

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. H. GOLDBERG. Współczesny stan nauki o znieczuleniu lędźwiowym z podaniem stu własnych przypadków. Str. 123. II. MAURYCY BORNSTEIN. O t. zw. porażeniu okresowem. Str. 130. (Dok.) III. LEON WERNIC. Technika metody WASSERMAN'a w syfilisie i próba precypitacyjna ze zniszczeniem aleksyn i glikocholanem sodu. Str. 135. (Dok.) *Dział sprawozdawczy.* 20 W. STOECKEL. O znieczuleniu krzyżowem (sacrale). Str. 142. 21. MOROZOW ANNA. Usypianie przez odbytnicę. Str. 143. 22. de RENZI. Leczenie wągra i bąblowca wyciążaniem paproci. Str. 144. *Wiadomości terapeutyczne.* 2. Aceton (Acetinum s. Spiritus pyroaceticus, s. Alcohol aceti). Str. 145. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

## I. Współczesny stan nauki o znieczuleniu lędźwiowym z podaniem stu własnych przypadków.

Podał

Dr H. Goldberg,

as. chir. szpitala Św. Aleksandra w Łodzi.

W polskiej literaturze lekarskiej o znieczuleniu lędźwiowym, które już dawno zdobyło sobie prawo obywatelstwa, mało dotąd pisano, i jak widać—rzadko się je stosuje.

A właśnie u nas, przy naszym ubóstwie szpitali i odpowiedniej pomocy lekarskiej, przy rozległym promieniu, w jakim praktykować muszą koledzy na prowincyi, przy coraz większem zaufaniu masy włościańskiej do racjonalnej medycyny—znieczulenie lędźwiowe znaleźć powinno zwolenników.

Chociaż już dziesięć lat upłynęło od pierwszych prób A. BIER'a zastosowania znieczulenia lędźwiowego, do dziś dnia zabieg ten nie jest jeszcze ostatecznie opracowany. Główna trudność polega na znalezieniu możliwie najmniej trującego środka, gdyż o bezwzględnie bezpiecznym chyba marzyć trudno.

Pierwsze próby w Niemczech i Francyi były dokonane z kokainą; już jednak po dwu latach [1891 r.] widzimy dążność do usunięcia ujemnych stron kokainy bądźto przed zastąpienie jej innymi środkami, lub też przez stosowanie różnych zabiegów, mających na celu niedopuszczenie kokainy do wyż-

szych ośrodków mózgowych, gdyż wszelkie zaburzenia groźne objaśniano bezpośrednim działaniem kokainy na te ośrodki.

Pogląd ten utrzymał się po dziś dzień, choć rozlegają się oddzielne głosy, które mu przeczą. Już BRAUN [1] w roku 1902 wypowiedział danie, że zaburzenia następcze przy znieczuleniu lędźwiowym zależne są od samego nakłucia opon, nie zaś od środka trującego, lecz dopiero H. WOLFF [2] w zeszłym roku opisał przypadek porażenia nerwu obwodowego po nakłuciu bez zastosowania jakiegokolwiek środka, i w ten sposób dowiódł, że myśl BRAUNA nie jest bynajmniej niemożliwą do przyjęcia. Mimo to, dzisiaj przeważa zdanie, że ciężkie zaburzenia na stole operacyjnym są objawem zatrucia, a najbardziej na korzyść tego przemawia fakt, że najcięższe i najczęstsze zapadłości spostrzegane były przy położeniu TRENDELENBURGA.

W roku 1901 SCHWARTZ wprowadził tropakokainę, A. BIER zaś w tym czasie zaleca stosowanie opasek elastycznych na szyję, aby, zwiększwszy ciśnienie w jamie czaszkowej, mechanicznie utrudnić dostanie się do niej płynu mózgowordzeniowego, zawierającego środek trujący.

W 1904 r. wynaleziona została stowaina przez francuskiego chemika FOURNEAU, a jednocześnie BRAUN, A. BIER i DOENITZ stosować zaczynają domieszkę preparatów nadnercza, aby utrudnić wessanie się kokainy. W rok później KLAPP zaleca zamiast środków zwężających naczynia, stosować rozczyzny oleiste, glicerynowe, a lepiej jeszcze żelatynowe lub gumowate, które trudniej ulegają wessaniu.

A. BIER, stosując opaski elastyczne na szyję, był przekonany, że środek znieczulający mechanicznie, drogą dyfuzji unosi się w górę i bezpośrednio styka się z ośrodkami naczynioruchowymi. W kilka lat później, gdy zaczęto stosować domieszki, utrudniające wessanie przez spłoty żyłne, zapanował już pogląd inny, mianowicie, iż środek znieczulający, przedostawszy się do ogólnego krwioobiegu, wywołuje swoisty wpływ trujący na ośrodki wyższe.

Otóż pytanie to, jaką drogą działają środki wprowadzone do kanału rdzeniowego na ośrodki, znajdujące się w rdzeniu przedłużonym—dzisiaj nie jest ostatecznie rozstrzygnięte.

Co się tyczy działania środka znieczulającego w miejscu zastrzyknięcia, to zgodnie z badaniami H. von LIER'a [10] stowaina np. działa miejscowo przez płyn mózgowordzeniowy, stykając się z komórkami rdzenia i nerwami; zmiany te, histologicznie widoczne, znikają w ciągu 6—24-ch godzin bez śladu. Dotychczas brak badań nad działaniem innych środków, prawdopodobnie jednak niewiele się różnią od stowainy.

Przypuszczać należy, że podobne zmiany zachodzą w budowie mózgowia, gdy nastąpi zetknięcie się jego składowych części z rozczyntem środka trującego.

Na pytanie, jaką drogą dostaje się środek znieczulający do ośrodków wyższych, odpowiedź dają badania doświadczalne HEINEKE'go i LAEWEN'a. Autorzy ci wstrzykiwali zwierzętom do doświadczeń użytym 0.03 nowokainy na kilogram wagi ciała w jednej seryi doświadczeń do worka oponowego, w drugiej zaś wprost do żyły, i badali szybkość występowania zaburzeń oddechu

i krążenia. Otóż pokazało się, że środek znieczulający działa daleko szybciej i silniej w pierwszym, niż w drugim razie. Łatwo pojąć, że taż nowokaina, wessana przez sploty żyłne, działa jeszcze wolniej.

Dalsze doświadczenia polegały na tem, że autorzy podwiązywali worek oponowy wraz z rdzeniem na poziomie kręgów piersiowych, i wstrzykiwali rozczyń nowokainy powyżej i poniżej podwiązki. W ten sposób, nie usuwając wessania przez krwiobieg, wyłączali jednak całkowicie dyfuzję cieczy. Spostrzeżenia rozpoczynano dopiero wtedy, gdy ustępowały objawy wstrząsu pooperacyjnego. I tutaj wyniki przemawiają na korzyść znaczenia dyfuzji: przy wstrzyknięciu poniżej podwiązki żadnych zaburzeń naczynioruchowych nie było, wprowadzenie zaś nowokainy powyżej podwiązki, wywoływało natychmiastowy silny spadek ciśnienia w tętnicach. Ostatecznie wzmiankowani autorzy przychodzą do wniosku, że zaburzenia naczynioruchowe [zapaści i śmierć] przy znieczuleniu lędźwiowem zależą przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, od dyfuzji mechanicznej środka, użytego do znieczulenia.

Teraz rodzi się nowe pytanie: jeżeli środki znieczulające działają miejscowo, jeżeli działanie szerzy się w górę drogą dyfuzji płynów, dlaczego przy jednakowej dawce użytego środka objawy ze strony rdzenia przedłużonego występują niezawsze i w rozmaitem natężeniu? Bezwarunkowo można i tutaj, jak przy uspianiu ogólnem, przypuszczać idyosynkrazję chorego. W danej jednak sprawie prace BARKERA [3] [1907 r.] rzucają zupełnie nowe światło na to pytanie. Autor ten twierdzi, że szerzenie się znieczulenia w górę zależy wyłącznie od różnicy w ciężarze gatunkowym płynu mózgowordzeniowego i wstrzykniętego rozczyńu, od temperatury rozczyńu i położenia chorego. BARKEROWI np. udawało się otrzymać izolowane znieczulenie klatki piersiowej lub jamy brzusznej dzięki odpowiedniemu ułożeniu ciała chorego.

O ile ostatnie dwa czynniki są od nas zależne i mogą być regulowane, o tyle pierwszy może być tą niewidoczną dla nas, tem niemniej jednak bezpośrednią przyczyną objawów toksycznych. Badania nad kwestyą, jaką rolę odgrywa przy powstawaniu objawów otrucia stosunek ciężaru gatunkowego płynu mózgowordzeniowego i wstrzykniętego rozczyńu—przyczyniłyby się może do wyjaśnienia istoty zaburzeń podczas operacyi.

Powracając do stosowania środków,, zwiężających naczynia, dodać musimy, że w pierwszych stu tego rodzaju przypadkach A. BIER'a zaburzenia, nieraz poważne, podczas operacyi wystąpiły niemal w 50%, a w końcu 1906, sam twórca metody powrócił do tropakokainy bez domieszek. Do podobnych wyników doszedł w ostatnich czasach i MICHELSON [4].

W 1906 r. spotykamy w literaturze nowokainę i alipinę, w 1907 r. zaś w szranki stają tylko trzy środki: nowokaina, stowaina i tropakokaina. Większość sprawozdań klinicznych przemawia za tropakokainą, jako nie mniej pewną, a rzadziej wywołującą zaburzenia podczas operacyi, i wszelkiego rodzaju porażenia pooperacyjne. Najczęstszem siedliskiem porażenia jest nerw odwodowy, strzałkowy i twarzowy. Podobne porażenia były opisywane przy stosowaniu wszystkich trzech środków, zdaje się jednak na zasadzie danych z piśmiennictwa, że przy tropakokainie prędzej ulega porażeniu ośrodek na-

czynioruchowy, aniżeli oddzielne pnie nerwowe, jak o tem świadczą przypadki HESSE'go [6], KOPFSTEIN'a [5] i mój własny, o którym poniżej będzie mowa.

Technika zabiegu w ścisłym znaczeniu tego wyrazu dzisiaj jest dostatecznie jasna. Położenie siedzące z łokciami opartymi na kolanach jest ogólnie przyjęte, położenie zaś leżące ze zgiętym kadłubem stosuje się tylko wyjątkowo. Większość autorów nie stosuje żadnego znieczulenia miejscowego przy wkłuciu igły. HACKENBRUCH [7] radzi obnażyć wyrostki cierniste u osób otyłych, gdy po kilkakrotnem wkłuciu nie uda się wprowadzić igły do kanału, co zdarza się nawet doświadczonym chirurgom. Drugi motyw, jaki podaje HACKENBRUCH, mianowicie uniknięcie zakażenia worka, gdy wkłuwać będziemy igłę nie przez skórę, lecz po jej przecięciu, nie zasługuje chyba na uwagę.

U autorów, którzy zajmują się dokładnym opisem techniki zabiegu, spotykamy wzmiankę, iż należy wskazać rękę lewą opręć na odpowiednim wyrostku ciernistym, wkłucie zaś wykonać zaraz poniżej. Otóż, mojem zdaniem, lepiej dwoma palcami ucisnąć skórę po obu stronach wyrostka ciernistego, gdyż tym sposobem najlepiej unieruchomimy skórę i ułatwimy sobie wprowadzenie igły w kierunku pośrodkowym. Łatwo pojąć, jak ważny jest prawidłowy kierunek igły, gdy sobie uprzytomnimy, że rozczyn znieczulający działa miejscowo, i że opisywano przypadki znieczulenia jednej tylko kończyny [podobny przypadek i ja również obserwowałem].

Gdy dawki środków lekarskich są dziś mniej więcej ustalone, inne pytanie zajmuje praktyków, mianowicie, po pierwsze—jakim ma być rozczyn środka znieczulającego, powtóre — czy i ile płynu mózgowordzeniowego należy wypuścić przy nakłuciu?

Gdy idzie nam tylko o nieczulenie bez względu na towarzyszące mu powikłania, małe ilości stężonego środka działać będą pewniej i bezpieczniej na dalszy odcinek rdzenia, przy wielkich zaś ilościach słabego rozczynu ciężar gatunkowy tegoż będzie niższy, a stąd spodziewać się należy, w myśl badań BARKERA, wysokiego znieczulenia. Lecz i pomimo dyfuzji, wtaczając duże ilości rozczynu do worka oponowego, mechanicznie doprowadzamy go do wyższych odcinków rdzenia, co w gruncie rzeczy wywołać musi ten sam skutek, jaki wynika z ułożenia chorego z podniesioną miednicą. Słowem, dla osiągnięcia wysokiego znieczulenia duże ilości słabego rozczynu powinny działać pewniej. Nie zapominajmy jednak, że jednocześnie z szybkim uniesieniem się w górę rozczynu musimy wywołać wpływ jego trujący na ośrodki, położone w rdzeniu przedłużonym, z tego więc względu rozczynu słabe powinny być przeciwwskazane.

Co się tyczy zaburzeń pooperacyjnych, to tutaj wprowadzenie wielkich ilości cieczy do worka oponowego przyczynić się może do wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Z wyżej wyłuszczonej względów mało jest dziś zwolenników stosowania słabych rozczynów środków znieczulających.

Zaburzenia pooperacyjne [mówię tu o zwykłych bólach głowy, nudnościach, wymiotach i t. d., to jest o *meningismus* autorów francuskich] mają cha-

rakter wzmożonego ciśnienia w jamie czaszkowej <sup>1)</sup>, i znikają niemal natychmiast, jak o tem przekonałem się sam, po wypuszczeniu pewnej ilości płynu mózgowordzeniowego.

I tutaj prace BARKERA rzucają nowe światło, gdyż procent stężenia roztworu musi wpływać na szerzenie się znieczulenia. Te oto zaburzenia należy ściśle różniczkować od ciężkich zapaści, porażeń i zmian naczynioruchowych, które są wynikiem swoistego wpływu trującego środka, użytego do znieczulenia.

Mysł wypuszczania płynu mózgowordzeniowego przy objawach *meningismus* podał CHAPUT [8]. KRONER [9] radzi zapobiegawczo wypuszczać 5—10-u gramów płynu. Zdawałoby się najbardziej słusznem wypuszczać tyle cieczy, ile zastrzykujemy roztworu [pamiętać należy, że po wyciągnięciu igły zawartość w niej płynu wynosi koło 0,3 grama], ale ilość ta nie jest widocznie wystarczającą, gdyż przy zabiegu zawsze wpływa kilka do kilkunastu kropel cieczy [t. j. blisko 1,0], a jednak zaburzenia pooperacyjne wynoszą u wszystkich autorów 20%—40%; wniosek stąd łatwy, że samo objaśnienie fizykalne zjawiska nie wystarczy, że musimy widocznie mieć tutaj do czynienia z miejscowym stanem zapalnym, wywołującym zwiększony prześięk.

Że takie zmiany zapalne w oponach wydają się prawdopodobniejszemi—choć dotąd, o ile mi wiadomo, ścisłych badań w tym kierunku nie było,—dowodzą spostrzeżenia H. van LIEB'a nad wpływem stowainy na substancję mózgową.

W ten sposób najbardziej słuszną wydaje się rada KRONER'a, ale ponieważ usposobienie osobnicze gra tu wielką rolę, należałoby się ograniczyć z wypuszczeniem płynu mózgowordzeniowego do wyjątkowych przypadków. Gdzie mamy do czynienia z wpływem toksycznym użytego środka, wypuszczenie płynu nie na wiele zda się.

W jednym przypadku uporczywych bólów głowy, gdzie zastosowałem wtórne nakłucie i wypuszczenie 5,0 płynu mózgowordzeniowego, znalazłem w badanym płynie objawy wylewu krwawego do worka w postaci sporej liczby [do 15 u w polu widzenia] zmarszczonych ciałek czerwonych, ani jednego zaś białego. Czyby więc winę zwalić należało nie na stan zapalny, a na wylew krwawy?

Przeciwwskazania do znieczulenia lędźwiowego są znane: wiek do lat 14 u, chorzy niespokojni i histerycy, ropnice i posocznice ze względu na następcze częste ropne zapalenie opon, nakoniec zabiegi w jamie brzusznej, gdyż dokładne znieczulenie otrzewnej i zniesienie napięcia ścian brzusznych niezawsze się udaje.

Co się tyczy wieku, to ogólnie zauważono, że starcy znoszą to znieczulenie wyjątkowo dobrze; ale i w wieku dziecięcym [8 do 14-u lat] widzimy

<sup>1)</sup> Jedynie u BOSEMANN'a spotkałem się ze zdaniem, że bole głowy po znieczuleniu zależą od zmniejszonego ciśnienia; przeciw nim B. radzi wstrzykiwanie podskórne soli, nie zaś wypuszczenie płynu mózgowordzeniowego.

również zwolenników znieczulenia lędźwiowego [E. DEETZ, CAPLESCU-POENARU, DEFRANCESCHI, GAUDIER i inni]. U chorych niespokojnych ras, histeryków i przy laparotomiach zalecają w ostatnich czasach znieczulenie mieszane, t. j. skopolaminę lub hyoscinę z morfiną + znieczulenie lędźwiowe [E. HOLZBACH [11], KIDA [12], CHAPUT [13], PENKERT [14], THORBEKE [15].

Pozostaje jeszcze wspomnieć o wpływie środków znieczulających na nerki. Dotychczas istnieją tylko badania nad stowainą.

SCHWARTZ [16], badając mocz osobników zdrowych w 60-u przypadkach stowainizacji [stowaina, RIEDEL], znalazł normalny skład moczu w 22%, w 47% słabe, w 31% ciężkie objawy zapalne, które jednak znikwały bez śladu w ciągu od 6-u godzin do 4-ch tygodni. OELSNER [17], który robił doświadczenia z tymże przetworem również w 60-u przypadkach, doszedł do podobnych wniosków, gdyż w 78% znalazł białko i wałeczki. Średni czas trwania tych objawów wynosił 6 dni; zawsze następowało zupełne wyzdrowienie.

BOSEMANN [18] i H. CSERMÁK badali wpływ na nerki francuskiej stowainy [BILLON], i obaj doszli do wręcz odmiennych wyników, mianowicie u CSERMÁKA mocz w 65% miał skład prawidłowy, przyczem w reszcie przypadków zawartość białka nie przenosiła nigdy 1‰, u BOSEMANN'a zaś w 80% nie było żadnych zmian, w 3-ch zaś wyraźne zmiany zapalne, w dwu lekkie białkomocz, w 7-u białko i czerwone ciała krwi w skąpej ilości.

Dane te przemawiają bezwarunkowo na korzyść preparatu francuskiego stowainy.

Przechodzę do opisu własnych spostrzeżeń.

Zacznę od środka znieczulającego. We wszystkich przypadkach stosowałem tropakokainę bez domieszek, nieogrzaną, w postaci gotowego roztworu w sterylizowanych rurkach szklanych; roztwór był prawie wyłącznie 6%-owy, w niektórych tylko przypadkach 3%-owy; ilość środka wynosiła 0,05—0,06.

Dla porównania w 15-u przypadkach stosowałem preparat MERCK'a, w reszcie zaś GESSNERA [Warszawa]. O względnej wartości tych preparatów później pomówię obszerniej, teraz chcę tylko wspomnieć, że roztwór tropakokainy GESSNERA jest przygotowany na pasteryzowanej wodzie, MERCK'a zaś na płynie fizyologicznym. GESSNER sterylizuje rurki bez płynu, a potem razem z płynem ogrzewa je z przerwami w ciągu 5-u dni do 80° C. Jak postępuje MERCK—nie wiem. Dane te otrzymałem od p. GESSNERA.

Materyał swój zebrałem w ciągu półtora roku [13. IV. 1907 — 20. X. 1908]; składa się on wyłącznie z chorych operowanych, spostrzeganych w szpitalu. Z pośród nich było 32 kobiet i 68-u mężczyzn.

Co się tyczy wieku, widzimy wahania od lat 15-u do 73-ch; przy dokładniejszym podziale przypada na wiek:

od 15-u	do 20-u	. . . . .	11-u	chorych
" 20	" 30	. . . . .	29	"

" 30	" 40	. . . . .	24	chorych
" 40	" 50	. . . . .	15	"
" 50	" 60	. . . . .	6	"
" 60	" 70	. . . . .	9	"
ponad 70		. . . . .	2	"
nie zanotowano wieku		. . . . .	4	"

Razem 100 chorych.

Zabiegi operacyjne dokonywane były przeważnie na dolnej połowie ciała, nie powyżej pępka, w jednym tylko przypadku dokonano wycięcia żebra. Podług części ciała, poczynając od stóp w górę, dokonano razem pod znieczuleniem łądźwiowem 81 operacji [w 19-u wypadło uciec się do uspienia ogólnego]:

na stopach . . . . .	5
na goleniach . . . . .	13
na biodrach i miednicy . . . . .	41
na powłokach i w jamie brzusznej . . . . .	19
na klatce piersiowej . . . . .	1

Wyszczególniając rodzaj zabiegu, widzimy, że było:

<i>Sutura ossis femoris</i> . . . . .	1
<i>Amputatio femoris</i> . . . . .	6
<i>Transplantatio Thiersch</i> . . . . .	6
<i>Phlegmone cruris</i> . . . . .	1
<i>Carcinoma et elephantiasis labii majoris</i> . . . . .	2
<i>Hernia cruralis</i> . . . . .	4
<i>Ligatura venae saphenae</i> . . . . .	2
<i>Ruptura perinei</i> . . . . .	1
<i>Hernia inguinalis</i> . . . . .	7
<i>Abrasio uteri</i> . . . . .	2
<i>Bubo (excohleatio)</i> . . . . .	2
<i>Periproctitis</i> . . . . .	8

<i>Resectio genu</i> . . . . .	5
<i>Prolapsus recti</i> . . . . .	1
<i>Carcinoma penis</i> . . . . .	1
<i>Caries et suturae fibulae</i> . . . . .	3
<i>Prolapsus vaginae</i> . . . . .	1
<i>Varices haemorrhoidales</i> . . . . .	3
<i>Fistulae vesico-cervicales</i> . . . . .	2
<i>Vulnera et tbc. pedis</i> . . . . .	5
<i>Fractura cruris</i> . . . . .	2
<i>Osteomyelitis femoris</i> . . . . .	2
<i>Luxatio femoris inveterata</i> . . . . .	1
<i>Sutura patellae</i> . . . . .	1
<i>Caries ossis ilei</i> . . . . .	2
<i>Ruptura urethrae</i> . . . . .	1
<i>Resectio costae</i> . . . . .	1
<i>Hydrocele testis</i> . . . . .	2
<i>Sarcoma regionis umbilici</i> . . . . .	1
<i>Phlegmone genu</i> . . . . .	1
<i>Circumcisio</i> . . . . .	1
<i>Bartholinitis (excisio)</i> . . . . .	1
W dwu nie notowano [Nr. 82 i 85]	

Razem 81

[D. n.]

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM  
[DR MED. E. FLATAU].

## O t. zw. PORAŻENIU OKRESOWEM (próba teoryi).

Napisał

**Dr Maurycy Bornstein,**

b. asystent oddziału, ordynator oddziału psychiatrycznego tegoż szpitala.

(Dokończenie — Patrz Nr. 5).

W roku następnym [1898] ogłosił HIGIER drugą pracę z tej samej dziedziny [Gazeta Lekarska. D. Z. f. Nervenheil, 1898, t. XIV]. Przypadek dotyczy również 8-letniego dziecka, które w 3-im roku życia przechodziło jakąś chorobę gorączkową, uznaną za zapalenie mózgu, z drgawkami, z następczą monoplegią lewostronną, nasamprzód zupełną, później częściową. 1½ roku przed zasięgnięciem porady u kol. HIGIERA poczęły występować u zdrowej skądinąd dziewczynki zawroty głowy z przemijającą utratą świadomości. Chora dostawała jakby omdlenia, bladła, przez chwilę niekiedy mrugała oczami lub zapadała w stan zamroczenia, przyczem zdejmowała napozór świadomie trzewiki lub oddawała moc, nie pamiętając później o niczem.

Mniej więcej w rok później zaczęło występować u chorej napadowo zupełne porażenie niedowładnego ramienia lub też obu lewych kończyn. Zdolność ruchowa znikła nagle bez wszelkich zwiastunów, czasami towarzyszyło porażeniu niemiłe mrowienie, trwające od kilku sekund do minuty lub też uczucie gorąca w trzech ostatnich palcach dotkniętej kończyny; drgawek, ani utraty przytomności nie było. Napad—jak o tem przekonał się dwukrotnie sam autor,—trwał od 10-u—25-u sekund; napady powtarzały się 4 do 5 u razy dziennie najczęściej w godzinach wieczornych: podczas napadu chora nie mogła wykonać porażonemi kończynami żadnego ruchu. Osobliwem było zachowanie się kończyny górnej, znajdującej się zwykle w stanie niedowładności z wzmocnionem napięciem w zginaczach: otóż podczas napadu znikło prawie zupełnie to napięcie zginaczy, zgięcie przedramienia i członków palcowych, jak również i nawrotne położenie dłoni stawały się ledwie dostrzegalnemi. HIGIER uważa te napady, jako równoważnik napadu drgawkowego i zalicza ten przypadek, jak i poprzedni, do kategorii t. zw. padaczki porażennej (*epilepsia paralytica*)<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Andererseits soll eine Abart des epileptischen Anfalls vorkommen, die in einer schnell vorübergehenden Lähmung, in einem plötzlichen Versagen der Beine (Einknicken in den Knien),



Co się tyczy objaśnienia tych dziwnych porażań natury epileptycznej, skłania się HIGIER do teorii LOEWENFELD'a i BINSWANGER'a, teorii hamowania, o której wspominaliśmy jak wyżej. Samą istotę sprawy hamującej stara się ująć autor ze stanowiska fizyologicznego i opiera się w tym względzie na pracach SHERRINGTON'a (*Sur une action inhibitrice de l'écorce cérébrale, Revue neurologique 1893*), MISŁAWSKIEGO [Obozrenie Psychiarii 1898] i HERINGA z SHERRINGTON'em (*Pflügers Archiv 1897, t. 68*).

Chodzi mianowicie o to, że autorowie ci stwierdzili, iż przy drażnieniu prądem elektrycznym pewnych okolic kory mózgowej obok skurczu niektórych grup mięśniowych stwierdzić można stale zmniejszenie napięcia mięśni antagonistycznych. SHERRINGTON dowiódł tego dla mięśni ocznych i wypowiada twierdzenie, że drażnienie substancji mózgowej może w pewnych okolicznościach wywołać w układzie mięśniowym oka stan, przypominający najdokładniej porażenie. Dla mięśni kończyn starali się dowieść tego samego w pracy swojej HERING i SHERRINGTON [doświadczenie z drażnieniem określonej okolicy kory mózgowej u słabo odurzonej i poziomo zawieszony małpy, u której obok skurczu danych mięśni zachodziło współcześnie rozluźnienie ich antagonistów].

Przy zmniejszaniu natężenia bodźca drażniącego, jak stwierdzili autorowie wspomniani, „następowało z a w s z e r o z l u ż n i e n i e w z m i a n k o w a n y c h m i ę s n i, przyczem skurcz innych mięśni, zazwyczaj towarzyszący drażnieniu kory, stawał się coraz słabszym i niklejszym, a częstokroć wcale nie występował<sup>4</sup>. Tak, że przy znacznem zmniejszeniu siły bodźca może nadejść chwila, że skurcz podrażnionego układu mięśniowego zaznacza się o wiele mniej wyraźnie, niż osłabienie napięcia, a raczej zwiotczenie grupy antagonistycznej. I oto są, zdaniem HIGIERA, warunki, w których nastąpić może porażenie wiotkie w padaczkę, porażenie, jako równoważnik napadu epileptycznego.

Sądzimy ze swej strony, że ta próba oświetlenia zadziwiającego zjawiska porażań padaczkowych ma niewątpliwie rację bytu, choć pozostawia nas ona w sferze hipotezy, której podniesienie do stanowiska teorii jest tem trudniejsze do przewidzenia, że działanie niewiadomego bodźca, wywołującego drgawki epileptyczne, jest niewątpliwie w znacznym stopniu różne od działania prądu elektrycznego, którym posilkowali się uczeni fizyologowie.

Atoli dla nas, bez względu na powstawanie i genezę owych porażań, jest rzeczą niezmierniej wagi, m ó d z p o d k r ę ś l i ć i s t n i e n i e s a m e g o f a k t u, że jako równoważnik napadu epileptycznego występować mogą porażenia.

Jeżeli zwrócimy się teraz do innych prac ostatniej doby, dotyczących dziedziny epilepsji, to przekonamy się, że objawy podrażnieniowe [drgawki ogólne], są wprawdzie najczęstsze i najkardynalniejsze, nie wykluczają jednak

---

bei erhaltenem Bewusstsein besteht (KRAUSE, BINSWANGER, DIEHL) und wohl nur dann richtig gedeutet werden kann, wenn ausserdem typische Anfälle vorhanden sind. (OPPENHEIM, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1905).

innych, wprost odmiennej natury, t. j. porażeniowych, zazwyczaj dotyczących wprawdzie tylko jednej połowy ciała. Kwestya ta wyłoniła się w nauce od chwili, kiedy P. MARIE w r. 1887, w swej pracy o etyologii epilepsyi starał się dowieść wielorakich analogii tej choroby z t. zw. mózgowym porażeniem dziecięcym, twierdząc, że drgawki epileptyczne w tej ostatniej chorobie i w epilepsyi idyopatycznej niczem się nie różnią od siebie, rozwijają się w jednakowych warunkach, powstają z tych samych przyczyn [choroby zakaźne, syfils] i mają to samo podłoże anatomiczne. Te poglądy MARIE'go znalazły dość żywy oddźwięk w literaturze niemieckiej; w r. 1891 FREUD i RIE w pracy swej p. n. „Studien über die halbseitige cerebrale Kinderlähmung” oddają słusność poglądom francuskiego neurologa, twierdzą, że w niektórych przypadkach rzekomo idyopatycznej epilepsyi okazały się na sekcji zmiany anatomiczne, odpowiadające tym, jakie znajdowano w mózgowym porażeniu dziecięcym, że przeto należy te przypadki uważać nie za co innego, jak tylko za przypadki niezupełnie rozwiniętego porażenia dziecięcego, którym dają specjalną nazwę przypadków mózgowego porażenia bez porażenia,

Później SACHS<sup>1)</sup> w swym podręczniku nerwowych chorób dziecięcych, mówiąc o mózgowym porażeniu dziecięcym, twierdzi, że przypadki t. zw. dziedzicznej idyopatycznej epilepsyi są wogóle rzadkie, najczęściej zaś wskutek traumatycznych lub innych przyczyn następuje choroba mózgową, która może z razu wywołać objawy porażenia, te zaś później znikają, a pozostaje epilepsya. OPPENHEIM w ostatniem wydaniu swego podręcznika i BINSWANGER w swej książce o epilepsyi wyrażają się znacznie oględniej w tej kwestyi, choć pierwszy z nich uznaje częstość epilepsyi w porażeniu mózgowym, oraz istnienie poronnych postaci tej ostatniej choroby, w których ostatecznie pozostaje tylko epilepsya.

Mówiliśmy amyslnie o kwestyi stosunku mózgowego porażenia dziecięcego do epilepsyi, gdyż wiąże się ona z kwestyą powstawania porażen wogóle w epilepsyi idyopatycznej, kwestyą, która nas w tej chwili najbardziej obchodzi. Otóż pod tym względem istnieją luźne wzmianki we wspomnianej książce BINSWANGER'a [słabsza inervacja jednego n. twarzowego albo podjęzykowego, czasami ze wzmożeniem tego lub innego odruchu ścięgowego], w pracach WEBERA, GOWERSA, KÖNIG'a, SARBO. Badań metodycznych w tej kwestyi dokonał REDLICH na większym [150 przypadków] materiale z kliniki wiedeńskiej WAGNERA i rezultaty tych badań podał we wspomnianej powyżej pracy. Okazało się, że około 40% przypadków zaliczyć wypada do pozytywnych, t. j. w takiej liczbie przypadków niewątpliwej idyopatycznej epilepsyi u osobników młodych, gdzie napady drgawek istniały od dzieciństwa lub od okresu dojrzałości płciowej, stwierdził objawy jednostronne, najczęściej dotyczące kończyn i tułowia: były to lekkie parezy, najczęściej zaś tylko wyraźna różnica w odruchach między jedną a drugą stroną, przyczem po stronie podej-

<sup>1)</sup> Cyt. u E. REDLICH'a. Ueber die Halbseitenerscheinungen bei der genuinen Epilepsie. Arch. f. Psych. Cz. 41. 1906.

rzanej odruchy ścięgnowe były wzmoczone, zaś skórne osłabione, tak że otrzymano się wrażenie identyczne z tem, jakie spotyka się najczęściej w organicznem cierpieniu mózgowia. REDLICH twierdzi, że zmiany te były niewątpliwe, wielokrotnie sprawdzane, a że często były nieznaczne, nie dowodzi to, według niego, że należy je lekceważyć, jako że porównywał owe zmiany z przypadkami niewątpliwych cierpień organicznych i często różnice w odruchach nie były większe, niż w jego przypadkach epilepsyi.

W dalszym ciągu REDLICH stara się odeprzeć narzucający się sam przez się zarzut, że objawy przez niego obserwowane nie są niczem innym, jak znanem zjawiskiem wyczerpania mięśni po napadzie, t. zw. *Erschöpfungslähmungen*, zjawiskiem, spowodowanym samym napadem epileptycznym. REDLICH przyznaje, że istotnie owe objawy hemiparetyczne często widywał bezpośrednio po napadach, że później po pewnym czasie objawy te zacieraly się, że przeto w tych wypadkach uważać je można istotnie za objawy wyczerpania ośrodków mózgowych po napadzie, jak tego chce większość autorów. Z drugiej strony jednak twierdzi stanowczo, że to objaśnienie nie tłumaczy wszystkiego, wcale bowiem nierzadko napotykał owe objawy hemiparetyczne niezależnie od tego, czy badał chorych bezpośrednio po napadzie, czy w okresie późniejszym; dalej, objawy hemiparetyczne nie występowały wcale najwyraźniej w przypadkach z dawną epilepsyą, jakby się tego należało spodziewać w myśl teoryi powyższej, i odwrotnie w tych przypadkach, gdzie napady drgawek rozpoczęły się niedawno i były rzadkie, objawy połowicznej parezy jednak istniały. Nie będziemy się tu szerzej rozwodzili nad argumentacyą REDLICH'a; dla nas w tej chwili kwestya ta nie ma znaczenia, gdyż nie chodzi nam teraz o przytoczenie dowodów, że epilepsya jest sprawą organiczną mózgowia, jak o to chodzi REDLICHOWI we wspomnianej pracy. Dla nas ważnym jest tylko fakt, dziś niewątpliwy, że w epilepsyi występują objawy porażeniowe, czy paretyczne często w postaci lekkiej parezy jednostronnej lub nawet diplegii; najczęściej zaś w postaci zmian w odruchach ścięgnowych i skórnych, zmian, jakie widzujemy w sprawach mózgowych wogóle [wzmoczenie ścięgnowych i osłabienie skórnych po stronie hemiparetycznej]. Co zaś się tyczy pochodzenia tych objawów, t. j. czy uważać je należy za oznakę wyczerpywania się ośrodków mózgowych, jak utrzymuje większość autorów, czy jako objawy zahamowania czynności tych ośrodków [kiedy pareza od napadu jest niezależna], jak chcą tego BINSWANGER, LOEWENFELD i inni [*Hemmungsentladungen* BINSWANGER'a], czy wreszcie przypisywać tym objawom pochodzenie organiczne,—tę kwestyę pozostawić możemy jako otwartą, tembardziej że dla naszego celu—dla przeprowadzenia analogii pomiędzy epilepsyą a porażeniem okresowem—nie ma ona znaczenia zasadniczego.

Jeżeli teraz na nowo, po dłuższej dygresyi w dziedzinę epilepsyi, powrócimy do naszego przypadku porażenia okresowego, uczynimy to głównie dlatego, ażeby pokrótce przypomnieć i podkreślić główne jego cechy i rozpatrzeć osobno sprawę odruchów ścięgnowych. We wczesnem dzieciństwie miewał nasz chory typowe napady epileptyczne z drgawkami i utratą przytomności; napady te były częste i trwały do 4-go roku życia. Przez 4 lata następne

napadów żadnych chory nie miewał; dopiero w 8 ym roku życia zaczęły się zjawiać napady porażenia okresowego w postaci wiotkiego porażenia wszystkich 4-ch kończyn i tułowia z trupim odczynem elektrycznym w mięśniach, bez utraty przytomności. Jako zupełnie wyjątkową cechę napadów w naszym przypadku zaznaczyć należy zachowanie się odruchów ścięgowych. Podczas napadów [mówimy o najcięższych, jako jedynie miarodajnych, chociaż ten sam objaw w słabszym stopniu stwierdzić było można i podczas napadów lżejszych], wbrew zwykłej w tych przypadkach normie, odruchy kolanowe były bardzo wzmożone, często o charakterze klonicznym, kiedy odruchy ze ścięgna Achillesa, jak i skórne [brzuszne, mosznowe, podszwowe] były jednocześnie słabe, albo=0. [Porównaj napady z 25. VI, 8. VII, 12. VII, 26. VII, 5. VIII, 8. VIII].

Wzmożenie odruchów kolanowych podczas największego napięcia napadu jest faktem, przez nas u naszego chorego stwierdzonym, jakkolwiek nie kusimy się o wyjaśnienie teoretyczne tego zjawiska. Jest ono tem dziwniejsze, że odruch ze ścięgna Achillesa słabł lub znikał podczas napadów. W każdym razie rozmyślnie podkreślamy to wzmożenie odruchów kolanowych, które, jako objaw podrażnienia może być uważane za negatyw do porażeń, napotykanych w padaczce.

Analogia, którą staraliśmy się przeprowadzić pomiędzy porażeniem okresowym a epilepsyą, sprowadzić się daje do punktów następujących:

1) Tak zw. porażenie okresowe, zarówno jak epilepsya są to choroby, występujące napadowo w pewnych dłuższych lub krótszych odstępach czasu.

2) Porażenie okresowe, jak to usiłowaliśmy wykazać, jest cierpieniem istoty szarej [przednich rogów] rdzenia; epilepsya uważana jest za cierpienie, którego siedliskiem jest istota szara mózgu [przeważnie jego ośrodki ruchowe].

3) Porażenie okresowe polega na parezie lub porażeniu wszystkich czterech kończyn i tułowia, przyczem porażenie ma charakter wiotki.

Zaznaczyć jednak wypada, że mimo porażenia wiotkiego odruchy kolanowe w naszym przypadku były podczas napadu wzmożone.

Z drugiej strony w padaczce mamy przeważnie do czynienia z objawem podrażnienia szarej istoty mózgowej [drgawki], atoli jest faktem klinicznym jak się zdaje, niezaprzeczalnym, że w idyopatycznej epilepsyi bywają napady porażenia, jako równoważnik typowego napadu drgawkowego.

4) Przypadek Szachnowicza i nasz specjalnie przemawiają za tą analogią wobec faktu, że w pierwszym powstały napady epileptyczne po przerwie w napadach porażenia okresowego, w naszym zaś był stosunek odwrotny.

Na podstawie tych punktów uważamy się za uprawnionych jedynie do wniosku, że tak zwane porażenie okresowe i padaczka są najprawdopodobniej chorobami pokrewnymi. Wywołuje je niezawodnie jedna i ta sama toksyna, której cechą charakterystyczną jest specjalny, że tak powiemy,

tropizm ku szarej istocie ośrodkowego układu nerwowego [w jej dziedzinie ruchowej] u ludzi ze skłonnością specjalną ku tym chorobom.

Szanownemu drowi EDWARDOWI FLATAUOWI składam niniejszem serdeczne podziękowanie za pozwolenie wyzyskania tego przypadku i za pomoc w pracy niniejszej.

III. ZE SZPITALA ŚW. ŁAZARZA I PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ DRA PALMIRSKIEGO.

## Technika metody Wasserman'a w syfilisie i próba precypitacyjna ze zniszczeniem aleksyn i glikocholanem sodu.

Podał

**Dr Leon Wernic,**

lekarz ambulatoryum szpitala Św. Łazarza.

[Odczyt, wygłoszony w seceyi dermatologicznej Warsz. Tow. Lek. w listopadzie 1908 r.]

(Dokończenie. — Patrz Nr. 5).

### C Z E Ś Ó II.

Już LEVADITI zrobił odkrycie, że zjawisko odchylenia aleksyny udaje się, jeśli zamiast wyciągu z narządu płodu syfilitycznego użyjemy wyciągu z narządów prawidłowych. Chodzi zatem nie o produkty działalności życiowej krętków białych, lecz o związek, znajdujący się w ustroju i w warunkach normalnych. Związek ten ma szczególnie powinowactwo do pewnych substancji, zawartych w ustroju syfilityka.

WASSERMAN i PORGES, następnie MEIER, LANDSTEINER, MUELLER i POETZL, a wreszcie LEVADITI dowiedli, że związek chemiczny, otrzymywany z narządów, rozpuszcza się w alkoholu i jest najprawdopodobniej natury lipidowej.

FORNET i MICHAELI zauważyli, że surowica syfilityków może tworzyć osady z różnymi roztworami związków chemicznych, używanych w tym celu. PORGES i MEIER powzięli myśl uproszczenia serodyagnostyki syfilisu, zastępując po pierwsze złożoną metodę odchylenia aleksyny przez odczyn precypitacyjny, powtórnie wyciąg z narządów przez zawiesiny określonych lipidów. Do tej ostatniej kategorii związków należy lecytyna i cholesterolina. Surowica chorego na syfilis strąca zawiesiny lecytyn, kiedy suro-

wica zdrowego tego nie robi lub jeśli czasem dokonywa, to w stopniu minimalnym. Dalsze badania wykazały, że lecytyny można zastąpić przez mydła, sole kwasów żółciowych [LEVADITI], a nawet przez wodę destylowaną, jak to pierwszy uczynił KLEUSNER w klinice KREIBICH'a.

Zjawiska precypitacyjne KLEUSNER tłumaczył przez szczególne zachowanie się globulin w surowicy luetyków, co potwierdza obserwacja NONNE'GO, iż płyn mózgowordzeniowy paralityków postępowych [a nie innych umysłowo chorych] daje osad z siarczanem amonu.

Przypominamy na tem miejscu, że w pracy naszej, umieszczonej w N-rze 18-m i 19-ym Gazety Lekarskiej z roku 1908, wykryliśmy, a po części potwierdziliśmy, iż objaw KLEUSNER'a nie jest objawem specyficznym jakościowo, lecz ilościowo i występuje u chorych na syfisy tylko wcześniej i wyraźniej niż u innych, bo już przed upływem 8-u godzin.

ELIASZ NEUBAUER, PORGES i SALAMON ustalili pogląd na niespecyficzną jakość odczynu precypitacyjnego i wskazali analogie, zachodzące pomiędzy odczynem precypitacyjnym a odczynem WASSERMAN'a. W miarę powiększania się ilości surowicy, branej do badania, powiększa się ilość osadu, aż do pewnego *optimum* w stosunku ilościowym pomiędzy lecytyną a surowicą, następnie zaś zmniejsza się stopniowo aż do zera. Ten stosunek pomiędzy ciałami reagującymi jest typowym dla odczynu koloidalnego [elektroujemnym koloidem jest lecytyna, a obojętnym koloidem białko; osad jest mieszaniną tych dwu ciał].

Dla syfisy odczyn precypitacyjny jest swoisty w tem znaczeniu, że surowica syfilityka zaczyna dawać odczyn, będąc brana już w ilości mniejszej i przestaje dawać znacznie później i stosowana w ilości znacznie większej niż surowica niesyfilityczna. Mówiąc inaczej, granice precypitacji dla surowicy syfilitycznej są znacznie obszerniejsze niż dla surowicy prawidłowej. Przyczyny tego zjawiska należy szukać w ciałach białkowych, które u syfilityków stracają się więcej niż u zdrowych.

LANDSTEINER i MUELLER zauważyli, iż występowanie odczynu WASSERMAN'a jest w zależności od obecności pewnego gatunku globulin, które dają się strącać z każdej surowicy zapomocą kwasu węglanego. Okazało się następnie, że i normalna surowica może powstrzymać hemolizę, [lecz niezupełnie i tem różni się od surowicy luetycznej]; w miarę powiększenia jej ilości zahamowanie hemolizy staje się coraz wyraźniejszym, aż dojdzie do pewnego stosunku optymalnego, po przekroczeniu którego słabnie coraz bardziej. Wynika stąd, że i odczyn WASSERMAN'a, podobnie jak i precypitacyjny, polega na połączeniu koloidalnym.

Tak więc o swoistości odczynu WASSERMAN'a można mówić pod względem ilościowym, a nie jakościowym. Zaznaczywszy hipotezę, iż i w odczynie WASSERMAN'a, podobnie jak i w precypitacji, mamy do czynienia z odczynem koloidalnym, nie pragniemy przez to twierdzić, iż wartość tych odczynów jest jednakowa.

Odczyn WASSERMAN'a przewyższający pod względem czułości odczyn WIDAL'a w tyfusie, a co do pewności wyniku równający się seroterapii błonniczej—będzie długo jeszcze dla nas wzorem badań rozpoznawczych serologicznych syfilisu.

Ujemną atoli stroną próby WASSERMAN'a jest trudność warunków, których on wymaga; to skłania nas do doskonalenia metod precypitacyjnych, które są łatwe i względnie wiarogodne w swych wynikach.

Do metody precypitacyjnej wprowadzono ostatnimi czasy zmianę dosyć poważną. Ponieważ zawiesiny lecytyny strącają się niejednakowo, nawet jeśli ją bierzemy z jednego i tego samego preparatu, wskutek nietrwałości [rozkłada się podobnie jak tłuszcze na kwasy tłuszczowe], spróbowano ją zastąpić przez inny elektroujemny koloid — *Natrium glycocholicum*, które przechowuje się lepiej niż lecytyna i strącalność wszystkich probówek jest prawie jednakowa. Pozatem *Natrium glycocholicum* w zimnej wodzie destylowanej rozpuszcza się całkowicie [jeśli nagrzewać je, tworzą się męty].

Otóż w próbówce o 6 do 7-u mm. średnicy mieszamy po prostu 0,2 świeżo przygotowanego roztworu z *Natrium glycocholicum* i 0,2 surowicy badanej uprzednio, pozbawionej przez nagrzewanie 30-minutowe aleksyny i stawiamy na 16 do 20-u godzin przy zwykłej ciepłocie pokojowej. Inaktywowanie nadaje odczynowi, zdaniem twórcy LEVAIDITI'ego, większą swoistość, bo surowice niesyfilityczne, słabiej precypitujące, po naaktywowaniu często przestają całkiem precypitować.

Jeżeli — pisze autor tego sposobu — po upływie 16 do 20-u godzin widzimy wyraźne kłaczkę osadu, zbijające się lub pływające na powierzchni, odczyn uważany bywa za dodatni. Zmętnienie, ślady precypitacji nie mają żadnego znaczenia rozpoznawczego. Rozczyn z *Natrium glycocholicum* musi być świeży i klarowny. Surowice mętne i zabarwione hemoglobina nie mogą być używane.

Stosowanie dodatku karbolu dla konserwowania roztworu *Natrium glycocholicum* jest niedopuszczalne, gdyż ciała o charakterze kwasów powiększają strącalność elektroujemnych koloidów, a więc mógłby nastąpić odczyn precypitacyjny i u niesyfilityków.

---

Ten ostatni sposób, wobec trwałości związku rozpuszczalności, w połączeniu ze zniszczeniem aleksyny—wydawał się mi najbardziej odpowiednim dla bliższego przestudyowania. Badań dokonałem 75, a to około 50 nad chorymi ze szpitala Św. Łazarza, a około 25-u z jego ambulatoryum i od chorych przychodnich.

Materyał do badania w postaci chorych użyczyli mi drzy: ŻERA i TRZCIŃSKI oraz koledzy BERNHARDT, KRYSIŃSKI, DROZDOWICZ, którym niniejszem składam podziękowanie, zarówno jak kol. PALMIRSKIEMU, który użyczył mi dla tej pracy swojej pracowni.

Badaniu poddawałem 50 przypadków syfilitycznych i 25 niesyfilitycznych.

Z tych 50-u przypadków było mężczyznu 35-u, a kobiet 15; z 25-u przypadków nieluetycznych—20 dermatologicznych i 5 wenerycznych.

Z 20-u dermatologicznych było 10-u mężczyznu i 10 kobiet; z 5-u wenerycznych— sami mężczyźni.

Rozpatrując ciekawsze przypadki syfilityczne, pozwolę sobie przytoczyć historye ich chorób.

1) Chory R. Nr. 26, 85 księgi szpitalnej, wysypka plamista na tułowiu. Zaraził się przed 4-ma tygodniami. Dotąd leczony nie był. Dnia 22. X. wzięto szprycą sterylizowaną krew z żyły przegubu łokciowego. Po oddzieleniu skrzepu i wydzieleniu czystej surowicy, ostatnią w ciągu 30-u minut trzymaliśmy w ciepłocie 56° dla zniszczenia aleksyny. Następnie brałiśmy średnio nasycony roztwór *Natri glycocholici* w wodzie destylowanej. Tworzenie się wyraźnych platków nastąpiło po upływie 2 dób, czyli było spóźnione.

2) Chory P. Nr. szpitalny 2689. *Ulcus induratum*, nie leczony. Po zabiegu podobnym, jak w przypadku pierwszym, platy grubsze niż w 1-ym wystąpiły po 48-u godzinach, t. j. spóźnione.

3) F. Nr. 2719, syfilis drugorzędny — wysypka grudkowa na całym ciele. Po upływie godzin 20-u placki zupełnie wyraźne.

4) Ł. Nr. 2760, syfilis drugorzędny, wysypka grudkowa. Po 16-u godzinach stwierdziłem osad na dnie, lecz nawet po 48-u godzinach kłaczków nie spostrzegąłem; chory był leczony 20-u frykcyami. Tak więc wynik był ujemny.

5) W. I. Nr. 2259 d. 31. X. *Ulcus induratum. Exanthema maculosum; seleradenitis*. Nie leczony. Kłaczkki nieliczne po 48 u godzinach. Wyraźnych kłaczków niema, rezultat wątpliwy, t. j. ujemny.

6) K. z oddziału 5-go szpitalnego d. 31. X. *Syphilis impetiginosa* nieleczony. Po 20-u godzinach odczyn wyraźny — kłaki spore, widoczne makroskopowo.

7) B. Nr. 2779. Okres wtórny; chory dostał 19 wcierań szaruchy. Po 20-u godzinach zmętnienie i kłaki wyraźne, opadające na dno. Odczyn wyraźny.

8) C. Nr. 2778. Syfilis drugorzędny, grudki. I. XI. Po 18-gu godzinach kłaczkki wyraźne. Odczyn wyraźny.

10) L. Nr. 2779. 2. X. *Syph. r. sec.*, nieleczony. Kłaczkki po 12-u godzinach wyraźne. Odczyn wyraźny.

15) S. Nr. 2701. *Syph. r. sec.* Surowica różowa. Odczyn nie wystąpił nawet po 48-u godzinach. Odczyn ujemny.

18) Ch. K. Nr. 2820. Syfilis drugorzędny, grudki u otworu rzęcy. Rezultat ujemny po 20-u godzinach.

25) P. S. 2879. *Syphilis maculosa*. Surowica mocno różowa. Rezultat ujemny po 40-u godzinach.

30) J. Nr. 2903. *Syph. r. sec.* Surowica różowa. Odczyn wyraźny po upływie 1½ doby [30 godz.]—spóźniony.



35) L. Nr. 2902. *Syph. r. sec.* po 12-u godzinach wyraźne męty. Odczyn wyraźny.

36) K. Nr. 2858. *Syph. r. sec.* Chora wzięła 3 wcierania. Kłaczkę wystąpiły po 18-u godz. Rezultat dodatni.

37) J. Nr. 3858. *Syph. r. sec.* Chora wzięła 3 wcierania. Aczkolwiek surowica była różową, odczyn wystąpił wyraźny po upływie 10-u godzin.

39) G. Nr. 3041. *Syphilis rec. sec.* Po 24-ch godzinach odczyn wyraźny, Kłaki gruba.

42) D. Nr. 3062. *Syph. r. sec. papulosa.* Po 24-ch godzinach rezultat dodatni—kłaki wyraźne.

45) W. Nr. 3060. *Ulcus genitalium suspectum.* Po 20-u godzinach rezultat dodatni. Rozwój następczy choroby potwierdził rozpoznanie syfilisu.

50) W. Nr. 3061. *Ulcus cruris suspectum.* Po 24-ch godzinach surowica krwi dała rezultat zupełnie wyraźny i dodatni.

Pomijamy historye chorób mniej interesujących chorych z praktyki prywatnej i ambulatoryjnej.

Przechodząc do chorych wenerycznych, nie obarczonych syfilisem, zaznaczymy, iż na 5 takich chorych, we wszystkich otrzymaliśmy rezultat ujemny.

52) K. Nr. 2900. *Ulc. venereum, adenitis dolens.* Nawet po upływie 1½ doby rezultat ujemny.

55) N. z oddziału I *gonorrhoea.* Po 24-ch godzinach rezultat ujemny. Z przypadków niewenerycznych, które badaliśmy (*psoriasis, favus, impetigo, lupus, eczema, aphthae, ulcera cruris* i t. d.) otrzymaliśmy rezultaty następujące:

56) P. *Psoriasis,* leczona od miesiąca na oddziale dermatologicznym. Surowica nawet po 48-u godzinach nie daje kłaków. Rezultat ujemny.

58) N. *Favus* na wyleczeniu. Nawet po 48-u godzinach nie widać kłaków. Rezultat ujemny.

62) B. *Ulcus cruris phlebotomicum.* Surowica po 30-u godzinach kłaków nie daje. Rezultat ujemny.

65) S. *Ulcus cruris phlebotomicum.* Surowica po 30-u godzinach kłaków nie daje. Rezultat ujemny.

67) M. F. *Impetigines.* Surowica po 48-gu godzinach nawet daje rezultat ujemny.

70) K. W. *Lupus,* leczony oddawna. Rezultat po 48-gu godzinach ujemny.

73) S. J. *Eczema chronicum.* Odczyn ujemny po 48-u godzinach. Rezultat ujemny.

75) Stud. *Aphthae.* Odczyn po 24-ch godzinach ujemny. Rezultat ujemny.

Rozpatrując szczegółowo rezultat naszych badań, widzimy, że odczyn występował:

w przypadkach	dodatni	spóźniony	ujemny
Syfilisu	6%	15%	25%
Chor. wener.	—	—	10k%
Dermatol.	—	—	100%

Charakterystyczną cechą tej próby jest niewystępowanie jej całkowite w przypadkach niesyfilitycznych.

Rozpatrując szczegółowo przypadki z wynikiem ujemnym, widzimy, iż zabarwienie surowicy różowe występowało w 10% ogólnej liczby obserwowanych przypadków, a w  $\frac{2}{5}$  z wynikiem ujemnym. Atoli zaróżowienie surowicy nie ma wpływu decydującego na przebieg próby, jak to widać z przypadku 30-go, gdzie pomimo tego odczyn wystąpił.

Dalej wynik ujemny notowaliśmy w okresie pierwszorzędnym syfilisu w 20% przypadków, w drugorzędnym w 20%, nb. u leczonych dłużej niż przez 3 tygodnie, i w 20% u nieleczonych.

Co do płci, to wynik dodatni występował w 100% u chorych kobiet syfilitycznych, a tylko w 50% u mężczyzn.

W 90% przypadków badani mężczyźni byli nie leczeni. Co się tyczy kobiet, to badano je na samym początku leczenia specyficznego. Charakterystyczną cechą tej sprawy jest, że w wilku, zarówno jak i luszczycy, w których czasem daje się zauważyć słabe hamowanie hemolizy w próbce WASSERMAN'a, odczyn wypadł ujemnie.

Jeżeli teraz rzucimy okiem na wartość porównawczą prób KREIBICH'a, WASSERMAN'a i naszej, to, przyjmując wyniki dodatnie WASSERMAN'a za 70%, ujrzymy, iż w próbach KLEUSNER-KREIBICH'a odczyn występował u 80% syfilityków; przedtem zjawiał się przed 8-u godzinami u 5% syfilityków, a w ciągu 9—18-u godzin u 90% wilkowatych. Taki sam wynik otrzymaliśmy u chorych na owrzodzenia goleni.

Odczyn KLEUSNER'a można więc było uważać za specyficzny tylko pod warunkiem, jeśli występował przed upływem 8-u godzin.

Tymczasem zmodyfikowany odczyn LEVADITI'ego, t. j. z *Natrium glycocholicum* i zniszczeniem aleksyn nigdy nie występował u luetyków przed 20-u godzinami, a nawet i po 48-u godzinach nigdy się przecież nie zjawiał. Jeżeli notowano go tylko u 60% chorych na *lues*, to fakt, że nigdy nie występował u osób niesyfilitycznych, dla nas ma największe znaczenie.

W naszych przypadkach luetycznych znajdowało się w okresie pierwszorzędnym osób 7, z tego wynik próby dodatni 40%, spóźniony 30%, ujemny 30%; w okresie drugorzędnym 38—z wynikiem dodatnim 63%, spóźnionym 9% a ujemnym 28%; w okresie trzeciorzędnym było 5—z wynikiem dodatnim 100%, spóźnionym 0%, wątpliwym 0%. W całym zabiegu nie może być mowy o wiązaniu aleksyny, gdyż jej nie było. Natomiast próba precipitacyjna występowała w całej czystości skutkiem łączenia się koloidów białka [globulin] z *Natrium glycocholicum*.

Wyniki otrzymane przez nas w tej sprawie wyrażają się w ten sposób:

1) Odczyn z *Natrium glycocholicum* nigdy nie występuje w przypadkach niesyfilitycznych,

2) Występuje on w 60% przypadków syfilitycznych,

3) Występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn.

4) Jest mniej czuły od próby WASSERMAN'a, lecz niesłychanie łatwiejszy do wykonania.

5) Jest kłopotliwszy od zabiegu KLEUSNER'a, lecz w przypadkach niesyfilitycznych pewniejszy.

6) Podobnie jak próba WASSERMAN'a i KLEUSNER'a, jest odczynem specyficznym raczej w sensie ilościowym niż jakościowym.

7) Stanowi bardzo cenny przyczynek do biochemii związków koloidalnych w surowicy chorych na syfilis i inne cierpienia.

W sprawie techniki sposobu WASSERMAN'a, przychodzimy do wniosków następujących:

8) Wyniki stosowania próby WASSERMAN'a zależą w olbrzymim stopniu od techniki wykonawcy.

9) Próba WASSERMAN'a nie jest oparta na teoretycznie pewnych założeniach, lecz pomimo tego praktyczna wartość jej jest równie wielką, jak próba WIDAŁA w durze.

10) Największy nacisk należy kłaść na kontrolowanie składowych elementów próby.

11) Próba BAUER'a nie może zastąpić próby WASSERMAN'a, ze względu na niepewną kontrolę i niepewność znalezienia normalnej surowicy człowieka.

12) Należy wyjaśnić obserwacje BALLNER'a i DECASTELLO, co do surowic autotropicznych i stosunku ich do surowicy królika-barana i królika-wołu.

## L I T E R A T U R A.

1) LANDSTEINER, MUELLER, POETZL. Zur Frage der Komplementbindungsreaktionen bei Syphilis. Wien. kl. Woch. 1907, Nr. 50.

2) MEIER. Die Technik, Zuverlässigkeit und klinische Bedeutung der Wassermanschen Reaktion auf Syphilis. Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 31.

3) WEIL u BRAUN. Ueber Antikörperbefunde bei Lues, Tabes und Paralyse. Berl. klin. Woch. 1905, Nr. 18.

4) WEIL. Ueber Luesantikörpernachweis im Blute von Luetischer. Wien. klin. Woch. 1907, Nr. 18.

5) WEISSMANN, NEISSNER u BRUCK. Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis. Deut. med. Woch. 1906, Nr. 18.

6) WASSERMAN u PLAUT. Ueber das Vorhandensein syphilitischer Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Paralytikern. Deut. med. Woch. 1906, Nr. 44.

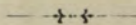
7) WASSERMAN. Ueber die Entwicklung und Stand der Serodiagnostik gegenüber Syphilis. Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 50, 51.

8) BAB. Bacteriologie u Biologie der kongenitalen Syphilis. Zeit. f. Gynäk. u Geburtshilfe 1908, t. 60.

9) LEYBENG. Znaczenie dla praktyki nowoczesnych postępów syfilidologii. Medycyna 1908, Nr. 10 i 11.

- 10) KLEUSSNER. Neue Serodiagn. Methoden Deuts. med. Woch. 1908, Nr. 11.
- 11) PORGES GEORG. Ueber die Rolle der Lipoide bei der Wassermannschen Reaction. Berl. Klin. Woch. 1906, Nr. 15.
- 12) L. WERNIC. Serodyagnostyka syfilisu oraz wartość próby KLEUSNER-KREIBICH'a Gaz. Lek. 1908, Nr. 18 i 19.
- 13) LAPOWSKI BOLESZAW. Nowe badania nad syfilisem i praktyczne ich zastosowanie. Gaz. Lek. 1907, Nr. 32 i 33.
- 14) BALLNER u DECASTELLO. Ueber die Klinische Verwertbarkeit der Komplementbindungsreaktion für die Serodiagnostik der Syphilis. Deut. med. Woch. 1908, Nr. 45.
- 15) Sitzungsbericht der Ges. der Aerzte in Wien. v. 19. IV. 1907. W. klin. Woch, 1907, Nr. 17, str. 575.
- 16) RANZI. W. klin. Woch. 1906, Nr. 51, str. 1552.
- 17) MICHAELIS. Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 35, str. 1103.
- 18) MICHAELIS u LESSER. Berl. klin. Woch. 1908, Nr. 6.
- 19) J. BAUER. La Semaine médicale 1908, Nr. 36.
- 20) H ELIAS E. NEUAAUER, O. PORGES, H. SALOMON. Ueber d. Specif. d. Wassermannschen Syphilisreaktion. Wien. klin. Woch. 1908, Nr. 18.
- 21) Ciż sami. Theoretisches üb. d. Serumreaktion auf Syphilis. Wien. klin. Wochens. 1908, Nr. 21.
- 22) Ciż sami. Ueber die Methode u Verwendbarkeit d. Ans flockungsreakt. d. Serodiagnostik d. Syphilis. Wien. klin. Woch. 1908, Nr. 23.
- 23) C. BRUCK. Ueber die Verwertbarkeit der Komplementbindungsreaktion für Serodiagnostik der Syphilis. Deut med. Woch. 1908, Nr. 50.
- 24) SZATŁOW I IZAB LINSKI. Izsledowania odnosit'Ino reakcyi WASSERMAN, NEISSER, BRUCK. Wrazebnaja Gazeta 1908, Nr. 51.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 20. W. Stoëckel [Marburg]. O znieczuleniu krzyżowem (sacrale).

Metodę znieczulenia krzyżowego wprowadził biolog CATHÉLIN w leczeniu cierpień pęcherza i cewki moczowej. Po nim metodę tę wypróbował KAPSAMMER i autor, przyczem S. rozszerzył wskazania do jej stosowania, mianowicie zastosował ją jako środek znieczulający w porodzie i usunął nawet stosowane dotąd w tym celu znieczulenie skopolaminowo-morfinowe. Płyn znieczulający wstrzykuje się przez *hiatus canalis sacralis* do kanału kości krzyżowej poniżej otoczki twardej (*dura*), tak, że mlecz paciierzowy z otoczkami jest przy tej metodzie nietknięty. Płyn ulega wessaniu w kanale krzyżowym dzięki obfitości żył w tem miejscu i przez otwory kości krzyżowej (*foramina sacralia*) przechodzi do pozaotrzewnej tkanki łącznej tylnej ściany miednicy. Technika wstrzykiwań prosta: chora leży na lewym boku ze zgiętemi i przyciągniętymi do brzucha kolanami; otwór kanału (*hiatus*) w tem położeniu bardzo łatwo wyczuwa się wskazicielem lewej ręki, prawą zaś ręką wkłwa się igłę szprycy. Należy igłę wkluć do samego światła kanału przez błonę zamykającą otwór tak, aby nie nadwyrężyć okostnej kanału; wprawy nabiera się bardzo łatwo. Krwawienia prawie niema, ból bywa przy niezręcznem wkłuwaniu. Szprycy powinna działać dokładnie i musi być wygotowana; długość igły 6,2 [CATHÉLIN]—4,5 ctm. Płyny do wstrzykiwań: fizyologiczny rozczyn solny, rozmaitej siły rozczyn nowokainy z dodatkiem adrenaliny lub

suprareniny albo bez dodatku, rozczyzny eukainy  $\beta$  z suprareniną lub bez. Autor bardzo zadowolony był z przepisu: nowokainy 0,15, suprareniny 0,000325, *Aquae destil. ad.* 3,0 z dodatkiem 30 ctm. sz. fizyologicznego rozczyynu solnego. Najmniejsza ilość wstrzykniętego płynu wynosiła 3 ctm. sz., najwyższa 83 ctm. sz. zupełnie wystarczało 30—35 ctm. sz. Materiał autora obejmuje 141 przypadków, z czego 89 pierwiastek i 52 wieloródki; przypadki wybierane były do tego celu normalne bez jakichkolwiek powikłań. U 139-u kobiet było zastrzyknięcie jednorazowe, u 2-u po pierwszym wstrzyknięciu bezskutecznem powtórzono jeszcze zastrzyknięcie. W 96-u przypadkach zastrzyknięto w okresie otwierania się ust macicznych, w 45-u w okresie wydalania płodu. Zupełne usunięcie albo znaczne zmniejszenie bólów tylko w krzyżu zauważono w 72-ch przypadkach, a w krzyżu i w brzuchu w 39-u. W 9-u przypadkach wyrzwanie się główki było niebolesne, w 16-u bardzo mało bolesne. U 3-ch kobiet ukończono poród zapomocą kleszczy, u 2-u innych zeszyto kroczce bez bolu. W wielu przypadkach było wybitne zwiotczenie mięśni krocza, dzięki czemu ochrona krocza istotnie doznaje ułatwienia. Znieczulenie rozpoczyna się już po 3-ch albo 5-u minutach po wstrzyknięciu i trwa od kilku minut do 6-u godzin, przeciętnie 1—1½ godziny.

Co się tyczy wpływu znieczulenia na skurcze macicy, to wpływ hamujący spostrzegano szczególnie przy bardzo wczesnych zastrzyknięciach, co naprowadza autora na myśl o stosowaniu znieczulenia krzyżowego przeciwko grożącemu poronieniu lub porodowi przedwczesnemu. Na dobre bole i bole skurczowe wstrzykiwania nie wpływały hamująco. Przy stosowaniu wstrzykiwań z suprareniną atonii macicy nie spostrzegano. Również nie wykazano szkodliwego wpływu ich na dziecko. We wszystkich przypadkach nie widział autor zatrzymania moczu, położnice oddawały mocz samodzielnie. W jednym tylko przypadku miał autor po zastrzyknięciu miejscowe zakażenie w postaci *phlegmone*; było ono następstwem użycia przetworu zakażonego. Wogóle autor bardzo był zadowolony z tego znieczulenia w porównaniu z innymi sposobami, mającymi na celu ulżenie bólów porodowych. Autor jest zdania, że na drodze znieczulenia krzyżowego możnaby zwalczać bolesne miesiączkowanie z towarzyszeniem bólów w krzyżu, jak również i bole w krzyżu (*lumbago*). Działanie wstrzykiwań—miejscowy wpływ na korzenie splotów krzyżowych.

(*Zentralbl. f. Gynäkologie.* 1909, Nr 1).

Wł. Staniszewski.

## 21. Morozow Anna. Usypianie przez odbytnicę.

Jakkolwiek PIROGOW już w r. 1847 rzucił myśl, aby parą eterową usypiać przez odbytnicę, co wprowadziła w czyn Ameryka i Francja, w Rosji ta metoda znalazła bardzo nielicznych zwolenników. W klinice prof. KADJANA w Petersburgu stosowano usypianie odbytnicze przez ostatnie pięciolecie 68 razy przy najrozmaitszych cierpieniach szyi i głowy. W 61 przypadkach [88%] sen był zupełnie spokojny, w 5-u przypadkach niespokojny, a tylko w 2-u nie można było osiągnąć zupełnego uspienia. Trzeba jednak zauważyć, że stosowano tu usypianie przez odbytnicę dla podtrzymania uspienia, osiągniętego już przedtem zapomocą wdychania, PIROGOW zaś, a później KRUSZYŁIN stosowali wyłącznie usypianie odbytnicze, przyczem pierwszy z nich na 81 przypadków doznał niepowodzenia w 15-u, a drugi na 43 w 8-u przypadkach. Przygotowanie zajmuje trzy dni, poprzedzające operację: 1-go dnia podaje się 30 grm. oleju rącznikowego, 2-go dnia *Pulv. liquor.*, 3-go wczesnym rankiem wykonywa się płukanie jelit aż do zupełnego oczyszczenia jelita, poczem można rozpocząć usypianie. Początkowo skomplikowana metodyka, obecnie została uproszczona w postaci następującej: do szklanej kolby, objętości 400 ctm. sz. i średnicy 6 ctm. sz., nalewamy 50 gr. eteru. Przez korek gumowy, zaty-

kający kolbę, przechodzi rurka szklana, nie dosięgająca swym wewnętrznym końcem poziomu eteru, gdy koniec jej zewnętrzny jest połączony z sondą gumową, wprowadzoną wgłąb jelita [40 cm.?). Kolbę wstawiamy do naczynia z wodą, ogrzaną do 50°. W razie potrzeby przerywamy parowanie eteru zapomocą prostego wyjęcia kolby. ANNA MOROZOWA ostrzega przed wprowadzeniem do jelita eteru w stanie płynnym. Otrzymany w ten sposób sen przypomina spokojny sen naturalny, ze spokojnym i głębokim oddechem; wzdęcie brzucha jest bardzo nieznaczne. Tylko 3-krotnie obserwowano wymioty podczas uśpienia. 4-krotnie podawano kamforę [u ludzi bardzo wiekowych i po operacji, trwającej 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> godzin]. Ilość eteru, zużywanego w ciągu 10-ciu minut do 2-u godzin 45-ciu minut, wynosiła 3,0—15,0, t. zn. 0,6 na minutę. Doliczając ilość eteru, zużytego do chwili zaśnięcia chorego, ogólna ilość narkotyku na minutę wyniesie 1,2, a zatem zawsze mniej, niż przy metodzie inhalacyjnej [2,0—1,65]. Chorzy budzą się bardzo prędko. Sonda pozostaje w jelicie aż do zupełnego przebudzenia chorego dla lepszego opróżnienia jelita z pozostałych tam gazów. Z objawów następczych zasługują na zaznaczenie: biegunka [czasem krwawa] w 9-u przypadkach [na 68]; te zaburzenia jednak łatwo znikają pod działaniem ławatyw z taniną, a nieraz i bez wszelkiego leczenia. Z ogólnej liczby 308 takich uśpień, ogłoszonych drukiem, śmierć z uśpienia nastąpiła w 3-ch przypadkach w jednym z nich [WEIR] 8-miesięczne dziecko dostało 60 gr. eteru, pozostałe dwa wydarzyły się PIROGOWI.

(*Russkij Chirurg. Archiv.* 1908).

W. D.

## 22 de Renzi. Leczenie wągra i bąblowca wyciągiem paproci.

38-letnia chora, mająca zwyczaj jadać niedogotowane mięso wieprzowe i kiełbasy, przed 5-u laty miała tasiemca (*taenia solium*), który został wydalony przez leczenie. Po 3-ch latach zupełnego zdrowia dostała nagle napadu drgawek, które się powtarzały. Leczone ją jako epileptyczkę, ale jednocześnie podano jej środek przeciw tasiemcowy. Tasiemiec wyszedł z główką, ale po 2-u miesiącach zjawily się znów drgawki. W tymże czasie na lewej skroni i na brzegu wewnętrznym mięśnia *sterno-cleido-mast.* zjawily się guziki wielkości bobu; guzików takich z czasem zjawilo się więcej. Autor zalecił leczenie wyciągiem paproci (*Extr. fil. mar. aeth.*). Leczenie to trwało przeszło rok. Drgawki zupełnie ustąpiły, a z guzików pozostał tylko jeden na skroni. Ten był usunięty drogą operacyjną i okazał się wągrem. Na początku leczenia znajdowano we krwi wybitną eozynofilię, która następnie zniknęła.

W 2-im przypadku również u kobiety, cierpiącej przed 3-ma laty na tasiemca, a następnie na zawrót głowy, osłabienie pamięci i nadmierne oddawanie moczu, znaleziono guzik wielkości grochu w okolicy rękojeści mostka. Zastosowano leczenie wyciągiem paproci w ciągu tygodnia. Wszystkie objawy przeszły. W guziku i we krwi nic szczególnego nie znaleziono.

Podejrzany o bąblowca wątroby 30-letni robotnik, mający wiele do czynienia z psami, miewał w ciągu 20-u miesięcy silne bole w okolicy wątroby, znaczne powiększenie tejże; we krwi była eozynofilia. Po 20-dniowym leczeniu wyciągiem paproci, zniknęły bole i powiększenie wątroby, jak również i eozynofilia.

W czwartym wreszcie przypadku 26-letnia panna cierpiała na bole w klatce piersiowej i kaszel z krwiopluciem. W płwocinie znaleziono charakterystyczne dla bąblowca błonki, we krwi—eozynofilię [3%]. Po leczeniu wyciągiem paproci zniknęły bole i stan ogólny poprawił się znacznie [hemoglobina z 39% podniosła się do 52%, eozynofilia zmniejszyła się do 0,5%]. Autor podkreśla fakt, że wyciąg paproci działa nie tylko bezpośrednio na

pasorzyty w kiszkaach, ale i na ich przemiany w różnych narządach. Fakt to tem ważniejszy, że w niektórych przypadkach wągra lub bąblowca operacya chirurgiczna zgoła jest niemożliwa.

[Szkoda, że autor nie wspomniał o dozowaniu wyciągu paproci, który jest środkiem silnie działającym i źle znoszonym, tem więcej, że chodziło tu o długie podawanie tego lekarstwa, np. w 1-ym przypadku — przez rok cały. Pr z y p. s p r a w o z d.].

(Berl. kl. Woch., 1908, Nr 50).

A. Puławski.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

### 2. Aceton (Acetinum s. Spiritus pyroaceticus, s. Alcohol aceti— $C_3H_6O$ ).

Niedawno GELLHORN zalecił aceton do leczenia nowotworów rakowych, nie nadających się już do operowania.

Aceton znajduje się przy suchej destylacji drzewa w nieoczyszczonym spirytusie drzewnym i w occie drzewnym. Otrzymuje się głównie przy suchej destylacji soli octowo-kwaśnych i przy przygotowywaniu aniliny z nitrobenzolu. Jest to ciecz bezbarwna, ruchliwa, o smaku i zapachu swoistym, dość przyjemnym; pali się łatwo, rozpuszcza żywice, tłuszcze, kamforę i barwiki. Na skórze wywołuje uczucie chłodu i zarazem palenia. Z powodu swych nadzwyczajnych własności hygroskopijnych używany bywa w badaniach mikroskopowych do zgęszczania tkanek.

Ta własność zgęszczania tkanek naprowadziła GELLHORN'a do zastosowania acetonu do leczenia raków, nie nadających się już do operowania. G. przekonał się, że aceton, zastosowany na owrzodziłą powierzchnię nowotworu, powstrzymuje natychmiast wydzielinę aż do chwili odpadnięcia zmartwiałego strupa; poczem działając dalej octanem na obnażoną powierzchnię nowotworu, będziemy mogli usuwać po kolei coraz głębsze warstwy nowotworu.

Operacyę tę należy zacząć [pod narkozą] od dokładnego zeszkobania powierzchni owrzodziłej. Poczem powierzchnię oskrobaną osusza się wacikami i do pochwy wlewa się przez wziernik cylindryczny 15,0—30,0 acetonu. Płyn wlany pozostawia się w pochwie przez 15—30 minut, poczem się go wylewa, a ranę pokrywa paskami gazy, zmaczanej w acetonie. Po 4—5-u dniach powtarza się co 2—3 dni [już bez narkozy] wlewanie acetonu do pochwy. Leczenie to nie jest bolesne.

G. zastosował aceton w 2 przypadkach nieuleczalnego raka macicy i otrzymał wyniki bardzo dobre. Dzięki bowiem temu leczeniu ustał wypływ z pochwy i znikła woń swoista raka. Krwotoki powstrzymały się, rana zmniejszyła się znacznie i brzegi jej stały się gładkie i twardsze. Stan ogólny chorych wydatnie się poprawił.

KALABIN (*Żurnal Akuszerstwa i Żeńskich bolezniej*, 1908, Nr 2) również zastosował aceton w dwu przypadkach nieuleczalnego raka macicy. W pierwszym przypadku nowotwór w postaci owrzodziałego i cuchnącego zajął całą tylną wargę szyjki macicznej i przeszedł na tylne sklepienie pochwy w postaci nacieczenia rakowatego; w drugim nowotwór, owrzodziły i wydzielający ciecz cuchnącą, zajął całą szyjkę macicy i część pochwową i przeszedł na tylne i lewe sklepienie pochwy. W obu przypadkach krwotoki i upadek odżywiania podkopały silnie zdrowie leczonych chorych.

Po zastosowaniu leczenia acetonowego w obu przypadkach nastąpiła wybitna poprawa. Krwotoki, wydzielina, a z nią smrodliwy zapach od razu ustały. Bole zmniejszyły się i rzadziej się zjawiały. Łaknienie powróciło. Bole głowy, które u drugiej chorej trwały po 3 dni z rzędu, ustały zupełnie. Stan ogólny obu chorych bardzo się poprawił: obie przytyły i siłę nabrały. Barwa twarzy zmieniła się na lepsze. Samopoczucie chorych było doskonałe.

KALABIN dodaje, że tak dobrych wyników nie dawały wstrzykiwania do pochwy rozmaitych środków odkażających z jednocześnie podawanym wewnętrznym arsenikiem.

Z.

## Wiadomości bieżące.

— Po 12-u latach wielce pożytecznej działalności Pogotowie Ratunkowe do czekało się odpowiednio do potrzeb urządzonej własnej siedziby, której poświęcenie odbyło się dnia 31-go stycznia r. b. Do tego czasu Pogotowie udzieliło pomocy do różnej w 100,000 przeszło przypadków.

— W nadchodzący czwartek 11-go b. m. odbędzie się w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich konferencja, na której poddane zostaną dyskusji projekty Kasy pomocowej dla chorych lekarzy. Główny zarys tych projektów podaliśmy w Nrze 5-m Gazety. Rozprawy obecne mają przokonać, który z projektów ma najwięcej zwolenników i tem samem najwięcej danych do szybkiego urzeczywistnienia. Ze względu na ważność sprawy zachęcamy członków Stowarzyszenia do licznego zebra nia się na konferencję.

— W Paryżu powstał komitet do zbierania składek na pomnik zmarłego przed 3-a laty fizjologa MAREY'a. Pomnik ma stanąć w lasku Bulońskim w podwórzu instytutu imienia MAREY'a.

— „New-York Medical Journal” ogłasza o nowym przypadku szkodliwego działania promieni ROENTGEN'a; ofiarą padł tym razem dr ANDREW z Rochester, który musiał się poddać amputacji lewej ręki.

— „Blätter für klinische Hydrothrapie” z końcem roku ubiegłego przestały wychodzić; zamiast nich wychodzi w Monachium: „Monatschrift für die physikalisch-diätetischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis,” pod redakcją J. MAROUSE'go i A. STRASSER'a.

— 11-y międzynarodowy Kongres okulistyczny odbędzie się w Neapolu w kwietniu r. b.

— W pierwszych dniach stycznia odbył się w Petersburgu 1-szy wszechrosyjski Zjazd oto-ryno-laryngologiczny, na którym przyjęto projekt ustawy wszechrosyjskiego Towarzystwa otyatrów i laryngologów. Do zarządu Towarzystwa wybrany został między innymi kol. HERRNE, jako przedstawiciel Warszawy. Następny Zjazd odbędzie się w Moskwie 7—12 stycznia 1911 r.

— Towarzystwo imienia PIROGOWA wybrało komisję, mającą za zadanie zbieranie materyałów wśród lekarzy wszystkich specjalności, uczestniczących w jakich-bądź wojnach, celem opracowania zasad do racjonalnego postawienia w przyszłości sprawy lekarsko-sanitarnej na wojnie.

SPROSTOWANIE. W Nrze 5-m na str. 122 w wierszu 4-ym zamiast (7—5—30%), powinno być: (7,5—30 rub.).

Redaktor, Doc. Dr Jan Pruszyński.

Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.