

GAZETA LEKARSKA

TRESC. I. WŁADYSŁAW SZUMOWSKI. Przypadki gruźlicy płuc, leczone metodą Krokiewicza. Str. 847. II. J. PAWIŃSKI. Zaburzenia innerwacyi a cierpienia organiczne serca i naczyń. (Dok.). Str. 851. III. HENRYK HIGIER. Kłasyfikacya idiotyzmu. (Dok.). Str. 856. IV. Doc. W. NOWICKI. Badania nad istotą chromochłonną nadnerczy zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek. (C. d.). Str. 859. *Dział sprawozdawczy.* 143. ESCHERICH. Co nazywamy skrofulozą? Str. 862—144. M. BECK. W kwestyi uodparniania przeciw gruźlicy. Str. 863. 145. FALK i TEDESKO. Nowe poszukiwania nad płwociną. Str. 863. *Odcinek.* JÓZEF JAWORSKI. Monsummano-Grota Giusti i Montecatini. Miejscowości lecznicze włoskie. Str. 864. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

I. Z KLINIKI PROF. A. GLUZIŃSKIEGO WE LWOWIE.

Przypadki gruźlicy płuc, leczone metodą Krokiewicza.

Podał

Dr Władysław Szumowski.

Odczyt, wygłoszony na I Zjeździe internistów polskich d. 19-go lipca 1909 r. w Krakowie.

W medycynie posiadamy, biorąc rzecz z grubsza, dwa typy leczenia swoistego. Jeden typ—immunizacyjny, dąży do wytworzenia odporności na pewne zarazki i ich jady, drugi—farmakologiczny polega na swoistem działaniu pewnego leku na czynniki chorobotwórcze. Teoretyczne uzasadnienie zjawisk leczenia swoistego jest pokryte mgłą tylu hipotez, że jest rzeczą bardzo trudną, jeżeli nie wręcz niemożliwą, rozstrzygnięcie z góry, czy pewna metoda może mieć wartość metody swoistej, czy nie. Jedynym sprawdzianem może być tutaj tylko doświadczenie i to doświadczenie krytyczne, oparte na wielkim materiale i uwzględniające jak najściślej wszystkie trudności, na jakie napotyka w terapii szukanie rzeczywistych związków przyczynowych.

Leczenie gruźlicy metodą KROKIEWICZA ¹⁾ uwzględnia jednocześnie oby-

¹⁾ Przegląd Lekarski 1908, oraz I Zjazd internistów polskich 1909.

dwa powyższe typy leczenia swoistego, mamy tu bowiem i tuberkulinę, i prócz tego szereg środków farmakologicznych, które mają bezpośrednio, czy pośrednio sprawę gruźlicy w ustroju powstrzymywać. Nowa metoda posiada jednak także swoją odrębną właściwość, mianowicie jest metodą złożoną, składającą się z kilkunastu nieraz środków, gdy tymczasem dotychczasowe swoje metody były zazwyczaj proste i polegały na stosowaniu tylko jednego środka. Zapewne, możnaby z tego powodu zauważyć, że nowa metoda poszła odmienną drogą, niż dotychczasowe, i mógłby ktoś dlatego nie mieć do niej zaufania, jednakże wszelki racjonalizm w terapii jest tylko wtedy usprawiedliwiony, jeżeli idzie ręka w rękę z empiryzmem, i przedewszystkiem należy i tutaj zapytać doświadczenia.

Moje doświadczenie prawdziwe jest w porównaniu z doświadczeniem autora metody nadzwyczaj szczupłe, gdyż posiadam zaledwie 7 przypadków gruźlicy płuc, które leczyłem w klinice prof. GŁUZIŃSKIEGO nową metodą, i to przypadków leczonych przez czas krótki; jednakże w przekonaniu, że wielkie doświadczenie powstaje z małego, postanowiłem i o moich przypadkach parę słów powiedzieć.

Do leczenia brałem przypadki gruźlicy płuc we wszystkich trzech okresach, wychodząc z tego założenia, że sam tylko początkowy okres gruźlicy najmniej się nadaje do sprawdzenia swoistości metody, w tym bowiem okresie i bez leczenia sprawa gruźlicza nieraz łatwo się uspokaja. Tym sposobem z moich siedmiu przypadków tylko jeden należał do I okresu, cztery należały do okresu II, a dwa do okresu III gruźlicy płuc. Starłem się też o to, żeby, stosując leczenie, nie zmieniać innych warunków życia chorego, gdyż wiadomo, jak wielkie znaczenie właśnie w gruźlicy mają warunki życia. Dlatego z 7-u moich przypadków, 4—to były przypadki ambulatoryjne. Chorzy przychodzili co drugi dzień do kliniki, gdzie otrzymywali pigułki i wstrzykiwania. Przypadkom, które leżały w klinice, zawsze można zarzucić, że nie stosowana metoda, ale samo leżenie w klinice, spokój i dobre żywienie sprowadziły poprawę.

Pigułki i płyny do wstrzykiwań były przyrządzane według przepisów autora w aptece lwowskiego Szpitala powszechnego. Płyny do wstrzykiwań, przyrządzone od razu ze wszystkich składników, po pewnym czasie, jak to już zauważył autor—ciemnieją. Wstrzyknięcie płynu świeżego, bezbarwnego jest prawie niebolesne; gdy płyn ściemnieje, bolesność jest większa. Jednakże nie zdarzyło się ani razu, żeby z powodu bolesności, chory chciał zaprzestać leczenia. Przeciwnie, wszyscy chorzy bez wyjątku znosili leczenie bardzo dobrze. Wstrzykiwania robiono zawsze co drugi dzień, naprzemian z płynem pierwszego i drugiego tak, że ten sam płyn wstrzykiwano co czwarty dzień. Raz jeden po pierwszym wstrzyknięciu zauważyłem odczyn pod postacią krótkotrwałego podniesienia ciepłoty [z 38,4° do 39,2°], lekkich dreszczów, bólu głowy.

Ponieważ zawsze obawiać się należy, że odczynowi ogólnemu towarzyszy jednocześnie odczyn miejscowy w chorem płucu z powiększeniem nacieków—rzecz dla ustroju niekorzystna, przeto prócz tego jednego przypadku,

w którym obserwowałem odczyn po pierwszym wstrzyknięciu, we wszystkich pozostałych zaczynałem wstrzykiwania od 1 lub 1½ ctm. sz. płynu i dopiero za 2-giem lub 3-ciem wstrzyknięciem przechodziłem do zwykłej dawki 2 ctm. sz. i odczynu w tych warunkach więcej nie widziałem.

P r z y p a d e k 1 [okres gruźliczy II]. J. Z., lat 18, słuchacz leśnictwa, dziedzicznie nie obciążony, podaje, że chory od 3-ch tygodni, kaszle i czuje się osłabiony. Chory bladej, dobrze odżywiony. W obu szczytach znaczna retrakcja, zwłaszcza w prawym; przytłumienie w obu szczytach: w prawym większe, z przodu po stronie prawej do 2-go żebra, po lewej—w szczycie i na obojczyku; z tyłu przytłumienie w obu szczytach do grzebienia łopatki. Rozedma płuc wyraźna. Zmiany przysłuchowe w obu szczytach pod postacią nieznacznych zaostreń wdechu i przedłużenia wydechu. Po stronie lewej z tyłu między kątem łopatki a kręgosłupem nieliczne rzężenia drobnobańkowe niedźwięczne. Po stronie prawej z tyłu w dole wdech i wydech bardzo szorstki. Ciepłota dochodzi do 37,5°. Prątki w płwocinie obecne. Chory przychodził do kliniki co drugi dzień i otrzymywał pigułki i wstrzykiwania. Razem wstrzyknąć otrzymał 19. Chory stwierdzał w sobie znaczny przybytek sił, wygląd miał lepszy, kaszel mniejszy. Obiektywnie zmiany w szczytach te same, zmiany przysłuchowe w dolnych płatach znikły. Przybytku na wadze nie było. Chory wyjechał do Zakopanego.

P r z y p a d e k 2-gi [okres gruźliczy I]. T. O., lat 38, dozorca, chory od dwu lat, kaszle, osłabiony, nie ma apetytu, poci się w nocy. Chory dobrze zbudowany i dobrze odżywiony, zmiany w obu szczytach, w prawym do II żebra. Nie gorączkuje. Prątków nie wydziela. Przychodził do kliniki co drugi dzień i otrzymywał pigułki i wstrzykiwania. Po 15-u wstrzyknięciach stan podmiotowy znacznie lepszy, apetyt większy, siły większe, kaszel mniejszy, poty mniejsze. Choremu przybyło na wadze 0,8 kg., przedmiotowo zmiany te same. Chory wrócił do zwykłych zajęć.

P r z y p a d e k 3-ci [okres gruźliczy II]. A. S., lat 44, kowal, czuje się chorym od 3-ch miesięcy, osłabiony, kaszle, dużo odpluwa, boli go w piersiach, ma duszność. *Phthisis fibrosa* ze znaczną rozedmą. Prątki w płwocinie. Ciepłota do 38°. Leżał w klinice, gdzie brał pigułki i otrzymał 22 wstrzyknięcia. Przybytek sił, przybytek na wadze 2,5 kg., kaszel mniejszy, mniej obfite odpluwanie. Ciepłota do 37,5°. Opuścił klinikę z poczuciem poprawy.

P r z y p a d e k 4-ty [okres gruźliczy II]. P. K., lat 26, kucharka, czuje się chorą od 3-ch miesięcy, łatwo się męczy, kaszel suchy; miewała krwioplucie. W prawym szczycie z przodu przytłumienie do 2-go żebra, z tyłu na 3 palce od szczytu, z przodu i z tyłu w szczycie rzężenia drobnobańkowe, niedźwięczne. W lewym szczycie tylko wypuk krótszy. W dolnych płatach ognisk wykazać nie można. Ciepłota do 37,3°. Chora przychodzi do kliniki i w ciągu dwu miesięcy otrzymała obok pigułek 26 wstrzyknięć. Podmiotowo stan dobry: już po 10-u wstrzyknięciach chora czuła się silniejszą, tak, że przedsięwzięła kilkunastogodzienną męczącą podróż. Po tej podróży wystąpiło krwioplucie i 10-dniowa przerwa we wstrzykiwaniach. Po 26-em wstrzyknię-

ciu chora oświadczyła, że czuje się od chwili rozpoczęcia leczenia w ogóle lepiej, jest silniejsza, mało kaszle. Ciepłota dochodzi do 37,7°. Przedmiotowo wykazano zmiany większe, niż były. Po stronie prawej z przodu do 3-go żebra, z tyłu do połowy łopatki, wdech i wydech w szczycie oskrzelowy. W szczycie lewym zmiany te same.

Przypadek 5-ty [okres gruźlicy II]. K. K., lat 15, córka służącego; matka jej umarła na suchoty. Podaje, że jest chora od 10-u tygodni, kaszle, miała 4 krwotoki płucne; gorączka, poty, osłabienie, brak apetytu, utrata na wadze. Chora leży w klinice. Rozległy naciek w lewym górnym płacie, nieznaczny w prawym szczycie. Dolne płaty wolne. Ciepłota do 37,8°, rzadko do 38,4°. Prątki w płwocinie obecne. Chora obok pigułek otrzymała 17 wstrzyknień z trzytygodniową przerwą z powodu krwioplucia, a potem miesiączki. Po pierwszym wstrzyknięciu 2 ctm. sz., wystąpił odczyn pod postacią większej gorączki do 39,2°, lekkich dreszczów, bólu głowy. Stan chorej pogarszał się stale. Gorączka często do 38,5° i wyżej. Po 17-em wstrzyknięciu przedmiotowo naciek w całym lewym górnym płacie z objawami rozpadu. Naciek w prawym szczycie do 2-go żebra.

Przypadek 6-ty [okres gruźlicy III]. W. G., lat 18, nauczycielka, przed rokiem przebyła, jak podaje, influencę, przed miesiącem miała wybuch krwi i już wtedy gorączkowała. Obecnie dużo kaszle, od czasu do czasu ma rozwolnienie. Prątki obecne w płwocinie i w stolcu. Ciepłota codzień do 39°—39,2°. Chora leży w klinice. Naciek z rozpadem w całym płacie prawym górnym, ogniska porozrzucane w płatach dolnych. Zrobiono 8 wstrzyknień bez skutku. Chora w parę tygodni potem zmarła.

Przypadek 7-my [okres gruźlicy III]. E. G., lat 37, urzędnik, chory od 10-u lat. Znaczne zmiany w obu górnych płatach, częściowo włókniste. Ciepłota często powyżej 38°, prątki w płwocinie obecne, gruźlica krtani, Chory przychodził do kliniki. Dawano pigułki i zrobiono 12 wstrzyknień. Chory spadał z sił widocznie. Wstrzykiwań zaprzestano. Chory niebawem zmarł.

Zestawiając powyższe moje przypadki, widzimy, że w jednym przypadku gruźlicy w I okresie [przyp. 2-gi ambulatoryjny] i w dwu przypadkach gruźlicy w II okresie [jeden przypadek ambulatoryjny Nr. 1 i jeden kliniczny Nr. 3] nastąpiła u chorych pewna poprawa; w jednym przypadku gruźlicy w II okresie [przypadek Nr. 4-ty ambulatoryjny] chora podmiotowo miała się lepiej, choć przedmiotowo sprawa się pogorszyła; w jednym przypadku gruźlicy w II okresie [przypadek Nr. 5-ty kliniczny] i w dwu przypadkach gruźlicy w III okresie [jeden przypadek ambulatoryjny Nr. 7-y i jeden kliniczny Nr. 6-ty] żadnej poprawy nie było. Oczywiście na podstawie moich 7-u przypadków jest niemożliwe wyprowadzanie wniosku co do istnienia związku przyczynowego między stosowaną metodą a obserwowaną poprawą. Dwu ostatnich przypadków możnaby nie brać w rachubę, gdyż w obu gruźlica była już istotnie bardzo posunięta. Najlepsze z moich doświadczeń są dwa pierwsze: oba ambulatoryjne, w obu chorzy podmiotowo czuli się lepiej, kaszel się zmniejszył, sił przybyło, w pierwszym rzężenia znikły, w drugim był

niewielki przybytek na wadze. Jednakże i w tych przypadkach, jak i we wszystkich podobnych pamiętać trzeba, że w gruźlicy poprawa łatwo może nastąpić przy stosowaniu pewnej metody, ale może nie wskutek stosowanej metody. *Post hoc* nie jest jeszcze *propter hoc*. Z tych dwu przypadków, jeden—to był słuchacz leśnictwa, przygotowujący się do egzaminów, drugi—dozorca, ciężko pracujący. Obie osoby już przez to samo, że były w leczeniu—mniejsza o to, jakim, z pewnością zachowywały się w domu tak, jak osoby chore. Słuchacz leśnictwa lepiej zaczął jadać, mniej się męczył, dozorca przestał ciężko pracować i był w domu przedmiotem większego starania. KLEMPERER¹⁾ sądzi, że w leczeniu gruźlicy wstrzykiwaniami tuberkuliny należy się liczyć nawet z psychicznym wpływem samego wstrzykiwania. To samo mogłoby być i tutaj. Czy mogę zapewnić, że to stosowana metoda lecznicza była przyczyną osiągniętej poprawy, a nie powyższe czynniki?

To są trudności, które nakazują mi być bardzo oględnym w wyprowadzaniu wniosków z moich, nielicznych zresztą doświadczeń i pozwalają chyba tylko na najostrożniejsze sformułowanie ogólnego ich wyniku w następujący sposób: moje przypadki nie zniechęcają do nowej metody.

Na zakończenie niech mi wolno będzie panu Profesorowi ANTONIEMU GLUZIŃSKIEMU za pozwolenie korzystania z materiału klinicznego złożyć serdeczne wyrazy podziękowania.

II. Zaburzenia innerwacyi a cierpienia organiczne serca i naczyń.

Skreślił

Dr med. J. Pawiński.

Odczyt wypowiedziany na I Zjeździe internistów Ziemi Polskiej w Krakowie d. 20-go lipca 1909 r.

(Dokończenie — Patrz Nr. 38).

II.

Przechodzimy teraz do innego działu zaburzeń innerwacyi, które mają wielkie podobieństwo do objawów, spostrzeganych w cierpieniu mięśnia sercowego, a zwłaszcza otłuszczeniu. Mogą zaś występować albo obok zmian w mięśniu serca, najczęściej u kobiet otyłych, albo też samodzielnie, jako częste nerwice serca i oddechowe. Punktem wyjścia ich są zwykle zaburzenia w sferze płciowej.

¹⁾ Therapie d. Gegenwart 1909

1) Duszność w postaci głębokich wdychań (*suspiria*). Jest ona odmienną od zwykłej duszności, zależnej od niedomogi serca, lub rozedmy płuc. Występuje nie przy prędszym ruchu, wchodzeniu pod górę, lecz głównie wśród spokoju. Polega zaś na uczuciu braku powietrza i potrzebie głębokiego wdychania. Chory ma wrażenie jakby w głębi płuc istniała jakaś przeszkoda, nie pozwalająca na swobodne wejście powietrza do klatki piersiowej. Duszności tego rodzaju towarzyszy często uczucie nacisku, gniewienia w górnej i średniej części mostka, niekiedy zaś ściskanie w gardle (*globus hystericus*), lub znikanie tętna.

Duszność ta nie jest stałym objawem, znika nieraz na całe tygodnie, lub miesiące, pozostaje w ścisłej zależności od wpływów nerwowych, a zwłaszcza przygnębiających, jak również od czasu odpływów miesięcznych u kobiet. Niekiedy zjawia się na przemian z ziewaniem i kulą histeryczną. Często przyczyną jej zdają się być nieprawidłowe stosunki płciowe. *Cardiaca*, a zwłaszcza naparstnica, strofant, tak skuteczne w zwykłej duszności, nie przynoszą ulgi, nawet stan pogarszają. Przeciwnie brom, waleryana, piżmo, zabiegi hydropatyczne, a zwłaszcza uspakajający wpływ lekarza, pomyślny wpływ wywierają. Rzecz godna zaznaczenia, iż z wystąpieniem znaków istotnej niedomogi serca, opisana powyżej postać znika.

2) Inny rodzaj duszności—przedstawia astma psychiczna, zjawiająca się w postaci napadów, zwykle w nocy, często u kobiet otyłych w okresie przełomowym. Chora budzi się ze snu z uczuciem krótkiego oddechu, biciem serca i trwogą przysercową. Zrywa się z łóżka, biegnie do sąsiedniego pokoju, niekiedy otwiera okno, lub lufcik nawet podczas chłodnej zimowej pory, wychyla głowę, usiłując zaczerpnąć jak najwięcej powietrza. Na twarzy maluje się wielki niepokój, przyczem oddech niezawsze jest przyspieszony. Poza atakami chore doznają duszności przy chodzeniu, narzekają na bole w okolicy mostka.

W narządach oddechowych nie nieprawidłowego wykryć nie podobna, jak również i w narządzie cyrkulacyjnym. Ciśnienie tętnicze bywa często wzmożone. Podczas napadu czynność serca ulega pewnym zmianom, niekiedy staje się bardzo słabą i wymaga zastosowania środków podniecających. Po napadzie chore czują się wyczerpane nie tylko moralnie, lecz i fizycznie; w przeciągu kilku lub kilkunastu dni nie są w stanie dźwignąć się z łóżka.

Pobyt w wysokich górach, jak np. w S. Moritz, Poutresina, Maloja, Davos i t. p. wywiera pomyślny wpływ na astmę podobną, przebywanie zaś w mieszkaniach niskich, choćby dostatecznie obszernych, sprzyja napadom. Z przejściem okresu przekwitowego dychawica albo zupełnie znika, albo występuje rzadziej i w słabszym stopniu.

Niekiedy podobna jest do astmy oskrzelowej w samym początku rozwoju tejże, kiedy astma zjawia się na bardzo krótko zwykle w nocy, bez wydatnych objawów wysłuchowych ze strony oskrzeli.

W dalszym przebiegu cierpienia rozpoznanie nie przedstawia już trudności ze względu na obecność spastycznych objawów w drogach oddechowych i utrudnionego wydechu.

3) *Hyposthenia cardio-vasculosa climacterica* ¹⁾ cechująca się osłabieniem, wyczerpalnością serca i układu nerwowego.

4) Duszność z trwogą przysercową, zbliżoną bardzo do dusznicy bolesnej, widywałem tylko u mężczyzn. Wyróżnia się od poprzednich postaci, że występuje głównie przy ruchu i z tego właśnie powodu ma duże podobieństwo do *ang. pectoris*. Duszność łączy się z nieprzyjemnem uczuciem w okolicy mostka, jakby uciskiem, a zwłaszcza z niepokojem, obawą. Występuje zaś nie w domu, lecz przy chodzeniu po ulicy, a zwłaszcza ruchliwej. Chory zmuszony jest od czasu do czasu zatrzymywać się, niekiedy zaś wśród lęku powracać do domu. Rozpoznanie przedstawia w podobnych razach wiele trudności, zwłaszcza, skoro cierpienie dotyczy osobnika w wieku starszym, w którym możliwość stwardnienia naczyń nie jest wykluczona. Zresztą wiadomo, że i ciężkie nieraz postaci dusznicy bolesnej, oparte na sklerozie naczyń wieńcowych serca, mogą występować bez żadnych wyraźnych fizykalnych objawów ze strony serca, jak w duszności, o której mowa. W innych znowu przypadkach istnieją pewne zmiany w narządach wewnętrznych, na zasadzie których usiłujemy wytłómaczyć sobie patogenezę podobnej duszności. Nieraz dopiero bardzo długa i umiejętna obserwacja doprowadza nas do wniosku, że źródłem cierpienia są zaburzenia w innerwacyi, a zwłaszcza pochodzące ze sfery płciowej. Przypominam sobie podobnego chorego, dotkniętego rozedmą płuc i rozcięciem żołądka, atonią kiszek. Raz zdawało się nie tylko mnie, lecz kolegom wzywany na poradę, że przyczyną dusznicy jest rozedma, innym znowu razem, że—cierpienie narządów brzusznych. Stąd też kierowaliśmy chorego to do Szczawnicy, to znowu do Karlsbadu, Maryenbadu i t. p. Ani jedno, ani drugie—nie przynosiło choremu ulgi. Dopiero, kiedy wyznał, że od wielu lat popełnia różne nadużycia płciowe na tle nienormalnych stosunków małżeńskich i kiedy zaczął ich unikać, wtedy owo *pseudoangina pectoris* stopniowo zniknęła. Wreszcie pod wpływem tonizującej kuracyi hydropatycznej ustąpiła zupełnie.

III.

W chorobach naczyń, a zwłaszcza w tak zwanej popularnie sklerozie, zaburzenia innerwacyi zajmują bardzo pokaźne miejsce. Dotyczy to przede wszystkim sklerozy naczyń wieńcowych serca czyli inaczej mó-

¹⁾ Sur l'hyposthenie cardio-vasculaire climactérique par le Dr JOSEPH PAWIŃSKI. Communication faite à l'Académie de médecine de Paris le 2 novembre 1904. Revue de Médecine. Paris 1905, Nr. 2 (Février) i Gazeta Lekarska 1905.

wiąć, zbioru objawów, znanych pod nazwą *angina pectoris*. Istnieje nawet oddzielna postać tego cierpienia, której punktem wyjścia są zaburzenia innerwacji bądźto w tętnicach odżywczych serca, bądź też w splocie sercowym. Jest to t. zw. *angina pectoris spuria* występująca zwykle w wieku młodym, a zwłaszcza u kobiet w histeryi, rzadziej u mężczyzn, dotkniętych neurastenią. Wyróżnia się od prawdziwej głównie tem, że zjawia się w spokoju, a nie wśród ruchu. Daje dobre rokowanie, pomimo bardzo burzliwych nieraz objawów i nie kończy się śmiercią.

Otóż angina fałszywa może przejść z biegiem lat w anginę prawdziwą. Ma to miejsce niekiedy dość wcześnie w warunkach, sprzyjających rozwojowi sklerozy, a więc w zakażeniu syfilitycznem, przy nadużyciach w paleniu, picu i t. p., przyczem angina fałszywa znika zupełnie, albo też występuje na przemian z anginą rzeczywistą, lub też powstaje postać mieszana. U kobiet w okresie przekwitowym objawy właściwe anginie fałszywej, biorą zwykle przewagę, a prawdziwej, istniejącej poprzednio, ustępują na drugi plan.

Neurastenia i histerya może jeszcze pod postacią nerwicy naczynioruchowej serca występować obok anginy piersiowej prawdziwej. Zjawia się w postaci napadu: chory czuje naprzód silne bicie serca, lęk, nieokreślone bole w okolicy serca, częste przestanki (*extrasystole*), drżenie całego ciała, ziębniecie kończyn, później rozpalenie w twarzy. W końcu zjawia się lekkie spocenie ciała, zwłaszcza dłoni i stóp, potrzeba częstego oddawania moczu, zwykle wodnistego i obfitego. U kobiet napad kończy się często ziewaniem i dreszczami. Osłabienie, rozłamanie ogólne, pozostaje jeszcze kilka dni. Niekiedy napad podobny jest tylko wstępem, do prawdziwej anginy. W innych razach zjawia się naprzemian z tą ostatnią, lub też podczas napadu *ang. pectoris*, występują bardzo wyraźne zaburzenia naczynioruchowe (*angina pectoris vasomotoria*—NOTHNAGEL).

Pominąwszy nawet powyżej wymienione powikłania, przyznać trzeba, jak ważną rolę odgrywa systemat nerwowy w zwykłych przypadkach *ang. pectoris*. Tętnice wieńcowe bywają nieraz bardzo zmienione, a bole nieznaczne i odwrotnie. Objaśnić to można tylko większym lub mniejszym udziałem innerwacji w patogenezie napadu. W leczeniu więc okoliczność tę uwzględnić należy. I rzeczywiście niejednokrotnie miałem sposobność przekonać się, że przetwory bromu, waleryany, arszeniku, chłodne obmywania, działały pomyślniej w wielu przypadkach, aniżeli cały arsenał środków, skierowanych ku zwalczaniu arteriosklerozy. Głęboko utrwalił mi się w pamięci pewien chory z prowincyi z bardzo ciężkimi napadami stenokardyi. Wszelkie środki, używane w podobnych razach, okazały się bezskutecznymi. Po powrocie do domu, żona zrozpaczona ciężkim stanem męża, z własnej inicjatywy zaczęła mu stosować obmywanie całego ciała chłodną wodą, według znanego podręcznika ks. KNEIP'a, odrzuciwszy wszelkie leki poprzednie. Już po kilku dniach bole stenokardyalne stawały się coraz słab-

bsze, a po kilku tygodniach znikły zupełnie. Chorego miałem sposobność widzieć w kilka lat później. Wprawdzie lekkie bole zjawiały się jeszcze, lecz w bardzo rzadkich odstępach czasu i tylko po forsownych ruchach, lub też po przepełnieniu żołądka. Chory niezdolny poprzednio do pracy, odzyskał dawną sprawność, zarządzając dużym gospodarstwem ziemskim.

Skuteczne działanie kąpieli kwaso-węglowych, nawet w przypadkach o wysokim ciśnieniu, należy zapewne tłómaczyć sobie wpływem tychże nie tyle na mięsień serca, ile przede wszystkim na systemat nerwowy w ogóle. Niekiedy znowu usunięcie pewnych nadużyć, a zwłaszcza tych, których źródłem są nienormalne stosunki płciowe, tak częste w naszych czasach, jak również i zboczenia w położeniu macicy, wpływa bardzo korzystnie na przebieg anginy piersiowej. Bez uwzględnienia tej okoliczności, przetwory jodu, nitrogliceryny i t. p. na nic się nie zdadzą, niekiedy pogarszają nawet stan chorego.

Dla całości obrazu zaburzeń innerwacyi i ich stosunku do naczyń, uważałbym za konieczne wspomnieć jeszcze o cierpieniu, do którego sami lekarze najczęściej się przyczyniają. Mam tu na myśli t. zw. sklerozofobię. Jest ona wytworem ostatnich kilkunastu lat. W miarę, jak kwestya stwardnienia naczyń zajmowała coraz więcej klinicystów i stawała się coraz więcej popularną, w miarę tego i chorzy bywali o niej uświadamiani. Przesadne nieraz pojęcie o znaczeniu i następstwach sklerozy, zwapnienia naczyń, udzielane chorym w nieodpowiedni sposób, często w przypadkach o łagodnym przebiegu—lub w tych, w których są tylko pozory sklerozy [zwiększone napięcie naczyniowe pochodzenia nerwowego], może wywołać drogą sugestyi—sklerozofobię. Pod wpływem obawy o ciężką chorobę naczyń, nawet u osób, której w istocie jej nie mają, ciśnienie tętnicze wzrasta się znacznie, a drugi ton aorty staje się silniejszym, zjawia się kołatanie serca, stan podniecenia, bezsenność, niekiedy zawroty głowy i ogólny rozstrój nerwowy. Jeśli choremu takiemu przepisuje się przetwory jodu, lub modnej dziś antysklerozyny, lub mierzy się często ciśnienie krwi, lub mówi się o jakimś akcencie w sercu, to oczywiście wszystko to potęguje tylko urojoną chorobę i może być nawet ważnym momentem patogenicznym w rozwoju sklerozy. I przeciwnie, jakże szybko powyższe objawy znikają, skoro się uda lekarzowi odpowiedniemi przemówieniami i postępowaniem przekonać chorego o urojonej jego chorobie.

Streszczając wszystko, co dotychczas było powiedziane, okazuje się:

1) że zaburzenia czynnościowe pochodzenia neurastenicznego i historycznego mogą w różnej kombinacji występować względem cierpień organicznych układu krwiobiegu i

- a) albo zajmują pierwsze miejsce, pokrywając sobą chorobę organiczną,
- b) lub wpływają na zmienność jej objawów, nawet fizykalnych,
- c) wreszcie mogą wywołać zbiór objawów, właściwych cierpieniom organicznym układu krążenia krwi i oddychania.

2) Przyczyna nerwicy serca tkwi w większości przypadków w zaburzeniach sfery płciowej.

3) Znajomość stosunku innerwacyi do cyrkulacyi jest rzeczą niezmiernie doniosłego znaczenia dla lekarza praktyka, bo od tego rokowanie i cały plan leczenia zależy.

Chroń go od jednostronnego kierunku terapii, polegającej na przepisywaniu w chorobach serca i naczyń tylko leków sercowych i dużych dawek środków podniecających, na wzór dawnego brownizmu.

Wykazuje ważność psychoterapii w stanach podobnych.

W końcu poucza, że teoria ENGELMANA, upatrująca cały witalizm [automatyzm] serca w jego włóknach mięsnych, z punktu spostrzeżeń klinicznych jest zbyt jednostronną.

P. S. Podczas dyskusyi nad odczytem powyższym zabrał głos pref. PILTZ, twierdząc, że według jego głębokiego przekonania nie należy zmiany w temperamencie, nastroju chorych, o których przy wadach serca wspominałem, uważać za następstwo zaburzeń cyrkulacyjnych, lecz odnieść je trzeba do odziedziczonych właściwości nerwowych. Ponieważ zaś, jak łatwo się przekonać z całego toku mej pracy, wyraźnie zaznaczałem, że stany neurasteniczne, historyczne, występujące obok zmian organicznych serca i naczyń, tworzą pewne typy kliniczne, nie pozostają jednak z nimi w bezpośrednim, przyczynowym związku, zarzut więc, jaki mi uczynił prof. P., powstał z nieporozumienia i nie mógł być przedmiotem dalszych rozpraw.

III. Klasyfikacja idyotyzmu.

Podał

Dr med. Henryk Higier.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 38).

Nie wchodząc w opis szczegółowy wszystkich typów idyotyzmu, który będzie przedstawiony w innem miejscu na podstawie znacznego materiału kazuistycznego, pragnąłbym tylko z wielokształtnych postaci chorobnych wyosobnić oddzielne grupy, bliżej zbadane w ostatniem dziesięcioleciu i znaczenie posiadające w klasyfikacyi, a mianowicie idyotyzm ewolucyjno - endogenetyczny: 1) przy obrzęku śluzowym i kretynizmie; 2) przy mongolizmie; 3) przy chorobie rodzinnej TAY-SACHS'a; 4) przy stwardnieniu mózgu guzowatym; 5) przy stwardnieniu zanikowym; 6) przy padaczkce degeneracyjnej, samoistnej; 7) przy t. zw. demencyi dziecięcej; 8) przy diplegii mózgowej przewlekłej. Przechodzę do klasyfikacyi idyotyzmu, opierając się na określeniach we wstępie przytoczonych; nie sędzę ani na chwilę, że ją ktokolwiek zechce uważać za dogmat nienaruszalny. Stanowi

ona, jak każda klasyfikacja, nie więcej nad schemat, nad skromną próbę ujęcia w jedno wszystkich postaci idyotyzmu okresu rozwojowego ze stanowiska etyologiczno-patogenetycznego z jednej i anatomiczno - klinicznego z drugiej strony.

KLASYFIKACYA PATOGENETYCZNO - ETYOLOGICZNA IDYOTYZMU.

I. Idyotyzm, warunkowany przyczynami *e n d o g e n e t y c z n e m i*:
(znaczne obciążenie dziedziczne, okazujące wpływ już *in ovo*):

A) Niedojrzałość płodu przy urodzeniu przedwczesnem, braki wrodzone, zatrzymanie rozwoju, wytwór atawistyczny, spaczony rozwój niektórych części mózgowia lub narządów zmysłów.

B) Wrodzony brak odporności [ogólny lub umiejscowiony] lub niedorozwój pewnych pierwiastków nerwowych:

- a) Włókien nerwowych [NONNE].
- b) Komórek zwojowych [SCHAFER].
- c) Cylindrów osiowych [MERZBACHER].

C) Wrodzona wadliwa budowa lub czynność gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem: *Dysglandulismus* [obrzęk śluzowy, kretynizm, mongolizm].

D) Upośledzenie rozwoju naczyń serca:

- a) Ogólne [postaci wrodzone anangioplastyczne i kardiodystroficzne]—[DIGASPERO].
- b) Umiejscowiona mózgowa *angiodystrophia* [RANKE].

E. Stosunki rodowe istoty niezbadanej: starość rodziców, nienormalna młodość matki, różnica wieku i pokrewieństwo rodziców.

II. Idyotyzm, warunkowany przyczynami *e k s o g e n e t y c z n e m i*: 1) uraz, 2) zakażenie i 3) intoksykacja pochodzenia wewnątrz lub zewnątrz-macicznego.

A) Wrodzone schorzenie *resp.* stan ułomności, powstające pozornie endogenetycznie.

a) Upośledzenie zarodka czyli blastoforia w następstwie głębokich zbroceń w przemianie materii i zmian w zarodku komórki płciowej przy syfilisie, alkoholizmie i gruźlicy jednego z rodziców.

b) Uszkodzenie płodu wskutek czynników fizycznych lub psychicznych, oddziałujących na matkę w okresie ciąży [słabe odżywianie, uporczywe wymioty, ciężkie zmartwienia, uraz].

c) Procesy zakażne, toksyczne i zapalne w życiu płodowem z uszkodzeniem następczem:

1) Narządu krwionośnego [zapalenie wsierdza, *endarteritis foetalis*].

2) T. zw. gruczołów krwi i zarodkowych [zapalenie jąder, zapalenie gruczołu tarczowego płodowe].

3) Kory mózgowej [zapalenie opon mózgowych płodowe, wodogłowie, *microcephalia*, *microgyria*, stwardnienie mózgu płatowe i rozlane].

B) Zboczenia porodowe: 1) Poród ciężki. 2) Poród kleszczowy. 3) Poród asfiktyczny.

C) Choroby somatyczne, nabyte poza macicą, w życiu osobniczym.

a) Ogólne upośledzenie odżywienia (*dystrophia*).

b) Choroby zakaźne [zapalenie mózgowia, zapalenie opon surowicze, tyfus brzuszny].

c) Toksyczne [alkohol, ołów].

d) Urazowe.

e) Konstytucjonalne [obrzęk śluzowy endemiczny i sporadyczny].

KLASYFIKACJA KLINICZNO - ANATOMICZNA IDYOTYZMU.

I. 1) Idyotyzm ogólny. 2) Idyotyzm częściowy. 3) Idyotyzm w postaci poronnej.

II. 1) Idyotyzm ze zboczeniami przeważnie ilościowymi czyli infantyлизм psychiczny.

2) Idyotyzm ze zboczeniami przeważnie jakościowymi czyli idyotyzm *sensu strictiori*:

a) Idyotyzm, b) głupowatość (*imbecillitas*), c) niedołęstwo (*debilitas*).

III. a) Niepowikłane postaci idyotyzmu; b) idyotyzm, powikłany zboczeniami organicznymi [obrzęk śluzowy, niedorozwój narządów płciowych, otyłość, akromegalia]:

a) Niepowikłany infantyлизм psychiczny; β) infantyлизм psychiczny połączony z cierpieniami somatycznymi [karłowatość].

IV. 1) Idyotyzm wrodzony, 2) wczesny dziecięcy, 3) późny dziecięcy, 4) ogłupiałość (*dementia*) młodzieńcza czyli hebefrenia czyli obłęd młodzięczy.

a) *Dementia praecocissima* [RICCI].

b) „ *infantilis* [WEYGAND, HELLER].

c) „ *praecox* czyli katatonia.

d) „ „ *virilis*.

e) „ „ *senilis seu senium, praecox non arterioscleroticum*.

V. A) Idyotyzm z nieznacznymi lub niedającymi się stwierdzić zmianami w mózgu przy t. zw. *dysglandulismus* z zajęciem gruczołu tarczowego, ciała nabłonkowego, grasicy, nadnerczy, gruczołów płciowych, trzustki, przysadki mózgowej, gruczołu szyszkiowego.

B) Idyotyzm z ciężkimi zmianami w mózgu i defektami:

1) Potworności makro- i mikroskopowe (*porencephalia*, *microcephalia*, *microgyria*, brak spoidła, niedorozwój mózdzku, heterotypia, hipoplazja lub zwyrodnienie komórek lub włókien nerwowych).

- 2) Urazowe.
 - 3) Zapalne (*meningoencephalitis, hydrocephalus congenitus et acquisitus*).
 - 4) Porażenie mózgowe dziecięce *s. paralysis cerebialis infantilis* [ogólna sztywność wrodzona LITTLE'go, dwustronna hemiplegia, porażenie opuszkowe rzekome, obustronna atetoza i płasawica].
 - 5) Tak zw. chroniczna diplegia mózgowa [dziecięca wczesna i późna — HIGIER, FREUD, VOGT].
 - 6) Rodzinny idyotyzm, połączony ze ślepotą [TAY-SACHS].
 - 7) Stwardnienie mózgu przerostowe czyli guzowate.
 - 8) Stwardnienie mózgu zanikowe czyli płatowe [rozlane i ograniczone].
 - 9) Idyotyzm przy padaczce.
 - 10) Idyotyzm przy tężyczce, spasmofilii, rodzinnej myokolnii, płasawicy dziedzicznej, bezładzie FRIEDREICH'a, postępowej dystrofii i amyotrofii.
- VI. 1) Idyotyzm o przebiegu powolnym (*I. torpidus*).
2) Idyotyzm o przebiegu czynnym (*I. erethicus*).
- VII. 1) Idyotyzm postępujący [endogenetyczny].
2) Idyotyzm wsteczny [eksogenetyczny].
3) Idyotyzm stacjonarny [np. infantyizm psychiczny].

IV. Z INSTYTUTU PATOLOGICZNO-ANATOMICZNEGO UNIwersYTETU WE LWOWIE
[PROF. OBRZUT].

Badania nad istotą chromochłonną nadnerczy zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek.

Podał

Doc. W. Nowicki.

[Rzecz wygłoszona na I Zjeździe internistów polskich w Krakowie w dniu 21-go lipca 1901 r.].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 37].

Zanim przystąpię do omawiania zmian w zakresie istoty chromochłonnej i szczegółów, które pozostają z niemi w związku, przytoczę kilka uwag nadsuwających się z obserwacji zachowania się zwierząt w czasie i po operacji.

Jak już wyżej zaznaczyłem, młodsze króliki wycięcie obu lub nawet jednej nerki znosiły znacznie gorzej, niż starsze, a uwaga ta nie tyle dotyczy ich zachowania się w czasie, ile raczej po dokonanych zabiegu. Młode króliki, jak załączona tablica wskazuje, ginęły niestosunkowo szybko po zabiegu w porównaniu ze starszymi. Również prędzej następowała śmierć u tych królików, które w czasie operacji zachowywały się niespokojnie, a więc rzucały

się, piszczwały i trudno dawały się uspić. Przeciętny czas życia od chwili wykonania zabiegu, o ile śmierć nie nastąpiła w kilka godzin, wynosił u królików z wyciętymi nerkami trzy lub cztery doby. Najdłużej żył królik pozbawiony nerek [2] przez 5 dób i 5 godzin.

Po operacyi zachowywały się zazwyczaj spokojnie; mało piły i jadły, a na kilka godzin przed śmiercią kładły się na bok, dostawały wymiotów i biegunki i niejednokrotnie wśród krzyku i drgawek ginęły.

Na sekcyi spotykano najczęściej obrzęk płuc, wybroczyny na opłucnej, nieraz przekrwienie narządów jamy brzusznej, u tych zaś królików, którym wstrzykiwano śródżylnie wymienione wyżej płyny, znajdowano często płyn przesączynowy w jamach opłucnych, nieraz nawet w znacznej ilości, oraz mało w jamie brzusznej.

W pierwszych pięciu doświadczeniach chodziło mi o przekonanie się, jak się zachowują króliki po wycięciu obu nerek i jakie zmiany wystąpią w ich organizmie, w szczególności w nadnerczach i istocie chromochłonnej. Najdłużej po wycięciu obu nerek żył królik 2, o wadze 2940 grm., bo przez 5 dób i 15 godzin — najkrócej królik 5-ty, bo tylko 3 godziny.

W zachowaniu po operacyjnem poza wyżej wymienionymi objawami, nie charakterystycznego. Co do nadnerczy, to w pierwszym rzędzie należy wspomnieć o ich ciężarze. Jeżeli się uwzględni stosunek ich ciężaru do wagi całego zwierzęcia, to nie można pod tym względem zauważyć wybitniejszych zmian, możnaby co najwyżej podnieść pewne zmniejszanie się ciężaru nadnerczy u królików, które żyły dłużej.

Badanie drobnowidzowe w korze nadnerczy nie wykazywało zmian, co najwyżej przekrwienie. Wybitniejsze zmiany wystąpiły tylko w nadnerczach królika trzeciego, który po wycięciu nerek żył przez dwie doby. Prócz silnego przekrwienia, przyszło tutaj do wylewów krwawych w korze, a nadto do martwicy, która wystąpiła ogniskowo. W nadnerczach tego królika uderzało znaczne rozszerzenie rdzennej przy zupełnym braku istoty chromochłonnej. W istocie rdzennej zaznaczało się jej rozszerzenie, jako też porozszerzanie przestrzeni naczyńowych. Badanie na zachowanie się istoty chromochłonnej dało ciekawe wyniki. Z wyjątkiem przypadku 5-go, a zatem, gdzie królik żył przez 3 godziny — uderza zmniejszenie się istoty chromochłonnej i to stopniowe, aż do zupełnego jej braku. U zwierząt, które żyły krócej, ilość istoty chromochłonnej jest nieznacznie zmniejszona — u tych natomiast, które ginęły później, występowało już nie zmniejszenie, ale zupełny brak tej istoty.

Zaznaczyć tu muszę, że równocześnie znajdowałem w tych nadnerczach z brakiem, względnie śladami istoty chromochłonnej typowe masy tej istoty w świetle porozszerzanych przestrzeni naczyńowych, szczegół, który należy odnieść do intezywnego jej wydzielania się do owych przestrzeni. Liczba komórek chromochłonnych zmniejsza się często nawet znacznie, a sama istota chromochłonna przedstawia się blado-żółto. Rozłożenie komórek nie przedstawia nic charakterystycznego, są one rozrzucone po całej rdzennej lub usadowione grupkami.

Badanie mięśnia sercowego, jako też naczyń krwionośnych nie wykazywało makro- ani mikroskopowo żadnych zmian widocznych.

Badanie na odczyn EHRMAN'a na oku żabiem, przeprowadzone w dwu tylko przypadkach, t. j. 1-ym i 2 gim, dało wynik dodatni.

Wobec badań HORNOWSKIEGO, SCHUR'a a zwłaszcza WIESŁ'a, którzy wykazują, że u zwierząt i ludzi po narkozie, zwłaszcza u tych, którzy zginęli w kilkanaście godzin, ilość istoty chromochłonnej znacznie się zmniejsza, a wyrównanie jej następuje w jakieś czterdzieści kilka godzin, przeto owo nieznaczne zmniejszenie się tej istoty u królika 4-go [padł po 21 godz.] możnaby odnieść do wpływu narkozy. Natomiast uwaga ta nie może dotyczyć trzech pierwszych doświadczeń.

Z doświadczeń pierwszych pięciu widzimy, że ilość istoty chromochłonnej nadnerczy królików, którym wycięto obie nerki, ulega zmniejszaniu i to tem większemu, im dłużej zwierzę żyło po dokonanych zabiegu.

Równolegle ze znikaniem istoty chromochłonnej, przychodzi do pojawienia się większej ilości adrenaliny we krwi królików, a potwierdzają to spotykane charakterystyczne masy w poroszerzanych przestrzeniach naczyniowych i dodatni odczyn EHRMAN'a.

Widzimy więc, że nadnercza królików pozbawionych nerek, znajdują się w stanie wzmożonej czynności, za czem przemawia także stale towarzyszące przekrwienie. Na razie wstrzymuję się od odpowiedzi, do czego należy odnieść owo wzmożenie czynności.

W dalszych pięciu doświadczeniach chodziło mi o przekonanie się, jaki wpływ wywiera na nadnercze, względnie jego istotę chromochłonną, wycięcie jednej nerki, jednego nadnercza, względnie inne kombinacye.

Otóż królik, który padł w 18 godzin po wycięciu jednej nerki, wykazuje zmniejszoną ilość istoty chromochłonnej, co możnaby odnieść do samej narkozy; jednak fakt, że to zmniejszenie jest znacznie wybitniejsze w nadnerczu po stronie nerki wyciętej, nasuwa przypuszczenie o związku tego nadnercza z wykonanym zabiegiem. Zmniejszenie to jednak—pokazuje się z doświadczenia siódmego—wcale nie ma miejsca, jeżeli królik pozostaje przy życiu.

Na podstawie doświadczenia dziewiątego, a więc, gdzie wycięto nerkę po stronie prawej, a nadnercze po stronie lewej u królika, który padł w 54 godziny po zabiegu, widzimy znaczniejsze zmniejszenie istoty chromochłonnej po stronie nerki wyciętej, aniżeli w nadnerczu królika szóstego. Widocznie to nadnercze, objawwszy czynność drugiego, t. j. wyciętego, musiało pracować znacznie energiczniej, przedstawiając znaczny stopień wyczerpania istoty chromochłonnej. W przypadku tym odczyn EHRMAN'a wystąpił dodatnio. Za tem wzmożeniem się czynności zastępczych w nadnerczu pozostawionem, przemawiać może także doświadczenie dziesiąte, gdzie królikowi wycięto nerkę i nadnercze po tej samej stronie i mimo, że śmierć nastąpiła w 6 godzin po zabiegu—w pozostawionem nadnerczu wystąpiło znaczniejsze zmniejszenie się istoty chromochłonnej, niż możnaby to odnieść do samej narkozy.

Badanie mięśnia sercowego i naczyń królików z kombinowanym wycinaniem nerki i nadnercza nie wykazało w nich zmian widocznych.

Na podstawie zatem doświadczeń z wycinaniem jednej nerki, jednego nadnercza i kombinacji tych zabiegów, dochodzimy do wniosku, że po wycięciu jednej nerki, zmniejsza się ilość istoty chromochłonnej, więcej w nadnerczu odpowiadającym tej samej stronie, niż po stronie drugiej, że przy wycięciu jednego nadnercza przy równoczesnym wycięciu nerki — pozostała pracuje, a więc wydziela znacznie energiczniej.

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

143. Escherich. Co nazywamy skrofulozą?

Skrofuloza i tuberkuloza uważane były poprzednio za sprawy specyficznie różne; po odkryciu laseczniaka Kocha niektórzy badacze, identyfikując obie sprawy, wyrażali zdanie, że pojęcie „zołzów“ należy zupełnie skreślić i zamienić go wprost przez termin: gruźlica dziecięca.

Jeżeli pod względem anatomopatologicznym i etyologicznym pogląd ten jest słuszny, to jednak ze stanowiska kliniki trudno się nań zgodzić.

Skrofuloza przedstawia trzy patognomoniczne grupy objawów: 1) Obrzmienie gruczołów chłonnych, zwłaszcza na szyi, zjawiające się przeważnie po 4-ym, 5-ym roku życia, czasem bez wszelkich innych objawów chorobnych; ponieważ w gruczołach tych odnaleźć można laseczniaki Kocha i tak zwane komórki olbrzymie i ponieważ w późniejszym okresie mogą one uleść zserowaceniu i zropieniu, dając typowy obraz *lymphadenitidis tuberculosae* — więc oczywiście należy uważać je za ogniska wyraźnie gruźlicze. 2) Przewlekłe sprawy zapalne kości, jak np. *tumor albus*, *osteomyelitis*, często doprowadzające do wytworzenia się przetok, są też, jak wykazały badania, natury czysto gruźliczej, ale zwykle zjawiają się nieco później. 3) Najcharakterystyczniejszy jednak dla zołzów szereg objawów stanowią zmiany zapalne na powierzchni skóry i błon śluzowych, t. zw. skrofulidy, a więc różnorodne wypryski, *phlyctaena*, *blepharitis*, *rhinitis*, zgrubienie wargi górnej, *scrophuloderma* i t. d. Katary najrozmaitszych błon śluzowych występują pojedynczo lub grupami, znikają, to znów się pojawiają. Są to wogóle pierwsze objawy skrofulozy, między 1-ym a 3-im rokiem życia powstające, i poprzedzają wytwarzanie się prawdziwych bakteryjnych ognisk chorobnych. Zależą one od małej odporności i nadwrażliwości powłok zewnętrznych. Jakoż dzieci takie reagują nadwzyczaj energicznie na tuberkulinę; przy nakłuciu (*Stichreaction*) występuje mocne długotrwałe nacieczenie i zaczerwienienie; PIRQUET daje odczyn na dużej przestrzeni i bardzo wyraźny; oftalmoreakcja wywołuje tak burzliwe objawy, że autor nie radzi jej stosowania; mechaniczne wcieranie maści tuberkulinowej [odczyn Moro] sprowadza bardzo rozległe i rozmaicie umiejscowione pokrzywki i wysypki. To żywe oddziaływanie na najmniejsze dozy tuberkuliny, które PIRQUET nazwał „allergią tuberkuliczną“ dowodzi, że dzieci takie są bez kwestyi tuberkuliczne. Wszystkie wspomniane objawy kataralne ogromnemu ulegają odczynowi pod wpływem zastrzykiwania tuberkuliny. Autor szybko powiększa jej dawkę [zaczyna od $\frac{1}{100}$ do $\frac{1}{10}$ mg. i możliwie prędko dochodzi do 100 i 1000 mg. A. T. O.], a czyniąc to pod ciągłą kontrolą odczynu skór nego, chorego na nic nie naraża. Pod wpływem tego leczenia

zmniejsza się znakomicie nadwrażliwość skóry na tuberkulinę, co też przynosi na korzyść wspólnego podłoża zółzów i gruźlicy.

Doświadczenie kliniczne uczy, że wszelkie mechaniczne i chemiczne bodźce mogą wywoływać lub potęgować katarę skrofuliczną, zwłaszcza wobec złych warunków higienicznych. Ale powstają one i pod wpływem czynników wewnętrznych ustroju, a mianowicie tuberkulotoksyn we krwi krążących lub wydzielających się na powierzchni skóry i błon śluzowych.

Już przed wybuchem objawów skrofulicznych, zazwyczaj istnieją te znamiona, których całokształt oznaczamy mianem konstytucji limfatycznej, jak np. wiotkość tkanki podskórnej, błądność skóry, *hyperplasia* narządów chłonnych, niechęć do ruchów cielesnych i t. d. Autor określa skrofulozę jako postać tuberkulozy dziecięcej, cechującej się skłonnością do powstawania katarów powierzchownych.

(*Wien. klin. Woch.* 1909, Nr. 7).

A. Lande.

144. M. Beck. W kwestyi uodporniania przeciw gruźlicy.

Przed kilku laty DEYKE-PASZA i RESZAD-BEY wydzielili z pośród różnych substancji tłuszczowych, znajdujących się w organizmie bakterii trądu (*streptotrix leproides*), białe krystaliczne ciało, któremu autorowie dali nazwę „*nastiny*”. Podskórne stosowanie tego preparatu doprowadziło autorów do wniosku, że w miejscowościach zagrożonych trądem, środek ten może powstrzymać rozpowszechnienie choroby. Ze względu na biologiczne pokrewieństwo bakterii trądu i gruźlicy, autorowie starali się otrzymać z tychże podobną do *nastiny* substancję w stanie chemicznie czystym. Poszukiwania te nie dały wyniku. Stosowanie *nastiny* w celu ochrony przed zakażeniem gruźliczem u zwierząt dały autorom jakoby wyniki dodatnie. BECK, który otrzymał poszukiwaną substancję z bakterii gruźliczych, przeprowadził swoje doświadczenia ze świnkami morskimi w dwu kierunkach: pierwszy miał rozstrzygnąć pytanie, czy jest możliwe zapomocą otrzymanego preparatu uchronić morskie świnki od zakażenia gruźliczego; drugi—czy wspomniany środek może wyleczyć świnkę z gruźlicy. Autor szczegółowo opisuje sposób i przebieg doświadczeń. Wyniki wypadły ujemnie. Leczenie w dwu przypadkach gruźliczych świnek *nastiną* również zawiodło. Stąd wniosek: czynnika uodporniającego gruźlicę nie należy szukać w substancjach tłuszczowych bakterii.

(*Zeitschr. f. experim. Pathol. und Therap.* tom 6).

M. Gliński.

145. Falk i Tedesko. Nowe poszukiwania nad płwociną.

Autorowie podawali chorym 2 grm. salicylanu sodu w opłatku, a następnie zbieraną w ciągu najbliższych 12—15-u godzin płwocinę badali na zawartość salicylu zapomocą 10%-ego chlorku żelaza, poddawszy ją uprzednio całemu szeregowi manipulacji chemicznych. Mniej lub bardziej wybitne zabarwienie fioletowe dowodziło większej lub mniejszej zawartości tego związku w płwocinie.

Szereg odnośnych badań przekonał autorów, że w ostrem zapaleniu oskrzeli, w przewlekłym zapaleniu w rozedmie, w dychawicy oskrzelowej, w ropnym zapaleniu oskrzeli, w bronchiektazjach, wreszcie w katarze zastoinowym przy wadzie serca—nie udawało się znaleźć salicylu w płwocinie. Natomiast we wszystkich przypadkach zapalenia płuc włóknikowego płwocina stale zawierała salicyl; przy sprawie jednostronnej było go mniej, przy

sprawie obustronnej było go więcej; przez cały czas trwania choroby wydzieliał się, a nawet już po chorobie, gdy zmiany opukowe nie dawały się już wykazać, a oddechu oskrzelowego nie było słychać—jeszcze ślady salicylu były w płwocinie. W kilku przypadkach zapalenia płuc środkowego, gdy rozpoznanie nie było pewne—autorowie zapomocą próby salicylowej stawiali rozpoznanie, a badanie autopsyjne potwierdziło je. Autorowie rzecz objaśniają w ten sposób, że salicyli nie wydziela się z gruczołów, ale ze krwi i dlatego tam, gdzie mamy do czynienia z wysiękiem—tam też znajduje się i salicyl. W przypadkach wątpliwych, gdzie rozpoznanie waha się między katarem oskrzeli a gruźlicą, dodatni wynik próby salicylowej przemawia na korzyść tej gruźlicy.

Autorowie wykonali szereg prób z innymi przetworami farmaceutycznymi, przyczem okazało się, że błękit metylowy zupełnie się nie dostaje do płwociny, antypiryna dała wynik dodatni, natomiast preparaty gwajakolowe, tak szeroko stosowane w terapii płucnej, też nie zostają wydzielane z płwociną.

Ponieważ związki salicylowe tak obficie wydzielają się w sprawach pneumonicznych, więc autor zwraca uwagę, że zbyt mało dotychczas zajmowano się sprawą terapeutycznego oddziaływania tych ośrodków w odnośnych cierpieniach.

(Wien. klin. Woch. 1909, Nr. 27).

A. Lande.

ODCINEK.

Monsummano-Grotta Giusti i Montecatini. Miejscowości lecnicze włoskie.

Podał

Józef Jaworski.

Odczyt w dniu 13-go maja 1909 r. w Wydziale klimatyczno-balneologicznym Warszawskiego
Towarzystwa Hygienicznego.

Dziwnym zbiegiem okoliczności odwiedziny moje w połowie kwietnia r. b. w Monsummano przypadły w stuletnią rocznicę ważnego faktu dla tej miejscowości, dla jej historii i rozwoju, a co osobliwsza, że dzień dzisiejszy, w którym opis mój w Wydziale klimatyczno-balneologicznym podaję, schodzi się z faktem, o którym wspominam, t. j. 13-go maja 1809 r., stuletnią rocznicą urodzin w Monsummano sławnego poety włoskiego GIUSEPP'a-GIUSTI, którego imieniem ochrzczono dziś sławną grootę. Grota, o której mam mówić, została przypadkowo odkrytą u podnóża góry wapiennej Monsummano, na terytorium, stanowiącem własność D. GIUSTI'ego, ojca poety. Grota ta później opisana została w sposób niezwykle, godny niepospolitego poety, za jakiego Włosi uważają GIUSEPP'a-GIUSTI'ego.

Samo odkrycie grotu posiada swoją historię. Pewnego razu kilku górników przypadkowo oderwało w południowej części góry Monsummano wielki głaz, a usunowszy go, ujrzeli wielki otwór. Gdy w otwór ten wrzucili kamień, usłyszeli jak kamień ów na pewnej głębokości wpadł do wody. Górnicy pobudzeni ciekawością, co się właściwie w tym rozłamie ziem znajduje, zaopatrzeni w pochodnie, poczęli czynić poszukiwania i w tym celu ostrożnie zaczęli schodzić do wnętrza góry. W ten sposób doszli prawie do środkowej części grotu.

Wiadomość o tym przypadku rozszerzyła się szybko i wszędzie.

Z miejscowości sąsiednich i dalszych śpieszyli ciekawi, aby ujrzeć, a właściwie obejrzyć, przypadkowo odkrytą 300 metrów długą, a 6 metrów w głąb, poniżej powierzchni ziemi, grootę. Wśród najpierwszych zwiedzających był też ówczesny wielki książę Toskański LEOPOLD II.

Podobnie, jak przypadek zrzucił odkrycie tego niezwykłego dzieła natury, tak, również zawdzięczać trzeba trafowi, stwierdzenie wielkiej użyteczności pod względem leczniczym atmosfery, napędzającej grootę. Robotnik nazwiskiem GIOVANNI BENEDETTI, który od szeregu lat dotkliwie cierpiał



i bezskutecznie się leczył na gościec stawowo - mięśniowy, powodowany na równi z innymi ciekawością, przestąpił progi grotu, a zachwycony jej budową, pozostał tam blisko godzinę, po której doznał wielkiej ulgi w cierpieniu. Następnym dni powtórzył odwiedzinę tę. Za przykładem jego poszli inni chorzy, którzy już po kilku dniach, przebywania codziennie, krócej, lub dłużej, w atmosferze grotu, doznawali zupełnego uleczenia. W krótkim czasie, grota stała się sławną, nie tylko przez swą niepospolitą piękność, lecz także przez swe niezwykle własności lecznicze.

Pierwszym, który ze stanowiska lekarskiego czynił badania nad ciepłotą i wyziewami grotu, był zamieszkały w okolicy lekarz dr VIVARELLI. Wynioskował on, że właściwie grootę Monsummano uważać trzeba za wilgotno-ciepłą kąpiel, że kąpiel ta powstała ze źródeł naturalnych, o stałej ciepłocie [34° C.] i że własności fizyczne atmosfery grotu dadzą się z wielką korzyścią w wielu cierpieniach użytkować. Pod względem geologicznym badał grootę znany geolog włoski TARGIONI-TOZZETTI. Dziś Grota Giusti posiada swą literaturę prawie we wszystkich językach europejskich.

Część pierwsza grotu, znajdująca się po lewej stronie od wchodzącego ma nazwę *Paradiso-Raj*. Strop szybu tego stanowi olbrzymia masa w formie

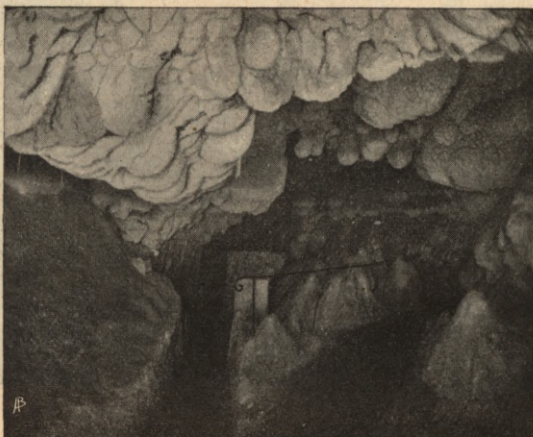
łomów kamiennych, niby zwieszająca się góra cała. Ściany zaś, jakby wyłożone sopłami kamiennymi, które ku dołowi przechodząc w oddzielne grupy, lub pojedyncze stalaktyty, tworzą szeregi białych, błyszczących i połyskujących kolumn, otaczających głębokie dno tego szybu, napełnione wodą. Basen ten, jeziorko to, ma parę metrów długości i szerokości, oraz tyleż głębokości.

W Raju ciepłota wynosi 28—31° C.

Druga część groty, *Purgatorio* - Czyściec, odległa o kilkadziesiąt metrów od pierwszego szybu, również tworzy na krótkiej przestrzeni nieduże, lecz bardzo głębokie jeziorko.

Kamienne ściany tej części groty budową swą przypominają budowę gąbki z wieloma żółtawymi wyrostami, które niby małe słupy, lub kolumny, o rozmaitej wielkości i różnej postaci, zwieszając się ze ścian, sięgają tu i owdzie do dna samego.

Niższa część Czyśca przechodzi w t. zw. Przedpiekle, nareszcie, w najgłębiej leżącą część groty, t. zw. Piekło-*Inferno*. W tej części również znajduje się wodozbiór—jeziorko, największe, bo mające 10½ metrów długości,



a 7½ metrów szerokości. Wszystkie wodozbiory, znajdujące się w grocie, mają z sobą połączenia. Ciepłota w *Inferno*-Piekło jest najwyższa, bo wynosi 35—36,5° C.

W części groty, zwanej *Inferno*—najgłębiej położonej, te masy gąbczaste, wyżej widziane, zmieniają budowę swą, stając się więcej jednolitemi, zlanymi w twarde bryły, które bądź zwieszają się z wysokości, bądź też wprost do poziomu groty dosięgają.

Wszystkie utwory kamienne w postaci sopli w przeróżnych formach i kombinacjach, spotykane w grocie Giusti, sprawiają wrażenie bardzo niezwykłych obrazów, tworząc głowy ryb, a także zwierząt drapieżnych, jak wilków, lwów i t. d. Zdarza się także, iż żywa fantazyja, bujna wyobraźnia, spostrzega znajomą postać, znaną twarz ludzką, a przewodnik wrażenie to wzrokowe podtrzymuje objaśnieniem: to twarz sfinksa, tam profil Józefa GARIBALDIEGO, tutaj znów wesoła, jowialna różowa twarz proboszeza i t. p.

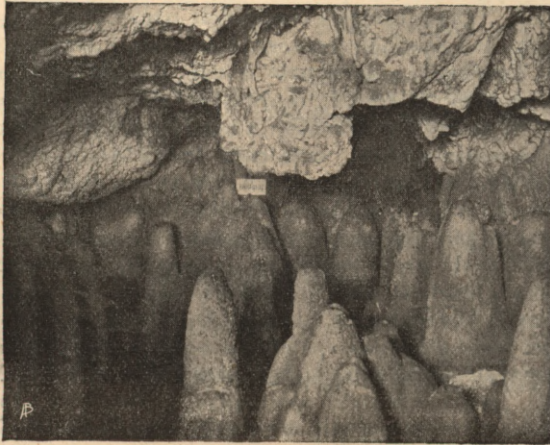
Wogóle zarówno oddzielne części groty Giusti, jak i jej całość, przedstawiają się jako zjawisko, nader fantastyczne, jako dzieło natury niezwykle, nie dające się naśladować.

Majestatyczny wygląd groty, mówi Giusti, wobec ciszy, jaka tam panuje, przerywanej tylko cichem odbiciem kropli, w oddaleniu z wysokości spadającej, przypomina, względnie do nastroju, tętno życia, poza grotą, lub budzi melancholijne przedstawienie łązy gorącej, która z kamienia tutaj od wieków spada. Te krople, wraz z masą wapienną, spadając prawie każdorazowo, dodają nowy element, których całością tworzy nowe formy, nowe obrazy.

Bezpośrednio z grotą Giusti i z przylegającym do niej zakładem kąpielowym, łączy się pensjonat-hotel, urządzone wygodnie i z komfortem, który nosi nazwę *Grand-Hotel Vittorio Emanuele annesso alla grotta*.

Podaję w miejscu tem opis urządzeń jego, oraz regulaminu leczniczego.

Z sali filarowej zakładu-pensjonatu, wchodzi się do pokoi kąpielowych, do sal, przeznaczonych dla wodolecznictwa i do sal, służących dla odpoczyn-



ku po odbytych zabiegach leczniczych. Sale, przeznaczone dla wodolecznictwa, zawierają wszelkiego rodzaju prysznice, będące dziś w użyciu. Aparaty są w ten sposób urządzone, że z każdego prysznicy można korzystać oddzielnie, jak również dowolnie można połączyć kilka razem przy zachowaniu rozmaitej ciepłoty; można również podczas jednego i tego samego zabiegu zamieniać jeden prysznic drugim. Woda do prysznicy jest doprowadzana z dwu oddzielnych rezerwuarów: ciepłego i zimnego; znajdują się one w wieży, mającej 20 metrów wysokości, gdzie można utrzymywać ciśnienie powyżej dwu atmosfer, które jednak przy pomocy specjalnych aparatów może być zmniejszane.

Salie wodolecznicze są oddzielne dla kobiet i mężczyzn.

Woda dla pełnej kąpeli pochodzi z wody cieplicowej z jeziora grotty; przy pomocy specjalnych pomp jest ona doprowadzona do rezerwuarów.

[D. n.].

Wiadomości bieżące.

— Zjazd Hygieniczny, zorganizowany przez W. T. H. i Oddział jego w Częstochowie, odbył się według następującego programu:

Niedziela 19-go września 1909 r., godz. 10 zrana. 1) Otwarcie narad. 2) Powitanie uczestników. 3) Wybór prezydium. 4) Referaty: a) ROSE KAROL. Asekuracja przymusowa robotników w Niemczech. b) Dr. STERLING i dr. ŻENCZYKOWSKI. O ubezpieczeniach na wypadek choroby. c) Dr. LUXENBURG. Lekarze i ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy. Godz. 3 po poł. zwiedzanie miasta. Godzina 5 po poł. referaty: 1) Dr DOBRZYŃSKI. Miasta i ogrody. 2) Dr RUTKOWSKI. Ase nizacja osad i wsi. 3) Dr. TOŁWIŃSKI. O zaopatrzeniu wsi w wodę. 4) Dr A. PUŁAWSKI. O kąpielach na wsi. 5) Dr CHMIELIŃSKA. O zadaniach kobiety do polepszenia warunków zdrowotnych ludności miasteczek i wsi naszych. 6) Dr PALMIRSKI. Zapobieganie wściekliznie w osadach i wsiach. Godz. 9 i pół wieczorem. Wieczera składkowa.

Poniedziałek 20-go września godz. 9 zrana. Zwiedzenie klasztoru. Godz. 10 zrana. Referaty: Bud. MAKOWSKI, dr A. WEJSSER. O chacie wiejskiej. Referat Oddziału w sprawie higieny m. Częstochowy. Godz. 3 po poł. Zwiedzenie wystawy. Godz. 5 po poł. Zakończenie i zamknięcie narad.

Po rozprawach nad ubezpieczeniem, uchwalono i przyjęto wniosek J. JAWORSKIEGO, aby wybrać Komisję z referentów w celu rozpatrzenia projektu rządowego, mającego być wniesionym do Dumy, o ubezpieczeniu robotników na wypadek choroby, niezdolności do pracy i na starość, a tak zmieniony projekt stosownie do warunków produkcji w kraju naszym, oraz cech indywidualnych robotnika polskiego, przesłać Kołu Polskiemu w Petersburgu. A. PUŁAWSKI domagał się zakładania nowych kąpeli dla ludu po wsiach, osadach, urządzenia ich dla pątników w Częstochowie; J. JAWORSKI — opracowania strony techniczno-finansowej takich kąpeli, oraz tworzenia Kół opiekuńczych przy kąpielach ludowych, szkolnych. W. BIEGAŃSKI zapewnia, że troską Oddziału jest urządzenie kąpeli dla pątników, co z powodu trudności technicznych i finansowych nie zostało dotychczas spełnionc. Tenże mówi o projekcie obrócenia głównego pawilonu wystawy na schronisko dla pątników, przebywających w nader niekorzystnych warunkach sanitarnych. J. POLAK, w sprawie chaty wiejskiej, stawia wniosek, aby badano podczas Zjazdów, na miejscu, pewne wsie okoliczne, co do stanu zdrowotnego. MARCZEWSKI referuje o stanie sanitarnym Częstochowy i stawia szereg dezideratów, oraz wykazuje wielkie trudności odnośnie urzeczywistnienia pewnych, jak kanalizacji, wodociągów.

— III międzynarodowy Kongres higieny szkolnej odbędzie się w r. 1910 w Paryżu pomiędzy 29-yim marca a 2-im kwietnia.

— II międzynarodowy Zjazd urologów odbędzie się w Londynie w sierpniu 1911 r.; jako tematy programowe podano: 1) fosfaturę, 2) prostatektomię i 3) wycięcie pęcherza moczowego.

— XVII międzynarodowy Kongres lekarski ogólny postanowiono urządzić w Londynie w r. 1913.

— Na Zjeździe w Peszcie nagrodę Zjazdu, wynoszącą 4000 franków, postanowiono jednogłośnie dać drowi BORDET'owi, dyrektorowi instytutu Pasteurowskiego w Brukseli za pracę nad hemolizą i nad odpornością.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od 5-go do 11-go września r. b. do szpitali warszawskich przybyło 83 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 4, odrą 3, płonicą 21, tyfusem płamistym 17, tyfusem brzusznym 15, błonicą 4, biegunką krwawą 4, grypą 5, różą 10.

W tymże czasie zmarło 7 osób, mianowicie: na ospę 1, płonicę 3 i tyfus brzuszny 3.

Chorych z zaburzeniami żołądka i kiszek przybyło w ciągu tygodnia 26 osób.