

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Ze statystyki gruźlicy płuc w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus.

Podał

Wł. Starkiewicz.

Od daty przeniesienia szpitala Dzieciątka Jezus na nową siedzibę upły-
nęły już cztery lata. Okres ten czasu nie przyniósł nam dotychczas ogólnej
statystyki szpitalnej, która by wykazała, o ile lepsze warunki higieniczne no-
wego szpitala wpłynęły na zwiększenie jego wartości leczniczej. Nieco liczb
statystycznych z naszego oddziału dla kategorii chorych, którzy przypusz-
czalnie najwięcej zyskać mogli na polepszeniu warunków zdrowotnych szpita-
la, mianowicie dla suchotników, podaliśmy wespół z kol. GRYGLEWICZEM na
tem miejscu ¹⁾ przed dwoma laty w zestawieniu ze statystyką gruźlicy dla
dawnego szpitala Dzieciątka Jezus. Liczby te, zbyt małe, by można było na
nich trwalsze wnioski budować, istotnie stwierdzały znaczną przewagę nowo-
go szpitala Dzieciątka Jezus nad dawnym pod względem leczniczym. Wy-
kazały mianowicie o wiele mniejszą śmiertelność suchotników w nowym szpi-
talu, większą liczbę popraw i szczególnie wyższy stopień osiąganey w szpitalu
przez chorych poprawy. Poza tem, łącznie z liczbami, otrzymanymi dla daw-
nego szpitala Dzieciątka Jezus, liczby te posłużyły nam do kilku wniosków
czysto klinicznych odnośnie przebiegu, powikłań i rozpoznawania suchot płuc-
nych.

Sądzę, że może interesującym będzie sprawdzić, względnie poprzeć wnio-
ski, do których doszliśmy wówczas we wspomnianej pracy, na pokazniejszych

¹⁾ Gaz. Lek. 1903. N. 44, 45, 46, 48, 49 i 50.

już obecnie, kilkoletnim materyale statystycznym z nowego szpitala, materyale, który przez czas ubiegły uzupełnialiśmy skrzętnie z myślą spożytkowania we właściwym czasie. Wypadki na Dalekim Wschodzie, wskutek których i nasz oddział opustoszał z lekarzy, uniemożliwiły pozostałym notowanie historii chorób i skłoniły nas do obliczenia danych liczbowych o suchotnikach już teraz—wcześniej, niż zamierzaliśmy pierwotnie.

Liczba suchotników, leczonych w naszym oddziale w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus do r. 1904 włącznie, wynosiła 243-ch na ogólną liczbę 1331 chorych oddziałowych, czyli 18,25% ogólnej liczby chorych, a więc więcej nawet cokolwiek, niż wypadało z obliczeń naszych dla dawnego szpitala Dzieciątka Jezus [17,5%].

Wspomnę ubocznie, że wogóle liczba suchotników w ciągu lat poszczególnych stanowiła w naszym oddziale jednostkę niemal stałą i wahała się w nieznacznych granicach, około 70-u rocznie. Gdyby liczbę tę, 70-u suchotników rocznie, przyjąć za przeciętną dla wszystkich oddziałów wewnętrznych szpitala Dzieciątka Jezus, męskich i kobiecych, otrzymalibyśmy wniosek, że przez sam tylko szpital Dzieciątka Jezus przesuwają się w ciągu roku około 500 suchotników. Ponieważ przeciętna długość pobytu dla naszych suchotników szpitalnych, o ile nie zniewalać ich do wypisywania się, wynosi, jak wypada z naszych obliczeń, około 40-u dni, wynikałoby stąd, iż jednorazowo w całym szpitalu Dzieciątka Jezus leczy się około 55-u suchotników, — liczba, którą wygodnie wyosobniłoby już można w oddzielnym pawilonie. Że byłoby to z wielką korzyścią dla chorych innych kategorii, nie ulega żadnej wątpliwości; kwestya tylko, czy skupienie takie w jednym pawilonie suchotników, znajdujących się w różnych okresach choroby, byłoby z korzyścią dla nich samych. Obecnie, w naszym oddziale radzimy sobie w ten sposób, że wszystkich suchotników skupiamy w jednym kącie sali; lżejszych zaś, wymagających szczególnych względów, umieszczamy w jednym z pokojów.

Dzieląc, wzorem poprzedniego naszego sprawozdania, wspomnianą liczbę 243-ch suchotników na cztery kategorie podług stopnia gorączki, naliczyłem chorych z gorączką, przekraczającą 39° C. — 121; z ciepłotą, nie dochodzącą do 39°—48-u; podgorączkowych, z ciepłotą poniżej 38° — 23 ch, wreszcie takich, u których ciepłota nie przekroczyła ani razu przez czas pobytu 37,5° — 51; w odsetkach zaś 49,8%, 19,7%, 9,5% i 21%. Tak więc i w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus, jak zresztą i w innych szpitalach warszawskich, uderza ogromna liczba suchotników ciężiej chorych, z wysoką gorączką, stanowiąca niemal połowę ogólnej liczby suchotników.

Z pomienionej liczby chorych zmarło 89-u i wypisało się 154-ch, mianowicie w poszczególnych działach: suchotników z gorączką wysoką zmarło 64-ch z pomiędzy 121, czyli 52,89%; suchotników z ciepłotą do 39°—7-u, czyli 14,58%; suchotników podgorączkowych 2-ch, czyli 8,7%, i niegorączkujących 16-u, czyli 31,4%.

Ogólna odsetka śmiertelności, która w pierwszym półtoraroczniu wynosiła tylko 32%, następnie już się podniosła i dla całej liczby 243-ch chorych wynosi 36,6%. Zaznaczyć należy, że w tej liczbie chorych, przybyłych do

szpitala już w bardzo ciężkim stanie i zmarłych przed 10-ym dniem pobytu, było 13,5%.

Tylekroć omawianego szkodliwego wpływu pobytu w szpitalu na suchotników i tu, tembardziej w porównaniu z dawnym szpitalem, nie mogliśmy się dopatrzeć. Wprawdzie z pomiędzy 60-u suchotników, którzy przybyli na oddział w stanie bezgorączkowym, 9-u miało w szpitalu podniesienia ciepłoty podgorączkowe, a 4-ch ciepłotę gorączkową poniżej 39°. Z tych wszakże 9-u chorych pięciu podgorączkowych wkrótce znowu przestało gorączkować, a z pozostałych 4-ch jeden zaczął gorączkować zaraz od drugiego dnia pobytu [czego oczywiście nie podobna składać na karb szpitala], 2-ch — na czwarty dzień pobytu, i u jednego zjawiała się gorączka wprawdzie ósmego dnia pobytu, lecz wkrótce obniżyła się do granic podgorączkowych i chory wypisał się z poprawą.

Natomiast, co się tyczy osiągniętej przez suchotników w szpitalu poprawy, to tę notowaliśmy u naszych chorych wprawdzie niewiele częściej, niż w dawnym szpitalu, jak to uwidoczniła poniższa tablica, ale zato częstokroć w stopniu o wiele wybitniejszym. Ogółem straciło w szpitalu gorączkę, zyskało na wadze i wogóle wyraźnie się poprawiło 24-ch z pomiędzy 192-ch suchotników gorączkujących i podgorączkowych, mianowicie 8-u chorych podgorączkowych, 10-u gorączkujących poniżej 39° i 6-u z najcięższej kategorii chorych z wysoką gorączką. Nie notuję dość licznych stosunkowo chorych, którzy uzyskali wyraźną poprawę podmiotową i zyskali na wadze, lecz nie stracili gorączki. Wreszcie z pomiędzy suchotników bezgorączkowych wielu odzyskało względną zdolność do pracy.

Nadzwyczajną poprawę spostrzegaliśmy u jednego suchotnika już w roku bieżącym. Ze względu na istotną rzadkość tak wybitnego polepszenia, podaję w krótkości historję jego choroby. Chory M. C., lat 38, robotnik, obarczony dziedzicznie, przybył do szpitala 1.IV r. z. w stanie, rzecz można, rozpaczliwym, z kaszlem trwającym od lat 4-ch, z gorączką, ze znacznymi zmianami w płucach, z uporczywą biegunką, niezmiernie wycieńczony. W ciągu pierwszych 3-ch tygodni pobytu w szpitalu stan chorego nie zdradzał najmniejszej tendencji do poprawy, przeciwnie coraz się pogarszał. Dnia 25.IV, przy podniesieniu ciepłoty do 39,6° C, wystąpiły objawy róży na nosie chorego, która stopniowo zajęła całą twarz chorego i uszy, nie przechodząc na owłosioną część głowy. Przebieg powikłania tego był dość ciężki, róża doprowadziła w paru miejscach twarzy do ropienia tkanki podskórnej, jednakże po 2-ch tygodniach trwania zakończyła się pomyślnie. Od tej chwili chory zaczął się szybko, w sposób uderzający, poprawiać: wkrótce przestał zupełnie kaszleć i odpluwać płwocinę, gorączkować, pocić się, stracił biegunkę, utył niezmiernie. W miejscu objawów płucnych pozostało tylko stłumienie i oddech osłabiony nad jednym szczytem, rzężenia zginęły zupełnie. Chory, który w chwili przybycia do szpitala ważył [przy małym wzroście] tylko 35 kgm., a następnie w przebiegu róży niezawodnie schudł jeszcze bardziej, zyskał w ciągu jednego miesiąca zdrowienia z górą 25 funtów, czyli przeszło 28% poprzedniej swej wagi, i 8 cm. obwodu klatki piersiowej, i przy wypisaniu ze szpitala sprawił

już wrażenie człowieka nawet otyłego, o zdrowej, różowej cerze. U innego chorego gruźliczego, który jednocześnie niemal przebył różę twarzy w naszym oddziale, poprawy odnośnie sprawy gruźliczej w płucach nie zauważyliśmy.

Zestawiając teraz obliczenia powyższe w odsetkach z liczbami, jakie przytoczyliśmy w sprawozdaniu z dawnego szpitala Dzieciątka Jezus, otrzymamy następujące tablice:

I. Porównanie suchotników podług gorączki.

	% suchot- ników z ciepłotą wyżej 39°	Z ciepłotą do 39°	do 38°	Bezgo- rączko- wych
W dawnym szpitalu	41,2	14,9	12,1	31,8
W nowym szpitalu	49,8	19,7	9,5	21,0

II. Przeciętna pobytu:

W dawnym szpitalu 41 dni.

W nowym szpitalu 41 dni.

III. Śmiertelność suchotników.

W dawnym szpitalu 43,4%.

W nowym szpitalu 36,6%.

	% śmiert. suchotnik. z ciepl. po- wyż. 39° C.	Z ciepłotą nie docho- dzącą do 39°	Z ciepłotą do 38°	Bezgo- rączko- wych	% konają- cych [zmarłych przed 10-m dn. pobytu]
W dawnym szpitalu .	58,45	44,12	27,3	29,6	13,1
W nowym szpitalu .	52,89	14,58	8,7	31,4	13,5

IV. Poprawy i pogorszenia.

	Z pomiędzy gorączkujących suchotników straciło gorączkę i poprawiło się wyraźnie	Z pomiędzy przybyłych do szpitala bez gorączki wypisało się z gorączką i z pogorszeniem
W dawnym szpitalu .	32 — 10,28%	17 — 10,49%
W nowym szpitalu .	24 — 12,5%	3 — 5%

[D. n.]

II. Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii w kamicy nerkowej.

Skreślił

dr Fr. Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

Nephrolithiasis. Nephrectomia dextra. Anuria calculosa.
Nephrotomia. Sanatio.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 1].

Według współczesnych zapatrywań pierwotne wycinienie nerki przy kamicy nerki winno być przedsiębrane tylko w tych wypadkach, jeżeli mamy do czynienia ze znacznymi zmianami w nerce, jeżeli mięsz jej uległ znacznemu zwyrodnieniu lub wogóle zniszczeniu, jeżeli obecność kamienia powoduje stan septyczny, co znowu nie przedstawia wielkich trudności do wykrycia, gdyż się manifestuje szeregiem wybitnych objawów. W innych przypadkach ograniczyć się można do nefrotomii z następczym szwem lub też z pozostawieniem na czas dłuższy przetoki moczowej. Należy jednak pamiętać o tem, że przy kamicy nerkowej niekiedy nefrotomia poprzedza t. zw. wtórną nefrektomię, gdyż przetoka nerkowa nie zabliznia się, a obfite ropienie wyniszcza chorego.

JAMES ISRAEL, jeden z najlepszych znawców chirurgii nerek, na 61 operacji przy kamicy nerkowej wykonał pierwotną nefrektomię — 15 r a z y, wtórną — 4 r a z y, w pozostałej zaś liczbie 42-ch operacji — 22 razy wykonał *nephrolithotomiam* z następczem nałożeniem szwu, 7 razy *pyelolithotomiam* z zeszcieniem, a bez nałożenia szwu 11 razy *nephrolithotomiam* i 2 razy *pyelolithotomiam* ¹⁾.

W naszej literaturze znalazłem kilkanaście spostrzeżeń, dotyczących wycinania nerek w kamicy.

Piśmiennictwo nasze w ogóle nie jest zbyt bogate odnośnie do chirurgii nerek, a w szczególności do zabiegów chirurgicznych przy kamieniach nerkowych. Nie będzie zatem, sądzę, pozbawione interesu przytoczenie dostępnej mi kazuistyki. Według moich materiałów chirurdzy polscy przy kamicy nerkowej wykonali nefrektomię w 14-u przypadkach. Część tych spostrzeżeń została ogłoszona, część komunikowana na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, a część udzielona mi łaskawie przez autorów.

Liczba tych spostrzeżeń nie jest wielka w porównaniu ze statystyką ISRAEL'a lub SCHEDE'go z Bonn, który sam wykonał 17 operacji przy kamieniach nerkowych—11 razy *nephrectomiam*, 3 razy *nephrotomiam* i 2 razy *pyelolithomiam*. Z całej zaś literatury odnośnej SCHMIEDEN za okres 30-letni do r. 1900 zebrał operacji, dokonanych na nerkach skutkiem kamieni i ropienia w miedniczkach—318, z której to liczby przypada 108 na nefrektomię, a 211 na przecięcie nerki ²⁾. W statystyce tej operacje, wykonane przez nas, zajmują bardzo małe miejsce.

Pierwszą nefrektomię u nas skutkiem kamieni nerkowych wykonał prof. KOSIŃSKI ³⁾ w 1884 r. u kobiety 32-letniej; było to jednocześnie w ogóle pierwsze usunięcie nerki w kraju naszym; wynik operacji był dodatni.

Drugi raz usunął nerkę KOSIŃSKI w r. 1885 u 30-letniego mężczyzny, również z pomyślnym wynikiem. Na zasadzie tego spostrzeżenia prof. KOSIŃSKI wypowiedział kilka uwag o wskazaniach do wycinania nerki skutkiem kamicy ⁴⁾. Do sprawy tej jeszcze postaram się powrócić.

Trzeci przypadek KOSIŃSKIEGO dotyczył kobiety 45 - letniej, której w 1890 roku usunął nerkę, poczem nastąpiło wyzdrowienie.

W 4-y m przypadku kamieni nerkowych KOSIŃSKI wykonał nefrektomię w 1892 r. u kobiety 50-letniej z zejściem również pomyślnym ⁵⁾.

¹⁾ Prof. dr JAMES ISRAEL. Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Berlin. 1901, pag. 311.

²⁾ Dr V. SCHMIEDEN. Die Erfolge der Nierenchirurgie. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. T. 62. Z. 3 i 4. 1902.

³⁾ Prof. KOSIŃSKI. Wycięcie nerki. Medycyna. 1884. N. 39.

⁴⁾ Prof. KOSIŃSKI. Wycięcie nerki z powodu kamieni nerkowych. Medycyna. 1886.

⁵⁾ Prof. KOSIŃSKI. O wycięciu nerki. Zestawienie 15-u operowanych przypadków, Medycyna. 1893.

Piąty przypadek usunięcia nerki przez KOSIŃSKIEGO ¹⁾ dotyczy 22-letniej kobiety, której wykonano operację skutkiem *pyelonephritidis calculosae* w 1897 r.; zejście pomyślne.

Szósty przypadek został opisany obecnie przeze mnie.

Prof. OBALIŃSKI wykonał dwa razy nefrektomię skutkiem kamicy nerkowej ²⁾.

Jeden z jego przypadków, dotyczący 24-letniej kobiety, zakończył się wyzdrowieniem, drugi zaś miał wynik niepomyślny, gdyż śmierć nastąpiła drugiego dnia po operacji.

W roku 1903 w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim SZTEYNER ³⁾ przedstawiał kobietę 37-letnią, której wykonał *nephrectomiam transperitonealem* skutkiem *pyonephritis calculosa dextra*; chora po operacji wyzdrowiała.

W tymże roku KARCZEWSKI usunął nerkę u 39-letniej kobiety z przyczyny *pyonephritis calculosa sin.* z zejściem pomyślnym. Na jednym z posiedzeń Towarzystwa chora ta była przedstawiona.

Oprócz tego KARCZEWSKI operował jeszcze dwa przypadki; jeden dotyczy 35-letniej kobiety, której w 1905 r. usunął lewą nerkę skutkiem kamieni z wynikiem dodatnim; w drugim przypadku u kobiety 37-letniej wykonał w listopadzie 1905 r. w szpitalu Dzieciątka Jezus prawostronną nefrektomię; chora pozostaje jeszcze w szpitalu, przebieg pomyślny. Szczegóły te przesłane mi zostały łaskawie przez kol. KARCZEWSKIEGO.

WŁAD. STANKIEWICZ dwa razy usunął nerkę przy kamicy; jeden przypadek dotyczy 69-letniej kobiety z cierpieniem z lewej strony, operacja w 1899 r., zejście niepomyślne, gdyż śmierć nastąpiła skutkiem wyniszczenia; drugą nefrektomię ST. wykonał w 1902 r. u kobiety 49-letniej przy *pyonephrosis calculosa dextra*, z wyzdrowieniem. Spostrzeżenia te są mi komunikowane ustnie.

N e f r o t o m i a — przecięcie nerki przy kamicy była dokonywana przez RYDYGIERA ⁴⁾, RUTKOWSKIEGO ⁵⁾, TRZEBICKY'ego ⁶⁾, STANKIEWICZA ⁷⁾, OBALIŃSKIEGO ⁸⁾. Wynik operacji był pomyślny; w jednym z tych spostrzeżeń OBALIŃSKI po usunięciu kamieni nałożył na nerkę następnie szew.

Oprócz tych spostrzeżeń, które są ogłoszone, znany mi jest cały szereg nefrotomii przy kamicy, dokonanych niemal przez wszystkich współczesnych chirurgów polskich. Nie są to wszystkie operacje, dokonane u nas na nerkach przy kamicy; bez wątpienia liczba ich jest znacznie większa, lecz spostrzeżenia te bądź to nie były ogłaszane, bądź też szczegóły ich nie są mi znane, jak np. operacje kolegi KRAJEWSKIEGO.

¹⁾ Prof. KOSIŃSKI. Pam. Tow. Lek. W. 1897, str. 468.

²⁾ Prof. OBALIŃSKI. Z zakresu chirurgii nerek. Przegl. Lek. 1891

³⁾ Pam. Tow. Lek. W. 1903, str. 445.

⁴⁾ RYDYGIER. Przegl. Lek. 1902, str. 168.

⁵⁾ RUTKOWSKI. Przegl. Lek. 1901. N. 10, str. 131.

⁶⁾ TRZEBICKY. Przegl. Lek. 1901. N. 48, str. 643.

⁷⁾ STANKIEWICZ. P. T. L. W. 1897, str. 481—2.

⁸⁾ OBALIŃSKI. Przegl. Lek. 1896. N. 45, str. 601.

W przedstawionej tu kazuistyce wszystkie nefrektomie były pierwotne, t. j. nerkę, na zasadzie odnośnych wskazań wycinano od razu, a nie próbowano przecięcia.

Zejsście po wycięciu nerki w naszych przypadkach było względnie pomyślnie, gdyż śmierć nastąpiła w jednym spostrzeżeniu [OBALIŃSKIEGO] drugiego dnia, [zaznaczyć jednak należy, że przypadek był rozpaczliwy, gdyż oprócz kamieni w nerce i przetoki moczowodowej, było rozległe ropienie naokoło samej nerki], a w drugim spostrzeżeniu STANKIEWICZA — po dłuższym czasie skutkiem wyniszczenia. Z pomiędzy 15-u przypadków ISRAEL'a po pierwotnej nefrektomii w dwóch było zejście śmiertelne, — w jednym skutkiem ropnicy przy szerzącym się zapaleniu naokoło nerki, a w drugim zaś skutkiem braku drugiej nerki; po wtórnej zaś nefrektomii z pomiędzy 4-ch przypadków jeden zakończył się śmiercią skutkiem zatrucia jodoformem.

SCHEDE na 11 operacji wycinania nerek przy kamieniu miał w 4-ch przypadkach zejście śmiertelne: w jednym 5-go dnia po operacji skutkiem mocznicy [sekcya wykazała *thrombosis* drugiej żyły nerkowej i liczne ropnie w pozostałej nerce]; drugi dotyczy 78-letniej staruszki bardzo wyniszczonej, śmierć nastąpiła po 12-u dniach, na sekcji znaleziono *carcinoma hepatis et lienis*; w trzecim przypadku u 20-letniego mężczyzny podczas operacji było resekowane 12 żebro, otwarta *pleura i peritoneum*, po usunięciu nerki śmierć drugiego dnia skutkiem zapaści. Czwarty przypadek dotyczy 52-letniego mężczyzny, który w kilka dni po operacji umarł nagle, prawdopodobnie skutkiem zatrucia m a k o w c e m.

SCHMIEDEN za przeciąg czasu od 1869 r., w którym to była wykonana pierwsza nefrektomia przez GUSTAWA SIMON'a w Heidelbergu, do 1900 r. t. j. za okres 30-o letni, zebrał 1118 przypadków wycinania nerek skutkiem najrozmaitszych przyczyn; z tej liczby 1118 przypadków 108 dotyczy wycinania nerek przy kamicy. Na 108 operacji 89 przypada na pierwotną, a 19 na wtórną nefrektomię; po pierwotnem usunięciu nerki zmarło 31 chorych, a po wtórnem — 5-ciu ¹⁾. W pierwszym okresie 10 - letnim wykonano 14 nefrektomii, po których 9-ciu chorych zmarło, w drugim 10 - leciu na 64 operacje — 22 skończyły się niepomyślnie, w 3-ciem na 30 było 5 przypadków śmierci. Wynioskować tu można, że w ostatnich czasach do usunięcia nerki skutkiem kamieni przystępujemy rzadziej, że wskazania do operacji są częściej ograniczane.

Na zejście pooperacyjne niemało wpływa sama metoda operowania, mianowicie czy cięcie wykonywane jest w okolicy lędźwiowej (*methodus lumbalis*), czy też przez powłoki brzuszne i otrzewną (*meth. abdominalis, transperitonealis*); to ostatnia metoda dla łatwo zrozumiałych przyczyn daje gorsze rokowanie.

W szeregu przyczyn, powodujących śmierć po wycięciu nerki skutkiem kamieni, SCHMIEDEN przytacza:

7 razy cierpienie drugiej nerki, *anuria, uraemia*.

¹⁾ SCHMIEDEN. l. c. p. 253.

- 9 razy zapaść,
- 1 raz wyniszczenie (*amyloid*),
- 4 razy posocznica,
- 2 razy krwotok,
- 1 raz brak drugiej nerki,
- 4 razy uboczne cierpienia,
- 7 razy nieznanie przyczyny.

Według wskazówek SCHMIEDEN'a kamica nerkowa, powikłana przez znaczną *pyonephrosis*, przy której jest utrudnione usunięcie worka, wypełnionego ropną zawartością, daje wogóle gorsze rokowanie.

Na wynik operacji zatem wpływa: ogólny stan chorego, zmiany w nerce, spowodowane obecnością kamieni, zmiany w drugiej nieoperowanej nerce, oraz metoda operowania. Wszystkie te warunki w przypadkach kamicy chirurg winien dobrze rozważyć, zanim zdecyduje się przystąpić do tak poważnego zabiegu, jakim jest wycięcie nerki.

Już w r. 1885 SAMUEL GROSS ¹⁾ przy rozpatrywaniu wskazań do wycięcia nerki, opierając się na bardzo małym materiale kazuistycznym, gdyż zaledwie na 3 ch przypadkach [2 CZERNY'ego i 1 KOSIŃSKIEGO] wyraził przekonanie, że dopóki czynność wydzielnicza nerki jest zachowana, przy kamieniach usprawiedliwioną jest tylko *nephrolithotomia*, a zatem wycinanie nerki przy kamieniach jest przeciwwskazane, jeżeli nerka zresztą jest zdrowa.

Kosiński nie podzielał tego poglądu. Na zasadzie zmian anatomopatologicznych, spowodowanych przez kamienie oraz umiejscowienia tych ostatnich K. utrzymywał, że po przecięciu nerki — *nefrotomii* wobec licznych kamieni niezawsze można odszukać wszystkie kamienie i usunąć je, łatwo niektóre przeoczyć i pozostawić, co doprowadzić może do szybkiego nawrotu objawów cierpienia i ponownej operacji. Na tej zasadzie Kosiński był zdania, że przy kamicy nerkowej nawet przy niezbyt wyrażonych destrukcyjnych sprawach *nefrektomia* jest usprawiedliwioną, gdyż przedstawia operację radykalną i prędzej doprowadza do wyleczenia. „Jedną okoliczność, mówi Kosiński, zdaniem mojem, powinna być uwzględnioną, t. j. jeżeli obie nerki są dotknięte kamieniami. W tym wypadku postawione przez Gross'a twierdzenie ma bezwarunkowo znaczenie obowiązujące dla każdego chirurga. Jeżeli zatem kliniczna dyagnoza stwierdzi obustronne cierpienie nerek, natenczas dla usunięcia kamienia lub kamieni z tej nerki, w której objawy chorobowe swoją gwałtownością do operacji skłaniają, jedyną usprawiedliwioną operacją powinna być *nefrotomia*, czyli *nefrolitotomia*. Lecz nie możemy nie przyznać, że operacja taka nie będzie operacją radykalną, lecz tylko symptomatyczną“ ²⁾.

¹⁾ SAMUEL GROSS. Nephrectomy: its indications and contraindications
The American Journal of the Medical Sciences. July. 1885.

²⁾ Prof. Kosiński. Medycyna. 1893.

Jakkolwiek usunięcie nerki stanowi „radykalną” operację przy kamicy, jednak nie mogą się zgodzić, aby przy zachowaniu wydzielniczej czynności nerki, przy względnie zachowaniu mięszu nerki, przy braku spraw destrukcyjnych kamienie nerkowe same przez się mogły stanowić wskazanie do nefrektomii. Pogląd ten, oparty na licznych klinicznych spostrzeżeniach, obecnie podziela i prof. Kosiński. Do wyłuszczenia nerki przy kamicy, uciekalibyśmy się nader często, gdyby utrata takiego narządu, jak nerka, dla ustroju była obojętną i gdyby nie obawa groźnych powikłań ze strony drugiej nerki. Badanie kliniczne wskazuje, jak wielką pracę ma pozostała nerka po nefrektomii, w ciągu pierwszych kilku dni mocz wydziela się nieraz z krwią, skutkiem znacznego przekrwienia i wzmożonej czynności nerki. Jeżeli nerka sama przed operacją nie uległa zmianom chorobowym, to sprawa względnie szybko się wyrównywa i nerka przywyka do wzmożonej pracy; w przeciwnym zaś razie może wystąpić obostrzenie, co niekiedy zbyt ujemnie wpływa na ustrój.

W szeregu przyczyn, jak to widzieliśmy wyżej, powodujących zejście śmiertelne po wycięciu nerki skutkiem kamicy, znajdujemy cierpienie drugiej nerki, a stąd powstały bezmocz i mocznicę. Na 108 operowanych zmarło 36, a w tej liczbie skutkiem zmian w pozostałej nerce—7. Jeżeli nieoperowana nerka była również dotknięta kamieniami, co w ogóle przy kamicy spotyka się niezbyt rzadko—według obliczeń SIMON’a w 3-ch przypadkach na 20—, to istnieje obawa zatkania moczowodu bądź to przez kamienie, bądź też przez złoży piasku ze skrzepami krwi, i skutkiem tego wywołania szeregu groźnych nader objawów, kończących się nawet śmiercią.

Wymownym przykładem, bardzo dobrze ilustrującym przebieg podobnego powikłania, jest nasze wyżej opisane spostrzeżenie, gdzie po nefrektomii bezpośrednio wystąpiła krew w moczu, a po upływie 12-tu dni zatkanie moczowodu przez kamień.

Chociaż obecne metody badania znacznie nam ułatwiają wnioskowanie o stanie drugiej nerki i w większości możemy określić jej stan chorobowy, to jednak po wycięciu nerki nie posiadamy środków zabezpieczenia chorego od możliwych powikłań ze strony właśnie drugiej nerki. Powikłania te zaś niekiedy występują nagle i wymagają natychmiastowej czynnej interwencji chirurga, co nie w każdym wypadku jest do urzeczywistnienia. Z drugiej znów strony doświadczenie nam wykazuje, że przy małych zmianach mięszowych wobec kamieni nerkowych można przeciąć nerkę, usunąć kamienie, a następnie nałożyć szew na nerkę, jak to robili ISRAEL, SCHEDE, OBALIŃSKI i inni, z zejściem zupełnie pomyślnem. Od tej idealnej metody usuwania kamieni nerkowych aż do wycinania nerki istnieje jeszcze cały szereg przypadków, leczonych zapomocą przecięcia nerki z mniej świetnym przebiegiem, z pomiędzy których niewielki procent zmusił do ponownej operacji i wycięcia nerki, na 211 przypadków nefrotomii w 19-u przystąpiono do wtórnej nefrektomii.

Odsetka ta raczej powinna zachęcać chirurgów do szerszego stosowania przecinania nerki przy jej kamicy. Wszystkie te obawy odnośnie zachorowania drugiej nerki i powstania stąd możliwych powikłań dotyczą nie tylko operacji przy kamicy, ale wogóle wszystkich cierpień nerek, przy których stosu-

jemy zabiegi chirurgiczne. Tak na przykład, na 248 nefrektomii przy *pyonephrosis* zmarło skutkiem cierpienia drugiej nerki 14 chorych z ogólnej liczby 46 zmarłych; przy *nephrolithiasis* i *pyelonephritis* na 211 operacji 11 zakończyło się śmiercią z teje przyczyny na 43 zejść niepomysłnych, a przy *hydronephrosis* na 88 operowanych zmarło 15, i z tych 3 skutkiem cierpienia drugiej nerki i t. p.

Wynika stąd, że wszelkie zabiegi na nerce mogą wyrzucić wpływ ujemny na drugą zdrową lub pozornie zdrową nerkę; czem mniej niszczymy miąższ lub ograniczamy funkcję nerki operowanej, tem mniej wpływamy na wzmożenie pracy nerki drugiej, a przez to zwiększamy jej odporność na czynniki chorobowe. Stąd też w kamicy nerkowej wobec małych zmian destrukcyjnych i zachowania czynności jej zawsze winniśmy próbować uleczyć chorego zapomocą mniejszego zabiegu, mniej narażającego na niebezpieczeństwo życia chorego.

[D. n].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Choroba posurowicza.

Według dzieła PIRQUET'a i SCHICK'a. *Die Serumkrankheit*. Lipsk i Wiedeń. 1905.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

Odczyn przyspieszony. Tą nazwą określają autorowie wystąpienie choroby posurowiczej po wstrzyknięciu wtórnem, już 5-go — 7-go dnia po wstrzyknięciu. Różni się on od odczynu natychmiastowego, że jest poprzedzony przez okres wylegania bez żadnych zwiastunów. Okres ten jest krótszy, niż po wstrzyknięciu pierwotnem. Przebieg również jest krótszy. Objawy, charakteryzujące ten okres odczynu przyspieszonego, stanowią: gorączka, rozmaite wysypki, bóle stawów, obrzmienia. Leukocytoza zmienia się tu tak samo, jak przy odczynie po pierwotnem wstrzyknięciu, a mianowicie: z chwilą pojawienia się wysypki liczba leukocytów spada z *maximum* do *minimum*, po zniknięciu wysypki stopniowo zwiększa się, dochodząc do granicy normalnej. Gruczoły chłonne sąsiednie zwykle obrzmiewają.

Jak długo trwa u człowieka usposobienie do przyspieszonego odczynu na surowiec, wstrzykniętą po raz drugi, czy wygasa z czasem zupełnie, o tem dziś rozstrzygnąć jeszcze nie można. Potrzeba do tego długich lat spostrzeżeń i wielkiej liczby chorych.

Znaczenie rozpoznawcze usposobienia do odczynu natychmiastowego i przyspieszonego. Nie wszyscy ludzie jednakowo oddziałują na wstrzyknięcie wtórne, niektórzy są niewrażliwi nawet na duże dawki, np. 200 ctm³. Jeżeli odczyn natychmia-

stowy zjawia się, możemy twierdzić, że u chorego surowicę już kiedyś stosowano. Niekiedy jednak dziecko co rok lub dwa bywa leczone surowicą, i nigdy na nią nie oddziaływa. Wystąpienie objawów miejscowych lub ogólnych w postaci odczynu przyspieszonego dowodzi zawsze, że chory był już surowicą leczony. Bywają chorzy, którzy na pierwsze wstrzyknięcie surowicy nie dają żadnego odczynu; na wstrzyknięcia wtórne zaś oddziaływają, jak gdyby byli po raz pierwszy leczeni surowicą. To samo spotykamy u królików.

Autorowie skłonni są do przypuszczenia, że po surowicy zawsze następuje odczyn, lecz niekiedy bywa on tak słaby, że go rozpoznać nie możemy z powodu niedokładności naszych metod badania. Zawsze jednak odczyn natychmiastowy lub przyspieszony jest dowodem, że chory był już surowicą leczony. Taki sam odczyn przyspieszony wywołują środki toksyczne, choroby zakaźne lub ochronne szczepienie ospy po raz drugi (*revaccinatio*).

III. Teorya choroby posurowiczej. Powstawanie precypityny. Odczyn na przeciwciała, *in vitro* widoczny. Należy teraz teoretycznie wyjaśnić, od czego zależy różnica pomiędzy odczynem, wywołanym przez pierwsze a odczynem, wywołanym przez powtórne wstrzyknięcie surowicy i jaka jest tego przyczyna. Przyczyna tego znajduje się w samym ustroju, który przez wprowadzenie do obiegu krwi surowicy końskiej, zostaje zmieniony w pewien sposób swoisty, i nabywa takich właściwości, wskutek których odczyn na powtórne wstrzyknięcie surowicy występuje wcześniej, niż za pierwszym razem. Wiadomo nam, że po wstrzykiwaniu surowicy wytwarzają się w ustroju pewne odczynniki, które w zetknięciu z antygenem ¹⁾ *in vitro* dają osad. Pierwszy R. KRAUS zauważył, że surowica zwierzęcia, uodpornionego przeciw tyfusowi, wywołuje powstawanie osadu w jałowym przesączu (filtracie) hodowli laseczników tyfusowych. Następnie okazało się, że surowica zwierząt, którym zastrzyknięto surowicę innego zwierzęcia, z antygenem, t. j. z surowicą, której użyto, daje osad swoisty. CYSTOWICZ zauważył, że surowica królika, traktowanego surowicą konia lub węgorka, daje osad z temi ostatniemi; osad ten nazywamy precypityną.

HAMBURGER i MORO pierwsi zauważyli powstawanie precypityny w ustroju ludzkim po wstrzyknięciu surowicy końskiej. Oni też wyrazili przypuszczenie, że objawy choroby posurowiczej zależą od tworzenia się perycypityny, tak np. wysypka ma powstawać wskutek mechanicznych zaburzeń krążenia, wywołanych tworzeniem się osadu przy spotkaniu precypityny z surowicą końską w naczyniach. Hipoteza ta jednak upadła z chwilą, gdy ROSTOWSKI, MICHAELIS i OPENHEIMER dowiedli, że w żywej krwi osad się nie tworzy. Zresztą precypityna nie stoi w związku przyczynowym z chorobą posurowiczą, ponieważ zjawia się daleko później, albo nie zjawia się nawet po silnych objawach odczynu.

Czas pojawienia się precypityny. Precypityna pojawia się nie zaraz po wstrzyknięciu surowicy, lecz dopiero po upływie pewnego czasu, który bywa rozmaity, zależnie od zwierzęcia i od rodzaju surowicy. Pierwszy von DUNGERN badał tworzenie się precypityny z dnia na dzień u królika po jednorazowym zastrzyknięciu do żyły surowicy źmii. Zauważył on, że precypityna pojawia się po 4 $\frac{1}{2}$ do 5 $\frac{1}{2}$ dniach po pierwszym wstrzyknięciu. W krzywiznie precypityny odróżnia on następujące okresy: 1. okres utajenia lub wylęgania; 2. zwiększanie się ilości precypityny; 3. okres równowagi antytoksyn [przeciwciał *Antikörper*], 3. zmniejszanie się przeciwciał.

1) Surowica, wytwarzająca antytoksyny, wogóle surowica obca.

Okres drugi trwa zwykle dwa dni, długość 3-go i 4-go okresu waha się. Przy wstrzykiwaniu surowicy końskiej podskórnie u królika okres utajenia jest cokolwiek dłuższy i wynosi 7—9, a nawet 10 dni, co zależy od indywidualności królika, nie zaś od ilości surowicy. Ustrój ludzki nie tak łatwo wytwarza precypitynę, jak króliczy po surowicy końskiej, i często nawet po 200 ctm³ surowicy nie znajdujemy jej wcale. U dzieci zjawia się ona zwykle w końcu 2-go tygodnia. Precypitynę u człowieka wykazać można przez czas dłuższy lub krótszy, niekiedy znika już w 4-ym tygodniu, niekiedy wykazać ją można w 9-ym tygodniu.

Jakże się ten odczynnik zachowuje *in vitro*? Możemy tu odróżnić 3 przypadki: w okresie wylegania, w okresie swobodnego istnienia i w okresie, gdy precypityna zniknęła. Wstrzykiwanie surowicy w okresie wylegania mało zmienia krzywiznę precypityny. Nowe wstrzykiwanie w okresie swobodnego istnienia precypityny wywołuje natychmiastowe szybkie zmniejszenie się jej ilości, tem większe, im więcej wstrzyknięto surowicy. W dalszym jednak przebiegu ilość precypityny się zwiększa, przekraczając poprzednie „*maximum*”. Ten okres twórczy poprzedzony jest krótkim okresem wylegania.

Przy wstrzykiwaniu surowicy w 3-im okresie, gdy precypityna już zniknęła, pojawia się ona na nowo daleko szybciej i w ilości daleko większej. Odpowiada to przyspieszonemu odczynowi. Von DUNKERN wykrył ją już po 3-ch dniach u zwierząt po wtórnem wstrzyknięciu surowicy, a HAMBURGER i PIRQUER fakt ten potwierdzili.

Objawy kliniczne choroby posurowiczej, jako wyraz odczynu życiowego odczynników. Wprowadzenie do krążenia krwi surowicy obcej wywołuje u człowieka, rzadziej u zwierząt, nie tylko pojawienie się precypityny we krwi, ale jeszcze odczyn, który opisaliśmy powyżej pod nazwą choroby posurowiczej. Widzieliśmy, że odczyn ten po pierwotnem wstrzyknięciu zjawia się 8-go—12-go dnia. Jeżeli po dłuższym czasie powtórzmy wstrzykiwanie, wtedy odczyn taki zjawia się wcześniej, bo po 5-u dniach, jako t. zw. przyspieszony. Choroba posurowicza ulega przeto temu samemu prawu, co do czasu, jak pojawienie się precypityny *in vitro*. Oba te zjawiska, kliniczne i chemiczno-biologiczne zostają w związku przyczynowym, przyczem te ostatnie stanowią widoczny dowód zmian, zachodzących w ustroju, i natężenie ich jest wskaźnikiem natężenia odczynu życiowego. Również odczyn natychmiastowy zostaje w związku przyczynowym z powstawaniem precypityny, albo raczej z jej obecnością, ponieważ w tak krótkim przeciągu czasu nie zdążyłaby się na nowo wytworzyć. Ponieważ precypityna znika ze krwi prędzej, aniżeli usposobienie do natychmiastowego odczynu, musimy przyjąć jako fakt, że siła życiowa daje nam dokładniejsze dowody swej obecności przez odczyn natychmiastowy, aniżeli próby *in vitro*.

Odczyn natychmiastowy objaśnia nam mechanizm choroby posurowiczej. Dotąd przypuszczaliśmy, że samotworzenie się przeciwciał²⁾ we krwi pod wpływem surowicy jest przyczyną objawów choroby; odczyn natychmiastowy dowodzi, że antygen główną rolę odgrywa przy wywoływaniu tych objawów, a mianowicie spotkanie się antygeny z przeciwciałami (*Antikörper*).

W okresie wolnego istnienia precypityny otrzymujemy odczyn *in vitro* i odczyn natychmiastowy, jako obraz kliniczny, t. j. odczyn życiowy. Ani jednego, ani drugiego nie umiemy sobie jednak wyjaśnić. Możemy tylko określić warunki ich powstawania. Jeżeli *in vitro* do surowicy, zawierającej przeciwciała, dodamy kroplę surowicy końskiej—powstaje osad; jeżeli wstrzyknie-

²⁾ Termin przeciwciało=*Antikörper*, przyjęty w nauce, nie wydaje mi się dokładnie określającym związku, tworzące się we krwi żywej, lub znajdujące się w surow. *in vitro*. (Prz. spraw.)

my surowicę końską do krwi osobnika, zawierając ego przeciwciała (*Antikörper*) — występuje odczyn natychmiastowy. Odczyn *in vivo* jest również swoisty, jak odczyn *in vitro*.

Czy przeciwciała, będące przyczyną odczynu życiowego, są identyczne z precypityną?

Spostrzeżenia kliniczne i badania chemiczne dowodzą, że natężenie objawów chorobowych po wstrzyknięciu wtórnem niezawsze idzie współrzędnie z tworzeniem się i obfitością precypityny, i zjawiska te zdają się nie zależeć jedno od drugiego.

FRANCIONI, robiąc badania u wielu dzieci, znalazł w 17-u przypadkach pojawienie się precypityny jednocześnie z wystąpieniem objawów klinicznych choroby posurowiczej; w 4-ch przypadkach znalazł precypitynę bez objawów klinicznych, w 67-u objawy kliniczne bez obecności precypityny. Toż samo stwierdził MARFAN. Dowodzi to, że czynnik odczynu życiowego przeciwciała nie jest identyczny z precypityną. Wiadomo bowiem, że rozmaite gatunki przeciwciał, dających się wykazać, powstają przy uodpornianiu w jeden i ten sam sposób. Tak, po wstrzyknięciu hodowli tyfusowych powstają antytoksyny, aglutyniny i bakteriolizyny w rozmaitym czasie i w różnej ilości. Wogóle powiedzieć tylko możemy, że odczyn życiowy jest czulszy, niż odczyn *in vitro*, szczególnie ze względu na czas trwania wrażliwości i zdolności do odczynu. I tak, precypityna znika zwykle w 5-ym—9-ym tygodniu po wstrzyknięciu, usposobienie do odczynu natychmiastowego istnieje przez kilka miesięcy i znika dopiero po 6-u—9-u miesiącach, a niekiedy istnieje po 18-u miesiącach.

Odczyn życiowy po wstrzyknięciu wtórnem jest to odczyn swoisty. Dowody tego są następujące:

1. Po pierwotnem wstrzyknięciu małych dawek surowicy niema nigdy tak charakterystycznego, wielkiego obrzmienia miejscowego. Zdarza się tylko nieznaczne obrzmienie i zaczerwienienie.

2. Odczyn ten jest swoisty dla antygenu, o którym mowa. Taki odczyn wywołuje surowica końska po uprzedniem użyciu surowicy końskiej, t. j. surowica jednoimienna tylko, — bez względu na to, jakie zawiera antytoksyny. A zatem surowica przeciwbłonicza, przeciwplonicza, przeciwteżcowa, pochodzące z konia, i normalna końska działają przy wtórnem wstrzyknięciu w ten sposób, że wywołują odczyn życiowy, o którym mowa. Odczyn ten — życiowy odczyn przeciwciał — stanowi właśnie wrażliwość na wtórne wstrzykiwanie, objawiającą się odczynem natychmiastowym. Przeciwciała, które ją wywołują, nie są jednak identyczne z precypityną, i nie tworzenie się osadu wywołuje chorobę posurowiczą. Przyczyną choroby posurowiczej jest wzajemne chemiczne działanie na siebie, zachodzące pomiędzy surowicą końską a przeciwciałami odczynu życiowego, działanie zupełnie innego rodzaju.

Po pierwotnem wstrzyknięciu, jak wiadomo, choroba posurowicza występuje 8-go—12-go dnia. Mamy tu już jeden z odczynników, t. j. antygen, brak nam drugiego, t. j. przeciwciała. Pod wpływem antygenu tworzy się ono w śledzionie, szpiku kostnym i t. p. i po upływie dłuższego czasu zjawia się w obiegu krwi, gdzie może zmieniać antygen, znajdujący się w tkankach i płynach ustroju w ten sam sposób, jak przy odczynie natychmiastowym. Nie możemy jednak dziś już rozstrzygnąć, czy tworzenie się ciał toksycznych zależy od szybkiego pojawienia się przeciwciała, czy też od powolnych zmian antygenu przez produkty odczynu ustroju. WASSERMANN i CITRON dowiedli niedawno, że tworzenie się przeciwciał odbywa się nie tylko w śledzionie i szpiku kostnym, lecz nawet w tkance, do której wprowadzony został antygen. Fakt ten wyjaśnia nam przyczynę pojawiania się najpierwej odczynu na miejscu zastrzyknięcia. HERTZKA już w 1903 r. przypisywał go słusznie miejscowo-

wemu tworzeniu się przeciwciał. Odczyn przyspieszony różni się od normalnego tem, że tu przeciwciała tworzą się prędzej. Pod tym względem krzywizna precypityny idzie w parze z krzywizną objawów choroby posurowiczej: po krótkim okresie wylęgania obie jednocześnie gwałtownie się wznoszą. To dowodzi, że objawy kliniczne odczynu przyspieszonego zostają w związku przyczynowym z powstawaniem w ustroju przeciwciał wogóle pod działaniem surowicy.

Nadwrażliwość nabyta. Chociaż pierwotne wstrzyknięcie większej ilości surowicy [200 ctm³] nie wywołuje niekiedy żadnego odczynu, widzimy jednak niekiedy przy wtórnym wstrzyknięciu małej dawki [1 ctm.³] surowicy odczyn natychmiastowy, tak miejscowy, jak ogólny. Celem wyjaśnienia przyczyny tej nadwrażliwości, musimy rozstrzygnąć pytanie, od jakich czynników zależą objawy choroby. Widzieliśmy, że częstość występowania objawów klinicznych choroby posurowiczej zależy od gatunku i ilości surowicy i od usposobienia osobniczego. U człowieka używamy tylko surowicy końskiej, której ilości przy pierwszym i drugim wstrzyknięciu zwykle bywają jednakowe. Usposobienie osobnicze polega na różnej zdolności do wytwarzania przeciwciał i różnej wrażliwości ustroju na ciała toksyczne, powstające przy połączeniu się antygeny z przeciwciałami.

Doświadczenia na zwierzętach. U zwierząt pierwsze wstrzyknięcie surowicy zwykle nie wywołuje odczynu klinicznego; dopiero następne wstrzyknięcie wywołuje odczyn miejscowy natychmiastowy [obrzęk i zgorzel], a przy wstrzykiwaniu do żyły objawy zapaści i szybką śmierć ARTHUS wstrzykiwał królikom surowicę końską pod skórę i do żył, nie wywołując żadnego odczynu. Przy powtarzaniu co 6 dni wstrzykiwaniu, począwszy od czwartego, występują objawy miejscowe coraz silniejsze, wyrażające się obrzmieniem i nacieczeniem, a nawet zgorzelą. Przy wstrzykiwaniu do żył lub do jamy otrzewnej zaburzenia są daleko cięższe.

Niekiedy zaburzenia ogólne przemijają i zwierzę zdaje się poprawiać następnie jednak rozwija się charłactwo. Takie same zaburzenia widzia ARTHUS po kilkakrotnym wstrzykiwaniu mleka odtłuszczonego i wyjałowionego przy 100°, z czego wnosi, że taką nadwrażliwość wywołują wszystkie płyny, zawierające istoty białkowe. ARTHUS twierdzi, że pierwsze wstrzyknięcie u królika nie wywołuje odczynu klinicznego i przyjmuje nadwrażliwość tylko po powtórnym. Pochodzi to stąd, że robił on następne wstrzyknięcie 6-go dnia, a więc zawczasie, nie czekając czy pierwsze wywoła odczyn, czy nie. Dlatego odczyn czyni on zależnym od liczby wstrzykiwań, zamiast oznaczyć dzień jego pojawienia się. PIRQUET i SCHICK jednak sądzą, że nawet jednorazowe wstrzyknięcie wywołuje wrażliwość, następne zaś wstrzyknięcia mogą wpłynąć tylko na natężenie odczynu. Wrażliwość tę u królika można stwierdzić jeszcze po 10-u dniach. Obecność precypityny potwierdzili także u królika, lecz ilość jej nie odpowiada natężeniu odczynu miejscowego. Przy powtórnym wstrzyknięciu ilość jej zwiększa się podwójnie, co dowodzi obfitszego tworzenia się przeciwciał wogóle przy powtórnym wstrzyknięciu.

Obrzek swoisty. U człowieka choroba posurowicza cechuje się objawami miejscowymi i ogólnymi, u królika jednak spotykamy tylko objawy miejscowe, które jako jedyne są najważniejsze.

Wstrzyknięcie wtórne u królika robi się na zewnętrznej powierzchni muszli usznej, która, jako przezroczysta, najbardziej się do tego nadaje. ARTHUS stwierdził, że taki życiowy odczyn miejscowy jest odczynem swoistym, i tak: mleko krowie tylko po mleku krowim, surowica końska tylko po surowicy końskiej może go wywołać. Surowica różnoimienna nie wywołuje go wcale.

Odporność nabyta. Wrażliwość zmniejszona nie wrażliwość. Ważnem jest rozstrzygnięcie pytania, czy ustrój przy następnych wstrzykiwaniach obcej surowicy pozostaje nieczułym, czy też stan ten zmienia się na odporność, jak przy użyciu tuberkuliny. Doświadczenia nad zwierzętami przemawiają przeciw temu. Zwierzęta, poddawane wstrzykiwaniu co 6—10 dni, dają za każdym razem silniejszy i gwałtowniejszy odczyn miejscowy i po pewnym czasie zdychają z charłactwa. WOLFF wyprowadził stąd wniosek, że surowica różni się zasadniczo od tych ciał, przeciwko którym wytwarza się antytoksyna. Pogląd ten jednak okazał się błędnym. Doświadczenia, dokonane u ludzi przez PIRQUET'a i SCHICK'a, także nie rozstrzygnęły tej wątpliwości. Odczyn miejscowy przy następnych wstrzyknięciach raz się pojawia, drugi raz nie pojawia się, albo też występuje jako suma odczynów na kilka wstrzykiwań, i wtedy trwa dłużej, albo zjawia się w lekkiej formie bez względu na to, że dawka surowicy pozostaje niezmienną. Wogóle, zdaje się, że do powtarzanych wstrzykiwań ustrój w końcu się przyzwyczaja, choć zależy to widocznie od usposobienia osobniczego, jak dowodzi następujący przykład: Sześciolatnia dziewczynka, z powodu niemożności usunięcia rurki pozostająca przez 3 lata w oddziale błonicy, dostawała co 1—2 miesiące po 5 ctm³. surowicy w celu zapobiegawczym. 24 kolejne wstrzyknięcia nie dawały żadnego odczynu, po 27-em i 28-em wstrzyknięciu wystąpił odczyn miejscowy z podniesieniem ciepłoty. Wrażliwość więc może zniknąć i pojawić się na nowo u tego samego dziecka.

Znaczenie choroby posurowiczej dla patologii ogólnej. Badania nad chorobą posurowiczą stwierdzają dwa ważne fakty: odczyn natychmiastowy i odczyn przyspieszony, oraz nadmierną wrażliwość na rozmaite surowice i wogóle antygeny—przy wstrzyknięciu wtórnem. Ciekawe pod tym względem są doświadczenia RICHER'a z jadem aktywności, z którego otrzymał dwa ciała: krystaliczny *tallasin*, mało toksyczny, wywołujący swędzenie i *kongestin*, silnie trujący i wywołujący podrażnienie przewodu kiszkowego. Twierdzi on, że *tallasin* wywołuje odporność, *kongestin* zaś nadwrażliwość.

Trudno jednak przypuszczać, aby w surowicy końskiej, w jądzie tęczowym lub w tuberkulinie mogły istnieć obok siebie dwa ciała, których działanie byłoby wprost przeciwnem. Surowica różni się od jadu aktywności tem, że nigdy przy pierwszym wstrzyknięciu nie wywołuje bezpośrednich objawów choroby, przytem sama przez się nie działa toksycznie, i toksyny powstają dopiero jako wynik wzajemnego działania pomiędzy surowicą a ustrojem żyjącym.

W podobny sposób działają inne białka zwierzęce, jak mleko, nasienie. Pierwotne wstrzyknięcie wywołuje w ustroju zawsze jednakowe zmiany, wyrażające się klinicznie jako nadmierna wrażliwość; tylko przy użyciu ciał toksycznych odczyn przyspieszony nie występuje i krótkiego okresu wylegania brak dlatego, że jady te działają natychmiastowo bez okresu wylegania.

Podobnie, jak z jadem aktywności, dzieje się z tuberkuliną, przy której z nadwrażliwości wyradza się odporność.

COURMONT twierdzi, że wstrzykiwania niszczą odporność ustroju, który przez nie staje się skłonny do zarażenia, ponieważ pierwsze wstrzyknięcie niszczy w nim istniejące ciała ochronne.

Szkoła lyońska rozszerzyła zakres tych spostrzeżeń na inne drobnoustroje, jak gronkowce i paciorkowce, *bac. pyocyaneus* i t. p. RIST stosuje ten pogląd do lasecznika błonicy, STRAUSS i GAMALEIA do lasecznika gruźlicy. KOEHLER i WESTPHAL jeszcze 1891 r. podali teorię, podług której przy zetknięciu tuberkuliny z produktami laseczników gruźliczych powstaje nowe ciało, i ono to właśnie ma wywoływać odczyn na tuberkulinę. MARMOREK przypuszcza, że powstaje tu ciało, wywołujące gorączkę, BAIL zaś, że tworzy

się tu ciało, zabijające leukocyty i nazywa je *agressiną*. W ostatnich latach nadmierną wrażliwością zajął się Wolff i rozwinął teorię endotoksyn. Endotoksyna staje się czynną z chwilą, gdy kupki bakterii zostają oswobodzone przez bakteriolizynę, a więc przez przeciwciała. Wolna endotoksyna działa wtedy trująco bez okresu wylegania, a więc natychmiastowo. Teoria endotoksyn, jako teoria bakteriolizy, nie może być zastosowaną do roztworu białka, jak tego próbuje Wolff; można je przyjąć tylko w tem znaczeniu, że zętknięcie i wzajemne działanie antygenu i przeciwciała wyradza trzecie ciało trujące, lecz tam, gdzie bakteriolityczne przeciwciała przyczyniają się do wywołania odczynu, wytworzenie ich poprzedzone jest przez okres wylegania.

Czemże jest ten okres wylegania? Co stanowi jego istotę?

Długi okres wylegania teżca staje się zrozumiałym przez to, że jad ma do przebycia długą drogę wzdłuż nerwów, dopóki nie napotka komórki, zdolnej do jego przyjęcia. Przy zimnicy przerwy pomiędzy napadami zależą od tego, że tylko pewne stopnie rozwoju pasożyta wywołują objawy choroby.

To samo da się zastosować do innych chorób zakaźnych, jak odra, ospa i t. p., pasożyt tylko na pewnym stopniu rozwoju staje się chorobotwórczym.

Wszystkie powyższe teorie mają wspólną podstawę, ponieważ wszystkie przypuszczają, że przyczyną wylegania jest jedynie zarazek i produkty jego przemiany materji, bez udziału ustroju zakażonego. PFEIFFER, WASSERMANN i WOLFF zwracają już uwagę na udział samego ustroju. Rola ustroju widoczną jest z tego, że zdolność do odczynu przy chorobach zakaźnych podlega tym samym prawom, co przy chorobie posurowiczej. Tak, przy powtórnem szczepieniu ospy odczyn zawsze występuje wcześniej, niż przy pierwszym. Im prędzej występuje ten odczyn, tem szybciej i łagodniej przebiega cały odczyn. Nie zależy to od ilości wprowadzonego zarazka, ponieważ u cieląt odczyn nie występuje wcześniej, jeżeli zwiększymy ilość szczepionki. Prawo odczynu przyspieszonego zachowuje przeto swoją moc nawet przy zarazkach, zdolnych do rozmnażania.

BUTTERSACK teorię uodporniania i leczenia opiera na powstrzymaniu rozwoju zarazka. Przyjmuje on hipotezę, że przez jednorazowe zakażenie komórki ustroju nabywają zdolność przystosowania się, która przy nowem zakażeniu rozwija się daleko prędzej.

PIRQUET i SCHICK różni się od BUTTERSACK'a w tem, że gdy BUTTERSACK chwilę powstrzymania rozwoju zarazka oznacza na szczycie choroby, P. i S. przyjmują w samym jej początku. Nazwą przeciwciał określają oni nie tylko antytoksyny w zwykłym znaczeniu, lecz zbiór wszystkich produktów odczynu, które, jako swoiste, wytwarzają się w ustroju pod wpływem antygenu, t. j. surowicy. Teoria BUTTERSACK'a nie wystarcza do objaśnienia choroby posurowiczej, ponieważ surowica nie jest substancją, zdolną do rozmnażania i nie może wywołać wstrzymania rozwoju zarazka.

Zwykle chorobę uważamy za uszkodzenie ustroju, a przeciwciała za istoty trujące. Zapominamy, że choroba jest to tylko okres uodporniania, i że ustrój, często tylko przebywając chorobę, dochodzi do odporności. Współczesne leczenie stara się osiągnąć tę odporność przez wywołanie zachorowania lekkiego, przebiegającego miejscowo, o ile to jest możliwem. Przy chorobach zakaźnych widzimy wyraźnie, jaką korzyść przynosi taka zdolność do odczynu przyspieszonego. Im prędzej odczyn występuje, tem mniej ma czasu do rozmnożenia się obcy zarazek, tem prędzej rozwój jego zostaje powstrzymany, tem mniejszą szkodę wyrządza on ustrojowi. Przy chorobie posurowiczej przeciwnie, wydaje nam się, że jest ona dla organizmu szkodliwą, gdy odczyn szybciej występuje, ponieważ tem jest silniejszą, im prędzej przeciwciała działają na antygen.

Sprzeczność tę można objaśnić tem, że w naturze rzadko następuje zakażenie drogą podskórną, zwykle przez ukłucie owadu lub ukąszenie węża, i wtedy zarazek nie jest zdolny do rozmnażania się. Choroby zaś powstają przez wnikięcie małych ilości zarazka zdolnego do rozmnażania się.

Zdolność do odczynu przyspieszonego stanowi dla ustroju korzyść, której nabywa on, przebywszy raz daną chorobę. Ustrój znajduje się w bezpośrednim stosunku z chorobą w okresie wolnych przeciwciał, którego wyrazem jest właśnie zdolność do odczynu natychmiastowego i nadmierna wrażliwość. Okres ten ma czas trwania ograniczony. Nawet po zniknięciu wolnych przeciwciał dany osobnik zachowuje odporność. Odporność ta polega jednak nie na odczynie natychmiastowym na zarazki chorobotwórcze, lecz na przyspieszonym nowotworzeniu się przeciwciał.

W ten sposób ustrój staje się zdolnym do szybszego przeciwdziałania nowemu zakażeniu, do umiejscowiania niejako choroby. Ta zdolność nie zależy od wolnych ciał, znajdujących się w cieczech, lecz od własności komórek, nabytej przy pierwszym zachorowaniu. Jest to więc odporność komórkowa.

Istnieją prawdopodobnie inne rodzaje odporności komórkowej. Badania WASSERMANN'a nad przystosowaniem się tkanek do współżycia z drobnoustrojami, które w początku były chorobotwórczymi, bez wyraźnego odczynu przeciwciał, dowodzą, że może istnieć odporność, polegająca na niewrażliwości.

Jednorazowe przebycie choroby zakaźnej, np. odry, płonicy, ospy, zwykle zabezpiecza na całe życie od powtórnego zachorowania. Istota odporności klinicznej przy tych chorobach polega nie na niewrażliwości wobec zarazka, lecz na zdolności do odczynu przyspieszonego.

Choroba posurowicza ma dla nas wielkie znaczenie nie tylko pod względem klinicznym, lecz i z punktu widzenia patologii ogólnej, ponieważ stanowi typ chorobowy, wywołany przez przyczyny ograniczone, niezdolne do rozmnażania się i daje nam doskonały materiał do badań zmian, jakie się przytem odbywają w ustroju.

Praca PIRQUET'a i SCHICK'a oparta jest na spostrzeżeniach, czynionych w klinice prof. ESCHERICH'a w Wiedniu. Materiał kliniczny własny i zaczerpnięty z literatury wszechświatowej, dotyczącej omawianego przedmiotu, pozwolił autorom na doskonałe i wszechstronne opracowanie choroby posurowiczej. Liczne tablice i historie choroby objaśniają dokładnie współczesny przebieg i natężenie objawów chorobowych i ich stosunek do spraw biochemicznych, zachodzących w ustroju.

Wiele pytań w chorobie posurowiczej zostaje dotąd nie rozstrzygniętych, a przede wszystkim nie umiemy sobie objaśnić, dlaczego występuje ona u pewnej tylko liczby chorych po użyciu surowicy, gdy większość chorych unika jej zupełnie.

Faktem jest, że surowica od jednego i tego samego konia u jednego chorego wywołuje odczyn, u drugiego nie wywołuje, a pierwsze porceje, wypuszczane z konia, zdają się posiadać własność wywoływania wysypki. Surowica niezbyt świeża, odstawa, w której się nawet osad utworzył, okazuje się lepszą w użyciu. Również pierwszeństwo mieć winna surowica, która w mniejszej objętości posiada więcej jednostek ochronnych.

Alfons Malinowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

2. Arloing. Rozwiązanie kwestyi przenoszenia się gruźlicy bydłej (krowiej) na człowieka.

Z powodu wątpliwości, poruszonych przez KOCH'a i SCHUETZ'a w kwestyi odrębności gruźlicy u bydła rogatego i u ludzi, autor przeprowadził szereg doświadczeń, na mocy których doszedł do przekonania, że gruźlicę u ludzi i zwierząt kręgowych ciepło- i zimnokrwistych wywołuje ten sam zarazek — przecinek KOCH'a i że zaraźliwość tego ostatniego waha się, zależnie od warunków, w jakich organizmy zarażający i zarażony pozostają. SMITH i niektórzy amerykańscy badacze, również KOCH i SCHUETZ dowodzą odrębności zarazków gruźlicy u bydła rogatego i ludzi, opierając się pierwsi na różnicy w wyglądzie i jadowitości, drudzy na zdolności generalizowania gruźlicy przez zarazek od bydła i braku tej cechy u zarazka od ludzi. Powaga KOCH'a i jego *ad extrema* posunięte twierdzenie o odrębności obu zarazków gruźlicy wywołały wątpliwość co do potrzeby i skuteczności środków, zaprowadzonych w celu zabezpieczenia ludzi od możliwego zarażenia się od bydła. Kontrolujące doświadczenia JONG'a, autora i innych dowodziły tożsamości zarazka gruźliczego i w ten sposób zjawiły się dwa obozy: jedni wymagali ścisłego przestrzegania zapobiegawczych środków ostrożności, drudzy przemawiali za ich zniesieniem. Walka między obu stronnictwami wystąpiła jaskrawiej na arenę publiczną po raz pierwszy na Zjeździe w Berlinie w r. 1902 w okresie tworzenia się „międzynarodowego biura do walki z gruźlicą“. Organizatorzy chcieli przede wszystkim poruszyć sporną kwestyę odrębności zarazków i żądali od KOCH'a sprawdzenia kontrolujących doświadczeń wielu badaczy, między innymi i autora, i wyjawienia swej opinii, lecz KOCH odparł, że nie tyle ważnem jest, czy zarazek jest wspólny, jak to, czy może przejść z bydła na ludzi; w tej zaś kwestyi twierdził, że nie może, nie posiadając własności przyswajania się temu organizmowi.

Zdania zaczęły chylić się stopniowo na stronę przeciwników KOCH'a i ci poruszyli tę sprawę następnie na Zjeździe w Brukseli w 1903 r. Czterej referenci: GRATIA, JONG, FIBIGER i autor zgodzili się, że gruźlica u ludzi i zwierząt bywa wywołana przez jeden i ten sam zarazek, mianowicie przecinek KOCH'a. Ten ostatni i SCHUETZ nie zjawili się na Zjeździe, aczniowie zaś ich przenieśli dyskusyę na pytanie, czy badacze wymienieni odrzucają zaraźliwość ludzi jednym od drugich i czy sądzą, że istnieje tylko droga zarazy przez bydło. Po dyskusyi Zjazd wyraził zgodne zdanie, że gruźlica najczęściej rozszerza się, przechodząc z ludzi na ludzi, lecz że w obecnym stanie nauki należy utrzymać środki zapobiegawcze dla uniknięcia możliwości zarazy od bydła.

Opór obu uczonych niemieckich skłonił władze do przeprowadzenia ścisłych i obszernych badań przez niemiecką opiekę sanitarną w osobach KOSSEL'a, WEBER'a i HEUSS'a. Należy zanotować, że badania te były prowadzone pod wpływem KOCH'a, który dał taki wskaźnik rozpoznawczy: jeżeli zarazek, wstrzyknięty pod skórę, wywołuje generalizacyę gruźliczą, to jest pochodzenia bydłowego, jeżeli zaś ogranicza się na sprawie miejscowej, to konstatujemy pochodzenie jego od ludzi. Wskaźnik ten nie jest absolutnie pewnym, jednak nawet przy zachowaniu tego warunku okazało się, że gruźlica może przechodzić z ludzi na bydło i odwrotnie. Ale w schematycznych badaniach urzędowych zostało zauważone, że laseczniki u zwierząt nigdy nie posiadają jadowitości,

właściwej zarazkowi, branemu od ludzi. Lecz i to zdanie zostało usunięte przez badania uczeniwy KOCH'a, LYDII RABINOWICZ, która wyhodowała z gruźlicy zwierząt zarazki, zachowujące się jednakowo z zarazkami od ludzi. Dopiero wtedy zaczął się KOCH nawracać na drogę potrzeby zachowania środków ostrożności, ponieważ takim było zdanie komisji, czyniącej doświadczenia w samym Berlinie. Aby utrzymać się choć w części przy swem zdaniu, KOCH i SCHUETZ twierdzą, że właściwie istnieją 2 typy gruźlicy: ludzkiej i zwierzęcej, różniące się dość jaskrawo od siebie. Mówią oni, że człowiek zaraża się mlekiem i mięsem bydła, a więc zarażenie się gruźlicą od bydła mamy tylko przez drogi pokarmowe w kiszkaeh — typ bydłowego zarazka; jeżeli zaś istnieje ognisko nie tylko w kiszkaeh, lecz i w płucach, to zarazek wnikał przez drogi oddechowe i wtedy mamy zarazek ludzki. Rozmiary niebezpieczeństwa, wynikającego z możliwości zarażenia się, KOCH uważał za nieistniejące prawie, badacze komisji sanitarnej za minimalne, autor zaś za dosyć znaczne. Rzeczywiście komisya w Londynie pod kierunkiem prof. FOSTER'a w swych badaniach doszła do wniosku, że 50% spostrzeganych przypadków było pochodzenia zwierzęcego; doświadczenia SCHWEINITZ'a, MARION DORSET'a SEROEDER'a wreszcie opieki sanitarno-weterynar. w St. Zjednoczonych liczą takich przypadków 33%. Jeżeli opierać się na wymaganej przez KOCH'a generalizacji gruźlicy przez lasieczniki zwierzęce, to w średniej liczbie w 22% przypadków gruźlicy u bydła znajdziemy gruźlicę ludzką. Lecz czy pewnem jest to żądanie KOCH'a? Wszak wiemy, że własności zarazków i ich jadowitość nie są niezmiennie i wahają się zależnie od bardzo wielu nieznanych nam nawet czynników. W każdym razie stanowczo można być pewnym, że zarażenie się ludzi od bydła w warunkach dodatnich istnieje i że ostrożność jest konieczną. Zdanie to zostało poparte przez ostatni międzynarodowy Zjazd weterynaryjny w Budapeszcie we wrześniu 1905 r., na którym nawet SCHUETZ i WEBER przyłączyli się do orzeczenia Zjazdu, że należy nalegać na utrzymanie środków ostrożności przeciwko przenoszeniu się gruźlicy z bydła na ludzi. Prócz tego Zjazd gorąco popierał walkę zapobiegawczą z gruźlicą ze względu na straty w gospodarstwie i na zdrowiu ludzkim. W ten więc sposób dualiści stopniowo przyłączyli się do swych przeciwników. Wreszcie kwestya ta została jeszcze raz rozstrzygniętą na Kongresie przeciwgruźliczym w Paryżu w październiku 1905 r., gdzie po wysłuchaniu zgodnych co do wyników doświadczeń badacza niemieckiego KOSSEL'a, amerykańskiego RAVENEL'a i francuskiego ARLOING'a [autora], obecni doszli do przekonania o możliwości przenoszenia się zarazy. A więc człowiek może zarazić się gruźlicą bydłą, przeważnie przez przewody pokarmowe, spożywając mięso lub mleko, jeżeli poprzednio nie były podjęte odpowiednie środki ostrożności. W celu zapobieżenia rozszerzaniu się zarazy, Kongres postanowił wpływać na zaprowadzenie potrzebnych środków ostrożności, uświadamiać o tem niebezpieczeństwie ogół i prowadzić walkę zapobiegawczą.

Province méd. Nr. 4.

Z. Kotarski.

3. Mezincescu. Rola lasieczników rzekomo-gruźliczych w rozpoznawaniu gruźlicy.

Do niedawna jeszcze sądzono, że ogólnie przyjęty sposób barwienia lasieczników gruźlicy [EHRlich, ZIEHL-NEELSEN, GABBET] wystarcza do odróżnienia ich od innych drobnoustrojów. Tymczasem badania ostatnich lat wykazały, że jest pewna, coraz to powiększająca się liczba lasieczników, które barwią się zupełnie tak samo, jak przecinki KOCH'a, a więc nie odbarwiają się kwasami. Do grupy tych drobnoustrojów należy *bacillus smegmae*, który utrudnił rozpoznawanie na preparatach drobnowidzowych gruźlicy dróg moczowych. Następnie wykryto podobne lasieczniki w płwocinie przy różnych cierpieniach

dróg oddechowych, jak również i przy gruźlicy; znajdowano je też przy różnych stanach zapalnych, dalej w kale, w woszczku z ucha i w gruczołach.

Do rzędu inych, autor dodaje następujące spostrzeżenie. Znalazł on laseczniki rzekomo-gruźlicze w owrzdzeniu na policzku chorego, przywiezionego na operację. Na preparacie drobnowidzowym, barwionym według ZIEHL'a, wykrył oprócz ciałek ropnych i niezliczonych łańcuszkowców, pewną liczbę małych laseczek, które nie odbarwiały się kwasami, nawet przez dłuższy przeciąg czasu. Laseczniki te, zupełnie zresztą podobne do gruźliczych, zadziwiała swoją wielopostaciowością i liczbą; w niektórych miejscach tworzyły zbite masy; ponieważ niektóre z nich leżały wewnątrz leukocytów, przypominały więc *bacillus leprae*. Ponieważ laseczniki te prawie zupełnie odbarwiły się absolutnym alkoholem, MEZINCESCU przyjął je za rzekomo-gruźlicze. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie, gdyż owrzdzenie okazało się nabłoniakiem. Według autora, laseczniki te nie stały w żadnym przyczynowym związku ze sprawą chorobową; znajdowały się tylko w powierzchownych skrawkach i przeważnie w torebkach włosowych.

MEZINCESCU przeprowadził następnie szereg badań bakteriologicznych nad otrzymanymi lasecznikami i przyszedł do wniosku, że należą one do grupy *bacillus smegmae*. Hodowle przypominają laseczniki rzekomo-błonicze; w pierwszych hodowlach laseczniki zachowują jeszcze pewną odporność wobec kwasów. Laseczniki są małe dosyć, cienkie, niektóre mają zgrubienia na końcach.

Deutsch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 48.

T. Wretowski

4. Romme. Powikłanie oskrzelowo-płucne po laparotomiach.

Powikłania w sferze dróg oddechowych po cięciach brzusznych dotąd przypisywano albo przenikaniu zarazków, znajdujących się bądź to w powietrzu, dostającym się do jamy brzusznej, bądź też na rękach chirurga lub na narzędziach i stykających się z otrzewną, albo nadmiernemu ochłodzeniu. Jeżeli pierwsze przypuszczenie prawdziwe, to wszelkie sprawy płucne powinny być poprzedzać zapalenie opłucnej, ponieważ zarazki z otrzewnej drogą przewodów limfatycznych przechodziłyby na przeponę, a stąd na opłucną; tymczasem zapalenie opłucnej, jako powikłanie pooperacyjne bywa rzadko. Przy drugim przypuszczeniu częściej powinno cierpieć lewe płuco, ponieważ prawe osłonięte jest wątrobą. Tymczasem statystyka wykazuje, że częściej cierpią prawe oskrzela i płuco, co się tłumaczy, że w czasie narkozy łatwiej ono, jako szersze i odchodzące w prostszej linii, inspiruje zarazki z jamy ustnej i krtani. Przyczynia się do tego i ta jeszcze okoliczność, że rozcięcie jamy brzusznej narusza mechanizm oddechowy; chorzy, aby uniknąć bólu, czynią ruchy oddechowe powierzchowniejszymi, wentylacja płuca staje się niedostateczną i to ułatwia przedostawanie się zarazków ze śluzówki jamy ustnej. Opierając się na tem, KOERTE dezynfekuje uprzednio jamę ustną i gardło i operuje nie tylko na czczo, lecz jeszcze stosuje przemywanie żołądka; po operacji zaś radzi choremu oddychać głęboko bez względu na ból i nie ścisła zbyt mocno brzuch opaską. Jednakże i te środki, jak twierdzi KOERTE, nie zabezpieczają w zupełności od powikłań płucnych.

(*La Presse med. 1905 Nr. 102*).

Z. Kotarski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

2. Adrenalina w leczeniu krwioplucia. Adrenalina, jak dowiodły badania doświadczalne i kliniczne, dała bardzo dobre wyniki przy zatrzymywaniu krwioplucia, choć teoretycznie nie wiemy, któremu z 3-ech wskazań odpowiada, mianowicie: zamknięciu krwawiącego naczynia, zmniejszeniu ciśnienia tętniczego, czy ułatwieniu krzepnięcia krwi. Wiadomo na pewno tylko to, że adrenalina w bardzo słabych rozcieńczeniach jest silnym środkiem hemostatycznym. Opierając się na badaniach autora i innych, można twierdzić, że adrenalina wydaje się o tyle silniejszym od innych środkiem hemostatycznym, że działa dobrze nawet przy krwotokach z jam, powstałych ze zniszczenia płuca.

Sposób użycia najrozmaitszy: wstrzykiwania podskórne, przez przewód pokarmowy, wstrzykiwania żyłne, mięszone i wreszcie wkraplania do tchawicy. Adrenalinę należy dawać samą w rozcieńczeniach 1 na 1000 lub z dodatkiem roztworu fizyologicznego soli kuchennej; najlepiej korzystać ze znajdujących się w handlu ampulek wyjałowionych, o dokładnie wymierzonej ilości. Do wstrzykiwań podskórnych można brać po 5 ctm.³ roztworu $\frac{1}{1000}$ Adren. muriat. i fizyologicznego roztworu soli kuchennej i wtedy 1 ctm.³ tego płynu zawiera $\frac{1}{2}$ miligr. adren.; do użytku wewnętrznego dajemy z 3 ctm.³ pierwszego i 30 ctm.³ drugiego roztworu łyżeczkę od kawy (5 ctm.³) co odpowiada $\frac{1}{2}$ miligr. adrenaliny [3 — 6 łyżeczek w ciągu 24-ch godzin]. Do wstrzykiwań żylnych mięszone lub przy wkraplaniach do tchawicy dostateczną ilością jest $\frac{1}{4}$ miligram. Po stosowaniu adrenaliny dotąd nie notowano powtórnych krwotoków [t. j. po upływie kilku godzin], jak to bywa czasem przy użyciu innych środków. Przypadki śmiertelne spostrzegano przy użyciu więcej niż 1 miligr. podskórnie środka lub u chorych bardzo wyniszczonych.

(*Presse medicale*, 1905 Nr. 91.),

Z. Kotarski.

3. Wdychanie formolu do dezynfekcji oskrzeli stosować mieli z dobrym skutkiem DUMAREST i BAYLE (*Lyon medical*, 1905, Nr. 51) w przypadkach powierzchownego cierpienia oskrzeli, bez głębszego zajęcia płuc, przy czym drobnowidz wykazywał w wydzielinie dużo bakterii. Z powodu rozmaitej tolerancji indywidualnej wdychania, zaczynali autorowie od roztworu 2,5—5%-go po 10 minut 2 razy dziennie i w niektórych razach dochodzili, do tego, że chorzy znosili wdychania 20%-go roztworu przez 2 godziny codziennie, co dowodzi, że chorzy przyzwyczajają się do tego środka, który, prócz zasychniania w ustach i gardle i wywoływania napadów kaszlu, innych dolegliwości nie wywołuje.

G.

4. Surowicę sztuczną z żelatyną (*sérum artificiel gélatiné*) jako środek krew tamujący (*haemostaticum*) w upartych krwotokach płucnych gorąco zachwalają DUMAREST i BAYLE (*Lyon méd.* 1905, Nr. 51) na mocy systematycznego używania tego środka przez 3 lata. Stosowali go oni we wszystkich przypadkach ciężkiego i powtarzającego się uporczywie krwioplucia; zastrzykiwali pod skórę [w okolicę brzucha] 80—120 ctm.³ 3%-go roztworu. Na 50 zastrzykiwań ani razu nie widzieli, aby środek ten nie działał zupełnie, a często wpływ dodatni zauważyć się dawał już po jednym zastrzyknięciu i to w krwotokach płucnych, od kilku tygodni trwających. Wpływ ten trwał 3—6 dni. Stosując roztwór wyjałowiony i aseptycznie, nie widzieli złych następstw, o których wspominają poprzedni badacze. Po zastrzyknięciu przez 24 godziny

trwa zwykle podniesienie ciepłoty ciała i obrzmienie bolesne miejscowe, które jednak powoli przechodzi, pozostawiając tylko na dość długo stwardnienie niebolesne. Takie tylko niedogodności widzieli autorowie przy stosowaniu tego środka. Działanie jego objaśniają zwiększeniem krzepliwości krwi.

G.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dnia 5-go września 1905 r.

KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił chorego, dotkniętego porażeniem typu BROWN-SÉQUARD'a, jako przyczynek do sprawy rozszczepienia czucia bólowego i ciepłego.

M. Wład., lat 25, w dniu 12-ym maja został przebity sztyletem pomiędzy 5 — 6-ym wyroskiem ościstym tuż przy linii środkowej, nieco ku lewej stronie. Rana długości 4-ch ctm., szerokości kilku milimetrów, biegnie w kierunku skośnym od zewnątrz ku wewnątrz. Chory skarży się, że nie może poruszać lewą nogą i że ma bóle w obu podżebrzach, zwłaszcza po stronie lewej. Przez pierwszą dobę nie mógł dowolnie oddawać moczu.

Badanie układu nerwowego, dokonane w kilka dni potem, wykazało: niemal zupełne porażenie ruchowe lewej kończyny dolnej — z wyjątkiem nieznacznych ruchów w stopie, inne ruchy są w niej zniesione. Odruch kolanowy na tej kończynie wzmógł, ze ścięgna ACHILLES'a — również. Wyraźny odruch BABINSKIEGO. Zniesienie zmysłu mięśniowego w palcach lewej stopy. Lekka nadezłość na dotyk i na ból w całej kończynie lewej i powyżej do pasa. Prawa kończyna dolna w stanie zupełnego znieczulenia na ból i na bodźce termiczne przy zachowaniu pobudliwości na dotyk. Przytem granice znieczulenia zarówno na ból, jak i na poszczególne rodzaje czuć ciepłych są odmiennie, jednak stałe, a mianowicie: najniżej sięga granica znieczulenia na 0° — wysokości 3-go kręgu lędźwiowego, najwyżej na ciepłość 55°—60° — wysokości 9-go kręgu grzbietowego; pomiędzy temi liniami na wysokości, odpowiadającej 1-mu kręgowi lędźwiowemu, leży linia górna znieczulenia na ból. Wykazać granice znieczulenia na 30°—40° nie udaje się wobec tego, iż owe ciepłoty zbliżone są do ciepłoty ciała.

Istnieją więc pasy, w których zniesiona jest wrażliwość na ból, a zachowana wrażliwość na 0°, lub zachowana na ból, a zniesiona na ciepło od 60° — 100°.

Mówca wspomina, że na podobne rozszczepienie czucia ciepłego i bólowego przy porażeniach typu BROWN-SÉQUARD'a pierwszy zwrócił uwagę PILTZ. Badania mówcy, dokonywane co kilka dni w ciągu 3-ch miesięcy wykazały, iż podobne rozszczepienie w rzeczy samej istnieje. K. zdemontrował na chorym owe granice znieczulenia na ból i na różne ciepłoty.

GĄBSZEWICZ A. wygłosił odczyt pod tytułem: „Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka“. Praca ta wydrukowaną została w №№ 42, 43, 44 i 45, 1905 „Gazety Lekarskiej“.

Ign. Landstein.

Posiedzenie kliniczne dnia 19-go września 1905 r.

KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił przypadek porażenia typu BROWN-SÉQUARD'a, jako przyczynek do rozszczepienia czucia bólowego i ciepłego.

Jest to poniekąd uzupełnienie demonstracji, dokonanej na poprzednim posiedzeniu.

G. P., lat 36, otrzymał w dniu 6-gym czerwca 1905 r. ranę sztyletem w okolicy 4-go—5-go wyrostka ościstego szyjowego po stronie lewej. Natychmiast poczuł osłabienie w lewej ręce i w lewej nodze. Badanie obiektywne w 3 dni po wypadku wykazało ranę kłutą w powyżej wzmiankowanej okolicy. Osłabienie mięśniowe w lewej nodze i w lewej ręce. Brak odruchu kolanowego po stronie lewej; odruch ten po kilku dniach stopniowo zaczął wracać i stał się nawet wzmocnionym. To samo było z odruchem ze ścięgna ACHILLES'a. W palcach lewej stopy zniesienie zmysłu mięśniowego. Po stronie prawej chory odczuwał ból i palenie w obrębie prawej łopatki. Pobudliwość na dotyk zachowana w zupełności po tej stronie, jak i po lewej. Natomiast po stronie prawej znieczulenie na ból do 4-go wyrostka ościstego grzbietowego z tyłu i 3-go międzyżebrza z przodu, zniesienie pobudliwości na 0° do wysokości trzeciego wyrostka ościstego z tyłu i 4-go międzyżebrza z przodu. Linia ta falisto krzyżowała się w tylnej okolicy ramienia z linią przednią. Zniesienie pobudliwości na 55° do wysokości 5-go wyrostka ościstego szyjowego z tyłu i na dwa poprzeczne palce nad obojczykiem z przodu. Oprócz tego na prawej ręce na stronie wewnętrznej ramienia i przedramienia w obrębie 8-go szyjowego i 1-go grzbietowego tylnego korzenia stwierdzić można pas znieczulenia na ból i na bodźce termiczne. Granica znieczulenia na ciepłoty wyższe niż 55°, a więc 60°—70°—90°, obniżała się stopniowo, zbliżając się do linii analgezji, granica znieczulenia na niższe stopnie niż 0°, a więc — 5° — 10° podnosiła się zwłaszcza z przodu, zbliżając się do linii analgezji. Znieczulenie na stopnie niżej niż 50° nie dawało wyraźnych granic. Chory uskarża się na nadmierne pocenie się tylko prawej stopy. W przypadku tym zasługiwało na uwagę: 1) przejściowy brak odruchu kolanowego po stronie porażenia, zależny, być może, od przeważającego uszkodzenia słuńców tylnych; 2) zaburzenia czucia na ręce, wykazujące, że i dla górnych kończyn krzyżowanie się dróg czuciowych w rzeczy samej wbrew twierdzeniu niektórych klinicyстів się odbywa; 3) charakterystyczne rozszczepienie czucia cieplnego i bólowego, świadczące, być może, o różnych drogach, któremi te specjalne podniety przeprowadzone są w rdzeniu [Autoreferat].

KARWACKI LEON odczytał wykład o krętkach białych (*spirochaete pallida*) i *spirochaete refringens*, demoustrując odpowiednie preparaty mikroskopowe.

Poszukiwania nad zarazkiem swoistym przymiotu trwają od lat 25-u z górą; liczni badacze znajdowali najrozmaitsze drobnoustroje w wytworach przymiotowych, wszystkie te jednakże pasożyty okazały się saprofitami, rozwijającymi się wtórnie w tkance przymiotowej. Na początku roku bieżącego HOFFMANN i SCHAUDINN ogłosili wyniki swych badań w tym kierunku, dowodząc, że udało im się wykazać w zmianach kilowych zarówno świeżych jak i barwionych stałą obecność pewnego typu krętków o cechach ściśle określonych. Drobnoustroje te są bardzo małe i trudno się barwią, stąd nazwa ich *spirochaete pallida*. W preparacie świeżym krętki rozpoznac można jedynie na mocy ruchu sąsiednich pierwiastków komórkowych. Na preparatach utrwalonych uwydatniają się jedynie po zastosowaniu pewnych specjalnych barwień, polegających bądź na poprzednim bejcowaniu, bądź na długotrwałym stosowaniu odczynników, używanych do wykrywania pasożytów zimniczych i świdrowców. Twory te posiadają ruch potrójny: obrotowy, postępowy w tył i naprzód i falisty. Długość ich wynosi 4—10 μ ; od zwykłych krętków, spotykanych na błonie śluzowej narządów płciowych (*spirochaete refringens*), różnią się trudnością barwienia, cienkością i mocno zaznaczonymi zgięciami śrubowatemi. Od czasu tego odkrycia zjawilo się w literaturze już około pół tysiąca spostrzeżeń, potwierdzających stałą obecność krętków w pierwotnych i wtórnych tworach

kiłowych. K. badał 120 przypadków i u $\frac{9}{10}$ wszystkich nieleczonych syfilityków znajdował krętki swoiste.

Technika badania była następująca: sok z gruczolu, zeszkobinę z wrzodu lub krew badano w kropli bez barwienia; do barwienia zaś preparaty utrwalano przez 10 minut w bezwodnym wysokoku, poczem barwiono w ciągu godziny w rozcieńczonym 10-krotnie barwniku GIEMZY.

Ign. Landstein.

Posiedzenie kliniczne dnia 26-go września 1905 r.

LEŚNIEWSKI przedstawił preparat kiszki grubej, pochodzący od 24-letniej włościanki, u której przed operacją rozpoznano zwężenie *colonis descendents*, niewiadomej jednakże etyologii. Część okrężnicy ponad zwężeniem bardzo rozszerzona, ściana jej bardzo gruba; ściana poniżej przewężenia znacznie ścięczona. W miejscu przewężenia widać przegrodę błoniastą, twardą, niepodatną, oddzielającą światło jednego odcinka od światła drugiego. Wygląda ona niby blizna, pokryta śluzówką, w niej widać dwa otworki, przepuszczające zaledwie tylko cienki zgłębnik druciany. Uderzającą w tym przypadku jest okoliczność, że chora przy tak znacznem zwężeniu była w możności oddawać nie tylko wiatry, lecz i stolce, w dodatku stałe.

RZĘTKOWSKI K. wypowiedział odczyt pod tytułem: „Podstawy leczenia dyetycznego, t. zw. skazy moczanowej [dny, kamicy nerkowej moczanowej]”, w której uwydatnił wpływ mięsa na wydzielanie kwasu moczowego, podkreślił znaczenie w tych sprawach t. zw. diety bezpurynowej, oraz podał schemat diety dla chorych tej kategorii.

MUTERMILCH zaznacza, że najnowsze prace, jakkolwiek przyniosły dużo materiału faktycznego naukowego, nie wyświekliły jednakże istoty dny; niektórzy badacze podają nawet w wątpliwość, czy wogóle kwas moczowy odgrywa tu jakąkolwiek przyczynową rolę. Dlatego też nie należy opierać leczenia artrytyzmu jedynie na dotychczasowych zasadach wiedzy teoretycznej. Nie udało się nikomu dotąd dowieść, aby utlenianie kwasu moczowego w ustroju artrytyków zachodziło w sposób odmienny, aniżeli u osobników zdrowych. Stąd usuwanie z diety artrytyków pokarmów, zawierających związki purynowe, nie jest uzasadnione z punktu widzenia teoretycznego. Ścisłe bezpurynową dietę możnaby uzasadnić jedynie w okresie ostrych napadów dny, gdyż mięso, podawane artrytykom w tych okresach, nie powoduje wzmoczenia wydalonego kwasu moczowego.

SOKOŁOWSKI zaznacza słuszność rozdziału na dwie odrębne kategorie sprawy t. zw. właściwego artrytyzmu od dyatezy moczanowej. Teoretyczne wskazania często zawodzą w praktyce. S. niejednokrotnie spostrzegał pogarszanie się sprawy przy pospolicie stosowanej diecie wegetaryjańskiej, a znikanie objawów chorobowych właśnie przy podawaniu pokarmów mięsnych. S. jest zdania, że dieta nie odgrywa w leczeniu artrytyków pierwszorzędnej roli; kładzie on zwykle większy nacisk na ruch, hydropatyę, kąpiele morskie i t. p.

HEWELKE podnosi okoliczność, że właściwie nie wyjaśniono jeszcze wcale roli kwasu moczowego w powstawaniu dny. Odróżnianie kwasu moczowego *endogen* [powstającego z przemiany materii własnych tkanek] i *exogen* [z przemiany ciał pokarmowych] jest już dużym postępem na drodze poznania tej zawilej sprawy.

DUNIN twierdzi, że kamica nerkowa i dna nie posiadają nic wspólnego. Ta ostatnia jest zapewne wynikiem przewlekłej sprawy zapalnej w miedniczkach nerkowych. W leczeniu dny najważniejszym czynnikiem leczniczym jest ogólne umiarkowanie w jedzeniu, co ze swej strony zawsze pociąga za sobą redukcję i pokarmów mięsnych. D. jest zdania, że leczenie takich chorych odbywać się winno jedynie w odpowiednich zakładach dyetycznych. *Ign. Landstein.*

Wiadomości bieżące.

— Otrzymałiśmy następujące zawiadomienie:

Zaczęli już powracać z Dalekiego Wschodu lekarze nasi. Wielu z nich poszukuje pracy. Natomiast wiele miast, osad, fabryk i t. p. pozbawionych jest dziś lekarzy. Celem ułatwienia wzajemnego porozumienia się, kancelarya Tow. H. W. [Krakowskie Przedmieście 66, otwarta od 10 $\frac{1}{2}$ do 3-ej we wszystkie dni powszednie] przyjmuje adresy zarówno miast i instytucji potrzebujących lekarzy, jak i lekarzy, poszukujących pracy. Pożądane są od miast i instytucji: oznaczenie wysokości pensyi i dochodów stałych; wiadom: ść, czy lekarz będzie korzystał z bezpłatnego mieszkania, opału, światła; podanie odległości od najbliższej stacyi kolejowej i najbliższych lekarzy; nazwisko poprzedniego lekarza; liczba ludności w danem miejscu; liczba recept wydawanych rocznie przez miejscową aptekę. Od lekarzy pożądane są wiadomości: w którym roku i uniwersytecie ukończył nauki lekarskie; gdzie i w jakiej specjalności poprzednio pracował; czy jest żonaty, czy beżenny [ze względu na mieszkanie].

— Z ostatniego posiedzenia spółki zakładu Nałęczowskiego dowiadujemy się iż w roku ubiegłym liczba osób, leczących się w Nałęczowie, doszła do maksymalnej cyfry, jakiej nie było od czasu założenia zakładu, t. j. od 25-u lat. Dywidenda także była wyższą niż lat poprzednich.

— Coraz częściej spotykamy się w czasopismach lekarskich niemieckich z zawiadomieniem o świętowaniu lekarzy po południu [od 12-ej w południe do 12-ej w nocy] w każdą niedzielę i święto. W ostatnich dniach od Nowego Roku r. b. zaprowadzono je we Frankfurcie nad Menem, we Freising, w Verden. Aby nie pozbawiać ludności pomocy lekarskiej, pewna tylko liczba lekarzy, zależnie od liczby ogólnej, obowiązuje się kolejno być w domu, a nazwiska tych lekarzy są ogłaszane w aptekach i miejscowych czasopismach. Reszta zaś świętujących przyjmuje tylko zrana.

— W Wiedniu otwarta będzie 12-go maja r. b. międzynarodowa wystawa higieniczna.

— Wedle wiadomości urzędowych na cholere, panującą w Prusach jesienią 1905 r. [od 16-go sierpnia do 15-go października], zachorowało 212 osób, a zmarło 85, a mianowicie: w Prusiech Wschodnich 8 [3 śmierci], w Prusiech Zachodnich 85 [39], w Brandenburgii 35 [8], w Pomeranii 5 [4], w Poznańskim 75 [30], na Śląsku 4 [1].

— Liczba lekarzy w państwie Niemieckiem w r. 1905 wynosiła 31041, a mianowicie więcej o 584 [1,9 $\frac{0}{10}$], niż w r. 1904. W Berlinie = 3970 [= $\frac{1}{8}$ wszystkich niemieckich, a więcej niż $\frac{1}{5}$ wszystkich pruskich lekarzy].

— Za poradą cesarzowej niemieckiej miasto Charlottenburg, jako podarunek na srebrne wesele pary królewskiej, wystawi ogromny instytut opieki nad ssawcami.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa. Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wł. Gajkiewicz.