chorej na gruźlicę, następuje stopniowy stały spadek na wadze, to nawet przerwanie ciąży nie zapobiegnie postępom i zejściu choroby.

Veit tezę powyższą i rozumowania poparł specjalnymi wyliczeniami, otrzymanymi z badań nad ciężarnymi, rodzącymi i położnicami. Nadto, określił stosunek wagi ciała ciężarnej do płodu, łożyska, wód płodowych i t. d. Wnioski, jakie Veit z badań swych wyprowadził, uzyskały w położnictwie nazwę: „prawa Veit’a“.

Istota zjawiska tego, któremu Veit przypisuje znaczenie pod względem rokowania, polega na tem, że zwiększenie wagi wynosi dla każdego z 3-ch ostatnich miesięcy ciąży: 1500—2500 grm.

Powiększenie to zależy nie tylko od samego wzrostu jaja płodowego, lecz także od powiększenia całej masy ciała kobiety ciężarnej.

W ostatnim miesiącu ciąży waga ciała przeciętnie powiększa się o 1777 grm.

Na płód średnio przypada 1000 grm., a cała reszta około 620 grm. na ustrój kobiety.

Podczas obserwacji ciężarnej, chorej lub zagrożonej gruźlicą, oprócz badania, trzeba koniecznie ściśle baczyć na wahania w wadze i kontrolować je, mając zawsze na względzie wyżej podane wyliczenia.

Twierdzeniu Veit’a przypisać można dużo słuszności, z drugiej jednakże strony przy jego bliższem rozpatrzeniu i rozważaniu nastrecza się nie mało zastrzeżeń. Nasamprzód, ze stanowiska kliniki wogóle, a specjalnie patologii szczegółowej i terapii, opieranie się w sprawie rokowania na jednym właściwie objawie, wprawdzie ważnym, bo świadczącym, iż cały organizm pod wpływem nowego życia *sensu strictu*, a także w znaczeniu ogólniejszem, ulega niejako odnowie i przemianom dla siebie korzystnym, opierać się nie można, a tem bardziej jeden, chociażby bardzo znamieny objaw, upoważniać

nie powinien do zbyt daleko idących uogólnień, co więcej do rozszerzania danej zasady na każdy poszczególny przypadek.

Powtórę, rola dziedziczności w kwestyi powstawania gruźlicy, szczególnie sprawa biologicznej konstytucjonalnej patologii gruźlicy, staje także w sprzeczności z twierdzeniem, że korzystne zmiany dla ustroju w przemianie materii, przejawiające się w tyciu pod wpływem ciąży, odwrócić mogą postępy gruźlicy, a nawet unieszkodliwić działanie czynników chorobotwórczych na usposobienie nabyte, właściwiej zmienione, bądź co bądź chorobowo, podłoże.

Nie można także zapominać, że utycie zwłaszcza ciężarnej, niezawsze jest równoznaczne z poprawą zdrowia. Wszak wiemy, że i w przebiegu gruźlicy płuc zdarzają się przypadki t. zw. tłustej anemii, która nie tylko nie oznacza istotnej poprawy, lecz podczas ciąży zwiększa zaburzenia w oddychaniu.

Toteż przytrafiać się mogą przypadki, nadające się do przerwania ciąży w gruźlicy płuc, nie tylko przy konstatowaniu stałego spadku wagi ciała, lecz i w braku tegoż, a nawet niekiedy i przy tyciu ciężarnej.

Tak więc, gdy chodzi o rokowanie w ciąży u chorych na gruźlicę kobiet, a także o rozpoznanie wczesnego okresu lub skrycie przebiegającego cierpienia, nie wystarcza opierać się wyłącznie na t. zw. prawie Veit'a, które wprawdzie daje łatwy sposób orientowania się w poszczególnym przypadku i nieraz bywa cennym drogowskazem co do przewidywań odnośnie przebiegu choroby, a nawet zaleceń lekarskich, lecz zastosować trzeba cały aparat metod badań współczesnych, w którym bezwątpienia wahania w wadze u ciężarnej, przez czas pewien sprawdzane, posiadają pierwszorzędne znaczenie.

Słowem, dla rokowania i wczesnego rozpoznania w tych razach, obok ścisłej obserwacji, koniecznie przez czas paratygodniowy, co do wahań ciepłoty, przyczem nie należy zapominać, że u ciężarnych pod wpływem wzmożonej przeróbki materii zdarzać się mogą, jak o tem świadczą spostrzeżenia niektórych klinik niemieckich, nieduże wahania ciepłoty od 0,1 do 0,5 C^o—tuż, obok zwykłego badania fizykalnego, wykazującego stan płuc i ogólne samopoczucie chorych i—na laseczniki, mierzenia ciepłoty ciała i tętna, kontroli wagi ciała, uciec się trzeba, gdzie na to warunki pozwalają i do rentgenoskopii i do zastosowania, t. zw. odczynów biologicznych na gruźlicę i do serodyagnostyki.

O ile wczesne rozpoznanie gruźlicy i związane z niem rokowanie, a także ewentualne leczenie stanowią aczkolwiek nietłatwe, lecz bardzo ważne zadanie, to z drugiej strony zbyt wczesne rozpoznanie cierpienia tego, co najczęściej przytrafia się podczas i z powodu ciąży, stanowi pewnego rodzaju niebezpieczeństwo.

Ostatnimi czasy różni autorzy zwracają uwagę, że coraz częściej przytrafiają się przypadki, gdzie w braku więcej pewnych i przekonujących objawów, na podstawie, na przykład nieokreślonych skarg chorych, wątpliwych wahań ciepłoty, przypuśćmy, zaostrego wydechu u szczytu

płuc, lub dodatniego wyniku odczynu Pirquet'a, stawia się rozpoznanie gruźlicy, wypowiada się rokowanie i zaleca nieraz bardzo radykalne leczenie.

Zbyt wczesna dyagnoza taka, warunkowana niejednokrotnie może i trudnościami rozpoznania, poczynającej się sprawy chorobnej, samą naturą cierpienia, które pod względem zmian patologicznych posiada wprost polimorfizm, a pod względem przebiegu najrozmaitsze warianty, wyprowadza jednakże nieraz z równowagi psychicznej chorą, wykoleja jej życie.

W końcu przypomnieć uważam za właściwe, że ciąża sama przez się jako taka, jako zjawisko fizyologiczne, jest wprost kamieniem probierczym, znakomitym sprawdzianem siły, sprawności i wogóle stanu zdrowia, zarówno całego ustroju kobiecego, jak i oddzielnych jego narządów, w pierwszej zaś linii—płuc, serca i nerek.

Pod wpływem tych zapotrzebowań, jakie ciąża stwarza dla ustroju, wszelkie braki jego wcześniej lub później, pod postacią zaburzeń różnego napięcia i natężenia, występować i przejawiać się zwykły.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1) v. Bardeleben H. Beziehungen zwischen Lunge und Genitale tuberkulöser Frauen. Münch. med. Wochenschrift 1912. 2) Bumm. Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. 1909. 3) Chaffard A. Le Pronostic Médical des méthodes—son évolution—ses limites. La Presse Médicale 1913. 4) B. Dębński. Dyagnostyka gruźlicy. Część I. Metody kliniczno-laboratoryjne. Warszawa 1912. 5) K. Dłuski. O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych (z uwzględnieniem niektórych objawów patologicznych). Przegląd Lekarski, 1911. 6) A. Gluźniński i Grek. Wpływ miesiączkowania na przebieg ciepłoty w rozmaitych stanach chorobowych. Nowiny Lekarskie 1910. 7) Hofbauer. Die Graviditätsveränderungen der Organe. Volkm. Vorträge f. Gynaekologie, 120. 8) J. Jaworski. Wpływ menstruacji na sferę nerwowo-psychiczną kobiety. Wykład kliniczny. Nowiny Lekarskie, 1910. J. Jaworski. Ueber den Einfluss der Menstruation auf die neuropsychische Sphäre der Frau. Wiener klinische Wochenschrift, 1910, a także: Die Umschau (streszczenie). 1911. 9) J. Jaworski. Ciąża i gruźlica oraz wzajemny ich stosunek. Odczyty kliniczne, wydawane przez Gazetę Lekarską, t. XX, z. 7, 8, 1913. W odczycie tym podana jest cała literatura polska i najglówniejsze prace w tym przedmiocie autorów obcych. 10) Mięsowicz. O wskazaniach do przerywania ciąży ze stanowiska medycyny wewnętrznej. Obrady Sekcji Ginekologiczno-Położniczej XI Zjazdu L. i P. P. Kraków, 1912. 11) Lebert. Ueber Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane und über den Einfluss des weiblichen Geschlechtslebens auf die Entwicklung und den Verlauf der Tuberkulose. Archiv f. Gynaekologie. 1872 12) Pankow und Kuperle. Die Schwangerschaftsunterbrechung bei Lungen und Kehlkopftuberkulose. Leipzig. 1911. Jahresbericht Frommela. 12) Pankow O. Lungentuberkulose u Schwangerschaftunterbrechung. Deutsche med. Wochenschrift 1911. 13) A. Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych, T. III. Warszawa, 1906. 14) S. Sterling. O prognostycznym znaczeniu stałego przyspieszenia tętna w przebiegu gruźlicy płuc. Zarazem przyczynek do klasyfikacji tego cierpienia. Czasopismo Lekarskie, 1903, a także Münchener med. Wochenschrift, 1904. 15) S. Sterling. O rokowanlu w gruźlicy płuc. Czasopismo Lekarskie, 1907. 16) J. Veit. Tuberkulose u. Schangerschaft. versammlung deutscher Naturforscher und Aertzte in Stuttgart. Berliner klin. Wochenschrift, 1906.

XI.

O ACETONEMII.

PODAŁ

Augustyn Łogucki,
ordynator szpitala Św. Ducha.

W ostatnich czasach klinicyści coraz częściej zwracają uwagę na obecność i wpływ acetonu na organizm.

W naszym piśmiennictwie kol. L. Bondy i B. Korybut-Daszkiewicz bardzo szczegółowo omówili w swych pracach rolę acetonu u dzieci w cierpieniu, nazwanem „wymiotami okresowemi z acetonurją“, albo „acetonurją okresową“ (jak proponuje Hecker).

Powstawanie acetonu ($\text{CH}_3\text{—CO—CH}_3$) i innych związków pochodnych w ustroju w stanie normalnym i patologicznym jest dotychczas dokładnie niewyjaśnione. Wiemy tylko z dotychczasowych danych, że każdy głodzony organizm wydziela aceton, że po zjedzeniu wielkiej ilości tłuszczu, w chorobach wyniszczających, jak rak, gruźlica, długotrwałe sprawy gorączkowe, bardzo często wydziela się aceton, że niekiedy po dłuższem chloroformowaniu i u kobiet, dotkniętych wymiotami w okresie ciąży, występuje aceton. Wiemy wreszcie, że w cukrzycy złośliwej, w cukrzycy zaniedbanej stale i długo wydziela się aceton, i tu właśnie spostrzegano jego wahania, zależne od sposobu odżywiania, co sprawiło, że stąd powstały teorie o pochodzeniu acetonu z tłuszczów. Tłuszcze zawierają w swej drobnie około 90% kwasów tłuszczowych, zwłaszcza kwasu palmitynowego, stearynowego i oleinowego; kwasy te w ustroju ulegają rozkładowi (spalaniu), przechodząc ostatecznie w kwas węglowy i wodę, a według wszelkiego prawdopodobieństwa rozkład ten jest powolny i stopniowy, przyczem długi łańcuch atomów węgla powoli ulega skróceniu. Ponieważ przemiana ta była trudną do wyśledzenia w jej wszystkich etapach, przeto F. Knoop miał nader szczęśliwą myśl zbadania rozkładu kwasów tłuszczowych, związanych z ogniwem aromatycznym, przezco przemiana ulega znacznemu zwolnieniu i łatwiej udaje się uchwycić związki przejściowe.

Na podstawie badań Knoop'a z punktu widzenia czystej chemii dowiedzionem zostało, że rozszczepienie kwasów tłuszczowych *in vitro* zapomocą wody utlenionej odbywa się na drodze β —oksydacji. Tak, kwas masłowy, według Dakina, tworzy w tych warunkach przetwory następujące: kwas β —oksymasłowy, kwas acetoocetowy, aceton i kwas węglowy.

Doświadczenie *in vivo* również dowiodło, że sprawa odbywa się w ten sam sposób, t. j. na drodze β —oksydacji w ustroju. Proces β —oksydacji *in vivo* z rozszczepieniem dwu ogniwek ujawnia się w sposób nader wyraźny w pięknych doświadczeniach Embdena i Marka, w których dowiedziono po-

wstawanie acetonu w wątrobie przy sztucznem krążeniu kwasów tłuszczowych. Krew wołu z dodatkiem kwasu masłowego, wprowadzona na drodze krążenia sztucznego do wątroby psa, wychodzi z niej z zawartością kwasu acetylooctowego i acetonu, co dowodzi, że kwas masłowy został rozszczepiony i utleniony w β .

Z powyższego widzimy, że kwas β -oksymasłowy, aceto-octowy i aceton, czyli ciała acetonowe powstawać muszą normalnie w ustroju, jako wynik β -oksydacji kwasu masłowego i wogóle wszystkich kwasów tłuszczowych o parzystej liczbie atomów węgla.

Prócz tłuszczów i ciała białkowe mogą być źródłem powstawania ciał acetonowych w ustroju. Dowiodły tego przedewszystkiem obserwacje chorych na moczówkę cukrową, u których wprowadzenie do żołądka aminokwasów, jak leucyny, tyrozyny, fenylalaniny wpływa znacznie na zwiększenie ilości ciał acetonowych, wydzielanych wraz z moczem. Tak, na przykład, pewien chory na cukrzycę po zjedzeniu 33g leucyny, wydzielił 13g kwasu β - oksymasłowego. Doświadczenia również przemawiają za białkowym pochodzeniem ciał acetonowych. Wprowadzając do wątroby psa krew z aminokwasami, otrzymujemy spore ilości acetonu i kwasu acetooctowego.

Acetonemia fizyologiczna jest faktem dowiedzionym. Polega ona na wydalaniu wraz z moczem pewnej ilości kwasu acetooctowego i acetonu, które wyrażone w acetonie wynoszą 10—30 mligr. na dobę; w powietrzu wydechanem bywa fizyologicznie nawet wyżej, niż w moczu (30—80 miligr. na dobę). Acetonemia bardziej wyraźna występuje u ludzi normalnych podczas głodzenia, a zwłaszcza podczas głodzenia wodanowęglowego, czyli wskutek usunięcia z pożywienia jedynie wodanów węgla z pozostawieniem innych pokarmów (Hirschfeld). Wystarczy żywić człowieka zdrowego wyłącznie białkiem i tłuszczem, aby sprowadzić szybko acetonurię wybitną.

Przykład:

Głód wodanowęglowy	acetonu	kw. β -oksymasł. w moczu
1 dzień	0,062	0,84
2 „	0,660	0,73
3 „	2,550	3,56
4 „	3,110	14,70

Dodanie wodanów węgla do pożywienia natychmiast usuwa acetonemię. Ponieważ człowiek zdrowy spożywa około 80—100 gr. kwasów tłuszczowych i prawie tyleż aminokwasów, przeto w ustroju powstawać mogą lub muszą znaczne ilości ciał acetonowych; że zaś w moczu znajdujemy je zaledwie w postaci śladów, należy przyjąć, że ustrój zdrowy ciała te rozkłada.

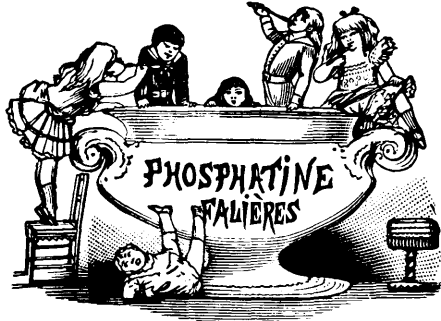
Według Schwartz'a, Waldvogel'a i Mac Kanzi'ego 25,0 kwasu β -oksymasłowego, podane wewnątrznie osobnikowi zdrowemu, znikają prawie bez śladu; z 20—21,0 kwasu acetooctowego w moczu znajdują się zaledwie dro-

ne ilości (0,1). Aceton ulega trudniej spalaniu: podany psu w dawkach od 0,3 do 0,6 na kilo wagi, wydalany bywa w ilości około 60—70% wraz z moczem i powietrzem wydechanem. Wobec tego należy przypuścić, że kwas acetoctowy przechodzi w ustroju normalnym inną przemianę i niezawsze rozkłada się na aceton i kwas węglowy.

Większość przypadków acetonemii patologicznej tłumaczyć się daje brakiem wodorów węgla w pożywieniu. Tem też w znacznej mierze tłumaczy się acetonemia w cukrzycy. W istocie ustrój w tej chorobie albo nie otrzymuje wodorów węgla dzięki właściwej dyecie, albo wydalą całkowicie otrzymaną ilość. Objaśnienie to jednak nie wystarcza we wszystkich przypadkach. Tak na przykład, niektórzy chorzy ze 150,0 wodorów węgla, znajdujących się w podawanem im pożywieniu, wydalają z moczem zaledwie połowę; pozostaje więc ilość 75,0 wodorów węgla, która powinna w zupełności powstrzymać tworzenie się ciał acetonowych. A jednak chorzy ci wydalają 2,0—4,0 acetonu na dobę. Acetonemia diabetyczna więc ma nadto inne źródła, zależne od samej choroby. Jedną z przyczyn niewątpliwie kryje się w wątrobie. Wątroba psa normalnego wytwarza niewielką ilość ciał acetonowych; wątroba zaś psa, pozbawionego trzustki, albo zatrutego florydynamą, wydziela (z krwią, przez nią płynącą) 69 do 139 mlgrm. acetonu na litr krwi, co, według Embdena i Michaud'a, zależy od tego, że wątroba psa chorego rozkłada mniej związków acetonowych. Dodatek cukru do pożywienia wpływa na ilość wytwarzanego acetonu może dlatego, że cukier żywi ustrój lepiej, że cukier wzmacnia siły wątroby, że robi ją glikogenotwórczą, jak mówi G. Rosenfeld. Ta możność wytwarzania glikogenu jest dla wątroby warunkiem zdrowia i siły. Jeżeli wątroba otrzymuje za mało cukru (głodzenie), jeżeli spala za wiele glikogenu (gorączka), jeżeli otrzymuje za dużo nieodpowiedniego materiału, jak np. tłuszczu lub mięsa—wtedy aceton nie ulega zupełnemu spalaniu.

Reasumując powyższe, widzimy, że aceton wytwarza się z tłuszczu i z białka. Widzimy, że aceton wytwarza się w każdym normalnym ustroju; podlega on jednak prawie całkowitemu spalaniu. — Natomiast w wypadkach niedomogi ustroju np. niedomogi wątroby podczas rozkładu tkanek, braku utleniania we krwi czy też przez jednostronne odżywianie niespalone ciała acetonowe nagromadzają się w ustroju. Nadmiar ciał acetonowych powoduje zatrucie tkanek ustroju, utratę ich energii, powoduje t. zw. zatrucie kwaśne. Przez czas długi niekiedy chory ustrój może zobojętniać nadmiar kwasów za pomocą wytwarzanego w dużej ilości amoniaku; nieraz jednak wybucha *coma* ze zmniejszeniem zasadowości krwi i z zatruciem ustroju niekiedy olbrzymią ilością ciał acetonowych.

Zależnie od ilości wytworzonych w ustroju ciał acetonowych przejawiają się i skutki zatrucia ustroju, przezco i objawy kliniczne bywają mniej lub więcej ciężkie. Mały nadmiar acetonu w ustroju może nie wywoływać uchwytynych zaburzeń. Zazwyczaj jednak nadmiar acetonu zbiera się powoli i chorzy ci w miarę nagromadzenia się acetonu odczuwają pewne objawy niestrawności; łaknienie zmniejsza się, chorzy czują w ustach niesmak; niekiedy



FOSFATYNA FALIERA

przyjemny pokarm, najodpowiedniejszy dla dzieci od 7—8 miesięcy, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rosnienia. Ułatwia żabkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.

Paryż, 6, Rue de la Tacherie, i wszędzie.

SANTYLOL

SANTAL SALOL Prof. Lerat

BALSAMICZNY, NIESZKODLIWY, BEZWZGLĘDNIIE CZYSTY
ODZIAŁANIU LECZNICZYM NIEZAWODNEM. BEZ UBOCZNYCH
OBJAWÓW LECZY RADYKALNIE I SZYBKO RZEZĄCZKI ŚWIEŻE
I ZASTARZAŁE. ORAZ WSZYSTKIE CHOROBY DRÓG MOCZOWYCH.

CENA PUDEŁKA 50 kaps 150k. ½ PUDEŁKA 32 kaps 85k

LITERATURA I PRÓBY DLA P.P. LEKARZY BEZPŁATNIE
KANTOR: GABRIEL POMMIER ST. PETERSBURG PANTELEJMONSKAJA, 27.

Sanatorium D-ra Wejlera w Westandzie w pobliżu Berlina
dla chorych na nerwy lub nieprawidłową przemianę materii
oraz dla potrzebujących odpoczynku.

Duży park. Ogrodnictwo, Plac sportowy. 3 wille. Pokoje z wannami i wodą gorącą. Eleganckie sale ogólne. Najrozmaitsze i najnowsze aparaty elektro—i hydroterapeutyczne. Zajęcia w ogrodzie. Aparaty gimnastyczne. D-r Szlomer, b. długoletni asystent prof. Krepelina i prof. Oppenheima.

Prospekty na żądanie bezpłatnie.

W specjalnie ogrodzonym miejscu znajduje się zamknięty zakład dla chorych umysłowo.

Zarząd lekarski:

Rad. San. D-r Wejler, prof. Henneberg, D-r Szlomer. 2-ch lekarzy asystentów.
D-r Weiler's Sanatorium—Westend b/Berlin.

Salit

Środek do wcierania o działaniu szybko kojącem i leczniczem.

Skóra znosi Salit w stanie nierozcieńczonym.

Wskazania:

Gościec mięśniowy, Nerwobóle,

Lekki ostry gościec stawowy,

Zapalenie opłucnej gośćcowe, Zapalenie pochewki ścięgna.

(2—3 razy na dzień wcierać 1/2—1 łyżeczki od kawy salitu w dokładnie wymyta i osuszoną skórę miejsca bolesnego).

Argentum proteinicum „HEYDEN“

Preparat tani, odpowiadający warunkom farmakopei
Należy przepisywać wyraźnie markę „Heyden“.

Próby i literaturę dostarcza bezpłatnie:

Chemiczna fabryka von Heyden, RADEBEUL-DREZNO,
lub przedstawiciel: LUDWIK FREIDER Warszawa, Leszno 60.

Apteka K. WENDY

KARBOFORMAL

(Cegiełki żarowe).

Tani, wygodny, bezpieczny i pewny środek do dezynfekcji mieszkań i rzeczy. Nie wymaga żadnych lamp i przyrządów, nie niszczy rzeczy i mebli.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

Telefon № 107.

w Warszawie

Z przyrządem kontrolującym!

Materyały Opatrunkowe Sterylizowane

D-ra BORZYMOWSKIEGO:

Wata. Gaza hygroskopijna, jodoformowa, wioformowa i kseroformowa. **Tampony** ginekologiczne na nitkach, nosowe, uszne i oczne. **Ligatury** № 3, 4, 5. **Katgut jodowy** 0, 1, 2, 3 i **Nić Florencka** w zatapiających rurkach. **Opatrunki** 5, 8, 10, 12 ctm. chirurgiczne, ginekologiczne i oczne. **Bandaże** 6 m. **Płyn do znieczulenia:**

Novocaini	3,3
Suprarenini gtt. tres.	
Heroini	0,01
Coffeini natr. benz.	0,2
Sol. sal. physiolog.	50,0

Wyprawki połogowe. **Tampony** jodoformowe W. Dührsena **Fizyologiczny roztwór soli.** **Płyn D-ra Borzymowskiego do znieczulenia miejscowego, sterylizowany przed i po zatopieniu w ampulce.**

WIEŁOKROTNIE WYPRÓBOWANY!!!

Od cen 150/0

W aptekach i składach aptecznych.

W aptekach i składach aptecznych

Składy główne: SPIESS Senatorska 24 i Widok 9. Telef. 106-85. Zarząd.

sami czują charakterystyczny, mocny, mdły kwaskowy zapach; przy większej ilości acetonu zapach tegoż czuje najbliższe otoczenie chorego. W jednym z moich przypadków u chorego, który co pewien czas (4 — 5 tygodni) miał objawy ciężkiej hipochondryi, żona jego mówiła mi, że już na 2—3 dni przed zasłabnięciem męża wie, iż będzie on chorym, czuła bowiem zapach acetonu w wydychanym przez męża powietrzu. W miarę zwiększania się ilości acetonu występuje uczucie zmęczenia, apatya, niekiedy nadmierna drażliwość, pewne otumanienie, uczucie ciężaru w głowie, niekiedy zjawia się pokrzywka, wreszcie następują mdłości, wymioty, które niekiedy trapią chorego przez 20 — 30 godzin, jak to wielokrotnie spostrzegałem. Chorzy boją się cokolwiek wypić, aby nie wymiotować. Wymiociny bywają zawsze kwaśne i mają mocny specyficzny zapach acetonu. Zawartość acetonu w moczu jest wtedy znaczna. Najwięcej zatrucie acetonowe wpływa na stan psychiczny. Występuje uczucie ociężałości, ospałość, senność; chorzy nie chcą zająć się niczem, nie chcą rozmawiać, niekiedy nie chcą widzieć nikogo, nawet najbliższych; całymi godzinami leżą bez ruchu. Niekiedy przeciwnie, występują objawy silnej drażliwości, a nawet ostre objawy maniakalne. Labbé i Bith przytaczają przypadki ostrej psychozy wskutek zatrucia acetonem.

W miarę wydalania się z ustroju ciał acetonowych chorzy prędko zdrowieją, chociaż wyniszczenie daje się spostrzegać jeszcze przez czas pewien.

Jeżeli aceton wytwarza się w nadmiarze, w niewielkiej ilości, lecz stale przez czas dłuższy, spostrzegamy wtedy w mniejszym lub większym stopniu objawy przewlekłego zatrucia. U osobników takich stan ogólny bywa bardzo upośledzony; są oni przygnębieni, skarżą się na uczucie zmęczenia, osłabienie ogólne, ospałość, brak apetytu, zaparcie stolca, oszołomienie, utratę pamięci, niemożność skupienia uwagi, niechęć do pracy, chudną. Jeden z moich chorych z objawami przewlekłego zatrucia acetonowego skarżył się, iż nie jest w stanie liczyć, przezco zmuszony będzie porzucić swe zajęcie, gdyż jest buchalterem. Wogóle u osobników takich można było wykazać cały szereg objawów ciężkiej neurastenii.

Oto w głównych zarysach objawy ostrego i przewlekłego zatrucia normalnego ustroju przez ciała acetonowe.

Leczenie spraw tego rodzaju, czyto acetonemii idyopatycznej, czy odżywczej, czy wreszcie toksycznej — musi uwzględnić dwie rzeczy: 1) należy zmniejszyć materiał, dostarczający aceton: i 2) zwiększyć zdolność utleniania ustroju. A więc, oprócz ścisłego określenia diety, wskazane jest podawanie ciał antyketonowych. Związkami antyketonowymi nazywamy takie, które posiadają wpływ hamujący na tworzenie się ciał acetonowych.

Przedewszystkiem należą tu wodany węgla, prócz tego: mamił, gliceryna, amino-kwasy — glikogol, kwas asparaginowy alanina, wreszcie alkohol i alkalia. Działanie zasad — alkali — polega na zwiększonym wydalaniu i zubożeniu związków acetonowych, chociaż teoria łatwiejszego utleniania w nadmiarze alkali jest dotychczas tylko teorią.

Gaz. Lek.

Na podstawie całego szeregu spostrzeganych przypadków zatrucia acetonowego ośmielam się wypowiedzieć wnioski następujące.

1) Przyczyna powstawania nadmiaru ciał acetonowych w ustroju leży w wadliwym chemizmie przemiany materii.

2) Wytwarzanie się nadmiaru acetonu może odbywać się tak w ustrojach normalnych, jak i dotkniętych cierpieniami tego lub innego narządu.

3) Choroby wyniszczające, jak: rak, gruźlica, długotrwałe sprawy gorączkowe, mogą przyczyniać się do wadliwego chemizmu przemiany materii, a co zatem i do wytwarzania się nadmiaru ciał acetonowych.

4) Zatrucie ustroju przez ciała acetonowe powoduje zmniejszenie lub utratę energii tkanek i w mniejszym lub większym stopniu osłabia ich sprawność, co sprowadza wyniszczenie ustroju.

5) Jeżeli w przebiegu chorób wyniszczających zacznie wytwarzać się nadmiar ciał acetonowych, przeczco występuje osłabienie sprawności tkanek ustroju, sprawy te postępują szybko.

6) W przypadkach ostrego zatrucia acetonowego wyniszczenie organizmu pozostaje przez czas jakiś; natomiast przewlekłe zatrucia sprowadzają bardzo długotrwałe wyniszczenie i wychudnienie ustroju.

7) Dotychczasowe zapatrywanie, iż u chorych z cukrzycą należy unikać zabiegów chirurgicznych, nie jest zupełnie sprawiedliwe. W 2 moich przypadkach musiano dokonać amputacji (w jednym — z 4⁰/₁₀₀ cukru — połowy stopy; w drugim — 2.6⁰/₁₀₀ cukru — dużego palca stopy). Zagojenie poszło *per primam*. W przypadkach tych nie było acetonemii. Śmiem przypuszczać, iż nie obecność cukru, lecz zatrucie acetonowe ustroju przeszkadza prawidłowemu gojeniu. Jest to zbyt mało spostrzeżeń, aby wyprowadzić wnioski. Sądzę jednak, iż chirurdzy powinni na to zwrócić uwagę.

8) Zatrucie ustroju przez ciała acetonowe najwięcej i najciężej odbijają się na stanie psychicznym chorych; widocznie szara substancja mózgu najbardziej podlega zatruciu. W moich przypadkach ciężkich postaci neurastenii i hipochondryi objawy chorobowe ustępowały w miarę zmniejszenia się nadmiaru ciał acetonowych.

Mam to przeświadczenie, iż często powtarzające się i przewlekłe zatrucia ustroju przez ciała acetonowe są jednym z czynników rozwoju neurastenii, hipochondryi, a nawet niektórych postaci psychozy.

9) W cierpieniu u dzieci, w t. zw. „wymiotach okresowych z acetonią” nie wszystkie objawy (zaburzenia żołądkowokiszkowe, podwyższenie temperatury) zależą od acetonu. Najzupełniej podzielam zdanie, jakie wygłosił dr L. Bondy, iż „rola acetonu w omawianem cierpieniu, według wszelkiego prawdopodobieństwa, nie jest czynną, i aceton jest raczej wskaźnikiem odbywającego się w ustroju procesu chorobowego”.

W końcu składam podziękowanie kol. Jerzemu Brunnerowi i prof. Moraczewskiemu za udzielenie mi pewnych wskazówek przy opracowaniu niniejszego.

PIŚMIENNICTWO.

1) Magnus-Levy. Die Acetonkörper. Ergebnisse der inneren Med. u. Kinderheilk. I. 1908. 2) Jorns A. Inaug. Dissert. Göttingen, Würzburg, 1903. 3) Schwarz. Ueber die Ausscheidung u. Entstehung des Acetons. Centrbl. f. Stoffwechsel und Verdauungskrankh. 1900. 4) Engel. Aceton unter phys. und. path. Verhältnissen. Z. f. klin. Med. XX. 1892. 5) J. Müller. Ausscheidungsstätten des Acetons. Archiv. f. exp. Med. 40, 1898. 6) L. Schwartz. Acetonausscheidung XVIII, Kong. f. inn. Med. 1900. 7) F. Hirschfeld. Z. f. klin. Med. 28. i 31. 1905. 8) Hecker Rud. Periodisches Erbrechen mit Acetonämie. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. VII. 1911. 9) L. Bondy. Wymioty okresowe z acetonemią u dzieci. Przegl. Pedyatryczny, Tom IV, 1912. 10) B. Korybut-Daszkiewicz. O tak zwanych wymiotach okresowych u dzieci. Przegląd Pedyatryczny, Tom. IV, 1912. 11) M. Labbé et J. Bith. Les acidoses graves en dehors du diabète, Bull. des hôpitaux de Paris N^o 18, 1912. 12) Lambling. Précis de Biochimie. Paris 1911.

XII.

O otwieraniu ropni okółomigdałkowych

podał

Augustyn Łogucki,

ordynator szpitala Św. Ducha.

W pracy mej: „Przyczynek do etyologii ropni okółomigdałkowych“¹⁾ wypowiedziałem zapatrywanie, iż ropnie okółomigdałkowe są zazwyczaj sprawą wtórną, występującą u ludzi, którzy często zapadają na ostre zapalenie migdałków. Zazwyczaj bowiem po ostrem zapaleniu migdałków powstają zrosty powierzchni migdałków z lukami, wskutek czego przy świeżem zapaleniu migdałków wydzielina z krypt, nie mając ujścia z powodu zrostów, wywołuje stan zapalny tkanki okółomigdałkowej. Niekiedy ropnie okółomigdałkowe powstają w cięższych formach dyfteryru i zapalenia szkarlatynowego migdałków. Przypadki, o których wspomina Koehler²⁾, gdzie najczęstszą przyczyną powstawania ropni okółomigdałkowych bywa psucie się ostatniego zęba trzonowego, gdy przy nim istnieje ognisko ropne, zdaniem mojem, są nadzwyczaj rzadkie.

Zwykle ropnie okółomigdałkowe wytwarzają się albo w jamie nadmigdałkowej (*fossa supratonsillaris*), albo pomiędzy przednim lukiem a migdałkiem, albo wreszcie pomiędzy migdałkiem a lukiem tylnym. Umieszczenie takie

¹⁾ Gazeta Lekarska 1895, N^o 42.

²⁾ Koehler. Do etyologii ropni w migdałkach podniebiennych i w otaczającej je tkance łącznej. Nowiny Lekarskie 1895. N^o 12.

zazwyczaj łatwo spostrzegać się daje w pierwszych okresach wytwarzania się ropnia. W późniejszych okresach, kiedy stan zapalny rozszerzył się na okoliczne tkanki, ściśle umiejscowienie, jak to słusznie zaznacza prof. Stoerk ¹⁾, jest trudne.

Spostrzeżenia kliniczne wskazują, iż niekiedy ropnie okołomigdałkowe otwierają się same i wtedy widzimy, iż wydzielina ropna wydziela się z otworu albo pomiędzy łukiem przednim a migdałkiem, albo pomiędzy migdałkiem i łukiem tylnym, albo też z otworu, znajdującego się w jamie nadmigdałkowej. Rzadko bardzo ropnie otwierają się przez łuk przedni.

Spostrzeżenia te wskazały mi drogę, jak otwierać ropnie okołomigdałkowe. Już od 4-ch lat przy otwieraniu ropni takich noża nie stosuję, lecz otwieram je w następujący sposób. Po uprzednim znieczuleniu łuku i migdałka 10%-ym roztworem kokainy zapomocą zgłębnika z główką, z zakrzywionym pod prostym kątem końcem na 2 — 3 cm, stopniowo rozrywam zrosty łuku z migdałkami i płycej czy głębiej dostaję się do ogniska ropnego, przyczem staram się porozrywać zrosty dość szeroko. W dniu następnym, o ile wystąpiło sklejenie się ścianek otworu, powtarzam to samo. Chorzy przy takim postępowaniu cierpią znacznie mniej, aniżeli przy otwieraniu ropni przez łuk.

Niekiedy we wczesnych okresach, kiedy jeszcze mamy tylko nacieczenie tkanek, po rozdzieleniu zrostów sprawa do ropienia nie dochodziła, podczas gdy przedtem zawsze u takich chorych wytwarzały się ropnie.

XIII.

Nowotwory złośliwe w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach.

STUDYUM KLINICZNO-HISTORYCZNE

Napisał

Dr Jan Sędziak.

H i s t o r y a. Pierwsze wzmianki o nowotworach złośliwych w górnych drogach oddechowych znajdujemy w pracach szkoły Asklepiadejskiej, mianowicie u najsłynniejszego jej przedstawiciela Hippokratesa, jakoteż u Araeteusa, a zwłaszcza Galena, najznakomitszych przedstawicieli szkoły Aleksandryjskiej. Dopiero jednakże w wieku XVII-ym, XVIII, a zwłaszcza w pierwszej połowie XIX-go kwestya ta posunęła się znacznie naprzód.

¹⁾ Prof. Dr Karl Stoerk. Die Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Tom II. 1897.

I tak słynny prof. Leydeński Herman Boerhave wspomina już dokładniej o anginie rakowatej, jednocześnie zaś prawie słynny anatom prof. Morgagni z Padwy opisuje po raz 1-szy badanie pośmiertne 59-letniego mężczyzny, który zmarł z zaduszenia, za życia zaś skarżył się tylko na bolesne i trudne połykanie. Na sekcji znaleziono rozległe rakowate obrzmienie gardła i krtani.

W pierwszej wyczerpującej monografii o chorobach krtani, mianowicie Albersa z Bonn z r. 1829 znajduje się rozdział o guzach krtani. Autor ten, między innymi spostrzegł 54-letniego chorego, który zmarł z zaduszenia w następstwie guza w krtani, mającego wszelkie cechy nowotworu złośliwego.

W roku 1836 Akademia Paryska ogłosiła konkurs na pracę p. t. *phthisis laryngea*. Nagrodę otrzymali dwaj młodzi uczeni, mianowicie: Armand Trouseau i Belloc. Rozróżniają oni 4 postaci owej „*phthisis laryngeae*“: zwykłą, syfilityczną, rakowatą i gruźliczą, podając przytem jeden przypadek raka pierwotnego krtani (52-letnia chora—tracheotomia—w 11½ miesięcy śmierć—sekcya wykazała w płucach gruźelki, niektóre w stanie rozpadu, oprócz tego guz rakowaty, zajmujący całą krtani, zniszczenie chrząstek krtaniowych).

W roku 1852 Horace Green, słynny prof. z New-Yorku, zbierając dane statystyczne, dotyczące nowotworów krtani, przytacza jedno spostrzeżenie, w którym znajdował się w krtani „guz kalafiorowaty“ i drugie z rozpoznaniem *encephaloid*.

Louis i Barth w roku 1854 również podają po jednym przypadku raka pierwotnego krtani.

Tak stały rzeczy do wiekopomnego odkrycia laryngoskopu w r. 1858 przez Türck'a i Czermaka, oraz przez tegoż w roku 1859 rynoskopu, jakoteż przy schyłku wieku 19-go (1897 r.) tracheobronchoskopu przez Kiliana z Freiburg'a, obecnego prof. laryngologii w Berlinie, oraz ezofagoskopu (Rosenheim, Hacker, Stoerk, Mikulicz), wreszcie do wprowadzenia do laryngorynouchirurgii kokainy w r. 1884 przez Jellineka, ówczesnego asystenta prof. Schroetter'a w Wiedniu, które dopiero umożliwiły zarówno rozpoznanie, jakoteż i leczenie operacyjne guzów złośliwych w górnych drogach oddechowych. Tak więc w r. 1889 B. Fraenkel, niedawno zmarły zasłużony prof. laryng. w Berlinie, ogłasza swoją monografię o raku krtani, co do którego cierpienia słynny anatomopatolog berliński, Virchow wyraził się w te znamienne słowa: „Ist der Krebs in seinem Beginn und oft sehr lange ein örtliches Leiden, so muss es auch möglich sein, ihn in dieser Zeit örtlich zu heilen“.

Wkrótce potem prof. v. Bruns z Tübingen, prof. Kümmel z Wrocławia, oraz prof. Kuhn ze Strassburga ogłaszają w Heyman'a, oraz Schwartze'go zbiorowych podręcznikach: laryngologii i rynologii, oraz otyatrii monografię o guzach złośliwych nosa (Kümmel — Die bösartigen Geschwülste der Nase 1900), tchawicy (v. Bruns „Die Neubildungen der Luftröhre—1893), oraz uszu (Die Neubildungen des Ohres—1893).

Finder z Berlina—obecny Redaktor Semon'a Int. Centr. f. Laryng. u. Rhin., mniej więcej w tym czasie (1896) ogłosił w Arch. f. Laryng. (B. V, p. 302) pracę p. t. „Einige Bemerkungen über maligne Nasengeschwülste“ na podstawie bogatego materiału polikliniki berlińskiej

W tymże roku Cohn obiera sobie za przedmiot do dySSERTACJI mięsaki przegrody nosa („Ueber Sarcome der Nasenscheidewand“—Königsberg—Diss. 1896). Wspomnieć też należy o Manasse—autorze pracy o złośliwych guzach zatok bocznych nosa 1909. Z chirurgów niemieckich wielką cieszy się sławą w kierunku laryngo-chirurgii prof. Gluck w Berlinie — autor pracy p. t. „Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Kehlkopfes, Pharyngs, Oesophagus und Trachea“ (Monatschr. f. Ohrenheilk. 1904).

W Austrii odznaczyli się w tym kierunku z laryngologów: prof. Schroetter, zwłaszcza zaś jego następca na klinice wiedeńskiej prof. Chiari, znany z prac nad rakiem krtani (leczenie chirurgiczne, zwłaszcza zapomocą laryngofissury), oraz z chirurgów prof. Billroth — twórca metody wycinania krtani (laryngectomy) w raku tego narządu (1873). W Anglii — słynny laryngolog—lekarz przyboczny Fryderyka III — sir Morell Mackenzie, oraz Wolfenden—autor doskonałej pracy statystycznej o operacyjnym leczeniu raków krtani (1889), Semon—założyciel nieocenionego czasopisma specjalnego Int. Centr. f. Laryng., w którym drukował (1889/90) wyczerpującą pracę o przechodzeniu nowotworów łagodnych krtani w złośliwe, oraz z chirurgów świeżo zmarły Butlin—autor cennej monografii p. t. „The operative surgery of malignant diseases of the larynx (1877), żarliwy zwolennik wraz z Semonem -- metody rozszczepienia krtani w guzach złośliwych tego narządu, wreszcie Trotter—autor pracy o nowotworach złośliwych jamy nosowogardzielowej (1911). We Francji—Fauvel, który jeszcze w r. 1876 w podręczniku swoim opisał w sposób dokładny 37 przypadków pierwotnych raków krtani, prof. Moure z Bordeaux—znany z prac nad laryngofissurą w raku krtani wraz ze statystyką wycięć (laryngectomy), wreszcie Molinié („Les tumeurs malignes du larynx“ 1907), oraz Tissier („Tumeurs du nez et du sinus — 1898 Annales des malad. de l'oreille etc. № 1) i Castex—autor pracy o złośliwych guzach nosa (1908). W Ameryce przedewszystkiem Elsberg—autor nagrodzonej jeszcze w r. 1866 pracy p. t. „The laryngological surgery in the treatment of laryngeal tumors“; Watson (Sarcoma of the nose—1904); Chevalier Jackson z Pittsburga—autor pracy o guzach złośliwych nosa. We Włoszech—Martuscelli i Calamida—autorzy monografii o mięsakach nosa (Sarcoma del naso — 1905), Citelli (o guzach złośliwych jamy nosowogardzielowej 1911), oraz chirurg prof. Novaro z Turynu znany z prac o wycięciach krtani z powodu raka. Na Węgrzech—Donogany i Lénart (Primärer Krebs der Nasenhöhlen—Fraenkels Arch. f. Lar. 1895—t. XV. z. 3).

W Danii przedewszystkiem Prof. Schmiegelow z Kopenhagi — znany z prac nad rozszczepieniem krtani w raku tego narządu.

W Hiszpanii—Prof. Cisneros z Madrytu -- autor prac o chirurgicznym

leczeniu (laryngectomia) raków krtani, oraz Lazarega—autor pracy o nowotworach złośliwych nosa (1910).

W Belgii—Delseaux—autor pracy o złośliwych guzach w zatokach bocznych nosa (1908).

W Rosyi—Miljutin—autor obszernej monografii o „nowotworach złośliwych nosa i ich chirurgicznym leczeniu“ Moskwa, 1901.

W Japonii—Nakamura—autor pracy o raku nosa i jego zatok (1908).

Wreszcie w Polsce mamy przedewszystkiem do zanotowania prof. Pieniżka z Krakowa—autora cennych prac o laryngofissurze w raku krtani, oraz prof. Jurasza z Heidelberg'a, a obecnie we Lwowie — autora cennej monografii w języku niemieckim („Die Neubildungen des Kehlkopfes“ w Heymann'a Handbuch d. Laryng. 1900), Krajewskiego i Wróblewskiego — obu już niezżyjących—autorów pracy statystycznej o wycięciu krtani rakowatej (1889), prof. Mikulicza z Wrocławia—po niemiecku („Die Neubildungen des Rachens und des Nasenrachenraumes“ w Heymann'a Handbuch d. Laryng.—1889), wreszcie autora niniejszego artykułu („Nowotwory złośliwe krtani — raki, mięsaki—ich rozpoznawanie, oraz leczenie“—monografia—nagrodzona złotym medalem na konkursie międzynarodowym w Tuluzie (Przeł. Chir. 1893. Wiesbaden 1897), oraz specjalne rozdziały w moich podręcznikach nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej (1897) i jamy ustnej, gardła i przelyku (1900), a także w otyatrii Heimana (1902) i wielu innych, o których będzie szczegółowa mowa na końcu niniejszej pracy w chronologicznym spisie prac polskich.

W ciągu mniej więcej 23-letniej mojej praktyki, zarówno prywatnej, jako też lecznicowej na ogólną cyfrę około 27500 chorych, spostrzegalem 333 przypadków nowotworów złośliwych w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach, co stanowi przeszło 1% (1,2% właściwie), z czego przypada na:

1) nos, jego zatoki, oraz jamę nosowogardzielową—przyp.	29
2) jamę ustną, gardło i przelyk	160
3) krtani i tchawicę	136
4) gruczoł tarczowy i uszy	8

razem 333

Z powyższej liczby bylo guzów złośliwych:

I a) w nosie przyp. 13, b) w zatokach bocznych (Highmor'a, czołowych, sitowych i klinowych)—przyp. 7, c) w jamie nosowogardzielowej—9;

II a) w jamie ustnej przyp. 54, b) w gardle 36, c) w przelyku 70;

III a) w krtani przyp. 130, b) w tchawicy—6;

IV a) w gruczole tarczowym i b) w uszach po 4 przyp.

Co do natury guzów złośliwych w górnych drogach oddechowych, to na 333 przyp. bylo raków 275, oraz mięsaków 58 (mianowicie 20 w nosie, jego zatokach oraz jamie nosowogardzielowej, 24 w jamie ustnej i gardle, 10 w krtani i tchawicy, wreszcie po 2 przyp. w grucz. tarczowym i uszach), czyli że tylko w jednych jamach nosowych oraz jamie nosowogardzielowej przewaga byla po stronie mięsaków, w pozostałych narządach—po stronie raków i to znaczna, a nawet w przelyku wyłączna.

Część 1-a. Nowotwory złośliwe nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej.

Nowotwory złośliwe nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej nie należą do zbyt częstych, a więc przeciwnie, jak łagodne, zwłaszcza t. zw. polipy.

Tak np. M. Schmidt¹⁾ na 42635 chorych spostrzegał je tylko 20 razy, gdy polipy nosowe 1012.

Jeszcze większą różnicę podaje Finder²⁾ z polikliniki berlińskiej: na 27600 chorych ze złośliwymi guzami nosa było zaledwie 12 na 920 polipów.

Co się mnie tyczy, to na 27500 blisko chorych, pochodzących z praktyki prywatnej i lecznicowej spostrzegalem nowotwory złośliwe nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej stosunkowo również rzadko, gdyż tylko przypadków 29, t.j. około 1 : 1000 (łagodnych zaś 1143 t. j. 1:24), z czego na nos przypada przyp. 15, (a więc cyfra prawie identyczna z podaną powyżej przez Findera), na zatoki boczne nosa 7, wreszcie na jamę nosowogardzielową przyp. 9.

Wogóle zaś udało mi się od najdawniejszych począwszy aż do ostatnich nieomal czasów, t. j. mniej więcej do połowy roku 1912 zebrać z literatury zagranicznej 1048 przypadków nowotworów złośliwych nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej, z czego na jamy nosowe *sensu strictiori* przypada 645 przypadki, na zatoki boczne nosa 224, wreszcie na jamę nosowogardzielową 181 przypadków.

Jest to więc największa z istniejących dotychczasowych statystyk, gdyż np. Finder po r. 1896 zebrał z literatury tylko 147 przypadków nowotworów złośliwych nosa, Kümmel³⁾ zaś jeszcze mniej, gdyż tylko 109.

Największą liczbę przypadków guzów złośliwych nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej dostarczyły: Ameryka i Niemcy, gdyż po 194 przypadki w tem z amerykańców Chevallier Jackson 10 przyp., Wishart 7, z niemców zaś M. Schmidt 20, Finder 12, Manasse 6 przyp. Trzecie miejsce zajmuje pod tym względem Francja (156 przyp., w tem Castex 15), dalej idzie Rosja (118 przyp. w tem zebranych z 6-u szpitali w Moskwie przez Miljutina 79), Anglia (110 przyp., w tem Trotter 15), Włochy (69 przyp., w tem Citelli 10), Polska (48, w tem moich 29). Belgia (41 przyp., w tem Delseaux 5), Węgry (29 przyp., w tem Donogany i Lenart —7), Austria (27 przyp.), Hiszpania (25 w tem Lazarega 6), Dania (14 przyp.), Japonia (8 przyp., w tem Nakamura 6), Szwecja (6 przyp.), Holandia (2 przyp.), wreszcie po 1 przyp. Szwajcarya i Rumunia.

Jak wiadomo nowotwory złośliwe w ogóle, w szczególności zaś nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej dzielą się na 2 główne grupy: mięsaki (*sarcomata*) i raki (*carcinomata*).

Pierwsze są o wiele częstsze, z czem zgadzają się wszyscy autorowie,

¹⁾ „Die Krankheiten der oberen Luftwege“ 1897, II wyd.

²⁾ loco citato.

³⁾ loco citato.

Tak np. wyżej wymienieni M. Schmidt spostrzegał na 11 mięsaków tylko 9 raków nosa, Finder na 10—2 w swojej praktyce, oraz 100 mięsaków na 47 raków w zebranej przez siebie literaturze, Kümmeł 69 na 40, wreszcie Miljutin ¹⁾ zebrał z 6-u szpitali moskiewskich za przeciąg czasu 20—40 lat 62 mięsaki na 17 raków nosa.

Co się mnie tyczy, to również notowałem przewagę co do częstości po stronie mięsaków. Tak więc na 1048 przyp. zebranych przezemnie z literatury obcej guzów złośliwych nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej było 537 przyp. mięsaków, oraz 402 raków, zaś w 109 przyp. nie było ściśle podane, z jakiej natury guzem złośliwym autorzy mieli do czynienia.

W jednych tylko zatokach bocznych nosa istniała niewielka przewaga po stronie raków, mianowicie na 99 mięsaków—113 raków, natomiast zarówno w nosie (350 mięsaków — 224 raki), jakoteż w jamie nosowogardzielowej (88 mięsaków — 64 raki), przewaga i to dość znaczna była po stronie mięsaków. Wreszcie w 2-u przyp. (Green i Klein) istniały jednocześnie mięsak i rak w jamach nosowych.

Moje własne spostrzeżenia zgadzają się w zupełności z wyżej podanymi: i ja również na 20 mięsaków spostrzegałem tylko 9 raków, mianowicie, wnosie na 11 mięs 2 raki; w jamie nosowogardzielowej na 7—2, a tylko w zatokach bocznych nosa na 2 mięsaki—5 raków.

Przechodzę obecnie do rozpatrzenia wieku i płci chorych, dotkniętych guzami złośliwymi nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej.

Między 1-ym a 5-ym rokiem życia było przyp. 6 (6 mięs. — raków — now. złośl.), w tem moich przyp. — (mięs. — raków —).

Między 5-ym a 10-ym rokiem życia było przyp. 12 (12 mies. — raków — now. złośl.), w tem moich przyp. — (mięsaków — raków —).

Między 10-ym a 20-ym rokiem życia było przyp. 91 (83 mięs., 4 raki, 4 nowotw. złośl.), w tem moich przyp. 4 (4 mięs., -- raków).

Między 20-ym a 30-ym rokiem życia było przyp. 120 (104 mięs., 8 raków, 8 now. złośl.), w tem moich przyp. 5 (5 mięs., — raków).

Między 30-ym a 40-ym rokiem życia było przyp. 78 (46 mięs., 12 raków, 20 now. złośl.), w tem moich przyp. 4 (3 mięs., 1 rak).

Między 40-ym a 50-ym rokiem życia było przyp. 108 (64 mięs., 24 raki, 20 now. złośl.), w tem moich przyp. 4 (3 mięs., 1 rak).

Między 50-ym a 60-ym rokiem życia było przyp. 90 (42 mięs., 48 raków — now. złośl.), w tem moich przyp. 6 (4 mięs., 2 raki).

Między 60-ym a 70-ym rokiem życia było przyp. 120 (14 mięs., 80 raków, 26 now. złośl.), w tem moich przyp. 4 (1 mięs., 3 raki).

Między 70-ym a 80-ym rokiem życia było przyp. 40 (4 mięs., 36 raków, — now. złośl.), w tem moich przyp. 1 (— mięs., 1 rak).

Między 80-ym a 90-ym rokiem życia było przyp. 1 (— mięs., — raków, — now. złośl.), w tem moich przyp. 1 (— mięs., 1 rak)..

¹⁾ loco citato.

Razem 665 (375 mięs., 212 raków, 78 now. złośli.) w tem moich przyp. 29, (20 mięsaków, 9 raków).

W pozostałych 384 przypadkach wiek chorych nie był podany.

Z powyższego zestawienia widać, że począwszy od roku 50-go przewaga jest po stronie raków, poniżej zaś 50-go po stronie mięsaków—w ogóle im starszy osobnik, tem większe ma usposobienie do raka w nosie, jego zatokach, oraz jamie nosowogardzielowej, i *vice versa*.

Pod tym względem górne drogi oddechowe nie stanowią różnicy od pozostałych narządów. Najmłodszy chory z mięsakiem nosa miał lat 3 (przyp. Paludettiego), w mojej praktyce lat 14, najstarsza moja chora z rakiem zatoki Highmor'a miała lat 87.

Co się tyczy płci chorych z guzami złośliwymi nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej, to na 1048 przyp., zebranych z literatury, mężczyzn było 451, kobiet zaś 282, razem 733 (w pozostałych 316 przyp. płeć chorych nie była podana)—a więc przewaga znaczna po stronie mężczyzn, przyczem tyczy się to zarówno mięsaków (211 męż i 150 kob.), jakoteż bardziej jeszcze raków (240 męż. na 132 kob.).

W moich przypadkach również przewaga była po stronie mężczyz—na 29 przypadków złośliwych guzów nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej było 20 mężczyzn (5 z rakiem i 15 z mięsakiem), a tylko 9 kobiet (4 r. i 5 m.).

E t y o l o g i a. Niezmiernie ważną jest kwestya, czy nowotwory złośliwe (raki, mięsaki) górnych dróg oddechowych, wzgl. nosa, jego zatok, oraz jamy nosowo-gardzielowej mogą powstawać z łagodnych (polipów), a jeżeli tak, to w jakich warunkach?

Kwestyą tą specjalnie w swoim czasie (1889/10 r. I. C. f. Laryng.), odnośnie do guzów krtaniowych zajmował się Semon z Londynu, rozstrzygnąwszy ją z wielkim nakładem pracy drogą zbiorową (*Sammelforschung*) w sposób stanowczy, mianowicie w sensie ujemnym.

Wprawdzie w pewnej liczbie przypadków (45 na 1558) istniało prawdopodobieństwo takiego przejścia, przyczem w 33-ch miało to jakoby nastąpić pod wpływem zabiegów wewnątrzkraniowych, który to pogląd wygłaszali jeszcze Lennox Brown, Fauvel, Gottstein, Bosworth, M. Mackenzie, Solis Cohen, Seiler, Morelli, Stoerk, Schnitzler.

Czy tu jednakże miało miejsce „*propter hoc*“, czy też tylko, co jest prawdopodobniejszem „*post hoc*“—trudno coś stanowczego orzec.

Toż samo *mutatis mutandis* tyczy się i guzów złośliwych nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej. I tu niewątpliwie istnieją analogiczne przypadki. I tu w wielu razach np. w statystyce Watsona ¹⁾ na 150 mięsaków nosa w 16%, według zaś Kümmel'a blisko w 1/7 wszystkich przypadków raka nosa—istniały pierwotnie polipy i jako takie niejednokrotnie bywały operowane.

¹⁾ loco citato.

Czy operacje ta jednakże, zwłaszcza często powtarzane—wpływały w jakiejś mierze na ową zamianę guzów łagodnych (polipów) na złośliwe (raki, mięsaki), czyli też była to zwykła koincydencja—na to, jak dotąd, pewnych danych nie posiadamy.

Ja również na 29 przypadków guzów złośliwych nosa, jego zatok, oraz jamy nosowogardzielowej trzy razy (u 55-letniej wdowy, oraz 44-letniego konduktora z mięsakiem, wreszcie u 54-letniego obywatela z rakiem jam nosowych), widziałem jakoby przejście polipów nosa w guzy złośliwe, przyczem. rzecz znamienna, we wszystkich tych przypadkach polipy te były wielokrotnie operowane.

Bludwod również widział takie przejście w 9-u przyp. raków zatoki Highmor'a, toż samo Goodale, Martuscelli i Brockaert, Sargeon i Law.

Bardzo interesujące są pod tym względem przypadki Bayera i Finka. W pierwszym z nich pod drobnowidem stwierdzono wytworzenie się na powierzchni wolnej typowego polipa śluzowego nosa—raka kosmkowego (Zottenkrebs).

Również w przypadku Finka istniało duże prawdopodobieństwo takiego przejścia w raka po wielu latach z polipów jamy szczękowej górnej. Są to jednakże tylko przypuszczenia, a nawet mało prawdopodobne, jeśli zwrócić uwagę na olbrzymią wprost cyfrę chorych z polipami nosa (w mojej praktyce, jak to już wspomniałem, wynosi ona przeszło 4%), oraz na niezwykłą częstość dokonywanych w tych razach operacji.

Tak czy owak uraz, zwłaszcza zaś przewlekłe drażnienie, podobnie jak w ogóle w rakach, wzgl. mięsakach innych narządów, tak i w górnych drogach oddechowych—mają odgrywać niezaprzeczenie pewną rolę w etyologii tych guzów. Co się tyczy zajęcia, to w moich przypadkach—na 20 mężczyzn (5 raków i 15 mięsaków) było 4-ch robotników (po 2 z rakiem i mięsakiem), 4-ch rolników, wzgl. obywateli ziemskich, (3-ch z mięsakiem, 1 z rakiem), 2 konduktorów (oba z mięsakiem), 2 kupców (po 1 z mięsakiem i rakiem), 2 uczących się młodzieży, t. j. uczniów i studentów (oba z mięsakiem), wreszcie po raz pierwszy nauczyciel, ogrodnik, aptekarz, emeryt, piekarz (z mięsakami), oraz urzędnik (z rakiem). Z powodu małej liczby przypadków żadnych w tym kierunku wniosków nie można wyprowadzić. Newman spostrzegł przypadek *adenocarcinomatiss* jam nosowych u robotnika z fabryki farby chromowej.

Nadużycia w paleniu, oraz używaniu napojów wysokowych, oraz poprzednio przebyty przymiot, wreszcie dziedziczność mogą też odgrywać pewną rolę, mianowicie momentów usposabiających mniej lub więcej do powstawania guzów złośliwych w nosie, jego zatokach, oraz jamie nosowogardzielowej. Przynajmniej w większości moich przypadków (prawie u wszystkich mężczyzn) stwierdziłem w mniejszym lub większym stopniu nadużycia w paleniu i napojach wysokowych, zaś w 7-u przyp. (w 6 rakach i 1 mięsaku—wszystko u mężczyzn) uprzednio zarażenie syfilityczne. Wreszcie w jednym przypadku, dotyczącym 54-letniego obywatela ziemskiego z licznymi i często operowanymi

polipami nosa, w następstwie zaś rakiem jam nosowych istniało obciążenie dziedziczne (matka 74-letnia zmarła po operacji raka nosa, który się rozszerzył na zatokę szczękową górną po stronie odpowiedniej).

Natomiast teoria pasorzytnicza, jak dotąd, odnośnie do nowotworów złośliwych raków wogóle, w górnych zaś drogach oddechowych w szczególności, nie zdołała sobie zyskać prawa obywatelstwa.

Wprowadzić Clark w jednym przypadku raka przegrody nosa znajdował sporozoa, niema to jednak większego znaczenia dla omawianej kwestyi (*vide* Steinhaus „o pasożytniczem pochodzeniu raka“¹⁾).

I. Nowotwory złośliwe w jamach nosowych *sensu strictiori*²⁾.

Jak już powyżej wspomniałem, z literatury wszechświatowej udało mi się od czasów najdawniejszych aż do mniej więcej połowy roku 1912 zebrać pokaźną cyfrę, mianowicie 643, w tem moich 13. Prawdopodobnie cyfra ta jest o wiele większą, gdyż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że należy do niej włączyć pewną część przypadków guzów złośliwych zatok bocznych nosa, podanych jako takie, a według prawdopodobieństwa wszelkiego mających pierwotne siedlisko w nosie, skąd dopiero rozszerzających się na jamy boczne (zwłaszcza zatoki sitowe).

Z liczby 643 przyp., w tem 13 moich guzów złośliwych nosa na mięsaki przypada 351 (w tem 11 moich), oraz raki 224 (moje 2). Prócz tego, jak już wspomniałem, 2 razy były przypadki mieszane, t. j. rak i mięsak jednocześnie (Green i Klein), zaś w 66 przyp. nie podano ściśle z jakiej natury nowotworem złośliwym autorzy mieli do czynienia.

Odnośnie do narodowości największą liczbę spostrzeganych przypadków dostarczyła Ameryka (131), następnie Niemcy (122), Francya (115), Anglia i Rosya po (58), Włochy (35), Polska 20 (w tem 13 moich, pozostałe — Girsztowta, Minkiewicza, Erbricha 2, Sinolęckiego, Szmurły i Sokolowskiego). Węgry i Anglia (po 16 przyp.), Belgia i Hiszpania (po 15), Japonia (8), Dania (4), wreszcie Szwecya (2).

A. Mięsaki (*sarcoma*) w jamach nosowych.

Przypadków 350 (na 643 w ogóle guzy złośliwe) w tem 11 moich Watson do r. 1904 zebrał z literatury tylko 150 tego rodzaju przypadków.

Ulubionem ich umiejscowieniem jest przegroda nosa (Cohn)³⁾ w przeciwieństwie do raków, które przeważnie umiejscawiają się w tylnych odcinkach jam nosowych.

Występują one pod najróżnorodniejszymi postaciami, z których najczęstszą (Kümmel) jest odmiana włóknakiomięsaka (*fibrosarcoma*), t. j.

¹⁾ Nowotwory złośliwe zatok bocznych nosa, jakoteż jamy nosowogardzielowej są przedmiotem oddzielnej pracy i jako takie podane na innym miejscu (Med. i Kr. Lek. 1913).

²⁾ Przegląd Chirurgiczny t. I, z. III.

³⁾ loco citato.

mięsak wrzecionowato najczęściej drobno-komórkowy (*sarcoma fusi et parvicellulare*), o której to postaci istnieje specjalna monografia (dysertacja) Kuhna ¹⁾. Tu należą przypadki Moure'a, Storb'a, Wilke'go, Solis Cohen'a i wielu innych. Maljutin na 62 przypadki mięsaków w 11-u miał do czynienia z tą odmianą, ja na 11—8 razy.

Punktem wyjścia dla tych guzów bywa prawie zawsze okostna, lub ochrzęstna (wyjątek stanowi przypadek Duplay'a, gdzie początek mięsakom dała błona śluzowa) najczęściej przegrody nosa—zwłaszcza w jej części przedniej (Harris, Baker, Craig, 4 moje przypadki), następnie muszla średnia, w ogóle okolica kości sitowych (Watson—4 moje przypadki), najrzadziej zaś muszla dolna (tylny koniec—przyp. Mermeta).

Guzy te przeważnie są na szerokiej podstawie, z wyjątkiem umiejscowionych na przegrodzie nosa, gdzie acz rzadko mogą być i na nóżce (Jean-selme). Zabarwienie ich różowe bledsze, niż błony śluzowej, z wyjątkiem mięsaków na przednim odcinku przegrody nosa, gdzie zabarwienie może być bardzo silne, (jak to między innymi miało miejsce w jednym z moich przypadków ²⁾). Konsystencja zwykle bywa mniej lub więcej znaczna, choć niezawsze, jak w powyższym moim przypadku, gdzie guz (*fibrosarcoma*) przedstawiał się konsystencji miękkiej—sadtławej.

Następnymi co do częstości odmianami mięsaków nosa, zbliżonymi do siebie do pewnego stopnia, są: śluzakomięsak (*myrosarcoma*) i naczyniakomięsak (*angiosarcoma*, s. *angioma sarcomatodes*, również najczęściej mające punkt wyjścia z przegrody nosa i stanowiące (Kümmel) większość t. zw. guzów (polipów) krwawiących przegrody nosa, stąd ważność badania drobnowidowego w każdym tego rodzaju przypadku, na co zwrócił między innymi uwagę G. H. Mackenzie, a co i ja na podstawie dwu przypadków odnośnych potwierdzić mogę.

Tu należą też przypadki: Sergent'a, Reinhold'a, Richardson'a, Castex'a (2 przyp.), Maljutina (2 przyp.)—wszystkie *myrosarcomata*, oraz Gouguenheim'a i Hilary'ego, Rontier'a, Kolaczek'a, Dionisio, Polyak'a, Retz'a, Nardiego, Roy'a, Wright'a, oraz 2 moje przypadki (*angiosarcomata*).

Cechą zmienną tych guzów jest ich silne unaczynienie (ciemno - niebiesko-czerwone), co klinicznie wyraża się skłonnością do krwawień; są one przytem konsystencji miękkiej.

Maljutin spostrzegł jeden przypadek torbielomięsaka (*cystosarcoma*). Ja również w jednym przypadku włókniakomięsaka nosa, dotyczącego 14-letniego ucznia, spostrzegalem dużą torbiel, wypełnioną płynem surowicznym, który się wylał podczas wycięcia guza, dokonanego przeze mnie zapomocą pętli gorącej.

W przeciwieństwie do wrzecionowatokomórkowych mięsaków nosa, jak już wspomniałem najczęstszej odmiany — zdarzają się, i to według Wattson'a

¹⁾ Würzburg, 1889.

²⁾ „Z kazuistyki laryngorynologicznej“, Kron. Lek. 1898, № 2, mięsak (fibrosarcoma) nosa o niezwykłym przebiegu.

najczęściej, mięsaki okrągłokomórkowe (*sarcomata globocellularia*). I tu najczęstszym umiejscowieniem bywa przegroda nosa, rzadziej muszla średnia względnie okolica kości sitowej (Onodi, Heath), konsystencya ich miękka, unaczynienie większe, niż w odmianie „fibrosarcomata“.

Do grupy tej zaliczyć też należy wielce zbliżoną odmianę chłoniakomięsaka (*lymphosarcoma*), którego 5 przypadków podaje M. Schmidt.

Również stosunkowo dość często (według Wattson'a w 7⁰/o) spotykamy w nosie odmianę *melanosarcoma*. Tu należą przypadki Schatteross'a, Suarez de Mendoza, Nieberg'a, Heymann'a, Michel'a, Lincoln'a, Poli, Cozzolino, Wilkinsona.

Acz rzadko, bywają też w jamach nosowych i t. zw. mięsaki olbrzymiokomórkowe (przyp. Masona i Nélatona).

Wreszcie zdarzają się i postaci mieszane, a więc: *myo-myrosarcoma*, *fibro-myro-chondrosarcoma*, *osteosarcoma* (Terrillon, Garritson, Ficano, Maljutin 2 przyp.), *sarcoma endotheliale* (2 przyp. Hellmann'a), *adenosarcoma*, (Hopkins, Baker), *adeno-myrosarcoma* (5 przyp. Harrisa), *lymphangioma sarcomatodes* (Broeckeaert); *angiosarcoma endotheliale* (Gouguenheim i Hilary), tu również należy spostrzegany i opisany przeze mnie przypadek *angioma cavernosum sarcomatodes*¹⁾.

W większości jednak przypadków, zebranych przezemnie w literaturze, nie podano, z jaką odmianą mięsaka autorzy mieli do czynienia.

Zaznaczyć tu muszę, że możliwe są omyłki w rozpoznaniu mięsaka pod drobnowidem, zwłaszcza od przymiotu, oraz gruźlicy wzgl. wilka (przyp. Guiser'a).

B. R a k i (*carcinomata*) w j a m a c h n o s o w y c h zdarzają się o wiele rzadziej — w zebranej przeze mnie statystyce na 643 przyp. tylko 224, na 13 moich przypadków tylko 2. Finder na 4000 chorych ambulatoryjnych — tylko 5 razy.

Do przejściowych postaci od łagodnych guzów nosa do złośliwych wzgl. mięsaków i raków, zaliczyć przedewszystkiem należy gruczolaki (*adenomata* — Harris, Chichele Nourse, Marchol, Auerbach), które często wykazują cechy złośliwe, a zwłaszcza odmiana ich znana pod nazwą „*adenoma destruens*, resp. *adenocarcinoma*, t. j. guzy gruczolowe nosa, skłonne do rozpadu. Tu należą przypadki Newman'a, Newcomb'a, Cords'a, Polyak'a, Thorner'a.

Następnie do przejściowych również postaci guzów nosa należy brodawczak nabłonkowy *papillomu epitheliale* — Zottenkrebs, opisany po raz pierwszy przez Virchow'a, t. j. guz brodawkowy, utworzony przeważnie z nabłonka (*epithelioma* — Liesselbach), często zrogowaciałego (t. zw. *papilloma durum nasi* z przejściem w typowy rak — przyp. Hellmann'a).

Tu należą przypadki Hopmann'a, Büngner'a, Vernouill'a, Heltermann'a,

¹⁾ „Przyczynek do kazuistyki guzów krwawiących przegrody nosowej“. Kronika Lekarska 1896 r.

Morrisa, Flataua, Ruault'a, Liliet'a, de Santi. a prawdopodobnie i przyp. Szmurły u nas (*papilloma cylindricum nasi*), oraz Baco'a (*cylindroma*).

Do najzłośliwszych stosunkowo z tych przejściowych odmian należą śródbłoniaki (*endotheliomata*), najczęściej biorące początek z ośca okolicy kości sitowej wzgl. ze ścianek błędnika sitowego (przyp. Herolda, Durante, Vohsen'a, Dembowskiego, Acerbi, Stenderera, Trautmana, Broeckaert'a, Gaggia, Tonietto, Citelli i Calamida).

Do typowych złośliwych guzów rakowatych jam nosowych należą dwie ich główne odmiany: cylindrycznokomórkowy i płaskokomórkowy (*carcinoma cylindrico- et platicellulare*) z przewagą ostatnich co do częstości.

Do pierwszych należą przypadki Schmiegelow'a, Gruget'a, Sourdrille'a Nakamura; do ostatnich zaś, t. j. płaskokomórkowych, czyli t. zw. raków rogowych (*caneroid*)—przypadki Clarke'a, Delstanche'a i Marriqu'a, Dreyfus'a, Frick'a, Nakamura—5 przyp., wreszcie oba moje przyp., przyczem ma tu miejsce zwykle uprzednio przemiana nabłonka (*Epithelmetaplasia*), Donogany i Lénart¹⁾ dzielą raki nosa na płaskocylindryczne i nasadowo (basal)-komórkowe

Wogóle w większości przypadków nie było podanych ścisłych danych co do natury drobnowidowej raków nosa—najczęściej ograniczano się nazwą *carcinoma simplex*, lub *epithelioma*.

Odnosnie do badania drobnowidowego należy zauważyć, że i tu, jak w mięsakach nosa, możliwe są pomyłki rozpoznawcze. Tak np. w przypadku Onodiego rak nosa okazał się ostatecznie gruzlicą.

W przypadkach raków jam nosowych, częściej niż w mięsakach trudno jest określić ściśle punkt wyjścia, wzgl. umiejscowienie, z powodu usposobienia do rozpadu; w każdym razie częściej tu bywają zajęte muszle dolne (błona śluzowa), jakkolwiek i przegroda nosa nie jest wolną od tego cierpienia. Wogóle prawa strona jam nosowych częściej zdaje się być dotknięta guzami złośliwymi (w moich 20 przyp. nosa i jego zatok 12 razy—na 8 z lewej strony).

Z liczby 13-tu przypadków nowotworów złośliwych nosa, które miałem możność spostrzegania w mojej praktyce prywatnej oraz leczniczej, na szczególne z wielu względów zaznaczenie zasługują następujące²⁾:

Przypadek 1-szy. Angioma cavernosum sarcomatodes septi nasi.

34 letni nauczyciel zasięgał mojej porady w końcu grudnia 1894 r. z powodu częstych i uporczywych krwotoków z nosa, trwających już mniej więcej od roku. Przy bliższem rozpytywaniu dowiedziałem się, że krwawienia te zawsze występowały z prawej strony nosa, z początku nie były zbyt silne i nie tak częste, lecz od pół roku stawały się coraz obfitszemi i zdarzały się po parę razy dziennie, tak że najmniejsze podrażnienie w nosie (prawej połowie), czyto przez dłubanie palcami, czy też po prostu przy mocniejszym wycieraniu nosa wywoływało już nie krwawie-

¹⁾ Primärer Krebs der Nasenhöhle. Fraenkel's Archiv f. Lar. 1895, t. 12, z. 3.

²⁾ Przypadki te częściowo już były ogłaszane w swoim czasie (Kron. Lekar. 1896 i 1898). Przytaczam je w tej monografii dla całości obrazu.

nie, lecz formalny krwotok nosowy. W ostatnich też czasach chory zauważył, że prawe nozdrze staje się coraz więcej niedrożnym dla powietrza. W następstwie owych krwawień stan ogólny zaczął coraz bardziej podupadać, chory schudł, stracił łaknienie, cera stawała się coraz bledszą, żółtawą. Stan nerwowy przytem w wysokim stopniu podrażniony (neurasthenia). Wszystkie te objawy skłoniły chorego do zasiągnięcia porady specjalnej. W tym też celu przybył do Warszawy i zgłosił się do mnie. Przy badaniu ogólnem stwierdziłem bardzo nędzny stan ogólny, bledłość skóry niezwykłą, wpadającą w odcień żółtawoziemisty, bledłość błon śluzowych. W narządach wewnętrznych zmian nie znalazłem, natomiast w nosie, mianowicie w jego prawej połowie, mało dla powietrza drożnej, guz wielkości co najmniej orzecha włoskiego, miękki, bardzo unaczyniony, barwy ciemnoczerwonej, niezwykle silnie krwawiący przy sondowaniu. Przyczep dość szeroki guza na przegrodzie w górnej części mniej więcej na wysokości średniej muszli.

Choremu zaproponowałem operację, na którą się chętnie zgodził. Rozpytawszy się w kwestyi t. zw. krwawiaczki (haemophilia), której na szczęście u naszego chorego nie było, przystąpiłem do operacji wycięcia guza, postanowiwszy w każdym razie użyć pętli galwanokaustycznej i to bardzo ostrożnie w przewidywaniu krwotoku. Ponieważ najmniejsze dotknięcie, res p. kokainowanie, zapomocą waty wywoływało, jak się o tem uprzednio przekonałem, znaczne krwawienie, użyłem do operacji rozpylania (pulweryzacji) z 15⁰/₀ ej kokainy, poczem nałożywszy odpowiednio przygotowaną pętlę galwanokaustyczną, którą bardzo ostrożnie, zwolna, niezbyt silnie i to z przerwami rozpałem, udało mi się guz. a raczej większą jego część, jak się to później okazało, wielkości małego orzecha włoskiego, usunąć prawie bez krwawienia i bez bólu. Pozostała część, mało co mniejszą, usunąłem w tenże sam sposób po paru dniach. Przebieg pooperacyjny za każdym razem doskonały.

Po ponownem szczegółowem zbadaniu jamy nosowej okazało się, że miejscem przyczepu była górna część przegrody chrząstkowej, prawie na granicy kostnej. Miejsce to dla pewności, res p. uniknięcia ewentualnej recydywy, dokładnie wypaliłem zapomocą płaskiego żegadła. Przegroda nosa po usunięciu guza okazała się znacznie skrzywioną (deviatio septi angularis sin.). W środkowym przewodzie po stronie prawej w okolicy hiatus semilunaris przy starannem zbadaniu zgłębnikiem udało mi się wykryć maleńki, jak pieprz, polipek, mający cechy zwykłego śluzaka. Ponieważ chory zmuszony był wyjechać, a przytem poprzedniami operacjami dosyć był zmęczony, zaniechałem więc usunięcia tego polipka, tem więcej, że nie mógł on wywoływać żadnych zaburzeń.

Zaleciłem choremu maść z rezorcyny, t. zw. kąpiele nosowe, oraz zawiadomić mnie listownie o wyniku leczenia, co też i w parę miesięcy nastąpiło. Według relacji chorego stan jego ogólny po operacji znacznie się poprawił, zatkania w nosie niema, krwawienia w zupełności ustały.

Przypuszczając już z makroskopowego wyglądu jakąś niezwykłą budowę anatomiczną guza, poprosiłem kol. Miklaszewskiego o przeprowadzenie odnośnych badań drobnowidowych, za co mu niniejszem serdecznie dziękuję. Wynik jego badań przedstawia się w sposób następujący, który tu dosłownie przytaczam ¹⁾.

„Nowotwór, przysłany mi przez dra Sędziaka do zbadania, przedstawiał się w postaci dwu kawałków, które na przekroju uderzały mocnem czekoladowem zabarwieniem i w którym już gołem okiem można było zauważyć masę drobnych punktów, mających powyższe zabarwienie, nadające charakter całej tkance. Z góry już tedy przypuszczałem, że mam do czynienia z nowotworem bardzo unaczynionym

¹⁾ W wyżej przytoczonej pracy podany był—z przyczyn ode mnie niezależnych—jedynie opis treściwy tego badania bez rysunków drobnowidowych.

Zatopiwszy guzy w parafinę podług zwykłych zasad techniki, sprawdziłem już na pierwszych skrawkach, barwionych haematoxyliną i eozyną lub płynem Erlich-Biondi słusność przypuszczenia: znaczna część preparatu drobnowidowego składała się wyłącznie z naczyń, szczelnie wypełnionych krwią. Naczynia łączyły się ze sobą, tworząc najrozmaitsze figury, mające tylko to wspólne między sobą, że ścianka naczynia bardzo cienka miała prawie wszędzie jednakową budowę. Na całym polu widzenia w różnych miejscach preparatu było bardzo niewiele przecięć naczyń, mających pewną prawidłową formę; większość ich tworzyła różnorodne figury, uwidoczniające łączność pomiędzy pojedynczymi naczyniami. Innymi słowy, całe to bogactwo naczyń wyglądało mi na jedno duże naczynie, poprzedzielane wielkimi przegródkami na mnóstwo drobnych otworków; ta budowa bardzo przypomina szkielet gąbki. Każda przegródka, zbudowana z tkanki łącznej włóknistej z obfitymi komórkami wrzecionowatymi. Prócz jąder wrzecionowatych rzuca się w oczy dość pokazna liczba jąder okrągłych, które w jednych miejscach rozrzucone są bez ściślejszego ugrupowania w tkance łącznej, w innych występują w znaczniejszej liczbie na obwodzie naczyń, lub skupiają się w większe masy, stanowiące znaczną część tkanki. Te jądra, otoczone słabą barwiącą się zarodnią, są w znacznej większości nie stacyonarnymi elementami tkanki lecz emigrującymi do niej białymi ciałkami krwi. Takie składniki tworzą ścianki naczyń i przegródki śródnaczyniowe. O wiele bardziej jest urozmaicone badanie tkanki, gdzie naczyń jest mniej i gdzie one mają bardziej prawidłowe kontury i większe światło. Miejsca te odpowiadają tylnej części guza. Tkanka łączna, stanowiąca tu również ściankę naczynia jest o wiele obfitsza i zawiera większą liczbę jąder wszelkiego rodzaju. Spotykamy tu zatem długie, słabo barwiące się jądra wrzecionowate, mniejsze i silniej barwiące się również wrzecionowate, gwiazdkowate, okrągłe, owalne i t. p. Wogóle liczba ich jest znaczniejsza, niż w zwykłej tkance łącznej. Prócz tego spotykamy i bardzo wielkie ich skupienia w niektórych miejscach tkanki. Te to miejsca z nader urozmaiconymi jądrami mają niewątpliwie charakter złośliwy (mięsak).

Jeszcze jedno miejsce w preparatach zasługuje na uwagę; chodzi tu o części leżące na obwodzie opisanych tkanek. Trudno w samej rzeczy w tych wielkich skupieniach komórek z okrągłymi jądrami, bardzo mocno barwiącymi się, domyślać się pozostałości po błonie śluzowej. Zaledwie pojedyncze komórki nabłonka ocalały przed ogromnem nacieczeniem białych ciałek, które zatrzymawszy gruczoły i inne twory nabłonkowe miejscowe, pozlepiały się w masy bezkształtne, robiące na pozór wrażenie tkanki.

Pośród tych tworów rozróżnić się dają całe grupy ciałek czerwonych krwi, w części niezmiennych, również jak w naczyniach, w części rozpadających się. W wielu miejscach ciała białe układają się pierścieniem w koło grupy czerwonych, tworząc jakby ściankę naczynia. Lecz przy większych powiększeniach łatwo się przekonać, że tu żadnego naczynia niema.

Możemy tedy uznać, że błona śluzowa w naszym nowotworze nie istnieje, albowiem właściwe jej składniki zaginęły prawie całkowicie, a to, co na ich miejscu otrzymujemy, niema nic wspólnego z błoną śluzową. Jest to strup, który w wielu miejscach podpadał, obnażając powierzchnię nowotworu.

Z powyższego opisu i poniżej załączonych rysunków (Rys. I i II) łatwo wyciągnąć wniosek, że mamy do czynienia z nowotworem łącznotkankowym, złośliwym, silnie uciążliwym (angioma sarcomatodes cavernosum). Ponieważ jednak tego rodzaju nowotwory na przegrodzie nosowej należą do rzadkości, przeto zwróciliśmy się do dziekana Brodowskiego, który po dokładnem obejrzeniu preparatów potwierdził nasze rozpoznanie powagą swego zdania.

Przypadek II. Mięsak (fibrosarcoma) nosa o niezwykłym przebiegu.

H., lat 14, uczeń gimnazjum, zasięgał mojej porady w dniu 16. marca 1898 r.
GAZ. LEK. № 45.

skarżąc się na obfite krwotoki nosowe (z lewej strony), jakoteż na niemożność oddechania lewą połową nosa, zasychanie w gardle, wreszcie upośledzenie słuchu po stronie lewej. Choroba trwa lat 5; wszyscy lekarze, zarówno laryngolodzy, jakoteż chirurgowie, zarówno tu, jak i za granicą doradzali zewnętrzną operację, t. j. otwarcie nosa z następczym usunięciem guza, a prawdopodobnie i rezekcją górnej szczęki, gdyż sądząc z opowiadania matki chorego, przypuszczano: zajęcie zatoki Highmor'a, co było możliwe ze względu na objawy, jakie były wówczas u naszego chorego (ropienie lewostronne z nosa, bole i opuchnięcie w okolicy lewego policzka). Na tego rodzaju leczenie jednakże matka chorego zgodzić się nie chciała, pozostawiając chorobę losowi.



Rys. I. z przedniej części guza:

1. Naczynia, wypełnione krwią (czarne punkty jądra białych ciałek).
2. Ścianki i przegródki (trabecula) naczyń.
3. Zniszczone gruczoły błony śluzowej, nacieczone białymi ciałkami.
4. Zniszczony nabłonek (czerwone i białe ciałka krwi pozlepiane). Strup.

Tak upłynęło lat parę; stan ogólny chorego mocno w tym czasie podupadł, krwotoki nosowe stawały się coraz częstszymi, rozdęcie (zniekształcenie) lewej połowy nosa coraz znaczniejsze, zupełna niedrożność lewej połowy nosa, bole nadoczołowe, oraz w okolicy policzka lewego, natomiast ropienie nosowe zupełnie ustąpiło. Chory, oraz otoczenie zauważyli, iż guz zaczyna wyrastać w kierunku przedniego otworu nosa, tak że końcem palca można go było z łatwością wyczuć w lewym nozdrzu. W tym okresie miałem możność widzieć chorego: budowa wątła, odżywienie nędzne, uderzająca bledź skóry, oraz błon śluzowych. Lewa połowa nosa rozdęta, wskutek czego cały nos mocno zniekształcony; niedrożność zupełna nosa po stronie lewej.



Rys. II. z tylnej części guza.

1. Naczynia.
2. Skupienia białych ciałek w ścianie naczyń.
3. Tkanka sarkomatyczna.

Już gołem okiem widać w lewem nozdrzu guz, wypełniający światło jamy nosowej. Przy badaniu wziernikiem guz ten, mniej więcej wielkości orzecha włoskiego, przedstawia się mocno unaczynionym, miękkim, przy najlżejszem dotknięciu zgłębnikiem mocno krwawiącym, w niektórych miejscach ma wygląd jakby sadłowy.

Przyczepu guza ze względu na krwawienie nie dało się określić.

Prawa jama nosowa, z wyjątkiem rozlanego nieżytu, innych zmian nie przedstawia. Badanie nosa od tyłu nie daje się skutecznicić, widać tylko masy śluzu. Badania palcem zaniechałem ze względu na alarmujący krwotok, jaki wywołało tego rodzaju badanie, dokonane przez jednego z chirurgów.

Pozatem w innych narządach (krtań, płuca, serce i t. d.) zmian wybitniejszych nie dało się zauważyć. W uchu lewem znacznie wciągnięcie błony bębenkowej (nieżyt przewlekły trąbki Eustachiusza). Prześwietlenie lewej zatoki Highmor'a wykazało pewne, acz niezbyt znaczne w porównaniu z prawą, różnicę (iekkie zaciemnienie zwłaszcza w okolicy dolnej powieki).

Już samo badanie kliniczne (anamneza, wygląd guza) nie pozwalało się łądzić, że mamy tu do czynienia nie ze zwykłym, łagodnym nowotworem nosa, lecz prawdopodobnie z mięsakiem (sarcoma). Wobec faktu, że guz ten tak blisko się znajdował wejścia do nosa, zdawało mi się, że bez wielkich trudności uda mi się na niego nałożyć pętlę i w całości guz wyciągnąć. Obawiałem się tylko jednej rzeczy—mianowicie krwotoku, czego małe próbki miałem już podczas badania zgłębnikiem. Postanowiłem więc użyć pętli gorącej, galwanokaustycznej, przytem operować w asystencyi chirurga i to nie pod chloroformem, jak tego sobie życzyła matka, obawiając się zaduszenia spływającą do płuc krwią. Tak też i uczyniłem. Podczas pierwszego jednak już założenia pętli przekonałem się, że rzecz nie jest tak łatwa, jak to przypuszczałem: guz musiał mieć szeroki przyczep, gdyż pętla parokrotnie się zsunęła, nie zdążywszy odciąć większego kawałka, jednocześnie zaś wystąpił silny krwotok, który uniemożliwił dalszą operację. Dopiero w dniu następnym udało mi się, zakładając pętlę od góry, nie jak poprzednio od wewnątrz, wyciąć dość znaczną część guza (mniej więcej wielkości orzecha laskowego), którą też niezwłocznie odesłałem do zbadania prof. Przewoskiemu. Rozpoznanie drobnowidowe brzmiało: fibrosarcoma.

Po podgojeniu się rany, przyczem muszę tu dodać, że krawienie podczas drugiej operacyi było silne, osłabienie ogólne znaczne, efekt zaś prawie żaden, gdyż chory, jak przedtem, nie oddychał nosem, mniej więcej w tydzień przystąpiłem do następnej operacyi. Korzystając z tego, że po poprzednich rękoczynach górny odciinek nosa stał się swobodniejszy, wprowadziłem tamtędy pętlę i uczuwszy silny opór przy zaciskaniu, postanowiłem tym razem nie puszczać prątu t. j. nie oderwać części guza, lecz guz w całości zapomocą silnego pociągnięcia na zimno wydobyć. Zamiar ten jednakże okazał się bardzo niefortunny w skutkach! Mianowicie podobnie jak poprzednio nie udało mi się guza w całości wydobyć, tak silny był jego przyczep, lecz tylko znowu część, wprawdzie dość znaczną, natomiast rękoczyn ten wywołał tak alarmujący krwotok, że z trudnością udało mi się go zatamować. Odtąd postanowiłem nigdy już nie używać w danym przypadku pętli zimnej, lecz guz częściowo na gorąco usuwać.

Po ostatnim rękoczynie, ze względu na znaczne osłabienie chorego, wstrzymałem się kilka tygodni od dalszego leczenia operacyjnego, zaleciwszy choremu miejscowo maść mentolową dermatolową, a do wewnątrz arsenik. W tym czasie chory zauważył raz jeden a było to po silnym nieżycie nosa, połączonym z bólami lewej połowy twarzy, że guz obsunął się tak nisko, że nieledwie palcami można było go uchwycić. Fakt ten stwierdzili otaczający go krewni, uwiadamiając mnie zaraz o tem. Niestety, dziwny ten objaw trwa bardzo krótko i więcej się już nie powtórzył.

Po kilku tygodniach, gdy już stan chorego nieco się poprawił, a rana po osta-

tniej operacji zupełnie zagoiła się, przystąpiłem do ponownego wycięcia guza. Nauczony poprzednimi próbami, że największą trudność stanowi nałożenie pętli wskutek usuwania się guza ku tyłowi, postanowiłem użyć haczyka, zapomocą którego wyciągnąłem nieco guz na zewnątrz, poczem już łatwiej udało mi się nałożyć pętlę, wyjmując (na gorąco) dość znaczny kawał, tym razem zupełnie bez krwawienia. Co mnie przytem uderzyło, to ta okoliczność, że podczas oderwania guza wylała się dość znaczna ilość nie krwi, jak to poprzednio zawsze miało miejsce, lecz płynu surowiczego. Nie potrzebuję dodawać, że tak tej, jak i wszystkich poprzednich operacji dokonywałem pod kokainą, którą chory zadziwiająco dobrze (20% roztworu w dużych ilościach) znosił, pomimo tego jednak za każdym razem rękoczynny te były bardzo bolesne dla chorego.

W parę dni chory wraz z rodziną zjawił się do mnie, oznajmiając z radością, że oddycha nosem tak, jak już od lat 5-iu nie pamięta, że po ostatniej operacji jeszcze przez czas jakiś wydzielał się z lewej połowy nosa w znacznej ilości płyn surowiczny, gryzący, wskutek czego wejście do nosa było mocno zaczerwienione i bolesne.

Rzeczywiście przy badaniu stwierdziłem przedewszystkiem znaczną drożność lewej jamy nosowej; rozdęcie lewej połowy nosa znacznie mniejsze—eczema ad introitum nasi.

Podczas badania wziernikiem nosowym stwierdziłem brak guza, zamiast którego widać było po prostu jakby błonę grubą, mięsistą, wypełniającą dolny przewód nosa: daje się ona unosić zgłębnikiem, nie krwawi, przyczem ma szeroki przyczep w środkowym przewodzie nosa. Wogóle dokładniejsze badanie zgłębnikiem zwłaszcza ze względu na niezwykłą bolesność, pomimo użycia kokainy, oraz silne zdenerwowanie chorego, było bardzo utrudnione.

Miałem zamiar błonę tę, resp. resztki guza usunąć pętlą gorącą, co prawdopodobnie nie natrafiłoby na znaczniejsze trudności, wobec jednakże ogólnego stanu chorego, silnego osłabienia, oraz zdenerwowania, dalek niezwykłe bolesnej przyszczy, uniemożliwiającej po prostu wprowadzenie pętli, zaniechałem na razie tego zamiaru, zostawiając na później dokończenie operacji, tem więcej, że matka, oraz otoczenie chorego tak byli zadowoleni z rezultatu dotychczasowego leczenia, że sami prosili o odłożenie dalszej operacji.

Zaleciłem przeto choremu w dalszym ciągu arsenik do wewnątrz, dobre odżywianie, oraz wyjazd do Druskiénik, miejscowo zaś maść z rezorcyny, oraz kąpiele nosowe (z aluminium acético-tartaricum), wreszcie zgłoszenie się do mnie po kilku miesiącach.

Od tego czasu miewałem o chorym częste wiadomości i to coraz pomyślniejsze: zarówno stan miejscowy, t. j. oddechanie nosem, nie przedstawiało nic do życzenia, jakoteż i stan ogólny był coraz lepszy: chory zmężniał, uczy się doskonale (poprzednio były pod tym względem duże trudności—*aproxia nasalis*), tak, że rodzice nie uważali za potrzebne dalszą miejscową kurację nosa, będąc najzupełniej z dotychczasowego stanu i niezmiernie dla mnie wdzięczni. Ostatnią wiadomość o chorym miałem w 1912 roku, a więc po latach 14-tu. Stan najzupełniej pod każdym względem zadowolający.

O b j a y w przypadkach guzów złośliwych jam nosowych polegają przedewszystkiem na mniej lub więcej wyraźnem zatkaniu (niedrożności) tychże jam, co jest w pierwszej linii w związku z charakterem guza oraz jego umiejscowieniem; tak więc mięsaki, występujące zazwyczaj w postaci guzowatej, oraz często mające skłonności do rozrastania się ku tyłowi, t. j. do jamy nosowo-gardzielowej, czynią odpowiednią jamę nosową bardziej niedrożną, aniżeli raki, mające skłonność do rozpadu, przyczem guzy złośliwe nosa, zwłaszcza mię-

saki, w przeciwieństwie do łagodnych (polipów) wywołują niekiedy bardzo znaczne rozdęcie, wzgl. zniekształcenie zewnętrznej formy nosa, co w połączeniu z przemieszczeniem gałki ocznej (Erbrich, oraz 2 moje przypadki) tworzy wygląd znamieny żabi („*frogface deformity*“ angielskich autorów) — przyp. Huetlin'a, Dreyfuss'a i innych.

Następstwem niedrożności nosa, bywa mowa nosowa (*rhinolalia clausa*); utrata węchu (*anosmia*) bywa w przypadkach rozszerzenia się sprawy nowotworowej na część węchową nosa (okolice muszli średniej, wzgl. komórek nosowych). W przypadkach zwłaszcza mięsaków unaczynionych (*angiosarcoma*) przgrrody nosa dominującym objawem bywa krwawienie nosowe, niekiedy dochodzące do niebezpiecznych, zagrażających życiu krwotoków, jak to miało miejsce w jednym z moich powyżej opisanych przypadków *fibrosarcomatis nasi*, dotyczącym 14-letniego ucznia; natomiast w rakach — wskutek ich rozpadu, dominującym objawem bywa wydzielina ropiasta, przytem tak cuchnąca, że chory staje się niemożliwym dla otoczenia. Niekiedy z ropą wydzielają się cząstki — nawet znaczniejsze — guza, jak to miało miejsce w przypadku Acerbiego ¹⁾ u 20-letniej panny, chorej na zapalenie serowate, oraz śródbłoniak nosa.

Oprócz zniekształcenia zewnętrznego nosa rozrost guza złośliwego, zwłaszcza raka może się odbywać na koszt tkanek sąsiednich: kości, wzgl. zatok bocznych, a więc ku górze i przodowi w kierunku kości nosowych, wzgl. oczodołu i zatok czołowej kości, wzgl. zatok nosowych. Ku tyłowi w kierunku zatok klinowych, wreszcie po bokach w kierunku zatok szczękowych górnych czyli Highmor'a. Erbrich u nas opisał przypadek guza złośliwego nosa, rozszerzającego się na wszystkie zatoki nosowe.

W tych razach mogą występować objawy wtórne, zależne bądź od zapalenia opon mózgowych i ropnia mózgowego, co najczęściej ma miejsce w przypadkach raków nosa, rozszerzających się, wzgl. niszczących podstawę czaszki, zwłaszcza przy zajęciu kości, wzgl. zatok nosowych i czołowych i wtedy objawy te (bole, zawroty, wymioty, wysadzanie gałki ocznej) występują zazwyczaj powoli, iub prędzej w razie zajęcia zatok klinowych, przy którym przede wszystkim i na pierwszy plan występują objawy ze strony nerwów mózgowych, zwłaszcza ocznego i zwrotnego (*abducens*), następnie bywa zajęciem *oculomotorius*, *trochlearis* i *trigeminus* (obie górne gałęzie).

Zwłaszcza często bywa w tych razach *amaurosis* (23 przyp. Behring i Wicherkiewicz — jeden z moich przyp. *carcinoma sinus sphenoidalis*).

W razie zajęcia zatoki szczękowej górnej (*Highmor'a*) często stosunkowo ma miejsce ropienie w tej zatoce, maskujące niekiedy cierpienie podstawowe, stąd trudności rozpoznawcze (Kümmel), które ustają z chwilą zniszczenia sprawą nowotworową (rakowatą) najczęściej bądź ściany przedniej (*fossa canina*), bądź dna (ścianki ustnej), bądź wreszcie bocznej (nosowej). W jednym

¹⁾ I. C. f. Laryng. 1897, p. 181.

z powyżej opisanych przeze mnie przypadków, dotyczącym ucznia 14-letniego z włókniakomięsakiem nosa, wtórne ropienie jamy Highmora ustąpiło „*spontaneo modo*“ po operacji wewnątrznosowej guza. Gruczolę szyjowe w przypadkach nowotworów złośliwych jam nosowych, zwłaszcza raków, bywają stale mniej lub więcej powiększone, natomiast przerzuty w innych narządach względnie dość rzadko się zdarzają (Féréol). Braislain spostrzegł przerzuty także w gruczolach chłonnych.

Rozpoznanie guzów złośliwych nosa niezawsze bywa łatwe — a więc przedewszystkiem od guzów łagodnych, zwłaszcza mięśniaków, t. zw. polipów krwawiących przegrody nosa. Tu nawet i badanie drobnowidowe niezawsze bywa miarodajne wobec faktu, że w sąsiedztwie guzów złośliwych wskutek drażnienia przewlekłego mogą się wytworzyć twory polipowate (*polipöse Wucherungen*). Bywają też niekiedy jednocześnie prawdziwe polipy nosa (Minkiewicz, oraz jeden z moich przyp.).

Za złośliwym charakterem guza nosowego przemawiają: rozdęcie wzgl. zniekształcenie nosa. *exophthalmus*, cuchnienie, znamienne zwłaszcza dla raków, a różne od tego, jakie bywa przy ożeniu, lub ropieniu zatok bocznych nosa, następnie mniej, lub więcej dotkliwe bóle głowy, wzgl. nerwobole, krwawienie nosowe *epistaxis* zwłaszcza wyższego natężenia, będące znamieniem dla mięsaków nosa, częste nawroty guzów po operacjach nosowych, wreszcie stan ogólny — wygląd charłaczny, zajęcie gruczolów.

Również od spraw gruźliczych i syfilitycznych zwłaszcza w postaci guzowatej (*tuberculoma, syphiloma*) niekiedy trudno jest odróżnić guzy złośliwe nosa, zwłaszcza mięsak (Kuttner¹), tem więcej że np. tuberkuloma również z upodobaniem, podobnie jak i guzy złośliwe nosa, zwłaszcza mięsaki — umiejscowia się w przednim odcinku przegrody nosowej.

Oдноśnie do syfilisu — jodek potasu i rtęć, одноśnie zaś do gruźlicy — zbadanie na zawartość laseczników gruźliczych — nie zawsze dają w tych razach pewne wskazówki rozpoznawcze.

Summum criterium, t. j. badanie drobnowidowe i tu nie zawsze jest miarodajne, tak np. *syphiloma* daje obrazy wielce zbliżone do mięsaka, z drugiej zaś strony i odróżnianie pod drobnowidem oddzielnych postaci guzów złośliwych, np. mięsaków od śródbłoniaków niezawsze bywa możliwe.

Wreszcie, acz rzadko, i ciała obce w nosie, zwłaszcza t. zw. rynolity, otoczone masą ziarninową, mogą dawać powód do omyłek rozpoznawczych (przypadek Kuhn'a, cytowany przez Kuemmel'a).

Rokowanie w guzach złośliwych nosa po większej części jest niepomyślne. Tyczy się to zwłaszcza raków w okresach późniejszych, kiedy to guz jest *inoperabilis*.

W początkach można liczyć na doszczętne usunięcie guza bądź drogą wewnątrznosową, bądź zewnętrzną. W tych razach rokowanie zależne jest

¹) Arch. f. Laryng. u. Rhin. t. VII. 1898, p. 272.

od umiejscowienia, wieku, względnie stanu ogólnego, wreszcie natury guza. Wogóle mięsaki, zwłaszcza ich odmiana *fibro-sarcomata*, umiejscowione na przegrodzie nosa, w wieku młodszym przy dobrym stanie ogólnym dają o wiele lepsze rokowanie, niż raki, zwłaszcza rozszerzające się na zatoki boczne nosa, choć nawroty cierpienia są i tu po większej części nieuniknione.

Świadczą o tem przypadki Onodiego, Wygodzińskiego, Katzenstein'a, Weir'a, Mermeta, Solis Cohen'a, Jeanselme'a.

Knigh't natomiast nie widział recydywy 13 lat po wewnątrznosowem wycięciu mięsaka jam nosowych, również po zewnętrznie dokonanej operacji w tym samym przypadku dotąd, t. j. 3½ lata, niema recydywy. W przypadku moim *fibrosarcomatis nasi* u 14-letniego ucznia po operacji endonazalnej również do czasu obecnego, t. j. blisko 14 lat, nie było recydywy. Nawet w przypadkach najgorszej co do rokowania odmiany mięsaków nosowych: *melanosarcoma*, znane są wyleczenia trwałe po rękoczynach wewnętrznych (Lincoln, Michael, Heymann).

Leczenie guzów złośliwych nosa uaturalnie może być tylko jedno, t. j. doszczętne zapomocą zabiegów chirurgicznych.

Wszystkie dotychczasowe próby leczenia tych guzów bądź zapomocą środków wewnętrznych, rzekomo swoistych (*Condurango*, *Chelidonium majus*) w raku, bądź zastrzykiwań różnorodnych środków [adrenaliny (Rhodes), formaliny (Thompson) w mięsakach nosa], oraz surowic swoistych (róży—Werner, Eulenstein), toksyn Coleya (Large—4 przypadki mięsaków nosa, jakoby wyleczone), wreszcie arsenikalnej w jednym z moich przyp. mięsaka jamy nosowogardzielowej nie mogą być brane w rachubę przy racjonalnem leczeniu tego cierpienia.

Najwyżej po operacjach guzów złośliwych nosa, lub w przypadkach, nie nadających się do operacji, można z względnem powodzeniem zwłaszcza w mięsakach zastosować wewnętrznie arsenik (Lubliński, Leyden, jakoteż w jednym z moich przypadków).

Również w pewnych przypadkach, nie nadających się zwłaszcza do interwencji chirurgicznej—można z mniejszem lub większem powodzeniem spróbować elektrolizy (Pluder, Bloch), promieni Roentgen'a (Marschik i Zollscher), wreszcie radium (Freudenthal, Able).

W nielicznych stosunkowo tylko przypadkach wskazane jest usunięcie guza złośliwego—zwłaszcza mięsaka drogą wewnątrznosową, ku czemu służy przedewszystkiem pętla galwanokaustyczna, a to dla uniknięcia mniej lub więcej groźnego krwotoku, o co nie trudno wobec zazwyczaj silnie unaczynionego guza.

Pouczającym wielce pod tym względem jest wielokrotnie już wspomniany przeze mnie przypadek *fibrosarcomatis* u 14-letniego chłopca. Przeważnie jednakże, a to głównie w celu radykalnego wyleczenia (jakkolwiek i w tych razach możliwe są nawroty) stosują się rękoczyny chirurgiczne zewnętrzne, a więc otwarcie nosa pośrodkowe, lub boczne (metoda Moure'a), ewent. z rezekcją sąsiednich kości (górnej szczęki—metoda Denker'a), któ-

rych opis zresztą nie wchodzi w zakres niniejszej pracy i co do czego odsyłam czytelników do specjalnych podręczników chirurgicznych, np. Rydygiera.

P I S M I E N N I C T W O *).

1) Frydrych. Wyluszczenie mięsaka z jamy Highmor'a. P. T. L. W. 1844, XII. 49.
2) Le Brun. Nowotwór, wyrastający z zatoki czołowej, zniszczenie kości górno-szczękowej lewej, dolnej ściany oczodołu, kości łzowej i nosowej. P. T. L. W. 1846, XVI, 226.
3) Tenże. Wyluszczenie lewej połowy szczęki górnej z powodu nowotworu w jamie Highmor'a. Ibidem 1850. XXIV. 55. 4) Girsztowt. Mięsak znacznej wielkości w jamie nosowej—usunięcie na drodze operacyjnej. Ibidem 1868, LX, 206. 5) Bossowski. Przejście mięsaka jamy nosowogardzielowej do czaszki i jego rozrost w jej wnętrzu. Przegl. Lek. 1880. XIX, 558. 6) Minkiewicz. Choroby dróg oddechowych, Gaz. Lek. 1885. p. 253—259. Złośliwy nowotwór jamy nosowej obok jednoczesnych polipów nosa. Dwukrotne wycięcie. Operacja plastyczna. Śmierć. 7) Kijewski i Wróblewski. Kilka uwag w kwestyi operowania guzów jamy nosogardzielowej, Gaz. Lek. 1893, Nr. 13—15.
8) Iwanicki. Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych w jamie nosowogardzielowej. Kron. Lek. 1893, Nr. 4. 9) Rontaler. Dwa rzadkie przypadki mięsaka jamy nosogardzielowej. Czas. Lek. Nr. 7, p. 273, 1889. 10) Tenże. Przyczynek do kazuistyki guzów krwawiących przegrody nosa. Kron. Lek. 1896. 11) Sędziak. Z kazuistyki laryngologicznej № 2. Mięsak (fibrosarcoma) nosa o niezwykłym przebiegu. Kron. Lek. 1898, p. 643, № 15 i 17. 12) Dobrowolski. Przedstawienie a) dziewczynki z nowotworem jamy nosowogardzielowej. P. T. L. W. 1900, p. 340. 13) Sinołęcki. Przedstawienie chorego z nowotworem jam nosowych. Ibidem 1900, p. 148. 14) Lubliner i Oderfeld. Przedstawienie chłopca po dokonanej operacji wycięcia nowotworu złośliwego z jamy nosowogardzielowej. Ibidem 1902, p. 839. 15) Rosenblatt. Przypadek raka jamy nosowogardzielowej. Czas. Lek. № 3, p. 132—1902. 16) Tenże. Mięsak jamy nosowej. Gaz. Lek. 1907, 256. 17) Erbrich. Przedstawienie chorego z exophthalmus wskutek guza w nosie, rozszerzającego się we wszystkie zatoki boczne nosa, 1911. Sekcja otolaryng. Warsz. Tow. Lek. 18) Szmurło. Przedstawienie preparatu (papilloma cylindricum) ze środkowego przewodu nosa. 1911. Sekcja otolaryng. W. T. L. 19) Sokółowski. Przedstawienie chorego 42-letniego z guzem w nosie. Ibidem.

*) Z powodów, wyluszczonych we wstępie obszernej pracy mojej p. t. „O ciałach obcych w górnych drogach oddechowych i pokarmowych, oraz w uszach“, drukowanej w № 1 (jubileuszowym) Nowin Lekarskich r. b., podaję i w tej pracy tylko spis prac polskich w porządku chronologicznym.

XIV.

O zgorzeli zewnętrznego przewodu słuchowego.

PODAŁ

J. S z m u r ł o.

Zgorzelą, jak wiadomo, nazywamy miejscowe obumarcie tkanek. Przyczyny jej mogą być rozmaite; a więc przedewszystkiem mechaniczne, jak oto zniszczenie, zmiżdżenie wskutek uderzenia, upadku, ucisku; chemiczne i fizyczne, jak działanie skoncentrowanych kwasów i ługów, jak działanie ciepła wysokiego lub zimna. W tych razach przyczyny działają bezpośrednio na komórki i tkanki, niszcząc ich ustrój i budowę zewnętrzną i wewnętrzną. W innej grupie przypadków śmierć tkanek spowodowana bywa przez pozabawienie tkanek pokarmu odżywczego wskutek zamknięcia światła naczyń, zwłaszcza tętnic. Wszelkie więc zakrzepy i zatory, zwłaszcza w tak zwanych tętnicach końcowych, nie mających połączenia z innymi arteryami, prowadzą do miejscowej zgorzeli tkanki. Dalej śmierć tkanek może powstać wskutek działania drobnoustrojów. Wywołana tą drogą zgorzel stoi w bliskim genetycznym związku z zapaleniem, które również, jak wiadomo, w przeważającej liczbie przypadków spowodowane bywa przez działalność mikrobów. Różnica tu tylko ilościowa. Słabo działający bodziec choroby wywołuje zapalenie, ropienie; mocne natomiast jego działanie sprowadza zgorzel miejscową (Samuel).

Mechanizm powstawania zgorzeli w tych razach będzie bardziej złożony: mamy więc tu i działanie trujące na komórki toksyn, wydzielanych przez drobnoustroje, mamy ucisk elementów tkankowych przez wypocinę, mamy często zatory i zakrzepy w tętnicach. Nareszcie istnieje jeszcze jedna przyczyna zgorzeli miejscowej, przyczyna nerwowa. Znany jest powszechnie fakt oddziaływania tkanki nerwowej na sprawy odżywcze organizmu. Zniszczenie pewnych pierwiastków nerwowych pociąga za sobą głębokie zmiany odżywcze w odpowiednich okolicach ciała. Tak np. zapalenie poprzeczne mleczka pacierzowego wywołuje tworzenie się odleżyn na krzyżu, sryngomyelia wywołuje zmiany odżywcze i obumarcie nieraz całych stawów u rąk i nóg. Znane są fakty symetrycznej gangreny pochodzenia nerwowego w tak zwanej chorobie Raynaud'a; nareszcie wspomnę o objawach miejscowej zgorzeli powstającej niekiedy w hysterii.

Wszystkie te różnorodne przyczyny, wewołujące zgorzel miejscową, występują tem łatwiej i działają tem energiczniej w kierunku niszczącym, im bardziej poderwana jest żywotność organizmu wskutek przebytych dawniej chorób ostrych, jak: odra, koklusz, tyfus, lub przewlekłych, jak: gruźlica, przymiot.

Położenie ucha, które wystawione jest bezpośrednio na wszelkie wpływy szkodliwe zewnętrzne, zdawałoby się, powinnyby wpływać na częste wy-

stępowanie objawów zgorzeli miejscowej. A jednak w istocie rzeczy tak nie jest. Ucho zewnętrzne, a więc muszla i przewód zewnętrzny wogóle rzadko ulegają zgorzeli. Zresztą muszla uszna częściej zapada na zgorzel, zwłaszcza wskutek odmrożeń, uszkodzeń zewnętrznych. Natomiast przewód słuchowy zewnętrzny nadzwyczaj rzadko bywa dotknięty tem cierpieniem. W czasopiśmie lekarskich od czasu do czasu zaledwie spotykamy wzmiankę o zgorzeli przewodu słuchowego. Ta rzadkość cierpienia powoduje, iż niektóre i to obszernie nawet podręczniki, jak np. Politzer'a, Heyman'a i innych zupełnie o niem nie wzmiankują. A jednak cierpienie to zdarza się od czasu do czasu, powtarzam, i towarzyszą mu zazwyczaj tak ciężkie objawy miejscowe i ogólne, rokowanie w niem zwykle tak bywa złe nie tylko co do funkcji ucha, którego przewód zewnętrzny, został cierpieniem dotknięty, lecz nawet co do życia chorego, (śmiertelność w niektórych formach zgorzeli przewodu bywa nadzwyczaj wysoka), że to mię skłania do ogłoszenia wyników swych spostrzeżeń nad tą ciężką i niebezpieczną chorobą ¹⁾.

Przedewszystkiem celem zapoznania się bliższego ze sprawą chorobną, zwrócimy do się piśmiennictwa traktującego o tem cierpieniu. O zgorzeli ucha pisze Wreden (1), podając przypadek gangreny całej kości skroniowej u 8-miesięcznej dziewczynki; po wypadnięciu zmartwiałej kości dziecko żyło jeszcze 10 godzin. Podług Wredena cierpienie to rozwija się u dzieci słabych, zwłaszcza dziedzicznie obciążonych gruźlicą lub syfilisem, cierpiących na zapalenie ropne lub błonicze ucha środkowego, Morrison (2) opisuje przypadek zgorzeli, zakończony zejściem śmiertelnem po wlaniu do ucha kwasu saletrzanego. Hofman (3) z kliniki Bezold'a zebrał 8 przypadków samoistnej zgorzeli ucha zewnętrznego, obserwowanych w różnych czasach przez różnych autorów, które utożsamia z tak zwanym rakiem wodnym (noma) policzka.

Otóż zdaniem jego oraz kierownik kliniki prof. Bezold'a istnieje sprawa chorobna, przebiegająca zupełnie analogicznie do raka wodnego w przewodzie zewnętrznym słuchowym. Autor ten przytacza angielskiego autora Wilde'a, który opisuje przypadki *pemphigus gangraenosus*. Lud irlandzki, pośród którego choroba ta, zwłaszcza u dzieci, strasznie się przed laty srożyła, unosząc w ciągu 10-u lat 17799 ofiar, nazwał ją czarnem uchem (*black ear*). Opisy Wilde'a zupełnie mają odpowiadać, a przynajmniej bardzo są zbliżone, zdaniem Hoffman'a i Bezold'a (4), do tego, co oni sami obserwowali w klinice monachijskiej.

Wszystkie dotychczas opisane przypadki zakończone zostały śmiercią i tylko Homuth (5) w przeszłym roku spostrzegł jeden przypadek nomy

¹⁾ Na tem miejscu muszę się zastrzedz, że aczkolwiek sprawa zgorzelinowa ucha zewnętrznego stoi tu na pierwszym miejscu, to obok niej wszakże występują i inne objawy, wskazujące na udział w cierpieniu i głębszych części ucha, a więc ropienie z ucha środkowego, porażenie nerwu twarowego.

ncha, gdzie po operacji nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Przyczynę tego cierpienia jedni autorowie widzą w błonicy, gdyż niejednokrotnie znajdowali w rozpadłych tkankach laseczniki błonnicze, inni natomiast, jak Seifert i Perthes (6) upatrują w specyficznych drobnoustrojach z rodzaju *streptotrix*, które autorowie ci znajdowali zawsze w tkance, która uległa zgorzeli. Mikroby te w największej liczbie znajdują się na pograniczu tkanki zdrowej; liczba ich natomiast w pobliżu części środkowej stopniowo i znacznie się zmniejsza. Drobnoustroje te, dostawszy się do ucha zewnętrznego drogą drapania, rozwijają się tam, jeżeli znajdują dla siebie grunt podatny. Bywa zaś to wtedy, jeżeli przedtem z ucha trwało ropienie, które spowodowało obrzmienie tkanek, podniesienie się ciepłoty miejscowej i osiedlenie się w uchu bakterii gnilnych. Dopiero przy tak zmienionych warunkach możliwą się staje niszcząca praca anaerobów, jakimi są wspomniane gatunki *streptothrix*.

Choroba ta, zdaniem Hoffmann'a, zdarza się przeważnie u dzieci w wieku od 24-ch dni do 4-ch lat, wyniszczonych przez gruźlicę, syfilis, zolży, cierpiących od dawna na ropny wypływ z ucha i które następnie zachorowały na jakąś ostrą chorobę, jak odra, koklusz, influenza.

Zazwyczaj na pewnym miejscu przewodu zewnętrznego zjawia się punkt, zabarwiony na kolor ciemno-niebieski; miejsce to ciemnieje coraz bardziej i w końcu staje się zupełnie czarne; wydzielina uszna nabiera cech krwaworopnej śmierdzącej posoki; zgorzel szerzy się coraz dalej. obejmuje cały przewód zewnętrzny, może przejść następnie na ucho środkowe, na gruczoł przyuszny, wyrostek sutkowy. Nerw twarzowy zawsze bywa porażony. W końcu przy objawach zupełnego wycieńczenia następuje śmierć. Taki obraz chorobny kreśli Hoffmann w swojej pracy na podstawie obserwowanych przez siebie i zebranych w literaturze przypadków. Jako leczenie, zaleca jak najszybszą operację, która jedna tylko jest w stanie powstrzymać rozpad i niszczenie. Formie tej zgorzeli ucha poświęca prof. Bezold w znanym swym podręczniku cały rozdział, wypowiadając też same poglądy i opisując przypadki ze swej kliniki, znane nam już z pracy Hofmann'a. W ostatnich czasach spotykamy pracę Homuth'a, który opisuje jeden przypadek raka wodnego ucha zewnętrznego u dziecka 1^{1/2}-rocznego, gdzie po dokonaniu operacji i wycięcia części zgangrenowanych i po opatrunkach wilgotnych, przy ogólnym leczeniu wzmacniającem nastąpiło wyleczenie. Oto i wszystko co wiemy z literatury o powstawaniu, przebiegu, leczeniu zgorzeli zewnętrznego przewodu słuchowego.

Przechodzę teraz do opisu spostrzeganych przez siebie przypadków.

Przypadek I-y. W lęcie r. 1900 zgłosił się do ambulatoryum usznego w Samarskim szpitalu ziemskim chory Iw., w wieku lat 30, dymisjonowany feldfelbel, skarżąc się, że mu do prawego ucha wlaźł świerszcz i świerka nieustannie i w dzień i w nocy, nie dając mu ani na chwilę spokoju i wytchnienia. Chory starał się go wypędzić z ucha rozmaitymi sposobami: próbował wydostać go patyczkiem, wlewał wodę i inne płyny, na nic się to wszakże nie zdało. Ostatecznie nałapał sobie do ucha tak zwanej wody królewskiej; mieszaniny kwasu solnego i sale-

trzanego (po rosyjsku w języku ludowym nosi płyn nazwę „kriepkaja wodka“), ale i to nie pomogło; świerszcz jak świerkał, tak świerka dalej. Przy badaniu znalazłem: cały przewód zewnętrzny słuchowy zupełnie zczerniał; na granicy muszli usznej i przewodu zewnętrznego linia demarkacyjna; w tym miejscu uległa zgorzeli skóra poczyna się oddzielać. Do przewodu zewnętrznego udaje się wprowadzić tylko najmniejszy kaliber wziernika usznego, w głębi bowiem przewodu tkanka zmartwiała poczyna się oddzielać i dzięki temu zupełnie zakrywa światło przewodu; błona bębenkowa okazuje się w widocznej części również zniszczoną. Nerw twarzowy działa z obu stron normalnie. Chory na stan swojego przewodu zapatruje się zupełnie obojętnie i zajęty jest jedną tylko myślą, jak wypędzić z ucha świerszcza lub przynajmniej zmusić go do milczenia. Chcąc dla dokładniejszego zbadania umieścić chorego w szpitalu, na co się ten zgadzał jedynie tylko pod warunkiem, że świerszcza z ucha wypędzę, obiecałem mu to zrobić. Przy badaniu na drugi dzień znalazłem zmiany, jak wyżej, słuch z prawej strony dla zegarka zniesiony, dla szeptu znacznie osłabiony, przewodnictwo kostne z prawej strony zachowane, powietrzne zniesione. Dawki bromu i opatrunki nie uspokoiły chorego, świerszcz świerkał prawie bez zmiany, po 2-ch dniach chory wypisał się.

W przypadku tym szum w uchu, zależny od poczynającego się cierpienia aparatu nerwowego usznego, mylnie tłómaczony przez chorego jako świerkanie świerszcza, który dostał się przypadkowo do ucha, szum doprowadzający chorego niemal do obłądki, skłonił go do wiania sobie do ucha jednego z najbardziej żrących płynów w celu zabicia owego świerszcza. Widocznie atoli ilość płynu była zbyt małą, lub też natychmiast, wskutek silnego bólu została wylana, gdyż ostatecznie zmiany w uchu środkowym nie musiały być zbyt wielkie, jeżeli nerw twarzowy, oraz chorda tympani zostały zachowane. Sprawa ograniczyła się widocznie tylko do zniszczenia skóry przewodu zewnętrznego i błony bębenkowej. Do zniszczenia kości sprawa nie doszła i tem wytlómaczyć można stosunkowo dość pomyślnie dla chorego zakończenie, a nie zejście śmiertelne, jak to miało miejsce w przypadku Morrisona

Przypadek II-gi. 2. maju 1907 r. do szpitala przyniesiono dziecko 6 $\frac{1}{2}$ -roczne z cierpieniem ucha prawego. Chłopiec Wł—w strasznie blade i wynędzniał. St. praes. Z ucha wypływa posoka śmierdząca, krwaworopna. Cały przewód zewnętrzny uległ zgorzeli, przy badaniu wziernikiem zaznaczyć można zniszczenie błony bębenkowej, kostek usznych, skóra na twarzy pod muszlą również uległa zgorzeli, część jej rozpadła się i przez otwór widać zmartwiałą tkankę gruczołu przyusznego. Na wyrostku sutkowym widzimy przetokę, której wypływa ropa śmierdząca, po której usunięciu widać w głębi tkankę, również porażoną zgorzelą. Nerw twarzowy z prawej strony porażony. Z opowiadania matki widać, że dziecko zachorowało na ucho przed rokiem, było ropienie, trwające wszakże niezbyt długo. Teraz choroba wystąpiła przed miesiącem, znowu się zjawilo ropienie, a powoli owróżdzenie za uchem. Na drugi dzień operacja. Za uchem przeprowadziłem zwykłe cięcie aż do kości. Cały wyrostek sutkowy okazał się zmartwiałym; po usunięciu wyrostka i obumarłych części w uchu środkowym, zewnętrznym i w gruczołe przyusznym, posmarowaniu rany nalewką jodową nałożyłem opatrunek. Ciępl. wiecz. 37,4⁰. Następnego dnia ciepł. 36,8⁰. Zmiana opatrunku. Dziecko słabe nic nie je. Następnym dni codziennie opatrunki, usuwanie nowych części zmartwiałych. Miejscami poczyna się zjawiać blada ziarnina. Dziecko po dawnemu słabe, nic nie je. 6-go maja exitus letalis.

Przypadek ten w zupełności odpowiada przypadkom, opisanym w pracy Hofmann'a. U dziecka, przed rokiem chorego na ropnie z ucha, zjawia się ponownie wypływ, wkrótce po tem zgorzel przewodu i inne opisane zmiany. Czy mamy to nazwać rakiem wodnym ucha, czy też wprost określić mianem zgorzeli, rzecz to dość

obojętna. W każdym razie w danym przypadku istniała tendencja do zagojenia i gdyby matka szukała pomocy wcześniej, operacja została wcześniej wykonana, być może otrzymalibyśmy, jak w przypadku Hometh'a wyzdrowienie.

Przypadek 3-ci Kos—in, wyrobnik w wieku lat 36, przyszedł do ambulatorium usznego w listopadzie 1907 roku ze skargami na bole w lewym uchu trwające, od 1½ miesiąca. Chory od dawna cierpiał na ropnie w uchu. Pogorszenia doznał jakoby po uderzeniu przed 2-a tygodniami w prawą połowę głowy spadającą deską; od tego czasu wystąpiło obrzmienie w uchu i w całej lewej okolicy przyusznej, wystąpiło przekrzywienie twarzy na prawo. Bardzo silne bole głowy nie dają choreму ani spać, ani zajmować się zwykłą pracą. Chory przed 3-a laty chorował na jakąś chorobę weneryczną, alkoholik, miewa od czasu do czasu napady epileptyczne St. p r a s e n s. Mężczyzna doskonale zbudowany i odżywiony. Okolica lewego ucha obrzmiała i zaczerwieniona. Skóra całego przewodu słuchowego zewnętrzznego uległa zgorzeli; na granicy muszli i przewodu linia demarkacyjna, strzępy zmartwiałej skóry wystają do światła, utrudniając zbadanie głębszych części, porażenie nerwu twarzowego lewego, słuch dla szeptu i zegarka w chorem uchu i przewodnictwo kostne i powietrzne zniesione. Z ucha wydziela się posokowaty śmierdzący płyn, takż sam płyn wydobywa się z dużego otworu, znajdującego się u zewnętrznego brzegu wyrostka sutkowego. W głębi otworu widać zgangrenowaną tkankę gruczołu przyusznego. Chorego umieściłem w szpitalu i na 3-i dzień dokonałem attico antrotomii pod chloroformem. Wyrostek sutkowy znalazłem przekrwiony, w komórkach ziarninę obfitą, w antrum ziarninę i ropę, usznych kostek w jamie bębenkowej nie było, zgangrenowane części przewodu i gruczołu przyusznego usunąłem ranę wytamponowałem, nałożyłem opatrunek. Przez cały czas pooperacyjny była prawie zupełnie normalną, wahania niekiedy dochodziły do 37,8^o. Bole trwały długo, rana goiła się bardzo powoli i zaledwie po pół roku nastąpiła zupełna epidermizacja. Ze strony nerwu twarzowego nastąpiła częściowa poprawa, chociaż pozostało porażenie mięśnia, zamykającego oko.

W przypadku tym u chorego, cierpiącego przedtem na przewlekłe ropienie z ucha, pod wpływem urazu w głowę nastąpiło obostrzenie ropienia, a następnie zjawiła się zgorzel skóry przewodu zewnętrznego, zgorzel, która następnie przeszła na tkankę podskórną i dotknęła nawet części gruczołu przyusznego. Sprawa chorobna więc w danym przypadku miała takż sam przebieg, jak w przypadkach Hoffmann'a. Przyczyną, która wpłynęła na wzmożenie objawów chorobnych ze strony chorego ucha, a następnie wystąpienie zgorzeli był prawdopodobnie uraz, nie zaś choroba zakaźna. Że sprawa ograniczyła się zgorzelą części miękkich, zależnem mi się to zdaje od tego, że wogóle chory odznaczał się mocną budową i dobrem zdrowiem, nie było więc tych powodów osłabiających, jakie widzieliśmy u dzieci, dotkniętych dziedzicznym przymiotem, gruźlicą i t p..

Przypadek 4-y. W grudniu 1907 roku do ambulatorium usznego zjawił się wieśniak Sa—ow, lat 53 mający, skarżący się na silne bole w prawem uchu, od ośmiu dni trwające, które zjawiły się bez żadnej przyczyny. Dotychczas chory cierpiał tylko na wypływ ropy z lewego ucha. Pozatem odznaczał się zawsze dobrem zdrowiem i na żadną chorobę zaraźliwą nigdy nie zapadał. Po dwu dniach mocnych bólów w uchu zjawił się wypływ krwawy i chory zauważył, że prawa połowa twarzy stała się nieruchomą, i oko prawe przestało się zamykać. Cała okolica przyuszna mocno obrzmiała i bardzo bolesna. Środki lekarskie, które mu dawano nie sprawiły mu bynajmniej ulgi, i z tego powodu zwrócił się o pomoc do mnie, prosząc o uśmierzanie strasznych bólów, które pozbawiają go zupełnie s i u. S t a t u s p r a e s e n s. Chory wzrostu wysokiego, doskonale zbudowany; prawa połowa twarzy nieruchoma, prawe oko się nie zamyka, prawy kąt ust opuszczony, fałda nosowowargowa zgładzona. Cała okolica przyuszna mocno obrzmiała i na dotyk bolesna; przewód zewnętrzny również, mocno obrzmiały i bolesny przepuszcza zaledwie najmniejsze lusterko uszne,

cała powierzchnia skóry przewodu uległa zgorzeli i oddziela się w postaci małych białawych płatów. Błona bębenkowa również zmieniona, koloru szaroczerwonego, w dolnej przedniej części zniszczona; przez otwór widać również błonę śluzową jamy bębenkowej, szarawą jakby zgotowaną; przez otwór wydziela się płyn posokowaty. Z całej powierzchni chorej przewodu sączy się również krwawa posoka. Słuch dla zegarka i szeptu. O'Rinne ujemny. Po oczyszczeniu przewodu wodą utlenioną, wprowadziłem do ucha pasek gazy kseroformowej, a na ucho nałożyłem kompres ogrzewający, wewnątrz zaleciłem aspirynę. Po tygodniu takiego leczenia części zmartwiałe przewodu poczęły się coraz wyżej oddzielać, zjawily się granulacje, bole zmniejszyły i chory mógł nareszcie spać spokojnie. Po 8-u dniach powrócił na wieś pomimo że ropienie trwało w dalszym ciągu i porażenie n. twarzowego pozostało bez zmiany.

W tym przypadku pod wpływem niewiadomej przyczyny zjawilo się ostre zapalenie ucha zewnętrznego i środkowego z powierzchnią zgorzelą przewodu zewnętrznego i porażeniem nerwu twarzowego u człowieka przedtem zupełnie zdrowego i silnego. Proces w tym razie ograniczył się tylko powierzchnią warstwą skóry i błony śluzowej.

Przypadek 5-ty. W kwietniu roku 1906 zgłosił się do mnie chory, subjekt handlowy, Kon—ow w wieku lat 30, skarżąc się na bole w lewej połowie twarzy i głowy i na wypływ ropny z ucha lewego. Początek swej choroby chory odnosi na marzec, kiedy razu jednego po nadużyciu napojów wysokowych, powróciwszy w stanie nietrzeźwym do domu i położywszy się do łóżka, spadł na ziemię i stłukł sobie głowę. Następnego dnia poczuł mocny ból głowy w lewej połowie twarzy i w lewym uchu, cała okolica przyszna nabrzmiała, a w dzień zjawił się wypływ ropny z ucha i porażenie lewej połowy twarzy. Dotychczas chory zawsze czuł się zupełnie zdrowym i nigdy na nic nie chorował. Stat. praesens. Chory wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiony. Okolica przewodu słuchowego zewnętrznego oraz części przylegające mocno obrzmiałe i bolesne, skóra całego przewodu zewnętrznego uległa zgorzeli i oddziela się linią demarkacyjną od muszli. Błona bębenkowa zniszczona kostek usznych nie widać, błona śluzowa jamy bębenkowej również widocznie uległa zgorzeli. Cała powierzchnia zgangrenowana wydziela płyn posokowaty. Lewa połowa twarzy nieruchoma, lewe oko nie zamyka się, lewy kąt twarzowy opuszczony, lewa fałda nosowowargowa zgladzona. Przemycanie wodą utlenioną i wprowadzanie pasków gazy kseroformowej przyspieszyło oddzielanie się części zmartwiałych, natomiast poczęło się wytwarzać coraz mocniejsze zwężenie przewodu słuchowego; paraliż nerwu twarzowego pozostał bez zmiany i to zniekształcenie twarzy sprawiało najwięcej zgrzyoty i przykrości choremu, obawiającemu się, że będzie musiał porzucić dawne rzemiosło, a wziąć się do innego zajęcia. Pozatem dokuczaly choremu jeszcze mocne bole głowy, oraz wciąż trwający ropno-krwawy wypływ z ucha środkowego. Zaproponowałem choremu operację radykalną, na co ten się chętnie zgodził.

Podczas operacji okazało się, że kość jest bardzo twarda, miejscami w komórkach małe ogniska rozmięknienia, w centrum ziarnina i ropa, ściana oddzielająca antrum od jamy bębenkowej oraz ściana zewnętrzna przewodu słuchowego uległy zniszczeniu, błona jamy bębenkowej zniszczona, kostek usznych brak. Gojenie trwało bardzo długo; ciepłota nie podniosła się co prawda ani razu ponad 37,5⁰, ale rana długo nie chciała pokryć się ziarniną i jeszcze w 3 miesiące po operacji widać było miejsce obnażone. Po pół roku nastąpiła epidermizacja, ale porażenie nerwu twarzowego pozostało bez zmiany.

W przypadku tym u człowieka przedtem zupełnie zdrowego, dobrze zbudowanego i odżywnego, pod wpływem urazu nastąpiło rozlane zapalenie ucha zewnętrznego, zapalenie błony i jamy bębenkowej i porażenie nerwu twarzowego z następczą zgorzelą skóry przewodu, błony bębenkowej i błony śluzowej ucha środkowego.

Dlaczego tu, jak i w przypadku 4-ym doszła sprawa do zgorzeli trudno dociec. Naturalnie punktem wyjścia dla niej była też sama przyczyna, która spowodowała zapalenie; widocznie tylko przyczyna ta działała w stokroć silniejszym stopniu, niż to bywa przy zwykłym zapaleniu. Ciekawym zjawiskiem, obserwowanym we wszystkich przypadkach zgorzeli przewodu zewnętrznego ucha środkowego i widocznie znajdującym się z nią w związku przyczynowym, jest porażenie nerwu twarzowego, oraz straszne bole, które towarzyszyły wszystkim trzem przypadkom, wskazujące na cierpienie nerwów czaszkowych ucha: trójdzielnego, gałązek językowo-gardzielowego (n. Jacobsoni) i sympatycznego. W przypadkach, w których zgorzelą dotknięte były dzieci, można byłoby przypuszczać, że porażenie nerwu było prostym następstwem zgorzeli ścian kostnych nerwu, a następnie i samego pnia nerwowego. W przypadkach natomiast trzech ostatnich, gdzie porażenie nerwu nastąpiło u ludzi zdrowych i silnych, gdzie martwica nie dotknęła kości, a ograniczyła się do skóry, tkanki podskórnej, gruczołowej i błony śluzowej, oraz wyżej wzmiankowanych nerwów, być może porażenie nerwu twarzowego należy rozpatrywać narówni z zapaleniem, jako cierpienie pierwotne, cierpienie które było powodem zgorzeli skóry, tkanki podskórnej i gruczołowej.

Analizując teraz obserwowane przypadki, widzimy, że zgorzel w pierwotnym spostrzeżeniu zależna była od chemicznego działania na ściany przewodu słuchowego płynu żrącego. W tych razach zmiany całkowicie są zależne od ilości płynu i jego siły niszczącej.

W jednym przypadku sprawa może się ograniczyć zgorzelą przewodu zewnętrznego i błony bębenkowej i zakończyć się ostatecznie wyzdrowieniem z następczem zwężeniem, a nawet zupełnym zarośnięciem przewodu; w innym natomiast mogą zostać zniszczone kostki uszne, a nawet i ściany kostne, błędnik, kanały półkoliste, i sprawa może się zakończyć śmiercią, jak to było w przypadku Morrisona.

W drugiej grupie przypadków zgorzel ucha powstaje po poprzednim ropieniu u dzieci małych do lat 4-eh, osłabionych jakąkolwiek chorobą wyniszczającą, pod wpływem ostrej choroby zakaźnej. Wytworzone w uchu warunki dają możliwość rozwojowi specjalnego gatunku *streptothrix*'a, który jest sprawcą zgorzeli. W tych razach zgorzel ze strony przewodu zewnętrznego może przejść na otaczające części miękkie oraz kość, powodując straszne zniszczenie i doprowadzając w końcu do śmierci. Wczesna operacja wszystkich części zgangrenowanych może niekiedy uchronić od śmierci.

Toż samo ropienie przewlekłe u ludzi dorosłych, zdrowych pod wpływem takich samych przyczyn, a nawet urazu (przypadek 2-i) może również doprowadzić do zgorzeli przewodu zewnętrznego i części otaczających miękkich, kość przytem może pozostać zdrową. Nerw twarzowy bywa zawsze porażony. w tych razach zakończenie bywa pomyślne, aczkolwiek w uchu pozostają wielkie zmiany, jak oto: zwężenie przewodu słuchowego, utrata słuchu, stałe skrzywienie twarzy wskutek porażenia nerwu twarzowego.

Nareszcie w czwartej grupie przypadków u ludzi zupełnie zdrowych pod wpływem niewiadomej przyczyny, czasami urazu, powstaje ostre zapalenie przewodu zewnętrznego i ucha środkowego z porażeniem nerwu twarzowego i innych nerwów, unerwiających ucho zewnętrzne i środkowe. Zapalenie to

pod wpływem, być może, tych samych co i w poprzednich przypadkach drobnoustrojów oraz porażenia włókien odżywczych gałązek nerwowych może przejść w zgorzel skóry przewodu zewnętrznego, oraz błony bębenkowej i błony śluzowej ucha środkowego.

PIŚMIENNICTWO.

1) Wreden. Monatschrift f. Ohrenheilkunde t. 2, Nr. 11; 2) Morrison. Mediko-Chirurgische Zeitschr. t. 4, str. 73. 3) Hofmann. Zeitschrift f. Ohrenheilkund., t. 51, str. 365. 4) Bezold. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 5) Homuth. Deutsche med. Wochenschrift, 1910, № 29, str. 1276. 6) Blau. Bericht über die Leistungen in dem Gebiete d. Ohrenheilkunde. Schmidts Jahrbücher 1907.

XV.

Przyczynek do leczenia suchot płucnych zapomocą sztucznej odmy piersiowej (*pneumothorax artificialis*).

PODAŁ

Dr Feliks Świeżyński (Wilno).

Metoda leczenia suchot płucnych zapomocą wytwarzania sztucznej odmy piersiowej zyskuje sobie w ostatnich czasach coraz więcej zwolenników. Metoda ta daje w istocie wyniki zdumiewające, wymaga jednak wiele trudów i cierpliwości, tak ze strony chorego, jak również ze strony lekarza. W naszej literaturze dotychczas ogłoszono zaledwie kilkanaście przypadków, leczonych tą metodą, wobec czego ośmielam się podać i dwa moje, sądząc, że w tej chwili jeszcze każdy przypadek zastosowania tego zabiegu zasługuje na zaznaczenie.

Nie będę opisywał samej techniki, wskazań i t. p. wobec wyczerpujących monografii, jakie już się ukazały w obcej i naszej literaturze (Forlanini, Saugmann, Brauer, Jessen, u nas Borzęcki, Sterling, w Rosyi Rubel i inni). Przystępuję od razu do kazuistyki:

Przypadek I. Chora E. S., lat 24, od 1½ roku zamężna, nieobarczona dziecinnie, w dzieciństwie była skrofuliczna (obrzęknięcia, ropienia gruczołów szyjowych), cięższych chorób nie przechodziła; budowy drobnej, lecz prawidłowej. Wiosną 1908 r. po pierwszym połogu, odbytym prawidłowo, w 4-tym miesiącu karmienia dziecka, po lekkim przeziębieniu zaczyna kaszlać, chudnąć, traci apetyt i sen, ciepłota 37,2⁰—37,4⁰. Przy badaniu skonstatowano lekkie przytłumienie w obu wierzchołkach, wydech wydłużony, i nieliczne suche rżenia w 2-em lewym międzyże-

brzu pod obojczykiem. W płwocinie laseczniki i pojedyncze włókna sprężyste. Natychmiast odstawiono dziecko. wyjazd wobec pory letniej na wieś, gdzie szybko stan chorej zaczął się poprawiać: ciepłota spadła do normy, wagi przybyło 10 funtów, w jesieni jednak ciepłota zaczęła się znów podnosić, zjawiała się lekka chrypka, wskutek niewielkiej infiltracji tbc. pod prawą struną głosową, objawy wierzchołkowe zaostrzyły się. Wyjazd do sanatorium dra Dłuskiego do Zakopanego, gdzie ciepłota znów spadła do normy, waga zaczęła przybywać, w prawym wierzchołku nastąpiła poprawa, w lewym jednak, a szczególnie pod obojczykiem rżenia się uporczywie trzymają, a nawet zaczynają przybierać charakter dźwięczny. Po 4-ch miesiącach pobytu w Zakopanem, wobec braku poprawy, wiosną 1909 roku zalecono wyjazd do Mentony. Na południu przy braku warunków sanatoryjnych, objawy rozpadu w ognisku pod obojczykiem szybko się wzmagają, występuje nieobfite krwioplucie, ciepłota podnosi się do $37,5^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, rżenia przyjmują charakter „g a r g o u i l l e m e n t”. Po 2 miesiącach pobytu w Mentonie wyjazd do Meranu, skąd po miesięcznym pobycie powrót do kraju. Lato ubiega przy ciepłocie ciągle podniesionej do $37,5^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$ wieczorem, występuje raz obfite h a e m o p t o e, chora prawie nie wstaje, objawy w lewym wierzchołku się rozszerzają, w prawym płucu stan dobry, tylko wydech wydłużony. Jesienią 1909 r. wyjazd do sanatorium St. Pankratius w Arco, gdzie stan chorej stopniowo się pogarsza, chora zupełnie nie wstaje, gdyż ciepłota przechodzi 38° , płwociny około 120—150 cm sz., stan ogólny szybko podupada, waga stale spada, brak apetytu, po jedzeniu wymioty, stolec nieregularny, zjawia się f i s s u r a a n i, chrypka trwa ciągle, naciek w krtani nieco się powiększa, tętno 100—112.

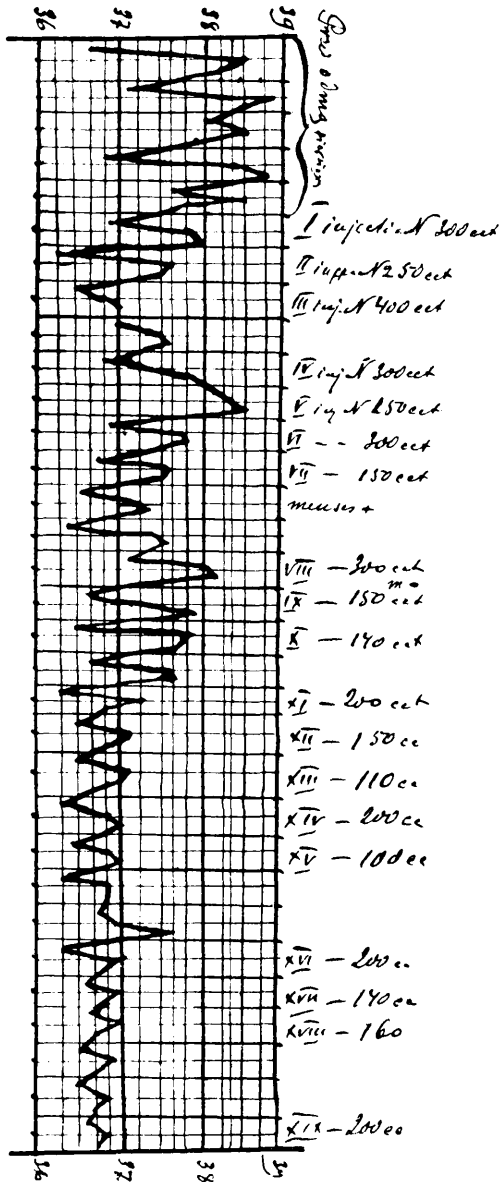
Próby zastosowania tuberkuliny nie dają żadnego wyniku. Po kilku miesiącach pobytu w Arco, pomimo wyśmienitych warunków w sanatorium St. Pankracego, stan chorej coraz gorszy, objawy rozpadu coraz wyraźniejsze, ciepłota przyjmuje charakter gorączki hektycznej. (Patrz krzyw. temperat. tab. № 1).

W kwietniu 1910 roku wyjazd do Brixen w Tyrolu, gdzie dr. Hans v. Vilas, obecny właściciel sanatorium Hocheppan około Bozen, znajduje, że przypadek nadaje się do leczenia sztuczną odmą piersiową. Chorą prześwietlono, obraz klatki piersiowej wykazuje zajęcie prawie całego lewego płuca, a w 2-iem międzyzebrzu pod obojczykiem jamę wielkości mniej więcej małego jabłka; dolny brzeg płuca ruchomy, szczególnie po l i n e a a x i l l a r i s a n t e r i o r. W prawym płucu u wierzchołka zaciemnienie, zresztą gdziekolwiek na obrazie ciemne punkty powiększonych gruczołów oskrzelowych.

Dnia 25. kwietnia 1910 r., a więc w 3-im roku choroby dr. Vilas wykonywa w mojej obecności pierwsze wpompowanie azotu w ilości około 300 cm sz. zapomocą aparatu i według metody prof. Forlaniniego, t. j. przez wkłucie. Chora znosi zabieg doskonale, skarży się jedynie na pewną duszność, następnym dni dokuczają silne bole neuralgiczne w okolicach łopatek z obu stron, zależne prawdopodobnie od rozciągania się zrostów i ucisku na nerwy międzyżebrowe. Następne wpompowania wykonywam już sam z początku codziennie następnie co 2-gi dzień w ilości 200—400 cm. sz.

Chora po każdym zabiegu odpluwa wkrótce dużo płwociny, której ilość następnie znacznie się zmniejsza. Przy wysłuchiowaniu stwierdzono, że liczba rżeń w okolicy jamy szybko się zmniejszyła, wykazując, że ucisk płuca wywiera pożądaný skutek. Ciepłota stopniowo się obniża i po 2 tygodniach schodzi do normy (patrz tab. I), jednocześnie stan ogólny chorej się poprawia, zjawia się apetyt i lepsze samopoczucie. Po 6-u tygodniach pobytu w Brixen, które chora spędzała prawie ciągle leżąc w łóżku lub na werendzie; stan ogólny poprawił się o tyle, że postanowiono wracać do kraju. Badanie wykazuje, że pomimo, iż odma dosięga wysokiego napięcia (serce przesunięte za prawą linię mostkową), nie jest jednak zupełna, gdyż w okolicy kręgosłupa z tyłu i z przodu przy mostku u dołu słychać oddech, aczkolwiek osłabiony,

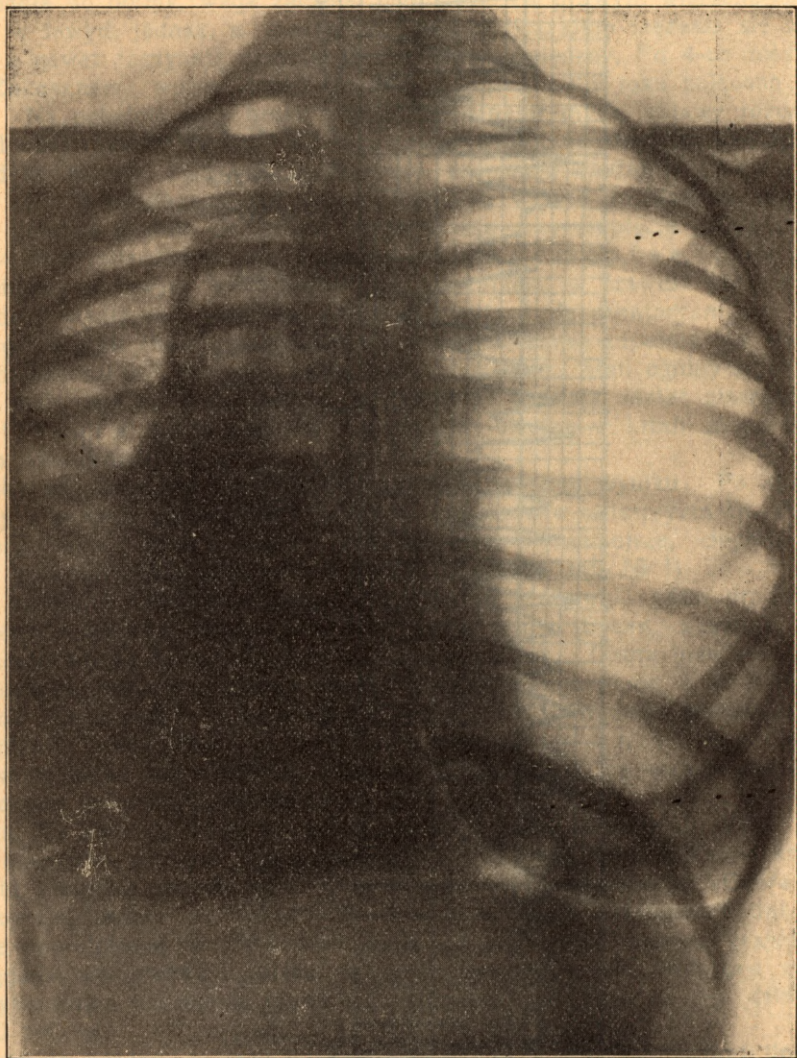
w okolicy zaś jamy cisza zupełna. P. 100. Ilość płwociny spadła do 20—30 cm sz. Chrypka się zmniejszyła. W drodze powrotnej do kraju w Berlinie zdjęto rentge-



Tabl. № 1.

nogram (patrz tab. № II), na którym widocznie występują przyczyny niezupełności cđny, a mianowicie zrosty u dołu z przeponą i w górze w okolicy 2.—3. żebra. Po powrocie do kraju chora zamieszkała na wsi, gdzie otoczona jest warunkami sanatoryjnymi; wpompowywania powtarzano mniej więcej raz na tydzień w ilości 120—150

cm sz. Ciężota w ustach stale około 37°. Chora odbywa niewielkie spacery, na wadze przybywa jej nieźle. W 4-tym miesiącu od początku kuracji występuje nagłe wzniesienie się ciężoty do 39°, lekki ból przy polykaniu wskutek nieudatnego wpompowania, przy którym czy to z powodu zbyt płytkiego ukiucia igłą, czy też trafienia na zrost, wystąpiły objawy podskórnej, a może nawet podpowięziowej



Tabl. № II.

odmy. Objawy te na 3-ci dzień ustąpiły. W miesiąc potem, kiedy wpompowywanie wykonywałem już co dni 10—14, wskutek może panującej influeney ciężota chorej znów podnosi się do 39° i występują objawy niewielkiego ogniska w prawem płucu w okolicy łopatki, po kilku dniach jednak ciężota ustępuje i objawy znikają bez śladu. W lewem płucu oddech zawsze słyszalny, chociaż bardzo osłabiony; u dołu

wyrostka mieczykowatego i z tyłu u kręgosłupa oddech nosi charakter amforyczny. - W listopadzie, kiedy wpompowywanie powtarzałem już co 20 dni, zauważyłem, że objawy napięcia odmy się zmniejszyły, serce przesunęło się bardziej na lewo i ciepłota zaczęła się podnosić, dochodząc do 37,5⁰ w ustach; postanowiłem wtedy wstrzykiwanie powtarzać nieco częściej i w ilości większej około 150—200 cm sz. Po jednym wstrzyknięciu skonstatowałem tarcie opłucnej pod lewą łopatką, a w parę dni potem przy podniesieniu się ciepłoty do 39,3⁰ niewielki wysięk w lewej opłucnej, dający stłumienie na 1—2 palce i plusk Hippokratosa. Próbné przekłucie wykazało wysięk czysto-surowiczy, nie zawierający żadnych drobnoustrojów. Od tej pory ciepłota podskoczyła znów w górę, trzymając się cyfr 36,8⁰ z rana—38,5 wieczorem. Stan taki trwał około 4-ch miesięcy do kwietnia 1911 roku, podczas których odmě podtrzymywałem stale, zastrzykując raz w tydzień około 100—150 cm sz. azotu. Wysięk pozostawał ciągle nieznaczny, przekłucie próbne wykazuje go ciągle surowiczym i jałowym. Ilość płwociny nieznaczna 25 — 30 cm sz., laseczniki w nieznacznej liczbie wykrywane tylko metodą antyforminową; włóknien sprężystych niema wcale. Przy wysłuchiowaniu oddech osłabiony, zawsze słyszalny przy kręgosłupie i z przodu u sternum, czasami słycać trochę rżężeń u proc. x y p h o i d e u s. Siły chorej i odżywienie wskutek trwającej gorączki znów znacznie podupadły. Wreszcie w kwietniu ciepłota zaczęła stopniowo opadać, objawy wysięku znikły, w płwocinie pierwszy raz laseczników nie znaleziono, nawet przy zastosowaniu antyforminy. Ciepłota spadła do normy, a jednocześnie sił zaczęło przybywać, chora wstała i zaczęła robić małe spacer. Lato przeszło doskonale, wpompowywanie powtarzałem raz na miesiąc w ilości około 100 cm sz. Jesienią 1911 r. chora powróciła do Wilna i zaczęła prowadzić życie normalne, unikając zmęczeń i zaziębień. Rentgenogram (tab. № III) wykazał, że zrost górny puścił, dolny jednak z przeponą pozostał, wskutek czego płuco przyjęło formę wydłużoną, równoległą do kręgosłupa. Przy wysłuchiowaniu oddech słycać tylko u proc. x y p h o i d e u s, czasami trochę rżężeń.—Wpompowywania robię coraz rzadziej, raz na 6 tygodni, kontroluję obecnie ciśnienie przy pomocy manometru wodnego, czego poprzednio nie miałem przy aparacie. Zimę chora spędza w mieście, ciepłota stale normalna, płwocina nie zawiera laseczników, chryпка przeszła zupełnie, objawy poczynającej się infiltracji pod prawą struną znikły bez śladu, fisura ani zagoiła się.

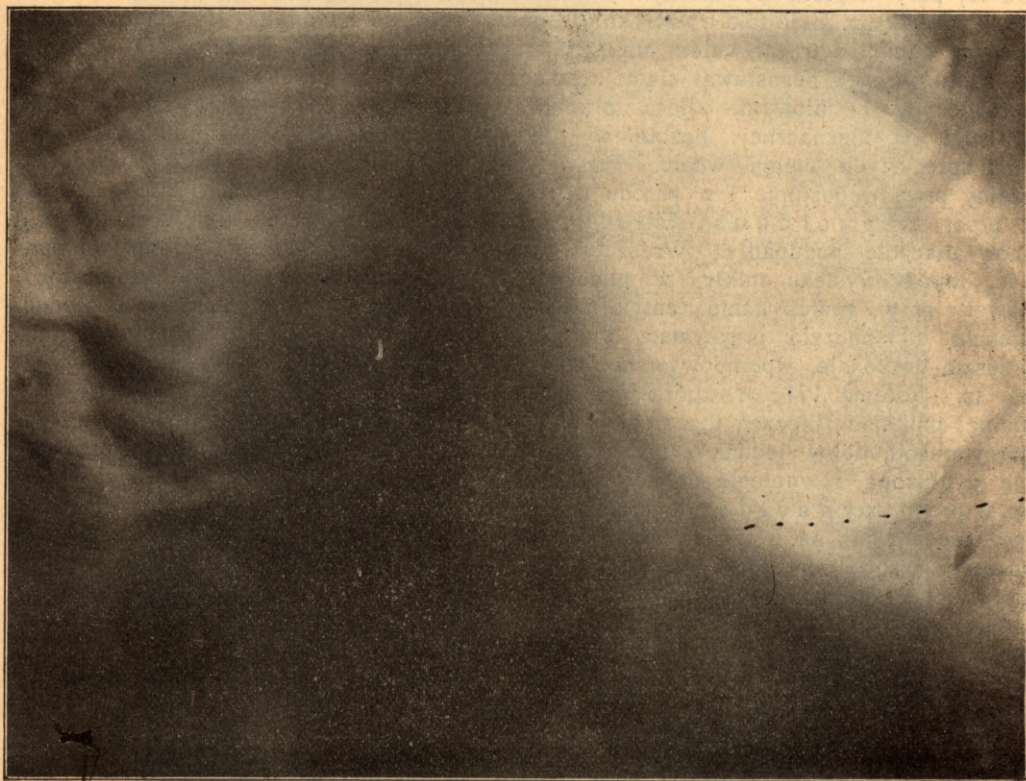
Odμή pierwszą podtrzymuję do końca maja 1912 r., t. j. przeszło 2 lata od początku kuracji, a więcej roku od zniknięcia laseczników, gorączki i innych objawów chorobowych. Chora wyjeżdża na wieś, czuje się doskonale, odbywa dłuższe spacer i prowadzi życie normalne, wagi przybywa około 10 funtów.

Odma stopniowo zmniejsza się, i obecnie w 4 miesiące od zaprzestania kuracji płuco już zaczyna oddychać, w okolicy jamy oddech osłabiony nosi charakter bliznowaty z odcieniem oskrzelowym, w innych częściach oddech pęcherzykowy, ciepłota stale normalna, tętno 80.

Przebieg powyższego przypadku opisałem szczegółowo, a to ze względu, że przypadek ten należał do rzędu postaci suchot popołogowych, które zazwyczaj są ciężkie; powtóre, że pomimo nader troskliwego leczenia, sprawa chorobowa opanować się nie dawała i stale dążyła do pogorszenia tak, że w chwili decyzji wykonania sztucznej odmy nie przedstawiała żadnej nadziei na poprawę i powstrzymanie się procesu. Następnie przebieg leczenia też nie należał do lekkich, wobec skomplikowania się sprawy wysiękiem, który powodował długo trwającą około 4-ch miesięcy gorączkę. Nasuwa mi się myśl, że tak długo trwającą, gorączka spowodowana była może nie tyle wysiękiem,

który był stale nieobfity i zawsze surowiczy, ile może więcej sprawą swoją, jaką przechodziła ta część płuca u dołu przepony, która z powodu wzrostu dostatecznie uciśniętą być nie mogła. Wreszcie przypadek ten zasługuje na zaznaczenie jeszcze i z tego względu, że kuracya już została skończona i ubiegło już 4 miesiące przy zupełnie dobrym stanie zdrowia chorej tak, że można mieć nadzieję, że sprawa wygasła doszczętnie.

Drugi przypadek przedstawia się jak następuje:

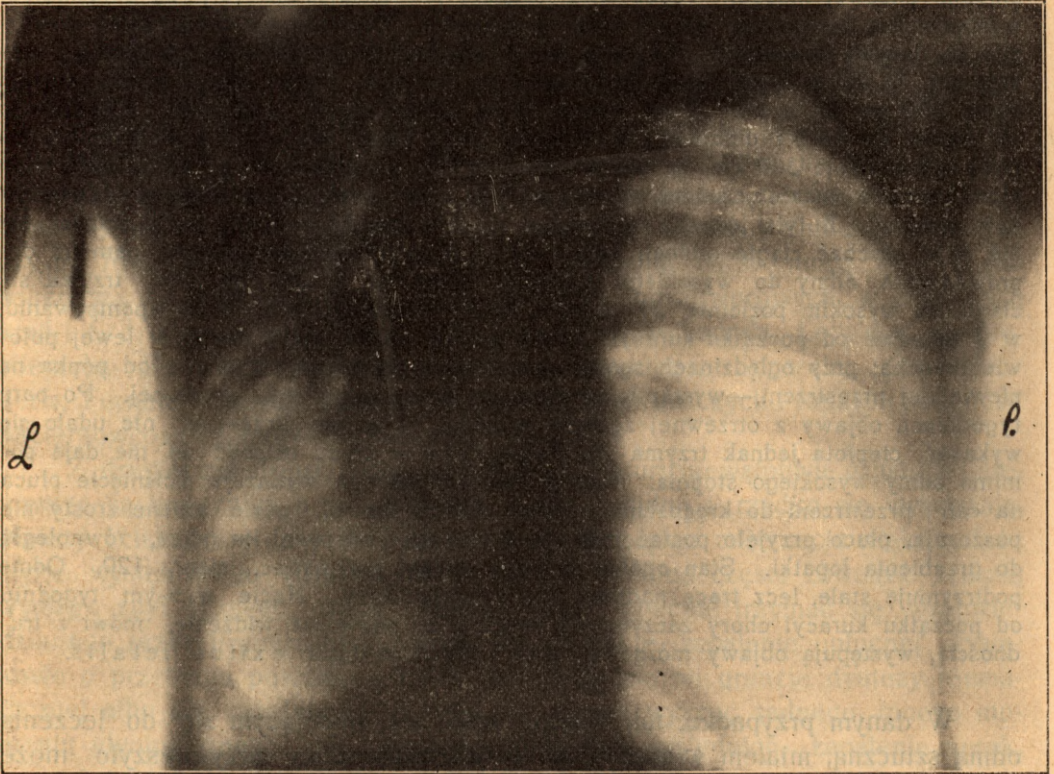


Tabl. № III.

Chory I. L., lat 28, urzędnik, nieobarczony dziedzicznie, w dzieciństwie mieszkając jednak długo z osobą chorą na suchoty, cięższych chorób nie przebywał; budowy szczupłej, klatka piersiowa długa, płaska, odżywienie liche; zapada 1907 roku przy objawach zajęcia lewego wierzchołka, wyjeżdża na parę miesięcy na wieś, gdzie poprawia się. W 1908 roku zaczyna gwałtownie chudnąć, płuć i gorączkować; laseczniki w płwocinie. Po pewnym czasie krwotok płucny, w 1910 roku wyjeżdża do Zakopanego, tam przechodzi suchą pleuritis lewostronną. Po 3-ch miesiącach pobytu w Zakopanem poprawia się ogólnie, lecz w lewym szczycie ognisko trzyma się. Po powrocie do kraju wkrótce dostaje biegunki, która trwa uporczywie przez parę miesięcy, przyczem chory ma 2—3 stolce dziennie. W następnym 1911 roku wyjeżdża powtórnie do Zakopanego, gdzie stan ogólny i kiszek poprawia się; choremu przybywa 18 funtów na wadze, rzęzenia jednak w lewym szczycie nie znikają.

Jesienią 1911 roku po influency stan chorego silnie się pogorsza, ciepłota dochodzi do 39° , odżywienie podupada. Pierwszy raz widziałem chorego na wiosnę 1912 roku; przy badaniu znajduję wielką jamę, zajmującą prawie cały górny płat lewego płuca, z przodu pod obojczykiem objaw „bruit de pot fêlé“ oddech amforyczny, g a r g o u i l l e m e n t, w dolnym płacie dużo rzeżeń dźwięcznych, brzeg płuca ruchomy, aczkolwiek w stopniu ograniczonym. W prawym płucu tylko w samym szczycie stłumienie lekkie i wydech wydłużony.

W krtani niewielka infiltracja z okolicy lewej chrząstki nalewkowej. Ciepłota stale 38° – 39° z dużymi spadkami z rana. Tętno przeszło 100, skłonność do rozwolnień, lecz stałej biegunki niema. Siły chorego, i apetyt niezłe, chory chodzi nawet na zajęcia do biura. Zdjęto rentgenogram (patrz t. № IV), który wykazuje za-



Tabl. № IV.

jęcie całego niemal lewego płuca, przy prawie zupełnie dobrym stanie prawego płuca.

Wobec wybitnie jednostronnego cierpienia, a z drugiej strony, wobec braku jakichkolwiek danych na poprawę chorego, uważałem, że przypadek nadaje się *par excellence* do leczenia sztuczną odmą piersiową; niepokoiły mnie tylko objawy ze strony kiszek, przypuszczalnie też natury gruźliczej, sądziłem jednak, że przy ogólnej poprawie, może i one ustąpią, tem bardziej, że wyraźnej enteritis tbc. nie było.

1 czerwca 1912 roku przystąpiłem do wytwarzania odmy zapomocą aparatu Forlaniniego, opatrzonego manometrem wodnym, metodą wkłucia przy pomocy igły

Saugmann'a. Po wkłuciu igły poczułem, że natrafiłem na zgrubiałą bardzo opłucną i ponieważ manometr ruchów oddechowych nie wykazywał, chciałem igłę usunąć, aby rękoczyn powtórzyć w innym miejscu. Przy wyciąganiu powolnym igły spostrzegłem, że manometr nagle zaczął wykonywać ruchy oddechowe, wobec czego, mając pewność, że jestem w jamie opłucnej, zacząłem wpuszczać azot.

Po wpompowaniu około 160 cm sz. azotu, chory zaczął skarżyć się na osłabienie, zbladł, źrenice się rozszerzyły, co spostrzegłszy, zabieg w tej chwili przerywałem. Chory przyszedł do siebie, lecz przy zakaszaniu z plwocinami pokazała się w niewielkiej ilości krew. Widocznie, że igła wobec zrostów zgrubiałej opłucnej doszła do płuca, a lekko go zraniwszy wywołała krew w plwocinie, a „shock“, jakiemu chory uległ chwilowo, był może następstwem małej embolii gazowej mózgu. Tegoż dnia ciepłota podskoczyła do 40^o, co objaśniałem wystąpieniem niewielkiej zresztą odmy podskórnej. Ciepłota na drugi dzień powróciła do dawnej wysokości. Po paru dniach chorego prześwietliłem, przyczem okazało się, że dolna część płuca jest częściowo uciśnięta, wobec czego wpompowałem około 350 cm sz. azotu. Tym razem chory zabieg zniósł doskonale, nie skarżąc się nawet na wielką duszność. W dalszym ciągu mniej więcej co 2-gi dzień wpompowywałem około 300 cm sz. azotu bez żadnych komplikacji; po kilku zabiegach płuco znacznie zostało uciśnięte, głównie od dołu i od przodu, gdzie oddechu prawie nie było słyhać. Z tyłu jednak, zaczynając od kąta łopatki w górę, jama ucisnąć się nie daje, słyhać ciągle oddech oskrzelowy i dużo dźwięcznych rżężeń, pomimo doprowadzenia odmy do wysokiego napięcia. Ciepłota spadła niewiele, trzyma się ciągle na wysokim poziomie: 37^o z rana, 38,5^o wieczorem. Po 8-em wpompowaniu, w 2 tygodnie od początku kuracji, chory poczuł nagle ból i tarcie w lewej połowie brzucha; przy oględzinach spostrzegam tarcie otrzewnej w prawo od pępka na niewielkiej przestrzeni,—wystąpiło ograniczone suche zapalenie otrzewnej. Po paru tygodniach objawy z otrzewnej zginęły, wysięku w jamie brzusznej nłe udało się wykazać, ciepłota jednak trzyma się ciągle, jama w płucu ucisnąć się nie daje pomimo odmy wysokiego stopnia. Rentgenoskopia chorego wykazuje uciśnięcie płuca na całej przestrzeni do kręgosłupa, prócz okolicy łopatki, gdzie mocne zrosty nie puszczają, płuco przyjęło postać trójkąta z szeroką podstawą ku górze, równoległą do grzebienia łopatki. Stan ogólny chorego zaczął podupadać, ciepł. 120. Odmę podtrzymuję stale, lecz tracę nadzieję na wynik dodatni. Nagle w 6-ym tygodniu od początku kuracji chory zaczyna się skarżyć na podwójne widzenie, mówi z trudem, występują objawy mózgowie, przy których nastąpił exitus letalis.

W danym przypadku, tak bardzo, zdaje się, nadającym się do leczenia odmą sztuczną, miałem wrażenie, że wytwarzanie odmy przyśpieszyło może wystąpienie objawów ze strony błon surowiczych.

Kończąc notatkę niniejszą, zaznaczyć chciałbym tylko jeszcze, że przytoczyłem dwa powyższe przypadki dość szczegółowo dlatego, że z przebiegu ich wyraźnie jest widocznem z jednej strony—jak przy kuracji tej należy być wytrwałym i nie zrażać się różnemi powikłaniami, (przypadek pierwszy), a z drugiej strony—jak należy być ostrożnym w rokowaniu, wobec różnych nieprzewidzianych powikłań, które wystąpiły w przypadku drugim.

XVI.

Przyczynek do statystyki wysięków opłucnej i stosunek ich do gruźlicy.

PODAŁ

Stanisław Tuz.

W powodzi najróżnorodniejszych zagadnień olbrzymiej grupy chorób dróg oddechowych nie ostatnie zajmuje miejsce kwestya zapaleń opłucnej. Nie dotykając bliżej sprawy etyologii wysięków wogóle, gdyż to nie jest celem niniejszego sprawozdania, nie mogę jednak pominąć jej zupełnem milczeniem. Przeciwno twierdzeniu niektórych autorów, że każde zapalenie opłucnej jest pochodzenia gruźliczego, wystąpili Kelsch i Vaillard, wykazawszy na 16-u przypadkach autopsyjnych, że zapalenia takie mogą być w posocznicy, reumatyzmie stawowym, sprawach nowotworowych, w chorobach krwi i t. d. Dalsze prace Fränkl'a, Nettera, Weichselbaum'a, Levy'ego, Barrsa, Kiener'a, Ks. Ludwika Ferdynanda, Jakowskiego, Sacare'a, Goldscheidera, Ferneta i innych wykazały w wysiękach surowicznych i ropnych obecność paciorkowców, gronkowców i dwoinek Frenkla.

Z drugiej zaś strony nawet w wysiękach natury niewątpliwie gruźliczej niezawsze są laseczniki, a przynajmniej bardzo trudno i rzadko się wykrywają. Należy uciekać się do prób biologicznych, szczepiąc zwierzęciu większą ilość płynu wysiękowego (Eichhorst). Ale i ta metoda często zawodzi, zresztą wymaga zbyt długiego czasu. Musimy więc obecnie trzymać się wypowiedzianego przez Frenkla twierdzenia, że wszelkie zapalenie opłucnej wysiękowe o przebiegu powolnym, które nie powstało na gruncie dyatezy reumatycznej albo dla wyjaśnienia którego nie można wykryć żadnego innego momentu etyologicznego, jak zapalenie narządów sąsiednich, zapalenie nerek, sprawy nowotworowe, należy uważać za gruźlicze.

Na drugim miejscu po etyologii stoi kwestya częstości zachorowań na zapalenie opłucnej. Kwestya ta niejednokrotnie była poruszana przez wielu wybitnych klinicystów, ale pewnych cyfr odnośnych nie posiadamy.

Bo kiedy jedni autorzy podają z ogólnej liczby chorób wewnętrznych niespełna jeden przypadek zapalenia opłucnej na 100, to drudzy wykazują 7.5, a podług obliczeń Willigh'a, dokonanych w Instytucie anatomo-patologicznym w Pradze, cyfra ta dochodzi do 60. A. Sokołowski podaje w swojej statystyce zapaleń opłucnej $1\frac{1}{2}\%$ w stosunku do ogólnej liczby chorób wewnętrznych. Turban na 408 przypadków gruźlicy znalazł 26 razy zapalenie opłucnej wysiękowe, co stanowi 6.5% . Tak różne wyniki tłómaczy się tem, że jedni podają stosunek zapaleń opłucnej do ogólnej liczby chorych, drudzy

tylko do jednej grupy chorób dróg oddechowych, a co najważniejsze — podają razem wszelkie zapalenia suche: i wysiękowe.

Chcąc przekonać się osobiście, jak często ludzie zapadają na zapalenie opłucnej wysiękowe i w jakim związku stoją te zapalenia z gruźlicą, przejrzałem swój materiał kliniczny, pochodzący z Zakładu leczniczego w Sławucie za lata 1909—1912. Z liczby ogólnej 2645 chorych jest zanotowanych pod rubryką chorób dróg oddechowych 1804, z pośród których w 115 przypadkach miałem możność skonstatowania zapalenia opłucnej wysiękowego. I o takim tylko chcę tutaj mówić. Na podstawie mego kilkoletniego doświadczenia klinicznego na oddziale dra Sokolowskiego w szpitalu Św. Ducha, gdzie wszyscy zmarli podlegają autopsyi, mogę twierdzić, że nie może być mowy o ściślejszej statystyce suchych zapaleń opłucnej, bo kiedy z jednej strony niemal każdy suchotnik (mam na myśli suchoty płucne) przechodzi po kilka i kilkanaście razy takie zapalenie, to znowuż z drugiej strony bardzo często bóle mięśniowe czy newralgiczne w okolicy klatki piersiowej są uważane i podawane w wywiadzie chorych za suche zapalenia opłucnej. Nigdy przeto gdy chory podaje w anamnezie o przebyłym „pleurycie“, nie można mieć absolutnej pewności tej sprawy, a znowuż podawać do statystyki tylko te przypadki, które się stwierdza samemu, byłoby — sądzę — wielką nieściśłością. Inaczej zupełnie rzecz się ma z zapaleniem wysiękowym; nakłucie, aspiracja, otwarcie klatki piersiowej, długotrwałość sprawy i możność sprawdzenia przebytego cierpienia po dłuższym przeciągu czasu od chwili zapadnięcia — są to bardzo ważne i niezawodne dane anamnestyczne i obiektywne, dające prawie matematyczną pewność przebytego, czy też istniejącego cierpienia.

Dla braku miejsca pomijam tutaj opis wszystkich przypadków poszczególnie i przechodzę do zestawienia liczbowego.

Jak już wyżej wspomniałem, z liczby ogólnej 2645 chorych 1804 było dotkniętych chorobami dróg oddechowych, z pośród których 115 miało zapalenie opłucnej wysiękowe. Gruźliczych chorych w tej liczbie było 1472. Ci 115 chorzy stanowią 4.37% w stosunku do liczby ogólnej, 6.37% w stosunku do liczby chorych dotkniętych cierpieniami dróg oddechowych i około 7% w stosunku do chorych gruźliczych. Ponieważ nie znalazłem w piśmiennictwie odpowiedniej statystyki, któraby dotyczyła li tylko spraw wysiękowych opłucnej, sprawdziłem przeto 408 opisanych przez Turbana przypadków gruźlicy i znalazłem tam w 26 przypadkach zapalenie opłucnej wysiękowe, co stanowi 6.5%. U mnie tenże stosunek wyraża się cyfrą 7%. Powszechnie znany fakt kliniczny, że zapalenie opłucnej występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, potwierdza się i tutaj, bo kiedy kobiet z wysiękiem było 38, mężczyzn natomiast przeszło dwa razy tyle, bo 77. Jeżeli przyjąć pod uwagę, że zapalenie opłucnej, chociaż bez kwestyi stanowi sprawę wtórną, występuje jednak niemal zawsze pod wpływem niepomyślnych warunków zewnętrznych, jak oto: alkoholizm, uraz, zaziębienie, praca w złych warunkach atmosferycznych (kopalnie, kesony), polowanie, nocne marsze wojskowych i t. p., a przecież w tych warunkach częściej znajduje się mężczyzna niż kobieta, nie wy-

daje mi się przeto za potrzebne szukać innego nad to tłumaczenia, dlaczego mężczyzna dwa razy częściej zapada na zapalenie opłucnej niż kobieta. Za tem też przemawia fakt, że wysięki opłucnej występują u nas w miesiącach wiosennych i jesiennych częściej, niż w zimowych i letnich; w pośród moich chorych 31 zapadło wiosną, jesienią 11, zimą 9, a tylko 3 w miesiące letnie. Co się tyczy wieku, to

do lat 10 —	było chorych	5
od „ 10 — 20	„ „	21
„ „ 20 — 30	„ „	36
„ „ 30 — 40	„ „	26
„ „ 40 — 50	„ „	18
„ „ 50 — 60	„ „	6
i ponad 60	„ „	3

Z tabelki powyższej widać, że chociaż zapaleniu opłucnej wysiękowemu podlegają ludzie we wszystkich okresach wieku, to jednak spotykamy je najczęściej pomiędzy 20—30-ym rokiem życia; tłumaczy się to tem, że w tym wieku wogóle jest najwięcej osobników z chorobami dróg oddechowych, jako też mieć trzeba na względzie tę okoliczność, że jest to wiek, w którym mężczyzna najwięcej zużywa swych sił żywotnych w walce o byt; najcięższa praca fizyczna przypada na ten okres życia.

Prawostronny wysięk spostrzegalem 56 razy, lewostronny 57, a tylko dwa razy obustronny.

Wysięk surowiczny wystąpił w 104 razach, ropny w 10 i raz jeden krwawy. Z liczby surowicznych jeden okazał się po przebytych reumatyzmie stawowym, jeden po zapaleniu otrzewnej niewiadomego pochodzenia, jeden po zapaleniu ślepej kiszki. W pozostałych najczęściej podawali chorzy zapalenie płuc, jako moment wyprzedzający.

Pozostaje jeszcze jedna nader ważna kwestya, a mianowicie sprawa związku zapalenia surowiczego opłucnej z gruźlicą płuc. Odrzuciwszy 10 ropnych wysięków, jeden krwawy i trzy dopiero co wzmiankowane, pozostaje 101 wysięków surowicznych, z których 23 wystąpiły jako cierpienia wtórne u osobników, dotkniętych uprzednio gruźlicą płuc, w 6-u przypadkach skonstatowano gruźlicę płucną jednocześnie z zapaleniem opłucnej i w 25-u rozwinęła się gruźlica płuc w latach późniejszych, a mianowicie:

w 2 przypadkach był wysięk przed 15 laty	
„ 1	13
„ 1	10
„ 1	8
„ 3	7
„ 2	6
„ 5	5
„ 1	4

w 2 przypadkach	był	wysiłek	przed	3	laty
„ 5	„	„	„	2	„
„ 2	„	„	„	„	rokiem

Pozostaje jeszcze 31 świeżych wysięków w jamie opłucnej o charakterze surowiczym i 16 w anamnezie chorych, u których nie dało się wykryć w płucach zmian gruźliczych. Z tych ostatnich

przed 11 laty	był	wysiłek	raz	jeden
„ 10	„	„	2	razy
„ 9	„	„	2	razy
„ 7	„	„	2	razy
„ 6	„	„	raz	jeden
„ 5	„	„	raz	jeden
„ 4	„	„	raz	jeden
„ 3	„	„	raz	jeden
„ 2	„	„	3	razy
„ rokiem	„	„	2	razy

Widzimy stąd, że 73⁰/₁₀₀ wysięków surowiczych w jamie opłucnej prędzej czy później — bo nawet po latach 15-u, prowadzi do gruźlicy płuc, muszę jednak zaznaczyć, że z bardzo niewielkim wyjątkiem prawie u wszystkich tych chorych mogłem skonstatować momenty dziedziczne i to daje mi pewne prawo do twierdzenia, że u osobnika dziedzicznie gruźlicą obciążonego przebyte zapalenie opłucnej wysiękowe prowadzi do gruźlicy płuc. Allard i Köster na zasadzie obserwacji 633 przypadków zapalenia opłucnej utrzymują, że w połowie przypadków po tak zwanych wysiękach opłucnej idyopatycznych występuje gruźlica płuc i to najczęściej w ciągu pierwszych pięciu lat. Sprawdza się to i w mojej obserwacji, gdzie na 25 przypadków 15 razy rozwinęła się gruźlica w ciągu pierwszych pięciu lat i 10 razy po latach dalszych.

Streszczam się: zapalenie opłucnej wysiękowe o charakterze surowiczym jest cierpieniem względnie częstym, występuje najczęściej u mężczyzn w wieku lat 20 — 30, zjawia się nader rzadko w miesiącach letnich i ma wybitny związek z gruźlicą, o ile jest obarczenie dziedziczne.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1) Jakowski M. W kwestyi etyologii zapalenia opłucnej. Gazeta Lekarska, № 11 i 12, r. 1892. 2) Arnsztein F. Trzy przypadki wysięków surowiczych i t. d. oraz kilka uwag o etyologii i leczeniu surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej w ogólności. Medycyna, № 25 i 25 r. 1892. 3) Dunin T. Parę uwag o przebiegu zapalenia opłucnej u suchotników. Gazeta Lekarska № 40 r. 1886. 4) Sokołowski A. Statystyczne dane, dotyczące niektórych momentów, usposabiających do gruźlicy płuc (dziedziczność, zapalenie opłucnej, nadużycie napojów spirytusowych, przymiot.) Dzień, Zj. lek. i przyr. pol. r. 1900. 5) Rzętkowski K. O rozpoznawaniu pochodzenia wysięków opłucnowych. Gaz. Lek. № 9 i 10 r. 1903. 6) Sokołowski A. Rozpoznawanie i leczenie wysiękowego zapalenia opłucnej. Odczyt kliniczny № 176. 7) Chełchowski K. Dwa przypadki zebrania płynu mlecznego w jamie opłucnej. Gaz. Lek. № 24, r. 1890. 8) Lewkiewicz K. O cy-

tologicznem badaniu wysięków i przesięków. Przegl. Lek. № 32, 33 i 34 r. 1904. 9) Sokołowski A. Zapalenie ropne opłucnej natury gruźliczej. Now. Lek. z. 1 i 2 r. 1904. 10) Wilczyński T. O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków oraz płynu mózgowo-rdzeniowego. Pam. Tow. Lek. № 4 r. 1905. 11) Gantz M. O pewnych objawach przy obecności płynu w opłucnej. Med. r. 1908. 12) Ettinger W. Uwagi nad znaczeniem badania cytologicznego płynów wysiękowych i przesiękowych. Medycyna r. 1907. 13) Hellin D. Ropotok obustronny opłucnej. Medyc. r. 1907. 14) Karwacki L. Pleuritis blastomycetica. Pam. Tow. Lek. r. 1907. 15) Karwacki L. Rzadki przypadek gruźliczego zapalenia opłucnej. Pam. Tow. Lek. r. 1907. 16) Karwacki L. Przypadek wysiękowego zapalenia opłucnej w durze. Pam. Tow. Lek. r. 1910. 17) Janowski Wł. O wartości praktycznej klinicznych sposobów pomocniczych badania wysięków i przesięków. Przegl. Lek., № 28, r. 1911. 18) Starkiewicz. Uwagi nad przypadkiem zapalenia opłucnej międzyrzazowego. Gaz. Lek. № 28, r. 1911. 19) Żuławski L. Wysięki opłucnej w przewlekłych chorobach serca. Przegl. Lek. r. 1911. 20) Sokołowski A. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych, t. III. 21) Fränkel A. Spezielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten. 1904. 22) Cornet G. Die Tuberculose. 23) Turban K. Beiträge zur Kenntniss der Lungen-Tuberculose r. 1899. 25) Allard und Küster. Tuberculose nach Pleuritis. Hygiea r. 1911. 24) Küster. Pleuritis und Tuberculose Ztschr. f. klin. Med. r. 1912.

XVII.

Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w uszach, w drogach oddechowych i pokarmowych.

NAPISAŁ

Dr Kazimierz Zieliński,

ordynator szpitala Przemienienia Pańskiego.

Składając tę pracę w hołdzie człowiekowi, któremu wiele zawdzięczam, bynajmniej nie uważam jej dorównywającą temu ideałowi pracy, jakąbym chciał dla Niego napisać i braków jej świadomy jestem.

Niech będzie ona cieniem tego ideału i ze względu na warunki ogólnej działalności mojej jako lekarza praktyka starczy za ten ideał.

W ciągu niespełna 25-letniej pracy swej lekarza praktyka, któremu otolaryngologia obcą nie jest, miałem możność spostrzegania znacznej liczby ciał obcych w uszach, nosie, gardzieli, przełyku, krtani i t. d. Nie wszystkie te spostrzeżenia, z przyczyn ode mnie niezależnych mogły być przeze mnie zanotowane, z konieczności więc muszę posilkować się przy pisaniu tego przyczynka tylko tym materiałem, który w książkach swoich odnaleźć zdołałem.

Otóż na 86300 chorych, zanotowanych w książkach swoich, odnalazłem 248 spostrzeżeń ciał obcych, a mianowicie:

w uszach	u	56 osób
w nosie	u	32 „
w gardle	u	100 „
w przełyku	u	36 „

Ciał obcych, które przeszły przez cały kanał pokarmowy i wyszły bądź z kałem bądź wybrane zostały z kiszki prostej	u	13 osób
w krtani	u	8 „
w oskrzelach	u	3 „
		Razem u 248 osób.

I. Ciała obce w uszach.

Do ciał obcych w uszach zaliczałem tylko te, które tam zostały wprowadzone przez nieświadomość, swawolę, jak przeważnie u dzieci, czy też w celu leczniczym, jak u dorosłych, lub też gdy ciała obce w postaci istot żywych same tam weszły.

Do ciał obcych w uszach naturalnie nie zaliczałem czopów woszczkowych, tak często w praktyce usznej spotykanych, bo nie jest to właściwie ciało obce, lecz wydzielina (cerumen—siara uszna) z domieszką pyłu i kurzu dodanego z zewnątrz, przez czas wysuszona i stwardniała. Przedstawia się ona wprawdzie czasami jak coś włożonego do ucha z zewnątrz, coś twardego, ciemnego, niczem nie przypominającego świeżej siary usznej. Gdybym zaliczył wszystkie takie przypadki woszczku, zmienionego w postać czopów, to musiałbym liczbę ciał obcych w uszach przeze mnie znalezionych znacznie powiększyć. Jak częstą jest rzeczą nagromadzanie się siary w uszach i jej organizowanie się w czopy, przekonać się mogłem z przeprowadzonych przeze mnie w roku zeszłym oględzin uszu zdrowych osób dorosłych, wstępujących na służbę do Tramwajów miejskich w Warszawie. Otóż na 100 nowo-wstępujących tramwajarzy, ludzi młodych i uważających siebie za zdrowych, ze słuchem odpowiadającym normie: 6/6—przy dokładnem badaniu wziernikiem usznym znalazłem aż 16 razy uszy mniej więcej zapełnione zbitą siarą, z tego u 3-ch osobników po obu stronach, nadto u jednego znalazłem dużą leśną nieżywą mrówkę w uchu, pozatem zupełnie czystem i zdrowem, a u drugiego w jednym uchu zdrowem dwie pluskwy wysuszone, obumarłe, a w drugim zapomnianą starą watę. Oprócz tego u 3-ch osobników skonstatowałem chroniczne zapalenie ucha środkowego dawnego pochodzenia z małą ropną wydzieliną.

Na 80 robotników, pracujących w fabryce silników naftowych Perkun na Pradze, od lat 3-ch niespełna mam 4 ch, którym od czasu do czasu uszy z nadmiaru woszczku oczyszczać muszę. Z tego widzimy jak jest wogóle dużo tych czopów woszczkowych i że ich do ciał obcych zaliczać nie należy.

Na 56 spostrzeganych przeze mnie ciał obcych w uszach do lat 15, to jest u dzieci, przypada 47. Od lat 15-u wzwyż tylko 9.

Znalazłem w uszach:

I. Z i s t o t ż y w y c h l u b o b u m a r l y c h

- a) persaki żywe 7 r a z y, w prawem uchu 4, w lewem 3, w tem u dorosłych 2; zawsze w uszach zdrowych i czystych zupełnie;
- b) muchę ¹⁾ obumarłą 6 r a z y, w prawem 3, w lewem 3, w tem u dorosłego 1 raz, zawsze przy ropnym wycieku z ucha;
- c) mrówkę obumarłą 1 r a z u dorosłego w uchu prawem zupełnie czystym, zdrowem;
- d) pluskwy 2 obumarłe 1 r a z u dorosłego w prawem uchu, też zdrowem i czystym

2. N a s i o n a (wszystkie u dzieci):

- a) grochu 10 razy, 7 w prawem, 3 w lewem;
- b) chleba świętojańskiego 3 razy, 2 w prawem, 1—w lewem;
- c) pestkę wiśni w prawem uchu 1 raz;
- d) pestkę pomarańczy w lewem uchu 1 raz;
- e) pestkę cytryny w lewem uchu 1 raz;
- f) pieprz 1 raz w lewem uchu;
- g) fasolkę 1 raz w obu uszach po jednej.

3. Czosnek—4 razy, 2 w prawem, dwa w lewem uchu, z tego dwa u dorosłych.

4) Sadło 1 raz w obu uszach u dorosłego.

5. Paciorki duże 4 razy, wszystkie w prawem uchu u dzieci.

6. Watę zapomnianą 3 razy, 1 w prawem i 2 w lewem, z tego u dorosłego raz jeden (u tego samego co i pluskwy).

7. Papier 3 razy, 1 w prawem, 1 w lewem i raz w obu uszach, z tego u dorosłego raz jeden.

8. Kamuszek 3 razy, 1 raz w prawem i 2 razy w lewem, u dzieci.

9. Wreszcie po razie jednym koralik w lewem uchu i kawałek ołówka, kawałek skorupki z garczka, haczyk od bucików, kawałek szkła z obładki, główkę mosiężną w kształcie paciorka z dziecięcego zegarka—wszystko w uchu prawem i u dzieci.

Zestawiając te 56 przypadków, widzimy, że na ucho prawe przypadło 37 ciał obcych, na ucho lewe 23, z tego w obudwu uszach jednocześnie w 4-ch przypadkach. W tych ostatnich: w jednym przypadku w każdym uchu znaleziono co innego (wata i pluskwy), a w 3-ch w każdym uchu to samo.

Poniżej przytoczę te przypadki.

Jak widzimy, na 46 ciał obcych w wieku dziecięcym tylko u 14-tu ciała obce znalazły się w uszach z innych przyczyn, niż figlów. A mianowicie: 2 razy czosnek włożyli rodzice w celu leczniczym; 4 razy persak i 6 razy

¹⁾ W kolekcji swojej znalazłem much daleko więcej, lecz nie znalazłem śladu ich pochodzenia w książkach swoich, widocznie przeoczyłem lub wcale nie zapisałem we właściwym czasie. Muchy przy ropnym wycieku z ucha znajdowane są często w ropie zatopione.

muchy znalazły się w uszach przeciwko woli dzieci, raz chłopak 10-letni chciał sobie oczyścić ucho z wypływu ropnego haczykiem od zapinania bucików i nie mógł go już wyjąć a drugi 12-letni oblał koniec szklanej obsadki, chcąc sobie uśmierzyć swędzenie w uchu. 32 przypadki należą do dzieci, które z figlów same sobie lub innym do uszu wkładały różne drobne przedmioty, przyczem specjalne upodobanie miały do dużych ładnych, barwnych paciorków (4) okrągłego grochu (10 razy), owalnego chleba świętojańskiego (3). A i kamienie były też ładne: jeden okrągły różowy kwarc, dwa owalne gładkie piaskowce. Być może, że gra tutaj rolę bezwiedna chęć naśladownictwa starszych. W jednym przynajmniej przypadku matka mówiła, że na razie dziecko objaśniało włożenie ładnego paciorka chęcią przystrojenia uszka na podobieństwo kolczyków u mamy i siostrzyczki starszej.

W 9-u spostrzeżeniach u ludzi starszych ponad 15 lat ciała obce znalazły się wbrew ich woli, jak mrówka, persaki, lub w celu leczniczym za głęboko włożone były, jak czosnek, sadło, papier, wata.

Na 56 przypadków w 10 tylko nie wiedziano o istnieniu ciała obcego w uchu, a mianowicie: nie wiedziano nic o muchach w ropie i woszczku (6), o mrówce leśnej, dużej u 24-letniego mężczyzny P. J., kandydata na motorniczego, o dwu pluskwach u takiegoż kandydata na konduktora W. Z., 2 razy tkwiła tam wata zapomniana, raz od pół roku, 2-i raz niewiedomo jak długo. Nie rozumiem, jak można było nie odczuć wejścia do ucha tak olbrzymiej mrówki, jak u wspomnianego kandydata P. J., tylko co z wojska zwolnionego. On sam, mocno zdziwiony, przypuszczał, że mrówka ta zalazła w czasie głębokiego snu przed kilkoma miesiącami w lesie, podczas manewrów wojskowych, ale nigdy, nawet wtedy żadnego niepokoju w uchu nie doświadczał. Wszystkie persaki wchodzą w czasie snu i gwałtownie dają się uczuć czyto dorosłym, czyto dzieciom i zmuszają do natychmiastowej porady lekarskiej. Tak było we wszystkich moich spostrzeżeniach. Na 7 spostrzeżeń persaków w uszach w 6-ciu przypadkach uszy były zupełnie zdrowe i czyste. W jednym tylko był wypływ z ucha prawego, gdy persak siedział w zdrowym i czystym uchu lewym.

Według H e n s e n a i L u c a e ' g o świeża siara uszna ma ochraniać ucho od wchodzenia owadów (Eulenburg'a Encyklopedia Wyd. III t. 17 str. 458. Artykuł Lucae'go Ohrenfremdkörper). We wszystkich moich przypadkach (7 persaków, 1 mrówka, 2 pluskwy) rzeczywiście uszy były zupełnie czyste i przewód uszny świeżej siary nie zawierał wcale. Natomiast muchy zawsze zdają się poszukiwać uszu ropiejących.

Cztery spostrzeżenia ciał obcych w obu uszach dotyczą:

1) Joska R., 9 lat mającego, z Miłosny, który przed 3-ma dniami włożył sobie po jednej fasolce do każdego ucha i nic o tem nie mówił nikomu. Fasolki nie ruszane były jeszcze przez nikogo, łatwo przeto bardzo usunąć się dały przy pomocy ostrego haczyka usznego. Poza tem w lewym uchu znalazłem miękki czop woszczkowy, który usunąłem zapomocą szprycy.

2) Szyji B., 18 lat, chorej na *otitis media purulenta dextra*. Zapa-

kowała zbyt głęboko w celu leczniczym do każdego ucha po kawalku sadła. Łatwo dały się te kawalki usunąć szczypczykami.

5) Z. W. wyżej wzmiankowanego kandydata na konduktora, 24 lata; dwie pluskwy w prawem uchu; wata zapomniana, sam nie wie od kiedy tam przebywająca, w uchu lewem. Pluskwy wyszprycowano; watę usunięto szczypczykami.

4) D. Teodozyi, 6 lat, z paskiem żółtego papieru od opakowania, po 2 cm. długiego w obu uszach. Łatwo usunięto szczypczykami.

Oprócz tych miałem 4 spostrzeżenia, gdzie rodzice przychodzili z dziećmi, mającymi jakoby ciała obce w uchu. Raz miał być tam koralik, raz czosnek i dwa razy wata. Nic jednakże tam nie znalazłem pomimo dokładnego zbadania. Te przypadki, naturalnie, do mojej statystyki nie weszły.

Jeżeli teraz zastanowimy się nad z a p o b i e g a n i e m tego rodzaju przypadkom, to przede wszystkim powinniśmy zwrócić uwagę wychowawcom dzieci, aby dzieciom nie dawano do zabawy żadnych drobnych przedmiotów, jak paciorków, grochu, fasoli, guziczków i t. d., bo dziecko zawsze z nich nieodpowiedni użytek zrobić może. Tyczyć się to jeszcze więcej nawet zapobiegania w dostawaniu się ciał obcych do nosa, gardzieli, przelyku, krtani i oskrzeli, aniżeli uszu. Branie do ust tych drobnych przedmiotów, osobliwie w czasie biegania, zabawy, jedzenia w czasie biegania i t. d. powinno być zakazane w przepisach higieny wieku dziecięcego. Następnie samo leczenie bólu zębów czosnkiem do uszu wkładanym, sadłem i t. d. nie powinno mieć miejsca. To już rzecz ogólnej kultury. Wszelkie wypływy z uszu wymagają leczenia i zakładania dosyć dużych, a nie małych kawalków waty hygroskopijnej, kilka razy dziennie zmienianej, w celu zapobieżenia wchodzenia tam much, pluskiew i t. d.. Wreszcie, jeżeli żąda się dzisiaj peryodycznych oględzin, zwłaszcza u dzieci, zębów, oczu, to to samo żądanie powinno dotyczyć i uszu.

Hartmann u 75% dzieci, będących przy piersi, znalazł nieprawidłowości w uchu środkowym. U dzieci w wieku szkolnym Weil znajdował te nieprawidłowości u 30%, Bezold u 20%, Ortnan u 25%, Kronenberg u 34%. U dzieci mniej zdolnych według Hartmann'a liczba tych nieprawidłowości równa się 80%. Ilość ropnych wypływów u dzieci według Bezold'a w Monachium=10%, według Weil'a w Sztuttgardzie=20% (patrz dział dra Kronenberga w dziele „Dziecko“ Solcera).

Należy co pewien czas zbadać przewody uszne. Te nagromadzania się woszczku, bardzo często drażniącego przewód uszny, i doprowadzającego do zapaleń, niekiedy nawet dosyć przykrych i sprowadzających cierpienia głębsze, mogłyby być zawczasu usuwane. Jednocześnie usunąćby można było i to, co tam zostało kiedyś zapomniane (b. często wata) i to, co tam niepotrzebnie się znalazło (muchy, pluskwy, mrówka).

Usuwanie woszczku z uszu nie nastęrcza żadnych trudności, zwłaszcza po uprzednim kilkodniowym wkraplaniu 10%-ej wody utlenionej nawpół z wodą

przekroploną, rozmiękczej nieraz najtwardsze czopy. Zwykle wyszprycowanie wodą przegotowaną letnią zapomocą szprycy usznej najzupełniej wystarcza.

W razie małych obrażeń naskórka, które po długo siedzących czopach po przeszprycowaniu pozostać mogą, należy zasypać raz jeden nadboranem sodu (*Natr. hyperbolicum Merck*). U normalnych osobników, nie pracujących w kurzu i mających dobre uszy, nagromadzania się siary nie bywa, bo opróżnia się ona fizyologicznie przy pomocy ruchów szczęki dolnej w czasie jedzenia dokonywanych powoli, posuwających ją ku zewnątrz, aż umożliwionem zostanie oczyszczenie.

Leczenie czyli usuwanie z uszu wszelkiego rodzaju ciał obcych nie jest rzeczą trudną. To, co łatwo tam weszło, prawie zawsze również łatwo może być wyjęte. Naturalnie łatwą rzeczą będzie wtedy, gdy się zważy wszystko i każdy przypadek zindywidualizuje i jeżeli danego przypadku nie tknęła jeszcze ręka niepowołana (najczęściej rodzice, później felczerzy, niezwykle do wyjmowania ciał obcych pochopni). W przeciwnym razie, to jest gdy się dostaje do rąk ciało obce, uprzednimi zabiegami mocno wklonowane w ucho, a przewód zewnętrzny wypełniony skrzepami krwi lub ropą (jeżeli starania wydobywania miały miejsce kilka dni temu), to rzecz się przedstawia zupełnie inaczej. I prawie zwykle tak bywa, bo na 56 moich przypadków, tylko 8 dostałem do rąk swoich jeszcze przez nikogo nie tkniętych. W 48-iu były już usiłowania wydobywania tych ciał czyto zapomocą instrumentów felczerskich, czyto zapomocą szpilki podwójnej, oczywiście nie sterylizowanej, lub wreszcie wyszprycowania. Toteż słusznie bardzo mówi dr Kronenberg w cytowanej powyżej pracy zbiorowej pod tytułem „Dziecko“, niedawno wydanej przez Solcera (w dziale o chorobach uszu i górnych organów oddechowych u dzieci i pielęgnowaniu tych chorób), że „jeżeli fakt wsunięcia ciała obcego do uszu lub nosa już nastąpił, to nie należy nigdy czynić prób usunięcia tego ciała, lecz należy udać się do lekarza, ze sprawami temi obeznanego. Nie należy denerwować się tem. Żadna krzywda się nie stanie, jeżeli to ciało w uchu lub nosie przeleży kilka godzin zbytecznych, gdy tymczasem wszystkie próby nieumiejętne sprawę wikłają.“ W czystych, świeżych przypadkach wobec twardych ciał obcych wystarczy jednorazowe przepłukanie właściwą szprycą uszną i nieraz od pierwszego strumienia wody przegotowanej ciepłej ciało obce ukazuje się w zewnętrznym przewodzie lub do podstawki wypada. Wszelkie ziarna miękkie nawet z twardą otoczką (chleb świętojański), jeżeli je jeszcze wodą nie potraktowano, można spróbować z początku wyszprycować.—Czasami jednak daleko łatwiej jest usunąć je ostrym haczykiem. W razie tkwiących w przewodzie napęczniałych nasion grochu, chleba świętojańskiego, fasoli wyszprycowanie nic nam nie da. Możemy godziny całe szprycować i nic z tego nie wyniknie. Należy wtedy od razu przystąpić do małego rozkwalenia zapomocą ostrych haczyków lub nawet lancetki, używanego do paracentezy i ruchami bocznymi starać się sprowadzić ziarnko ku zewnątrz — naturalnie pod warunkiem, że dziecko siedzi spokoj-

nie lub znajduje się pod narkozą. Bez rozkwalenia, przynajmniej częściowego, takie ciała usunąć się nie dają. Oczywiście warunkiem najważniejszym jest umiejętne władanie otoskopem i precyzya we władaniu instrumentami. Niemożliwą jest rada, jaką znalazłem w podręczniku chorób dziecięcych dra Wilhelma Degré; podany jest tam sposób dra Lipschütz'a: przykleja się pendzelek klejem do napęczniałego grochu. To samo radzi i Löwenberg na zasadzie jednego przypadku (T. XVII Encykl. Eulenburg'a Wyd. III str. 461. Artyk. Lucae'go). — Gdzie można wynaleźć klej taki, któryby w wilgoci przyklejał włosy pendzelka do wklonowanego wilgotnego grochu i to tak mocno, aby później można było wyciągnąć ten groch?

Uważam za przesadę twierdzenie, że instrumentalnego wydobywania ciał obcych należy unikać. Nie należy się tylko wogóle brać do ręki instrumentu, jeżeli się nim władać nie umie. Widziałem takiego lekarza, który nie władając wcale reflektorem laryngoskopowym, chciał przy pomocy jego światła wieczorem otworzyć ropień gardzielowy.—Z tego jeszcze nie wynika, że nie można otwierać ropni przy świetle reflektora.

Znaczna większość dzieci, według mego doświadczenia, zachowuje się zupełnie spokojnie. Dziecko w poczuciu swej winy, gdy nabroi, po większej części siedzi spokojnie i najwyżej z cicha płacze, co robocie nie przeszkadza. Naturalnie, lekarz powinien się uzbroić w całą cierpliwość i umieć do dziecka przemawiać, zarówno jak i na spokój dziecka dodatnio oddziaływać. Przy manipulowaniu haczykiem ostrym, konieczny jest absolutny spokój dziecka. Żadną siłą przeciw woli dzieciaka nie osiągnie się takiego spokoju, jaki dla wydobywania instrumentalnego ciała obcego jest potrzebny. Już prędzej daje się to osiągnąć, jak to zobaczymy, przy wydobywaniu ciał obcych z nosa i jest to rzeczą naturalną, gdy się zważy, że wszelkie poruszenia takiego małego otworu, jakim jest ucho, od razu sprowadza znikanie z pola widzenia ciała obcego i końca filigranowego haczyka usznego. Przy manipulowaniu w nosie mamy bez porównania większe pole operacyjne i pole widzenia, tak że ruchy boczne mniej tutaj przynoszą szkody operującemu i operowanemu.

Są jednak dzieci, które już z chwilą wejścia do lekarza zachowują się niemożliwie. Nawet obejrzeć siebie dokładnie nie dają. Są to zawsze prawie dzieci uprzednio już strasznie zmordowane usiłowaniami usunięcia ciała obcego. Perswazye żadne nic tu nie pomagają. Wtedy, naturalnie, nie pozostaje nic innego jak wydobywanie ciała obcego pod narkozą. Że odsetka takich przypadków jest mała, dowodzi to, że na 46 moich spostrzeżeń u dzieci tylko w 3-ch trzeba było uciec się do chloroformu. Były to przypadki zaniedbane:

1) 20. X. 1902. K. Sz., l. 7. Pieprz od wczoraj w uchu lewem. Chłopak twierdził, że pieprz sam wskoczył do ucha podczas tłuczenia przez siostrę. Może i tak było. Przewód uszny pokrwawiony uprzednimi manipulacjami. Ropienie w uchu było jeszcze przedtem; jak dawno, nie wiadomo. Z powodu niesforności chłopaka półuśpienie chloroformowe (kol. K. Ostaszewski); wyszprycowanie ziarnka pieprzu nie udało się. Wyjęto szczypczykami uszными.

21. X. Stan dobry.

2) 2. X. 1910. Sz. G. z Kałuszyna, l. 10. Groch wklonowany w uchu prawem. Przewód pokrwawiony. Wyjąłem pod chloroformem (dr Z. Zakrzewski) przez rozkawalenie: resztki z otoczką wyszprycowano. Natrum perboricum. 8. IV, chory dostał wysypki, podobnej do szkarlatyny. Wyzdrowiał. Ucho w dobrym stanie.

3) 27. XI. 1912. Wł. B., l. 6, z kamieniem wielkości małej fasolki z jednego końca zaostrożonej, tak mocno wklonowanym, że szprycowanie w ciągu pół godziny nie dało żadnego wyniku. Zmuszony byłem założyć małą uszną dźwignię pod chloroformem (dr Z. Zakrzewski). Koniec tej dźwigni się odłamał. Dopiero potem wyszprycowałem podważony kamień i kawałek odłamanej dźwigni; krwawienie małe. Na 2 dni przedtem felczer prowincjonalny próbował go wyjmować jakimś instrumentem. Przewód uszny z prawej strony całkowicie był wypełniony cuchnącym, krwistym, mętnym płynem. Po wydobyciu kamienia, wyszprycowaniu ucha i zasypaniu Natr. perborico, wziąłem chłopaka na swój oddział i tam go przetrzymałem, bojąc się o następstwa, przez 5 dni dla obserwacji. Jednakże żadnych powikłań nie było i chory wypisał się w dobrym stanie bez gorączki i ropienia w uchu. Wklonowanie kamyka miało miejsce przed samą błoną bębenkową.

Żywe owady (persaki) łatwo jest wyjąć, chwytając je szczypczykami za kadłub. Kadłub czasami się urywa. Resztę wyszprycować można szprycą. We wspomnianym podręczniku dra Wilhelma Degré podana jest rada, aby naprzód zabić żywe muchy, pchły, pluskwy i t. d. sublimatem, kwasem karbolowym lub chloroformem ¹⁾; koncentracji tych środków nie podano. Przypuszczam, że gorzejby wyszło na tem ucho samo, niż owad. Z 7-u moich spostrzeżeń persaka w uchu z jednego wyjąć nie mogłem bo mi nie pozwolono nawet do ucha się dotknąć. Był to student weterynaryi, 24-letni młodzian, z gub. centralnej Cesarstwa pochodzący. Jedyna osoba dorosła, która na wprowadzenie kleszczyków się nie zgodziła.

Takie rzeczy jak papier, sadło, czosnek, wata absolutnie żadnej trudności w wyjęciu nie przedstawiają. Wyjmuje się je zwykłą zakręconą pensetką lub korncangiem usznym.

II. Ciała obce w nosie.

Spostrzeżeń ciał obcych w nosie odnalazłem zanotowanych 32 przypadki. Z tego 31 przypadków odnosi się do wieku dziecięcego od 2-u (Rotbard, 2 lata, pestka od chleba świętojańskiego po stronie prawej), do 11 lat (J. Regina, 11 lat, 1/2-kopiejka w poprzek lewego dolnego przewodu nosowego leżąca), a jeden tylko dotyczy osoby 30-letniej z kamieniem samoistnie utworzonym w dolnym przewodzie nosowym po stronie prawej; historię tego przypadku poniżej przytoczę.

¹⁾ Chloroformem zatruć radzi również W. Hasslauer w swej „Die Ohrenheilkunde des praktischen Arztes“ 1911. — To samo również radzi A. Lucae w XVII t. R. E. Eulenburg'a str. 466.

W prawym przewodzie nosowym znalazłem ciało obce 18 razy; w lewym 13 razy, w retronasum 1 raz.

Guziczki od bucików z uszkiem, zawsze jednakowego typu, tkwiły tam aż 7 razy (6 razy czarny, raz jeden żółty). 5 razy w prawym przewodzie nosowym, 2 razy w lewym. Trzy razy wcale nie wiedziano o istnieniu tego guziczka w nosie. Dotyczyło to raz dziewczynki 5-letniej z Petersburga, bawiącej na letniem mieszkaniu w Rembertowie, mającej cuchnącą wydzielinę z prawej dziurki nosowej od 2-u lat; raz dziewczynki 6-letniej córki oficjalisty kolejowego z Ostrołęki, również z ropieniem i krwawieniem z prawej dziurki od roku przeszło i u 7-letniej Polci E. z krwawieniem z lewej dziurki nosowej od 2-u tygodni.

Guziczki innego typu: płaskie o średnicy centymetrowej znalazłem trzy razy (2 w prawej).

Ziarnko grochu znalazłem 4 razy (w prawym przewodzie raz jeden).

Ziarnko fasoli znalazłem 3 razy (2 razy w prawym).

Ziarnko chleba świętojańskiego 2 razy (obydwa w prawym).

Pestki od dyni znalazłem 2 razy (w prawym dwie jednocześnie, w lewym jedną).

Papier zbity, do opakowań używany, 2 razy (obydwa w lewym).

Papier cynfoliowy 1 raz (w prawym).

Wreszcie po 1 razie, w prawym przewodzie nosowym: kawałek orzecha, kamień samoistny u osoby dorosłej, rozplywający się cukierek, koralik i w lewym przewodzie nosowym: kamuszek wielkości grochu (kwarc), pestkę od wiśni i grosz wyżej wspomniany (u J. Reginy). Z retronasum wyjąłem tylko raz jeden wate, pochodzącą z tamponu po założeniu sondy Beloque'a u 7-letniego chłopaka. Wata ta leżała w retronasum 8 dni. Zejście było pomysłne.

Przypadek kamienia, samoistnie w nosie utworzonego, zasługujący na dłuższe nieco omówienie, dotyczył pani M., żony handlującego, 30 lat mającej, którą pierwszy raz widziałem w d. 15 II. 1898 roku (Nr. ks. 581). Od 2-u przeszło lat cierpiała na katar; leczona była maściami; ostatnimi czasy odczuwała szum w uchu prawem, lecz otyatra tam nic nie znalazł. Pod muszlą dolną, w dolnym kanale nosowym prawym widać coś szarego, twardego jak kamień lub kość przy dotyku sondą, przyczem po dotknięciu występuje dosyć duże krwawienie. Przed tem twardem ciałem można zauważyć nieco granulacyi w kształcie polipków małych, z błony śluzowej wychodzących, po których zakokainowaniu i usunięciu krwawienie się wzmogło. Zatomponowałem nos gazą jodoformową.

16. II. Mocne obrzmienie. Ciała obcego nie widać.

18. II. Obrzmienie ustąpiło. Ciało obce widoczne.

Wydzielina dosyć cuchnąca. Po zrobieniu toalety w nosie i zakokainowaniu wprowadziłem korncang w dolny przewód nosowy i uchwyciłem twarde ciało obce, poczem uczyniłem ruch obrotowy od zewnątrz ku wewnątrz

i po wykonaniu obrotu kola wyciągnąłem część przednią rynolitu. Po powtór-
nem założeniu i wykonaniu zupełnie takiego samego rękoczynu, wyciągnąłem
resztę rynolitu tego przy dość silnym bólu, lecz bardzo uniarkowanym krwawie-
niu. Rynolit ten po złożeniu odłamków okazał się formy prawie cylindrycznej
z małymi ścięceniami na końcach, mający 2 cm długości i 1,5 cm pośro-
dku w obwodzie. Jądro tego rynolitu stanowi kawałek starej, dawno tam wi-
docznie przebywającej, zupełnie suchej, szaro-żółtej waty. Powłoka na wa-
cie jest 3—4 mm. gruba, dosyć twarda, jednak łamliwa. Przy zetknięciu się
z kwasami (HCl, HNO₃) wydziela pęcherzyki gazu (CO₂). Przebieg
pooperacyjny prawidłowy, bez żadnych powikłań. Osobę tę widziałem jeszcze
w dniu 9. maja i 10. października tegoż roku z powodu innych cierpień (roz-
drażnienie nerwowe); stan nosa był zadowolający.

Jeżeli u s u w a n i e ciał obcych z uszu chętnie bywa dokonywane zapo-
mocą przestrzykiwań, to już stosowanie tego środka w nosie powinno być
stanowczo zarzucone, zarówno jak przedmuchiwanie sposobem Politzer'a,
w katarach trąbki Eustachiusza stosowane ¹⁾. Jest to przeciwwskazane ze
względu na możliwość zakażenia w danej chwili ucha środkowego i wywo-
lanie w niem zapalenia. Jeżeli zwykły sposób nieco mocniejszego fizyologi-
cznego czyszczenia nosa nie pomaga i ciało obce nie poddaje się usunięciu,
należy je wtedy usunąć po założeniu lusterka nosowego zwykłym zakrzywio-
nym odpowiednim do danego ciała obcego haczykiem, korcangiem lub
szczypczykami. Udaje się to prawie zawsze od razu, jeżeli dziecko siedzi spo-
kojnie. Łatwiej jest tutaj dziecko nawet siłą przytrzymać. Niestety, w wię-
kszości podręczników, osobliwie w chirurgiach szczegółowych (patrz Rydy-
gier t. I), głównie niespecjalnych, jak na przykład w niedawno wydanej pedy-
atrii Feer'a ²⁾ w artykule o ciałach obcych w nosie (C. v. Pirquet'a) zaleca
się usuwanie tych ciał przy pomocy wody lub strumienia powietrza. Jest to
stanowczo niedopuszczalne.

III. Ciała obce, uwięzione w gardle i przełyku.

Ogółem znalazłem odnotowanych 136 przypadków ciał obcych w jamie
ustnej, gardzielowej i przełyku. Z tego na przełyk przypada przypadków 36,
na gardziel i jamę ustną 100.

Z ogólnej liczby przypadków 136—tylko 22 przypadają na wiek dziecię-
cy od 1 r. do 15. r. życia, 114 przypada na wiek od 16. do 65-go r. Jak wi-
dzimy, jest tutaj wręcz odwrotny stosunek co do wieku, jak przy ciałach obcych
w uszach i nosie.

¹⁾ Patrz artykuł Sędziaka w Nowinach Lekarskich. Zeszyt styczniowy 1913 r.
O ciałach obcych w nosie i t. d., gdzie czytelnik znajdzie skrupulatnie zebraną historię i
literaturę, dotyczącą tego przedmiotu.

²⁾ Lehrbuch der Kinderheilkunde. Wydanie drugie. Jena 1912. To samo w artykule
tegoż Feer'a w pedyatryi klasycznej Pfaundlera i Schlossman'a (t. III str. 340).

Z 22 przypadających na wiek dziecięcy w 6-u przypadkach pomimo dokładnego badania wziernikiem, palcem, sondowaniem, nic wykryć nie zdołałem. W 3-ch przypadkach rodzice nie wiedzieli wogóle co tam uwięzło. W jednym z nich (27. I. 1904 Ch. Tauba 13 I) od kilku miesięcy miał być jakiś przedmiot w przelyku. Sondowanie gąbką i koszyczkiem Graefe'go nic nie wykazało. Najprawdopodobniej przeto były to objawy nerwowe. W następnym przypadku (E. Brucha, 5 lat, 21. III. 1912) miał być guzik; nie wiedzieli jakiej formy i z jakiego matyeryalu; koszyczek Graefe'go nie przeszedł; odesłałem do Roentgen'a. Roentgen nic nie wykazał. W następnym (G. Majer, 9 lat, 3. III. 1906) miała być pestka od śliwki; koszyczek Graefe'go nie przeszedł. Zejście niewiadome. Raz miała być igła w gardzieli. (F., 2 lata, 11. III. 1898), lecz jej nie znalazłem. Nie sondowałem przelyku dla powodów zrozumiałych.

W 10 przypadkach usunąłem ość rybią, 4 razy z migdałka lewego, 6 razy z głębszych części gardzieli (3 z *sinus pyriformis dexter*, 2 z *sinus pyriformis sin.* i 1 raz z nasady języka nad nagłośnią). Jeden z tych przypadków dotyczył dziecka jednorocznego p. M. ze Szmulowizny. Dziecku temu dano kawałek śledzia z ością, która uwięzła w *sinus pyriformis dexter*. Wybrałem palcem 18. I. 1910 r. Pan M., dając rocznemu dziecku jako „*Vorspeise*“ śledzia, uprzedził w tem nowoczesnych pediatrów¹⁾, zalecających 8-miesięcznym dzieciom tarte owoce, szpinak, marchew i t. d.

Inny przypadek, dotyczący 7 letniej M., zasługuje z tego względu na uwagę, że dziecko miało ość rybią 1¹/₂ centymetra długą w migdałku lewym, nic nie wiedząc o tem. Znalazłem tę ość przypadkowo badając gardła zdrowych dzieci w czasie choroby siostry jej na błonicę. Ość ta siedziała dni kilkanaście, bo przed kilkunastu dniami M. jadła śledzia.

W 5-u przypadkach wyjąłem monetę z przelyku, prawie zawsze na początku jego przy chrząstce pierścieniowej krtani, a mianowicie:

1) St. K., l. 3, syn oficjalisty kolejowego, przybył 2. I. 1898. W czasie zabawy przełknął kopiejkę. Badanie wziernikiem, oprócz dużej ilości pienistego śluzu, nic nie wykrywa. Koniec palca wskazującego wyczuwa brzeg obcego ciała. Kleszcze Mackenzie'go, wprowadzone po palcu, z łatwością wydobywają kopiejkę starego stempla. Po wydobyciu kopiejki chłopak kategorycznie zażądał oddania mu zaraz „trzy“—to jest kopiejki.

2) B., synek felczera kolejowego z Radomia, l. 6, 11. IV. 1902, w szpitalu kolejowym. Od 5-iu dni kopiejka w przelyku na wysokości chrząstki pierścieniowej, Wziernik nic nie wykrywa. Koniec palca, wprowadzonego do gardzieli, dotyka ciała obcego. Rentgenogram potwierdza rozpoznanie. Extractio kleszczami Mackenzie'go wzdłuż palca, dotykającego ciała obcego. 12. IV. Bronchitis. Obawa zapalenia płuc. Ciepłota ciała 38⁰ C. Emulsio camphorat. cum flor. benzoës. 13. IV. z rana ciepł. 38,0⁰ i 37,8⁰ wieczorem. 16. IV. wypisany zdrów ze szpitala.

¹⁾ prof. Lagstein — Vorbildungskurse für Aerzte VI 1912.

3) I. R., l. 12, z ambulatoryum: szpitalnego. 8. III. 1906. 2-kopiejka od wczoraj w przetyku poniżej krtani Palec nie dochodzi. Przełykanie utrudnione. Charakterystyczny wygląd chorego (jak gdyby kij połknął). Koszyczek Graefe'go, jednokrotnie założony, wydobył monetę.

4) R. M., l. 3. 13. VIII. 1907. Kopiejka od wczoraj na wysokości cartil. cricoideae na początku przetyku. Palec dochodzi do ciała obcego. Po palcu kleszczami Fowela wyjąłem z łatwością kopiejkę nowego stempla.

5) Ch., synek smarownika. l. 7. 29. VII. 1908, kopiejka w przetyku poniżej krtani. Extractio Graefe.

W jednym przypadku wyjąłem palcem z *sinus pyriformis sinister* kawałek drzazgi, pochodzącej z bulki (F. Hana, 2 lata, 3 VI 1896).

Wymywanie tych ciał u dzieci napotyka mniej jeszcze trudności niż wymywanie ciał obcych z uszu i nosa. Tutaj łatwiej jest unieruchomić dziecka i sam rękoczyn zmusza dziecko do siedzenia równego.

Na 114 przypadków u dorosłych ość rybią wyjąłem	55 razy
Kość, pochodzącą ze sztuki mięsa lub bigosu z kapustą	25 „
Pieniądź	1 „
Protezę z dwoma zębami z <i>sinus pyriformis dexter</i>	1 „
Kawałek mięsa przy skurczu spastycznym przetyku	3 „
Kawałki bulki twardej przy takim samym skurczu	2 „
Kawałek chleba twardego również przy skurczu	1 „
Drzazga z bulki	2 „

Razem w 90 przypadkach.

Pomimo dokładnego badania w 24-ch przypadkach nic nie znalazłem. 2 razy miała być tam igła. 1 raz ząb „chodzący z góry na dół“ przez czas długi. 5 razy niewiadomo co. 16 razy ość lub kość, których znaleźć nie mogłem. Prawie we wszystkich tych przypadkach następowało zupełne polepszenie po badaniu i przesondowaniu przetyku koszyczkiem Graefe'go lub gąbką przetykową. — Przypadków z podejrzeniem o tkwiącą igłę nie sondałem wcale.

Na 55 wyjętych u dorosłych ości rybich od 1 cm do 4 cm długich przypada:

na przetyk	6 przypadków
na gardziel (<i>sinus pyriformis</i>) i nasadę języka	29 przypadków
na okolicę migdałka prawego lub migdałek prawy	13 „
na migdałek lewy	5 „
na podniebienie twarde	2 „
Razem	55 „

Ości rybnie z przetyku i *sinus pyriformis* należały przeważnie do ości płaskich skrzelowych ¹⁾, ości zaś wydobyte z migdałków należały wszystkie do cienkich.

¹⁾ Patrz tablicę rys. u samego dołu (17 I. 1908 R., № 3746 F. 13 2 1904; № 2636 (1324) 22 3. 1904).

O ile wyjęcie płaskich ości z przelyku lub *sinus pyriformis* bardzo łatwo udaje się zapomocą koszyczka Graefe'go lub kleszczy Fowela lub podważania palcem¹⁾, jeżeli nim do ciała obcego dojść można, o tyle wyjęcie ości drobnych, nawet z gardzieli, napotyka na pewne trudności. Dotyczy to jeszcze w większej mierze świeżych przypadków niż starych. — A mianowicie: w świeżych przypadkach uwięźnięcia ości, osobliwie przy uprzednich próbach wydobywania tej ości przez samego osobnika lub przez kogo innego, mamy zwykle błonę śluzową zlekka obrzmiałą i pokrytą lepkim, szklistym, ciągnącym się śluzem, od którego przezroczysta po większej części ość ryb małych (śledzia, karasia i t. d.) trudno się odznacza, albo wcale się nawet nie odznacza. Nieraz palcem ta ość doskonale się wymacać daje, a okiem dojrzeć jej nie podobna. W tych razach posługuję się sposobem, którego opisu w podręcznikach nie znalazłem, a mianowicie: pendzluję okolicę domniemanego uwięźnięcia ciała 1^o/o lub 2^o/o-ym lapisem; błona śluzowa wtedy zlekka bieleje, a ość uwydatnia się dla wzroku znakomicie i łatwo wtedy kleszczykami uchwycić i wyjąć się daje.

W wypadkach, gdzie ość przebywa już kilka dni, łatwo jest ją dojrzeć, bo jest ona wtedy już mocno zmętniałą, kredowo-białą. Tak było w wyżej wspomnianym przypadku z M., albo w przypadku z 22 X. 1895 roku, dotyczącym p. G. Szmula H., 37 lat mającego, u którego ość ze śledzia tkwiła w migdałku prawym przez tydzień cały.

Kość twardą, pochodzącą ze sztuki mięsa, najczęściej jednak z bigosu udało mi się wyjąć 25 razy.

Z tego 11 przypadków odnosi się do przelyku, a 14 do gardzieli (*sinus pyriformis*). Przytaczam krótkie historye tych przypadków ze względu na ich znaczenie.

Przypadki uwięźnięcia kości w przelyku:

1) 30. VI. 1900. J. T., l. 42 kość cienka 2¹/₂ cm długa. Patrz tablicę rys. N. 1 ks. chorych 1949.

Koszyczek Graefe'go wydobyl po 2-em założeniu.

2) 29. I. 1901. Cz., pomocnik maszynisty. Corpus alienum oesophagi po kapuśniaku, spożytym wieczorem. Przybył do mnie zaraz. Wygląd charakterystyczny. Palcem nie dochodzę.

oszyczek Graefe'go. Extractio jedną trakcją. Kość 1 cm długa.

3) 14. XI. 1903. K., żona konduktora. Po kapuście. Wziernik nie wykrywa nic. Utrudnione łykanie. Koszyczek Graefe'go: kość 2 cm długa, płaska, 1 cm szeroka. Patrz t. rys. № 3 (księgi chorych № 3861).

4) 29. I. 1905. G. H. R., żona handlującego, l. 46 (Ząbkowska 11) pół godziny temu przy jedzeniu kury uwięzła w gardle kostka. Ani wziernik, ani palec nie wykrywa. Koszyczek Graefe'go wydobyl kostkę 2 i pół cm długą. Patrz tabl. rys. № 413.

5) 2. IX. 1908. A. G., l. 45, kość płaska, 4 cm długa, 1 cm szeroka. Koszyczek Graefe'go jednorazowo. Patrz tabl. rys. № 5 (ks. chorych № 3212).

¹⁾ B. F r a e n k e l twierdzi, że „w niektórych przypadkach niemasz lepszego instrumentu nad nasz palec wskazujący u ręki“. R. Enc. Eulenburg'a t. XVIII wyd. III str. 659.

6) 4. IV. 1909. S., żona, l. 30; kość $2\frac{1}{2}$ cm długa. Koszyczek Graefe'go jednorazowo. Patrz tabl. № 6, ks. ch. 1207.

7) 15. XI. 1909. C. S. z Garwolina, l. 19. Kość w kształcie klina 1 cm u nasady szeroka, 3 cm długa; koszyczek Graefe'go poniżej krtani jednorazowo. Patrz tabl. № 7 ks. ch. 4492.

8) 21. I. 1913. Ol. K., l. 55. Po kapuście. Kość płaska o konturach (2, 5, 2, 2 i $1\frac{1}{2}$) czworoboku. Koszyczek Graefe'go za jedną trakcją przy jednoczesnych ruchach wymiotnych, 23. I. haemoptoe. Przełykanie zupełnie swobodne. 25. I. Stan dobry zupełnie. Patrz tabl. rys. № 8 (340).

9) 30. VIII. 1912. M. B., l. 16; kość w przełyku w dolnej części nad *cardia ventriculi*. Koszyczkiem Graefe'go zepchnąłem do żołądka. Później przełykanie zupełnie swobodne, stan dobry.

10) 23. X. 1911. Chory X., l. 20. Wypił 3 kieliszki wódki i zjadł szybko talerz bigosu. Kostka zatrzymała się w przełyku poniżej *cartilago cricoidea*. *Extractio Graefe*'m jednorazowo. Kość płaska w kształcie trójkąta o podstawie 3,5 cm. długiej i o bokach po 5,2 cm. Patrz tabl. rys. № 10, ks. chorych № 5238.

11) 18, 11. 1911. W., l. 18, tapicer. Po kapuście. Koszyczek Graefe'go jednorazowo wydobyl kość 3 cm długa, 1,5 cm szeroką. Patrz tabl. № 11.

Należy zwrócić uwagę, że na 11 przypadków, aż w 5-iu kostka została połknięta z kapustą, w której okiem rzeczywiście nieraz trudno jest rozróżnić kość. Toteż przyczyną tego, jak i wogóle wszystkich uwięźnięć kości i ości bywa zawsze pośpiech i nieogłędne jedzenie.

Protezę z dwoma zębami z gardzieli u wnijsčia do przełyku wyjąłem przy pomocy koszyczka Graefe'go u kobiety 45-letniej, która przełknęła protezę tę w nocy. 3 razy usunęłem z przełyku uwięźnięty kawał mięsa przy jednoczesnym skurczu spastycznym:

1) S., l. 35, żona ślusarza. *Extractio Graefe*. 1. I. 1900. Kawał twardej sztuki mięsa.

2) S., l. 25. *Spasmus oesophagi*. *Extractio Graefe*. Kawał twardego mięsa.

3) 29 VII. 1897. J., córka kowala, l. 17. To samo. Stan później zupełnie dobry.

Przypadki uwięźnięcia kości w gardzieli:

1) 18. I. 1896. M. Fr., l. 33. *Corpus alienum sinus pyriformis dextri*. Kość wołowa ze sztuki mięsa, 3 cm długa, formy klinowatej. Wyjąłem palcem.

2) 4. IV. 1896. J. G., l. 50. Kość 2 cm długa w lewym *sinus pyriformis*. Podważyłem i wyjąłem palcem. 7. IV. opuchnięcie lewej połowy krtani i utrudnione łykanie. 9. IV. stan dobry

3) 1. V. 1896 S. N., l. 60. *Corpus alienum sinus pyriformis dextri*. Podważyłem i wyjąłem palcem kostkę 3 cm długą.

4) 20. II. 1897. R., żona felczera. Kość w *sinus pyriformis dexter*. 2 cm długa. *Extractio Fowel*.

5) 23. III. 1897. S. Sk., l. 47. *Corpus alienum pharyngis, in sinu pyriformis*. Kość 2 cm długa i 1 cm szeroka. Podważyłem i wyjąłem palcem.

6) 20. X. 1897. O. H., l. 45. *Corpus alienum sinus pyriformis dext.* *Extractio Fowel*. 3 cm długa kostka w kształcie piramidki. Patrz tabl. № ks. ch. 3090.

7) 2. X. 1898. Br. W., l. 23. *Corpus alienum pharyngis*. Kość 3 cm długa w *sinus pyriformis dexter*. *Extractio digitalis*.

8) 22. X. 1898. S. matka, l. 60, *Corpus alienum in sinu pyriformi sinistro*. Kostka 2 cm długa z kurczęcia. *Extractio digitalis*.

9) 13. II. 1902. P. żona. *Corpus alienum pharyngis in sinu pyriformi sin.* Kostka 1 cm długości i szerokości. *Extract. digit.*

10) 28. VI. 1902. St., żona, l. 30 *Corpus alienum pharyngis in sinu pyriformi sinistro*. Kość płaska ze sztuki mięsa. *Extractio Fowel.*

11) 19. VII. 1903. B. A., l. 45. *Corpus alienum pharyngis in sinu pyriformi sinistro*. Kość 3 cm długa *Extractio digit.*

12) 4. VII. 1904. An. maszynista kol. Petersb. Kość w *sinus pyriformis dexter*. *Extract. Fowel.* Kość 4 cm długa. Patrz tabl. № księgi chor. 2147.

13) 27. X. 1910. B. felczer z Grochowa. Kawalek kości z kurczęcia (obończyka) uwiązał pomiędzy nasadą języka a nagłośnią. Stało się to przed paru godzinami. *Extractio Fowel.*

14) 13. I. 1913. W., l. 30. Kość w prawym *sin. pyriformi.*, 3 cm długa.

Extractio Fowel

Na 14 przypadków uwięźnięcia kości w gardzieli 8 przypada na prawy *sinus pyriformis*, 5 na lewy; raz jeden pomiędzy krtanią a językiem.

Takie same 3 przypadki miałem z bułką i chlebem.

Jedyny przypadek wyjęcia koszyczkiem Graefe'go 5-u kopiejek miedzianych z przelyku dotyczył 20 letniej służącej starozakonnej z Kałuszyna. Mówiła ona, że pieniądz ten dostał się do przelyku przypadkowo w nocy.

Przypadek drzazgi z gardła, wyjętej w d. 2. VI. 1907, dotyczył p. G. 47 lat mającej. Drzazga ta miała pochodzić z bułki (patrz na tablicy rysunek pośrodku umieszczony. Drzazga w szklanej rurce), a była aż 7 cm długa (№ ks. 1979).

Należy zwrócić uwagę, że większość osób, u których uwięzły w gardzieli kawałki kości lub ości, przedstawiają wygląd charakterystyczny, któremu nasze przysłowie „wygląda jakby kij polknął“ odpowiadać się zdaje. Zwykle mają oni szyję wyciągniętą, głowę ku przodowi nieco poddaną. Znać, że przelykanie jest utrudnione. Usta nawpół otwarte jak w ropniach okolomigalkowych lub zagardzielowych. W jamie gardzielowej dużo śluzu i śliny. W *sinus pyriformis* po tej stronie, gdzie siedzi ciało obce uwięźnięte, zawsze oprócz pęcherzyków śluzu, oko nic dojrzeć nie może; dopiero najczęściej palec wykrywa to ciało. Czasami jednakże można wykryć i lusterkiem lśniące białe pasemko ciała obcego, jak na przykład przy uwięźnięciu kości lśniącej, białej.

Badanie każdego przypadku uwięźnięcia ciała obcego w gardzieli i przelyku powinno być przeprowadzone z całą ścisłością. Przy pewnej wprawie, jaką daje długoletnie doświadczenie, skutecznie to można—tchnie to wprawdzie anachronizmem—i bez skomplikowanych metod: ezofagoskopii i rentgenoskopii. Naturalnie, jeśli ma się możliwość posilkowania temi metodami badania, to ich zaniedbywać nie należy. Niestety, niezawsze te metody są dostępne. Prawie wszystkie moje przypadki dotyczą ludzi niezamożnych, dla

których rentgenizacja była wprost niemożliwa. Wszystkie przypadki są zawsze nagłe i wymagają ze wszystkich względów pomocy nagłej, niezawsze przeto można czekać na prześwietlenie rentgenowskie. Pomijam już tę okoliczność, że większość moich przypadków należy do czasu, kiedy jeszcze Roentgen'a wcale nie było, lub nie był jeszcze tak rozpowszechnionym jak obecnie. I dzisiaj przedewszystkiem obowiązuje nas zbadanie dokładne wziernikiem, później zewnętrzne i wewnętrzne badanie palcem, wreszcie delikatne przesondowanie sondą przelykową, lub od razu koszyczkiem Graefe'go. Tam, gdzie wziernik nie da danych dostatecznych, dopomoże czasami głębokie wewnętrzne badanie gardzieli palcem. Należy tylko wtedy uprzytomnić sobie normalne warunki jakie zwykle palec napotyka w gardzieli. Widziałem wprawnych badaczy, którzy brali rogi kości gnykowej za ciała obce uwięźnięte, chociaż są one pokryte śluzówką i do takich omyłek wcale się nie nadają. Wreszcie sondowaniem koszyczkiem Graefe'go, przy pewnej wprawie zawsze się to ciało obce wyczuje, odczuje się przejście koszyczka poza ciało obce i uchwyci ten moment, kiedy trzeba koszyczek zacząć wydobywać na zewnątrz. Należy to, naturalnie, robić oględnie, ostrożnie, lecz w krytycznej chwili przy zahaczeniu na powrotnej drodze o ciało obce—bez chwiejności i ręką pewną.

Koszyczek Graefe'go niewątpliwie jest nieocenionym instrumentem przy wydobywaniu ciał obcych z przelyku. Przy umiejętnem, delikatnem, niezbyt forsownem stosowaniu go żadnych złych następstw nie sprowadza. Nawet w tych przypadkach, w których nic nie wykryto, jedno takie sondowanie koszyczkiem Graefe'go sprowadzało ulgę. Koszyczek Graefe'go, dobrze nasmarowany wazeliną sterylizowaną, wchodzi zawsze z łatwością. Przy wyjmowaniu koszyczka trzeba tylko zachować ostrożność, a mianowicie należy starać się, aby wyjmować go w kierunku pionowym i w tym celu wskazicielem lewej ręki odsuwać ku tyłowi pręt fiszbinowy, albo, jak teraz, metalowy, koszyczka. Przy takim rękoczynie koszyczek nie zawadzi o śluzówkę tylnej części krtani, co na pewno uczyni, jeżeli tej ostrożności nie zachować. Palec ten lewej ręki również dopomoże, ażeby podtrzymać ciało obce, wydobyte w koszyczku. W okolicy krtani zawsze odczuwa się przeszkodę przy wprowadzaniu, a jeszcze w większej mierze przy wyjmowaniu koszyczka, zwłaszcza z ciałem obcem. Za przeciwwskazane uważam użycie koszyczka przy przedmiotach zbyt ostrych jak igła, szpilka i t. d.

IV. Ciała obce przewodu pokarmowego.

Wszystkiego znalazłem odnotowanych 13 przypadków. Z tego przypadku dwa na dorosłych i 11 na dzieci.

U dzieci 6 razy były monety:

1) 25. I. 1902. G. M., 1 rok, 1 grosz polski, połknięty przed 2-ma dniami, znalazłem nad sphincter ani w ampulla recti. Wydobyłem palcem.

2) 4. I. 1893. 2-letni syn wyrobnika z Saskiej Kępy, 2-kopiejkę nowego stempla połknął dzisiaj. Przelykanie swobodne, w krtani i przelyku nic. 8. I. Wyszła przy dyecie kartoflanej.

3) 6. III. 2-letni chłopak połknął 2-fenigówkę z 1865 roku. Znalazłem nad sphincter ani.

4) II. 6. 1896. M. R., l. 3., połknęła kopiejkę. Moneta wyszła przez kanał pokarmowy 13. VI. 1896.

5) 2. VI. 1901. L. A., l. 3, 2 monety jednokopiejkowe. Wyszły *per vias naturales* na trzeci dzień.

6) 15. XII. 1897 P. H., l. 7, moneta 2-kopiejkowa przeszła przez kanał pokarmowy i wyszła 17. XII. 1897.

Pozatem guzik z kości zwyczajnej na czerwono malowany u 4-letniego chłopaka wyszedł trzeciego dnia przy dyecie kartoflanej, zmieniawszy tylko kolor na szary. Skówka od zabawki przez chłopaka 4-letniego 24 II. 1905. połknęta, wyszła 26. II. przy dyecie kartoflanej. 17. II. 1899. u 5-letniego S., blaszka wielkości kołójki, wyszła 19. II. 1899. 17. XII. 1904. M., córka maszynisty, l. 14, połknęta szpilkę główką do dołu. Niewiadomo, co się z tą szpilką stało. Dzisiaj M. jest od paru lat mężatką i cieszy się zupełnie dobrem zdrowiem. Wreszcie górna część ołówka metalowego, 2 cm długa, 1 cm szeroka u dziewięcioletniej dziewczynki przeszła w ciągu 48 godzin przez kanał pokarmowy. Roentgen (dr Skabowski) w godzinę po przełknięciu wykrył to ciało w górnej części brzucha (w żołądku).

U dorosłych:

1) 1. III. 1911. T., l. 49, 27. II. jadła obiad; uwięzła kostka w gardle; po przełknięciu chleba poszła dalej. Dzisiaj T. uczuła klucie w kiszce stolcowej w nocy. Wzięła skawulin; przeczyściło, lecz ból się powiększył. Wyjąłem palcem wpoprzek stojącą po nad otworem stolcowym 3 cm długą ostrą kość (obojczyk z kurczęcia).

2) 25. XII. 1895. I. A., pomocnik maszynisty, połknął szpilkę z dużą główką. Ani w gardzieli, ani w przelyku objawów uwięźnięcia niema. Rectum wolne. Zejście niewiadome, jakkolwiek bądź pana I. widywałem długi czas i nigdy na jakieś objawy chorobliwe później się nie uskarżał.

Zastanawiającą jest rzeczą, dlaczego w przypadkach 1, 2 i 3 u dzieci monety tam wymienione przeszły kanał pokarmowy cały bez przeszkody, gdy takie same monety uwięzły już zaraz w przelyku u opisanych wyżej 5-letniego K., u 6 letniego B., a nawet u 12 letniego R. (patrz wyżej).

W uwięźnięciach ciał obcych w przelyku musi grać dużą rolę wrażliwość tego przelyku i reakcja spastyczna na przechodzące ciało obce. W razie skargi na przełknięcie przed kilkoma dniami ciała obcego i w razie braku objawów uwięźnięcia w górnych przewodach kanału pokarmowego, konieczną jest rzeczą badanie *recti* palcem, bo *ampulla recti* poza przelykiem jest najczęstszem miejscem, gdzie ciała te się zatrzymują.

V. Ciała obce w krtani.

Wszystkiego 8 przypadków. 3 u dorosłych, 5 u dzieci.

Przypadki u dorosłych:

1) 3 VI. D., l. 18, córka żandarma z Miłosny. Szpilka tkwiąca w *ventriculus Morgagni dexter*. Poza lekkim kluciem nie było innych objawów. 4 VI. po zakokainowaniu wyjąłem kleszczami Makenzie'go.

2) 7. V. 1905, T. P., l. 22, żołnierz saperów batalionu kolejowego, pełniący obowiązki pomocnika maszynisty. W czasie snu o g. 12-iej w nocy zachłysnął się protezą z dwoma zębami. Stan asfiktyczny. Oddech stenotyczny; dusi się, głosu wy-

dobyć nie może. Lusterko krtaniowe wykrywa: pomiędzy strunami prawdziwymi sterczy kawałek czarnego ciała obcego wzdłuż strun i równoległe do nich. Wymacać palcem protezy, pomimo dokładnego obmacania nagłośni i tylnej ścianki krtani, nie mogłem. Po mocnem zakokainowaniu krtani doszedłem łatwo do sterczącego kawałka protezy kleszczami Fowela, które, pomimo mocnego zamknięcia zamku, trzykrotnie z protezy zeskoczyły. Za czwartem założeniem wyciągnąłem protezę wraz z zębami. Zranień po wyjęciu protezy w krtani dojrzeć nie mogłem. U duszającego się przedtem chorego od razu nastąpiła euforia. Następstw złych zadnych nie było.

3) 4. IV. 1910. R., żona, l. 50. Usunięcie kawałka drzewa (jakoby pochodzącego z bułki), długości 2,5 cm, tkwiącego w krtani pod nagłośnią na linii środkowej.

Ciała obce w krtani u dzieci bardzo jest trudno rozpoznać z powodu niemożliwości przeprowadzenia dokładnej laryngoskopii. Udaje się to u starszych dzieci, gdy u młodszych sama dyagnoza nieraz może być postawiona tylko przez wykluczenie. Jeżeli mamy wiadomą przyczynę, a mianowicie zabawę z jednoczesnym trzymaniem w ustach ciała obcego, resp. jedzeniem czegoś, następnie zachłyśnięcie się u dziecka przedtem zupełnie zdrowego i wreszcie od razu potem powstanie oddechu stenotycznego oraz chrypki, przy stanie bezgorączkowym, to z wielkim prawdopodobieństwem można postawić rozpoznanie ciała obcego w krtani.

Wyjęcie endolaryngealne napotyka na nieprzewzyciężone nieraz trudności i niezawsze możliwe jest do zastosowania.

Moje 5 przypadków przedstawiają się tak.

1) S., l. 6, w czasie zabawy i biegania zachłysnęła się ziarnkiem słonecznika. 26. IX. 1906 stenoza, duszność, chrypka. Przez dra Kryżego zastosowany był sposób wytrząsania za nogi bez skutku. Badanie wziernikiem krtaniowym niemożliwe. Wszelkie rękoczynny niemożliwe. Na operację brak zgody rodziców. 27. IX. Stan taki sam. 29. IX. Stan gorączkowy. Kaszel, środki wykrztuśne. 30. IX. W czasie kaszlu wyskoczyło ziarno słonecznika. 2. X. Stan zupełnie dobry.

2) 25. II. 1905. W. H., l. 2., zachłysnęła się pestką od wiśni w czasie zabawy. Oddech od razu stenotyczny, chrypka. 26. II. Stan taki sam. Badanie wziernikiem rezultatu nie daje. 28. II. Stan dobry. Co się stało z pestką, niewiadomo. Dziecko chodziło z niańką po podwórzu. Po kaszlu i wymiotach zrobiło się dobrze.

3) 9. III. 1906. Córka kolejarza z Ostrołęki, 2-gi rok, zachłysnęła się skorupką od jajka przed paroma miesiącami. Zobaczyć nic nie można, bo nagłośnia pochylona ku tyłowi. Duszność. Oddech stenotyczny, chrypka. 12. III. Stan taki sam. Na laryngofissurę nie zgodzono się.

4) 25. XI. 1908. R., synek, l. 8, ziarno dyni, umiejscowione nad strunami wpoprzek. *Extractio Fowel* pod kokainą.

5) 20. XI. 1911. W. L. z Zakroczymia, l. 6, oddech od razu stenotyczny, duszność; stan ciężki po zachłyśnięciu się ziarnkiem słonecznika. Laryngoskopia niemożliwa z powodu niespokoju dziecka. Wobec dużej duszności dr Mazurek wykonał w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze *tracheotomium inferiorem*. W czasie rozszerzania rany tracheotomijnej rozszerzaczem wyskoczyło ziarno słonecznika duże, mocno napęczniałe. Wyzdrowienie po tygodniu.

Przypadki krtaniowe należą do prognostycznie cięższych przypadków. Trudniej jest w tych razach dostać się do ciała obcego; łatwo jest je zepchnąć niżej do tchawicy i oskrzeli i tem rokowanie pogorszyć. Bardzo czę-

sto uciekać się trzeba do tak poważnego zabiegu jak tracheotomia. Do dzieci, jak to łatwo zrozumieć można, stosuje się to jeszcze w większej mierze niż do dorosłych. — E. Kirchhof (Enc. Eulenburg'a Wyd. III T. 24) radzi przystępować w większości przypadków ciał obcych, w krtani uwięźniętych, wprost do tracheotomii i zdaje się, że ma rację z po nienionych wyżej względów.

Tutaj raz jeszcze przypomnieć należy o przestrzeganiu zakazu dzieciom bawienia się drobnymi przedmiotami, kładzenia ich w usta lub jedzenia w czasie biegania, zabawy i t. d.

VI. Ciała obce w oskrzelach.

O wiele jeszcze poważniej i ciężiej przedstawiają się przypadki ciał obcych, uwięźniętych w oskrzelach. Dzisiaj przy postępach w bronchoskopii dają one lepsze rokowania niż dawniej. — Dawniej prawie zawsze tych razach byliśmy bezsilni, albo wyleczenie było dziełem przypadku. — Gdy przed 1907 rokiem Gottstein podaje 55% śmiertelności przy ciałach obcych w oskrzelach (płucach), Killian w 1908 roku nalicza już tylko 13% (na 164 przypadki).¹⁾

Obserwowałem wszystkiego 3 przypadki ciał obcych w oskrzelach.

1) 3. I. 1892. Z. H., l. 2, synek kamieniarza, zachłysnął się przed 3 dniami ziarnkiem orzecha. Oddech ciężki, stenotyczny przy inspiracji i przy ekspiracji. Sinica twarzy. Stan gorączkowy. Stępienie po stronie lewej na całej przestrzeni klatki piersiowej z tyłu, oddech w tem miejscu oskrzelowy. Zapadania dołka sercowego nie widać. Stan gorączkowy. Tętno 148 małe. Pleuropneumonia acuta sinistra. Śmierć tego samego dnia. Na żadne rękoczyny rodzice zgodzić się nie chcieli, a zresztą i stan dziecka na to nie pozwalał.

2) 31. XII. 1904. J., synek l. 7, biegając dokoła choinki ze skówką od bombki choinkowej szklanej—zaspirował ją. Oddech zaostrzony, dużo świstów, więcej po stronie lewej, niż po prawej. Osłabienie oddechu po stronie prawej. Krtań dokładnie obejrzana zmian nie przedstawia. Rentgenogram, dokonany przez dra Barszczewskiego w d. 2. I. 1905, wykazuje w prawem płucu w okolicy 4.—5. żebra na linii łopatkowej obecność ciała obcego. Dr Krajewski, według słów ojca dziecka, operację radzi, ale wynik przewiduje ujemny. 10. I. 1905 r. stan taki sam. 11. I. 1905. rzężeń trachę mniej i jednakowa ilość po obu stronach. 13. II. Oddech po stronie prawej mocno osłabiony. Napisałem w kwestyi chorego list do prof. Pieniążka do Krakowa, lecz odpowiedzi nań nie otrzymałem. 5. IV. 1905. Pleuropneumonia acuta inferior sinistra. 8. IV. Punctio probatoria (dr Ostaszewski) Płyn surowiczny. 10. IV. Punctio probatoria (dr Sławiński). Pleuritis ichoroso-purulenta sinistra. 14. IV. Pleurotomia sinistra (dr Sławiński). Pozostała przetoka i kaszel. 19. II. 1906 znowu się zebrał płyn ropny. Dr Krajewski radził operację jeszcze raz. Chory umarł w kilka miesięcy później przy objawach przewlekłego zajęcia oskrzeli i płuc z niezagojoną raną.

¹⁾ Real. Encykl. Eulenburg'a. Neue Folge, Rok 7, str. 106 i 107

3) 15. XII. 1911. F., synek, l. 6, zachłysnął się kawałkiem jabłka. Objawy zwężenia prawego oskrzela. Odesłałem go do dra Erbrycha. Rodzice na rękoczyn się nie zgodzili. Dziecko wyzdrowiało. Prawdopodobnie odpluło z plwociną kawałek jabłka.

XVIII.

Z ODDZIAŁU DRA MED. A. SOŁOŁOWSKIEGO I Z PRACOWNI NAUKOWEJ WARSZAWSKIEGO
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

Przypadek teratoidu gardzieli

PODAŁ

Kazimierz Dąbrowski.

W październiku r. b. zgłosiła się do Szpit. Św. Ducha kobieta z dzieckiem pięciomiesięcznym, u którego od urodzenia przy przyjmowaniu pokarmu występowała duszność i sinica.

Badanie jamy ustnej małego chorego wykazało obecność guza na szyjce, wychodzącego z gardzieli. Guz był ruchomy i zdawał się być przyczepiony nad prawym migdałkiem między lukami. Dziecko ruchem polykowym przesuwalo guz ten do gardzieli i wtedy mogło oddychać swobodnie. W czasie przyjmowania pokarmu oraz przy otwieraniu dziecku ust, guz zostawał niejako wykrztuszany do jamy ustnej i wtedy zasłaniał większą część przesmyku gardzielowego, wskutek czego występowała duszność i sinica.

Wycięty przez kol. Cz. Jakubowskiego zapomocą zimnej pętli nowotwór był wielkości małego orzecha włoskiego z szypułką, na której wisiał w gardzieli. Krwawienia po wycięciu nie było.

O powierzchni gładkiej i zabarwieniu ciemno-czerwonem, posiadał on pewną sprężystość.

Na przekroju guz przedstawiał się jednolicie, bez jam i kanałów.

Badanie drobnovidowe guza ujawniło nowotwór pochodzenia teratologicznego, bardzo rzadko spotykany w gardzieli.

Pokryty wielowarstwowym nabłonkiem płaskim o charakterze naskórka, składał się on z tkanki łącznej, usianej wysepkami tkanki tłuszczowej. W tkance łącznej mieliśmy możność stwierdzenia obecności różnych tkanek. Cały nowotwór, obficie unaczyniony, prócz licznych żył i tętnic posiadał również nerwy. Gdy w jednych skrawkach przeważały gruczoły śluzowe, w innych główne miejsce zajmowały gruczoły potowe. Gruczołów lojowych badanie nie wykazało. W różnych miejscach i kierunkach tkankę łączną przebiegały włókna mięsne poprzecznie prążkowane. Pewna liczba skrawków posiadała włosy,

które jednakże nad powierzchnię guza nie wychodziły. Gdy dodamy, że nowotwór zawierał w niektórych skrawkach kawałek kości i niewielką jainę, wyłożoną wielowarstwowym nabłonkiem i wypełnioną zluszczonym nabłonkiem, będziemy mieli pojęcie o budowie histologicznej guza. (Patrz rysunki 1 i 2).

Widzimy, że nowotwór składał się z różnych tkanek, które w zarodku rozwijają się z ektodermy (skóra, włosy, gruczoły, nerwy) i mezodermy, a mianowicie: mięśnie z mezoblasty i kości z mezenchymy (O. i R. Hertwig).

Guzom tym, z powodu ich złożonej budowy histologicznej, Virchow proponował nadać nazwę teratomatów. Obecnie w teratologii nazywają potworniakami (teratomatami) nowotwory, które zawierają narządy zorganizowane. Te zaś nowotwory, które posiadają kilka różnych tkanek określają jako teratoidy.

Teratoidy, według Forgue'a i Lexera przedstawiają dwa typy: 1) skórzaki (*cystae dermoidales*) złożone jajnika i jądra, płodziaki torbielowe (*embryomata cystica* Wilmsa) i 2) teratoidy, nowotwory embryoidalne Wilmsa. Pierwszy typ nowotworów odróżnia się od zwykłych skórzaków przez obecność, prócz skóry, włosów i loju, zębów, kości i innych tkanek. Drugi zaś typ guzów nie podobny jest do teratomatów przez brak rozwiniętych narządów, a do skórzaków przez posiadanie tkanek, pochodzących z trzech blaszek zarodkowych („*tridermoma*“ Wilmsa).

Teratoidy złożone spotykają się przedewszystkiem w jądrze, rzadziej w jajniku. To są te nowotwory, które były opisane pod nazwą *cysto-sarcoma*, *chondro-adenoma*, *adeno-myo-sarcoma*, *cysto-carcinoma* jądra, stosownie do rozrostu tej lub innej tkanki.

Powstanie tych nowotworów starano się objaśnić czterema teoryami: 1) teorią zaklinowania zakładki skóry w tkankę sąsiednią przez szczelinę skrzelową i utworzenia się następnie torbieli (Verneuil, Remak), 2) teorią dzieworódtwa (*parthenogenesis*), t. j. rozwinięcia się jajka bez udziału czynnika męskiego (Buffon, Waldeyer, Mathias Duval), 3) teorią wszczepienia się płodów (Geoffroy-St. Hilaire) i 4) teorią blastomeryczną (Roux, Bonnet Wilms).

Każda z tych teorii ma obrońców i przeciwników, gdyż żadna z nich nie jest w stanie zupełnie dokładnie objaśnić powstanie nowotworów złożonych. Dokładne badania nad powstaniem tych guzów są też trudne z powodu ich rzadkości. O ile często są one spotykane w jajniku i w jądrze, o tyle rzadko w gardzieli.

Teratoidy gardzieli należą do rzadkości i liczba przypadków znanych w literaturze jest bardzo mała.

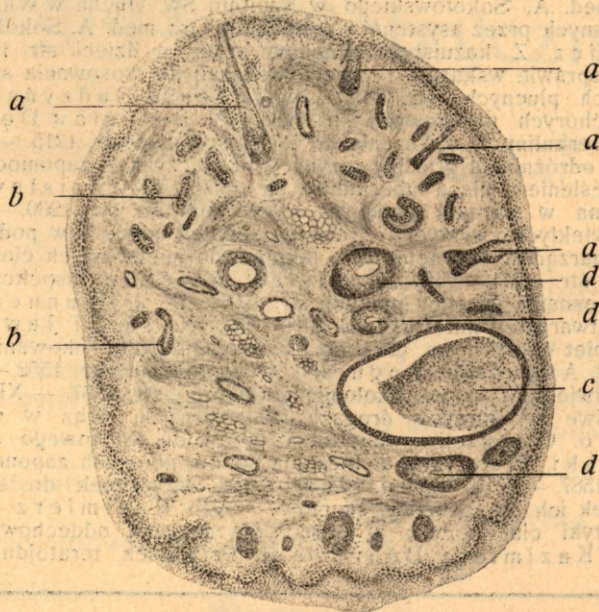
W pracach Arnolda, Bouilloud'a, Reuter'a jest zebranych po kilka przypadków złożonych nowotworów gardzieli. Reuter podaje aż 15 przypadków, z których dwa były na przednim łuku, 7 na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, 3 na górnej, 2 na przedniej i 1 na bocznej ścianie gardzieli.

Nowotwory złożone gardzieli są przeważnie wrodzone i spotykają się najczęściej u niemowląt. Przeszkadzają one dziecku przy przyjmowaniu po-



Rys. I.

a) naczynia krwionośne, b) poprzeczny przekrój mięśnia poprzecznie prążkowanego. c) tkau tłuszczowa, d) gruczoły śluzowe, e) tętnica, f) nerw, g) kość.



Rys. II.

a) włos, b) gruczoły potowe, c) torbiel wypełniona masami zrogowaciałego nabłonka płaskiego, d) ogniska nabłonkowe.

karmu i oddychaniu, wskutek czego dziecko chudnie, czasami dostaje sinicy i tem zwraca na siebie uwagę otoczenia.

Jeżeli nowotwór nie wypadnie z gardzieli sam przez urwanie się z szyjki podczas kaszlu, to usuwa go się radykalnie zapomocą nożyczek, gorącej lub zimnej pętli, bez obawy recydywy, której dotychczas nie zauważono.

W zakończeniu zauważę, że liczba nowotworów gardzieli powiększa się w literaturze, i być może, że część nowotworów, usuwanych z gardzieli dziecięcych pod mianem polipów, przy badaniu drobnowidzowem okazałyby się teratoidami.

Poczuwam się do milego obowiązku podziękowania doktorom A. Sokolowskiemu i K. Kuligowskiemu za cenne wskazówki podczas mojej pracy.

PIŚMIENNICTWO.

1) Aschoff. Pathologische Anatomie, t. I, str. 744. 2) Arnold. Ueber behaarte Polypen der Rachen-Mundhöhle und deren Stellung zu den Teratomen. Virchow's Archiv r. 1888. t. CXI. str. 177. 3) Bouilloud. Etudes sur les polypes du pharynx buccal. Thèse de Lyon 1895. 4) Forgue. Précis de Pathologie externe, 3-ie wyd., t. 1, str. 337. 5) Kaufmann. Pathologische Anatomie—6 wyd. str. 399. 6) Mikulicz—in Heymann Laryngologie II t., str. 362. 7) Reuter. Ueber behaarte Rachenpolypen und ihre Genese. Archiv. für Laryngologie, r. 1905, str. 233. 8) Vialleton. Embryologie in Testut. Traité d'Anatomie humaine, t. IV.

TREŚĆ: Działalność naukowa Dra med. Alfreda Sokolowskiego. str. 1163.—Spis prac naukowych Dra med. Alfreda Sokolowskiego. str. 1172.—Spis asystentów, którzy pracowali w oddziale Dra med. A. Sokolowskiego w szpitalu Św. Ducha w Warszawie. str. 1179.—Spis prac, wykonanych przez asystentów w oddziale Dra med. A. Sokolowskiego. str. 1180. I. J. Bączkiewicz. Z kazuistyki intubacji krtni u dzieci. str. 1183.—II. Tadeusz Borzęcki. W sprawie wskazań i przeciwwskazań do stosowania sztucznej odmy piersiowej w suchotach płucnych. str. 1199.—III. Tadeusz Budzyński. Praca fizyczna w zakładach dla chorych piersiowych. str. 1205.—IV. Bolesław Dębiński. Wartość terapeutyczna tuberkuliny i wskazania do jej stosowania. str. 1213. — V. B. Dębiński i S. Tuz. Próby odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej zapomocą odczynów tuberkulinowych z określeniem miana tuberkuliny. str. 1250.—VI. Zdzisław Dmochowski. Patologia cellularna w okresie obecnym swego rozwoju. str. 1260.—VII. F. Erbrich. O stosunku przewlekłych zwykłych i ropnych zapaleń migdałków podniebiennych do niektórych cierpień narządów wewnętrznych, jakoteż do miejscowych cierpień gardzieli i samych migdałków. str. 1271.—VIII. Stanisław Gałęcki. Inspekcja i palpacja klatki piersiowej w rozpoznaniu gruźlicy płucnej. str. 1299.—IX. J. Brunner i Cz. Jakubowski. Leczenie twardzieli autowakcyną. str. 1330.—X. Józef Jaworski. O rokowaniu w ciąży u kobiet chorych na gruźlicę i o znaczeniu dla rokowania t. zw. prawa Veit'a str. 1342. — XI. Augustyn Łogucki. O acetonemii. str. 1352 — XII. Augustyn Łogucki. O otwieraniu ropni okółomigdałkowych. str. 1357. — XIII. Jan Sędziak. Nowotwory złośliwe w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach. str. 1358.—XIV. J. Szmurło. O zgorzeli zewnętrznego przewodu słuchowego str. 1380.—XV. Feliks Świeżyński. Przyczynek do leczenia suchot płucnych zapomocą sztucznej odmy piersiowej. str. 1387. — XVI. Stanisław Tuz. Przyczynek do statystyki wysięków opłucnej i stosunek ich do gruźlicy. str. 1395.—XVII. Kazimierz Zieliński. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w uszach, w drogach oddechowych i pokarmowych. str. 1399.—XVIII. Kazimierz Dąbrowski. Przypadek teratoidu gardzieli. str. 1419.

BOROVERTIN

(BOROWERTYNA)

nie drażniący, szybko działający
środek odkażający mocz i pęcherz,

którego działanie wskutek długiego wydzielania się części składowych jest trwałe i przenikające, jednocześnie zaś łagodne i stopniowe; wskutek tego nie występują objawy podrażnienia, usposabiające do krwotoków i biegunki

Borowertyna

okazała się również nadzwyczaj skuteczną
w celu zniszczenia laseczników tyfusowych,
w ostatnich zaś czasach zalecają ją

===== **W R z e ż ą c z c e.** =====

Rurki po 20 kołaczyków à 0,5 g. Borowertyny.

Próby i literatura bezpłatnie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Pharm. Abteilung—Berlin SO. 36.

Przegląd Pedyatryczny

dwumiesięcznik

Redaktorzy: D-r L. Anders i D-r J. Brudziński.

Wydawca: D-r T. Kopeć.

Wyszedł zeszyt VI tomu V-ego i zawiera:

S. Ł. Dr med. St. Kamiński. M. Gromski. O urobilinurii w płonicy.
A. Mamrot. Moczówka prosta i niedorozwój narządów płciowych. Oceny,
Streszczenia. Ruch w Towarzystwach. Przegląd piśmiennictwa pedyatrycznego polskiego. Wiadomości lecznicze i drobne. Wiadomości bieżące.

Prenumerata roczna wynosi rb. 4 wraz z przesyłką.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 75.

Adres Redakcyi
Włodzimierska 9

Warszawa

Adres Administracyi
Koszykowa 45

WODY MINERALNE HOMBURSKIE

Elisabeth - Brunnen

Landgrafen-Brunnen

Augusta - Victoria Quelle

Wskazania: przewlekłe zaparcia, stłuszczenia, moczówka cukrowa, zaburzenia czynnościowe żołądka, neurastenia żołądkowa, dna, usposobienie moczanowe, hemoroidy, koprostaza, zawał w kiszkiach, choroby wątroby, śledziony, katar żołądka i kiszki, zapalenie ślepej kiszki.

Zupełny brak bakteryi i produktów rozkładu pozwala na przesyłkę wody i na leczenie domowe.

Dzięki zawartości głównych części składowych stoją wyżej od innych źródeł słonych.

Przedstwiciciel dla Królestwa Polskiego

□ □ □ □ □ JÓZEF BRESZEL □ □ □ □ □

Warszawa, Ś-to Krzyzka 35.

Udziela bezpłatnie wszelkich informacji i wysyła pp. lekarzom rozbiory, literaturę i próby.

Zarząd źródeł mineralnych Homburskich, Homburg v. d. H.

Nowo odkryte źródło wody arsenowej

Dürckheimer Max-Quelle

w Pfalzu nad Renem

Zalecane przez profesorów v. Nordena, v. Neussera i in; pod względem zawartości soli kuchennej i $AS_2 O$ (17 mgrm w litrze) jest obecnie najsilniejszym źródłem na kontynencie, jest 3 razy silniejsze od wody Levico mocniejszej i nie zawiera żelaza.

Literaturę i szematy picia wysyła pp. lekarzom główny pełnomocnik S. Kaletzkij, Moskwa, Pokrowka 19.

Dla Królestwa Polskiego Józef Breszel,

Warszawa, Ś-to Krzyzka 35.

MASAZYSTA

Wykonywa ściśle zlecenia pp. Le-
karzy: masaż ręczny, wibracyjny
i gorące powietrze, okłady błot-
ne, zabiegi kosmetyczne

ZENON STAWE

Wspólna № 9.
Telefon 244-26.



GRIES bei BOZEN

Sanatorium.

Zakład leczniczy dla chorych na płuca.

(Założony 1901) Lekarz naczelny
Dr. V. Malfér.

Prospekty!

Sanatorium St. Pankratius pierwszorzędne uzdro-
wisko dla chorych płucnych i krtaniowych w najodpowiedniej-
szej zimowej stacji klimatycznej **Arco** w Tyrolu południowym.

W pobliżu jeziora Garda. Jedyny wielki zakład specjalny
w Austrii południowej. Leczenie za pomocą **SZTUCZNEJ**
ODMY PIERSIOWEJ. PRACOWNIA ROENTGENA.

Sezon od 15 września do końca maja. Prospekty na żądanie
bezpłatnie. Lekarz zarządzający **D-r ROB. PERSCH.**

Pielęgniarki: siostry miłosierdzia Św. Krzyża.

PEWNE WYLECZENIE ZATWARDZENIA

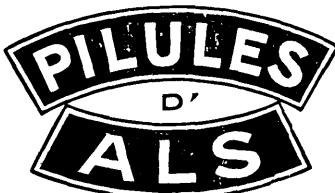
I JEGO NASTĘPSTW.

*Jedna pigułka (lub dwie w przypadkach uporeczy-
wych) przed lub podczas posiłku wieczornego
nie wywołują ani bólów ani kolki.*

Flakon zawierający 30 pigułek d'ALS :
75 kopiejek.

We wszystkich aptekach i składach aptecznych.

H. NOGUÈS, pharmacièn, 64, boulevard de Port-Royal. PARIS.



Nazwa „ALS” znajduje się
na każdej pigułce.

MUIRACI

Części składowe: Muirap
puama, lecytyna, ko
rzeń lukrecyi.

Wskazania:

Niemoc męska płcio
wa. Neurastenia i in
ne cierpienia systemu
nerwowego.

*Próby i literatura
na żądanie bezpłatnie.*

Ws

Jako
cy w
mie, r
nerwob
i innych
ściach. Zn
sażu w prz
u sportowców
niejszy od cz
posiadającego m
esteru metylowo-sa
jek gaurterjanowy a

*Próby i literatura
na żądanie*

Skład fabryczny: Kantor prepar. chemicz. St. Peter
Skład dla Król. Polskiego S. Rościszewski i J. Kirchmayer, Wal

Castoreum Bromid

CASTOREUM BROMID

Weigert

*Sól bromowa musująca
z walerjaną i piżmem.*
Lek swoisty przeciwko
wszelkim nerwicom syste
mu krążenia i ośrodkowym.
**ANTIHYSTERICUM, HY
PNOTICUM, ANTIEPILE
PTICUM i SEDATIVUM.**
Zalecany przez powagi
(Binswanger — Wiedeń,
Eulenburg — Berlin) oraz
przez licznych praktyków
miejskowych i zagranicz
nych. Cena $\frac{1}{2}$ fl. rb. 1.25,
 $\frac{1}{1}$ fl rb. 2.25.

Literatura: Neurolog
d-r Deubler. Regensburg
„Therap. Monatshefte
1907”. D-r Weiss, Wie
deń „Die Heilkunde”.
Październik 1906.

Pożywka prof. Soxhlet'a

POŻYWKĄ PROF. SOXHLET'A

Dla osesków jako pokarm stały,
dla dzieci starszych i dla do
rosłych podczas i po chorobach
wyczerpujących.

**Cukier odżywczy i ulepszony
buljon Liebig'a,** w postaci prosz
ku w pudełkach po $\frac{1}{2}$ kgm.

Kakao odżywcze w pudełkach
po $\frac{1}{2}$ kgm.

Cukier żelazisty odżywczy z
0,7% ferrum oxyd glycerophosphoric.
w pudełkach po $\frac{1}{2}$ kgm.

Kakao żelaziste odżywcze z
10% ferrum oxyd. Sacchar, Sol;
pudełka po $\frac{1}{2}$ kgm.

Łatwostrawne przetwory żela
ziste odpowiednie w zaniku i nie
dokrwiłości.

BIO Z O

bezwzględnie niedo
niący preparat odżywczy
białkowo żelazisty z le
cytyną, nie wywołuje za
burzeń w trawieniu, na
wet w cierpieniach go
rączkowych ostrych i
przewlekłych; znoszony
jest dobrze pobudza łak
nienie, zwiększa wagę
ciała, ilość hemoglobiny
i liczbę krążków czerw
onych krwi. Dzięki za
wartości żelaza odżywia
i wytwarza krew, dzięki
lecytynie wzmacnia ner
wy.

Cena pudełka rb. 2.

PIERWIASTEK
TALOWEGO

ATAR PEČHERZA
ZOWEGO

APSULEK DZIENNIE.

UJE BÓLÓW NERKOWYCH.

5, Rue du Docteur Blanche-PARIS.

DORFA biały kauczukowy plaster lepki

LEUKOPLAST

jest ideałem plastra lepkiego:

LEUKOPLAST nie drażni skóry i dla tego może być używany do stałych opatrunków nawet u osób mających skórę bardzo delikatną.

LEUKOPLAST przylepia się mocno i elastycznie, dzięki czemu opatrunki nie przesuwają się nawet przy wysiłku.

LEUKOPLAST zezwala na wielkie uproszczenie opatrunków i na znakomite zaoszczędzenie innych materiałów opatrunkowych (bandaży i wały) używają go przeto stale w szpitalach i przekładają nad inne plastry lepkie. Użycie plastra na szpulce, zaleca się jako szczególnie czyste, poręczne i oszczędne.

LEUKOPLAST na kretonie, wystarczający do większości opatrunków: na szpulkach 5 i 10 m. długości, 1 $\frac{1}{4}$, 2 $\frac{1}{2}$, 3 $\frac{3}{4}$, 5, 6 $\frac{1}{4}$, 7 $\frac{1}{2}$, 10 cm. szer. gładki i dziurkowany. 1 $\frac{1}{4}$ cm. szer. tylko gładki.

LEUKOPLAST na płótnie żaglowem do opatrunków wyciągowych na szpulkach po 5 metrów, 2 $\frac{1}{2}$, 3 $\frac{3}{4}$, 5, 6 $\frac{1}{4}$, 7 $\frac{1}{2}$ i 10 cm. szer., gładki i dziurkowany.

P. BEIERSDORF & CO., HAMBURG 30.

Próbki bezpłatnie. FABRYKA CHEMICZNA. Próbki bezpłatnie.