

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I. B. KRAJOWEGO SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE.

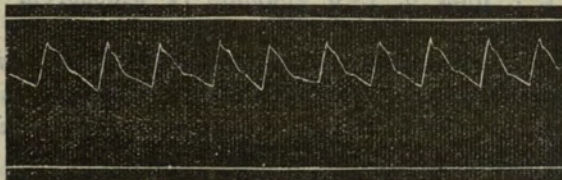
I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O TĘTNIAKU AORTY

podał

Prymaryusz Dr Antoni Krokiewicz.

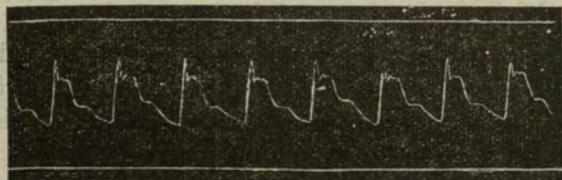
[Dokończenie. — Patrz Nr. 19].

Dnia 15. XI. Wstrzyknięto 150 ctm. sz. obojętnego roztworu 1 $\frac{1}{2}$ -wej żelatyny w pośladek prawy. Stan bezgorączkowy, brak odczynu miejscowego i ogólnego. Tętno 80; tak samo się zachowuje. Dusznica w tym samym stopniu. *Oedema pedum.*



Dnia 22. XI. Stan ten sam; obrzęk na stopach w miernym stopniu; wstrzyknięto w pośladek lewy 100 ctm. sz. 2 $\frac{1}{2}$ -roztworu obojętnego, wyjałowionego 2 $\frac{1}{2}$ -go żelatyny; brak gorączki i odczynu; w nocy silna duszność; tętno 90.

Dnia 28. XI. Stan ten sam; wykonano po raz trzeci wstrzyknięcie 1,5 $\frac{1}{2}$ -go roztworu żelatyny w ilości 150 ctm. sz., jednak bez skutku; dusznica wzmaga się. Stan bezgorączkowy.



D. 1. XII. Stan bezgorączkowy. Wymiar podłużny guza wynosi 14,5 ctm.

	poprzeczny	"	"	13	"
Wysokość	"	"	"	4,5	"
Obwód podstawy	"	"	"	31	"

Na szczycie guza tętniącego widoczne małe przewężenie w kierunku podłużnym. Tętno na obu tętnicach sprychowych prawie równie napięte; 90. Różnoczesność tętnienia guza, a tętnic sprychowych i innych obwodowych. Znaczna duszność; silny ból za lekkim uciskiem guza tętniącego. Tętnienie guza z uderzeniem koniuszkowem serca równoczesne. Po lewej stronie klatki piersiowej z przodu od obojczyka do guza tętniącego—wypuk przytłumiony; tamże szmery oddechowe osłabione. W szczycie lewym z tyłu wypuk krótszy, poniżej wypuk przytłumiony do dolnego kąta łopatki. W okolicy wnęki lewej skąpe rżżenia średniopęcherzykowe, nie dźwięczne. Sinica znaczniejsza. *Oedema pedum et faciei*; w moczu spory ślad białka; bezsenność, pomimo wstrzykiwań morfiny.

Dnia 25. XII. Stan bezgorączkowy. Tętno 88, regularne, na prawej tętnicy sprychowej silniej napięte niż na lewej. Tętnienie guza a tętnic sprychowych różnoczesne; równoczesne zaś z uderzeniem koniuszkowem serca. Uderzenie koniuszkowe serca w 8-ym przestworze międzyżebrowym w linii pachowej tylnej. Wymiary guza takie same. Duszność znacznie mniejsza. Chory czuje się znacznie lepiej; obrzęki znacznie się zmniejszyły; apetyt dobry.

Dnia 5. I. 1901. Chory opuszcza szpital w celu załatwienia spraw osobistych. Wieczorem przywieziony został do szpitala przez Towarzystwo Rattunkowe z powodu napadów nadzwyczaj silnej dusznicy i w tym stanie zmarł dnia następnego, t. j. dnia 6. I. o godzinie 7½ wieczorem z rozpoznaniem klinicznym:

Aneurysma sacciforme aortae partis ascendentis et bulbosae in cavum pericardii tendens (aneurysma cordis?). Endocarditis chronica aortica et mitralis. Cor bovinum. Usura costae IV. V. VI. sin. Insufficiencia musculi cordis. Albuminuria cyanotica. Stenocardia in luetico. Hydrops univ.

W dniu 7. I. prof. dr CIECHANOWSKI wykonał sekcję naukową w zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiel., a wynik oględzin pośmiertnych pokrótce przedstawia się w sposób następujący:

Rozpoznanie anatomiczne: *Aneurysma sacciforme partis ascendentis et bulbosae aortae partim in cavum pericardii, partim in cavum pleurae sinistrae tendens ss. distensione permagna ostii arteriosi utriusque. Cor bovinum. Usura costae IV. V. VI. sin. Hyperaemia passiva hepatis, lienis, renum et intestinorum. Hydrops univ. minoris gradus.*

W worku osierdziowym dość wiotkie, surowiczo obrzękłe zrosty pomiędzy obiema blaszkami. Górna i przednia część worka osierdziowego rozciągnięta przez wpuklający się ku przodowi tętniak. Serce bardzo znacznie powiększone w obu kierunkach; mięsień żółtawy, jędrny. Obie komory i oba przedsionki znacznie rozszerzone, ściany ich silnie zgrubiałe. Zastawki: dwudzielna i trójdzielna nie przedstawiają zmian. Oba ujścia tętnicze, tak prawe, jak i lewe bardzo silnie rozciągnięte, zwłaszcza prawe. Odpowiednio do tego

zastawki rozciągnięte i niedomykalne a w tętnicy płucnej, nawet pomiędzy stykającymi się końcowymi przyczepami, odstępy kilka milimetrów dochodzące.

Tętnica główna w obrębie łuku, części zstępującej piersiowej i brzusznej jest prawidłowej szerokości i w ogóle nie przedstawia zmian, prócz nieznacznych nacieków miażdżycowych na wewnętrznej ścianie. Natomiast z opuszki i części wstępującej tętnicy głównej wychodzi tętniak, wielkości dwóch pięści dorosłego człowieka. Tętniak ten łączy się ze światłem tętnicy głównej szerokim otworem, przez który wygodnie rękę przeprowadzić można tak, iż jama tętniaka ze światłem tętnicy stanowi jakby jedną całość. Właściwej szyjki tętniak prawie nie posiada. Wejście do tętniaka odpowiada lewej stronie przedniej ściany opuszki i części wstępującej, a sięga od dolnej części łuku aż tuż ponad zastawki półksiężycowe, stanowiące częściowo prawie brzeg ujścia tętniaka. Tętniak rozrasta się przeważnie ku przodowi i na lewo; w ten sposób zajmuje on przednio-wewnętrzzną część jamy opłucnej lewej a dosięga w tym kierunku do 4, 5, 6 żebra, wywołuje w nich wspomniany okrągławy ubytek i wpukła się pośród mięśnie przedniej ściany klatki piersiowej. Ściana tętniaka w tem miejscu dość gruba, nigdzie nie uszkodzona, wysłana od wewnątrz dość twardymi skrzepami warstwowymi [zresztą w jamie tętniaka wiotkie pośmiertne skrzepy]. W dalszym ciągu zajmuje ów tętniak górną część śródpiersia przedniego i worka osierdziowego. Następstwem tego usadowienia się tętniaka jest zepchnięcie płuca lewego ku tyłowi i na zewnątrz, zepchnięcie serca ku dołowi, przyczem tętniak, zrastając się z tętnicą płucną, rozciąga jej ścianę i ujście tętnicze prawe we wspomniany sposób. Oprócz zrostów z tętnicą płucną a częściowo i workiem osierdziowym, tętniak w części zrosnięty jest z górnym płatem płuca lewego a wreszcie ze ścianą klatki piersiowej w otoczeniu wspomnianego ubytku żeber.

Przypadek powyżej opisany zasługuje z kilku okoliczności na uwzględnienie: 1) ze względów dyagnostycznych, 2) etyologicznych, 3) terapeutycznych.

Co do rozpoznania klinicznego, w danym przypadku mogło się rozchodzić, czy tętniak wychodzi z części wstępującej i opuszkowej aorty, czy też z prawego serca, a zwłaszcza przedsionka prawego. W literaturze znane są przypadki tętniaków chronicznych serca, usadowionych w przedsionku prawym, które dochodzić mogą wielkości serca, a nawet je przewyższają. BERTHOLD ¹⁾ opisuje przypadek, w którym tętniak, wychodzący z przedsionka prawego, dochodził wielkością głowy męzkiej i sięgał od lewego obojczyka aż do 10-go żebra prawdziwego; przyczem żebra były częściowo zanikłe i tętniak leżał tuż pod skórą.

Za rozpoznaniem tętniaka w przedsionku prawym zdawało się zrazu przemawiać: 1) usadowienie guza tętniącego w okolicy brodawki sutkowej lewej, w obec braku odnośnego stłumienia w okolicy mostka i górnych przestwo-

¹⁾ EICHHORST. Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. I.

rów międzybrownych po lewej stronie, 2) równoczesność tętnienia guza z uderzeniem koniuszkowym serca, 3) bezpośrednio przejście stłumienia guza tętniącego w podstawową część serca, 4) obraz, otrzymany za pomocą prześwietlenia klatki piersiowej promieniami RÖNTGEN'a, 5) brak większych uciskowych zmian w zakresie *v. cava sup. i a. pulmonalis*, 6) wreszcie brak stłumienia i ubytku w mostku przy zaniku IV, V, VI, żebra. Natomiast zachowanie się tętna na obwodowych tętnicach ze względu na uderzenie koniuszkowe serca, tudzież nierówność co do napięcia fali tętna na obu tętnicach sprychowych, wreszcie różnoczesność między koniuszkowym uderzeniem serca a guzem tętniącym po wykonaniu nieco znacznieszego ruchu, przemawiały przeciw tętniakowi serca. Wobec tego należało przypuścić tylko obecność wielkiego tętniaka aorty, wychodzącego z części opuszkowej tuż ponad zastawkami i z części wstępującej—i to od strony lewej—a rozpościerającego się w jamę osierdzia ponad przedsionek prawy; wtedy bowiem tylko objawy kliniczne za życia mogły być należycie wyjaśnione. Sekcyja stwierdziła też słuszność naszego zapatrywania klinicznego.

Wskutek rozszerzania się tętniaka w jamę osierdziową i opłucnową lewą, tudzież wskutek zrostów tętniaka z sąsiednimi naczyniami krwionośnymi i przemieszczeniem serca, wytworzyło się następowo bardzo znaczne rozciągnięcie tętnicy płucnej [bardzo rzadkie zjawisko], a tem samem i ujścia tętniczego prawego; z powodu zaś usadowienia się tętniaka w części opuszkowej—rozszerzenie ujścia tętniczego lewego. Zmiany te pociągnęły za sobą zaburzenia w krążeniu i wywołały bardzo znaczny przerost mięśnia sercowego a zarazem i rychłą niedomogę jego.

Ze względu na etyologię, bardzo prawdopodobnem jest wobec braku innych momentów usposabiających, iż tętniak w naszym przypadku rozwinął się w następstwie zmian syfilitycznych w aorecie, pomimo, iż przy sekcyi nie stwierdzono nigdzie wyraźnych zmian syfilitycznych. Odpowiada to zapatrywaniu JOHNSTON'a, BRUZELIUS'a, BLIX'a, ARTKEN'a, MALMSTEN'a, którzy w 43,5%—68% przypadków tętniaka mogli wykazać jako moment etyologiczny jedynie tylko przebyty syfilis.

Wreszcie nadmienić mi należy, iż po wstrzykiwaniach podskórnych roztworu 1—2^o/_o-ego żelatyny według zasad, przez prof. KALENDERU ¹⁾ z Bukaresztu podanych, nie można było zauważyć wcale polepszenia sprawy chorobowej; owszem chory doznawał coraz to większej duszności tak, iż metody tej leczniczej po wykonaniu trzeciego zabiegu trzeba było zaprzestać.

¹⁾ N. KALENDERU. Behandlung der Aortenaneurysmen mit subcutanen Gelatineinjectionen. Klinisch. therapeutische Wochenschrift. Nr. 4. 1900.

II. PRZYCZYNEK

DO NAUKI O SOKU ŻOŁĄDKOWYM I SKŁADZIE CHEMICZNYM ENZYM.

Podali

M. Nencki i N. Sieberowa.

[Dokończenie — Patrz Nr. 19].

Znamy obecnie trzy różne funkcje soku żołądkowego: 1) peptonizację, czyli zdolność trawienia białka, 2) zdolność podpuszczkową, czyli zwarzania mleka i 3) wykryte przez DANILEWSKIEGO, a bliżej zbadane przez uczniów jego OKUNIEWA, ŁAWROWA i głównie SAWJAŁOWA [porówn. MALY'S *Jahresber. für 1899, str. 55 i 58*], działanie soku na albumozy, przyczem zostają one przeprowadzone w związki nierozpuszczalne, podobne do skrzepłego białka. Jeżeli nawet działalność podpuszczkowa i tworzenie się plasteiny z albumoz jest zjawiskiem analogicznym i zależy, być może, od jednej i tej samej grupy fermentowej, to przeciwnie zdolność trawienna pepsyny jest raczej przeciwstawieniem tworzenia się kazeiny i plasteiny.

Liczne nasze doświadczenia wykazały, że pepsyna, otrzymana przez działanie zimna lub przez dyalizę, również dobrze trawi białko, jak ścina mleko i przeprowadza albumozy w plasteinę. Wobec tego, opierając się na panującym obecnie poglądzie na specyficzne działanie enzym (fermentów), musielibyśmy w pepsynie takiej, otrzymanej przez dyalizę, przypuścić obecność co najmniej dwóch, a może i trzech różnych fermentów. Zdaniem naszym, ma jednak rację bytu i inne pojęcie o istocie fermentów, gdy uprzytomnimy sobie tylko właściwości tak skomplikowane zbudowanych cząsteczek, napotykanego w badaniach fizyologiczno-chemicznych na każdym kroku. Odmienne to pojęcie polega na tem, że jedna i ta sama cząsteczka chemiczna może posiadać różnorodne działanie fermentowe.

Gdy będziemy się trzymali określenia cząsteczki, podanego przez MAXWELL'a, to trzeba rozumieć pod nią tę część materii, która w ruchu porusza się jako jedna sztuka, jeżeli podczas ruchu zwracać uwagę na środek masy. Wewnątrz samej cząsteczki zachodzi jeszcze ruch jej składników względem ośrodka. Gdy przypuścić następnie, że składnikami cząsteczki są atomy, z których właśnie składa się cząsteczka, i że każdy atom porusza się jako punkt, to każdy atom powinien posiadać możność poruszania się w trzech kierunkach przestrzeni i dlatego liczba waryacji w określeniu położenia i konfiguracji atomów powinna być już trzy razy większa od liczby atomów w cząsteczce.

Weźmy teraz pod uwagę, że cząsteczki związków powikłanych składają się z setek i, jak w substancjach biłkowych, z tysięcy atomów i że już pod działaniem

łagodnych odczynników, jako to: wody, kwasów rozcieńczonych i t. d. rozpadają się one na dużą liczbę cząsteczek, stosunkowo jeszcze bardzo powikłanych. Zrozumiemy wtedy, że w olbrzymiej cząsteczce, składającej się z białka, lecytyny, pentozy, kwasu fosforowego, chloru i t. d., ruchy pojedynczych atomów z jednej strony tak się ułożą, jakby składały się one z pojedynczych grup, mianowicie białka, lecytyny, pentozy i t. d., z drugiej zaś strony ruchy cząsteczki lecytynowej, cząsteczki pentozy i t. d. muszą odbywać się w pewien określony sposób, tak, aby charakter składającej się z nich olbrzymiej cząsteczki jako całości, został zachowany.

Wyborny pod tym względem przykład przedstawia hemoglobina, składająca się w 94% z globiny i w 6% prawie z części barwnikowej — hemochromogenu. Ostatni na powietrzu przechodzi niezwłocznie w inercyjną, stosunkowo mało zmienną hematynę. Przez chwiejne połączenie z globiną nabiera hemochromogen zupełnie innych własności; utlenia on się na powietrzu wolniej, przechodząc w oksyhemoglobinę, która łatwo oddaje tlen, przechodząc znowu w hemoglobinę. Prężność i ruch atomów w podobnej cząsteczce olbrzymiej są odpowiednio zmodyfikowane i przystosowane do celów ustroju.

Przypuśćmy, że prócz głównego ośrodka mamy w podobnej cząsteczce olbrzymiej jeszcze ośrodki 2-go, 3-go, 4-go i t. d. rzędu, które miarkują ruchy pojedynczych atomów i które słusznie mogą być oznaczone jako cząsteczki boczne z własnymi ośrodkami. Ponieważ olbrzymia cząsteczka pepsynowa przy zagotowaniu soku żołądkowego rozpada się na nukleoproteid, albumozę, lecytynę i kwas solny, to trzeba by wszystkie te związki przyjąć za cząsteczki boczne, czyli częściowe 1-go rzędu. Nukleoproteid, gotowany z kwasami, rozpada się następnie na białko, pentozę i zasady alloxurkowe; lecytyna — na kwasy tłuszczowe, glicerynę, kwas fosforowy i neurynę. Te znowu produkty rozszczepienia będą cząsteczkami częściowymi 2-go rzędu i t. d.

Potrzeba podobnego pojęcia o wysoce powikłanych cząsteczkach spowodowała oczywiście EHRlich'a do ułożenia teorii pobocznych łańcuchów. W cząsteczce olbrzymiej cząsteczki częściowe różnych rzędów mają różne konfiguracje i dlatego jedna i ta sama cząsteczka może pozornie pełnić zupełnie różne funkcje. Wszak wiemy, że najprostsze kwasy aminowe zachowują się z jednej strony jak zasady, z drugiej zaś — jak kwasy. Otóż więc wskazane wyżej pojęcie dlatego ma rację bytu, że wyjaśnia ono, iż ta sama cząsteczka olbrzymia za pomocą jednej ze swych cząsteczek bocznych przeprowadza białko w stan rozpuszczalny, za pomocą zaś innej, również znajdującej się w niej cząsteczki bocznej, ścina białko. Nie chcemy jednak przez to powiedzieć, że niema fermentu, któryby jako cząsteczka całkowita posiadał tylko jedno, swoiste dlań działanie fermentowe. Pomiędzy takimi najprostszymi enzymami a tak zwaną żywą protoplazmą, która jako pojedyncza cząsteczka olbrzymia wypełnia najrozmaitsze czynności fermentowe, stałyby pośrodku cząsteczki z wielorakiem działaniem fermentowem.

Do tej kategorii fermentów należałaby więc i cząsteczka pepsynowa. Co się tyczy specjalnie tej cząsteczki częściowej molekuly pepsynowej, która

rozpuszcza białko, to jesteśmy zdania, że w niej właśnie znajduje się chlor. Przemawia za tem ta okoliczność, iż już przez bardzo rozcieńczone alkalia unicestwia się zdolność pepsyny rozpuszczania białka. Zjawisko to żywo przypomina przejście heminy w hematynę. Bardzo rozcieńczone alkalia wywołują zastąpienie chloru przez grupę hydroksylową, i wtedy bardzo skłonna do reagowania hemina, która np. już od 1‰-go kwasu solnego eteryfikuje się, przechodzi w trwałą, beczynną hematynę.

Od neutralizowania alkaliami grupa podpuszczkowa w pepsynie nie rozkłada się. Jak wiadomo, ferment podpuszczkowy działa nawet w odczynie alkalicznym. Tak samo nie tylko od kwaśnego ale i od słabo alkalicznego [wytwór sztuczny!] soku żołądkowego i od kupnych preparatów podpuszczkowych tworzy się z albumoz plasteina DANILEWSKIEGO. Czy strącenie kazeiny i tworzenie plasteiny polega na jednakowej sprawie chemicznej, *resp.* czy zostaje wywołane przez jedną i tę samą cząsteczkę fermentu, nie wyjaśniono dotychczas. W każdym razie SAWJAŁOW myli się, twierdząc, że od fermentu podpuszczkowego z albumoz rozmaitego pochodzenia tworzy się jedna i ta sama plasteina. Sprawa tworzenia się plasteiny wymaga jeszcze o wiele dokładniejszych badań, zwłaszcza iż w najlepszym razie ledwie czwarta część albumozy przechodzi w plasteinę. Tak SAWJAŁOW otrzymał *ceteris paribus* z protalbumozy 10,09‰, z heteroalbumozy 26,59‰, z deuteralbumozy 2,85‰, z amphopeptonu 0,92% i z antipeptonu 0,0% plasteiny [str. 137 dysertacji rosyjskiej].

Ponieważ kupne preparaty pepsynowe zawierają mniej lub więcej zmienioną pepsynę, to, jak należało oczekiwać, nie są one jednakowe względem trojakiego działania fermentowego. Ze względu na to właśnie zbadaliśmy pepsynę WITTE'go, pepsynę firmy JENSEN i LANGEBEK-PETERSEN w Kopenhadze i płynny ferment podpuszczkowy, sprowadzony z chemiczno-technicznej fabryki „WALDEMARA MAYER'a Wwa und Syn w Rewlu”. Pierwsze dwa preparaty przedstawiają suchy proszek, przyczem WITTE'owski z dużą zawartością cukru; ich wodne roztwory oddziaływały słabo kwaśno. Wymieniony ferment podpuszczkowy oddziaływa alkalicznie.

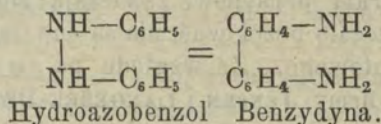
W obu pierwszych preparatach proszkowych trojacie działanie fermentowe pepsyny było rozmaitego stopnia. Najsilniejszą była zdolność trawienna w pepsynie WITTE'go, podczas gdy pepsyna JENSEN-LANGEBEK'a wykazała najsilniejszą zdolność podpuszczkową. Przeciwnie działanie w kierunku tworzenia się plasteiny było tu bardzo nieznaczne. Alkaliczny płynny ferment podpuszczkowy nie trawił białka. 1 ctm. sz. tego fermentu ścinał 10 ctm. sz. ciepłego mleka w ciągu 2-ch minut i wytwarzał stosunkowo najwięcej plasteiny z albumoz DANILEWSKIEGO. Po dodaniu preparatu z fabryki MAYER'a do 10%-go ciepłego roztworu albumozy, następowało natychmiast zmętnienie, a po ½ godzinie strąciła się już cała masa plasteiny jako gruby osad.

Tu trzeba zwrócić uwagę jeszcze na jedną okoliczność. Rzeczą jest możliwą i bardzo prawdopodobną, iż w wyciągach z błony śluzowej, a również i w naturalnym soku żołądkowym nie wszystkie grupy enzymowe znajdują się

w stanie czynnym. Trzeba małego wstrząśnienia atomów w cząsteczce bocznej, o której istocie jeszcze nie wiele wiemy, aby stan taki wystąpił.

Łatwo zrozumieć, że tak wysoce powikłana cząsteczka, jaką jest składająca się z rozmaitych molekuł częściowych, cząsteczka pepsynowa, nie może posiadać równej ścisłości, co cząsteczka prosta, składająca się z wielu tylko atomów. Na tych ostatnich zostały oparte podstawy nauki o atomach i cząsteczkach. Wysoko powikłane cząsteczki, chociaż zbudowane na podobnych podstawach, nie mogą jednak być poddane wszystkim tym zmianom fizycznym, co i cząsteczki proste, aby nie uległy przytem rozpadowi.

Nie możemy naprzykład przeprowadzić białka w stan płynny, nie mówiąc już o stanie lotnym. Z drugiej zaś strony podobnie powikłana cząsteczka powinna najrozmaiciej zachowywać się wobec czynników chemicznych, termicznych, elektrycznych, oraz mechanicznych. Wiemy, że największa część substancji białkowych nie znosi ciepłoty wyżej 60°, ani działania rozcieńczonych kwasów, alkali, soli, metali, alkoholu i t. d.; podlegają one wtedy zmianom cząsteczkowym. Strącanie się substancji białkowych od gorąca polega w każdym razie na takim wstrząśnieniu atomów i przejściu ze stanu chwiejnego w stan więcej trwały. Przytem cała cząsteczką olbrzymia bardzo rzadko ulega polimeryzacji w tym sensie, jak to ma miejsce przy przejściu kwasu cyjanowego w kwas cyjanurowy; po największej części układ atomów w cząsteczce bocznej staje się trwalszym, podobnie do tego, jak to ma miejsce w przejściu mniej stałej cząsteczki hydroazobenzolu w więcej stałą cząsteczkę benzydyny:



Podobna cząsteczka olbrzymia z rozmaitemi cząsteczkami czynnymi jest, według naszego mniemania, czynnym również materiałem w soku z drożdży prasowanych. Oprócz zauważonego przez BUCHNER'a tworzenia się tam kwasu węglanego i alkoholu, znajduje się w nim według CREMER'a ¹⁾ ferment glikogenotwórczy, a według MARCINA HAHN'a ²⁾ ferment proteolityczny.

Z pośród enzym, otrzymywanych z ciał zwierzęcych i roślinnych, sok żółdkowy należy do tych, które zawierają najmniej domieszek obcych. Jest on wydzieliną *ad hoc*, która powinna z jednej strony rozpuszczać białko strawy, z drugiej zaś za pomocą fermentu podpuszczkowego nadawać mu postać, potrzebną dla ustroju. Dokładniejsze badanie tej wydzieliny wykazało, że czynnikiem w niej działającym jest bardzo powikłane ciało, składające się z substancji białkowych, lecytyny i pentozy, prócz tego zawierające jeszcze w swej cząsteczce chlor, kwas fosforowy i żelazo. Następnie, badanie dalsze tej substancji wykazało, że zaapozyczone od organicznej chemii metody oczyszczenia i rozdzielania, jak mycie wodą, alkoholem i t. d., działają na substancję tę rozkładającą. Widzimy stąd,

¹⁾ Berl. chem. Bericht. T. 32, str. 2062—2064.

²⁾ MALY's Jahresber. f. 1899, str. 935.

jak złudną jest nadzieja otrzymania chemicznie czystych enzym za pomocą dotychczasowych metod izolowania i rozdzielania. Do osiągnięcia tego celu trzeba pierwaj wynaleźć nowe, mniej niszczące sposoby badania.

Na zakończenie pozwolimy sobie przytoczyć jeszcze jeden fakt, dotyczący białkowej natury enzym, oświetlony zresztą w należyń sposób już przez PEKELHARING'a. Powtarzamy tu, że substancje białkowe zostają trawione przez roztwory pepsyny, które nie wykazują najslabszego nawet odczynu na białko. Nie twierdząc bynajmniej, że każdy ferment powinien być koniecznie substancją proteinową, nie wąpimy jednak, że pepsyna jest w sposób powikłany złożonem ciałem białkowem; tylko że fizjologiczne, że tak powiemy, wykazanie enzymy jest o wiele czulsze, niż właściwe chemiczne odczynniki na białko. Według obliczeń F. HOFMEISTER'a ¹⁾ reakcja biuretowa jest najmniej czułą. W roztworze zalkalizowanym z 1 : 2000 ostrożne dodanie siarczanu miedzi dało jeszcze czerwonawe zabarwienie, w roztworze z 1 : 10000—już nie. Dodanie stężonego kwasu saletrzanego, jak również gotowanie pynu, zmieszanego z stężonym roztworem soli kuchennej i kwasu octowego, dało jeszcze wyraźne zmętnienie przy 20000 rozcieńczeniu. Przy temże stężeniu wypadła dodatnio i próba MILLON'a, lecz nie wypadła już przy większem rozcieńczeniu. Żelazocyjanek potasu i kwas octowy wywoływały jeszcze w 50000 rozcieńczeniu wyraźne zmętnienie, niewyraźne zaś przy 100000-em rozcieńczeniu. Z odczynników więcej charakterystycznych dla alkaloidów, mniej zaś dla białka, dały tannina, kwas fosforowo-olframowy, rtęci-jodek potasu i bizmut-jodek potasu zmętnienie dające się zauważyć jeszcze w kwaśnych roztworach 1 : 100000. PEKELHARING zaś zaznacza, że $\frac{1}{100}$ mg., nawet $\frac{1}{1000}$ mg. jego pepsyny rozpuszcza w ciągu kilku godzin kłaczki włókniaka.

W naszych doświadczeniach roztwory, zawierające 0,05 gm. soku żołądkowego w 10 ctm. sz. półprocentowego kwasu solnego, trawiły włókniak w kilka godzin, a ich zdolność trawienna wobec strąconego białka równała się, obliczona według METTE'go, 1,2 mm. W 1,000 gm. soku znajduje się około 3 gm. twardej pozostałości. Przypuśćmy, że cała pozostałość twarda składa się tylko z pepsyny: w takim razie w 1 ctm. sz. roztworu było tylko 0,000015 gm. pepsyny. Jest to ilość, którą można wykazać jeszcze przez odczynniki alkaloidowe, ale nie za pomocą zwykłych odczynników na białko. Rzeczywiście roztwór nasz zachowywał się względem odczynników na białko, nawet względem jodku rtęci i jodku bizmutu i potasu ujemnie.

Dr DZIERZGOWSKI, który właśnie w tymże czasie był zajęty w instytucie naszym badaniem enzym roślinnych, dostarczył nam koło 100 ctm. sz. świeżego, zupełnie przezroczystego soku, pochodzącego z *Nepenthes*, przeważnie z *Nepenthes messteriana*. Sok ten, o słabo kwaśnym odczynie, rozpuszczający zupełnie w ciągu kwadransa włókniak przy temperaturze wylegania, nie dał najmniejszego zmętnienia *resp.* zabarwienia z wyżej wymienionymi odczynnikami na białko. Gdy jednak dr DZIERZGOWSKI odparował sok ten w próżni przy 30°, to zmniejszona do kilku centymetrów kubicznych pozostałość dawa-

¹⁾ Zeitschr. f. physiol. Chemie. T. II, str. 291.

ła wyraźne zmętnienie zarówno z kwasem saletrzanym, jak z kwasem octowym i żelazocyankiem potasu, a przy umiarkowanem nagraniu zabarwiła się na czerwono od odczynnika MILLON'a.

Uderzający wprost dowód tego, że fizyologiczne wykazanie tych chwiejnych protein jest nieporównanie czulsze niż chemiczne, znajdujemy w antytoksynach, które podług wszystkich dotychczasowych badań stoją bardzo blisko enzym i które również należą do nietrwałych, powikłanych substancji białkowych.

1 ctm. sz. wyborowej surowicy przeciwbłoniczej zawiera 400—800 jednostek antytoksyny—średnio 600 jednostek. W 0,00166 ctm. sz. zawiera się więc jedna jednostka lecznicza. 100 grm. surowicy zawiera przecięciowo 6 grm. ciał białkowych. 1 ctm. sz. 600-krotnie rozcieńczonej surowicy zawiera przeto 0,0001 grm. białka.

Antytoksyna błonicza zawiera się w osadzie globulinowym surowicy. Przypuśćmy, że dziesiąta część białka surowicy składa się z antytoksyny, co z pewnością jest wzięte zbyt dużo; to 1 ctm. sz. 600-krotnie rozcieńczonej surowicy zawierałby ledwie 0,00001 grm. antytoksyny. Za jednostkę antytoksyny uważa się 10-krotna dawka lecznicza, *resp.* zwykła dawka lecznicza zawiera się w 0,1 ctm. sz. Jedna więc milionowa część białka może być fizyologicznie wykazana przez wyleczenie świnki morskiej, zakażonej niewątpliwie śmiertelną dawką toksyny błoniczej. Jest to rzeczą niemożliwą przy stosowaniu odczynników chemicznych.

Wychodząc z tych samych, co przytoczone, punktów zapatrywania, przedsięwzięliśmy badanie soku trzustkowego. Już teraz możemy zakomunikować, że w wyciągu alkoholowym z czystego soku, otrzymanego metodą PAWŁOWA, wykazaliśmy obecność lecytyny. Czy uda nam się strącić i oddzielić rozmaite enzymy trzustkowe, czy też wykażą się tu analogiczne stosunki, jak w soku żołądkowym, otóż to jest główne zadanie, do którego rozwiązania dążymy.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Dyagnostyka bakteryologiczna tyfusu brzusznego.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

[Dokończenie — Patrz Nr. 19].

II.

Przechodzimy z kolei do drugiej metody z zakresu dyagnostyki bakteryologicznej tyfusu brzusznego, która polega na hodowaniu laseczników EBERTH'a wprost z różyczki tyfusowej (*roseola*). W roku 1886 NEUHAUSS ogłosił wyniki swych badań nad obecnością laseczników tyfusowych w różyczce tyfusowej. Autor ten na 75, badanych przez się przypadków, w 9 wyhodował lasecznik

wprost z różyczki. Krew tych chorych, badana na obecność laseczników, nie zawierała ich wcale. Podobne rezultaty otrzymywali MEUZER, RUETMEYER, THIEMICH, SINGER i inni. Tymczasem inni bakteryologowie, a między nimi GAFFKY, FRAENKEL, CHANTEMESSE i WIDAL, JANOWSKI nie mogli wyhodować z różyczki laseczników tyfusowych. Skutkiem tego klinicyści zapatrywali się wogóle niedowierzająco na odkrycie NEUHAUSS'a, uważając, że wzorem innych ostrych wysypek różyczka tyfusowa może być wywołana nie przez obecność żywych laseczników w naczyniach krwionośnych skóry, ale raczej na skutek działania toksyn.

Tymczasem NEUFELD na początku roku 1899 ogłosił rezultaty swych badań w omawianej sprawie, wykonanych opracowaną przez się nową metodą. Na 14 badanych przezeń przypadków, w 13 razach udało mu się wyhodować z różyczki laseczniki tyfusowe.

Tak pomyślny wynik doświadczeń NEUFELD'a zdaje się niewątpliwie wskazywać, że metoda jego jest dobrą i że autorowie dla tego tylko nie otrzymywali z różyczek hodowli laseczników EBERTH'a, że stosowali nieodpowiednie metody. Badania CURSCHMANN'a [Lipsk] i P. KRAUSE'go [Hamburg] potwierdzają zapatrywania NEUFELD'a. Krew chorych na tyfus zawiera ciała, zabijające laseczniki tyfusowe. W rozeolach znajdują się tylko te laseczniki, którym udało się uniknąć na czas jakiś zabójczego wpływu krwi. Atoli i w rozeolach giną one szybko, a i sama różyczka znika niebawem. Jeżeli więc będziemy badać tę różyczkę, w której laseczniki już nie żyją, to naturalnie hodowli nie otrzymamy.

Co więcej, jeżeli z różyczki będziemy szczepić zawartość jej na suche podłoże, wówczas krew, jaką przy tem wraz z lasecznikami na podłoże przenosimy, zabije te ostatnie już na podłożu i wynik badania będzie oczywiście ujemny. Metoda NEUFELD'a, który przewidział to wszystko, jest następująca. Obmywamy skórę chorego tamponem z waty, zmoczonym w alkoholu i eterze, nie uciskając i nie trąc jej zbyt. Nacinamy ostrym nożem skórę na rezeoli i rozdrapujemy zlekka jej zawartość, zanim wystąpi krew. Końcem noża nakładamy na ranę kilka kropli bulionu, aby rozcieńczyć występującą niebawem krew. Stąd—również końcem noża—przenosimy kilka kropli zawartości do bulionu w jego podłożu lub do wody kondensacyjnej probówek zagarem. W ten sposób udawało się NEUFELD'owi znajdować laseczniki tyfusowe we wszystkich prawie badanych przez się przypadkach CURSCHMANN, na zasadzie przeprowadzonych w swojej klinice badań, potwierdza w zupełności wyniki NEUFELD'a. Na 20 przypadków z 14-u wyhodował laseczniki tyfusowe. Przepowiada on metodzie NEUFELD'a dużą przyszłość i stawia ją w szeregu najlepszych metod dyagnostyki bakteryologicznej tyfusu; jest ona bowiem łatwiejszą od innych metod [PIORKOWSKI, ELSNER] i nie trudniejszą zgola od próby WIDAL'a. KRAUSE otrzymał hodowle w 14-u z 16-u badanych przypadków tyfusu. Zwraca on uwagę klinicystów na ważną okoliczność, że w 3 przypadkach wyhodował laseczniki z rozeoli wcześniej, niż udało mu się otrzymać próbę WIDAL'a [1:30, 1:40]. KRAUSE jednak nie uważa tej metody za rozstrzygającą o tyfusie w każdym poszczególnym przypadku, ile raczej za uzupełniającą i potwierdzającą rozpoznanie. Do tego wniosku upoważniają go następujące okoliczności: 1) nie w każdym przypadku tyfusu występuje różyczka; 2) różyczka nie występuje zazwyczaj tak wcześnie, aby czekać na nią z rozpoznaniem; 3) nie z każdej rozeoli udaje się wyhodować laseczniki tyfusowe; 4) trudno czasem odróżnić wysypkę tyfusową od wysypek innego rodzaju ¹⁾.

¹⁾ Nasze osobiste przekonanie zgadza się zupełnie z przekonaniem KRAUSE'go. Do powyższych 4-ch punktów dodałbym jeszcze piąty, mianowicie, że nie dosyć jest otrzymać z rozeoli laseczniki, ale trzeba jeszcze dowieść, że są one rzeczywiście tyfusowe. To niezbędne uzupełnienie omawianej metody wikła ją bardzo. [Przyp. spraw.]

Co do metodyki, to KRAUSE radzi badać różyczkę zaraz po jej wystąpieniu, ponieważ po 3-ch dniach różyczka już nie zawiera żywych laseczników, zdolnych do rozwoju. Przytem należy badać kilka różyczek na raz, ponieważ w ten sposób łatwiej udaje się wyhodować laseczniki. Opisana powyżej metoda stanowi piękne uzupełnienie metody WIDAL'a, ponieważ [jak to sam miałem sposobność widzieć w klinice HEUBNER'a w Berlinie—*Przyp. Spr.*] otrzymane z różyczki laseczniki tyfusowe bardzo pięknie zazwyczaj aglutynują z surowicą krwi tego samego chorego [por. GNUDI].

III.

Tyfus brzuszny anatomo-patologicznie jest zogniskowany w kiszkaach cienkich. Stąd też łatwo mogła powstać myśl, aby w calach rozpoznawczych badać stolce chorych tyfusowych na obecność laseczników EBERTH'a. Atoli laseczników tyfusowych, jak wiadomo, morfologicznie niepodobna odróżnić od wielu innych drobnoustrojów, spotykanych w kale, zwłaszcza zaś od lasecznika okrężnicy. Toteż usiłowania bakterjologów zwróciły się w tym kierunku aby wynaleźć takie podłoże, na któremby laseczniki te dawały tak charakterystyczne hodowle, aby je można było odróżnić od innych drobnoustrojów.

CHANTEMESSE i WIDAL zalecali dodawać do zwykłej żelatyny odżywkowej 0,25% kwasu karbolowego. Na takiej żelatynie rozwijają się dobrze laseczniki tyfusowe, podczas, gdy inne rozwijają się trudno lub wcale nie. HOLZ w tym samym celu zalecał kwaśną żelatynę kartoflową²⁾ samą, lub z dodatkiem 0,05% kwasu karbolowego. Na odżywce HOLZ'a laseczniki tyfusowe wyrastają w postaci niewielkich, silnie załamujących światło, nie zabarwionych na żółto kolonii, podczas gdy kolonie laseczników okrężnicy są okrągłe, żółto-ciemne. Inne bakterje rozwijają się na odżywce HOLZ'a bardzo trudno lub wcale nie. Metoda HOLZ'a nie rozpowszechniła się w klinikach, to też nic o jej znaczeniu dyagnostycznym powiedzieć nie możemy.

ELSNER dodawał do podłoża HOLZ'a jodek potasu i otrzymywał podłoże, na którym laseczniki tyfusu i okrężnicy rozwijają się dobrze, w przeciwieństwie do innych drobnoustrojów. Kolonie lasecznika okrężnicy rozwijają się na podłożu ELSNER'a już po 24-ch godzinach, to jest wówczas, kiedy kolonii laseczników EBERTH'a gołym okiem, lub przy małym powiększeniu jeszcze niepodobna zauważyć. Te ostatnie pojawiają się dopiero po 48-iu godzinach w postaci małych, jasno błyszczących kropli, bardzo drobno ziarnistych, podczas kiedy kolonie laseczników okrężnicy są znacznie większe, gruboziarniste i brunatno zabarwione. ELSNER przygotowywa swoje podłoże w ten sposób, że do wyciągu kartoflowego ($\frac{1}{2}$ kg. na 1 l. wody) dodaje zwykłą żelatynę, zagotowuje razem mieszaninę, doprowadza ją do odpowiedniego stopnia kwaśności, biorąc na 10 cem. sz. mieszaniny około 2,0—3,0 cem. sz. $\frac{1}{10}$ norm. ługu sodowego, filtruje i sterylizuje. W miarę potrzeby rozlewa podłoże do kolbek ERLNMEYER'a, dodaje 1% jodku potasu, szczepi materiałem ze stolców tyfusowych i rozlewa na płytki.

W literaturze znajdujemy nieliczne publikacje o metodzie ELSNER'a. Z uznaniem odzywają się o niej prof. BRIEGER i LAZARUS. Pierwszy badał przy pomocy podłoża ELSNER'a 11 stolców tyfusowych i we wszystkich przypadkach już po upływie 48-godzin mógł skonstatować występowanie typowych hodowli lasecznika tyfusowego obok, znacznie różniących się od nich, hodowli *bact. coli*.

LAZARUS badał stolce 5 tyfusowych w 1—3 tygodniu i zawsze znajdował typowe kultury laseczników tyfusowych na podłożu ELSNER'a po upływie 48 godzin. Z 16-u badanych w ten sposób rekonwalescentów, LAZARUS znalazł u 3-ch

²⁾ Szczegółowy przepis tej żelatyny znajdzie czytelnik w cytowanym już podręczniku bakterjologii GÜNTHER'a. Str. 162. [*Przyp. spraw.*].

laseczniki tyfusowe; z tych—jeden nie gorączkował już od 41 dni. POLLAK [z klin. v. JAKSCH'a] pochlebnie odzywa się o metodzie ELSNER'a, zwracając jednak uwagę na to, że podejrzane na tyfus kolonie należy badać innemi metodami, czy są rzeczywiście tyfusowe, ponieważ bardzo zbliżone do tyfusowych kolonie daje *bac. faecalis alcaligenes*. JEMMA dochodzi do podobnych wniosków o metodzie ELSNER'a.

GUENTHER nie przypisuje metodzie ELSNER'a wielkich zalet. Widział on na podłożu ELSNER'a kolonie zupełnie podobne do tyfusowych, które w rzeczywistości okazały się zupełnie czem innym. Toteż GUENTHER radzi badać zawsze podejrzane na tyfus kolonie przy pomocy reakcyi, o których na początku wspominaliśmy. Ta okoliczność zmniejsza bardzo wartość podłoża ELSNER'a, jako specyficznego dla odróżnienia lasecznika EBERTH'a od laseczników okrężnicy i innych drobnoustrojów kiszkowych.

Podłoże CAPALDI'ego, zaproponowane w celu odróżnienia lasecznika tyfusu od *bact. coli*, posiada skład następujący: wody dystylowanej 1000,0, peptonu WITTE'go 20,0, żelatyny, cukru gronowego $\hat{a}\hat{a}$ 10,0, chlorku sodu i chlorku potasu $\hat{a}\hat{a}$ 5,0. Do filtrowanego roztworu dodajemy 2% agaru, alkalizujemy 10 cem. sz. ługu sodowego normalnego, gotujemy, filtrujemy i sterylizujemy. Lasecznik tyfusowy tworzy na tem podłożu niewielkie okrągłe kolonie przezroczyste i bezbarwne, podczas gdy kolonie lasecznika okrężnicy są brązowe, mętne i nieco większe. RICHARDSON, który porównywał podłoże ELSNER'a i CAPALDI'ego, przypisuje pierwszemu większą wartość kliniczną.

W roku 1899 ogłosił swoją metodę PIORKOWSKI [Berlin]. Autor ten dawał do zwykłych odżywek moczu i badał różnice, jakie uwidaczniały na tych podłożach kolonie lasecznika okrężnicy i lasecznika tyfusu brzuszno. PIORKOWSKI robi swoje podłoże w następujący sposób. Do normalnego moczu [c. g. 1020], który nabrał po 2—3 dniach odczynu alkalicznego ¹⁾ dodaje się $\frac{1}{2}$ % peptonu i 3,3% żelatyny. Mieszaninę tę gotuje się przez 1 godzinę na kąpiel wodnej i zaraz potem filtruje się bez pomocy specjalnego ogrzewania. Przefiltrowaną mieszaninę nalewa się do probówek, które zatyka się watą i sterylizuje w parze przy 100° C. przez 15 minut. Sterylizację powtarza się na drugi dzień jeszcze raz przez 10 minut. Kolonie lasecznika okrężnicy na tem podłożu [na płytkach] po 20-u godzinach w temperaturze 22° C. są okrągłe, żółtawe, drobnoziarniste, posiadają ostre brzegi, nie dające długich wyrostków; kolonie laseczników tyfusowych mają bardzo charakterystyczny wygląd: są mniejsze, przezroczyste i opatrzone długimi wyrostkami, odbiegającemi w różne strony od środka kolonii. Dzięki temu kolonie tyfusowe mają wygląd wiciowców (*flagellata*), które od swoich jasnoblyszczących, drobnoziarnistych ciał wysyłają na wszystkie strony wyrostki delikatne, czasem spiralnie zagłębiające się w podłoże. W późniejszym komunikacie PIORKOWSKI dorzuca nieco szczegółów, dotyczących skład i wyrobu jego podłoża. Zamiast zwykłego moczu, który trudno czasem nabiera reakcyi alkalicznej, można używać moczu od chorych na pęcherz. W lecie, kiedy temperatura pokoju przechodzi nieraz 22°, w celu zapobieżenia rozplywaniu się podłoża, autor radzi brać, zamiast 3,3% żelatyny, 6,6%-ową i nastawiać termostat na 28° C. Mocze sztucznie alkalizowane nie nadają się wcale do wyrobu podłoża.

PIORKOWSKI kładzie duży nacisk na tę okoliczność, że najcharakterystyczniejszy wygląd mają kolonie wyhodowane przy temperaturze 21,5°—22° C.: już po 10—16 godzinach kolonie, są na tyle rozwinięte, że odróżnienie lasecznika tyfusowego od *bact. coli* nie przedstawia żadnych trudności. PIORKOWSKI badał w ten sposób 40 przypadków tyfusu—wszystkie z dodatnim wynikiem. Autor

¹⁾ Świeży moczek można szczepić moczem, który nabrał już odczynu alkalicznego lub hodowlami *micr. ureae* [KRAUSE]. (*Przyp. spraw.*)

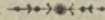
znajdował laseczniki tyfusowe już od 3-go dnia choroby; czasem wtedy, kiedy próba WIDAL'a nie dawała jeszcze rezultatów.

Metoda PIORKOWSKIEGO obudziła duże zainteresowanie pośród klinicystów niemieckich. Wzięto się gorąco do jej sprawdzenia; atoli dotychczas zdania o jej wartości są bardzo podzielone. UNGER [od prof. FRAENKL'a] na 14 badanych przypadków, w 12-u otrzymał wyniki dodatnie. Uważa on metodę PIORKOWSKIEGO za cenną, chociaż nie zawsze absolutnie pewną. SCHÜTZE i MICHAELIS [od prof. LEYDEN'a] przypisują metodzie PIORKOWSKIEGO dużą wartość kliniczno-rozpoznawczą. PORTNER atoli [od prof. RENVERS'a] znajdował na podłożu PIORKOWSKIEGO zupełnie podobne do tyfusowych kolonie w przypadkach *sepsis*, *parametritis*, *pneumonia*, *phthisis florida*. Radzi on nie poprzestawać na powierzchownem oglądaniu płytek, ale przerabiać z podejrzanemi koloniami reakcyę na laseczniki tyfusowe. WITTICH dochodzi do tego samego wniosku. Znajdował on na podłożu PIORKOWSKIEGO kolonie zupełnie podobne do tyfusowych, które przy szczegółowszem badaniu bakteryologicznem nie okazały się tyfusowemi. Toteż autor ten wypowiada mniemanie, że niepodobna stawiać rozpoznania tyfusu, opierając się wyłącznie na wyglądzie kolonii, wyhodowanych na podłożu PIORKOWSKIEGO. GEBAUER twierdzi, że metoda PIORKOWSKIEGO pozwala nam w niektórych razach na wczesne rozpoznanie tyfusu, często jednak musimy badać podejrzanę kolonie szczegółowiej, czy są rzeczywiście tyfusowe. Do tego samego wniosku dochodzi P. KRAUSE. Autor ten jest zdania, że nigdy nie możemy stawiać pewnego rozpoznania, opierając się li tylko na oględzinach płytek. Znajdował on zupełnie podobne do tyfusowych kolonie ze stoliców chorych na różę, błonicę, odrę, płonicę, grypę i t. p. Szczepiąc stolicami dzieci podłoże PIORKOWSKIEGO, KRAUSE znajdował nieraz opatrzone wyrostkami, zupełnie podobne do tyfusowych, kolonie lasecznika okrężnicy. Z 19-u badanych metodą PIORKOWSKIEGO stoliców tyfusowych, KRAUSE w 17 znajdował typowe kolonie z wyrostkami, obok okrągłych, gruboziarnistych, brunatno-żółtych kolonii lasecznika okrężnicy. Toteż autor przyznaje metodzie PIORKOWSKIEGO niejaką wartość ogólnobakteryologiczną, co zaś do klinicznego jej znaczenia, to w tym kierunku odmawia jej wielkiej przyszłości.

LOEWIT wątpi, aby metoda PIORKOWSKIEGO zyskała rozpowszechnienie w klinice. Zwraca on uwagę na trudności, z jakimi musimy walczyć, chcąc utrzymać przez dłuższy czas zalecaną przez PIORKOWSKIEGO temperaturę termostatu 21,5°—22°. Prócz tego autor zwraca uwagę na to, że *bac. alcaligenes* daje kolonie zupełnie podobne do laseczników tyfusowych i okrężnicy. STARCK [Heidelberg] odmawia metodzie PIORKOWSKIEGO wartości klinicznej. Z jednej strony wymaga ona niezwykle dokładnego termostatu, któryby przez czas dłuższy zachowywał niezmiennie temperaturę, wahającą się w wysokich granicach 21,5°—22,0°. Toteż chcąc postawić przy pomocy metody PIORKOWSKIEGO „wczesne“ rozpoznanie tyfusu, musimy stracić nieraz kilka dni na znużone ustawianie i regulowanie termostatu. Z drugiej strony znalezienie odpowiedniego moczu do wyrobu podłoża według przepisu PIORKOWSKIEGO, jest również rzeczą trudną. Mocz ten o ciężarze gatunkowym 1020 i odczynie słabo kwaśnym powinien koniecznie nabrać odczynu alkalicznego w okresie 1—3 dni. Takie mocze, zdaniem STARCK'a, należą do prawdziwych rzadkości. Toteż autorowi zdarzało się nieraz otrzymywać typowy obraz na podłożu PIORKOWSKIEGO dopiero wtedy, kiedy chorzy na tyfus wypisywali się już jako zdrowi ze szpitala. Odmawiając w ten sposób metodzie PIORKOWSKIEGO wszelkiej wartości klinicznej, STARCK widzi w niej jednak cenny nabytek dla ogólnej bakteriologii. KRAUS na podłożu PIORKOWSKIEGO widział kolonie lasecznika okrężnicy, stwierdzone szczegółowem badaniem, które jednak były zupełnie podobne do tyfusowych.

Z powyższego widzimy, że metoda PIORKOWSKIEGO nie ziszcila pokładanych w niej nadziei. Tak więc rzec można, nie posiadamy do dziś metody, która nam pozwoliła na wczesne rozpoznanie tyfusu na drodze bakteriologicznego badania stolców tyfusowych. Badania i prace autorów pozwalają jednak mieć nadzieję, że z czasem zyskamy może taką metodę, którą co do wartości klinicznej będziemy mogli postawić na równi lub nawet wyżej od seroreakcji WIDAL'a.

L I T E R A T U R A .

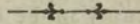


I. PFEIFFER i KOLLE. Zeitschr. f. Hyg. und Infkr. XIX. — GRUBER. D. med. Woch. 1896 № 15. Münch. m. Woch. 1896, № 9, 1897 str. 479. Wien. klin. Woch. 1896 № 11, 12 — WIDAL. Sém. Méd. 1896 str. 256, 287, 295, 303 [i SICARD], 410, 418, 504 [i SICARD] S. M. 1897 str. 333. — DIEULAFOY. Sém. Méd. 1896 str. 266. — COURMONT. Sém. Méd. 1896, 294; 1897, 209. La courbe agglutinante chez les typhiques [applications au séro-pronostic]. Revue de Médecine. 1897 Nr. 10. 1900. Nr. 5, 6. — ACHARD. Sém. M. 1896, 295. i BENSAUDE 1896, 480; 1897, 131. — BENSAUDE. Le phénomène de l'agglutination des microbes et ses application à la pathologie (le serodiagnostic) Paris. 1897. Refer. w Münch. med. Woch. 1898. — HAUSHALTER. Sém. M. 1896, 312 tamże ETIENNE. — CHARRIÈRE. Sém. M. 1896, 456. — CATRIN. Sém. M. 1896, 410. — SABRAZÉS i HUGON. Sém. M. 1897. 13. — FONTANA. Gaz. degli Osped. 1897 Nr. 139. Ref. w Münch. m. Woch. 1898, str. 153. — FIOCCA Suppl. al poliel. 1897. 27 listop. Ref. w Sém. Méd. 1897, 464. — MENELLA. Spraw. w Sém. M. 1899. 363. — MASIUS. S. M. 1897, 114. — WARBURG. D. m. W. 1898. 91. — BABUCKE. D. m. W. 1898, VT 253, tudzież SCHUBERT. — E. LEVY. D. m. W. 18'8, VB 284. — SCHOLTZ Hygien. Rund. 1898. Nr. 9, oraz Zeit. f. klin. Med. 1900, 41, V i VI str. 406—413. — KASEL i MANN. Beitr. zu Lehre von der Gr.-Wid. Serumdiagnose. M. m. W. 1899. Nr. 18. — LEUBE. M. m. Woch. 1898. 252. — CURSCHMANN cytow. w teksie. — SKLOWER cyt. wedł. CURSCHMANN'a. — J. LANDSTEIN. O wartości rozpoznawczej próby WIDAL'a odb. z Gaz. Lek. Nr. 19 z d. 8. V. 1897. — STERN. B. kl. W. 1897. Nr. 11, 12, oraz D. m. W. 18'8. L. B. — HOFFMANN, BRIGGS i PARK, JOHNSTON, VIVALDI, ANTONY, FERRÉ, THOMAS, PFUHL, BORMANS cytow. wedł. ROETHER Bericht über den Typhus w SCHMIDT's Jahrb. d. Ges. Med. T. 269. Z. II z r. 1901. — KÖHLER. D. A. f. Klin. Med. 1900. 67, III i IV str. 317.

II. NEUHAUSS. B. klin. Woch. 1886, patrz art. CURSCHMANN'a Münch. m. W. Nr. 48 z r. 1899. NEUFELD. Ztschr. f. Hyg. u. Infkr. T. XXX str. 488. — CURSCHMANN. Zur Untersuchung des Roseolen auf Typhusbacillen M. m. W. 1899. Nr. 48. — KRAUSE. Z. f. klin. Med. 1900. 41. V i VI str. 413—418. — GUNDI por. ROETHER.

III. CHANTEMESSE i WIDAL wedł. GÜNTHER'a str. 38'. — HOLZ patrz w teksie. — ELSNER. Z. f. Hyg. und Infkr. 18'5. T. XXI. str. 29 Ref. D. m. W. 1895. Nr. 50. — BRIEGER. D. m. W. Nr. 50 z r. 1895. Über die klin. Bed. des Elsnerschen Typhusnachweisses. — LAZARUS. B. klin. Woch. 1895. 49 Die Elsner'sche Dragnose... — POLLAK cyt. wedł. ROETHER'a, tudzież JEMMA. — GÜNTHER loc. cit. str. 394 [o. podł. ELSNER'a]. — CAPALDI wedł. ROETHER'a, tudzież RICHARDSON. — PIORKOWSKI. Ein einfaches Verfahren zur Sicherung der Typhusdiagnose B. k. W. 1899. Nr. 17; Zur Sicherstellung der Typhusdiagnose D. m. W. 1899. Nr. 44 [dyskusya] oraz M. m. Woch. 1900. Nr. 3. — UNGER. D. m. Woch. 1899. 266. VT., tudzież SCHÜTZE i MICHAELIS [patrz LÖWIT]. — PORTNER. D. m. Woch. 1899, VT. str. 285. — P. KRAUSE. Z. f. klin. Med. 1900. 41. V i VI. str. 421—432; tudzież WITTICH i GEBAUER. — LÖWIT. Verh. des XVIII Congr. f. Inn. Med. Wiesbaden. 1900 str. 409; tudzież STARCK, KRAUS, MICHAELIS.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



47. O. Rosenthal. O cierpieniach serca w przebiegu syfilisu i rzeżączki.

Autor zajmuje się tu cierpieniami serca, występującymi wskutek syfilisu jedynie nabytego. Są to cierpienia rzadkie, tem rzadsze, że nie zawsze bywają rozpoznane, występujące zwykle, podług zdania autorów, pomiędzy 30—40 rokiem życia, w 6—10 lat po zarażeniu, choć we wszystkich prawie przypadkach, spostrzeganych przez R., występowały one w 2—4 roku choroby. W każdym razie jest to objaw okresu trzeciorzędnego, aczkolwiek już w okresie wtórnym widywać można zaburzenia w czynności serca, występujące albo przed, albo podczas wysypki. Wiadomem jest, że wtedy często występują bóle głowy, członków i stawów, gorączka i t. d. Do tego przyłączyć się może bicie serca, zwiększona częstość tętna, czasami lekka arytmia i przejściowy szmer skurczowy. Są to zaburzenia wyłącznie czynnościowe, powodowane upośledzeniem odżywianiem ustroju z jednej strony, z drugiej zaś—działaniem jadu syfilitycznego, ewentualnie toksyn, na ścianę serca i najprawdopodobniej na sploty nerwowe.

Przy cierpieniach późniejszych, warunkowanych zmianami anatomicznymi wskutek syfilisu, pierwotnie dotknięty bywa głównie mięsień sercowy, podczas gdy osierdzie i wsierdzie cierpią jedynie wtórnie, [z bardzo małymi wyjątkami].

Jak we wszystkich narządach, tak i przy syfilitycznych cierpieniach serca rozróżniamy dwie postaci zasadnicze: sprawę gumatyczną, czyli nowotworową i zapalenie śródmiąższowe, czyli łącznotkankowe. Cierpienie naczyń mogłoby być uważane za odrębną postać, gdyż one przedewszystkiem są dotknięte przy każdej sprawie syfilitycznej w sercu. Rzecz prosta, że *myocarditis gummosa* nia daje się zupełnie ściśle odgraniczyć od postaci śródmiąższowej, gdyż obie często występują jednocześnie.

Myocarditis gum. może umiejscowić się we wszystkich częściach mięśniowych serca, najczęściej jednak w ścianie komory. Gumaty bywają różnej wielkości—od ziarnka prosa do jaja gołębiego, pojedyncze, lub liczne, usadowione jużto w głębi warstwy mięśniowej, jużteż powierzchownie, zaraz pod osierdziem lub wsierdziem. W tym ostatnim przypadku występuje wskutek ich obecności *endocarditis* lub *pericarditis fibrosa chronica*. Jak przy wszystkich gumatach mięśniowych, tak i tu w najlepszym razie sprawa kończy się całkowitem wsesaniem się z pozostawieniem blizny, najczęściej jednak przechodzi w zwyrodnienie tłuszczowe i zserowacenie. Co do wapnienia, niema pewnych danych.

Przy przemianach wstecznych naokoło gumatu wytwarza się zbita tkanka łączna w postaci otoczki, powłoki, w której gumaty mogą zastawać przez czas dłuższy. Rzadko dochodzi do ropienia i przeżarcia do jam serca przy powstawaniu ostrego tętniaka.

Myocarditis interstitialis s. fibrosa ma swój początek w swoistem zapaleniu ścian tętnic (*endoarteriitis*). Wokoło najmniejszych naczyń powstaje nacieczenie, które powoduje zaburzenia w odżywianiu włókien mięsnych, zanikających wreszcie całkowicie. Wynikiem sprawy jest zamiana młodej tkanki łącznej przez tkankę zbitą włóknistą; występuje ona pod postacią pasm szarych,

blyszczących, widocznych w mięśniu sercowym to pojedynczo, to więcej licznie, rozchodzących się nakształt promieni po tkance otaczającej. Można napotkać pasma, przenikające przez całą tkankę serca i jego powłok i dające powód do powstania *endocarditis* lub *pericarditis sclerot.* lub do częściowego tętniaka serca. Przy zajęciu beleczek lub mięśni brodawkowatych powstają zmiany, odbijające się na zastawkach i ich działalności.

Samoistne cierpienia syfilityczne w s i e r d z i a, o ile one istnieją, należą do rzadkości, zwykle bowiem wsierdzie dotknięte bywa wtórnie. *Endocarditis valvularis*, która jakoby polega na powstawaniu małych białawych lub żółtych guzików i prowadzi do zgrubienia zastawek, jako postać kliniczna nieznana jest zupełnie. Również i cierpienia samoistne, pierwotne o s i e r d z i a są niezmiernie rzadkie; i ono cierpi zwykle wtórnie. Co do cierpienia jedynie i wyłącznie naczyń, znane jest cierpienie tętnic wieńcowych, występujące z właściwymi sobie objawami klinicznymi. Wskutek zamknięcia cięśszych gałązek i tu powstaje zapalenie tkanki międzymięśniowej z możliwym przerostem serca.

Należy wspomnieć jeszcze o postaci, opisanej przez HALLOPEAU, jako *angina pectoris syphilitica* i występującej z objawami arytmii, bicia serca i dusznicy. Sprawa ta zależy prawdopodobnie od zajęcia włókien sympatycznych aparatu nerwowo-mięśniowego, *resp.* spłotów sercowych.

Wreszcie zauważyć należy, że i ze strony serca mogą występować objawy przy syfilitycznych cierpieniach ośrodków nerwowych.

Do przyczyn, które sprzyjają powstawaniu cierpień sercowych w przebiegu syfilisu, należy zaliczyć te wszystkie czynniki, które zmuszają mięsień sercowy do zwiększonej pracy lub ujemnie działają na jego odżywianie. Tu więc należą: wyskok, istniejące już wady zastawkowe, cierpienia nerek i naczyń, moczówka, nadmierne używanie tytoniu, wreszcie wpływ nagłych lub stałych wzruszeń i nadmierna praca fizyczna. Tu też dodać należy jeszcze nieleczenie się lub niedostateczne leczenie się.

Myocarditis specifica z trudnością da się nacechować właściwymi sobie objawami. W niektórych przypadkach—zwłaszcza przy postaci przewlekłej—nagła śmierć bywa następstwem nierozpoznanego cierpienia, przebiegającego bez większych dolegliwości. W innych razach przebieg jest szybki i niezwykle burzliwy, najczęściej jednak bywają pewne zwiastuny, jako to: ból i ucisk w dołku, skargi na osłabienie i uczucie niepokoju z chwilową przerwą tętna. Objawy te stopniowo wzmagają się; do tego przyłączają się zawroty, bóle głowy i nieżyt oskrzeli. Przedmiotowo można stwierdzić wtedy tętno małe, słabe, nieregularne, chwilami przerywane. Tętno serca zwykle są czyste, drugi ton tętnicy płucnej często klapiący. Inne objawy zależne są od czasu trwania i rozprzestrzenienia się cierpienia, od tego też zależą i zmiany następce i w innych narządach [np. sinica, powiększenie wątroby i śledziony, białkomocz, zatory i zawały, zwłaszcza w mózgu i płucach]. Wogóle można powiedzieć, że przy zajęciu prawej komory mamy trwałą trudność oddychania (*dyspnoe*), podczas gdy *tachycardia*, napady *anginae pectoris* i drgawki epileptyczne wskazują więcej na *myocarditis gum.* lewej komory. Zwłaszcza podejrzane są nieusprawiedliwione niczem napady bicia serca i duszności w pierwszej połowie nocy.

Widzimy, że przy istnieniu syfilisu u danego osobnika nie po inniśmy lekceważyć żadnej jego skargi i że rozpoznanie *myocardit. syphil.* jest zawsze tylko prawdopodobnem i prawdopodobniejszem się staje *ex concomitantibus*. Pomódz tu mogą nam dwa czynniki: dokładne wywiady i jednoczesne współrzędne objawy, polegające na cierpieniu swoistem innych narządów.

Przebieg cierpienia, wbrew zdaniu niektórych, jest, według autora, przewlekły; różnicę w poglądach powoduje zapewne późne rozpoznanie sprawy.

Rokowanie zależy od tego, w jakim okresie sprawy znajdujemy chorego. Gdy wystąpią zmiany stałe, rokowanie jest niepomyślniejsze, gdyż trudno wtedy określić, jak daleko zaszyły zmiany anatomiczne. Zapalenie śródmiąższowe i gumaty mogą uleść wessaniu pod wpływem leczenia; tworząca się jednak, lub istniejąca już tkanka bliznowata, również jak i wady zastawkowe są dla terapii niedostępne.

Przy syfilitycznych sprawach serca używane są te wszystkie środki i zabiegi, jakie stosowane są wogóle przy chorobach serca — jako to: naparstnica kofeina, i t. p., leżenie w łóżku, pęcherz z lodem i t. d. Prócz tego, rzecz prosta, niezbędny jest jod i rtęć; przyczem leczenie prowadzone być winno z zachowaniem wszelkich środków ostrożności. Wybór metody [zastrzykiwania podskórne — czy wcierania] zależy od danego przypadku, leczenie jednak musi być prowadzone energicznie. Żeby uniknąć ubocznego działania potasu, zamiast jodku potasu zalecamy nalewkę jodową z początku 3 razy dziennie 5--10 kropli, potem stopniowo zwiększając dawkę do 3 razy dziennie 30 kropli. Najlepiej jest przyjmować ten środek w piwie lub w wodzie z dodatkiem niewielkiej ilości koniaku. Dalej, autor zaleca jodypinę (*jodipinum*) t. j. jod, rozpuszczony w oleju sezamowym, w roztworze 10 -- 25%. Stosuje on jodypinę podskórnie w tych wszystkich przypadkach, kiedy wskutek jakichkolwiek względów jod nie może być przyjmowany *per os* lub *per rectum*. Bóle są przy tem bardzo nieznaczne, nacieczenia na miejscu zastrzyknięcia nie występują.

* * *

Przejdźmy teraz do cierpień serca na tle rzeżączkowym. Sprawy te zaczynają się [wprost przeciwnie, jak syfilityczne] zwykle na wsierdziu, warstwa zaś mięśniowa może wtórnie zmianom uleść. Rzeżączka sama, według terażniejszych poglądów, jest cierpieniem powiększej części miejscowem, przy pewnych jednak warunkach może prowadzić do ogólnego zakażenia ustroju. Wszakże dvoinki mogą być wykazane nie tylko przy zapaleniach przyjądrza, pęcherza, gruczołu krokowego, narządów płciowych kobiecych z ich dodatkami, lecz i w porażonych stawach, torebkach maziowych, przy zapaleniu miedniczek, otrzewnej i t. d. Przy powikłaniach rzeżączki należy rozróżniać trzy rodzaje zakażenia:

1) Kiedy znajdujemy tylko dvoinki; 2) kiedy mamy zakażenie mieszane lub wtórne z innymi drobnoustrojami ropotwórczymi, jak gronkowiec lub paciorkowiec; 3) kiedy, wobec braku dvoinek i innych drobnoustrojów, musimy przypuścić istnienie toksyn lub ptomain w krwi. Tu należą np. i wysypki skórne i zapalenie nerwów, występujące w przebiegu rzeżączki.

Endocarditis gonorrhoeica występuje zwykle w 4 — 6 tygodniu po zarażeniu się. Prócz dvoinek, można znaleźć i inne bakterye, jak: gronkowce i paciorkowce, co dowodzi, że rzeżączkowo zmieniona błona śluzowa staje się punktem wejścia i dla innych drobnoustrojów. Dwoinki mogą opanować jedną lub kilka najrozmaitszych zastawek, najczęściej jednak obierają sobie za siedlisko zastawki aorty. Sprawa przedstawia się w postaci małych, miękkich, nieregularnych vegetacyi, które powiększając się, mogą doprowadzić do całkowitego przedziurawienia zastawki. Zwykle vegetacye te są w słabym związku ze ścianą zastawki; tworzą je, prócz czerwonych ciałek krwi, przeważnie leukocyty wielojądrowe z dvoinkami, charakterystycznie ułożonemi. Zapalenie osierdzia rzadko bywa powikłaniem rzeżączki, rozwijając się współcześnie z zapaleniem wsierdzia. Znane są jednak przypadki zajęcia rzeżączkowego osierdzia bez udziału w cierpieniu wsierdzia; przypadki takie kończą się pomyślnie. Mięsień sercowy zajęty bywa wtórnie, wtedy rozwijają się w nim ropnie, zawierające dvoinki.

Endocarditis gon. występuje pod dwiema postaciami: wrzodziejącą (*end. ulcero-*
rosa), z zejściem śmiertelnem i przewlekłą, łagodną, z objawami mniej lub wię-
cej wyraźnemi. Objawy te mogą zniknąć — i wtedy następuje albo *restitu-*
tio ad integrum, albo też mogą powstać wady zastawkowe. Chociaż w postaci
łagodnej stanowczego dowodu [a mianowicie dwoinek] mieć nie możemy, jed-
nak przebieg kliniczny, wystąpienie cierpienia w łączności z rzeźączką i sta-
ranne wykluczenie innych czynników przyczynowych, ułatwia nam rozpoznanie.
Dane opukowe i osłuchowe zależą jedynie od zmian na zastawach, nie mają więc
nie dla tej sprawy charakterystycznego.

Objawy ogólne, rzeźączkowym sprawom serca właściwie, bardzo są roz-
maite. W przypadkach przebiegających niezupełnie wolno, na pierwszym pla-
nie widzimy znaczne charłactwo; wogóle na głównem miejscu występują objawy,
właściwe zakażeniu krwi (*septico-pyaemia*), jako to: dreszcze, które mogą być
niezwykle silne i często powracać, szybkie wahania się ciepłoty, duże przygnę-
bienie, bóle głowy, zatory, powiększenie śledziony i podrażnienie nerek. Go-
rączka bywa bardzo wysoka i z charakteru swego podobna jest do zimniczej.
W niektórych przypadkach przebieg wyrażony jest niezmiernie słabo, tak że
można cierpienie całkowicie przeoczyć i dopiero później trafem wykrywa się
wadę zastawkową; w innych znów—przebieg jest burzliwy i szybko prowa-
dzi do śmierci. Jako powikłanie, bardzo często występuje gościec stawowy,
choć sprawa sercowa może istnieć i przy zupełnie wolnych stawach. Prócz te-
go może przyłączyć się zapalenie płuc lub opłucnej, zatory w mózgu, skórce lub
tętnicy płucnej i w innych narządach.

Rokowanie jest zawsze nieokreślone, naogół tem lepsze jednak, im dłużej
sprawa się ciągnie.

O leczeniu da się powiedzieć niewiele. Stosujemy objawowe, zwykłe
w tych razach środki. Pytanie, czy należy przy zajęciu serca leczyć istniejącą
rzeźączkę cewki, autor rozstrzyga twierdząco, a to w celu zniszczenia miejsc,
w których się dwoinki rozmnażają i tą drogą zapobiedz przedostawaniu się ich
do krwiobiegu.

Wact. Sterling.

48. Gerhardt. Syfilis niektórych narządów wewnętrznych.

Wpływ syfilisu na zdrowie i długość życia rzadko daje się stwierdzić na
wielkiej liczbie spostrzeżeń, dlatego też autor przytacza dane z pracy RUNE-
BERG'a, dotyczące się 11309 pacjentów pewnego finlandzkiego towarzystwa ubez-
pieczeń na życie. Po przejrzeniu ich świadectw lekarskich, jako też na mocy
protokołów sekcyjnych 734 zmarłych, R. przyszedł do wniosków następują-
cych: z liczby ubezpieczonych, którzy syfilisu nie przechodzili, zmarło od cza-
su istnienia instytucji 6,1%, z liczby zaś syfilityków—12,6%, czyli przeszło
dwa razy więcej. Dalej, w rubryce śmierci, jako jej przyczyna występuje
gruźlica w 21% przypadków, syfilis zaś w 15% przypadków. W 84 przypad-
kach, w których śmierć widocznie przez syfilis była spowodowana, zarażenie
nastąpiło średnio o 20,2 lat wcześniej.

Głównie przyczyną śmierci w tych przypadkach były cierpienia serca
i mózgu. Ponieważ jednak syfilis nie oszczędza ani jednego narządu, autor
obrał sobie za temat cierpienia krtani [narządu, najczęściej nawiedzanego
przez syfilis u dorosłych] i wątroby, najczęstszego siedliska syfilisu nowo-
rodków.

Cierpienia syfilityczne krtani występują w 10% przypadków, częściej
u mężczyzn, niż u kobiet. Postać wczesna, lżejsza, występuje w 87%, cięższa,
późniejsza—w 13% przypadków. Cierpienia lżejsze występują jako nieżyt
lub rumień (*erythema*); są to zaczerwienienia błony śluzowej, często nie dające
się odróżnić od innych przekrwień. Charakter swoisty rumienia daje się czasa

mi rozpoznać dzięki zabarwieniu koloru miedzi, występującemu w postaci plam, podobnych do różyczki i czasami dzięki jednoczesnemu obrzmiewaniu sąsiednich gruczołów. W niektórych przypadkach obrzmała i zaczerwieniona błona śluzowa pokryta jest obfitą wydzieliną. Mamy więc tu do czynienia z syfilitycznym nieżytem, który w danym swym przebiegu doprowadza do nieco trwałego zgrubienia i nacieczenia komórkowego przekrwionej błony śluzowej, przyczem na powierzchni występują owrzodzenia, bądź szybko znikające, bądź też długotrwałe. Przeważnie jednak postaci wczesne ustępują łatwo. O wiele rzadziej występują w okresie wczesnym lepiej, powodując chrypkę, czasami dochodzącą do niemożności wydobycia głosu; z innych zaburzeń wymienić tu należy kaszel, trudność oddychania, występujące zresztą nader rzadko.

Sprawa umiejscawia się najczęściej na brzegu nagłośni i strunach głosowych, rzadziej na tylnej ścianie, jeszcze rzadziej w innych miejscach krtani; przedstawia się zaś jako szaro-biaława plam o nieco wzniesionym obwodzie i zagłębieniu w środku.

Wszystkie te wczesne postaci występują w 3—5 miesiącu po zarażeniu się, łatwo ustępują i nie wywołują żadnych szkodliwych następstw. Inaczej jednak rzecz się ma z ziarniakami syfilitycznymi [gumatami]. Znajdowano je w każdym wieku — nawet u noworodków [rzadko, co prawda], występują one zwykle na nagłośni, rzadziej na więzach, najrzadziej zaś na tylnej ścianie [gdzie częściej natomiast występują owrzodzenia tyfusowe i gruzlicze].

Gumat przedstawia się jako kuliste wzniesienie, rozmaitej wielkości, najczęściej otoczone zaczerwienioną błoną śluzową. Czasami widzimy gumaty prosówkowe (*gum. miliaria*), białawe, o znacznie mniejszej spoistości, zwykle jednak są one większe, pojedyncze lub liczniejsze, rosną powoli, powodując zcieńczenie pokrywającej je błony śluzowej; po pewnym czasie na powierzchni ich występuje żółta plamka, poczem ulegają one albo zwyrodnieniu tłuszczowemu [z ewentualnym czasami zwapnieniem], albo też ropieniu; w tym ostatnim razie błona śluzowa zostaje przebita i na wierzchołku wzniesienia powstaje owrzodzenie, rozprzestrzeniające się stopniowo wгłąb i wszcz. Przy sprawach rozpadowych w nacieczeniu gumatycznym, owrzodzenia takie zlewają się ze sobą, tworząc owrzodzenia żółte, o brzegach gładkich ostro ściętych i dnie sadłowatym, obwód zaś ich bywa przekrwiony. Z zaburzeń czynnościowych, które wtedy występują, zauważyć należy: chrypkę, trudność połykania i oddychania. To ostatnie zaburzenie bywa zwykle skutkiem zablizniania się owrzodzeń, miewa jednak czasami miejsce i przy *laryngitis submucosa* [przy zakażeniu mieszanem].

Owrzodzenia krtani mogą powodować *perichondritis*, *ankylosis* chrząstek nalewkowych, zapalenie przerostowe strun głosowych (*chorditis vocalis hypertrophica inferior*). Ten okres zablizniania owrzodzenia pod wpływem leczenia swoistego często wymaga pomocy chirurgicznej w postaci tracheotomii, rozszerzania krtani zapomocą wprowadzania dilatatorów.

Przy rozpoznawaniu owrzodzeń pamiętać należy, że możemy mieć, prócz syfilisu, z dwiema sprawami do czynienia: z gruzlicą i z rakiem. Owrzodzenie gruzlicze ma brzegi wyżarte blade z obwodem nieco nacieczonych, często podminowane. Dalej badanie drobnowidzowe może sprawę rozstrzygnąć, a wreszcie możemy uciec się do pomocy tuberkuliny: jeżeli po zastrzyknięciu odpowiedniej ilości tego środka nie otrzymamy żadnego odczynu, możemy sądzić z wielkiem prawdopodobieństwem, że mamy do czynienia z owrzodzeniem niegruzliczem.

O wiele trudniej jest odróżnić syfilis od raka, tak że często radzą celem rozstrzygnięcia wątpliwości stosować zasadę „*ex juvantibus et nocentibus*” w postaci leczenia przeciwsyfilitycznego. Badanie drobnowidzowe wyciętego ka-

walka tkanki nie zawsze do celu prowadzi, bo wszakże nie cały nowotwór musi mieć budowę swoistą, często rak otoczony jest lub pokryty wałem brodawkowatym. Klinicznie rak ma pewne właściwości: zaczyna się zwykle na tylnym końcu więzów głosowych, na jednym miejscu, podczas gdy gumaty zaczynają się najczęściej na kilku miejscach; rak wcześniej czyni okolice zajęte nieruchomymi, o wiele wcześniej, niż możnaby przypuścić, sądząc z rozmiarów guza; rak rośnie ciągle, tak że nie widzimy tu takich okresów ciszy, jakie bywają przy gumatach; wreszcie, rak opiera się leczniczemu działaniu miejscowemu i ogólnemu.

*

*

*

Cierpienia syfilityczne wątroby zwykle występują w najwcześniejszym dzieciństwie, jako częsty objaw syfilisu, odziedziczonego po ojcu. O wiele rzadziej dotknięte bywają płuca, grasica, kości.

U dorosłych wczesne postaci syfilitycznych cierpień wątroby, odpowiadające okresowi łepieżowemu, występują rzadko, jako *icterus syphiliticorum praecox*, co jest powodowane prawdopodobnie przez obrzmiewanie gruczołów. U dzieci występuje porażenie wątroby już w pierwszych dniach życia i istnieje później do 15 — 20 roku życia [choć bywają spostrzeżenia syfilisu wątroby i w znacznie późniejszym jeszcze wieku], częściej u mężczyzn, niż u kobiet; występuje ono wtedy, jako skutek syfilisu dziedzicznego. W syfilisie nabytym cierpienia wątroby występują bardzo późno [od 5—20 lat po zarażeniu się], tak późno, że chorzy przebytego syfilisu sobie już nie przypominają, lub też oddawna są uspokojeni przez lekarza, że są zupełnie z syfilisu wyleczeni, lub że mieli wrzód miękki.

Cierpienie samo występuje pod wieloma postaciami, jest ono natury gumatycznej i dotyka też okołowątrobowej tkanki łącznej, jako *perihepatitis*. Zgodnie ze zdaniem VIRCHOW'a, który wykazał, że pod wpływem syfilisu na jednym i tym samym narządzie mogą występować sprawy zapalne i nowotworowe, znajdujemy i w wątrobie na otaczającej ją tkance łącznej przeważnie sprawę zapalną, w tkance zaś gruczołu sprawę gumatyczną. Bywają tu *gummata miliaria*, częściej jednak są to szaro-czerwone guzy, otoczone nakształt promieni rozrostami tkanki łącznej. Czasami (zwłaszcza u noworodków) występuje rozlane nacieczenie gumatyczne; widzimy wtedy wątrobę dużą, twardą, żółtą, trzeszczącą pod nożem, na której z trudnością można odnaleźć budowę normalną.

Najczęściej występują gumaty na miejscu przyczepu *lig. suspensorii* wątroby, dalej, wzdłuż rozgałęzień żyły wrotnej („*peripylephlebitis syphilitica*“), wreszcie, na przedniej powierzchni wątroby (jako skutek urazu)?

Z objawów klinicznych musimy zanotować tu powiększenie wątroby, co stanowi (z małymi wyjątkami) prawidło; rzadziej występuje ból, dalej niektórzy chorzy uskarżają się na uczucie ciężkości w okolicy wątroby. Są to choroby z powiększoną wątrobą. Należy zauważyć, że w tych przypadkach zawsze przyjmuje udział i śledziona, która bywa wtedy również powiększona czy to wskutek zastoju w żyłę wrotnej, czy wskutek spraw gumatycznych w samej śledzionie, czy też wreszcie wskutek zwyrodnienia mączkowatego. Powiększenie to śledziona jest ważnym punktem pomocniczym przy odróżnianiu syfilitycznych cierpień wątroby od raka tejże; przemawia ono na korzyść syfilisu. Dalej, spotykamy u chorych puchlinę brzuszną (*ascitis*), spowodowaną przez zastój w żyłę wrotnej; z częstymi nawrotami, wreszcie żółtaczkę, która bywa bardzo rzadko, silna bowiem żółtaczką przemawia raczej za rakiem wątroby.

W pewnej liczbie przypadków syfilisu wątroby występuje i gorączka. Jak wiemy, gorączka, jako odczyn, występuje ze strony rozmaitych narządów niejednakowo łatwo. Wybitny przykład tego widzimy przy pa-

rotitis epidemica. Przy obrzmieniu gruczołu gorączka, o ile występuje, jest bardzo nieznaczna, z chwilą zajęcia jądra, ciepłota zawsze znacznie się podwyższa; ta sama zatem przyczyna cierpienia wywołuje przy zajęciu jądra gorączkę, przy zajęciu gruczołu przysadczynowego gorączki prawie nie bywa. Otóż cierpienia wątroby łatwo powodują gorączkę. Najczęściej przy syfilisie wątroby bywa gorączka hektyczna, ustępująca pod wpływem leczenia swoistego.

Wogóle przy syfilisie wątroby chorzy rzadko bywają bardzo anemiczni. Zdarza się to przy zwyrodnieniu mączkowatym, krwawieniach i t. p. Często nawet chorzy długo dobrze znoszą to cierpienie. Klinicznie syfilis wątroby, występujący pod wieloma postaciami, najczęściej przedstawia dwa typy: podobny do raka, t. j. więcej guzowaty i przypominający marskość wątroby. Dalej, możemy wyodrębnić postać, przy której wątroba jest znacznie powiększona; cierpienie występuje późno po zarażeniu się, postępuje bardzo wolno, bez bólów, z lekką żółtaczką lub zupełnie bez niej, bez objawów zastojów w żyłach wrotnej, bez silnego charłactwa, z powiększoną śledzioną. Czasami w przebiegu tej postaci występuje gorączka hektyczna.

Należy tu wspomnieć i o postaci zanikowo-przerostowej, przy której wątroba nabiera najrozmaitszych kształtów wskutek obecności gumatów i wskutek rozwoju ognisk tkanki łącznej. Z jednej strony mamy tu zanik tkanki wątroby, przez te dwa czynniki spowodowany, z drugiej zaś—części pozostałe rozrastają się, tak że narząd na objętości nie traci.

Rokowanie jest ciężkie. Z 23 przypadków, spostrzeganych przez autora, nastąpiło polepszenie w 11, wyleczenie w 3, śmierć w 9 przypadkach. CHWOSTEK na 2 przypadki wyleczenia i 1 poprawy miał 16 śmierci.

(*Berliner klin. Woch.* 1900).

Wact. Sterling.

Wiadomości bieżące.

— Rodak nasz kol. ALEKSANDER SIMON otworzył w połowie b. m. w Wiesbaden zakład wodo-i światłolecniczy.

— Rząd austriacki postanowił wybudować w Wiedniu trzecią klinikę chirurgiczną, której kierownictwo ma objąć prof. HOCHENEGG.

— W № 19 „Przeglądu Lekarskiego“ czytamy: „Wiedeński szpital powszechny zostanie zniesiony; grunt, na którym stoi, zostanie rozparcelowany a zakłady w nim znajdujące się, jak: kliniki, pracownie naukowe, będą rozmieszczone w różnych punktach Wiednia, bądź w budynkach nowych, bądź też na ten cel przerobionych.

— DÉJÉRINE, jeden z najznakomitszych neuropatologów francuzkich, został mianowany w Paryżu profesorem historii medycyny i chirurgii. Jest to najczęściej tylko posada przejściowa, do objęcia innej katedry.

— Lekarze szpitali paryzkich otrzymali w tym czasie cyrkularz, w którym władza — z uwagi na ogromne wydatki apteki centralnej szpitali—prosi lekarzy o zapisywanie środków mniej kosztownych, o ile to jest możliwe. W cyrkularzu zaznaczono między innymi, że w ciągu 12 lat ostatnich użycie kodeiny w szpitalach paryzkich z 2 wzrosło do 45 kilogramów, a cena z 400 franków podskoczyła do 700 za kilogram; za samą więc kodeinę „Assistance publique“ płaci około 30000 franków. Za rum do ulubionego przez francuskich lekarzy „potion de Todd“, administracja szpitali paryzkich płaci 135000 franków; za alkohol kamforowy 50000 franków, za alkohol do różnych nalewek i t. d. 250000 franków. Kilogram piżma kosztuje 4500 fr., pilokarpiny—3000 fr., digitaliny krystalicznej 30000 fr., homatropiny 20000 fr., ergotyny 35000 fr. Ta ostatnia jest najdroższa, bo droższa od soli złota i platyny, których kilogram kosztuje 5000 franków.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава, 4 Мая 1901. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

Sanatorium D-ra RÖMPLERA

6-5

dla chorych piersiowych

Görbersdorf na Szląsku

Kuracja letnia i zimowa.

INSTYTUT

4-3

Lekarsko-Dyagnostyczny

w Berlinie.

Institut für medicinische Diagnostik, Schiffbauerdamm 6/7
(niedaleko od dworca Friedrichstrasse).

Badanie moczu, płwociny, krwi, soku żołądkowego, kału, nowotworów, tkanek i t. d.

Kursy praktyczne: z bakterjologii lekarskiej, chemii i mikroskopii.

Oddzielne miejsca dla prac samodzielnych.

Kierownicy: prof. **W. Kolle** (bakterjologia), **D. Hansemann** (histologia patologiczna), **G. Zülzer** (urologia, badanie wydzielin przewodu pokarmowego), **W. Kaul** (badania fizyczne i gabinet Roentgena) i doc. pryw. **Ferd. Blumenthal** (chemia fizyologiczna).

Z instytutem połączone są polikliniki z kursami profesorów **A. Eulenburg'a** (choroby nerwowe), **K. Pozner'a** (choroby dróg moczowych), **G. Klemperer'a** (choroby wewnętrzne) i doc. pryw. **F. Klemperer'a** (choroby uszów, nosa i gardła).

Założyciel instytutu

Dr. med. **M. Klopstock.**

WIESBADEN

Zakład zdrojowy

NEROTHAL

D-r Schubert

0-10

D-r Pruss-Mierzwiński.

Ciechocinek - D-r K. Ciagliński

0-2

dom Wodzyńskiego, obok łazienki Nr. 1.

5 godz. od Warszawy,
godzina od Lublina,
5 wiorst od stacji kolei
Nadwiślańskiej.

NAŁĘCZÓW

Pocza i telegraf
na miejscu. Powozy na
zamówienie.
W lecie omnibus.

*Zdrowisko szczawy żelazistej do picia i do kąpiel. Kąpiele błotne.
Hydroterapia.*

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dyetetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi, wygodnie urządzonych na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczyń chorych. W lecie konsultanci i asystenci.

0—18 Dyrektor D-r **A. PUŁAWSKI**, b. ordynator Szpit. D. Jezus.

SZCZAWNICA

7—2

Zakład zdrojowo - kąpielowy

Pierwszorzędna stacja klimatyczna

Sezon od 20-go maja do 30-go września.

Urządzenia postępowe. Dezynfekcja mieszkań troskliwa. Wody ze znanych ze skuteczności źródeł Józefiny i Magdaleny we wszystkich znacniejszych handlach i aptekach. Zamówienia na mieszkania przyjmuje Dyrekcja Zakładu górnego.

F. Wiśniewski.

Wyroby z soli naturalnych—ekstrakt wody.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki ułatwiające trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Do przyrządzenia samemu sobie woda alkaliczna gazowa.

21—4

Dr. **OSKAR KAUFMANN**

10—8

ordynuje jak dawniej

w Karlsbadzie

w domu „Pascha“ Sprudelstrasse.