

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Drobnoustroje peptonizujące w mleku krowiem, podał S. Sterling (Łódź). (Dokończenie). Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci? Napisał d-r Rosenblatt. (Dalszy ciąg). — Streszczenia zbiorowe. Istota i leczenie błędnicy, krytycznie opracował D-r Stanisław Klejn. (Dalszy ciąg). — Streszczenia i wyciągi. 11. Leczenie błonicy surowica. 12. Surowica przeciwgronkowcowa. 13. Działanie nukleiny przy wrzodach gołeni. 14. O migdałach, jako wrotach przenikania drobnoustrojów ropotwórczych. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 15 stycznia r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Sterling — Les microorganismes peptonisants du lait de vache. 2) D-r Rosenblatt — Aperçu des progrès récents dans la thérapie moderne des entérites chez les enfants.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Sterling — Die peptonisirenden Mikroorganismen der Kuhmilch. 2) D-r Rosenblatt — Ueber die letzten in der Behandlung des acuten und chronischen Darmkatarrhs bei Kindern gemachten Fortschritte.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

## Drobnoustroje peptonizujące w mleku krowiem,

podał Seweryn Sterling (Łódź).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 4).

Znalezione w mleku gatunki: *bacillus lactis peptonans*  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ ,  $\epsilon$  są tlenowcami względnymi. Jak się z przytoczonych danych wykaże, są one najbardziej podobne do *b. subtilis*, *b. mesentericus vulgaris*, *b. mesentericus fuscus*.

I. Pochodzenie: mleko.

II. Postać: są to laseczki:  $\alpha$  — długie, cienkie;  $\beta$  — krótkie, grube;  $\gamma$  — cieniutkie, krótkie;  $\delta$  — grube, długie;  $\epsilon$  — długie, cienkie.

III. Ruchliwość: znaczna.

IV. Wzrost na: żelatynie obojętnej (22° C.); płytki — mało charakterystyczne hodowle; hodowla kłóta: szybkie rozrzedzanie odżywki;  $\alpha$  — zmętnienie odżywki; tworzenie się błonki na powierzchni po 48 g.;  $\beta$  — błonka na powierzchni dopiero po kilkunastu dniach;  $\gamma$  — brak błonki;  $\delta$  — błonka na powierzchni po 24 g.;  $\epsilon$  — błonka na powierzchni po 24 g.;

żelatynie zasadowej (22° C.): brak lub nader słaby rozwój;

agarze (37° C.), płytki:  $\alpha$  — kolonie żółtawe, suche, matowe;  $\beta$  — kolonie biało-żółtawe, wilgotne, błyszczące;  $\gamma$  — kolonie drobniutkie, szarawe, nad powierzchnię wyrastające;  $\delta$  — kolonie szare, z wypustkami, suche, matowe;  $\epsilon$  — kolonie drobne, pośrodku zagłębione, z wypustkami;

agarze (37° C.), ukośnie ściętym:  $\alpha$  — powierzchnia biała, pomarszczona w grube fałdy, sucha, matowa;  $\beta$  — powierzchnia szarawa, wilgo-



tna;  $\gamma$  — powierzchnia szarawa, wilgotna;  $\delta$  — powierzchnia szara, grubo pofałdowana;  $\varepsilon$  — powierzchnia żółtawo-szara, pofałdowana;

bulionie (37° C.): wzrost nader szybki:  $\alpha$  — zmętnienie odżywki; na powierzchni błonka szarawa;  $\beta$  — błonki, opadające na dno, tworzą tam osad kłaczkowaty;  $\gamma$  — błonki na powierzchni, na dnie i wewnątrz całej masy odżywki;  $\delta$  — błona gruba, biała na powierzchni;  $\varepsilon$  — błona gruba, biała na powierzchni;

kartoflu (37° C.): wzrost nader szybki:  $\alpha$  — nalot ciemny, gruby, pomarszczony;  $\beta$  — nalot żółtawo-biały, delikatny, wilgotny;  $\gamma$  — nalot żółtawy, delikatny, z czasem czerniejący;  $\delta$  — nalot białawy, grubo pofałdowany, po kilkunastu dniach czernieje; wtedy kartofel zdaje się być pokryty czarnym proszkiem;  $\varepsilon$  — nalot biały, delikatny w drobniutkie fałdy zmarszczony;

roztworze peptonu 1% (37° C): wzrost bujny; tworzenie się długich nitek, obfitsze, aniżeli w innych odżywkach;

mleku: wzrost szybki. Po kilkunastu godzinach makroskopowo widoczna zmiana mleka: poniżej warstwy tłuszczu (o ile mleko nie było odtłuszczone) widoczna się staje warstwa żółtawo-wodnista; pod nią mleko nie zmienione. W tym czasie skłócenie mleka powoduje zmieszanie warstw: drugiej i trzeciej, a mleko makroskopowo nie różni się od prawidłowego. Z biegiem czasu powiększa się warstwa wodnista, do surowicy podobna; jednocześnie widoczne się stają kłaczki ściętego sernika, które bądź na dno opadają, bądź tuż pod warstwą tłuszczu się znajdują;

mleku zalkalizowanym (soda): nie rozwijają się;

mleku niewyjaławianem, świeżem: rozwój powolniejszy, aniżeli w mleku jałowym. Zmiany gołym okiem widzialne później występują. Sernik ścina się w daleko grubsze kłaczki. Warstwa do surowicy podobna wolniej się tworzy;

odżywcze bezbiałkowe, moczu jałowym: rozmnażają się; szybko jednak występują postacie wsteczne;

odżywkach bezbiałkowych sztucznie przygotowanych: nie udało mi się żadnego gatunku wyhodować.

**V. Warunki ciepłe:** rosną dopiero przy ciepłocie powyżej 16° C.; od 24—26° C. zaczyna się *optimum* wzrostu, zresztą *optimum* to zależne jest od odżywki i dlatego trudno było określić *optimum* przeciętne; w każdym razie leży ono najniżej, jeżeli odżywką jest mleko.

**VI. Zarodniki:** wszystkie gatunki tworzą zarodniki trwałe; te ostatnie leżą pośrodku lasecznika, lub na końcach. Zarodniki wolne najobficiej występowały w hodowlach na kartoflu. Postać ich: owalna, eliptyczna.

**VII. Barwienie:** barwią się wszystkimi używanymi barwnikami, bardzo szybko i wyraźnie przy barwieniu błękitem „Wiktorya“ (barwienie pojedyncze; wyraźne kontury zarodników).

**VIII. Własności bio-chemiczne:** lakmus, do odżywki dodany, odbarwiają. Gazów nie wytwarzają (kolbki Th. SMITH'a). Siarkowodoru, amoniaku nie wydzielają. Odczynu nitroso-indolowego nie dają. Zmieniają albuminę mleka na pepton. (Działania na sernik mleka dokładnie nie zbadałem; wytwarzanie prawdopodobnie toksyn z tegoż będzie przedmiotem dalszej mej pracy).

**IX. Szybkość peptonizowania** każdego z pięciu wydzielonych gatunków:



I (największa)	— $\beta$
II	— $\alpha, \delta, \varepsilon$
III	— $\gamma$ .

**X. Częstość**, z jaką się każdy z tych gatunków spotyka w mleku:

$\alpha$	w 60%	prób	mleka	badanego
$\beta$	" 95%	"	"	"
$\gamma$	" 95%	"	"	"
$\delta$	" 30%	"	"	"
$\varepsilon$	" 30%	"	"	"

*Ad I.* Do mleka laseczniki nasze dostawać się muszą z powietrza obór, z pyłem, zawierającym cząsteczki paszy, ziemię i inne zanieczyszczenia. W pracy BUJWIDA (12) znajduję szereg drobnoustrojów powietrza, które pod wielu względami zdradzają pokrewieństwo z wydzielonymi przezemnie. Są to drobnoustroje № 62, 64, 70. Peptonizują one jednak mleko o wiele później, aniżeli *bacill. lactis peptonans*.

*Ad II.* Laseczniki układają się częstoć w nici, składające się z kilku (aż do 8, nie więcej) osobników.

Wielkości oddzielnych osobników nie określałem, a raczej pomiarów tych zaniechałem, przekonawszy się, że zbyt wielkie zachodzą w tym względzie wahania w zależności od wieku hodowli, od odżywki, od ciepłoty, przy której wzrastały i t. p. Toteż postać ich sama przez się nie daje podstaw do różniczkowania.

*Ad IV.* Błonki, tworzące się na powierzchni żelatyny w hodowli kłótej, po kilkunastodniowym staniu opadały na dno.

W mleku niewyjałowionem zakażenie drobnoustrojami peptonizującymi wywoływało mniej szybki rozwój peptonu, aniżeli w mleku jałowem. Widocznie w walce o byt różnorodnych drobnoustrojów mleka — peptonizujące zwycięzcami bezwzględnie nie zostają, być może, dzięki silnie kwaśnemu odczynowi takiego mleka.

*Ad VIII.* Dla wykrycia peptonu w mleku postępowałem w następujący sposób:

przedewszystkiem poszukiwałem w mleku peptonu zaraz po wyjałowieniu. Do 50 ctm<sup>3</sup> mleka dodawałem w nadmiarze obojętnego siarczanu amonu i, mieszając, ogrzewałem na kąpeli wodnej przez 15 minut. Otrzymaną mieszaninę przesączałem na gorąco. Po zupełnem oziębieniu żółto-żółtostego przesącza dokonywałem próby biuretowej: do przesącza dolewałem (na parownicy porcelanowej) równą objętość nasyconego roztworu ługu sodowego; po zamieszaniu otrzymywałem masę galaretowatą (przy niższej ciepłocie, niż pokojowa — lodowatą), przyczem obficie wywiązywała się para amoniakalna; masa otrzymana oddzielała się wkrótce od płynu jasno-żółtego, który przesączałem; do przesącza dodawałem roztworu siarczanu miedzi (2 : 100), na zimno. Otóż, już pierwsza kropla siarczanu miedzi barwiła płyn jasno-żółty na niebiesko. Tym sposobem wykazany został brak peptonu w mleku świeżo wyjałowionem <sup>6)</sup>.

W podobny sposób badałem mleko, które pod wpływem wyodrębnionych przezemnie laseczników zmienione zostało. Dodanie jednej lub kilku

<sup>6)</sup> Nieobecność peptonu w mleku świeżem stwierdzili: HOFMEISTER (14), DOGIEL (15), SEBELIEN (16), SIOR (17), TOCH (18).



kropel roztworu siarczanu miedzi dawało natychmiast zabarwienie różowe; dalsze dodawanie tegoż odczynnika kroplami zmieniało powoli barwę silnie różową na fioletową. Dopiero większe ilości odczynnika powodowały niebiesko-fioletowe zabarwienie badanego przesącza <sup>7)</sup>).

Stosownie do gatunku lasecznika (jednego z pięciu), stosownie do trwania działania jego, ilości zaszczipionej do mleka, ciepłoty, przy której próba pozostawała — odczyn na pepton był wyraźniejszy: zabarwienie różowe i fioletowe dłużej pozostawało przy ponownie dodawanym siarczanie miedzi; lub też mniej wyraźny: szybsze przejście w zabarwienie niebieskawe.

Dodawanie do mleka—odżywki—środków bakteryobójczych (dodawałem: kwas salicylowy, kwas borny i sublimat) chroniło mleko od peptonizacji.

Przy badaniu sprawy, czy peptonizacja mleka zależy wyłącznie od życiowych własności wydzielonych laseczników, czy też od działania materii chemicznych (fermentu), przez drobnoustroje te wytwarzanych, postępowałem tak:

Kilkunastodniową hodowlę lasecznika peptonizującego mleko przesączałem przez filtr „NORDMEYER-BERKEFELD“ przy pomocy przyrządu MUENCKE'go. Przesącza: 1) dodawałem do jałowego mleka, 2) dodawałem do żelatyny (10%), zaprawionej kwasem karbolowym.

Mleko w ten sposób zakażone nie zmieniało się makroskopowo. Żelatyna nie stawała się płynną.

Fakt ten stoi w sprzeczności z działaniem wszystkich dotąd znanych drobnoustrojów peptonizujących, które zdolność tę zawdzięczały wydzielanemu przez siebie ciału chemicznemu (fermentowi).

Czy obecność w mleku peptonów daje prawo nazwania mleka tego szkodliwym?

Podawanie przez czas dłuższy peptonu, laboratoryjnie przygotowanego, wywołuje bezwątpienia podrażnienie przewodu pokarmowego (19–23). Jednocześnie jednak badania lat ostatnich wykazały, że to, co w handlu miano „peptonu“ nosi, zawiera nader mało chemicznie czystego peptonu, końcowego produktu odpowiedniego rozkładu białka. Dobroć peptonu właśnie zależy od obecności w nim poprzedników chemicznych peptonu, a małej ilości tego ostatniego. Dlatego też przy wytwarzaniu fabrycznym peptonu sprawę peptonizacji przerywa się o wiele wcześniej, zanim cały przetwarzany materiał do *studium* peptonu (KÜHNE'go) dojdzie. Przy peptonizacji mleka dzieje się inaczej: drobnoustroje odpowiednie doprowadzają albuminę mleka aż do zupełnej peptonizacji, aż do masowego powstawania peptonu. Dlatego mleko speptonizowane działa bezwarunkowo drażniąco na przewód pokarmowy dzieci.

Czy drobnoustroje wymienione prócz peptonu nie wytwarzają innych ciał (*resp.* toksyn) szkodliwych; czy i w jakim kierunku zmieniają sernik — będzie zadaniem dalszych poszukiwań.

**Wnioski:** W mleku zagotowanym, zarówno jak i w wyjałowionym przez gorąco, jednym z licznych sposobów dziś używanych, istnieją zawsze drobnoustroje, rozmnażające się przy pomocy zarodników trwałych.

<sup>7)</sup> Do wykrycia peptonu używałem też próby ALMÉN'a (kwas garbnikowy); otrzymane wyniki nie były jednak tak wyraźne, jak przy próbie biuretowej, która wogóle jest praktyczniejsza, o ile mi się zdaje.



Drobnoustroje te należą zarówno do grupy tlenowców, jak i beztlenowców. Rozmnażają się przy ciepłocie wyższej nad  $16^{\circ}\text{C}$ .

Między tlenowcami mleka wyjąławanego istnieją gatunki, zdolne do peptonizacji mleka. Równolegle do polepszenia się warunków życia tych drobnoustrojów i ich ilości wzrasta szybkość powstawania i ilość peptonu w mleku.

Drobnoustroje te, ze względu na ich pochodzenia i własności, nazwałem *bacillus lactis peptonans*  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$  i  $\epsilon$ . Z wielu względów podobne są one do laseczników FLUEGGE'go (6) № VII, I, XII, VIII i IX i do laseczników BUJWIDA (12) № 62, 64, 70.

Mleko, zawierające pepton, jest szkodliwe głównie dla dzieci, jako mniej odpornych na wszelkie wpływy, wywołujące zaburzenia w c z y n n o ś c i a c h p r z e w o d u p o k a r m o w e g o.

Część spraw chorobowych przewodów pokarmowych u dzieci, mlekiem krowim karmionych, zależy może od peptonu mleka.

Czynnik ten postawić należy obok innych, wywołujących cierpienia narządów trawienia u dzieci, mlekiem krowim karmionych; są to: 1) zarodniki chorobotwórcze w mleku (zostają przez wyjąławianie zniszczone); 2) toksyny drobnoustrojów różnych (ilość ich zależy od czasu, jaki dzieli chwilę zarażenia mleka od chwili wyjąławiania lub spożycia, i od warunków, w których mleko przez ten czas pozostawało); 3) pierwiastki jadowite, w pokarmie krów zawarte (również niektóre choroby krów czynią mleko szkodliwym); 4) niestrawny, trudno strawny pokarm, wraz z mlekiem podawany; 5) zaburzenia w e k o n o m i i c i e p ł o c i e u s t r o j u d z i e c i e g o.

Zaburzenia, przez pepton mleka powodowane, dosięgają swego *maximum* w miesiącach o wysokiej ciepłocie powietrza.

Ilość peptonu w mleku zależy od umiejętności przechowywania mleka: od chwili udoju aż do chwili spożycia. Zależy również od czystości powietrza obór, od czystości wymion krowy, rąk dojących i t. p.

Łatwiej umiejętnie przechowywać mleko, aniżeli niedopuszczyć dostania się do niego drobnoustrojów peptonizujących.

Przechowywanie mleka opierać się powinno na wiadomości o fakcie, że drobnoustroje peptonizujące mleko nie rozmnażają się poniżej ciepłoty  $16^{\circ}\text{C}$ . Wskazanie na tę okoliczność jest wielką zasługą FLUEGGE'go.

Wszystkie używane sposoby wyjąławiania mleka nie czynią go jałowem; nigdy zaś nie niszczą drobnoustrojów peptonizujących mleko.

Należy porzucić kosztowne sposoby wyjąławiania mleka.

Specyalne zakłady dostarczania mleka dla ssawców winny nakłady czynić nie w kierunku urządzania kosztownych sterylizatorów, lecz w kierunku poprawy jakości samego mleka (zdrowie i pożywienie krów, czystość obory, statków, usługi, przechowywanie i transport mleka i t. p.).

Najprostszym i najłatwiejszym sposobem wyjąławiania mleka jest gotowanie na ogniu lub kąpieli wodnej, w naczyniach czystych.

Dla względów łatwiejszego utrzymania czystości zalecać należy gotowanie mleka, rozdzielonego na małe porcy, rozlanego w butelki i zatkanego szczelnie (metoda SOXHLET'a).

Przegotowane mleko przechowywać należy w ciepłocie niższej, aniżeli  $16^{\circ}\text{C}$ .

Przy braku lodowni należy je przechowywać (oziebiać) w wodzie zimnej; w tym celu naczynia z mlekiem wstawiamy do większego, z wodą zimną, co pewien czas zmienianą.



nych resztek pokarmu, oraz wydalania trująco działających produktów rozkładu, a polecił je zastosować nietylko przy sprawach cięższych, ale nawet przy małych napozór zбочeniach w trawieniu, przy niestrawności jużto skutkiem samego przeładowania żołądka pokarmem zdrowym, lecz w ilości siłę trawienia przewyższającej, jużto wywołanej jakimś pokarmem nieodpowiednim, — wychodząc z zasady, że niestrawność ta poprzedza niejednokrotnie wszelkie cięższe zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Już wówczas na zjeździe potwierdzili korzystne wyniki, otrzymane wyplukiwaniem żołądka, nawet u ssawców w bardzo młodym wieku, na podstawie własnego materiału klinicznego: LOREY z kliniki frankfurckiej, ESCHERICH z monachijskiej, BIEDERT ze swego szpitala w Hagenau, HIRSCHSPRUNG z Kopenhagi i RANKE z Monachium. Do dziś dnia zaś wzrosła literatura, dotycząca przepłukiwań żołądka u dzieci, wskazań tych przepłukiwań, sposobów wykonania i osiągniętych wyników, bardzo znacznie, że wymienię tylko z najgłówniejszych: prace samego EPSTEIN'a w liczbie czterech (78), SOLTMANN'a (81), MONTI'ego (82), LOREY'a (83), MACHON'a (84), FRIEDLAENDER'a (85), LEA (86), TAUCHER'a (87), ESCHERICH'a (88), RIEMSCHEIDER'a (89), SEIBERT'a (90), GUNDOBIN'a (91), EHRLING'a (92), CRANDAL'a (93), BAGINSKY'ego (94), BOEKER'a (95), TROITZKY'ego (96) (ze znakomitym referatem historycznym), wreszcie RHEINER'a (97) i GROSS'a (98).

EPSTEIN polecił pierwotnie, jak wiadomo, przepłukiwać żołądek tylko czystą wodą, potem, zamiast czystej wody, używał słabego roztworu soli kuchennej. Obecnie potęguje się działanie mechaniczne wyplukiwania, już samo przez się bardzo zbawienne, łącząc je z działaniem chemicznym przez zastąpienie roztworu soli roztworami preparatów chemicznych, mających własności odkażające. Do przetworów takich, do przepłukiwań używanych i polecanych, należą przede wszystkim: rezorcyna, będzwinian sodu, kwas borny i tymol; prócz nich używano też *bismuthum subnitricum*, *bismuthum salicylicum*, *acidum salicylicum*, kreozotu, naftaliny i t. d. Żaden z wyżej wymienionych środków nie przedstawia jednak wybitniejszych własności leczniczych ponad inne, dlatego też jeszcze wszystkie są w użyciu; najwięcej jednak uznania znalazł będzwinian sodu (1—5%—2%), mniej rezorcyna. (wprzód tak bardzo wychwalana), skoro przekonano się, iż nie jest środkiem dla małych dzieci obojętnym i że przy użyciu jej zdarzały się wypadki zatrucia. Zwłaszcza w przypadkach nieżyty jelit, gdzie główniejszem wskazaniem jest nie tak dalece działanie na sam żołądek przez opróżnienie tylko żołądka z treści, lecz działanie na jelito przez pozostawienie w przewodzie pokarmowym pewnej ilości cieczy, do wyplukiwania użytej, ażeby ta w dalszym ciągu do jelita się dostała,—należy stanowczo rezorcyny unikać, bo słabe roztwory są bezskuteczne, a silniejsze mogą łatwo wywołać objawy zatrucia. Jedynie TROITZKY przykłada więcej wagi do działania chemicznego wyplukiwań i pokusił się o zestawienie wskazań, jak i czem przy zбочeniach poszczególnych, czy to czynnościowych, czy to wskutek zmian anatomicznych przewodu pokarmowego powstałych, wyplukiwać należy. Wskazania swe opiera na znanych nam dotychczas momentach trawienia fizyologicznego i zmianach, jakie w wydzielaniu czy to kwasu solnego lub mlecznego, czy pepsyny i śluzu, wskutek zmienionego pokarmu powstają; w miarę tego wyplukuje roztworami to kwaśnymi, to alkalicznymi, wodą zimną lub ciepłą, przed lub po ssaniu i t. p. W szczegóły wdawać się nie będę; wspomnę tylko, że zaleca je tak samo w celach zapobiegawczych — jeżeli wskutek błędu w dyccie karmiącej, pojawienia się u niej miesiączki, silniej-



szych wrażeń psychicznych, należy się obawiać szkodliwego wpływu wysanego pokarmu u dzieci, lub jeżeli dziecko wypilo coś swemu wiekowi nieodpowiedniego, czy to pod względem jakości lub ilości, — jak i w celach ściśle leczniczych przy wszelkich zboczeniach i zaburzeniach zapalnych przewodu pokarmowego.

Wszyscy zresztą autorowie, którzy u dzieci wyplukiwania żołądka stosowali tak przy niestrawności, jak i nieżytkach, między nimi EPSTEIN w 1000 przypadkach, LEO w 104, ESCHERICH w 400, EHRLING w 850, SEIBERT w 521, GUNDOBIN w 250 i t. p., zgadzają się w zasadzie na to, iż wyplukiwania te są bardzo skuteczne, bo nie tylko powstrzymują od razu wymioty, ale także wpływają bardzo korzystnie na towarzyszące rozwojenie, a są tem skuteczniejsze, im wcześniej, to jest im we wcześniejszym okresie cierpienia się je wykonywa, zatem najskuteczniejsze w wszelkiego gatunku niestrawnościach.

Przypuszczając, iż różne sposoby wykonania tychże wyplukiwań, różne w tym celu stosowane przyrządy, lejki z kateterem Nélaton'owskim, irygatory, wprowadzić się mająca ilość czy to wody, czy roztworu, średni czas trwania jednego posiedzenia, są wszystkim dostatecznie znane, a różnice zdań, czy ten czy ów przyrząd do przepłukiwań jest lepszy, można spokojnie pominąć milczeniem, — ograniczę się tu do podniesienia tylko istotnie od siebie różniących się zapatrywań dotyczących samej skuteczności wyplukiwań.

Przypominając raz jeszcze, iż za powszechną zgodą należy uznać wyplukanie żołądka za środek najlepszy, zapobiegający rozwinięciu się mogącej chorobie narządu pokarmowego, jak to właśnie UHLIG (99) z polikliniki HEUBNER'a wykazał; przypominając dalej, że nawet najmłodszy wiek dziecięcy nie stanowi przeciwwskazania do wykonania tego rękoczynu; dalej, że najodpowiedniejszym jest użycie 0,06%-go roztworu soli kuchennej lub 2 — 3% roztworu białka sodu, — zwracam się do następujących punktów, co do których w zdaniach wyżej wspomnianych autorów zgody niema. Punkty te są następujące: 1) czy przepłukiwaniem żołądka można osiągnąć jeszcze jakiś skutek pomyślny w późniejszym okresie czy to nieżytku, czy zapalenia jelit, czy tylko stosując je w okresie początkowym? 2) czy przepłukiwanie żołądka wywiera jakiś wpływ korzystny na sprawę chorobową, ograniczoną do samego jelita cienkiego, przy żołądku zdrowym? 3) czy zapaść dziecka w przebiegu biegunki letniej lub też w cholerycznej stanowi przeciwwskazanie do zastosowania płukania lub nie?

EPSTEIN wyplukiwał żołądki w niestrawnościach przewlekłych i osiągał wyniki bardzo dobre. Gdy w przypadkach świeżych wystarczało raz lub dwa razy rękoczyn ten wykonać, zmuszony był w przypadkach zastarzałych wykonywać go codziennie przez czas dłuższy. Znaczna ilość śluzu, pokarmu niestrawionego, masy cuchnące bywały często wydalane, co świadczyć ma o tem, iż pokarm niestrawiony może w żołądku o wiele dłuższy czas pozostawać, niż dotychczas przypuszczano, i być powodem przewleknięcia się cierpienia. Zdanie to podziela także EHRLING, TROITZKY, SEIBERT i inni, gdy SOLTMANN, JACOBI (100), LEO, GUNDOBIN częściej pomyślnie wyniki zauważyli w cierpieniach przewlekłych. Dla zwolenników wyplukiwań, do których przeważnie zaliczają się SEIBERT i RHEINER, niema wogóle przeciwwskazań do użycia ich i płuczą oni *à outrance*, — pierwszy nawet przy powikłaniach, jak np. przy zapaleniu otrzewny (!), a ostatni utrzymuje, iż wlewaniem wody do żołądka wyrównywa utraty wody w ustroju, czemu przypisuje znakomite wyniki w cholerycznej



dziecięcej. Inni autorzy z większą wyrażają się ostrożnością; niektórzy, jak np. BAGINSKY (101), wprost odradzają stosowanie tego środka, jeżeli tylko grozi dziecieniu zapaść; podobnie także i FILATOW (102). BOOKER (103) zwrócił uwagę na to, iż u dzieci wogóle wątlých lub wyniszczonych łatwo skutkiem wypłukania powstają krwawienia z błony śluzowej żołądka. (D. c. n.).

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

### Istota i leczenie blednicy,

krytycznie opracował d-r **Stanisław Klejn**, ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 4).

W niektórych przypadkach blednicy zjawiać się może gorączka stała z nasileniami wieczornymi (JACCOUD, LECLERC, MOLLIÉRE, HAYEM, WEIL, SOKOŁOWSKI, PUŁAWSKI), niekiedy nawet przedstawia się ona jako *typus inversus* (JACCOUD, TRAZIT). HAYEM zauważył, że gorączka zjawia się zwykle wtedy, gdy ilość krążków krwi jest znacznie zmniejszona.

Jakie jest źródło tego zjawiska, dokładnie nie wiemy. Większość autorów szuka go w niedokrwistości (BIERMER, IMMERMANN) i przytacza analogie w postaci gorączki przy niedokrwistości złośliwej, białaczce i niedokrwistości pokrwotocznej. Jest to objaśnienie bardzo prawdopodobne, aczkolwiek nie jedyne. Nie mamy np. obecnie żadnych danych, zaprzeczających możliwości powstawania gorączki w blednicy drogą zakażenia lub zatrucia, drogą, jaką ogromna większość gorączek powstaje (KREHL). Pewne dane nawet, które uprzednio przytoczyliśmy (zakrzepy żył, rozpad krążków, obrzmienie śledziony), za takim źródłem wprost przemawiają. Idzie więc tylko o to, czy zatrucie to jest powikłaniem blednicy, czy też nierozdzielny jej objawem. Rzadkość występowania gorączki w blednicy i obecność jej dopiero w postaciach ciężkich przemawiałaby za pierwszym przypuszczeniem, natomiast analogie, poczerpnięte z innych chorób (gruźlica, ropienie przewlekłe), mówią za drugim.

Blednica jest chorobą po większej części uleczalną. Pamiętać jednak należy, iż z jednej strony bardzo rzadko wyleczenie jest całkowicie, często bowiem nie jesteśmy w stanie zwiększyć ilości hemoglobiny po nad 70—80%; z drugiej znów strony zdarzają się przypadki bardzo uporczywe, trwające lata całe, a nawet całe życie, albo też przedstawiające niekiedy wyraźne powroty. Zejście śmiertelne jest faktem bardzo rzadkim, zależnym zwykle od powikłań. Uporczywość blednicy w niektórych przypadkach daje się w pewnym stopniu objaśnić zmianami organicznymi (aplazją), nie zawsze je jednak w takich przypadkach znajdujemy; okoliczność ta znów nasuwa nam myśl, iż przyczyna blednicy jest głęboko zakorzeniona w ustroju, że czynnik chorobotwórczy ma pewne podobieństwo do czynników chorobotwórczych niektórych przewlekłych chorób zakaźnych albo ustrojowych, przedstawiających podobne nasilenia i powroty i trwających życie całe.

Dla pełności obrazu należałoby przytoczyć jeszcze dane anatomiczne, znajdowane przy oględzinach pośmiertnych. Dane te jednak, w obec pomysłnego zejścia choroby, są bardzo nieobfite i niestałe. Braki te są tem dotkliwsze, iż na narządy, których stan mógłby nas może objaśnić o istocie choroby, mało znów zwracano uwagi. Najczęściej znajdujemy zmiany w układzie naczyniowym, a mianowicie: niedoroż w ój naczyn, wyrażający się nadzwyczajną wązkością aorty i dużych pni tętniczych (VIRCHOW, ROKITANSKY) oraz ściężeniem ścian naczyń, zależnem od ściężczenia wszystkich trzech warstw; ściany te są przytem nadmiernie elastyczne, trudno się rozrywają. Rzadziej daleko przytrafiają się anomalie w przebiegu i wyjściu naczyń (tętnice międzyżebrowe). Błona wewnętrzna tętnic (aorty) ulega często zwyrodnieniu tłuszczowemu, rzadziej już błona średnia i mięsień sercowy. Samo serce przedstawia się rozmaicie: niekiedy bywa ono małe, niekiedy zaś istnieje prorost oddzielnych jego części. Wogóle zmiany w naczyniach nie są stałe; występują najczęściej w postaciach ciężkich.



Zwyrodnienie tłuszczowe narządów mięsnych, właściwie zresztą innym rodzajom niedokrwistości, napotyka się dość często. O zawartości żelaza w wątrobie dotkniętych blednicą nie posiadamy wcale danych. Badania takie miałyby ważne znaczenie dla poznania istoty blednicy, szczególnie wobec faktów, zauważonych przez BUNGE'go (p. № 3). Śledziona bywa niekiedy powiększona, blada (FUEHRER, SCHARLAU).

W narządach płciowych zmiany również nie są stałe i rozmaicie się przedstawiają: zdarzają się mianowicie przypadki z prawidłowymi narządami płciowymi, niekiedy jednak macica i jajniki przedstawiają wyraźną aplazję; albo też przeciwnie, są nadmiernie rozwinięte. Zanotować należy okoliczność, iż aplazja narządów płciowych niezawsze występuje jednocześnie z aplazją systemu naczyniowego; zmiany te mogą występować zupełnie niezależnie jedna od drugiej. Wszystkie te okoliczności pozwalają przypuścić, iż zmiany te wogóle nie stanowią koniecznego objawu anatomicznego blednicy, że od nich zatem blednica nie zależy. Conajwyżej, wpływać one mogą na przebieg blednicy, na jej charakter.

O zmianach w szpiku kostnym ścisłych danych nie posiadamy. Jest to bardzo ważny brak, od wypełnienia którego należy się dużej spodziewać korzyści nie tylko dla patologii blednicy, ale i niedokrwistości wogóle.

Należy jeszcze kilka słów poświęcić warunkom, wśród których zauważono powstanie blednicy. Po największej części blednica powstaje powoli, szczególnie u dziewcząt o złym wyglądzie, przedstawiających obraz, opisany przez STRUEMPELL'a jako *einfache constitutionelle Anaemie*. Często jednak blednica rozwija się, rzec można, nagle; za przyczynę podają zwykle, jak przy wielu innych chorobach o niejasnym pochodzeniu, zmartwienie, wstrząśnienie moralne, niekiedy zaś nagle przerwanie miesiączki i t. d. W wielu przypadkach zauważono, iż blednica łatwiej się rozwija u osób, żyjących w złych warunkach higienicznych, albo też u dziewcząt, dziedzicznie obciążonych gruźlicą, przymiotem, u dziewcząt wątych, których ustroj już od urodzenia przedstawia się nieprawidłowym, u których układ naczyniowy i narządy krwiotwórcze, jak wiadomo, genetycznie pokrewno, są niedorozwinięte i jako takie słabiej działają (IMMERMANN, GLUZIŃSKI). W warunkach takich nieznaczną przyczyną mają już być dostateczną do wywołania blednicy. Jako taką podają zwykle okres dojrzewania płciowego, albo nawet okres pierwszej miesiączki. Niektórzy wprost twierdzą, iż sam krwotok miesięczny może wywołać blednicę (DUNIN), co wydaje się wątpliwem wobec tego, iż jest on zwykle stosunkowo nieznaczący i stopniowy, a także dlatego, iż upusty krwi są środkiem właśnie, wprost usuwającym często blednicę.

Niektórzy zauważyli także, iż blednica jest chorobą dziedziczną, powstającą u wielu dziewcząt w jednej rodzinie; są tacy nawet, co obserwowali małe epidemie blednicy (CLÉMENT).

Wszystkie powyżej wyliczone warunki, wśród których powstaje blednica, tak często podobne do warunków, przytaczanych przy ciurpionach innych, nie mogą być uważane za istotne przyczyny blednicy. Przyznać jednak trzeba, iż stwarzają one grunt podatny dla blednicy, tak samo, jak i dla chorób innych, łatwiej rozwijających się u osobników nieprawidłowo żyjących lub nieprawidłowo zbudowanych.

Tak się przedstawia w krótkości całokształt objawów klinicznych, warunków powstawania i zmian anatomicznych, występujących przy blednicy. Już w toku opisu powyższego przekonał się, że większość zmian tych nie przedstawia cech, właściwych tej jednej tylko chorobie i po większej części znajduje się w związku z niedokrwistością, która stanowi główny objaw blednicy. Przy tej jednak sposobności wyróżniliśmy szereg objawów, rzadziej, co prawda, napotykanym, ale które z powodu cech, jakie obecność ich nadaje pewnej grupie chorób, nabierają szczególnego znaczenia. Mówimy tu o zmniejszonej często ilości krążków, o zabarwieniu swoistem skóry chorych, o zakrzepach żylnych, o powiększeniu śledziona, o gorączce, o wolu i o chorobie BASEDOW'a, występujących w przebiegu blednicy. Objawy te, których charakter nasuwa myśl o wspólnym ich pochodzeniu od jednej przyczyny, albo od kilku przyczyn bardzo zbliżonych, pozbawiają ich cech przypadkowości, powikłania. Należy się domyślać, iż przyczyna, która wywołuje niedokrwistość i blednicę, może przy pewnym natężeniu swem wywołać i te objawy. Jaka to jest przyczyna i jaką drogą wywołuje te objawy wraz z blednicą, trudno w chwili obecnej ostatecznie rozstrzygnąć; na to dane, powyżej przytoczone, jeszcze nie pozwalają. Dane te wykazały nam, iż zbiór objawów blednicy posiada znaczne luki, wypełnienie których powinno być zadaniem najbliższej przyszłości; z tego też względu dokładne opisy oddzielnych



przypadków tej ciemnej choroby, a jeszcze lepiej całego szeregu przypadków, uwzględniające powyżej zaznaczone objawy, nie powinny być uważane za rzecz zbyteczną; z drugiej znowu strony należałoby także badania nad błędnicą przenieść z kliniki do laboratorium; w ten tylko sposób zbliżymy się do rozwiązania kwestyi istoty błędnicy i przerwiemy potok hipotez i teoryi powstawania tej choroby, odrywających tylko uwagę naszą od jądra rzeczy, a w rezultacie nie przysparzających nauce żadnych nowych faktów.

(D. c. n.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

11. SOLTMANN. **Leczenie błonicy surowicą.** W przeciągu ostatnich 9 miesięcy roku zeszłego leczył autor w Lipskim szpitalu dla dzieci 193 przypadki błonicy. Śmiertelność ogółem wynosiła 27%. W miesiącach kwietniu, maju, czerwcu i lipcu, kiedy surowica nie była stosowana, śmiertelność dosięgła 39,8%; w 5 ostatnich miesiącach zaś, kiedy większość chorych leczona była surowicą, zmarło 18%; z tej ostatniej kategorii przypada 27,2% śmiertelności na dzieci szczepione i 14,6% na nieszczepione. Co się tyczy umiejscowienia sprawy błonicowej, to najwięcej przypadków przedstawia błonica skombinowana gardzieli i krtani. W przeciągu pierwszych 4 miesięcy było takich przypadków 40, z tej liczby zmarło 21; w ostatnich zaś 5 miesiącach było tego rodzaju chorych 60, z pomiędzy nich zmarło tylko 17. U 48 z tych 60 chorych wykonano intubację, a mianowicie u 41 szczepionych i u 7 nieszczepionych. Z pierwszych zmarło 11, z drugich wszyscy. S. nie odważa się z tych liczb wyciągać wniosków na korzyść surowicy, gdyż dadzą się one w rozmaity sposób komentować. Owe 7 przypadków intubowanych, bez leczenia surowicą, właśnie dla tego nie było nią leczonych, że z góry przewidzieć w nich można było zejście śmiertelne. Gdyby zatem stosowano u tych chorych surowicę, to powiększyliby oni odsetkę śmiertelności. Dalej, według wiadomości, zebranych przez autora, charakter epidemii w 4 pierwszych miesiącach był bezporównania złośliwszy, niż w ostatnich pięciu.

Co się tyczy sprawy szybszego oddzielania się błon z gardzieli, nosa i krtani, o jakim wspominają inni autorowie, to S. w liczbie 89 przypadków, leczonych surowicą, zauważył to 28 razy. Ale każdemu doświadczonemu lekarzowi znane są takie przypadki i z dawniejszych czasów. W większości przypadków jednak nie miało to miejsca, a często nawet spostrzegł S. rozszerzenie się błon na krtani, oskrzela i pęcherzyki płucne. Drugim objawem, który przypisywano leczniczemu działaniu surowicy, jest krytyczny spadek gorączki po wstrzyknięciu tego leku. S. spostrzegł to w 18 przypadkach na 89. Ale i w nieleczonych surowicą przypadkach błonicy gardzieli i nosa autor widywał to samo. Niejednokrotnie ciepłota po takim spadku krytycznym znowu podnosiła się i spadała powoli w przeciągu 6—14 dni. Pomyślny wpływ leku na tętno autor zanotował tylko w 5 przypadkach; o wzmacniającem działaniu na serce mowy nie było; przeciwnie, w 4 przypadkach bezpośrednio po wstrzyknięciu wystąpiła zapaść, zakończona śmiercią. Białkomocz spostrzegł S. 26 razy, z pomiędzy nich 19 razy w związku bezpośrednim z wstrzykiwaniami.

Wielokrotnie widział S. wysypki, podobne do szkarlatyny i pokrzywki. 9 razy towarzyszyła błonicy szkarlatyna, trzy razy odra.

Porażenia pobłonicowe — nie mówiąc o lekkich porażeniach podniebienia miękkiego — wystąpiły 5 razy, z pomiędzy których 4 u dzieci szczepionych. Wszystkie cztery przypadki były ciężkie i dotyczyły rozmaitych grup mięśniowych.

W 3 przypadkach, po zupełnem wyleczeniu sprawy miejscowej, wystąpiły nawroty. Jedno dziecko, szczepione w celach zapobiegawczych, zachorowało w 3 tygodnie po szczepieniu na lekką błonicę. Co się tyczy szczepienia wczesnego, to wyniki S. nie odpowiadają obietnicom BEHRING'a. Z pomiędzy 13 przypadków śmierci u szczepionych, 6 przypada na dzieci, którym surowica wstrzykiwana była w pierwszych czterech dniach. Z drugiej strony przychodziły do zdrowia dzieci, szczepione znacznie później, nawet dziesiątego dnia.



Szkodliwego działania ubocznego, któreby napewno można było położyć na karb surowicy, S. nie spostrzegął. Zwraca jednak uwagę, że tak osobliwego i wybitnego zwyrodnienia mięśnia sercowego, nerek i wątroby, jakie stwierdził u szczepionych surowicą, w dawniejszych przypadkach błonicy nie widział.

Dotychczas nie wiemy, jak działa surowica. Przypuszczalne jej działanie antytoksyczne jest wątpliwe; przemawiają za tem wybitne zwyrodnienia narządów wewnętrznych, pomimo wczesnego zastosowania leku, a przede wszystkim porażenia pobłonicowe.

W końcu zwraca autor uwagę na domieszkę 0,5% kwasu karbolowego do surowicy. Przede wszystkim wstrzyknięcie 0,05—0,1 kwasu karbolowego (gdyż tyle znajduje się w 10—20 ctm. surowicy) nie jest bynajmniej obojętne dla ustroju dziecięcego. Powtórę, kwas karbolowy, używany wewnątrz i zewnątrz, zawsze grał poważną rolę w leczeniu błonicy. Stosując go zatem razem z surowicą, nie wiemy, czemu przypisać działanie lecznicze. Z obu tych względów należałoby kwas karbolowy ze surowicy przeciwbłonicowej usunąć. Wreszcie, stosując nowy lek, należy pamiętać, że pomiędzy błonicą doświadczalną a ludzką istnieje ogromna różnica. W pierwszej postaci mamy do czynienia z jednym czynnikiem przyczynowym, w drugiej ze skombinowanym wpływem kilku gatunków bakterii. Gdyby zatem surowica przeciwbłonicowa ziściła pokładane w niej nadzieje, t. j. gdyby w istocie miała wpływ na wytwory lasecznika LOEFFLER'a, to wartość jej zawsze będzie jednak tylko warunkowa, a miejscowe stosowanie obok niej środków przeciwniejących zupełnie usprawiedliwione.

Z. Srebrny.

12. VIQUERAT. **Surowica przeciwgronkowcowa.** Na wstępie swej pracy opisuje autor przypadek zapalenia naczyń chłonnych na prawej nodze u chłopca 14-letniego, które powstało wskutek zakażenia małego owrzodzenia na pięcie; gruczolę pachwinowe były silnie obrzmiałe, niemal zropiałe; na stronie wewnętrznej kolana mieścił się ropień wielkości orzecha laskowego. W ropie, otrzymanej z przekłucia próbnego, znaleziono czystą hodowlę gronkowca złocistego. W powstałą po wypompowaniu ropy jamę wstrzyknął V. roztwór trójchlorku jodu w stosunku 1 : 1000; podobnie zastrzyknięcia porobił w okolicy obrzmiałych naczyń chłonnych. Na drugi i trzeci dzień zastrzyknięcia te powtórzone; piątego dnia chory wyzdrowiał. Na miejscu opisanego ropnia znalazł V. jamę, wypełnioną cieczą przezroczystą.

Ciecz owa, względnie surowica, zawierała wprawdzie jeszcze gronkowce, ale drobnoustroje te utraciły już swe głównejsze cechy biologiczne: nie rozrzedzały żelatyny i, wstrzyknięte królikowi pod skórę, nie były w stanie wywołać ropienia.

Co ciekawsze jednak, że surowica, która się jeszcze długi czas z tej jamy sączyła, wstrzyknięta w ilości 2—4 ctm. szśc. królikowi pod skórę, znosiła w zupełności działanie silnie jadowitych, świeżych hodowli bulionowych gronkowca złocistego, otrzymanych z przypadków zapalenia szpiku kostnego i również temuż królikowi podskórnie w ilości 5—10 ctm. szśc. zastosowanych. Surowica ta nie zawierała trójchlorku jodu.

Drugi przypadek dotyczył chorego z *osteomyelitis femoris*; ropień dochodził wielkości pięści. Wypompowawszy ropę, wstrzyknął V. w powstałą jamę roztwór ICl<sub>3</sub> i powtórzył zabieg ten w ciągu 12 dni 7 razy. Po 7-em zastrzyknięciu otrzymał V. surowicę zupełnie przezroczystą; zebrał jej w ciągu następnych 18 dni około 300 ctm. szśc. i przesączył przez filtr glinowy (chory wyzdrowiał po 6 tygodniach w zupełności). Po 3 tygodniach wyjął autor u tegoż chorego pozostały jeszcze martwak i przy tej sposobności otrzymał około 120 ctm. szśc. krwi, resp. 70 ctm. szśc. surowicy. Ta ostatnia, również jak i poprzednio otrzymana, posiadała silne własności uodparniające, a mianowicie: 1/200 ctm. szśc. 5-dniowej hodowli bulionowej gronkowca złocistego, wyhodowanego z przypadku *osteomyelitis*, wstrzyknięta królikowi wagi 2,5 kilo do żyły usznej, zabijała go w ciągu 3-ch dni; dawkę tę neutralizowało 0,2 ctm. szśc. surowicy leczniczej; tym sposobem wartość uodparniająca surowicy równała się 1 : 12500.

Nawiasem mówiąc, gronkowce, otrzymane z przypadków ostrych zapaleń szpiku kostnego, okazały się najjadowitszymi.

Z taką surowicą przystąpił autor do wypróbowania jej w celach leczniczych u ludzi.



P. cierpi od 2 miesięcy na zapalenie okostnej palca; przez przetokę sączy się trochę ropy wraz z cząstkami kości. V. zastrzyknął mu 10 ctm. szśc. swej surowicy w okolice międzyłopatkową; w miejscu zastrzyknięcia lekkie zaczerwienienie i obrzmienie, lekka gorączka. Po 3 dniach V. powtórzył zastrzykiwanie, po którym przetoka zarasta; chory zdrowieje po 6 dniach.

Takie same zastrzykiwania wykonywał autor w przypadkach zastrzałów, *impetigo* u dzieci (5 ctm. szśc.), czyraków (10 ctm. szśc.). Zdrowienie następowało bez wyjątku po dniach kilku.

Próby te robił autor w listopadzie i grudniu 1893 roku. W dzień N. Roku (1894) został wezwany do chorego z *osteomyelitis tibiae*. V. zastrzyknął mu 20 ctm. szśc. swej surowicy; polepszenia nie było żadnego. Trzeciego dnia zastosował autor dawkę 25 ctm. szśc. Ciepłota zaczyna spadać, chory poci się przez całą noc, guz na kości staje się mniej wrażliwym na dotyk; piątego dnia ciepłota tylko 38,8°, autor stosuje trzecie zastrzyknięcie 20 ctm. szśc. Po sześciu dniach chory podnosi się z łóżka i jest w stanie chodzić.

Nadmienić wypada, że surowica V. zawierała 0,5% kwasu karbolowego i autor widział 2 razy po użyciu dużych dawek wysypkę ogólną, podobną do płonicy.

W celu otrzymania od zwierząt takiej surowicy leczniczej V. zastosował zmienioną metodę BEHRING'a, a mianowicie wstrzykiwał kozom pod skórę hodowlę bulionową gronkowca złocistego z dodatkiem coraz to mniejszych ilości  $\text{ICl}_3$ , tak, że już po 3 tygodniach zwierzęta znosiły zastrzyknięcia czystych jadowitych hodowli, w końcu 20—30 ctm. szśc. ropy z przypadku *osteomyelitis*, bez żadnego odczynu ze strony ustroju.

U psów sprawa uodparniania postępuje znacznie wolniej; zresztą psy, również jak i konie, są do tego stopnia wrażliwe na zastrzyknięcia, że każde znaczniejsze powiększenie dawki grozi zwierzęciu wprost śmiercią.

Stosując tę metodę u kóz, V. otrzymał wreszcie surowicę o wartości uodparniającej 1 : 500,000 i użył jej w celach leczniczych.

Najrozmaitsze przypadki zapaleń, powstałych w zależności od gronkowców, leczyły się prawie bez wyjątku doskonale. Wyjątki owe stanowiły sprawy zapalne nadmiernie rozwinięte, zakażenia mieszane, lub przez inne drobnoustroje spowodowane.

Zmiany w ogniskach ropnych, jakie autor wskutek zastrzykiwań swej surowicy spostrzegał, opisuje V. w sposób następujący: po 3—4 godzinach zaczyna się zmniejszać ból („rwanie“), skóra przyjmuje odcień niebieskawy, naprężenie tkanek i gorączka zmniejsza się również. W 10—12 godzin pojawia się w ropniach krew w postaci kosmków, ropa staje się fioletowa; po 15—20 godzinach ropień już jest niebolesny na dotyk. Powoli ropień wysysa się i wreszcie znikają objawy zapalenia naczyń chłonnych. Badając ropę w okresie zastoju żylnego pod drobnowidzem, znajdujemy obok licznych ciałek czerwonych znaczną ilość wielojądrowych leukocytów; gronkowce znajdujemy po części wewnątrz leukocytów, po części w stanie wolnym w przesięku, po części w stanie rozpadu. Otrzymane stąd w hodowlach, nie rozrzedzają żelatyny, rosną nietypowo i tracą swe własności jadowite.

W końcu wspomina autor jeszcze o jednym ciekawym doświadczeniu: koza, silnie uodporniona, dostała pod skórę 10 ctm. szśc. ropy z przypadku *osteomyelitis*. Miejsce ukłucia igły było zalane nalewką jodową i następnie kolodium. Ten sztuczny „ropień“ istniał bez najmniejszego odczynu w ciągu całych miesięcy; wreszcie wypuścił autor ową „ropę“ i nie znalazł najmniejszych zmian zapalnych: ani fagocytozy, ani nagromadzenia się leukocytów, ani ropienia.

U kobiety 60-letniej wyciął V. kaszak na głowie (przed operacją dostała chora 10 ctm. szśc. surowicy leczniczej 1 : 500,000) i wstrzyknął do powstałej jamy ropę, otrzymaną z przypadku zapalenia szpiku kostnego; ranę zaszył. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Po 8 dniach zdjął szwy i nie znalazł ani śladu ropy, ani najmniejszego odczynu zapalnego. Dopiero po 6 tygodniach wypuścił V. zastrzykniętą ropę; jama zaciągnęła się bez ropienia.

Odporność, powstała po zastrzyknięciu omawianej surowicy, utrzymuje się nie dłużej nad 2—3 miesiące.

(*Zeitsch. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten. Bd. XVIII. Heft III 1894.*)

Wacław Orłowski.



13. **BUKOVSKY. Działanie nukleiny przy wrzodach goleni.** W roku zeszłym na klinice czeskiej prof. JANOVSKIEGO leczono zastrzykiwaniami nukleiny 25 chorych z atonicznymi wrzodami goleni, których w żaden sposób przedtem usunąć nie można było. Z nich siedm istniało z górą rok, jeden dwa lata, jeden od lat trzech, a trzy od lat pięciu. Nukleiny dostarczył prof. HORBACZEWSKI w roztworze takim, że w 500 ctm. szśc. było 2,5 czystej nukleiny i 2,5 fenolu, czyli że w 1 ctm. szśc. było 5 mlgr. nukleiny. Zastrzykiwano co 4 dni w okolicę międzyłopatkową, zaczawszy od 2,5 mlgr. i zwiększając za każdym razem dawkę o 2,5 mlgr. U 21 chorych nie było żadnego odczynu w miejscu zastrzyknięcia, płyn prędko ulegał wesyaniu. U jednej chorej po 15-em zastrzyknięciu wystąpił ból w plecach bez zmian przedmiotowych, ciepłota 38,6° C., osłabienie, ból głowy i kończyn. Stan ten trwał przez dwa dni. W dwóch przypadkach potworzyły się ropnie, w jednym nastąpiła śmierć chorej 54-letniej, silnie wyniszczonej. Po 7-iu zastrzyknięciach, gdy wrzody już się prawie zagoiły, wystąpiło znaczne osłabienie, ból głowy, krzyża, kończyn, ciepłota 38,2° C. Na plecach w miejscu ostatniego zastrzyknięcia bolesność, zaczerwienienie, które nadzwyczaj szybko rozszerzyło się na całe plecy i przeszło w zgorzel.

Miejscowo stosowano opatrunek obojętny z roztworu fizyologicznego chlorku sodu. W przypadkach zaniedbanych, gdy po wielu zastrzyknięciach polepszenie było nieznaczne, stosowano jeszcze okłady z *calcaria chlorata*, jodoform, opatrunek uciskający i t. p. Ciepłota nawet przy dużych ilościach nukleiny nie o wiele przechodziła 38,0° i to tylko w przypadkach nielicznych; reszta chorych zachowywała się dość obojętnie.

Różnicę tę w porównaniu z wynikami, otrzymanymi przez MOURKA (patrz „Medycyna“ r. 93 № 49), B. objaśnia tem, że MOUREK miał do czynienia bądź z choremi dziećmi, bądź z dotkniętymi chorobami ogólnymi; chorzy zaś autora, z wyjątkiem wrzodów, innych chorób nie mieli.

Zmian w moczu nie było; natomiast po każdym zastrzyknięciu ilość białych ciałek krwi znacznie się zwiększała. Co się tyczy zmian w samych wrzodach, to nawet w starych, pokrytych słabą ziarniną, bądź rozpadłą, zmartwiałą tkanką, zawsze pewien odczyn znajdowano. Po dwóch lub trzech zastrzyknięciach błada, w małej ilości ziarnina stawała się obfitszą, czerwieńszą, części obumarłe odpadały, ustępując miejsca ziarninie zdrowej; wypełniała ona całą przestrzeń wrzodu po brzegi, od których wyrastające wysepki naskórka stopniowo zmniejszały obszar wrzodu. W jednym np. przypadku wrzód, 12 ctm. szerokości, 9 długości mający, na kończynie dotkniętej słońiowacizną, po trzech zastrzyknięciach oczyścił się, po 14 został z niego tylko niezaciągnięty środek, wielkości półgrosza. Inny wrzód, 20 ctm. szerokości, 17 długości, po 7 zastrzyknięciach miał tylko po 3 ctm. długości i szerokości. W dwóch przypadkach nukleina nie wywarła skutku. Odczyn miejscowy, coprawda, wystąpił, ale słaby; po całym szeregu zastrzyknięć wrzód się oczyścił i pokrył słabą ziarniną, ta jednak wkrótce obumarła.

Wszystkie przypadki B. układu w 3 grupy: 1) Przypadków 14. Zagojenie wrzodów nastąpiło pod wpływem zastrzykiwań nukleiny przy miejscowem stosowaniu fizyologicznego roztworu chlorku sodu. 2) Przypadków 9. Nukleina wywołała odczyn miejscowy, wrzód pokrył się ziarniną i naskórkiem, do zupełnego jednakże wyleczenia trzeba było użyć jeszcze leczenia miejscowego. 3) Przypadków 2. Zastrzykiwania nukleiny, pomimo znacznej ilości (1135 mlgr. i 1577 mlgr.) nie pomogły. Obie chore bardzo wątłej budowy, jedna z nich miała lat przeszło 73 i głębokie, do warstwy mięśniowej sięgające wrzody.

Najwcześnieje wyleczenie następowało po 4 zastrzyknięciach, zawierających 25 mlgr. nukleiny, najpóźniej po 32 z 1212,5 mlgr.

Na podstawie tego B. twierdzi, że nukleina ma poważną wartość leczniczą. Podawana podskórnie w dawkach dostatecznych, jest zdolna wyleczyć wrzody goleniowe, lub też do tego stopnia je ożywić, że przy pomocy stosowania miejscowo innych środków zupełnie zabliznienie nastąpić może.

(Časopis lékařů českých. № 46 i 47 r. 1894).

S. Kossobudzki.

14. **BUSCHKE. O migdałach, jako wrotach przenikania drobnoustrojów ropotwórczych.** O ile posiadamy dość pewne dane co do przyczyn ostrego zapalenia szpiku kostnego, o tyle, co się tyczy dróg, jakimi zarazki przenikają do krwi, w większości przypadków błędzimy jeszcze w dziedzinie przypuszczeń. Wiadomo,



że w niektórych przypadkach drogą, dającą dostęp drobnoustrojom do szpiku kostnego, są kiszki, płuca lub skóra, jak to bywa niekiedy np. przy następczem zapaleniu szpiku kostnego po tyfusie brzuszny, zapaleniu płuc, lub po zapaleniu ropnem skóry. Jednakże najczęściej cierpienie szpiku kostnego powstaje tak nagle, że niema możności wykazania narazie, jakim sposobem drobnoustroje dostały się do krwi. Za wrota dla czynników zaraźliwych uznano: 1) dolny odcinek kanału pokarmowego (KOCHER). Np. TAVEL i BRUNNER znaleźli przy *strumitis* w wolu *bacterium coli*, które dostało się doń nie inaczej, jak pośrednio przez krew z kiszek. Prócz tego, na zasadzie własnych doświadczeń KARKUNOFF i inni dowiedli, że zarażek może przedostać się tą drogą jedynie przy zmianach chorobowych błony śluzowej kiszki; 2) drogi oddechowe, mianowicie płuca, głównie przy zapaleniu włóknikowem. Natomiast co do zapalenia oskrzeli i innych cierpień dróg oddechowych, to w tym względzie nie posiadamy pewnych danych; 3) skórę i znajdujące się z nią w związku bezpośrednim błony śluzowe. Pierwszy GARRÉ dowiódł, że przez naruszoną skórę drobnoustroje przenikają do naczyń chłonnych, a z powstałych wskutek tego miejscowych ognisk zapalnych dostają się do krwi. Czy drobnoustroje przenikają do krwi przez błonę śluzową nosa, trudno orzec, wobec braku odpowiednich badań klinicznych i bakteriologicznych. O wiele ważniejszą w tym względzie rolę odgrywa, według autora, błona śluzowa jamy ustnej, mianowicie części, które pokryte są nabłonkiem mniej ścisłym, a więc migdały. Wielu autorów, jak FOWLER, HARKIN, STEWART, wspominało już dawniej o zależności zapalenń stawów od zmian zapalnych w migdałach. Już KRASKE pisał, że drobnoustroje, wywołujące ropienie, dostają się do krwi przez migdały; w dwóch przypadkach migdałów wrosłych odkrył w nich gronkowca złocistego zapomocą hodowli i badania drobnowidzowego; pomimo, że migdały nie były wówczas dotknięte zapaleniem. Autor artykułu niniejszego potwierdza badania KRASKE'go, udało mu się bowiem również odkryć paciorkowca ropotwórczego i gronkowca złocistego w podobnych dwu przypadkach. Z tego wynika, że nawet nienaruszone migdały przepuszczają drobnoustroje ropotwórcze.

Nie ulega również wątpliwości, że przy ciężkich zapaleniach gardzieli drobnoustroje mogą przenikać przez zmienioną błonę śluzową. Za dowód, że przez nienaruszone migdały drobnoustroje przenikają, mogą służyć badania SCHLENKER'a nad zapaleniem gruźliczem gruczołów chłonnych szyi. SCHLENKER przyszedł do wniosku, że pomimo braku dostrzegalnych zmian patologicznych w migdałach, laszczniki gruźlicy tą właśnie drogą dostały się do gruczołów chłonnych.

Klinicznie i doświadczalnie nie zostało jednak udowodnione, czy w rzeczy samej migdały z nienaruszoną błoną śluzową odgrywają jaką rolę w przedostawaniu się drobnoustrojów, a szczególnie ropotwórczych, do krwi. Dla rzucenia pewniejszego światła, przytacza autor kilka spostrzeżeń klinicznych. W jednym przypadku chory, dobrze zbudowany i odżywiany, złamał ramię. Natychmiast po przyjęciu chorego do kliniki kończyna została unieruchomiona. Po 8 dniach przy zmianie opatrunku przekonano się, że przebieg choroby jest zupełnie prawidłowy, a 13-go dnia nastąpiło już utworzenie się silnej blizny kostnej. Dotąd stan chorego był bezgorączkowy. Dopiero w 3 dni później ciepłota podniosła się nagle do 39,7°; jednocześnie chory począł się uskarżać na ból głowy, rozstrój ogólny i trudność przy połykaniu. Podczas badania jamy ust i gardzieli znaleziono silne zaczerwienienie i obrzmienie obu migdałów. Przy badaniu bakteriologicznem migdałów wykryto paciorkowca ropotwórczego, później wykryto go i we krwi. W trzy dni chory dostał dreszczów i zaczął uskarżać się na ból w miejscu złamania. Następnego dnia wystąpił tam znaczny obrzęk i głębokie chęłbotanie. Po otwarciu ropnia wypłynęło około 300—400 ctm. szśc. ropy z jamy, otaczającej znaczną część ramienia; blizna kostna znikła zupełnie. Kończynę po odpowiedniem opatrzeniu ułożono w szyny, poczem w trzy miesiące chory przyszedł zupełnie do zdrowia. W ropie wykryto tego samego paciorkowca, co w migdałach i we krwi. Oczywiście w powyższym przypadku drogą, którą drobnoustroje dostały się do krwi, a stąd do miejsca złamania, jako do „*locus minoris resistentiae*“, były stanowczo migdały.

W innych przypadkach, przytoczonych przez autora, przebieg chorób jest bardzo zbliżony do powyższego. W jednym przypadku, po pokryciu wrzodu goleni przeszczepionym kawałkiem skóry, powstało czwartego dnia po operacji zapalenie gardzieli, a następnie zropienie rany. Badanie bakteriologiczne wykazało obe-



eność paciorkowców w migdałach, we krwi i w ropie. W przypadku uderzenia w okolice lewego poślądka, zapalenie gardzieli spowodowało ropień w głębi tego poślądka; wykryto paciorkowce. Wreszcie w czwartym przypadku, po zapaleniu gardzieli wystąpiło zapalenie ropne szpiku kostnego gołeni; wykryto gronkowca złocistego i paciorkowca.

Co do badania krwi w przypadkach podobnych, należy zwrócić uwagę na to, że w razie niewykrycia nawet we krwi drobnoustrojów ropotwórczych, nie można jeszcze wyrokować stanowczo o nieobecności ich w krwiobiegu, zaledwie bowiem bardzo niewielką ilość krwi poddajemy badaniu<sup>1)</sup>.

Samą budowa anatomiczna migdałów sprzyja wdrażaniu w głąb ich drobnoustrojów. Na zasadzie badan STORER'a wiemy, że normalnie znajduje się tu błona śluzowa, w niektórych miejscach niezupełnie pokryta nabłonkiem, co naturalnie w danym razie sprzyja nadzwyczaj przedostawaniu się bakterii. Nie ulega wątpliwości, że tą drogą zarazek przenika w głąb ustroju o wiele częściej (?), niż przez przewód pokarmowy lub płuca, i dziwić się należy, że nie częściej, niż to należałoby przypuszczać; być może, dzieje się to wskutek tego, że układ chłonny odgrywa niejako rolę ochronną w ustroju naszym.

(Deut. Zeitsch. für Chir. B. XXVIII. Hf. IV.).

L. Z.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 15 stycznia r. b.

TRZEŚĆ: 1) J. KRAMSZYK — przedstawienie przypadku choroby BARLOW'a. 2) STANKIEWICZ — przedstawienie: a) chorego z bezwładem kończyny górnej lewej; b) chorego z rwą kulszową. 3) SOKOŁOWSKI — przedstawienie chorego z bąblicą gardzieli i krtani. 4) JASIŃSKI i ORZEŁ — odczyt: Przegląd krytyczny najnowszych metod operacji chirurgiczno-otyatrycznych; przedstawienie preparatów i metody własnej.

1) Kol. J. KRAMSZYK przedstawił dziecko, dotknięte chorobą BARLOW'a. Choroba ta, której istota nie jest dotychczas wyjaśniona, polega na wystąpieniu dużych wynaczynień krwawych przeważnie pod okostną, umiejscawiających się najczęściej na kościach długich: udzie, gołeni, ramieniu, rzadziej na kościach płaskich: żebrach, łopatkach, kościach miednicy i czaszki. Objawy ze strony jamy ustnej charakteru grzliczego, jako też objawy krzywicy, często, jakkolwiek nie stale, towarzyszą tej chorobie. Przypadek, przedstawiony przez kol. K., dotyczył dziecka półrocznego, u którego po zaburzeniach żołądkowych, wymiotach, trwających 2 tygodnie, wystąpił nagle guz na wierzchołku czaszki, miękki, ciastowaty. Guz ten, powiększając się stale, w ciągu tygodnia zajął całą czaszkę, poczynając od wyniosłości potylicowej, aż do uszu i oczodołów. Skóra, pokrywająca czaszkę, jest napięta, błyszcząca, zabarwiona na kolor fiołkowy, siny, żółty; miejscami na powierzchni jej widać świeże, czerwono-krwiste plamy; na całym przestrzeni wyczuwa się cholbotanie, a pod płynem kość. Po kilku dniach na obu powiekach dolnych i lewej górnej wystąpiły rozlane wynaczynienia krwawe, sino-czerwone. Dziecko bardzo blade, niespokojne, nie gorączkuje.

W dyskusyi kol. JAWDYŃSKI zaznacza, że zdaniem jego wynaczynienia to jest pochodzenia urazowego. Urazu mogli otaczający nie zauważyć. Wynaczynienia podobno widywał często u dzieci.

Kol. JASIŃSKI podziela najzupełniej zdanie poprzedniego mówcy, dodając, że należałoby jeszcze w danym przypadku wyłączyć *erythema exsudativum*, które niekiedy w podobnej występuje postaci.

Kol. KOSMOWSKI zaznacza, że dziecko przedstawia nieznaczne objawy krzywicy, lecz nie przedstawia zbioru wybitnych objawów choroby CHEADL'a-BARLOW'a, którzy główny nacisk przy cierpieniu tem kładą na wynaczynienia podokostne w trzonach kości długich, z bólami, krótkotrwałą gorączką, i t. d.; tak wielkich zaś krwotoków na kościach czaszki nie opisują.

Kol. BORYSSOWICZ utrzymuje, że nie mamy tu do czynienia z chorobą BARLOW'a, lecz tylko z wylewem krwawym, już chociażby z tego względu, że wylow znajduje się nad *pericranium*.

<sup>1)</sup> Zresztą drobnoustroje, znajdujące się w krwiobiegu, bardzo szybko zeń znikają, zatrzymywane przez narządy o krwiobiegu zwolnionym, a więc śledzionę, wątrobę, szpik kostny i t. d. (Przyp. Red.).



Kol. KRAMSZYK odpowiada, że guz głowy — *cephalohaematoma* — zajmuje zawsze jedną tylko stronę czaszki, nie zajmuje tak znacznej przestrzeni i nie przechodzi po szwy kostno. HENOCH widział raz jeden tylko guz z obu stron czaszki, ale każdy był innej wielkości i oba ze sobą nie łączyły się. Naokoło podobnych guzów występuje wał wydatny, czego w danym przypadku niema. Uderzenia nikt z otaczających dziecko nie widział.

Prof. BARANOWSKI zwraca uwagę na wynaczynienia na powiekach i sądzi, że dalszy przebieg choroby i dokładnie zbadanie krwi będą mogły wyjaśnić, czy choroba polega na skazie krwotocznej.

2) Kol. STANKIEWICZ przedstawił: a) chorego, który uderzony został korbą od windy w obojczyk i kość ramieniową ze strony zewnętrznej. Po przywiezieniu chorego do szpitala okazało się, że kość obojczykowa jest złamana, że okolica obojczykowa silnie obrzękła i że chory ma zupełny bezwład kończyny z nieznaczniemi zaburzeniami czucia. Sądząc, że bezwład zależy od ucisku na splot barkowy, kol. S. cięciem podłużnym obnażył miejsce obrazone; wyjął kilka kawalczków kości wraz z licznymi skrępanami, poczem rana szybko zaczęła się goić, władza jednak w kończynie nie powracała, co zwróciło uwagę kol. S. na nerw promieniowy. Badanie rzeczywiście wykazało, że nerw ten na stronie porażonej został uszkodzony na ramieniu, czem łatwo można sobie wytłumaczyć bezwład. b) Następnie kol. S. przedstawił chorego mężczyznę w silo wieku, który przed 5 laty zgłosił się do kol. S., skarżąc się na silny nerwoból w nodze prawej. Badanie wykazało *ischias dextra*, który nie ustępował pomimo zastosowania oenergicznego leczenia: przypałań, morfiny, elektryzacji. Kol. S. wykonał operację wyciągnięcia chorego nerwu. Po tym rękoczymie, mniej więcej w 2 tygodnie, potrzebne do zachowania zupełnego spokoju, bóle ustały. W 2 lata później ten sam chorey zgłosił się do kol. S. z nerwobólem podobnym, tylko w nodze lewej. I tym razem kol. S. wykonał wyciągnięcie również z dobrym skutkiem. Obecnie po raz trzeci zgłasza się chorey, skarżąc się, że nerwobóle w nodze prawej znów powracają; i tym razem kol. S. zamierza dokonać wyciągnięcia nerwu.

3) Kol. SOKOŁOWSKI przedstawił chorego 40-letniego, dotkniętego rzadkiem cierpieniem błony śluzowej jamy gardzieli i krtani. Sprawa trwa od kilku miesięcy; chorey doznawał z początku tylko uczucia zawady w gardzieli, w ostatnich czasach wystąpiło utrudnione łykanie. Zresztą chorey czuje się dobrze; przedtem nigdy nie chorował poważnie, przymiotu nie przebywał. W płucach zmian wyraźnych nie wykryto. Kaszel nieznaczny; płwocina śluzowa, łaseczniczków KOCH'a nie zawiera. W innych narządach zmian niema. Badanie gardzieli wykazuje liczne białe plamy różnej wielkości, od grochu do fasoli, mocno przylegające do błony śluzowej i z wielką trudnością dające się usunąć *resp.* zeszkobać; usadowione są głównie w dolnej części gardzieli. Nagłośnia dość znacznie nacieczona, czerwona, pulchna, bez wyraźnego nalotu, struny niezmiennione. Błony zeszkobane poddano badaniu bakteryologicznemu z wynikiem ujemnym. S., wspominając o rzadkości tego cierpienia, zaznacza, że przypadek ten jest tem ciekawszy, że na skórze chorego żadnych zmian niema, jak to zazwyczaj bywa. Dalszy przebieg cierpienia będzie później przez autora podany.

4) Kol. ORZĘB opisał część anatomiczną okolicy wyrostka sutkowego i zaznaczył, że jeżeli podzielimy wyrostek sutkowy linią poziomą i prostopadłą na cztery ćwiartki, to jedynie ćwiartka przednio-górna przedstawia przestrzeń, w granicach której można bezkarnie i napewno wnikać do pieczary (*antrum*-jamy) sutkowej i sąsiadującego z nią *atticus*. Ćwiartkę tę nazywa za przykładem CHIPAULT'a trójkątem chirurgicznym poza wylotowym. Granice trójkąta tego są następujące: ku tyłowi i od dołu grzebyk wierzchołkowo-sutkowy; granicę górną stanowi grzebyk nad-sutkowy; granicę przednią — brzeg tylny-górny przewodu słuchowego kostnego, na którym znajduje się kołec nadwylotowy HENLE'go; a bezpośrednio za nim trójkątna przestrzeń sitowa pozawylotowa. Granice to odpowiadają na powierzchni wewnętrznej kości skroniowej granicom nasady części skalistej, stąd też ich wartość orientacyjna dla chirurga. Pieczara sutkowa, stosownie do grubości warstwy komórek sutkowych, znajduje się od 1 do 2½ ctm. pod powierzchnią trójkąta chirurgicznego. Od przewodu słuchowego oddziela pieczarę blaszka zbitoj substancji, t. z. *lame arquée prémastoidienne* GELLE'go; na górnym brzegu tej blaszki znajduje się otwór, łączący jamę sutkową z *atticus*, czyli uchylkiem (?) jamy bębenkowej — *aditus ad antrum*. Ściana wewnętrzna pieczary ma na sobie nieznaczne wypukłości, odpowiadające ścianom zewnętrznemu i tylnemu przewodu półkulistego. Ściana górna oddzielona jest od jamy czaszkowej



nadzwyczaj cienką ścianą kostną, nieraz podziurawioną tak, że tędy opona twarda może stykać się bezpośrednio z błoną śluzową, wyściolającą pieczarę sutkową.

*Atticus* stanowi uchylek jamy bębnekowej, leżący nad tą ostatnią i ku przodowi od jamy sutkowej; długość jego wynosi 10—12 mm., szerokość 5 mm. i wysokość 7 mm. Na tylnej ścianie *attici* znajduje się otwór trójkątny, stanowiący wyżej opisany *aditus od antrum*. *Atticus* zawiera liczno fałdy błony śluzowej, główkę i szyjkę młotka, oraz trzon i wyrostek krótki kowadła. Szyjka młotka i trzon kowadła przechodzą przez błoniastą ścianę dolnego *atticus* i wnikają do jamy bębnekowej.

Kol. JASIŃSKI przedstawił krytyczny pogląd stosowanych dotychczas metod operacyjnych, mających na celu otwieranie wyrostka sutkowego i jamy bębnekowej, względnie *atticus tympanicus*, i wykazawszy ich strony ujemne, opisał metodę własnego pomysłu, wskazaną przy cholesteatomatach i próchnieniu kostek słuchowych i wykonywaną przezeń dotychczas tylko na trupach.

Operację *attico-antrotomiae* kol. JASIŃSKI robi trepanem COLLIN'a o średnicy 10 mm. Pierwszy akt operacji polega na cięciu łukowatym, równoległym do całego tylnego przyczepu muszli, odległym odeń na 1 ctm. i drażącym do kości. Następnie oddziela się, jak zwykle, okostną w kierunku przewodu słuchowego zewnętrznego i odchyła się w ten sposób muszlę wraz z przewodem chrzęstnym ku przodowi. Drugi akt operacji stanowi trepanacja; w tym celu kol. J. ustawia trepan bez kolca na tylnej ścianie przewodu kostnego i wycina półksiężyc, następnie odejmuje trepan, wydobywa wypilowany półksiężyc kostny i przystępuje do otwarcia tymże trepanem *antri mastoidei*. Otrzymuje w ten sposób 2 otwory w kształcie ósemki. Kol. J. jako głównie zalety proponowanej przez się metody operacyjnej zaznacza szybkość wykonania i nadzwyczaj dokładnie uwydatnienie pola operacyjnego, którem w danym razie jest *atticus tympanicus* i *antrum mastoideum*. Odczyt ilustrowany był przedstawieniem trepanu i licznych preparatów anatomicznych.

W dyskusyi kol. SZUMLAŃSKI zaznacza szczególną ważność *attico-antrotomiae*, w której na preparatach, przez kol. J. przedstawionych, *atticus* wraz z kostkami słuchowymi uwidoczony został tak dokładnie, jak przy żadnym z proponowanych dotychczas i zwykle wykonywanych zabiegów. Operacji STACKE'go kol. S. na chorym nie widział, przerabiał ją jednakże na trupie i przekonał się zarówno o jej technicznych trudnościach, jak i o ważnej bardzo stronie ujemnej, mianowicie o operowaniu w samym *atticus* po ciemku. Tu przeciwnie pole operacyjne jest tak odsłonięte, że wszelkie zabiegi wykonywać można pod dokładną kontrolą oka. Ważną również zaletę operacji stanowi szybkość, z jaką można ją wykonać. Naturalnie, że ostateczna decyzja zależy od wyników pooperacyjnych na osobnikach żywych. Co się tyczy samej antrotomii, to tu kol. S. oddaje stanowcze pierwszeństwo dłutu przed trepanem. Otwierając *antrum*, nie możemy być nigdy pewni, na jakiej przestrzeni wypadnie usunąć kość chorobowo zmienioną i dlatego, operując dłutem, łatwiej rozszerzymy ranę kostną, niż po zrobieniu otworu trepanem o tak małej średnicy, jak zalecana przez mówcę. Przy małym otworze przeoczenie i pozostawienie ogniska ropnego lub t. p. w którejkolwiek z komórek wyrostka sutkowego jest, zdaniem S., w większości przypadków prawie nieuniknione.

Kol. GURANOWSKI zaznacza, że, o ile zrozumiał, kol. JASIŃSKI proponuje nową operację *attico-antrotomiam*. Otyatrzy zwykle przy sprawach ropnych jamy bębnekowej, powikłanych próchnieniem, robią wprzód antrotomię, a następnie dochodzą do *atticus* (metoda SCHWARTZE'go). Wskazania do attikotomii stanowią: próchnienie kosteczek słuchowych i górnej ściany przewodu słuchowego kostnego oraz cholesteatomy. Przeciwno attikotomii przy próchnieniu kosteczek słuchowych powstają bardzo liczni otyatrzy, między innymi POLITZER, proponując usuwanie kosteczek spróchniałych drogą przewodu słuchowego i następnie wyskrobanie jamy bębnekowej bez obszerne go otwierania *attici*. Co się zaś tyczy pytania, czem posługiwać się mamy przy operacji, czy dłutem, czy trepanem,—to zdania są podzielone. Wogóle przyjęto operację dłutem. HOLMES w ostatnich czasach zaproponował zupełnie inną operację podobną, jak ją przedstawił kol. J. Jest ona zmodyfikowaną operacją STACKE'go, jak to widać na przedstawionym przez kol. G. rysunku, dochodzi się jednak do *atticus* dłutem i od tyłu.



## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== PELLIZZARI i VENTURINI zaczęli z bardzo pomyślnym wynikiem stosować u dotkniętych przyszczyką żelazo w postaci zastrzykiwań podskórnych. Chorzy tacy dotknięci są bardzo często niedokrwistością, a podawanie związków żelaza *per os* powiększa istniejące pospolicie zaparcie stolca. Aby tego uniknąć, należy zastrzykiwać pod skórę *ferrum ammoniatum citricum* w ilości 0,05, rozpuszczonej w 1,0 wody. Zastrzykuje się taki roztwór głęboko w okolicę pośladkową z zachowaniem aseptyki. Odczynu miejscowego nie bywa, a po takim postępowaniu szybko zjawia się poprawa ogólna, wzrost wagi, powiększenie siły, łaknienia i ilości wydzielanego mocznika. Wysypka znika po 20—30 zastrzykiwaniach. Szczególniej u kobiet daje ta metoda wyniki wyborne. (La sem. méd. 1894. № 56).

== LÖTHEISEN spostrzegł kobietę, u której z powodu objawów zamknięcia światła kiszek, wywołanego przez guz, umieszczony za prostnicą, dokonano kolostomii. Gdy poprawa nie nastąpiła, przystąpiono do laparotomii. Znalaziono macicę tyłozgiętą, ciężarną w piątym miesiącu; z lewego jajnika, uległego zwyrodnieniu rakowatemu, wyrastał guz na nóżce skręconej, sięgający za zgięcie esowate; jajnik prawy uległ zwyrodnieniu torbielowatemu. Po usunięciu guza i jajników i odchyleniu macicy chora wyzdrowiała i przeżyła poród pomyślnie. (W. med. Presse 1894 № 48).

== CHABBERT twierdzi na zasadzie spostrzeżeń, czynionych przez siebie i przez innych, że porażenie nerwu twarowego wskutek przeziębienia (*a frigore*) bywa znacznie częstsze u kobiet, niż u mężczyzn, a z tych ostatnich tylko u takich, którzy nie noszą zarostu. (Le Prog. méd. 1894 № 46). A. Z.

== SCHULE opisuje przypadek zamknięcia światła dwunastnicy przez kamień żółciowy. Dotyczył on kobiety 35-letniej, skarżącej się na bóle dotkliwie w dołku. Rozpoznano rozstrzeń żołądka wraz z upośledzoną czynnością mechaniczną tegoż. W dwa dni później wystąpiły wymioty wraz z bólami brzucha, przypuszczano więc przedziurawienie kiszek i zapalenie otrzewny, tembardziej, że nastąpiła śpiączka i spadek ciepłoty ciała, upadek tętna, zwolnienie oddechu. Przeplukiwania żołądka, które przekonały, że żołądek wypełniał się szybko dużą ilością żółci, nie poprawiały stanu i nie wstrzymywały wymiotów. Stolce były prawidłowe, w moczu nie było ani białka ani cukru. Śpiączka trwała 4 dni, poczem nagle ustąpiła, gdy ze stolcami wydany został kamień długości 2,7 ctm., obwodu 9 ctm. Według autora, kamień, który się znajdował w pęcherzyku, dostał się do dwunastnicy, tu został kurczowo ści-

śnięty przez dwunastnicę i wywołał zamknięcie światła oraz dostawanie się żółci do żołądka. (Berl. klin. Woch. № 45. 1894).

== KIDD spostrzegł cztery przypadki zamknięcia światła kiszek, powstałego z powodu nagromadzonego kału, u chorych, którzy mieli nerkę opuszczoną, i sądzi, że w tych przypadkach nerka była powodem ucisku na kiszkę i nagromadzenia kału. We wszystkich przypadkach była to nerka prawa. (Lancet, 1894, str. 131). Gr.

== KAHLDEN opisał nowy przypadek *periarteriitidis nodosae*, rzadkiego nader cierpienia, polegającego na wytwarzaniu się licznych zgrubień guzowatych na przebiegu tętnic w różnych częściach ciała, przychem mogą wytwarzać się tętniaki. Sprawa ta przebiega w kilka tygodni przy objawach bezkrwistości, upadku odżywiania, gorączki; tętno przyspiesza się, pojawiają się bóle gwałtowane, a niekiedy zapalenie nerek i kiszek. Rozmaici autorowie różnie się na to cierpienie zapatrują zarówno pod względem anatomicznym, jak i etyologicznym. K. jest zdania, że pierwotnie występuje bujanie śródbłonna, który przebija błonę sprężystą i mięsną i przyjmuje postać tkanki śluzowej, następnie zaś występuje nacieczenie w błonie zewnętrznej, która ulega znacznemu zgrubieniu. Drobnoustrojów K. nie znalazł. Przymiot w danym przypadku mógł być wyłączony. (Beiträge zur pathol. Anat. T. XV. Str. 58).

== SABELIEFF w klinice SENATOR'a sprawdził doświadczenia JAKSCH'a i LORENTZ'a, według których aceton bardzo często wykryć można w zawartości żołądka u ludzi, dotkniętych cierpieniem tegoż narządu. Do wykrycia acetonu S. posługiwał się próbą LIEBEN'a (odczyn jodoformowy), o czułości której szeregiem badań uprzednio się przekonał. W 15 badanych przypadkach przeróżnych cierpień żołądka wynik zawsze był ujemny, raz tylko udało się wykazać ślady acetonu. (Berl. kl. Woch. № 33. 1894).

== FILIPPI, badając przemianę materii u 2-ech psów, z których jednemu wycięto cały żołądek, drugiemu zaś 1,90 m. kiszek cienkich, przekonał się, że przebiega ona bez szczególnych zaburzeń. Pierwszy pies trawił dobrze mięso surowe w postaci drobnej miazgi; w dużych kawałach powodowało ono zaburzenia z powodu niedostatecznego wchłaniania tłuszczów. Węglowodany były zupełnie spożytkowane. W kiszkaach nie zauważono nieprawidłowych fermentacji, kał wykazywał tylko brak kwasów żółciowych. U drugiego psa przemiana materii, prócz niedostatecznego spo-



żytkowania tłuszczów, była najzupełniej prawidłowa. Dowodzi to zdolności kiszek grubych działania zastępczego za kiszkę cienką, za czym przemawia też i skuteczność lawatyw odżywczych. (Deut. med. Woch. № 40. 1894).

— Na posiedzeniu Londyńskiego Towarzystwa Lekarskiego, z d. 28 listopada 1894 r., zajmowano się sprawą leczenia chorób skórnych gruczołem tarczowym. W wilku długotrwałe, sześciomiesięczne stosowanie pastylek z gruczołu (trzy razy dziennie po jednej pastyle) dało wyniki bardzo dobre. Jednocześnie miejscowo stosowano masę rtęciową. Przy łuszczycy wynik był wątpliwy, dobry zaś bardzo w kilku przypadkach trądu (*lepra*) i w jednym łysiny plackowatej (*alopecia areata*). KINGS-DORF zastrzykiwał wyciąg z gruczołu tarczowego (5 kropeł co 3-ci dzień) w przyszczyce, lecz nie zauważył żadnego wpływu na przebieg choroby, natomiast spostrzegł, iż chorzy znacznie tracili na wadze, co skłoniło go do zastosowania tego środka w celach leczniczych przy otyłości. Wyniki otrzymał bardzo zachęcające. (Münch. med. Wochensh. N-r 1. 1895).

— W 3-ch przypadkach porażenia akkomodacji, z których dwa wystąpiły niewątpliwie, a jeden prawdopodobnie po błonicy, SCHMIDT-RIMPLER zastosował surowię przeciwbłonicową Höchst № I i zauważył, iż przebieg choroby,

zwłaszcza w 2-ch pierwszych przypadkach, by znacznie krótszy. Autor zaleca dalsze w tym kierunku próby. (C. f. prak. Augenhk. Grudzień).

— SILBERMANN w 5 przypadkach krztuśca zauważył znaczne rozszerzenie prawego serca, przyczem w dwóch przypadkach wystąpił głośny szmer skurczowy w miejscu wysłuchiwania zastawki trójdzielnej, a badanie pośmiertne w jednym z tych przypadków wykazało istnienie niedożykalności tej zastawki. Za przyczynę zmian w sercu uważa S. niezbyt oskrzeli włosowatych i silne ruchy wydechowe, przerywane krótko tylko trwającymi wdechami. Obie te przyczyny wywołują zastój w naczyniach włosowatych płuc, a następstwem tego jest zastój w sercu prawem, w całym układzie żylnym i rozszerzenie prawego serca. (Arch. für Kinderheilk.).

— LANDERER od lat czterech używa pasków przepuklinowych z pelotami z kauczuku, wypełnionemi gliceryną. Peloty takie wywierają jednostajny, umiarkowany, a jednak dość silny nacisk; nie twardnieją i są trwałe. W wielu razach po pół lub półtora roku zauważyć można było zniknięcie przepukliny wielkości orzecha. Dobre też wyniki przy użyciu tych pelot spostrzegał autor w przypadkach nerki wędrującej. (Centralblatt f. Chir. № 41).

## Wiadomości bieżące.

— Stan zdrowotny Warszawy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy zimowych (śmiertelność wynosiła około 220/00) przedstawia się lepiej, aniżeli w odpowiednich miesiącach roku zeszłego; w ostatnich tygodniach zwłaszcza miesiąca ubiegłego (20,070/00) uległ on znacznej poprawie. Głównymi chorobami panującymi były zapalenia dróg oddechowych, zwłaszcza zapalenie płuc włóknikowe. Praktycy notują liczne przypadki grypy, częstokroć powikłane zapaleniem płuc, jakoteż ostrym nieżytem krtań i ucha. Choroby zakaźne wysypkowe u dzieci spotykają się znacznie rzadziej, zwłaszcza ospa, której pojedyncze ledwie zdarzają się przypadki; tyfus brzuszny rzadko, błonica i róża częściej się wydzarżają.

J. K.

— W szpitalu Dz. Jezus otwarty został oddział dla chorych dotkniętych błonicą, którzy mają być leczeni surowicą przeciwbłonicową. Kierownikiem oddziału jest kol. JANOWSKI.

— Prof. BUJWID zawiadomił nas, iż wyniki ponownego badania surowicy, przez niego w Krakowie otrzymanej, wykazały, iż surowica ta

jest silniejsza, niż ROUX i BEHRING'a № I. W Krakowie surowica BUJWIDA w klinice prof. JAKUBOWSKIEGO odtąd już stale będzie stosowana.

— Nowe prawo, obowiązujące z d. 1 stycznia r. b., określa wysokość domów mieszkalnych w Londynie na 24 metry; na ulicach, mających szerokości 15 metr., wysokość domów nie może być większa od szerokości ulicy. Każdy dom frontowy winien mieć od podwórza najmniej 16 metr. kwadratowych wolnej przestrzeni. Jeżeli kilka rodzin w jednym zamieszkuje domu, schody mają być zaopatrzone w okno na każdym piętrze, wychodzące wprost na podwórze. Wreszcie wysokość każdego pokoju mieszkalnego nie może być mniejsza od 2 m. 56 cm.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, odbytem w dniu 29 stycznia r. b., przyznano nagrodę pracy, przedstawionej na konkurs z funduszu imienia HELBICHA, na temat: Zbadać klinicznie i anatomicznie t. zw. enteroptozę GLÉNARD'a. Autorem tej pracy jest kol. Edward ZIBLIŃSKI.