

GAZETA LEKARSKA

I. Z INSTYTUTU PASTEUR'a.

Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow-Gamalei'a¹⁾.

Napisał

Feliks Majewski,

asystent kliniki chirurgicznej prof. KADERA w Krakowie.

Od czasu, kiedy nauka o odporności zaczęła zarysowywać się wyraźniej, zdania o jej istocie podzieliły się na obozy. Jedni z prof. MIECZNIKOWEM na czele nie przyjmowali żadnego innego czynnika prócz fagocytozy, inni, przeważnie szkoła niemiecka [FLÜGGE, BUCHNER, PFEIFFER i t. d.], widzieli czynnik najgłówniejszy w działaniu cieczy, krążących w ustroju i posiadających, według ich zdania, własności bakteryobójcze.

Z biegiem czasu wobec gromadzących się faktów obydwie szkoły musiały porobić sobie wzajemne ustępstwa. Stronnicy fagocytozy musieli przyznać cieczom ustroju pewien wpływ na zarazki w dziedzinie odporności nabytej, humoralisci uznali w fagocytozie czynnik równoprawny, a nawet decydujący w dziedzinie odporności wrodzonej.

Pomimo to ostateczna jednolitość w poglądach na sprawę odporności nie nastąpiła. W dziedzinie odporności wrodzonej szkoła fagocytarna nie zrobiła żadnego ustępstwa na rzecz humoralistów, utrzymując się na swoim pierwotnym, wyjątkowym stanowisku. Założyciel jej, MIECZNIKOW, opierając się na całym szeregu prac własnych i swoich uczniów, w przeważnej liczbie przypadków potrafił uzasadnić dowodzenie, że fagocytoza jest istotnie decydującym czynnikiem odporności wrodzonej, że białe ciała zdolne są pochłaniać zarazki żywe

¹⁾ Praca wykonana z zapomogi konkursowej imienia dra DUNINA.

jadowite, i dzięki wydzielaniu wewnątrz komórkowemu pewnych substancji trawiennych, przetrwać pochłonięte drobnoustroje¹⁾. W ten, a nie inny sposób, według tej teorii organizm odporny pozbawia się napastujących go zarazków. Wszystkie własności bakteryobójcze, obserwowane *in vitro* przez humoralistów w różnych cieczach ustroju, zostały przypisane działaniu wyzwalających się przy rozpadzie białych ciałek fermentów czyli cytaz, a więc warunkom, sztucznie *in vitro* wytworzonym,—warunkom, które nie istnieją *in vivo*.

Kwestya jednak stała się nieco trudniejszą do rozwiązania, kiedy w 1894 roku uczony niemiecki PFEIFFER²⁾ ogłosił badania swoje nad przecinkowcem cholery. Okazało się, że przecinkowiec ten posiada pewną, bardzo ciekawą własność, a mianowicie: pod wpływem niektórych cieczy ustroju zmienia zupełnie swój kształt przecinkowy na okrągły, przeistacza się w tak zwane kuleczki (*Kügelchen*); dzięki temu już tylko mikroskopowo pozwala stwierdzić istnienie pewnego wpływu ze strony otaczającej go cieczy. Dalsze badanie zachowania się kuleczek pozwoliło stwierdzić fakt, że ujawniają one w ten sposób istnienie pewnego szkodliwego wpływu cieczy i są jednym z etapów, przez który w pewnych warunkach przecinek cholery dąży do śmierci. Objaw ten, nazwany „fenomenem PFEIFFER'a“, obserwowany był w jamie otrzewnej u morskiej świnki, a więc *in vivo* i podany został przez jego autora, jako niezaprzeczony dowód szkodliwego wpływu cieczy organizmu na drobnoustroje. Fakta wyżej przytoczone uległy ścisłej kontroli ze strony szkoły prof. MIECZNIKOWA i zostały wytłómaczone w sposób nieco odmienny. Według zdania prof. MIECZNIKOWA, objaw ten przeważnie daje się obserwować w ustroju uodpornionym, w otrzewnej zaś zwierzęcia prawidłowego pojawia się w nieznanym stopniu i to tylko przy użyciu drobnoustrojów mało jadowitych, tak że ustępuje zupełnie na dalszy plan wobec znaczenia, jakie odgrywa fagocytoza. Objaw ten daje się w ten sposób wytłómaczyć, że wskutek wstrzykiwania do otrzewnej zwierzęcia cieczy obcej temu ustrojowi, np. hodowli przecinkowców cholery, białe ciała, jako elementa bardzo wrażliwe, przy zetknięciu się z obcą cieczą, rozpadają się i ulegają tak zwanej „fagolizie“. W tych warunkach rozpadając się, oddają one otaczającej je cieczy całą swą zawartość, bogatą w rozpuszczalną cytazę, która, w ten sposób wyzwolona z ich wnętrza, przeistacza przecinkowce cholery w kuleczki.

Innymi słowy: objaw PFEIFFER'a nie wspólnego nie ma z prawidłowym porządkiem rzeczy, panującym wewnątrz ustroju i powinien być uważany, jako czynnik wywołany sztucznie, aczkolwiek już nie *in vitro*, lecz *in vivo*³⁾.

Badając w moich doświadczeniach sposób, w jaki się zachowuje ustrój gołębia w stosunku do jednego z przecinkowców, pokrewnych przecinkowcowi cholery, a mianowicie do przecinkowca GAMALEIA-MIECZNIKOWA, spostrzegalem

1) METSCHNIKOFF. L'immunité dans les maladies infectieuses. Paris. 1901.

2) PFEIFFER. Zeitschrift für Hygiene. 1894. Tom XVIII.

3) METSCHNIKOFF. Loc. cit.

fakty, rzucające, zdaniem mojem, na istotę odporności wrodzonej wogóle, w szczególności zaś na „objaw PFEIFFER'a“ pewne nowe światło. Już KRAUS i CLAIRMONT ¹⁾ w jednej ze swoich prac podali do ogólnej wiadomości fakt, że surowica gołębia *in vitro* okazuje się substancją bakteryobójczą dla przecinkowca GAMALEIA i wywołuje przeistaczanie się jego w kuleczki (*Kügelchen*). Fakt ten, sam przez się ciekawy, zasługiwał na to, ażeby zbadać skąd pochodzi zmianowana własność surowicy, czy jest ona nabytkiem przypadkowym, otrzymanym przy jej przygotowywaniu, czy też własnością samego ustroju i znajduje się w plazmie?

W tym celu postanowiłem przedewszystkiem sprawdzić tą kwestyę *in vitro* zarówno w plazmie, jak i w surowicy. Wyniki, otrzymane z tych doświadczeń, o ile one mają znaczenie dla obecnego tematu pracy, przytaczam poniżej z gruba, pozostawiając do dalszych doświadczeń pewne subtelne różnice pomiędzy działaniem plazmy a surowicy, nie wpływające na wnioski, podane w pracy niniejszej. Plazmę zbierałem w sposób odmienny, niż się to zwykle robi. Sposób ten okazał się praktyczniejszy, niż dawne sposoby; podaję go poniżej.

Posiłkując się pierwotną myślą FREUND'a, że dla otrzymania plazmy należy krew centrifugować w naczyniu, którego ściany powleczone są substancją zobojętniającą podniecające działanie szklanych ścian naczynia na krzepnięcie, BORDER i GENGOU ²⁾ używali w swoich doświadczeniach naczyń, powleczonych krzepnącą parafiną. W moich doświadczeniach, mając do czynienia z naczyniami krwionośnymi bardzo małego kalibru [jak np. *arteria axillaris* u gołębia], spotkałem bardzo poważne trudności w zastosowaniu metody DELERENNE'a ³⁾, zaś sposób BORDER-GENGOU wypadł bardzo często niepomyślnie. Osobiście udało mi się stwierdzić, że o wiele lepsze wyniki otrzymuje się przy zbieraniu krwi w naczynia [np. do probówki], powleczoną krzepnącą parafiną i zawierającą pewną ilość [5 ctm. sz.] parafiny płynnej—*l'huile de paraffine, paraffinum liquidum*. Po wprowadzeniu do tętnicy kaniuli, powleczonej wewnątrz krzepnącą parafiną, drugi jej koniec opuszcza się w płynną parafinę tak, że ściekająca po kaniuli krew nie styka się wcale z powietrzem, natomiast zostaje otoczona płynem, ochraniającym jej składowe części, a przedewszystkiem białe ciała od rozpadu. Następnie po trzyrazowem odcentryfugowaniu w centryfudze o wielkiej liczbie obrotów na minutę [wodnej lub elektrycznej], zawsze pod płynną parafiną, otrzymuje się zupełnie przezroczysta ciecz, która przez czas potrzebny mi do moich doświadczeń [48 godzin] pozostawała bez skrzepnięcia.

Przy poszukiwaniu własności bakteryobójczych zarówno w surowicy, jak i w plazmie posiłkowałem się przedewszystkiem metodą płytek PETRI'ego. Dokładnych wyników na tej drodze nie otrzymałem, albowiem metoda ta przedstawia istotną wartość tylko w razach surowic działających silnie bakteryo-

¹⁾ KRAUS u CLAIRMONT. *Zeitschrift für Hyg.* 1900. XXXIV. 39.

²⁾ BORDER et GENGOU. *Annales de l'Inst. Past.* T. XV. 1901. N. 3.

³⁾ DELERENNE. *Archives de Physiologie.* 1897.

bójczo tam, gdzie pod wpływem bakteryobójczego działania surowicy otrzymują się znaczne różnice między nią a próbą kontrolującą, nawet przy zasiewaniu względnie dużą ilością drobnoustrojów. W razach tych mamy do czynienia z cieczą, nie posiadającą znacznych własności bakteryobójczych. Metoda wzmiankowana nie daje wyników zupełnie pewnych; przytem możemy tu się spotkać z dwoma przypadkami, które należy omówić osobno. Po pierwsze—jeżeli ciecz, biedną w substancje bakteryobójcze, zarazimy względnie dużą liczbą drobnoustrojów, np. jedną pętlą platynową bulionowej hodowli, to obecne w niej substancje bakteryobójcze zostaną wkrótce wyczerpane przez pewną nieznaczną część drobnoustrojów, wskutek czego ułatwiony zostanie pozostałym zarazkom dalszy rozwój bez przeszkody. W takich razach na wielką liczbę zasianych drobnoustrojów po uprzednim przez krótki czas poddaniu ich szkodliwemu działaniu surowicy, znajdujemy bardzo małe różnice między nią, a próbą kontrolującą, szkodliwemu działaniu nie poddaną, różnice, leżące zupełnie w granicach omyłek, spowodowanych niedoskonałością samej metody.

Następnie jeżeli, chcąc ominąć ten powód do omyłek, będziemy poddawali działaniu wzmiankowanej, biednej w substancje bakteryobójcze surowicy drobnoustroje w małej liczbie, to musimy pamiętać, że drobnoustroje już tylko dzięki przeniesieniu ich z jednej pożywki na drugą, cierpią na tem znacznie, przytem osobniki mniej odporne giną zupełnie, niezależnie od obecności w nowej pożywce substancji specjalnie bakteryobójczych. W ten sposób powstaje nowy powód do omyłki, mającej tem większe znaczenie, im mniejszą liczbę drobnoustrojów przenosimy z jednej pożywki na drugą, *resp.* na surowicę, biedną w substancje bakteryobójcze. Wyniki badań moich metodą płytek PETRI'ego, które przeprowadziłem przy różnej ciepłocie i w różnych odstępach czasu od chwili zrobienia zasiewu [od 15-u minut do 24-ch godzin], pozwoliły mi tylko przekonać się, że zarówno surowica, jak i plazma krwi gołębiej działają wprawdzie bakteryobójczo, ale w stopniu bardzo nieznacznym.

Zbadanie szczegółowe zachowania się gołębia wobec przecinkowca MIECZNIKOW-GAMALEI'A postanowiłem rozstrzygnąć na innej drodze. Badałem mianowicie zachowanie się przecinkowca w kropli wiszącej ze surowicy gołębiej i przekonałem się, że przeistacza się on pod wpływem surowicy w kuleczki. Fakt ten, obserwowany już przez KRAUS'a i CLAIRMONT'a, dowodzi z jednej strony istnienia w surowicy gołębia substancji bakteryobójczych dla badanego zarazka, z drugiej strony jest kontrolą wyników, otrzymanych metodą płytek PETRI'ego.

Obserwacje preparatów w kropli wiszącej przeprowadziłem w różnych warunkach co do ciepłoty otoczenia, wieku hodowli i czasu działania surowicy na badany rodzaj drobnoustrojów. Do badania nie brałem silniejszych rozcieńczeń surowicy nad 1 : 1, t. j. jedną pętlę platynową hodowli bulionowej na tyleż surowicy, albowiem i w tem stosunkowo nieznacznem rozcieńczeniu zjawiska występowały w stopniu względnie nieznacznym, aczkolwiek zupełnie wyraźnie.

Wnioski stąd mogłem wyprowadzić następujące:

1) Prawidłowa surowica gołębia wywiera na przecinkowca MIECZNIKOW-GAMALEIĄ pewien wpływ aglutynujący, bardzo jednak słaby, albowiem w rozcieńczeniu 1 : 1 nigdy ani zupełnego unieruchomienia, ani obrazu zupełnej aglutynacji nie widziałem. Wzmiankowana własność surowicy gołębiej podlega wahaniom osobniczym.

2) Surowica prawidłowa gołębia przeistacza przecinkowca GAMALEIĄ w kuleczki (*Kügelchen*), czyli wytwarza fenomen PFEIFFER'a. Zdolność ta również jest dosyć słaba, albowiem w całej kropli wiszącej liczba przeistoczonych przecinkowców nie przekraczała kilkudziesięciu.

Doświadczenia te, stwierdzając poniekąd obserwacje KRAUS'a i CLAIRMONT'a, wykonane jednak *in vitro*, posiadają tylko wartość względną. Należało wyjaśnić, czy osocze krwi *in vivo* zachowuje się tak samo, jak surowica *in vitro*. Pytanie to jest już z tego względu ciekawe, że gołąb, jak wiadomo, znany jest ze swej ogromnej wrażliwości na zakażenie przecinkowcem GAMALEI, które dokonywano zwykle do mięśnia piersiowego; wynikała stąd sprzeczność pomiędzy faktami, stwierdzającymi jednocześnie i jego wielką wrażliwość na zakażenie i obecność w nim substancji, wpływających na zakażający zarazek bakteryobójczo.

[C. d. n.].

II. Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY
ORAZ CIERPIEŃ JAMY NOSOWO-GARDZIELOWEJ.

Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zбоczeń mowy.

Napisał

dr Władysław Ołtuszewski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 6].

Na zasadzie długoletnich spostrzeżeń klinicznych oraz dotychczasowych badań pneumografem przyjmuję następujące postaci typu jąkania oddechowego:

1) Wdechową, zależną od skurczów klonicznych, występujących oddzielnie w czasie mowy, charakteryzującą się mniej lub więcej jaskrawo występującymi, raptownymi wdechami [wciąganiem powietrza] na początku lub w środku wyrazów. Wdechy te mogą być wyrażone albo bardzo silnie (*balbuties singultiens*), lub też mniej lub więcej powierzchownie. Postać czkawkowa jąkania oddechowego z powodów zrozumiałych do wysokiego stopnia

utrudnia mowę, powierzchowne zaś skurcze kloniczne powodują tylko wciąganie głosek, jeśli, rozumie się, niema naówczas skurczu artykulacyjnego, w tym bowiem razie zaznaczają się one tylko na linii pneumografu. Przy postaci wdechowej, zależnej od skurczu tonicznego, mowa bywa albo zupełnie wstrzymana, jeśli skurcze są jednocześnie w mięśniach piersiowych i przeponie, lub też w przypadkach, gdzie tylko przepona podlega skurczowi, wraze skurczu na wysokości wydechu, a więc gdy przepona stoi wysoko i nie może się spłaszczyć, chory mówi resztkami powietrza zapomocą mięśni klatki piersiowej, jeśli zaś skurcz jest na wysokości wdechu, a zatem przepona stoi nisko i nie jest w stanie wykonać odpowiedniego ruchu do góry, chory nie jest w możności mówienia prądem wydychanego powietrza i mógłby to chyba uskutecznić przez jakiś bardzo krótki czas przy pomocy wdechu.

2) **W y d e c h o w ą**, zależną od skurczów mięśni wydechowych, a objawiającą się raptownymi, przerywającymi artykulację wydechami, przyczem chorzy mówią resztkami powietrza, a głos ich jest stłumiony i nieco podobny do wydławiania głosu, jakie bywa przy jękaniu głosem tonicznym.

3) **W d e c h o w o - w y d e c h o w ą**, uwarunkowaną następującymi po sobie skurczami klonicznymi pod postacią całego szeregu szybko zmieniających się po sobie wdechów i wydechów, w zupełności znoszących możność mówienia.

Do postaci jękania oddechowego części głosowego zaliczam błędnie zwane przez Sikoskiego jękanie w artykulacyjnej ekspiracji.

Przy obiektywnem badaniu skurczów głosowych najważniejszą rolę odgrywa lusterko krtaniowe. Niestety, skurcze te tylko w wyjątkowych razach można spostrzegać w lusterku z tej przyczyny, że nawet w najcięższych postaciach jękania głosowego bardzo rzadko występuje ono przy wygłaszaniu pojedynczych głosek, a nawet i wtedy już samo włożenie lustra do gardzieli, działając poniekąd rewulsyjnie, usuwa skurcze.

Na 2000 dotychczas spostrzeganych przypadków jękania miałem sposobność widzieć jękanie głosowe w lusterku tylko 5 razy i na zasadzie tych spostrzeżeń przyjmuję następujące cztery postaci typu jękania głosowego: 1) **t o n i c z n y s k u r c z m i ę ś n i z a m y k a j ą c y c h g ł o ś n i ę**, objawiający się w cięższych przypadkach cierpienia pod postacią głosu wydławianego, w lżejszych zaś jako lekkie zaciskanie strun głosowych lub przedłużanie samogłosek [u dzieci]; głos wydławiany [przeważnie u dorosłych] wpływa bardzo ujemnie na mowę, 2) **k l o n i c z n e s k u r c z e m i ę ś n i z a m y k a j ą c y c h g ł o ś n i ę**, charakteryzujące się głosem drżącym, przyczem zamiast mowy prawidłowej daje się słyszeć rodzaj beczenia. Wpływ tych skurczów na mowę jest bardzo niekorzystny, gdyż w czasie ich trwania artykulacja zupełnie ustaje; 3) **t o n i c z n y s k u r c z m i ę ś n i r o z s z e r z a j ą c y c h g ł o ś n i ę**. Przedstawia on postać jękania głosowego, które mianuje jękaniem głosem pełnem, gdyż wskutek niemożności zbliżenia strun wokalizacja staje się zupełnie niemożliwa, następuje zupełna przerwa w mowie i chory robi wrażenie niemego, tembardziej, że podczas

takiej przerwy nie daje się zauważyć żadnych skurczów w narządzie artykulacji, a twarz chorego pozostaje zupełnie spokojna; 4) kloniczne skurcze mięśni rozszerzających głosnię, przedstawiają się pod postacią jąkania, które nazywam głosem przerywanem. Zależy ono od usiłowań zbliżenia do siebie strun, przyczem artykulacja ustaje, a chory w pewnych odstępach czasu wydaje głos, zajmujący pośrednie miejsce między samogłoskami *y - e*.

Opisane postaci jąkania głosowego najczęściej łączą się między sobą i mogą występować zarówno przy samogłoskach, jak i spółgłoskach.

Bardzo ważnym objawem, towarzyszącym jąkaniu głosowemu, zależnemu od skurczu mięśni strun głosowych, jest łączenie się ich ze skurczami szyi, otwarciem ust lub zniżaniem podbródka. Również częstym objawem przy jąkaniu głosowem jest wstawianie różnych sylab, ułatwiających choremu emisję głosu przy jąkaniu głosowem zupełnem, zwłaszcza przerywanem, albo też powstrzymujących drzenie głosu (*embolophrasia*). Pomienione skurcze, a części *embolofrazyę*, zaliczam do skurczów towarzyszących.

Daleko łatwiejsze do bezpośredniego naszego spostrzegania są skurcze w narządzie artykulacji. Dotyczą one zazwyczaj mięśni warg, języka i wyjątkowo podniebienia miękkiego. Zarówno jak przy uprzednich typach jąkania, tak i tutaj mamy do czynienia albo ze skurczami tonicznymi, lub też klonicznymi. W pierwszym razie następuje zaciskanie w stanie prawidłowym chwilowych zamknięć lub przedłużanie chwilowych zwiężeń, w drugim zaś kilkakrotnie powtarzanie zamknięć, lub powtarzające zamykanie zwiężeń. Najważniejsze znaczenie pod względem praktycznym i najczęstsze są skurcze, występujące w trzech miejscach artykulacji [wargi, przedni koniec języka i jego podstawa z podniebieniem twardem], gdyż one właśnie najwięcej utrudniają mowę. Rzadziej przytrafiające się skurcze artykulacyjne, zmuszony jestem pominąć.

Omówione typy jąkania łącznie z ich przeróżnemi postaciami rzadko występują oddzielnie, a zazwyczaj łączą się między sobą jako typ mieszany jąkania oddechowego, głosowego i artykulacyjnego.

Obok skurczów w narządzie mownym, ważnym miejscowym objawem jąkania są, zazwyczaj łączące się z nimi, *współruchy* albo *skurcze towarzyszące*, to jest nieprawidłowe ruchy, niemające nic wspólnego z celowymi przy mowie. Występują one bądź w bliskości narządu mownego i pozostają wtedy w mniejszym lub większym związku z czynnością mowy, bądź też w miejscach oddalonych.

Wszystkie dotychczas opisane skurcze w oddechu, głosie i artykulacji łącznie z *współruchami* mogą być rozmaitego natężenia, poczynając od bardzo nieznaczących, a kończąc na wybitnem zajęciu całego narządu mowy i jaskrawo wyrażonych skurczach towarzyszących. Wszystko to niezmiernie utrudnia mowę i w wielu przypadkach czyni ją zupełnie niemożliwą, a chory prawie w stanie asfiksji i oblany potem napróżno sili się na wygłoszenie choćby pojedynczej sylaby. Zazwyczaj jednak skurcze w swym przebiegu przedstawiają nasilenia i zwolnienia, a chorzy mimo nieraz bardzo ciężkiej posta-

ci jąkania, w pewnych przestankach mogą mówić mniej lub więcej płynnie. Inne czynności, wymagające ruchów organów mownych, jak jedzenie, picie i t. d., nie wywołują nigdy żadnych skurczów. Napady jąkania powodują zwykle wszelkiego rodzaju wzruszenia, z których najważniejsze stanowi obecność osób obcych, a najwybitniej występują przy mowie ożywionej. Szept, mowa rytmiczna, zwłaszcza śpiew, zwykle zmniejszają skurcze. Oprócz wzruszeń pogarszają napady jąkania wysiłki zarówno duchowe, jak i cielesne, nadużycia płciowe, użycie alkoholu i t. d.

Nie mniej ważne od miejscowych są przy jąkanii o b j a w y o g ó l n e prawie wyłącznie degeneracyjne. Oprócz mniej częstych zmian anatomicznych, jak asymetria czaszki i twarzy, wadliwa budowa podniebienia twardego, szczęk i zębów i t. d., spotykamy tu zaburzenia w ośrodkach czuciowo - ruchowych [migrena, skurcz pisarski, zaburzenia w nerwach naczynio - ruchowych i t. d.], pobudliwość różnego stopnia [idee natrętne, fobie] lub obniżenie czynności układu nerwowego [różne stopnie braku woli], oraz bardzo wiele objawów znamienych dla niezrównoważonych i nerwowych [brak równowagi psychicznej, zbytńia wrażliwość], u dzieci zaś somnambulizm, krzyki nocne, skłonność do drgawek, *enuresis nocturna*, oraz mowę opóźnioną. Z pomiędzy objawów ogólnych godne uwagi są właściwe dla jąkania fobie, wyrażające się często niczem nieuzasadnionym strachem przed mową, obawą jąkania się w pewnych miejscach lub przy pewnych okolicznościach, oraz pozostające z nimi w związku idee natrętne, polegające na błędnem przeświadczeniu, że pewnych słów chory wymówić nie jest w możności. Oprócz tego jąkanie łączy się często z innymi cierpieniami nerwowymi, jak padaczka, neurastenia i t. d.

E t y o l o g i a. Przyczyny jąkania jako zбочenia c z y n n o ś c i o g o dzielę na usposabiające i wywołujące. Na zasadzie danych etyologicznych, szczegółowo zestawionych w ośmiu „Przyczynkach do nauki o zбочeniach mowy“¹⁾, dotyczących 889 przypadków tego zбочenia [z czem zresztą pozostaje w zgodności etyologia materiału klinicznego lat następnych], mam, że najważniejszym momentem etyologicznym jąkania czynnościowego są przyczyny usposabiające, a przede wszystkim z w y r o d n i e n i a p s y c h i c z n e i jego główna przyczyna—dziedziczność patologiczna. Dziedziczność przyjmuję w obszernem znaczeniu, a więc nie tylko dziedziczenie jąkania od rodziców lub istnienie tego zбочenia w rodzinie, lecz obciążenie jej cierpieniami umysłowemi, padaczką, histeryą, neurastenią, niezrównoważeniem oraz cierpieniami ustrojowemi. Jąkanie spotykałem na różnych szczeblach drabiny degeneracyjnej, poczynając od niedorozwoju psychicznego, a kończąc na neurastenii, najczęściej jednak u niezrównoważonych. Tak pojętą dziedziczność zaznaczałem w znacznej większości przypadków jąkania. Z szeregu innych momentów usposabiających najważniejszy jest wiek tworzenia się mowy [najczęściej na gruncie przygotowa-

¹⁾ Medycyna. 1892—1902 r.

nym patologiczną dziedzicznością]. Że na czas ten przypada największa liczba przypadków jąkania [według mojej statystyki, więcej niż połowa] objaśniam to sobie różnemi trudnościami, istniejącemi przy tworzeniu się automatyzmu mowy, oraz często występującym w trzecim okresie ich rozwoju niestosunkiem między chęcią mówienia a sprawnością narządów artykulacji wyrażania tego słowami. Daleko już mniej ważną rolę odgrywają inne momenty usposabiające [również najczęściej obok istniejącej dziedziczności], jak o k r e s drugiego z ą b k o w a n i a jako czas największego przyrostu zasobu umysłowego dzieci, a więc większego rozwoju kory, rozpoczynania w tym czasie nauki czytania i wstępowania do szkoły, dalej o k r e s d o j r z e w a n i a p ł c i o w e g o, łączący się z różnemi zaburzeniami układu nerwowego, wreszcie p ł e ć i n a r o d o w o ś ć. Co się tyczy płci, to mężczyźni podlegają częściej jąkanii, aniżeli kobiety. Tak np. według zestawienia mojego materiału klinicznego, stosunek jąkających się mężczyzn do kobiet wyraża się, jak $\frac{8}{10}$ do $\frac{2}{10}$. U dzieci bywa inaczej, a mianowicie znajdowałem tu $\frac{2}{3}$ chłopców i $\frac{1}{3}$ dziewczynek. Racyjonalnego wyjaśnienia przyczyny zmniejszania się z wiekiem jąkania u dziewczynek, a tem samem większego procentu przypadków tego zбочenia u mężczyzn, szukać należy jedynie w przeważającym żebrowem oddychaniu u kobiet, które daleko więcej podlega woli, aniżeli przeponowe. Odnośnie do narodowości pamiętać należy, że lubo jąkanie rozpowszechnione jest na całej kuli ziemskiej, daleko mu mniej jednak podlegają Chińczycy oraz niektóre szczepy Negrów, z powodu pewnej śpiewności ich języka. Do momentów w y w o ł u j ą c y c h jąkanie pochodzenia czynnościowego zaliczam: prędką mowę lub zły wzór mowy w okresie jej tworzenia się, uraz, przestrach, zarazę psychiczną, naśladownictwo i choroby zakaźne. Momenty te, lubo w rzadkich przypadkach, mogą wywołać jąkanie, daleko częściej jednak, zdaniem mojem, natrafiają na grunt odpowiednio już do tego przygotowany, to jest nagabują neuropatów lub osobniki nerwowe. Z szeregu tych momentów szczególnie uraz, względnie przestrach dość często zaznaczałem w „Przyczynkach do nauki o zбочeniach mowy“ bez żadnego usposobienia neuropatycznego, a jąkanie, spowodowane tą przyczyną, skłonny nawet jestem zaliczyć poniekąd do zбочeń pochodzenia organicznego.

Powszechnie dziś przyjęty pogląd, że jąkanie prawie wyłącznie stanowi zбочenie czynnościowe, jest niczem nieuzasadniony. Że ogniska w mózgu mogą dawać obrazy kliniczne dyzartryi kurczowej, zbliżonej do jąkania lub też samego tego zбочenia, dowodzi bardzo wiele przypadków, stwierdzonych badaniem pośmiertnem, a nie szukając daleko, każdy klinicysta zapewne nieraz spotykał się z jąkanii lub dyzartryą kurczową do niego zbliżoną w początkowych okresach porażenia postępowego, przy stwardnieniu rozsianem w mózgu, rozmiękczeniu mózgu i t. d.

W etyologii organicznego jąkania zwracam jeszcze uwagę na stosunek cierpień krtani, zwłaszcza jamy nosowo - gardzielowej [wyrosła i t. d.] do tego zбочenia. Nie ulega kwestyi, że pomienione zmiany mogą wywierać pewien wpływ niekorzystny na jąkanie, ale na drodze mechanicznej, jak utrud-

nienie oddychania, drażnienie krtani i t. d., stanowczo jednak nie poczytuję zmian tych za momenty usposabiające do jąkania, a tembardziej je wywołujące, jak to czyni wielu autorów niemieckich, a za nimi większość naszych ryno - laryngologów.

P a t o g e n e z a. Ponieważ jākający się posiada w zupełności zachowaną różnego rodzaju pamięć słowną, a jego mowa wewnętrzna nie przedstawia żadnych zбочeń, zaliczam więc jākanie do dyzartryi, która, jak sądzę, może zależeć zarówno od zбочeń czynnościowych ośrodków ruchowych kory, jako też zmian anatomicznych w pobliżu tych ośrodków w korze lub pod korą. Ogniska podkorowe wywołują zapewne jākanie zupełnie w ten sam sposób, jak dysfazyę, z tą tylko różnicą, że szkodliwe działanie z odległości następuje w tych razach nie na pamięć słowną, jeno na ośrodków ruchowe nerwów, rządzące ruchami narządu mownego. Rozumie się, że jednoczesne oddziaływanie na pamięć słowną i ośrodków ruchowe może spowodować dysfazyę łącznie z jākaniem, lub też po afazyi następcze jākanie, jak to bywa u dzieci po ustępującej niemocie [najczęściej przy niedorozwoju z zaburzeniami sfery ruchowej] lub u histeryczek [gdzie, rozumie się, za czynnik etyologiczny przyjmujemy zaburzenie czynnościowe]. Ostatniego rodzaju przypadki nasuwają przypuszczenie, że nawet ogniska korowe, lokalizujące się w okolicy pamięci słownej, mogą również powodować podrażnienie ośrodków ruchowych dla narządu mownego. W przypadkach, gdzie nie możemy znaleźć ognisk podkorowych lub korowych [rozumie się oddalonych od ośrodków ruchowych dla narządu mownego], a tu należy zaliczyć większość przypadków jākania, zбочenie to objaśniamy sobie wyzwalaniem się skurczów wskutek drażliwości pomienionych ośrodków, ujawniającej się przy działaniu wzruszeń, wywołanych przyczyną zewnętrzną lub wewnętrzną, a charakteryzującej ludzi zwyrodniałych analogicznie, jak to bywa w padaczce, histeryi i t. d.

Z tego co powiedziałem wynika, że za jedyne źródło jākania, które, jak zaraz zobaczymy, może nam wytłómaczyć całokształt miejscowych objawów obrazu klinicznego, należy przyjąć pewną drażliwość, a raczej brak równowagi w ośrodkach ruchowych dla narządu mowy, uwarunkowaną bądź patologiczną dziedzicznością w obszernem znaczeniu, bądź też działającymi z oddalenia ogniskami podkorowemi lub korowemi.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

19. Laquer. Praktyczne zdobycze w dziedzinie terapii fizykalnej. Przekrwienie zastoinowe; gorąco i zimno; kąpiele gazowe i elektryczne.

Z dziedziny terapii fizykalnej pojawiły się w ostatnich latach prace, których głównym zadaniem było coraz ściślejsze połączenie teorii z praktyką i nadanie tej terapii podstawy naukowej.

Wybitne miejsce w tych nowych pracach zajmują spostrzeżenia nad użyciem przekrwienia zastoinowego w różnych jego postaciach, które zawdzięczamy BIER'owi i jego szkole.

Co się tyczy przede wszystkim skuteczności przekrwienia zastoinowego, zachwalanego przez BIER'a przy gruźliczych cierpieniach stawów, to została ona i z innych stron stwierdzoną [HABS, LUXEMBURG] i pomyslnie skutki lecznicze zostały też osiągnięte przy tryprowych i przewlekłych sprawach gośćcowych w stawach przez HIS'a, a ostatnio przez autora (*Berl. klin. Wochenschrift. N. 36*). Autor jeszcze raz gorąco poleca zastosowanie tego leczenia przy tych sprawach, a to tembardziej, że z przyczyny swej prostoty i taniaści nadaje się ono dla praktyki lekarskiej.

Oryginalnym i pomyslowym jest inny sposób zastosowania przekrwienia zastoinowego w cierpieniach stawów, wprowadzony również przez BIER'a. W tym celu uległą cierpieniu kończynę umieszcza się w przyrządzie ssącym, a mianowicie w szklanym, zamkniętym zapomocą gumowego mankieta, cylindrze, wewnątrz którego powietrze [jak w bucie Jounod'a] rozrzedza się zapomocą wypompowania. W przekrwionym w ten sposób stawie wykonywa się ruchy czynne i bierne albo w sposób zwyczajny, albo, co stanowi nowość, do wykonania biernego zgięcia lub wyprostowania użyte zostaje zapomocą prostego urządzenia ciśnienie powietrza atmosferycznego w pozbawionym powietrza aparacie. Do tego sposobu postępowania, zapomocą którego BIER otrzymał bardzo dobre skutki, nadają się jedynie takie cierpienia stawów, które się nie znajdują w okresie zapalnym.

I w dziedzinie użycia czynnego przekrwienia zauważyć należy ważne praktyczne zdobycze, szczególnie co się tyczy miejscowego użycia gorąca zapomocą gorącego powietrza, gorącej wody lub innych środków, jak termoforów, kataplazmów. Ostre i przewlekłe sprawy zapalne skóry i tkanki łącznej, przewlekłe owrzodzenia, przewlekłe sprawy zapalne narządów rodnych męskich i kobiecych coraz bardziej wchodzą w zakres termoterapii.

Szczególniej w cierpieniach ginekologicznych, w przewlekłych wysiękach zapalnych w małej miednicy leczenie zapomocą gorącego powietrza już dziś znajduje obszerne zastosowanie. Wessanie wszelkich wysięków okołomaciczych, opierające się wszelkiemu innemu leczeniu, następuje, jak podaje HEINSSUS, przy użyciu gorącego powietrza (*Die heisslufttherapie bei Frauenkrankheiten. Berliner Klinik. Zeszyt 194*). Przy podejrzeniu na ropienie, jak również przy guzach niezapalnych w częściach przydatkowych macicy, H. uważa za przeciwskazane leczenie zapomocą gorącego powietrza. Godnem jest jednak uwagi, że i w pewnej liczbie przypadków przewlekłego zapalenia tryprowego części przydatkowych, jako też w pojedynczych przypadkach ostrych tryprowych zapaleń jajników otrzymano pomyslnie wyniki zapomocą miejscowych powietrznych kąpielei gorących [POLANO-klinika chorób kobiecych w Giessen].

Ze zapomocą gorących przestrzykiwań pochwowych osiągnąć się daje wessanie przewlekłych wysięków zapalnych w małej miednicy, dawno wiadomo. By jednak to działanie było energiczniejsze, poleca ROSENFELD (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift* 1903. N. 22) wielkie ilości plynu, 30 — 40 litrów, które zapomocą urządzeń, regulujących gorąco [termoregulator], mogą być utrzymane w jednakowej cieplocie. ULLMAN wprowadził do miejscowej termoterapii metode leczniczą, która polega na stałym użyciu wysokich stopni gorąca przez czas dłuższy. Zbudował w tym celu aparat, nazwany hydrotermoregulatorem, przez który równomiernie przepływa woda jednakowej ciepłoty. Skutki lecznicze, jakie dają się osiągnąć zapomocą stosowania przez wiele godzin wysokich stopni gorąca, są zadziwiające, szczególnie w ostrem i przewlekłym zapaleniu przyjądrza, w zastrzale, w rozpoczynającym się zapaleniu tkanki łącznej, w ropnym zapaleniu gruczołów chłonnych. Na mocy swych spostrzeżeń ULLMAN sądzi, że miejscowe użycie gorąca, jeśli jego stopień nie będzie niższym od ciepłoty krwi [39—42° C.] i działać będzie przez czas długi i równomiernie, powstrzymuje i bynajmniej nie sprzyja ropieniu, jak to wprzód sądzono.

Aparat ULLMAN'a z przyczyny wysokiej ceny nie nadaje się do praktyki ogólnej. Lecz spostrzeżenia ULLMAN'a są nie mniej pomimo to ważne, tembardziej, że zostały z innej strony potwierdzone. I tak SYSTINI (*Blätter für klinische Hydrotherapie*. 1904. N. 7) zapomocą gorących kąpeli otrzymywał wyleczenie w ciężkich sprawach zapalnych tkanki łącznej, w zgorzeli i wągliku. JERUZALEM (*Therapie der Gegenwart*. 1904. Zeszyt 8) podaje, że udało mu się przy róży zapomocą okładów termoforowych, zapomocą miejscowych tuszów parowych, miejscowych gorących kąpeli powietrznych i zapomocą aparatu ULLMAN'a uspokoić bezpośrednio ból, a w zapaleniu tkanki łącznej powstrzymać ropienie. Te same wyniki otrzymał SCHAEFER (*Wiener klinische Wochenschrift*. 1902. N. 10) na drodze doświadczalnej.

O skuteczności miejscowego stosowania gorąca [gorące okłady, gorąca para i gorące powietrze] w owrzodzeniach skóry, w szankrze, wrzodzie goleni i w owrzodzeniach przymiotowych posiadamy liczne spostrzeżenia.

Godnym uwagi jest też podany przez DIEHL'a gorący okład z waty, z wielkim pożytkiem stosowany w goścu stawowym, dnie, w ostrem i przewlekłym zapaleniu tryprotem stawów, w rwie i innych nerwobólach¹⁾.

Pod względem praktycznym ważne znaczenie posiadają nakoniec tak zwane kąpiele lodowo-powietrzne (*Eisluftbäder*), jako obniżające ciepłotę ciała, zapomocą których LAZARUS (*Charité-Annalen* rok 28-y) osiągnął znaczne niżenie ciepłoty ciała w durze, jako też zimne kwasowe gło we tusze na okolicę serca, zapomocą których tenże autor otrzymał wydatne skutki w tachykardii i rozszerzeniu serca.

Przechodząc do balneoterapii, zaznaczyć należy postępy, jakie w tej dziedzinie tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym poczynione zostały. Dotyczy to szczególnie działania kąpeli solankowych. Od czasu kiedy przestaliśmy wierzyć w rezorbcyę soli przez skórę nieuszkodzoną, stanęliśmy pod

¹⁾ Okład ten przyrządza się w ten sposób: w gorącej wodzie umaczana lub w gorącej parze ogrzana wata, przykładą się na miejsce cierpiące, przykrywa papierem gutaperkowym i umocowyywa bandażem fanelowym. Okład taki, zdolny długo utrzymać gorąco, pozostawia się przez 4 do 12-u godzin. Przy wrażliwej skórze okład nie powinien być zbyt często zmieniany.

względem działania kąpeli solankowych wobec zagadki, którą niedostatecznie rozwiązywało przyjęcie drażniącego skórę działania soli kuchennej. Dopiero w ostatnich czasach FRANKENHAUSER [w wykładzie, mianym na Zjeździe przyrodników we Wrocławiu] dowiódł, że cząsteczki soli, osiadające na skórze, wywierają znaczny wpływ na wyparowywanie wody i utratę ciepła, a mianowicie, że skóra, przesiąknięta solami, daleko mniej sprzyja wyparowaniu wody i utracie ciepła, aniżeli to się dzieje w zwykłych warunkach; następnie zatem działanie kąpeli solankowych polega na znacznym zaoszczędzeniu sił ustroju; w ten sposób objaśnić się daje skuteczność kąpeli solankowych w zolzach, małokrwistości. Do tego dodać należy, że taka skóra zostaje lepiej ukrwioną, co niewątpliwie wywiera korzystny wpływ na ogólny obieg krwi. Przeciwnie, kąpiele ubogie w sole zwiększają parowanie i utratę ciepła szczególnie, gdy współcześnie podnoszą ciśnienie krwi.

Logicznie rozumowania te prowadzą do wniosku, że i klimatyczne warunki posiadają duże znaczenie dla działania tych kąpeli, gdyż wilgotność otaczającego powietrza wywiera znaczny wpływ na parowanie wody przez skórę. W ten sposób znaleziono dawno poszukiwany związek między działaniem kąpeli a klimatem, a tem samem oparto balneoterapię na gruncie bardziej naukowym.

Że i kąpiele kwasowęglowe wskutek rozszerzenia naczyń i niskiej ciepłoty, w jakiej bywają stosowane, sprzyjają utracie ciepła przez skórę, wykazał w nowszych czasach WYBAUER (*Archives generales* 1904. N. 14) i z tego powodu należy być ostrożnym w stosowaniu tych kąpeli u osobników małokrwistych. W ostatnich czasach lekarze francuscy wiele się zajmowali kąpielami kwasowęglowymi, a bodźcem do ich prac był wykład HUCHARD'a w paryskiej Akademii lekarskiej, w którym przestrzega przed użyciem kąpeli kwasowęglowych, zwiększających ciśnienie krwi w tętnicach, przy postępującem stwardnieniu serca i tętnic.

Godnem uwagi jest spostrzeżenie, podane też przez lekarza francuskiego [I. HEITZ], który w 2-ch przypadkach wiađu mlecza po użyciu kąpeli kwasowęglowych widział prawie zupełne ustąpienie znieczulenia skóry. H. objaśnia to w części jako skutek sumy podrażnień, jakie kąpiele kwasowęglowe wywierają na skórę, w części miejscową i ogólną poprawą krążenia.

I w Niemczech pojawiły się w ostatnich czasach prace o działaniu kąpeli kwasowęglowych. Na szczególną uwagę zasługują prace SENATOR'a i FRANKENHAUSER'a ¹⁾, którzy stworzyli zupełnie nową teorię działania kąpeli kwasowęglowych. Autorzy ci wychodzą z tego punktu widzenia, że w kąpeli kwasowęglowej o ciepłocie 28—30° C. chory doznaje przyjemnego uczucia ciepła, gdy w kąpeli zwyczajnej tejże ciepłoty—ziębnie. Dotąd przyjmowano, że różnica ta polega na podrażnieniu, jakie pęcherzyki CO² wywierają na skórę. S. i F. objaśniają zjawisko to w ten sposób, że w kąpeli kwasowęglowej skóra jest jakby otoczona atmosferą gazu 28—30°, który to stopień ciepła powietrza odczuwany jest jako ciepło. W przeciwieństwie do tego drobne cząsteczki wody, znajdujące się między pęcherzykami tej samej ciepłoty odczuwa się jako zimno i na tym kontraście działania polega efekt podrażnienia skóry przy stosowaniu kąpeli kwasowęglowych. W ten sposób kwas węglowy działałby tu, jak każdy inny gaz, a nie posiadałby swoistego działania i mógłby być zastąpiony przez inne gazy [tlen, powietrze]. To ostatnie nie jest jednak słuszne, gdyż H. WINTERNITZ ²⁾ w pracy, która mało na siebie zwróciła uwagi, dowiódł,

¹⁾ Therapie der Gegenwart. Styczeń. 1904.

²⁾ Deutsche Archiv für kl. med., tom 72.

że faktycznie znajdujący się w kąpeli kwas węglowy zostaje przez skórę wessany i w ten sposób wywiera działanie na oddychanie. SALAMON ¹⁾ stwierdził to i jednocześnie wykazał, że tlen, dodany do kąpeli, nie ulega wessaniu przez skórę; w ten sposób zalecane w ostatnich czasach kąpiele tlenowe, zamiast kwasowęglowych, nie mogą być uważane za równoznaczne.

Nowy sposób leczniczego stosowania gazów, zalecany z hiszpańskiej i francuskiej strony, polega na wstrzykiwaniu podskórnem tlenu lub powietrza, które to wstrzykiwania okazały się wybornym środkiem kojącym w nerwobólach.

Na wielką uwagę zasługuje sprawa leczniczego działania kąpeli elektrycznych, które były przedewszystkiem zalecane przez SMITH'a i HORNUNG'a w chorobach serca. Choć wielu poważnych klinicystów powątpiewa w podane przez powyższych lekarzy wydatne zmiany granic serca po zastosowaniu tych kąpeli, jednak zupełnie obiektywna praca BUDINGEN'a i GAVLER'a, ogłoszona w *Münchner med. Wochenschrift*. 1904. N. 14, dowodzi, że przy organicznych i nerwowych cierpieniach serca zauważyć się daje pomyślny wpływ tych kąpeli, objaśniający się podmiotową i przedmiotową poprawą stanu ogólnego, uregulowaniem tętna, a przy rozszerzeniu serca zmniejszeniem granic jego tępości. Przeciwwskazaniem dla tych kąpeli, których działanie polega na pewnym rodzaju gimnastyki serca i wogóle mięśni, jest osłabienie serca wyższego stopnia, daleko posunięte stwardnienie tętnic, szczególnie zaś przypadki, gdzie siła rezerwowa serca jest wyczerpana.

Z różnych stron spostrzeżenia powyższe zostały potwierdzone. I własne spostrzeżenia autora, dotąd wprawdzie nieliczne, przemawiają, zdaje się, za skutecznym wpływem kąpeli elektrycznych przy nerwowych i niektórych organicznych cierpieniach serca. W każdym razie sprawa ta wymaga dalszych gruntownych prac.

(*Berliner klin. Woch.* 1904. N. 52). F. Arnstein [Kutno—Ciechocinek].

20. A. Bier. Znaczenie wylewu krwawego dla leczenia złamań kości. Leczenie stawu rzekomego (*pseudarthrosis*) i opóźnionego tworzenia się kostniny wstrzykiwaniami krwi.

Dla wzrostu i odrodzenia tkanek w ogólności niezbędne są dwa czynniki, a mianowicie: podrażnienie i dowóz wystarczający materiału spożywczego. BIER wynacznieniu, towarzyszącemu złamaniom kości, przyznaje własności obu czynników powyższych. Wyszedszy z takiego założenia, wykonał on u 10 u chorych zastrzykiwania świeżej krwi, przytem w 3-ch przypadkach z powodu stawów rzekomych, a w 7-u—z powodu upośledzonego tworzenia się kostniny po złamaniach kości. W jednym przypadku autor osiągnął wynik ujemny, w jednym — niezupełny, jeden przypadek należy wykluczyć, ponieważ nałożony był przytem szew kostny, a zatem u 7-u chorych otrzymano wyleczenie zupełne.

Ilość wstrzykiwanej krwi wynosiła od 15 do 30 ctm. sz.; niekiedy wystarcza jedno wstrzyknięcie, w innych przypadkach wypada powtarzać zabieg w odstępach paru — i kilkotygodniowych. Krew należy brać żyłą, najlepiej z żyły pośrodkowej (*v. mediana*) w zgięciu łokciowem, postępując jak przy upuszczeniu krwi i posilkując się szprycą 30 centymetrową ze szczelnym tłokiem, najlepiej skórzanym, i odkażoną w 5%-owym roztworze karbolu. Wyciągnąwszy odpowiednią ilość krwi z żyły, należy jak najspieszniej wstrzyknąć ją

¹⁾ Zeitschrift für diätät und physikalisch Therapie tom VII.

z tej samej szprycy w okolicę stawu rzekomego, wkłuwając igłę głęboko, do okostnej i w kilku punktach naraz.

Po zastrzyknięciu występuje odczyn miejscowy zapalny, czyli mamy tu do czynienia z podrażnieniem, analogicznem działaniu innych w tym celu od dawna stosowanych środków, jak alkohol, nalewka jodowa, terpentyna, kwas mleczny i t. d. Wyższość należy przyznać krwi pod tym względem, że stanowi ona płyn naturalny, a zatem najbardziej odpowiedni. Krew brano przeważnie od tego samego osobnika, dwa razy zaś posiłkowano się krwią innych zdrowych osobników. Jakie postępowanie jest korzystniejsze, przyszłe spostrzeżenia pokażą. Możliwym jest, że i odwiókniona krew zwierzęca znajdzie też zastosowanie, jako czynnik, wywołujący bardzo silny odczyn zapalny miejscowy. Zdaniem Bier'a, krew wstrzyknięta odgrywa zarazem rolę materiału spożywczego i to nie tylko pośrednio, sprowadzając zapalenie, a z niem wzmoczone odżywianie, lecz i bezpośrednio, jako taka.

O ile pośród innych tkanek ustroju wyznaczynienie rozległe jest objawem niepożądanym dla ich *restitutio ad intergum*, o tyle w przypadkach złamań kości wylew krwawy stwarza warunki korzystne dla sprawy gojenia, i dlatego zbyt energicznie usuwać go nie należy. Autor bynajmniej zresztą nie twierdzi, ażeby metoda jego mogła znaleźć szerokie zastosowanie w przypadkach świeżych złamań kości. Np. przy złamaniach stawowych, kiedy nader wybujała kostnina mogłaby w następstwie powodować ograniczenie ruchów, wskazanem jest bezwarunkowo stosowanie masażu lub ograniczonego powietrza w celu usunięcia zbyt wielkich w tych razach wylewów krwawych.

(*Medizinische Klinik* 1904. N. 1 i N. 2).

Ludwik Zembrzski.

21. Rydygier. Druga metoda rezekcyi żołądka.

Przeglądając dotychczasowe wyniki rezekcyi żołądka, autor doszedł do przekonania, że pozostawiają one wiele do życzenia zarówno pod względem bezpośredniego niebezpieczeństwa życia, jako też i późniejszego wyleczenia. Dobre wyniki operacyi zależą w wielkiej mierze od wczesnego jej wykonania. Interniści, od których zależy wczesne poddanie się chorego operacyi, mówią: „będziemy snadniej godzili się na operacyę, jeżeli wyniki będą pomyślniejsze“. Chirurdzy odpowiadają: „wyniki będą pomyślniejsze, jeżeli będziecie rychlej przysyłałi do operacyi“.

Z dotychczas stosowanych sposobów najlepszą wydaje się autorowi metoda BILLROTH'a: gastroenterostomia i wycięcie guza, która przedstawia tę jedyną stronę ujemną, że chorzy nie chcą, czując się względnie zdrowymi, godzić się na powtórny zabieg chirurgiczny. Ażeby ten punkt ujemny usunąć, autor proponuje następujący sposób.

I-a operacya: zwykle cięcie w smudze białej i przecięcie ścian żołądka zdala od guza i dotkniętych gruczołów w kierunku wpustu po uprzedniem nałożeniu zaciskadeł; przecięcie jelita czczego 30—40 ctm. poniżej fałdy dwunastnicy - częzej i przysycie końca doprowadzającego rozciętej pętli kiszkowej około 15 ctm. poniżej linii przecięcia do specjalnego otworu w odprowadzającym odcinku кишки cienkiej; przysycie odprowadzającego odcinka rozciętej pętli kiszkowej nisko około krzywizny wielkiej w światło wpustowej części żołądka po uprzedniem zmniejszeniu otworu zapomocą szwu zamykającego; wprowadzenie zgłębnika żołądkowego przez otwór w części odźwiernikowej żołądka i dalej przez odźwiernik aż do dwunastnicy; przysycie tego odcinka żołądka do rany laparotomijnej, którą zaszywa się z zachowaniem jedynie przetoki, potrzebnej do założenia zgłębnika żołądkowego. Zabieg ten przedstawia i tę dobrą stronę, że umożliwia natychmiastowe odżywianie chorego.

II-a operacya. Powtórne otworzenie rany brzusznej; uwolnienie ścian żołądka od ściany brzusznej; rezekcyja guza aż do miejsc zupełnie zdrowych

—bodajby do dwunastnicy, usunięcie wszelkich chorych gruczołów; zaszcycie światła dwunastnicy; zaszcycie rany brzusznej.

A więc zabieg ten posiada następujące strony dodatnie: 1) czyni samą operację mniej niebezpieczną, ponieważ dzieli ją na dwie części, i pozwala natychmiast odżywiać chorego bez udziału żołądka; 2) zmusza chorego do poddania się operacji radykalnej; 3) umożliwia zabieg radykalny nawet w tych przypadkach, kiedy rak rozciąga się i na dwunastnicę.

(*Zentralblatt f. Chirurgie. 1904. N. 46*).

A. Ciechomski.

22. Schömann. Przyczynek do leczenia gruźliczej puchliny brzucha.

Operowanie chorych na gruźliczą puchlinę brzucha jest często niemożliwe z powodu niebezpieczeństwa podczas uspienia wycięzonego pacyenta. W wielu przypadkach zaś, kiedy laparotomia była możliwą i została wykonana, puchlina występowała po pewnym czasie ponownie. Niezawsze zaś chorzy chcą się zgodzić na powtórne otworenie jamy brzusznej. Skoro i leczenie metody zachowawcze daje wyniki złe, autor stosuje od trzech lat wypuszczanie cieczy z brzucha zapomocą grubego trójgrańca, na opróżnione miejsce zaś wstrzykuje wyjałowioną emulsję jodoformową [1—5-procentową] glicerynową. Rozpoczyna od 10 cg., następnie zwiększa dawkę i skoncentrowanie, wstrzykując co 4—8 dni. Z 7-u chorych, którym wstrzykiwał emulsję, u dwóch poprawa nastąpiła po jednym wstrzyknięciu; u jednej 19-letniej chorej po 5-u, u innych zaś chorych po 3—4-ch wstrzyknięciach. Wszystkie przypadki zostały doszczętnie wyleczone, w żadnym nie było powikłań. Metoda ta, której autor nie przesądza jeszcze, lecz którą poleca uwadze kolegów, ma za sobą liczne dobre strony. Blizna po ukłuciu trójgrańcem goi się natychmiast; stosować wstrzykiwania można u chorych bardzo wycieńczonych — pacjent może być leczony ambulatoryjnie; zabieg jest prawie niebolesny, nie wywołuje powikłań, unika się szkodliwych wpływów narkozy. Chorzy bez wahania poddają się po raz drugi i trzeci wstrzyknięciu, jeśli poprawa za pierwszym razem okazuje się niewystarczającą.

(*Zentrbl. für Chirurgie 49*).

Andrzej Ciechomski.

23. M. Chaput. Znieczulanie rdzenia zapomocą stowainy.

Znieczulanie rdzeniowe zapomocą kokainy zyskało początkowo bardzo wielu zwolenników z TUFFIER'em, BIER'em, KENDIRDJY'm innymi na czele. Wkrótce jednak groźne powikłania, występujące jak podczas wykonywanych zabiegów, tak też i po tych ostatnich, odstręczyły prawie wszystkich chirurgów od posilkowania się t. zw. rachikokainizacją. Tymczasem w roku 1904 wynaleziono nowy środek znieczulający, t. zw. s t o w a i n ę, będącą związkami syntetycznym, a mianowicie chlorkiem amyleiny (*chlorhydrate d'amyléine*). Ponieważ własności toksyczne stowainy okazały się niższymi, aniżeli kokainy, więc też zabrano się do prób odnośnych najpierw na zwierzętach, a następnie i u ludzi. RÉCLUS pierwszy zastosował stowainę do znieczulania miejscowego u człowieka, a CHAPUT powziął myśl posilkowania się nią do znieczulania rdzeniowego. Dotychczas C. zgromadził 150 osobistych spostrzeżeń, w których zastrzykiwał do przestrzeni podpańczej rdzenia stowainę i na zasadzie materiału powyższego dochodzi do wniosków zachęcających. Autor używa roztworu wodnego stowainy w stosunku 1:10 i wstrzykuje naraz od 2—8 ctgrm. płynu zapomocą strzykawki PRAWAZ'a. Operacje wykonywano na kończynach dolnych, jako też w okolicach — kroczonej i brzusznej. Nie należy jednak uciekać się do tego rodzaju znieczulania zapomocą r a c h i o s t o w a i n y (ochrzczonej tak przez CHAPUT'a) w celu wykonywania ciężkich zabiegów w jamie brzusznej, a to ze względu na zbytne podniecenie chorych

podczas operacji. Ilość jednorazowa wstrzykiwanego płynu, niezbędna dla otrzymania znieczulenia, zależy: 1) od właściwości indywidualnych osobnika, 2) od wysokości położenia okolicy ciała, w której obrębie ma być wykonany zabieg. Im wyżej mamy operować, tem więcej należy wstrzyknąć do kręgosłupa rozczynu stowainy, np. dla operacji przepuklin pachwinowych 4 ctg. płynu, dla zabiegów w okolicy pępka lub wyżej 7 — 8 ctg. Ponieważ wchodzi tu w grę i czynniki indywidualne, autor radzi wstrzykiwanie parokrotne w sposób następujący: jeśli po zastrzyknięciu 4 ctg. rozczyntu stowainy znieczulenie nie dosięga pępka w przeciągu 10 minut, to po upływie tego czasu należy zastrzyknąć jeszcze około 2—3 ctg. W niektórych przypadkach znieczulenie sięgało nie tylko do klatki piersiowej, lecz obejmowało i kończyny górne, a nawet głowę. Znieczulenie występuje zwykle po upływie 10—15 minut od chwili zastrzykiwania płynu do kanału kręgowego. Działanie stowainy wyraża się w zwolnieniu tętna, zwężeniu źrenic, dalej, w rozszerzeniu naczyń krwionośnych, dzięki czemu daje się zauważyć pewne zacerwienie twarzy. U większości chorych w pierwszej chwili daje się zauważyć wzmożenie szybkości tętna (100—120 uderzeń na minutę), poczem wkrótce następuje zwolnienie tętna (do 60 uderzeń). Szybkość tętna należy przypisać wzruszeniu, ogarniającemu pacjentów przed samym zabiegiem; zwolnienie zaś—działaniu stowainy. Po zastrzyknięciu chorzy doznają w kończynach dolnych uczucia pełzania mrówek, u niektórych, lecz wogóle rzadko, występują nudności, a niekiedy wymioty. Groźnych powikłań, jak to bywa przy rachikokainizacji, CHAPUT nie spostrzegł. Wrazie znacznego obniżenia częstości tętna (niżej 60-u uderzeń) należy stosować podskórną kofeinę. Rozszerzenie i nastrzyknięcie naczyń krwionośnych chroni od omdleń i pozwala nawet na wykonywanie niektórych zabiegów w pozycji chorych siedzącej. Po zabiegu chorzy zachowują spokój zupełny, bóle głowy zdarzają się, lecz odznaczają się krótkotrwałością i nieznacznym natężeniem, to samo dotyczy bólów rdzeniowych (rachialgii); wymioty stanowią rzadkość, jak również podniesienie ciepłoty—najwyżej do 38°. W razie uporczywej rachialgii CHAPUT poleca przekłucie łądźwiowe z wypuszczeniem 10 — 20 ctm. sz. płynu, w razie silnych bólów głowy—worek z lodem. Odżywianie chorych, mniej lub więcej obfite, może iść nawet zaraz po zabiegu swym zwykłym trybem; wreszcie po operacjach w okolicy odbytu chorzy nie bywają trapieni zatrzymaniem moczu, co przeciwnie często się zdarza po narkozie ogólnej lub po rachikokainizacji.

Technika zastrzykiwań stowainy do kanału kręgowego nie różni się niczem od techniki, opracowanej dla identycznych wstrzykiwań kokainy. Autor wyjął stowainę, zawartą w ampułkach gramowych, w autoklawie przy 115°, igły używa zmodyfikowanej przez TANON'a, t. j. ostro lecz ślepo zakończonej, a natomiast posiadającej otwór z boku. Po wkluciu igły do kanału w okolicy łądźwiowej, gdy płyn mózgo-rdzeniowy poczyna wypływać, CHAPUT aspiruje nieco tego ostatniego do strzykawki, zawierającej już nabrany rozczynt stowainy, poczem wstrzykuje tę mieszaninę do kręgosłupa.

Przeciwwskazaniem do znieczulania rdzeniowego stowainą służy wiek chorych—powyżej 65 lat. CHAPUT osobiście zejść śmiertelnych, zależnych od zatrucia stowainą, nie spostrzegł.

(W odczycie swym CHAPUT nie podaje, jak długo trwa znieczulenie pod wpływem stowainy, wprowadzonej do przestrzeni podpajęcznej rdzenia. *Przyp. sprawozdawcy*).

(*Bullet. et mem. de la Soc. de Chir. de Paris. 1904. N. 30*). L. Zembrzuski.

24. P. A. Wagner. O pooperacyjnem zapaleniu przyusznicy.

Zapalenie przyusznicy (*parotitis*) występuje pod postacią dwojaką, a mianowicie: jako zapalenie nagminne i jako zapalenie sporadyczne. To ostatnie

bywa albo pierwotnem, np. wskutek urazu, albo wtórnem. Zapalenie wtórne może nastąpić albo wskutek przeniesienia sprawy zapalnej, odbywającej się w jamie ustnej, albo w przypadkach chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych, albo wreszcie po czystych zabiegach operacyjnych, kiedy nie tylko pole operacyjne, ale i sam nawet ustroj wolne są zupełnie od wszelkiego zakażenia. Ta ostatnia kategoria zapaleń przyusznicy została przez autora specjalnie opracowaną. WAGNER zestawia 43 przypadki tego rodzaju, znane w piśmiennictwie, włączywszy 5 przypadków osobiście spostrzeganych w przeciągu 2½ lat. We wszystkich tych przypadkach zapalenie przyusznicy powstało po operacjach t. zw. aseptycznych (przeważnie na narządach jamy brzusznej) przy wykluczeniu absolutnem istnienia gdziekolwiek w ustroju ognisk ropnych. Najczęściej spostrzegano powikłanie powyższe po laparotomiach, niekiedy tylko po innych zabiegach, np. po wycięciu sutki i po operacji guzów hemoroidalnych. Z przypadków autora w jednym wykonano jejunostomię, (z powodu wrzodu żołądka), w dwóch gastroenterostomię, w jednym rozległą rezekcyę kiszek, w jednym cholecystektomię. Narkozę ogólną stosowano u wszystkich 5-u chorych, z których 4 osoby były nader wyczerpane cierpieniem podstawowem. W trzech przypadkach autora przebieg sprawy był powikłany ropieniem, w dwóch przypadkach zapalenie przebiegało bez ropienia i zakończyło się pomyślnie. Wogóle śmiertelność wynosi w tych razach przeciętnie około 34, 44%. Na zasadzie spostrzeżeń własnych, jako też na zasadzie przypadków, opisanych przez innych autorów, W. dochodzi do wniosków następujących:

Zapalenie przyusznicy zjawia się pomiędzy 2-im a 14-ym dniem po zabiegu operacyjnym przy nagłem podniesieniu się ciepłoty. Często bardzo zapalenie przyusznicy powikłane bywa ropieniem lub zgorzelą tkanki gruczołowej. Z przeciętnem ogniska zapalnego, *rsp.* nacieku nie należy zwlekać za bardzo i wyczekiwać objawów chęłbotania, a to z obawy przed ropnicą i posocznicą, które zagrażają niekiedy ustrojowi, pomimo nawet pozornie wcześniej wykonanego zabiegu.

Przyczynę powstawania zajmującej nas sprawy upatrywano poprzednio w owaryotomiach, a to na tej zasadzie, że pomiędzy narządami rodnymi a przyuszną istnieje pewien związek współczulny. Z doświadczeń jednak PAWŁOWA i ze spostrzeżeń v. PREUSCHEN'a wynika, że główną rolę odgrywa tutaj upośledzone wydzielanie śliny i nawet zastój pod tym względem zupełny po ciężkich i długotrwałych laparotomiach w ogólności. W warunkach normalnych prąd śliny, splukując stale przewody gruczołów ślinowych, nie dopuszcza niejako drobnoustrojów z jamy ustnej do gruczołów; przytem ślina posiada jakoby pewne własności bakteryobójcze (TRIOLO). Z chwilą wstrzymania czynności wydzielniczej gruczołu przyusznego, nie staje na przeszkodzie do przedostawania się drobnoustrojów z jamy ustnej do tego ostatniego przez przewód STENON'a. Z drugiej strony po ciężkich zabiegach, gdy chorzy prawie nie przyjmują na razie pokarmów *per os* lub są żywieni wyłącznie przez przetoki, odbytne i t. p., następuje niejako spokój i zastój w jamie ustnej, rozwija się sprawa zapalna i rozpadowa, t. zw. *stomatitis*, a przez to stwarzają się warunki dogodne dla rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych. Prócz samej laparotomii wywiera też wpływ upośledzający na czynność gruczołu długotrwała narkoza ogólna zarówno chloroformowa, jak i eterowa. Jeszcze jeden czynnik etyologiczny należy brać pod uwagę, a mianowicie tę okoliczność, że często obie przyusznicę ulegają podczas narkozy pewnemu urazowi, *rsp.* uciskowi ze strony palców osobnika, który, podaje środek usypiający i podtrzymuje niekiedy dość silnie ku górze dolną szczękę w okolicy kątów tej ostatniej. Autor przytacza też następujące tłumaczenie, dlaczego sprawie zapalnej po operacjach podlega prawie wyłącznie przyusznicza, a nie inne gruczoły, jak podszczękowy i podjęzykowy (*gland. submaxillaris et sublingualis*). Otóż, po pierw-

sze, sprzyja temu położenie niedość osłonięte ujścia przewodu STENON'a, w porównaniu z ukrytymi pod językiem ujściami przewodów obu drugich gruczołów. Powtórnie, własności bakteryobójcze wydzieliny przyusznicowej, nie zawierającej mucyny, są słabsze, aniżeli takież własności wydzieliny gruczołów podszczękowego i podjęzykowego. Po trzecie, podczas narkozy jedynie przyusznicę, a nie inne gruczoły ślinowe, może podlegać uciskowi i podrażnieniu mechanicznemu palcami ze strony podającego środek usypiający, czego zatem unikać należy.

Autor poleca, jako środek zapobiegawczy, utrzymywanie jamy ustnej chorych w czystości zarówno przed cięższymi zabiegami operacyjnym, jako też i po tym ostatnim. W tym celu należy starannie płukać usta, oraz stosować oczyszczanie zębów i dziąseł najlepiej wacikami, maczanymi w wodzie z dodaniem nieco kwasu cytrynowego, jako pobudzającego wydzielanie śliny, albo w słabych rozczynach wody utlenionej.

(*Wiener klin. Woch.* 1604 N. 52).

Uwaga. Sprawozdawca miał możność osobiście spostrzegać przypadek dwustronnego zapalenia przyusznicy po ciężkiej laparootomii, który też został opisany w *Gaz. Lekarskiej* r. 1903. N. 38. Wnioski co do istoty i pochodzenia sprawy, oraz co do wskazówek zapobiegawczych były wówczas wypowiedziane w ogólnych zarysach w tym samym sensie, jak i wyżej przytoczone ważniejsze wnioski autora pracy streszczonej.

Nakoniec w N. 1 *Gaz. Lekarskiej* roku bież. kol. MIKOŁAJ REJCHMAN w pracy swej: „O lezeniu peptycznego wrzodu żołądka zapomocą głodzenia“ wspomina o trzech przypadkach zapalenia ropnego przyusznicy, które wystąpiło podczas stosowania metody głodzenia. Kol. REJCHMAN przytacza również jako przyczynę tego powikłania po pierwsze—nagromadzenie w jamie ustnej drobnoustrojów z powodu nieocierania i nieoczyszczania jamy ustnej przez pokarmy i, powtórnie—z mniejszone wydzielanie śliny.

Jak objaśnić sobie ten fakt ostatni? Kol. REJCHMAN tłumaczy to tem, że normalnie pokarm, przeżuwany w jamie ustnej, pobudza gruczoły ślinowe do wydzielania, — przy głodzeniu zaś brak tego czynnika fizyologicznego. Zgadając się w zupełności na wniosek powyższy, ośmielam się prócz tego wypowiedzieć jeszcze następujące przypuszczenie: jeśli zgodzić się z PAWŁOWEM i PREUSCHEIN'em, że laparotomia, szczególnie długotrwała, wpływa ujemnie na wydzielanie śliny, wstrzymując je nawet zupełnie, to powstawanie tego zjawiska inaczej niż na drodze odruchowej, wytłumaczyć sobie niepodobna. W przypadkach wrzodów żołądka kol. REJCHMANA laparotomia wprawdzie nie była wykonana ani razu, lecz tu nasuwa się pytanie, czy sam wrzód, jako taki, przez podrażnienie stałe błony śluzowej, a może i surowiczej ściany żołądka, jak to bywa przy głębiej drażących wrzodach, nie jest w stanie paraliżować na drodze odruchowej czynności wydzielniczej ślinianek?

Ludwik Zembrzuski.

25. Gałęzowski. O zapaleniu tęczówki i naczyńówki pochodzenia tryprowego.

Zapalenie cewki moczowej pochodzenia tryprowego może się uogólnić i bakterye oprócz zapalenia stawów, wsierdzia i t. d. mogą wywołać zajęcie głębokich części oka: tęczówki, naczyńówki, siatkówki i nerwu wzrokowego. Przy tych ostatnich sprawach nie znajdowano gonokoków, lecz to bynajmniej nie podaje w wątpliwość, jaką tu rolę odgrywają te bakterye lub ich toksyny. Zajęcie oka najczęściej się zdarza w obostrzeniach przewlekłego przebiegu trypra i to prawie zawsze współcześnie z zapaleniem stawów.

Jako przykład zapalenia tęczówki pochodzenia tryprowego, GAŁĘZOWSKI podaje przypadek, w którym zapalenie tęczówki rozszerzyło się na łącznicę i białkówkę. Białkówka i rogówka były obficie unaczynione, ciecz w komorze przedniej zmętniała, tęczówka straciła swoją barwę, źrenica nieruchoma, nieprawidłowej postaci skutkiem utworzenia się zrostów tylnych. Przytem świa-

tłowstret, bóle naokoło oczodołu. Początkowa *iritis serosa* przeszła w *iritis plastica*. Zakażenie, szerząc się z tęczówki, może doprowadzić do zapalenia ciała rzęskowego z ciężkimi bardzo objawami. Obfity wysięk może zająć komorę przednią i tylną powierzchnię rogówki. Często następuje wysięk do ciała szklistego (*vitreum*) i przejawia się w postaci kłaczków, pływających w cieleszklistem. Oko staje się twardem i jeśli nie pośpieszyć z energiczną pomocą, to narząd cały uleży może poważnemu uszkodzeniu. Przebieg cierpienia bywa przewlekły lub podostry. W ostatnim razie bywają nadzwyczaj silne nocne bóle z wymiotami i podniesieniem ciepłoty ciała. Gdy sprawa obejmuje i naczyniówkę, do powyższych objawów dołączają się jeszcze zmiany widoczne przez oftalmoskop. Żyły są rozszerzone; sama naczyniówka bywa pokryta plamami wysięku lub barwnika. Wylewy krwawe są przedewszystkiem widoczne w części obwodowej dna oka ku *ora serrata*. Powyższa sprawa jest nadzwyczaj niebezpieczna. Rokowanie będzie jeszcze gorsze w *iridochoroiditis supurrativa*. W tym razie w grę wchodzi, oprócz infekcji drobnoustrojami, ogólny zły stan. Ropa tworzy oddzielne ogniska i może doprowadzić do zajęcia całego oka, a nawet do zapalenia opon mózgowych. *Irido-choroiditis supurrativa* może być i wtórnie wywołana skutkiem przejścia sprawy z opon mózgowo-rdzeniowych na tęczówkę i naczyniówkę.

Gonokoki mogą wywołać i zapalenie nerwu wzrokowego. PANAS w 1889 roku spostrzegł chorego na trypra cewki, który w 13-ym dniu choroby zaniewidział na oko prawe. Oftalmoskopem stwierdzono objawy *papillo - neuritidis*. Podobne przypadki obserwował i GAŁĘZOWSKI. We wszystkich razach przed zajęciem oka można było stwierdzić tryprowe zapalenie stawów i zajęcie nerwów obwodowych. Leczyć trzeba przedewszystkiem źródło złego, to jest trypra cewki; do oka trzeba wpuszczać atropinę, ulgę w cierpieniu sprawiają okłady ciepłe. Wewnętrznie—chinina.

(*Progrès médical*, 1905. N. 1).

Feliks Malinowski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

6. O leczeniu białaczki promieniami Roentgen'a. Leczenie białaczki promieniami ROENTGEN'a zostało zapoczątkowane w Ameryce przez SENN'a i BRYANT'a; spostrzegli oni mianowicie, że po działaniu promieni R. na okolicę śledziony, na kości długie, a także i na kolumnę pacierzową, sprawa chorobowa na jakiś czas przycicha.

E. MYER i O. EISENREICH z kliniki prof. F. MUELLER'a [Monachium] (*Münch. mediz. Wochenschr.* 1905. N. 4) opisują dwa przypadki białaczki, leczone promieniami R. W obydwóch przypadkach podmiotowej poprawie ogólnego stanu towarzyszyły objawy przedmiotowe jak oto: obniżenie ciepłoty, przyrost wagi ciała, zwiększenie się ilości hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi. Prócz tego zauważyć się dało zmniejszenie się liczby białych ciałek krwi. Zdaniem wspomnianych autorów, promienie R. wywierają wpływ swoisty na narządy krwiotwórcze; po zaprzestaniu stosowania promieni X, stan chorych po niejakiś czasie znów się pogarszał.

W. WENDEL [l. c.] zebrał w literaturze 35 przypadków białaczki, leczonych promieniami R. i dodaje do nich własny 36-ty. W większości tych przypad-

ków pod wpływem promieni R. stan chorych znacznie się polepszył; prócz wszystkich wzmiankowanych powyżej i znamionujących poprawę objawów, autor zaznacza jeszcze, iż chorzy stawali się zdolnymi do pracy; obrzmienia śledziony, wątroby i gruczołów limfatycznych znacznie się zmniejszały. W każdym jednak razie, dotąd przynajmniej, mowa może być tutaj tylko o objawowym polepszeniu, nie zaś o całkowitem wyleczeniu. Co się tyczy kwestyi, jak objaśnić to działanie promieni R., zdania są podzielone. SENN sądzi, iż promienie R. w danych razach niszczą domniemane pasożyty, wywołujące chorobę; WENDEL zaś główną rolę w poprawie stanu chorobowego pod wpływem promieni X upatruje w działaniu tych promieni na białe ciała krwi.

SCHIEFFER w klinice prof. RIEGEL'a w Giessen [l. c.] leczył pięć przypadków białaczki promieniami R., przy czem stosował promienie wyłącznie na okolice śledziony: wyniki, do jakich doszedł, są zupełnie zgodne z poprzednimi.

LENZMANN (*Medizinische Klinik*. 1905. N. 9) sądzi, iż promienie R. nie wywierają żadnego wpływu na istotę choroby; zmieniają tylko czasowo poniekąd jej obraz.

Redakcja pisma „*Medizinische Klinik*“ [N. 6, 7 i 8 1905] rozesłała wielu profesorom uniwersytetów niemieckich zapytanie w kwestyi, o której mowa. Otrzymane odpowiedzi podzielić można na 3 główne kategorie:

1) Większość autorów jest zdania, iż po stosowaniu promieni R. w białaczce następuje względna poprawa w przebiegu choroby [PENZOLDT, QUINQUE, KREHL, GRAWITZ, FR. MÜLLER, NOORDEN, STRÜMPPELL, LEUBE, LICHTHEIM, HAHN, LOMMEL].

2) Mniejszość przypisuje promieniom R. bardzo nieznaczny tylko wpływ na przebieg choroby [FRAENKEL, MERING, GOLDSCHIEDER].

3) Zupełnie różni się od innych zdanie prof. KRAUS'a, który na omawiany sposób leczenia zapatruje się bardzo sceptycznie.

W. Breszel.

7. Balsam peruwiański, stosowany przy leczeniu ran. B. PETRETTO (*München. mediz. Wochenschr.* 1904. N. 52) w ciężkich przypadkach wrzodów goleni, w których nie pomogły żadne inne zabiegi, tak, iż pozostawała tylko amputacja, jako *ultimum refugium* stosował następującą maść z balsamu peruwiańskiego:

Rp. *Argent. nitric.* 0,3
Bals. peruvian. 6,0
Ung. simpl. 90,0.

Po zastosowaniu tej maści rana w większości przypadków szybko się oczyszczała, znaczne i cuchnące wydzielanie zniknęło i tworzyła się ziarnina, pod którą rana szybko się goiła.

W. Breszel.

8. Mydło alkoholowe zaleca K. GERSON (*Dermatol. Zeitschrift*. Juli. 1904) przeciwko suchym cierpieniom skóry pochodzenia bakteryjnego: *acne vulgaris*, *furunculosis*, *seborrhoea corporis et capillitii*. Silniejsze mydło zawiera 40%, a słabsze — 30% alkoholu.

9. „Arhovin“, jako środek przeciwtryprowy, dezynfekujący mocz i zapobiegawczy. Zdaniem GOLDMANN'a (*Monat. f. prakt. Dermat.* T. 39, N. 1), „Arhovin“ należy do środków, mających nadzwyczaj silne bakteriobójcze działanie i jest wysmientym środkiem przeciwtryprowym, choć użycie miejscowe utrudnia się nierozpuszczalnością jego w wodzie. W ostrym zapalnym stanie trypra GOLDMANN używa *per os* po 0,25 w kaps. żelat. 3 razy

dziennie z dobrym skutkiem. Po usunięciu ostrych objawów G. zaleca używanie codziennie 1—2 *bacilli Arhovini* (*Arhovini* 0,05. *Ol. cacao* — 1,0) i prócz tego 4—5 kapsulek arhowiny. Dobre bardzo wyniki dała arhowina w tryprze przewlekłym, przy zapaleniu pęcherza i przy leczeniu sprawy tryprowej u kobiet: *vulvitis*, *vaginitis*, *metritis*, *oophoritis*, w postaci *globulae* (0,25—0,1 *Arhovini* i 1,0 *Ol. cacao*) lub w postaci tamponów [1%—2% *Arhovini* + *Ol. olivar.*].

„Arhovin“ zapobiega zapaleniu stawów i innym powikłaniom trypra, nie wywołuje przytem żadnego ubocznego działania [w nerkach, żołądku, kiszka].

(*Przyp. ref.* Wnioski GOLDMANN'a co do nadzwyczajnych własności arhowiny są mało krytyczne i ten fakt właśnie każe być bardzo ostrożnym przy zastosowaniu tego nowego środka).

F. Malinowski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dn. 17 stycznia r. b.

1. L. KARWACKI demonstrował szereg odczynników swego pomysłu do badania odczynu aglutynacyjnego w próbówce. Technika badania odznacza się prostotą, a wyniki — wyrazistością. Na dowód tego KARWACKI pokazał próbe aglutynacji z surowicą chorego na dur, z surowicą pochodzącą z przypadkówuru rzekomego A i B, z surowicą chorej gruźliczej i z płynem otrzewnowym chorej, dotkniętej nowotworem w jamie brzusznej.

W dyskusyi DUNIN zwraca uwagę na doniosłe znaczenie aglutynacji przy rozpoznawaniu niektórych cierpień, jak tyfus i in. Pierwotna próba VIDAL'a ze względu na konieczność posiadania żywych i świeżych hodowli nastęrczała w praktyce wiele trudności; znakomite w tym kierunku ułatwienie wprowadziły następcnie hodowle z formaliną i odczynnik FICKER'a. Odczynnikowi temu odpowiadają hodowle KARWACKIEGO. Szczególną doniosłość posiadają hodowle prelegenta na gruźlicę wobec często nastęrczających się trudności rozpoznawczych w początkowych okresach tego cierpienia. Ważnem jest posiadać także hodowle i dla cholery, zwłaszcza wobec zmiennych cech morfologicznych przecinka swoistego.

Na wniosek prezesa K. obiecał przygotować odczynnik na cholere; w odpowiedzi MUTERMILCHOWI i RZĘTKOWSKIEMU odpowiada, że 1) hodowla jego tyfusowa nadaje się i do próby VIDAL'a mikroskopowej i 2) że odczynniki jego znajdują się w handlu aptecznym.

2. L. KARWACKI wygłosił rzecz p. t. „O florze nowotworów złośliwych“. Praca ta drukowana będzie w „Gazecie“.

W dyskusyi KRYŃSKI zaznacza, że sprawa, poruszona przez K., była przedmiotem wykładu DOYEN'a na ostatnim Zjeździe chirurgów francuskich. K. sądzi, podobnie jak i większość uczestników zjazdu, że poglądy DOYEN'a nie wytrzymują ścisłej krytyki naukowej; stoją one w sprzeczności z tem wszystkim, co wiemy w zakresie histogenezy nowotworów. Trudno przypuścić, aby wszystkie rodzaje guzów nowotworowych, jak mięsaki, tłuszczaki i t. p., tak zasadniczo różniące się budową i obrazem klinicznym, mogły zawdzięczać swe pochodzenie jednemu i temu samemu pasożytni *micro-*

coccus neoformans. Fakt, że pasożyt ten znajdował DOYEN w tkance każdego z tych rodzajów guzów, nie stanowi jeszcze dowodu jego roli etyologicznej; dowodem mógłby tu być jedynie wynik dodatni szczepień na zwierzętach, czego dotąd jednak DOYEN nie przedstawił. Zdaniem K. przyczyny zjawiania się od czasu do czasu „odkryć“ w postaci tego lub innego rodzaju swoistych drobnoustrojów szukać należy w braku u badaczy dokładnej znajomości flory bakteryologicznej normalnych tkanek ustroju ludzkiego. Być może, iż część tych pasożytów, posądzanych o działanie chorobotwórcze w nowotworach, stanowi jedynie zwykłych mieszkańców tkanki ludzkiej, zachowujących się wśród nich zupełnie obojętnie.

ŻURAKOWSKI ALEKSANDER zgadza się z prelegentem, że LUBARSCH zbyt pośpiesznie ogłosił twory, znalezione przez SCHÜLLER'a, za komórki korkowe. Co się zaś tyczy *micrococcus neoformans Doyeni*, to powątpiewa, aby mógł on odgrywać rolę etyologiczną w nowotworach. Fakt aglutynowania owych ziarników przez krew chorych na nowotwory złośliwe, może być zaledwie dowodem zakażenia przez nie ustroju, nigdy zaś świadczyć nie może, że ziarniki te są przyczyną raków lub innych nowotworów, podobnie jak zjawisko aglutynacji *str. conglomerati* przez krew wielu chorych na szkarlatynę nie stanowi dowodu, że *str. conglomeratus* jest czynnikiem etyologicznym szkarlatyny.

DUNIN sądzi, że o ile *micrococcus DOYEN'a* daje próbę aglutynacyjną, to przypuszczać należy, że w nowotworach on istnieje; nie przesądza to jednakże faktu, czy jest on czynnikiem, je wywołującym. W każdym razie trudno dać wiarę, aby wszystkie nowotwory, tak różniące się między sobą, mogły być wywoływane przez jeden i ten sam pasożyt.

Ign. Landstein.

Wladyomości bieżące

— Od pewnego czasu dochodzą nas alarmujące wieści o zbyt bezwzględnej postępowaniu Instytutu Położniczego z choremi swemi. Ciężarne i położnice, u których rozpoznano syfilis, lub co do których zrodziło się choćby tylko podejrzenie choroby wenerycznej, Instytut bez względu na stan ich zdrowia przesyła natychmiast na kurację do szpitala św. Łazarza. Skutki takiego pośpiechu muszą być dla przesyłanych fatalne. W drugim półroczu roku zeszłego tak bezwzględnie obszedł się Instytut z kobietą, będącą w ostatnich chwilach ciąży. Nie przyjęto jej do Instytutu z powodu nieznacznych lepieży ostrych, lecz skierowano ją do szpitala św. Łazarza, gdzie przybywszy o 3-ej w nocy, po dwu godzinach pobytu urodziła. Tak sobie poradzono z trzema położnicami, choremi wprawdzie na syfilis, lecz które z powodu położu należało przez tydzień przynajmniej pozostawić w absolutnym spokoju, a tymczasem jedną z nich przesłano do św. Łazarza na drugi dzień po poronieniu, drugą na 3-i dzień po porodzie, trzecią na 4-y dzień po porodzie przedwczesnym, pomimo, że dwie z nich w tym czasie jeszcze gorączkowały. Tak wreszcie postąpiono z ciężarną, u której w szpitalu św. Łazarza, dokąd skierowaną została, nie wykryto ani syfilisu, ani innej choroby wenerycznej, a natomiast stwierdzono stan bardzo groźny wskutek pęknięcia macicy. Ponieważ w szpitalu św. Łazarza laparotomii robić nie można, więc rodzącą zwrócono z powrotem Instytutowi, gdzie wkrótce po operacji zmarła.

Tak więc porządkowi stało się zadość. W rubrykach ksiąg Instytutu odnotowano wszystko prawidłowo. Z tego jednak dla cierpiących pociecha niewielka. Ani opieki, ani przytulku tam nie zaznały. Z instytucji na wskroś z powołania humanitarnej czczy formalistyka wygnała ducha miłosierdzia!

— Zmarły w 1903 r. rodak nasz, profesor Instytutu klinicznego w Petersburgu, dr Moczutkowski zapisał między innymi i Warszawskiemu Towarzystwu Lekarskiemu rb. 1000 z warunkiem, aby procent od niej przyznawany był corocznie „za najlepszy w ciągu roku przedstawiony w Towarzystwie referat“. Wedle regulaminu, przez tutejsze Towarzystwo Lekarskie ułożonego, nagroda imienia Moczutkowskiego udzielona zostaje za najlepszy wykład, albo odczyt, przedstawienie lub referat na posiedzeniach Towarzystwa w danym roku; nagrodę tę otrzymać może zarówno członek Towarzystwa, jak i nieczłonek. Komitet sędzacy i ostatecznie o przyznaniu nagrody decydujący, stanowią: prezes Towarzystwa, wiceprezes, sekretarz stały, sekretarz doroczny i redaktor „Pamiętnika“. Nagroda przyznana zostaje przed końcem lutego, a po raz pierwszy już w r. b. za odczyt, czy przedstawienie, na posiedzeniach Towarzystwa w r. 1904 dokonane.

— W d. 8 kwietnia r. b. odbędzie się konkurs publiczny na posadę ordynatora etatowego oddziału wewnętrznego w szpitalu Wolskim. Oby tylko nie popełniono znów jakiejś nieformalności, lub nie kierowano się względami, nic wspólnego z nauką nie mającymi!

— Znany miliarder amerykański VANDERBILT ofiarował prof. GAUTIER w Paryżu milion franków na założenie Instytutu leczenia światłem.

— Profesorem chirurgii operacyjnej w Paryżu mianowano dotychczasowego *agrégé*, PAWEŁA SEGOND'a.

— Włoscy badacze TIRELLI i FARRARI poddali badaniu na bakterye chorobotwórcze 42 używane maski karnawałowe. Pył zeszkrobany szczepili zwierzętom. Z nich część zmarła z zapalenia płuc i zakażenia krwi, a 8 z gruźlicy. Maski więc przed wypuszczeniem powinny uleść dezynfekcyi.

— Oficerom i żołnierzom, wyprawianym do południowo-zachodniej Afryki, przymusowo szczepi się surowicę tyfusową.

— Wedle statystyki urzędowej, w semestrze letnim 1904 r. uczęszczały do uniwersytetów szwajcarskich 1724 osoby, a z nich więcej niż połowa—bo 958—kobiet, i to cudzoziemek (szwajcerek 27): w Bazylei 129 [6 kobiet], w Bernie 594 [407 kobiet], w Genewie 288 [144 kobiet], w Lozannie 326 [223 kobiet], w Zurychu 387 [178 kobiet].

— W Filadelfii otwarto szpital wyłącznie dla chorych, dotkniętych nowotworami złośliwymi.

— We Florencyi otwarto pierwszy we Włoszech instytut leczenia światłem.

— X międzynarodowy Kongres antyalkoholyczny odbędzie się między 12 — 17 września r. b. w Bukareszcie.

Довола. Цензурою, Варшава, 10 февраля 1905. Друк К. Ковалевскаго, Warszawa. Mazowiecka 8

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.