

GAZETA LEKARSKA

I. Spostrzeżenia doświadczalne nad laktobacylliną.

Podał

Prof dr Edmund Biernacki.

W rozgłosnej dzisiaj kwestyi laktobacyliny i mleka „bułgarskiego“ [MIECZNIKOWA]—pomijając mistyczną powłokę, w jaką przybrał te preparaty sam ich twórca, pomijając komercyjną sugestię, jaka zresztą niemal z każdego nowego środka chce zrobić panaceum na wszystkie choroby — istnieje niewątpliwie kilka punktów, godnych bliższej uwagi. A więc przedewszystkiem, w pewnym szeregu przypadków chorobnych laktobacyllina, względnie mleko kwaśne „dobrze robi“: chodzi głównie o przewlekłe zaburzenia jelitowe różnego rodzaju i pochodzenia *enteritis chronica*, *enterit. membranacea*, *colitis* i t. p., kiedy przy stosowaniu powyższych preparatów, stolce stają się regularniejsze, ewent. ustępuje zaparcie, zmniejsza się ilość śluzu w kale, łagodniej wzdęcia i t. p.

Powtóre—wysoce zainteresować może to, co mówi MIECZNIKOW w najnowszym swem dziele „*Essais optimistes*” o wynikach doświadczeń BELONOWSKIEGO ¹⁾. Autor ten karmił jedną seryę myszy pokarmem zwykłym, drugą—pokarmem z dodatkiem kw. mlecznego, trzecią—z dodatkiem bakteryi mlecznych, wreszcie czwartą—z dodatkiem innego rodzaju bakteryi. Otóż myszy seryi drugiej i trzeciej miały się wyraźnie lepiej rozwijać i płodzić niż seryi pierwszej i czwartej, właśnie najlepiej przy dodawania bakteryi mlecznych. Rzecz osobliwa, że jeszcze lepiej rozwijały się myszy, karmione z dodatkiem bakteryi mlecznych, ale z a b i t y c h przez ogrzanie do 55°—60° stopni.

Z okazji nowego szeregu poszukiwań w dziedzinie przemiany materyi, które przeprowadzałem ubiegłej zimy w lwowskim Instytucie prof. PRUSA, wciągnąłem i laktobacyllinę w zakres swych badań, i właśnie chcę zdać spra-

¹⁾ Essais optimistes. Paris, A. Maloine, éditeur. 1907. str. 221—223.

wę z otrzymanych wyników, wyników, skłaniających przede wszystkim do innego pojmowania istoty działania laktobacyliny, niż głosi MIECZNIKOW. Sposzczenie swe przeprowadzałem na dwu psach według zwykłej modły badań nad przemianą materii, wzgl. z zachowaniem ostrożności i zastosowaniem metodyki, jak to opisałem w ostatniej swej pracy nad tłuszczami [Gaz. Lek. 1907]. Pies pierwszy, wazący około 8 kilo, otrzymywał stale po 100 grm. końskiego mięsa i 200 grm. ryżu, gotowanych z 8 grm. soli kuchennej w 800 grm. wody [34 grm. białka = 5,8276 grm. azotu, 6 grm. tłuszczu i 162 grm. węglowodanów, razem wszystko odpowiada około 860 Cal]: przy tych warunkach przez cztery dni kontroli, bez laktobacyliny, zwierzę oddawało przeciętnie na dobę:

Kału 49,75 grm. z pozostałością suchą 18,71 grm. [37,6%], w tem azotu 0,957 grm., tłuszczu [wyciągu eterowego] 1,7441 grm.

Przez następne cztery dni dodawano codziennie do pokarmu [przed samem żywieniem psa] po $\frac{1}{2}$ grm. laktobacyliny w proszku [oryginalny preparat paryski]: ferment starannie mieszano z pokarmem. W tym okresie pies oddawał przeciętnie na dobę:

Kału 46,25 grm. z pozostałością suchą 15,35 grm. [33,19%], w niej azotu 0,8109 grm., tłuszczu 1,1414 grm. Przez następne cztery dni po odstawieniu laktobacyliny:

Kału 41 grm. z pozostałością suchą 14,59 grm. [35,58%], w niej 0,8632 grm. azotu i 1,0098 grm. tłuszczu.

Drugi pies, wazący na początku seryi doświadczalnej powyżej 7 kilo, otrzymywał pokarm bardziej tłusty: 100 grm. mięsa, 50 grm. mamiłgi i 125 grm. ryżu, tak samo gotowane w 800 grm. wody z 8-u grm. soli kuchennej: odpowiadało to 34,8 grm. białka czyli 5,9352 grm. azotu, 11,3 grm. tłuszczu i 134 grm. węglowodanów—razem około 800 Cal. Przez cztery dni kontroli pies oddawał przeciętnie na dobę:

Kału 45,75 grm. z pozostałością suchą 17,04 grm. [37,24%]; w niej azotu 0,6979 grm., tłuszczu 1,778 grm.

Przez następne cztery dni przy dodawaniu codziennie po $\frac{1}{2}$ grm. laktobacyliny:

Kału 32,75 grm. z pozostałością suchą 14,05 grm. [42,88%], w niej 0,6335 grm. azotu, 1,5868 grm. tłuszczu.

Przez cztery dni po odstawieniu laktobacyliny:

Kału 41,5 grm. z pozostałością suchą 15,26 grm. [36,78%], w niej azotu 0,7323 grm., tłuszczu—1,279 grm.

W trzy tygodnie później, po przerobieniu na tym samym psie innego rodzaju spostrzeżeń, na zakończenie urządzone jedno doświadczenie, ale z laktobacyliną zabitą. Przez cztery dni kontroli było przeciętnie na dobę:

Kału 64,25 grm. z pozostałością suchą 17,5 grm. [27,25%], w tem azotu 0,9191 grm., tłuszczu 1,3717 grm.

Przez następne cztery dni dodawano codziennie do pokarmu po $\frac{1}{2}$ grm. laktobacyliny zabitej przez ogrzewanie w zawiesinie wodnej do 100°C . w przeciągu 15—20 min. Pies oddawał wtedy na dobę:

Kału 55,5 grm. z pozostałością suchą 15,42 grm. [27,77%], w tem 0,7521 grm. azotu i 1,3054 grm. tłuszczu.

A więc we wszystkich trzech doświadczeniach podczas przyjmowania laktobacyliny psy oddawały mniej kału—co najważniejsza, wybitnie mniej [o 15—20%] pozostałości suchej w kale, zarazem mniej azotu i tłuszczu w kale. W doświadczeniu I nawet przez cztery dni po odstawieniu laktobacyliny ilość dobową kału i pozostałości suchej wraz z zawartością w niej tłuszczu jeszcze była zmniejszona [lecz nie zawartość azotu, która już się była podniosła]; w doświadczeniu II natomiast, po odstawieniu fermentu zaraz podnosiła się dobową ilość kału i ilość suchej substancji wraz z zawartością azotu; pozostała obniżoną tylko zawartość tłuszczu.

Wynik wszystkich doświadczeń brzmi zatem, iż laktobacylina powoduje wybitne wzmoczenie przyswajania w kanale pokarmowym. Za szczególnie dowodne uważam w tym względzie doświadczenie trzecie, dokonane po kilkotygodniowym pobycie psa w klatce, kiedy zwierzęciu wcale znacznie przybyło na wadze i przyswajanie w kanale pokarmowym przedstawiało się na ogół nieco słabszem, niż w początkach okresu eksperymentalnego: laktobacylina [zabita] podniosła przyswajanie może nawet znacznie, niż w doświadczeniu II., dokonaniem w początkach okresu eksperymentalnego.

Z faktem wzmoczonego przyswajania w obecności laktobacyliny możnaby przedewszystkiem nieprzymuszenie zestawić lepszy wzrost i rozwój myszy we wspomnianych doświadczeniach BELONOWSKIEGO. Nie tak, jak wiadomo, pojmuje sprawę MIECZNIKOW. W myśl swego zasadniczego twierdzenia, że gnicie w jelitach jest szkodliwością podstawową już życia normalnego, „dysharmonią“, warunkującą przedwczesny rozwój arteriosklerozy, a zatem przedwczesną starość i śmierć, istotę działania laktobacyliny, względnie swego mleka, upatruje właśnie w ograniczeniu, zahamowaniu gnicia w jelitach. Laktobacylina, przyjęta wewnątrz, ma sprowadzać rozwój fermentacji mlecznej z wytwarzaniem większych ilości kwasu mlecznego, który wyniszcza drobnoustroje gnilne i przez to znacznie osłabia gnicie w jelicie grubym; dla ułatwienia tego działania laktobacyliny, *resp.* osłabienia fermentacji mlecznych, należy ją właśnie—jak już nawet podkreślają reklamy handlowe—podać razem z cukrem czy obfitszemi ilościami węglowodanów. Działanie laktobacyliny jest, innymi słowy, w gruncie rzeczy identyczne z działaniem kwasu mlecznego czy mleka MIECZNIKOWA, zawierającego obfite ilości tego kwasu: przekłada jednak MIECZNIKOW laktobacylinę nad kw. mleczny, ponieważ chodzi tu o stopniowe wytwarzanie kw. mlecznego *in statu nascendi*—a więc energiczniejszego, gdy tymczasem kwas mleczny, wprost wprowadzany do żołądka, ulegając wchłonięciu, szybko zeń zniknąć może.

Na poparcie przypuszczeń MIECZNIKOWA szereg autorów [głównie Co-

HENDY ¹⁾ podaje, iż istotnie przy przyjmowaniu laktobacyliny zmniejsza się zawartość eterosiarczanów w moczu, które, jak wiadomo, uważamy za miernik gnicia w jelicie grubym. Jednakże bynajmniej nie wszyscy [np. GREKOW ²⁾] stwierdzić to mogli; a nawet przy przeglądaniu danych, mających dowodzić zmniejszenia gnicia przy używaniu laktobacyliny, [np. diagramy COMBE'a w broszurce NIGOUL'a ³⁾], dochodzi się tu i owdzie do przekonania, że autorzy hołdują *idée preconçue*, że wahania ilości eterosiarczanów raczej synchroniczne z wahaniami samej choroby, a bynajmniej nie zależne od laktobacyliny.

I że zmniejszenie eterosiarczanów przy laktobacylinie bynajmniej nie można uważać za zjawisko stałe, wzg. udowodnione, wynika to z moich własnych spostrzeżeń. A więc w doświadczeniu I przed laktobacyliną wydziela się przeciętnie na dobę [obliczone na BaSo₄]-0,0753 grm. eterosiarczanów, podczas laktobacyliny-0,0537 grm., po odstawieniu laktobacyliny 0,1798 grm.; w doświadczeniu II przed-0,1035 grm., podczas-0,1221 grm., po-0,1754 grm., w doświadczeniu III przed-0,0873 grm., podczas-0,1455 grm. A więc tylko w doświadczeniu I mogła być mowa o pewnym zmniejszeniu gnicia kiszki przy laktobacylinie, natomiast w doświadczeniu III—wyraźnie się ono wzmogło, i być może, to samo było i w doświadczeniu I.

Chodzi teraz o to, jak się sprawy te przedstawiają przy przyjmowaniu kwasu mlecznego. Na tych samych psach i w taki sam sposób, jak przy laktobacylinie [okresy czterodniowe] dokonałem w różnym czasie 3 doświadczenia z kwasem mlecznym: stosowane były dawki wzmiankowane, względnie nietoksyczne tego kwasu [1,0—2,5 grm. dziennie] ⁴⁾.

Otóż wyniki zarówno co do zawartości eterosiarczanów w moczu, jak przyswajania pokarmu w kanale pokarmowym okazały się przy kwasie mlecznym bynajmniej nie identyczne z wynikami przy laktobacylinie.

[D. n.]

¹⁾ COHENDY, p. u. MIECZNIKOWA, Essais optimistes. str. 219. Także Comptes rendus de la Société de Biologie, 1906.

²⁾ GREKOW i inni p. referat w Tygodniku Lekarskim. 1908. Nr. 12, str. 153.

³⁾ NIGOUL M. Sur un moyen scientifique de détruire les putréfactions de l'intestin par la substitution d'une flore bienfaisante composée de cultures pures, à flore nocive habituelle. Broszura bez podania miejsca i czasu druku (Imprimerie Montparnasse. 137. rue de Rennes).

⁴⁾ Szczegóły tych doświadczeń, łącznie jak całość materiałów dotyczących laktobacyliny (tablice rozbiórów moczu i t. d.) ogłoszone będą w innym miejscu.

II. Przyezzynek do rentgenoterapii grzybiczy guzowatej (*mycosis fungoides*) oraz słów kilka o zmianach histopatologicznych w tkance naświetlanej.

Podał

Dr Robert Bernhardt,

ordynator szpitala Św. Łazarza.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 15).

Pragnąc zapoznać się nieco bliżej ze sposobem działania promieni ROENTGEN'a na twory grzybiczy guzowatej, przedsięwziąłem szereg poszukiwań drobnowidzowych na tkance, wyciętej *in vivo* przed i po naświetlaniu. Badałem 3 preparaty: jeden z guzów wyciąłem w 5 dni, drugi zaś w 8 dni po naświetlaniu. Prócz tego badałem owrzodzenie, będące już w okresie zablizniania [z goleni]. Preparaty utrwaląłem w różnych płynach—w wysoku, sublimacie, formalinie, barwiłem zaś zwykłymi metodami.

Nie będę tutaj podawał szczegółowo budowy guzów przed naświetlaniem, gdyż jest ona ogólnie znana, a w moim przypadku niczem się nie różniła od opisów klasycznych. Schematycznie każdy guz przedstawiał się jako rozlane nacieczenie komórkowe, poczynające się w warstwie podbrodawkowej i zajmujące niemal całą grubość skóry. Na obwodzie guza widać zaś było oddzielne ogniska, umiejscowione przeważnie dokoła naczyń krwionośnych lub gruczołów potowych. Mnie jednak tutaj najwięcej zajmuje charakter i przybliżony ilościowy stosunek komórek, stanowiących nacieczenie, gdyż na to powoływać się będę przy dalszych opisach zmian, zachodzących w guzie pod wpływem naświetlań.

Otóż, w guzie przedewszystkiem zwraca uwagę wielopostaciowość komórek. Stosunkowo znaczną odsetkę stanowią limfocyty o intensywnie zabarwionem jądrze i wąziutkiej otoczce zarodzi. Drugie miejsce—pod względem ilościowym, być może, równoznaczne z poprzedniem—zajmują komórki do limfocytów podobne, które jednak różnią się od tychże o wiele większem ciałem protoplazmatycznym. Komórki te o jednym lub dwu jądrach mają kształt okrągły, owalny, podłużny. Jądro częstokroć leży ekscentrycznie. Komórki te na pierwszy rzut oka niekiedy przypominają plazmatyczne, różnią się jednak od nich zarówno budową jądra, jak i zarodzi, co zwłaszcza nwydatnia się przy specjalnych metodach barwienia. Z drugiej znowu strony są one najwięcej zbliżone do limfocytów pod względem wyglądu jąder, zajmują zatem jakby pośrednie stanowisko pomiędzy limfocytami

i komórkami plazmatycznymi. Trzecie miejsce należy się komórkom nabłonkowatym (*epithelioid*), które reprezentowane są w guzach w liczbie dosyć znacznej. Wreszcie następują komórki łącznotkankowe, również stanowiące pokazałą część składową nacieczeń. W postaci zaś oddzielnych egzemplarzy spotykałem tu i owdzie trochę komórek plazmatycznych, eozynofilowych i tucznych, gdy olbrzymie widywałem tylko wyjątkowo.

Już w 5 dni po naświetlaniu guza o wyżej wzmiankowanym składzie komórkowym zauważyć w nim można pewne zmiany charakteru wstecznego. Naskórek nad guzem ścieniały. Warstwa rogowa nieco zgrubiała i miejscami oddziela się w kształcie blaszek. Warstwa ziarnista składa się z 6—8 szeregów komórek. Jądra tych komórek barwią się bardzo słabo, ziarna zaś keratohyaliny w postaci przeważnie wielkich bryłek i grudek są nieprawidłowo rozmieszczone w ciele komórek. Najpoważniejsze zmiany zaszły jednak w warstwie komórek kolczastych i dotyczą przedewszystkiem jąder. Te już nie posiadają prawidłowej siateczkowatej budowy i stopniowo tracą chromatynę, wskutek czego barwią się nader słabo. Jądra są jasne, przejrzyste. Początkowo chromatyna skupia się jeszcze na obwodzie jąder w kształcie wązkiej obwódki, gromadząc się prócz tego u jednego z biegunów jądra pod postacią nieprawidłowych bryłek i resztek siatki. Tutaj zazwyczaj dostrzedz można doskonale zabarwione jąderko. Później jednak substancja chromatynowa znika zupełnie, jądra przestają wchłaniać barwiki, a wtedy widać tylko cienie jąder, nieraz zaś jakby okrągłe lub owalne jamy w ciele komórek. W tym czasie jednak zaródź komórek zachowuje się względem promieni X o wiele odporniej niż jądra. Gdy te ulegają stopniowemu zniszczeniu, zaródź przez długi czas posiada swój zwykły wygląd i charakter, barwi się tylko, być może, nieco mniej intensywnie. W ciele takich komórek częstokroć widywałem ziarenka, barwiące się tak, jak chromatyna. Później jednak, wraz z zniknięciem jądra, komórki te tracą kolce, zarysy ich ciał stają się mniej wyraźne i ostre, zaródź ma wygląd mętny, ziarnisty. W następstwie komórka taka widocznie rozpada się, ginie i jeżeli to się dzieje w kilku komórkach obok siebie leżących, to powstaje tutaj przestrzeń—jakby pęcherzyk, wypełniony rozpadem komórek i ich jąder oraz jakąś drobnoziarnistą masą.

Analogiczne zmiany wsteczne zachodzą też w komórkach warstwy podstawowej. Bardzo wczesnie tracą one swój zwykły kształt, prawidłowe ułożenie i stosunek do swego podłoża. Komórki te są jakby rozrzucone. Zamiast walcowatych widzimy wieloboczne, okrągławe, częstokroć zaś istne konglomeraty komórek, zawierające po 3—4 jądra. Te jednak zachowują chromatynę o wiele dłużej niż kolczaste, zaródź zaś komórek walcowatych barwi się wyjątkowo mocno tak, że warstwa ta wyraźnie się odbija od reszty naskórka.

Zmiany, jakie w tym czasie zaszły w samym guzie, dadzą się scharakteryzować w sposób następujący. Przedewszystkiem zwraca uwagę słabsze natężenie nacieczeń: komórek jest stanowczo mniej. Zmiany wsteczne najwyraźniej występują w komórkach nabłonkowatych (*epithelioid*). Jądra

tych komórek, które i w zwykłych warunkach nie obfitują w chromatynę, tracą ją zupełnie. Nawet przy przebarwieniu widać tylko słabe zarysy, cienie jąder, które niekiedy mają znowu wygląd jakby nadętych przezroczystych pęcherzy. W komórkach do limfocytów podobnych [patrz wyżej] utrata istoty chromatynowej jest mniej wyraźna, zaródź ich częstokroć jednak bywa mętna, drobnoziarnista. W limfocytach, a także w komórkach łącznotkankowych zmian nie wykryłem. Tu i owdzie, zwłaszcza w sąsiedztwie naczyń, widać trochę leukocytów.

W guzie, wyciętym w 8 dni po naświetlaniu, wyżej skreślone zmiany sięgają już o wiele większego stopnia. Naskórek jest bardzo cienki i składa się tylko z kilku szeregów komórek, natomiast warstwa rogowa jest dosyć gruba i widocznie się złuszcza. W naskórku wszędzie widać liczne leukocyty. Liczba komórek, z których składa się właściwy guz, zmniejszyła się bardzo znacznie. Zmiany wsteczne, o jakich wyżej była mowa, i tutaj wykryć można przeważnie w komórkach podobnych do limfocytów i w nabłonkowatych. Tych jednak jest już stosunkowo niewiele, zwłaszcza w porównaniu z guzem nienaświetlanym ¹⁾. Limfocyty barwią się bardzo wyraźnie. Co jednak tutaj przedewszystkiem zwraca uwagę, to znaczna liczba drobnych naczyń krwionośnych i wystąpienie całych gromad leukocytów oraz komórek plazmatycznych. Powiększyła się także liczba komórek łącznotkankowych. Prócz tego zauważyć można dużo ziarenek barwika zarówno w komórkach, jak poza nimi.

Trzeci preparat—owrzodzenie w okresie zablizniania—zdradzał następujące szczegóły budowy. Nacieczenie komórkowe znikło zupełnie i tylko na obwodzie widać tu i owdzie nieliczne drobne ogniska w sąsiedztwie naczyń i gruczołów potowych. Te posiadają wygląd normalny. W obrębie byłego nacieczenia komórkowego pierwiastki patologiczne znikły tak dokładnie, iż trudno poznać, że mamy do czynienia z tworem grzybiicy guzowatej. Widać tu wielką mnogość naczyń krwionośnych i znaczną liczbę młodych komórek łącznotkankowych. Dookoła naczyń znajdujemy gdzieś gdzie trochę komórek plazmatycznych i pojedyncze leukocyty. Liczba limfocytów jest nader skąpa. Kiedy niekiedy spotykałem też komórkę tuczną. W większych gałązkach naczyń krwionośnych stwierdzić jednak mogłem takie same *endarteriitis*, jak i w nacieczeniach, *resp.* guzach nienaświetlanych. Pozatem należy zwrócić uwagę na wielką ilość barwika w skórze właściwej oraz w naskórku.

Reasumując wyniki moich badań drobnowidzowych, dochodzę do wniosku, że promienie ROENTGEN'a wywierają wpływ wyborczy na twory grzybiicy guzowatej. Niszczą one pierwiastki komórkowe guzów i nacieczeń, nie uszkadzając widocznie tkanki łącznej.

¹⁾ Dodać tu muszę, że jeden i ten sam guz badałem zawsze dwukrotnie: przed i po naświetlaniu — w celu otrzymania danych porównawczych.

Wchłanianie tych nacieczeń odbywa się przy udziale leukocytów i komórek plazmatycznych.

Promienie X widocznie nie wywierają wpływu na zmienione naczynia krwionośne (*endarteritis*) w grzybicy guzowatej.

L I T E R A T U R A.

- 1) AUDRY i COMBÉLÉRAN. Suite et fin d'une observation d'erythrodermite pustuleuse prémycosique etc. *Annales de dermat. et syphiligraphie* str. 379, r. 1936.
- 2) BELOT. *Traité de radiothérapie*. Paris 1905
- 3) BELOT. *Traitement du mycosis fun. par la radiothérapie* Presse medicale, str. 253, r. 1905.
- 4) BRANDWEINER. Ein Beitrag zur Histologie der Mycosis fungoides. *Dermatologische Zeitschrift* 1906.
- 5) BROCCQ, BISSÉRIÉ, BELOT. Mycosis fung. ide traité par la radiothérapie. *Annales de dermat. et syph* str. 140, r. 1904.
- 6) BELOT i BISSÉRIÉ. *Traitement des sarcomes diffus de la peau, de la prémycose et du mycosis fungoide par la radiothérapie*. *Annales de dermat. et syph.* str. 939, r. 1904.
- 7) BRINKLEY. A case of mycosis fungoides treated by the X-ray. *Journal of cutaneous und genito-urinary diseases*, str. 590, r. 1904.
- 8) CARRIER. A case of mycosis fungoides treated by the X-ray. *Journal of cut. and genit. urinar. diseases*, str. 73, r. 1904.
- 9) DUBOIS-HAVENITH. Un cas de mycosis fungoide, guérison symptomatique par les rayons X. *Presse medicale belge*, r. 1904.
- 10) FREUND. *Grundriss d. gesammten Radiotherapie*. Wien. 1903 r.
- 11) GAUCHER, GASTOU, BOISSEAU. Mycosis fungoide localisé, traité par la radiothérapie *Annales de dermat. et syph.*, str. 979, r. 1905.
- 12) HALLOPEAU. Sur une forme ortiée, persistante, circonée et eczematiforme de mycosis fungoides. *Bulletin de la Société française de dermat. et de syph.* str. 53, r. 1907.
- 13) HALLOPEAU i LASNIER. Sur une érythrodermie mycosique avec nodosités sous-cutanées. *Bulletin etc.* str. 55, r. 1907.
- 14) HALLOPEAU, GASTOU, RAILLIET. Deuxième note sur un cas de mycosis bulleux, variété rare. *Bulletin etc.*, str. 349, r. 1907.
- 15) HERNHEIMER K. i HUEBNER H. 10 Fälle von mycosis fungoides etc. *Festschrift gewidmet Albert Neisser*, str. 241, r. 1907.
- 16) JACKSON GEORGE T. The life history of a case of mycosis fung. *The Journal of cut. diseases including syphills*. XXIV. 5.
- 17) JAMIESON. Mycosis fung. and its treatment by X-rays. *British Journal of Dermat.* str. 1, r. 1903.
- 18) JAMIESON i HUIE. The erythrodermie stage of mycosis fungoides and the effect of X-rays. *British Journal of Dermatology*, str. 125, r. 1904.
- 19) KIENBOECK. Der gegenwaertige Stand d. Radiotherapie *Fortschritte auf d. Gebiete d. Roentgenstrahlen*. T. VII, str. 343.
- 20) LUSGARTEN. A case of granuloma fung. treated by the X-ray. *Journal of cut. and genit. usin. diseases*, str. 185, r. 1904.
- 21) MARKLEY. Mycosis fungoid. and the X-ray. *Journal of cut. and genit.-urin. diseases*, str. 440, r. 1905.

- 22) MARSH. A case of mycosis fung. symptomatically cured by means of X-rays. *Americ. Journal of med. sciences*, str. 314, r. 1903.
- 23) RIEHL. Mycosis fungoides. *Gesellsch. d. Aerzte in Wien. Ref. Fortschritte etc. t. VII. str. 41.*
- 24) RIEHL. Verhandl. d. Wiener dermat. Gesellsch. *Archiv f. Derm. u. Syph. t. LXV, str. 427.*
- 25) RADAELI F. Mycosis fung. oder Pseudoleukaemia cutanea. *Archiv f. Derm. u. Syph. t. LXXX, z. 3.*
- 26) SCHIEF. Mycosis fung. *Gesellsch. d. Aerzte in Wien. Ref. Fortschritte etc. t. VII, str. 347.*
- 27) SCHOLTZ. Ueber den Einfluss der Roentgenstrahlen etc. *Archiv f. Derm. u. Syph., t. LIX.*
- 28) SCHOÛRP I FREUND. Ein Fall von mycosis fung. mit Berücksichtigung d. Roentgen-Therapie. *Dermat. Centralblatt*, str. 168, r. 1906.
- 29) WEITHER. Mycosis fung. (dwa przypadki). *Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde zu Dresden. Ref. Fortschritte etc., t. X, str. 191.*
- 30) WHITE I^o BURNS. The evolution of a case of mycosis fung. under the influence of roentgenrays. *The journal of cutan. diseases*, r. 1906.
- 31) WINTERNITZ. *Verein deut. Aerzte in Prag. Ref. Fortschritte etc. t. VIII, str. 285.*
- 32) WINTERNITZ. Mycosis fung. *Wissenschaft. Gesellsch. deut. Aerzte in Boehmen. Ref. Fortschritte etc. t. X, p. 374.*
- 33) ZUMBUSCH L. Beitrag zur Pathologie u. Therapie d. mycosis fung. *Archiv f. Derm. u. Syph. t. LXXXVIII.*

III. Z KLINIKI LÉKARSKIEJ UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO.

Przyczynek do znaczenia klinicznego wydzielana się chlorków w chorobach nerkowych

(*uraemia achlorica, stadium achloricum sine albumine M. Brighi acuti*).

Podał

Prof. Antoni Gluziński.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 15].

I. P., lat 15 uceń. W dniu 6-go grudnia 1906 r. nagły ból głowy, wy-
mioty, szary nalot na migdałkach, ciepłota 40°C, na skórze charaktery-
styczna wysypka, w moczu ślad białka. Przebieg szkarlatyny prawidłowy. Mocz
od 10. XII. w ilości 1500—2000 ctm. sz. bez białka, oskładzie i osadzie praw-
idłowym. Ciepłota w dniu 18. XII już prawidłowa, skóra się łuszczy, łaknie-
nie się budzi, chory spożywa do dwu litrów mleka, kaszkę, ryż, bułkę, ma-
sło, gdy nagle w d. 27. XII, a więc w 21 dni od zachorowania, chory zaczy-
na się skurzyć na niłości, wyniotuje, twarz lekko obrzęka, ilość

T A B L I

Data	Ilość mo- czu	C. gat.	Ilość białka	% NaCl	Ilość NaCl dzienna	% P ₂ O ₅	Ilość dzien- na P ₂ O ₅
28. XII. 1906	75	1026	0	0			
29	125		0	0			
30	250	1021	0	0.01	0.025	0.115	0.287
31	700	1020	śladów 2	0.01	0.07	0.216	1.512
1. I. 1907	1000		"				
2	1200		"				
3	1450		"				
4	1250	1019	0.75	0	0	0.111	1.38
5	1375						
6	1800						
7	2075	1018	2	0	0	0.100	2.075
8	2200						
9	?						
10	?						

C A I-sza.

Δ	Liczba mol.	Osad pod mikros- kopem	Dyeta	U W A G A
				Wymioty 6 razy
0.59	147.5	Dość liczne ciała czerwone i wypoci- nowe, bardzo liczne długie wałeczki szkliste i ziarniste obłożone c. wypo- cinowemi		"
				Wymioty 1 raz
0.63	441	Obfite liczne wa- łeczki szkliste, nie- które obłożone c. wypocinowemi, mniej liczne wa- łeczki przybłonko- we, liczne c. wypo- cinowe.		"
		To samo i cienie ciałek czerwonych.		"
			Mleko 150 gr. gryzik z mle- kiem 500, herbata z mlekiem 150.	"
			Kakao z mle- kiem 500, Vichy Grand Grille 250.	Wymioty 2 razy
0.66				Wymiotów nie było
0.64	825	Ciała wypocinowe, przybłonki płaskie i owalne, dość li- czne ciała czerw.	Herbata z mlekiem 150, ryż z mle- kiem 200, kaszka z ml. 400, Vichy 750.	Mocz barwy lekko krwa- wej
				"
				"
				"

Data	Ilość mo- czu	C. gat.	Ilość białka	% NaCl	Ilość NaCl dzienna	% P ₂ O ₅	Ilość dzien- na P ₂ O ₅
11	2050						
12	2250						
13	1550						
14	1550	1021	7	0.02	0.31	0.036	0.558
15	1500						
16	1500						
17	1850						
18	2000	1018	4	0.244	4.88	0.056	1.12
19	1600						
20	1900						
21	2000						
22	1500						
23	1800						
24	2150	1017	2	0.18	3.87	0.106	2.27
25	130						

△	Liczba mił.	Osad pod mikros- kopem	Dyeta	U W A G A
			Herb. z mle- kiem 750, ryż, kaszka, sago z mle- kiem 450, 4 sucharki, kompot 300, Vichy 100.	Mocz barwy lekko krwa- wej.
				Mocz więcej krwawy.
		Bardzo liczne ciała- ka czerw. dużo c. wypoc., b. skape wałeczki.	Mleko z ka- szką 1500, kompot, mar- chewka, 3 su- charki z ma- słem.	
			Mleka 1500, purée kartofe, marchewka, 2 su- charki z ma- słem.	
		Znaczna ilość c. wypoc., przybłonki nerkowe, wałeczki obłożone c. wypoc. i przybłonkami nerek, kilka wałecz- ków woskowych, ciałek czerwonych niema.	Mleka 1500, 2 sucharki z masłem,, marchewka, kompot, Vi- chy 300.	Mocz jasny mętny.

Data	Ilość mocz- czu	C. gat.	Ilość białka	% NaCl	Ilość NaCl dzienna	% P, O ₃	Ilość dzien- na P ₂ O ₃
26	1700						
27	1400						
28	1600						
29	1700						
30	1350						
31	1400						
1. II. 1907.	1400						
2	1400						
3	1500	1018	1.25‰				

moczu się zmniejsza, mocz staje się mętniejszy. Rozbór tego moczu i dalsze jego zachowanie się przedstawia załączona tablica.

Z przebiegu tylko nadmienię, że w pierwszych dniach głównym objawem były kilkakrotne dziennie wymioty, twarde napięte tętno, że wymioty te od 30. XII. zjawiały się raz dziennie, a od 4. I. 1907 r. ustały zupełnie. Sprawa nerkowa uspokoiła się zupełnie po 3-ch miesiącach. Przez cały ciąg trwania choroby obrzęki bardzo nieznaczne przeważnie na twarzy [patrz tabl. na str. 356, 357, 358, 359, 360, 361].

Przyglądając się dokładnie tablicy zachowania się moczu i rozbierając epilyrytycznie ten przypadek ostrego zapalenia nerek krwotocznego po szkarlatynie (*nephritis acuta haemorrhagica scarlatinosa*), zastanowić się nam należy, kiedy właściwie rozpoczęła się sprawa ostra w nerkach. Jeżelibyśmy wzięli za podstawę dzień zjawienia się białka, to widzimy, że w dniach od 28. XII 1906. do 4. I 1907, ani z kw. azotowym, ani przez zagotowanie, ani z 30%-m kw. octowym i żelazocyankiem nie można było białka wykazać, dopiero w d. 4. I. 1907 wystąpiło białko w ilości 0.075‰, a dalej już się utrzymywało aż do uspokojenia się sprawy. Czy dzień zatem 4. I. 1907, dzień zjawienia się białka należy uważać za dzień rozpoczęcia się ostrej sprawy nerkowej? Zdaniem mojem—nie. Szereg dni poprzednich, począwszy od 27. XII 1906. przed-

△	Liczba mol.	Osad pod mikros- pem	Dyeta	U W A G A
0.79	1185	Skapy; niezn. ilość c. czerw., duża ilość białych, skape wałeczki szkliste, obłożone kom. przybłonkowemi.	Mleka 2000, Vichy 750, kaszka, ryż, kompot, 2 sucharki z masłem.	

stawiał już cały szereg zbroceń, ważniejszych i mniej ważnych, które już d. 28. XII 1906, gdy jeszcze w moczu ani śladu białka nie było, pozwoliły twierdzić, że w nerkach u tego chorego, zupełnego już ozdrowieńca po szkarlatynie, rozpoczyna się ostra sprawa w nerkach. Objawy te były następujące: utrata nagła łaknienia, nudności, wymioty bez bólu głowy, które to objawy możnaby sobie rozmaicie tłómaczyć, gdyby nie równocześnie nagła zmiana w zachowaniu się moczu. Mocz ten wprawdzie białka nie zawierał, ale ilość jego nagle się zmniejszyła, mocz stał się mętniejszy, a przede-wszystkiem uderzyło zniesienie nagle chlorków, a mikroskop wykazał, że powodem zmętnienia była obfita ilość morfotycznych składników, osad bowiem składał się z licznych ciałek czerwonych krwi, ciałek wypocinowych, bardzo licznych długich wałeczków szklistych i ziarnistych obłożonych ciałkami wypocinowemi, cylindroidy, komórki przybłonkowe, kryształki kwasu moczowego i szczawianu wapnia. Mieliliśmy zatem, uwzględniając stan ogólny, nieznaczne, ale w każdym razie dające się spostrzedz, zwłaszcza na powiekach, obrzęknięcie twarzy, zachowanie się ilości moczu i jego osadu: wszystkie cechy ostrego zapalenia nerek, tylko bez białka, ale zato zupełne zniesienie chlorków, szczególnie, na który nauczony poprzednimi spostrzeżeniami, położyłem nacisk, jako na

objaw zwiastujący sprawę nerkową. Badanie osadu w tym dniu i następnych wykazywało toczącą się sprawę w nerkach, a dalszy przebieg od dnia 4. I. 1907 r. z pełnemi już cechami ostrej sprawy nerkowej potwierdziło słusność zapatrywania, że w okresie bez białka już toczyła się sprawa ostra w nerkach. Obecność zatem białka w moczu to nie najwcześniejszy objaw ostrej sprawy nerkowej. Widzimy z przypadku opisanego, że może poprzedzać okres bezbiałkowy, w którym obok innych cech [zmniejszenie ilości moczu, zmętnienie moczu, osad charakterystyczny] na podniesienie zasługuje zmniejszenie, a nawet zniesienie chlorków, które wywiera swoje piętno na tym okresie. Okres też ten ostrego zapalenia nerek nazwałbym *stadium achloricum sine albumine*, zaznaczyć bowiem muszę, co uwidoczniła załączona tablica, że z chwilą zjawienia się białka w moczu przepuszczalność nerki staje się większą dla chlorków, które jakkolwiek w znacznie zmniejszonej procentowo i bezwzględnie, jednak stale w coraz większej ilości się zjawiają; a nadto zaznaczyć muszę i to spostrzeżenie, że w miarę zjawiania się większej ilości białka i lepszej przepuszczalności dla chlorków, liczba wałeczków w osadzie malała.

[D. c. n.]

IV. z ODDZIAŁU II w SZPITALU WOLSKIM.

O przeciwwskazaniach ogólnych do leczenia drogą operacyjną chorób wewnętrznych

(WYKŁAD KLINICZNY *)

Podał

Kazimierz Rzętkowski,

ordynator oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 15].

Jaki jest wpływ chloroformu na układ krwionośny, o tem wiemy niewiele, a to, co wiemy, powinnyby podlegz ściślej rewizji z punktu widzenia nowszych badań w kierunku zarówno mechanizmu czynności serca, jak i mechanizmu ciśnienia krwi. Podczas operacji przekonywamy się, że chloroform to przyspiesza tętno, to zwalnia je, że obniża ciśnienie, zrazu w okresie pobudzenia niewątpliwie wzmożone, ale dlaczego to wszystko powstaje,

*) Wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. d. 19. XI. 1907.

drogą jakich wpływów, pobudzeń czy zabamowań, na to pytanie nauka i obserwacja kliniczna żadnej ścisłej odpowiedzi nam nie dają. Najnowsi autorowie ¹⁾ dochodzą nawet do wniosku, że absolutnie czysty chloroform w dawkach usypiających bardzo mało lub wcale nie wywiera wpływu na ciśnienie i na serce, wogóle na układ krwionośny. Złe skutki narkozy [osłabienie działalności serca, zwolnienie tętna, znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego, porażenie ośrodkowego i t. p.] mają być spowodowane nie przez chloroform, lecz przez produkty jego rozpadu, pomiędzy którymi najszkodliwszy jest fosgen. Owe produkty rozpadu wytwarzają się w chloroformie nader szybko pod wpływem powietrza, wilgoci i światła, zwłaszcza w obecności w chloroformie kwasu solnego, który, działając katalitycznie, przyspiesza proces rozkładania się chloroformu. Atoli co najgorsza, to to, że owe wysoce trujące produkty rozpadu chloroformu można znacznie wcześniej ujawnić przy pomocy odczynu biologicznego, niż chemicznego, innymi słowy, że nie posiadamy do dziś sposobu wykrycia w chloroformie tych trucizn, które w dawkach minimalnych już wywierają na ustrój wpływ wysoce szkodliwy ²⁾. Uwzględnić też należy trudną do oceny *a priori* indywidualną czułość niektórych osobników na chloroform tak różną u różnych indywidualności, jak różną bywa też u ludzi odporność na działanie wysokości. Jak względem wysokości, tak względem chloroformu są przeto „słabe“ i „mocne“ głowy; u pierwszych niesłychanie łatwo przeholować dawkę największą. Pamiętać też musimy, że chloroform w zajmujących nas tu okolicznościach zgoła nie sam przez się działa na serce, że w tym kierunku nader ważną rolę odgrywa i psychika chorego i stan jego ogólny—sama sprawa chorobna. A jeżeli mówimy o działaniu na serce, na krążenie, to czynniki powyższe należą przecież do najbardziej może wpływowych w tym kierunku [wstrząs]. Mamy tu zatem węzeł nielada, którego dziś rozwikłać nie podobna, i ściśle zbadanie przypadków w śmierci w narkozie nie daje też nam żadnych pewniejszych podstaw do rozumowania, bo zgoła niewiadomo, kto zmarł od chloroformu [czy też może od fosgenu?], kto od wstrząsu, kto od porażenia ośrodków oddechowych, czy porażenia serca, a kto niewiadomo od czego?!

Jak często zdarza się nagła śmierć w narkozie chloroformowej? Na to pytanie odpowiadają nam statystyki dwu autorów ³⁾, obejmujące kilka setek tysięcy narkoz. GURLT, opierając się na 240806 przypadkach narkozy chloroformowej, stwierdza 1 przypadek nagłej śmierci na 2075 narkoz. MIKULICZ na 98539 przypadków narkoz stwierdził 61 przypadków nagłej śmierci.

¹⁾ Patrz w tym względzie bardzo interesującą pracę J. FIGL'a i H. MEIER'a: Biologisch-chemische Untersuchungen ueber das Chloroform. Biochemische Zeitschrift I, IV, 1906, str. 317—331.

²⁾ Niewiele pomaga w tym kierunku nader czuły odczyn na zanieczyszczenia chloroformu, podany przez LANGGARD'a (Therap. Monatsh. 1902, V) z odczynnikiem v. MARQUIS'a: nieco chloroformu + 3 ctm H₂SO₄ + 2 kr. HCHO: czerwone zabarwienie (loc. cit. str. 320).

³⁾ MIKULICZ loc. cit. str. 757.

ci, co wynosi 1 na 1699. Połączywszy obie te statystyki, otrzymamy, że jeden przypadek nagłej śmierci w narkozie, zdarza się na 1887 narkoz chloroformowych bez względu na to, z jakiego powodu, jak długo i t. p. chorzy pozostawali w narkozie. Narkoza eterowa, według tych statystyk, ma powodować śmiertelność mniejszą. Prócz przypadków nagłej śmierci opisywano też przypadki śmierci późniejszej, spowodowanej przez zatrucie chloroformem, czy też ciałami acetonowemi, jak chcą niektórzy ¹⁾ i wywołujące rozległe stłuszczenie narządów wewnętrznych.

Z cyfr i przesłanek powyższych jasno wynika, że w sprawie przeciwwskazań do narkozy nie podobna stawiać tu jakichś uzasadnień naukowych, i stać należy do czasu na gruncie empiryi i tradycyi klinicznej.

Ta poucza, że chorych w okresie niedomogi serca operować nie należy, że tylko z nadzwyczajnymi ostrożnościami operować można chorych z arteriosklerozą, zwłaszcza ze sklerozą tętnic wieńcowych serca, oraz chorych otyłych ze słabem sercem, tych, których dawniej zaliczano do kategorii chorych na „otłuszczenie serca“. W sprawie kwalifikowania takich chorych do operacyi, wiele obiecywano sobie z oznaczania t. zw. energii zapasowej serca. Pomijając już to, że żaden z dotychczas podanych sposobów w tym celu nie ostał się w praktyce, nie słycać dotychczas, czy z tych co w ostatnich latach zmarli od narkozy, wielu miało zmniejszenie owej „zapasowej“ energii. Iluż z pomiędzy nich było ludzi zdrowych?!

Co się tyczy chorych sercowych, to tu trzymałbym się zasad następujących. Za przeciwwskazanie zupełne uważałbym istniejącą niedomogę serca oraz stany, którym towarzyszą objawy ze strony prawego serca [tętno żyłne, tętno nadbrzusza, wątroby]. Z wad serca zupełnie skompensowanych bałbym się zwłaszcza zwężenia lewego ujścia żylnego, jako sprawy najprędzej i najnieprzewidzianiej sprowadzającej niedomogę, oraz niedostateczności zastawek aorty. Zupełnie skompensowana niedostateczność zastawki dwudzielnej, bez niedomogi w wywiadach i bez żadnych objawów ze strony płuc i prawego serca nie powinna stanowić przeciwwskazania do zabiegu. Astma sercowa jest przeciwwskazaniem, podobnie jak i stwierdzona świeża sprawa zapalna wsierdzia czy osierdzia. Co się tyczy zapalenia wsierdzia, to w sprawie tej takie silne zaburzenia w równowadze krążenia, jakie towarzyszą narkozie i zabiegowi, powinny budzić bardzo uzasadnione obawy o wytworzenie się zatoru, o zatrzymanie się serca, często równie stłuszczonego, jak w chorobach zakaźnych przewlekłych. Arterioskleroza niezawsze stanowi przeciwwskazanie do zabiegu. O tem przekonywamy się wielokrotnie u chorych z zatknięciem tętnic w kończynach dolnych, którzy znoszą amputacye na ogół wcale nie gorzej, niż inni chorzy. Ale dusznica bolesna stanowi przeciwwskazanie do operacyi, tak samo, jak arterioskleroza ogólna z białkomoczem i dużą ilością moczu o ciężarze gatunkowym n. m. (nephritis interstitialis), zwłaszcza z nieznacznymi objawami astmy sercowej lub

¹⁾ GUTHRIE. The Lancet 1905. Jahresb. für Ouir. 1906, str. 10.

obręku płuc w wywiadach. Tego rodzaju obraz znajdujemy często u otyłych. Im w starszym wieku jest dany chory otyły, tem bardziej budzić w nich w nas obawy.

Klinika zresztą poucza, że każdy otyły ma mały zapas energii serca; zapas ten u ludzi starszych jest bardzo mały, wyczerpywany przez hipertensję lub już wyraźną sklerozę tętnic. U takich ludzi zabieg i narkoza powinny być stosowane tylko jako *indicatio vitalis* z największą ostrożnością. Co się tyczy arytmii, to tu nie każda arytmia posiada znaczenie jednakowe. Arytmia u ludzi młodych, zwłaszcza u kobiet często bywa jednym ze zjawisk, towarzyszących zwężeniu lewego ujścia żylnego. Jako taka budzić też winna bardzo poważne objawy. Pozatem arytmia u ludzi młodych, zwłaszcza nerwowych w postaci skurczów dodatkowych (*extrasystole*) tylko wtedy powinna budzić obawy, jeśli po zmęczeniu fizycznym pacyenta skurcze te występują w liczbie większej i ujawnia się lekkie zaburzenie kompensacji w postaci najczęściej duszności. Tego rodzaju badania skutecznie można ambulatoryjnie i nigdy nie należy ich zaniedbywać. Arytmia u ludzi starszych—ze sklerozą tętnic, nawet w postaci stosunkowo najniewinniejszej skurczów dodatkowych, powinna budzić tem większą ostrożność, im jest częstsza, to jest im więcej tych skurczów pojawia się, im ciśnienie tętnicze jest większe i im łatwiej da się u nich wywołać duszność wysiłkowa. Pamiętać winniśmy, że taka arytmia w postaci ekstrasystol u ludzi starszych bywa często wraz z dysproporcją pomiędzy ciśnieniem obwodowym a siłą cisnącą mięśnia sercowego. Pomimo więc pozornie dobrego tętna i tonów serca mocnych, stoimy tu już nieledwie u krańca wydolności serca.

Z powyższego widzimy, że serce, a raczej układ krwionośny, jest tym narządem, który nastęrcza najwięcej obaw w rokowaniu operacyjnym. Stąd też właśnie dążenia klinicystów do zastąpienia narkozy chloroformowej przez inne sposoby znieczulania, dążenia—godne najwyższego uznania, acz dziś jeszcze niezbyt płodne. W sprawie operowania chorych z sercem podejrzaniem konieczne jest nader drobiazgowo i ściśle zbadanie kandydata do operacji przez lekarza internistę, który ma zdawać sobie doskonale sprawę nie tylko ze stanu krążenia u danego chorego, ale też i z charakteru, trudności i ciężkości zabiegu chirurgicznego, jaki tego chorego czeka. Z tego ostatniego względu każdorazowe porozumiewanie się w tych razach lekarza internisty z chirurgiem jest po prostu niezbędne.

Co się tyczy wpływu okresu pozabiegowego na stan krążenia chorych operowanych, to tu wspomnieć tylko należy o skłonności chorych z wadliwym krążeniem do spraw płucnych opadowo-zapalnych, które rozwijać się mogą u leżących przez czas dłuższy na plecach bez ruchu. Widywano też w okresie pozabiegowym wytwarzanie się zaburzenia kompensacji u chorych z zupełnie przedtem skompensowaną wadą serca lub wydolną działalnością mięśnia sercowego. O sprawach tych nie mogę tu rozwodzić się dłużej. Pragnę tu tylko zaznaczyć z naciskiem, iż okres pozabiegowy w ogóle nie jest wcale okresem machinalnego wykonywania opatrunków. W historii chorego operowanego, okres ten jest bardzo ważny, wymagający

nieustannie ze strony lekarza najtroskliwszej i najw̄szzechstronniejszej opieki nad chorym. Przyznać należy, że przeświadczenie to coraz bardziej uwydatnia się w chirurgii nowoczesnej.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

35. Dr Lissmann [Monachium]. O udawaniu i przesadzaniu w chorobach nerwowych.

Uwzględniając u symulantów i osobników, przesadzających dolegliwości swe, spaczony stan psychiki, powstały najczęściej na tle fizycznych zaburzeń i potęgujący się pod wpływem trosk i walki o byt zagrożony, autor zarazem współczuje badającym ich lekarzom, zmuszonym nieraz uzbroid się w wielką cierpliwość i użyć całego zasobu swej wiedzy, aby zdemaskować udawanie. Dlatego też korzystając z kazuistyczno-klinicznych przypadków, autor podaje odpowiednie metody i sposoby, tak własne, jak i innych autorów, do demaskowania pewnego szeregu udawanych lub przesadzonych objawów nerwowych, a mianowicie: bólu, osłabienia lub zupełnego wyczerpania, zaburzeń ruchowych, uczuciowych, objawu ROMBERG'a, drżenia, odruchów, jankania się.

1) Demaskowanie udawanego bólu udaje się często przez mocne dotknięcie do miejsca rzekomo bolesnego, podczas skierowania uwagi badanego na jakąkolwiek rzecz [podczas rozmowy o rencie, lub o innej kwestyi]. Najczęściej dotknięcie to pozostaje w tym razie bez najmniejszego wrażenia, gdy zazwyczaj przy skupionej uwadze badanego na rękoczyn lekarza, najłżejsze już dotknięcie sprawia badanemu ból nieznośny.

Zwracając uwagę badanego o oczach zasłoniętych na bolesne działanie prądu elektrycznego, SEELIGMÜLLER wylacza prąd i mocno przyciska elektrody warczącego aparatu faradycznego do miejsca bolesnego na dotyk. Uprowadziwszy następnie badanego o mającem nastąpić lekkim elektrycznym uderzeniu, elektrodą uderza w to miejsce. Uczucie tylko dotknięcia zamiast bólu zdradza udawanie.

Często objaw MANKOFF'a oddaje nam pewne usługi przy różniczkowaniu a n i u bólu prawdziwego od rzekomego. Ucisk miejsc prawdziwie bolesnych wywołuje nieraz przyśpieszenie tętna i rozszerzenie źrenic.

2) Celem zdemaskowania osłabienia lub wyczerpania s t a w ó w i mięśni posilkujemy się metodą HOESSLIN'a. Wiadomo, że przy wysiłku napięte są tylko mięśnie działające, mięśnie zaś przeciwdziałające pozostają wiotkie. O ileby więc przy wysiłku czynnym z oporem okazało się, że mięśnie przeciwdziałające były napięte, wtedy powstaje podejrzenie udawania, symulant bowiem, udając osłabienie w pewnych ruchach, napina jednocześnie zarówno mięśnie działające, jak i przeciwdziałające. Mamy np. osobnika z osłabieniem górnej kończyny. Zalecamy badanemu zgiąć kończynę tę przy jednoczesnym oporze naszym, poczem szybko ją puszczaemy. Jeżeli kończyna w chwili puszczenia pozostanie w tej samej pozycji lub nagle się rozegnie, to badany umyślnie pobudził mięśnie wyprostne do skurczu w celu symulowania osłabienia zginaczy.

Udawanie osłabienia ręki demaskuje się w sposób następujący: Zalecamy badanemu ścisnąć rękę naszą raz po uprzednim wyprostowaniu, drugi zaś raz po zgięciu swej ręki. Uścisk, dokonany w jednym i drugim razie z jednakową siłą zdradza symulanta, gdyż fizjologia poucza nas, że ręka uprzednio silnie wyprostowana, wywrze uścisk mocniejszy, niż zgięta, zginacze bowiem z większą energią pełnią czynność swoją po uprzednim maksymalnym oddaleniu miejsc przyczepów swych, czyli po uadmiernem wyprostowaniu ręki.

3) Porażenia symulowane można odróżnić od organicznych na zasadzie następujących danych.

Brak lub wzmoczenie odruchów, zanik pojedynczych mięśni, drganie włókienkowe, objawy naczynioruchowe [niższa ciepłota kończyn, sinica, obrzęk], a zwłaszcza zachowanie się pobudliwości elektrycznej, przemawiają za porażeniami organicznymi.

Wprawdzie zanik mięśni do pewnego stopnia występuje nieraz i u symulantów po długotrwałem oszczędzaniu kończyny; w tych razach staranne oględziny mogą nam niekiedy rozjaśnić sprawę; u robotnika np. modelowate zgrubienia lub niezbyt dawne uszkodzenia skóry ręki mogą zdradzać używanie jej do pracy.

Dalej kierować się należy faktem stwierdzonym, iż porażenia organiczne często mają pewien typ, zazwyczaj t. zw. typ WERNICKE'go: w kończynach dolnych mianowicie spostrzegamy przewagę porażen mięśni zginaczy stawów: skokowego, kolanowego i biodrowego, nad porażeniem mięśni wyprostnych; natomiast w kończynach górnych przeważają porażenia mięśni wyprostnych stawów napięstkowego i palcowych przy równomiernym udziale w porażeniu mięśni zginaczy i wyprostnych stawów barkowego i łokciowego.

Wreszcie dla wyjaśnienia natury porażenia uciekać się nieraz wypada do różnych forteli i podejść. Przy porażeniu dolnej kończyny wykonywa się liczne szybkie bierne ruchy zginania i wyprostowania stawu kolanowego i nagle ruchy te się przerywa. Kilka zgięć i wyprostowań czynnie potem wykonanych ze strony badanego zdradza symulację, gdyż symulant, chcąc zamaniestować osłabienie stawu kolanowego, dopomaga swymi ruchami czynnymi biernym ruchom badającego.

Dla zdemaskowania udawanego porażenia kończyny górnej, badający umieszcza obie kończyny górne badanego na lewym swym ramieniu i, dotykając się do rąk jego to ostrym, to tępym końcem szpilki, żąda od niego skupienia uwagi i dokładnego określenia charakteru dotknięcia doznanego; w trakcie skierowania uwagi badanego na tę manipulację, badający pomalu usuwa swe ramię. Zazwyczaj udający nim spostrzeże podejście, utrzymuje czas jakiś rzekomo porażoną kończynę na równi ze zdrową w położeniu poziomem.

Udawaną niemożność podnoszenia kończyn górnych autor demaskuje w sposób następujący: unosi on rzekomo porażoną kończynę powyżej nieco linii poziomej, poczem zaleca badanemu wolno ją opuścić, jakoby w celu uniknięcia uszkodzenia. Jeżeli badany zlecenie to wykona udatnie, mamy przed sobą udającego, ponieważ według ZUCKERKANDL'a czynność opuszczania i podnoszenia górnej kończyny wykonywa jeden i ten sam mięsień, mianowicie naramienny.

FREUND i SACHS zalecają następujący sposób demaskowania udawanego porażenia barkowego: ułożywszy badanego na stole grzbietem do góry ze zwieszającą się rzekomo porażoną kończyną górną, zaleca się przyciągnąć ją do tułowia i napowrót opuścić. Symulant zazwyczaj kończynę do tułowia przyciągnie, natomiast nie opuści jej, w obawie zdradzenia porażenia, które według jego mniemania powinno się wyrażać ułożeniem kończyny wzdłuż tułowia.

wia, gdy właściwie, na zasadzie prawa ciężkości, prawdziwie porażona kończyna w tej pozycji sama opaść powinna.

Autor demaskuje rzekome porażenie barkowe w inny sposób. Ułożywszy badanego na łóżku i uniósłszy rzekomo porażoną kończynę do linii prostopadłej, kieruje ją nieco dalej jeszcze za tę linię, poczem puszcza kończynę. Gdy istotnie porażona kończyna w tej pozycji wskutek ciężaru swego opadnie w kierunku głowy, to u symulanta opada ona w kierunku tułowia. Do tego zaś konieczny jest pewien czytelny ruch ze strony badanego, doprowadzający kończynę przynajmniej do linii prostopadłej.

4) Do demaskowania zaburzeń czuciowych: anestezyi i analgezyi służy znana od dawna, obecnie świeżo wprowadzona metoda LÖRCKER'a, a mianowicie: metoda odwrotnego oznaczania wrażeń czuciowych.

Zaleca się badanemu powiedzieć „teraz” wtedy, gdy nic nie czuje, i odwrotnie, nie mówić, albo powiedzieć „nie” w chwili, kiedy poczuje dotknięcie lub ukłucie szpilką. Mało inteligentny symulant wnet się zdradzi: przestanie on mówić „teraz” wtedy, gdy się dotkniemy lub ukłujemy miejsce rzekomo znieczulone.

Metoda GOLDSCHNEIDER'a polega na tem, że po oznaczeniu ołówkiem miejsca znieczulonego, przykładą się długą drucianą penzelkowatą elektrodę częścią do zdrowej, częścią zaś do znieczulonej okolicy. Zaleca się badanemu o oczach zasłoniętych dokładnie podać chwilę, kiedy przestanie odczuwać działający prąd elektryczny. Unosząc pomału elektrodę z okolicy zdrowej, zostawia się ją na okolicy znieczulonej. Odczuwanie prądu w tym razie zdradza udawanie.

UNVERRICHT w szybkich tempach ukłupa igłą to zdrową, to znieczuloną część skóry, zalecając badanemu każde ukłucie oznaczać wyrazem „teraz.” Zwłoka w odpowiedzi wzbudza podejrzenie udawania.

5) Dość popularny i często symulowany objaw ROMBERG'a, łatwo daje się odróżnić od prawdziwego, spotykanego w wadzie rdzenia, rozszanem zapaleniu nerwów, w sprawach mózdkowych, błędnikowych, a nieraz i u neurasteników. Gdy obarczony bezwładem, podczas wykonania próby ROMBERG'a, chwieje się i zadaje sobie pewien trud, aby się utrzymać w równowadze, symulant pada bez najmniejszego chwiania się, nie zważając nieraz na uszkodzenia, jakie upadek taki przyczynić mu może.

Inne metody [SCHUSTER, FREUND i SACHS] polegają na skierowaniu uwagi badanego, podczas wykonywania próby ROMBERG'a na inny przedmiot. Jeżeli symulanta podczas próby tej zająć pytaniem, co odczuwa, ostry czy tępy koniec szpilki, wtedy stoi on spokojnie z oczyma zamkniętymi, nie chwając się wcale.

6) Drżenie prawdziwe spotyka się jako samoistne, toksyczne i jako objaw pewnych spraw chorobnych: drżączki (*paralysis agitans*) i choroby BASEDOW'a.

Drżenie prawdziwe cechuje się równymi, nie zmieniającymi się wahaniami [oscylacyami], tak podczas dłuższej obserwacji, jak i przy skierowaniu uwagi badanego na inny przedmiot. FUCHS zaleca badanemu z drżeniem kreślić jedną ręką w powietrzu pewne figury: koła, kwadraty i t. p., i obserwuje przez ten czas zachowanie się drugiej drżącej ręki lub innych drżących części ciała [głowy, tułowia lub dolnych kończyn]. Niezmiennosc oscylacji przemawia za prawdziwym drżeniem.

Do zdemaskowania drżenia dolnych kończyn służyć może następująca metoda. Ułożywszy badanego brzuchem na dół, zaleca mu się zgięte w kolanach kończyny trzymać do góry. W tej pozycji drżenie udawane waiet ustaje, lecz natychmiast wraca po opuszczeniu nóg, skoro palce znajdą punkt oparcia. Celem pozbawienia punktu oparcia, SEELIGMUELLER podkłada pod palce naoliwioną szklaną płytę; drżenie udawane w tym razie ustaje.

7) U symulantów częściej spostrzegać się daje wzmoczenie, niż brak odruchów, najczęściej spotykamy się ze wzmoczeniem odruchu rzepkowego. Udawanie tu łatwo wykryć się daje w ten sposób: w trakcie szybkiego opukiwania młoteczką ścięgną rzepkowego, naraz udajemy, że kontynuujemy opukiwanie, nie dotykając się wcale młotkiem ścięgną. Ruch dowolny zdradza nam istotę rzeczy.

8) Jąkanie się również bywa nieraz przedmiotem udawania. Należy pamiętać, że prawdziwy jąkała nie jąka się podczas śpiewania, o czym symulant zazwyczaj nie wie i jąka się również podczas śpiewania.

Często udaje się zdemaskować udawanie to różnymi fortelami: mówi się na przykład koledze szeptem, lecz tak, aby badany słyszał: „Właściwie danej sprawie chorobnej brak jeszcze tego lub owego objawu, np. brak pamięci, lub brak drżenia w lewym ręku.” Nie obyty z podejściem ten symulant wkrótce przy badaniu uskarżać się będzie na jeden z wzmiankowanych objawów.

Autor w jednym przypadku udawanego jąkania się zalecił dozorcę szpitalnemu nie dawać jąkałce przez dwa wieczory piwa. Gdy za drugim razem dozorca wspomniał, że znów o piwie zapomniał, z ust pseudo-jąkały wyleciały wymysły tak wartkim potokiem, że nie pozostało najmniejszej wątpliwości co do istoty sprawy.

(*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1908. Nr 6).

PUTERMAN [Sosnowice].

36. Schumburg. Odkazanie rąk wyłącznie alkoholem.

Drogą doświadczalną autor przekonał się, że przyjęte powszechnie mycie rąk mydłem i gorącą wodą przy pomocy szczotki usuwa z rąk tylko nieznaczną liczbę bakterii, a jednocześnie dzięki tym rękocyzynom łatwo o pęknięcia, naddarcia i inne mechaniczne obrażenia skóry, gdzie chorobotwórcze drobnoustroje znajdują doskonałe podłoże dla swego rozwoju. Dla tego też autor zaleca następującą metodę odkazania: alkohol (*rectificatissimus*) lub spirytus skażony z dodatkiem $\frac{1}{2}\%$ kwasu saletrzanego lub 1% formaliny. Ilość alkoholu, zużytego do nacierania rąk wacikami, wynosi około 200 ctm. sz. Czas mycia alkoholem nie przekracza 3-ch minut. Jeżeli dla większej pewności kto życzy sobie po obmyciu alkoholem użyć jakiegoś środka dezynfekcyjnego, to pierwszeństwo przed sublimatem posiada 10% wa woda utleniona, ponie waż ona mniej niszczy skórę rąk, niż sublimat. Dawniej autor zalecał do odkazania rąk mieszaninę eteru z alkoholem; obecnie, zdaniem autora, eter nie nadaje się do tego użytku.

(*Deutsch. med. Woch.*, 1908, Nr 8).

W. Dobr.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 10-go b. m. odbyło się ogólne zebranie członków Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego. Obszerne sprawozdanie umieszczone w 4-y m zeszytu „Zdrowia” świadczy wymownie o rozgałęzionej działalności Towarzystwa i jego oddziałów prowincjonalnych.

— Dnia 15-go b. m. w sekcji balneologicznej Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego kol. JAWORSKI opisał wrażenia z wycieczki balneologicznej, odbytej po Zjeździe Lwowskim, przedstawiając braki ważniejszych naszych zdrojowisk i uzdrowisk. Był to pierwszy odczyt z szeregu zapowiedzianych referatów, dotyczących balneologii krajowej.

— W Krakowie utworzył się komitet badania i zwalczania raka, którego przewodnictwem przyjął prof. Browicz; sekretarzami obrani zostali: doc. ŁATKOWSKI i doc. WRZOSEK.

— „Przegląd Lekarski” zawiadamia o ukazaniu się w druku dodatku bezpłatnego, V zeszytu I tomu Rocznika lekarskiego, który zawiera prace: dra W. MAZURKIEWICZA „Części stałe i teorya wydzielania soku trzustkowego” oraz prof. PILTZA „Poszukiwania nad topografią korowych ośrodków ruchowych żrenicy”.

— IV Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się dnia 6 — 10 czerwca r. b.

— Mianowani zostali: kol. M. GURWICZ asystentem-eksternem szpitala żydowskiego; kol. MARYAN RYZKO, WILHELM KNAPPE i STEFAN HENRYK MALINOWSKI, asystentami-eksternami szpitala Św. Rocha; kol.: JÓZEF GRODZKI, LEON KAZ. OSTASZEWSKI, BRONISŁAW MARKOWSKI, ALEKSANDER BARCIKOWSKI i DOMINIK WÓJCICKI—asystentami-eksternami szpitala praskiego, wreszcie kol. JAN MARYAN ZABOROWSKI—asystentem-eksternem szpitala Świętego Ducha—wszyscy na 2 lata, bez praw służby państwowej.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.