

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O pęcherzach kostnych w nosie. Podał D-r S. Meyerson. O odporności (immunitas). Podał M. Sadowski. Ciąg dalszy. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 28 Marca r. b — **Streszczenia i wyciągi.** 64. a) Badania nad wydzielaniem jadu żmii przez żołądek. b) Objawy ze strony żołądka po odjęciu morfiny. c) Objawy żołądkowe u morfinistów. d) Wpływ niektórych leków na wydzielanie kwasu solnego w żołądku. 65. Przypadek błabicy jodowej wybujałej. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

O PĘCHERZACH KOSTNYCH W NOSIE.

Podał D-r S. Meyerson.

Pęcherze kostne w nosie stanowią jedną z form nowotworów w jamach nosowych, mało dotychczas opisywaną, i dlatego mniej znaną w szerszych kołach. Pęcherz kostny jest to twór zazwyczaj kształtu owalnego, składający się z cienkiej skorupki kostnej, pokrytej ścieniałą lub też przerosłą błoną śluzową; skorupka ta ma około 1-go milimetra grubości i wewnątrz wysłana jest cienką błoną pokrytą cylindrycznym nabłonkiem migawkowym. Tęgo rodzaju guzy nie należą do zbyt częstych. SCHAEFFER ¹⁾ i SCHMIEGELOW ²⁾ spostrzegali po 4 przypadki tych narośli, GLASMACHER ³⁾, BAYER ⁴⁾ i FRAENKEL ⁵⁾ po jednym. Ja miałem sposobność spostrzegać je 5 razy, i to zawsze jednostronnie, często w połączeniu z polipami śluzowymi nosa. Zwykły obraz przedstawia się w ten sposób, iż w przedniej części nosa spostrzegamy guz, którego punktem wyjścia jest zazwyczaj muszla średnia, rzadziej górna. Guz ten posiada wielkość od orzecha laskowego do jaja gołębiego i stosownie do rozmiarów swych, zajmuje przestrzeń między przegrodą a ścianą zewnętrzną nosa, uciskając muszlę dolną, lub też nawet sięga do dna jamy nosowej, wypełniając ją tym sposobem w zupełności, a cisnąc na przegrodę, może wygiąć ją ku stronie przeciwnej i wywołać zwężenie tej ostatniej. Wnętrze guza

¹⁾ SCHAEFFER: Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. Wiesbaden 1885. str. 11.

²⁾ SCHMIEGELOW: Knochenblasenbildungen in der Nasenhöhle. Autoreferat z odczytu w tow. lek. w Kopenhadze, w Internat. Centralbl. f. Laryngologie 1890 N. 12.

³⁾ GLASMACHER: Knochenblasenbildung in der Nase. Berliner Klinische Wochenschrift 1884 N. 36.

⁴⁾ BAYER: Ueber Knochencysten der Nasenhöhle. Sitzungsbericht der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. Intern. Centralbl. f. Laryngologie 1885 N. 5.

⁵⁾ B. FRAENKEL: Knochenblase der mittleren Muschel. Verhandlungen der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin. Bd. 1. 1890. str. 80.

po przebicu skorupki kostnej jest zazwyczaj pustem, t. j. zawiera powietrze, jak to miało miejsce w przypadkach SCHAEFFER'a i SCHMIEGELOW'a; w przypadku BAYER'a pęcherz, który przedstawiał się w postaci torbieli wielokomorowej, zawierał płyn żółtawy; w przypadku FRAENKEL'a i poniżej opisać się mającym moim przypadku pęcherz wypełniony był ropą, wreszcie w jednym z moich spostrzeżeń, ku wielkiemu zdziwieniu memu, znalazłem we wnętrzu pęcherza polipy śluzowe.

Pęcherz kostny zwykle jest przynależnością muszli średniej, rzadziej górnej (w przypadku BAYER'a 1 pęcherz powstał z muszli średniej, drugi zaś z górnej) i stanowi z nią jedną całość, powstaje bowiem ze zmienionego w swoisty sposób przedniego końca tejże muszli. Powstawanie to musimy sobie tłumaczyć wytworzeniem się jamki w kości muszli, która następnie się rozrasta. Muszla średnia i górna stanowią części składowe kości sitowej obfitującej w liczne komórki (*cellulae ethmoidales*), czyli przestrzenie komunikujące się z jamą nosową, a zawierające powietrze. Same też muszle, wzorem kości, z której wyrastają, mają budowę dziurkowatą, wytworzenie się więc przestrzeni powietrznych w muszlach tych należy uważać za nieprawidłowość wrodzoną, t. j. powstającą w okresie rozwoju. W samej zatem tkance kostnej muszli wytwarza się jamka, wysłana cienką warstwą błony śluzowej, która następnie w przyjaznych warunkach rośnie powoli, dobiegając z czasem znacznej wielkości, przyczem jama pęcherza w ten sposób wytworzonego, zwykle komunikuje z przewodem średnim nosa. Daleko mniej prawdopodobną wydaje mi się teoria, objaśniająca powstawanie pęcherzy kostnych w ten sposób, iż z muszli średniej wyrasta grzebień kostny, który następnie zagina się około swej osi i przyrastając do punktu wyjścia swego, tworzy jamę, wysłaną błoną śluzową. Pogląd ten, przyjęty przez KNIGHT'a ⁶⁾, jako niepoparty ani badaniami anatomicznymi, ani też spostrzeżeniami klinicznymi, zdaniem mojem, nie daje się usprawiedliwić. Należy przyjąć zgodnie z poglądem SCHAEFFER'a, iż stany zapalne, często powtarzające się mogą sprzyjać szybszemu rozwojowi guzów, pobudzając je do rozrostu, za czem przemawia częste powikłanie pęcherzy kostnych polipami nosa, które, zdaniem większości autorów, także są zejściem sprawy zapalno-przerostowej nosa; największy jednak wpływ na szybki rozrost pęcherza, zdaje się mieć jego zropienie, tylko bowiem w 2 przypadkach, w których powikłanie to nastąpiło, FRAENKEL'a i moim, guzy te do znacznej doszły wielkości.

W znakomitej pracy ZUCKERKANDL'a ⁷⁾, na tablicy 2-jej fig. 6, 7, znajdujemy dwa rysunki, przedstawiające pęcherz kostny prawej muszli średniej w całości i po jego otwarciu.

Objawy pęcherzy kostnych nie różnią się od objawów wywoływanych przez inne nowotwory jam nosowych. Przeszkoda ich mechaniczna jest w stosunku prostym do ich wielkości i stopnia, w jakim zatykają jamę nosową. Powiększając swą objętość, mogą one wywołać zboczenie przegrody ku stronie zdrowej, a napierając na ścianę zewnętrzną i grzbiet nosa, wywołać zniekształcenie nosa, rozszerzenie, jak to w jednym ze spostrzeganych przeze mnie przypadków miało miejsce. W przypadku BAYER'a powstało nawet skutkiem

⁶⁾ CH. L. KNIGHT: Cysten der mittleren Nasenmuschel. Sitzungsbericht der 13 Jahresversammlung der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft. Int. Centralbl. f. Laryngologie. 1892. Nr. 2.

⁷⁾ ZUCKERKANDL: Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhängen. Wien 1882.

ucisku wysadzenie gałki ocznej (*exophthalmus*). Jednem z dalszych następstw może być założenie otworów jam obocznych (czołowej, szczękowej i t. d.), i wywołanie otoku ropnego w jednej z nich; w przypadku poniżej opisać się mającym, powstał w ten sposób otok ropny samego pęcherza kostnego t. j. jako następstwo otoku ropnego jamy HIGHMOR'a.

I pod względem powstawania objawów w narządach sąsiednich i t. z. nerwic zwrotnych, pęcherze kostne nie różnią się od innych narośli w nosie. Tu należą migrena (w 1 przypadku SCHAEFFER'a), bóle głowy (SCHAEFFER, SCHMIEGELOW, GLASMACHER i mój przypadek) zazwyczaj jednostronne t. j. po stronie chorej, w jednym jednak przypadku SCHAEFFER'a ból był umiejscowiony na środku głowy i w czole. Dalej napady zmory t. j. zaduszania nocnego i dychawicy (GLASMACHER i mój przypadek).

Co do płci, przeważa niewieścia, i tak wszystkie 4 przypadki SCHMIEGELOW'a i SCHAEFFERA, jak również i przypadki GLASMACHER'a, BAYER'a i FRÄNKEL'a dotyczą wyłącznie kobiet; z moich przypadków, 4 dotyczyły kobiet i tylko jeden spostrzegany był u mężczyzny.

Z pomiędzy przypadków tych jeden, jako zasługujący na szczególną uwagę z powodu wielkości i powikłań, pozwolę tu sobie obszerniej opisać.

M. D. muzykant, lat 22 liczący z Brześcia Litewskiego, zgłosił się do mnie, skarżąc się na katar i zupełne zatkanie lewej strony nosa, bóle głowy po tejże stronie i duszność, szczególnie w nocy. Napadów astmatycznych chory nie miewa, lecz budzi się często w nocy i skarży się na zasychanie w gardle i jamie ustnej. Wydzielina z nosa jest obfita, ropiasta.

Choroba trwa od 10 lat i, wzmagając się ciągle w ostatnich latach, znacznie się pogorszyła. Chory wysokiego wzrostu, chudy, źle odżywiony. Na pierwszy rzut oka daje się zauważyć, iż nos jest niezwykle szeroki, przeważnie w części kostnej u swej postawy, przyczem szczególnie lewy grzbiet nosa jest wypukły i wystający. Przy badaniu jam nosowych, okazuje się: z prawej strony jama mocno zwężona, z powodu znacznego wygięcia przegrody ku stronie prawej, lewa jama nosowa wypełniona polipami śluzowymi, dochodzącymi aż do zewnętrznego otworu nosa. Przy badaniu rynoskopowem tylnym, lewe nozdrze tylne okazuje się zupełnie zatkanem przez duży polip wielkości kasztana, który, nie mogąc się pomieścić w jamie nosowej, wypełnia zarazem $\frac{2}{3}$ części jamy nosogardzielowej od strony lewej. Polip koloru szarego, lekko prześwieca, jest miękki i ruchomy. Przy badaniu krtani i narządów wewnętrznych, zmian godnych uwagi nie znalazłem. Po usunięciu pierwszych kilku polipów śluzowych wypełniających przedni chrząstny odcinek nosa, natrafiłem na guz twardy, owalny, o spistości kostnej, pokryty błoną śluzową, który wypełniał całkowicie lewą jamę nosową, poczynając od przegrody, a dochodząc do dna i zewnętrznej ściany nosa tak, iż muszel nosowych wcale nie było widać. Guz ten tak mocno przylegał do ścian jamy nosowej, iż wprowadzenie zgłębnika między guz a ścianę nie było możliwem. Guz sam nieruchomy; przepuszczanie powietrza przez lewą połowę nosa zupełnie niemożliwe.

Widziałem tedy, iż mam przed sobą guz kostny, który wypełnia przednią część jamy nosowej, pozostawiając tylny odcinek polipowi śluzowemu, skąd wypycha go do jamy noso-gardzielowej. Na zasadzie spostrzeganych przeze mnie poprzednio przypadków, rozpoznałem pęcherz kostny, powstały z muszli średniej. Wobec znacznej wielkości guza i jego nieruchomości, o wyjęciu go w całości już z góry nie mogło być mowy. Użycie bowiem siły mogłoby doprowadzić do uszkodzenia podstawy jego t. j. kości sitowej; postanowiłem

więc usuwać go częściowo, t. j. kawałkami. Ponieważ wprowadzenie narzędzi bardziej objętościowych było z powodu ścisłego przylegania guza do ścian niemożliwym, wybrałem więc pętlę galwanokaustyczną, drut bowiem cienki dawał się wprowadzić przez szparę, a z drugiej strony, wiedząc o tem, że pętla galwanokaustyczna łatwo przepala cienkie blaszki kostne, mogłem uniknąć użycia siły, t. j. łamania kości. Jakoż po założeniu pętli, udało mi się zdjąć wierzchołek guza wielkości połowy wiśni, i wtedy okazał się otwór wielkości grochu, z którego ruchem tętniącym, wystąpiła kropla ropy.

Wprowadziwszy zgłębnik, przekonałem się, iż mam przed sobą jamę długości 4 ctm., wypełnioną gęstym płynem ropiastym. Po wypłukaniu ropy jama okazała powierzchnię gładką, skorupa kostna grubości niecałego milimetra. Jama przedstawiała mniej więcej wielkość gołębiego jaja.

Usunięcia guza całego dokonałem powoli, na kilku posiedzeniach, a to z powodu dosyć obfitego krwawienia. Operacja polegała na wyjmowaniu skorupy wraz z pokrywającą ją błoną śluzową, częściami zapomocą pętli galwanokaustycznej zwyczajnej oraz kleszczyków. Nareszcie, po całym szeregu posiedzeń, oczyściłem przednią i średnią część jamy nosowej z pęcherza kostnego, a wówczas ukazał się oczom moim polip śluzowy wielkości kasztana, wypełniający tylny odcinek jamy nosowej oraz jamę nosogardzielową, który też natychmiast usunąłem zapomocą pętli galwanokaustycznej. Po rękoczynie tym chory po raz pierwszy od wielu lat zaczął cieszyć się swobodnym oddechem przez nos, a sen jego, który dawniej, z powodu przeraźliwego chrapania był nieznosnym dla otoczenia, stał się zupełnie spokojnym.

W przypadku tym zwraca przede wszystkim uwagę wielkość niezwykła guza. W pracy ZUCKERKANDL'a, będącej wynikiem licznych poszukiwań pośmiertnych, pęcherz kostny jest nie wielki, nie dochodzi bowiem 2 ctm. Guzy opisane przez SCHAEFFER'a i GLASMACHER'a, również nie przenosiły w najdłuższym wymiarze 2,5 ctm, gdy w przypadku powyższym wymiar ten wynosił 4 ctm. Drugą, zasługującą na uwagę osobliwością jest otok ropny guza. SCHAEFFER w pracy swojej zaznacza, iż pęcherze „nigdy“ nie posiadają żadnej zawartości, toż samo miało miejsce i w przypadkach innych autorów, z wyjątkiem przypadku BAYER'a, gdzie były pęcherze dwukomorowe, zawierające płyn żółtawy przezroczysty; tylko w przypadku FRÄNKEL'a, przedstawionym na posiedzeniu Berlińskiego towarzystwa laryngologicznego, i w moim zawartość guza stanowiła ropa. Ropa ta, zdaniem mojem, pochodziła z jamy HIGHMOR'a, skąd nie mając ujścia, utorowała sobie drogę do jamy pęcherza; potwierdza zaś moje przypuszczenie fakt, iż po oczyszczeniu nosa z narośli, mogłem zauważyć, iż przez przewód średni sączy się płyn ropiasty, pochodzący z jamy szczękowej.

Jakkolwiek i u innych autorów wzmiankowanym jest powikłanie pęcherza polipami śluzowymi (SCHAEFFER w jednym z czterech przypadków i SCHMIEGELOW), to jednak ilość i wielkość narośli tych w przypadku moim godną jest uwagi.

Wreszcie, na jeden jeszcze punkt należy, zdaniem mojem, zwrócić uwagę. Po usunięciu narośli muszla dolna przedstawiała się tak przypłaszczoną i zaniżoną, iż zlewała się prawie ze ścianą dolną; było to następstwem długoletniego ucisku przez guz i trudno przypuścić, ażeby przypłaszczenie to polegało jedynie na opróżnieniu sieci jamistej, znajdującej się prawidłowo w tkance muszli dolnej, a nie na rzeczywistym zaniku tejże tkanki. Tymczasem, gdy po kilku miesiącach chory zgłosił się do mnie, dla przekonania się, czy niema recy-

dywy narośli, ku wielkiemu zdziwieniu memu znalazłem muszle dolne wypukłe, dobrze rozwinięte, z wypełnioną siecią jamistą. Przemawia to za poglądem, iż w danych warunkach, tkanka jamista muszel nosowych może się na nowo odtwarzać i rozwijać, o czym zresztą przekonywamy się nieraz przy leczeniu przerostów muszel nosowych, przy t. z. *rhinitis hypertrophica*. Po usunięciu przerostów i wytworzeniu tym sposobem drożności przewodów nosowych, często bardzo mamy po dłuższym czasie recydywy, polegające na wytworzeniu się nowych guzów jamistych w błonie śluzowej muszel nosowych. Tą drogą też można sobie wytłomaczyć, wprawdzie rzadko bardzo, ale opisywane przypadki wyleczenia zanikowego nieżyty nosa (*rhinitis atrophica — ozaena*), przyczem muszle nosowe, dawniej płaskie i zanikłe, mają znów przybierać kształty pełne i zaokrąglone.

O odporności (immunitas).

Rozbiór krytyczny istniejących teorii.

Podał D-r M. Sadowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 14).

Co się tyczy zwierząt ciepłokrwistych, to doświadczenia robione na królikach i morskich świnkach z jadowitemi i osłabionymi hodowlami czarnej krosty, przekonały MIECZNIKOWA, że w pierwszym razie fagocytów zbiera się na miejscu szczepienia bardzo mało, w drugim zaś przeciwnie, znacznie więcej, i wtedy część ich zawiera w sobie laseczniki czarnej krosty, które po upływie pewnego czasu, ulegają przemianom wstecznym i ostatecznie zupełnemu rozpadowi. Energiczną i z dobrym skutkiem fagocytozę spostrzegał dalej MIECZNIKOW przy różu u człowieka i przy tyfusie powrotnym u małp. Co się tyczy gruźlicy i trądu, to jakkolwiek i tutaj fagocyty nie od razu dają za wygraną, lecz czas pewien toczą zaciętą walkę ze swoistymi lasecznikami, to jednak najczęściej wychodzą z tej walki zwyciężonymi. Względna odporność gołębi na laseczniki czarnej krosty warunkuje MIECZNIKOW także działaniem fagocytów. Jednym słowem, jakkolwiek od czasu do czasu MIECZNIKOW, broniąc się od zarzutów czynionych mu przez innych badaczy, że zanadto wielkie i wyłączne znaczenie przypisuje fagocytom w całym mechanizmie odporności, wspomina niekiedy, że być może, i inne czynniki, oprócz fagocytów, warunkują istotę odporności, to jednak sam w swoich preparatach zawsze widzi jedno i toż samo t. j. że bakterye ulegają zniszczeniu tylko wewnątrz fagocytów, nigdy zaś zewnątrz tych ostatnich. Tutaj, sędzę, wspomnieć nam należy jeszcze o własnościach hemotaktycznych bakteryi oraz produktów ich życia. Pierwsze doświadczenia, ściśle przeprowadzone w tym kierunku, opisali MASSART i BORDET. Autorowie ci kładli do jamy brzusznej żaby, pęczki rurek włoskowatych, z jednej strony zupełnie zamkniętych, a z drugiej otwartych i napełnionych hodowlami pewnych drobnoustrojów, lub też produktami ich życia, niektóre zaś rurki były napełnione zupełnie jałową żelatyną. Okazało się po upływie 24-ch godzin, że przy otworach rurek napełnionych hodowlami bakteryi, lub produktami ich życia, daleko więcej nagromadziło się białych ciałek krwi, aniżeli przy otworach rurek napełnionych jałową żelatyną.

Autorowie wnioskują stąd, że bakterye oraz produkty ich życia, posiadają własność przyciągania białych ciałek krwi, ułatwiając tym sposobem fagocytozę.

Teorya fagocytów, mając z jednej strony w swej osnowie tak ważne znaczenie komórki, a z drugiej „walkę o byt“, pomiędzy komórkami i napadającymi na ustroj zwierzęcy bakteriami, odpowiadała bardzo duchowi czasu. Bezpośrednie zaś przedstawienie *ad oculos* i możność śledzenia krok za krokiem na preparacie pod mikroskopem mechanizmu odporności, mogło zjednać autorowi teoryi fagocytów wielu zwolenników. W samej rzeczy tak się też stało. W miarę ogłaszania przez MIECZNIKOWA nowych prac traktujących kwestye odporności, pojawiają się prace i innych autorów, którzy albo powtarzając doświadczenia MIECZNIKOWA, albo robiąc nowe, starają się tę teoryę uzupełnić lub ją podtrzymać. Do rzędu zwolenników teoryi fagocytów, o ile możemy sądzić z przeglądu odpowiedniej literatury, należy wielu, np. HESS, LUBARSCH, BOUCHARD i inni.

Lecz, jeżeli szereg zwolenników teoryi fagocytów jest znacznym, to i na licznych przeciwnikach nie zbywa, a nawet być może, liczba tych ostatnich przewyższa liczbę pierwszych. Przeciwnicy ci nie ograniczają się tylko na krytycznych rozbiórach tej teoryi, lecz starają się obalić jej zasady na drodze doświadczałnej.

FLÜGGE i jego uczniowie (np. BITTER), a zwłaszcza NUTTALL, który powtórzył doświadczenia MIECZNIKOWA na żabach zarażonych hodowlami czarnej krosty, odmawiają tego znaczenia teoryi fagocytów, jakie jej przypisuje MIECZNIKOW. NUTTALL w swoich drobnowidzowych preparatach widzi, że laseczники czarnej krosty u żaby, zostające przy pokojowej ciepłocie, ulegają przemianom wstecznym i zupełnemu rozpadowi, nie tylko wewnątrz fagocytów, lecz i niezależnie od tych ostatnich. Doświadczenia te dowodzą co najmniej, że nie tylko fagocyty wpływają na zniszczenie laseczników czarnej krosty w ustroju żaby, a zatem teorya MIECZNIKOWA traci swój charakter ogólny i wyłączny, jako objaśnienie istoty odporności. BAUMGARTEN i jego uczniowie PETRUSCHKY i FARENHOLTZ, dalej KOCH, WEIGERT i ci wszyscy, którzy dla objaśnienia istoty odporności potworzyli nowe jej teorye, bardzo energicznie powstają przeciwko teoryi fagocytów, odmawiając jej wszelkiego znaczenia. Spotykają się nawet głosy, które uważają tę teoryę za wprost szkodliwą i bałamutną. W każdym razie spory toczą się dalej, żadnej stronie nie udało się dotąd pokonać swego przeciwnika w zupełności. MIECZNIKOW nie zostaje dłużnym prawie żadnej odpowiedzi, co nie przeszkadza, aby niedługo potem inny autor, w doświadczeniach prawie identycznie przeprowadzonych, nie doszedł do wręcz przeciwnych wyników.

O ile sądzić możemy na zasadzie własnych doświadczeń, oraz na zasadzie znanych nam doświadczeń innych autorów, wyłączność udziału fagocytów w sprawie odporności, czy to wrodzonej czy też nabytej, nie istnieje. Że fagocyty mogą, narówni z nieorganicznymi drobnymi cząsteczkami ciał pochłaniać także i bakterye, nie ulega najmniejszej wątpliwości. O tem przekonać się łatwo, lecz żeby tylko fagocyty, a nawet fagocyty głównie miały grać tak ważną rolę w istocie odporności, wydaje się już zresztą *a priori* rzeczą niemożliwą. Odlączać ściśle komórki od soków ustroju w ich funkcyach bakteryo-bójczych nie podobna, tembardziej, że znane są doświadczenia, gdzie laseczники czarnej krosty, umieszczone w ten sposób, aby dostęp komórek do nich był jaknajbardziej uniemożliwiony, ulegały również w ustroju żaby tym przemianom wstecznym, jakie opisuje MIECZNIKOW wewnątrz fagocytów.

Do pierwszej grupy zaliczyć należy dalej 2) teorię przystosowania (*Anpassungstheorie*) (WOLFBERG). Teorya ta jednak, zdaje się, stara się głównie objaśnić odporność nabytą. Podług niej, odporność zależy od tego, iż pod wpływem pierwszego napadu bakteryi (przebycie jednorazowe pewnej choroby, szczepienie ochronne) powstaje pewien odczyn ze strony komórek tego organu, który najdotkliwiej ucierpiał podczas tego pierwszego napadu drobnoustrojów. Następstwem tego odczynu jest niemożność rozwoju bakteryi przy powtórnych ich napadzie.

Teorya ta nie znalazła zwolenników; przeciwnie, energicznie przeciwko niej występuje FLÜGGE, dowodząc, że jeśliby można objaśnić zapomocą tej teorii istotę odporności, to chyba tylko względem tych chorób, które umiejscowiają się na pewnych tylko organach, lub na pewnych błonach śluzowych. Żadnego już jednak zastosowania mieć nie może w chorobach zakaźnych tego rodzaju, jak np. karbunkul, gdzie bakterye rozmnażają się i rozchodzą po całym krwiobieg i dostają się do naczyń włoskowatych wszystkich organów całego ustroju. Zdanie FLÜGGE'go popiera na drodze doświadczałnej BITTER. Z rezultatów swoich doświadczeń wyprowadza ten wniosek, że szczepionka karbunkulowa nie rozprzestrzenia się zbyt daleko od miejsca jej zaszczepienia np. na skórze, a jednak szczepione zwierzę okazuje się odpornem nawet wtedy, jeżeli mu zastrzyknąć jadowite hodowle do naczyń.

Do grupy teorii komórkowych zaliczyć należy 3) tę teorię, według której u zwierząt odpornych pewne komórki ich ustroju po napadzie ze strony bakteryi, gromadzą się na około nich, tworząc rodzaj wału ochronnego. Zamknięte w małej przestrzeni bakterye znajdują się w złych warunkach odżywiania, słabną i zamierają zupełnie. Według jednych autorów np. CHRISTMAS, DIRKING, HOLMFELD, takie zamarłe bakterye dopiero wtedy stać się mogą zdobyczą fagocytów, co naturalnie ogromnie zmienia doniosłość właściwości fagocytów, na zasadzie której są one w stanie pochłaniać w siebie ciała obce, czyli chorobotwórcze drobnoustroje. Inni zaś autorowie, jak np. RIBBERT, dowodzą, że bakterye odgródzone zapomocą wyżej wspomnianego wału z białych ciałek krwi utworzonego, słabną tylko w swych funkcjach życiowych, lecz nie zamierają ostatecznie. Cios stanowczy zadaje im dopiero pewien rodzaj fagocytów, mianowicie komórki stałe tkanki łącznej.

Nakoniec do pierwszej grupy zaliczamy 4) teorię, według której komórki organizmu odciągają odżywcze materye potrzebne do rozwoju napadających na organizm bakteryi, lub też, że komórki ustroju zwierzęcego pod wpływem po raz pierwszy przebytej szczęśliwie choroby zakaźnej, lub też pod wpływem szczepień ochronnych, wytwarzają pewne szkodliwe substancje dla tych bakteryi, któreby po raz wtóry do tegoż samego ustroju się dostały (EMMERICH i di MATTEI).

Te szkodliwe, dla powtórnie wnikających do ustroju zwierzęcego, substancje, według tylko co przytoczonej teorii, mają się wydzielać nie stale i ciągle, lecz tylko w tej chwili, kiedy chorobotwórcze drobnoustroje po raz wtóry do organizmu się dostały. Teorya ta mało na siebie zwróciła uwagi. Wszelako ZIEGLER uważa za możliwe objaśnić zapomocą niej działanie szczepień ochronnych. W pewnych razach ma ona znaczenie dla FLÜGGE'go i SAHLI'ego, lecz wogóle dalej, przynajmniej dotąd, nie spotykamy się w literaturze z poparciem tej teorii, ani na drodze teoretycznych rozumowań, ani też na drodze doświadczałnej. Wydaje się nam ona zażbyt hipotetyczną i za mało rozwiniętą, aby mogła dostatecznie objaśnić istotę odporności nawet nabytej.

Co się zaś tyczy odporności wrodzonej, to zapomocą tej teorii objaśnić jej w żaden sposób nie można.

Jakkolwiek zgodnie z tem, cośmy wyżej powiedzieli, teoria fagocytów nie jest w stanie w zupełności objaśnić przyczyn odporności, to jednak z punktu widzenia czysto naukowego, jest ona dotąd najlepiej opracowaną, co się właśnie objaśnia zapewne tak wielkiem zainteresowaniem ze strony nie tylko lekarzy, lecz i przyrodników wogóle. Inne teorie należące do grupy pierwszej, t. j. do grupy teorii komórkowych, mniej wywołały ogólnego zainteresowania, mniej też znacznie pojawiło się prac zarówno potwierdzających je, jako też obalających.

Być może, że kiedy walka pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami teorii fagocytów przycichnie, zwróconą zostanie większa uwaga i na inne teorie grupy pierwszej, a wtedy i one bardziej się rozwiną.

O ile w grupie pierwszej spotykaliśmy się wyłącznie oniemal z poglądami przypisującymi własności bakteryobójcze li tylko komórkom, o tyle znów w grupie drugiej t. j. humoralnej, bakteryobójcze własności autorowie starają się upatrywać w sokach zwierzęcego organizmu. I ta grupa rozpada się na kilka oddziałów, stosownie do ilości powstałych w tym kierunku teorii.

1) Teoria zatrzymania (*Retentionstheorie*). Według tej teorii odporność nabyta zarówno przez szczepienia ochronne, jak i przez przebycie jednoznacznej choroby zakaźnej, powstaje wskutek tego, iż drobnoustroje wytwarzają pewne produkty, które stają się przy pewnem ich nagromadzeniu szkodliwymi dla tychże samych drobnoustrojów. Przy powtórny więc napadzie bakterii i wskutek obecności tych szkodliwych produktów, dalszy ich rozwój jest niemożliwym, słabną one i giną; choroba nie wybucha zupełnie lub też przejawy jej są nader słabe. Punktem wyjścia dla tej teorii były z jednej strony spostrzeżenia WERNICHE'go, z drugiej zaś spostrzeżenia i doświadczenia CHAUVEAU.

WERNICHE zauważył, że po wytworzeniu się przy gniciu ciał białkowych w pewnej ilości produktów grupy aromatycznej, jako to: fenolu, indolu, skatolu i t. p., ustaje rozwój bakterii, a nawet następuje ich zamieranie. Otóż WERNICHE był pierwszym, który rezultaty swoich wyżej wspomnianych spostrzeżeń uogólnił i co do chorób zakaźnych. Przy chorobach zakaźnych, kończących się pomyślnie t. j. wyzdrowieniem, bakterie dla tego giną w ustroju, że wytworzyły już znaczną ilość produktów szkodliwych dla samych siebie. Podobny zupełnie stosunek zachodzi podług autora i przy odporności nabytej.

CHAUVEAU w tenże sam sposób objaśnia sobie przyczynę odporności nabytej, jakkolwiek do takich wniosków doprowadziły go spostrzeżenia i doświadczenia cokolwiek odmienniej natury. Autor ten zauważył, że owce algierskie odznaczają się wielką odpornością względem laseczników karbunkułowych. Odporność ta nie jest jednak absolutną; niektóre osobniki ginęły wprawdzie, lecz dopiero po zaszczepieniu im bardzo znacznych ilości hodowli karbunkułowych. Po zaszczepieniu mniejszych ilości niektóre zwierzęta chorowały, gorączkowały, lecz po upływie kilku dni powracały do zupełnego zdrowia. Jeżeli szczepieniom małych ilości karbunkułowych ulegały owce ciężarne, to urodzone przez nie jagnięta posiadały już zupełną odporność, nie chorowały i nie ginęły, nawet po zaszczepieniu znacznych ilości hodowli karbunkułowych. Przyjmując za zasadę zdanie DAVAIN'a, że bakterie nie przechodzą i nie rozmnażają się we krwi płodu nawet wtedy, kiedy ilość ich jest bardzo znaczna we krwi matki, CHAUVEAU przypuszcza, że zupełna odporność jagniąt

powstać mogła tylko dla tego, że krew płodu uleść musiała pewnym zmianom, a to wskutek osmozy pomiędzy krwią matki i płodu.

Ustrój płodu, względnie jagnięcia, stąd stał się zupełnie odpornym, że tkanki jego jakby nasiąkły pewnymi łatwo rozpuszczalnymi substancjami, które stanowią rodzaj trucizny dla nowo przybywających drobnoustrojów. Substancje te, według autora, można uważać jako produkt życia samych bakterii. Na zasadzie tej właśnie teorii, CHAUVEAU pierwszy robił szczepienia ochronne li tylko za pomocą produktów życia bakterii, zastrzykując je zwierzęciu. Powstała tym sposobem odporność wywołaną została bez walki komórek z drobnoustrojami, której koniecznie wymaga MIECZNIKOW, na zasadzie swej teorii odporności. Teoria ta nie znalazła wielu zwolenników, przeciwnie, powstają przeciwko niej takie powagi naukowe, jak PASTEUR, FLÜGGE, BAUMGARTEN i inni. W samej rzeczy, trudno zrozumieć, jak z jednej strony nie mogłoby ustrojowi zaszkodzić tak wielkie nagromadzenie się produktów życia bakterii, zabójczych dla nich samych, a z drugiej strony, czy można przypuścić, aby produkty te zczasem, i to dosyć szybko nie wydzieliły się z ustroju; wiemy przecież, że odporność nabyta trwać może czas nawet bardzo znaczny. Dalej, podstawy całej tej teorii, przedstawione przez CHAUVEAU, także nie zupełnie wydają się nam uzasadnionemi. Mamy na myśli w tej chwili kwestję przechodzenia drobnoustrojów ze krwi matki do krwi płodu. Kwestya ta, jak wiemy, jest dotąd bardzo sporną. Jedni autorowie w samej rzeczy twierdzą w duchu CHAUVEAU, że bakterie przez zdrowe łożysko przejść do płodu nie mogą, inni zaś widzieli bakterie we krwi płodu, nawet przy zupełnie zdrowym łożysku.

(D. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 28 Marca r. b.

1. Operacja plastyczna na łącznicy oka.

Kol. Zyg. KRAMSZYK przedstawił chorego z wilkiem na nosie i oku, u którego wykonał z pomyślnem zejściem przeszczepienie błony śluzowej z jamy ustnej na łącznicę. Kol. ELSBERG wyskrobał zajętą wilkiem część skóry nosa; po 3 miesiącach nastąpiło zagojenie. Kr. znalazł górną powiekę opuszczoną, unoszącą się leniwo, oko było zaropiałe. Łącznica była nierówną, zgrubiałą, czerwoną, jakby owrzodziałą i pokrytą granulacjami. Wrzód sięgał od jednego kąta powieki do drugiego i dochodził prawie do brzegu rzęsowego. Kr. okrążył wrzód cały cięciem, w odległości 2 mm. na łącznicy zdrowej, a następnie wyciął go. Pozostała duża rana, którą pokrył zapomocą operacji plastycznej, używszy błony śluzowej z jamy ustnej. Wyciął z niej długi a wąski pasek i pokrajał na kawałki, które przyłożył pojedynczo na ranę, przyszywszy każdy ligaturą. Po kilku dniach dno wrzodu się oczyściło, powieka wróciła do stanu prawidłowego. Kawałki błony śluzowej przyrosły do powierzchni rany, która po zagojeniu się wygląda obecnie jak mozaika, gdy część łącznicy, niezajęta wilkiem, jest gładką. Przypadek ten jest ciekawym, jako dowód łatwości przeszczepiania małych nawet kawałków błony śluzowej. Najwięcej wskazaną jest plastyka przy zawinięciu rzęs (*entropion*). Początkowo Kr. szczepił tu paski skóry, ale teraz bierze do tego błonę śluzową z daleko lepszym skutkiem, jak dowodzi okazywany również pacjent, u którego przed miesiącem kol. FEINSTEIN, asystent Kr., dokonał tej operacji.

2. Obojniak rzekomy płci żeńskiej.

Kol. NEUGEBAUER badał narządy płciowe u noworodka z domu podrzutków (odział kol. ANDERSA). Miały one pozory narządów męskich: dość rozwinięte, lecz rozszczepione u dołu prącie, bez wymacalnych jąder w dwóch połówkach rozszczepionej

napozór moszny; zołędz bez otworu cewkowego, napletek rozszczepiony. Między obu połówkami moszny, względnie warg sromnych większych, widać u samego dołu otwór (*sinus urogenitalis*), z którego wyciekał mocz. Ujście cewki otwierało się jak u kobiety, lecz widać było, że cewka właściwie była męską, zniekształconą przez spodziec (*hypospadiasis*). Dziecko ochrzczono jako mężczyznę. Sekcyja atoli wykryła narządy płciowe wewnętrzne kobiece, zupełnie prawidłowo rozwinięte; pochwa otoczona była błoną dziewiczą. Cewka otwierała się prawidłowo, tuż nad ujściem pochwy. Pozory więc płci męskiej polegały jedynie na obecności cewki spodzcowej. Unosząc do góry zołędz prącia, względnie łechtaczki, widać było rozszczepienie cewki, sięgające aż do owego otworu (*sinus urogenitalis*). Obadwa brzegi ścian rozszczepionej cewki (prawy i lewy) ciągnęły się od góry ku dołowi i napozór tworzyły w przedłużeniu małe wargi sromne, połączone u samego dołu spojeniem.

Z powodu niniejszego przypadku kol. N. przytoczył znane z literatury fakty pojawiające się obojniactwa rzekomego i spodzca u kilku członków jednej rodziny.

3. Przypadek poronienia opóźnionego.

Kol. NEUGEBAUER okazuje rzadki preparat t. zw. „*missed abortion*“. 24-letnia mężatka, która w ciągu 6-letniego małżeństwa urodziła dwoje dzieci donoszonych i żywych, miała po raz ostatni miesiączkę 18 Września r. z. W dniu 2 Października, po długotrwałej nieobecności męża, miała z nim pierwszy stosunek płciowy. Miesiączki odtąd więcej nie było. Wkrótce zjawily się podmiotowe oznaki ciąży, które trwały przez dwa miesiące. 18 Grudnia, po przejeździe saniami, pacjentka zauważyła nieznaczne krwawienie, bez żadnych bólów; krwawienie powtórzyło się kilka jeszcze razy, w odstępach 2—3 dniowych. Kol. N. widział pacjentkę 18 Marca r. b. Macica odpowiadała co do wielkości 14-emu tygodniowi ciąży, zaś pacjentka liczyła 6-ty miesiąc ciąży, jakkolwiek nie odczuwała ruchów płodu. W 6 dni później wystąpiły bóle jakby porodowe; ujście było otwartem na dwa palce, w szyi macicznej dał się wyczuć naprężony worek płodowy. W nocy wyszło całe jajo płodowe, o błonach nieuszkodzonych, odpowiadające 4-mu miesiącowi ciąży. Łożysko było twarde, blade, nie kruche. Jajo nie przedstawiało ani śladu zgnilizny, nie cuchnęło. Płód odpowiadał 6-mu tygodniowi ciąży, był nie zepsutym, blade-różowym, 2 cm. długim; pępowina była przyczępiona prawidłowo do łożyska. Obok tego kol. N. znalazł jeszcze płód drugi, 16 mm. długo; pępowina jego przyczępiała się do błon. Kosmówka była wspólną, owodnia oddzielna dla każdego płodu. Fakt ten doskonale ilustruje teorię SCHULTZE'go o przyczępie błonowym jednego płodu przy ciąży bliźniaczej jednojajowej.

Kazuistyka takiego zapomnianego, opóźnionego poronienia nie jest bogatą. Mamy tu ciekawą sprawę nekrobiozy wewnątrz macicy. Ponieważ z chwilą obumarcia płodu ustaje dalsze krążenie krwi w łożysku, ulega więc ono przemianom wstecznym, stłuszczeniu, zwyrodnieniu śluzowemu i zmarszczeniu z przerostem tkanki łącznej, powstaje t. zw. infarkt biały. W danym przypadku przyczyna obumarcia płodu jest niejasną. Może badanie drobnowidzowe preparatu wyjaśni istotę sprawy. Reasumując dane, widzimy, iż płody odpowiadały 6-mu tygodniowi ciąży, łożysko 4-mu miesiącowi, a sama ciąża ukończyła się dopiero w 6-ym miesiącu.

4. Rozpoznanie nowotworu pęcherza moczowego przy pomocy cystoskopu.

Kol. STANKIEWICZ opowiada o pacjentce swoim, który w ciągu krótkiego czasu zauważył kilkakrotnie zjawianie się krwi w moczu. Lekarz, który poprzednio badał pęcherz zglębniakiem, kamienia nie znalazł. Z wywiadów, St. nie był w stanie określić przyczyny krwawienia, zrodziło się przeto przypuszczenie nowotworu w pęcherzu lub nerce. Mocz oddany przez chorego, był czystym, bez mętów lub krwi. Przedsięwzięte szczegółowo badanie: cewnikiem, przez odbytnicę i dwuręczne, nie wykryło nigdzie zmian żadnych (w cewce, gruczole krokowym, pęcherzu lub nerkach). Przez cewnik wypływał mocz czysty. Wiedząc, iż krwotoki wskutek nowotworów pęcherza występować zwykły raz na kilka miesięcy lub nawet lat, St. celem ostatecznego wyjaśnienia sprawy, zastosował cystoskop, i oto stwierdził rzeczywiście obecność guza barwy silnie czerwonej, o wyraźnych konturach, na granicy tylnej i górnej ściany pęcherza, nieco na prawo. W dniu dzisiejszym St. wykonał operację: wyciął wraz ze ścianą pęcherza, guz wielkości dużej wiśni, bez szypuły, ranę zaszył katgutem, a następnie pęcherz zaszył całkowicie i wprowadził cewnik na stałe. Guz okazał się mięsakiem. O dalszych losach pacjenta St. zakomunikuje później.

5. Dwa przypadki urazowego przedziurawienia kiszek bez uszkodzenia ściany brzusznej.

Kol. KIJEWSKI przedstawił jednego z dwóch chorych, operowanych w klinice, przez prof. KOSIŃSKIEGO. Pierwszy z nich przyeśnięty został do ściany wozem z węglami, poczem zaraz nastąpiły wymioty. Znalaziono brzuch lekko wzdęty, ale bez wyraźnych oznak zapalenia otrzewnej, które wystąpiło rzeczywiście po 42 godzinach od chwili urazu. Przy operacji stwierdzono pęknięcie кишки cionkiej (*ileum*) oraz masy pokarmowe w jamie otrzewnowej. Wynik operacji na kiszcze pomyślny; jako powikłanie, wystąpiło ropne zapalenie płucnej, trwające dotychczas.

Drugi chory uderzony został kopytem. Do szpitala przybył po dwóch dniach; znaleziono stan wogóle ciężki: tętno było przyspieszone i drobne, brzuch mocno wzdęty. Niezwłocznie przepłukano żołądek i кишки, poczem nastąpiło bardzo obfite wypróżnienie, brzuch opadł, bolesność jego znakomicie się zmniejszyła, tętno podniosło się i zwolniło, a stan chorego tak się poprawił, że pozostawiono chorego do dalszej obserwacji. W okolicy kątniczej wyczuwano niewielkie stwardnienie, zależne, jak przypuszczano, od wylewu krwawego. Po 5 dniach pacjent czuł się tak zdrowym, iż chciał opuścić szpital; zatrzymano go jednak nadal, i oto 13 dnia wystąpiły nagle dreszcze i objawy perytonealno. Przystąpiono do operacji i znaleziono na miejscu owego stwardnienia obszerną jamę ropą wypełnioną, oraz rozerwaną kiskę, której oba końce przyrośnięte były do ściany brzusznej. W dalszym ciągu chory przez dwa tygodnie oddawał kał przez ranę (*anus praeter naturam*), poczem przystąpiono do powtórnej operacji: obcięto okólnie oba końce кишки i zeszyto je, następnie ranę zaszyto częściowo i założono pasek gazy jodoformowej. Chory ten był przedstawiony na posiedzeniu, z raną prawie w zupełności zabliznioną. W przypadku niniejszym nastąpiło zapewne zgniecenie (*contusio*) кишки, poczem nastąpiła zgorzel.

6. Przyczynki do anatomii patologicznej tyfusu wysypkowego i cholery.

Pod tym tytułem kol. SZWAJECER opisał spostrzegany przez siebie przypadek, którego szczegółową historię choroby pomieściła „Medycyna“ w N-rze 14.

D y s k u s y a.

Prezes, kol. PRZEWOSKI. Korzystając z ostatniej epidemii, P. zajmował się wiele badaniem cholery i osiągnął pewne wyniki, których wszelako nie uważa jeszcze za skończone. Chce kilka słów powiedzieć tylko o lepkości błon surowiczych. Kilkakrotnie już kładł on pewien nacisk na ten objaw, ponieważ napotykał go stale i uważa za charakterystyczny poniekąd dla cholery; innych bowiem oznak, podobnie stałych, przy cholerze nie spostrzegał. Czy jednak przez to akcentowanie P. uważać chce lepkość za objaw bardzo ważny, to rzecz inna. Zresztą między lepkością a lepkością zachodzi wielka różnica. Przy sekcyi zwraca się uwagę na to, czy po odechylaniu płucnej lub otrzewnej tworzą się długie, do kilkunastu nieraz ctm. dochodzące nitki. Objawu tego bynajmniej nie napotykamy wyłącznie w cholerze, lecz tu rzuca się on w oczy stale, gdy w innych sprawach chorobowych spostrzega się go rzadko, przypadkowo tylko. Lepkość występuje np. także w raku klejowatym otrzewnej, a przypadek prelegenta wskazuje, iż może ona być i w tyfusie wysypkowym. P. zauważył, że ilekroć mamy lekkie zmiany na błonach surowiczych, ale bez wyraźnego jeszcze stanu zapalnego tychże, zawsze wtedy dostrzedz można lepkość. Co do przypadku kol. S., to wszelkie inne zmiany, znalezione przy badaniu zwłok, nie przemawiają wcale za cholerą. Nie może się P. zgodzić z prelegentem na tłumaczenie powstawania lepkości, mianowicie przez zgęszczenie płynu surowiczego. W takim bowiem razie jak objaśnić fakt następujący: we wsi Ochocie pod Warszawą zachorowała młoda kobieta na cholerę i zmarła w kilka godzin po przywiezieniu jej do szpitala. Nie miała ona ani wymiotów, ani biegunki; na sekcyi znaleziono w kiskach grubych kał gęsty. Tymczasem płucna i otrzewna pokryte były bardzo znaczną ilością płynu lepkiego, ciągnącego się w długie nitki. W zawartości kiszek cienkich stwierdzono mnóstwo bakterii przecinkowych. P. badał płyn lepki i drobnowidzowo i chemicznie. Gdyby tenże zależał jedynie od zgęszczenia surowicy, to winienby zawierać dużą ilość białka, czego P. nie otrzymał. Przyczyną lepkości nie może być również mucyna, jak chce STRAUSS, ponieważ płyn lepki nie zawiera wcale mucyny. Zresztą, w torbielach np., zawartość ich

ciągnie się zupełnie inaczej, niż to widzimy w płynie lepkiem przy cholerze, mianowicie bywa ona podobną do białka kurzego. Natomiast P. znalazł w płynie lepkiem metalbuminę HAMARSTEN'a, co dowodzi, iż wytwarza się tu nowe ciało białkowe. Powstaje ono w ten sposób, iż komórki śródbłonkowe błon surowiczych ulegają znacznym zmianom: protoplazma staje się ziarnistą i kurczy się, komórki łączą się zapomocą wyrostków protoplazmatycznych. Podlegają one zwyrodnieniu kleistemu przez wytwarzanie się w nich kulek, które wychodzą na powierzchnię komórki i dają ów płyn lepki. Prawdopodobnie pod wpływem zarazka, względnie toksyn cholerycznych powstają zmiany we własnościach śródbłonka. Być może, iż okażą się w przyszłości inne jeszcze zmiany; wówczas P. dalsze swe wyniki ogłosi.

Kol. SIERPIŃSKI nadmienia, iż on to odesłał ową chorą z Ochoty do szpitala. Miała ona w domu przez 5 dni rozwolnienie i wymioty.

Prezes nie przypuszcza, aby to była ta sama właśnie chora, o której mówił, gdyż w kiszcze grubej znajdował się kał gęsty.

Kol. BUJWID. Lepkość napotyka się nawet u zwierząt w cholerze doświadczalnej. Po wstrzyknięciu śwince do otrzewnej laseczników cholery, występuje płyn lepki nie tylko na otrzewnej, lecz i na innych błonach surowiczych. Tu o utracie płynów niema mowy. Istnieją i inne bakterye, wywołujące podobną lepkość; w każdym razie jest ona dla cholery charakterystyczną.

Prof. BARANOWSKI. Umysł ludzki jest skłonny do wyprowadzania wniosków jednostronnych. Są choroby zakaźne, które mają swe cechy specjalne, np. tyfus brzuszny, ale są i inne (szkarlatyna, tyfus wysypkowy), w których istnieją tylko zmiany ogólne, właściwe wszystkim wogóle chorobom zakaźnym. LIEBERMEISTER np. przypisywał niegdyś wszelkie zmiany wysokiej ciepłocie. Dziś znów panuje prąd, że zmiany te zależą od toksyn. W przypadku prelegenta uderzającym faktem jest lepkość błon surowiczych. Być może, iż tu współdziałało kilka czynników: z jednej strony wpływ toksyn, z drugiej brak dowozu płynów, wysuszenie. Wszak chory przez dni kilka nie przyjmował wody, będąc w stanie gorączkowym.

Kol. KRYSIŃSKI w r. 1888 wykonywał w laboratorium PRAYER'a badania nad wpływem wysokiej ciepłoty na zwierzęta, które trzymał w klatkach ogrzanych, i nasycał powietrze parą wodną. Otóż, u wszystkich zwierząt ciepłota się podnosiła, a one w krótkim czasie ginęły. Sekcyja wykrywała zmiany mięszszowe, właściwe gorączce. Zdawało się przeto, że już samo podniesienie ciepłoty otaczającej może zgubnie oddziaływać na ustrój zwierzęcy. Obecnie fakt ten wyjaśnić sobie możemy inaczej, t. j., że pod wpływem wysokiej ciepłoty wytwarzać się mogą w ustroju toksyny, które powodują owe zmiany. Kol. PRZEWOSKI mówił, że chora z Ochoty nie miała wymiotów, ani biegunki, a pomimo tego stwierdził u niej obecność cholery. Na czemże oparto rozpoznanie anatomo-patologiczne? Czy na lepkości błon surowiczych i na obecności przecinkowców? W takim razie posiadamy tu zbyt mało dowodów. Boć i u ludzi zdrowych można w czasie epidemii cholery znaleźć w kale laseczники swoisto.

Kol. BUJWID. Nikt dotychczas nie stwierdził, ażeby u ludzi zdrowych istniały w kale laseczники cholery.

Kol. SZWAJCKER, w odpowiedzi poprzednim mówcom, zaznacza, iż nie chce rozstrzygać kwestyi pochodzenia płynu lepkiego stanowczo, uważa tylko podane przez siebie objaśnienie faktu za prawdopodobne. Co do przypadku z Ochoty, to trzeba być ostrożnym z wyprowadzaniem wniosków na zasadzie wywiadów, odnośnie do biegunki i wymiotów, jak to potwierdził kol. SIERPIŃSKI. Tak samo rzecz się miała z pierwszym w Warszawie chorym na cholere (Łyjak), który, wedle relacyi kol. ŚWIĄTECKIEGO, nie miał w szpitalu biegunki; tymczasem dowiedziano się, że na kilka dni przedtem, będąc jeszcze na Wiśle, flisak ten miewał biegunkę i wymioty. W cholerze doświadczalnej widzimy i lepkość błon surowiczych i silne biegunki. Zdaniem HUEPPE'go, w cholerze Hamburskiej widywano u zdrowych bakterye choleryczne w kale.

Kol. PRZEWOSKI nie przeczy, że u ludzi zdrowych mogą istnieć w kiszkiach laseczники cholery; teoretycznie jest to możliwem. Lecz dowodzi to tylko, że one nie wywołują cholery prawdziwej, z powodu niedostateczności ich ilości.

Kol. BUJWID. Z pomiędzy wszystkich objawów przy cholerze, wyróżnia się stałość znajdowania lasecznika. Nie można więc odrzucać tak ważnego faktu rozpoznawczego. Że u ludzi zdrowych są bakterye cholery, to niczego nie dowodzi, bo można mieć lekką biegunkę i czuć się zupełnie zdrowym, niemniej jednak będzie to już biegunka choleryczna. Taki człowiek zatem bezwzględnie zdrowym nie jest.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

64. a) KONRAD ALT. **Badania nad wydzielaniem jadu żmii przez żołądek.**

b) Prof. HITZIG (Halla). **Objawy ze strony żołądka po odjęciu morfiny.** (Odczyt w Tow. Psych. i Neurol. w Berlinie).

c) PIESSNER. **Objawy żołądkowe u morfinistów.**

d) LEUBUSCHER i SCHAEFER. **Wpływ niektórych leków na wydzielanie kwasu solnego w żołądku.**

a) ALT jeszcze w roku 1889 dowiódł doświadczeniami, że wstrzyknięta pod skórę morfina wydziela się przez żołądek. Wydzielanie rozpoczyna się po 2½ minutach, trwa najmniej półgodziny, najdalej po godzinie ustaje. Mdłości, po wstrzyknięciu pod skórę morfiny występujące, są skutkiem wydzielania się tejże w żołądku i mogą być usunięte przez wypłukanie żołądka; przez wielokrotne przepłukiwanie można objawy otrucia znacznie złagodzić; nawet po dawkach niewątpliwie śmiertelnych można w ten sposób życie uratować.

Podobnie jak przy otruciu morfina, wymioty są również jednym ze stałych objawów i po ukąszeniu przez jadowite gady; fizyolog florencki FONTANA zrobił spostrzeżenie, że psy otrute jadem żmii, tem prędzej przychodzą do siebie, im więcej wymiotują. W przypadkach zakażeń śmiertelnie przebiegających, zwykle prawie występują krwawe wymioty i wypróżnienia. Ponieważ FEOKTISTOW ¹⁾ (KOBERT) w Dorpacie dowiódł, że jad żmii wywiera niszczące działanie na naczynia krwionośne tylko tam, gdzie występuje w pewnem stężeniu, to krwawe te wymioty i biegunka również naprowadzają na myśl, że jad wydziela się przez żołądek. LANDER BRUNTON i FAYSER, którzy dużo nad jadem żmii pracowali, także przyszli do tego wniosku i zalecili nawet przepłukiwania żołądka jako środek leczniczy. Aby stwierdzić te przypuszczenia, ALT podjął cały szereg doświadczeń, które w zupełności apriorystyczne wnioski potwierdziły.

Jad żmii (*pelias berus*) otrzymywał w ten sposób, iż głodnej i rozdrażnionej żmii dawał do kłusania wygotowaną gąbkę, jej zawartość później wyciskał i wstrzykiwał psom pod skórę. Jako objawy miejscowe występują tu bardzo szybko obrzęk i silna bolesność. Zwierzęta unikają poruszeń chorą kończyną. Po 5—10 godzinach obrzęk silnie się na wszystkie strony rozszerza i wskutek niszczącego działania jadu na naczynia, występują wylewy krwawe; działanie jadu nie ogranicza się zresztą na naczyniach; przy dostatecznem stężeniu, po 12—24 godzinach przychodzi nawet do zgorzeli mięśni i skóry. Daleko ważniejsze są objawy ogólne. Jeżeli psu wstrzyknąć jedną trzecią część jadu, w sposób powyżej podany od jednej żmii otrzymanego, (I-sza grupa doświadczeń), to już po kilku minutach zaczyna pies się oblizywać, lykać ślinę i ziewać, tłucze się niespokojnie tu i tam, jest smutny i apatyczny. Pysk opuszcza ku ziemi, jak gdyby chciał wymiotować, pojawiają się wysiłki wymiotne, a nawet czasami i rzeczywiste wymioty. Po upływie pół godziny objawy się potęgują, pojawia się senność i w kończynach tylnych bezwład; pokarmów psy przyjmować nie chcą, występuje natomiast silne pragnienie. Po 6—10 godzinach objawy powyższe powoli przechodzą, po 15 godzinach pies zupełnie już do siebie przychodzi, (nb. objawy miejscowe jeszcze trwają). Jeżeli dawkę podwoić (II-ga grupa doświadczeń), objawy zatrucia są znacznie większe i dłużej trwają, mianowicie daleko wyraźniej występuje niedowład i bezwład kończyn dolnych, senność i apatya. Przy dawce potrójnej, (III-ia grupa doświadczeń) t. j. po całej porcji jadu otrzymanego na raz, kończyny tylne ulegają zupełnemu prawie porażeniu ataktycznemu, apatya przechodzi w całkowite ośpienie, choroba, jeżeli ustępuje, to zaledwie po dniach kilku. W przypadkach śmiertelnych oddech staje się przyspieszony i powierzchowny, tętno słabe i nieregularne, w mięśniach pojawiają się kurcze włóknikowe, senność wzmagą się do samej śmierci. Co do jadu innego gatunku żmii *Echidna arietans*, objawy są wogóle podobne, ale silniejsze, zwłaszcza miejscowe; oprócz tego na pierwszy plan występują tu więcej objawy właściwe porażeniu kory mózgowej.

¹⁾ Patrz Drobne wiadomości różnej treści w N-rze 6 Med.

Przy zastosowaniu przepłukiwań żołądka u zwierząt otrutych jak w pierwszej grupie, niema prawie żadnych objawów chorobowych. Zwierzęta, które otrzymały dawkę podwójną, poprawiają się bardzo prędko, po 6—8 godzinach są zupełnie zdrowe. Zwierzęta otrute pełną dawką, przedstawiają objawy zaledwie dorównujące II-jej grupie bez przepłukiwań; objawy te bardzo prędko przechodzą. Na drugi dzień jest już pies zupełnie zdrowy. Do tego, u zwierząt leczonych przepłukiwaniami, nigdy nie występują wymioty. Z doświadczeń tych widać, jak na dłoni, leczniczą doniosłość przepłukiwań; ALT jednakże na tem nie poprzestał, lecz uzupełnił badania jeszcze innemi doświadczeniami. Oto, przepłukał psu żołądek doszczętnie i wstrzyknął temu psu w wyżej podany sposób jad pod skórę, poczem znowu przez całą godzinę małemi porcjami wody (razem około 600 ctm. sześć.) żołądek przepłukiwał. Wypłuczyny te wlane innemu psu przez zgłębnik do żołądka, wywoływały objawy zatrucia. Przekonawszy się, że jad żmii strąca się wyskokiem, nie tracąc nic na swych własnościach, zmodyfikował ALT w ten sposób swoje doświadczenia, że truł psy jadem strąconym z wypłuczyn (trzeba do tego potrójną ilość 96% wysokoku), wysuszonym i rozpuszczonym następnie w wodzie przekroplonej. I w tej grupie doświadczeń charakterystyczne objawy zatrucia występowały. Dla zupełnej ścisłości dawał też wprost wygłodzonym i rozdrażnionym żmijom psy na ofiarę, później jedne pozostawiał bez leczenia, drugim żołądek przepłukiwał. Pierwsze przez dni kilka ciężko w sposób charakterystyczny chorowały, drugie po lekkich zaledwie objawach w kilka godzin przychodziły do siebie. Jad, strącony z wypłuczyn, wstrzykiwał także ALT i morskiej śwince. Ta zdechła. Badanie anatomo-patologiczne zwierząt zdechłych wykazało, oprócz rozległej zgorzeli w miejscu zastrzyknięcia, krwotoki w żołądku i kiszki, zmętnienie miąższowe w nerkach, ogniska nekrotyczne w wątrobie, czasami i małe zatory w płucach. Badanie rdzenia wykazywało objawy zwyrodnienia głównie w pęczkach tylnych. Co do natury chemicznej jadu, to niema on cech ani kwasów organicznych, ani alkaloidów, lecz dawał reakcje właściwe toksalbuminom. Wynik praktyczny badań ALT'a jest aż nadto widoczny; nie potrzebujemy go tu formułować. Badania te wyjaśniły działanie zalecanego także przy ukąszeniu przez żmiję alkoholu w dużych i dość stężonych dawkach. Strąca on toksyny. ALT przypuszcza, że i roślinne toksalbuminy, wydzielane przez bakterye przy chorobach zakaźnych, również może wydzielają się przez żołądek. Duże dawki wysokoku, które korzystnie działają przy eklampsji i gorączce połogowej, może także działać przez strącanie toksyn.

(*Munch.med. Woch.Nr.41.—1892*).

Co do cholery, to ALT, korzystając z zeszłorocznej epidemii w Hamburgu, zdążył już stwierdzić swoje przypuszczenia doświadczalnie. Otrzymał z wymiocin zapomocą absolutnego alkoholu osad, który rozpuszczony w wodzie destylowanej i wstrzyknięty pod skórę, działał trująco w sposób charakterystyczny na szczury, morskie świnki i psy. Na tej zasadzie sądzi ALT, że częste przepłukiwanie żołądka przy choleryce powinno mieć wpływ korzystny przy napadzie cholerycznym, którego istota, zdaniem ALT'a, polega więcej na zatruciu organizmu odpowiedniami toksalbuminami, niż na zgęszczeniu krwi.

(*Deutsch. med. Wochenschrift Nr. 42. 1892*). B. Dzierżawski

b) Przykre objawy, jakim ulegają morfiniści, poddani leczeniu odwykowemu, znane są oddawna. Z nich najgorszym jest niepokój, trapiący chorych, obok uczucia palenia, ciśnienia i t. d., w żołądku (objawy pokrewne napotykanym w chorobach żołądka przewlekłych). Istnieje przeto ścisły stosunek między krążącą we krwi morfiną a żołądkiem. Przed laty HIRZIG zauważył, iż narkotyzowany morfiną pies wymiotował, a wymiociny pożarł inny pies, który po krótkim czasie również wymiotował. Z tego H. wywnioskował, iż w żołądku wydzielą się znaczna ilość morfiny i że ów drugi pies uległ otruciu morfiną przez spożycie wymiocin pierwszego. Spostrzeżenie to skłoniło jednego z asystentów HIRZIG'a do dalszego badania kwestyi na drodze doświadczalnej. Poszukiwania wykryły istotnie, że u psa wydzielą się do żołądka w ciągu pierwszych kilku godzin mniej więcej połowa wstrzykniętej mu pod skórę morfiny. Wobec tego nasunęło się przypuszczenie, iż sprawa ta nie może pozostać bez wpływu na chemizm trawienia, jak z drugiej znów strony przerwanie dalszego użycia morfiny u nałogowych nie może być dla żołądka obojętnem. H. sądził, że pod wpływem morfiny musi początkowo nastąpić upadek wydzielania soków trawiennych, po zaprzestaniu zaś

dowozu morfiny przepelnienie żołądka kwasem solnym. Gdyby się przypuszczenie to sprawdziło, możnaby szereg objawów, po zaprzestaniu iniekcji morfiny powstających, wyjaśnić analogicznie z przypadłościami przy nadkwaśności żołądka. H. postanowił tedy skorzystać z pierwszej tego rodzaju sposobności, celem zbadania chemizmu trawienia.

Przypadek zdarzył, iż wkrótce potem zgłosił się do H. młody lekarz, który od lat kilku był morfinistą i kilka już razy poddawał się leczeniu odwykowemu. Używał on morfiny w połączeniu z kokainą od lat sześciu. W ostatnich czasach doszedł do dawek podskórnych 0,25 morfiny i 0,005 kokainy. Już dość wcześniej wystąpiły objawy zwyrodnienia i halucynacji. H. zalecił mu w zakładzie specjalnym stosowanie dawek następujących: przez dwa dni zwykłe jego iniekcje po 0,22; trzeciego dnia 0,11; każdego zaś następnego dnia o 4 kreski strzykawki mniej. W tym czasie z żołądka miała być codziennie wydobywana zawartość i poddawana badaniu, które wykonywał prof. MEHRING. W pierwszej próbie brakło zupełnie kwasu solnego w zawartości żołądkowej. W dwóch następnych dniach, gdy chory otrzymał 0,08 i 0,11 morfiny, podniosła się nieco zawartość kwasu solnego. Trzeciego dnia chory otrzymał 0,22; znów ilość HCl spadła i wzmożła się dopiero aż do 0,112% w miarę zmniejszania dawek morfiny. Rzecz szczególna, iż po zupełnem zaprzestaniu iniekcji, wystąpiło na drugi i trzeci dzień znaczne wzmożenie wydzielania HCl (do 0,29%). W tydzień po ostatniej iniekcji, ilość HCl wynosiła 0,205%. W ołny HCl znaleziono dopiero po zupełnem przerwaniu dawek morfiny.

Chory doznawał w czasie kilkakrotnie dawniej przedsiębranego leczenia odwykowego, uczucia niepokoju, darcia we wszystkich członkach, wymiotów, biegunk, kurczów w łydkach i t. d.. Podczas obecnego zaś leczenia objawy były nader nieznaczne, zwłaszcza nie było t. zw. głodu morfinowego; przeciwnie, pacjent nie chciał w ostatnich dniach przyjmować wcale iniekcji morfinowych. Spał i jadł dobrze. Leczenie polegało na tem, iż od początku dostawał codziennie dłuższą kąpiel ciepłą, na noc 2,0 trionalu, a zrana, po wydobyciu zawartości z żołądka, przepłukiwania solą karlsbadzką. Makowca nie stosowano.

Hipoteza, z której autor wyszedł, niezupełnie się sprawdziła. Wprawdzie podczas używania morfiny znikał HCl, po przerwaniu zjawiał się, lecz właściwej kwaśności nadmiernej nie było. Niemniej leczenie okazało się skutecznem, gdyż brakło zwykłych objawów właściwych odjęciu morfiny. Trional działał znakomicie i zasługiwał na pierwszeństwo przed wszelkimi innemi środkami nasennymi, wbrew zdaniu SCHAEFER'a.

Pozostaje jeszcze wyjaśnić, dlaczego ranne wydobycie zawartości żołądkowej i następne przepłukiwanie solą karlsbadzką tak pomyślny sprawiały skutek. Jeśli istotnie w ciągu godziny po iniekcji morfiny, połowa jej wydzieloną zostaje w żołądku, to nerwy żołądkowe ulegają tak znacznej narkozie, że nagle przerwanie dalszych wstrzykiwań prowadzi do gwałtownych objawów ze strony nerwów żołądkowych i powoduje różne zboczenia chorobliwe drogą nerwu błędnego. Jeśli tak jest, to można dalej przypuścić, że nerwy żołądkowe znajdują się w tym czasie w stanie zmienionej pobudliwości, ponieważ podrażnienie prawidłowe odczuwaniem bywa jako chorobliwe. W tym więc razie prawidłowa ilość HCl działa zapewne w podobny sposób, jak nadmierna jego ilość w żołądku zdrowym. Przytem morfiniści cierpią na przewlekły brak kwasu (*anaciditas*), więc ściany żołądka pozbawione są u nich wpływu prawidłowej zawartości kwasu solnego.

(D. m. Z. 95—92).

c) Z okazji odczytu HIRTIG'a, przytacza PIESSNER niektóre dane, jakie dostrzegał u 15 leczonych w jego zakładzie (w Wiesbaden) morfinistów. Zalecał on wszystkim chorym kwas solny i otrzymywał bardzo dobre wyniki: niesmak, nudności, odbijanie i charakterystyczny ucisk w okolicy żołądka ustawały; apetyt wzmagał się do tego stopnia, iż niektórzy pacjenci jadali trzy razy więcej niż przed rozpoczęciem leczenia. Działanie to ma niezmiernie ważne znaczenie, ponieważ dobre odżywianie się morfinistów jest środkiem najskuteczniej sprzyjającym odwykaniu od morfiny. Przypadłości powyższe spostrzegano przez czas mniej więcej trzydniowy od chwili ostatniej iniekcji, a kwas solny podawano tak długo, dopóki istniały objawy żołądkowe choćby w stopniu najlżejszym. W jednym tylko przypadku wynik po kwasie solnym był ujemny. Dotyczył on pacjenta,

który wskutek wrzodu żołądka przywykł do iniekcji morfinowych od lat trzech (oraz kokainowych od lat dwóch); 4 razy bezskutecznie usiłowano przeprowadzić leczenie odwykowe. W leczeniu obecnym, podczas okresu zmniejszania dawek morfinowych, trwającego około 4-ch tygodni, pacjent doznawał niewielkich przy padłości ze strony żołądka, miał łaknienie dobre i przybyło mu na wadze 15 funtów. Leczył już w pierwszych trzech dniach po zupełnem przerwaniu iniekcji, wystąpiły pomimo podawania kwasu solnego, tak gwałtowne objawy żołądkowe, że podejrzewano nawrót wrzodu. (*Berl. klin. Woch.* 9—93).

d) Aczkolwiek pod względem teoretycznym i naukowym badania dotychczasowe nad wydzielaniem kwasu solnego w żołądku są nader cenne i wyjaśniły wiele spraw czynnościowych tego narządu, to jednak wnioski praktyczne okazują się jeszcze niewielkie. Terapia również niewiele na tych poszukiwaniach zyskała, mianowicie z powodu nieznajomości wpływu pewnych środków lekarskich na sprawę wydzielania kwasu solnego.

Autorowie postanowili przeto zbadać, czy można wywołać zmianę w wydzielaniu żołądka, zapomocą danych środków leczniczych, i czy w razie jakichkolwiek zboczeń tego wydzielania, uda się sprowadzić ostatnie do granic prawidłowych.

Dotychczas osiągnane z pewnemi środkami wyniki nie są bez zarzutu z tego względu, iż stosowane metody oznaczania kwasu solnego były niedokładne. Oznaczano go zwykle jakościowo tylko, a jednak, pomimo ujemnego wyniku wszelkich znanych prób jakościowych, istniała niewątpliwie dość znaczna ilość kwasu solnego w wydobywanej z żołądka zawartości.

Kwas ten, jak wiadomo, wydziela się w dwóch postaciach, jako związany i jako wolny. O znaczeniu kwasu związanego zdania są podzielone; nie ulega jednak zaprzeczeniu, iż pokarmy zostają przezeń doprowadzane do stanu łatwiejszego wchłaniania. Koniecznem przeto jest, posiłkowanie się metodami ilościowem i, które wykazują zarówno kwas związany, jakoteż wolny.

W tym celu autorowie używali, jako najodpowiedniejszej, metody SJOEKVIST'a. Badany osobnik otrzymywał $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ funta surowego, siekanego mięsa z małą ilością wody i soli. Przedtem stwierdzano kilkakrotnie, jak się zachowuje wydzielanie HCl w warunkach prawidłowych.

Poszukiwania dotyczyły głównie takich środków, które i na inne gruczoły wpływały bądź pobudzająco, bądź ograniczająco. Najprzód próbowano pilokarpiny i atropiny, których działanie, jak wiadomo, jest antagonistycznym. Pilokarpina pobudza nie tylko wydzielinę gruczołów potowych, ale i ślinianek, gruczołów łzowych, śluzowych w tchawicy i, co najważniejsza, gruczołów LIEBERKUEHN'a. Podawano ją natychmiast po obiedzie próbnym w dawce 1,5 ctgr.. Okazało się, iż próby jakościowe na HCl wypadły dodatnio, a ilościowe wykrywały ilość HCl mniej więcej prawidłową. Był to fakt dziwny; ze względu jednak na to, iż zauważono jednocześnie wzmożone wydzielanie śluzu w żołądku, oraz że została połykaną ogromna ilość śliny, które to ciała wiążą kwas solny bardzo silnie, przypuścić należało, iż pomimo wykrycia prawidłowej zawartości tego kwasu, wydzielał się on w ilości zwiększonej.

Atropinę stosowano podskórnie w dawce 1,5 mgr., również natychmiast po obiedzie próbnym, i nie zauważono zmniejszenia wydzieliny HCl; mimo to, zawartość żołądkowa była źle strawioną, a próby jakościowe na HCl wypadły ujemnie.

W większej liczbie doświadczeń badano działanie mako w c a i najważniejszego jego składnika mor f i n y.

Doświadczenia te podzielić można na dwie grupy: 1) gdzie podawano mako wiec i morfinę wewnątrznie i 2) w iniekcjach podskórnych.

Co do grupy pierwszej, osiągnięte wyniki były dla obu środków jednakowe. Dawka czystego makowca wynosiła 0,15 grm., morfiny 0,02—0,03 grm., jednocześnie z obiadem próbnym. Próby jakościowe wypadły ujemnie, ilościowe zaś wskazywały nieznaczne, mało od normy różne zmniejszenie i opóźnienie wydzielania kwasu solnego.

Uderzającym natomiast było działanie w drugiej grupie tych doświadczeń, w której stosowano morfinę podskórnie, w dawce 0,02—0,03 grm., podczas obiadu próbnego. Znajdowano zawsze brak kwasu solnego przy próbach jakościowych,

ilościowo zaś bardzo wydátne zmniejszenie wydzielanego kwasu. Odpowiednio do tego, wydobyta zawartość była zawsze źle strawioną.

Ta niestosunkowość między działaniem morfiny, stosowanej podskórnie, a działaniem makowca i morfiny, podawanych wewnątrznie, dowodzi, iż wydzielanie HCl nie zależy od wpływów miejscowych na samą błonę śluzową żołądka, lecz od wpływu pewnych ośrodków nerwowych. W metodzie podskórnej morfina działa bezpośrednio i silnie, w wewnętrznej zaś powoli i odpowiednio do pochłoniętej przez błonę śluzową ilości. Jak ALT dowiódł, morfina, wstrzyknięta podskórnie, zostaje bardzo szybko i w znacznym stopniu wydalana w żołądku, gdzie uledeż może ponownie wchłonięciu, a tym sposobem następuje zdwojone jej działanie.

Z badań powyższych wypływa, iż podawanie wewnętrzne makowca i morfiny nie wywiera, po dłuższym nawet czasie, szkodliwego wpływu na wydzielanie kwasu solnego, a temsamem na akt trawienia. Fakt ten zyskuje na wartości, zważywszy, iż w pewnych psychozach koniecznem jest podawanie makowca w większych dawkach przez kilka tygodni lub miesięcy. Natomiast unikać należy stosowania morfiny podskórnie podczas aktu trawienia. Przypuścić można, że pewna część tak częstych i nader gwałtownych przypadłości żołądkowych u morfinistów pozostaje w zależności od zboczeń wydzielniczych kwasu solnego.

(D. med. Woch. 46—92). Henryk Pacanowski.

65. Przypadek bąblicy jodowej wybujałej. (*Pemphigus vegetans jodicus*). Przypadek powyższy spostrzegano w klinice prof. TARNOWSKIEGO w Petersburgu u 55-letniego chorego, który przed 25-laty przechodził szankra miękkiego; rozpoznano na zasadzie przewlekłego niezytu nosa z krwawieniem, przymiot i zalecono użycie jodku potasu, jeden gram dziennie. Po 15 dniach powstały na ciele krosty, a z nich owrzodzenia, i to skłoniło chorego do szukania pomocy w klinice prof. TARNOWSKIEGO. Największe i najdawniejsze owrzodzenie znajdowało się na biodrze lewem, inne, mniejsze, w liczbie trzech, na łopatkach. Owrzodzenia mają formę okrągłą lub owalną, brzegi równe, ostro zakończone, dno bujną ziarniną pokryte, w pośrodku wyniosłe, znacznie przewyższające brzegi i powierzchnię otaczającej skóry, co nadawało owrzodzeniu wygląd szkiełka od zegarka, odwróconego wypukłą powierzchnią do góry. Bujająca na dnie owrzodzenia ziarnina krwawi i boli za najmniejszym dotknięciem. Pas skóry, otaczający owrzodzenia, jest koloru miedziano-czerwonego, przechodzi w fioletowy. Niektóre z mniejszych owrzodzeń były pokryte ciemno-brunatnymi krwawymi strupami.

Oprócz tego znaleziono na przegrodzie i skrzydłach nosowych owrzodzenia, łatwo krwawiące. Prawe nozdrze, stale zatkane, wydziela cuchnącą ropę.

Wobec powyższych danych, rozpoznanie przymiotu przez wielu lekarzy, oglądających chorego, dało się poniekąd uzasadnić. Ze względu jednak na ujemną anamnezę, dobry stan ogólny chorego i brak więcej charakterystycznych objawów zastarzałego przymiotu, a najbardziej, ze względu na wyraźny związek wykwitów skórnych z uprzedniem używaniem jodu, należało przymiot wykluczyć. Rozpoznanie wilka (*lupus vulgaris*) musiało być również w powyższym przypadku odrzuconem. Pozostawało więc przyjęcie bąblicy jodowej (*pemph. jodicus*). Dalszy przebieg choroby potwierdził w zupełności powyższe rozpoznanie. Po odstawieniu bowiem jodku potasu, owrzodzenia, przy użyciu dermatolu i maści borowej, szybko się goiły; po ponownem zaś zaleceniu tego środka, *experimenti gratia*, powstawały na nowo wykwity skórne i zamieniały się w owrzodzenia.

Rozwój tych wykwitów był następujący: najprzód ukazywał się płaski guzik (*papula*), a na jego wierzchołku pęcherzyk z mętną, ropiastą zawartością, niekiedy z przymieszką krwawą; pęcherzyk następnie przechodził w większy bąblicowy pęcherz, na wyniosłej podstawie siedzący; ściany pęcherza zwykle były pofałdowane, z powodu niepełnego wypełnienia zawartością; po otworzeniu pęcherza, spostrzegano na jego podstawie bujającą ziarninę, która następnie, rozrastając się, w postaci wyniosłego guza, pokrywała dno następczego owrzodzenia, i to właśnie upoważniało autora do nadania w powyższym przypadku nazwy bąblicy jodowej wybujałej.

(*Therapeutische Blätter*. 1893. Nr. 3). J. Majkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= FOREZ stosował wlewania gorące do kiszek grubych u chorych na kolkę nerkową lub wątrobową, oraz na niektóre sprawy zapalne w narządach płciowych żeńskich. Wlewania znakomicie łagodziły bóle, w tych nawet razach, gdzie morfina była bezskuteczną. Używał $\frac{1}{2}$ —1 litra wody o ciepłocie 41—44° C. (Jour. d'accouch. 92).

= SOUTHAM opisuje dwa przypadki t. zw. łuszczącego zapalenia pęcherza moczowego (*cystitis exfolians*). 1) 42-letnia kobieta skarżyła się na częste i bolesne oddawanie moczu, w następstwie wprowadzenia jej wianka macicznego; mocz zawierał niekiedy domieszkę krwi. W miesiąc później zjawił się nagle gwałtowny ból w dolnej części brzucha, poczem przez cewkę wydalonym został całkowity odlew wewnętrznej powierzchni pęcherza, złożony, jak wykazało badanie, z całej błony śluzowej i części warstwy mięśniowej pęcherza. Od tego czasu objawy niężyty pęcherza słabły coraz bardziej i wreszcie ustąpiły. 2) U chorego, po zwichnięciu 7-go kręgu szyjowego, nastąpił bezwład kończyn dolnych i pęcherza; mocz wypuszczano cewnikiem przy zachowywaniu bezwzględnej czystości. Na sekcji (po 4 tygodniowej chorobie), znaleziono: zlepne zapalenie otrzewnej pęcherza; jama jego pokryta była błoną białą-żółtą, łatwo się oddzielającą, która składała się z błony śluzowej i podśluzowej i pokryta była złogami fosforowemi. (Med. Chr. 93).

= Podczas silnych i długo trwających mrozów ubiegłej zimy UFFELMANN dokonał szeregu prób, mających wyjaśnić, jak oddziaływa zimno na mikroby cholery i tyfusu brzusznego. Laseczniki cholery nie giną nawet przy ciepłocie 24,8° C. niżej zera, oraz pozostają żywymi w lodzie, leżącym czas pewien na wolnym powietrzu, jako też i w ziemi. Zimno zabija je po upływie pewnego czasu dopiero. Pod warstwą śniegu zachowują one dość długo swą żywotność. Co do lasecz. tyf., doświadczenia jeszcze nie są ukończone (B. Kl. W. 7—93).

= Według CHAUFFARD'a, ogólnie utarte mniemanie, jakoby zapalenie opłucnej ropne było gorszem od surowiczego, jest niesłusznem. Dzięki leczeniu przeciwnie, zapalenie ropne daje obecnie tylko 15% śmiertelności; wyzdrowienie nastąpić może już po 3—5 tygodniach, a w niektórych zapaleniach ropnych, zależnych od pneumokoków, już po pierwszym przekłuciu. Gorzej przebiegają te zapalenia, które wywołane zostają przez gronkowce, a najgorzej gruźlicze, przebiegające powoli, bez wysokiej gorączki (około $\frac{1}{10}$ części

wszystkich zapaleń ropnych opłucnej). W ostatnim razie sprawa bywa wynikiem zakażenia mieszanego t. j. lasecz. gruźliczemi i jednym z grzybków ropotwórczych. Zapalenia opłucnej surowicze po największej części są przejawem gruźlicy, stąd też i rokowanie bywa nader niepomyślnem; BOWDITCH określa % śmiertelności na przeszło 40%. Jedyną okoliczność pomyślną stanowi tu fakt, iż conajmniej połowa tych przypadków jest gruźlicą czysto miejscową i dla tego zejście w suchoty następuje bardzo rzadko. (Rev. gen. de clin. 93).

= RONA zebrał 14 przypadków, w których stwierdził, iż zapalenie cewki u małych dzieci jest sprawą zupełnie identyczną z rzeżączką u dorosłych. Zawsze znajdował gonokoki NEISSER'a. Najmłodsze dziecko miało 15 miesięcy. Pośród jednego rodzeństwa R. znalazł u obu braci oraz u obu siostr (cierpiących na zapalenie sromu i pochwy) typowe koki. Niewątpliwie dziewczynki zarażać się mogą przez kąpiele, gąbki, ręczniki, nocniki i t. d. Do cewki męskiej zarazek może zapewne wnikać nie tylko drogą spółkowania, ale i skutkiem przypadkowego zetknięcia się otworu cewki z przedmiotem zakażonym. (Pest. med. chir. Presse 93).

= Prof. BENEDIKT spostrzegał bóle głowy ograniczone wyłącznie do szwów czaszkowych, które na ucisk są bardzo wrażliwe. Szczególniej widywał to u studentów przygotowujących się do egzaminów, jakoteż po dłuższych wzruszeniach i przepracowaniu. Niekiedy nerwoból ten towarzyszy chorobie BASEDOWA. Raz znalazł B. na sekcji oczywiste ostro powstałe skostnienie szwów w kierunku odwewnątrz nazewnątrz czaszki. W dalszym ciągu zwraca B. uwagę na połowiczną nadczułość podstawy czaszki w migrenie pod wpływem ucisku palcem. (I. Kl. R. 1—92).

= BOLTZ w Hamburgu badał niektóre mięśnie u ludzi zmarłych na chorobę, mianowicie mięśnie krtani, przepony i łydek. W *M. thyreo-arytaen. int.* prążczastość poprzeczna włókienek była zupełnie zatartą, a ich protoplazma okazywała zmetnienie drobnoziarniste. Obok tego jednak były włókna normalne. W innych razach zwyrodnienie było mniej posunięte; obok zmetnienia można było dostrzedz jeszcze prążki poprzeczne. Inne mięśnie badane dawały obraz podobny. Najwyraźniej uwydatniało się zwyrodnienie w przypadkach, które przebiegały niezbyt szybko; natomiast w przypadkach bardzo gwałtownych, jako też w tych, które kończyły się śmiercią w okresach późniejszych

cholery, muskulatura zachowaną była lepiej. (D. m. W. 9—93).

== MATHIEU obserwował w ciągu 2 lat, 7 przypadków nerki ruchomej, której towarzyszyły gwałtowne napady ze strony żołądka, mianowicie kurcze i wymioty, nieraz bardzo obfite i częste, po kilka razy dziennie. Często, lecz nie zawsze poprzedzają silne bóle. Stan ten dojść może do zupełnego nieznoszenia wszelkiego pokarmu. Niekiedy występują objawy właściwe wrzodowi żołądka. Przy obmacywaniu brzucha w czasie wolnym od napadu, wyczuć można w dolku sercowym powyżej i na prawo od wyrostka mieczykowatego, bolesne na dotyk miejsce. Wymiociny składają się często nie z mas pokarmowych, lecz z obfitego, mniej lub więcej jasnego płynu, w którym widać śluz i małą ilość resztek pokarmowych. Innym razem wymiociny są żółciowo zabarwione. Napady trwają od kilku dni do kilku tygodni. Najczęściej powstają u osób obarczonych nerwowo, cierpiących na zaparcie stolca; rozszerzenia żołądka lub objawów niestrawności nerwowej M. nie napotykał. Treść żołądkowa okazuje się ubogą w kwas solny. W rozpoznaniu różniczkowym należy mieć na uwadze: wiał, ciężę, histeryę, niedrożność kiszek, otrucie. (Allg. C.-Z. 99—92).

== ABEL znajdował w 16 przypadkach przewlekłego nieżyty nosa (*rhinitis atrophicans foetida*) stale pewnego lasecznika w wydzielinie, podobnego do lasecznika płuc FRIEDLAENDER'a (*pneumobacillus*), lecz niewątpliwie odmiennego co do swej przyrody. W jednym zaś przypadku włóknikowego zapalenia błony śluzowej nosa (*rhinitis fibrinosa*), przy której to chorobie znajdowano w błonach wrzekomych często laseczniuki błonicy, ABEL nie napotkał ostatniego, lecz natomiast pneumokoki w niezmiernie obfitej ilości (M. m. W. 9—93).

STARCK opisuje 3 przypadki *rhinitidis pseudomembranaceae*. Choroba rozpoczynała się gwałtownym bólem głowy i uczuciem zatkania nosa bez widocznej przyczyny i bez podniesienia ciepłoty. Obfity wyciek następował dopiero ku końcowi choroby; błony stawały się coraz kruchozemi i miększe; oddzielały się same bardzo łatwo przy zwykłym wycieraniu nosa. W ciągu 1—2 tygodni produkcja błon była nader obfitą i stanowiły one jakby wyraźny kształt wnętrza nosa, były bez zapachu i składały się drobnowidzowo przeważnie z komórek, z małą domieszką włóknika. Nie znaleziono żadnych drobnoustrojów, któreby mogły być poczytywane za przyczynę sprawy chorobowej. (B. Kl. W. 42—92).

== JACOBSONH opisał 2 przypadki przymiotowego zwężenia gardzieli, które powstało po upływie wielu lat od chwili zakażenia. Błona bliznowata znajdowała się po

za nasadą języka. Autor zebrał w literaturze 26 tego rodzaju przypadków. U obu chorych udało mu się przy pomocy termokoteru, a w części noża usunąć zwężenie. (Arch. f. kl. Chir. T. 43).

== UFFELMANN stwierdził, iż w Rostocku w wodzie portowej oraz w pobliskiej rzece (Oberwarnow) laseczniaki cholery utrzymują się przy życiu do 6 dni. Jeśli ciepłota wody wynosi 19—21°, w takim razie w ciągu pierwszych 15 godzin ilość ich wzrasta. W mleku krowim utrzymują się przy życiu 2 dni, nawet gdy ono stało się mocno kwaśnem. Na kromkach chleba żyją dzień, a gdy chleb mieści się pod kloszem, tydzień. Na powierzchni słabo kwaśnego masła żyją 4—6 dni, na mięsie pieczonem 8, na śledziu wędzonym 4 dni. Na monetach miedzianych i srebrnych oraz na płytach mosiężnych giną już po 10—30 minutach. Na sukniach suchych żyją 4, na zwilżonych dłużej niż 12 dni. Na suchej skórze ludzkiej żyją za ledwo godzinę. (B. kl. W. 48—92).

== LEYDEN opisuje przypadek zakrzepu tętniczego po influency, który powstał w 6 tygodni po tej chorobie w lewej tętnicy ramieniowej; tętna promieniowego brakło zupełnie; wady zastawkowej nie można było skonstruować. Zwolna nastąpiła poprawa miejscowa (znikło uczucie osłabienia i mrowienia) z powodu utworzenia się krążenia obocznego, lecz tętno nie powróciło. W ostatnim czasie opisano 8 tego rodzaju przypadków. Dalej opisuje LEYDEN drugi przypadek zakrzepu tętnicy podkolanowej po influency, skutkiem czego nastąpiła zgorzel kończyny i musiano ją amputować. Co do sposobu powstawania zakrzepu tętniczego, L. nie sądzi, aby to był zakrzep starczy. Można by raczej zjawisko to postawić w związku z rozpadem komórek bezbarwnych krwi, które mnożą się od początku choroby aż do jej zakończenia i wytwarzają liczne produkty rozpadowe. Ze ostatnie sprzyjają krzepnięciu krwi, nie ulega prawie wątpliwości. Rozwój zakrzepu stanie się zrozumiałym, jeśli wyobrazimy sobie, iż krążki krwi przylegają ściśle w pewnem danem miejscu do ściany tętniczej. (D. m. W. 45—92).

== HOCHHAUS spostrzegał dwa przypadki niezwyklej tachykardyi, występującej pod postacią napadów, w których tętno dochodziło do 200 na minutę. W obu przypadkach istniało również znaczne rozszerzenie serca, tem wydatniejsze, im dłużej trwał napad tachykardyi. Po ustaniu napadu wszelkie objawy zniknęły. Przyczyną choroby było tu porażenie peryodyczne nerwu błędnego, niewiadomego pochodzenia. W jednym z tych przypadków ostre przepracowanie serca było powodem nader gwałtownego, 9 dni trwającego napadu tachykardyi. (D. A. f. kl. M. T. 51).

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny Warszawy w ciągu ubiegłego miesiąca nie uległ znaczniejszej zmianie. Z chorób panujących, najbardziej rozprzestrzenionym w mieście jest obecnie tyfus wysypkowy, który w ostatnich czasach widzimy częściej, również w śródmieściu, w okolicach zamożniejszych. Wielkiej zaraźliwości tej choroby najlepiej dowodzi okoliczność, że najczęściej do szpitali sprowadzają jednocześnie kilkorodzeństwa, a niekiedy wszystkich lokatorów jednego mieszkania, dotkniętych tyfusem. Kilku lekarzy szpitalnych zapadło w tym czasie na tyfus wysypkowy. Zwracamy uwagę Kolegów, że oprócz szpitali dziecięcych, chorych dotkniętych tyfusem przyjmuje jedynie szpital Wolski i szpital Starozakonnych, i że do tych tylko zakładów chorych tyfusowych kierować należy. Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych nagminne, o którym przed kilku tygodniami wzmiankowaliśmy, spotykamy obecnie znacznie częściej, zwłaszcza u dzieci, przeważnie w formie łagodnej, jakkolwiek przewlekłej. Często również widzimy różyczkę (*rubeola*) u dzieci, o bardzo łagodnym przebiegu. Natomiast szkarlatyna i dyfteryt znacznie rzadziej niż poprzednio się spotyka, a odry wcale prawie niema. Koklusz często jeszcze, zapalenie płuc włóknikowe rzadziej, niż w miesiącu poprzedzającym, się wydarza. Influenza występuje obecnie sporadycznie tylko, zimnica coraz częściej się spotyka.

I. K.

— P. Warszawski gubernator wydał do pp. naczelników powiatowych okólnik następującej treści: „Starając się o dostarczenie pomocy lekarskiej ubogiej ludności w miastach i widząc, że tylko w niektórych z nich znajdują się lekarze miejscy, uważam za konieczne polecić pp. naczelnikom, z uwagi na ważność sprawy, niezwłocznie zająć się tą kwestyą łącznie z magistratami miast, w których niema lekarzy etatowych. W tym celu należy, w stosunku do

funduszów posiadanych i liczby mieszkańców, przeznaczyć odpowiednią sumę nie tylko na pensye dla lekarzy, lecz i na urządzenie ambulatoryów, w których ubodzy chorzy otrzymywaliby pomoc, a nawet schronienie w razie niemożności leczenia się w domu. Wydatki na lekarza i ambulatoryum (trzy pokoje z kuchnią, utrzymanie felczera, stróża, kucharki, żywność dla chorych) nie są tak znaczne, w porównaniu z ogromnym pożytkiem, jaki podobne urządzenie przyniosą ubogiej ludności. Nie wątpię, że pp. naczelnicy przedsięwzię w jaknajkrótszym czasie odpowiednie środki, aby to, co powyżej wyłuszczone, mogło się urzeczywistnić“.

— Pisma codzienne donoszą, iż jedna z licznych komisji istniejących w Petersburgu, zajmując się kwestyą zbadania przyczyn, wywołujących mnożenie się liczby ociemniałych wśród ludności wiejskiej i uboższej miejskiej, opracowała projekt przenośnych ambulatoryów, które z odpowiednim personelem zwiedzałyby różne miejscowości państwa. W ciągu bieżącego lata mają być zaorganizowane cztery podobne ambulatorya.

— Rada miejska dobroczynności publicznej układa obecnie przepisy, mające obowiązywać lekarzy, felczarów i niższą służbę szpitali dla cholerycznych, jakie mają być otwierane na wypadek pojawienia się cholery.

— Z rozporządzenia ministerium oświaty postanowiono wzmocnić kontrolę lekarską nad uczniami szkół średnich. Szczególna uwaga będzie zwrócona na szerzenie się chorób oczu i chorób jamy ustnej.

— Jak znaczniemi środkami rozporządza kasa wsparcia dla wdów i sierot w wiedeńskim „*Doktorencollegium*“, dowodzi sprawozdanie za r. z.. Majątek kasy, do której należy 329 członków, wynosi przeszło 2 i pół miliona guldenów; rozdano 117,142 guld. 172 wdowom i sierotom. (SP. m. W. 10—93).

Redakcja Medycyny uwiadamia Sz. Kolegów, iż z wszelkimi interesami dotyczącymi administracji pisma, jako to: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem brakujących numerów i wydawnictw Medycyny, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy *nie do Redakcyi, lecz do Administracji pisma pod adresem: Dr. L. Guranowski, Marszałkowska 129*

REDAKTOR I WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi: Oboźna Nr. 5.

Дозволено Цензурою. Варшава 1 Апрель 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29

Cena numeru pojedynczego kop. 15.