

GAZETA LEKARSKA.

I. O PORAZENIU ASTENICZNYM.

[podług odczytu, wygłoszonego w seceyi lwowskiej towarz. lek. galic.]

Przez

D-ra J. Fajersztajna,

sekundaryusza szpitala powszechnego we Lwowie.

— — — — —

ERB opisał w roku 1879 trzy przypadki niezwyklej postaci porażenia opuszkowego, powiklanego osłabieniem kończyn, opadnięciem górnej powieki, niedowładem mięśni karku i żwaczy. Analogiczne spostrzeżenia ogłosili w kilka lat później WILKS i OPPENHEIM. Bardzo cenna praca tego ostatniego, poświęcona „przewlekłemu porażeniu opuszkowemu bez zmian anatomicznych“, stanowi początek dosyć pokaźnego szeregu późniejszych badań: EISENLOHR'a, BERNHARDT'a, SENATOR'a, REMAK'a, HOPPE'go, SHAW'a, GOLDFLAMMA, STRUEMPELL'a, JOLLY'ego, PINELES'a.

Choroba ta, zasługująca na pełną uwagę szerszych kół lekarskich, nie posiada dotychczas jeszcze ustalonej nazwy. Opisywano ją, jako: porażenie opuszkowe bez zmian anatomicznych [OPPENHEIM], zbiór objawów opuszkowych z udziałem kończyn [GOLDFLAM], porażenie opuszkowe asteniczne [STRUEMPELL], *Myasthenia pseudo paralytica gravis* [JOLLY]. Trudno byłoby pokusić się dzisiaj o termin trafny, dosadny i ściśle naukowy zarazem. W braku odpowiedniejszego użyję nazwy, poleconej przez STRUEMPELL'a, lecz uzupełnionej niewielką poprawką. W zmienionej postaci będzie ona brzmiała: Porażenie asteniczne opuszkowo-rdzeniowe, lub krócej—porażenie asteniczne.

Do szczupłej liczby [około 20-tu], znanych w literaturze opisów takiego porażenia, dodaję jeden przypadek, z którym miałem sposobność zapoznania się bliżej przed kilku tygodniami.

Przedstawiam Sz. PP. chorego, Bazylewicza Teofila, 23 letniego, wyrobnika z Rzęsny polskiej pod Lwowem.

Chory ojca swego nie zna. Matka jest zdrowa, brat cieszy się również zupełnem zdrowiem. W pierwszych latach życia B. przechodził ospę; innych chorób nie przypomina sobie. W ciągu zimy i w pierwszych tygodniach wiosny nie mógł znaleźć żadnego zarobku i odżywał się bardzo niedostatecznie. Przed 10 dniami [w początkach kwietnia] „mocno się przeziębił i osłabł“. Osłabienie wystąpiło nagle. Nogi ugięły mu się w kolanach: po kilku krokach upadał na ziemię; nie mógł odgryźć kawałka chleba, nie był w stanie po-

łykać ani stałych, ani płynnych potraw, męczył się szybko przy mówieniu. Wieczorami stan jego znacznie się pogarszał.

Wzrost średni. Kośćciec prawidłowo rozwinięty. Powłoki zewnętrzne, błony śluzowe blade. Na twarzy blizny po przebytej ospie. Podkład tłuszczowy bardzo nieznaczny. Mięśnie dosyć słabo rozwinięte, wiotkie; zaników, ani też przerostów nigdzie niema. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje żadnych zmian chorobowych. Mocz nie zawiera nieprawidłowych składników.

Żrenice równe, oddziałują prawidłowo na światło i na konwergencyę. Górne powieki opadają nieznacznie, pokrywając dolnym swym brzegiem górną ćwierć rogówki, co nadaje twarzy wyraz zmęczenia i senności. Przy spoglądaniu do góry występuje powoli coraz wybitniejsze opuszczanie się powieki, niby snem zmorzonych. Chory stara się przeciwdziałać temu kurczeniem mięśnia czołowego. Po 2—3' opadnięcie powiek staje się zupełnem. Lewa powieka obniża się zawsze cokolwiek szybciej. Po dalszych 2—3' szpara powiekowa zaczyna się rozwierać i powraca po krótkiej chwili do pierwotnej szerokości. Nowa próba wytrzymałości mięśnia unoszącego górną powiekę doprowadza już znacznie prędzej, bo w ciągu 1 m., do zupełnego opadnięcia; w końcu wystarcza do tego nawet $\frac{1}{4}$ minutowa czynność mięśnia. Po kilku sztucznie wywołanych opadnięciach, szpara powiekowa pozostaje na dłuższy przeciąg czasu mocno zwężoną.

Zwieracz powiek działa bardzo słabo: powieki zamykają się wprawdzie zupełnie, można je jednak z największą łatwością roztworzyć, nie czując pod palcami żadnego oporu. Mięsień czołowy kurczy się wyraźnie. Odruch spojówkowy i rogówkowy zachowany. Mruganie odbywa się bardzo rzadko. Ruchy gałek we wszystkich kierunkach zachowane; podwójnego widzenia niema, nie występuje ono również po kilkunastu zwrotach gałek na zewnątrz i na wewnątrz. Przy skrajnych skojarzonych ruchach gałek zaznacza się lekkie drżenie nystagmiczne.

Mięśnie mimiczne działają prawidłowo. Twarz jest symetrycznie unerwiona. Wargi jędrne; wykonywają one z łatwością wszelkie ruchy, nużą się jednak bardzo szybko, tak, że np. przy gwizdaniu wydobywa się z ust już po kilkunastu sekundach tylko przytłumiony syk. Po kilku udatnych próbach wydeścia policzków, powietrze wymyka się przez niedomknięte wargi. Zdmuchnięcie płomienia świecy udaje się, co najwyżej, 2—3 razy z rzędu. W mięśniach podbródka dostrzega się chwilami lekkie, szybko przemijające drżenie włókienkowe. Język dosyć mięsisty, na powierzchni równy, nie drży, nie zbacza, wykonywa swobodnie ruchy we wszystkich kierunkach i nie nuży się dostrzegalnie po dłuższej nawet chwili. Języczek mały, flakowaty, przy fonacyi ruchomy. Łuki podniebienne stoją równo, kurczą się dobrze przy fonacyi. Odruch gardzielowy zachowany.

Znaczne osłabienie mięśni dolnej szczęki. Na samym początku badania chory zwiera szczęki z siłą, którą można łatwo przewyciężyć, naciskając lekko palcem na podbródek. Przy dalszych próbach mięśnie słabną coraz bardziej, a już przy 3—4 można rozdzielić szczęki prawie bez użycia siły; opadania

dolnej szczęki nie można jednak wywołać. Odkąszenie kawałka świeżej skórki od chleba stanowi trudne dla chorego zadanie; rozżuwanie ośrodka chleba, gotowanego mięsa, odbywa się powolnie i ulega częstym przestankom. Po krótkiej chwili żucie staje się wręcz niemożliwym.

Polykanie mniejszych kęsów odbywa się z początku łatwo, potem coraz trudniej. Większe kęsy wcale nie przechodzą do przełyku i wywołują krztuszenie się. Chory krztusi się również przy próbie połknięcia większej ilości płynu naraz, przyczem część płynu wydobywa się na zewnątrz przez nozdrza, część znowu przez usta.

Mięśnie karku zdradzają znaczny stopień osłabienia i nużą się bardzo szybko. Okolica karku jest prawidłowo sklepioną. Głowa utrzymuje się w prawidłowem położeniu, siłą jednej ręki można z całą łatwością wyprostować zarzuconą w tył głowę, a po kilku ruchach czynnych, czy biernych, udaje się dopiąć tego małym palcem, nie czując żadnego oporu. Mięśnie szyi okazują mniejszy stopień osłabienia; i tu jednak znużenie sprowadza szybko czynność prawie do zera.

Mowa posiada wybitny odcień nosowy i jest przytem mało dźwięczna jakby nieco ochrypla. Po krótkiej pracy mięśni artykulacyjnych i fonacyjnych brzmienie nosowe wzmagą się znacznie, głos słabnie i staje się w miarę dalszego mówienia prawie zupełnie bezdźwięcznym. Chory mówi z wysiłkiem, malującym się wyraźnie na twarzy, przestanki pomiędzy wyrazami rozciągają się, oddechanie ulega przyspieszeniu. Następuje wreszcie chwila, w której chory żadnego dźwięku wydać nie może. Liczy tylko do 40—50, potem ustaje zupełnie. Po chwili wypoczynku mowa powraca [po 2—3 m.]. Trwałego bezgłosu nie można wywołać nawet po całym szeregu uciążliwych dla chorego prób.

Oddechanie równe, typu przeponowego, nieco przyspieszone [20—24—26 w położeniu leżącym i stojącym]. Po lekkiej pracy fizycznej ilość oddechów wzmagą się do 32.

Chory nuży się bardzo szybko przy ruchach tułowia; już na samym początku badania nie może usiąść w łóżku bez pomocy rąk, nawet przy wysoko ułożonej głowie. Z trudnością przewraca się z boku na bok. Nie zginając kolan, może podnieść drobny przedmiot z podłogi tylko 6—8 razy z rzędu, wkrótce znużenie ogarnia go tak dalece, że nie może się ani napróżd pochylić, ani też o własnej sile wyprostować. Nuży się nadzwyczaj szybko przy powstawaniu z krzesła; już przy 3—4 próbie podnosi się z wielką trudnością, wspierając się o poręcz.

Siła motoryczna górnych kończyn jest jednostajnie obniżoną. Po krótkiej pracy mięśniowej występuje w mięśniach barku i ramienia krótkotrwały stan porażenia. Chory podnosi ramiona ponad linię poziomą tylko 10—15 razy z rzędu, stopniowo zmniejszając amplitudę ruchu, aż do zupełnego wygaśnięcia całej siły mięśniowej. Bardziej złożone ruchy ramienia prowadzą do szybszego jeszcze wyczerpania, tak np. chory może zaczerpnąć tylko 5—6 razy zupy z talerza. Analogicznego znużenia zginaczy i wyprostnych dłoni i palców nie można wyraźnie wywołać. Zaznacza się ono tylko przy pisaniu: cho-

ry kresli pierwszych kilkanaście liter dosyć pewnym ruchem ręki, dalsze litery są już niekształtne, wreszcie pisanie staje się niemożliwym, po części wskutek „ciężenia ręki“, po części wskutek rychło występującego opadnięcia powiek. Po zmęczeniu jednej kończyny druga wypoczęta nie okazuje żadnego osłabienia.

Szybkie zużycie się mięśni upośledza znacznie czynność dolnych kończyn. Siła motoryczna w dolnych kończynach, podobnie jak w górnych, jest jednostajnie obniżoną. Chód odznacza się już z samego początku ociężałością i chwiejnością; nogi są dosyć szeroko rozstawione, golenie i stopy opadają z pewną ciężkością. Po kilkunastu krokach chwiejność znacznie się wzmacnia, po dalszych kilku chory nie może się już wcale utrzymać na nogach, chwytając się otaczających przedmiotów i w końcu obsuwa się powoli na podłogę, z której już o własnych siłach powstać nie może. Nie udaje mu się to nawet po dłuższym odpoczynku, pomimo całego wysiłku; gdy mu się jednak do powstania dopomoże i pozwoli nieco wypocząć, chód staje się znów na krótki czas możliwym. Wyczerpanie mięśni uda, wzmagające się stopniowo aż do przemijającego bezwładu, można zauważyć już po kilkunastu czynnych, czy biernych ruchach; większą wytrzymałość okazują mięśnie poruszające golenie; w mięśniach stóp objawów wyczerpania wywołać nie można.

Znużenie mięśni jednej dolnej kończyny nie wywiera wpływu na drugą, jeżeli ta znajdowała się w spoczynku. Wogóle wyczerpanie, wywołane pracą tych, czy innych mięśni, nie oddziałuje dostrzegalnie na stan pozostałych grup mięśniowych. Wyjątek zdają się tu stanowić tylko mięśnie fonacyjne i unoszące górną powiekę, o tyle przynajmniej, że przy każdym wysiłku, połączonym z podmiotowym uczuciem znużenia, wzmacnia się wyraźnie zarówno opadnięcie powiek, jak osłabienie i nosowy przydźwięk głosu.

Odruchy kolanowe dają się łatwo wywołać; stopowe zaledwie zaznaczone. Można sprowadzić dłuższy szereg odruchów kolanowych, nie wywołując tem dostrzegalnego znużenia mięśnia czworogłowego. Odruchy ścięgnisto-okostnowe na górnych kończynach słabe. Odruchy skórne zachowują się zupełnie prawidłowo.

Czynność zwieraczy prawidłowa. W sferze czuciowo-zmysłowej niema żadnych zaburzeń. Bystrość wzroku $\frac{1}{6}$. Pole widzenia prawidłowe [po uniesieniu opadniętej powieki]. Dno oka prawidłowe.

Pubudliwość nerwowo-mięśniowa okazuje się zupełnie prawidłową przy zwykłym badaniu elektro-dyagnostycznym. Mięśnie oddziałują we wszystkich okolicach żywymi skurczami na prądy stałe i przerywane. O elektro-mięśniowym odczynie wyczerpania patrz niżej.

W ciągu sześciotygodniowego pobytu chorego na oddziale stwierdzono stałą, powolnie postępującą poprawę, od czasu do czasu przerywaną nagłymi i szybko mijającymi pogorszeniami. Wieczorami stan chorego był zawsze znacznie gorszy. Do południa mniej więcej chory czuł się żwawszym, jadł swobodniej, chodził lepiej, mówił głośniejszym i łatwiej. Już w popołudniowych godzinach doznawał stałe uczucia ogólnego znużenia. Przedmiotowo można było łatwo stwierdzić szybsze wyczerpanie się rozmaitych grup mięśniowych.

Najwyraźniej wzmagało się w godzinach wieczornych opadanie powiek i zaburzenie mowy. Ku końcowi obserwacji można było wywołać jeszcze prawie wszystkie wyszczególnione powyżej objawy, znużenie nie występowało jednak tak szybko, jak w pierwszych tygodniach choroby. Ptoza ustąpiła, dawała się jednak łatwo sztucznie sprowadzić. Mowa stała się głośniejszą i dźwięczniejszą, nie pozbyła się jednak nosowego przydźwięku; chory nie mógł powtórzyć pacierza więcej nad 4 razy z rzędu, przy głośnym liczeniu ustawał przy 100 — 110. Zaburzenia polykowe zmniejszyły się znacznie. Mięśnie szczęki, mięśnie karku działały daleko lepiej. Chód stał się bez porównania pewniejszym, wyczerpanie mięśni kończyn dolnych zmuszało chorego do spoczynku dopiero po 10' mniej więcej szybszego marszu. Przy pewnem oszczędzaniu się chory mógł spędzać większą część dnia na nogach, pomagać dozorcom w drobnych posługach, zamiatać, roznosić naczynia i t. d..

W powyższym spostrzeżeniu odnajdujemy najwybitniejsze cechy porażenia astenicznego. Dla uzyskania ogólniejszego i pełniejszego obrazu choroby, rozpatrzmy bliżej jej objawy, przebieg i, o ile to będzie możliwem, patologię na podstawie zebranego dotąd materiału kazuistycznego.

Porażenie asteniczne rozwija się najczęściej pomiędzy 15 a 30 rokiem życia. Istnieje jedno tylko spostrzeżenie, dotyczące 57-letniego mężczyzny, i jedno odnoszące się do 12-letniej dziewczyny. Nie wiemy dotychczas nic jeszcze o przyczynach wywołujących chorobę. Płeć nie odgrywa roli. Obciążenie neuropatyczne nie posiada tu większego znaczenia.

Objawy choroby składają się z całego szeregu zaburzeń porażennych, odróżniających się wielu szczegółowymi cechami od zwykłych typów porażenia. Wyłącznym siedliskiem porażenia jest muskulatura prążkowana; gładkie mięśnie ciała nie przyjmują żadnego udziału w sprawie chorobowej. Narządy zmysłowo-czuciowe zachowują prawidłowe działanie, *sensorium* pozostaje również nietkniętem.

Zaburzenia chorobowe rozpoczynają się zwykle objawami porażennymi w zakresie nerwów czaszkowych. Powstają one ostro. Niekiedy towarzyszą im przemijające bóle głowy, karku i zawroty. W przeważającej liczbie przypadków choroby uskarżają się najpierw na osłabienie mięśnia dolnej szczęki, karku, mięśni podniebienne-polykowych; w innych znów razach osłabienie przejawia się najwcześniej w zakresie nerwów ocznych i nerwu twarzowego (*ptosis, lagophthalmus*, podwójne widzenie); wreszcie w nielicznych spostrzeżeniach stanowiło osłabienie mięśni kończyn, górnych lub dolnych, wstęp do dalszych objawów.

Na szczycie choroby zaburzenia ruchowe ogarniają cały prawie układ mięśni prążkowanych, zaznaczają się zawsze jednak najjaskrawiej w zakresie nerwów czaszkowych: śródmózgowych i opuszkowych. Dzięki tej przewodze powstały jednostronne nazwy, które uwzględniały jedynie tylko objawy opuszkowo-śródmózgowe, t. j. objawy, odpowiadające typom t. zw. górnego i dolnego porażenia opuszkowego (*polioencephalitis sup. et inf.*). Górny typ odznacza się, jak wiadomo, pomiędzy innymi objawami, porażeniami mięśni ocznych. Otóż w porażeniu astenicznem spotykamy się nader często z niedowładem, względnie

bezwładem mięśnia unoszącego górną powiekę; daleko rzadziej mamy do czynienia z niedowładem mięśni gałki. Te ostatnie wydarzają się, o ile ze szczupłych danych osądzić można, prawie wyłącznie tylko w zakresie nerwu okoruchowego. Należy tu jednak podnieść z naciskiem, że w przeważającej liczbie przypadków mięśnie gałkowe nie przyjmowały żadnego udziału, oraz dalej, że nie posiadamy dotąd ani jednego zupełnie pewnego spostrzeżenia z całkowitą oftalmoplegią.

Ptoſis paralytica stanowi w naszym spostrzeżeniu objaw, zasługujący na bliższe rozpatrzenie. Można ją w każdej chwili wywołać, nawet w okresie polepszenia, po ustąpieniu pierwotnego opadnięcia powieki. Widzimy tu szczególny stan osłabienia, polegający na tem, że *m. levator palpebrarum* odpowiada zrazu dosyć dobrze swemu zadaniu, wyczerpuje się jednak już po krótkiej pracy tak dalece, że powieki obsuwają się zupełnie i przez czas pewien bezwładnie zwisają.

Objawy porażenia w obrębie gałązki ruchowej V pary są jedną z najstałszych cech astenii ruchowej. Napotykamy tu najczęściej tylko nieznaczne stopnie pierwotnego niedowładu; praca mięśniowa sprowadza jednak tak szybko znużenie i wyczerpanie, że żucie i rozdrabnianie pokarmów często zupełnie przechodzi siły chorych. W wyjątkowych razach mięśnie szczęki nie okazują wcale osłabienia [PINELES, przyp. I, II]; w cięższych przypadkach może się wydarzyć opadanie dolnej szczęki [GOLDFLAM, przyp. III].

Mięśnie, unerwione przez średnią i dolną gałązkę VII pary przyjmują prawie zawsze w mniejszym lub większym stopniu udział w sprawie chorobowej. Nader szybkie wyczerpywanie się mięśni można tu wykazać bardzo wyraźnie [Bazyl.]. Jak się zdaje, nieco rzadziej bywa dotkniętą górna gałązka: w kilku przypadkach spostrzegano *lagophthalmus*, w innych lżejsze stopnie osłabienia mięśnia *orbicularis*, zdradzające się bezsilnem zaciskaniem powiek, osłabieniem odruchu spojówkowego, objawem STELLWAG'a [BAZYL.]. Kilka razy stwierdzano stałe niedowłady mięśni twarzy.

Najważniejsza i najdonioślejsza grupa objawów astenicznych rozwija się na tle zaburzeń czynności IX, X, XI i XII pary.—Stale we wszystkich niemal znanych przypadkach napotykane porażenie mięśni podniebiennie-gardzielowych (*n. glossopharyngeus, vago-accessorius*) dochodzą niekiedy do tego stopnia, że polykanie najmniejszych nawet kęsów i łyków staje się wprost niemożliwym. Wyczerpywanie się mięśni zaznacza się tu zazwyczaj bardzo wybitnie. Nieuniknione w tych warunkach zakrzepuszenie się prowadzi nie rzadko do bardzo poważnych następstw—mianowicie do groźnych objawów asfitycznych.

Zaburzenia mowy polegają na zmniejszonej wytrzymałości mięśni artykulacyjnych i fonacyjnych [krtaniowych — GOLDFLAM, HOPPE — i wydechowych]. Znużenie, ogarniające chorych podczas mówienia, stanowi objaw niezmiernie charakterystyczny. Sprawa może dojść do chwilowej niemożności wydania jakiegokolwiek dźwięku. Właściwe zaburzenia artykulacyjne, cechujące chorobę DUCHENNE'a, należą tu, o ile się zdaje, do rzadszych zjawisk. PINELES wspomina o chorym, który mógł wyraźnie wymawiać tylko następujące dźwięki: *a, d, m, n, s*. W spostrzeżeniach JOLLY'ego i OPPENHEIM'a znajdujemy również

wzmianki o wadliwej artykulacji; najczęściej jednak autorowie wspominają o słabej, nosowej, niewyraźnej mowie. Nasz chory wymawiał cały alfabet bez zarzutu. W zakresie XI pary mamy do czynienia przeważnie z osłabieniem mięśni karku; jest to pospolity i zazwyczaj wczesny objaw; niekiedy przyłącza się doń niedomoga mięśni *cucullaris* i *sterno-cleido-mastoidei*. W niewielkiej liczbie spostrzeżeń stwierdzono wyższe stopnie niedowładu, pociągające za sobą opadanie głowy ku przodowi i upośledzenie bocznych jej ruchów. Szybkie wyczerpywanie się mięśni karku i szyi stwierdzano we wszystkich przypadkach, w których zwrócono na ten szczegół uwagę.

Ruchy języka [XII para] bywają często znacznie upośledzone lub nawet zniesione (*glossoplegia*); w takich razach formowanie kęsa i przesuwanie go w jamie ustnej odbywa się niedostatecznie. Znamy jednak sporo przypadków, w których język był wolnym od wszelkich zaburzeń; miało to miejsce także w naszym spostrzeżeniu: chory władał językiem doskonale i wcale się przytem nie nużył.

Powyższy krótki przegląd objawów należy uzupełnić uwagą, że nawet w ciężkich postaciach astenicznego porażenia zaburzenia ruchowe zapanowują najczęściej tylko nad pewnymi grupami mięśni opuszkowych, podczas gdy inne grupy mogą działać prawidłowo lub też okazywać bardzo nieznaczne upośledzenie czynności. O prawidłowym stanie tych, czy innych mięśni mamy jednakowoż prawo mówić dopiero wtedy, gdy dokładne badanie przekonywa nas o normalnej ich wytrzymałości. Jak widzieliśmy, mięsień, pozornie zupełnie prawidłowy, może zdradzić niespodziewanie znaczny nawet stopień niedomogi, zależnej od nadzwyczaj szybkiego wyczerpania całego zapasu siły. Kombinacje objawów porażonych w zakresie nerwów opuszkowych odznaczają się wielką różnorodnością tak co do stopnia, jak co do rozległości, mogą się one przytem zmieniać i urozmaicać w ciągu choroby u jednego i tego samego osobnika. Trójca objawów: osłabienie żwaczy, mięśni połykowych i mięśni karku, występuje najczęściej na pierwszy plan; przybywa do niej względnie często opadnięcie powiek. W bardzo nielicznych przypadkach zachowują prawidłową czynność już to żwacze, już to mięśnie karkowe, wyjątkowo wreszcie mięśnie połykowe.

W szeregu zaburzeń ruchowych, występujących w mięśniach tułowia i kończyn, naczelną rolę przypada rozstrojowi czynności mięśni oddechowych. Znane nam już cechy asteniczne: osłabienie, połączone ze znacznie zmniejszoną wytrzymałością mięśni, przejawiają się tu płytkim, przyspieszonym oddechem z udziałem mięśni pomocniczych, niedomogą wydechową, utrudniającą odkaszliwanie i głośne mówienie oraz, co najważniejsza, groźnymi napadami duszności. Te ostatnie mogą, o ile się zdaje, powstawać niekiedy zupełnie samoistnie, najczęściej jednak wywołują je już to wysiłki ciała, już to odruchowe podrażnienia ośrodka oddechowego [krztuszenie się, wymioty], już to zapadanie języka w przypadkach, połączonych z *glossoplegią*. Podstawę napadów stanowi w tych razach niewątpliwie szybkie wyczerpywanie się mięśni oddechowych; zapas sił, którym one rozporządzają, wystarcza na zwykle potrzeby organizmu, okazuje się jednak zupełnie niedostatecznym, gdy potrzeby te przypadkowo wzrosną. Daleko trudniej wytłómaczyć samoistne napady duszności. Mamy tu nieraz

zupelne prawo rozpoznawać niejako ostrą adynamię mięśni oddechowych, zaskakującą najniespodziewaniej takich nawet chorych, u których dokładne badanie nie wykazuje żadnych zaburzeń oddechania, lub, co najwyżej, niestosunkowo znaczne przyspieszenie rytmu oddechowego przy żywszych ruchach ciała. Przeglądając kazuistykę, znajdujemy liczne wzmianki o takich nieoczekiwanych napadach duszności. Zakończenia napadu nigdy przewidzieć nie można; wogóle jednak przyjąć należy za prawidło, że napadowa duszność jest w przebiegu astenii ruchowej bardzo poważnym objawem; wystarczy zaznaczyć, że przeważająca większość znanych dotychczas przypadków zakończyła się nagłą śmiercią z zaduszenia.

Natężenie i rozległość zaburzeń ruchowych mięśni grzbietu, brzucha i kończyn ulega znacznym wabaniom, zależnie od właściwości każdego danego przypadku. Wielkie mięśnie kończyn (*deltoideus, ileo-psoas, extensor, quadriceps*), okazują, jak to zauważył poraz pierwszy GOLDFLAM, znaczniejszy stopień osłabienia i mniejszą wytrzymałość w porównaniu z drobnymi i bliżej obwodu usadowionymi mięśniami [patrz histor. chor.]. Słyszymy z tego powodu skargi na utrudnione podnoszenie ramion, na utrudniony chód, „uginanie się nóg w kolanach“. Chorzy zwracają przytem zazwyczaj sami uwagę na szybkie nużenie się mięśni, wzmagające się w miarę używania kończyny. W niektórych przypadkach dostrzeżono, że znużenie pewnej grupy mięśni może się rozszerzyć na inne spoczywające mięśnie i sprowadzać tą drogą rozległe zaburzenia ruchowe. Jest to objaw dosyć mało dotychczas zbadany i, jak się zdaje, nie zupełnie stały; w opisie choroby poświęciliśmy mu kilka słów.

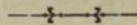
Przy badaniu kończyn nie znajdujemy nigdy prawdziwych, stałych porażeń; bezwładny, jakie tu napotykamy, są to stany zupełnego wyczerpania, ustępujące po chwilowym wypoczynku. Wyczerpanie występuje w cięższych przypadkach tak szybko, nawet po ruchach wymagających względnie niewielkiego nakładu pracy, że w końcu stan dotkniętych kończyn nie różni się prawie niczem od zupełnego porażenia. Chorzy skazani są na nieruchome leżenie w łóżku. W lżejszych nawet przypadkach [Bazyl.] upośledzenie czynności może dojść do takiego stopnia, że np. przy jedzeniu ramię opada bezwładnie po wyczerpaniu kilku łyżek pokarmu. [D. n.]

II. O ZAZIĘBIENIU, JAKO PRZYCZYNIE CHORÓB.

Napisał

A. Chelmoński,

ordynator szpitala Dz. Jezus.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 12].

Z praktyki hydroterapeutycznej wiadomo, że na to, aby dany zimny bodziec nie zaszkodził, niezbędne jest wystąpienie t. zw. reakcji, czyli przekrwienia skórniego. Łatwo się przekonać, że im niższą jest

ciepłota wody, użytej w danym zabiegu, czyli im bodziec termiczny jest silniejszy, tem łatwiej występuje reakcyja; im woda jest mniej zimna, czyli im bodziec jest słabszy, tem dłużej czekać musimy na przekrwienie skórne.

Jeżeli zestawimy powyższe fakty ze spostrzeżeniami, wykazującemi, że choroby z zaziębienia są najczęściej skutkiem działania niezbyt niskiej temperatury, to przyjdziemy do przekonania, że wyższe stopnie zimna zwykle nie powodują chorób z zaziębienia, gdyż łatwiej sprowadzają reakcyę, średnie stopnie zimna więcej usposabiać mogą do pewnych chorób, lub nawet je sprowadzać [nerwobóle], gdyż reakcyja po nich występuje późno lub nie występuje wcale.

Tyle co do samych czynników termicznych.

Jeżeli występowaniu lub niewystępowaniu reakcyi przypisujemy tak wielkie znaczenie ze względu na możność zaziębienia się, to z konieczności liczy się tu wypadnie z indywidualnemi własnościami danego osobnika i z jego zachowaniem się wobec wpływów termicznych.

Jakkolwiek, wogóle biorąc, wysoki stopień zimna, jak widzieliśmy, łatwiej sprowadza reakcyę, czyli mniej usposabia do chorób z zaziębienia, to jednak osobnik wydeliakowany, „skłonny do zaziębienia“, nawet na wysokie stopnie zimna może nie reagować, i dlatego nawet bardzo zimna woda lub mroźne powietrze grozi mu zaziębnieniem. Z drugiej znów strony przy sprzyjających zaziębnieniu warunkach zarówno ze strony czynników termicznych, jak i ze strony indywidualnych własności danego osobnika uchronić się można od zaziębienia przez odpowiednie zachowanie się. Z tego, co już powiedziano wyżej, wynika, że w zachowaniu się tem chodzić będzie o sprowadzenie w ten lub inny sposób reakcyi skórnej. Do tego służą: ruch, bodźce mechaniczne [tarcie] i bodźce termiczne o większej sile [zimniejsze].

Uważając brak reakcyi za nieodzowny warunek powstawania wszelkich chorób z zaziębienia, przypuszczaćby można, że polega ono na pewnego rodzaju zaburzeniu w krążeniu, mającem związek z owym brakiem reakcyi, czyli z niedokrwiistością skórną. Że zewnętrzne bodźce termiczne sprowadzić mogą pewne zaburzenia cyrkulacyjne w narządach oddalonych, stwierdzonem to zostało doświadczalnie zarówno na zwierzętach, jak i na człowieku ¹⁾. Zrozumieć wszakże, w jaki sposób owe perturbacye w krążeniu doprowadzić mogą do sprawy zapalnej, jest rzeczą wcale niełatwą. Możliaby sobie wyobrazić, że zwężenie naczyń obwodowych powoduje rozszerzenie naczyń narządów wewnętrznych. Rozszerzenie zaś to łączyć się musi ze zwolnieniem prądu krwi. W myśl paralitycznej teoryi HENLE'go o zapaleniu owo przekrwienie w połączeniu ze zwolnieniem obiegu krwi, *resp.* zupełnym zastojem (*stagnatio*), możliaby uważać za początek sprawy zapalnej. A choć COMBHEIM ²⁾, WEIGERT ³⁾ i inni starają się dowieść, że wpływy nerwowe o powstawaniu zapale-

1) Patrz: WINTERNITZ. Hydrotherapie. 1890 oraz CHEŁMOŃSKI. Klin. Untersuchungen über d. Wirkung äusserer loc. Reize. Blätt. f. klin. Hydrotherap. 1894. Nr. 9.

2) Odczyty z patologii ogólnej. Przekł. pols. 1884. Zapalenie.

3) „Entzündung“ w Real-Encykl. II Aufl. VI Bd. pg. 875 i nast.

nia nie nie stanowią, to jednak jest szereg faktów, które przeczą tak kategori-
cznemu twierdzeniu. I tak np.: *herpes zoster*, którego nerwowe pochodzenie
nie ulega wątpliwości, jest przecież sprawą zapalną. ROSENBACH ¹⁾ zauważył,
że jeżeli zapalenie opłucnej lub płuc wystąpi u osobnika, dotkniętego połowi-
cznym porażeniem mózgowego pochodzenia, zapalenie to wydarza się prawie
wyłącznie po stronie porażonej. Autor fakt ten wiąże z zaburzeniami naczynio-
ruchowemi ośrodkowego pochodzenia. Jakkolwiek w przypadkach zapalenia
płuc, opłucnej, otrzewnej, mózgu i t. p. urazowego pochodzenia wynacznienia
uważane są za niezbędny moment w patogenezie danej choroby, to jednak
z niemałym prawdopodobieństwem możnaby sądzić, że w podobnych razach
samo przekrwienie bez wynaczynień doprowadzić może do zapalenia. W każ-
dym razie z powyższego wynika, że zaziębienie, jako czynnik, sprowa-
dzający jedynie pewne zaburzenia w krążeniu, samo przez się
zapalenia nie wywołuje i dlatego odgrywać tu może rolę jedynie momen-
tu usposabiającego (*causa praedisponens*), podczas gdy pasożyty pozostają
przyczyną najbliższą (*causa efficiens*). Za takim pojmowaniem udziału za-
ziębienia w powstawaniu pewnych chorób przemawia i ta okoliczność, że w sze-
regu chorób z zaziębienia spotykamy takie, które pod względem bakteryolo-
gicznym żadnej łączności ze sobą nie mają.

Rozumiejąc, że czynnik termiczny usposobić może do jednej z chorób z za-
ziębienia wówczas, gdy reakcja wcale się po nim nie zjawia, lub zjawia się zbyt
późno, zająłem się badaniem u różnych osobników zdolności reagowania na dany
bodziec termiczny, czyli badaniem usposobienia do chorób z zaziębienia. Zdolność
reagowania porównywałem ze stanem odżywiania, z czuciem termicznym i t. d..

Stopień reakcyi termicznej określałem w sposób następujący: łokieć ręki
lewej badanego zanurzałem do naczynia z wodą o ciepłocie 7° R.. Jeżeli po upły-
wie $\frac{1}{2}$ ' po wyjęciu łokcia z wody można było dostrzedz zaczerwienienie skóry,
to na tem kończyło się doświadczenie. Jeżeli żadnych śladów zaczerwieni-
nia nie widziałem, zanurzałem łokieć do wody znowu na $\frac{1}{2}$ minuty i t. d.. Takie
doświadczenia przeprowadzano u każdego badanego codziennie lub co kilka dni
ogółem 3 razy. W załączonej dla przykładu tablicy w szeregu „Reakcyja“
cyfry oznaczają liczbę minut, po upływie których występowało zaczerwieni-
nie, licząc od początku doświadczenia. I tak: $\frac{1}{2}$ oznacza reakcyę bardzo wcze-
sną, 2 średnią, 3 późną.

Czucie termiczne określano w taki sposób: Badany zanurzał prawy łokieć
do naczynia z wodą 10° R., a następnie do drugiego naczynia z wodą 12° R. lub
odwrotnie i wskazywał, która woda jest zimniejszą. Powtarzając takie do-
świadczenia kilkakrotnie, można się było przekonać, czy dany osobnik rozróż-
nia 10° R. od 12° R.. Podobne próby wykonywano co kilka dni, ogółem 3 razy.

W tablicy w szeregu „Czucie termiczne“ pierwsza cyfra wyraża, ile razy
badany osobnik rozróżniał 10° R. od 12° R., druga oznacza ilość dokonanych
prób. W ten sposób 0:3 oznacza bardzo słabe czucie termiczne, 1:3 słabe, 2:3
średnie, 3:3 dobre.

¹⁾ Spec. Path. u. Therap. v. NOTHNAGEL. Bd. XIV. pag 10.

№	Nazwisko.	Zajęcie.	Wiek.	Odżywianie.	Rodzaj choroby.	Ciepłota		Reakcyja termiczna.	Czucie termiczne.
						mini-mum.	maxi-mum.		
1	Pom.	Szwaczka	14	Średnie.	<i>Tuberc. inc.</i>	36	— 36,7	2, 2, 2	2:3
2	Miek.	Służąca.	17	Dobre.	<i>Asthma bronch.</i>	36,6	— 36,8	2, 2, 2	2:3
3	Skrzed.	Służąca.	17	Dobre.	<i>Uterus infant.</i>	36,2	— 37	2, 1, 1	3:3
4	Iwan.	Służąca.	17	Złe.	<i>Stricturea oesoph. toxica.</i>	36,7	— 36,8	2, 1/2, 1	1:3
5	Jam.	Służąca.	20	Dobre.	<i>Paralysis n. rad. sin.</i>	36,2	— 36,5	1/2, 1/2, 1/2	3:3
6	Aksamit.	Szwaczka.	22	Średnie	<i>Pleuritis exsud. sinistri.</i>	37	— 37,1	2, 2, 2	1:3
7	Luszcz.	Wyrobniça.	22	Złe.	<i>Nephritis (Uraemia).</i>	36	— 37	2, 1, 1	1:3
8	Maszt.	Służąca.	22	Dobre.	<i>Myelitis e compress.</i>	36,9	— 37,6	1/2, 1/2, 1/2	2:3
9	Stol.	Służąca.	23	Dobre.	<i>Typhus abdominalis.</i>	38,9	— 39,2	3, 3, 3	3:3
10	Berk.	Szwaczka.	23	Dobre.	<i>Bronch. putr.</i>	35,2	— 38	3, 3, 3	2:3
11	Cholew.	Służąca.	24	Złe.	<i>Insuff. valv. mitr. dys.</i>	35,5	— 35,9	1/2, 1/2, 1/2	1:3
12	Kond.	Wieśniaczka.	25	Liche	<i>Peritonit. tuberculosa.</i>	36,2	— 36,5	1/2, 1/2, 1/2	3:3
13	Badz.	Służąca.	25	Średnie	<i>Tuberc. inc.</i>	35,8	— 36,4	1/2, 1/2, 1/2	3:3
14	Sienn.	Służąca.	26	Dobre.	<i>Typhus abdominalis.</i>	38,9	— 39,2	3, 8, 3	3:3
15	Gł.	Wyrobniça.	27	Średnie.	<i>Stenos. ost. venos. sinistr.</i>	37,2	— 37,2	3, 2, 2	3:3
16	Przyb.	Wieśniaczka.	29	Złe; obrzęk.	<i>Nephritis chronica.</i>	36,3	— 36,8	3, 3, 3	3:3
17	Such.	Wyrobniça.	30	Złe; obrzęk.	<i>Neph. chr. (Uraemia).</i>	36	— 36,2	3, 3, 2	1:3
18	Tok.	Wyrobniça.	30	Dobre; obrzęk.	<i>Nephritis acuta.</i>	36,1	— 36,5	1, 3, 3	1:3
19	Dost.	Służąca.	30	Liche; brak cucia bólowego.	<i>Tabes dorsalis.</i>	36,1	— 37,1	2, 2, 2	3:3
20	Grodz.	Żona szewca.	30	Złe.	<i>Tuberculosis chronica.</i>	37,0	— 37,1	1, 1, 1	0:3
21	Pong.	Nauczycielka.	30	Dobre.	<i>Hysteriasis.</i>	36	— 36,2	1/2, 1/2, 1/2	3:3
22	Wróbl.	Szwaczka.	31	Średnie.	<i>Pleurit. exsudat. sin.</i>	37	— 37,1	2, 2, 2	0:2
23	Woz.	Służąca.	31	Złe.	<i>Pseudoleucaemia.</i>	36,5	— 37	1/2, 1/2, 1	1:3
24	Gac.	Żona szewca.	33	Dobre.	<i>F. intermittes.</i>	36,9	— 40,1	2, 3	3:3
25	Szał.	Służąca.	34	Złe.	<i>Tuberculosis chronica.</i>	36,2	— 36,6	3, 3, 3	1:3
26	Klrh.	Sklepową.	34	Dobre.	<i>Hysteriasis.</i>	36,3	— 36,4	2, 2, 2	3:3
27	Wal.	Służąca.	35	Dobre.	<i>Hysteriasis.</i>	36,5	— 36,9	1/2, 1/2, 1/2	2:3
28	Ign.	Praiczka.	36	Średnie.	<i>Rheumat. subcut.</i>	36,7	— 37,3	3, 2, 1	0:3
29	Klim.	Żona wyrobniça.	40	Złe.	<i>Diabetes. Tuberculosis.</i>	36,1	— 37	1, 1, 1	2:3
30	Lip.	Szwaczka.	40	Dobre.	<i>Hysteriasis.</i>	36,2	— 36,3	2, 2, 2	1:3
31	Szał.	Służąca.	44	Złe.	<i>Tuberculosis chronica.</i>	37,1	— 37,2	3, 3, 3	3:3
32	Stępiń.	Wyrobniça.	44	Średnie.	<i>Dysent. acuta.</i>	37,2	— 37,6	2, 2, 2	1:3
33	Gn.	Wyrobniça.	47	Złe; obrzęki.	<i>Nephritis chronica.</i>	37,0	— 37,5	3, 3, 2	2:3
34	Ban.	Żona woźnicy.	50	Średnie; żółta-czka.	<i>Cholelithia is.</i>	36,1	— 37,4	3, 3, 3	1:3
35	Gł.	Wyrobniça.	50	Złe.	<i>Dyssystolia cordis.</i>	36,4	— 37	3, 3, 1	3:3
36	Kut.	Wyrobniça.	53	Złe; żółtaczka	<i>Cholelithiasis.</i>	36,4	— 36,8	3, 3, 3	3:3
37	Biał.	Służąca.	53	Dobre.	<i>Polyarthrit. rheum.</i>	37	— 37,2	1/2, 1/2, 1/2	2:3
38	Kl.	Wyrobniça.	59	Złe.	<i>Monoplegia facialis et ling.</i>	36,2	— 36,7	3, 3, 3	1:3
39	Och.	Wyrobniça.	60	Średnie.	<i>Dysenteria chronica.</i>	36,2	— 36,4	3, 3, 3	2:3
40	Badz.	Żebraczka.	60	Bardzo złe.	<i>Tuberculosis chronica.</i>	35,8	— 36,2	3, 3, 3	0:3
41	Rosz.	Wyrobniça.	63	Średnie; obrzęki.	<i>Aneurysma arcus aortae.</i>	35,5	— 36,2	1/2, 2, 3	3:3
42	Motyl.	Wyrobniça.	64	Złe; obrzęk.	<i>Nephritis chronica.</i>	36,7	— 36,8	8, 3, 3	1:3

Rozpatrując załączoną tablicę zauważyć można, co następuje:

- 1) Czas występowania reakcyi u danego osobnika nie zawsze jest jednaki: reakcyja zjawia się raz wcześniej, drugi raz później.
- 2) Wogóle biorąc, reakcyja występuje wcześniej u osobników młodszych.
- 3) Czy na występowanie reakcyi dołączające się choroby jaki bądź wpływ wywierają mogą, na podstawie dokonanych badań odpowiedzieć niepodobna. Zdaje się wszakże, że zapalenie nerek i stany gorączkowe opóźniają reakcyę.
- 4) Czas występowania reakcyi nie zależy od stanu odżywiania.
- 5) Pomiędzy czuciem termicznym a reakcyą nie ma żadnego związku: przy dobrem czuciu termicznym reakcyja występuje nieraz późno, przy słabem — wcześniej.

Jakkolwiek ani drogą rozumowania, ani doświadczeń niepodobna dojść do zrozumienia istoty zaziębienia, to jednak stanowisko, jakie zajęliśmy w tej sprawie, pozwoliło nam poznać warunki, w jakich zaziębienie do skutku przychodzi. Poznanie zaś tych warunków, należyta ich ocena daje możność unikania zaziębienia, daje broń do walki z niem.

Zanim wszakże zajmiemy się zapobieganiem zaziębieniu, zauważyć przede wszystkim musimy, że ogół przecenia doniosłość tego czynnika i w obawie przed nim lekceważy nieraz najkardynalniejsze wymagania higieny. Niejednym, aby się uchronić od zaziębienia, całymi nieraz miesiącami nie wychodzi z mieszkania, nie otwiera okien, nie każe myć podłóg, nie kąpie się i t. p. Mniejsza już o to, że w ten sposób dochodzi się do celu wprost przeciwnego zamierzonemu, mniejsza o zaziębienie: przy tego rodzaju postępowaniu dany osobnik naraża się na poważne niebezpieczeństwo, wynikające z przebywania w zanieczyszczonym pokoju, oddechania zużytem powietrzem, zasklepienia brudem porów skórnych i t. p. Niepodobna tu wyliczać wszystkich błędów higienicznych powszechnie popełnianych na karb „zaziębienia“. Są one zresztą zbyt znane, aby potrzeba było dłużej się nad nimi zatrzymywać.

Jak widzieliśmy, zaziębienie wtedy tylko może mieć miejsce, jeżeli reakcyja skórna nie zjawia się w odpowiednim czasie. Niewątpliwie reakcyja zależy może albo od tego, że dany bodziec termiczny jest za słaby, za mało zimny, albo też od tego, że bodziec ten podziałał na ustrój, czy to obdarzony małą zdolnością reagowania, czy też nie odpowiednio zachowujący się.

Uniknąć tych stopni zimna, od których przede wszystkim zaziębienie zależy, uniknąć temperatury pokojowej lub nieco niższej, jest rzeczą wprost niepodobną. Wobec tego w zapobieganiu zadanie nasze polegać musi jedynie na tem, aby ustrój przyuczyc do reagowania nawet na słabe podniety termiczne, t. j. na te, od których w pierwszym rzędzie zależy zaziębienie. Dlatego też surowo potępić musimy postępowanie, doprowadzające ustrój do nadmiernego rozgrzania. Rozgrzanie wydzielacza układu nerwowego, t. j. wyczerpuje pobudliwość nerwów naczynioruchowych i w ten sposób paraliżować może reakcyę, na której nieraz bardzo zależy. O ile wydzielaczenie ustroju tak bardzo usposabia do chorób z zaziębienia, o tyle znów w żaden inny sposób nie można skuteczniej walczyć ze skłonnością do zaziębienia, jak za pomocą odpowiednich ćwiczeń termicznych.

Jeżeli dany osobnik znajdzie się w warunkach sprzyjających powstawaniu jednej z chorób z zaziębienia, jeżeli poczuje lekki dreszcz, a na skórze wystąpi t. zw. „gęsia skórka“, to i wtedy jeszcze uniknąć można choroby, byle się udało w ten czy w ów sposób sprowadzić reakcyę skórną. Może tu być pożyteczny bądź silniejszy [zimniejszy] bodziec termiczny, lub mechaniczny [rozcieranie], bądź ruch.

Wnioski, jakie z powyższej pracy wyprowadzić można, są następujące:

1) Na zasadzie faktów klinicznych zaziębienie należy umieścić w szeregu momentów przyczynowych pewnych chorób.

2) W chorobach zapalnych zaziębienie odgrywać może rolę jedynie momentu usposabiającego.

3) Choroby z zaziębienia są skutkiem działania przede wszystkim średnich stopni zimna; od wyższych zaś stopni zimna zaziębić się można jedynie przy szczególnie sprzyjających temu warunkach.

4) Stopień reakcyi skórnej na dany bodziec termiczny wskazuje, czy dany osobnik w danych warunkach zaziębić się może.

5) Stopień skłonności do zaziębienia nie jest właściwością stałą danego osobnika.

6) Ludzie starzy, chorzy gorączkujący i chorzy na zapalenie nerek zdają się być więcej usposobionymi do chorób z zaziębienia

7) Pomiędzy usposobieniem do chorób z zaziębienia a stanem odżywiania i czuciem termicznym niema związku.

8) Środki ostrożności, powszechnie stosowane przeciw zaziębieniu, nie tylko sprowadzają wprost przeciwny skutek, ale nadto często narażają ustrój na niebezpieczeństwo poważniejsze od tego, jakie wyniknąć może z chorób z zaziębienia.

9) Uchronić się od chorób z zaziębienia można jedynie za pomocą rozwinięcia zdolności reagowania na bodźce termiczne drogą odpowiednich ćwiczeń.

Warszawa, 4 grudnia, 1895.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

26. Prof. Richard Pfeiffer. Nowe prawo zasadnicze odporności.

Wychodząc z założenia JENNER'a, PASTEUR pierwszy wykazał, że można zwierzęta uodpornić na działanie pewnych pasożytów przez zaszczepianie im osłabionych hodowli tychże pasożytów. Niemniej doniosłe znaczenie ma nieco później poczynione spostrzeżenie, że dla uodpornienia posługiwać się możemy szczepieniem nie tylko żywych pasożytów, lecz i produktów ich przemiany, nie zawierających już żywych pasożytów. Te pierwsze dociekania doświadczalne

dały bodziec do licznych prac, mających na celu wyjaśnienie istoty odporności a prawdy zdobyte na drodze doświadczalnej znalazły już obecnie praktyczne zastosowanie przy zwalczaniu chorób zakaźnych.

Już prace EIRLICH'a rzuciły nowe światło na istotę odporności. Podając zwierzętom toksalbuminy roślinne [rycynę i abrynę] w coraz większych dawkach, zdołał on uodpornić je na działanie tych środków o tyle, że znosiły one dawkę kilkaset razy większą od tej, która zabijała zwierzęta kontrolujące. Fakt ten niewątpliwie dowodzi, że odporność jest wielkością zmienną i że można ją nawet ilościowo określić. Prawie jednocześnie z EIRLICH'em do takichże rezultatów doszedł BEHRING. Prócz tego ten ostatni wykrył, że we krwi zwierząt, uodpornionych względem pasożytów tężca i błonicy, znajduje się pewien związek, czyniący jad tych pasożytów nieszkodliwym dla organizmu. Związek ten [t. zw. antytoksyna] posiada własności uodporniające nie tylko dla zwierząt, u których we krwi wytworzył się, lecz i dla innych, u których powoduje odporność bierną na dane zarazki. Na tych faktach opiera się stosowanie surowicy krwi w celach leczniczych, odnośnie zaś do błonicy otrzymano już świetne wyniki. Według BEHRING'a, organizm immunizowany zawdzięcza swoją odporność nie bakteryobójczej własności krwi, lecz antytoksycznemu działaniu jej osocza; zarazki chorobotwórcze, pozbawione swojej jadowitości dzięki antytoksynie, niczem się wtedy nie będą różniły w swoich własnościach od obojętnych saprofitów, które żywym tkankom żadnej szkody wyrządzić nie mogą.

Wśród bakterjologów pogląd BEHRING'a znalazł licznych zwolenników. Pomimo rozgłosu, jakiego nabrała teoria BEHRING'a, nie daje ona zupełnie zadowalającego objaśnienia dla zjawisk, zauważonych przy uodpornianiu i nie może być zastosowaną do wszystkich chorób zakaźnych. Przedewszystkiem wątpliwą jej wartość wykazują już spostrzeżenia MIECZNIKOWA. Zauważył on mianowicie, że surowica krwi zwierząt immunizowanych względem przecinkowców KOCH'a, wstrzyknięta innym zwierzętom, ma dla tych ostatnich istotnie wysoką wartość uodporniającą, w próbówce jednak nie można było stwierdzić ani bakteryobójczego, ani antytoksycznego jej działania. Kiedy LAZARUS zwrócił uwagę bakterjologów na własności uodporniające surowicy krwi osobników, które przebyły cholere, autor, przeprowadziwszy odpowiednie doświadczenia, wykazał, że nie niszczy ona wcale jadu bakteryjnego, a jej własności uodporniające nie są o wiele wyższe od takichże własności surowicy normalnej. Te fakty niewątpliwie dowodzą, że surowica nie działa antytoksycznie, nie zawiera również substancji wprost bakteryobójczych, cała zaś sprawa immunizacji za pomocą surowicy polega na pewnym przekształceniu ustroju pod wpływem nieznanых nam substancji, które wraz z surowicą wprowadzone do organizmu, wywołują w nim proces bakteryobójczy, ograniczający wytwarzanie się toksyn i umożliwiającą zwalczenie pasożytów.

Dla szczegółowego omówienia tej kwestyi musimy sobie dokładnie zdać sprawę z natury związku trującego przecinkowców cholerycznych. Jak wiadomo, przecinkowce choleryczne zawierają substancje jadowite, które prawdopodobnie stanowią część nieodłączną przecinkowców i które zachowują własności trujące nawet wtedy, kiedy same pasożyty, poddane różnym wpły-

wom [chemicznym, termicznym i t. p.], utraciły już swoją żywotność. Wessanie tych substancji wywołuje paraliż ośrodka cieplikowego i naczyniowego. U świnek morskich otrzymamy zupełnie identyczne objawy otrucia bez względu na to, czy wstrzykniemy im do jamy otrzewnowej przecinkowce obumarłe, czy też hodowlę żywych przecinkowców. W tym ostatnim przypadku otrucie następuje wskutek wessania trujących substancji tych przecinkowców, które ulegają rozkładowi. Choć objawy intoksykacji, wywołane przez rozmaite bakterye, są pozornie jednakowe, jednak znajdujących się w nich substancji trujących nie można uważać za identyczne. Wiemy np., że substancje trujące bakteryi oddziałują rozmaicie na wpływy termiczne, zależnie od rodzaju bakteryi; najwyraźniej jednak występują ich specyficzne własności przy immunizacji. Jeżeli zwierzętom lub ludziom wstrzykniemy pod skórę jad przecinków cholerycznych, zauważymy, że zjawiają się u nich we krwi specyficzne związki przeciwnicze (*Antikörper*), uodporniające organizm względem żywych pasożytów. Proces tworzenia się tych substancji możemy zbadać pod mikroskopem. W tym celu do otrzewnej świnki morskiej wstrzykujemy mieszaninę ze świeżej hodowli przecinków [na agarze] i nieznacznej ilości surowicy zwierząt, immunizowanych względem cholery, następnie co 5 minut za pomocą szklanych rurek kapilarnych nabieramy kroplę płynu z wysięku otrzewnowego i badamy ją pod mikroskopem: U zwierząt użytych do kontroli płyn ten zawiera żwawo poruszające się i szybko rozmnażające się przecinki, pod wpływem zaś surowicy przeciwcholerycznej ruchy przecinków stają się powolniejszymi, przecinki tracą swoją żywotność, ulegają rozpadowi, przeistaczając się w okrągłe ciała, których zarysy powoli zacierają się, a w końcu ciała owe rozpuszczają się całkowicie w płynie otrzewnowym. Po 20 minutach cały ten proces ma się już ku końcowi. Nadto wykazał autor wysoce wybitną specyficzną własność surowicy cholerycznej, gdyż w mieszaninie rozmaitych wibryonów niszczy ona tylko ten ich rodzaj, przeciwko któremu zwierzę zostało uodpornione. W ten sposób można odróżnić przecinki Kocn'a od wszelkich innych wibryonów, a dla dyagnostyki różniczkowej jest to bardzo ważny punkt rozpoznawczy.

Dalsze poszukiwania wykazały, że surowica przeciwcholeryczna, poddana rozmaitym wpływom, traci swoje własności bakteryobójcze w próbówce, lecz pomimo to zachowuje ona własność wywoływania procesów bakteryobójczych w organizmie zwierzęcym. Nie ulega wątpliwości, że specyficzne związki przeciwnicze (*Antikörper*) znajdują się w surowicy cholerycznej, same jednak nie są w stanie zwalczyć przecinkowców, tylko dzięki czynnemu współdziałaniu uodpornionego za pomocą nich organizmu mogą one wywołać w nim proces bakteryobójczy. Dla wyjaśnienia istoty odporności autor stawia następującą hipotezę: substancje uodporniające surowicy i specyficzne związki przeciwnicze (*Antikörper*), wytwarzające się w otrzewnej świnek morskich [o których wyżej mówiliśmy], znajdują się w takim powinowactwie, jak cukier gronowy i glikogen. Cukier gronowy, jako związek łatwo ulegający rozkładowi, nie może w tej postaci odkładać się w organizmie, dlatego też przekształca się w związek bardziej stały—glikogen; ten zaś pod wpływem fermentacji, spowodowanej przez komórki ustroju, z łatwością zamienia się znów w cukier gronowy. Ta

samo ma miejsce przy uodpornianiu: czynne substancje przeciwustrojowe są związkiem stosunkowo mało stałym [ulegają np. rozkładowi przy ogrzewaniu do 55°], nie mogą zatem długo w takiej postaci pozostawać w organizmie, natomiast bierne uodporniające substancje surowicy odznaczają się większą trwałością. Ponieważ organizm dąży do zachowania wytworzonych przez się substancji obronnych, nadaje im przeto formę bardziej trwałą, ta zaś dopiero przez czynne pobudzenie komórek ustroju [rozumie pod tem autor działanie fermentacyjnej] przeistacza się w specyficznie działające związki przeciwnicze. Gdzie się wytwarzają owe związki, pozostaje dotąd zagadką. W każdym razie stanowczo odrzucić można hipotezę MIECZNIKOWA, że powstają one wskutek rozpadu leukocytów, wewnątrz których mają się stale znajdować po zakażeniu ustroju przecinkowcami. Autor, uodporniając kozę na zarazki choleryczne, wstrzykiwał jej podskórnie hodowle przecinków cholerycznych, przyczem na miejscu inokulacji w 2—3 tygodnie po wstrzyknięciu potworzyły się ropnie, które nie zawierały jednak wcale przecinków. Badając następnie wartość uodporniającą ropy i surowicy krwi kozy, znalazł, że siła uodporniająca surowicy przewyższała 3—4 razy siłę uodporniającą ropy. Gdyby leukocyty odgrywały taką rolę, jaką im przypisuje MIECZNIKOW, musiałaby ropa posiadać własności uodporniające w stopniu znacznie wyższym, niż surowica.

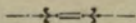
O naturze chemicznej związków przeciwnicznych (*Antikörper*) wiemy niewiele. W stanie zupełnie czystym nie udało się ich dotąd otrzymać. Badania autora i PROSKAUER'a wykazują, że nie należą one do ciał białkowych, ani nukleinowych. Najprawdopodobniej mogą być one zaliczone do grupy fermentów, gdyż znoszą dobrze nagrzewanie do 60°, nie ulegają gniciu i t. d.; są to jednak fermenty ze swoistymi własnościami, działają bowiem w sposób szczególny na protoplazmę tylko jednego rodzaju bakterji. Za fermentacyjną naturą tych związków przeciwnicznych przemawia poniekąd i ta okoliczność, że istnieją one w postaci czynnej i nieczynnej. Dalsze poszukiwania w tym kierunku niezawodnie wykażą, jaką wartość ma ta hipoteza autora i czy wykryte przez niego nowe prawo odporności da się zastosować do innych chorób zakaźnych.

Dla terapii odkrycie tych specyficznych substancji może mieć doniosłe znaczenie. Skoro dostarczymy zakażonemu organizmowi substancji bakteryobójczych w dostatecznej ilości, choroba musi przyjąć przebieg pomyślny, gdyż, niszcząc bakterje, usuwamy zarazem i przyczynę choroby. Rzecz cała sprowadza się do tego, aby u sztucznie uodpornionych zwierząt wytworzyć taką koncentrację substancji uodporniających w surowicy, żeby nie nazbyt wielka ilość tej ostatniej była w stanie wywołać swoisty proces bakteryobójczy. Co się tyczy cholery, udało się autorowi w surowicy kozy wytworzyć taką ilość substancji uodporniających, jaką zwykle znajdujemy we krwi rekonwalescentów cholerycznych. Odpowiednie próby nad zarazkiem tyfusowym dały wynik ujemny.

Z. Rom.

(„*Ein neues Grundgesetz der Immunität*“, *Deutsche med. Woch.* № 7 i 8. 1896).

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



5. Thyrojo-dinum. Tyrojodyna. Leczenie wola. BAUMANN, profesor chemii we Freiburgu (HOPPE-SEYLER's *Zeitschrift für Physiol. Chemie.* XXI 4), wykazał, że w normalnych warunkach gruczoł tarczowy (*glandula thyreoidea*) rozmaitych zwierząt i człowieka zawiera względnie dość dużą ilość jodu — pod postacią stałego związku chemicznego, któremu nadano nazwę tyrojodyny¹⁾.

Tyrojodynę otrzymuje BAUMANN w sposób następujący. Barani gruczoł tarczowy gotuje się dość długo w 10% roztworze kwasu siarczanego, przyczem otrzymuje się płyn barwy brunatnej. Po ostudzeniu tego płynu na dno naczynia opada osad pod postacią drobnitkich kłaczków. Osad ten, nie rozpuszczający się ani w wodzie, ani w kwasach, trzeba odcedzić i jeszcze w stanie wilgotnym kilka razy przegotować w 85% alkoholu. Tak otrzymany osad uwolnić trzeba przedewszystkiem za pomocą eteru od pozostałości tłuszczów i kwasów tłuszczowych, a następnie rozpuścić w 1% ługu sodowym i przefiltrować. Z tego przefiltrowanego, brunatnego roztworu rozcieńczony kwas siarczany strąca szaro-brunatny osad kłaczkowaty, który ostatecznie trzeba przemyć i wysuszyć.

Otóż, ta właśnie przemyta i wysuszona substancja brunatna jest tak zwaną tyrojodyną.

Z jednego świeżego baraniego gruczołu tarczowego otrzymuje się 0,2%—0,5% tyrojodyny.

Tyrojodyna przedstawia się pod postacią proszku niekrystalicznego, barwy brunatnej. Nie rozpuszcza się w wodzie; w alkoholu bardzo mało się rozpuszcza, a łatwo rozpuszcza się w płynach alkalicznych. Z roztworów alkalicznych kwasy na nowo strącają tyrojodynę.

Przy ogrzewaniu tyrojodyna pęcznieje, wzdyma się i rozkłada, wydając przytem zapach zasad pirydynowych (*pyridinum*).

Tyrojodyna zawiera do 9,30% jodu, a obok tego drobne ilości kwasu fosforowego.

Doświadczenia, wykonane przez D-ra Roos'a, wykazały, że tyrojodyna działa na człowieka i na zwierzęta zupełnie tak samo, jak gruczoł tarczowy lub niektóre jego dotychczas stosowane przetwory.

Z drugiej strony tenże Roos przekonał się: że wszystkie te przetwory, które wykazywały odpowiednie, znane działanie fizyologiczne gruczołu tarczowego, zawierały jod w obfitej ilości; wszystkie zaś te przetwory, które otrzymywano umyślnie przez gotowanie gruczołu tarczowego w silnym ługu sodowym i które albo bardzo słabe działanie wywierały, albo wcale nie działały — wszystkie one zawierały mało jodu, albo też zupełnie wolne były od jodu.

¹⁾ Pamiętać należy o różnicy pomiędzy tyreooidyną (*thyreoidinum*) [patrz: Wiadomości terapeutyczne. Gaz. Lek. 1894. Nr. 33.] a tyrojodyną (*thyrojodinum*): pierwsza jest wyciągiem z gruczołu tarczowego, druga zaś związkiem chemicznym, znajdującym się w gruczole tarczowym.

U ludzi wykazał prof. BAUMANN związek jodowy w gruczole tarczowym w dwóch przypadkach, a mianowicie: u jednej osoby, zmarłej na raką żołądka i u drugiej, zmarłej na zapalenie płuc.

Gruczoł tarczowy świński zawiera mniej jodu, aniżeli ludzki i barani.

Ponieważ w ostatnich czasach niektórzy lekarze proponowali, by przy leczeniu pewnych chorób, zamiast gruczołu tarczowego, stosowano grasicę (*thymus*), więc nie od rzeczy będzie, gdy tu zaznaczymy, że badania BAUMANN'a wykazały, iż gracica [wołowa] wcale jodu nie zawiera.

Badania prof. BAUMANN'a nie należy jeszcze uważać za dokończone, gdyż dotąd nie znamy właściwie dokładnie natury chemicznej owej tyrojodyny. To tylko można już teraz powiedzieć, że nie jest ona związkiem białkowym, gdyż nie daje żadnego odczynu na białko. Na rozwiązanie kwestyi co do natury chemicznej nowoodkrytego związku zapewne nie długo przyjdzie nam czekać, gdyż prof. BAUMANN i D-r ROOS zajmują się w dalszym ciągu tym przedmiotem i ostateczne wyniki swe mają zamiar wkrótce ogłosić.

W każdym razie to nowe odkrycie prof. BAUMANN'a ma bardzo ważne znaczenie tak pod względem teoretycznym, jak i pod względem praktycznym.

Przedewszystkiem widzimy w gruczole tarczowym bardzo ciekawy przykład organu, który 1) może gromadzić w sobie i przechowywać substancję chemiczną [w danym razie—jod], dostającą się w normalnych warunkach do ustroju w niesłychanie małych ilościach, i który 2) z owej substancyi wytwarza związek chemiczny, obdarzony bardzo ważnymi dla ustroju własnościami fizyologicznymi.

Następnie dopiero teraz po odkryciu BAUMANN'a zrozumiemy łatwo, dlaczego jod i jego przetwory od dawna cieszyły się wielkiem uznaniem przy leczeniu wola.

Rozejrzawszy się nieco w historii terapii wola [prof. NAUMANN. *Handbuch der medicinischen Klinik. Zweiter Band. 1830. Kropf. str. 41.* i następnie; oraz prof. BINZ. *Vorlesungen der Pharmakologie. 1884. str. 181*], widzimy, że od najdawniejszych wieków za środek specyficzny przeciwko woli uważano gąbkę (*Spongia marina, officinalis*) i stosowano powszechnie proszek gąbki palonej (*Spongia calcinata, spongia usta, carbo spongiae*); a jeszcze pod koniec zeszłego i na samym początku niniejszego wieku tacy wytrawni klinicyści, jak np. P. FRANK i J. FRANK, wprost i stanowczo utrzymywali, że „działanie gąbki palonej przy woli jest tak stanowcze i niezawodne, jak chinu przy zimnicy“. To też wszystkie prawie najdawniejsze przepisy na proszki (*pulvis contra strumas, pulvis strumalis*), mikstury i maści przeciwko woli zawierają zawsze obok innych środków leczniczych—gąbkę paloną.

W tym samym celu wychwalano i podawano w owych czasach popiół z niektórych wodorostów, a mianowicie z wodorostów morskich, czyli tak zwanych szuwarów, morszczyków, jak szuwar pęcherzykowy, czyli morszczyk pęcherzasty (*Fucus vesiculosus. Cineres Fuci vesiculosi. Aethiops vegetabilis*). Otóż, dzisiaj doskonale wiemy o tem, że ważną część składową i gąbek i szuwarów stanowi jod.

W r. 1811 COURTOIS, fabrykant sody w Paryżu, wykrył po raz pierwszy jod w popiele niektórych wodorostów morskich, a w kilka lat potem [1819]

STRAUB w Bernie wpadł na tę myśl, że w lekach, zawierających węgiel gąbkowy, zapewne głównym składnikiem czynnym jest jod, ale dopiero COINDE-
T'owi z Genewy [1820] należy się zasługa stanowczego wprowadzenia jodu do terapii. Odtąd powoli jod staje się środkiem specyficznym, powszechnie stosowanym przeciwko wole.

O skuteczności jodu najlepiej wiedzieli i wiedzą lekarze, praktykujący w okolicach, w których wole należy do chorób endemicznych. Nawiasowo dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć spostrzeżenia, które podał D-r KLEIST (*Berlin. klin. Woch.* 1896. 5, str. 108] dopiero niedawno temu na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Berlińskiego, gdy mowa była o leczeniu wola wyciągiem gruczołu tarczowego. Rodzina wzmiankowanego KLEIST'a [ojciec, matka, on i brat] przeniosła się z Prus do Turyngii, a mianowicie do okolicy, w której wole panuje endemicznie. W ciągu czterech tygodni pobytu u wszystkich członków rodziny wystąpiło wydatne wole, które wywoływało nawet w niektórych utrudnione oddechanie. Pod wpływem leczenia jodem wole ustąpiło w zupełności: u KLEIST'a i jego starszego brata po czterotygodniowym stosowaniu jodu, u rodziców zaś—dopiero po całorocznym leczeniu jodem. Jednocześnie z KLEIST'ami do tej samej miejscowości przybyło bezdzietne małżeństwo ze Saksonii. I u tej rodziny wkrótce pojawiło się wole, które również pod wpływem leczenia jodem ustąpiło.

Gdy leczenie wola gruczołem tarczowym lub jego wyciągiem weszło w ostatnich czasach w powszechne użycie i gdy z rozmaitych stron zaczęto nieraz notować nieprzyjemne przypadłości, jakie owe przetwory gruczołu tarczowego wywołują, KOCHER na nowo i to niedawno temu zwrócił uwagę, że właściwie można uniknąć tych nieprzyjemnych objawów, stosując tylko jod; bo jod, według niego, w tych razach odznacza się takąż samą skutecznością, jak i gruczoł tarczowy lub jego wyciągi. Jakkolwiek w zasadzie większość lekarzy zgadza się z KOCHER'em, to jednakże słusznie wszyscy utrzymują, że działanie czy to gruczołu tarczowego samego, czy też jego wyciągów, przychodzi do skutku zawsze bez porównania jaskrawiej i szybciej, aniżeli działanie jodu. Otóż, obecnie po odkryciu BAUMANN'a zjawisko to łatwo sobie objaśnić można w sposób następujący: podczas gdy wprowadzanie jodu z zewnątrz do organizmu może sprzyjać powstawaniu tej pod względem fizyologicznym niezbędnej substancji, która w normalnych warunkach wytwarza się w gruczole tarczowym, to przy stosowaniu gruczołu tarczowego lub jego wyciągu wprowadzamy do ustroju już ową substancję gotową. Przy leczeniu bowiem wola jodem prawdopodobnie nie idzie wcale o działanie czystego jodu lub jakiegobądź soli jodowej, ale o obecność w organizmie tego właśnie specyficznego, organicznego związku jodu, który, o ile sądzić dotąd należy, wyosobniono w postaci tak zwanej tyrojodyny.

Tu wreszcie przypomnieć sobie trzeba, że już lat temu kilkadziesiąt przypisywano jodowi bardzo ważne znaczenie dla organizmu ludzkiego. W r. 1850 CHATIN otrzymywał: że jod znajduje się prawie wszędzie w naturze, a mianowicie: w wodzie, w powietrzu, w rozmaitych roślinach, w napojach sfermentowanych, w mleku, w jajkach, w ziemi ornej i t. d.; oraz, że kretynizm i wole występują w takich okolicach, w których woda do picia albo wcale jodu nie za-

wiera, albo też zawiera go w ilości bardzo małej. Z początku pogląd CHATIN'a zyskał bardzo wielu zwolenników. Później wszakże pogląd ten upaść musiał wobec prac MACDONALD'a, LUCA i NADLER'a, którzy wykazali, że CHATIN doszedł do przesadnego wniosku dlatego, iż posługiwał się odczynnikami niezupełnie wolnymi od jodu. Powoli też teoria CHATIN'a poszła w zapomnienie. Dopiero teraz po tylu latach przekonywamy się, że pogląd CHATIN'a o znaczeniu jodu dla organizmu jest słusznym.

Pod względem praktycznym odkrycie BAUMANN'a ma również bardzo ważne znaczenie. Dotychczas w celu terapeutycznym musieliśmy się posilkować albo samym gruczołem tarczowym, albo też najczęściej rozmaitymi przetworami tego gruczołu. Rozumie się, że po większej części owe przetwory, znane pod nazwą tyreoiodyny, wyciągu gruczołu tarczowego i t. d., przyrządza się w sposób rozmaity, tak, że i skład ich bywa różnym, a stąd i dawkowanie niejednokomem. Niektóre nawet owe wyciągi stanowczo zawierać muszą pewne ptomainy, powstające wskutek rozkładu ciał białkowych podczas przygotowywania leku, albo wprost wskutek używania gnijących gruczołów tarczowych do otrzymywania środka leczniczego. Tej okoliczności prawdopodobnie trzeba przypisywać większość niepożądanych i groźnych objawów otrucia, jakie dotąd wielokrotnie spostrzegano przy stosowaniu niektórych przetworów gruczołu tarczowego.

Jeśli dalsze badanie potwierdzi i rozszerzy wyniki BAUMANN'a, to stosować będzie można czysty związek chemiczny bez najrozmaitszych niewiadomej natury przymieszek.

Już nawet obecnie, jak donosi prof. EULENBURG (*Deutsche med. Woch.* 1896, 8), fabryka Bayer'a i Sp. w Elberfeldzie [przygotowuje dla potrzeb leczniczych przetwór czystej tyrojodyny.

Przetwór, wyrabiany we wzmiankowanej fabryce, jest tak obliczony, że 1,0 gram tyrojodyny zawiera 0,8 miligrama jodu i odpowiada zupełnie jednemu gramowi świeżego baraniego gruczołu tarczowego.

Stosować tyrojodynę można w postaci pastylek (*tabulettae thyrojodini*). Każda pastylka zawiera 0,3 tyrojodyny i odpowiada takiej samej ilości świeżego baraniego gruczołu tarczowego.

Wiktor Grostern.

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— ✂ —

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Jakkolwiek praca kol. W. GROSTERNA, pomieszczona w № 10 Gazety Lekarskiej p. t.: „Nosacizna, czy zakażenie posocznico-ropnicowe“, najzupełniej trafia do mojego przekonania i rozwiązuje postawione w tytule pytanie; tem nie mniej pozostają jeszcze pewne wątpliwości, które dla dobra nauki powinny zostać wyjaśnione.

Przedewszystkiem wszelkie spory co do istoty choroby dwóch zmarłych kolegów, a właściwie tylko jednego ś.p. LASKOWSKIEGO, wychodzą z fałszywego założenia; albowiem faktem jest najzupełniej jasnym dla wszystkich, że śmierć ś. p. kole-

gów tych nastąpiła od zakażenia posocznico-ropnicowego, a dalszem uzupełnieniem jest wynalezienie przyczyny owego zakażenia posoczniczego i w tem tylko znaczeniu [być może, nie zbyt jasno pisząc opis chorobowy ś. p. LASKOWSKIEGO pośpiesznie] nazwałem chorobę ś. p. LASKOWSKIEGO „zakażeniem posocznico ropnicowem skrytem“, nie znając dokładnie przyczyny owego zakażenia, zamiast: „zakażeniem z niewiadomej przyczyny“. Tem więc samem całe zakończenie artykułu kol. GROSTERNA o wyjaśnieniu nazwy skrytych form posocznico-ropnicy było najzupełniej zbyteczne, tembardziej, że tenże sam błąd popełnił i kol. GROSTERN w zatytułowaniu swej pracy: „Nosaczna, czy zakażenie posocznico-ropnicowe“. Właściwie powinno być: „zakażenie posocznico-ropnicowe z niewiadomej przyczyny, czy też wywołane zarazkiem nosaczny“.

A teraz rozpatrzmy kolejno z całym spokojem dane kolegi G. co do nazwania choroby ś. p. LASKOWSKIEGO „nosaczna“:

1-o Przebieg przewlekły choroby gorączkowej z poprawami i pogorszeniami.

2-o Nacieczenia i ropnie w mięśniach.

3-o Wygląd charakterystyczny i ropy wypuszczonej i następczej rany po otwarciu ropnia, a mianowicie powierzchni granulacyjnej.

4-o Wystąpienie na twarzy w przeddzień śmierci ś. p. LASK. kilku nieznacznych wyniosłości [guziczków] wielkości małych orzeszków.

5-o Eksperyment mimowolny, jaki, niestety, na sobie wykonał ś. p. JAWDYŃSKI, zaszczepiwszy sobie wprost do krwi zarazek choroby ś. p. LASKOWSKIEGO.

Co do 1-go. Taki sam zupełnie przebieg choroby będzie w każdej sprawie posocznico-ropnicowej, od jakiegobądź jawnej lub skrytej przyczyny zależnej. Co do tego sporu być nie może; argument więc ten sam przez się nie ma żadnego znaczenia.

Co do 2-go. To samo zupełnie odnosi się i do pojawiania się nacieków i ropni w mięśniach.

Co do 3-go. Wygląd charakterystyczny ropy i rany. Istotnie wygląd ten nawet dla mnie, najzupełniej nie zajmującego się chirurgią, przedstawiał się dziwnie odmiennie w postaci ropy rzadkiej, pyemicznej [bynajmniej nie ciągnącej się... o czem niżej], nie sądząc jednak, aby on był tak specjalnie charakterystycznym dla nosaczny, bo w takim razie przed zejściem śmiertelnem ś. p. LASK. tacy wytrawni i uczeni specjaliści, którzy wielokrotnie badali i operowali zmarłego, stawialiby to rozpoznanie za życia [a kolegami tymi byli: nieodżałowanej pamięci JAWDYŃSKI, prof. KOŚCIŃSKI, BR. SAWICKI, SOLMAN].

Co do 4-go. Wystąpienie guziczków na twarzy ś. p. LASKOWSKIEGO w przeddzień śmierci istotnie jest archycharakterystyczne dla tyłczaka przewlekłego. Czy jednak nie bywa przy innej natury i pochodzenia sprawach ropniczo-posocznicowych, przesądzać nie będą.

Co do 5-go. Najsmutniejszy i zarazem najważniejszy jest argument zaszczepienia sobie wprost do krwi zarazka nosaczny przez ś. p. JAWDYŃSKIEGO. Argument to bezwzględnie rozwiązujący daną kwestyę — a jednak... niestety, i tutaj pozostają pewne wątpliwości, a mianowicie: wspomnę tylko nawiasowo słowa kol. G., że „na zasadzie wywiadów — rozpoznania [rzecz prosta co do choroby ś. p. L.] opierać nie wolno“, a ś. p. JAWDYŃSKI nie tylko w Warszawie podczas swojej choroby nie przyznawał się do uklucia w palec przy operacji w Kielcach, lecz i u nas na miejscu twierdził to samo. Następnie ś. p. JAWDYŃSKI istotnie w kilka godzin po operacji w Iwanogrodzie przy świadkach [wymienionych w liście prywatnym do Redaktora] uskarżał się na dreszcze i niedomaganie ogólne. Okoliczności te jednak wspominam tylko mimochodem, nie przywiązując do nich żadnego szczególnego znaczenia, choć w każdym razie nie jestem zwolennikiem teorii o powstawaniu nosaczny „*spontaneo modo*“, jak się dowcipnie wyraził kol. G.

Ośmielę się zwrócić jeszcze uwagę Szan. kolegi GROSTERNA i poproszę o objaśnienie następującej okoliczności: zgadzam się stanowczo, że ś. p. LASK. chorował na nosaczinę przewlekłą, której zarazek, przebywając tak długo w organizmie cho-

rego, wzmocnił się na sile swej złośliwości. Tymczasem podczas otwierania jednego z ropni na udzie przez kol. CZAPLICKIEGO ropa wytrysnęła z rany [a więc nie była ciągnąca się, a przeciwnie rzadka, płynna], oblała literalnie całą twarz, oczy, usta i szyję trzymającemu kończyne starszemu felczerowi, Zingermanowi, który zaledwie po kilku minutach obmył twarz i wypłukał usta rozczyntem sublimatu i do dnia dzisiejszego cieszy się najlepszym zdrowiem.

Zapewne Szanowny kol. G. odpowie na to, że podobny fakt niczego nie dowodzi, bo zaszczepienie zarazka stwierdziłoby istnienie nosaczyny, nie zaszczepienie zaś i t. d. i t. d., również jak komunał o niezbytym fakcie znaczenia dodatniego lub ujemnego wyniku badań bakteryologicznych.

Wszelkie pozorne bezprzedmiotowe spory, prowadzone obecnie co do istoty choroby dwóch zmarłych kolegów, mają na celu dobro nauki i wszechstronne wyjaśnienie sprawy. Przypuszczenie istnienia nosaczyny u ś. p. ŁASKOWSKIEGO zjawilo się u nas w Kielcach w pierwszych tygodniach jego choroby, lecz nie znajdowaliśmy pewnego oparcia do rozpoznania wobec ujemnych wyników badań bakteryologicznych wydzielin zmarłego i tkanek, co, rzecz aż nadto dobrze wiadoma, nie ma znaczenia rozstrzygającego, lecz, niestety, nie pozwala się opierać w rozpoznaniu na pewnych danych.

Na zakończenie mojego listu pozwolę sobie złożyć serdeczne podziękowanie Szanownemu Koledze GROSTERNOWI za jego uspokojenie naszego sumienia lekarskiego, co do sposobu leczenia posocznicy lub nosaczyny, dowodząc, że na „nosacznę“ niema specyfików...

Rzeczywiście, rzecz to godna zastanowienia i uwagi, gdyż ja po 20-letniej praktyce [o ile zrozumieć mogę myśl kol. G.] dochodzę do wniosku, że wiele form chorobowych posiada do zwalczenia środki specyficzne — i traktuje się według jakichś specjalnych szablonów, a nie według zasad terapii ogólnej.

Ja w pokorze ducha i skromności prowincjonalnej przyznaję się, że oprócz surowicy przeciwbłoniczej, przy błonicy racjonalnie stosowanej, a na zasadzie dodatnich wyników zalecenia rてci przy syfilisie, salicylanów przy gościecu i chininy przy zimnicy, nie znam żadnych specyfików; wogóle szczególnego działania lekarstw specyficznych nie widziałem nigdy i nigdzie... a zatem i poruszanie kwestyi leczenia w danym przypadku uważam za najzupełniej niewłaściwe.

Przyczyną powyższego listu otwartego jest z jednej strony dopelnienie bardzo pobieżnie przezemnie skreślonej historii choroby ś. p. ŁASK, a z drugiej — sprawdzenie rzekomego sporu o „istotę choroby“ do rzeczywistego znaczenia odszukania li tylko „przyczyny choroby“, a zarazem wykazanie chwiejności naszych pewników lekarskich, na których nie zawsze opierać się wolno. Nawet badanie bakteryologiczne dodatnie nie daje podstaw do stanowczego stawiania rozpoznania. W tem miejscu pozwolę sobie przytoczyć fakt następujący, zapewne dokładnie znany i koledze G..

Ś. p. JAWDRYŃSKI za bytnością swoją w Kielcach opowiadał nam o swoim pacyencie, pewnym obywatelu ziemskim, przyslanym przez kol. Sr. [Wyszków nad Bugiem], z naciekami w okolicy wątroby i lewej [czy prawej] łopatki. Podejrzewając u chorego „nosacznę“, ś. p. kol. J. po utworzeniu się ropnia w okolicy wątroby, otworzył takowy szerokiem cięciem i przesłał ropę do zbadania jednemu z Warszawskich bakteryologów, który otrzymał wyniki względnie dodatnie [hodowle nie były szczepione], stwierdzające niejako kliniczne rozpoznanie. Pacjent jednak w dni kilka najzupełniej wyzdrowiał po zagojeniu się rany, po otwarciu ropnia i wessaniu nacieku w okolicy łopatki. Zapewne, że i „nosaczyna“ niezawsze prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Dnia 10 marca. 1896.

Mieczysław Zawadzki [Kielce].

SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

Uczynilem zadość Twemu pierwszemu żądaniu, by stosownym artykułem odpowiedzieć na „protest“ Szanownych Kolegów kieleckich, trzeba mi więc i teraz na Twe powtórne wezwanie wystąpić z odpowiedzią na wszystkie zarzuty Sz. Kolegi ZAWADZKIEGO. Zacząć wszelako muszę od ubolewania, że Szan. Kol. ZAWADZKI, jak zresztą sam się do tego przyznaje, trochę za „pośpiesznie“ pisuje swoje artykuły, bo przecież tylko na karb pośpiechu zaliczyć należy następującą okoliczność.

List swój Szan. kol. ZAWADZKI zaczyna od zapewnienia, że: „praca kol. G., pomieszczona w № 10 Gaz. Lek. p. t.: „Nosacizna, czy zakażenie posocznico-ropnicowe?“, najzupełniej trafia do mego przekonania i rozwiązuje postawione w tytule pytanie“. Można by na chwilę przypuścić, czytając dalszy ciąg listu, że zdanie to wypowiada kol. ZAWADZKI w znaczeniu ironicznym; ale wszelka wątpliwość znika, gdy jeszcze niżej w tymże samym liście czytamy: „zgadzam się stanowczo, że śp. LASKOWSKI chorował na nosaciznę przewlekłą“

Zdawałoby się, że po takiej stanowczej zgodzie cały spór trzeba uważać za skończony. Tymczasem dowiadujemy się, że Szan. Koledze ZAWADZKIEMU pozostają jeszcze „pewne wątpliwości“ — i to nie byle jakie, bo zaraz po zgodzie zapewnia nas, i to nie tylko sam od siebie, ale od wszystkich, iż „faktem jest najzupełniej jasnym dla wszystkich, że śmierć śp. kolegów tych nastąpiła od zakażenia posocznico-ropnicowego“. Najprzód ciekawem jest, jak i kiedy Szan. Kolega ZAWADZKI urządził plebiscyt lekarski w danej kwestyi, by mógł ogłosić tak stanowcze orzeczenie „wszystkich“. Następnie przyznaje, że ten „fakt najzupełniej jasny dla wszystkich“ jest dla mnie ciemnym; bo niezupełnie dokładnie rozumiem, co, wobec stanowczego przyznania słuszności dyagnozie: „nosacizna“, ma znaczyć równie stanowcze twierdzenie, że „śmierć kolegów tych nastąpiła od zakażenia posocznico-ropnicowego“? Można by to chyba wytłomaczyć sobie w sposób dwojaki: albo popierwsze, kol. ZAWADZKI jest pewien, że bez względu na chorobę podstawową, na którą ci dwaj koledzy chorowali, ostateczną przyczyną śmierci było — zakażenie posocznico-ropnicowe; albo też powtórne, kol. ZAWADZKI sądzi, że wszystkie wogóle zakażenia są posocznico-ropnicą, i że przyczyny, czy też istoty owej posocznico-ropnicy mogą być najrozmaitsze: raz laseczniki nosaciznowe, innym razem inne.

Co do przypuszczenia pierwszego, to przedewszystkiem zwrócę uwagę na to, że dotąd kwestyą sporną była tylko dyagnoza choroby: szło o to, czy mieliśmy do czynienia z nosacizną, czy z posocznico-ropnicą; o ostatecznej przyczynie śmierci nigdzie nie było wzmianki. Ale mniejsza o to. Jeśli istotnie Szan. Kol. dowodzi, że nie o ścisłą dyagnozę mu chodziło, ale o ostateczną przyczynę śmierci, i że za tę ostateczną przyczynę śmierci uważa posocznico-ropnicę, to na poparcie tego twierdzenia nie znaleźlibyśmy przekonywającego dowodu. Przeciwnie, już w samej historii choroby, skreślonej przez szan. kolegę ZAWADZKIEGO, znajdujemy dowody na to, że w danym przypadku należało właśnie wyłączyć posocznico-ropnicę; przecież sam Kol. powiada na str. 261: „badanie drobnowidzowe, dokonane przez kol. MAYZLA, nie wykazało ropnych kokków“, a nieco dalej str. 262: „Wyciętą tkanekę oraz wydzielinę rany badał oddzielnie kol. PRZEWOSKI i JAKOWSKI. Badanie drobnowidzowe i hodowle dały wynik zupełnie ujemny“. Toż samo zresztą znajdujemy i w „Uzupełnieniu“, gdzie na str. 267 czytamy: „Ropę badał kolega JAKOWSKI, przyczem nie znalazł w niej wcale żadnych drobnoustrojów“. Otóż, przy posocznico-ropnicy zawsze w ropie znaleźć powinniśmy drobnoustroje ropotwórcze, a mianowicie stafilococchi, streptococchi i t. d.. A zatem właśnie na mocy tych badań należałoby wyłączyć posocznico-ropnicę. Nie ma również dowodu na to, aby w dalszym biegu choroby przyłączyło się zakażenie wtórne drobnoustrojami ropotwórczymi; z tego więc wypada, że w danym przypadku niepodobna mówić o posocznico-ropnicy, jako ostatecznej przyczynie śmierci. Zresztą, zgodziwszy się raz już na to, że chorobą w tym razie była nosacizna, po co szukać

gdzieindziej przyczyny śmierci? Czyżby sama nosaczina nie wystarczyła do wywołania śmiertelnego zakończenia?!

Co do drugiego przypuszczenia. Jeśli się nie mylę, to według szan. kol. ZAWADZKIEGO wszystkie choroby zakaźne są wogóle — posocznico-ropnicą, a dopiero dalsze badanie wyświeła istotę specyficzną choroby, a mianowicie: nosaciznę, gruźlicę, promienicę i t. d.. Otóż, pod tym względem szan. kol. ZAWADZKI się myli. Wszystkie choroby zakaźne nazywamy dotąd ¹⁾ wprost zakaźnemi, a każda z nich ma odrębną postać i nazwę. Posocznico-ropnica jest dotąd taką samą odrębną postacią i kliniczną i bakteryologiczną, jak nosacizna, promienica i inne: podstawą posocznico-ropnicy są drobnoustroje ropotwórcze; podstawą zaś nosacizny — lasecznik nosaciznowy. Dwóch tych postaci łączyć w jedno ze sobą nie można. Mogą one pod względem klinicznym przedstawiać pewne podobieństwo; mogą one do pewnego czasu przedstawiać trudności nawet bardzo wielkie w rozpoznaniu; ale odróżniać je trzeba stanowczo. Może lekarz przez pewien czas z powodu braku danych nie wiedzieć, z czym ma do czynienia; czy z posocznico-ropnicą, czy z nosacizną, czy z gruźlicą, czy też z promienicą. Ale z chwilą, gdy albo sam całkowicie przebieg choroby, albo i badanie bakteryologiczne naprowadzi na drogę właściwą, trzymać się już musimy koniecznie jednej dyagnozy, jednej nazwy. Może nastąpić zakażenie mieszane; albo, co często się zdarza, może w przebiegu choroby przyłączyć się wtórne zakażenie drobnoustrojami ropotwórczymi. Będziemy wówczas mieli istotnie np. odrę z charakterem posocznicowym, tyfus brzuszny z charakterem ropnicowym lub posocznico-ropnicowym, ale w każdym razie nie przestajemy nazywać tyfusu tyfusem, odry odry, nosacizny nosacizną i t. d.. A zatem zgodzi się chyba Szan. Kolega, że nazwa choroby w opisanym przypadku powinna brzmieć: nosacizna, albo, ściślej mówiąc, tylczak przewlekły, ale nie — posocznico-ropnica, i że śmierć tych kolegów nastąpiła od zakażenia nosaciznowego, jak zresztą najczęściej nosacizna się kończy.

Zgadzam się z szan. kolegą ZAWADZKIM, że widocznie „całe zakończenie artykułu kol. G... o wyjaśnieniu nazwy skrytych form posocznico-ropnicy było najzupełniej

¹⁾ Powiadam umyślnie z naciskiem: „dotąd“, dla wyraźnego zaznaczenia, że za punkt wyjścia służy mi obecnie powszechnie przyjęta i niejako dotąd obowiązująca klasyfikacja i nomenklatura chorób zakaźnych. Istotnie, wyodrębnienie posocznico-ropnicy w znaczeniu dotychczasowym przedstawia pewne niedogodności i na przyszłość prawdopodobnie ulegale zmianie. Według poszukiwań wielu badaczy wiadomo dzisiaj, że prócz streptokoków i stafilocoków mnóstwo innych drobnoustrojów chorobotwórczych może być przyczyną ropienia. Wiemy np., że przy tyfusie brzuszny w niektórych wyjątkowych przypadkach w ropniach znajdowano tylko wyłącznie laseczniki tyfusowe EBERTH'a. Przy zapaleniu płuc włóknikowym ropne zapalenie błon surowiczych (*pleuritis suppurativa, meningitis suppurativa*) może zależeć li tylko od pneumokoka TALAMON-FRÄNKEL'a. *Bacterium coli commune* ESCHERICH'a bywa często sam jeden powodem np. ropnego zapalenia przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego (*angiocholitis suppurativa, cholecystitis suppurativa*). W nosaciznie bardzo często w ropniach nie znajdujemy żadnych dotychczas znanych ustrojów ropotwórczych. Takich przykładów można nalizzyć daleko więcej. Otóż, bardzo być może, że w przyszłości odrębna forma kliniczna, znana dotąd pod nazwą *septico-pyæmia*, utraci swe ograniczone znaczenie i zacznie występować pod nazwą ogólną dla wszystkich form zakażenia, mających pewne podobieństwo pod względem objawów. A więc w niedalekiej przyszłości, być może, *septico-pyæmia* występować będzie nie jako odrębna postać kliniczna, ale w znaczeniu ogólnem — r o d z a j u; różne zaś gatunki tego ogólnego rodzaju klinicznego (znacząc będziemy, stosownie do istoty choroby, nazwami, malującami od razu ich specyficzną gatunkową. Francuzi już dzisiaj próbują odróżniać formy takie, jak: *streptococcie, staphylococcie, pneumococcie, colibacillöse*. Prof. KOCHER, biorąc zapewne przykład z nazwy *actinomycosis*, wprowadza po raz pierwszy w r. 1895: *Staphylomycosis* [co po polsku, zdaje się, wcale dobrze da się przełożyć na: gronkowica], *streptomycosis* [paciorokowica]. Być więc może, że w przyszłości odróżniać będziemy: *septico-pyæmia staphylomycotica, s. staphylomycosis* [posocznico-ropnica gronkowcowa, zakażenie gronkowcowe, czyli gronkowica]; *septico-pyæmia streptomycotica* [zakażenie paciorokowcove, czyli paciorokowica]; *septico-pyæmia strepto-staphylo-mycticola, s. strepto-staphylomycosis* [pacioroko-gronkowica]; *septico-pyæmia typhomycotica, s. typhomycosis* [durzyca]; *septico-pyæmia actinomycotica, s. actinomycosis* [prondenica]; *septico-pyæmia colimycticola, s. colimycosis, colibacillosis* [okragowica]; *septico-pyæmia malleo-mycticola, s. malleus, s. malleomycosis* [nosacizna] i t. d. i t. d.. Dotąd wszakże *septico-pyæmia* oznacza formę kliniczną odrębną, współzależną z innymi formami chorób zakaźnych, a więc obok np. nosacizny, promienicy, gruźlicy, karbunkula i t. d. i t. d. figuruje — posocznico-ropnica.

zbyteczne“; bo istotnie kol. Z..., jak to widać z jego listu, nazwie tej technicznej, *septicopyaemia cryptogenetica*“, zupełnie inne, nowe znaczenie nadaje, pomimo całego owego wyjaśnienia.

Myli się za to szan kol. Z..., utrzymując, że „błędnie“ zatytułował swą pracę i że „właściwie powinno być: „Zakażenie posocznico-ropicowe z niewiadomej przyczyny, czy też wywołane zarazkiem nosacizny?“ Gdybym był przypadkowo tak napisał, poradziwszy się najprzód szan. kol. ZAWADZKIEGO, tobym względem obowiązującej nas dotąd klasyfikacji i terminologii chorób zakaźnych w dwóch tych króciutkich zdaniach wypowiedział dwa błędy, z których trudno by było wywikłać się.

Idźmy dalej i rozpatrzmy następne „wątpliwości“. Sz. kol. Z... rozpatruje „kolejno z całym spokojem dane kol. G., co do nazwania choroby ś. p. LASKOWSKIEGO nosacizną“ i dochodzi do wniosku, że żadna z nich „sama przez się nie ma żadnego znaczenia“. Ależ bardzo słusznie: tak, a nie inaczej bywa ze wszystkimi objawami, oddzielnie rozpatrywanymi, przy każdej innej chorobie. Gdyby szan. kol. rzeczywiście „z całym spokojem“ przeczytał, co napisał na str. 273, a mianowicie: „za słusznością naszego poglądu przemawiają następujące razem wzięte okoliczności“, toby do takiego wniosku nie doszedł, a ułatwiłem mu zadanie, bo wyrazi: „razem wzięte“, umyślnie podkreśliłem. Weźmy zresztą inny pierwszy lepszy przykład. Powiadają nam — zapalenie płuc włóknikowe cechuje się następującymi zjawiskami: 1) dreszczem, 2) przebiegiem gorączkowym cyklicznym, 3) kaszlem, 4) płwociną krwawą, rdzawą, 5) tępością, 6) oddechem oskrzelowym, 7) bronchofonią, 8) wzmożonym drżeniem odpowiedniej części klatki piersiowej i t. d.. Niech Szan. Kolega spróbuje kolejno każdy objaw oddzielnie wziąć pod uwagę. Czy wówczas kol. Z... nie przekona się, że żaden z tych objawów oddzielnie wziętych wyłącznie tylko za zapalenie płuc włóknikowym wcale przemawiać nie będzie? Zupelnie inaczej rzecz się będzie miała, gdy zwrócimy uwagę na cały obraz choroby, na wszystkie objawy, zebrane w jedną całość. Ale zresztą i kol. Z... przy swoim sposobie krytykowania byłby doszedł do innego rezultatu, gdyby tylko nie robił tego „za pośpiesznie“; boć przecież, rozbiegając kolejno z całym spokojem objawy wyliczone, należałoby rozumować w sposób następujący: Objawy, przytoczone pod 1) nie są patognomoniczne dla nosacizny, gdyż występują w takich a takich chorobach, ale występują również i przy nosaciznie; objawy przytoczone pod 2) zdarzają się przy takich a takich chorobach i przy nosaciznie i t. d. i t. d.. Dopiero teraz, po rozpatrzeniu wszystkich wyliczonych objawów, należałoby: albo wykazać, że dany obraz przemawia za inną zupełnie chorobą, a zatem nosaciznę trzeba wyłączyć; albo też trzeba było inne choroby wyłączyć i przyjąć — nosaciznę. Przewidziałem niejako zarzut szan. kol. Z..., a chcąc go od błędu uchronić podkreśliłem umyślnie wyrazi: „razem wzięte“. Kolega w pośpiechu tego wyraźnego zastrzeżenia nie dostrzegł.

Co do wyglądu charakterystycznego i ropy i rany, to opierałem się na wiarogodnym i zupełnie kompetentnym świadku, na koledze Br. SAWICKIM [patrz: Uzupełnienie. Gaz. Lek. 1896. № 10, str. 265 i następne]. Powiada Szan. Kol. ZAWADZKI, że „gdyby ten objaw „był tak specjalnie charakterystycznym dla nosacizny, to w takim razie przed zejściem śmiertelnym ś. p. LASKOWSKIEGO tacy wytrawni i uczeni specjaliści, którzy wielokrotnie badali i operowali zmarłego, stawialiby to rozpoznanie za życia“. No, przyzna Szan. Kolega, że sam przeciwko sobie świadczy, gdyż istotnie jeszcze za życia chorego właśnie takie rozpoznanie niektórzy lekarze uważali za bardzo prawdopodobne, o czym wszak wiemy i z historii choroby, przez samego Szan. Kolegę własnoręcznie skreślonej [patrz. Gaz. Lek. № 10, str. 262 wiersz 3-ci i 4-ty od góry], i z „Uzupełnienia [str. 267], i z pracy kol. NENCKIEGO i PRUSZYŃSKIEGO [str. 568]. Musiało jednak w tem być coś charakterystycznego i specjalnego, jeśli ono na właściwe rozpoznanie do pewnego stopnia naprowadzało.

Co się tyczy zaszczepienia sobie zarazka przez ś. p. JAWDYŃSKIEGO wskutek ukłucia się podczas operacji, to Szan. Kolega ZAWADZKI zbicie usiłuje moje twierdzenie niby mojemi własnymi słowami, że „na zasadzie wywiadów rozpoznania opierać nie

wolno⁴. Przedewszystkiem wcale nie tak się wyraziłem, bom powiedział na stronie 273: „na nich [wywiadach] najczęściej wcale rozpoznania opierać nie można⁴. A powtóre, wyciągnął Szan. Kolega jedno urwane zdanie i myśl moją zupełnie inaczej przedstawił, czy też zrozumiał. Wcale nie przeczyłem nigdy i nie przeczę temu, że anamneza w rozpoznaniu może mieć bardzo ważne znaczenie. Gdy będąc wobec chorego, dotkniętego jakimś cierpieniem niejasnym i gdy dowiem się od kogokolwiek bądź, że chory, czy to z zawodu, czy też przypadkowo miał do czynienia z końmi, i to może jeszcze z końmi podejrzanymi o nosaciznę, to takiego kapitalnego momentu anamnestycznego nie wolno mi nigdy lekceważyć; od razu bowiem niezawodnie wpadnie mi na myśl pytanie: czy w danym razie nie mamy do czynienia z nosacizną? Gdy dziecko było w otoczeniu chorych na szkarlatynę, to już przy pierwszych objawach choroby owego dziecka nie wolno mi ani na chwilę zapominać o tym ważnym momencie anamnestycznym. Takiej herezyi zupełnego negowania anamnezy nie dopuściłbym się nigdy! Gdyby szan. kol. ZAWADZKI „z całym spokojem“ do końca doczytał ustęp, w którym mówię o znaczeniu wywiadów przy rozpoznawaniu choroby, to by się przekonał, żem zwócił uwagę Szanownych Kolegów protestujących na fakt zresztą powszechnie znany, a mianowicie: jak to często brak danych anamnestycznych, a raczej ujemne dane wywiadowcze nie mogą stanowić o rozpoznaniu. To znaczy: nie przestane nazywać nosacizny nosacizną, szkarlatyny szkarlatyną, ospy ospą, syfilisu syfilisem, chociażby chory zaklinał się na wszystkie świętości, że z końmi chorymi nie miał nic do czynienia, że chorego na szkarlatynę nigdy nie widział, że nie zna nawet nikogo, kto by na ospę chorował, że kultu Wenery póki żyje nie uprawiał.

Co do zapytania Szan. Kol. ZAWADZKIEGO, dlaczego szczęśliwiec, starszy felczer kielecki, pomimo oblania się ropą nosaciznową nie zachorował na nosaciznę, to na nie niepodobna odpowiedzieć chociażby już i z tego powodu, że wszelką w tym względzie odpowiedź szan. kol. ZAWADZKI już z góry uważa za „komunalną“. Ma zatem już sam gotową odpowiedź; po cóż więc pytanie stawiał?

Złośliwą ironię, a nawet oburzenie niemałe wywołało u Szan. Kol. ZAWADZKIEGO kilka słów moich o sposobie leczenia nosacizny. Kol. Z. oburza się, żem śmiało podejrzewał go o przekonanie, iż istnieją metody specyficznego leczenia przy rozmaitych chorobach. Jest to proste nieporozumienie. Mnie szło zupełnie o co innego. A zresztą sam kol. ZAWADZKI zaraz niżej wylicza kilka ważnych metod specyficznego leczenia i chociaż z pewnością doskonale zna cały nowy kierunek terapii i wie o wielu innych specyficznych środkach, jednak w pośpiechu o tem zapomina; że też na prędce przypominę: leczenie tężca antytoksyną Tizzoni'ego, leczenie wścieklizny metodą PASTEUR'a, leczenie surowicą MARMORKA, leczenie surowicą stafilocokową, streptokokową prof. NENCKIEGO, leczenie przetworami gruczolu tarczowego, leczenie mięsaków metodą COWLEY'a lub EMMERICH-SCHOLL'a i t. d. I przeciwko nosaciznie usiłowano i usiłują dotąd wynaleźć metodę specyficzną leczenia. GOLD'owi w r. 1889—1891 zdawało się, że taką metodę znalazł w stosowaniu rtęci, jak przy syfilisie, gdyż dwóch chorych na tyłczaka chronicznego leczył wcieraniami szaruchy z dobrym wynikiem. Następne niepowodzenia obaliły mniemanie GOLD'a. CHENOT i PICO w r. 1892 wykazali, że surowica krwi wołu posiada własności bakteryobójcze względem drobnoustroju nosaciznowego i na 10 zwierząt, którym szczepili „nosaciznę końską“, otrzymali u 7 wyleczenie za pomocą wstrzykiwań jałowej surowicy wołowej. PILAVIOS w r. 1893 leczył ośm koni nosaciznowych we wczesnych okresach choroby za pomocą podskórnych wstrzykiwań malleiny i u wszystkich otrzymał zupełne wyleczenie. BONOME w r. 1894 stwierdził toż samo u koni, ale u człowieka wyzdrowienia nie udało mu się otrzymać. Prawda, że większa część tych metod specyficznego leczenia niektórych chorób, i to najgroźniejszych, jak np. nosacizny, jest dotąd dopiero w rozwoju, tak, że lekarz nie może dotąd z nich korzystać; ale zaprzeczyć temu nie można, że nauka robi obecnie wszelkie wysiłki, by wykryć podobne substancje specyficzno-lecznicze, jakie już posiadamy np. w surowicy antydyfterytycznej.

Wiedzą wszak o tym kierunku nie tylko lekarze, ale i szerokie koła publiczności nielekarzkiej, która nieraz wobec rozpaczliwego przypadku domaga się od lekarza ratunku za jakąkolwiek cenę i dowiadyuje się skrupulatnie, czy niema dotąd na daną chorobę odpowiedniego środka zbawczego. Kto z nas wielokrotnie nie był w podobnej pozycji?!

Otóż, ta właśnie okoliczność podyktowała mi ustęp o leczeniu nosacizny. Czytając protest Szan. Kolegów kieleckich, przyszedłszy do przekonania, że jakiś bardzo ważny powód skłonił ich do takiego wystąpienia i w prasie peryodycznej nielekarzkiej i w Gazecie Lekarskiej. Przypuszczaliśmy, że najpewniej warunki otoczenia zmusiły owych kolegów do własnej obrony wobec rozmaitych rozsiewanych plotek i gadek na temat dobrze znany każdemu lekarzowi: „choroby dobrze nie rozpoznali, więc i leczenie było fałszywe“. Wyświetlając sprawę co do istoty choroby, musiałem i ten wzgląd mieć na widoku, i dlatego starałem się wykazać: popierwsze, jak to często podczas przebiegu choroby niesłychanie trudno rozpoznać nosaciznę i odróżnić ją od innych podobnych chorób; a powtórze, że —bez względu na rozpoznanie—leczenie w danym przypadku było najzupełniej odpowiedniem, bo przeciwko całej tej grupie chorób nie posiadamy właściwie dotąd metody leczniczej specyficznej, ale kierujemy się ogólnemi wskazaniami, tyczącemi się wielu innych chorób zakaźnych. Szanowny Kol. ZAWADZKI nie zrozumiał mej intencji, albo też nie podobał mu się mój sposób wystąpienia. Nie mam do niego za to żadnego żalu, ale przyznać mi wszak musi, żem ani fałszu, ani nic obrażającego godność lekarską nie napisał.

Za to żałuję bardzo, że w całym liście Szan. Kolegi Z. wcale a wcale doszukać się nie mogłem obiecanego „dopelnienia... historii choroby“, i że najzupełniej nie zrozumiałem, co właściwie ma znaczyć „sprowadzenie rzekomego sporu o istotę choroby do rzeczywistego znaczenia odszukania li tylko przyczyny choroby“.

Nie rozumiem również i tego, jakim sposobem Kolega doszedł do wniosku, że „pewniki nasze lekarskie są chwiejne i że na nich nie zawsze opierać się wolno“. Wszak pewniki zawsze i wszędzie, w każdej nauce mają jedną i tę samą cechę: są niezmiennie. Chwiejności w nich nigdy być nie może, bo ten jeden warunek odbiera im nazwę pewnika. Gdy powiem np., że zarażenie się nosacizną daje nosaciznę, zarażenie się ospą daje ospę, że w pewnych warunkach atropina rozszerza źrenicę, że absolutna, niemożliwa do usunięcia, niedrożność przewodu pokarmowego musi śmierć sprowadzić, że znalezienie laseczników gruźliczych przy odpowiednim obrazie chorobowym dowodzi istnienia sprawy gruźliczej i t. d., to wypowiadam pewniki niczem niezachwiane.

Wreszcie już zupełną nowością jest stanowcze twierdzenie Szan. Kolegi ZAWADZKIEGO, że przy odpowiednim klinicznym obrazie chorobowym „nawet badanie bakteriologiczne dodatnie nie daje podstaw do stanowczego stawiania rozpoznania“. Byłoby to istotnie popchnięcie całej nauki lekarskiej obecnej na zupełnie nowe tory. Szczęściem, że dowód, który Szan. Kolega ZAWADZKI przytacza, najzupełniej nie przekonywa o słuszności Jego twierdzenia, bo strach poprostu pomyśleć, ileż to pracy, ile czasu, ile wreszcie kapitała ludzkość z narnowalaby dotąd na naukę bakteriologii. Kol. ZAWADZKI na dowód swego twierdzenia przytacza znany mi przypadek, spostrzeżany przez kol. STĘPIŃSKIEGO z Wyszkowa. Otóż, badanie bakteriologiczne, dokonane przez kol. JAKOWSKIEGO, nie wykazało laseczników nosacizny, a w każdym razie nie mogło ono przecież dać wyników „względnie dodatnich“. Chyba Szan. Kolega chciał powiedzieć — wyniki niepewne, wątpliwe; bo wyników „względnie dodatnich“ w naukach ścisłych niema. Wyniki są albo pewne, albo niepewne, wątpliwe, a niepewnych wyników nie można przecież użyć za podstawę do dyagnozy, a tembardziej do dowodzenia.

W każdym razie Szanownego Kolegę ZAWADZKIEGO zapewniam, że, pisząc i poprzedni artykuł i niniejszy list, tylko prawdę miałem na celu. Wszelkie zaczepki osobiste były i są mi najzupełniej obce. Jesliby zaś Szan. Kolega w czemkolwiek

upatrywał jakąś niestosowność, niechaj raczy mi wybaczyć i złoży to na karb mej niezgrabności w wysłowieniu.

Ciebie, Szanowny Redaktorze, i Was, Szanowni Czytelnicy, przepraszam za zbyt długą polemikę. Przyniekam więczej Was nie nużyć, bo ze swej strony uważam kwestyę za wyczerpaną.

Łączę wyrazy serdecznej przyjaźni i wysokiego poważania,
Wiktor Grostern.

Warszawa, 18 marca. 1896 r.

Redakcyja uważa polemikę za skończoną.

Wiadomości drobne.

— PHISALIX znalazł, że jad żmii, poddany działaniu prądu elektrycznego, traci swoje własności trujące: szczepiony śwince nie wywołuje u niej żadnych objawów. Nadto zwierzęta, szczepione takim „elektryzowanym“ jadem, są, co najmniej, przez tydzień odporne na działanie zwykłego jadu żmii. Ciekawem jest to spostrzeżenie w zestawieniu z podobnym zachowaniem się względem prądu elektrycznego toksyn pochodzenia pasożytniczego.

(*Dem. méd.*, 1896. Nr. 12).

W. J.

Wiadomości bieżące.

— Rada miejska dobroczynności publicznej zamianowała kol. J. JAWORSKIEGO lekarzem ambulatoryum chorób kobiecych w szpitalu Wolskim; J. KUNIEWICZA lekarzem takiego samego ambulatoryum w szpitalu Ś-go Rocha; kol. J. ZAWADZKIEGO lekarzy ambulatoryum chorób przewodu pokarmowego także w szpitalu Ś-go Rocha.

— № 3 „Nowin Lekarskich“ poświęcony jest prof. BOLESŁAWOWI WICHERKIEWICZOWI, dla uczczenia Go, jako przewodniczącego komitetu redakcyjnego „Nowin“. Zawiera on jedynie prace oftalmiczne, a mianowicie: RUMSZEWIOZA [Kijów]. Przyczynek do patologii odwinięcia mięsakaowego powieki dolnej. Z. KRAMSZYKA [Warszawa]. Metody optometrii obiektywnej. SROCZYŃSKIEGO [Kraków]. Zez zastępczy w porażeniach mięśniowych oka. KAMOCKIEGO [Warszawa]. W sprawie plastycznej operacyi na brzegach powiek. TALKI [Razań]. Melanotyczne zabarwienie białkówki, przy melanozie miękkiej opony mózgu po teźże samej stronie. B. R. GEFNERA [Warszawa]. Dwa przypadki jaskry u osób młodych. STRZEMIŃSKIEGO [Wilno]. Oftalmologia na Litwie w pierwszym 25-leciu XIX wieku.

— VIII zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się w pierwszych dniach drugiej połowy lipca r. b.

— Zmarł w Paryżu w 86 roku życia SAPPET, b. prof. anatomii w szkole lekarskiej Paryskiej.

— Rok bieżący obfituje w nowe czasopisma lekarskie. Notujemy znowu pojawienie się 2 nowych: 1) „*Vierteljahresberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates*“ pod redakcyą CASPER'a i LOHNSTEIN'a w Berlinie i 2) „*Archiv für Unfallheilkunde, Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten*“ pod redakcyą BAEHR'a, GOŁĘBIEWSKIEGO, BRUNNER'a, BUELER'a i PIETRZYKOWSKIEGO.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wendego i S-ki za m. luty 1896.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довв. Цензурою, Варшава, 16 Марта 1896 г.

Друк K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.