

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynę kazuistyczną do patologii gałęzi szyjowej nerwu współczulnego podał d-r Maryan Piątkowski. — Torbiel wielokomorowa jajnika prawego. Wypadnięcie całkowite macicy. Owaryotomia i przysycie macicy do przedniej ściany brzucha. Opisał Ksawery Jasiński. — **Streszczenia i wyciągi.** 128. O działaniu antytoksycznem i leczniczem krwi ludzkiej po przebytych chorobach zakaźnych. (Błonica, odra, zapalenie płuc i róża). 129. Przyczynę zniechęcenia surowicy przeciwbłoniczej. 130. O otrzymywaniu surowicy przeciwbłoniczej z wysoką zawartością antytoksyny. 131. O znaczeniu rozpoznawczem zawartości białka w przesiekach i wysiękach chorobowych. 132. O etyologii ostrego gościca stawowego. 133. Odżywianie chorych na serce. 134. Łatwy sposób odróżniania krwi dyabetyków od krwi niedyabetyków. 135. Stosowanie jodu w cierpieniach układu krwionośnego zwłaszcza w dusznicę bolesnej. 136. Padaczka. 137. Przyczynę do leczenia tuberkuliny TR. 138. Jałowy nieprzepuszczalny lepki podkład. — **Odcinek.** D-r Teodor Hryniewski. Próba ogólnej charakterystyki chorób zakaźnych i wynikającego z nich pojęcia odporności. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Piątkowski — Contribution à la casuistique de la pathologie de la branche cervicale du grand sympathique. 2) D-r K. Jasiński — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Chute complète de l'utérus. Ovariotomie et fixation de l'utérus contre la paroi abdominale antérieure.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Piątkowski — Ein kasuistischer Beitrag zur Pathologie des Halsastes des Sympathicus. 2) D-r K. Jasiński — Eine multiloculäre Cyste des rechten Eierstockes. Prolapsus uteri completus. Ovariotomie und Anheftung der Gebärmutter an die vordere Bauchwand.

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

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA EDWARDA KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

IV.

Przyczynę kazuistyczną do patologii gałęzi szyjowej nerwu współczulnego

podał D-r Maryan Piątkowski, I-szy asystent tejże kliniki.

Do nerwów najbardziej rozgałęzionych w ustroju zaliczamy nerw współczulny. Część jego szyjowa, którą obecnie bliżej się zajmujemy, zawiera między innymi włókna rozszerzające źrenice, zaopatrujące mięsień gładki MÜLLER'a, gałązki wydzielnicze, jak np. ślinowe i potowe, wreszcie naczyńioruchowe dla ucha, twarzy, oka, gardła i krtani, gruczołu tarczowego i mózgu. Łatwo więc pojąć, że w razie zachorzenie tak rozgałęzionego nerwu wystąpić może cały szereg objawów, bądź to równocześnie, bądź kolejno po sobie, które razem zebrane dają obraz nerwicy nerwu współczulnego.

Jako przyczyny zachorzenia nerwu współczulnego wymienić należy przede wszystkim czynniki mechaniczne rozmaitego rodzaju, a więc w pierwszym rzędzie postrzały, [przypadki opisane przez MITCHELL'a, MARCKONSE'a, KEEN'a i SEELIGMÜLLER'a (1)], następnie przecięcie nerwu współczulnego [poparte doświadczeniami HUNDFIELD'a i CLAUDE BERNARD'a (46)], dalej upadek [BÆRWINKEL (2)], złamanie obojczyka, guzy w górnej części klatki piersiowej, na szyi zaś: ropnie, blizny i powiększenie gruczołu tarczowego. Do najważniejszych należą zmiany w samym nerwie, lub jego ośrodkach, jak świadczą przypadki stwierdzone badaniem pośmiertnem przez SEGUIN'a i EBSTEIN'a-FRÆNKEL'a. Inną przyczyną mogą być zmiany w narządzie krążenia, jak tętniaki tętnicy głównej i szyjowej (GAIRDNER COATES), zmiany anatomiczne w rdzeniu i mózgu. Wreszcie pojawiać się mogą nerwice w chorobach zakaźnych (EMMINGHAUS), w rozstrzeni lewej połowy serca (SEELIGMÜLLER, FLEISEHMANN, WITKOWSKI) i w chorobach konstytucjonalnych. Nie można jednak pominąć i takich przypadków, w których przyczyny nerwicy nerwu współczulnego w żaden sposób wykazać nie można.

Choroby nerwu współczulnego podzielić można według ich etyologii na dwie grupy; do pierwszej należą przypadki urazowe, do drugiej przypadki zachorzenia samoistnego. Według objawów, to znaczy według tego, czy należy przypuścić stan porażenia, czy stan podrażnienia tego nerwu, odróżniają EULENBURG (3), SEELIGMÜLLER (4) i inni również dwa rodzaje zachorzenia. Trzymając się tego ostatniego podziału, zajmiemy się przedewszystkiem stanem porażenia i podrażnienia nerwu współczulnego.

Podstawą do rozpoznania porażenia i podrażnienia nerwu współczulnego są doświadczenia CL. BERNARD'a i HUNDFIELD'a, którzy po przecięciu tego nerwu wykazali podniesienie ciśnienia tętniczego od 30—40 mm., rozszerzenie naczyń, zwiększenie szybkości prądu krwi, przekrwienie i podniesienie ciepłoty na twarzy, uszach i szyi po stronie nerwu przeciętego, na odwrót przez podrażnienie prądem galwanicznym wywołali zwężenie naczyń, i DUPUYLE'go (5), który przez przecięcie nerwu współczulnego wywołał wydzielenie potu po tej stronie. Z kazuistyki naczelné miejsce należy oddać przypadkom stwierdzonym badaniem pośmiertnem przez SEGUIN'a (6) i EBSTEIN'a-FRÆNKEL'a (7). Przypadek SEGUIN'a dotyczył chorego, który okazywał nierównomierne i niesymetryczne pocenie się twarzy; przy badaniu pośmiertnem znaleziono po stronie prawej tylko dwa zwoje i znaczną ilość w nich barwnika, po lewej stronie zaś trzy zwoje. Przypadek FRÆNKEL'a-EBSTEIN'a dotyczył 60-letniego mężczyzny, okazującego napady duszności połączone z uczuciem ciepła w kończynach lewych i zwiększonym wydzielaniem potu po tej samej stronie szczególnie na głowie, twarzy, szyi i częściowo na tułowie. Badanie pośmiertne wykazało oprócz znacznej ilości barwnika rozszerzenie żyłakowate naczyń w zwojach współczulnych szyjowych po stronie lewej. Rozszerzone naczynia, uciskając włókna nerwowe i komórki zwojowe, zdaniem autorów, wywołały porażenie nerwu współczulnego.

Z wynikami tymi idą w parze spostrzeżenia przypadków klinicznych porażenia nerwu współczulnego. Na pierwszym miejscu należy wymienić pracę NICATI'ego (45) opartą na 25 spostrzeżeniach klinicznych, w której autor obraz porażenia nerwu współczulnego ujął w ramy i na trzy okresy podzielił. W pierwszym okresie (wstępnym) znalazł objawy podrażnienia, jak wysadzenie gałki ocznej, rozszerzenie źrenicy, blade zabarwienie skóry, obniżenie ciepłoty i przyspieszenie tętna. W drugim okresie wymienia zwężenie

szpary powiekowej i zwężenie źrenicy, napięcie gałki ocznej, zwiększenie wydzielania potu po stronie chorej. W okresie trzecim, zdaniem jego, przychodzi do częściowego lub zupełnego zaniku części porażonej, której skóra staje się bledsza, ciepłota się obniża, chory mniej lub całkiem się nie poci.

W innych pracach nowszych z podziałem tym nie spotykamy się, wszyscy jednak autorowie powyższe objawy w porażeniu nerwu współczulnego wymieniają. EULENBURG do najczęstszych zmian w tej chorobie zalicza zwężenie źrenicy, dające się atropiną nieco rozszerzyć, dalej nieoddziaływanie tejże zupełnie na światło, a słabe na przystosowanie; do rzadszych — zmiany naczynioruchowe, tembardziej, że nie występują one stale, tylko okresowo lub napadowo, wreszcie zwężenie szpary powiekowej i opadnięcie powieki górnej. Zmiany naczynioruchowe podnoszą w swych pracach także OTTO WILKE, SEELIGMÜLLER, JANY i inni.

Wytłomaczenie objawów przy porażeniu nerwu współczulnego, podanych przez EULENBURG'a, obejmujących drugi okres NICATI'ego, jest łatwe. Tęczówkę zaopatruje nerw okoruchowy, zwężający źrenicę i nerw współczulny (PETIT) wraz z nerwem trójdzielnym powodujący rozszerzenie tejże. Nerw trójdzielny ma otrzymywać gałązki rozszerzające źrenicę od nerwu współczulnego. Porażenie więc nerwu okoruchowego wywołuje rozszerzenie źrenicy, nerwu zaś współczulnego zwężenie jej. Znaczną ilość mięśni gładkich, podnoszących powiekę górną, a stanowiących przedłużenie *lev. palp. sup.*, dalej mięśni rozszerzających szparę powiekową i podających gałkę oczną ku przodowi, zaopatruje również nerw współczulny; porażenie więc jego wywołuje opadnięcie częściowe powieki górnej, zwężenie szpary powiekowej i wciągnięcie gałki ocznej do oczodołu. Upośledzone działanie porażonych włókien nerwowych zwężających naczynia, a przebiegających w pniu nerwu współczulnego staje się przyczyną rozszerzenia naczyń, przepełnienia ich krwią, które pociąga za sobą wzmożenie ciepłoty w tej okolicy.

W drugiej głównej postaci zachorzenia nerwu współczulnego, t. j. po drażnieniu tegoż najwybitniej występują zmiany w narządzie wzrokowym i naczynioruchowe. Między innemi wymienia EULENBURG rozszerzenie źrenicy, brak oddziaływania jej, wysadzenie gałki ocznej, rozszerzenie szpary powiekowej; ze zmian naczynioruchowych przytacza: błądność chorej połowy twarzy i ucha, obniżenie ciepłoty i siły wydzielniczej zgodnie z BRUNNER'em i innymi. Zmiany powyższe w ten sam sposób dadzą się wytłomaczyć, jak przy porażeniu nerwu współczulnego z tą tylko różnicą, że działanie poprzednio niedowładnych mięśni występuje tu w całej pełni. Przeciwnie FRIEDLAENDER napadowe pocenie się twarzy u kobiety 48-letniej, a MAGNUS zaczerwienienie twarzy, pocenie się po prawej stronie u 50-letniej kobiety tłumaczą podrażnieniem nerwu współczulnego.

Oprócz powyżej wymienionych przypadków spotykamy się w literaturze z szeregiem objawów należących do sfery umysłowej, ruchowej, wydzielniczej i odżywczej, występujących rzadziej, a tłumaczonych przez autorów bądź to podrażnieniem, bądź porażeniem nerwu współczulnego.

Z o b j a w ó w p o d m i o t o w y c h obok bolesności nerwów współczulnych na szyi przy uciskaniu, najczęściej napotyka się w literaturze wzmianki o bólu i zawrocie głowy, szumie w uszach, osłabieniu pamięci, uczuciu przygnębienia, a objawy te tłumaczy EULENBURG (8) zboczeniem w krążeniu krwi w oponie miękkiej, której naczynia otrzymują gałązki naczynioruchowe od nerwu współczulnego. Również OTTO (9) zauważył u ko-

biety, dotkniętej, zdaniem jego, porażeniem nerwu współczulnego, zawrót głowy, osłabienie pamięci, bezsenność, osłabienie wzroku, usposobienie zadumowe, a odnosi te objawy do przekrwienia mózgu. Objawy podmiotowe przytaczają w swej kazuistyce także FRANKEL i JANY (10).

Ze strony n a r z ą d u k r ą ż e n i a podnieść należy przyśpieszenie tętna, dochodzące do 140 uderzeń na minutę, napięcie tętnicy promieniowej, bicie serca, napady duszniczy sercowej, dające się zajęciem dolnego zwoju szyjowego wytłomaczyć. [EULENBURG (11)].

Ze sfery wydzielniczej zasługują na wzmiankę zwiększone wydzielanie potu i śliny. Zwiększone pocenie się zależy od wielu czynników jak np. od podwyższenia ciepłoty, od ilości wody we krwi, zwiększonej pracy mięśniowej i t. d., wreszcie od ośrodków, od nerwów wydzielniczych i nerwów zaopatrujących naczynia. Ośrodki potowe znajdować się mają w rdzeniu przedłużonym [ADAMKIEWICZ, NAWROCKI (12)]. Stwierdza to zapatrywanie kazuistyka ALLIVIER'a (13), MITZELNADEL'a, REMAK'a, RAYMOND'a i ORTHOUD'a, gdzie u tabetyków znajdowano znaczne pocenie się połowiczne na twarzy i szyi. Zmiany w rdzeniu dały więc powód do następnych zboczyń w obrębie nerwu współczulnego. Nie bez wpływu na wydzielanie potu są nerwy zwężające i rozszerzające naczynia. Na nich i na mięśniach gładkich powodujących napięcie w gruczole potowym buduje UNNA (14) teorię wydzielniczą potu. Wynik doświadczenia DUPUY'ego, że po przecięciu nerwu współczulnego pojawiło się wydzielenie potu na szyi konia, pozwala na przypuszczenie, że wydzielanie potu jest zależne także i od ilości krwi w naczyniach, wreszcie od zwiótnienia mięśni naczyń i rozszerzenia tętnic podskórnych [FOOT (51)]. Twierdzeniu temu sprzeciwia się poniekąd MITZELNADEL i LUCHSINGER (16), według których wydzielanie potu od narządu krążenia wcale nie zależy. Włókien nerwowych potowych według VULPIAN'a (17) są dwa rodzaje, hamujące i podniecające. Te ostatnie mogą przebiegać w nerwie współczulnym. NAWROCKI jest zdania, że gruczoły potowe wprost przez nerw współczulny są zaopatrzone.

Uwzględniając teorie powyższe, dochodzimy do wniosku, że nerw współczulny ma bardzo wielki wpływ na wydzielanie potu, gdyż w nim przebiegają gałązki wydzielnicze potowe (VULPIAN, NAWROCKI i inni), których podrażnienie wywołuje wydzielenie potu i włókna naczyńioruchowe, które przecięte, lub z jakiegokolwiek przyczyny porażone, pośrednio przez rozszerzenie naczyń do zwiększonego wydzielania potu się przyczyniają (DUPUY, FOOT, BOUDERET). To też w kazuistyce wspominają o wzmożonem poceniu JANY, NICOTI, MAGNUS, FRIEDLÄNDER (18), DUPUY, EULENBURG, BERGER (10), GRABOWSKI (26), WIEDEMEISTER i inni i to tak w porażeniu, jak w podrażnieniu nerwu współczulnego.

Ze ślin o t o k i e m spotykamy się także w tej chorobie. Wogóle nerw współczulny mniej wpływa na wydzielanie śliny, niż potu. Nie można jednak pominąć doświadczeń WITTICH'a (21) na owcach i królikach, a NAWROCKIEGO (22) na psach i kotach, którzy po podrażnieniu mechanicznem lub elektrycznem odsłoniętego nerwu współczulnego uzyskali wydzielenie śliny z gruczołu przyusznego. Przeczy temu wprawdzie LOEB, uważając *n. glossopharyngeus* za jedyny nerw wydzielniczy dla tego gruczołu. Według ECKHARD'a (23), HEIDENHAIN'a podrażnienie nerwu współczulnego oprócz obniżenia ciśnienia w naczyniach włosowatych powoduje wydzielenie śliny z gruczołu podszczękowego w nieznacznej jednak ilości. Według spostrzeżeń

STARK'a (24) zajęcie nerwu trójdzielnego i twarzowego powoduje wydzielanie śliny wodnistej i pianistej, zajęcie zaś nerwu współczulnego przyczynia się do wydzielania śliny ciągnącej się.

O łoża wieniu wskutek porażenia nerwu współczulnego wspomina także EULENBURG, doświadczenia zaś fizyologiczne WOLFERS'a i DEMTSCHENKI miały udowodnić, że w nerwie współczulnym przebiegają gałązki wydzielnicze dla gruczołu łzowego.

Ostatnim objawem, spotykanym jednak bardzo rzadko w tej chorobie, są zmiany odżywcze na twarzy. Występować one mają albo w pełnej postaci jak *hemiatrophia facialis progressiva (forma sympathica)* w odróżnieniu od podobnej postaci, występującej po zajęciu nerwu trójdzielnego, albo też w niezupełnej, w której wykazać można zmniejszenie tylko jednej połowy twarzy obok zmian pochodzących od porażenia lub podrażnienia nerwu współczulnego. Co do pierwszej postaci zdania autorów są bardzo podzielone, jedni bowiem w znacznej większości jak EPHRAIM (25), LOVENFELD (26), MOEBIUS (27), DENIG (28), SCHWENINGER (29), BÆRWINKEL (30), ANJEL (31) EMMINGHAUS (32) przypadki swe odnoszą do zmian w nerwie trójdzielnym, a nawet A. GERARD po przecięciu w czaszce gałązek czuciowych nerwu trójdzielnego u psa wywołał zanik skóry, mięśni i kości po stronie nerwu przeciętego. Również MENDEL (33) w przypadku *hemiatrophiae facialis sinistrae* sekcją i badaniem drobnowidzowem wykazał znaczne zmiany w postaci bujania tkanki łącznej w nerwie trójdzielnym. MORTON (34) sądzi, że przewiązanie tętnicy szyjowej wywołuje zanik twarzy. BARD jako przyczynę tej choroby podaje między innymi *torticollis*. HERING (35) w przypadku oparzenia uważa bliznę za przyczynę upośledzonego rozwoju kości. DEJERINE i MIRALLIÉ (36) na podstawie swej kazuistyki zanik twarzy wprowadzają w związek przyczynowy ze syringomelią. Zanik jednej połowy twarzy wrodzony podnosi BERNHARD (37). Za zajęciem nerwu trójdzielnego lub nerwu współczulnego bez ścisłego odróżnienia oświadcza się w tej chorobie POPOFF (38), GUTTMANN i inni, nerw zaś współczulny sam za przyczynę zaniku uważają WILKE (40), BRUNNER (41), SEELIGMÜLLER, DALLY (42), SCIAMANNA. GAYLE (44) wykazał, że uszkodzenie zwojów współczulnych może powodować zanik mięśni. Jako dalszą przyczynę tego cierpienia przytacza EMMINGHAUS błonicę gardzieli i przypuszcza pośrednictwo nerwu współczulnego między błonicą a zanikiem twarzy. SCIAMANNA podnosi urazy, zgorzel i guzy w okolicy kości szczękowych, forsowne zgłębnikowanie przewodu łzowego i t. p., SEELIGMÜLLER skaleczenia twarzy, wreszcie BRUNNER, FRIEDENTHAL, SEELIGMÜLLER i EULENBURG uważają podrażnienie, NICATI zaś i EULENBURG porażenie nerwu współczulnego za moment wywołujący tę chorobę. Przeciw temu zapatrywaniu występują ROMBERG i SAMUEL, a za nimi BÆRWINKEL, odnosząc chorobę tę do zaburzenia gałązek troficznych, gdyż sam układ naczyniowy zdaniem ich nie może wywołać zmian tak ograniczonych.

MOEBIUS przytacza w swej rozprawie dla tej właściwej postaci zaniku twarzy objawy następujące: zanik skóry na ściśle ograniczonej mniejszej lub większej przestrzeni z bruzdami lub bez tychże, zanik tkanki tłuszczowej, kości i mięśni, częściowy lub zupełny. W ogólnym zaniku biorą udział chrząstki nosowe, muszle uszne, włosy przez utratę barwika, lub wypadanie, czasami gruczoły skórne, połowicznie — język i łuki podniebienne. Tym objawom towarzyszyć mogą bóle, czucia rzekome, kurcze odruchowe mięśni twarzy i kurcze żwaczy, wreszcie objawy oko-żrenicowe.

Od tej postaci chorobowej, którą przytoczyłem dlatego, że niektórzy autorzy wprowadzają ją w związek przyczynowy ze zboczeniami w nerwie współczulnym, odróżnić należy postać, jak nazwałem niezupełną, która nie na miano *hemiatrophia facialis progressiva*, lecz raczej na nazwę *pseudo-hemiatrophia facialis*, lub na *asymetria facialis* zasługuje. Postać tę opisuje dokładnie EULENBURG. W niej obok zmian oko-żrenicowych i zmniejszenia objętości jednej połowy twarzy występują objawy podrażnienia nerwu współczulnego i bolesność zwojów szyjowych współczulnych. Zmianę tę tłumaczy EULENBURG ciągłym stanem podrażnienia nerwu współczulnego i zajęciem prawdopodobnie przebiegających w nim gałązek troficzych. Że i porażenie nerwu współczulnego może wywołać także podobne zmiany na twarzy, świadczy o tem trzeci okres tegoż porażenia opisany przez NICATI'ego (45). W literaturze jako typowe przypadki tej postaci mogą uchodzić spostrzeżenia POPOFF'a, DALLY'ego, SEELIGMÜLLER'a, WILKE'go częściowo zaś i BRUNNER'a.

Przejrzawszy i wytłumaczywszy, o ile na to dotychczasowe spostrzeżenia i doświadczenia pozwalają, objawy porażenia i podrażnienia nerwu współczulnego, przytaczam za radą OTTA 6 przypadków nerwicy współczulnej, z tych trzy przypadki, w których wykazano *asymetriam faciei*, spostrzegano w ostatnich kilku latach w klinice lekarskiej krakowskiej.

Przypadek I. Porażenie gałązki szyjowej nerwu współczulnego na tle histeryi. Obrząk śledziony zimniczy.

M. K., lat 25, z Krakowa, służąca. Rodziców nie pamięta. W dzieciństwie wątła, okazywała skłonność do nieżyłtów gardzieli i do kaszlu. Wrótce po pierwszej miesiączce w 18 roku życia, jak twierdzi, po przeziębieniu się uczuła kłócie w prawej połowie klatki piersiowej i od tego czasu do zdrowia przyjść nie mogła. Przed czterema laty, a następnie przed dwoma przebywała prawostronne zapalenie płuc. Od dwóch tygodni doznaje kaszlu suchego i kłócia po obydwu stronach klatki piersiowej. Wzruszenie umysłowe lub usilna praca fizyczna powodowały u niej bicie serca i duszność; już od kilku lat często występowały dreszcze i poty, po których czuła się osłabioną i spała niespokojnie. Objawom tym towarzyszyły często bóle głowy i bóle w kończynach, brak łaknienia, zaparcie. Z powodu tych przypadłości zgłosiła się do kliniki 18. 12. 1893.

Stan obecny. Wzrost średni, budowa dobra, na skórze za dotknięciem pojawia się zaczerwienienie. Wyraz twarzy przestraszony, gałka oczna prawa więcej wystaje, źrenica prawa szersza od lewej. Ruchomość gałek prawidłowa, objawu GRAEFE'go wykazać nie można. Gruczoły na szyi wymacalne. Błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, język obłożony; migdałki powiększone. W narządzie oddechowym wykazano stłumienie w szczycie prawym i zaostrenie tamże szmerów oddechowych, wszędzie zresztą mierna ilość rzężeń i świstów. Laseczników gruczołowych w płwocinie śluzowej nie znaleziono. Tętno wąskie, tętno 88, prawidłowe. Przy pierwszym tonie nad koniuszczkiem serca słaby podmuch, występujący niestale, zresztą zachowanie się serca prawidłowe. Krew nieco bledsza, zresztą prawidłowa. W okolicy kiszek ślepej burczenie, nad zagięciem esowatym bolesność. Śledziona w wymiarze poprzecznym wynosi 8 cm., w podłużnym 15 cm. Wątroba prawidłowa. W stolcach dosyć spora ilość włókien mięsnych z zachowaniem prążkowaniem. Gruczoły pachwinowe nieznacznie powiększone.

Na klatce piersiowej i na brzuchu po stronie lewej i na kończynie dolnej prawej wykazano wyraźną nadczułość skórną, a na całej klatce piersi

wej nadczułość mięśniową. Umieszczenie czucia i czucie dotyku prawidłowe. Ruchy czynne i bierne prawidłowe. Odruchy skórne i ścięgniste wygórowane.

Ilość moczu, zresztą prawidłowego, wynosi na dobę 1200 cm. sz. Ciężar ciała 49,3 kg. Badanie ginekologiczne stwierdza przy utrzymanej błonie dziewiczej tyłopochylenie macicy.

Badanie żołądka stwierdza stale zwiększoną kwasność (naczczo 12, metodą lodową 26, po obiedzie LEBBE'go w 4 godziny 40) od kwasu solnego pochodząca. Mechanizm prawidłowy. Rozpoznano: *bronchitis in ind. scrophuloso et hysterico cum induratione ap. dextri post pneumoniam, retroflexione uteri et tumore lienis malarico* i podano chorej obok diety pożywnej arsenian sodu.

W dniu 22. XII. zauważono, iż lewa strona twarzy jest bledsza, suchsza i że chora po stronie prawej więcej się poci, niż po lewej. Ciężota ciała waha się między 36,4—37,5° C. Pobudliwość elektryczna mięśni badana prądem przerywanym nie wykazuje żadnej różnicy między stroną prawą, a lewą. Skurcze następują szybko. Tętno waha między 93 a 114.

Odtąd chora poczęła się żalić na częstsze bóle głowy, osobliwie po stronie prawej, na częstsze napady bicia serca, osobliwie po silniejszym ruchu i na osłabienie zwiększające się z dniem każdym. Badaniem przedmiotowym stwierdzono z końcem stycznia 1894 ubytek wagi przeszło o 1 kg., wreszcie ciepłotę dochodzącą do 37,5 i poty z wyjątkiem lewej połowy twarzy, Nadto ze strony układu nerwowego zauważono następujące zboczenia: drżenie głowy w położeniu siedzącym, ruchy wahadłowe w kończynach górnych, osobliwie lewej i drżenie kończyn dolnych przy podnoszeniu ku górze; wzmożenie znaczne odruchów mięśniowych na kończynach, osobliwie po stronie prawej. Siła mięśniowa prawidłowa. Lewa żrenica i lewa szpara powiekowa węższa; powieka górna lewa nieco niedowładna. Język trzęsie się bardzo nieznacznie. Łuk podniebienny lewy mniej się podnosi przy fonacyi. Przy chodzeniu chora prawej nogi nie podnosi, gdyż ta jest sztywna, tylko ją posuwa, a stojąc o własnej sile, cała wpada w drżenie, przyczem prawa kończyna dolna wpada w tężec.

Na twarzy i wargach czucie bólu wyraźniejsze po prawej stronie. Zresztą ogólna nadczułość skórna i nadczułość mięśniowa osobliwie w zakresie mięśni karkowych, mięśni tułowia, brzucha i kończyn po stronie prawej.

W sferze wydzielniczej i odżywczej skóra na ręce lewej cieńsza, wiotsza i tkanka podskórna skąpsza. Dłoń lewa więcej spocona, niż prawa, również kończyna dolna lewa więcej od prawej. W narządzie ruchowym te same zmiany jak poprzednio, szmery w narządzie krążenia nad żyłami szyjowymi, tętno niemiarowe i wyraźniejszy podmuch przy pierwszym tonie nad lewą komórką. Badanie treści żołądkowej wykazuje nierównomierną kwasność pochodzącą od HCl, a więc naczczo 19 po właniu 100 gr. wody, po białkowej próbie 20, po lodowej 18, po obiedzie w 4 godziny 32.

W miesiącu lutym i marcu stwierdzono kilkakrotnie napady bicia serca.

Leczenie polegało na podawaniu bromku potasu z fenacetyną i nastoju koźlowego z nastojem bobrowym.

Stan zdrowia chorej w kwietniu począł się poprawiać, a mianowicie przybyło chorej sił, nadczułość skóry się zmniejszyła. Inne przypadłości podmiotowe i przedmiotowe nie uległy zmianie. Leczenie w tym czasie polegało na podawaniu bromku kamfory i stosowaniu prądu galwanicznego.

Stan chorej przy opuszczaniu kliniki 13. 7 przedstawiał się w następujący sposób. Twarz zaczerwieniona po stronie prawej. Żrenica lewa węższa od prawej.

prawa na światło nie oddziaływa, lewa leniwie. Na klatce piersiowej zaczerwienienie skóry. (*Erythema*). Chora robi jeszcze wrażenie osoby wystraszonej i narzeka na częste bóle głowy; czasami występują bicia serca. Ciężar ciała się nie podniósł, chora jednak czuje się silniejsza. Chód zupełnie prawidłowy. Kończyny górne okazują drżenie umiarkowane. Odruchy ścięgniste i skórne wygórowane. Wyzdzielanie potu jednostajnie na ciele wzmożone. Czucie prawidłowe. Tętno słabe, przyspieszone. Kwaśność treści pokarmowej znacznie mniejsza. Inne objawy chorobowe zupełnie ustąpiły. Zagęszczenie szczytu nie powiększyło się.

W przypadku powyższym dana była sposobność spostrzegania przez czas dłuższy prawie wszystkich objawów nerwicy współczulnej. Do całej wiązanki zbroczeń, z góry rzecz można, przyrody histerycznej i to ze sfery podmiotowej, ruchowej, zmysłowej i uczuciowej dołączyły się objawy porażenia gałązki szyjowej lewego nerwu współczulnego.

Górują między nimi okoruchowe, przez cały bowiem przeciąg spostrzegania stwierdzono po lewej stronie zmniejszenie szpary powiekowej, niedowład częściowy powieki górnej, zwężenie źrenicy i słabe oddziaływanie tejże na światło. W sprzeczności z tem pozostaje bledsze zabarwienie lewego policzka i stale utrzymujący się brak pocenia po tej stronie, które to objawy dopiero wśród spostrzegania klinicznego powstały. Bicie serca, przyspieszenie tętna do 120 należy wytłomaczyć podrażnieniem dolnego zwoju szyjowego.

Za przyczynę choroby uważać trzeba w tym przypadku histeryą u osoby wątłej, źle odżywionej, z wąskimi tętnicami i z tyłopochyleniem macicy. Przypadek ten zbliża się najbardziej do przypadków opisanych przez NICATI'ego.

(C. d. n.).

ZE SZPITALA ŚW. ALEKSANDRA W ŁODZI.

Torbiel wielokomorowa jajnika prawego. Wypadnięcie całkowite macicy. Owaryotomia i przyszycie macicy do przedniej ściany brzucha.

Opisał **KSAWERY JASIŃSKI.**

Maryanna Sz., lat 54, miesiączkowała do 50 lat życia, rodziła sześć razy, po raz ostatni przed 20-ma laty. Po ustaniu ostatniej miesiączki chora zauważyła guz, swobodnie się poruszający w jamie brzusznej. Guz ten nie sprawiał jej w początku żadnych dolegliwości i rósł dosyć szybko. U mnie chora zjawiała się po raz pierwszy przed 4-ma laty, mniej więcej po upływie ośmiu miesięcy od czasu, gdy zauważyła powstanie guza, skarżyła się jedynie na znaczne powiększenie objętości brzucha i brak tchu podczas chodzenia i pracy.

Odżywianie ogólne chorej było nienajgorsze; żadnych oznak charłactwa, sinicy, obrzęku kończyn nie zauważono. Badanie płuc, serca, nie wykazało żadnych widocznych zmian chorobowych. Skóra brzucha lśniąca, silnie rozciągnięta. Brzuch kulisto, równomiernie wypukłony, o największej średnicy

poniżej pępka, wyniosłości nie przedstawia. Przy wypukiwaniu brzucha tępość pozostaje bez zmiany na całej przestrzeni bez względu na zmianę położenia chorej, przy lekkim zaś uderzeniu czuje się wszędzie równomierne wyraźne chęłbotanie.

Badanie części rodnych zewnętrznych wykazało całkowite wypadnięcie macicy i przedniej ściany pochwy. Macica po odprowadzeniu jej wypadła natychmiast po usunięciu palca z pochwy. Badanie przez sklepienie pochwy wykazało obecność guza sprężystego, o gładkiej powierzchni, wypełniającego przestrzeń małej miednicy.

Wobec takiego wyniku, otrzymanego przy badaniu, znalazłem się w zupełnej niepewności co do natury cierpienia. Niektóre dane przemawiały za obecnością torbieli jajnika, były jednak i inne, które przemawiały przeciw temu rozpoznaniu. Za torbielą przemawiała postać brzucha, albowiem po pierwsze, największa wypukłość brzucha przypadała poniżej pępka i po drugie, przy zmianie położenia chorej zmiany tępości nie zauważono. Za wodobrzuszem i do pewnego stopnia przeciw torbieli przemawiało: po pierwsze nader wyraźne chęłbotanie na całej przestrzeni brzucha, po drugie wypełnienie sklepień pochwy i po trzecie wypadnięcie macicy.

Po nakłóciu powłok brzusznych wypuszczono około pięciu garncy płynu przezroczystego, lepkiego, barwy jasno-żółtej, który nie dawał osadu po ustaniu. Przy powtórznem badaniu chorej, wykonanem po opróżnieniu jamy brzusznej udało się wyraźnie wyczuwać przez powłoki brzuszne, tuż pod ścianą brzucha, dwa guzy prawie równej wielkości, objętości małej pięści dorosłego mężczyzny. Z tych pierwszy znajdował się po prawej stronie pępka, na trzy palce poniżej prawego płatu wątroby, drugi zaś z lewej strony pępka był usadowiony na dwa palce poniżej pępka. Oba te guzy były bardzo ruchome, twarde, o powierzchni nierównej i, jak się zdawało, nie miały płynnej zawartości. Badanie chorej przez pochwę wykazało, iż prawy guz nie pozostaje w związku z macicą; co zaś do lewego, nie można było związku tego stanowczo zaprzeczyć. Szypuły łączące guz z macicą wykryć mi się nie udało, przypuszczalna zaś nawet jej obecność nie dawała żadnego wyjaśnienia co do jakości prawego guza. Jajnik lewy w stanie zaniku wymacałem z całą pewnością; zdawało mi się zaś, iż prawy jajnik także wyczuć byłem w stanie, głęboko w zagłębieniu krzyżowo-miednicowem prawem.

Wobec wątpliwości znacznej, by opisane guzy mogły być zaliczone do rzędu torbieli ewentualnie prawego jajnika, zacząłem rozważać, które z pozostałych trzewiów jamy otrzewny mogły im dać początek. Znaczna ruchliwość guzów, brak szypuły, położenie tuż pod powłokami brzuszniemi przemawiały za pochodzeniem tych guzów od sieci lub krezki jelit cienkich. Mogły to były być twory rakowate, mięsaki, tłuszczaki, włókniaki i t. p. lub wreszcie pęcherze bąblowca. Najwięcej danych zdawało się przemawiać za ostatniem przypuszczeniem. Olbrzymia ilość nagromadzonego płynu, powolny wzrost, nierówna powierzchnia guzów stanowiły pod tym względem cechy dość charakterystyczne.

Zaproponowałem operację, na którą się chora wówczas nie zgodziła.

Po trzech miesiącach chora zjawiała się ponownie z prośbą o wypuszczenie płynu. Wówczas w stanie ogólnym i miejscowym żadnych zmian nie zauważyłem. Życzeniu chorej i tym razem i jeszcze kilkakrotnie, acz niechętnie, zadosyć uczyniłem, zalecając jej stale operację doszczętną.

Z biegiem czasu płyn gromadził się coraz szybciej, stawał się gęściejszy; dwa razy był barwy czekoladowej i zsiadał się. Także rozmiary brzucha w wymiarze przedniotylnym powiększyły się wyraźnie. W stanie guzów zaszła z biegiem czasu ta jedynie zmiana, iż prawy przestał być ruchomym i mieścił się tuż poniżej prawego płata wątroby.

Opracya doszczętna, na którą się wreszcie chora zgodziła, dokonana została w dniu 13-ym czerwca r. b. w szpitalu Św. Aleksandra w Łodzi, ze współudziałem kol. KRUSCHE'go, STANKIEWICZA i DWORZAŃCZYKA.

Przed uśpieniem chorej wypuszczona została z jamy brzusznej część płynu w ilości około 4 garncy. Badanie wykonane po uśpieniu przy guzie mało napełnionym, lecz niezupełnie opróżnionym, wykazało dokładniej, acz niezupełnie jasno naturę cierpienia. Przy uniesieniu w górę ściany brzucha i jednoczesnem badaniu przez pochwę dała się wyraźnie wyczuć szypuła, odchodząca od prawego rogu macicy i łącząca się z guzem lewym, który określony został jako torbiel wielokomorowa prawego jajnika. O pochodzeniu górnego guza prawego i wówczas jeszcze trudno było orzec coś stanowczego, a pozostałe wątpliwości wyjaśniła dopiero operacya.

Po przecięciu ściany brzusznej i otwarciu otrzewny okazało się, iż mieliśmy do czynienia z olbrzymią torbielą wielokomorową prawego jajnika, zrosniętą najściślej swą powierzchnią przednią ze ścianą brzucha i wypełniającą do tego stopnia całą przednią część jamy otrzewny, iż ani jednego z narządów brzusznych przed odłuszczeniem torbieli dostrzedz nie było można. Dolny odcinek guza znajdował się pod spojeniem łonowem, górny sięgał aż do wyrostka mieczykowatego, boczne części przykrywały całkowicie jelita i zrosnięte były z otrzewną aż do bocznych ścian miednicy tak, iż wątroba, żołądek i jelita były zepchnięte aż do kręgosłupa i przez guz najściślej przykryte.

Po przewiązaniu i przecięciu szypuły i po oddzieleniu nie nazbyt zresztą silnych zrostów, torbiel z łatwością wydobyto. Trzon macicy po oczyszczeniu jamy otrzewny przymocowano dwoma szwami do ściany brzusznej, na otrzewną rany brzusznej nałożono szew kuśnierski, pozostałą zaś ranę zamknęto szwem węzełkowym.

Torbiel wycięta należała do rzędu torbieli wielokomorowych i zawierała jedną olbrzymią i kilka małych wewnątrz niej powstałych komór. Nadmierna przewaga jednej komory zarówno jak ścisły zrost guza z powłokami brzuszniemi na całej przestrzeni tłomaczy dokładnie trudności rozpoznawcze nawet po opróżnieniu torbieli. Zupełna tępość tak w okolicy wyrostka mieczykowatego, jak i w bocznych częściach jamy brzusznej tłomaczy się najściślejszem wypełnieniem wszystkich zakątków przedniej części jamy otrzewny. Ani jedna pętla jelit, ani najmniejsza część żołądka nie pozostała nie pokryta i nie mogła dawać jasnego odgłosu przy wypukiwaniu.

Obecność olbrzymiej komory torbieli, przylegającej ściśle do ściany brzucha i wypełnionej rzadkim płynem koloidalnym wyjaśnia nam przyczynę równomiernego chęłbotania na całej przestrzeni brzucha.

Po wyluszczeniu guza wyjaśniona została także wątpliwość co do samodzielności guza lewego i co do natury prawego. Obydwa te guzy były torbielami wtórnymi, które się rozwinęły wewnątrz torbieli głównej. Lewy guz, niżej położony, będąc usadowiony na bocznej lewej swobodnej powierzchni torbieli głównej wskutek zwiórczenia jej ściany po wypuszczeniu płynu dawał się wraz z nią najswobodniej poruszać w różnych kierunkach i robił wrażenie guza ruchomego bez szypuły. Prawy guz wyżej położony, przyrośnięty wraz

ze ścianą głównej torbieli do otrzewny, stracił swą ruchliwość dopiero wówczas, gdy główna torbiel w miarę swego wzrostu zrosła się ściśle z otrzewną w okolicy wątroby.

Olbrzymie rozmiary guza tłomczą także wobec starczego zwiotczenia dna miednicy wypchnięcie macicy nazewnątrz. Wypadnięcie macicy, które spotyka się nieraz przy wodobrzuszu, stanowi przy torbielach jajnika taką rzadkość, iż obecność wypadnięcia w rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy torbielą jajnika a wodobrzuszem przemawia na korzyść tego ostatniego.

O przebiegu pooperacyjnym opisanego przypadku rozpisywać się nie będę; był on zupełnie bezgorączkowy. Powłoki brzuszne zrosły się przez ry-chłozrost z wyjątkiem dwóch szwów dolnych, gdzie wytworzyło się krótko-trwałe ropienie.

W końcu tego artykułu ośmielę się zwrócić uwagę na to, iż jeżeli zająłem uwagę Sz. czytelników opisem tego przypadku, to jedynie ze względu na trudności rozpoznawcze, jakie przypadek ten przedstawiał. Mam nadzieję, iż opis spostrzeganego przezemnie przypadku dostarczy może w rozpoznawaniu torbieli tak wielkich rozmiarów pewnych ułatwiających wskazówek.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

128. O. HUBER i F. BLUMENTHAL. **O działaniu antytoksycznym i leczniczem krwi ludzkiej po przebytych chorobach zakaźnych.** (Błonica, odra, zapalenie płuc i róża). Trudność otrzymania surowicy z krwi ludzkiej w większej ilości zmusiła autorów do wypracowania pewnej metody w postępowaniu. Oparli się oni na doniesieniu BRIEGER'a, że antytoksyny rozpuszczają się nadzwyczaj łatwo w rozcieńczonych roztworach soli kuchennej i postępowali w sposób następujący: 100—150 cm. sz. krwi, otrzymanej z żyły chorego przychodzącego do zdrowia, mieszały z taką samą ilością wyjałowionego fizyologicznego roztworu soli kuchennej i dodawali 1% chlo-roformu. Płyn powyższy przy częstem mąceniu stał 24 godziny, poczem wyżymano go lekko przez wyjałowione płótno i przesączano przez wyjałowiony sączek pias-kowy w przyrządzie BERKEFELD-NORDMEYER'a. Otrzymana jałowa surowica jest barwy ciemno-czerwonej i zawiera hemoglobinę, którą w razie żądania można usunąć. Autorzy twierdzą, że w płynie, przyrządzonym w sposób powyższy, znajdują się tylko antytoksyny z krwi zdrowiejących, co zostało stwierdzone doświad-czalnie.

Zanim przystąpiono do stosowania leczniczego nowego płynu, przekonano się, że na chorych nie wywiera on żadnego działania ubocznego. Na miejscu za-strzyknięcia powstaje czasem nieznaczne nacieczenie i bolesność, lecz zjawisko to da się łatwo wytłomaczyć znaczną ilością zastrzykiwanego jednorazowo płynu (czasami przeszło 20 cm. sz.). Stosowano go przy płonicy, odrze, zapaleniu płuc i róży.

Płonica. Krew do przygotowania surowicy brano między 4-ym a 21-ym dniem po zupełnym spadku ciepłoty. Leczone 13 chorych. Zastrzykiwania robiono między 2 i 6-ym dniem choroby, licząc i okres zwiastunów. Działanie wybitne spostrzegano w trzech przypadkach, ponieważ ciepłota opadła przełomowo lub stopniowo już następnego dnia po zastrzyknięciu. W pozostałych przypadkach ciepłota opadała stopniowo, poczynając od 3-go do 6-go dnia choroby, nigdy zaś

później. Słowem, choroba trwała krócej. W połowie przypadków zauważono po zastrzyknięciu podniesienie ciepłoty, a w 6-iu przypadkach wysypkę.

Odry leczono 9 przypadków. Krew brano pomiędzy 3-im a 16-ym dniem po zupełnem obniżeniu się ciepłoty. Niewątpliwe polepszenie nastąpiło w 2—3 przypadkach; następnego dnia po zastrzyknięciu (drugiego dnia choroby, licząc od wystąpienia charakterystycznej wysypki) przełomowy spadek ciepłoty, zblednienie wysypki i znaczne polepszenie stanu ogólnego. U reszty chorych przełomowy spadek ciepłoty nastąpił może nieco wcześniej, niż jak to podają podręczniki, lecz działanie surowicy nie było tu tak wybitne.

Przy zapaleniu płuc stosowano surowicę u 14-tu chorych, z których dwóch zmarło. Tylko u 6-iu z pozostałych ciepłota spadła przełomowo, najczęściej pomiędzy 3-im a 8-ym dniem choroby, a między 8-ym i 11-ym 3 razy. Przesilenie następowało najczęściej we dwa dni po zastrzyknięciu, najpóźniej w 5 dni. Bezpośredniego wpływu dodatniego na sprawę chorobową w płucach nie zauważono.

Działanie nowej surowicy przy róży jest bardzo słabe; przyczynę autorowie upatrują w tem, że po przebyciu róży nie pozostaje we krwi żadnych ciał ochronnych. Widziano przypadki, gdzie róża u jednego chorego powtarzała się 11 razy. Leczono 10 przypadków, lecz nigdzie nie zauważono wybitnego polepszenia. Raz przy róży wędrującej zastrzyknięto surowicę w udo i sprawa chorobowa nie dotknęła tej kończyny, aczkolwiek przeszła przez całe ciało od głowy aż do palców nóg. Zdaje się przeto, że działanie nowej surowicy przy róży jest czysto miejscowe.

Autorzy nie sądzą, by udało im się otrzymać nową surowicę leczniczą. Stwierdzili tylko obecność związków swoistych i wyrażają mniemanie, że stosowanie ich w ciężkich postaciach płonicy i odry może dać wyniki dodatnie, nie wpływając natomiast ujemnie na stan chorego.

(*Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 31. 1897.*)

K. Zaleski.

120. **DZIERZGOWSKI. Przyczyny zmętnienia surowicy przeciwbłoniczej.** Sprawa zmętnienia surowicy jest bardzo ważna zarówno dla lekarzy praktyków, jak i dla tych, którzy zajmują się jej wyrobem. Lekarz praktyk, nie bez racji, obawia się zastrzykiwać mętną surowicę, nie będąc w stanie bez przeprowadzenia odpowiednich badań rozstrzygnąć, czy dane zmętnienie nie zależy od drobnoustrojów. Z drugiej zaś strony zmętnienie surowicy przy dłuższem stanie jest zjawiskiem zwykłym.

Męt w surowicy może zależeć od wielu przyczyn naturalnych i sztucznych.

Do naturalnych czynników należy zaliczyć:

1) Niezupełne wydzielanie się włókniaka przy ścinaniu się krwi; daje się ono zauważyć w surowicy już złanej, która nawet 3-go dnia może przyjąć postać galaretowatą i po skłóceniu wydziela nieznaczna ilość włókniaka. Niekiedy włókniak wydziela się bardzo powoli, tak że krew w przeciągu kilku dni pozostaje płynną. Podobne zjawisko zależy od wielu przyczyn zmniejszających i powstrzymujących wydzielanie się włókniaka. W tym przypadku, według autora, odgrywają bardzo ważną rolę: niedokrwistość, wywołana częstymi upustami, zmniejszona ilość białych ciałek krwi, wywołana głódeniem przed upustem, podrażnienie nerwowe wskutek samych upustów i zmniejszona ilość fermentu, od którego zależy szybkość ścinania się krwi.

2) Niejednokowy stosunek w osoczu między istotą włóknikotwórczą i włóknikorodną, w którym obie istoty mają się z sobą łączyć dla utworzenia włókniaka. Czynniki ten szczególnie uwidacznia się przy łączeniu surowic, pochodzących od różnych koni. Surowice zupełnie przezroczyste mogą przy zmieszaniu wydzielić nawet duże ilości włókniaka.

3) Zmienność fermentów surowicy z biegiem czasu. Wiadomo że surowica zawiera ferment, wywołujący tworzenie się włókniaka i inne czynne ciała białkowe, które nadają surowicy pewien stopień jadowitości. Dalej wiadomo, że surowica przy staniu utracą te własności. Z utratą tych własności daje się zauważyć zmętnienie surowicy. Autor przypuszcza pewną łączność pomiędzy temi zjawiskami i utratę jadowitości surowicy przypisuje zmianie fizyologicznych czynnych rozpuszczalnych ciał białkowych w fizyologicznie obojętne nierozpuszczalne.

Do przyczyn sztucznych, będących w zależności od dodawanych środków przeciwniejących, jak karbol, krezol, kamfora i t. d. zaliczyć należy: 1) wpływ ich na rozpuszczalność ciał białkowych i tłuszczów surowicy, 2) wpływ ich na ilość wolnych zasad i 3) wpływ ich na tworzenie się nierozpuszczalnych ciał białkowych.

O ile każdy oddzielnie z wyżej wymienionych czynników wpływa na powstawanie mętu w surowicy, trudno powiedzieć. Badając przypadki chorobowe, w których wpływ jednego lub drugiego czynnika wyraźniej się zaznacza, autor przychodzi do wniosku, że wszystkie wyżej podane czynniki w zwykłych warunkach mają wpływ na tworzenie się mętu, który jest wynikiem ich wzajemnego działania.

(*Wracz. Nr. 51. 1896 r.*)

Wł. P.

130. NIKANOROW. **O otrzymywaniu surowicy przeciwbłoniczej z wysoką zawartością antytoksyny.** W pracowni prof. NENCKIEGO w Petersburgu autor zajął się rozstrzygnięciem pytania, jaki sposób uodporniania zwierząt pozwala otrzymywać surowicę o najwyższej zawartości antytoksyny błoniczej. Do badań swych autor z początku używał królików i psów. Ponieważ te zwierzęta okazały się zbyt małemi, przeto została użyta para kóz. Kozłowi wstrzykiwano tylko toksynę, a kozie toksynę i natychmiast potem antytoksynę. Okazało się, że surowica, pochodząca ze krwi kozy zawierała 3—4 razy więcej antytoksyny, niżeli kozła. Uodparniając następnie konia w ten sposób, co kozę, otrzymał autor surowicę o sile 320 jednostek uodporniających w 1 cm. sz. Autor poleca powyższą metodę dla otrzymywania surowicy przeciwężcowej i innych.

(*Berl. Klin. Wochenschrift. N. 33. 1897.*)

131. RONEBERG. (Helsingfors). **O znaczeniu rozpoznawczem zawartości białka w przesiekach i wysiekach chorobowych.** Pytanie, czy obecność białka w wypocinach surowicznych posiada znaczenie rozpoznawcze, było przyczyną licznych dociekań, dotąd jednak nie otrzymano zgodnych wyników. Z drugiej strony badanie wysieków i przesieków na ilość białka i pod względem praktyczno - rozpoznawczym nie doczekało się szerszego rozpowszechnienia. Tę okoliczność tłumaczy sobie autor w dwojaki sposób: z jednej strony część badaczy żądała od wyników badań więcej, niż one dać mogły, z drugiej zaś strony metody ilościowego określania białka zabierają zbyt wiele czasu i zachodu, ażeby mogły wejść w codzienne zastosowanie.

Przyczyny wypocin chorobowych są następujące: 1) cierpienia błon surowicznych (zapalenia, gruźlica, rak i t. d.) 2) ogólna lub miejscowa zastoina żylna, 3) znaczna wodnistość krwi (*hydraemia* przy zwyrodnieniach mączkowatych, zapaleniach nerek) i 4) kombinacje dwóch albo kilku wzmiankowanych czynników.

Zawartość białka w płynach o rozmaitem pochodzeniu nie jest jednakowa. W płynach pierwszej grupy ilość białka waha się między 4—6%; jeżeli przyczyną wypociny jest zastój żylny, to ilość białka w takim płynie surowicznym wynosi 1—3%, płyny surowicze trzeciej grupy zawierają 0,1—0,3%. Pamiętać jednak należy, iż podany szemat nie zawsze jest wystarczający. Jeżeli, mianowicie, przesiek trwa dłużej (np. przy zastojach żylnych), płyn znajduje się pod znacznym ciśnieniem lub

uległ częściowemu wessaniu, to ilość zawartego w nim białka może się znacznie powiększyć. Według mniemania autora, można to objaśnić zmianami w samej błonie surowiczej (rozrost tkanki łącznej, odpadanie śródbłónka), wskutek których staje się ona łatwiej przenikalna dla białka.

Dawniej już PAXKULL podał metodę dla odróżniania płynów wysiękowych od przesiękowych. Polega ona na dodaniu paru kropel kwasu octowego do badanego płynu. Jeżeli będziemy mieli do czynienia z wysiękiem (gruźliczego, nowotworowego lub zapalnego pochodzenia), to powstanie mniej lub więcej znaczne zmętnienie płynu, co w razie przesięku albo zupełnie nie ma miejsca, albo w bardzo małym stopniu. Gdy przedmiotem badania są płyny o pochodzeniu mieszanym, wtedy należyta ocena wyniku badania napotyka wielkie trudności. Weźmy przykład. Rak wątroby, uciskający żyłę wrotną, powoduje *ascites* o 1%—2% zawartości białka. Lecz gdy potworzą się przerzuty raka w otrzewnej i nastąpi *peritonitis carcinomatosa*, to ten sam płyn będzie zawierał 4%—5% białka. W takich razach tylko dokładne rozważenie wszystkich czynników i objawów, składających się na dany obraz chorobowy, może nam pomódz do rozstrzygnięcia pytania.

Co się tyczy metod, służących do ścisłego oznaczania ilości białka w płynach, to sposób wagowy bezwarunkowo należy postawić na pierwszym miejscu. Niestety, ten sposób oznaczania na to, aby był dokładny, wymaga zbyt wiele czasu. Albuminimetr ESSBACH'a nie daje ścisłych wyników. REUSS radzi oznaczać zawartość białka na zasadzie ciężaru właściwego badanego płynu. Tej metodzie zarzucają również niezgodność wyników, dla uniknięcia czego poleca autor oznaczać ciężar właściwy zawsze po upływie doby. Natomiast metoda REUSS'a nie nadaje się do zastosowania w prywatnej praktyce, gdzie częstokroć ilość otrzymanego płynu bywa bardzo mała.

Metoda, zalecana przez autora, jest następująca. Niewielką ilość badanego płynu wlewa się do próbówki i dodaje się parę kropel kwasu azotnego. Jeżeli płyn surowiczy jest pochodzenia zapalnego, to tworzą się zbite, ciężkie, powiązane ze sobą płaty, opadające na dno próbówki. Płyny przesiękowe dają z kwasem azotnym płaty aczkolwiek obfite, duże i opadające na dno, lecz nie zbite i rozplywające się. W płynach czysto hidremicznych występuje tylko silna opalizacja lub drobne pojedyncze płatki. Autor zaznacza, że zapomocą jego metody można osiągnąć jedynie przybliżone wyniki, wymaga ona nadto pewnej wprawy, jest zaś łatwa i daje się wykonać z małą ilością płynu i przy łóżku chorego.

(*Berliner Klin. Woch.* 1897. N. 33).

K. Zaleski.

132. Prof. D-r A. RIVA. **O etyologii ostrego gościca stawowego.** Gościec stawowy oddawna jest zaliczany do chorób zakaźnych, lecz zarazek swoisty dotychczas nie jest znany. Autor twierdzi, że przyczyną niezgodności otrzymywanych dotąd wyników badania bakteriologicznego było używanie nieodpowiednich pożywek. Zastosował więc w swoich badaniach płyn maziowy ze stawów koni. Gotował mianowicie świeże stawy końskie i zbierał ich zawartość. Do otrzymanego w ten sposób bulionu dodawał zwykłej mieszaniny peptonu i soli kuchennej z 8%—10% zawartością żelatyny lub 1—2% agaru, a następnie 1—2% glukozy i tyle kwasu mlecznego, żeby otrzymany płyn miał odczyn słabo kwaśny.

Prócz pożywki powyższej używał również do hodowli czystego płynu maziowego lub płynu otrzymanego przy nakłóciu uległych zapaleniu stawów, raz także płynu z *hydrarthros* pochodzenia urazowego, w końcu krwi chorych na gościec.

Kolonie rozwijają się i bez dodatku kwasu mlecznego i glukozy lecz rozwój następuje wolno i nędznie.

Autor badał 8 przypadków gościca. Materiał do szczepienia brał zawsze ze stawu kolanowego, prócz tego 3 razy wprost z krwi, a raz z wysięku opłucnowego, starając się o postępowanie ściśle aseptyczne. We wszystkich przypadkach otrzymał autor przy szczepieniu wynik dodatni, lecz tylko na pożywcę swego pomysłu. W jednym, czy dwóch przypadkach wyhodował zarazek swoisty i na zwykłych podłożach, lecz po pewnym okresie wyłęgania.

O morfologii i biologii zarazka wyraża się autor ze wszelkimi zastrzeżeniami, twierdzi jednak stanowczo, że zarazek rozwija się tylko na właściwych podłożach i zawsze zachowuje te same postaci.

Przy zwykłej ciepłocie (15° — 17°) kolonie rozwijają się wolno; najbardziej sprzyjającą okazała się ciepłota 35° — 37° . Na powierzchni pożywki kolonie rozwijają się pod postacią cieniutkiej błonki, a wzdłuż ukłócia mają wygląd zbliżony do pily. W starych hodowlach podłoże ulega rozrzedzeniu w kierunku od powierzchni włąb. W rozpuszcznej żelatynie zarówno jak i w bulionie kolonie opadają na dno próbki. Hodowle na agarze mają wygląd bardzo charakterystyczny; tego rodzaju podłoże rozpuszcza się łatwo i wtedy kolonie mają wygląd zlewających się na obwodzie kulek o bardziej zbitym jądrze.

Obraz drobnowidzowy zarazka jest zależny od rozwoju tegoż. W młodych hodowlach przeważają okrągławe ciała, które następnie przechodzą w postaci jajowate. Wielkość ich waha się między wymiarami leukocyta a komórki drożdżowej. Barwią się barwnikami zwykłymi. Te postaci autor nazywa pseudosporami. Z nich powstają dwa rodzaje laseczników: a) duże, czasem podzielone, barwiące się słabo i pozbawione ruchów; b) małe i ruchliwe. Jedne i drugie dają początek zarodnikom, które w dużych leżą przy końcu, a w małych w środku laseczniaka. Taka dwoistość postaci zarazka nie może być kładziona jednak na karb możliwych zanieczyszczeń, co łatwo stwierdzić, używając do hodowli gleby o składzie zwykłym i podanym przez autora.

Wnioski autora są następujące: opisany zarazek powinien być pożytywany za swoisty dla gościca. Gościec jest chorobą ogólną, a chociaż ma swe główne siedlisko w stawach, zajmuje jednak i inne tkanki i narządy, dla tego też słusznie można dać mu miano: „gościec ogólny ostry“.

(*Centrbl. für in. Med.* N. 32 - 1897)

K. Zaleski.

133. F. HIRSZFELD. **Odżywianie chorych na serce.** Dawny pogląd lekarzy, jakoby przy leczeniu chorób serca dodatnio wpływało ograniczenie ilości pożywienia do niezbędnego *minimum*, ustąpił obecnie mniemaniu, że głodzenie chorych jest szkodliwe, przyspiesza bowiem osłabienie serca. Autor jest zwolennikiem dawnego poglądu, dokonane bowiem przezeń doświadczenia doprowadziły go do wniosku, że chwilowe ograniczenie pożywienia dla chorych jest korzystne w pewnym okresie zaburzeń wyrównania, natomiast zbyt obfite pożywienie jest dla chorych z dobrem łaknieniem zawsze szkodliwe.

Głodzenie nie wywiera złego wpływu na wszystkie bez wyjątku narządy ustroju. Chorzy, przechodzący leczenie odtłuszczające, nabierają siły, pomimo że tracą oprócz tłuszczu jeszcze i białko; waga mózgu i serca (narządy pracujące bez przerwy) nie zmniejsza się u głodzonych nawet zwierząt, a TIMOFEJEW spostrzegał nawet przerost serca u głodzonych psów ze sztucznie wytworzonymi wadami zastawkowymi. Te fakty usprawiedliwiają przypuszczenie, że krótkotrwałe ograniczenie dostarczanych ustrojowi pokarmów nie oddziaływa szkodliwie na serce. Z drugiej znów strony wprowadzanie do ustroju pokarmów zwiększa znacznie chwilową pracę serca; musi ono bowiem dostarczać większej ilości krwi pracującym narządom (mięśnie przewodu pokarmowego o raz gruczoły), pracować przy prądzie krwi,

zwiększonym wskutek przejścia do ogólnego krążenia wprowadzonych z pokarmem pożywnych soków, pracować wreszcie silniej dzięki zmniejszeniu wskutek napętnienia żołądka zdolności ruchowej klatki piersiowej.

Pierwszym zwolennikiem ograniczenia pożywienia chorych na serce był KARELL, są nimi również WINTERNITZ, HÖGERSTEDT, HOFFMANN. K podawał chorym zaledwie 600—800 cm. sz. mleka dziennie i bardzo ostrożnie dawkę tę zwiększał, gdyż zawsze przy powiększeniu tej dawki spostrzegał pogorszenie stanu chorego. Zwiększenie ilości wydzielanego moczu nie jest zależne od jakości pożywienia, t. j. od mleka, gdyż takiż wynik otrzymuje się przy żywieniu chorych choćby jajami; jedynie ilość gra tu wyłącznie rolę. Leczenie takie trwało u KARELL'a kilka tygodni.

Autor dokonał doświadczeń nad 20 chorymi. Otrzymywali oni początkowo wyłącznie mleko w ilości $\frac{3}{4}$ litra dziennie, później zaś nieco mięsa lub jaj, a jako napój $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ l. herbaty lub kawy. Leczenie trwało sześć dni. Łaknienie chorych się zmniejszało, diureza szybko zwiększała, obrzęki znikwały. Gdy zamiast mleka chorzy otrzymywali równą ilość pożywniejszych pokarmów np. śmietanki, stan ich się pogarszał.

Doświadczenia te pozwalają autorowi wywnioskować, że i pomyślne wyniki otrzymuje się w przypadkach niezbyt ciężkich (obrzęki średniego stopnia, zaburzenia wyrównania nie zastarzałe), jeżeli łaknienie chorych jest tak znaczne, że zwykłą potrzebną ilość pożywienia (2000 kaloryi) można w czwórnasób zmniejszyć; jeżeli zaś łaknienie jest nieznaczne, wskutek czego ilość przyjmowanych pokarmów nie równa się zapotrzebowaniu, ograniczenie ilości pokarmów nie sprowadza polepszenia stanu zdrowia. Lecz zauważyć należy, że u tego rodzaju chorych zwiększenie ilości pożywiania, jak to doradza OERTEL, jest bezwarunkowo szkodliwe.

Usunięcie zaburzeń krążenia przez zmniejszenie jedynie ilości spożywczych płynów jest możliwe wyłącznie u osób, pijących bardzo dużo np. pięć litrów dziennie; u innych zmniejszenie ilości płynów wpływa ujemnie na łaknienie; wogóle jedynie zmniejszenie spożywanych pokarmów zmniejsza pragnienie.

Krótkotrwałe leczenie odtłuszczające jest korzystne również dla osobników chorych na przerost lub nerwice serca bez zaburzeń wyrównania; ilość spożywanych pokarmów nie powinna zadość czynić wymaganiom ich ustroju, a obok tego należy ograniczyć również ilość spożywanego w postaci piwa wysoku.

(*Berl. Klin. Wochenschr. N. 33. 1896*).

Maksymilian Bernstein.

134. R. T. WILLIAMSON. Łatwy sposób odróżniania krwi dyabetyków od krwi niedyabetyków. Metoda polega na własności krwi chorych na moczówkę cukrową odbarwiania ciepłego alkalicznego roztworu błękitu metylenowego. Dla wykonania jej dodaje się 40 cm. sz. wody 20 mm. sz. krwi, wziętej z palca chorego i odmierzonej zapomocą rurki włosowatej przyrządu GOWERS'a. Następnie do powyższej mieszaniny wlewa się 1 cm. sz. wodnego roztworu błękitu metylenowego (1 : 6000) i 40 cm. sz. ługu potasowego (*liq. potassae pharm. britan.* ciężaru gatunkowego 1058, co odpowiada 60% roztczynowi).

W celu porównania robi się to samo ze krwią, pochodzącą od niedyabetyka i wstawia się obydwie naczynia z krwią do kąpieli wodnej z wrzącą wodą, w której pozostawia się je, nie wstrząsając, przez 3—4 minuty. Odczyn występuje bardzo wyraźnie.

(*Centralbl. f. in. Medic. Nr. 33. 1897*).

135. **VIERORDT. Stosowanie jodu w cierpieniach układu krwionośnego, zwłaszcza w dusznicy bolesnej.** Znacznej ilości chorych z miażdżycą naczyń i z dusznicą bolesną podawał autor jodek sodu w dawkach 1—3 grm. dziennie, a później i jodek potasu w postaci soli SANDOW'a. Chorzy przyjmowali przetwory jodowe z przerwami przez czas dłuższy, tak że w przeciągu pierwszego roku pozostawali przy tej dawce przez 9 miesięcy mniej więcej. W sześciu przypadkach, w których chorzy z miażdżycą naczyń i dusznicą bolesną byli bezskutecznie leczeni zapomocą odpowiedniego pożywienia i t. d., a spostrzeganych przez przeciąg 2—4 letni, wyniki leczenia jodem były doskonałe, gdyż powróciła stracona zupełnie możność pracy, możność chodzenia po stromych drogach i t. p. W połowie mniej więcej przypadków dusznicy bolesnej, warunkowanej stwardnieniem tętnic wieńcowych, możemy spodziewać się długotrwałego polepszenia i zdaje się, bez względu na to, czy zależne jest ono od przyniotu, czy nie. Najprawdopodobniejszą przyczyną tego działania przetworów jodowych jest według autora wpływ ich na samą sprawę miażdżycową w tętnicach, która przycicha i dalej się nie rozwija; jak się zdaje, gra też tu rolę obniżenie podniesionego ciśnienia krwi.

(*Centralbl. f. innere. Med. Nr. 25. 1897.*)

136. **UNVERRICHT. Padaczka.** Drażniąc za pomocą elektryczności korę mózgową, doszedł autor do wniosku, że jest ona narządem, w którym cierpienie nie tylko powstaje, lecz i w którym cały napad padaczkowy rozwija się; przeciwstawia więc on teorię korową teorii mózdkowej KUSSMAUL'a i NOTHNAGEL'a. Całkowity napad padaczkowy, występujący wskutek podrażnienia kory mózgowej, składa się z dwu połów, które odzwierciadlają nawzajem idące po sobie podrażnienie obu półkul mózgu. Z początku kurczą się wszystkie mięśnie jednej strony ciała, później w uporządkowanym szeregu, poczynając od kończyny tylnej, drugiej strony. Przy szybszem tempie napadów kolejność ta znika i występuje rozprzestrzeniony skurcz mięśni w kierunku od przodu, jak przy padaczce. Niekiedy powtarzające się napady wytwarzają *status epilepticus*, przy którym autor próbował różnych środków uspakajających i przekonał się, że morfina nie wiele pomaga, lecz bardzo skuteczny jest chloral.

Przy częściowem odjęciu okolic ruchowych odpowiednie mięśnie przestają się kurczyć, przy całkowitem zaś odjęciu tych okolic z jednej strony występują tylko skurcze połowiczne. W grupach mięśni, odpowiadających brakującym ośrodkom, występują jednak jeszcze nieznaczne zjawiska skurczowe, wtórne, jak je nazywa autor (*secundärer Klonus und secundärer Tonus*); towarzyszą one skurczom przeciwnej strony (pierwotnym) i znikają wraz z nimi po odjęciu okolic ruchowych drugiej strony. Autor rozróżnia pierwotne skurcze, powstające wskutek podrażnienia kory i wtórne, powstające wskutek przejścia podrażnienia na mlecz pacierzowy; od kory zależne są skurcze kloniczne, od węzłów zaś podkorowych toniczne, której to różnicy nie zaznacza fizjologia, uważająca zawsze skurcze tężcowe (*tonus*) tylko jako wyższy stopień drgawek klonicznych.

Co do oddechania wykazał autor, że kurczowe pobudzenie określonego miejsca kory wywołuje długotrwałe wstrzymanie oddechania. Jeżeli skurcz mięśniowy rozszerza się, często na krzywej oznaczającej oddechanie możemy rozróżnić okres jeden, w którym mięśnie wydechu i drugi, w którym mięśnie wdechu ulegają skurczom. Duże znaczenie ma też wstrzymanie oddechania, powstające wskutek kurczu hamującego, na co fizjologia też niewielką zwraca uwagę.

W układzie krwionośnym spostrzegamy zmiany, dające się podzielić na cztery okresy: 1) przyspieszenie tętna i podniesienie ciśnienia krwi; 2) zwolnienie; 3) przyspieszenie przy wysokiem tętnie i 4) powrót do normy. Jeżeli napad

rozszerza się i na drugą połowę ciała, okresy te występują powtórnie; widzimy więc i w układzie krwionośnym pewną dwoistość napadu, dowodzącą kurczowego pobudzenia obu półkul mózgu. Zmiany te niezależne są od skurczów mięśni, gdyż występują i po zatruciu zapomocą kurary, możemy więc wtedy spostrzegać wyłącznie naczynioruchowy napad padaczki.

Chcąc zastosować wyniki doświadczeń, dokonanych na zwierzętach, do ludzi, musimy się uciec do pomocy fizjologii porównawczej. Ta zaś poucza nas, że kora mózgowa posiada coraz więcej własności ruchowych, skąd możemy wyciągnąć wniosek, że padaczka u człowieka jest cierpieniem korowem, za czem zresztą przemawiają i spostrzeżenia kliniczne.

Pomiędzy t. zw. padaczką korową i samoistną (*gemina*) zasadniczej różnicy nie ma, jest tylko różnica pod względem siły w przebiegu napadu, musi więc być i ta ostatnia uważana jako korowa.

Padaczka jest pojęciem objawowem, które stopniowo będzie traciło znaczenie cierpienia samodzielnego z chwilą, kiedy bliżej poznamy przyczynę skurczów w przypadkach pojedynczych. Przy skurczach, występujących wskutek zatrucia wysokowego, ołowianego, przymiotowego i mocznicowego wiemy, że padaczka jest objawem cierpienia określonego. Im dalej posuną się nasze wiadomości, tem mniejsza będzie dziedzina padaczki samoistnej.

Wreszcie autor przypuszcza, że przy skurczach pochodzenia niewiadomego, które określamy jako padaczkę samoistną, jednocześnie ze skurczami pochodzenia korowego występują i podkorowe.

137. SPENGLER. **Przyczynę do leczenia tuberkuliną TR.** Autor, jako lekarz miejscowy w Davos, stosował tuberkulinę TR od kwietnia r. b. w 59 przypadkach. Żaden z chorych przed rozpoczęciem leczenia nie gorączkował. Częstość zastrzykiwań zależna była od wielkości dawki; przy małych początkowych dawkach zastrzykiwano tuberkulinę co 2 dni, a przy większych co 3 lub 4 dni. Autor powiększał dawki stopniowo i bardzo oględnie, temu też tylko zawdzięczał brak silniejszego odczynu miejscowego i ogólnego; zauważył przy tem pewien stopień przyzwyczajenia. Objawiało się ono w ten sposób, że chorzy, którzy poprzednio przy zastrzyknięciu 20 mgr. istoty stałej nie oddziaływali zupełnie na powyższą dawkę, po trzytygodniowej przerwie silnie oddziaływali na 2 mgr. TR. Niektórzy chorzy byli do tego stopnia wrażliwi na tuberkulinę, że nawet dawki 0,001 mgr. wywoływały znaczne podwyższenie ciepłoty. Takim chorym wcierano tuberkulinę przez skórę. O wynikach leczenia autor wyraża się trochę oględnie, ponieważ i fizyczne czynniki miały wpływ na przebieg choroby. Wogóle jednak jest zadowolony z nowej metody: kaszel i wydzielina zmniejszały się, a nawet przy badaniu fizykalnem można było stwierdzić znaczną poprawę miejscową.

(*Deutsche Medicin. Wochenschr. Nr. 36. 1897*).

138. Fr. KUHN. **Jałowy nieprzepuszczalny lepek podkład.** Materiał opatrunkowy powinien odpowiadać następującym warunkom: powinien być tani, łatwy do wyjąłowania, nieprzepuszczalny, powinien zajmować mało miejsca i szczelnie przylegać; dalej powinien łatwo drzeć się. Taki materiał znalazłby zastosowanie wtedy, jeżeli przy operowaniu anty — lub aseptycznym operator chce zabezpieczyć okolice ciała sąsiadującą z miejscem operowaniem, żeby mógł zakryć ją bez dłuższego przygotowania danym materiałem. Ostatni mógłby w takim razie zastąpić wyjąławiane serwety. Jest to papier jedwabny nasycony z jednej strony pewnym roztworem kauczuku. Nazwano go „Protektin“. Autor sądzi, że jako odpowiadający wszystkim wyżej wyszczególnionym warunkom powinien on znaleźć zastosowanie w chirurgii; „Protektin“ wyrabia firma GREUS i PISTOR w Kasselu.

(*München. med. Woch. Nr. 36. 1897*.)

K. Zaleski.

ODCINEK.

D-r Teodor Hryniewski.

PRÓBA OGÓLNEJ CHARAKTERYSTYKI CHOROÓB ZAKAŻNYCH

I WYNIKAJĄCEGO Z NICH POJĘCIA ODPORNOŚCI.

(Rzecz czytana na XII międzynarodowym zjeździe lekarskim w Moskwie. *Autoreferat*).

Bakteryologia lekarska nie jest dotąd nauką w ścisłym tego słowa znaczeniu, posiadając bowiem wyłącznie cechę laboratoryjną, nie ma dotąd ścisłego związku z biologią w ogóle, a z botaniką naukową w szczególności.

Pod nazwą chorób zakaźnych, właściwie pasorzytniczych, należy rozumieć wszystkie te choroby, których przyczyną jest pasorzyt zwierzęcy lub roślinny, bez względu na jego wielkość, lub postać. Obecnie ze względu na bakteryologów przywykliśmy nazywać „chorobami zakaźnymi“ te tylko, które powstają wskutek działalności drobnoustrojów. Zasada ta, jako nie naukowa, powinna być odrzucona, ponieważ bez żadnej potrzeby znosi jedność w pojęciu chorób zakaźnych.

Najlepszą klasyfikacją będzie klasyfikacja na własnościach biologicznych czynników chorobotwórczych oparta.

Pasorzyty zwierzęce należą do pierwotniaków, robaków i stawowatych. Pasorzyty roślinne dzielono dotąd na grzyby i bakterye. Lecz podług najnowszych badań, należy wydzielić z pomiędzy bakteryi grupę *hyphomycetes*, należącą prawdopodobnie do grzybów wielopostaciowych wyższego rzędu, jak to wykazał JÖRGENSEN dla drożdży.

Wyniki, które pozwalam sobie niżej przytoczyć, oparte są na spostrzeganiu klinicznym 844 chorych na cholere i 2648 chorych innych, z których 1028 spostrzegalem w szpitalu, który prowadziłem w ciągu ostatnich dwóch lat na jarmarku w Niżnym Nowogrodzie.

W chorobach wywołanych przez bakterye należy rozróżniać dwa ogniska umiejscowienia objawów chorobowych. W pierwszym ognisku powstają objawy miejscowe, różniące się odpowiednio do własności biologicznych różnych gatunków bakteryi. W drugim ognisku widzimy objawy, wywołane przez toksyny, które działają elekcyjnie, wybierając różne części układu nerwowego, co zresztą od dawna zauważono w działaniu alkaloidów roślinnych. Tak np. w cholere wibryon odkryty przez KOCH'a wywołuje mniej lub więcej poważne zaburzenia w kiszki (1-e ognisko), toksyna zaś, którą on tworzy, poraża przedewszystkiem rdzeń przedłużony razem ze wszystkimi jego ośrodkami, a przedewszystkiem ośrodek naczynioruchowy (2-ie ognisko). W tyfusie brzuszny lasecznik EBERTH'a wywołuje owrzodzenia w kępkach gruczołów kiszki (1-e ognisko); jego toksyna poraża przedewszystkiem ośrodki działalności psychicznej (2-ie ognisko). Pierwsze zaburzenia w grypie umiejscawiają się na błonach śluzowych dróg oddechowych (1-e ognisko); toksyna laseczników PFEIFFER'a w pierwszym rzędzie działa na sferę psychomotoryjną (2-ie ognisko). Lasecznik tężca rozwija się zwykle pierwotnie w ranach, toksyna zaś ze szczególną siłą poraża ośrodki drgawkowe rdzenia kręgowego i przedłużonego (2-ie ognisko).

Wogóle działanie powyższych toksyn na układ nerwowy może być porównane do akordu muzycznego, gdzie wśród całości złożonej z kilku tonów ton główny

P a s o r z y t y r o ś l i n n e.

[illegible]

P a s o r z y t y z w i e r z ę c e.

[illegible]

przeważa nad innymi. Zbadanie tego „akordu nerwowego“ może stać się podstawą dla różniczkowego rozpoznania chorób zakaźnych zwłaszcza w okresach początkowych. W ciągu ostatnich dwóch lat przekonałem się w mej praktyce, że okres t. zw. zwiastunów dostarczyć może w powyższy sposób cennych danych dla rozpoznania. (Patrz tab. I. str. 949).

Choroby wywołane przez grupę *hyphomycetes* (*corynebacterium diphtheriae*, *mycobacterium tuberculosis*, *mycobacterium leprae* (*syphilis?*), *oospora bovis**) różnią się od powyższych tem, że w nich objawy miejscowe przeważają nad ogólnymi. To też drobiazgowo zbadanie tych objawów miejscowych dostarcza nam najcenniejszych danych dla rozpoznania błonicy, gruźlicy, trądu, przymiotu i t. p. Toksyny, tworzące się przy tych chorobach nie posiadają już własności elekcyjnych. Wywołują one zaburzenia w układzie nerwów czucia ogólnego i mniej lub więcej wyraźne podniesienie ciepłoty, lecz bez właściwego typu. Jedną z cech tych chorób jest ich właściwość wywoływania działalności tych składników tkanek zwierzęcych, które jeszcze mogą się rozmnażać i zwyrodniać; wskutek tego tworzą się nowotwory w najszerszem tego słowa znaczeniu, rozpadające się i znikające mniej lub więcej szybko. Przebieg choroby odpowiada mniej więcej rozwojowi pasorzytów w ustroju. Prawie zawsze choroby tej grupy stają się przewlekłymi, gdy choroby grupy poprzedniej mają przebieg ostry. Błonica jest postacią przejściową pomiędzy temi dwiema grupami.

W chorobach wywołanych przez grzyby (*aspergillus*, *mucor*, *oidium*, *achorion*, *microsporon* i t. d.) przewaga objawów miejscowych jest jeszcze bardziej wyraźna. (Patrz Tab. II. str. 950).

W chorobach wywoływanych przez pasorzyty zwierzęce objawy miejscowe są również bardzo wyraźne; co się tyczy objawów ogólnych, to te nie przekraczają pewnych zaburzeń w nerwach czucia i podniesienia się ciepłoty.

Objawy t. zw. ogólne, wywołane przez wytwory czynności drobnoustrojów, możemy podzielić na trzy następujące działy.

1) Do działu pierwszego odnieść trzeba zaburzenia w nerwach czucia ogólnego, wspólne zresztą dla wszystkich prawie toksyn i mogące mieć mniej lub więcej szkodliwy wpływ na odżywianie i przemianę materii.

2) Do działu drugiego odniesiemy podniesienie ciepłoty ciała.

3) Do trzeciego wreszcie: zaburzenia w pewnych określonych częściach układu nerwowego, co pociąga za sobą odpowiednie zaburzenia czynnościowe. Wielkie powinowactwo istniejące pomiędzy 1-y m i 2-im działem każe nam przypuszczać razem z MURRI'm, JANI'm, UNVERRICHT'em, że podnoszenie się ciepłoty nie jest skutkiem działalności jakiegoś jednego lub kilku ośrodków, a całego układu nerwowego.

Jeżeli rozejrzemy się w załączonych tablicach, gdzie na liniach poziomych oznaczone są objawy miejscowe, a na pionowych ogólne, właściwe każdej chorobie, możemy przypuścić, że, wbrew twierdzeniu LIEBERMEISTER'a, każda choroba ma swoisty przebieg ciepłoty, nie zawsze zresztą połączony z podwyższeniem, i że pojęcie ogólne gorączki istnieć nie powinno.

Sprawa odporności, t. zw. naturalnej, może być, naszym zdaniem, rozwiązana dla każdej choroby na zasadzie poznania właściwości biologicznych pasorzyta i indywidualnych danego osobnika. Co do odporności nabytej, posiadamy już cały szereg danych, mniej lub więcej stwierdzonych, jak wyczerpanie gruntu, tworzenie

*) Autor używa tu najnowszej terminologii LEHMANN'a; nazwy rodzajowe są zrozumiałe dzięki określeniom gatunkowym; *oospora bovis*—promienica. (Przyp. red.).

się związków przeszkadzających (CHAUVEAU), stan bakteryobójczy (BUCHNER, BOUCHARD), antytoksyny (BEHRING), fagocytoza (MIECZNIKOW). Zważywszy jednak, cośmy powiedzieli powyżej, ośmielamy się przypuszczać, że pojęcie odporności nabytej okaże się różnem, odpowiednio do tego, czy w chorobie będą przeważały objawy miejscowe, czy ogólne. Sądzimy, że ażeby mogła zjawić się odporność w chorobach, gdzie przeważają objawy miejscowe, trzeba, ażeby w ustroju nastąpiły zmiany takie, by istnienie i rozwój pasorzytów stał się niemożliwym. Dopóki ustrój przedstawia warunki dla rozwoju zarasków gruźlicy, zimnicy i t. p., nie może być mowy o uodpornieniu. Przeciwnie dzieje się w chorobach zależnych od bakterii, gdzie przeważają objawy ogólne. Bakterie duru lub cholery mogą istnieć w kiszkiach, objawy zaś choroby mogą i będą słabnąć w miarę, jak słabnie odczyn pomiędzy składnikami nerwowymi i toksynami.

Dopóki trwać będą takie zmiany w składnikach nerwowych, dzięki którym te ostatnie już na toksyny nie reagują, dopóty trwać będzie odporność.

Jeżeli pasorzyty roślinne i zwierzęce ułożymy w porządku systematycznym, jak to widać na tablicach załączonych, gdzie pomieściliśmy objawy miejscowe na liniach poziomych, na pionowych zaś objawy ogólne, właściwe każdej chorobie, widzimy, że objawy ogólne słabną w odwrotnym do pewnego stopnia stosunku do objawów miejscowych: od bakterii do grzybów przy pasorzytach roślinnych i od pierwotniaków do stawowatych przy pasorzytach zwierzęcych.

Z tablic tych możemy również wnioskować, że nie należy szukać pasorzyta raka pomiędzy prawdziwymi bakteriami, które, jak widzieliśmy, wywołują choroby ostre. Należy go raczej przypuszczać pomiędzy *hyphomycetes*, które mają skłonność do wywoływania nowotworów. Być może zresztą, że pasorzyt raka winien być zamieszczony w grupie *myxomycetes*, co czyni prawdopodobnem znalezienie przez WORONIN'a w roślinach (kapuście) choroby przedstawiającej dużo podobieństwa z rakiem, a zależnej od pasorzyta — *plasmiodiophora brassicae*, należącego do wspomnianej grupy roślin.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BUXBAUM zaleca stosowanie przy migrenach wilgotnego spowijania na 1—1½ godzin i następnie zimnego nacierania. Zabiegami tymi autor wyleczył w zakładzie prof. WINTERNITZ'a mnóstwo chorych; wynik otrzymany był zawsze trwały. (Bl. f. kl. Hydrother. II. 1897).

= SENATOR sądzi, że pomiędzy moczówką cukrową a moczówką prostą istnieje pewien związek. Przemawiają za tem znane w literaturze fakty przejścia jednej choroby w drugą oraz istnienie tych chorób wśród blisko spokrewnionych osób. Najczęściej zdarza się, że moczówka cukrowa przechodzi w moczówkę prostą, co stanowi względne trwałe wyzdrowienie; faktów takich opisano dwanaście, autor zaś podaje cztery własne spostrzeżenia. Związek pomiędzy

dwiema temi chorobami objaśnić można tem, że na dnie komory czwartej znajdują się obok siebie miejsca, których uszkodzenie wywołuje te choroby; być może, że wpływy pewne działają na te miejsca po kolei, lub że wpływ przenosi się z jednego na drugie. (Deutsch. med. Ztg. Nr. 46. 1897).

= LANZ stosował w klinice ESCHERICH'a jodotyzynę w wolu u dzieci w wieku lat 6 do 14. Po czternastodniowym podawaniu dwóch dawek dziennie po 0,3 występowało znaczne zmniejszenie gruczołu; żadnego pobocznego szkodliwego działania ani też zaburzeń w odżywianiu autor nie spostrzegł. (Ther. Woch. 14. 3. 97).

= ROUX i BALTHARARD badali zapo-
mocą promieni RÖNTGEN'a czynność żo-
łądka podczas trawienia. Żołądek dzie-

li się pod względem czynności swej na dwie części: jedna duża służy jako zbiornik dla pokarmu, druga mała część przed odżwiernikiem wykonywa silne ruchy robaczkowe, dzięki którym zawartość żołądkowa przechodzi powoli do dwunastnicy. (Soc. de biologie. Par. 24. VII. 1897).

= WEIL stwierdził klinicznie swoje przypuszczenie, że krztusiec jest zaraźliwy jedynie w okresie nieżytowym, który poprzedza chorobę. Ze stu dzieci umieszczonych w przeciągu 20 dni z dziećmi choremi na krztusiec, zachorowało tylko jedno, zaraziwszy się od towarzysza, będącego w początkowym okresie choroby. (Med. Neuigk. Nr. 26. 97).

= WAGEN spostrzegł przypadek zatrucia po spożyciu 0,5 laktofeniny. Podmiotowo wystąpił bardzo silny zawrót głowy i osłabienie, przedmiotowo sini-cza twarzy, zwolnienie i nieprawidłowość tętna; po trzech kwadransach objawy te znikły. Podług mniemania firmy Boehringer zatrucie to należy przypisać spożyciu środka naczczo. (Dtsch. med. Woch. Nr. 29. 97).

= DORNBLUETH przekonał się w znacznej liczbie przypadków (również i na sobie) o skuteczności kolaniny w stanach zmęczenia, w osłabieniu serca u neurasteników, w migrenach i bólach głowy, spowodowanych podnieceniem, irytacją, nadużyciem trunksów, nadmiarem pracy. Dawkę 0,2 w tabletkach należało niekiedy powtórzyć po upływie 1—1½ godziny. (Berl. Klin. Woch. Nr. 25. 1897).

= HOCHSINGER zwraca uwagę na nosowe pochodzenie krwawych wypróżnień u noworodków (*melaena neonatorum*). Krew z nosa nie wycieka nazewnątrż z powodu leżenia dzieci nawznak, lecz spływa do przełyku i dostaje się do jelit. Autor spostrzegł przypadek, gdzie po zatamponowaniu jednej połowy nosa krwawienie ustało i dziecko wyzdrowiało. SWOBODA spostrzegł cztery przypadki śmiertelne, gdzie obok krwawych wypróżnień było również krwawienie widoczne z jamy nosowej. H. radzi w każdym przypadku *melaenae* badać dokładnie jamę nosową. (Wien. med. Presse 2. V. 97). M. B.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 25 września r. b. odbyło się wobec liczego grona członków Towarzystwa Farmaceutycznego otwarcie pracowni chemiczno - bakteriologicznej. Pracownia ta mieści się w lokalu Towarzystwa Farmaceutycznego przy ul. Długiej N. 16 w Warszawie. Założyciele tegoż Towarzystwa zaopatrzyli ją w środki i najnowsze korzystne przyrządy, pozwalające młodzieży pracować w swym zawodowym kierunku i na polu naukowym. Kierunek pracowni powierzono magistrowi farmacyi p. BIAŁOBRZESKIEMU. Z prawdziwą serdecznością należy powitać nową pracownię ze względu na jej cele i życzyć jej rozwoju.

— Z powodu setnej rocznicy pierwszego szczepienia ospy, Towarzystwo Epidemiologiczne Wielkiej Brytanii

postanowiło zebrać fundusz dla wybicia medalu pamięci JEUNER'a. Medal ten będzie ofiarowywany od czasu do czasu za wyjątkowo cenne prace.

— W Bombaju wybuchła cholera. Od 9 do 15 z. m. zmarło 220 osób.

— „The British Med. Jor“ przytacza nowe dane dowodzące, że osobniki zupełnie powstrzymujące się od użycia alkoholu żyją dłużej, niż używające go. Ze sprawozdań jednego z Towarzystw Ubezpieczeniowych okazuje się, iż ze spodziewanych 744 zgonów pomiędzy nieużywającymi alkoholu było ich tylko 432 czyli 58,56% oczekiwanych zejść śmiertelnych; z liczby używających alkoholu, powinno było umrzeć 1399, zmarło zaś w samej rzeczy 1131 czyli 80,84% spodziewanej ilości zejść.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt na czasopismo „Przegląd filozoficzny“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава, 18 Сентября 1897 г. Друк К. Ковалевskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.