

GAZETA LEKARSKA

I. Dziesięciolecie promieni X w medycynie praktycznej.

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Tow. Lek. z pokazem radiogramów na kartonach i w obrazach nikonowych w dniu 5.XII. 1905 r.]

Podał

dr Czesław Barszczewski,

b. zarządzający pracownią Rentgenowską szpitali Warszawskich.

W grudniu 1895 r. prof. Uniw. w Würzburgu KONRAD ROENTGEN odkrył nowy rodzaj promieni i na posiedzeniu Towarzystwa fizyczno-lekarskiego w dniu 23-im stycznia roku następnego wygłosił epokowy swój odczyt, Audytoryum było przepelnione. Obecny tam sędziwy prof. KÖLLIKER, którego rękę sfotografowano na kliszy na posiedzeniu i obnoszono po sali, w krótkim przemówieniu zaznaczył, iż w ciągu 48-u lat, jak jest członkiem tego Towarzystwa, ani jedno posiedzenie nie było tak liczne i tak zajmujące, jak dzisiejsze, a na zakończenie w słowach pełnych uwielbienia i zachwytu dla prelegenta podał wnioski, aby nowe promienie, nazwane przez ROENTGEN'a promieniami X, nosiły miano „rentgenowskich“, jako też ku hołdowi i czci uczonemu zasłużenie przyznane zostały.

Dziesięć więc lat zaledwie upływa od chwili ostatniego wielkiego odkrycia, którem zasłynął schyłek XIX-go wieku, a już istnieje bogate piśmiennictwo we wszystkich krajach cywilizowanych Europy, Ameryki i Azji, które wyłącznie traktuje o postępach radiologii, t.j. nauki o promieniach ROENTGEN'a. Jak każde wielkie odkrycie, tak i radiologia od razu zyskała sobie wielu zwolenników i miłośników i to nie tylko pomiędzy ludźmi nauki, ale i pomiędzy laikami. Nie tylko instytucje państwowe, ale i zakłady prywatne zaczęły urządzać u siebie pracownie rentgenowskie.

Optymiści spodziewali się wiele po nowem odkryciu, sądzili, iż nadeszła chwila przewrotu w medycynie. Dziś, jednakże, kiedy pierwsze chwile zachwytu minęły, kiedy optymizm ustąpił miejsca rzeczywistości, kiedy ogół pracowników przekonał się z jednej strony, że zapomocą promieni

ROENTGEN'a nie można widzieć zwyrodniałych pęczków GOLL'a i BOURDACH'a przy *tabes dorsalis*, że zapomocą promieni ROENTGEN'a nie można widzieć krążącej krwi w tętnicach i żyłach ustroju zwierzęcego, że drogą radiografii nie udaje się rozpoznawać *ulcus* od *carcinoma ventriculi*, że nie udaje się również widzieć tasiemca w kiszkiach i t. d., z drugiej zaś strony, kiedy ogół pracowników przekonał się, że radiologia, jako gałąź fizyki, nauki *par excellence* ścisłej, wymaga dokładnej znajomości zasad optyki i elektryczności, że tylko gruntowne obeznanie się z tymi działami fizyki warunkuje dalszy jej postęp, że rentgenografia, jak każda nauka wymaga długich i mozolnych studyów, jeżeli ma przynosić rzeczywistą korzyść, że wreszcie, rentgenografia nie może być traktowana po dyletancku na wzór sztuki fotograficznej amatorskiej, tak powszechnie dzisiaj uprawianej przez osoby nieprzygotowane, tedy więc cały zastęp pracowników-a m a t o r ó w na tem polu znacznie począł się zmniejszać, a zapal w nich coraz więcej słabnąć. Takie pracownie rentgenowskie rządowe i prywatne nie tylko u nas i w Rosyi, ale i za granicą nieznacznie zaczęły przechodzić w stan nekrobiozy, jako stopniowo pozbawiane wpływu ducha ożywczego może nie zbyt chętnych i nie zbyt zamiłowanych swych kierowników, którzy nie chcą czy też nie mogą utrzymać się na wysokości prawdziwego postępu i nauki. U nas ten los nekrobiozy spotka niechybnie pracownie rentgenowskie szpitali warszawskich, jeżeli ogół lekarski nie przestanie nadal traktować tak obojętnie tej sprawy, jak dotąd.

Nasz ogół intelligencji nie ma jeszcze pojęcia o tych postępach i usługach, jakie nam już dzisiaj radiologia daje. Nienfuosć w dodatnie wyniki tej metody badania, tak często napotykana nawet wśród lekarzy, tłumaczy się tem, że ogół zawiedziony został w zbyt wielkich swych żądaniach, a co ważniejsze, że same zdjęcia rentgenowskie, aczkolwiek można powiedzieć, już wyszły z o k r e s u m g ł a w i c, nie mniej jednak pozostawiają jeszcze pod względem swej czytelności, niekiedy wiele do życzenia.

Doświadczenie wykazało, że zdjęcia rentgenowskie wychodzą o wiele lepiej, jeżeli lekarz, dokonywający zdjęć, wtajemniczony będzie i w technikę fotograficzną. Zrozumieli to dobrze poważni pracownicy i w celu otrzymania lepszych wyników z rentgenografii połączyli pracownię rentgenowską z pracownią fotograficzną, usuwając w ten sposób najpoważniejsze źródło nieczytelności radiogramów.

Promienie ROENTGEN'a od pierwszej chwili znalazły zastosowanie w chirurgii przy poszukiwaniu ciał obcych metalowych i przy badaniu złamań w kościach i do tych celów wyłącznie w medycynie służyły.

Gdy jednak z czasem, dzięki udoskonaleniom technicznym przyrządów i rurek rentgenowskich udało się przeniknąć głębie ciała ludzkiego: czaszkę, klatkę piersiową i jamę brzuszną, promienie ROENTGEN'a już dzisiaj, jako środek rozpoznawczy w medycynie wewnętrznej i w chirurgii są konieczne i bez ich pomocy chirurg i internista niekiedy nie jest w stanie się obyć.

Do celów rozpoznawczych, jako dzielne dopełnienie dyagnostyki fizycznej i kliniki, metoda promieni X w medycynie znajduje obecnie zastosowanie w następujących przypadkach.

W chorobach układu naczyniowego radioscopia, t. j. badanie zapomocą ekranu fluorozującego, wykazuje wielkość, kształt oraz położenie serca w stosunku do śródpiersia i przepony brzusznej zarówno w stanach normalnych, jak i patologicznych samego serca (*vitia cordis, pericarditis*), tak i innych narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej.

Dzisiaj dzięki specjalnym przyrządom, o których potrzebie już wspominałem w odczycie, wygłoszonym na posiedzeniu w dniu 26.III. 1901 r. pod tytułem: „Czego wymaga klinika od radioskopii i radiografii“, możemy z całą dokładnością badać stosunki topograficzne zdrowego i chorego serca w różnych stanach chorobowych i w różnych okresach jednej i tej samej choroby. Te przyrządy noszą nazwę ortodiagrafów i pozwalają badać pacjentów w pozycji leżącej, w pozycji stojącej. Badanie odbywa się w ciemnym pokoju, oprowadzając kolejno widzialne na ekranie fluorozującym kontury serca, aorty, przepony brzusznej. Kontury te oznaczamy na przedniej powierzchni klatki piersiowej punktami, które po ukończeniu badania łączymy w linie i w ten sposób otrzymujemy diagramy serca i aorty, które pod względem wymiarów swoich i kształtów odpowiadają ściśle naturalnym ich wielkościom.

Dalej zapomocą ekranu fluorozującego możemy badać rytm serca *in toto* i w poszczególnych jego częściach, a rozpoznawanie poczynających się rozszerzeń aorty i tętniaków aorty oraz odróżnianie tych ostatnich od guzów śródpiersia bardzo często tylko drogą radioskopii może być stwierdzone.

W chorobach dróg oddechowych rentgenizacja dzielnie pomaga przy rozpoznawaniu ciał obcych w krtani i płucach, zgęszczeń płuc, ognisk zgorzelinowych i ropnych w płucach i nowotworów; dalej przy rozpoznawaniu wysięków, ropni, nowotworów i zgrubień opłucnej.

W daleko posuniętej gruźlicy płuc w okresach nacieczenia i rozpadu tkanki płucnej ogniska zserowaciałe i kawerny, dają się badać zapomocą ekranu fluorozującego. W okresach zaś poczynających się suchot płucnych radioscopia płuc nie daje zgoła żadnych wyników. Niepodobniestwem jest bowiem na chwilę pomyśleć, aby takie zmiany w szczytach płuc, jak ograniczony katar oskrzelików i drobnych oskrzeli (*endobronchiolitis - endo - i peribronchitis*) rzuciły cienie na ekran fluorozujący.

Radioscopia jednakże licznie stosowana w tych okresach gruźlicy płucnej daje drogą pośredniego badania serca, śródpiersia i przepony brzusznej charakterystyczny obraz klatki piersiowej, a mianowicie:

Serce małe, wiszące (*cor pendens*), ułożone prawie całkowicie w śródpiersiu, występujące częścią koniuszkową po za linię przymostkową. Przepona brzuszna w prawej połowie wyżej podniesiona niż w lewej, wykonywa małe ruchy oddechowe przy zwykłym oddychaniu. Przy głębokim zaś wdechu i wydechu wahanie przepony brzusznej prawej są mniejsze niż lewej. Nadto w okolicach *radices pulmonum* często dają się spostrzegać nieprawidłowe cienie w postaci plam i smug, odpowiadające mniej lub więcej powiększonym jednostronnie lub z obu stron okołooskrzelowym gruczołom limfatycznym. Płuca w tych wypadkach, tak lewe, jak i prawe, na całej swej przestrzeni przepuszczają pro-

mienie X jednakowo dobrze, nie wyłączając szczytów. Pojemność jednak prawego płuca jest mniejsza niż lewego.

Ten typ wnętrza klatki piersiowej z hipoplazją serca i naczyń, z płucami słabo wentylującymi się, przedstawia, że tak powiem, radioskopowy *habitus phthisicus*, który niezawsze jednak odpowiada już stwierdzonym zmianom w szczytach płucnych i nawet niezawsze odpowiada cechom zewnętrznym budowy klatki piersiowej, która nosi nazwę kliniczną *thorax paralyticus*. Pierwsi zwrócili na to uwagę lekarze francuscy, a liczne oględziny zbiorowe, przez nich czynione wśród różnych warstw ludności miejskiej, wykazują ten obraz radioskopowy {płuc wśród wszystkich warstw, najczęściej jednak wśród uczniów, żołnierzy koszarowych, robotników fabrycznych [przędzalnie, huty szklanne]. Ten typowy obraz radioskopowy, zdaniem mojem, stanowić może jeszcze jeden więcej symptomat dyagnostyki fizykalnej do t. zw. usposobienia do gruźlicy płucnej.

W chorobach przewodu pokarmowego pierwsze miejsce zajmują ciała obce, zwłaszcza metalowe, których obecność daje się wykazać zapomocą promieni X nie tylko w przełyku, lecz w żołądku i w kiszkach. Zwężenia i uchylki przełyku, ich umiejscowienie, kształty i wielkość tych ostatnich mogą być dokładnie rozpoznawane i odróżniane od guzów okolicznych.

Dzięki zastosowaniu podazotanu bismutu (*Mag. bismuthi*), który najpraktyczniej podawać w mleku w stosunku 10 — 20%, możemy badać kształty opuszczonego żołądka i okrężnicy przy enteroptozie i innych cierpieniach tych narządów; badania te nie są trudne i dają wyniki niekiedy bardzo zadowalające.

W narządach moczopłciowych, prócz ciał obcych, metalowych, rentgenografia wykazuje kamienie w pęcherzu i w nerkach, a różny ich stopień przepuszczalności dla promieni X wskazuje poniekąd nawet skład chemiczny kamieni.

Poważne trudności przy radiografii złogów moczowych w nerkach, przewodach nerkowych i w pęcherzu moczowym zawsze stanowiła otyłość pacjentów, która w ostatnich czasach przez zastosowanie uciskowych przyrządów, zmniejszających grubość badanej okolicy, została w znacznym stopniu pokonana, niemniej jednak nie wszyscy otyli pacyenci kwalifikują się do rentgenografii nerek, zwłaszcza nerki prawej, która ze względów topograficznych jest zawsze trudniejszą do badania, niż lewa [przykryta wątrobą].

Co się tyczy kamieni żółciowych, to bez porównania trudniej dają się wykrywać w ustroju żywym drogą rentgenografii, niż wyżej wspomniane złogi moczowe, dlatego po 1) że kamienie żółciowe, jak wykazuje doświadczenie, *per se* prześwietlane zapomocą promieni ROENTGEN'a, rzucają cienie bardzo o ni kł e z wyjątkiem tych kamieni, które zawierają wapień, po 2) że wątroba, jako wielki i obficie ukrwiony narząd, bardzo trudno przepuszcza prom. X, innemi słowy: na kliszy daje cień, który pokrywa wszystkie szczegóły obrazu. Badania kamieni żółciowych metodą ROENTGEN'a z wynikiem dodatnim są bardzo nieliczne i dokonane były w wyjątkowych i specjalnych warunkach.

kach techniki radiograficznej, która, mojem zdaniem, w większości przypadków nie daje się zastosować na chorych z kamcią wątrobową [leżenie na brzuchu, wygięcie w krzyżu, aparat uciskowy i t. d.].

Rentgenizacja głowy wykrywa kule w twarzy i w mózgu, złamania i zwichnięcia szczęk, odłamki kostne drobne, ciała metalowe w oku, w nosie, zmiany w zębach oraz zaczątki zębów stałych w kościach szczękowych i ich nieobecność w przypadkach patologicznych.

Promienie ROENTGEN'a mogą oddać również bardzo cenne usługi w rozpoznawaniu niektórych chorób układu nerwowego i to zarówno ośrodkowego, jak i nerwów obwodowych, jeżeli choroby te są wywołane np. ciałem obcym, znajdującem się w pobliżu lub na samym nerwie, nowotworem, nieprawidłowem kostnieniem kości w pobliżu nerwu i t. p.

Zmiany chorobowe, zachodzące w tkance kostnej i w chrząstkach nie tylko po złamaniach i zwichnięciach, lecz w gruźlicy, przymiocie, gościecu, nowotworach i w zwykłych sprawach zapalnych doskonale w sposób sobie właściwy uwydatniają się na zdjęciach radiograficznych.

W chorobach kolumny pancerzowej tak u dzieci, jak i u dorosłych radiografia wykazuje ciała obce, złamania i zwichnięcia kręgow, jak również i ich stan patologiczny przy sprawie gruźliczej, syfilitycznej i nowotworowej.

Nie tylko do celów rozpoznawczych stosujemy w medycynie metodę promieni X, jest ona często niezbędna przy sprawdzaniu zabiegów chirurgicznych i leczniczych, jak np. trudne zestawienie złamań i wprawienia zwichnięć (*luxatio coxae congenita*), które mogą być skontrolowane nawet w opatrunkach gipsowych; dalej np. działanie środków rezorbujących i sercowych przy wysiękach w opłucnej i w osierdziu, oraz przy rozszerzeniach i arytmii serca.

Własność promieni ROENTGEN'a przenikania przez ciało ludzkie, a tem samem znajdujące się w niem narządy, starano się wielokrotnie spożytkować do celów leczniczych. Poczęto więc je stosować empirycznie w chorobach skóry, w reumatyzmie stawów i mięśni, w chorobach nerwowych i nerwobólach, w chorobach nerek, w gruźlicy stawów i kości, w nowotworach w okresie przed i pooperacyjnym, a w ostatnich czasach promienie X, jako środek leczniczy, zastosowano w limfomatach i leukemii.

Jakie stanowisko zajęły promienie ROENTGEN'a w dermatologii, wiemy z pięknego i starannie opracowanego odczytu kol. KOZERSKIEGO. O skuteczności działania oświetlań rentgenowskich na limfomaty i śledzionę leukemiczną, o technice tych naświetlań i ich dawkowaniu w pojedynczych przypadkach zechcą się wypowiedzieć ci koledzy [tu obecni], którzy się tem zajmują i rzecz tę bliżej poznali, osobistego bowiem doświadczenia w tej sprawie nie mam.

Co się zaś tyczy leczenia gruźlicy stawów i kości, nowotworów (*carcinoma, sarcoma*) nie operowanych i operowanych, to w przeważającej większości przypadków wyniki mamy dotąd ujemne, jak również w leczeniu zapalenia nerek przewł. oraz epilepsji, chorei i innych chorób nerwowych ośrodkowych.

W przypadkach reumatyzmu stawowego i nerwobólach [nerwu twarzowego i trójdzielnego oraz międzyżebrowego] niekiedy otrzymywano wyniki pożyteczne.

Tyle o zastosowaniu promieni X w medycynie praktycznej w I-em 10-leciu.

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

Skreślił

dr Fr. Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

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

[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

W naszym spostrzeżeniu u jednego i tego samego osobnika w krótkim przeciągu czasu wykonaliśmy dwa bardzo poważne zabiegi na nerkach — wycięcie jednej i przecięcie drugiej. Przypadków podobnych w literaturze ogólnej lekarskiej nie posiadamy zbyt wiele.

MADLUNG zastosował nefrotomię w gruźlicy nerki u 38-letniego mężczyzny, któremu uprzednio już usunięto jedną nerkę. Wyleczenie z przetoką, a po 4-ch miesiącach śmierć z wyniszczenia (*amyloid*).

LEGUEU usunął nerkę skutkiem *hydronephrosis*, wkrótce potem z tejże samej sprawy wykonano nefrotomię na drugiej nerce. Wyzdrowienie.

NÉLATON — przy *hydronephrosis* wyciął nerkę, wkrótce zmuszony był również do następczej nefrotomii.

SCHOENBORN usunął nerkę u 44-letniego mężczyzny skutkiem torbieli w niej. Wkrótce potem wystąpiła nagle *anuria* i dr MEYER, asystent SCHOENBORN'a, wykonał przecięcie pozostałej nerki. Wyzdrowienie.

LUCAS w 1885 r. w kamiey nerkowej wyciął nerkę, a po upływie 3-ch miesięcy musiał wykonać *nephrolithotomiam*.

CLEMENT także w 1885 r. skutkiem kamieni usunął nerkę, po pewnym czasie był zmuszony do wykonania przecięcia pozostałej i usunięcia z niej kamieni z dobrym wynikiem.

KAMMERER u 18-letniej dziewczyny wyciął nerkę gruźliczą, wkrótce potem drugą przeciął; chora zmarła po 2-ch tygodniach.

CHEVALIER po nefrektomii zmuszony był wykonać na pozostałej nefrotomii skutkiem *pyonephrosis*. Wyleczenie z przetoką.

GNESDA przytacza spostrzeżenie, w którym u 45-letniej kobiety skutkiem przetoki moczowodowej pooperacyjnej usunięto nerkę; nagle po upływie pewnego czasu wystąpiła *anuria*; wykonano nefrotomię, po 9-iu jednak dniach skutkiem bezmoczności chora zmarła. Badanie zwłok wykazało *emboliam arteriae renalis* ¹⁾.

RIEDEL w 1888 r. u 32-letniego pacjenta wyciął prawą nerkę skutkiem kamieni. Po upływie 7-iu tygodni operacja na lewej nerce. RIEDEL przeciął kapsułę i po zbadaniu nerki zapomocą igły, otworzył miedniczkę i usunął kamień wielkości grochu polnego. Na ranę szew. Wyzdrowienie.

W 1891 r. RIEDEL u 23-letniej chorej usunął prawą nerkę gruźliczą. Wystąpił bezmocz. Po upływie 5-ciu dni nefrotomia, jednak ze smutnym wynikiem, gdyż śmierć nastąpiła w godzinę po operacji ²⁾.

ISRAEL u mężczyzny 61 lat skutkiem gruźlicy usunął prawą nerkę; po upływie 8-iu miesięcy wystąpiło ostre *pyelonephritis* lewej nerki i bezmocz, co zmusiło do wykonania nefrotomii. Nastąpiło wyzdrowienie ³⁾.

E. FRAENKEL na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Hamburgu 28-go stycznia 1902 r. mówił o mężczyźnie, któremu usunięto jedną nerkę, a następnie otworzono drugą, poczem chory ten wrócił do zdrowia ⁴⁾.

Oto szereg przypadków w przebiegu swoim bardzo zbliżonych do naszego. Oprócz tych znane są w literaturze spostrzeżenia, że w krótszym lub dłuższym przebiegu czasu wykonywano nefrotomię na obydwóch nerkach skutkiem rozmaitych przyczyn. Tak KUESTER, THORNTON, BROOCK, DEANESLY i DELBET w kamicy nerkowej wykonywali dwustronną nefrotomię i we wszystkich przypadkach z pomyślnym wynikiem. LAUENSTEIN otworzył nerkę z jednej strony skutkiem kamienia, a z drugiej skutkiem *pyelonephritis* z zejściem do bren; GERSTER zaś—skutkiem ropni przy *osteomyelitis*; PAGE — z lewej strony skutkiem kamicy, a z prawej—przy *pyonephrosis*; WATSON wykonał u 42-letniej kobiety prawostronną nefrotomię z przyczyny *pyonephrosis*, a lewostronną—skutkiem torbieli nerkowej ze świetnym wynikiem, gdyż chora wyzdrowiała. GUYON, KAMERER i VERGRIÈTE stosowali dwustronne otwieranie nerek przy *pyonephrosis*.

Jak widzimy z tej kazuistyki, nie wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie, niezawsze udało się uratować chorego.

Po nefrektomii w pozostałej nerce, jak wiemy, powstają poważne zmiany, wywołane zwiększeniem pracy samej nerki, wszelkie zatem zabiegi na takiej zmienionej już nerce mają doniosłe znaczenie dla ustroju.

1) Spostrzeżenia te wszystkie przytoczono według SCHMIEDEN'a. Die Erfolge der Nierenchirurgie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1902, p. 284, 285.

2) Dr B. GROHÉ. Weiterer Beitrag zur Nierenchirurgie. Arch. f. klin. Chir. 1902, p. 248—250, obs. 20; p. 267—269, obs. 26.

3) ISRAEL. Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. 1901, p. 45—47, obs. 23.

4) A. FRAENKEL. Münch. med. Woch. 1902, N. 9, p. 385.

Wyświetlenie tych zmian na drodze doświadczalnej przedsięwzięli ERASMO DE PAOLI, FIORI, MAX WOLFF¹⁾. Robił on doświadczenia na psach i królikach, — wycinał jedną nerkę i następnie rezekował część pozostałej; pomiędzy tymi zabiegami jednak upływał dosyć znany okres czasu — kilka tygodni do 1-go miesiąca, — w ciągu którego nerka już mogła się przyzwyczaić do odmiennych warunków.

W roku 1903 dr OSCAR LANGEMAK²⁾ przedsięwziął szereg doświadczeń w celu wyświetlenia zmian po nefrotomii, bezpośrednio wykonanej po wyluszczeniu nerki. LANGEMAK usunął u 55-u królików prawą nerkę, lewą zaś przeciął i nałożył natychmiast szew. 41 zwierząt operowanych zginęło bądź to skutkiem krwotoku, wstrząsu, bezmoczności, spowodowanego przez zatkanie moczowodu przez konkrementy soli i skrzepy krwi, bądź też skutkiem infarktu znacznych rozmiarów i t. d.. Przy życiu pozostało 14 tylko zwierząt. Badania anatomo - patologiczne wykazały w nerkach tych zmiany następujące: 1) W 55,5% przypadków znaleziono w nerce po upływie 10-u dni dosyć liczne złogi soli; tymczasem z dawniejszych doświadczeń LANGEMAK'a wypada, że złogi te, aczkolwiek mniej obfite i występujące później, miały miejsce w nerkach po zwykłych nefrotomiach w 32% przypadków. Zjawisko to przypisać należy tej okoliczności, że jedna nerka, pozostała po nefrektomii, zmuszona jest niejako wydzielać podwójną ilość moczu, stąd większa obfitość w niej tworzących się konkrementów. Do osadzania się złogów moczowych przyczynia się bezwątpienia obecność w nerce skrzepów krwi. 2) Zmiany w samym mięszu nerek polegają przedewszystkiem na tworzeniu się infarktu, będącego w ścisłym związku ze sprawą zablizniania się rany nerki. Infarkt, zwykle klinowaty, zajmował przeciętnie $\frac{1}{4}$ część narządu, przytem nerka była zwykle powiększona i przekrwiona. Przekrwieniu temu autor przypisuje nader ważny i dodatni wpływ na sprawę zablizniania się rany.

Na zasadzie swoich poszukiwań LANGEMAK wyprowadza wniosek, że jeżeli nefrotomia zwykła nie stanowi wogóle operacji obojętnej dla ustroju, to połączenie nefrotomii z nefrektomią należy do zabiegów nader ciężkich ze względu na rozmiary zawału i na trudności w wyrównaniu przez nerkę zaburzeń czynnościowych. Przy sprzyjających jednak warunkach następstwa te mogą być wyrównane. Doświadczenia zatem laboratoryjne potwierdziły i wyświetliły wyniki, otrzymane w tych niezbyt licznych przypadkach przy łóżku chorego.

Wracam jednak do naszego spostrzeżenia. Po wyluszczeniu nerki zmuszeni byliśmy wykonać nefrotomię na pozostałej nerce skutkiem bezmoczności i rozwijającej się mocznicy, której objawy zagrażały życiu chorego. Nefrotomia uratowała chorego i potwierdziła nasze przypuszczenie, że przyczyną bezmoczności

¹⁾ MAX WOLFF. Die Nierenresection und ihre Folgen. Berlin, 1900.

²⁾ DR OSCAR LANGEMAK. Ueber die Wirkung der Nephrotomie nach Nephrectomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1903. T. 66. Z. 3 i 4.

był kamień, który uwiązał w moczowodzie, stwierdziliśmy przytem jednocześnie, że nerka była już znacznie powiększona, mocno przekrwiona, a miedniczka jej bardzo rozciągnięta i wypełniona skrzepami krwi oraz nadmierną ilością piasku moczowego, co łącznie tworzyło rodzaj kitu, który sam przez się już mógł być przeszkodą do swobodnego wypływania moczu. Nerka w ciągu 12-u dni po nefrektomii miała nader wzmoczoną pracę i ulegała tak znacznemu przekrwieniu, że nawet krew się przedostawała do miedniczki. Ilość wydzielanego moczu w pierwszych dniach po nefrektomii nie była zbyt obfita: od 200-u do 700,0 i ciągle zmieszana z krwią, czyli, że nerka nie była w stanie przefiltrować dostateczną ilość moczu, nie mogła podolać swojemu zadaniu i z trudnością przystosowywała się do nowych warunków, stąd też stare złoży moczowe i skrzepy krwi nie mogły być dostatecznie wymywane z nerki. Po zatkaniu przez kamień moczowodu, skrzepy krwi w miedniczce się nagromadzały i wypełniły ją całkowicie.

Z chwilą usunięcia skrzepów krwi i złoży moczowych, oraz ułatwienia odpływu moczu na zewnątrz, czynność nerki nie była hamowana, a objawy też moczniczy szybko ustępowały.

W przypadku tym do nerki wprowadziliśmy dosyć głęboko dren znacznych rozmiarów, niemal grubości palca małego, zaopatrzony na wewnętrznym końcu w dwa boczne otwory. Dren ten już po umieszczeniu w nerce wypełniałem przegotowanym fizyologicznym roztworem soli i wolny koniec zewnętrzny jego opuszczałem do naczynia z wodą, stojącego obok łóżka chorego. Zastosowanie drenu tego okazało nam znakomite usługi. W ciągu całego okresu leczenia tylko w pierwszych dniach mocz przesączał się przez opatrunek obok drenu, następnie zaś kiedy otwór zewnętrznej rany i w samej nerce cokolwiek się zmniejszył, przeciekania moczu obok drenu już nie było, a cała ilość sphywała stopniowo do naczynia przez sączek. Dla kontroli, czy sphywanie jest stałe i nie natrafia na przeszkody, na pewnej odległości od nerki dren przeciąłem i założyłem weń rurkę szklaną, przez którą można było sprawdzać ciecz, wydzielającą się z nerki.

Czy w każdym przypadku po nefrotomii uda się takie całkowite odprowadzenie moczu z nerki zapomocą odpowiednio przystosowanego sączka, nie mogę twierdzić, jednak zalecam zastosowanie tego rodzaju postępowania, gdyż przy pomyślnym wyniku ułatwia ono nam niezmiernie opatrywanie chorego, chroni go od częstych zmian samego opatrunku i uwalnia od przykrości pozostawiania w wilgoci, spowodowanej przez ustawiczne wyciekanie moczu, a oprócz tego tą drugą możemy z łatwością sprawdzać zmiany w samym moczu.

Nasz przypadek zakończył się nad wyraz pomyślnie, przetoka moczowa się zagoiła, czynność nerki była wystarczającą, chory powrócił do zdrowia i spełnia w dalszym ciągu swoje uciążliwe obowiązki.

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

Ze statystyki gruźlicy płuc w nowym szpitalu
Dzieciątka Jezus.

Podał

Wł. Starkiewicz.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

Sprawę popraw i pogorszeń u suchotników z naszego oddziału, jako zbyt subiektywną, by można ją było dokładnie przedstawić liczbowo, omówiłem już obszerniej [№ 2-i]. Większa ilość i lepszy rodzaj powietrza, większa czystość, do której porządniejsze urządzenie niejako zmuszają służbę szpitalną, kanalizacya i wodociągi, więcej słońca — oto czynniki, którym zawdzięczać należy przewagę popraw u suchotników w nowym szpitalu w porównaniu ze starym. Tu dodam wszakże, że niezawodnie liczba tych popraw w nowym szpitalu byłaby znacznie większa, gdyby nie nadzwyczajne przepelnienie oddziałów oraz wadliwe szczegóły gospodarstwa szpitalnego, których w żaden sposób nie udało nam się dotąd wyplenić. Mylą się ci, którzy sądzą może, że usuwanie śmieci z posadzek w naszych oddziałach szpitalnych odbywa się w sposób zgodny z zasadami higieny, nie zapomocą zwykłego zamiatania suchą szczotką. Mimo wielokrotnie podejmowanych usiłowań z naszej strony, nie byliśmy w stanie usunąć tego zwyczaju, przy którym szczególnie chorzy, leżący na ziemi, wdychają niejako wprost do płuc zarazki pyłu szpitalnego. Dopiero po zamieceniu sali na sucho służba wyciera posadzkę mokrą ścierką. Na obronę takiego systemu zamiatania przytaczano nam, że przy wycieraniu posadzki mokrą ścierką wszystkie niezliczone drobiny śmieci i pokarmów, rozsiane po ziemi, rozmazują się po niej, poczem daleko trudniej doprowadzić posadzkę do czystości. Nawiasem mówiąc, to samo, poniekąd zasługujące na uwagę tłumaczenie, podają stróże warszawscy, uporeczywie wzbraniając się na tej zasadzie, mimo ciągłych skarg publiczności i nawoływań prasy, od polewania ulic przed zamiataniem.

Ostatecznie po długich walkach uzyskaliśmy to ustępstwo, że obecnie posadzkę przed zamiataniem posypuje się przynajmniej mokremi trocinami lub mokremi liśmi zużytej herbaty.

Wspomnieć również należy w tem miejscu o niedostatecznem odkażaniu sienników i szlafroków po suchotnikach, które stosuje się w stopniu właściwym po niektórych tylko chorych zmarłych, gdy zazwyczaj poprzesta-

je się na wywietrzeniu pościeli oraz wypraniu siennika i bielizny. Nieodkazonny szlafrok po suchotniku może następnie otrzymać chory innej kategorii.

Z załączonych w № 2-im zestawień wynika, że pomimo znacznie wyższej odsetki suchotników gorączkujących, a zwłaszcza suchotników z wysoką gorączką, w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus, mimo, iż odsetka zmarłych przed 10-ym dniem pobytu w szpitalu przewyższała nawet nieco takąż odsetkę z dawnego szpitala, śmiertelność suchotników w nowym szpitalu zmniejszyła się bardzo znacznie, spadła bowiem z 43,4% na 36,6%. Liczba ta odbiega już daleko od liczb, notowanych zarówno w dawnym szpitalu Dzieciątka Jezus, jak w praskim [z oddziału ZIELIŃSKICH—42%], zbliża się natomiast do tych, jakie posiadamy dla szpitala św. Ducha. Uderzający ten spadek śmiertelności suchotników zaznaczył się we wszystkich trzech działach chorych gorączkujących, najbardziej wszakże, przypadkowo zapewne w tych paru latach, w dziale chorych z gorączką mierną, nie dochodzącą do 39° C., u których śmiertelność zmniejszyła się o 30%.

Na drugim już miejscu stoją chorzy podgorączkowi; najmniej zaś zaznaczyła się różnica śmiertelności w dziale chorych ciężkich, z wysoką ciepłotą, jakkolwiek i tu różnica ta wynosi niemal 6%. Śmiertelność chorych bezgorączkowych nie tylko nie spadła, ale nawet się nieco zwiększyła.

Zastrzedz się musimy, że chorzy nasi znajdowali się w obu szpitalach w zupełnie jednakowych warunkach zarówno pod względem postępowania leczniczego, jak długości pobytu. Pod tym ostatnim względem zgodność obu szpitali, jak stwierdza tabliczka, była wprost zadziwiająca [41 dni pobytu zarówno w dawnym, jak w nowym szpitalu]. Wynikałby stąd wniosek, że wspomnianego zmniejszenia śmiertelności niepodobna składać na karb jakichś względów wypadkowych, a przypisać je należy całkowicie lepszym warunkom higienicznym nowego szpitala.

W poprzednim naszym sprawozdaniu podnosiliśmy, po uwzględnieniu wszelkich możliwych zastrzeżeń, których tu powtarzać nie będziemy, bądź co bądź nadspodziewanie znaczną odsetkę chorych z długotrwałym, bezgorączkowym przebiegiem suchot płucnych. I w obecnym obliczeniu odsetka takich chorych, jakkolwiek niższa, niż wówczas, wynosi jednak 21% wszystkich suchotników. Łącząc razem suchotników bezgorączkowych z obu szpitali, otrzymujemy na 699-u suchotników oddziałowych 196-u, czyli 28%, niegorączkujących,—liczba nadwyzwyczajnie zgodna z tą, jaką podają sprawozdania z oddziału SOKOŁOWSKIEGO w szpitalu św. Ducha. Liczy te dają już poniekąd blizkie prawdy istotnej pojęcie o względnej częstości tej postaci gruźlicy płucnej. Wysoka, sięgająca aż 31%, śmiertelność w tym dziale chorych, świadczy dobitnie, że należeli tu nie tylko chorzy z gruźlicą płuc początkującą lub o przebiegu bardzo łagodnym, lecz również wielu chorych ciężkich, umierających. Z drugiej strony długość obserwacji u wielu z tych chorych wynosiła, jak i w dawnym szpitalu, pół roku i więcej, a przeciętna — większą nawet była od przeciętnej długości pobytu, obliczonej dla wszystkich suchotników, gdyż wynosiła 47 dni zamiast 41; wreszcie wielu z tych chorych wracało pokilkakroć na nasz oddział i przytem zawsze bez gorączki, co wszystko razem upoważnia

do przypuszczenia, że wielu z nich nie gorączkowało przez cały czas ciężkiej swojej choroby. Już w poprzednim naszym sprawozdaniu zwracaliśmy na to uwagę, że wspomniany przebieg bezgorączkowy bynajmniej nie jest właściwym wyłącznie przypadkom ze zmianami ściśle umiejscowionymi, ograniczonymi. Wielokrotnie sekcyja wykazywała u tych chorych jamy, nawet wielkie i liczne, gruźlicę krtani, kiszek. I obecny nasz materiał kliniczny zawierał takie przypadki. Jako pociągający przykład takiego bezgorączkowego przebiegu suchot płucnych, pozwolę sobie przytoczyć w krótkości następującą historię choroby. J. S., kleryk, lat 19, przybył do szpitala dnia 23.IX. 1903 r., skarżąc się na kaszel i duszność. Chory obarczony dziedzicznie. Kaszle od lat 4-eh; w ciągu tego czasu dwukrotnie miał krwioplucie; gorączki, pętów przez czas choroby nie miewał. Przy badaniu znaleziono stłumienie i rżenie wilgotne nad lewym szczytem, w płwocinie stwierdzono obecność skąpych laseczników gruźliczych. Chory przebywał w szpitalu w ciągu nieomal pół roku. W tym przeciągu czasu objawy płucne szybko postępowały i pod koniec pobytu rozległe zmiany gruźlicze znajdowano już na całej niemal przestrzeni obydwóch płuc oraz stwierdzono zmiany swoiste w krtani. Ogólny stan chorego też równoległe z tem pogarszał się szybko i chory zmarł niezadługo po wypisaniu go ze szpitala. Na nasze usilne nalegania chory, człowiek inteligentny, najregularniej i starannie mierzył ciepłotę przez cały długi czas pobytu swego w szpitalu: okazało się, że ciepłota wahała się około 36,2° — 36,8° i tylko parę razy podniosła się do 37° C., nie przechodząc już poza tę linię.

Przypadek ten, sądzę, zasługuje na szczególną uwagę, jako przykład przebiegu bezgorączkowego suchot płucnych u człowieka młodego, w okresie szybkiego wzrostu zmian gruźliczych i mimo ciężkiego powikłania krtaniowego.

Przy przeglądaniu notatek o wyniku badania pośmiertnego suchotników bezgorączkowych, zwracała uwagę duża częstość powikłań nerkowych oraz sercowych u tej kategorii chorych [rozszerzenie serca, przewlekłe zapalenie nerek, mięśnia sercowego], na tyle znaczna, że możnaby ją poniekąd włączyć do obrazu klinicznego tej postaci suchot płucnych.

Być może, *par excellence* przewlekły przebieg cierpienia, trwającego nieraz dziesiątki lat, usposabiał więcej, niż inne postaci gruźlicy, do powstawania zmian degeneracyjnych oraz zapalnych, wklajających pospolicie powolne zatrucia i zakażenia ustroju. Stąd może wspomniana częstość cierpień mięśnia sercowego i nerkowych.

Na zakończenie przytaczam obliczenia, które dość jaskrawo wykazują stosunek przebiegu bezgorączkowego suchot płucnych do wieku chorych, obliczenia oparte na danych z obydwóch szpitali Dzieciątka Jezus, dawnego i nowego [patrz tabl. str. 63].

Tabliczka ta, oparta już na 655-u przypadkach, stwierdza *ad oculos* słuszność opinii, kursującej nawet wśród publiczności nielekarskiej, że przebieg suchot w wieku późniejszym bywa najczęściej bezgorączkowy, a przytem bardziej łagodny, długotrwały, „asteniczny“, w przeciwieństwie do ostrego lub ostrawego przebiegu u osób młodszych; z drugiej strony dodaje jeszcze jeden rys, cechujący klinicznie bezgorączkową postać suchot płucnych.

Tablica porównawcza przebiegu suchot z wiekiem chorych

Wiek chorych	Ogólna liczba suchotników	Liczba bezgorączkowych	Liczba podgorączkowych	% bezgorączkowych	% bezgorączkowych i podgorączkowych
od lat 10-u do 20-u	64	5	3	7,81	12,5
21—30	167	30	22	17,97	31,15
31—40	143	23	14	16,08	39,85
41—50	143	45	16	31,46	42,61
51—60	66	49	8	74,24	86,36
61—70	44	26	9	59,09	79,54
71—80	25	11	5	44,0	64,0
81—90	3	2	—	66,66	66,66

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Krętek blady Schaudinn'a (*Spirochaete pallida*).

Pod wpływem często wygłaszanych przypuszczeń, że w etiologii syfilisu prawdopodobnie pewną rolę odgrywają pierwotniaki, SCHAUDINN, kierownik laboratorium bakteriologicznego w Berlinie wraz z HOFFMANN'em, asystentem profesora LESSER'a, zajęli się badaniami w tym kierunku. Rozpoczęli swą pracę w lutym r. b. i już w marcu udało się im wykryć w świeżym soku tkankowym grudki syfilitycznej okresu drugiego bardzo delikatne, żywo poruszające się krętki, znacznie różniące się od innych krętków. Ze względu na ich trudną barwliwość SCHAUDINN nazwał je bladymi — *spirochaete pallida*. Prócz tego od innych krętków różni się krętek blady swoją małością, delikatnością i słabą lamliwością światła. Ciało jego zwinięte w postaci korkociągu; obroty dość liczne, a między nimi ciasne i głębokie zatoki. Przy zabarwieniu krętek nie traci swego kształtu.

Do badań swych SCHAUDINN i HOFFMANN brali tego rodzaju twory syfilityczne, które na mocy doświadczenia są najwięcej zaraźliwe, czyli że zawierają najwięcej jadu, jak oto: pierwotne stwardnienia, świeże grudki syfili-

tyczne okresu drugiego i gruczoły pachwinowe. Wzmiankowane produkty poddawano ściśle dezynfekcyi i oplukaniu fizyologicznym roztworem soli kuchennej i wycinano, następnie rozcinało prostopadle do ich powierzchni i brano do badania sok otrzymany z powierzchni przekroju. Niekiedy znów do badania brano sok, wyciągnięty z gruczołu pachwinowego zapomocą strzykawki PRAVAZ'a. Wzmiankowanym autorom udało się również wykryć krętka bladego we krwi śledziony chorego w pierwszym okresie syfilisu.

Wielu lekarzy, zachęconych wynikami powyższych autorów, zabrało się do poszukiwań wspomnianych pasożytów w różnego rodzaju zmianach syfilitycznych. Dokonawszy licznych badań, ROSCHER znalazł krętki blade tylko w produktach syfilisu pierwszego i drugiego okresu, w produktach zaś trzeciego okresu, jako też niesyfilitycznych nigdy nie udawało mu się ich wykryć, wobec czego radzi nawet w wątpliwych przypadkach syfilisu przeprozdzić badanie na krętki: obecność ich przemawia za syfilisem.

Następnie BUSCHKE, FISCHER, HOFFMANN, LEWADITI, BABES, BRÖNNUM, ELLERMANN i wielu innych znaleźli krętka bladego w narządach wewnętrznych przy syfilisie dziedzicznym.

MIECZNIKOW, ROUX, KRAUS, ZABOLOTNY, SCHAUDINN znajdowali krętki blade u małp, którym zaszczepiali syfilis z pierwotnych stwardnień lub grudek syfilitycznych. HOFFMANN zaszczepił małpie krew syfilityka, który będąc chory więcej 6 miesięcy, przez ten czas wcale nie leczył się. Po 20 u dniach po zaszczepieniu autor wykrył w pierwotnem stwardnieniu znaczną liczbę krętków białych. Opierając się na powyższym badaniu, autor radzi stosować je w przypadkach podejrzanych co do syfilisu, w okresie ukrytym.

Jednem słowem, prawie we wszystkich przypadkach syfilisu w okresie pierwszym i drugim badaczom udało się wykryć krętka bladego, w innych zaś sprawach, jako też w produktach syfilitycznych trzeciego okresu nie znajdowali krętków SCHAUDINN'a. Jaki zatem istnieje stosunek etyologiczny między krętkiem białym a syfilisem?

Na pytanie to SCHAUDINN i HOFFMANN nie dają żadnej odpowiedzi, zadowolając się tymczasowo stwierdzeniem krętków białych w produktach syfilitycznych I i II okresu. Inni znów, jak FLIEGEL, uważają, że *spirochaete pallida* prawdopodobnie przedstawia dawno poszukiwany mikrob, wywołujący syfilis. Jeżeli krętek biały nie wywołuje syfilisu, to należy w każdym razie przypuścić istnienie pewnego stosunku etyologicznego krętków białych do syfilisu [OPPENHEIM, LACKS]. Według BRÖNNUM'a i ELLERMANN'a należy przypuścić, że w syfilisie cały ustrój jest zakażony krętkami białymi, które wywołują samą chorobę lub też stale towarzyszą jej, jako zarażenie wtórne; to ostatnie przypuszczenie wydaje się autorom dość sztucznem, a zatem należy mniemać, że *spirochaete pallida* stanowi swoisty mikrob syfilityczny.

Duże znaczenie etyologiczne ma również znalezienie krętka bladego w narządach wewnętrznych przy syfilisie dziedzicznym. Przeciwnicy istnienia związku etyologicznego między krętkiem białym a syfilisem zarzucają, że krętek biały dostał się z kanału pokarmowego do narządów wewnętrznych, ale przeciwko temu przemawia fakt znalezienia wspomnianych pasożytów u trupów noworodków, jako też u płodów syfilitycznych. [BRÖNNUM i ELLERMANN].

Następnie przeciwko istnieniu krętków w syfilisie wystąpił THESING, dowodząc, że sam barwnik GIEMZY, którego używa się do wykrycia krętków, zawierając dekstrynę, stanowi dobre podłoże dla rozwoju najrozmaitszych drobnoustrojów: zabarwiwszy czyste szkiełko barwnikiem GIEMZY, THESING widział pod drobnowidzem różne koki i krętki, podobne do białych. Ale zarzut THESING'a jest niesłuszny, gdyż przedewszystkiem barwnik GIEMZY, jak to niżej zobaczymy, wcale nie zawiera dekstryny, a przeciwnie takie składowe

części, jak gliceryna i wyskok absolutny metylowy, które wcale nie sprzyjają rozwojowi bakterii. GIEMZA przypuszcza, że przy barwieniu szkiełek jego barwnikiem mogą utworzyć się kryształy, które pod drobnowidzem robią wrażenie drobnoustrojów, ale wystarczy szkiełko przepłukać w wodzie, — a cały obraz zginie. Prócz tego za obecnością krętków białych w syfilisie przenawia wykrycie żywych w wiszącej kropli. Ale nie zważając na to, cośmy dotychczas powiedzieli, o swoistości krętka dotychczas nie możemy mówić, gdyż do tego brak nam najważniejszej rzeczy, mianowicie hodowli krętka, której dotychczas nikomu nie dało się otrzymać; następnie dotychczas nie znaleziono specjalnego sposobu barwienia wspomnianych krętków; niekiedy nawet nie udaje się nam wykryć krętków w tworach syfilitycznych, a z drugiej strony w sprawach niesyfilitycznych znajdujemy nieraz krętki, które z trudnością odróżnić się dają od krętków SCHAUDINN'a. Następnie, dotychczas prawie nie udało się wykryć białych krętków w samych tkankach. Jednym słowem, zanim mówić o swoistości krętka białego, mamy przed sobą szereg zadań do rozwiązania [SIEBERT]. Najlepszym barwnikiem dla krętków białych jest mieszanina GIEMZY, nieco zmodyfikowana przez SCHAUDINN'a.

Składowe części barwnika GIEMZY są następujące:

Azur II — Eosin 3,0

Azur II 0,8

Glicerini (Merck, chemice puri)

Methylalcohol [KAHLBAUM I] aa 250,0.

Sposób barwienia podług GIEMZY:

1) Wysuszone na powietrzu, bardzo cienko roztarte na szkiełku preparaty należy dla utrwalenia potrzymać w wysoku absolutnym w ciągu 20-tu minut i następnie wytrzeć bibułą.

2) Barwik rozcieńczamy w ten sposób, że bierzemy kroplę mieszaniny GIEMZY na ctm. sz. wody.

3) Zrobiony w ten sposób barwik nalewamy na preparat i barwimy przez 15 minut; daleko lepiej barwić całą godzinę.

Przemywamy preparat wodą i wycieramy bibułą.

Badania dokonywamy z użyciem imersyi olejowej i okularu średniej siły.

W razie przebarwienia preparatu, należy go na kilka minut położyć do wody.

Większość badaczy stosowało z dobrym wynikiem powyższy sposób barwienia mieszaniną GIEMZY, nieco zmodyfikowaną przez SCHAUDINN'a. Aby wyraźniej widzieć krętki blade, ROSCHER radzi przed utrwaleniem preparatu działać na niego parami osmu; wówczas krętki blade barwią się różowo - fioletowo, a inne ciemno - niebiesko. W braku mieszaniny GIEMZY tenże autor radzi barwić roztworem krezyłu fioletowego. HERXHEIMER i HUEBNER widzą słabą stronę mieszaniny GIEMZY w tem, że tworzy osad, który utrudnia i bez tego dość trudne wykrycie krętków. Autorzy z dobrym wynikiem stosowali wodne roztwory [1 : 1000] *Capriblau* i *Nilblau*: w pierwszym razie krętki barwią się ciemno - niebiesko, w drugim szaro. Barwiąc mieszaniną GIEMZY, autorzy nigdy nie korzystali z gotowej mieszaniny, gdyż trudno uwolnić ją od osadu, a za każdym razem przygotowywali świeży barwik podług przepisu GIEMZY. GONDER i HOFFMANN otrzymali dobre wyniki, barwiąc przez dłuższy czas fuksyną i giencyaną w wodzie anilinowej.

Podług OPPENHEIM'a i SACHS'a wykrycie krętków białych zapomocą roztworu GIEMZY wymaga dużej wprawy i cierpliwości; podług nich daleko lepiej nadaje się do barwienia na krętki karbol - fuksyna, błękit metylowy i roztwór PLEHN'a, a szczególniejsz stężony wodny roztwór giencyany fioletowej. Również dobre wyniki daje kilkuminutowe barwienie wysuszonych na powietrzu i nie

utrwalonych preparatów w gorącym roztworze karbolu i gencyany fioletowej: 10 sz. ctm. stężonego, spiritusowego roztworu gencyany fioletowej na 100 sz. ctm. 5% wody karbolowej.

Cała trudność w wykryciu krętków czy tym, czy innym sposobem barwienia polega na tem, że w większości przypadków w polu widzenia znajdujemy skąpą ich ilość. HERXHEIMER i HUEBNER radzą w zabarwionych preparatach zwrócić szczególną uwagę na te miejsca pola widzenia, które są mniej więcej wolne od komórek: im więcej będziemy na nie zwracali uwagę, tem łatwiej uda się nam znaleźć krętki blade.

Co prawda, badanie na krętki połączone jest z wielkimi trudnościami, ale jeżeli przypomnimy sobie, mówi HERXHEIMER i HUEBNER, że we wszystkich właściwych przypadkach otrzymaliśmy wyniki dodatnie, to nawet złe na początek rezultaty nie powinny nas zrażać do dalszego prowadzenia badań.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. 1905. N. 22, 44, 45, 46. *Deutsche medicinische Wochenschrift*. 1905. 26, 32, 41, 44. *Wiener klinische Wochenschrift*. 1905. N. 45). Springer.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

5. Rille i Vockerodt. Spirochety w syfilisie.

Autorowie zbadali 14 przypadków syfilisu, w których znaleźli spirochety w 22 rozmaitych i pod względem lokalizacji i postaci syfilitycznych sprawach chorobowych, a mianowicie: w 4-ch przypadkach wrzodu pierwotnego narządów płciowych u mężczyzn i w 1-ym przypadku takiegoż wrzodu u kobiety, w 2-ch przypadkach pierwotnego wrzodu pozapłciowego [warg], w 1-ym przypadku *scleradenitidis inguinalis*, w 3-ch przypadkach łepięży płaskich narządów płciowych u mężczyzn, i w 3-ch — takichże łepięży u kobiet, wreszcie w 1-ym przypadku grudek pomiędzy palcami u nóg, suchych grudek na tułowiu, grudek pokrytych strupkami na głowie, szyi i przedramieniu, *psoriasis palmaris*, grudek błon śluzowych [na migdałkach]. Pasożyty w pozapłciowych wrzodach pierwotnych, jak również w wykwitach *psoriasis palmaris*, w grudekach pomiędzy palcami i na głowie były spostrzegane przez powyższych autorów po raz pierwszy.

Wszystkie badane przypadki były dość świeże, prócz jednego, w którym syfilis trwał już około 8-iu lat.

(*Munch. medic. Wochenschr.* 1905, Nr. 34).

J. Rosenberg.

6. Bandi i Simonelli. Spirochaeta pallida przy wtórnych objawach syfilitycznych i metody barwienia parazytów.

Autorowie badali 5 przypadków nieleczonych syfilisu z wtórnymi objawami choroby. W 3-ch z tych przypadków znajdowali spirochety zarówno w preparatach świeżych, jak i po 12-u — 24-ch godzinach w preparatach barwionych odczynnikiem GEMZY; w jednym przypadku znaleźli pasożyty we krwi, wziętej z miejsca, zajętego wykwitem *sypbil. erythematos*. Dwukrotnie spostrzegali oni w materiale, wziętym z podstawy grudek błony śluzowej, komórki z ziarnistą protoplazmą, napełnione pasożytami, co uważają za t. zw. *Zellenpa-*

rasitismus. Prócz odczynnika GIEMZY stosowali autorowie celem barwienia spirochetów płyn ZIEHL'a, a także alkoholowe roztwory zwykłych barwików anilinowych.

(Münch. medic. Wochenschr. 1905, Nr. 35).

J. Rosenberg.

7. Sobernheim i Tomaszewski. Spirochaete pallida.

Materyał, z którego autorowie korzystali do swych badań, był zupełnie świeży; najpóźniej w godzinę do dwóch po otrzymaniu poddawali go badaniu drobnowidzowemu. Z początku wycinali tkanki chorobowe i badali materyał, otrzymany z głębokich części, później jednak badali wyłącznie materyał, pochodzący z powierzchni chorobą dotkniętych tkanek, tam bowiem znajdowano łatwiej i więcej pasożytów.

Z 58-u badanych przypadków syfilisu, w 50-u, w których istniały pierwotne lub też wtórne objawy choroby, znajdowano spirochetety, w 8 u zaś pozostałych przypadkach z objawami trzeciorzędnymi pasożytów nie znaleziono. Celem kontroli autorowie dokonali badań w 28-u przypadkach cierpień niesyfilitycznych (*ulcus molle, condylomata acuminata, balanitis circinata, carcinoma, fibroma mammae, sarcoma maxillae super., bubo inguin., psoriasis, eczema, sycosis*) i w żadnym z nich spirochetów nie znaleźli.

Co się tyczy morfologicznych własności pasożytów, to przedstawiają się one na preparatach niebarwionych w postaci bardzo delikatnych tworów z regularnymi zawojami w liczbie 6-u—30-u. Samodzielnego poruszania spirochetów autorowie nie spostrzegali, natomiast objawiały one pewne drganie i ruchy wahadłowe, które, zdaniem autorów, należy uważać za ruchy molekularne. Inne spirochetety różnią się od *spirochaete pallida* wielkością, postacią, barwieniem, nieraz samodzielnem poruszaniem się; najwięcej zbliżone do *spiroch. pall.* były te, które znajdowali autorowie w przypadkach *carcinoma labii* i *balanitis*. Dodać należy, iż we wszystkich przypadkach, mających klinicznie charakter wczesnych postaci syfilisu, znajdowano pasożyty nawet w tym razie, kiedy zakażenie 5—7 lat temu, natomiast w przypadkach z t. zw. późniejszymi postaciami syfilisu nie znajdowano nigdy spirochetów nawet w tych razach, kiedy ta późniejsza postać syfilisu występowała już po upływie roku lub dwu lat od zakażenia.

Na zasadzie wyników swych licznych badań autorowie przypuszczają, iż pomimo nieotrzymania do tej pory czystej hodowli spirochetów, wobec stałego występowania pasożytów w produktach syfilitycznych, należy je uważać za przyczynę syfilisu i ich znajdowaniu przypisać wybitne znaczenie dyagnostyczne.

(Münch. medic. Wochenschr. 1905, Nr. 39).

J. Rosenberg.

8. K. Reitmann. Przyczynek do barwienia spiroch. pall. Schaudinn'a.

SCHAUDINN i HOFFMANN uważają swój sposób barwienia pasożytów syfilitycznych zapomocą odczynnika GIEMZY [azur-eozyna] za najlepszy, pomimo, że tym sposobem tylko wprawnym badaczom udaje się po dłuższych poszukiwaniach znaleźć pasożyty. Późniejszym badaczom udało się w pojedynczych przypadkach zabarwić pasożyty zapomocą fuksyny lub gencyanwioletu. Sposób REITMANN'a, pozwalający mocno barwić pasożyty i z łatwością je odnajdywać, jest następujący: materyał do badania rozprowadza się w cienkiej i równej warstwie na szkiełku pokrywkowym, preparat się wysusza, zanurza do absolutnego alkoholu na 10 minut, później do wody destylowanej i do 2%-go roztworu kwasu fosforo-wolframowego na 5 minut, następnie spłukuje się go wodą destylowaną i 70%-ym alkoholem i jeszcze raz wodą destylowaną, wreszcie barwi karbol-fuksyną, nagrzewa do parowania, spłukuje wodą wodociągo-

wą, 70%-ym alkoholem i wodą destylowaną, i wysuszą. Jądra wtedy są ciemne, protoplazma jasna, spirochety zaś mocno czerwone.

(*Deutsche medic. Wochenschr.* 1905, Nr. 25).

J. Rosenberg.

9. Reischauer. *Spirochaete pallida* w syfilisie dziedzicznym.

Sporo ogłoszono przypadków syfilisu pierwotnego i wtórnego, przy których znajdowano *spiroch. pall.*, natomiast bardzo mało spostrzegano do tej pory przypadków syfilisu dziedzicznego, w których wykryto te pasożyty. Pierwsi BUSCHKE i FISCHER znaleźli bardzo liczne spirochety w śledzionie i wątrobie syfilitycznego dziecka, zmarłego w 10 tygodni po urodzeniu; później LEWADITI znalazł liczne spirochety w śledzionie, płucach i wątrobie u syfilitycznego dziecka, zmarłego w 2 tygodnie po urodzeniu i u 8 dni mającego syfilitycznego dziecka w zawartości pęcherzy (*pemphigus syphil.*). Podobny przypadek podaje SALMON, a HOFFMANN znalazł sporo pasożytów w wątrobie i zawartości pęcherzy u dziecka, zmarłego wkrótce po urodzeniu, w mniejszej ilości w śledzionie i gruczołach pachwinowych. REISCHAUER miał sposobność badać nieżywo urodzone dziecko syfilityczki i znalazł w soku wątroby dość liczne, a w soku śledziony i płuc pojedyncze pasożyty, żadnych natomiast nie znaleziono w nerkach i we krwi. Liczba znajdujących spirochetów odpowiadała stopniowi histologicznie skonstatowanym zmianom syfilitycznym rozmaitych narządów. W skrawkach autorowi nie udało się ani razu znaleźć pasożytów, pomimo licznych i starannych poszukiwań.

(*Deutsche medic. Wochenschr.* 1905, Nr. 34).

J. Rosenberg.

10. E. Bodin. *Spirochaete pallida* w syfilisie dziedzicznym.

Jeden przypadek autora dotyczył sześciomiesięcznego zmacerowanego płodu, pochodzącego od młodej syfilityczki; badania narządów wewnętrznych, jako też łożyska pasożytów nie wykazały. Drugi przypadek dotyczył dziecka, 15 dni mającego, pochodzącego od matki syfilityczki i dotkniętego objawami syfilitycznymi: na kończynach, głównie dolnych, na pośladkach *syph.-erythematoso-papulosa*, prócz tego na górnych kończynach i na pośladkach małe plamy owalne lub okrągłe, 2 do 3-ch ctm. średnicy mające, owrzodziałe, czerwone, wydzielające krwawy płyn i pochodzące, jak wskazują wywiady, z pęcherzy; jeden taki pęcherz znajduje się jeszcze obecnie na zewnętrznej stronie lewej stopy; jest napełniony płynem cokolwiek krwawym; na wewnętrznej stronie prawej stopy znajduje się krostka o średnicy 2 do 3-ch mm. Ogólny stan bardzo ciężki, następnego dnia dziecko zmarło. Sekcja wykazała nieznaczny przerost wątroby, której histologiczne zmiany polegały na zmianach właściwych *hepatitidis interst. diffusae*—cierpieniu, charakterystycznemu dla syfilisu dziedzicznego; w płucach, śledzionie, nerkach nie szczególnego nie znaleziono. Za życia dziecka autor badał płyn, wzięty z pęcherza, znajdującego się na lewej stopie, i materyał, otrzymany po wyskrobaniu dna tego pęcherza: jak w jednym, tak i w drugim znajdował liczne *spiroch. pall.*, natomiast w płynie, wziętym z krostki, znajdującej się na prawej stopie, żadnych pasożytów syfilitycznych nie znaleziono. Po śmierci dziecka autor badał sok narządów wewnętrznych, znalazł liczne spirochety w soku, wziętym z wątroby; natomiast badania innych narządów [śledziony, nerek, płuc] dały wynik ujemny. Znajdowane przez autora spirochety mają 6—14 μ długości, posiadają 4—20 zakrętów regularnych, mają postać grajczarkową, barwią się bądź metodą MARINO, bądź odczynnikami GIEBZY. Przy syfilisie dziedzicznym znajdujemy pasożyty głównie w swoistych cierpieniach skóry [jak np. w pęcherzach *pemphigus syph.*], jak również w narządach wewnętrznych, dotkniętych cierpieniem syfilitycznym [jak np. w wątrobie przy *hepatitis interst.*].

(*Annales de dermatologie et de syphilographie.* r. 1905 Tom VI, str. 7.).

J. Rosenberg.

II. L. Spitzer. Spirochety w tkankach syfilitycznych.

W bardzo dokładnie zbadanych 6-u przypadkach wrzodu pierwotnego, 7-u wykwitów syfilitycznych i 2-eh trzeciorzędnych owrzodzeń syfilitycznych autor stale znajdował mniej lub więcej liczne spirochety; we krwi tychże chorych pasożytów nie skonstatowano. Celem kontroli SPITZER badał rozmaite dermatozy (*eczema, pemphigus, psoriasis*), lecz spirochetów nie znajdował. Z cierpień syfilitycznych najwięcej spirochetów znajdujemy we wrzodach pierwotnych i w rozmaitych wtórnych wykwitach syfilitycznych, natomiast bardzo skąpe pasożyty w syfilitycznych owrzodzeniach. W gumatach, badanych przez autora, pasożyty były bardzo skąpe lub też wcale nie były znajdowane.

(*Wiener klin. Wochenschr.* 1905, Nr. 31).

J. Rosenberg.

12. Levaditi i Petresco. Przechodzenie spiroch. pall. do płynu pęcherzy, wywołanych wezykatoryą.

W trzech przypadkach syfilisu autorowie zastosowali wezykatoryę w miejscach, pokrytych wykwitami syfilitycznymi, jak również w zupełnie zdrowych miejscach skóry. Otóż badania te dowiodły, że spirochety przechodzą do płynu pęcherzy, wywołanych wezykatoryą w miejscach, dotkniętych cierpieniem syfilitycznym. Wezykatorya zaś, przyłożona w zupełnie zdrowym miejscu skóry, wywołuje pręsień płynu, w którym możemy znaleźć spirochety, jeżeli miejsce to znajduje się niedaleko od swoistego ogniska, obfitującego w te pasożyty. Nie znajdujemy swoistych pasożytów w płynie pęcherzy, wywołanych wezykatoryą w miejscach trzeciorzędnych syfilitycznych objawów skóry. U chorej, dotkniętej obszernymi wezykawatami owrzodzeniami prawej goleni i jamy podkolanowej, napróżno autorowie szukali pasożytów SCHAUDINN'a w płynie sztucznie wywołanych wezykatoryą pęcherzy. Nie ma w tem zresztą nic dziwnego, jeśli zważymy rezultaty badań JACQUET'a i LEWIN'a, WEENEY'a, RILLE'go i VOCKERODT'a, którzy wykazali brak lub też rzadkość pasożytów w syfilisie trzeciorzednym.

Metoda stosowania wezykatoryi może nieraz oddać prawdziwe usługi, szczególnie, jeśli idzie o rozpoznanie skórniego cierpienia, przy którym z jakichbądź względów niemożliwą jest metoda skrobania.

(*La Presse médicale*, 1905, Nr. 78).

J. Rosenberg.

13. Schaudinn. Przyczynek do nauki o spirochaete pallida.

Po opublikowaniu przez SCHAUDINN'a pierwszej pracy o *spirochaete pallida*, pomimo drobnych rozmiarów tego tworu i trudności w poszukiwaniach, już przeszło 100 autorów miało możność wykazania go w różnych wykwitach syfilitycznych. Sam SCH., mając już pewną wprawę w badaniach tego rodzaju, mógł go wykazać we wszystkich [z górą 70] przypadkach pierwszego i drugiego okresu syfilisu. SCH. obecnie doszedł do przekonania, że *spir. pal.* znajduje się we wszystkich pierwszo- i drugorzędnych wykwitach syfilisu, z wyjątkiem trzeciorzędnych, co do których mniema, że *spir.* znajduje się i tutaj, lecz tylko w jeszcze mało znanej, być może ziarnkowatej postaci. Wobec tego, że sprawa rozwoju prawdziwych spirochetów jest wcale nieznaną, że np. *spirochaete Ziemanni* ma tylko w jednym swym okresie rozwojowym wygląd *spirochaete*, a wogóle jest bardzo oddalona od typowych ustrojów tego rodzaju, to, być może, i *spirochaete pallida* przedstawia się w takiej postaci, jako pewien tylko okres jej rozwoju morfologicznego.

Badanie i różniczkowanie spirochetów nasuwa badaczom, zwłaszcza nieposiadającym większej wprawy, wiele praktycznych trudności, i SCH., podaje niektóre więcej charakterystyczne cechy dla *spir. pallida*.

Odróżnienie postaci żyjących jest łatwe. Należy przyjąć pod uwagę ich ustrój delikatny, ich nieznaczną zdolność łamania światła oraz znamienne budowę spirali o wązkich, głębokich, prawidłowych, dość licznych zakrętach [10 — 26]. *Spir. pallida* ma wspomnianą budowę nie tylko w stanie ruchu, lecz i w stanie spokoju, gdy inne spirochety wykazują budowę węzownicowatą tylko w stanie ruchu, a w spokoju przyjmują wygląd mało falisty, zbliżony do linii prostej. Stały wygląd *spir. pall.* zależny jest od jej niemienniej budowy.

Co się tyczy preparatów konserwowanych, to przy różniczkowaniu *spir. pall.* należy przyjmować pod uwagę następujące cechy: ich cienkość, liczbę zakrętów, stopień zabarwienia [*spir. pall.* zawsze biała], stosunek do barwika GIEMZY [*spir. pall.* lekko czerwona, inne — błękitnawe], oraz własności obydwóch końców—*spir. pallida* ma końce ostre, inne tępo zaokrąglone.

Badając za pomocą barwika LOEFFLER'a organ ruchu u różnych spirochetów, SCH. miał możność wykazać, że inne spirochety (*plicatilis, dentium, refringens*, z owrzodziałych raków i t. d.), posiadają zupełnie wyraźną błonę falującą, która, jako falista, jasna falbanka otacza nie osiową. Takiej błony falującej u *spir. pall.* SCHAUDINN nie znalazł. Natomiast wykazał u *spir. pall.* znajdujący się na jednym i drugim końcu długi cienki biczyk, którego żadna z innych spirochetów nie miała. Niekiedy SCH. znajdował takie biczyki na jednym z końców *spir. pall.* w ilości dwóch, i przypuszcza on, że możliwe jest, iż jest to okres wstępny w rozmnażaniu pasożytów przez podział wzdłuż nici osiowej.

Nowe te badania wysunęły sprawę znacznej różnicy pomiędzy *spir. pallida* z jednej strony a rodzajem *spirochetum et spirillum* z drugiej, i SCHAUDINN zgadza się z VUILLEMIN'em, który chce nadać odosobnione stanowisko *spir. pallidae* i proponuje dla niej tymczasową nazwę rodzajową „*spironem*“.

(*Deutsche med. Wochenschr.* 1905, Nr. 42).

B. Zaleska.

14. R. Kraus i A. Prantschoff. O stałym występowaniu *spirochaete pallida* w tkance syfilitycznej u ludzi i małp.

Badania autorów dotyczą 24-ch przypadków rozmaitych cierpień, jak: *ulcus molle, balanitis, condylomata accumin., epithelioma nasi, eczema, acne* i t. d., dalej w 24-ch przypadkach były badane narządy ludzi, zmarłych wskutek rozmaitych chorób, jak: *carcinoma hepatis, carcinoma lienis, pemphigus, melanosarcoma* i t. d. W żadnym z tych przypadków nie znaleziono *spirochaete pallida*. Przy *balanitis, condylom. accum., carcinoma uteri* były znajdowane spirochety, które postacią i barwieniem różnią się od *spirochaete pallida*: niesyfilityczne spirochety są grubsze, o mniejszej liczbie zakrętów i barwią się szybko barwnikami anilinowymi, prócz tego znajdują się tylko na powierzchni owrzodziałej tkanki, a nie w głębi, jak *spiroch. pallida*. Później autorowie przeprowadzili szereg badań na 62-ch syfilytykach [37 przypadków sklerozy i 25 przypadków grudek]. Z 37-u badanych wrzodów pierwotnych, 32 zawierały mniej lub więcej liczne *spirochaete pall.* Sklerozy, które nie zawierały spirochetów, były po części gangrenowe, po części były badane w dłuższym czasie *post excisionem*.

Z 25-u przypadków grudek syfilitycznych 18 dały wynik dodatni, w innych, które dały wynik ujemny, grudki albo mocno krwawiły, albo w zbyt długim czasie po wycięciu były badane, albo też prawie już się wessały.

KRAUS i PRANTSCHOFF zaszczepili 4-m makakom wrzody pierwotne i znajdowali w nich stale spirochety, które niezem się nie różniły od syfilitycznych spirochetów człowieka.

Celem kontroli badali oni tkanki 3-ch makaków, dotkniętych cierpieniami tuberkulicznymi i w żadnym z tych przypadków nie znaleźli spirochetów syfi-

litycznych. Wobec tego, iż *spirochaete pallida* stale występuje w produktach syfilitycznych i tkankach człowieka, a zwłaszcza w doświadczalnie wywołanych u małp sklerozach i wobec braku tego pasożyta w tkance zdrowej lub dotkniętej jakimkolwiek bądź niesyfilitycznym cierpieniem, zdaje się być prawie pewnem, iż *spirochaete pallida* jest przyczyną syfilisu.

(Wiener klin. Woch. 1905, Nr. 34).

J. Rosenberg.

15. C. T. Noeggerath i K. Staehelin. Spirochaete pallida we krwi syfilityków.

Powyżej wymienieni autorowie badali krew 3-ech osobników, dotkniętych wtórnymi objawami syfilisu w sposób następujący: 1 ctm. sz. krwi rozpuszczali w 10-krotnej ilości $\frac{1}{3}\%$ -go kwasu octowego, rozcieńczoną w ten sposób krew centrifugowano, poczem preparaty, przygotowane z rozmaitych warstw, barwiono odczynnikami GIEMZY. W osadzie znajdowano wielkie *spirochaete pallida*. Celem kontroli badali oni 6 osób, dotkniętych gruźlicą, rakiem migdałów, moknącą przyszycią ogólną, odleżynami—chorobami, przy których jest bardzo możliwe przedostanie się do krwi zarodków; w żadnym jednak z tych przypadków nie znaleźli *spirochaete pallida*.

(Münch. med. Woch. 1905, Nr. 31).

J. Rosenberg.

16. Spitzer. O etyologicznem leczeniu syfilisu.

Wychodząc z założenia, że jad wścieklizny, odpowiednio przygotowany, leczy samą chorobę, autor przeprowadził analogiczne badania przy leczeniu syfilisu. W tym celu zastrzykiwał chorym zawiesinę z wrzodów pierwotnych, wyjąłową i rozcieńczoną. Zastrzyknięcia podskórne były robione codziennie w okolicy pępka, liczba ich wynosiła od 11-u do 20-u. Autor wybrał do badań tylko te przypadki, w których rozpoznanie nie ulegało najmniejszej wątpliwości i na mocy badań doszedł do następujących wniosków: 1) w żadnym przypadku po zastrzyknięciu autor nie zauważał złych następstw, pod postacią miejscowych lub ogólnych objawów; 2) w przypadkach, w których wstrzyknięcia były robione wcześniej, mianowicie wkrótce po pojawieniu się wrzodu pierwotnego, objawy ogólne występowały znacznie później, niż zwykle, lub też wcale nie występowały; 3) we wszystkich przypadkach powiększone gruczoły chłonne pachwinowe bardzo prędko wracały do pierwotnej wielkości.

Wobec tego, że natychmiastowe wycinanie wrzodu pierwotnego, jako też leczenie rtęcią nie zapobiega pojawieniu się objawów ogólnych syfilisu, powyższy sposób leczenia zasługuje na uwagę.

(Wiener klinische Wochenschrift, 1905, Nr. 45).

Springer.

17. Brandweiner. Doświadczenia nad czynnem uodpornianiem w syfilisie.

Zachęcony doświadczeniami KRAUS'a i SPITZER'a, którzy, stosując podskórnie zawiesinę z pierwotnych wrzodów syfilitycznych, otrzymywali niekiedy dobre wyniki, mianowicie, że objawy ogólne syfilisu zjawiały się znacznie później, niż to zwykle bywa, lub też wcale nie pokazywały się, autor przygotował wyciąg z wrzodów pierwotnych i gruczołów obrzmiących i zastrzykiwał go chorym na syfilis. Do badań brał takie przypadki, w których rozpoznanie nie ulegało wątpliwości, mianowicie, w których prócz wrzodu pierwotnego znajdowano i obrzmienie gruczołów pachwinowych. Zastrzyknięcia te, co prawda, żadnych złych następstw nie pociągnęły za sobą, ale i objawy ogólne nie omieszkały pokazać się w zwykłym czasie. Gdyby nawet objawy ogólne pokazały się później, to nie należałoby tego przypisywać zastrzyknięciom, gdyż w przy-

padkach badanych autor wycinał wrzód pierwotny i gruczoly pachwinowe, co samo przez się nieraz wpływa na opóźnienie objawów ogólnych. Wiadomo również, że zбочenia od normalnego przebiegu zdarzają się i bez zabiegu leczniczego. Wobec zaś tego, że pomimo zastrzykiwań, w przypadkach obserwowanych objawy ogólne wystąpiły w zwykłej porze, autor uważa powyższy sposób leczenia syfilisu za bezskuteczny. Przyczyna prawdopodobnie tkwi w tem, że stosujemy go zbyt późno, mianowicie, kiedy gruczoly pachwinowe są już powiększone lub też w samym charakterze zarazka syfilitycznego, który nie poddaje się czynnemu uodpornieniu.

(*Wiener klinische Wochenschr.* 1905, Nr. 45).

Springer.

18. Merk i Freund. *Cytoryctes luis* Siegel'a.

Prawie jednocześnie z pracą SCHAUDINN'a o krętkach białych (*spir. pall.*) w syfilisie ukazała się praca SIEGEL'a o *cytoryctes luis*. Powtarzając badania SIEGEL'a, MERK i FREUND znaleźli we krwi chorych na syfilis twory, podobne do opisanych przez SIEGEL'a. Są to maleńkie, błyszczące ciała, kształtu jajowatego, na jednym końcu zaostrome, wykonywające żywe, samodzielne ruchy. Znajdujące się w ich sąsiedztwie ciała krwi wykonywają ruchy oscylacyjne, zależne prawdopodobnie od ruchów biczów *cytoryctes*, wywołujących pewien prąd. *Cytoryctes*, podług SIEGEL'a, należą do biczowców. Mnożą się zapomocą pączkowania i następnego dzielenia na dwie równe lub nierówne części, co udało się zauważyć MERK'owi: po długotrwałem szukaniu autor zauważył w polu widzenia bardzo żywo poruszający się twór, podobny do grubego lasecznika, długości 3,5 μ z grubymi, zaokrąglonymi końcami i cienką częścią średnią. Twór ten wykonywał takie same ruchy, jak *cytoryctes* SIEGEL'a. Na obu zgrubiałych końcach posiadał błyszczące kule. Stopniowo środkowa część znikła a dwa powstałe twory, postacią swą przypominające *cytoryctes luis*, zaczęły wykonywać samodzielne ruchy. *Cytoryctes* najlepiej oglądać bez zabarwienia: po dokładnem oczyszczeniu brzośca palca, robimy nakłucie; pierwszą kroplę krwi wycieramy, a do badania bierzemy następną możliwie małą kropelkę na szkiełko przedmiotowe i przykrywamy pokrywkwem. Badamy przy pomocy imersyi olejowej. Wówczas w polu widzenia zauważymy od 2-ch do 6-u *cytoryctes*, czyli że w kropli krwi znajduje się ich od 3000 do 5000.

Wzmiankowane twory znajdują się w osoczu krwi, a w ciężkich przypadkach i w samych krążkach czerwonych. Liczba ich we krwi zależna jest od natężenia choroby i stopniowo znikają wraz ze swoim leczeniem, przyczem wcierania działają daleko skuteczniej od zastrzykiwań.

Do barwienia *cytoryctes* nadają się barwiki, stosowane przy barwieniu krętków.

Za dodaniem minimalnej ilości chloralhydratu ruch *cytoryctes* zupełnie ustaje [SIEGEL]. Opierając się na powyższych danych, MERK stosował z dobrym wynikiem pałeczki z chloralhydratu przy pierwotnem stwardnieniu w cewce.

Wobec zbyt małej liczby badań wspomniani autorowie wstrzymują się z wyprowadzeniem wniosku co do stosunku etyologicznego między *cytoryctes luis* SIEGEL'a a syfilisem.

(*Wiener klin. Wochenschr.* 1905, Nr. 36. *Münch. med. Wochenschr.* 1905, Nr 38).

Springer.

19. M. Wolters. O spirochetach znajdujących w syfilisie.

SCHAUDINN i HOFFMANN dokładnie opisali znalezione przez siebie spirochety i podali charakterystyczne cechy, które różnią się od spirillów i od

innych gatunków spirochetów. Od spirillów różnią się 1) sposobem poruszania się: spirochety posiadają nie tylko ruchy śrubowate, lecz także faliste i wężykowate, 2) brakiem witek, przy których pomocy poruszają się spirille należące do bakteryi. Za tem, że spirochety nie należą do bakteryi, jak to utrzymuje SCHAUDINN, przemawia również znajdowanie przez WECHSELMANN'a i LOEWENTHAL'a w każdym indywiduum jądra i spostrzegane przez nich większe egzemplarze, składające się z oddzielnych indywiduów. SCHAUDINN i HOFFMANN nazywają, syfilityczne spirochety „*pallida*“, ponieważ słabiej się barwią odczynnikiem GIEMZY niż inne gatunki, szczególnież *spirochaete refringens*. Prócz odczynnika GIEMZY udało się barwić *spiroch. pal.* innymi barwikami, jak *anilin-gentian-violet* [HOFFMANN], *karbol-gentian-violet*, fuksyna i inne. W porównaniu z innymi gatunkami, a szczególnież z *spiroch. refringens* są one bardzo delikatne, długość ich = 4—14 μ : szerokość dochodzi do $\frac{1}{2}$ μ . są o końcach zaostzonych, o licznych regularnych głębokich zakrętach [6—14], długość każdego zakrętu $\frac{2}{3}$ — $1\frac{1}{3}$ μ . [PLOEGE]. Liczba znajdowanych w rozmaitych produktach syfilitycznych spirochetów jest niejednakowa: we wrzodzie pierwotnym i gruczolach jest ich względnie więcej. We krwi do tej pory znajdowali spirochety: SCHAUDINN — we krwi śledziony, RECKZEH — we krwi wziętej z palca, dalej BUSCHKE i FISCHER, jak również BABES i PANEA — we krwi przy *lues hereditaria*. Co się tyczy stosunku spirochetów do komórek, to obecnie nie pewnego nie da się o tem powiedzieć, przypuścić jednak należy, iż pasożyty znajdują się nie w komórkach, lecz w szczelinach limfatycznych.

Dotychczas ogłoszono do 100-u przypadków syfilisu, w których znajdowano *spirochaete pal.* — we wrzodach pierwotnych i gruczolach, w lepieżach, w migdałkach, w wątrobie, w płucach, śledzionie, w gruczolach przy dziedzicznym syfilisie, przy *pemphigus syph.*, w grudkach, wreszcie w produktach syfilitycznych u małp; BABES i PANEA znaleźli *spir. pal.* u dziecka, dotkniętego dziedzicznym syfilisem, i zmarłego zaraz po urodzeniu, w rozmaitych narządach, przyczem było ich najwięcej tam, gdzie, syfilityczne zmiany były najwięcej wyrażone.

Były ogłoszone co prawda nieliczne przypadki syfilisu, w których nie znaleziono spirochetów, nie spostrzegano też tych pasożytów do tej pory w produktach trzeciorzędowego syfilisu, liczba jednak badań w tym kierunku jest jeszcze niedostateczna. Z niesyfilitycznych produktów szukano pasożytów w wydzielinie pochwy i napletku, przy *balanitis*, *gonorrhoea*, *condylomata accumin.*, *ulcus molle*, *bubones*, *lymphadenitis leucaemica et tuberculosa*, *molluscum contagiosum*, *psoriasis*, *scabies*, *acne*, *carcinoma*, *sarcoma*, *lupus pemphilus*, *ulcera*; wyniki tych badań były ujemne.

Oo prawda, KRAUS w wydzielinie napletka i przy *condylomata accumin.* znajdował spirochety bardzo podobne do *spirochaete pal.*, lecz różniły się łatwym barwieniem. Również KIOLEMENOGLOU i CUBE przy *balanitis*, *carcinoma* i *scrophuloderma* znajdowali spirochety, które według nich niczem się nie różnią od *spiroch. pal.* SCHAUDINN'a; dla ostatecznego jednak odróżnienia należałoby zwracać większą uwagę na wymiary pasożytów, głównie na wymiary zakrętów.

Autor badał 2 przypadki wrzodu pierwotnego, jeden przypadek lepieży, jeden przypadek *syph. papulo-pustulosae* i zawsze znajdował *spiroch. pal.*; znalazł też te pasożyty we krwi, wziętej z żyły ramieniowej pacjentki, dotkniętej różyczką syfilityczną i lepieżami; w rozpadłym gumacie pasożytów nie znalazł. Z innych cierpień szukał autor spirochetów przy *balanitis*, *erythema induratum*, *acne*, *lupus*, lecz bez wyniku. Znaczna liczba dodatnich wyników coraz wię-

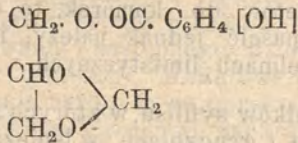
cej przemawia za etyologicznem znaczeniem *spirochaete pal.* dla syfilisu i miejmy nadzieję, iż dalsze w tym kierunku badania ostatecznie sprawę tę wyjaśnią.

(*Medic. Klinik 1905. N. 38.*)

J. Rosenberg.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

5. Protosal nowe połączenie kwasu salicylowego z formaldehydem, a mianowicie: ester glicerynoformalowy kwasu salicylowego formuły:



zaleca LANGGAARD (*Therap. Monatshefte. 1905. N. 12*) w celu naskórnego stosowania kwasu salicylowego i daje mu pierwszeństwo przed mesotanem, gdyż ten ostatni łatwo się rozkłada, nawet pod wpływem wilgotnego powietrza, na kwas salicylowy, alkohol metylowy i formaldehyd i wywołuje podrażnienie skóry, gdy tymczasem protosal rozkłada się zrazu na kwas salicylowy i glicerynoformal, a dopiero powoli z tego ostatniego uwalnia się formaldehyd.

Protosal jest cieczą bezbarwną, oleistą, wrzącą przy 200°, łatwo rozpuszczalną w eterze, alkoholu, benzolu, chloroformie, oleju rycynowym, trudniej w oliwie i oleju sezamowym, a nierozpuszczalną w wodzie, glicerynie i wazelinie. Kwasy rozcieńczone i alkalia rozkładają protosal na kwas salicylowy, glicerynę i formaldehyd. Do doświadczeń L. posługiwał się mieszaniną równych części protosalu i oliwy, do której dodawał 10% alkoholu. Wcierając takiej mieszaniny łyżeczkę od kawy 3 razy dziennie w skórę uda, nie widział podrażnienia skóry, a że środek wysił się żywo, przekonało go badanie moczu, w którym po 12-u godzinach od pierwszego wtarcia otrzymywał silny odczyn na kwas salicylowy, zwiększający się jeszcze przez następny dzień, a jeszcze 3-go dnia znajdowały się ślady jego. Jednocześnie nigdy białka w moczu nie wykrywał. Nawet wtarcie niewielkiej ilości [10 kropeł] nierozcieńczonego protosalu, prócz miejscowego uczucia gorąca nie wywoływało podrażnienia skóry. Na prośbę L. protosal stosował FRIEDLAENDER w przypadkach cierpień reumatycznych—z dobrym skutkiem. Sposób zapisywania: *Protosali 25,0—Spiritus 2,5 — Ol. Olivaram ad 50,0. MD.* Zewnętrznie. G.

6. Formicin [Formaldehyd—Acetamid] *desinficiens* i *desodorans*, zastępujący jodoform. Jest to ciecz gęsta, syropowata, żółtawa, smaku lekko gorzkiego; z wodą i alkoholem łatwo się miesza, w eterze nierozpuszczalna. Wodny roztwór w ciepłocie 37° wydziela formaldehyd, jeszcze łatwiej w wyższej cie-

plocie. W ciepłocie więc krwi ludzkiej posiada formicin działanie dezynfekujące. W dawce 3,0 *pro die*, rozcieńczony wodą, może być używany tygodniami bez szkody dla organizmu. Narzędzi metalowych nie niszczy. Rozczyn wodny 5%-owy, zastrzykiwany do stawu, ropni i t. d., zamiast zawiesiny jodoformu w glicerynie, wywołuje tylko uczucie palenia, zazwyczaj krótkotrwałe. Używano go bez szkody i do zastrzykiwań wewnętrznych [0,25 ccm. roztworu 1%-2—5%] w złośliwym limfomacie. W *cystitis chronica*, wywołanej przerostem gruczołu krokowego przemywania codzienne pęcherza moczowego 2—5%-owym rozczynek wywoływały silne pieczenie w pęcherzu i cewce, lecz wyjaśniały mętny mocz i odejmowały odór. Jako *desodorans* okazał się formicin pożytecznym w cuchnących empyematach i owrzodzeniach goleni [2%]. Z powodu, iż działanie jego jest powierzchowne, nie okazał się skutecznym w owrzodzeniach gruźliczych. 1%-owy rozczynek w postaci okładów dezynfekuje dobrze pole operacyjne [laparotomia, operacja przepukliny, rezekcja stawu]. Nawet 12-godzinne stosowanie okładów z 1%-owego roztworu formicynu nie garbuje skóry.

G.

7. **Parisol** nowe *antisepticum* i *desodorans*, składa się z formaldehydu i naftachinonu; jest to ciecz wodnista, przyjemnego zapachu. Miesza się łatwo z wodą. Bakteryologiczne badanie wykazało wyższość parisolu nad innymi antyseptykami: jak lysol, kwas karbolowy, a nawet sublimat, gdyż nawet roztwór zgęszczony nie działa żrąco na tkanki, albowiem wnikła głęboko w skórę i błony śluzowe; nadto usuwa on przykrą woń. Rozczyn 5%-owy zastępuje bardzo dobrze sublimat do dezynfekcji rąk, nie wywołując pryszczycy. Obmywanie ran 3—5%-wym roztworem parisolu lub okłady 0,1—0,3% usuwają woń i zmniejszają ropienie. Z korzyścią też może być używanym w ginekologii: zmniejsza ilość wydzieliny i odwiania, a więc w katarach pochwy, macicy. Przepłukiwania z 0,3—0,5%-ego roztworu parisolu przy raku macicy nie drażnią, a oczyszczają i odwianiają.

G.

Wiadomości bieżące.

— Komisya, referująca prace lekarskie polskie do roczników *Вісник*'a — *Нісн*'a, uprasza za naszym pośrednictwem kolegów, pomieszczających swe prace w „Gazecie Lekarskiej“, o nadsyłanie odbitek prac pod adresem: Lwów. Zakład fizjologiczny uniwersytetu, ulica Piekarska, 52.

— Prof. *EMIL FISCHER* na posiedzeniu Niemieckiego Towarzystwa chemicznego w Berlinie d. 6-go b. m. przedstawił wynik prac nad syntezą białka, które doprowadziły go do złożenia ciał podobnych do peptonów (*Polypeptide*). Z powodu bardzo skomplikowanego molekulu białka, przedsięwziął on najpierw syntezę prostszych produktów, a mianowicie: kwasów aminowych, peptonów, albumoz i proteïn, a następnie ma się zająć syntezą białka, w którego otrzymanie nie wątpi.

— Na mocy własnych doświadczeń, MIECZNIKOW i ROUX stanowczo twierdzą, iż u szympanśów można przez zaszczerpienie wywołać chorobę, analogiczną z syfilisem człowieka. Szczepili oni wydzieliny syfilityczne 22-m szympanśom. Czas inkubacji trwał 15 — 25 dni. U 11-u wystąpiły objawy wtórne: *plaques* na błonie śluzowej warg, podniebienia i języka; u kilku—typowa *psoriasis palmaris*. Czas między wystąpieniem objawu pierwotnego, a wtórnym wynosił 19 — 61 dni, przecięciowo 33 dni. U szympanśów, u których nie pojawiły się objawy wtórne, szczepiono jad osłabiony, a niektórzy z nich zdechły w okresie wylegania się. U 1-go z objawem wtórnym przebieg był ciężki: zupełna utrata włosów, a na skórze mnóstwo krost, *rhagades* i owrzodzeń, a badanie bakteryologiczne wydzielin z owrzodzeń wykryło liczne mikroorganizmy, koki, tak że śmierć nastąpiła prawdopodobnie z wtórnego zakażenia. U niektórych zwierząt w okresie wtórnym wystąpiły objawy paretyczne, lecz przechodnie. Sekcja u padłych [najczęściej z bronchopneumonii] nie wykazała objawów trzeciorzędnych. Próby uodporniania dotychczas nie udały się, lecz badacze nie wątpią w pomyślny ich wynik.

— Zarząd szkół w Chicago zdecydował wybranie komitetu celem wypracowania przepisów, aby dzieci dotknięte gruźlicą pod jakąkolwiek postacią, wyłączane były ze szkół publicznych.

— W Szwajcaryi zawiązała się liga sekretna walki z gruźlicą, której to ligi głównym celem jest przeszkadzanie małżeństwu każdej osoby, mogącej udzielić gruźlicy.

— Jednocześnie z otwarciem we wrześniu r. b. Instytutu badania raka w Heidelbergu, odbędzie się tamże międzynarodowy kongres kankrologów. Osoby, ofiarujące dla wspomnianego Instytutu 100000 marek, mają prawo umieścić w nim bezpłatnie co rok 1-go chorego na 300 dni, a ofiarujący do 10000 marek—przez 150 dni. Rząd badeński i uniwersytet Heideberski zobowiązali się utrzymać ten Instytut przez 50 lat.

— Po przychylniej opinii „*General Medical Council*“ rządu angielski i japoński zdecydowały, iż lekarze angielscy mają prawo praktykowania w Japonii, a japońscy w krajach, wchodzących w skład Anglii.

— „*Semaine méd.*“ w № 2-im 1906 r. przypomniawszy, iż lekarz francuski RACHNET wyciął w jednym przypadku 4 metry kiszki cieńkiej, donosi, iż NIGRISOLI z Bolonii u 22-letniego młodzieńca wyciął takiejże kiszki 5 metrów—z dobrym wynikiem; po 23 dniach po operacji przybyło choremu na wadze 5100 gramów.

— W Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim wybrano na prezesa kol. JASIŃSKIEGO, a na wiceprezesa kol. SEWERYNA STERLINGA.