

GAZETA LEKARSKA

I. Z PRACOWNI PATOLOGII OGÓLNEJ PRZY UNIWERSYTECIE WARSZAWSKIM.

Przyczynek do hodowli beztlenowców.

Podał

Jerzy Brunner.

O ile hodowla beztlenowców w probówce lub na płytkach PERRI'ego nie przedstawia żadnej trudności, dzięki prostym sposobom i przyrządom BUCHNER'a i BOTKINA, o tyle hodowanie większej ilości materiału bakteryjnego bywa zazwyczaj kłopotliwe i niełatwe. Nie pragnąc tu rozpatrywać poleconych w tym celu sposobów, wspomnę jedynie o głównych typach.

Powstrzymanie dostępu tlenu z powietrza do hodowli bulionowej może być osiągnięte przez zalanie pożywki [uprzednio przegotowanej] oliwą lub parafiną płynną; szczepienie odbywa się cienką pipetką, zapomocą której materiał bakteryjny wprowadzany jest do dolnej, bulionowej warstwy mieszaniny. Sposób ten wszakże dawał mi złe wyniki, które tłumaczą się tem, iż górna warstwa ochronna nie chroni w stopniu dostatecznym od dostępu powietrza.

Wypompowanie powietrza, *resp.* tlenu z naczynia z bulionem wymaga odpowiednich, niekiedy drogich przyrządów i wskutek tego nie może być polecane, tembardziej, iż nie można osiągnąć w ten sposób zupełnego wydalenia tlenu. Zastąpienie tlenu przez inny gaz obojętny, np. wodór, jest często stosowane od czasu HAUSER'a, który sposób ten polecił. Sposób HAUSER'a jest jednak przedewszystkiem zbyt kłopotliwy. Prócz tego, ponieważ trudno określić chwilę, kiedy tlen jest zupełnie wypędzony z bulionu, cała procedura trwa zbyt długo.

Wreszcie, ponieważ nad hodowlą znajduje się gaz [wodór] o ciśnieniu jednej atmosfery, beztlenowce zaś same również często wytwarzają gazy, to ostatecznie w naczyniu powstaje mieszanina gazów pod dużem nieraz ciśnie-

niem, co z jednej strony powstrzymuje rozwój mikrobów, z drugiej zaś— może doprowadzić do rozsądzenia naczynia.

Zasadowy rozczyń pirogallolu, jako środek pochłaniający tlen, nie może być—jak się przekonałem—zastosowany do hodowli beztlenowców w większych ilościach. Wreszcie, hodowanie beztlenowców wraz z bakteriami, silnie pochłaniającymi tlen [np. *bac. subtilis*], lub też dodawanie do hodowli związków chemicznych odtleniających, np. indolosiarczanu sodu, mrówczanu sodu [według KITASATO i WEYL'a], siarczku amonu [według HAMMERL'a i TRENCKMANN'a], nie może być zastosowane w celu otrzymania toksyn, gdyż nie zgadza się z głównym celem metody — czystością produktu. Z przytoczonego krótkiego zarysu wynika, iż podanie prostego sposobu hodowania większej liczby beztlenowców ze wszech miar jest pożądane.

Sądzę, że sposób, używany przeze mnie od lat 7-u w pracowni Patologii Ogólnej, odpowiada wszystkim wymaganiom prostoty i wygody. Jedynym potrzebnym w tym celu przyrządem jest zwyczajna flaszka z grubego szkła, znoszącego wyjąłowanie, zatkana korkiem gumowym z jednym otworem, przez który przechodzi rurka szklana, odpowiednio wygięta. Wygięcie to ma postać litery N z zaokrąglonymi kątami, dolna część rurki przechodzi przez korek gumowy i kończy się zaraz pod nim, na przebiegu zaś górnej części rurki znajduje się przewężenie [zrobione w płomieniu lampki BUNSEN'a], przeznaczone do zatopienia rurki po dokonaniem zaszczepieniu pożywki.

Cała procedura szczepienia jest nader prosta.

Do flaszki wlewamy bulion odpowiedniego składu w takiej ilości, aby wypełnił $\frac{3}{4}$ naczynia, zatykamy korkiem gumowym z rurką szklaną [z kawałkiem waty w górnym końcu] i cały przyrząd wstawiamy do sterylizatora KOCH'a na 1—1½ godziny. Ponieważ szczepienie powinno się odbyć zaraz po wyjąłowaniu, przeto zawczasu mamy w pogotowiu: 1) cienką pipetkę szklaną, wyjąłowaną w ogniu i zatkaną kawałkiem waty, 2) hodowlę bulionową lub zmieszaną z wodą hodowlę agarową danego beztlenowca, 3) rondel, napełniony do połowy wodą lub, co jest lepiej, nasyconym rozczyńem soli kuchennej. Płyn w rondlu, ustawionym na trójnogu nad płomieniem, winien wrzeć w chwili ukończenia sterylizacji.

Zasada metody polega na tem, aby przez sterylizację wypędzić tlen z pożywki i z flaszki i nie pozwolić mu wejść z powrotem w chwili zaszczepienia. W tym celu po wyjęciu flaszki ze sterylizatora wstawiamy ją natychmiast do wody wrzącej w rondlu; im głębiej pogrążymy flaszkę, t. j. im wyższy rondel, tem lepiej; w każdym razie dolne zagięcie rurki szklanej winno wystawać ponad wodą. W ten sposób wolną część flaszki ponad płynem oraz całą rurkę wypełni para wodna, niedopuszczająca powietrza do naczynia. Skoro rurka szklana ostygnie [co następuje po $\frac{1}{2}$ — 1 minucie], usuwamy watę zatykającą rurkę i natychmiast zapomocą pipetki wprowadzamy bakterye—w postaci kilku kropel hodowli lub mieszanki—do dolnego zagięcia rurki, usuwamy pipetę i zatapiamy w ogniu zwężone miejsce rurki; przez cały ten czas płyn w rondlu wrzeć powinien. Po zalutowaniu rurki przyrząd wyjmujemy z rondla i pozostawiamy w spokoju na stole, aż do wystygnięcia płynu. Wówczas na-

stępuje ostatni akt—zakazanie bulionu, co osiągnąć bywa przez odwrócenie przyrządu, tak aby kropla, znajdująca się w rurce, zmieszała się z pożywką. Nie zawadzi wreszcie umocować korek gumowy w szyjce przez owiązanie go drutem lub sznurkiem.

Wielokrotne doświadczenia moje, jak również wielu kolegów, przekonały mię, iż metoda powyższa jest łatwa do wykonania i nie zawodzi nigdy. Rozwój beztlenowców w moim przyrządzie następuje szybko i bywa obfity, a wytwarzanie toksyn nie pozostawia nic do życzenia.

II. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I b SZPITALA ŚW. ŁAZARZA
W KRAKOWIE.

Działanie lecznicze gryzeryny w gruźlicy płuc.

Napisał

Prymaryusz dr Antoni Krokiewicz.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 16].

7. G. J., lat 32, żona kowala. Od dwóch lat chora, kaszle; od kilku miesięcy poty, dreszcze, chudnienie. Ojciec zmarł na gruźlicę. Przybyła do szpitala 19.II b. r.

St. praes. Z przodu na klatce piersiowej po całej stronie prawej aż do 6-go żebra wypuk przytłumiony bębnekowy, szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte świstami, furczeniami; po stronie lewej od szczytu do 4-go żebra wypuk wysoki bębnekowy, wdech i wydech amforyczny, liczne rżenia metaliczne różnobańkowe. Z tyłu na klatce piersiowej po całej stronie prawej do 10-go żebra stłumienie, w szczycie szmery oddechowe oskrzelowe i liczne rżenia; po lewej stronie stłumienie do grzebienia łopatki z objawami rozpadu. Ciężota ciała 38° C wieczorem. Chorej podawano gryzerynę w ilości 0,60 gm. dziennie przez 18 dni, t. j. od 21.II do 10.III br. [w całości zażyła 10,8 gm.]. Przez czas zażywania gryzeryny gorączka ciągle wahała między 38,2°—38,6° C; silne poty, dreszcze, chrypka, zaparcie stolca, brak apetytu, kaszel, trudne odpluwanie, ogólny, coraz bardziej postępujący zapad sił; utrata na wadze 2 kg. 40 dk. Po odstawieniu gryzeryny w dalszym ciągu gwałtowny postęp sprawy chorobowej.

8. P. M. lat 32, wyrobница. Od pół roku kaszel, poty, dreszcze; dziecięcznie obciążona [rodzice żyją, ale brat i siostra zmarli na suchoty]; przyjęta na oddział 20.II b. r.

St. praes. Z przodu po prawej stronie do 6-go żebra wypuk jawny, szmery oddechowe zaostrome, pokryte świstami, furczeniami; toż samo i po stronie lewej do stłumienia serca. Z tyłu po stronie prawej od szczyty do $\frac{1}{2}$ łopatki, a po lewej do grzebienia łopatki wypuk przytłumiony bębenkowy, także szmery oddechowe nieoznaczone, świsty, furczenia. Ciepłota ciała wieczorem 37.8° C, a zrana 37.5° C; waga ciała 47 kg. 50 dk; poty, dreszcze.

Badanie na prątki: Cz = $\frac{2}{1}$.

Gryzerynę stosowano przez 18 dni, t. j. od 20 II—10. III b. r. po 0,60 grm. dziennie. Chora wyżyła 10,8 grm. gryzeryny. W czasie stosowania tegoż leku gorączka wahała od 38,4° C — 39,1° C; silne poty, dreszcze, zaparcie stolca, brak zupełny apetytu, osłabienie bardzo znaczne i utrata na wadze o 1 $\frac{1}{2}$ kg. Stan ten ciągle utrzymywał się i nadal. Badanie płuc na dniu 28. III wykazało: W płucu prawym z przodu do 3-go żebra, a z tyłu do $\frac{1}{2}$ łopatki stłumienie, szmery oddechowe oskrzelowe, liczne rżenia dźwięczne; w płucu lewym z przodu do 4-go żebra wypuk przytłumiony bębenkowy, a z tyłu stłumiony do grzebienia łopatki, wdech i wydech także oskrzelowy, pokryty rżeniami.

9. M. L. lat 19, ogrodnik. Od tygodnia chory; poprzednio miał być zdrow. Choroba rozpoczęła się dreszczami, kluciem w piersiach, potami, ogólnym osłabieniem, łamaniem i bólami w nogach, bólem głowy; brak dziedzicznego obciążenia gruźliczego. Przyjęty na oddział 27. I b. r.

St. praes. Wypuk z przodu po całej prawej stronie przytłumiony bębenkowy, wdech i wydech silnie zaostromy, nieoznaczony, pokryty skąpymi furczeniami. Granica płuca prawego w linii sutkowej do dolnego brzegu 6-go żebara, w linii przykręgowej do dolnego brzegu 11-go żebra; ruchoma. Po całej stronie lewej z przodu do 4-go żebra, a z tyłu do 11-go żebra przytłumienie, a szmery oddechowe pokryte drobnymi rżeniami. Plwocina skąpa, śluzowo-ropa. Poty, kaszel. Ciepłota ciała wieczorem 37,8°. Apetyt dość dobry. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{2}{1}$.

W czasie spostrzegania klinicznego od 28. I—9. II b. r. gorączka wahała się między 37,8° C a 39° C, silne poty i dreszcze, kaszel i osłabienie. Dnia 9. II podano gryzerynę [0,5 dziennie] i stosowano ją przez 35 dni, t. j. do 16. III b. r. W całości chory zażywał 17,5 grm. gryzeryny. Waga ciała dnia 9. II wynosiła 40,5 kg. Przez czas podawania gryzeryny gorączka ciągle była bardzo wysoka, dochodziła do 39,8° C; pojawiały się rozplywne poty, kaszel uciążliwy, zaparcie stolca, zupełny brak apetytu. Waga ciała obniżyła się o 1 kg. Dnia 15. II stwierdzono rozpad płuca lewego do połowy łopatki, a prawego poniżej grzebienia łopatki. Po odstawieniu gryzeryny stan ogólny coraz bardziej się pogarszał. Badanie płuc dnia 27. III wykazało rozpad całego płuca lewego i górnej części [poniżej grzebienia łopatki] płuca prawego; również stwierdzono rozległe owrzodzenia na łukach podniebiennych, więzadłach krtańowych, silną biegunkę obok bardzo znacznego osłabienia i wyniszczenia. Chory zmarł 4-go kwietnia.

10. P. T. lat 68, żebraczka. Od dłuższego czasu kaszle, pluje, doznaje bólu w piersiach; siostra zmarła na gruźlicę płuc. Przyjęta na oddział 28.I.

St. praes. W szczytach obydwuch płuc wypuk stłumiony bębnekowy i także szmery oddechowe oskrzelowe, skąpe rzężenia, zresztą wypuk względnie jawnobębnekowy, a szmery oddechowe pokryte rozszaniami furczeniami i rzężeniami. Ciężota ciała pod wieczór 37.8° C; osłabienie znaczne, poty, kaszel, zaparcie stolca. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{1-4}{1}$.

W ciągu trzeczygodniowego spostrzegania klinicznego stan podgorączkowy, kaszel i skąpe odpluwanie. Dnia 15.II podano chorej gryzerynę [0,60 *pro die*] i stosowano ją przez 7 dni, t. j. do 22.II. Z powodu znacznego rozwolnienia i upadku sił odstawiono lek ten [chora wyżyła w całości tylko 3.5 grm. gryzeryny]. Chora zmarła 2.III. 1905, a oględziny pośmiertne wykazały obecność jam w szczytach płuc, postać guzkową gruźlicy w mięszu płucnym i owrzodzenia gruźlicze jelit.

11. R. S., lat 25 służąca. Odbyła poród przed 4-ma miesiącami; od trzech miesięcy dreszcze, duszność, kaszel, poty; dziedzicznie nie obciążona. Chora przybyła do szpitala 18.I.

St. praes. W szczytce prawym do 3-go żebra z przodu, a z tyłu do grzebienia łopatki przytłumienie; wdech i wydech oskrzelowy, drobne liczne rzężenia; zresztą wszędzie na klatce piersiowej wypuk jawny, szmery oddechowe zaostzone i skąpemi furczeniami pokryte. Ciężota 38° C. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{2}{\infty}$.

W czasie od 19.I — 15.II stan lekko podgorączkowy, a względnie ciężota ciała prawidłowa; kłucie w boku prawym, kaszel, krwioplucie. 15.II zaczęto podawać gryzerynę po 0,5 grm. dziennie; chora zażywała gryzerynę przez 24 dni i wyżyła w całości 12 grm. W czasie zażywania gryzeryny gorączka dochodziła pod wieczór 38.5° C, wystąpiło zaparcie stolca, brak apetytu; pojawiły się poty, dreszcze, kaszel i krwioplucie; chora na własne żądanie opuściła szpital. Badanie stwierdziło wówczas zajęcie szczytu płuca prawego z przodu do 3-go żebra, a z tyłu do 1/2 łopatki, tudzież zmiany ogniskowe rozsiane w obu płucach; w moczu ślad białka. Chora w ciągu zażywania gryzeryny straciła na wadze o 1 kgm. i na siłach bardzo podupadła.

12. S. H., lat 19, wyrobница. Przed trzema miesiącami odbyła poród; od miesiąca kaszle, pluje, poci się, ma rozwolnienie. Ojciec zmarł na gruźlicę. Przyjęta na oddział 17.II. 1905.

St. praes. Po całej stronie prawej klatki piersiowej wypuk przytłumiony bębnekowy, szmery oddechowe zaostzone, liczne drobne rzężenia; po lewej stronie z przodu do 4-go żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki stłumienie, szmery oddechowe oskrzelowe, liczne rzężenia. Waga ciała 47 kg. 30 grm.; ciężota ciała 38.5° C; apetyt dość dobry, rozwolnienie. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{10-12}{1}$.

Zaczęto podawać gryzerynę 17.II w ilości 0,6 grm. dziennie i stosowano ją przez 13 dni. Chora wyżyła 7,8 grm. gryzeryny. W czasie zażywania stan chorej ciągle się pogarszał, gorączka dochodziła do 39° C, — wystąpiło klucie w bokach, poty, dreszcze, kaszel, uporeczywy, rozwolnienie i bardzo znaczny upadek sił, tak iż 2.III b. r. gryzerynę odstawiono. Waga ciała w ciągu 13-u dni obniżyła się o 1 kg. 30 dk. Chora ze znacznem ogólnem pogorszeniem opuściła szpital 8.III.

13. D. J., lat 21 — słuchaczka filozofii. Od dłuższego czasu chora; kaszel, krwioplucie, dreszcze, obrzmienie gruczołów szyjnych; obciążenia dziedzicznego wykazać nie można. Przyjęta na oddział 19.I. 1905 z powodu krwotoku płucnego i ciepłoty ciała 38,4°.

Chorą z powodu krwotoku i krwioplucia można było badać dokładniej dopiero 18.II. 1905. W czasie spostrzegania klinicznego od 19.I — 18.II b. r. stan podgorączkowy, apetyt dość dobry, mierny kaszel; zaparcie stolca. Waga ciała w dniu 18.II wynosiła 41,5 kg., a badanie stwierdziło w szczycie prawym z przodu do 3-go żebra przytłumienie, szmery oddechowe nieznaczne, ze skąpemi rżęczeniami, a z tyłu do grzebienia łopatki stłumienie, wdech i wydech oskrzelowy, rżenia. Chorej podawano 0,60 gryzeryny na dzień od 18.II — 2.III b. r., t. j. przez 12 dni [w całości 7,2 grm.]. Wkrótce wystąpiły poty, rozwolnienie, silny opad sił, brak apetytu, kaszel i gorączka z charakterem typu odwrotnego (*typus inversus*), przyczem ranne ciepłoty dochodziły do 39° C, a wieczorne do 38,4° C. Dnia 2.III stwierdzono w płucu prawem rozszerzenie się sprawy chorobowej do połowy łopatki, tudzież rżenia w płucach obu. Z powodu zwiększenia się gorączki, silnych potów, kaszlu, zupełnej utraty apetytu i ubytku ciężaru ciała o 1 kg., odstawiono gryzerynę dnia 2.III b. r. Chora pozostawała jeszcze w leczeniu szpitalnem przez 2 tygodnie, a wówczas można było zauważyć u niej wzmoczenie się apetytu, mniejszą gorączkę i powolne przychodzenie do sił, tak iż mogła dnia 15.III opuścić szpital i udać się w góry. W dwa tygodnie potem — jak się dowiedziałem — chora zmarła w Zakopanem.

14. K. E., lat 19, wyrobница. Od 9-u miesięcy kaszel, poty, dreszcze. Matka zmarła na suchoty. Chora przybyła do szpitala 11.II b. r.

St. praes. W płucu prawym z przodu w szczycie do 3-go żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki wypuk przytłumiony, szmery oddechowe oskrzelowe, rżenia. W szczycie płuca lewego jama; tamże wdech i wydech amforyczny, liczne dźwięczne rżenia średniobańkowe. Ciepłota ciała 39° C; poty rozplywne, dreszcze, kaszel. Waga ciała 40 kg. Badanie na prątce: Cz = $\frac{5-6}{1}$.

Podawano chorej gryzerynę 0,5 grm. dziennie przez 26 dni, t. j. od 12.II do 10.III b. r. Chora lek ten znosiła niekorzystnie; gorączka ciągle dochodziła wieczorem do 39° C, silny kaszel, obfita plwocina, poty, dreszcze, rozwolnienie, bardzo znaczny ubytek sił i na wadze. Chora w ciągu 26-dniowego stosowania gryzeryny straciła 2 kg. na wadze; gryzeryny wyżyła 13 grm.

15. S. R., lat 20, wyrobница, przyjęta do szpitala 9.II. r. 1905. Od miesiąca chora; kaszel, dreszcze, poty, klucie w szczycie prawym; nie obciążona.

St. praes. 10.II. W szczycie prawym z przodu przytłumienie, nieliczne rżenia, świsty; z tyłu od szczytu aż do połowy łopatki stłumienie, szmery oddechowe pokryte dość licznymi drobnymi rżeniami.

W płucu lewym z przodu i z tyłu wypuk przytłumiony bębnowy, szmery oddechowe zaostrome, pokryte skąpymi rżeniami. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{3}{1}$.

Ciepłota ciała wieczorem 38.1° C, zrana 37.6° C; odżywienie dobre; waga ciała 35 kg; kaszel silny, odpluwanie skąpe. Chorej podawano gryzerynę w ilości 0,50 grm. dziennie od 10.II — 10.II, a następnie w ilości 0,60 grm. dziennie od 20.II — 10.III; w całości wyżyła chora w ciągu 28-u dni gryzeryny 15.8 grm.

Chora nie znosiła gryzeryny; ubył jej na wadze 1 kg. 50 dkg. gdyż ciężar ciała dnia 20.II wynosił 33 kg. 70 dkg., a dnia 12.III — 32 kg. 20 dk.; straciła zupełny apetyt; dreszcze i poty ciągle się utrzymywały; ciepłota ciała wahała między 38 — 38.5° C; silny kaszel, odpluwanie skąpe, zaparcie stolca. Badanie płuc w dniu 10.III wykazało: z przodu w szczycie prawym do 3-go żebra wypuk stłumiony, szmery oddechowe oskrzelowe, liczne rżenia drobne i średniobańkowe; z tyłu w płucu prawym od szczytu do połowy łopatki stłumienie, szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte dość licznymi rżeniami; zresztą w płucach wypuk jawnobębnowy, a szmery oddechowe zaostrome i pokryte świstami. Gryzerynę odstawiono z powodu znacznego pogorszenia ogólnego stanu chorej i wychudnienia.

Z powyżej przytoczonych historii chorób wynika, iż gryzerynę stosowano w 15-u przypadkach gruźlicy płuc [4 m. 11 k.]. U wszystkich chorych oprócz zmian fizykalnych stwierdzono przed rozpoczęciem doświadczeń w płwocinie obecność prątków Koch'a metodą ZIEHL NEELSON'a. W 6-u przypadkach [6 k.] można było stanowczo wykazać obciążenie gruźlicze dziedziczne.

Na 15 przypadków [4 m. 11 k.] gruźlicy płuc w 2-ch przypadkach u kobiet [Nr. 1 i 2] zauważono bezsprzecznie wpływ korzystny gryzeryny; w jednym przypadku u kobiety [Nr. 3] nieznaczne polepszenie; w jednym przypadku u mężczyzny [Nr. 4] nieznaczne pogorszenie; zresztą w 11-tu przypadkach [3 m. 8 k.] bardzo znaczne i szybkie szerzenie się sprawy choroby. Gryzeryny dostarczyła fabryka PAUL'A CAMPHAUSEN'a w Berlinie; stosowano ją albo w jednorazowej dawce dziennej 0,50 grm. na czczo zrana przed śniadaniem lub też w dawce dziennej 0,60, podając jedną połowę, t. j. 0,30 grm. przed śniadaniem, a drugą połowę we dwie godziny po kolacji przed spaniem; w 2 przyp. [2 k. Nr. 1 i 2] najpierw 0,5 grm., a później tylko 0,3 grm. dziennie. Wogóle spotrzebowano do doświadczeń 194,3 grm. gryzeryny.

Najkrótszy okres leczenia gryzeryną wynosił 7 dni, najdłuższy — 63 dni; wogóle zaś podawano gryzerynę:

w 1-ym przypadku	7 dni
„ 2-u przypadkach	od 12 — 15 dni
„ 3-ch „	„ 15 — 20 dni

„ 3-ch przypadkach	„	20 — 25 dni
„ 2-u	„	25 — 30 dni
„ 2-u	„	30 — 35 dni
„ 2-u	„	60 — 63 dni,

przyczem czas pobytu chorych w szpitalu, a tem samem i okres spostrzegania klinicznego wynosił najmniej 19 dni, najdłużej 64 dni, a przeciętnie 50 dni. Ogólna najmniejsza dawka gryzeryny wynosiła 3,5 grm., a najwyższa 28 grm.— zresztą

w 3-ch przypadkach (3 k.)	podano	7 — 9 grm.
„ 6-u	„ (2 m., 4 k.)	„ 10 — 15 grm.
„ 3-ch	„ (2 m., 1 k.)	„ 15 — 20 grm.
„ 1-ym przypadku (1 k.)	„	25 grm.

Wiek odnośnych chorych wahał się między 19-ym a 68-ym rokiem życia, a mianowicie:

w 9-u przyp. (2 m., 7 k.)	od 19 — 25 lat
„ 5-u	„ (2 m., 3 k.) „ 25 — 35 lat
„ 1-ym	„ (1 k.) 68 lat,

a czas trwania poprzedniej choroby od tygodnia [po influency] do 2-ch lat; przeciętnie jednak od pół roku do roku.

Niekorzystne działanie gryzeryny w tak przeważnej części na chorych ujawniło się brakiem apetytu, widocznym już po zażyciu kilku proszków gryzeryny, tudzież pojawieniem się gorączki i rozplywnych potów. Czynniki te wpływały bardzo znacznie na wyniszczenie chorych. Zawsze prawie, bo w 13-u przypadkach, można było zauważyć podczas zażywania gryzeryny zaparcie stolca; w 2-ch tylko znaczniejszą biegunkę. Również we wszystkich przypadkach—oprócz Nr. 1-go i 2-go—można było stwierdzić szybki ubytek na wadze u chorych, którym podawano gryzerynę, przyczem różnica w ciężarze ciała wynosiła od 1-go kgm. do 3-ch kgm. W dwóch przypadkach korzystnego działania gryzeryny u kobiet (Nr. 1 i Nr. 2) przybytek na wadze był względnie nieznaczny, skoro u kobiety Nr. 1 wynosił 1 kg. 10 dkg., a u kobiety Nr. 2 zaledwie 60 dkg. Kaszel był ciągły; odpluwanie skąpe. To też na podstawie naszego doświadczenia klinicznego nie możemy polecać gryzeryny, jako środka leczniczego w gruźlicy płuc.

L I T E R A T U R A.

- 1) KÜSTER. Ueber erfolgreiche Behandlung der Schwindsucht u. anderer schwerer Infections-Krankheiten durch ein neues inneres Desinfectionsmittel „Griserin“. Berl. klin. Woch. 1904. N. 43.
- 2) Dr MAHNER MONS. Ueber Griserinbehandlung. Aesculap. Beiblatt der „Allgemeinen deutschen Universitätszeitung“. 1904. Grudzień.
- 3) DENEKE. Wiener klin. therap. Woch. 1905. N. 6.
- 4) RITTER. Wiener klin. therap. Woch. 1905. N. 6.
- 5) BRÜHL. Ueber Erfahrungen mit Griserin bei der Behandlung der chronischen Lungentuberculose. Münch. med. Woch. 1905. N. 8.
- 6) HILDEBRANDT. Ueber neuere medicamentös-therapeutische Bestrebungen. Münch. med. Woch. 1905. N. 1.
- 7) PETRUSCHKY. Berl. klin. Woch. 1904. N. 50.
- 8) FRIEDBERGER et OTTINGER. Versuche über die Wirkung des Griserins. Berl. klin. Woch. 1905. N. 7.

O działaniu teocyny (teofiliny) w chorobach serca i nerek.

Napisali

dr J. Pawiński, ordynator i dr Jadwiga Korzon, asystent oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

Podnieść tu winniśmy, iż w niektórych przypadkach ciężkich opuchlin, zwłaszcza zależnych od cierpienia nerek, teocyna wyświadczała nam wielkie usługi i to tam, gdzie różne środki sercowe i moczopędne odmawiały swego działania.

Wogóle możnaby rzec, iż w obrzękach pochodzenia nerkowego, teocyna okazała się skuteczniejszą, niż w obrzękach, zależnych od cierpienia serca. Białkomocz nie stanowi przeciwwskazania do użycia teocyny: w tych nawet przypadkach, w których diureza nie uległa pod wpływem teocyny zmianie, nie byliśmy w stanie zauważyć niekorzystnego jej wpływu na białkomocz. Potwierdzają to i badania dra Ach'a, który, po zastrzyknięciu do żył teocyny, nie znajdował w nerkach żadnych zmian makroskopowych, ani mikroskopowych.

Podczas badań naszych nad działaniem teocyny, zauważyliśmy kilkakrotnie, iż choć nie osiągnęliśmy zwiększenia diurezy, zyskaliśmy jednak poprawę w oddychaniu. Chorzy czuli się jakby pokrzepieni na siłach, mniej narzekali na duszność, serce jednocześnie energiczniej czynność swą spełniało, tętno wzmagало się, stawało się więcej napięte. Okoliczność ta zachęciła nas do stosowania leku, o którym mowa, nie tylko w przypadkach zaburzeń cyrkulacyjnych z obrzękami, lecz i w tych, w których mieliśmy do czynienia z osłabieniem, niedomogą mięśnia sercowego. I rzeczywiście nadzieje nasze uwieńczone zostały pomyślnym rezultatem. Teocyna okazała się bardzo skuteczną w usuwaniu duszności, zapobieganiu napadom dychawicy sercowej, zależnych od zwyrodnienia włóknistego lub tłuszczowego mięśnia sercowego (*myocarditis fibrosa, deg. adiposa*).

Do tej kategorii należeli chorzy, dotknięci miażdżycą tętnic w okresie hipostenii [rozszerzenie lewej komórki, niedostateczność zastawek serca: dwudzielnej, lub półksiężycowych aorty], dalej chorzy z cierpieniem nerek, zwłaszcza śródmiąszowem, lub mieszanem, pacjenci, dotknięci rozedmą płuc w okresie poczynającej się niedomogi komory lewej. Wielkiej ulgi doznawali też cierpiący na dusznicę bolesną, lecz tylko ci, u których, obok bólów stenokardyalnych, występowała duszność, a więc kiedy niedomoga komory lewej stawała się już widoczną.

W przypadkach powyżej wymienionych, które dotyczyły przeważnie osób w wieku starszym [częściej mężczyzn, rzadziej kobiet], stosowaliśmy albo samą tylko teocynę [2—3 razy dziennie po 0,18—0,3 *pro dosi*], albo też z dodatkiem naparstnicy, niekiedy zaś kamfory, odpowiednio do indywidualnych wskazań.

Co się tyczy ubocznych działań leku, to u kategorii osób, o których mowa, nawet u kobiet, występowały one bez porównania rzadziej, aniżeli u chorych młodszego wieku. Tłómaczy się to mniejszą wrażliwością całego układu nerwowego w wieku starszym, słabszym odczynem na podniecające działanie teocyny.

Z przytoczonego tylko co wnioskujemy, iż teocyna, oprócz swego moczo-pędnego działania, posiada jeszcze pewien wpływ tonizacyjny na serce i naczynia.

O ile nam wiadomo, dotychczasowe prace kliniczne o teocynie nie wspominają o tym wpływie, nawet większa część autorów wyraźnie zaznacza, iż lek ten żadnego działania na układ krwionośny nie wywiera. Czy ten wpływ dochodzi do skutku drogą podniecenia, tonizacji ośrodka naczynio-ruchowego, lub ośrodków obwodowych, czy też drogą oddziaływania wprost na włókna mięsne serca, lub naczyń—tego nie bylibyśmy w stanie stanowczo rozstrzygnąć. Na mocy jednak analogii, jaka zdaje się zachodzić pomiędzy działaniem teocyny i kofeiny na układ krwionośny, należy wnosić, że oba powyższe czynniki należy mieć na względzie przy objaśnianiu wpływu teocyny na krążenie krwi. Prawdopodobnie raz pierwszy, to znowu drugi czynnik bierze górę, zależnie od dawki leku, od okresu zaburzeń cyrkulacyjnych i od indywidualnych właściwości chorego.

Jeśli teraz zapytanoby nas, jakie zdanie wyrobiliśmy sobie o istocie działania teocyny, to streścilibyśmy je w następujący sposób: pod względem swego podniecającego działania na układ krwionośny, nerwowy i mięśniowy teocyna zbliża się więcej do kofeiny, niż do teobrominy. Co do stopnia działania ustępuje jednak miejsca kofeinie. Przewyższa zaś tę ostatnią pod względem działania moczo-pędnego.

Co się zaś tyczy stosunku teocyny do teobrominy [diuretyny, aguryny], to pierwsza przewyższa drugą pod względem oddziaływania podniecającego na układ krwionośny i nerwowy, odnośnie zaś do wpływu diuretycznego powiedzieć można, że teocyna w pewnej mierze dorównywa teobrominie, niekiedy nawet ją przewyższa, a w pewnej mierze jej ustępuje; działa prędzej gwałtowniej, lecz zato krócej. Ubocznych wpływów posiada teocyna więcej, niż teobromina.

Z trzech ciał, należących do grupy dymetylksantynów, pozostało jeszcze jedno, t. j. paraksantyna do wypróbowania klinicznego. Z doświadczeń, robionych na zwierzętach [ACH, DRESSER] wypada, że posiada ona dość silne działanie moczo-pędne, może nieco słabsze niż teocyna, lecz zato trwalsze. Jeśli okaże

się jeszcze, że wpływa mniej podniecająco na układ nerwowy, aniżeli teocyna, w takim razie mogłoby zająć w przyszłości pierwszorzędne miejsce pomiędzy lekami moczopędnymi.

D o z o w a n i e:

a) **T e o c y n a**—*Theocinum purum*—słabo rozpuszcza się w wodzie; najlepiej podawać ją w proszkach po 0,15 — 0,25 grm. dwa — 3 razy dziennie, lub też w pastylkach [BAYER'a], z których każda zawiera 0,1 grm. teocyny.

Z powodu łatwiejszej rozpuszczalności lepiej przepisywać podwójną sól:

b) *Theocinum natrio - aceticum*, która mniej drażni kanał pokarmowy. Można ją podawać w większej dawce, niż czystą teocynę, ponieważ zawiera tylko 59,6% teocyny, a więc 0,3—0,5 grm. *pro dosi* 2 — 3 razy dziennie, w proszkach, lub w postaci pastylek, zawierających po 0,25 grm. *Th. nat. acet.* W każdym razie dla łatwiejszej rozpuszczalności dobrze jest po wzięciu proszku wypić pół szklanki wody, lub ciepłej herbaty. Niektórzy radzą—w celu uniknięcia zadrażnienia żołądka—zażyć przed każdym użyciem teocyny 5 do 15-u kropeł z następującej mieszaniny: *Menthol. 0,1 + Trae corticis aurantiorum 15,0.*

STROSS zaleca w tymże samym celu dodawanie beladony do teocyny:

Rp. Theocini 0,25 (—0,3)

Extr. Belladonae 0,005—0,01

Mfp. d. tal. dos N. X. S. 2—3 razy dziennie po 1 proszku.

Wrazie znacznego podrażnienia żołądka, można stosować teocynę w czopkach z kakao w dawce, jaka przepisywana bywa do wewnętrznego użycia, lub też w nieco większej ilości.

Przedewszystkiem zaś należy pamiętać aby nie podawać leku, o którym mowa, na czczo.

Dla uniknięcia objawów pobocznych ze strony układu nerwowego, DRESSER zaleca dodawanie hedonalu do każdej dawki teocyny w ilości 0,5 grm.:

Rp. Theocini 0,2

Hedonal. 0,5

M. f. p. d. tal. dos N. X. 3—4 razy dziennie po 1 proszku.

SCHLESINGER radzi w tymże celu łączenie teocyny z naparem z gorzykwia-
tu wiosennego:

Inf. adonid. vernalis 5,0—180,0

Theocini 0,6 (—1,0)

Syrup. simplicis 40,0.

MDS. Wyżyć w ciągu 24-ch godzin,

lub *Herb. adonid. vernalis*

dialysat. Golaz 2,0

Theocini 0,6 (—1,0)

Syrup. cort. aur. 20,0

Aq. destill. 200,0.

MDS. Wyżyć w ciągu 24-ch godzin.

Bardzo pomyślne rezultaty otrzymywaliśmy niekiedy, łącząc teocynę z narparstnicą, zwłaszcza w tych przypadkach, w których obok objawów niedomogi serca istniała niemiarowość tętna. Dotyczy to głównie zwężenia ujścia żyłne-

go lewego, jak również niektórych postaci zwyrodnienia mięśnia sercowego, występującego w wieku starszym, z charakterem astenicznym. W tym ostatnim przypadku dodawaliśmy oprócz naparstnicy i kamforę:

Rp. Theocini natrio-acetici 0,3—0,5 grm.

Pulver. digitalis 0,06—0,10 grm.

M. f. pulvis d. t. dos. N. XII in caps. amyl.

S. 3 razy dziennie po 1 proszku.

Rp. Theocini natrio-acetici 0,3—0,05 grm.

Pulv. digitalis 0,06—0,10 grm.

Camphorae tritae 0,03—0,06 grm.

M. f. pulvis d. t. doses N. XII in caps. amylac.

S. 3 razy dziennie po 1 proszku.

Dla uniknięcia bezsenności, jaką często teocyna, podobnie jak kofeina, sprowadza, nie należy jej podawać późno wieczorem, wogóle zaś trzymać się zasady, aby rozpoczynać od mniejszych dawek, a dopiero później, w miarę dobrego znoszenia przez organizm, przepisywać ją w większej ilości.

Teocynę stosowano także w praktyce dziecięcej w chorobach serca i nerek—dla usunięcia obrzęków.

Ze względu na wielką wrażliwość układu nerwowego u dzieci, należy podawać ją z początku w małej ilości. Za najodpowiedniejszą dawkę uważalibyśmy 0,02—0,05 grm. czystej teocyny, 3—4 razy dziennie, stosownie do wieku dziecka. *Theocini natrio-acetici*: 0,04—0,10 grm. 3—4 razy dziennie.

W klinice prof. BAGIŃSKIEGO w Berlinie [B. GUTMANN] ²²⁾, zalecano dzieciom od 4-letnich do 9-letnich, jakoby z doskonałym rezultatem, znacznie większe dawki, a mianowicie 0,3 grm. 2—3 razy dziennie, a więc podobne, jak u dorosłych. Nie radzilibyśmy jednak kolegom naśladować podobne heroiczne dawki! Sam mogłem przekonać się o groźnych następstwach pobudzającego działania teocyny [drgawki, wymioty, *tachycardia*] u 4-letniego dziecka, któremu zapisało po 0,1 grm. czystej teocyny 3—4 razy dziennie.

LOEWENMEYER ²³⁾ podawał 10-letniej pacjentce, dotkniętej niedomykalnością zastawki dwudzielnej w okresie utraty zrównoważenia [obrzęki nóg, twarzy], teocynę w dawce 0,1 grm. w postaci tabletek 3, niekiedy nawet do 5—6 razy dziennie z bardzo dobrym wynikiem. Najrozmaitsze środki sercowe i moczopędne, jak: *digitalis*, *scilla*, *coffeinia*, *diuretina*, a nawet kalomel podawane przed teocyną nie były w stanie usunąć puchliny. Dobowa ilość moczu wzrosła się już po upływie 24-ch godzin z 2½ litra do 3½ litra. Po 7-u dniach stosowania leku—przy średniej diurezie 2 litr.—obrzęki znikły zupełnie. Chora w ciągu 8-u miesięcy w pewnych odstępach czasu wyżyła 400 tabletek po 0,1 grm. teocyny.

Już po napisaniu niniejszej pracy dowiedzieliśmy się o rozprawie AUG. GAUTHERIN'a ²⁴⁾, o działaniu kofeiny i teocyny. Na mocy swych własnych doświad-

czeń na zwierzętach, jak również wyników prac prof. PUCHET'a i CHEVALIER nad działaniem teocyny, autor dochodzi do wniosków, bardzo zbliżonych do naszych, otrzymanych drogą spostrzeżeń klinicznych. Dotyczy to przede wszystkim wpływu teocyny na układ krwionośny wogóle, a zwłaszcza na mięsień serca.

L I T E R A T U R A.

- 1) WILCHELM TRAUBE. Der synthetische Aufbau der Harnsäure, des Xanthins, Theobromins, Theophyllins aus der Cyanessigsäure. Berichten der deutschen Chem. Gesellschaft. 1901. XXXIII, pag. 3052.
- 2) A. KOSSEL. Ueber das Theophyllin, einen neuen Bestandtheil des Tees. Zeitschrift für physiologische Chemie. 1899. XIII, pag. 298.
- 3) N. ACH. Ueber die diuretische Wirkung einiger Purinderivate. Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie. Bd 44. 1900.
- 4) Prof. DRESSER. a) Physiologisches Correferat und physiologische Albuminurie. Vortrag geh. i d. Gesellsch. Deutsch. Naturforscher und Aerzte. Karlsbad Sept. 1902.
b) Versuche ueber die Theocindiurese am gesunden Menschen. Berliner klin. Wochenschr. 1903. N. 43.
- 5) Prof. MINKOWSKI. Ueber Theocin (Theophyllin) als diureticum. Therapie der Gegenwart. 1902, pag. 490.
- 6) SCHLESINGER. Bemerkungen ueber die Wirkung des Theocins. Therapie der Gegenwart. 1903. N. 3.
- 7) ALLARD. Ueber Theocinvergiftung. Deutsches Archiv für klin. Med. T. 80. Z. 5, 6.
- 8) OSKAR STROSS. Ueber die diuretische Wirkung des Theophyllins. Wienerklin. Rundschau. 1903.
- 9) A. J. DWUŻYLNJ. K moczegonomu diejstwu Teocyna. Russkij Wracz. 1904. N. 11.
- 10) MAX HACKL. Nebenwirkung von Theocin. Therapie der Gegenwart. 1904.
- 11) MEINERTZ. Ueber die diuretische Wirkung des Theocins. Therapeutische Monatshefte. 1903.
- 12) DÖRING. Theocin ein neues Diureticum. Münch. med. Woch. 1903. N. 9.
- 13) KRAMER. Ueber die diuretische Wirkung des Theocins. Münch. med. Woch. 1903. N. 13.
- 14) LÉVY. Therapeutische Versuche mit Theocin. Ung. med. Presse. 1903.
- 15) STEIN. Das Theocin als diureticum. Prag. med. Woch. 1903. N. 16.
- 16) MISES. Kilka uwag o teocynie. Przegląd Lek. 1903. N. 35. Heilkunde. 1903. N. 12.
- 17) THIENGER. Theocin als diureticum. Münch. med. Woch. 1903. N. 30.
- 18) DEVARS. Essai d'étude physiologique et therapeutique sur la Théophylline ou Théocine. Lyon. 1903.
- 19) DE MARCHIS. Azione fisiologica e terapeutica della Teocina. Bollet. della Accadem med. di Roma. Fasc. VIII. 1903.
- 20) CHEVALIER et POUCHET. Notes sur la coffeine et la theophylline. Société de Thérapeutique de Paris. Revue de Thérap. méd. Chir. 1903. N. 20.
- 21) GARNIER. A propos de la Theocine et de sou action diurétique. Société de med. de Nancy. Revue de méd. de l'Est. 1903. N. 18.
- 22) B. GUTMANN. Archiv für Kinderheilk. 1904. N. 34.
- 23) L. LOEWENMEYER. Zur Anwendung des Theocins in der Kinderpraxis (die Therapie der Gegenwart. Berlin. 1904. Z. IV.
- 24) AUGUSTE GAUTHERIN. La Coffeine et la théocine, leur action élective sur le système musculaire, leurs inconvenients, leurs dangers. Paris. 1905.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

61. K. Alt. O leczeniu nieustającego napadu padaczkowego (status epilepticus).

Jeżeli między jednym napadem padaczkowym, a drugim chory przychodzi do przytomności, mówimy wówczas o szeregu napadów padaczkowych. Przeciwnie, jeżeli jeden napad padaczkowy bezpośrednio przechodzi w drugi, kiedy więc cały szereg napadów stanowi niejako jeden nieustający napad, wówczas mamy do czynienia z t. zw. stanem padaczkowym *status epilepticus* (*etat de mal épileptique*). Podczas gdy szereg oddzielnych napadów padaczkowych nawet bez pomocy lekarskiej zwykle przechodzi pomyślnie, nieustający stan padaczkowy, przeciwnie, poważnie zagraża życiu, jeżeli w swoim czasie pomoc nie będzie udzielona. Autor protestuje przeciwko powszechnie przyjętemu pogładowi o bezsilności naszych zabiegów w padaczce i na zasadzie spostrzeżeń na tysiącach chorych twierdzi, że conajmniej w 10% wszystkich przypadków może być osiągnięte wyleczenie, w 50% zaś — bardzo znaczna poprawa. Co się tyczy momentów etyologicznych, mogących wywołać *status epilepticus*, autor zwraca przedewszystkiem uwagę na zaparcie stolca i zaburzenia żołądkowe. U wszystkich więc chorych lub skłonnych do padaczki osób należy zwrócić baczną uwagę na uregulowanie diety i trawienia. Chorzy na padaczkę skłonni są do ruchowej niedomogi kiszek oraz silnego rozkładu pokarmu w kiszkaach; jako środek zapobiegawczy przeciwko samozatruciu produktami rozkładowymi, autor często stosuje kalomel. Wdalszym rzędzie do momentów etyologicznych zaliczyć należy: nadużycie wyskoku, który zwiększa skłonność do drgawek, używanie morfiny, silne podrażnienia nerwowe wszelakiego rodzaju, nadużycia pićowe, podrażnienia ciepłikowe. Do czynników, mogących wywołać *status epilepticus*, należy, według autora, również raptowne zaprzestanie podawania choremu bromu oraz uprzednie leczenie jodem.

Przy leczeniu *status epilepticus*, należy przedewszystkiem mieć na względzie, jak to wynika z rozważenia momentów etyologicznych, oczyszczenie kiszek i możliwe usunięcie wszelkich drażniących bodźców zewnętrznych. Ze środków farmaceutycznych najwięcej używane są: brom, wodań chloralu (*Chloralhydrat*), wodań amyleny (*Amylenhydrat*), dormiol, opium i chloroform. Wewnętrzne stosowania jednakże tych środków autor radzi o ile możności unikać, a to ze względu na niebezpieczeństwo narażenia chorego na zakrzuszenie się; zaleca natomiast stosowanie ich *per rectum*. Do wlewań z bromu autor stosuje roztwór bromku sodu z 8,0 : 100,0. Wogóle jednakże wlewania z bromu tylko wówczas przynoszą szybką pomoc, jeżeli chory nie jest przyzwyczajony do bromu, lub jeżeli przed napadem raptem zaprzestał go używać. Działanie następuje szybciej i pewniej, jeżeli do tych wlewań dodać jeszcze 2,0 wodań chloralu. Już po upływie 15-u mniej więcej minut natężenie i liczba drgawek zmniejsza się; po upływie $\frac{1}{2}$ godziny działanie występuje jeszcze wyraźniej; w razie niedostatecznego działania, można jeszcze zrobić jedno wlewanie z wodań chloralu [2,0 : 100,0 wody z dodatkiem *gunni arab*]. Więcej niż 4,0 wodań chloralu autor nie stosuje z obawy szkodliwego wpływu na serce. Wogóle środek ten bez wahania można stosować tylko u osób z silnem tętnem. W innych zaś przypadkach należy stosować wodań amyleny, zalecany przez WILDERMUTH'a. Autor początkowo stosował ten środek w postaci podskórnych lub śródmięśniowych wstrzykiwań 1-ej do 5-u strzykawkę roztworu 1 : 3 *Aq. dest.* Działanie

występuje szybko, mniej więcej po upływie 10-u minut; ze względu jednakże, iż nawet ukłucie igłą niekiedy wywołuje nowy napad, autor woli stosować ten środek *per rectum* w postaci wlewań roztworu z 3,0 — 6,0 : 100,0; po uływie 1-ej — 2-ch godzin wlewanie takie można powtórzyć. Działanie następuje wprawdzie powolniej, niż to bywa przy zastrzykiwaniu, jednak trwalsze. Zupełnie tak samo i w takich samych dawkach, jak wodan amyleny, działa dormiol, który należy stosować podczas *status epilepticus* u chorych, przyzwyczajonych już do wodanu amyleny. W razie zbytnej drażliwości kiszeki stolcowej, należy stosować wlewania z krochmalu z dodatkiem 1,0 — 2,0 *Trac opii*; niekiedy samo tylko takie wlewanie, a jeszcze lepiej w połączeniu z zastrzykiwaniem amyleny szybko przerywa *status epilepticus*. U małych dzieci zwykle do wlewań krochmalu dodaje się 10 — 15 kropel nalewki makowcowej. Wrazie słabej działalności serca do wszelkich wlewań dobrze jest dodawać 10 — 15 kropel *Trac strophanti*. Jakkolwiek przy pomocy wzmiankowanych środków w większości przypadków udaje nam się zapobiedz dalszemu występowaniu drgawek i zapewnić zmęczonemu choremu spokojny i długi sen, w wyjątkowych jednakże razach wzmiankowane środki pozostają bez skutku i w tych właśnie razach pozostaje nam uspienie chloroformowe. Zwykle, jak to zauważył TROUSSEAU w r. 1860, dostatecznym jest lekkie odurzenie, aby zmniejszyć napady, które jednakże występują napowrót po usunięciu maski. Dlatego też autor zaleca podczas uspienia, raczej odurzenia chloroformowego, trwającego $\frac{1}{2}$ do 1 godziny, stosować wlewanie amyleny, który zaczyna działać po ustaniu działania chloroformu. Z innych zabiegów autor wzmiankuje o zimnych kąpielach lub oblewaniach, które są wskazane przy znacznie podniesionej ciepłocie. U osób pełnokrwistych zaleca upusty krwi z następczem podskórnym wlewaniem fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

Wzmiankowane powyżej leczenie, zdaniem autora, może być również stosowane w napadach eklampsyi u ciężanych i dzieci.

(*München. mediz. Wochensft. 1905. N. 13*).

W. Breszel.

62. L. Zumbusch. Dwa przypadki „pemphigus vegetans“ z rozwojem guzów.

Autor opisuje dwa przypadki *pemphigus vegetans*, obserwowane w Wiedeńskiej klinice dermatologicznej, wyróżniające się z pośród innych opisywanych przypadków nadmiernym rozwojem guzów i niektórymi zmianami we krwi.

Przypadek I dotyczy 46-letniego mężczyzny, przyjętego do kliniki w 1899 r. Jest to mężczyzna mały, słabowity, znośnie odżywiony, mający duży garb na plecach (*kyphoscoliosis*).

W okolicy pępka widać na skórze ognisko wielkości dłoni, cokolwiek wystające nad powierzchnią skóry. Ognisko to składa się z pokrytych zmętniałym naskórkiem wybijalności, podzielonych przez liczne bródzy na wzniesienia brodawkowe. Naokoło ogniska znajduje się wygórowany pierścień z naskórka, a zanim obwódka zapalna. Na brzegach ogniska znajdują się w znacznej liczbie pęcherze obwisłe, różnej wielkości, z zawartością ropną. W okolicy ciemienia, prawego ucha i potylicy widać miejsca zaczerwienione, moknące, z naskórkiem poukładanym w strzępy. Na dolnej wardze, w jamie ustnej, na podniebieniu znajdują się ogniska bez nabłonka, zaczerwienione, z ropną wydzieliną na powierzchni. W okolicy lewej pachwiny, moszny i wewnętrznej powierzchni lewego uda znajdują się podobne ogniska, jak około pępka, tylko mniejsze. Rozpoznano *pemphigus vegetans*.

Po dwu tygodniowym pobycie chory wypisał się z kliniki i wrócił dopiero po 4-ch latach. W ciągu 3-ch lat pobytu w domu stan chorego powoli

pogarszał się, gdyż od czasu do czasu zjawiały się nowe pęcherze i rozrastały się wspomniane ogniska. Przed rokiem nie tylko że nie było świeżych erupcyi, lecz i część poprzednich znikła. We wrześniu 1903 r. znowu powstawać zaczęły na skórze pęcherze w różnych miejscowościach i stan chorego pogorszył się o tyle, że chory zapisał się do kliniki.

Obraz zmian był następujący. Na ciemieniu i na potylicy różnej wielkości ogniska, okrągłe, to pojedyncze, to zlewające się, pokryte zmętniałym naskórkiem lub pozbawione jego, ze skłonnością ku bujaniu, przy dotykaniu tłustawe, z wydzieliną mocno cuchnącą. Podobne ogniska widać na podbródku, u kąta ust, na miękkim i twardym podniebieniu. Język znacznie powiększony we wszystkich rozmiarach, bez objawów zapalnych; powierzchnia górna pocięta, miejscami rozpadająca się, miejscami pokryta stożkowatymi rozrostami.

Na tułowiu pod garbem znajduje się ognisko wielkości dłoni. Brzeg ogniska z jednej strony tworzą niewielkie pęcherze i krosty, z drugiej wygórowana warstwa naskórka. Prawie dokoła pierścień zaczerwienionej wilgotnej skóry. Środek ogniska rozpadający się, z cuchnącą wydzieliną, lub zawierający liczne drobne pęcherzyki i krostki. Podobne, lecz mniejsze ogniska znajdują się w bardzo wielkiej liczbie na obydwóch przedramionach, na stawach namięstkowych, oraz w okolicy prawego barku.

Skóra na dloniach i podeszwach bardzo zgrubiała, wilgotna. Na gołeniach i grzbietach stopowych obfite ogniska z pęcherzykami i bujaniem naskórka.

Bardzo liczne, w różnych stopniach rozwoju wykwitły znajdują się w obydwóch zgęszczeniach pachwinowych, około narządów płciowych i otworu stolcowego; starsze — więcej suche otoczone pierścieniem wygórowanego naskórka, świeższe — więcej czerwone i moknące. W lewej pachwinie i koło przedniej górnej ości znajdują się wprost guzy nowotworowe w postaci spłaszczonych rozrostów. Mniejsze są to wyniosłe, stożkowate, miękkawe wyrosty, wielkości od $\frac{1}{2}$ — 1 cm., połączone w grupy. Większe mają postać guzów, rozpadających się, z cuchnącą wydzieliną. Z tych ostatnich wyróżnia się jeden guz w lewej pachwinie wielkości orzecha, skądający się z mnóstwa brodawkowych wyrostków, między którymi szpary są wypełnione tłustą, cuchnącą wydzieliną. Nóżka tego guza jest tak cienka, że guz z łatwością można kręcić dokoła. Krew przedstawia się w następującym stanie: Hemoglobiny, 85%; czerwonych ciałek w mm. sz. 4,744,000, białych 17,130. Stosunek poszczególnych postaci białych ciałek: limfocyty — 24,2%, duże jednojądrowe 4,4%, polimorfne komórki — z grubą eozynofilową ziarnistością 15,1%, z neutrofilową ziarnistością 55,7%; Mastzellen 0,6%.

Stan chorego podczas pobytu w klinice do początku maja 1904 r. był prawie bez zmian. Niektóre stare ogniska znikły, natomiast powstawały nowe. W maju zaczęły powstawać całe grupy pęcherzy i poprzednie ogniska szybko się rozrastały. 22-go maja chory zmarł.

Dokonano autopsyi, wycięto wspomniane powyżej guzy, których badanie drobnowidzowe wykazało, co następuje. Guzy zawierają pulchne, faliste pasma tkanki łącznej z obfitem unaczynieniem; miejscami pasma te poddzielane przez obrzęknięcie; nacieczenia zapalnego niema.

Poszczególne kosmki, z których składają się guzy, rozpadają się u góry na nieprawidłowe, długie, brodawkowe wyrosty. Te ostatnie są okryte ogólną warstwą obficie rozwiniętego naskórka. Wogóle obraz przypomina budowę szyszkowiny stożkowatej z nadmiernem rozgałęzieniem brodawek.

D r u g i przypadek dotyczy 49-letniej kobiety, przyjętej do kliniki w 1895 roku. Choroba rozpoczęła się przed rokiem.

Stan chorej był następujący. Na całym ciele widać bardzo liczne strupy, po których zdjęciu skóra przeważnie była wilgotna i pokryta ropną wydzieliną. Na tułowiu i na udach znajdują się ogniska w postaci miękkich, soczystych guzów, wystających nad powierzchnią na $\frac{1}{2}$ cm., z mnóstwem szpar i brózd na górnej powierzchni. Wielkość ich różna, zlewając się, tworzą ogniska wielkości dłoni i rozmaitej postaci.

Na przedramionach, na goleniach i grzbietach stopowych znajdują się pęcherze wielkości soczewicy do ziarnka grochu z zawartością bądź przezroczystą, bądź ropną.

Po 6-u tygodniach wspomniane ogniska na plecach i udach znacznie się rozrosły i wystawały nad powierzchnią skóry na $\frac{1}{2}$ — 1 ctm.

We krwi skonstatowano *leucocytosis* ze znacznie zwiększoną liczbą wielojądrowych ciałek eozynofilowych.

Podczas pobytu chorej w klinice stan jej to pogarszał się, to polepszał. 27.I 1896 r. wystąpiło bez żadnego powodu ogólne zaczerwienienie skóry, które rozpoczęło się od nóg i w kilka dni zajęło całe ciało. Od 15.II stan chorej znowu zaczął się polepszać. Ogólne zaczerwienienie znikło, pęcherzy nie było, wspomniane guzy wchłonęły się, pozostało tylko znaczne łuszczenie się skóry i zabarwienie w tych miejscach, gdzie były wykwit. 14.III chora opuściła klinikę. O dalszych jej losach wiadomości niema.

Obydwa te przypadki autor zalicza do *pemphigus vegetans*, lecz wyróżniające się od typowego obrazu tej choroby. Pod tym względem zasługuje na uwagę zupełnie łagodny przebieg w obydwóch przypadkach. 1-y trwał 5 lat i podczas choroby w okresie zupełnego zwolnienia chory w ciągu 2-ech lat pracował, jako właściciel szynku. Druga chora po dwóch latach cierpienia opuściła klinikę w stanie zupełnie zadowolającym. Tymczasem większość opisanych przypadków z literatury miała przebieg krótkotrwały i tylko przypadki MÜLLER'a i KÖBNER'a odznaczały się stosunkowo łagodniejszym przebiegiem.

Jako objaw, wyróżniający jego przypadki, autor zalicza i umiejscowienie wykwitów. W przypadkach typowych następujące miejsca najczęściej bywają zajęte: okolice jamy ustnej, pępka, jamy pachowej i organów płciowych. W I przypadku, oprócz okolicy jamy pachowej, pępka i organów płciowych, obficie były zajęte obydwie przedramiona i golenie. Tutaj ogniska chorobowe miały postać nadmiernie rozwiniętych wybujałości, z których jedna w lewej pachwinie miała wygląd rzeczywistego guza, siedzącego na nóżce. Zjawisko to dotychczas, oprócz autora, w literaturze nie było opisane.

Więcej oryginalnym ze względu na umiejscowienie wykwitów przedstawia się drugi przypadek, gdzie przeważnie były zajęte okolice grzbietu, karku, barków i stron wyprostnych kończyn.

Nareszcie autor zwraca uwagę na stan krwi w obydwóch przypadkach, gdzie była skonstatowana leukocytoza ze znaczną liczbą eozynofilowych komórek; jednak istoty tego zjawiska wobec teraźniejszego poziomu nauki wytlómaczyć nie można.

(Archiv. f. Derm. u Syphil. 1905. T. 73).

B. Zalewski.

63. Schlasberg. Dwa przypadki „*lupus follicularis disseminatus*“.

W 1878 roku TILBURY FOX pierwszy opisał cierpienie skóry, przy którym występują na twarzy małe brunatnoczerwone, miękkie guziczki, przypominające po części *lupus*, po części *acne*; wykwit są jakoby w ścisłym związku z torebkami włosowymi, a cierpienie rozwija się u osób, skłonnych jednocześnie do grzylicy i do *acne*; cierpienie to FOX nazwał „*lupus follicularis disseminatus*“. W roku 1888 to samo cierpienie opisał HUTCHINSON pod naz-

wą *acnelupus*, później ogłaszali pojedyncze przypadki tej choroby DÜRING, ELLIOT, JADASSON, FINGER, NOBL i inni. Autor spostrzegł dwa przypadki tego cierpienia, z których pierwszy dotyczy 36-letniego pacyenta, dziedzicznie obciążonego [matka umarła na gruźlicę płuc]. Cierpienie rozpoczęło się rok temu: po lewej stronie wargi górnej wystąpił czerwony guziczek, poczem także guziczki utworzyły się w okolicy oczu. Obecnie na czole, policzkach, górnej wardze, jak również na podbródku znajdujemy wykwity w postaci okrągławych guziczków, nieco wzniesionych, brunatnoczerwonych, wielkości łebka od szpilki do ziarnka żyta.

Niektóre mają pośrodku małe szarozółte strupek, który, jak to pokazało badanie mikroskopowe, składa się z komórek naskórka, inne znów posiadają pośrodku zagłębienie, odpowiadające ujściu torebki włosowej. Guziczki są miękkie i niebolesne; miejscami, szczególnie na policzkach, wykwity się zlewają i tworzą większe lub mniejsze nacieczenia, brunatnoczerwone, miękkie, łuszczące się. Na błonie śluzowej dolnej wargi jest 10 — 12 guziczków, wielkości ziarnka żyta, nabłonek na nich jest zgrubiały, białoszary. Przy badaniu mikroskopowym znajdujemy w *corium* nacieczenia, w których przeważają komórki epiteloidalne, są też okrągłe i olbrzymie; w większych nacieczeniach znajdujemy bezkształtne masy [zwyrodnienie serowate]. Obraz więc mikroskopowy odpowiada typowym gruźelkom z następczymi zmianami wstecznymi.

W wyłyżeczkowanej zawartości guziczków autor dwukrotnie znajdował laseczniczki gruźlicze. Wobec nieulegającej wątpliwości dyagnozy wykwity wyskrobano, przypalono galwanokauterem poczem zastosowano leczenie metodą FINSEN'a. Wynik leczenia był bardzo dobry.

Drugi przypadek, spostrzegany przez autora, dotyczy 30-letniego pacyenta, dziedzicznie nie obciążonego. Cierpienie rozpoczęło się pół roku temu. Obecnie na czole, powiekach, nosie, policzkach, uszach i podbródku znajdujemy guziczki, wielkości ziarnka żyta, brunatnoczerwone, przy ucisku niebolesne, miękkie; niektóre w środku mają szarozółtą łuskę; na powiekach wykwity zlewają się, tworząc większe nacieczenia. W okolicy brwi wykwity znajdują się w stanie inwolucyi, są nieco wklęsnięte, ciemnobrunatnej barwy i więcej się łuszczą. Przy badaniu mikroskopowym znaleziono nacieczenia około torebek włosowych z licznymi komórkami plazmatycznymi i olbrzymiami. Przy pomocy galwanokauteru i metody FINSEN'a otrzymano w krótkim czasie [4½ miesiąca] zupełne wyleczenie.

Lupus fillicularis disseminatus — jest to niezwykła forma gruźlicy skóry głównie u młodych osobników, występuje mniej lub więcej raptownie i w krótkim czasie dosięga znacznego rozwoju. Wykwity przedstawiają się w postaci rozrzuconych brunatnoczerwonych, nieraz sinoczerwonych guziczków, wielkości łebka od szpilki do ¼ grochu; niektóre, głównie dawniejsze, mają pośrodku punkt szarozółty, który składa się z komórek naskórka; w niektórych guziczkach znajdujemy ujście torebki włosowej, inne znów są przebite włosem.

Niekiedy wykwity zlewają się i tworzą mniejsze lub większe *plaques*. Guziczki przy ucisku nie są bolesne, są miękkie i łatwo dają się wyłyżeczować. Przy mikroskopowym badaniu wykwitów większość badaczy [TILBURY FOX, ELLIOT, JADASSON, NOBL i inni] znajdowała budowę tuberkuliczną nacieczeń, a niektórzy, jak FINGER i autor, znaleźli prócz tego laseczniczki gruźlicze. Nacieczenia znajdują się w *corium* i są w ścisłym związku z torebkami włosowymi, tak że nazwa „*fillicularis*“ nie jest zupełnie odpowiednią.

Przy rozpoznaniu różniczkowym należy pamiętać o możliwości *syphilis acneiformis* i *acne vulgaris*. Leczenie tego cierpienia polega na wyłyżeczkowaniu wykwitów, galwanokauteryzacji i następnie stosowaniu metody FINSEN'a;

wyniki tego leczenia są bardzo dodatnie, otrzymujemy bowiem powierzchowne, mało widoczne blizny.

(Archiv. für Dermatologie und Syphilis. 1905. t. LXXIV str. 23).

J. Rosenberg.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

22. Wiferral. Jest to nowy polymer chloralu, otrzymany przez działanie pyridyny na bezwodnik chloralu.

Proszek biały, w zimnej wodzie rozpuszczający się z trudnością, łatwo zaś w gorącej [GAERTNER]. Z doświadczeń, dokonanych na królikach przez WITTHAUER'a, wynika, że wiferral nie posiada silnie zrażających własności chloralu, wskutek czego nie wywiera działania drażniącego na błonę śluzową żołądka. Zachęcony temi doświadczeniami, WITTHAUER stosował wiferral u 50-u co najmniej chorych i na zasadzie swych prób twierdzi, iż jest to dobry środek nasenny. Nie wywołuje działania ubocznego, zwłaszcza nie wywiera żadnych zaburzeń w działalności serca [autor stosował wiferral między innymi także w ciężkich przypadkach wad zastawek]; nie wpływa również na czynności żołądka. Chorzy po większej części zasypiają szybko; sen bywa głęboki i krzepiący. Minimalna dawka dla dorosłych wynosi 0,75 — 1,0; dawka ta może być jednakże zwiększona do 2,0. Środek ten powinien być podawany w opłatku lub w pastylkach. Przy dłuższem użyciu następuje pewne przyzwyczajenie, wiferral nie nadaje się więc do takiego użycia. Do rzędu zalet nowego środka nasennego należy względnie niska jego cena. Wskazania: wszelkie postaci bezsenności nerwowej, nie wywołane bólami lub stanami podniecenia.

(Therapeut. Monatsheft. 1905. N. 3).

W. Breszel.

23. Maretyna. Jest to *Karbaminsäure—m—Tolylhydrazid*.

HEINRICH zaleca ten środek, jako *antipyreticum* u suchotników w dawce 0,25—0,5 dwa razy dziennie [o godz. 11-ej przed południem i o 3-ej po południu]. Pod wpływem tego środka ciepłota ciała obniża się i dosyć stale trzyma się w pewnych granicach. Przy spadku znacznie podniesionej ciepłoty występowały mniej lub więcej uciążliwe poty; przy dłuższem jednakże stosowaniu środka poty się zmniejszały.

(Therapeut. Monatsh. 1905. N. 3).

W. Breszel.

ODCINEK.

Działalność Sanatorium Otwockiego w walce z gruźlicą.

Odczyt, wypowiedziany d. 8-go lutego r. b. w sekcji gruźliczej Tow. Hyg. Warszawskiego
przez

WŁADYSŁAWA WROŃSKIEGO.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

Pragnąc możliwie dokładnie zobrazować rezultaty, otrzymane w sanatorium Otwockiem u chorych gruźliczych, pozwolę sobie przedstawić tu krótkie sprawozdanie z działalności tego sanatorium za cały czas mojej działalności, jako lekarza sanatorium w Otwocku, które to obowiązki objąłem w połowie 1897 r., a więc za lat $7\frac{1}{2}$, starając się podawać tylko najważniejsze dane, aby zbytnio cyframi nie znużyć Sz. Panów.

Od lipca 1897 r. do 1 stycznia 1905 r. leczyło się w sanatorium Otwockiem ogółem 950 chorych, średnio rocznie od 120 — 165 osób. W ogólniej liczbie 950 chorych mieliśmy 840 gruźliczych chorych, oraz 107 chorych natury niegruźliczej. Co się tyczy tych ostatnich — byli to przeważnie chorzy piersiowi; u wielu z nich przy wstąpieniu do sanatorium nie można było z góry przesądzać, czy choroba ich jest gruźliczej lub innej natury, jedynie dalsza obserwacja rostrzygała wątpliwość.

Zajmiemy się tu wyłącznie chorymi na gruźlicę. Z 843-ch chorych gruźliczych [w tej liczbie 517 mężczyzn i 326 kobiet] leczyło się krócej niż miesiąc 283 osoby, dłuższą niż miesiąc kurację prowadziło 534; pozostało zaś w kuracji na 1905 r. — 26 chorych gruźliczych. Tych 534 gruźliczych chorych spędziło w sanatorium 31193 dni zakładowych, czyli przeciętno każdy leczył się 58,4 dni; jeżeli zaś wykluczmy tych, którzy się leczyli krócej niż miesiąc czasu, to przeciętny czas kuracji pozostałych chorych wynosi 78 dni. We wszystkich innych sanatoriach przeciętny czas kuracji jest znacznie dłuższy, tak np. w sanatorium TURBAN'a w Davos wynosi 222 dni, w sanatorium Zakopańskim 93 — ewentualnie 107 dni.

Wiek naszych pacjentów obejmuje lata od 5 roku życia do 70 u lat; największa odsetka pacjentów przypada na okres 20 — 30 lat.

Dziedziczne obarczenie byliśmy w możności wykazać u 59% przypadków, gdy sanatorium Falkenstein wykazuje 58,3%, Davos TURBAN'a 66,6%, sanatorium Zakopańskie 32%, prywatna statystyka dra SOKOŁOWSKIEGO 25%. Zauważę tu mimochodem, że większość chorych gruźliczych bardzo niechętnie i niedokładnie podaje dane, dotyczące się dziedzicznego obarczenia, zaznaczając zwykle początkowo, że nikt w rodzinie nie chorował na gruźlicę — i dopiero umiejętnie i szczegółowo zadane pytania o każdym członku rodziny bardzo często wykazują prawdziwy stan rzeczy; wskutek tego dane wywiadowcze w tym względzie mogą się znacznie różnić.

Tak zwaną dziedziczność BREHMER'owską notowaliśmy w 20,5% przypadków; TURBAN podaje ją na 25,7%. Nie będę tu wyczerpywał uwagi Sz. Panów przedstawianiem cyfrowo różnych szkodliwości i specjalnych warunków życia, wśród których rozwijała się gruźlica u naszych chorych, pozostawiając to do szczegółowego sprawozdania, które mam zamiar ogłosić,

zaznaczę tylko mimochodem, że wywiady wykazały alkoholizm w 10% przypadków, według SOKOŁOWSKIEGO ¹⁷⁾ w statystyce szpitalnej w 30%, w jego prywatnej w 0,84%; syfilis zaś w 7,3%, w statystyce SOKOŁOWSKIEGO w 3%, w statystyce TURBAN'a ¹⁸⁾ w 6,4%.

Interesująco przedstawia się podział naszych chorych na okresy rozwoju sprawy gruźliczej. Muszę tu zaznaczyć, że jakkolwiek przy podziale naszych chorych na okresy, trzymałem się ogólnie przyjętego w sanatoryach podziału, wprowadzonego przez TURBAN'a, który to podział, jak wiadomo, opiera się, wyłącznie na podstawie rozległości zmian w płucach, dostępnych fizycznemu badaniu, to jednak miałem, jednocześnie na względzie i inne dane indywidualne oraz powikłania choroby. Czy można bowiem naprzykład z niewielkimi zmianami w płucach i jednocześnie gruźlicą kiszek — zaliczać do I-szego okresu, jakby to wypadalo ze zmian, jakie można wykazać, badając jego płuca? — byłoby to absurdem. Wszak podział na okresy czynimy, chcąc uwydatnić rokowanie, jakie możemy w danym przypadku stawić, oraz aby dać podstawę do krytycznego zapatrywania się na otrzymane w danym razie wyniki. Rokowanie zaś, jak słusznie mówi SOKOŁOWSKI, zależnem jest nie tyle od rozległości zmian anatomicznych, ile od warunków całego organizmu i od tych danych, które organizm w walce z gruźlicą ma w swem rozporządzeniu ³⁾.

Otóż w I okresie gruźlicy z ogólnej liczby 843 chorych, mieliśmy 38, t. j. 4,5%; w okresie II — 255 — czyli 30%, i nakoniec w III ok. — 550 czyli 65,5% — wszystkich przypadków.

Taki smutny wynik zgrupowania naszych chorych na okresy wraz z wyżej zaznaczoną krótkotrwałością przeciętnego czasu kuracyi, o ile wiem, jest właściwością jedynie sanatorium Otwockiego. Gdy bowiem w sanatorium TURBAN'a ¹⁸⁾ chorych w I okresie było 23,8%, w sanatorium Zakopańskim ¹⁹⁾ 37%, u nas zaledwie 4,5%; w ok. II — u TURBAN'a 50,2%, u DŁUSKIEGO 37%, u nas 30%; wreszcie w III ok. — u TURBAN'a 26%, u DŁUSKIEGO również 26%, u nas zaś 65,6%.

Z pośród ważniejszych powikłań, jakie notowaliśmy u naszych chorych, wymienię gruźlicę krtni 16%, gruźlicę kiszek 12%, jednocześnie gruźlicę krtni i kiszek 2,8%, cierpienia nerek 1,64%, świeże wysiękowe zapalenie płucnej 4% — i t. d.

Przystępując teraz do ostatecznych wyników kuracyi, stwierdzonych przy opuszczaniu przez chorych sanatorium, zmuszeni jesteśmy z ogólnej liczby 843-ch chorych gruźliczych wykluczyć 283, którzy przebywali w sanatorium od kilku dni do 3-ch tygodni, a więc czas zbyt krótki, aby mógł wykazać jakieś poważniejsze skutki kuracyi, oraz 26-u chorych, którzy w r. b. prowadzą nadal kuracyę w sanatorium; pozostaje zatem do rozpatrzenia 534-eh chorych.

Z 32-ch chorych I okresu opuściło sanatorium z względnem wyleczeniem 50% i bardzo znaczną poprawę otrzymało 50%.

Ze 175-u chorych II ok. względne wyleczenie uzyskało 6%, bardzo znaczną poprawę 5%, względną poprawę 34%, bez poprawy lub pogorszenie 9%; zmarło 2 chorych: jeden wskutek gruźlicy, drugi wskutek krwotoku.

Z 327-u chorych III ok. bardzo znaczną poprawę uzyskało 16%, względną poprawę 34%, bez poprawy lub pogorszenie 36,2%, zmarło 13,8%.

Ogółem więc na 534 chorych — względne wyleczenie 4,3%, bardzo znaczną poprawę 62%, bez poprawy lub pogorszenie 25%, śmierć 8,8% przypadków.

Co się tyczy wpływu kuracyi w sanatorium Otwockiem na gorączkę, znikanie laseczników Koch'a w płwocinie, oraz przybytek wagi u naszych chorych, to stosunki te przedstawiają się, jak następuje:

A. G o r ą c z k a. Z 534-ch chorych przybyło do sanatorium z gorączką 438, straciło gorączkę 58,5%. I tu okres choroby stanowił o rezultacie: chorzy w I okresie wszyscy bez wyjątku stracili gorączkę, w II ok. straciło gorączkę 68%, w ok. III — przestało gorączkować 36%.

B. L a s e c z n i k i w p l w o c i n i e. Wyniki badania na laseczniki w plwocinie podają tu tylko od części naszych chorych, tych mianowicie, którzy dłuższy czas prowadzili kurację w sanatorium, dostateczną dla zupełnie pewnego stwierdzenia stałego braku laseczników w ich plwocinie. Z tej więc kategorii chorych straciło je ogółem 22% chorych; z chorych w I ok. straciło je 80%, z chorych w ok. II — 28%, z chorych w III ok. — 6%.

C. W a g a. Przecięciowo każdy chory I ok. zyskał na wadze za czas pobytu w zakładzie 6,4 kilogr.; każdy chory II ok. — 5,8 kilogr., wreszcie III ok. — 2,2 kilogr. U 66 chorych III ok. ostateczna waga pozostała niewiadoma z powodu ciężkiego ich stanu.

Jakkolwiek zastosowanie ostatecznych rezultatów, otrzymanych w sanatorium Otwockiem, z rezultatami innych zagranicznych sanatoryów, które wykazują liczbę wyleczeń na 20 — 30%, a poprawy na 80%, wypada pozornie na naszą niekorzyść, to jednakże, uwzględnivszy krótkotrwałość kuracyi naszych pacjentów, oraz znakomitą przewagę ciężkich przypadków, z jakimi mieliśmy do czynienia w Otwocku, musimy przyznać, że otrzymane rezultaty są bardzo pomyślne.

Pozyskanie wiadomości o dalszych losach naszych pacjentów po opuszczeniu sanatorium, czyli o trwałości uzyskanej poprawy — w naszych stosunkach jest bardzo trudne, tak że zdołaliśmy zebrać wiadomości tylko o pewnej części naszych chorych. Z liczby 534-ch chorych mamy wiadomości o 156 dawnych pacjentach: 14 — z I ok., 58 z ok. II — i 84 — III ok.

Z 14-u tych właśnie chorych I ok. wyleczenie trwa już od 1 — do 7 lat u 13 osób; jeden zaś był pacjent zmarł śmiercią samobójczą — wskutek chorobliwej obawy przed suchotami (*phthisiophobia*).

Z 58-u chorych II ok., o których mamy wiadomości, 37-u cieszy się stałym zdrowiem, pracuje normalnie, a nieraz nawet bardzo [od 1 — do 7 lat]; u 11 bywają czasowe nawroty choroby, w przerwach jednak pracują oni nieraz w ciągu lat całych; 4-ch zaś zmarło od gruźlicy.

Z 84-ch chorych III ok. — 16-u czując się dobrze, może pracować; 14 — częściowo tylko zdolni są do pracy z powodu częstych i długotrwałych obstrzeń sprawy chorobowej; 54-ch zaś zmarło.

Jeżeli więc sądzić z tych 156-u chorych, to trwałe wyleczenie i poprawę u naszych chorych moglibyśmy wykazać w połowie wszystkich przypadków.

Sądzę, że przedstawione te dane z 7½ letniej działalności sanatorium w Otwocku mogą już służyć jako pewien dowód skuteczności leczenia gruźlicy w klimacie swojskim. Sanatorium Otwockie okazało nadto pewien wpływ dodatni w kierunku spopularyzowania metody BREHMER'a w leczeniu suchot nawet u najuboższych, dających niejako lekcję poglądową tej kuracyi dla licznej rzeszy chorych, zamieszkujących wille Otwockie. Główne zasady tej kuracyi szeroko rozpowszechniły się wśród kolonii tutejszych suchotników.

Jakkolwiek ciężko jest walczyć z rozwiniętą już na dobre w organizmie gruźlicą, a leczenie jest zawsze długotrwałe i niełatwe, tak że wymaga dużego zapasu cierpliwości i wytrwania ze strony chorego i lekarza, to jednak w chwilach zwątpienia powinniśmy się pocieszać tem, że dziś jest już o wiele lepiej, niż za czasów, kiedy zaczynał swoją działalność BREHMER, oraz pamiętać, że, jak mówi MONTAIG, „jakakolwiekby była droga, wiodąca nas do odzyskania zdrowia, nie może ona być nigdy dla nas ani zbyt uciążliwą, ani zbyt kosztowną“.

L I T E R A T U R A .

- 1) DARRMBERG. Traitment de la phtisie pulm. Paris, 1892.
- 2) A. SOKOŁOWSKI. Listy z podróży. Gaz. Lek. 1904. N. 40.
- 3) SOKOŁOWSKI. Leczenie klimatyczne suchot płucnych. Odez. klin. N. 53.
- 4) DOBRZYCKI. O konieczności oddzielnych sanatoryjów dla chorych piersiowych. Medycyna, 1890.
- 5) T. HERYNG. O wynikach leczenia suchot krtani. Gaz. Lek. 1890.
- 6) A. CHELMOŃSKI. W sprawie przebudowania szpitala Dz. Jezus. Gaz. Pol. 1893. N. 95.
- 7) JAWORSKI. O używaniu wolnego powietrza. Przegl. Lek. 1891 i 1892.
- 8) JARUNTOWSKI. Zamknięte zakłady lecznicze dla piersiowo chorych, 1894.
- 9) LUTOSTAŃSKI. Zdrowie. Z. II. 1896.
- 10) ZIELENIEWSKI. O znaczeniu i potrzebie naszych schronisk klimat. Zdrowie. Z. II. 1896.
- 11) S. STERLING. Podmiejskie uzdrowiska dla chorych piersiowych. 1897.
- 12) T. DUNIN. Walka z gruźlicą. Odez. klin. N. 121 i 122. 1899, oraz tenże—Sanatorium dla niezamożnych suchotników, jako jedna z najpilniejszych potrzeb społecznych. 1900.
- 13) PROF. BARANOWSKI. Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe. Kraj. 1900.
- 14) GAŁECKI. O suchotach płucnych.—Knopf. Gruźlica.—STERLING. O suchotach, jak się tej choroby wystrzegać.—DUNIN. O leczeniu i zapobieganiu suchot. Książki dla wszystkich.
- 15) J. POLAK. Statystyka suchot płucnych. Prace Sekc. gruźl. IX Zjazdu przyr. i lek. w Krakowie. 1900.
- 16) SOKOŁOWSKI. Co przedsięwziąć winny oddziały prowincjonalne Tow. Hyg. w walce z gruźlicą. Zdrowie. 1905. Z. II.
- 17) SOKOŁOWSKI. Statystyczne dane, dotyczące niektórych momentów, usposabiających do gruźlicy. Prz. Lek. Grud. IX Zj. w Krakowie. 1900.
- 18) TURBAN. Beiträge zur Kenntniss der Lungentuber. Wiesbaden, 1893.
- 19) DĘSKI i CZAPLICKI. Dział. sanator. w Zakopanem. Medycyna. 1904, str. 498.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dn. 4-go kwietnia r. b.

BARTKIEWICZ przedstawił chorego, u którego wykonał gastroentero anastomozę z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika po oparzeniu kwasem karbolowym. Mechanizm zбочenia tego jest niejasny; przypuścić można, że albo cały żołądek uległ poparzeniu, chociaż skurczenie się blizny najsilniej wystąpiło w okolicy odźwiernika, albo też śluz uchronił błonę śluzową dna żołądka od głębszych obrażeń. W dwa tygodnie po operacji wystąpiły u chorego wymioty żółciowe. Gdy kilkakrotne przemywanie żołądka pozostało bez skutku, B. postanowił drogą powtórnej laparotomii wykonać połączenie odcinka doprowadzającego z odprowadzającym. Chory jednakże, jakby pod wpływem tej groźby, przestał wymiotować i obecnie czuje się bardzo dobrze. Podobny przypadek obserwował i opisał KOERTE, który zjawisko to przypisuje wpływom nerwowym.

GABSZEWICZ przedstawił 30-letnią kobietę, u której w lipcu r. z. dokonał operacji odłuszczenia torebek z obydwóch nerek (*decapsulatio renum*) z powodu choroby BRIGHT'a. Cierpienie to rozwinęło się w ciągu dwóch lat. W chwili przybycia do szpitala u chorej stwierdzono znaczny obrzęk kończyn dolnych, dużą ilość płynu w jamie brzusznej i obrzęk ogólny powłok zewnętrznych ciała. Mocz na dobę oddawała do 2000,0 o ciężarze gatunkowym 1012, przy 3^o/₁₀₀ białka i sporej liczbie wałeczków. Wobec braku jakiegokolwiek polepszenia po

zastosowaniu różnych środków wewnętrznych, G. dokonał odłuszczenia torebek z obydwoh nerek, przyczem wyciął je przy samej nerce.

Już we dwa tygodnie po operacji stan chorej zaczął się poprawiać; stopniowo znikaly obrzęki i *ascites*; po miesiącu chora wypisała się ze szpitala. Stan chorej poprawiał się zwolna, lecz stale i obecnie chora czuje się zupełnie dobrze, obrzęków nie ma, moczu oddaje dużo, który jednakowoż dotąd zawiera do 2^o/_o białka.

MALINOWSKI FELIKS przedstawił chorego, mającego jednocześnie *atrophiā cutis idiopathicā* i *tubercula lactica*.

W dyskusji nad odczytem T. TRZCIŃSKIEGO [„O zapobieganiu sprawom parasyfilitycznym“], wygłoszonym na posiedzeniu poprzednim, zabierało głos kilku mówców.

MALINOWSKI FELIKS sądzi, że sprawa parasyfilisu, wiądu rdzenia i paraliżu postępującego jest zakwestyonowana. Parasyfilitycznymi objawami są jedynie zjawiska, wywołane zmianą w chemizmie organizmu na skutek syfilisu; ten zaś ostatni, jako taki, już istnieć nie powinien. Tymczasem tak przy wiądzie rdzenia, jak i paraliżu postępującym bardzo wielu autorów widziało objawy trzeciorzędowe, a nawet drugorzędowe. Jest dużo danych zatem, że nie zawsze *tabes* i *paralysis progr.* są następstwem przebytego syfilisu; odgrywają tu rolę najróżnorodniejsze czynniki, pomiędzy którymi zapewne syfilis gra rolę dominującą. Co się tyczy leczenia, to należy stosować kurację specyficzną jedynie, gdy są objawy syfilisu, a nie w każdym przypadku wiądu rdzenia lub paraliżu postępującego. Każda metoda leczenia jest dobrą, jeżeli tylko odpowiednio się ją zastosuje. Wstrzykiwania soli rtęci w niczem nie ustępują wcieraniom szaruchy.

RADZIWIŁŁOWICZ przytacza przypadek z własnej obserwacji, w którym chory, dotknięty już rozwiniętym paraliżem postępującym, przy braku wszelkich danych anamnestycznych za przebytem uprzednio syfilisem, zaraził się przymiotem. Fakt ten, zdaniem R., dowodzi możności rozwijania się paraliżu postępującego bez tła przymiotowego.

BREGMAN widzi w omawianej sprawie dwie kwestye: 1) stosunek chorób t. zw. parasyfilitycznych—wiądu rdzenia i paraliżu postępującego—do syfilisu i 2) możność zapobiegania tym cierpieniom przez wczesne i energiczne zastosowanie leczenia swoistego. Co się tyczy pierwszej, to B. uważa ten związek przyczynowy za niewątpliwy; nadzwyczaj liczne, dotąd ogłoszone statystyki tego dowodzą. Trzeba tylko pamiętać, że prócz przypadków, w których chorzy do przymiotu się przyznają, przyjmować należy pod uwagę i te, gdzie szereg pewnych danych przemawia za przymiotem: szankier twardy lub nawet miękki, syfilis małżonka lub dzieci, poronienia, bezdzietność i t. p. Na bezdzietność tabetyków zwrócił uwagę MENDEL. Na 280 kobiet, dotkniętych wiądem rdzenia, było 3 razy więcej bezdzietnych, niż wśród innych chorych nerwowych.

Statystyki wszystkich autorów, jak również i B., pouczają, że wielu chorych w wywiadach neguje przebyty syfilis, lub może o nim wcale niewie.

Energiczne leczenie swoiste syfilisu ma niewątpliwie znaczenie zapobiegawcze dla spraw parasyfilitycznych, choć nie da się przemilczeć fakt, że nieraz bardzo nawet energiczna i wczesna kuracya uchronić chorego od tych cierpień nie mogła.

Rzadkość wiądu rdzenia u żydów, wśród których syfilis jest stosunkowo nieczęsty, przemawiać również powinna za związkiem przyczynowym między dwiema temi chorobami. Jakkolwiek syfilis jest najgłówniejszym czynnikiem etyologicznym w wiądzie rdzenia, nie wyklucza to jednakże i innych, jak obarczenie dziedziczne i t. p.

KOPCZYŃSKI STANISŁAW zwraca uwagę, że wszystkie statystyki neurologów wykazują, że bardzo mały procent chorych, dotkniętych wiądem rdzenia

przechodził uprzednio kurację swoistą. Własne jego obserwacje, dotyczące 100-chorych, dostarczają następujących danych liczbowych. Na 100-u chorych z wiałdem rdzenia—80 [a więc 80%] dotyczyło mężczyzn, 20—zaś kobiet; stosunek więc wynosił 4:1. O owrzodzeniach na częściach płciowych wspomina 50-u chorych, o *ulcus durum* — wspomina 34-ch, o *ulcus molle* — 16-u chorych. Z tych 100-u chorych leczyło się zaledwie 26, przyczem z kobiet żadna się nie leczyła; więcej niż 24 wcierania wzięło 15-u chorych, mniej niż 24 — wzięło 11 chorych. Godnem jest uwagi, że z tych 6-u chorych, którzy leczyli się energicznie i wzięli więcej niż 100 wcierań szaruchy, trzech [a więc połowa] było obarczonych dziedzicznie pod względem neuropatycznym. Wśród tych 100-u chorych obok wiałdu rdzenia istniało cierpienie aotry [tętniaki, niedomykalność zastawek] u 6-u chorych, co nasuwa pewne przypuszczenie zależności przyczynowej obu tych cierpień. Leczenie swoiste w zdeklarowanym już wiałdzie rdzenia jest zupełnie bezskuteczne, a nawet szkodliwe.

K. ze swych spostrzeżeń formuluje następujące wnioski: 1) wywiady co do przebytego syfilisu u chorych z wiałdem rdzenia mało mogą przyczynić się do wyświeetlenia przyczynowego związku obu tych chorób; 2) bardzo mała odsetka chorych z wiałdem rdzenia przechodziła uprzednio kurację swoistą; 3) gruntowna kuracja swoista w okresie przebywania syfilisu zmniejsza szanse zachorowania w następstwie na sprawy parasyfilityczne, jakkolwiek w zupełności im nie zapobiega; 4) obarczenie dziedziczne często czyni kurację swoistą bezskuteczną; 5) leczenie swoiste w rozwiniętym wiałdzie rdzenia nie ma racji bytu.

RYCHLIŃSKI sądzi, że bezwład postępującego mianować cierpieniem parasyfilitycznym nie należy, chociaż przebyty syfilis odgrywać może obok innych przyczyn wybitną rolę w powstawaniu tego cierpienia. Nie zgadza się również z prelegentem, jakoby bardzo wczesne okresy bezwładu postępującego i wiałdu rdzenia były już wiałdem lub bezwładem; często trudno orzec, czy objawy zwiastunowe skończą się na pewno w pełni rozwiniętym cierpieniem, czy też sprawa skończy się na zjawieniu się t. zw. rzekomego wiałdu lub bezwładu, które to cierpienia pod wpływem leczenia poprawiają się niejednokrotnie bardzo dobrze.

RZĘTKOWSKI zaznacza, że w etyologii wiałdu rdzenia lub paraliżu postępującego nie należy zapoznawać takich czynników, jak usposobienie dziedziczne, przemęczenie, *resp.* rozmaite urazy psychiczne, związane z walką o byt i życiem współczesnem.

KORNIŁOWICZ twierdzi, że w powstawaniu t. zw. spraw parasyfilitycznych prócz niedostatecznego leczenia syfilisu, odgrywają ważną rolę i inne przyczyny, jak odziedziczenie słabości ośrodków nerwowych, lub nabycie tej słabości przez choroby nerwowe, przebyte przed zachorowaniem na syfilis.

DUNIN zaznacza, że sprawa, poruszona przez TRZCIŃSKIEGO, jest bardzo ważna. Przyszłość medycyny zależy od leczenia gruźlicy i zapobiegania sprawom parasyfilitycznym. Przyłącza się on do zdania prelegenta, że wiałd rdzenia przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, jest pochodzenia syfilitycznego. Skoro zmiany w żrenicach są prawie wyłącznie sprawą syfilityczną, to wiałd rdzenia, któremu prawie zawsze towarzyszą zaburzenia w czynności żrenic, również cierpieniem syfilitycznym być musi. To samo da się powiedzieć i o tętniakach aorty, które, zdaniem D., są również przeważnie pochodzenia syfilitycznego. Co się tyczy paraliżu postępującego, to i tu są dane za związkiem tego cierpienia z syfilisem, jak np. jednoczesne występowanie wiałdu rdzenia i paraliżu postępującego, zmiany w żrenicach i t. p. D. zgadza się z prelegentem, że należy stosować energiczne leczenie antysyfilityczne, chociaż nieda się zaprzeczyć, że nieraz najdokładniejsza kuracja nie zapobiega rozwinięciu się wiałdu, jak również z drugiej strony są chorzy, którzy wcale lub bardzo niedokładnie kurację przeprowadzili, a jednak do późnego wieku od wiałdu pozostawali wolni. Stąd z pewną dozą sceptycyzmu należy przyjmować twierdzenie niektórych klinicystów, jakoby akuratne leczenie antysyfilityczne zapobiegało rozwinięciu się wiałdu.

TRZCIŃSKI w odpowiedzi zaznacza, że wyniki zestawień statystycznych często są mało wiarogodne z powodu bardzo powszechnego ukrywania przebyte

go syfilisu przez badanych chorych. Co do chorego, o którym wspomina RADIWIŁŁOWICZ, to zostaje tu nierozstrzygnięte pytanie, czy był to objaw pierwotny, czy też wrzód weneryczny, który stwardniał na specyficznym podłożu u osobnika syfilitycznego. Statystyka FOURNIER'a i osobiste doświadczenie T. zgadzają się ze sobą w tym punkcie, że parasyfilis występuje najczęściej w kilka lat po zakażeniu się. MALINOWSKIEMU odpowiada, że nikt nie uważa parasyfilisu za syfilis, że więc obie te sprawy mogą współistnieć. Co się tyczy leczenia, to własne doświadczenie poucza T., że swoiste leczenie w władzie jest stanowczo przeciwwskazane. Z metod leczniczych wcieraniem szaruchy T. oddaje bezwzględne pierwszeństwo.

Ign. Landstein.

Wiadomości bieżące.

— W ubiegłym tygodniu [6-go i 7-go maja] w sali posiedzeń Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbył się Zjazd balneologów polskich. Z okazji tej „Gazeta Lekarska“ wysłała życzenia, aby Zjazd udał się jaknajlepiej, to jest przyniósł nauce i krajowi jak największy pożytek. Życzenia nasze niniejszem jeszcze raz ponawiamy.

— Z polecenia „Instytutu Hygieny Dziecięcej“ w Warszawie kol. Sr. KOPCZYŃSKI spisał „Rady dla matek“, a mianowicie „Co matki robić powinny, aby zapobiedz chorobom nerwowym u dzieci“. Na dużej stronie druku wydrukowane są i zebrane w 10-u punktach najważniejsze wskazówki profilaktyczne. Takie krótkie „rady“ niewątpliwie są korzystniejsze od długich traktatów naukowych dla prostej klasy ludności, wśród której powinny być jak najczęściej rozpowszechnione.

— Z polecenia ministeryalnego prosektor szpitala miejskiego „Moabit“ w Berlinie, docent prywatny dr WESTENHÖFFER otrzymał od miasta 6-tygodniowy urlop na wyjazd do Górnego Śląska celem badań anatomo-patologicznych panującego tam nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

— W Charlottenburgu [pod Berlinem] z inicjatywy dra HEIMANN'a umożliwiono niezamożnym chorym nerwowym zajmowanie się bezpłatnie ogrodnictwem przez kilka godzin dziennie.

— W Dortmundzie z polecenia władzy szkolnej lekarz szkolny miał w najwyższej klasie (*prima*) odczyt o chorobach płciowych. Poprzednio miewał on odczyty o pomocy w nagłych wypadkach, o ochronie zdrowia i t. d. O korzyści takich odczytów nie może być dwóch zdań.

— Serbska skupczyzna zdecydowała utworzenie w Belgradzie uniwersytetu z 4-ma wydziałami, a między nimi i lekarskim.

— We Frankfurcie nad Menem większość rady miejskiej oświadczyła się przeciw utworzeniu tamże Akademii lekarskiej medycyny praktycznej, gdyż — jak nauczyło doświadczenie w Kolonii — w gruncie rzeczy chodziło tylko rządowi pruskiemu o uszczuplenie władzy miasta w obsadzaniu posad profesorskich. To samo było i w Hamburgu.

— Międzynarodowy Kongres gruźliczy odbędzie się w Paryżu 2-go października r. b. pod patronatem prezydenta rzeczypospolitej francuskiej. 33 narodowości utworzyły już komitety narodowe. Spodziewają się nań dużego Zjazdu, gdyż gruźlica, jako choroba socjalna, prócz lekarzy, interesuje także socjologów, filantropów, inżynierów sanitarnych, a nawet świat polityczny i dlatego francuska Izba deputowanych zawotowała kongresowi 100000 franków.

— Międzynarodowy Kongres anatomów odbędzie się 7-go — 10 sierpnia r. b. w Genewie.

— VII-a podróż francuska lekarsko-balneologiczna odbędzie się między 1—14 września r. b. do wód, położonych w departamentach południowo-zachodnich, jak: Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Barèges, Cauterets, Pau, Eaux-Bonnes, Biarritz, Dax, Arcachon i t. d.

— VIII Kongres francuski medycyny wewnętrznej odbędzie się w Liège od 25-go do 27-go września r. b. pod prezydencją prof. LÉPIN'a z Lyonu. Na porządku postawiono kwestye: 1) postaci kliniczne reumatyzmu przewlekłego, 2) dycta bez chlorków, 3) rola wydzielin trzustki w patologii.

Do bieżącego numeru Gazety dołącza się katalog księgarni Wendego.

Довол. Ценаурою Варшава, 21 апрѣля 1905. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.