

# GAZETA LEKARSKA

I. Z DOMU WYCHOWAWCZEGO PRZY SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS  
W WARSZAWIE.

## O metodzie Pirquet'a w zastosowaniu u dzieci.

Podali

Dr Tadeusz Kopeć i Dr Stanisław Zembrzusi

Asystent D. W.

Ordynator D. W.

O częstości gruźlicy i jej wielkim wpływie na ogólną śmiertelność wśród dzieci, wiemy aż nadto dobrze.

Wystarczy przytoczyć dane, otrzymane przez HAMBURGER'a w Wiedniu. Śród 848 dzieci, sekwowanych przez prosektora kliniki dziecięcej uniwersyteckiej, prof. GHON'a, stwierdzono gruźlicę w 335 przypadkach, t. j. w 40%. Liczby stąd otrzymanej nie można przenosić na żywych, byłaby ona zbyt wielką. Jeżeli jednak porównamy dane sekcyjne różnych okresów wieku dziecięcego, to możemy sobie w ten sposób wyrobić dokładne pojęcie o względnej częstości gruźlicy w tych poszczególnych okresach czasu [patrz tabl. na str. nast.].

Na tej tablicy widzimy, że nie z roku na rok, ale już z miesiąca na miesiąc wzrasta liczebnie gruźlica, a jej rozpoznanie właśnie u dzieci natrafia na specjalne trudności, obce wiekowi dojrzałemu.

Kiedy u osobników dorosłych gruźlica nawiedza zwykle dostępny nam narząd oddechowy, to u małych dzieci mamy znów zwykle do czynienia ze sprawą ukrytą, mało dostępną, z ogniskami, które się bynajmniej ze światem zewnętrznym nie komunikują, gdyż leżą w gruczołach limfatycznych.

Prócz tego mali chorzy zazwyczaj polykają wszystko, co wykrztuszą przy kaszlu. Małe wymiary niemniej utrudniają badanie. Nic więc dziwnego, że wobec tak ważnej i trudnej zarazem sprawy, jak rozpoznanie wczesnej gruźlicy u dzieci, wszelkie badania w tym kierunku wywołują żywe



zainteresowanie, tem bardziej więc metoda łatwa i nieszkodliwa, jak np. metoda PIRQUET'a.

Obserwując wyniki szczepienia ospy ochronnej, PIRQUET zauważył, że u dziecka, które poprzednio szczepione nigdy nie było, wakcynacja nie daje żadnych objawów miejscowych w przeciągu pierwszej i drugiej doby. Dopiero później zjawia się znany odczyn, który stopniowo się zwiększa.

Inaczej przy rewakcynacji: zaczerwienie powstaje tu już po 24-ch godzinach.

To samo daje się zauważyć przy t. zw. *Serumkrankheit*: w przypadkach, w których surowica błonicza wywołuje objawy chorobne w rodzaju pokrzywki, gorączki, bólu stawów i t. d., spostrzegł PIRQUET przyspieszenie tych objawów w razie powtórnego zastrzyknięcia surowicy. Stąd wnio-

Wiek dziecka	od 0—3 m.	od 4—6 m.	od 7—12 m.	2 lata	od 3—4 roku	od 5—6 roku	od 7—10 r.	od 11—14 r.	Ogółem
Liczba sekyi. . . . .	105	73	140	179	175	67	65	44	848
tbc. znaleziono . . . . .	4	13	32	74	102	38	41	31	335
tbc. w ‰ . . . . .	4	18	23	40	60	56	63	70	±40

sek odwrotny, że ustrój, który reaguje szybko w przeciągu pierwszej doby, musiał poprzednio mieć z danym zakażeniem do czynienia, czyli że przebył już kiedyś tę samą chorobę. Tę właśnie postać reakcyi nazwał PIRQUET w c z e s n ą, a zmiany w ustroju, które ją przyspieszyły i które powstały dzięki zakażeniu pierwotnemu — allergią.

Przenosząc to samo w dziedzinę gruźlicy, postanowił autor szczepić tuberkulinę, podobnie jak ospę i rozpoznawać w ten sposób gruźlicę tam, gdzie zwykle metody badania zawodzą.

Opierając się na własnych spostrzeżeniach klinicznych, przychodzi on do wniosku, że znalazł wreszcie tę upragnioną formę stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych, równie pewną, jak nieszkodliwą.



Odczyn polega na tem, że w miejscu szczepienia powstaje szybko zaczerwienie i nacieczenie z umiarkowanym wygórowaniem skóry, powstaje szeroka i płaska grudka (*papula*), której średnica dosięga czasami 20 mm. Po kilku dniach, do tygodnia, pozostaje jedynie zebarwienie, które się trzyma niekiedy całe tygodnie.

Odczyn jest tylko miejscowy, więc nieszkodliwy, i odpowiada t. zw. przez ESCHERICH'a *Stichreaktion* przy zastrzykiwaniach podskórnych tuberkuliny.

Wprawdzając minimalną ilość jadu do powierzchownej warstwy skóry, możemy śmiało przypuścić, że jad ten nie przedostaje się niemal wcale do krwi; stąd brak odczynu ogniskowego i ogólnego, gorączkowego.

Zdarza się nieraz, że pierwsze szczepienie wypada ujemnie, kiedy następne daje wynik dodatni.

Co się tyczy wielkości grudki, to przekracza ona 10 mm. średnicy w tych przypadkach, które wogóle najsilniej reagują, a mianowicie u dzieci skrofulicznych, przy gruźliczych cierpieniach stawów i kości.

Jest to ta sama kategoria chorych, którzy są nader wrażliwi na zastrzykiwania podskórne tuberkuliny.

W przypadkach wyjątkowo silnej reakcyi widywał PIRQUET na środku grudki pęcherzyki o jasnej zawartości, które szybko przysychały.

Odczyn zaczyna się w przeciągu pierwszej doby i dosięga *maximum* niekiedy po 24 ch, zwykle po 48-u godzinach.

Reakcyje późniejsze, takie, które występowały dopiero drugiego, albo następnych dni, widywał autor tylko u starszych dzieci, które klinicznie żadnych oznak gruźliczych nie wykazywały. Zdaniem PIRQUET'a, są to przypadki ze sprawą zupełnie zagojoną.

Wobec ciężkiego charłactwa, w późnych okresach gruźlicy prosówkowej i zapalenia opon mózgowych, reakcyja stale zawodzi.

PIRQUET szczepił i dzieci i dorosłych; opiera się na dużej liczbie obserwacyi i przychodzi do wniosków ostatecznych, że jego odczyn jest, zdaje się, specyficzny, że winien wobec tego znaleźć zastosowanie kliniczne szczególnie u dzieci, nie ma natomiast wartości u dorosłych, ponieważ z wiekiem występuje zbyt często. Prawie u wszystkich mieszkańców miast możemy znaleźć ślady kiedyś przebytego zakażenia gruźliczego, co wystarcza, aby prawie wszyscy reagowali dodatnio. Jedynie wynik ujemny może mieć u nich znaczenie praktyczne.

Fakt ten łudząco przypomina doświadczenia nad wstrzykiwaniem tuberkuliny u dorosłych, które doprowadziły SCHMIDT'a do wypowiedzenia się, jakoby cała wartość próby tuberkulinowej polegała jedynie na wynikach ujemnych.

Zdanie to ma wiele słuszności w stosunku do dorosłych. Zupełnie inne, o wiele korzystniejsze dla danej metody warunki spotykamy u dzieci. Brak tutaj gruntu, na którym powstał sceptycyzm SCHMIDT'a, brak t. zw. przez NABGEL'ego formy *inactiv-latent*. W najpierwszych latach życia nie spotykamy jej niemal wcale, a i w następnych—rzadko. Wszak wiemy



o tem, że wszystkie dzieci do roku, które mają zmiany gruźlicze w jakimkolwiek narządzie, umierają bezpośrednio skutkiem gruźlicy. Śmiertelność u nich wynosi 100%. Już w drugim roku spada do 80%, w 3—4 do 70%, a odtąd powoli, aż do wieku młodzieńczego do 50%. Stwierdzają to w zupełności dane sekcyjne, które uczą, że sprawę zagojoną napotkać możemy na stole sekcyjnym tem częściej, im starsze było dziecko, w wieku zaś do lat dwu—prawie nigdy. Stąd wniosek prosty, że wczesne rozpoznanie gruźlicy u dzieci jest nader ważne, może więcej niż u dorosłych, chociażby ze względu na rokowanie i zapobieganie. Rozpoznanie sprawy swoistej oznacza tutaj przynależność nie do ogromnej większości, ale do mniejszości i to takiej, której zagraża nielada niebezpieczeństwo.

Korzystając z obszernego materiału Domu Wychowawczego, postanowiliśmy sprawdzić metodą PIRQUET'a, poznać jej wartość kliniczną. Trzymaliśmy się ściśle wskazówek autora. Instrumentarium i tuberkulinę PIRQUET'a [1 cz. alttuberkuliny KOCH'a + 1 cz. 5% carbolgliceryny + 2 cz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej] sprowadziliśmy wprost z Wiednia. Badania postmortalne robiliśmy pod kierunkiem prosektora szpitala Dz. Jezus, prof. PRZEWSKIEGO, któremu też na tem miejscu wyrażamy serdeczne podziękowanie za okazaną nam pomoc. W przypadkach makroskopowo wątpliwych uciekailiśmy do badań drobnowidzowych.

Technika metody polega na tem, że na skórę przedramienia, uprzednio umytą eterem, opuszcza się w pewnej odległości [ $\pm 6$  ctm.] dwie krople tuberkuliny. Następnie specjalnym, o tępych platynowym końcu lancetem wykonuje się ruchy wiertakowe, nie wywierając żadnego ucisku ciężarem samego narzędzia, najpierw pośrodku, dla kontroli, następnie po przez obie krople tuberkuliny. W ten sposób otrzymujemy uszkodzenie powierzchowne naskórka tak małe, że nie jest bolesne. Tuberkulina pozostaje w miejscu szczepienia przez 2—3 minuty, potem bez szkody może być usunięta. Opatrunek jest zbędny. Oglądać należy w przeciągu trzech dni następnych, lepiej jest jednak obserwować dłużej.

Szczepiliśmy ogółem 251 dzieci, w tej liczbie 198 osesków do roku, i 53 w wieku do lat dziesięciu, z wynikiem następującym:

Na 198 osesków otrzymaliśmy odczynów jednym, przy powtórnym szczepieniu—jeszcze w jednym przypadku. Razem na 198 szczepień—2 odczyny.

Sekcyjnie badanych było 35 przypadków. W tej liczbie badanie postmortalne wykazało gruźlicę w czterech przypadkach, a mianowicie:

- 1) *leptomeningitis tbc.* — za życia reagował przy pierwszym szczepieniu,
- 2) *degeneratio caseosa gland. bronchialium, enteritis tbc. ulcerosa, tbc. miliaris, leptomeningitis tbc.* — szczepiony dwukrotnie na sześć tygodni przed śmiercią, kiedy żadnych objawów mózgowych i wogóle gruźlicy prosówkowej nie było—nie reagował wcale,
- 3) *bronchopneumonia tbc. dextra*—nie reagował, i
- 4) *degeneratio caseosa gland. mesenterialium, enteritis tbc.*—nie reagował ani za pierwszym, ani za drugim razem.



Drugi przypadek dodatni [przy powtórnym szczepieniu, patrz wyżej] zginął nam z oczu: dziecko zostało oddane kobiecie wiejskiej na wychowanie w dobrym stanie.

Dzieci starszych do lat dziesięciu szczepiliśmy 53. W tej liczbie reagowało 12. Z pomiędzy tych, które nie reagowały, powtórnie szczepiono 25. Tym razem reagowało znowu dwoje, jedno sześciolatnie, klinicznie o tuberkulozę nie podejrzwane, drugie trzyletnie, z gruźlicą stawów i kości. Razem na 53 szczepienia—14 reakcy. Według wieku:

Wiek dziecka	od 1—2 roku	od 2—3 roku	od 3—4 roku	od 4—5 roku	od 5—6 roku	od 6—7 roku	od 7—8 roku	od 8—9 roku	od 9—10 r	Ogółem
Szczepiono . . . . .	16	11	8	5	6	5	1	0	1	53
Reagowało . . . . .	0	2	3	2	3	3	0	0	1	14

Dzieci, które przy pierwszym szczepieniu reagowały, przy powtórnym dały też wynik dodatni.

Najsilniej reagowały dotknięte skrofulozą, i wszystkie bez wyjątku.

Według danych klinicznych możemy to ugrupować w sposób następujący:

dzieci skrofulicznych	3,	reagowało 3
o tbc. podejrzanym	10,	" 2
gruźliczym	7,	" 3 <sup>1)</sup>
o tbc nie podejrzanym	33,	" 6 <sup>1)</sup>

Z liczby tuberkulików klinicznie pewnych nie reagowało czworo, a mianowicie:

- 1) *lymphadenitis colli tbc., conjunctivitis phlyctaenulosa,*
- 2) *bronchopneumonia tbc. sinistra,*
- 3) *pleuritis serosa sinistra tuberculosa, i*

4) *bronchopneumonia tbc. bilateralis*—stwierdzona sekcyjnie [patrz dalej].

Zmarło i było sekcyjnie badanych sześćoro dzieci, u których za życia odczynu nie otrzymano. Gruźlicę stwierdzono pomimo to w dwu przypadkach, a mianowicie:

- 1) *bronchopneumonia tbc. bilateralis, i*
- 2) *tbc. apicis dextri.*

<sup>1) 2)</sup> Jedno za drugim razem (patrz wyżej).



## II. O przyczynach błędnego rozpoznania zwężenia otworu żylnego lewego

(*stenosis ostii venosi sinistri*).

Napisał

Dr med. J. Pawiński.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 1].

Zachodzi teraz pytanie, od czego właściwie zależy to znikanie szmeru przedsurczowego?

Dla dania odpowiedzi musimy przede wszystkim wniknąć w genezę tego szmeru. Powstaje on zwykle pod koniec skurczu przedsionka, kiedy tenże z pewnym wysiłkiem resztę krwi ze swej jamy przez zwężone ujście do lewej komory wytłacza. Na początku zaś rozkurczu komory krew z przedsionka łatwo przepływa do komory, z jednej strony pod wpływem ciśnienia istniejącego w małym krwiobiegu, *resp.* w żyłach płucnych, a z drugiej pod wpływem aspiracji lewej komory, która dopiero zaczyna się napełniać krwią. Praca więc lewego przedsionka jest w tym momencie nieznaczna, a wzrasta dopiero później, pod koniec rozkurczu komory, skoro przeszkody dla odpływu krwi z przedsionka wzrastają. Stąd i szmer czysto rozkurczowy jest zwykle słabszym, wytwarza się rzadziej, gdy tymczasem przedsurczowy należy do znacznie częstszych zjawisk, jest o wiele głośniejszy i z tej przyczyny zaliczony słusznie bywa do patognomicznych dla zwężenia otworu przedsionkowo-komorowego lewego.

Z powyższego okazuje się, jak ważną rolę w powstawaniu szmeru przedsurczowego odgrywa lewy przedsionek. Siła jego pozostaje w prostym stosunku do siły skurczów przedsionka. Tym sposobem z wyczerpaniem jego energii i szmer znika, a z powrotem tejże szmer znowu wystąpić może. Wskazują na to spostrzeżenia nasze: szmer, którego w okresie hyposystolii serca nie podobna było usłyszeć, zjawia się znowu pod wpływem naparstnicy, kofeiny i innych leków tonizujących układ cyrkulacyjny. W okresie zaś dyssystolii, t. j. wyczerpania siły mięśniowej serca nie można już było wywołać szmeru przedsurczowego żadnymi lekami.

Ponieważ zaś zapas siły mięśniowej lewego przedsionka nie jest duży, z powodu cienkości jego ścian, więc też przy zwiększonych przeszkodach krwiobiegu łatwo wyczerpać się może. Stąd zanikanie szmeru. Inaczej bywa z lewą komorą; jest ona bogaciej uposażona w warstwę mięśniową, stąd też szmer skurczowy, który pozostaje w ważnej zależności od niej, przedstawia o wiele więcej stałości, mniejszym podlega waha-



niom, aniżeli szmer przedskurczowy lub rozkurczowy. Zmiany dotyczące jego utkania muszą być bardzo znaczne, aby doprowadziły do zupełnego zniknięcia szmeru. Widać to z naszych spostrzeżeń, w których szmer skurczowy występował jeszcze niekiedy w okresie dyssystolii, kiedy już o szmerze przedskurczowym nie mogło być mowy. Ostateczną przyczyną wyczerpania siły przedsionka bywa najczęściej stłuszczenie włókien mięsnych, które bądź to gołem okiem, bądź dopiero zapomocą badań mikroskopowych wykrywa się. Niekiedy znowu, jak to wykazały badania Radoszewskiego<sup>1)</sup> punktem wyjścia upadku siły mięśniowej bywają zmiany śródmięszkowe, a mianowicie rozwój tkanki łącznej - włóknistej. Zwyrodnienia włókniste, zdaniem R., są o wiele wydatniejsze w przedsionkach, aniżeli w komórkach.

Jeśli za pierwszorzędną przyczynę znikania szmeru przedskurczowego uważamy osłabienie przedsionka, to nie chcieliśmy przez to powiedzieć, aby i inne czynniki nie odgrywały pewnej roli w tym względzie. Znaczenie ich uwydatni się, skoro weźmiemy pod uwagę i inne zjawiska wysłuchowe zwężenia ujścia żylnego lewego, a więc szmer rozkurczowy, lub rozkurczowo-przedskurczowy. Zczynników tych wymienić nam też wypada mały krwiobieg [a zwłaszcza prawą komorę] i lewą komorę.

Co do 1-go. Dla utrzymania pewnej równowagi pomiędzy małym a dużym krwiobiegiem potrzebne jest w razie istnienia zwężenia ujścia żylnego, wzmoczenie działalności prawej komory. Dotyczy to głównie tego okresu choroby, w którym lewy przedsionek traci swą energię, bądźto chwilowo, bądźto na stałe wskutek zmian chorobnych swych włókien mięsnych. Zastój krwi, jaki powstaje w lewym przedsionku, odbija się naprzód na żyłach płucnych, następnie w rozgałęzieniach tętnicy płucnej i w prawej komorze. Jeśli to ostatnie nie jest w stanie przeciwdziałać wzmoczonemu ciśnieniu, istniejącemu w małym krwiobiegu, wtedy zastój krwi w przedsionku wzmaga się jeszcze więcej, bo przepada część siły *vis a tergo*. Przesionek rozciąga się jeszcze więcej, przeszkody dla jego opróżnienia zwiększają się, prąd krwi, przepływający przez zwężone ujście do lewej komory, zwalnia się, ztąd nie jest dostatecznym dla wytworzenia szmeru w okresie rozkurczu komory. Oto są przyczyny, które tłómaczą nam zniknięcie szmerów znamienych dla wady w mowie będącej w pewnym okresie choroby, pomimo, iż poprzednio istniały i pomimo, iż zwężenie zmianie nie uległo.

Niedomykalność względna zastawki trójdzielnej, jaka jest częstem następstwem wad otworu przedsionkowo-komorowego lewego, wywiera również pewien wpływ na szmery w nim powstające. Z początku niedomykalność zastawki trójdzielnej oddziałuje korzystnie na cały krwiobieg. Część krwi z prawej komórki zostaje przepchnięta do żył, do obwodowego krążenia, przez co zastój krwi w krwiobiegu płucnym zmniejsza się, siła prądu

<sup>1)</sup> Ueber die Muskelerkrankungen d. Vorhöfe des Herzens. Zeitschrift für klin. Med. t. XX VII, s. 381. Berlin. 1895.



przepływającego przez zwężone ujście wzmagają się. Wskutek tego może na nowo wystąpić szmer, który poprzednio znikł. Z biegiem jednak czasu, skoro prawa komora, wskutek nadmiernej pracy, przejdzie w stan stłuszczenia i przewyciężyć nie będzie mogła przeszkody, ulegnie coraz większemu rozszerzeniu, lewy przedsionek pozbawiony zostanie w znacznej części *vis a tergo*, stąd i prąd krwi, przepływający przez otwór żylny lewy, nie będzie dostatecznym dla wytworzenia wirów, a więc i szmerów.

Wreszcie przechodzimy do 2-go czynnika, który do opróżnienia się lewego przedsionka, a więc i do powstawania i znikania szmeru przedsurczowego lub rozkurczowego się przyczynia. Udział jego jest jednak znacznie mniejszy, niż dwóch poprzednich. Mamy tu na myśli lewą komorę, ściślej mówiąc jej siłę wysysającą. Wiadomo, że w początku rozkurczu komory, skoro komora jest dostatecznie opróżnioną, krew, z przedsionka do komory przepływa prawie własnym tylko ciśnieniem (*vis a tergo*), z małym tylko udziałem siły kurczliwej przedsionka. Skoro różnica w ciśnieniu, jakie istnieje w przedsionku lewym i w lewej komorze, będzie jeszcze większa, jak to bywa przy zwężeniu otworu przedsionka komorowego, to tem większą będzie aspiracja krwi do komory, tem łatwiej i prędszej będzie przepływała krew z przedsionka do komory. Tym sposobem będą powstawały silniejsze wiry, a więc szmery.

Jeśli jednak, bądźto wskutek zwiększonych przeszkód na obwodzie, bądź też wskutek zmian w utkaniu serca, lewa komora utraci część swej energii zapasowej, nie będzie w stanie należycie wypychać swej zawartości do układu tętniczego, wtedy siła aspiracyjna zmniejsza się również, lewy przedsionek utraci swego sprzymierzeńca, jak również odpowiednie warunki dla wywołania szmeru. Jeśli do zwężenia przyłączyła się niedomykalność zastawki dwudzielnej, to w okresie hyposystoli serca zaważy ona niekorzystnie na stan lewego przedsionka, a to wskutek zwiększenia w nim zastoju krwi [powracanie się krwi z komory do przedsionka] i przyspieszyć może asystolię serca. Niekiedy skrzepy krwi, tworzące się w lewym przedsionku, mogą również wpływać na natężenie szmerów.

Oprócz osłabienia lewego przedsionka, powstałego w ten lub inny sposób, przyczyną znikania szmerów, towarzyszących zwężeniu ujścia żylnego lewego, może być zwolnienie lub przyspieszenie czynności serca.

Wpływ zwolnienia rytmu (*bradycardia*) serca na zniknięcie szmeru rozkurczowego lub przedsurczowego najlepiej obserwować można u chorych, którym podawano przez dłuższy czas naparstnicę. Tam, gdzie przy tętnie 76 lub 80 mieliśmy bardzo wyraźne szmery, przy tętnie 46 — 42 znikają one zupełnie. Przyczynę tego zjawiska należy upatrywać w zwolnieniu prądu krwi i osłabieniu wirów, tworzących się w miejscach zwężenia. To samo spostrzeżenie się, skoro czynność serca staje się rzadszą wskutek innych powodów, np. spraw odbywających się w mózgu lub jego oponach i t. p.

Przyspieszenie czynności serca (*tachycardia*) zwłaszcza wyższego stopnia, może stać się również przyczyną zniknięcia szmerów. Naj-



jaskrawiej stwierdzić to można u chorych dotkniętych wadą otworu żylnego lewego, u których wystąpi t. z. *tachycardia paroxysmalis*. W tych razach skurcze serca odbywają się tak szybko, a fale krwi, przedostające się z jednej jamy serca do drugiej, są tak słabe, iż nie są dostateczne do wytworzenia wirów krwi, niezbędnych do powstawania szmerów.

III. Wreszcie bywają przypadki, w których brak zupełnie szmerów. Zwężenia tego rodzaju możnaby nazwać niememi, na podobieństwo francuskiego wyrażenia — „*retrecissemens aphones*”. Należą one do bardzo rzadkich i dotyczą głównie zwężeń wysokiego stopnia. Brak szmeru nie jest tu chwilowy, zależny np. od osłabienia muskulatury przedsionka, lecz stały, uwarunkowany znacznym zwężeniem otworu przedsionkowo-komórkowego.

Fakty te notowane były od dawna — już w drugim i trzecim dziesiątku ubiegłego stulecia przez angielskich klinicyстів, zwłaszcza przez ADAMS'a, później przez HENDERSON'a, FERRAL'a, FAGGE'go. Kilka bardzo pouczających przypadków wymienia także w swym podręczniku chorób serca STOKES. Z autorów naszych czasów, którzy spostrzegali podobne „n i e m e” zwężenia i potwierdzili je badaniem pośmiertnem, wymienić przedewszystkiem należy HUCHARD'a. Na 9 przypadków zakończonych śmiercią udało mu się w 4-ch za życia zrobić rozpoznanie zwężenia otworu przedsionkowo-komórkowego lewego na mocy pewnych objawów perkusyjnych i istnienia silnej duszności. We wszystkich tych przypadkach HUCHARD znalazł bardzo znaczne zwężenie otworu.

Ze swej praktyki pozwolę sobie przytoczyć analogiczne spostrzeżenie (IV) z badaniem pośmiertnem:

Pan Z. urzędnik, lat 26 liczący, zgłosił się do mnie po poradę w styczniu 1890 r. z powodu bicia serca i duszności występujących głównie przy prędkim chodzeniu. Przed 4-ma laty przechodził ostry reumatyzm stawowy.

Budowa i odżywienie średnie. Tętno 86, małe, niemiarowe, oddech w górnych odcinkach płuc zaostrozony. Tępość serca zwykła. Uderzenia wierzchołkowe słabe w 6-m międzyżebżu w linii sutkowej lewej. Tęny serca czyste, bez szmerów. Niekiedy w okolicy wierzchołka serca 2-gi ton jakby zdwojony.

Wątroba zwykłych rozmiarów. Mocz wydziela się w dostatecznej ilości, biała, ani cukru nie zawiera, kończyny dolne nie obrzękłe.

Po zastosowaniu 2-ch buteleczek *In. Digitalis ex 1,0* — 180,0 chory uczuł znaczną poprawę w oddechu — tętno stało się mniej niemiarowem, mniej częstem (około 70), pełniejszym. Szmeru żadnego nie byliśmy w stanie usłyszeć ani u wierzchołka, ani u podstawy serca, tylko zdwojenie 2-go tonu u wierzchołka serca zdawało się być wyraźniejszym, niż poprzednio. Niekiedy, zwłaszcza w okresie spokojniejszej działalności serca, ton pierwszy wydawał nam się bardzo silnym, krótkim.

W następnych latach co kilka miesięcy widywałem chorego. Objawy wysłuchowe ze strony serca nie uległy zmianie, arytmia nie ustępowała ró-



wnieź. Prowadził on życie bardzo higieniczne; od czasu do czasu przyjmował naparstnicę, przyczem czuł się stosunkowo wcale nieźle.

Później straciłem go z oczu, aż wreszcie po upływie kilku lat, w r. 1898 ujrzałem go znowu. Przybył do Warszawy po bardzo uciążliwej, przeszło 10 dni trwającej podróży z Kaukazu, gdzie ostatnio dla klimatu przebywał. Narzekał na bardzo silny ból w lewym boku, który nagle, przed kilku dniami w wagonie, wystąpił z silną dusznością i kaszlem. Noce spędzał bezsenność, nie mogąc kłaść się do łóżka z powodu duszności. Już na kilka tygodni przed wyjazdem z domu czuł się niedobrze, męczył się bardzo łatwo przy wszelkim ruchu.

Na twarzy sinica. Tętno około 140—150, mocno niemiadowe. W dolnych odcinkach płuc liczne rżżenia wilgotne (obrzękowe). Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym: prawa granica przy prawym brzegu mostka, lewa przechodzi linię sutkową lewą. Górna znajduje się na 4-em żebrze. Skurcze serca mocno niemiadowe, szmerów wszakże na całym *praecordium* nigdzie nie słyhać.

Żyły szyjne powierzchowne rozszerzone. Oddychanie pracowite, częste. Plwocina śluzowa, nieco pienista. Brzuch wzdęty, przepona ku górze przesunięta. Śledziona znacznie powiększona, wyczuwalna w lewym podżebrzu.

Mocz bardzo skąpy, wydziela się w ilości 400—500 ctm. sz. na dobę, zawiera białko w ilości 1‰ i dużą ilość moczanów. Oddziaływanie mocno kwaśne.

Zastosowano środek czyszczący (*Inf. Sennae comp.*) podskórne zastrzykiwanie kofeiny, kamfory, synapisma, bańki suche na plecy. Pozycja siedząca.

Skoro po kilku dniach pod wpływem spokoju i tylko co przytoczonych środków, stan chorego uległ poprawie, przeszliśmy do naparstnicy, która zawsze bardzo korzystnie na chorego wpływała.

I tym razem po kilku dniach jej użycia obok środków podniecających, osiągnęliśmy bardzo pomyślny wynik. Przedewszystkiem duszność zmniejszyła się znacznie, chory mógł już noce przepędzać w łóżku, rytm serca stał się więcej miarowym. Tępość serca uległa zmniejszeniu. Tętno ciągle czyste, bez szmerów, niekiedy tylko przy zwolnieniu czynności serca występuje zdwojenie 2-go tonu, przy szybszym rytmie słyhać w okolicy wierzchołka serca jakby rytm cwałowy. Jednocześnie sinica z twarzy ustąpiła, wątroba zmniejszyła się wyraźnie, diureza wzmożła się znacznie, dobową ilość moczu dochodziła do 2 litrów. Ilość białka zmniejszyła się do 0,5 *pro mille*.

Po kilku tygodniach pobytu w Warszawie i kilkorazowym użyciu naparstnicy stan chorego poprawił się tak znacznie, iż bez obawy pozwoliłem mu wyjechać z powrotem na Kaukaz. Tam wśród bardzo sprzyjających warunków klimatycznych nad brzegiem morza Czarnego (Suchum) i przy szanowaniu się wielkiem przebył 3 lata w bardzo dobrym stanie, używając od czasu do czasu naparstnicy.



W tym okresie czasu widziałem chorego w Warszawie. W sercu nic się nie zmieniło, arytmia istniała, tępość serca była nieco powiększona. Szmerów żadnych i wówczas nie byłem w stanie skonstatować. Tylko sinica występowała łatwiej, niż dawniej przy wszelkim ruchu.

Po pewnym czasie chory dostał influenzy z zajęciem dróg oddechowych, rozwinęło się zrazikowe zapalenie płuca lewego. Niedomoga serca szybko postępowała, która go też o śmierć przyprawiła.

Badanie pośmiertne wykazało co następuje: zapalenie i obrzęk lewego płuca, serce mocno powiększone w wymiarze poprzecznym. Lewa komora stanowi jakby mały dodatek do prawej, jama jej zmniejszona. Otwór przedsionkowo-komorowy silnie zwężony, przepuszcza zaledwie średniej grubości ołówek, brzegi zastawki nieco zgrubiałe. Przesionek lewy mocno rozszerzony. Podobnież i prawy. Prawa komora w stanie przerostu. Mięśnie brodawkowe zgrubiałe, w części stłuszczone. Jama powiększona. Cała komora wygląda więcej na przerośniętą lewą, niż na prawą. Ujście żyłne prawe nieco rozszerzone. Tętnica płucna rozszerzona, na wysokości zastawek obwód jej wynosi 9 ctm., aorty zaś tylko 7½ ctm. Zastawki półksiężycowe obu tętnic żadnych zmian nie przedstawiają.

Wątroba muszkatolowa z rozrostem tkanki łącznej, śledziona powiększona, w górnej jej części odbarwiony stary zawał, formy klinowatej, wielkości orzecha włoskiego. Nerki cyanotyczne, nieco zmętniałe.

Z powyższego okazuje się, że sekcya potwierdziła nasze rozpoznanie za życia chorego zrobione. W dyagnozie kierowaliśmy się, wobec braku cech wysłuchowych, przede wszystkim działaniem korzystnym naparstnicy. Wpływ leku tego na duszność, arytmie, wydzielinę moczu, był każdym razem tak znakomity, jak tylko w wadach otworu żylnego lewego spostrzegać się daje. Tego zwykle nie bywa przy przewlekłym zapaleniu mięśnia sercowego (*myocarditis*), do którego obraz chorobny był bardzo podobnym.

Na zakończenie podnieść należy okoliczność, iż chory, pomimo tak znacznego zwężenia, cieszył się przez długi przeciąg czasu względem zdrowiem. Oczywiście, że higieniczny sposób życia, dostatni byt materyalny, pozwalający na wszelkie wygody życiowe i przebywanie w klimacie łagodnym, — odgrywały ważną rolę w tej sprawie.

[D. n.].



III. Z PRACOWNI SANATORYUM W ZAKOPANEM.

## Badania krwi według metody Arneht'a u chorych na gruźlicę ze stanowiska klinicznego.

Podali

Dr K. Dłuski i M. Rospędzikowski.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 1).

ARNETH podaje cały szereg chorób zakaźnych, w których znalazł stosownie do przyczyn wyżej podanych mniej lub więcej ciężkie zaburzenia w prawidłowym układzie ciałek neutrofilnych, a mianowicie w durze brzuszny, we włóknikowym zapaleniu płuc, w płonicy, w ostrym goścu stawowym i t. d. Zatrzymywać się jednak nad tem dłużej nie możemy, przekraczałoby to bowiem ramy naszej pracy.

Przechodzimy teraz do badań krwi specjalnie w gruźlicy. W chorobie tej, bardziej niż w innych układ neutrofilny krwi, pomimo częstokroć dobrego obrazu klinicznego, doznaje wybitnych zmian na gorsze. Na tę właściwość gruźlicy kładzie silny nacisk ARNETH, uważając ją ze stanowiska neutrofilnego układu krwi za chorobę wybitnie zakaźną. Wogóle na zasadzie badań swoich dzieli ją ARNETH na dwa duże działy: z jednej strony—ogólna prosówka, z drugiej rozmaite postaci gruźlicy płuc, a mianowicie: forma ostra i podostrawa z wysokimi gorączkami, przewlekła bezgorączkowa, z dobrym stanem ogólnym, lub przewlekła z powolnie tworzącymi się dużymi jamami przy bardzo złym stanie ogólnym.

Prosówka z tego względu zajmuje zupełnie odrębne stanowisko, że będąc wywołana przez masowe wtargnięcie prątków Koch'a do obiegu krwi, daje stale wybitnie zmieniony na gorsze obraz krwi z równoczesnem zmniejszeniem się ogólnej liczby białych ciałek. Dzieje się to wskutek tego, że ustroj, będąc zaatakowany nie na jednym punkcie, a na całej linii, zmuszony jest dla samoochrony rzucić do walki możliwie największą ilość najlepszych swych sił, to jest najbardziej zróżniczkowane, wielojądrzaste ciała neutrofilne, które, jak twierdzi ARNETH, zawierają przy rozpadzie swym największą ilość antytoksyn.

Ciała te więc, dla obrony ustroju przed masowem wtargnięciem laseczników Koch'a do ogólnego obiegu krwi, muszą, rzecz naturalna, ginąć także masowo, a więc w rozmiarach znacznie większych, niż w innych formach zakażenia ustroju, miejsce zaś ich zajmują pokolenia młodsze, wytwarzane stale dzięki nieustającej, a w takich razach wzmożonej czynności organów krwiotwórczych. Ostatecznem więc następstwem będzie w rozsianej prosówce zupełne przesunięcie się obrazu neutrofilnego na lewo.



Jako przykład tego przytaczamy jedno z badań ARNETH'a <sup>1)</sup>).

I		II				III				IV				V i wyżej							
M	W	I	2K	2S	1K	4S	3K	3S	2K	1S	2S	1K	4K		4S	3K	1S	3S	1K	2K	2S
1	—	39	2	25	29	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40%		56%				4%				0				0							

Dla uzupełnienia obrazu dodajemy do tego, że liczba ogólna ciałek białych wynosi 2,500, a więc znacznie niższa od prawidłowej. Jak wyżej wspomnieliśmy, prosówce stale towarzyszy hypoleukocytoza. Z tego powodu zauważyć należy, iż w badaniach swych ARNETH nie stawia swego schematu neutrofilnego, jako rzecz nie mającą związku z ogólną liczbą białych ciałek. Przeciwnie, zaznacza, że między jednym a drugim zachodzi ścisła łączność, mająca jedne i te same ogólne przyczyny. W prosówce, na przykład, jak twierdzi ARNETH, masowe niszczenie ciałek białych przez laseczniki odbywa się w tak dużych rozmiarach, że organy krwiotwórcze nie są w stanie ubytku tego pokryć, to zaś pociąga za sobą zmniejszenie się ogólnej liczby wszystkich białych ciałek.

Z tego powodu przypominamy podział, jaki wprowadził ARNETH przez skombinowanie obrazu neutrofilnego z ogólną liczbą ciałek. Stan, w którym normalnemu obrazowi krwi towarzyszy normalna liczba leukocytów, za jaką wórew innym autorom uważa ARNETH liczbę 5000—6000, nazywamy izonormoleukocytozą.

Analogicznie do tego możemy mieć izo-hypo-, izo-hyperleukocytozę z drugiej strony anisonormocytozę, anizohyper- i anizohypoleukocytozę.

Badania ARNETH'a nad układem krwi w chorobach zakaźnych, a specjalnie w gruźlicy, skłoniły nas do przeprowadzenia badań w sanatorium dla celów klinicznych. Chodziło nam głównie o sprawdzenie, o ile w rzeczywistości zmiany w obrazie krwi odpowiadają obrazowi klinicznemu choroby, a także o ile na podstawie zmian w układzie krwi można było w przebiegu sprawy chorobnej wyciągnąć pewne wnioski, co do rokowania na przyszłość. Materiał nasz dotyczy 30-u osób, z których 29-u chorych na gruźlicę jedna

<sup>1)</sup> Die neutrophilen weissen Blutkörperch. ARNETH, str. 147 przypadek Nr. 66 Georg.



Tadensz K. Nr. 30.

I		II			III				IV				V i wyżej	U W A G I							
M	W	I	2 K	2 S	1 K	1 S	3 K	3 S	2 K	1 S	1 K	4 K	4 S		3 K	1 S	3 S	1 K	2 K	2 S	—
—	—	6	—	23	18	4	11	10	14	3	—	3	—	—	—	—	—	8	—	—	27. IX. 1907 r.
1,9%		41%			39%				14%				—	6 200 leukocytów.							



zaś osoba zdrowa, jako jednostka porównawcza. Liczba wszystkich badań razem wynosi 86.

Załączony wzór, dotyczy zdrowego 38-letniego służącego w sanatorium. Badanie zarządzone na czczo wykazuje obraz bardzo nieznacznie uchylający się od prawidłowego wzoru, gdyż zawiera zaledwie o 7% więcej w pierwszych dwu klasach, gdy jak wyżej zaznaczyliśmy, wahanie normalnego układu krwi może zachodzić w granicach 15%. [Patrz tabl. na str. 36.]

Nim przejdziemy do oceny naszych badań, uważamy za właściwe poświęcić kilka słów i ich stronie technicznej. W przeprowadzaniu badań trzymaliśmy się ściśle wskazówek, podanych przez ARNETH'a. Celem uniknięcia nieścisłości, jaka mogłaby się dostać do badań naszych z powodu leukocytozy pokarmowej, niemal wszystkie badania nasze przeprowadzone były u chorych na czczo. Wielką uwagę zwracaliśmy na liczbę ogólną leukocytów, którą wyprawdzaliśmy, jako przeciętną z 6 u obliczeń kamery aparatu ZEISSNER'a.

Barwienie preparatów odbywało się zgodnie ze wskazaniami ARNETH'a triacidem EHRLICH'a. Aczkolwiek nie możemy odmówić słuszności zarzutom, kierowanym przeciwko używaniu tego barwika, a podnoszonym przez ŻELEŃSKIEGO i cytowanych przez niego autorów, że barwik ten nie wykazuje bardzo subtelnych ciałek [chromatynowych], łączących niekiedy ze sobą po szczególne jądra, to jednak uważamy, że własność taka używanego przez nas barwika może być prędyżej jego zaletą, niż wadą. Zatrzymuje bowiem naszą uwagę jedynie na rzeczach ważnych i zasadniczych, nie zajmując jej zbyt nie nie znaczącymi szczegółami. Nie przypuszczamy bowiem, ażeby można było uważać leukocyt np. klasy III o wyraźnie zróżniczkowanych 3-ch jądrach, jako należący do klasy niższej dlatego tylko, że jądra jego połączone są między sobą bardzo subtelną, pajęczą niemal nitką. Nitka taka w żadnym razie nie wydaje się być częścią istotną jądra, lecz raczej jego resztą, wskazującą na wspólne pochodzenie jąder, które powstały drogą podziału jednego jądra macierzystego. Jest to linia, po której podział ten się odbywał, a który pomimo nitki tych należy uważać, jako już dokonany. Wychodząc z takich założeń, uważaliśmy używanie triacidu, chociaż trudniejsze do obliczeń i bardziej nużące dla oka, za najodpowiedniejsze i stosowaliśmy go do wszystkich preparatów.

[D. c. n.].

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 4. O surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.

Dr. G. SCHENKER w 39-u przypadkach gruźlicy stosował surowicę MARMORKA przeważnie *per rectum*. Wnioski, do jakich dochodzi, zachęcają do dalszej pracy w tym kierunku. Autor sądzi mianowicie, iż surowica MARMORKA



posiada działanie antytoksyczne: pod jej wpływem liczba laseczników gruźliczych w płwocinie (w gruźlicy płuc), a także w moczu (w gruźlicy pęcherza i nerek) zmniejsza się, względnie znika zupełnie. Najskuteczniejsze działanie wywiera surowica w gruźlicy płuc I-go i II-go stopnia (według podziału TURBAN'a), jak również w gruźlicy kości i otrzewnej. W lekkich przypadkach możemy stosować surowicę ambulatoryjnie.

Co się tyczy daleko posuniętej gruźlicy (III stopnia), jakkolwiek wyleczenia, rzecz prosta, autor nie osiągał, jednakże twierdzi, iż dzięki surowicy udawało mu się powstrzymać czasowo sprawę chorobną. W każdym razie surowica wywierała wpływ daleko skuteczniejszy, aniżeli wszelkie inne stosowane przez autora środki (rozmaite przetwory kreozotu i ich pochodne, hetol, nowa tuberkulina KOCH'a, tuberkulina BERANECK'a). To też zdaniem autora, surowicę należy stosować również i w przypadkach ciężkich, jeżeli istnieje choć jakakolwiek nadzieja poprawy.

Im cięższą i uporczywszą jest sprawa chorobna, tem dłużej powinna być stosowana surowica. Ogłaszane jakoby złe wyniki takiego leczenia tłumaczą się prawdopodobnie zbyt wczesnem zaprzestaniem lub nieprawidłowem stosowaniem surowicy. I w zakażeniach t. zw. mieszanych pod wpływem surowicy w wielu przypadkach następowała poprawa choć powolniej i rzadziej, aniżeli w przypadkach czystej gruźlicy. Tam, gdzie sprawa chorobna zaszała zbyt daleko, gdzie wywołała już głębsze zmiany licznych narządów, od surowicy, rzecz prosta, możemy się spodziewać niewiele.

Surowica MARMORKA, stosowana *per rectum*, nie wywiera żadnego szkodliwego działania ubocznego; nawet dzieci znoszą ją dobrze i w przeciągu dłuższego czasu. Niestety, cena surowicy jest dotychczas zbyt wysoka, ażeby środek ten mógł znaleźć zastosowanie *in praxi pauperum*. Co się tyczy samego leczenia surowicą, autor stosował ją, jak wzmiankowałem powyżej, po większej części *per rectum*, gdyż ten sposób okazał się najlepszym. Jednorazowa dawka wynosiła 5 do 10 c. sz. Stosowana była taka dawka 3 do 6 razy tygodniowo. Ogólna liczba dawek u jednego chorego wynosiła od 8 do 76; przeciętnie 31.

Czas trwania kuracyi u autora wynosił od 16 do 215, przeciętnie 69 dni. Nie potrzeba dodawać, iż obok leczenia surowicą należy zwrócić baczną uwagę na dobre żywienie i należyte warunki higieniczne chorego. W końcu swojej pracy autor zastrzega, iż bynajmniej nie uważa omawianej surowicy za środek *non plus ultra*. Surowica MARMORKA jest tylko, zdaniem autora, dużym krokiem naprzód w walce z gruźlicą. Otrzymywać surowicę można w laboratorium prof. MARMORKA, rue de Longschamps 72 à Paris—Neully.

Również z pochwałą o surowicy MARMORKA odzywa się WOHLBERG, który stosował surowicę w 16-u ciężkich przypadkach gruźlicy i zauważył dodatni wpływ jej na stan ogólny chorych.

CHARLES MONOD podaje przegląd obszernej literatury, dotyczącej danego przedmiotu. Według statystyki docenta uniwersytetu sztokholmskiego LEWIN'a, obejmującej dużą liczbę spostrzeżeń, wpływ surowicy można wyrazić w następujących cyfrach:

Wśród chorych, którzy otrzymali 17 i więcej dawek, skonstatowano w 65% przypadków znaczną poprawę; 25% pozostało bez zmiany; w 10% sprawa chorobna postępowała naprzód.

Drugą kategorię stanowią ci chorzy, którzy otrzymali od 10-u do 12-u dawek; wśród tej kategorii chorych znaczną poprawę skonstatowano u 40%; stan pozostał *in statu quo* w 44% i w 16% choroba postępowała naprzód pomimo surowicy. Ciekawą jest następująca tablica, która podaje liczbową ocenę działania surowicy na poszczególne objawy chorobne.



Poprawa mianowicie dotyczyła:

	I kategoria	II kategoria
stanu ogólnego w	75%	56%
apetytu	30%	27%
uczucia duszności	63%	50%
objawów opukowych	25%	11%
objawów wysłuchowych	38%	35%
gorączki	38%	33%
wagi ciała	38%	56%
plwociny (zawartość laseczn.)	75%	44%

Z tablicy tej widać, iż surowica MARMORKA wywiera wpływ dodatni przede wszystkim na stan ogólny i na zawartość laseczników w plwocinie. Następnie stosunkowo łatwo ustępuje pod wpływem surowicy uczucie duszności. Najtrudniej zmniejszają się objawy opukowe. Zestawiając dane licznych autorów, MONOD sądzi, iż działanie surowicy MARMORKA należy uważać za swoiste; z tego jednakże bynajmniej nie wynika, że każdy przypadek gruźlicy może być bezwarunkowo przy pomocy surowicy wyleczony. Surowica wywiera swoje działanie przeważnie w przypadkach lekkich, w początkowych okresach choroby i przytem pod warunkiem dłuższego jej stosowania; tego ostatniego nie należy się obawiać, gdyż surowica nie wywiera żadnego szkodliwego działania.

(*München. medicin. Wochenschrift* r. 1907 N. 43. *Berliner klinische Wochenschrift* r. 1907 N. 46. *Klinisch-therapeutische Wochenschr.* N. 7 r. 1907).  
W. Breszel.

#### 5. Dalsze spostrzeżenia nad odczynem ocznym Calmette'a.

Doświadczenia CALMETTE'a, rzecz prosta, wzbudziły wielkie zainteresowanie wśród świata lekarskiego i są obecnie przedmiotem licznych badań w wielu klinikach i szpitalach. O ile pierwsze spostrzeżenia były bardzo zgodne i entuzjastyczne, już teraz zaczyna się dysonans.

F. LEVY na posiedzeniu lekarskiem w Berlinie podaje, iż z pośród badanych przez niego chorych w przypadkach niewątpliwej gruźlicy odczyn występował w 85%; w przypadkach podejrzanych o gruźlicę — w 60%; wreszcie u osobników niegruźliczych — w 6%. Autor zapuszczał do worka spojówkowego 2% owy roztwór starej tuberkuliny, a gdy reakcyi nie było — roztwór 4%-owy. Silny odczyn jakoby ma dawać rokowanie pomyślniejsze, ani słaby. Występowanie reakcyi nie pozwala z wszelką pewnością twierdzić, iż w danym przypadku mamy do czynienia z gruźlicą, gdyż u wielu ozdowieńców po tyfusie, a także w przypadkach ciężkiej cukrzycy, gdzie sekcyja nie wykazała żadnych zmian gruźliczych, odczyn CALMETTE'a wypadł dodatnio.

Na tem samym posiedzeniu STADELMAN i WOLFF EISNER, porównując skórny reakcyę PIRQUET'a i oczną CALMETTE'a (resp. WOLFF'a—EISNER'a), sądzą iż obie te reakcyje powinny być stosowane jednocześnie, gdyż dopełniają się one niejako nawzajem. Oczna reakcyja posiada większe znaczenie kliniczne, ponieważ wykazuje w ustroju czynne ognisko chorobne, gdy tymczasem reakcyja skórna daje wynik dodatni i w przypadkach gruźlicy ukrytej, kiedy np. ognisko chorobne jest otorbione.

Z tym ostatnim poglądem zgadza się także i CARLOS MAJNINI. Spostrzeżenia jego obejmują 303 przypadków; z tych 203 dotyczy reakcyi skórnej; 100 — reakcyi ocznej. Ze spostrzeżeń tych wynika, iż obie reakcyje wypadają dodatnio we wszystkich przypadkach niewątpliwej gruźlicy, z wyjątkiem tych, w których choroba znajduje się już w ostatecznym okresie swojego rozwoju. Co



się tyczy jednakże swoistości owych reakcyi, to jakkolwiek jest ona prawdopodobną, dotychczas jednakże nie jest dowiedziona.

WIENS i GUENTHER (z klinik wrocławskich) podają, iż zapuszczanie tuberkuliny do worka spojówkowego bynajmniej nie jest zabiegiem tak niewinnym, jak to dotychczas powszechnie mniemano. Stosowania tego zabiegu należy bezwarunkowo zaniechać we wszystkich tych przypadkach, w których mamy do czynienia z przewlekłym nieżytem spojówek choćby w najłżejszej formie.

KLIENEBERGER wreszcie przytacza dwie uwagi krytyczne: 1) zdaniem jego, w metodzie powtórnego zapuszczania do jednego i tego samego oka rozmaitej koncentracji roztworów tuberkuliny (jak to robią niektórzy badacze) tkwi błąd zasadniczy, gdyż w wypadkach takich następuje nadmierna wrażliwość spojówek; 2) zdarzają się przypadki gruźlicy, w których nie otrzymujemy reakcyi CALMETTE'a, tymczasem więc nie możemy się zapatrywać na ową reakcyę, jako na metodę rozpoznania różniczkowego.

(*München med. Woch.* 1907. Nr. 52 i 53).

W. Breszel.

### 6. E. Schenck i G. Seiffert. Rozpoznawcze znaczenie odczynu ocznego w gruźlicy.

Odczyn oczny CALMETTE'a w gruźlicy, jak wiadomo, polega na tem, iż po zapuszczeniu do worka spojówkowego chorych na gruźlicę 1 kropli 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ego roztworu wysuszonej i strąconej zapomocą alkoholu tuberkuliny, występuje po kilku godzinach silna reakcyja spojówki. Reakcyja ta, według CALMETTE'a, ma być swoistą. Spostrzeżenia CALMETTE'a wkrótce sprawdził COMBY, a następnie DUFOUR i obaj przyszli do wniosku, iż u chorych na gruźlicę dzieci zawsze występował wspomniany odczyn.

SCHENCK odczyn ten wypróbował na 100 chorych: z tych u 28-u była niewątpliwa gruźlica; u 20 u było tylko podejrzenie na gruźlicę, u 52-ch zaś gruźlica zdawała się być wykluczoną. Autor zapuszczał 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-wy roztworu starej tuberkuliny (*Alt-tuberkulin Höchst*) w 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-owym roztworze kwasu borowego; przy braku odczynu zapuszczaną była kropla 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ego ewentualnie 4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ego roztworu. Wyniki tych doświadczeń widać z następującej tablicy:

	Reakcyja występowała					Nie było żadnej re- akcyi
	wogóle	na 1 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> T. B.	na 2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> T. B.	na 1 + 2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> T. B.	na 4 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> T. B.	
U pierwszej kategorii chorych 100 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> . . .	96,4 resp. (Niewątpliwie gruźlica).	78,57 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	14,3 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	92,87 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	3,60 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	3,6 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> resp. 0 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
U drugiej kategorii (podejrzenie na gruźlicę) . . .	75 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	30 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	30 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	60 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	15,0 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	25 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
U trzeciej kategorii (gruźlica wykluczona) . . .	50 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	5,77 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	21,15 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	26,92 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	23,05 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	50 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>



U jednego z chorych 1-szej kategorii nie mógł być wypróbowany 4%-owy roztwór tuberkuliny, gdyż chory ten zmarł. Jeżeli więc nie będziemy przyjmowali pod uwagę tego niedokończonego właściwie spostrzeżenia, okaże się, że z pomiędzy 27 u chorych na gruźlicę, u wszystkich występował odczyn CALMETTE'a. Na zasadzie swoich spostrzeżeń autor zaleca odczyn oczny, jako wczesny środek rozpoznawczy w gruźlicy który ze względu na łatwość wykonania i nieszkodliwość powinien być dalej próbowany, a wrazie również pomyslnych wyników powszechnie stosowany.

CITRON i EPPENSTEIN również zapuszczali 1%-owy roztwór tuberkuliny do worka spojówkowego chorych. Spostrzeżenia CITRON'a obejmują 226, a EPPENSTEIN'a — 90 przypadków. Wyniki spostrzeżeń przedstawiają się jak następuje:

	Odczyn występował	
	CITRON	EPPENSTEIN
u 1-szej kategorii chorych	80,64%	72,35%
u 2-giej kategorii chorych	80,00%	40,00%
u 3-ciej kategorii chorych	2,20%	0,00%

(*Münchener. med. Wochenschrift* r. 1907 N. 46).

(*Wraczebnaja Gazieta* r. 1907 N. 29).

W. Breszel.

## Wiadomości bieżące.

— Ze skasowaniem Rady Dobroczynności Publicznej i z przejściem szpitali warszawskich pod zarząd Magistratu miasta zaczyna się, jak można się spodziewać, dla szpitalnictwa naszego nowa era; szpitale pozbywają się nareszcie ostatnich cech instytucji średniowiecznych, z jakich powstały, mianowicie cech pozornych zakładów filantropijnych i stają w szeregu urzędów życia nowożytnego.

Dla społeczeństwa naszego jest to chwila o ważnym znaczeniu kulturalnym i pedagogicznym, ponieważ w pojęciach wielkich mas jego sprawy, dotyczące zdrowia zarówno osobniczego, jak i publicznego, osłania jeszcze dotąd dużo pozostałości mistycznych, dzięki którym choroba uważaną bywa za karę niebios lub nie-szczęście. To też dotąd w budżecie wydatków większości współobywateli naszych nie znajdujemy pozycji na wypadek choroby; nie figuruje też ta sprawa w gospodarstwie naszych miast, które—zachowując dla wielu jedynie nadzór administracyjny—opiekę nad chorymi i leczenie szpitalne pozostawiają na łasce dobroczynności.

Odbicie tych poglądów widać i w stosunkach publiczności do lekarzy, mianowicie w sposobie wynagrodzenia pracy lekarzy, której nie ocenia się według ogólnych zasad, ale opłaca się, jakby półobowiązkowo, dodatkowo, dając „honorarium” „co łaska” prawie. Toż samo widać i w tej, bezceremonialności, z jaką publiczność nawet klas oświeconych nie wstydzi się przyjmować porad lekarskich bezpłatnie, bez poczuwania się do obowiązku wynagrodzenia tej pracy na równi z pracą innego rodzaju.

Wina utrzymywania się takich poglądów i stosunków spada przeważnie na lekarzy samych, którym schlebiała długo aureola dobroczyńców ludzkości, noszona



bez zhytniego poświęcenia—przy pełnych kieszeniach—w spuściznie owych bardzo dawnych czasów, kiedy leczeniem zajmowali się wodzowie, kapłani, królowie.

W czasach nowszych, w miarę zwiększania się liczby lekarzy i pogarszania się warunków ich bytu, kiedy wymagania filantropii zaczęły już ciążyć, brak odwagi cywilnej wstrzymywał od wypowiedzenia walki niczem nieuzasadnionemu przesądowi społecznemu, jakoby adepci sztuki lekarskiej z natury swęgo zawodu powinni składać z pracy swej większe ofiary na ołtarze miłosierdzia niż inni obywatele.

Jak głęboko zakorzeniony jest ten przesąd i jak go dotąd podtrzymają sami lekarze, świadczą niektóre instytucje pomocy lekarskiej, utrzymujące się obecnie przez oparty na nim udział bezinteresowny lekarzy.

Mamy tu na myśli pracę lekarzy w szpitalach, w różnych ambulatoriach, gdzie na nią patrzą jako na rzecz zwykłą i tak łatwą do otrzymania, że ta sprawa nie przedstawia nigdy trudności dla inicjatorów podobnych instytucji—wobec niewyczerpującego się źródła „znanej“ filantropii lekarzy.

Czy jednak z takim zaofiarowaniem swej pracy lekarze śpieszą powodowani rzeczywiście filantropią? Pozwalamy sobie wątpić, nawet jesteśmy przekonani, że wspierają się oni innymi względami, jak chęcią zetknięcia się z publicznością, nadzieją wyrobienia sobie nazwiska, widokami praktyki, przy jednoczesnem doskonaleniu się w swej sztuce. Nie mamy tu nic do zarzucenia takiemu postępowaniu lekarzy; dowodzi ono jednak naginania się do panujących poglądów i nienależytego oryentowania się w odnajdywaniu istotnych dróg w walce o byt, w której oczywiście ocena wartości pracy musi przedewszystkiem wynikać z własnego przekonania podających ją. Dopóki lekarze sami nie będą się upominać o postawienie ich pracy na równi z pracą innych zawodów, dopóki przez fałszywy wstyd i brak odwagi cywilnej nie zaprotestują przeciw obecnym stosunkom, będą w dalszym ciągu wyzyskiwani prywatnie i publicznie.

Nawet tam, gdzie praca lekarza otrzymuje nominalnie wynagrodzenie, np. na posadach lekarzy szpitalnych, na służbie państwowej, wysokość tegoż jest tak mała, że rażąco odbija od wynagrodzenia pracy zawodowej w innych gałęziach. Pomimo pięciokrotnie już może przez ten czas zwiększonych cen wszelkich potrzeb życiowych, pensje ordynatorskie pozostają dziś na wysokości etatów z 1842 roku. Jeżeli sfery właściwe nie kłopotą się o to, to oczywiście dlatego, że lekarze nie pohnosili tej kwestyi z dostateczną stanowczością, nie upominali się o swoją należność, pozwalając na utrzymywanie się zdania, że lekarze żyją z praktyki prywatnej, obowiązki zaś w szpitalach spełniają dla filantropii lub nauki.

Widzimy więc, że i tu praca lekarza nie ocenia się w sposób zwykły, w stosunku do jej wartości dla społeczeństwa, a nawet wprost wyzyskuje się świadomie.

Jeżeli dziś łatwiej o liczbę lekarzy, potrzebną do obsadzenia szpitali, niż przed 60-u laty i cyfra dajmy na to 1500—2000 rubli, odpowiadająca 300 z r. 1842, może się wydać wysoką, to nie należy zapominać, że praca lekarza szpitalnego w naszych czasach w porównaniu z przed pół wiekiem stała się o wiele cięższą. Aby należycie mógłby spełniać jest ona tak wielką, że pojedynczy ordynator nie jest w stanie jej spełnić albo wcale, jak na oddziałach chirurgicznych, albo z ogromną stratą czasu, żeby w wprost nie uniemożliwiało mu praktykują prywatną z której żyć musi.

To też znajdujemy dziś na wszystkich niemal oddziałach szpitalnych lekarzy, ktośzy w charakterze t. zw. asystentów dopomagają ordynatorom w spełnianiu ich obowiązków. Praca ta odbywa się zupełnie bezpłatnie. Na niewłaściwość tego stosunku zwracali niejednokrotnie uwagę ordynatorzy szpitalni, mogący najlepiej ocenić jej wartość. Pomimo to nie żenowano się przyjmować tej pracy darmo, a sfery, od których to zależało, usprawiedliwiały się twierdzeniem, że lekarze ci odnoszą korzyści ze swych zajęć, doskonaląc się przy boku starszych kolegów.



Zapomniano jednak, że na te przygodne uczelnie i pracę nauczycieli nie dawano ani szeląga.

Zresztą czyż owo doskonalenie się może być brane w jakimkolwiek stosunku do otrzymywanych przez szpitale usług.

W szpitalach angielskich, gdzie kształcą się przyszłe dozorcynie chorych, uczennice już w drugim roku nauki otrzymują od szpitali wynagrodzenie i utrzymanie.

Przytoczyliśmy przykłady, dowodzące, że w społeczeństwie naszym poglądy na pracę lekarza są inne, niż przy ocenie pracy innych zawodowców. Jak mniemamy, pochodzi to z utrzymującego się z zamierchłej przeszłości przesądu o obowiązkach lekarzy do większych ofiar na ołtarzu filantropii, niż je mają składać inni obywatele. Pomimo to, iż lekarze dawno już nie poczuwają się do tej przymusowej ofiarności, to jednak nie starają się dotąd dać tego poznać otwarcie ogółowi i wystąpić z protestem.

Chwila obecna, kiedy szpitale nasze przechodząc w zakres spraw miejskich, tracą swą przestarzałą nazwę instytucji dobroczynnych, jest właśnie chwilą odpowiednią dla lekarzy do zaznaczenia, że żegnają się z tytułem filantropów z zawodu, że pragną, aby praca ich była oceniana nadal zgodnie z prawami ekonomii, obowiązującymi ogólnie. Oświadczenie to dla wiadomości ogółu specjalnie zwraca się pod adresem magistratu. Powinien on być świadom, że przyjmując na siebie ciężki obowiązek utrzymania szpitalnictwa, bierze go ze wszystkimi konsekwencjami. Oprócz dostarczenia miastu odpowiedniej liczby łóżek szpitalnych, poprawy warunków życia i obsługi chorych, dostarczenia środków do postawienia lecznictwa szpitalnego na wysokości wymagań nauki, oprócz tych ważnych zadań czeka magistrat i sprawa uregulowania wynagrodzenia lekarzy, odpowiednio ich pracy i zgodnie z wymaganiami życia współczesnego. Czy ta ostatnia sprawa wzięta będzie pod uwagę przez wydział magistratu, zajmujący się szpitalnictwem? Wątpimy, przynajmniej dla doby bieżącej. W exposé inspektora szpitali co do koniecznych zamierzeń w zakresie szpitalnictwa, kwestya ta została zupełnie pominięta zgodnie z tradycją bylejsz Rady Dobroczynności Publicznej. Trzeba przeto, aby lekarze sami się o siebie upominali!

— Towarzystwo pomocy lekarskiej i opieki nad nerwowymi i umysłowo chorymi ogłasza, że od 1-go kwietnia 1908 r. wakować będzie w zakładzie dla umysłowo chorych w Drewnicy posada dyrektora z pensją 1200 rub. i 600 rub. funduszu żywnościowego. Bliższych szczegółów udziela kancelarya [Chmielna 60 m. 5], dokąd należy nadesłać zgłoszenia do dnia 1-go marca 1908 r. Do podań dołączać należy curriculum vitae oraz odbitki prac naukowych kandydata.

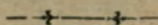
---

SPROSTOWANIE. W Nr. 1-ym na str. 14-ym, wiersz 12 od dołu, opuszczono po mlg.—substancyi czynnej tuberkuliny.

---



## NEKROLOGIA.



# Ś. p. Władysław Kryże.

Dnia 4-go b. m. zmarł w Warszawie dr Władysław Kryże, lekarz naczelny kolei Nadwiślańskich. Ś. p. Kryże urodził się w Białej Siedleckiej w r. 1839, gimnazjum ukończył w Lublinie w r. 1857, poczem wstąpił do Akademii medyko-chirurgicznej. Uczelnię tę opuścił z powodu wypadków r. 1863, w których przyjmował udział i był ranny. W roku 1864 otrzymał stopień lekarza w Szkole Głównej. Odtąd osiadł na Pradze i oddawał się praktyce lekarskiej, która zjednała mu wśród sfer okolicznych wielkie uznanie. Śpieszył na każde wezwanie dniem i nocą. Od wczesnego ranka do późnego wieczoru gabinet lekarski ś. p. Kryżego był niemal oblegany.

Kryże pracował w małym podówczas szpitalu praskim pod kierunkiem Dobieszewskiego, na którego miejsce został ordynatorem.

Na tem stanowisku ordynatora, następnie lekarza naczelnego, wreszcie kuratora, Kryże w znacznej mierze przyczynił się do rozwoju szpitala praskiego, który obecnie mieści 400 łóżek.

Jako lekarz kolei Terespolskiej, a następnie lekarz naczelny dróg Nadwiślańskich zorganizował służbę zdrowia w sposób właściwy; nie ograniczając jej zadania do udzielania porad pracownikom kolejowym na mieście i w ambulatoryum; urządził szpital kolejowy, zaopatrzony we wszelkie pomoce naukowe.

W ostatnich czasach staraniem jego powstała kaplica przedpogrzebowa dla biednej ludności praskiej, morga i instytut anatomo-patologiczny, który stanowić będzie odpowiednie miejsce dla pracy naukowej.

Starał się o podniesienie Pragi i owoce tych starań za życia oglądał.

Był to lekarz dobry, dla chorych oddany. Ze swojej strony dużo im poświęcał, lecz wymagał zaufania nieograniczonego; to też współzawodnictwa nie znosił i w tym kierunku był bezwzględny.

Sily ś. p. Kryżego zdawało się, były niewyczerpane, jak niewyczerpana była jego nadzwyczajna energia.

Zajęty, a właściwie pochłonięty praktyką, nie mógł oddawać się studyum głębszym, a jednak stał zawsze na wysokości zadania. Obdarzony dużą pamięcią i niewątpliwymi zdolnościami przy niezwykłym sprycie, orientował się łatwo w zdobyczach wiedzy.

Życie przeleciało mu szybko, jak huragan. Spokoju nigdy nie znalazł. Zmarł przy pracy wskutek wyczerpania się serca po niedawno przebytem zapaleniu płuc.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



## SPECYALNE PRZETWORY „ROCHE”

Ainol

*Sirolin**Protulin*

Asterol

Digalen

Najlepsza forma leczenia Guajakolem.

Przetwór białkowy, zawierający 2,6% fosforu, pozbawionego własności trujących.

Arsylin

Thioeol

Syrup o przyjemnym zapachu i smaku.

Łatwo ulega wessaniu; nie wywiera wpływu szkodliwego na przewodność karmoway.

Thigenol

Thioeol.

gruźlica, krztusiec, stany ogólnego osłabienia żołądka, grypa.

Nerwice, histeria, uwiad starczy, charłactwo.

Sulfosot.

**Uwaga!**

tablettan

Sirolin nie jest prawdziwy, o ile każda butelka nie jest zaopatrzoną znakiem naszej firmy.

Eisen-Protulin w zawartości 2,3% żelaza w białku i anemii

Brom-Protulin z zawartością 4% bromu związanego organicznie, w nerwicach.

Paczki: po 25, 50, 100, 250 gr. i pastylki po 0,25 gr. w pudełkach zawierających po 100 sztuk

sirup

Proby i literaturę przesyła się na żądanie.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

## LECYTYNA CLIN

NATURALNA I CHEMICZNIE CZYSTA.

Organiczny związek pochodzący od kwasu glicerinofosforowego, bogaty w fosfor, łatwo dający się przyswoić. Działa jako regulator i, podniecający ogólną przemianę materii.

Pigułki Clin

Ziarna Clin

Rurki wyjątkowane Clin

0 gr. 0,5

0 gr. 10

0 gr. 0,5

Czystej Lecytyny  
na pigułkęCzystej Lecytyny  
na łyżeczkę od kawy.Czystej Lecytyny  
na 100 ctm.<sup>3</sup> rozczyntu.

DAWKI: od 0 gr. 20 do 0 gr. 50 na dzień.

Używana z powodzeniem przy: GRUŻLICY, NEURASTENII, ZABURZENIACH W CZASIE WZROSTU, RACHITYZMIE, DIABECIE TRZUSTKOWYM, WYCIĘNCZENIU i t. d.

Laboratorium Clin

F. COMAR & FILS & C<sup>ie</sup> 20 ulica des Fosses St. Jacques. Paris.

Sprzedaż we wszystkich aptekach Warszawy i Kr. Polskiego,



**Collargol**

Doskonały środek leczniczy w zakażeniach septycznych, w sprawach pęłogowych, jako też środek zapobiegawczy przeciw gorączce pęłogowej. Stosuje się dożylnie (bez objawów ubocznych, per rectum i per os; do wcierania jako Uguentum Credé. Również nadaje się do opatrunku ran, do leczenia chorób oczu pochodzenia zakaźnego i do przemywania pęcherza.

**Duotal**

Duotal „Heyden“, przetwór gwajakolu nie trujący, bez smaku i zapachu. Doskonały środek w gruźlicy płuc i przewlekłych katarach dróg oddechowych.

**Bismuthum bitannicum** Adstringens tani i dogodny w użyciu, o działaniu pewnym w ostrych i w przewlekłych katarach kiszek. Powstrzymuje biegunkę tak samo jak makowiec bez właściwych mu ubocznych objawów trujących. W oryginalnem opakowaniu po 10 i 25 grm.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena, Radebeul, — Drezno,  
lub przedstawiciel: Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

W naturalnej Kaukazkiej mineralnej wodzie

**BORŻOM**

Znajdują się w udatnym stosunku wszystkie główne składniki lecznicze, właściwe szczawom alkalicznym.

Stosuje się w dolegliwościach żołądkowych, wątrobowych, dróg oddechowych i moczowych, jak również w zaburzeniach przemiany materji.

Główny skład dla Królestwa Polskiego Tow. Akc.  
HENRYK WELT, Warszawa, Przejazd 5.

Zakład parowy JANA ZAWADZKIEGO  
Dezynfekcyjny za rogatką Mokotowską, ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08.  
Zarząd przy Aptece Mokotowska 43, telef. 2700.