

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 41.

Warszawa d. 27 Września (10 Października) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Kilka uwag o przewlekłych zapaleniach pęcherza Podali d-rzy B Motz i E. Montfort. — O wrodzonych atrezyach jelita cienkiego Podal d-r A. Bossowski. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE. F. Kohn. Leczenie zachowawcze kamicy żółciowej. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 124. Walka i odporność ustroju przeciwko gruźlicy. 125. O powstawaniu suchot płucnych i zwalczaniu gruźlicy. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 30 czerwyca r. b. — KORESPONDENCYA „MEDYCYNĄ“ z Petersburga. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. Motz et E. Montfort — Quelques remarques sur les cystites chroniques. 2) D-r A. Bossowski — Sur des atresies innées de l'intestin grêle.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r B. Motz und E. Montfort — Einige Bemerkungen über chronische Entzündungen der Harnblase. 2) D-r A. Bossowski — Ueber angeborene Atresien des Dünndarmes.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

Kilka uwag o przewlekłych zapaleniach pęcherza.

Podali

D-rzy B. MOTZ i E. MONTFORT.

Przeglądając w podręcznikach urologii rozdziały, poświęcone opisowi przewlekłych, nie gruźliczych zapaleń pęcherza, znajdujemy bardzo dokładnie podane objawy, przebieg i lecze-

nie tych cierpień, natomiast bardzo skąpe dane co do ich przyczyn. A jednak poznanie tychże stanowi najważniejszą stronę tych dobiekań, lecznictwo bowiem, oparte na niedostatecznej znajomości przyczyn, które wywołały przewlekłe zapalenie pęcherza, nie może być z samej natury rzeczy skuteczne i pomocne dla cierpiącego. Ilekroć mamy do czynienia z zapaleniem pęcherza, nie okazującym skłonności do wyleczenia, powinniśmy zawsze zbadać przyczyny, przeszkadzające organizmowi w walce jego

z danem zakażeniem i przekonać się, czy nie jesteśmy w stanie w jakikolwiek bądź sposób wzmocnić go w tych zapasach.

Już w ogólności pęcherz, moczowody i miedniczki znajdują się w niekorzystnych warunkach co do odporności na bakterye. W jamach ich mieści się płyn, zawierający mniej lub więcej żrące sole, działające bezwątpienia szkodliwie na zaognione tkanki, a wpływ ten wydaje się nam bardzo ważnym.

Wedle naszego przekonania szkodliwą okazuje się nie tylko nadmierna alkaliczność moczu, lecz także zbytnia jego kwaśność. Kto wie nawet, czy w powstawaniu pewnych ciężkich postaci przewlekłych zapaleń pęcherza skład chemiczny moczu nie odgrywa głównej roli? Wobec tego nie można dziwić się, że środki moczopędne tak dobrze działają w zapaleniach dróg moczowych, wskutek czego mogą i powinny być zalecane.

Prócz tej jednak, nie bardzo dotychczas zbadanej przyczyny, istnieją liczne inne, dla stwierdzenia których niezbędnem staje się systematyczne i rozległe badanie. Znalazłszy przyczynę, można nieraz wyleczyć przypadki przewlekłego zapalenia pęcherza, które poprzednio długo i bezskutecznie były leczone. Przyczyny te mogą być około-pęcherzowe i wewnątrz-pęcherzowe.

A. Przyczyny około-pęcherzowe.

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 1) Pochodzenia kisz-
kowego | } | (a) Uporczywe zaparcie stolca.
(b) Przetoka pęcherzowo-kiszkowa. |
| 2) Pochodzenia płciowego. | } | (a) Nieprawidłowe położenia i guzy maciczne jakoteż jajnikowe.
(b) Przetoki pęcherzowo-pochwowe.
(c) Zapalenia-okołomaciczne i okołotrąbkowe.
(d) Zapalenia pęcherzyków nasiennych i gruczołu przyprątnego. |

- | | | |
|---|---|--|
| 3) Zakażenie sąsiednich dróg moczowych. | } | (a) Zapalenie moczowodów.
(b) Zapalenie tylnej części cewki moczowej. |
|---|---|--|

B. Przyczyny wewnątrz-pęcherzowe.

- | | | |
|--|---|--|
| 1) Obecność nowotworów, kamieni i obcych ciał. | } | (a) Nowotwory.
(b) Kamienie.
(c) Ciała obce. |
| 2) Nieprawidłowa budowa ścian pęcherza. | } | (a) Pęcherz podwójny.
(b) Uchyłki.
(c) Silnie rozwinięte komory. |
| 3) Niezupełne opróżnianie się. | } | (a) Wytwory kosmkowe.
(b) Krwotoki i krwawe wybroczyny w tkance podśluzowej.
(c) Błony rzekome.
(d) Leukoplazye.
(e) Ropnie interstycjalne i obwodowe. |
| 4) Poważne uszkodzenia ścian pęcherza. | } | (a) Wytwory kosmkowe.
(b) Krwotoki i krwawe wybroczyny w tkance podśluzowej.
(c) Błony rzekome.
(d) Leukoplazye.
(e) Ropnie interstycjalne i obwodowe. |

Przyczyny około-pęcherzowe.

Znakomite prace REYMOND'a¹⁾ zwróciły uwagę urologów na możliwość bezpośredniego przenikania bakteryi z sąsiednich narządów przez ściany pęcherza. Prace te stanowiły punkt wyjścia dla badań WREDEN'a, który stanowczo utrzymuje, że bakterye kiszkowe mogą przenikać przez ściany pęcherza i bezpośrednio je zarażać. Dzięki pięknym doświadczeniom POSNER'a i LEWIN'a²⁾ wiemy obecnie, że przechodzenie bakteryi przez ściany pęcherza nie miewa miejsca, lecz że wszelkie zatrzymanie się kału wystarcza, by bakterye, a szczególnie *bact. coli* przechodziły przez nerki.

Warunki te, wystarczające — po za wszelkimi innymi przyczynami — do wywołania zakażenia pęcherza, moczowodów i miedniczek, bardzo często spotykamy wszystkie razem, szczególnie u kobiet.

Skutkiem uporczywego zaparcia, tak często trapiącego kobiety, bakterye przewodu po-

¹⁾ REYMOND. Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parvis. (Annales des organes génito-ur. 1893).

²⁾ POSNER i LEWIN. Centralblatt für Harn und Sexualorgane. 1896.

karmowego mogą bardzo łatwo dostawać się do nerek i stale przebywać w moczu. Wiemy jednakże, że sama ich obecność w drogach moczowych nie jest wystarczająca, by wywołać prawdziwe zapalenie tychże. Dla wywołania zakażenia potrzeba, prócz bakteryi, współdziałania urazu, przekrwienia lub zatrzymania moczu. A przyczyny te istnieją, gdy pęcherz jest uciśnięty lub przekrwiony wskutek skrzywień macicy, torbielijajników, a szczególnie włókniakomięśniaków macicznych. Zresztą już od dawna cierpienia te uważane były przez ginekologów za przyczyny pewnych zapaleń pęcherza, bardzo trudnych do wyleczenia. Podobnie jak zaparcie, tak też przekrwienie ścian pęcherza, a niekiedy zatrzymanie moczu stanowi warunek, znakomicie sprzyjający rozwojowi przewlekłego zakażenia pęcherza.

Przetoki pęcherzowo - kiszkowe i pęcherzowo-pochwowe pozwalają bakterjom kiszki i pochwy wciąż na nowo zarażać pęcherz, wskutek czego podtrzymują zapalny jego stan. Niekiedy światło przetok pęcherzowokiszkowych bardzo bywa małe, a dla tego jama przetoki pozostaje przez długi czas nierozpoznana.

W powyżej wspomnianej przez nas pracy REYMOND w zupełności dowiódł, że bakterye, pochodzące z zapaleń około macicznych i około trąbkowych, mogą przenikać przez ściany pęcherza moczowego. Autor ten podaje typowe przypadki, w których zakażenie pęcherza, umiejscowione po tej samej stronie, co zapalenie narządów płciowych, i spowodowane temi samymi bakterjami, nie ustępowało żadnemu zwykłemu leczeniu, a dopiero po chirurgicznym usunięciu cierpienia macicy lub jej przydatków — dawało się wyleczyć.

W niektórych przypadkach interstycjalnego zapalenia gruczołu przyprątnego i pęcherzyków nasiennych spostrzegaliśmy też samą odmianę zapalenia pęcherza. Zauważyliśmy, że wyciskanie tych twar-

dych i znacznie powiększonych narządów nie wywoływało nijakiej wydzieliny, zawierającej pierwiastki histologiczne lub bakteryologiczne. A jednak, pomimo braku tych namacalnych oznak zapalenia gruczołów, podejrzewając jeno związek przyczynowy pomiędzy powiększoną objętością ich a uporem z zapaleniem pęcherza, staraliśmy się oddziaływać na nie za pomocą mięsienia, czopków rtęciowych i lawatyw — i dopiero po usunięciu obrzmienia i przerostu gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych udawało nam się wyleczyć zapalenie pęcherza. Przypuszczamy, że bakterye, rozsiane w tkance gruczołu przyprątnego i pęcherzyków nasiennych, podtrzymują w tych przypadkach zakażenie pęcherza i że bezustannie zakażają drogi moczowe podczas przechodzenia przez nie.

Miąśzowe zapalenia gruczołu przyprątnego i pęcherzyków nasiennych bardzo często bywają przyczyną przewlekłych zapaleń pęcherza. Gruczolaste zagłębienia gruczołu przyprątnego i przewody pęcherzyków nasiennych bezustannie wydzielają do tylnej cewki zawierające się w nich bakterye chorobotwórcze. Jeden z nas wspólnie z GOLDSCHMIDT'em³⁾ wykazał, jak częste są zapalenia gruczołu przyprątnego w przypadkach przerostu tegoż, i w tem widzi zasadniczą przyczynę, tak bardzo utrudniającą dokładne odkażenie pęcherza u tego rodzaju pacjentów. Te same zachodzą trudności, gdy zapaleniu pęcherza towarzyszy zakażenie moczowodów, miedniczek lub nerek. Tu jednak działalność nasza znacznie bardziej jest ograniczona. Na te narządy możemy działać li tylko pośrednio, zmniejszając za pomocą środków wewnętrznych fermentacyę bakteryjną. Pierwsze miejsce pomiędzy tymi lekami zajmuje urotopina.

³⁾ MOTZ et GOLDSCHMIDT. Prostatite au cours de Hypertrophie de la prostate. (Congrès d'Urologie. 1902).

O wrodzonych atrezyach jelita cienkiego.

Podał

D-r Aleksander Bossowski.

Docent chirurgii Uniwers. Jagiell. w Krakowie.

Według odczytu wygłoszonego na XIII Zjeździe Chirurg. polsk. w Krakowie d. 13 lipca 1903 r.

(Dokończenie — Patrz Nr. 40).

Rokowanie w przypadku atrezyi zupełnej jest bezwzględnie złe, i zejście śmiertelne bywa nieuniknione, a następuje ono zazwyczaj w ciągu pierwszych trzech dni życia, jakkolwiek nie brak znowu spostrzeżeń, że noworodki z atrezyą w początkach jelita czerzego dożyły 12—18 dnia. Są to jednak zjawiska wyjątkowe i z reguły dłuższego życia w tych razach spodziewać się nie można, zważywszy, że długość jelita, wyżej przeszkody leżącego, nie wystarcza do dostatecznego odżywiania noworodka. Warunki, tu istniejące, są o wiele gorsze, niż w przypadkach atrezyi wrodzonej odbytnicy, o której wiadomo, że dopuszcza znacznie dłuższe życie. I tak, znany jest przypadek dziewczynki z *atresia recti*, która co 2—3 dni oddawała kał ustami i dożyła 14 roku życia; BARTHOLIN zaś wspomina o mężczyźnie 40 letnim, który okresowo wydal kał przez róg, wprowadzony do ust, a mocz wypuszczał przez pępek.

Leczenie operacyjne zaznacza się już wprawdzie w pierwszych ogłoszonych przypadkach, sięga przeto początku ubiegłego stulecia, lecz podejmowane zrazu w przekonaniu, że dochodziło się o wysoko położoną atrezyę odbytnicy, ograniczało się do założenia rzyki sztucznej w lewym lub prawym dole biodrowym albo w okolicy lędźwiowej. Prawdziwy stan rzeczy w jelicie wyjaśniało dopiero badanie pośmiertne, lecz mimo doskonalenia się na tej drodze rozpoznania samej sprawy chorobowej długi czas jeszcze brakło otuchy do zabiegów operacyjnych, wprost do siedziby atrezyi zmierzają-

cych. Jeszcze w roku 1876 LANGENBECK mimo 6 dniowej obserwacji dziecka z zamknięciem wrodzonym jelita nie kusi się o otwarcie jamy brzusznej, tak, że po 14 dniach życia następuje zejście śmiertelne. Dopiero z końcem minionego wieku zabiegi w przypadkach atrezyi wrodzonych jelita nabierają więcej świadomości celowej; miejsce rzyki sztucznej, zakładanej dawniej bez wyboru na pierwszej pętli rozdętej, wsuwającej się w ranę, zajmuje otwór sztuczny, tworzony teraz w jelicie tuż powyżej zamknięcia jęgo światła; znać usiłowania do odprowadzenia treści jelita z odcinka dośrodkowego do jelita, położonego poniżej atrezyi za pomocą enteroanastomozy, pod rozwagę przychodzi nawet rezekcja obu końców jelita, ślepo zamkniętych, i bezpośrednie połączenie szwem odciętych końców.

Na 198 zebranych przypadków atrezyi wrodzonych w 31 wykonano dotąd zabieg operacyjny, a mianowicie: enterostomię 22 razy, z tych tylko 3 razy w linii środkowej brzucha, w reszcie założono rzykę sztuczną w dole biodrowym lub okolicy lędźwiowej; 6 razy dokonano enteroanastomozy pomiędzy jelitem cienkim a grubym, w jednym przypadku laparotomia nie wykryła siedziby atrezyi; 1 raz dokonano tylko otwarcia zamkniętej prostnicy, bez wyśledzenia dalszych przeszkód, istniejących w jelicie; w jednym przypadku usiłował VALENTA¹⁴⁾ wytworzyć drożność, jednak bezskutecznie, przez przebicie trójgrańcem zastawki błoniastej między prostnicą a pętlą esowatą.

Leczenie operacyjne poniosło klęskę na całej linii; żaden bowiem z przypadków operowanych nie pozostał przy życiu bez względu na dzień choroby, w którym operowano, bez względu na siedzibę i postać atrezyi, niezależnie od tego, jaki zabieg operacyjny wykonano. Żywoť pooperacyjny zazwyczaj był bardzo krótki i po-

¹⁴⁾ VALENTA. Fötale Peritonitis mit vollkommener Theilung des Darmkanals. Jahrb. f. Kinderheilk. B. VIII.

enterostomii zginęła przeważna część dzieci w pierwszych 24 godzinach, troje po 2 dniach, 1 po 3, 1 po 4 dniach, a operowany przez TISCHENDORF'a¹⁵⁾ noworodek w 6 dniu życia dożył 15 dnia po operacji. Z 6 przypadków entero-anastomozy zmarło 4 wkrótce po operacji, jedno dziecko 3 dnia, a w przypadku WANITSCHKA, który również zakończył się niepomyślnie, nie ma bliższej daty zgonu.

Dotychczasowa przeto statystyka operacyjna, wykazująca tak smutne wyniki, zachęcająco oddziałać nie może, pomimo to jednak i właśnie dla tego sprawa atrezji wrodzonych jelita domaga się koniecznie troskliwszego zajęcia się nią ze względu na to, że noworodki, przychodzące na świat z tą zmianą patologiczną w jelicie, zresztą są zdolne do życia, nawet bez operacji częstokroć żyją czas dłuższy i zasadniczo ocalone być mogą przez przywrócenie drożności jelita. Tam, gdzie istnieją równocześnie ciężkie wady rozwojowe, lub dzieci niedonoszone przychodzą na świat, na skuteczność zabiegu operacyjnego rachować zapewne nie można; w innych jednak przypadkach wolno dzisiaj przynajmniej wyrazić nadzieję, że w przyszłości przez oględne i świadome celu postępowanie chirurgiczne uda się może niejedno życie dziecięce uratować.

Że w przypadkach atrezji odźwiernika i dwunastnicy gastro-enterostomia może liczyć na wynik pomyślny, świadczy przypadek, ogłoszony przez ABEL'a¹⁶⁾, w którym wprawdzie nie z powodu atrezji, lecz wrodzonego zwężenia odźwiernika wykonano ten zabieg ze skutkiem bardzo dobrym. Inaczej przedstawia się jednakowoż kwestya entero-anastomozy w przypadkach atrezji dalszego ciągu jelita cienkiego.

Podobnie, jak wszyscy inni, którzy ten zabieg operacyjny obrali, mogłem i ja również

przekonać się w przypadku moim drugim, że przywrócenie swobodnego krążenia treści jelita na tej drodze jest wprost niemożliwe, gdyż odcinki jelit, poniżej atrezji położone, znajdują się w stanie takiego skurczenia, iż po założeniu dwurzędnego szwu powstaje w jelicie obwodowym zwężenie, nie przepuszczające wcale zawartości z jelita, ponad atrezyą leżącego. To też w przypadkach, gdzie szew starannie założony oparł się naporowi treści jelitowej, badanie postmortne wykazało jelito obwodowe zapadłe, jak poprzednio przed operacją, i bez śladu zawartości, któraby przedostała się przez otwór sztuczny, łączący obecnie jelita; w innych przypadkach szew nie wytrzymał parcia, i po rozejściu się jego treść jelita wpłynęła do jamy brzusznej, pociągając za sobą ostre zapalenie otrzewny. Z tych samych przyczyn również rezekcja z następczym szwem określonym, dotąd tylko polecana, lecz niewykonana, nie wróży przywrócenia drożności w jelicie, dotkniętem atrezyą wrodzoną.

Jako zabieg tymczasowy, mający na celu opróżnienie rozdętego jelita z treści kałowej i ułatwienie jej odpływu na zewnątrz, założenie rzydzi sztucznej tuż powyżej atrezji w jelicie obiecuje zawsze skutek doraźny, a nawet w razach zamknięcia dolnych odcinków jelita cienkiego może zapewnić na czas dłuższy dostateczne odżywianie noworodka, jak świadczy wspomniany już przypadek TISCHENDORF'a. W porównaniu z entero-anastomozą zabieg ten jest łagodniejszy i nie wymaga tyle odporności i sił u dziecka, z czem u noworodków bezsprzecznie liczyć się należy. W dodatku tam, gdzie istnieją wielokrotne atrezye, albo zachodzi brak częściowy lub zupełny кишки grubej, powikłania, łatwo przeoczyć się dające i wielokrotnie już przeoczone, enterostomia zabezpiecza przynajmniej napewno swobodny odpływ kału.

BRAUN, czując cały niedostatek dotychczasowej interwencji chirurgicznej w przypadkach atrezji wrodzonych jelita, radzi po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej i zapoznaniu się

¹⁵⁾ TISCHENDORF. Beilage z. Centralb. f. Chirurg. 1887. N. 25.

¹⁶⁾ ABEL. Erster Fall erfolgreicher Gastro-enterostomie wegen angeb. Stenosis. Pylorus hypertrophie. Münch. med. Wochschr. 1899. N. 48.

ze stosunkami anatomicznymi jelita założyć przedewszystkiem rzyć sztuczną powyżej miejsca atrezji, a równocześnie zaleca też wszycie drugiego, ślepo zamkniętego końca jelita w ranę operacyjną, a to, aby umożliwić następnie rychłe połączenie odcinka do- i odwodzącego, zwłaszcza w tych przypadkach, gdy atrezja usadowiona jest wysoko w jelicie biodrowem lub, co gorsza, w jelicie czezem. W tym celu doradza po dokonanej enterostomii rozszerzanie następcze jelita obwodowego przy pomocy zgłębników i wtłaczania wody do jelita od strony rany i przez odbytnicę. Do późniejszego zaś połączenia końców jelita, wszytych w ranę operacyjną, uważa on za najodpowiedniejsze zastosowanie nożyce DUPUYTREN'a lub kleszczy jelitowych KRAUS'a albo MIKULICZA, gdyż przypuszcza, że laparotomia wtórna i usiłowanie wykonania nawet później entero-anastomozy z użyciem szwu natrafi niezawodnie na te same trudności i w rezultacie okaże się bezskutecznem.

Do tych wywodów BRAUN'a, jak dotąd teoretycznych, pozwolę sobie dodać to, co wynikało z rozmyślań i doświadczenia, zebranego z dwóch własnych przypadków wrodzonej atrezji jelita cienkiego.

Pomijając wstępne uwagi BRAUN'a co do otwarcia jamy brzusznej w linii środkowej i dokładnego rozpatrzenia się w trzewach brzucha, które są całkiem usprawiedliwione, postąpiłbym w najbliższym przypadku atrezji w dolnym końcu jelita biodrowego w ten sposób, że starałbym się połączyć jelito dowodzące tuż powyżej miejsca atrezji przez entero-anastomozę szwem wprost z dolnym odcinkiem pętli esowatej lub górnym końcem odbytnicy. Jak dowodzą bowiem zgodnie spostrzeżenia, odbytnica do wysokości 10 — 12 ctm. jest drożna dla palca człowieka dorosłego, szerokość dostateczna zatem dla zapewnienia drożności przez anastomozę jelit, którą nadto jeszcze napewno zabezpieczyć można przy pomocy sączka, wprowadzonego przez odbytnicę aż powyżej sztucz-

nego otworu międzyjelitowego. W ten sposób możliwe jest odprowadzenie kału na drodze najkrótszej z jelita zamkniętego wprost do odbytnicy, z wyłączeniem jelita grubego, które prócz zapadnięcia i ściągnięcia znajduje się niezawodnie w stanie takiej niedomogi czynnościowej, że ją nie prędko pokonać zdoła w całej długości kiszki nawet silna perystaltyka. Jak dowodzą zaś spostrzeżenia innych i moje własne, uzyskane w przypadku *megacolon congenitum*¹⁷⁾, który miałem zaszczyt przedstawić na jednym z ubiegłych Zjazdów chirurgicznych, takie wyłączenie kiszki grubej z obiegu kałowego nie pociąga za sobą żadnych szkodliwych następstw.

Wobec atrezji, położonej wysoko w jelicie cienkiem, nie pozostaje nic innego, jak pójść za radą BRAUN'a i po wszyciu w ranę brzuszną obu końców ślepo zamkniętego jelita starać się przez powolne rozszerzanie w sposób, przez niego podany, przywrócić możliwie jaknajszybciej odpowiednią szerokość skurczonym odcinkom odwodzącym jelita. Czy i tutaj nie udałoby się przez wsunięcie zrazu choćby najcieńszego sączka, torującego drogę aż do otworu stolcowego przez całe jelito poniżej atrezji się ciągnące, przesądzać naprzód nie chcę, dodam to tylko, że na zwłokach noworodka prawidłowych przeprowadzenie sączka z jelita cienkiego do odbytnicy bez trudu dokonać się daje.

Po osiągnięciu zaś dostatecznej szerokości w jelicie obwodowym skłaniałbym się raczej do entero-anastomozy następczej z użyciem szwu, bo za pośrednictwem kleszczy jelitowych, pominawszy już niedogodność tego postępowania, osiąga się jedynie szeroką komunikację w miejscu ich zastosowania, na jelito zaś, leżące niżej sfery ich działania, a nie dostatecznie rozszerzone, postępowanie to pozostanie zresztą bez wpływu.

¹⁷⁾ BOSSOWSKI. O zabiegach chirurgicznych w przypadkach t. zw. *megacolon congenitum*. Pamiętnik XI Zjazdu Chir. polsk. w Krakowie. 1901 r.

WYKŁADY KLINICZNE.

F. KUHN.

LECZENIE ZACHOWAWCZE KAMICY ŻÓŁCIOWEJ.

W leczeniu kamicy żółciowej środkami wewnętrznymi należy dokładnie zdać sobie sprawę z tego, co zamierzamy za pomocą tych środków osiągnąć: czy dążymy do wydalenia kamieni, czy chcemy je rozpuścić, czy mamy przeciwdziałać wytwarzaniu kamieni, czy też pragniemy ograniczyć się do usuwania objawów i stanów następczych kamicy?

1) Dążenie do wydalenia kamieni jest niebezpieczne w razie, gdy wytwarzanie kamieni nie znajduje się w samym początku lub w postaci nieznacznego żwiru. W razie obecności kamieni w pęcherzyku żółciowym wprost niedozwolone jest usiłowanie, skierowane do ich wydalenia (KERN). Kamienie, tkwiące w głębszych przewodach, mogą więcej ustrojowi szkody wyrządzić, niż kamienie pęcherzyka. Nadto nigdy nie można być pewnym, czy wszystkie kamienie usunięte zostały. Co się tyczy środków lekarskich, służących do wydalenia kamieni z dróg żółciowych, to zazwyczaj przyjmuje się, że do tego dostateczne jest pobudzenie prądu żółci, t. j. stosowanie środków żółciopędnych. Jest to jednak bardzo wątpliwe. Ciśnienie żółci wynosi najwyżej 200 mm. wody, a zatem, jako czynnik poruszający, nie ma znaczenia. Według doświadczeń KUHN'a, nawet ciśnienie, wynoszące 500 mm. wody, nie zdolne jest przepchnąć średniej wielkości kamieni przez drogi żółciowe, i tylko ciśnienie 1 m. może uwieńczyć się dobrym skutkiem (KUHN). Dla poruszenia kamieni więcej znaczenia mają skurcze ściany pęcherzyka żółciowego. Mięśnienie pęcherzyka żółciowego oraz gimnastyka mięśni brzusznych mogą przyczynić się do przesunięcia kamieni głównie przez pobudzenie ruchów robaczkowych. Tak samo wszystkie środki,

wzmagające perystaltykę kiszek, pobudzają skurcze pęcherzyka żółciowego; należą tu wszystkie leki przeczyszczające oraz eter. W tym też sensie rozumieć można kamieniopędne własności wody karlsbadzkiej. Pomimo wątpliwego bezpośredniego działania kamieniopędnego ma jednak pobudzenie prądu żółci, jako też krążenia w całym przewodzie kiszkowym (środki roślinne, źródła karlsbadzkie), znaczny wpływ na odchodzenie kamieni, który jednak objaśnić można więcej usunięciem przeszkód (nieżyłowego obrzmienia błony śluzowej), niż bezpośrednim działaniem na same kamienie. Wobec większych kamieni, wielkości grochu lub bobu, należy się zachowywać bardzo ostrożnie, pamiętając, że uwięźnięcie kamienia może wielką krzywdę choremu wyrządzić. Nie należy nigdy powoływać się na samoistne odchodzenie nawet bardzo dużych kamieni, gdyż odchodzenie to zawsze poprzedzane bywa przez bardzo niebezpieczne ropienie i przedziurawienie dróg żółciowych oraz sąsiednich pustych narządów (żółdka, kiszek).

2) Co się tyczy rozpuszczania kamieni żółciowych, to już nawet lekarze karlsbadzcy oddawna przestali w nie wierzyć. W nowszych czasach jednak spostrzega się zwrot ku starym wierzeniom, a przede wszystkim własności rozpuszczające przypisują się eunatrołowi (CLEMM i inni), następnie alkaliom i wodom alkalicznym. Co do ostatnich, to wiemy obecnie, że nie mogą one powiększyć alkaliczności żółci, a zatem nie mogą posiadać własności rozpuszczających. Oliwa, która, podług VIRCHOW'a, przechodzi do żółci, nie może również rozpuścić kamieni. Nawet najczęściej stosowany i zachwalany stary środek, krople DURAND'a (*aether sulfur. + ol. terebinthinae*), nie rozpuszcza kamieni, chociaż nawet w małych ilościach przechodzi do żółci. Jego dobre niekiedy skutki tłumaczą się, być może, uspokajającym działaniem eteru (FRE-

RICHS) [albo pobudzeniem przezeń perystaltyki lub wymiotów. Co się tyczy eunatrolu, to mowa o nim będzie niżej.

3) Najważniejszym zadaniem lekarza jest oddziaływanie w ten sposób na błony śluzowe dróg żółciowych, aby one nie wytwarzały więcej kamieni. O to starać się należy w każdym okresie choroby. Do tego służą niżej omawiane kuracje specjalne.

4) Nie mniej starać się należy w każdym przypadku usunąć następstwa kamicy, skoro nie mogliśmy usunąć przyczyny. W ostrym napadzie leczenie następstw i objawów stanowi nawet jedyne nasze zadanie.

Przystępując po tych uwagach ogólnych do szczegółowego rozpatrzenia leczenia w oddzielnych postaciach kamicy, należy przede wszystkim wyraźnie określić wskazania do leczenia operacyjnego i zachowawczego. Wskazania te ze stanowiska etiologicznego jasno skreślone są u KEHR'a w jego tezach karlsbadzkich i brzmią, jak następuje.

1) W wielu przypadkach kamicy żółciowej udaje nam się przez dostarczenie choremu spokoju, podawanie alkali i t. d. sprowadzić okres utajenia, a w pewnym szeregu przypadków nawet trwały skutek. Szczególnie w t. zw. przewlekłym nawrotowym zapaleniu pęcherzyka żółciowego (*cholecystitis chronica recidiva*) prawidłowo przeprowadzona kuracja w Karlsbadzie, Neuenahr albo w domu może w ten sposób zmniejszyć kolki, że nie mamy więcej wskazania do zabiegu operacyjnego. Wątpliwym jednak jest, ażeby leczenie wewnętrzne było w stanie osiągnąć rzeczywiste wyleczenie, t. j. wydalenie wszystkich kamieni. Wydalenie kamieni nie jest nawet naszym zadaniem. O wiele słuszniej jest starać się o to, by kamienie spokojnie zachowywały się w pęcherzyku żółciowym, jak również, by usunięte zostały sprawy zapalne. Pod tym względem najlepsze usługi oddaje stosowanie przez kilka tygodni gorących okładów (najlepiej w postaci termoforów) obok leżenia w łóżku i picia wody karlsbadzkiej.

2) Zdanie RIEDEL'a o ważności wczesnej operacji, gdy kamienie tkwią jeszcze w pęcherzyku żółciowym, a to celem uniknięcia niebezpiecznych powikłań (przedziurawienie, *cholae-mia*, rak) pozostaje w swej sile. Atoli w praktyce rada ta jest niewykonalna, i wskutek tego

wskazanie RIEDEL'a może mieć tylko znaczenie teoretyczne.

3) Gdy napady przebiegają lekko, a okresy międzynaapadowe cechują się zupełnym brakiem objawów (zupełna niebolesność okolicy pęcherzyka żółciowego), KEHR radzi zaniechać operacji.

4) Ostre zamknięcie wspólnego przewodu żółciowego należy leczyć środkami wewnętrznymi. Gdy jednak przytem na pierwszy plan występują objawy zapalenia przewodów żółciowych, a żółtaczką, upadek sił i zupełny brak łaknienia przeciągają się, należy pomyśleć o operacji.

5) Częste kolki żółciowe bez żółtaczki i odchodzenia kamieni wymagają, w razie upośledzenia stanu ogólnego i możności zarobkowania, zabiegu operacyjnego.

6) Przypadki z żółtaczką i każdorazowym odchodzeniem kamieni należą do internisty; gdy jednak napady występują coraz częściej, siły chorego podupadają, i niema nadziei na zupełne wydalenie kamieni, zabieg jest na miejscu.

7) Puchlina i ropne zapalenie pęcherzyka żółciowego (*hydrops et empyema vesicae felleae*), jak również ropienia okołopęcherzykowe należą do chirurga.

8) Przewlekłe zamknięcie wspólnego przewodu żółciowego winno podlegać niezbyt późnemu leczeniu chirurgicznemu, w razie gdy leczenie wodą karlsbadzką nie sprowadziło żadnej poprawy.

9) Chorzy na kamice, którzy przyzwyczaili się do morfiny, winni być koniecznie operowani. Podczas leczenia następczego mamy najlepszą sposobność do odzwyczajenia chorego od morfiny.

10) Leczenie raka pęcherzyka żółciowego może liczyć na trwały skutek tylko w razie bardzo wczesnego wykonania operacji.

11) Chorzy z przewlekłą żółtaczką, która nie zależy od uwięźnięcia kamienia w *d. choledochus* albo od nieuleczalnych cierpień wątroby, winni być operowani najpóźniej w 3 miesiącu od wystąpienia żółtaczki, gdyż nierzadko zamiast spodziewanego raka główki trzustki znajdujemy uleczalne przewlekłe śródmiąższowe zapalenie trzustki (*pancreatitis chronica interstitialis*).

12) Na zabieg operacyjny decydujemy się łatwiej, gdy stwierdzamy powiększenie pę-

cherzyka żółciowego, obrzmiała wątrobę, żółtaczkę lub gorączkę. Leczenie i bez tych objawów operacja wskazana jest przy bardzo silnych, długotrwałych i nie poddających się leczeniu wewnętrznemu dolegliwościach. W takich razach znajdujemy często, szczególnie u mężczyzn, zrosty urazowego pochodzenia bez kamieni.

13) Stany następcze kamicy: ropne zapalenie przewodów żółciowych, ropień wątroby, zapalenie otrzewny wskutek przedziurawienia, ropień podprzeponowy, znaczne zwężenie odźwiernika i dwunastnicy, często także niedrożność kiszek wskutek utkwienia w nich kamienia, muszą być chirurgicznie leczone.

14) Niepodobna ustalić ogólnych wskazań do zabiegu operacyjnego w kamicy żółciowej. Należy indywidualizować każdy poszczególny przypadek. Mężczyźni, zwłaszcza otyli, źle znoszą operację, przeciwnie kobiety, które rodziły, znoszą ją dobrze. Wskazanie do operacji zależy dalej od stanowiska społecznego chorych. Chorzy biedni, którzy nie w stanie są korzystać z dobrodziejstw kuracyi karlsbadzkiej i ściśle stosować się do przepisów dyetetycznych lekarza, winni częściej podlegać operacji, niż ludzie zamożni. W cukrzycy, miażdżycy tętnic, przewlekłym zapaleniu nerek, cierpieniach płuc i serca należy możliwie wstrzymać się od zabiegu operacyjnego.

Ze stanowiska klinicznego KUHN dzieli przypadki kamicy żółciowej na lekkie i ciężkie. Do pierwszych zaliczyć można przypadki ze stosunkowo rzadko występującymi kolkami, które, przejawiając się często tylko w postaci skurczów żołądka, trwają kilka minut, rzadziej kilka godzin, łagodnieją pod gorącymi okładami lub pod wpływem morfiny, przebiegają z nieznacznymi objawami ogólnymi, krótki czas trwającą gorączką, a niekiedy i z żółtaczką, która trzyma się niedługo, i której towarzyszą umiarkowane objawy podrażnienia otrzewny. Ciężkość przypadków uwarunkowana jest albo długim trwaniem, albo natężeniem napadów, albo też powikłaniami.

A. Lżejsze przypadki kamicy żółciowej.

Etiologicznie należą tu przypadki, w których istnieje krótkotrwała przeszkoda u ujścia pęcherzyka żółciowego, a zatem zatkanie prze-

wodu pęcherzykowego czy to wskutek złogów, czy też skutkiem obrzmienia, oraz przypadki, w których ma miejsce zamknięcie głębiej leżących przewodów żółciowych, krótko trwające bez znacniejszego następczego zapalenia i z szybkim ustaniem przeszkody. W ostatnim razie odchodzą często kamienie, i występuje na czas krótki gorączka, w pierwszym zaś razie objawów tych niema.

Leczenie lżejszych przypadków kamicy zależy od tego, czy mamy przed sobą „okres ostrego napadu“, czy też „okres międzynaapadowy“.

α) Ostry napad kamicy.

Ostry napad bólu, kolka żółciowa, jest klinicznym wyrazem nagłego powstania przeszkody dla odpływu żółci, jak tego dowodzą doświadczenia KUHN'a z wstrzykiwaniem płynu pod rozmaitem ciśnieniem do układu przewodów żółciowych. Przeszkoda ta często zależna jest od zapalnego obrzmienia przewodów.

Leczenie ostrego napadu powinno być skierowane przede wszystkim ku usunięciu bólu. Najlepsze usługi oddaje nam tu podskórne wstrzykiwanie morfiny w niezbyt małych dawkach, a więc u dorosłych 0,015 — 0,02. Morfina działa nie tylko jako środek, ból kojący, lecz jest środkiem leczniczym w pełnym znaczeniu tego wyrazu, gdyż znosi skurez naokoło ciała obcego, umożliwiając tem samem przejście kamienia. Prócz morfiny na zalecenie zasługuje *bella-donna*, która obok działania znieczulającego wywiera jeszcze znaczny wpływ na mięśnie okrężne, porażając je przy jednoczesnym tonizowaniu mięśni podłużnych. Nadto używane są: makowiec, chlorał, antypiryna, salicylan sodu, a w razie konieczności nawet uspienie eterowe lub chloroformowe. Działanie morfiny znacznie wspierają, a w lżejszych przypadkach nawet zastępują okłady gorące w najrozmaitszych postaciach, suchej i wilgotnej, oraz ciepłe lub lepiej bardzo gorące kąpiele. Gdzie ciepło nie jest znoszone, tam probuje się pęcherza z lodem. Wewnętrznie dawać należy wodę gorącą do picia, nawet gdyby pierwsze poręcze zostały zwymiotowane. Spokój, leżenie w łóżku są konieczne. Wodę karlsbadzką chory powinien pić także w łóżku.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

124. MARAGLIANO. Walka i odporność ustroju przeciwko gruźlicy.

Autor postawił sobie za zadanie zbadanie i poznanie środków, przy pomocy których ustrój w stanie jest się bronić i stać się odpornym przeciw gruźlicy. Patologia doświadczalna wykazała, iż odporność bezwzględna nie istnieje, gdyż każdy ustrój może być zakażony po wprowadzeniu doń dużej ilości hodowli jadowitej; pomimo to nie ulega żadnej wątpliwości, iż wielka dosyć liczba ludzi, pomimo iż jest narażona na wdychanie laseczników gruźliczych, pozostaje jednak odporną. Dlaczego więc jedni posiadają tę specyficzną odporność, a drudzy nie lub też ją utracili? Pytanie to było przedmiotem badań autora. Przyczyną powstawania zakażenia gruźliczego, jak i większości chorób zakaźnych, jest jad laseczników gruźlicy, wytwarzany przez te laseczniki; jedna część jadu musi być uważana jako rezultat biologicznych czynności laseczników, druga część zawarta jest w protoplazmie laseczników i ma doniosłe znaczenie, ponieważ i laseczniki obumarłe mogą wywołać te same zaburzenia w ustroju, co i żywe. Przez dłuższe gotowanie w wodzie można otrzymać wyciąg tej drugiej części jadu, (zawartej w protoplazmie laseczników), wywołujący zapalenie i martwicę tkanek; wprowadzony do dróg oddechowych wywołuje wyciąg ten ogniska bronchopneumonii.

Dla obrony przeciw gruźlicy koniecznym jest, by ustrój zobojętnił jad gruźliczy i mógł wstrzymać rozrost laseczników i zniszczyć je. Najważniejsze jest zobojętnienie jadu, gdyż w przeciwnym razie jad niszczy elementy tkankowe i w ten sposób tworzy dobre podłoże dla laseczników, jak to wykazały doświadczenia autora na świnkach morskich. Czy ustrój w stanie fizyologicznym posiada sposoby obrony przeciw jadom gruźliczym? By odpowiedzieć na to pytanie, autor wykonał szereg doświadczeń na różnych

zwierzętach. Zdaniem M. doświadczenia, robione z tuberkuliną glicerynową i wykazujące nie-
możliwość zabicia świnki morskiej jadem gruźliczym, są przeprowadzone fałszywie, gdyż: 1) dla kontroli brano świnkę gruźliczą, 2) działanie toksyczne było zmienne, i 3) gliceryna sama przez się jest jadem. Przy swoich doświadczeniach autor posiłkował się produktem, zawierającym 100 jednostek toksycznych, tak iż 1 ccm. jego, wstrzyknięty pod skórę, zabija z pewnością 100 gr. świnki morskiej. Doświadczenia M. wykazały, iż surowica człowieka zdrowego i silnego bez wątpienia zawiera substancje obronne, dzięki którym zastrzyknięta świniec morskiej w ilości dostatecznej wraz z dawką śmiertelną jadu może uratować zwierzę od śmierci. Surowice nie wszystkich zwierząt posiadają własności antytoksyczne. Najwięcej ich posiada surowica ludzka, po niej następuje surowica krów, psów, cieląt, kotów, kóz, koni, świń. Co się tyczy wpływu surowicy na kolonie laseczników, to niektóre z nich rozwój kolonii tych wstrzymują, najwięcej surowica ludzi, świń i cieląt, następnie krów, koni, psów, osłów, kóz i królików, surowica świnek morskich nie wywiera żadnego wpływu na laseczniki. Surowica zwierząt zdrowych posiada prócz tego jeszcze własność aglutynacyjną, jak np. surowica konia, osła, kozy, owcy, psa i królika; surowica świnki morskiej własności tej nie posiada. Aglutynacja jest wyrazem uodpornienia się ustroju i dowodzi istnienia w ustroju sił obronnych; powstaje ona dzięki substancjom, krążącym we krwi, które wywierają pewien wpływ na laseczniki gruźlicze.

Własność aglutynacyjną posiada także surowica człowieka zdrowego bez wszelkich objawów gruźlicy, co potwierdzają ARLOING i ROMBERG. Do tych sił, które posiada ustrój w stanie normalnym, przyłączają się nowe, rozwijające się dopiero po zjawieniu się laseczników i ich jadów, jak to wykazują doświadczenia autora

na ludziach i zwierzętach; siły te są to własności antytoksyczne, bakteryobójcze i aglutynacyjne*) Po wprowadzeniu do ustroju bakterii, rozwijają się w nim własności bakteryobójcze w większym stopniu po wprowadzeniu wysuszonych, żywych laseczników, niż po wprowadzeniu ich wyciągu wodnego. Surowica zwierzęcia, któremu wprowadzono laseczniki, niszczy kolonie laseczników. Jak wykazują doświadczenia, własności bakteryobójcze zawdzięcza ustrój substancjom, zawartym w jego surowicy, chociaż nie da się zaprzeczyć, że fagocyty i elementy tkankowe odgrywają tu niemałą rolę. Celem przekonania się, czy surowica może pozbawić laseczniki zdolności ich do zakażenia, autor zastrzykiwał świnkom morskim bardzo jadowite laseczniki, które poprzednio w pewnych odstępach czasu wprowadzał w styczność z surowicą, i zakażenie nie następowało, gdy tymczasem same laseczniki bez surowicy wywoływały u świnek morskich zawsze gruźlicę. Fakt ten potwierdzają jeszcze lepiej inne doświadczenia, robione przez autora na świnkach morskich. M. wprowadzał im do otrzewny kultury żywych laseczników gruźliczych z surowicą końską; po upływie 24—36 godzin wydobywał płyn z otrzewny; część płynu wydobytego zastrzykiwał zdrowej śwince morskiej, drugą część szczepił na pożywcę, w obu razach wyniki otrzymywał M. ujemne; przy wprowadzeniu laseczników bez surowicy wyniki były zawsze dodatnie; bez efektu pozostawały również zastrzykiwania laseczników wraz z surowicą do żył królików.

Jak wiadomo, wraz z własnościami bakteryobójczymi powstają w ustroju i własności aglutynacyjne; przy wprowadzeniu laseczników przeważają własności aglutynacyjne, przy wprowadzeniu zaś jądów — antytoksyczne. Co się tyczy losu laseczników, wprowadzonych do ustroju, to jak wykazują oddzielne porcje soków tkankowych, wydobywanych co pewien czas z ustroju, zostają laseczniki te otoczone leukocytami, następnie obumierają i rozpadają się; proces ten najszybciej (po 5 dniach już) następuje u psów. Jak widzieliśmy więc, każdy ustrój zwierzęcy posiada dwojakiego rodzaju siły o-

bronne przeciw gruźlicy: jedne normalne, znajdujące się w ustroju zdrowym, drugie, nowo wywołane obecnością w ustroju laseczników lub ich jadu. Zdaniem autora siły obronne, znajdujące się w ustroju zdrowym, powstają wskutek poprzedniej infekcji, skrycie przebiegającej, lub też są wrodzone. Gdy siły obronne ustroju — głównie fizyologiczne, nie są dostateczne, natenczas powstaje ognisko miejscowe gruźlicze. Jednocześnie jednak występują i specyficzne siły obronne, które zobojętniają jad, niszczą laseczniki, i tym sposobem ma miejsce samowyleczenie. Zdolność obronna zależna jest od stanu organizmu, tak np. w surowicy ludzi, wycieńczonych chorobą lub głodem, brak sił obronnych, a z drugiej strony we krwi ludzi, będących na drodze do wyleczenia, siły obronne wzmagają się z postępowaniem leczenia. Różne zwierzęta, a nawet różne indywidua tego samego gatunku zachowują się względem laseczników różnie, jak to wykazał M., wstrzykując płyn z pewną wiadomą liczbą laseczników. U niektórych 10 laseczników wywoływały już gruźlicę, gdy innym natomiast i 500 laseczników wstrzykniętych nie przynosiły żadnej szkody; większej liczby laseczników, jak to autor już raz zaznaczył, żadne zwierzę nie zniesie. Tkanki zachowują się odporne względem laseczników w różnym stopniu. U psów tkanka płucna niszczy laseczniki prędzej, niż inne tkanki. Tak np. gdy M. zastrzykiwał 1 grm. jadowitych laseczników do żył psa, laseczniki gnieździły się w płucach, gdzie tworzyły ogniska gruźlicze, które same się leczyły, i po miesiącu nie znajdowano w płucach weale laseczników; po wstrzyknięciu zaś tej samej liczby laseczników do otrzewny psa, znajdowano po upływie miesiąca zapalenie otrzewny i laseczniki w ogniskach gruźliczych. Gdy wstrzyknijemy laseczniki jednocześnie do żyły i do otrzewny, znajdziemy, iż laseczniki w płucach zginęły, a w otrzewnie pozostały i rozmnożyły się. Własności te obronne są nabyte i zależą od warunków higienicznych, w jakich znajduje się ustrój, do warunków tych należą warunki miejsca i odżywiania ustroju; do środków odżywczych, zwiększających siły obronne ustroju, należy i alkohol w umiarkowanych dawkach. Na sanatoria autor patrzy, jak na kordony ochronne lub kwarantanny, lecz choroby one usunąć nie potrafią. Do tego ostatniego celu powinniśmy dążyć dwiema

*) Surowica koni, zawierająca z początku 100—200 jednostek antytoksycznych per ccm, zawierała później 1000—2000 a nawet i 8000 jednostek.

drogami: wzmacnianiem ustroju i wytwarzaniem w nim specyficznych energii (sił), które czyniłyby go odpornym przeciw chorobie.

Czy możliwym jest uczynić zwierzę odpornym przeciw gruźlicy? Autor już w r. 1895 na kongresie w Bordeaux ogłosił, iż dzięki metodycznym i stopniowym szczepieniom, udało mu się uczynić zwierzęta odpornymi i otrzymać z nich następnie surowicę przeciwgruźliczą. M. posiada w swym instytucie krowy, konie, osły, kozy, owce i psy, które od 5 lat już są w ten sposób uodpornione; M. wstrzykiwał do żył królikom uodpornionym żywe jadowite laseczniki gruźlicy ludzkiej bez żadnej szkody, gdy natomiast inne króliki zdychały po 20—30 dniach. Szczepienie gruźlicy i uodpornienie przeciwko niej skutecznie można różnymi sposobami i przy pomocy różnych substancji. Użyć można czynnej hodowli, laseczników martwych i wysuszonych, żywych i bardzo jadowitych laseczników oraz wyciągu z żywych i silnie jadowitych laseczników, otrzymanego bez użycia gorąca i substancji chemicznych. Nie jest konieczne zastrzykiwanie do żył. M. następnie rozstrzyga pytanie, czy możliwe jest uodpornienie człowieka podobnymi środkami. Uodpornienie bywa, jak wiadomo, czynne i bierne. Biernym uodpornieniem nazywamy takie, gdy środki obronne wprowadzone zostają z ustroju innego już uodpornionego, jak to ma miejsce przy zastrzyknięciu surowicy, np. przeciwbłoniczej i innych. Przy zastrzyknięciu zwierzętom surowicy zwierząt, uodpornionych przeciwko gruźlicy, znaleziono we krwi ich zwiększenie się własności antytoksycznych i aglutynacyjnych 40-krotne, również potęgowały się własności bakterjobójcze. Co się tyczy człowieka, to niemożliwym było zbadać zdolność jego obronną przeciw hodowlom jadowitym przez wprowadzenie ich do ustroju, jednak znaleziono u niego wzmoczenie się własności aglutynacyjnych (30—50 krotne) i antytoksycznych, a surowica osób uodpornionych zabijała laseczniki. Po zastrzyknięciu surowicy zwierząt, uodpornionych przeciw gruźlicy, suchotnikom, zauważono u nich zniknięcie procesu gruźliczego, a we krwi ich zjawienie się substancji obronnych. Surowica suchotników tych, wyleczonych dzięki takim zastrzykiwaniom, bez wątplenia miała własności uodporniające, gdyż w przeciwnym razie mielibyśmy nowe zakażenie; na zjawisko to, do któ-

rego dotychczas mało przywiązywano wagi, chce M. zwrócić uwagę. Osobnik, raz wyleczony z gruźlicy, staje się odpornym przeciw niej, gdyż w przeciwnym razie powinienby znów zachorować. Autor zna wielu ludzi, surowicą leczonych, których od 10 lat uważać można za zupełnie wyleczonych, jak wykazały badania kontrolujące, przeprowadzone w klinice autora. Również dodatnie rezultaty otrzymał autor przy leczeniu surowicą wielu członków pewnej gruźliczej rodziny. Prócz wstrzykiwania surowicy, istnieje jeszcze inny sposób wprowadzania surowicy przeciwgruźliczej do ustroju, mianowicie przez przewód pokarmowy, co bywa rzadko uskuteczniane przez innych badaczy, utrzymujących, jakoby surowica w przewodzie pokarmowym ulegała zmianom i nie wchłaniała się. Autor na zasadzie swych długoletnich badań na zwierzętach i ludziach dochodzi do wręcz przeciwnych rezultatów; do takichże rezultatów, co autor z surowicą przeciwgruźliczą, doszli SCLAVO z surowicą przeciwbłoniczą, a MERCATELLI z surowicą przeciwdżumową. Krew królików, karmionych krwią zwierząt uodpornionych, zawierała dużo własności antytoksycznych i aglutynacyjnych. Mleko krów uodpornionych zawiera substancje ochronne, choć w niewielkiej ilości, i wprowadzone *per os* do ustroju ssawców lub osób dorosłych, czyni go odpornym przeciw gruźlicy. U zwierząt uodpornionych substancje ochronne znajdują się nie tylko we krwi i mleku, lecz i w mięsie ich. Dążeniem autora jest jednak nie osiągnięcie uodpornienia biernego, lecz czynnego, które wytwarza sam ustrój, i które jest trwalsze od biernego. Jak wiadomo, gdy ognisko gruźlicze w ustroju ludzkim zostaje w zupełności wyleczone, ustrój ten staje się w większości przypadków odpornym. Tak np. rzadko dają się spostrzegać ogniska gruźlicze po chirurgicznie wyleczonej gruźlicy; w rodzinach gruźliczych wolni od gruźlicy są ci, którzy przebyli gruźlicę stawów lub skóry. W gruźlicy otrzewny, opłucny, a nawet płuc spostrzegano po wyleczeniu jednego ogniska, iż inne więcej się nie tworzyły. O wprowadzeniu do ustroju ludzkiego żywych hodowli laseczników gruźliczych dla osiągnięcia odporności czynnej mowy być nie może. Cel ten osiągnął autor przez wprowadzenie jadu gruźliczego i otrzymał, jak się wyżej rzekło, we krwi substancje antytoksyczne i aglutynacyjne, rezultat

taki sam, jak przy wstrzykiwaniu tuberkuliny KOCH'a. Niektórym suchotnikom, po wyleczeniu ich surowicą zwierząt uodpornionych, autor następnie wstrzykiwał tuberkulinę wraz z surowicą, potem samą tylko tuberkulinę, i od 7 lat nie znajduje u nich absolutnie żadnych zmian patologicznych. Autor próbował także uodpornić zwierzęta przez wywołanie zapalenia gruźliczego na obwodzie ciała bez wprowadzenia do ustroju laseczników. Udało mu się to dzięki wynalezionemu przez siebie materyałowi do szczepienia, i wyniki, otrzymane tym sposobem, były świetne: zwierzęta, uodpornione sposobem autora, po zastrzyknięciu im do żył jadowitych hodowli laseczników, pozostawały zdrowe. U ludzi podobne doświadczenia robić było niemożliwością, lecz krew ich wykazywała wyraźnie wzmożone własności aglutynacyjne i wzmożoną leukocytozę. Do szczepień swych autor wybierał ramię; na miejscu szczepienia występowało małe ograniczone zaczerwienienie z jałowem ropieniem; ciepłota ciała była nieco podniesiona w ciągu 3 dni.

(*Berliner klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 25 i 26).
M. Goldflam.

125. E. v. BEHRING. O powstawaniu suchot płucnych i zwalczaniu gruźlicy.

Zastraszająco wielka jest liczba ludzi, umierających na suchoty płucne, stanowi jednak ona zaledwie drobny ułamek ogółu osób gruźliczych oraz gruźliczo zakażonych.

Dopiero w najnowszych czasach uzyskaliśmy możliwość oceny rozprzestrzenienia gruźlicy ludzkiej w krajach cywilizowanych. Stało się to za sprawą epokowych odkryć KOCH'a — prątka gruźliczego oraz tuberkuliny. Posiłkując się wszystkimi znanymi środkami dyagnostycznymi, głównie zaś obecnością laseczników KOCH'a, NAEGEL'i (w Zurychu), na mocy swych poszukiwań na trupach, doszedł do wyników zdumiewających: trupy ludzi, zmarłych po latach 30 wszystkie co do jednego, przedstawiały zmiany gruźlicze; w wieku 18 — 30 lat ogniska gruźlicze znaleziono u 96% trupów, w wieku 14 — 18 lat u 50%, 5 — 14 lat u 33%, 1 — 5 lat u 17%, podczas gdy trupy dzieci do jednego roku nie okazywały wyraźnych ogniskowych zmian gruźliczych. Dane NAEGEL'ego potwierdzone zostały przez anatomo-patologów w innych

miastach. Odkrycie tuberkuliny i stosowanie jej w celach rozpoznawczych dało możliwość potwierdzenia także u ludzi żyjących wyników, otrzymanych przez NAEGEL'ego, przynajmniej dla gęsto zaludnionych centrów. Toksyny, krążące w ustroju osób, zakażonych gruźlicą, wywołują w nim (w tkankach i płynach tkankowych) zmiany, których charakter do ostatniego czasu pozostawał zupełnie ciemny. Przyroda tych zmian poczyna się do pewnego stopnia wyjaśniać od chwili, jak stwierdzono we krwi wynaczynionej osób, gruźliczo zakażonych, po dodaniu do niej jadu gruźliczego, sprawy koagulacyjne i aglutynacyjne, które u osobników nie zakażonych nie występują. Widocznie więc powstają w organizmie zakażonym, jako następstwo działalności życiowej prątków gruźliczych, rozpuszczalne antytoksyny (Antikörper), które jednak natychmiast wypadają z roztworu, skoro tylko zetkną się z substancjami rozpuszczalnymi, pochodzącymi z ciał prątków gruźliczych.

Według poszukiwań BEHRING'a prawdopodobnym się staje, że odtrutek tych dostarczają drobne naczynia tętnicze, sąsiadujące z ogniskami gruźliczemi. Stosownie do ilości tych antytoksyn oraz z niemi w styczność wchodzącej tuberkuliny proces krzepnięcia jest mniej lub więcej wyrażony, co klinicznie przejawia się w postaci mniejszej lub większej gorączki, anatomicznie — w krzepnięciu śródnaczyniowym, które w pewnych warunkach prowadzi do przesięku i wylewu krwi z patologicznie zmienionych naczyń.

Posługując się działaniem tuberkuliny, FRANZ znalazł wśród żołnierzy Bośniacko-Herzegowińskich i Węgierskich w pierwszym roku służby 61%, w drugim — 68% przypadków zakażenia gruźliczego. Wyniki takie otrzymał on przy stosowaniu małych dawek tuberkuliny (1 — 3 mg.); stosując dawki wyższe, zalecone początkowo przez KOCH'a (1 cg.), otrzymanoby zapewne odsetkę, odpowiadającą cyfrom NAEGEL'ego dla wieku 21 lat. BEREND natomiast na 96 bardzo małych dzieci nie otrzymał ani razu dodatnie o odczynu tuberkulinowego, aczkolwiek były pomiędzy niemi dzieci osłabione oraz pochodzące z rodziców, dotkniętych wyraźnymi zmianami gruźliczemi, a dawka tuberkuli-

ny dosięgała 1 cg. A więc i w tym razie widzimy zgodność z wynikami statystyki NAEGLI'ego.

Dalsze potwierdzenie faktu niespodziewanie rozległego rozprzestrzenienia się zakażeń gruźliczych zawdzięczamy wypracowanej przez Jousser'a metodzie dyagnostycznej (*inoscopia*), która daje możność bezpośredniego unaocznienia bardzo nielicznych prątków, zawieszonych w dużych masach płynu. Przy ścinaniu się płynu włóknik pociąga za sobą laseczniki. Jeżeli poddamy następnie utworzone skrzepy trawiającemu działaniu odpowiednich płynów, a otrzymaną po strawieniu ciecz scentryfugujemy, to łatwo przy zabarwieniu preparatów, przyrządzonych z osadu, znaleźć prątki gruźlicze. Za pomocą tej wysoce cennej metody rozpoznawczej udaje się stwierdzić pochodzenie gruźlicze prawie wszystkich zapaleń surowicznych opłucny, wielu wysiękowych zapaleń otrzewny i puchliny brzusznej u alkoholików z marskością wątroby, wysiękowych zapaleń opon mózgowych, zapaleń stawów, niektórych cierpień serca oraz wielu innych cierpień, w których większość lekarzy dawniej nie przypuszczała nawet możliwości istnienia związku z zakażeniem gruźliczem.

Zakażenia gruźliczego nie należy utożsamiać z suchotami gruźliczemi. Owo niesłychane rozwielenie się zakażenia gruźliczego dowodzi właśnie najwyraźniej samoistnej uleczalności cierpień gruźliczych, do których z całą słuszością zastosować się da zdanie, dawniej do błonicy stosowane: „przypadki lekkie kończą się wyzdrowieniem, ciężkie zaś prowadzą do zejścia śmiertelnego“. I tu, jak przy błonicy, BEHRING zadał sobie pytanie, czy istnieją wogóle środki, któreby pozwoliły zapobiedz wystąpieniu ciężkich zakażeń z niepomyślnem rokowaniem, a w razie wystąpienia oznak ciężkiego zakażenia, czy nie uda się za pomocą pewnych środków przeobrazić je w formy lekkie z przebiegiem łagodnym. Przystępując do rozstrzygnięcia tych kwestyi, autor uważa za konieczne zastanowić się głębiej nad sposobem powstawania i szerzenia się gruźlicy i tu dochodzi do wniosków dość oryginalnych. Nie wierzy BEHRING w epidemiologiczne szerzenie się suchot wśród ludzi dorosłych, gdyż ci wszyscy prawie już kryją w sobie

jad gruźliczy, jak tego dowodzą powyżej przytoczone badania. Jeżeli w warunkach niepomyślnych (śród dozorców chorych, w więzieniach i t. d.) wybuchają suchoty, to dzieje się tak dla tego, że w tych warunkach już uprzednio istniejące w płucach ogniska gruźlicze ulegają obostrzeniu i dają obraz postępujących suchot. Dalej odrzuca BEHRING drugie bardzo rozpowszechnione zapatrywanie na decydujące znaczenie dziedziczności. Zakażenie gruźlicze wewnątrzmaciczne jest, teoretycznie rzecz biorąc, zupełnie możliwe i w pojedynczych przypadkach nawet faktycznie stwierdzone. Praktycznego znaczenia jednak nie posiada owo dziedziczenie prątków gruźliczych, ani też hipoteza o dziedziczeniu skłonności cielesnej do gruźlicy. Zakażenie gruźlicze powstaje, zdaniem BEHRING'a, prawie zawsze po urodzeniu, w najwcześniejszym dzieciństwie, a główne źródło zakażenia stanowi mleko dla ssawców. Niebezpieczeństwo tu tkwi w tem, że przewód pokarmowy u ssawców nie posiada tych urządzeń ochronnych, które u dorosłych przeszkadzają przenikaniu zarazków w soki tkankowe. Współpracownik BEHRING'a, RÖMER, dowiódł, że ciała lalkowe przenikają przez błonę śluzową kiszek nowonarodzonych zwierząt w stanie niezmiennym, podczas gdy osobniki dorosłe uprzednio przetrwają te ciała i przetwarzają je w t. zw. peptony zanim te zdołają przejść przez śluzówkę kiszek. Dalsze doświadczenia BEHRING'a wykazały, że i bakterye z łatwością przenikają przez błony śluzowe kiszek nowonarodzonych oraz bardzo młodych zwierząt. Przy karmieniu takich zwierząt pożywieniem, zawierającym laseczniki gruźlicze, stwierdzić można przedewszystkiem obrznięcie gruczołów szyjowych, odpowiadające zupełnie ludzkim żołądom. W wynikach tych doświadczeń B. upatruje potwierdzenie już dawniej wygłoszonego przez siebie zapatrywania, że epidemiologiczna gruźlica płucna powstaje drogą pierwotnego zakażenia ze strony kiszek i to w bardzo młodym wieku. Przyczynę większej przepuszczalności błony śluzowej kiszek w wieku dziecięcym B. upatruje w 2 następujących okolicznościach: 1) nabłonek niezupełnie pokrywa błonę śluzową, lecz pozostawia luki, 2) gruczoły, wydzielające fermenty trawienne, są jeszcze mało lub wcale nie rozwinięte.

Zakażenie gruźlicze, powstające najczęściej już w dzieciństwie, rozmaicie na ustrój oddziałują, zależnie od złośliwości zarazka, od ilości wprowadzonych *per os*, raz lub wielokrotnie, łaseczników gruźliczych: mogą minąć miesiące, lata i dziesiątki lat, zanim zakażenie doprowadzi do jawnej choroby. Przejść mogą nawet miesiące i lata, zanim zdołamy za pomocą tuberkuliny ujawnić zakażenie gruźlicze. Przy istniejącem zakażeniu najrozmaitsze warunki niepomyślnie mogą sprzyjać wybuchowi suchot. Co się tyczy gruźlicy rodzinnej, to rozwój jej zależny jest od rozpryskiwania płwociny przez osoby kaszlące, przyczem kropelki jej z prątkami, dostają się do jamy ustnej i nosowej, a ztąd do kiszek, których błona śluzowa, jak to widzieliśmy, jest dla bakteryi przepuszczalna. I osobniki starsze w tych warunkach mogą uciepnieć, potrzebne do tego jednak jest uszkodzenie przewodu pokarmowego. Tem się też tłumaczy częste występowanie gruźlicy w następstwie chorób wysypkowych, w których przebiegu upośledzony zostaje przewód pokarmowy.

Z przytoczonego sposobu powstawania i szerzenia się gruźlicy wyciągnąć należy ten, zresztą już oddawna znany wniosek, że dla dzieci w najwcześniejszym wieku starać się należy o mleko, wolne od prątków gruźliczych i, że oddalić od nich należy suchotników kaszlących. Dalej szczególnie strzedz należy od zakażenia osoby z cierpieniami przewodu pokarmowego, rekonwalescentów po chorobach wysypkowych, chorych z owrzodzeniami w przewodzie pokarmowym i t. d.

W zakończeniu swego odczytu BEHRING dość ogólnikowo napomyka o wynalezionej przez siebie szczepionce, która, będąc 2 razy zastrzyknięta bydłu, chroni je na całe życie od suchot. Suchoty u bydła stanowią tak samo ewentualne

następstwo perlicy, jak u człowieka rozwijają się niekiedy w następstwie gruźlicy. Szczepień ochronnych BEHRING dokonał już bardzo dużo. Dalsze badania, dotyczące stanu szczepionego bydła, prowadzone są w kilku zakładach weterynaryjnych przy różnych uniwersytetach. Sam BEHRING studjuje na sztukach, silnie uodpornionych, sprawę wytwarzania antytoksyn (Antikörper), a od pewnego czasu zajmuje się badaniami nad przejściem do mleka substancji uodparniających. Cały obfity materiał, dotyczący tej kwestyi, ma zamiar w końcu r. b. ogłosić.

BEHRING żywi niepełną nadzieję, że wyniki, otrzymane przy doświadczeniach nad uodparnianiem bydła, będą miały doniosłe znaczenie i w zastosowaniu do gruźlicy ludzkiej. Nie wątpi on ani na chwilę, że u człowieka tak samo, jak u bydła, możliwe jest uodpornienie izopatyczne, t. j. przez wprowadzenie do ustroju stosunkowo nieszkodliwego żyjącego zarazka gruźliczego. Do tego jednak bynajmniej nie nadaje się jego szczepionka bydłęca. Bardzo dokładne poszukiwania doświadczone BEHRING'a wykazały, że chorobotwórcza energia prątków gruźliczych może być obniżona za pomocą rozmaitych metod osłabiających; chwilowo za najbardziej odpowiednie dla celów immunizacji uważa BEHRING energiczne traktowanie zarazka gruźliczego za pomocą gliceryny. Być może, uodparniająco działać będzie także żywienie odpowiednio przygotowanymi łasecznikami. Wielkie nadzieje pokłada także BEHRING w uodparniających właściwościach mleka silnie immunizowanych krów.

(*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 39. 1903).

Pechkranc.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 czerwca r. b.

TREŚĆ: 1) Wł. STANKIEWICZ — a) przedstawienie dziecka z *pes valgus* i b) przedstawienie kilku preparatów anatomicznych. 2) Wł. KRAJEWSKI — przedstawienie kilku guzów przewodu pokarmowego. 3) BREGMAN — przedstawienie przypadku dermatoneurozy. 4) MIKŁASZEWSKI — przedstawienie przypadku słoniowatości (*elephantiasis*). 5) B. SAWICKI — a) przedstawienie chorego po operacji nosa siodełkowego metodą ISRAEL'a, b) przedstawienie pęcherzyka żółciowego po cholecystostomii. 6) KARWACKI — „O preparatach kreozotu i o własnym preparacie kreozalbinie. 7) MIKŁASZEWSKI — „O porażeniach połowicznych przestankowych, nieczyłnościowych“.

1) Kol. Wł. STANKIEWICZ: a) przedstawił dziecko 15-miesięczne, dotknięte od urodzenia silnie rozwiniętą postacią *pes valgus*. S. zamierza wyprostować stopę przez przecięcie powięzi i ścięgien na brzegu zewnętrznym, a nadto przez wypiłowanie klinowato przyrośniętych kości łódkowatej i wyrostka kości skokowej.

b) Kol. St. przedstawił: 1) 3 guzy, wyluszczone ze szyi chorej na wole (*struma parenchymatosa*), 2) torbiel wyluszczoną z wola (*struma cystica*), 3) guz miąższowy (*struma parenchymatosa*) wielkości pięści, wyluszczonej również z wola, 4) chrząstkiak kostny (*osteochondroma*) palca stopy wielkości jaja kurzego; 5) brodawkiwiec (*papilloma fibrosum*) pęcherza moczowego, rozpoznany ściśle przed operacją za pomocą cystoskopowania.

2) Kol. Wł. KRAJEWSKI przedstawił: a) preparat wrzodu żołądka, wycięty u 60-letniego chorego, b) preparat części odźwiernikowej żołądka z wrzodem okrągłym wielkości miedzianej dziesiątki i z sąsiedztwa wycięty duży gruczoł twardy limfatyczny, c) preparat pierwotnego raka cienkiej kiszki, usunięty u 71-letniego chorego; kiszki w tym przypadku wycięto na przestrzeni 101 cm. d) preparat raka kiszki ślepej i kiszki grubej wstępującej. Wszyscy operowani chorzy mają się dobrze.

3) Kol. BREGMAN przedstawił chorą, dotkniętą niezwykle postacią dermatoneurozy. Cierpienie to występuje napadami. Napad zaczy-

na się od palenia, zaczerwienienia, swędzenia w obu dłoniach, na zewnętrznej stronie ramion i ud. Po dwóch dniach skóra blednie, a następnie silnie się łuszczy, zwłaszcza z dłoni schodzi grubymi warstwami. Chora przedstawia różne oznaki wybitnej nerwowości.

4) Kol. MIKŁASZEWSKI przedstawił chorą, dotkniętą słoniowatością (*elephantiasis*) nóg w stopniu bardzo wybitnym. Leczenie dotychczasowe wyciągiem z gruczołu tarczowego i z nadnercza było bezskuteczne.

5) Kol. SAWICKI przedstawił chorą, której z powodu zapadniętego nosa wykonał sposobem ISRAEL'a przeszczepienie kawałka kości. Wynik kosmetyczny zupełnie dobry.

b) Kol. S. przedstawił pęcherzyk żółciowy, usunięty chorej, cierpiącej na kolkę wątrobową. Po roześcięciu pęcherzyka i usunięciu kamienia, wyluszczone pęcherzyk, pozostawiając zewnętrzną, t. j. otrzewnową jego powłokę, którą wszyto w ranę brzuszną i napełniono gazą. Przebieg i w tym i w dwóch podobnych przypadkach zupełnie pomyślny. Takie postępowanie, zwłaszcza w przypadkach zgrubienia ścian pęcherzykowych, uważa za lepsze, niż całkowite wycinanie pęcherzyka.

6) Kol. KARWACKI wygłosił rzecz p. t. „O preparatach kreozotu i o preparacie własnym kreozalbinie“.

Po scharakteryzowaniu różnych preparatów kreozotu, ich ważności w leczeniu zwłaszcza gruźlicy, mówca dłużej zatrzymał się nad preparatem własnym — kreozalbiną — połączeniu białkowym kreozotu, wykazując, iż nie ustępuje on innym preparatom, a pod pewnymi względami (smak, stopień wchłaniania) stoi nawet wyżej.

W dyskusji prezes DUNIN zaznacza, iż preparaty kreozotu pomimo pewnych ujemnych stron są stale używane, a więc muszą mieć pe-

wne podstawy. Kreozalbinę chorzy jego znosili dobrze. Jako preparat nasz, tembardziej zasługuje na poparcie.

Kol. WINIARSKI zaznacza, iż kreozot poprawia apetyt, nawet u chorych gorączkujących.

7) Kol. MIKŁASZEWSKI opowiedział o przypadku porażenia połowicznego przestankowego nie czynnościowego. Dotyczył on staruszki 60-letniej, która w ciągu miesiąca 5 razy doznawała nagle typowego porażenia połowicznego, trwającego po kilka godzin, poczem objawy porażenia mijaly bez śladu. M., wyłączywszy mocznicę, przypuszcza chwilowe przejściowe kurczenie się zupełne naczyń, dochodzących do torebki wewnętrznej, co u chorych z rozlanem stwardnieniem tętnic jest rzeczą możliwą. M. opowiada o podobnym przypadku, jaki obserwował przed 10 laty, gdzie również postawił rokowanie poważne, a chora, 80 letnia staruszka, nazajutrz po porażeniu prawostronnem władała porażeniami kończynami zupełnie dobrze. Spostrzeżenie to M. komunikuje kolegom, jako godne uwagi ze względu na omyłkę w rokowaniu.

Kol. BIRO zaznacza, iż podobne chwilowe porażenia połowiczne nie są rzadkie, i widzujemy je nawet u ludzi młodszych, jako zwiastuny porażień ciężkich.

Kol. WINIARSKI przypomina, iż podobne objawy widzujemy u chorych na paraliż postępu-

jący, zdarzają się jednak przypadki, gdzie autopsya nie wykrywa przyczyn materialnych *hemiplegiae*; taki przypadek spostrzegał W. Przypadek ten dotyczył chorego 61-letniego, u którego przed 4 dniami po ataku rozwinął się prawostronny niedowład połowiczny. Mocz białka nie zawierał. Na seceyi prof. PRZEWOSKI nietylko że nie wykrył przyczyn niedowładu połowicznego, ale i wogóle nie znalazł przyczyny śmierci.

Kol. KOPCZYŃSKI St. przypomina o powstawaniu częściowych lub połowicznych porażen w następstwie zaburzeń w ukrwieniu mózgu (zwiększona pobudliwość naczynioruchowa — np. migrena spastyczna z przejściowemi porażeniami, zwłaszcza niemotą ruchową, zmiany w błonie naczyń) lub też wskutek wpływów toksycznych (mocznica, zatrucia, t. zw. *hemiplegiae sine materia OPPENHEIM'a*). Przejściowe zaburzenia w ukrwieniu torów ruchowych mogą być zjawiskiem ubocznem (np. obrzęk) obok zasadniczej sprawy w sąsiedztwie (np. krwotok). Przypadek M. jest nieco ciemny. Być może, należy do tych porażen, do których zaliczamy peryodyczne porażenia kończyn.

Prezes DUNIN przypadków, podobnych do opisanego przez M., nie spostrzegał i uważa, że tło ich jest ciemne.

St. Kopczyński.

Korespondencya „Medycyny“.

Petersburg, 24 września.

W Instytucie medycyny doświadczalnej d-r chemii DZIERZGOWSKI wprowadził nowy sposób otrzymywania leczniczej surowicy przeciwbloniczej. Pobudką do odnalezienia nowego sposobu była dążność uniknięcia odczynów postronnych. Wiadomo, że surowica krwi zwierząt bywa szkodliwa dla zwierząt innego gatunku, i zastrzyknięcie jej pod skórę wywołuje pod-

niesienie ciepłoty, pryszczycę, nacieczenie, a niekiedy śmierć. Prócz tego u ludzi spostrzegać można dość silny ból i obrzęki stawów. Przyczyna szkodliwego działania surowicy dotychczas jest jeszcze niewiadoma; są jednak dane, że zależy ona od łatwo zmiennych składników czynnych.

DZIERZGOWSKI wypróbował początkowo wpływ nagrzewania surowicy i przekonał się, że trzymanie surowicy przy ciepłocie 60°C. w cią-

gu 6 godzin w zupełności niszczy szkodliwe działanie surowicy, a nagrzewanie do 55°C. w ciągu 12 godzin wybitnie je zmniejsza. Leczenie stosowanie powyższego sposobu ma tę ujemną stronę, że w surowicy tworzy się mętne osady ściętego białka i opalescencya, co nadaje niekorzystny wygląd surowicy i nie pozwala odróżnić od zmętnienia wskutek bakterji, które dzięki zmniejszeniu się siły bakterjodójczej surowicy łatwiej mogą się w niej rozwijać.

Spostrzeżenia kliniczne, dokonane w szpitalu dziecięcym księcia Oldenburgskiego, wykazały, że surowica przeciwbłonicza od koni, przez długi czas uodparnianych, i otrzymana przez upust krwi, kilkakrotnie powtarzana, daje bez porównania większą odsetkę powikłań, niż surowica od koni świeżo uodpornionych. Zjawisko to DZIERZGOWSKI stawia w zależności od zmian ścinania się krwi pod wpływem długotrwałego uodparniania i wielokrotnych upustów krwi, jak również od zwyrodnienia narządów i tkanek; wskutek działania jadu błoniczego. Obecnie więc zaprowadzony został następujący sposób dobywania surowicy przeciwbłoniczej w Instytucie.

Po otrzymaniu najwyższego stopnia uodpornienia, *resp.* gdy ten stopień wykazywać zaczyna tendencję ku niższej, dokonywa się zupełnego upustu krwi z żył i tętnic. Otwieramy *vena jugularis* i przez szklaną rurkę odprowadzamy około 10 litrów krwi; następnie otwieramy *art. carotis* i wypuszczamy resztę krwi. Wreszcie z naczyń wewnętrznych otrzymujemy wię-

cej, niż 2 litry krwi, którą stosujemy do uodparniania koni.

Metodę powyższą DZIERZGOWSKI stosuje już 3 lata i, mając osiem koni na stajni, przygotowuje 35,000 flakonów surowicy rocznie.

Ze stosowania całkowitego jednorazowego wypuszczania krwi z uodpornionego konia otrzymujemy następujące korzyści charakteru leczniczego i ekonomicznego:

1) mamy możność korzystania z krwi koni zupełnie zdrowych i świeżych, które nie podległy jeszcze żadnym zmianom w obiegu krwi, ani zwyrodnieniu narządów, przez co unikamy działania czynników postronnych;

2) ściśle kontrolujemy stan zdrowia konia, którego surowicy mamy użyć w celu leczniczym, gdyż badanie sekcyjne wyśmienicie rozwiązuje to zagadnienie;

3) podnosimy produkcję surowicy, gdyż otrzymujemy z puda żywej wagi konia 1 litr krwi, czyli przeciętnie surowicy z jednego konia 15 — 20 litrów;

4) zapobiegamy stracie koni, padających przy długim uodparnianiu;

5) unikamy spadku stopnia odporności surowicy, bardzo często spotykanego przy powrotnych npustach krwi.

Krew wydobywamy w stojącej pozycji konia, przymocowanego do podłogi i do sufitu, zabezpieczając sobie łatwy przystęp do szyi konia z obydwóch stron.

Ta pozycja daje możność otrzymania największej ilości krwi.

Roman Gutowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Z pomiędzy różnych preparatów drożdży (*Levure de Bière, Sécurité, Furuncalina, Levurinoso*, tabletki drożdży piwnych, podług prof. d-ra Roos, *saccharomycetes sicci Blomquist*) zymina jest z punktu widzenia chemiczno-fizjologicznego najracjonalniejszym preparatem. Zymina jest pozbawiona żywych

komórek drożdżowych i bakterji i posiada silne bakterjodójcze działanie.

Zymina otrzymuje się przez wielokrotne i stopniowe traktowanie odwodnionych drożdży piwnych dolnej fermentacji acetonem i eterem. Jest to nadzwyczaj miękki proszek o wybitnym smaku drożdży, zawierający jeszcze około 55%,

wody. Dzięki małej zawartości wody jest zymina preparatem stałym i zawiera prócz tego wszystkie części składowe, a przeważnie enzymy żywej komórki drożdżowej, ściśle związane, posiada bardzo dużą siłę fermentacyjną i silne działanie bakteryobójcze. Działanie bakteryobójcze zyminy stwierdzone zostało przez GERRET'a i RAPP'a, a o stosowaniu tego preparatu w ginekologii pisał ALBERT. Do celów ginekologicznych używa się mieszanki z różnych części zyminy i cukru, z tego rozpuszcza się 8 grm. w 20 ctm. sz. wody i wprowadza się za pomocą strzykawki do pochwy. Czystej, sproszkowanej zyminy używa się do zasypywania ran i wysypek skórnych. Wewnętrzna dawka zyminy wynosi 3 razy dziennie po 1 grm. Badania A. PREST'a, I. TARUELLA'i i S. XUMETR'a dowiodły, że drożdże skracają przebieg ospy, odry i szkarlatyny i zapobiegają groźnym powikłaniom i następstwom. S. PIETRI i CONCHE potwierdzili w zupełności dodatnie wyniki PREST'a-TARUELLA'i odnośnie ospy. Według PREST'a-TARUELLA'i, LOUIS ESCORCELL'a i DESSAUX'a działają drożdże znakomicie w różę; dawki 3—4—5 łyżeczek od kawy na dobę suchych drożdży szybko usuwają różę i tak samo dodatnio wpływają na przebieg mokrej pryszczycy. Jako środek, odkażający przewód pokarmowy, działają drożdże według CH. DU BOIS w pokrzywee, wreszcie owrzodzenia i nowotwory prędko się zablizniają po zasypywaniu sproszkowanymi drożdżami.

Drożdże są dalej wskazane według I. LARDIER w ostrych i chronicznych niezżytach oskrzelowych u starców. L. ESCORCELL zachwala drożdże w zakażeniach gronkowcami i paciorkowcami. C. da FONSECA otrzymywał dodatnie wyniki lecznicze przy stosowaniu drożdży w dżumie bubonowej.

= Z powodu zarażenia się lasecznikami dżumy i śmierci d-ra Milana SACHS'a w Berlinie, prof. A. S. TAUBER, redaktor „Wojenno-Miedi-

cin. Żurnal“ w zeszybie wrześniowym na str. 192, między innymi pisze: „Oprócz tego, gdyby zarażenie nastąpiło wskutek uklucia się w palec lub skaleczenia, to na uszkodzonym palcu powinien byłby się utworzyć bombon dżumowy, a tego u SACHS'a nie było“.

= Podczas operacji w jamie ustnej, na szczękach, w nosie operator z jednej strony walczyć musi z przeszkodami, jakie napotyka naragoza, z drugiej zaś powinien zapobiegać aspiracji krwi. CRILE. oba te zadania skutecznie w następujący sposób: po uśpieniu chorego i znieczuleniu gardzieli kokainą, wprowadza do obu nozdrzy grube sączki gumowe, które sięgają aż do poziomu nagłośni. Następnie, rozszerzywszy usta, wyciąga język na zewnątrz i wypełnia gardziel pasami gazy. Zewnętrzne końce sączków pozostawia się dosyć długie; służą one do doprowadzania narkotyku. (*Annals of Surgery* 1903 N. 6).

A. Wertheim.

= MIECZNIKOW pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie pasorzytów kiszkowych w powstawaniu zapaleń wyrostka. Większa część autorów francuskich przyznała słusność temu pogładowi; natomiast w Niemczech zawsze poczytywano obecność robaków za przypadkową. Dopiero ostatnimi czasy, dzięki pracom uczniów CZERNY'ego, zaczęto większą zwracać uwagę na tę sprawę. Z pasorzytów znaleziono dotychczas w wyrostku 3 postaci: *trichocephalus dispar*, *ascaris lumbric*. i *oxyuris*. OPPE w Dreźnie badał 60 wyciętych wyrostków i w 6 znalazł *oxyuris*. Zdaniem jego, nawet tam, gdzie znajdują się tylko kamienie kałowe, pierwotną przyczyną choroby mogły być robaki. Co do leczenia, to autor zwraca uwagę, iż należy być nader ostrożnym przy stosowaniu środków czerniopodobnych, tak samo jak szkodliwy bywa w leczeniu zapaleń wyrostka kalomel.

(Münch. med. Woch. 20. 1903). A. W.

SIEDEM ZŁOTYCH MEDALI

CHINA-FOSFAT LAROCHE'A

— ELIKSIR WINNY —

ŚRODEK POBUDZAJĄCY, WZNACNIAJĄCY I ANTYTERMICZNY.*Zawierający wszystkie czynne składowe części trzech gatunków chin (żółtej, czerwonej i szarej, w połączeniu z fosfatami ziem i sody.*

China-Laroche'a, odznaczająca się swym przyjemnym smakiem, przewyższa wszystkie inne chinowe Wina i Syropy. Po zatem połączenie fosfatów ziem i sody z chiną odpowiada znakomicie celowi, gdy wskazaną jest kuracja wzmacniająca.

Rola, którą fosfor odgrywa w ogólnym odżywianiu komórek i w rozwoju kości, jest tak wielką iż powinno się zalecać **CHINĘ LAROCHE'a** za każdym razem gdy to odżywianie organizmu jest niedosłatecznym.

Powinno się ją zalecać podczas **Rekonwalescencji**, w **Anemii**, w **Rachityzmie**, w **razach zaburzeń wywołanych szybkim wzrostem**. W chorobach **piersiowych** dopomaga ten środek w **zwalczaniu**, **zwycięskiej** w tych chorobach, **utrąty soli mineralnych**.

Jest to **wszehpółężny** środek w walce z **Wyciężeniem**, z **Brakiem apetytu**, z **Gorączką** i t. d.

SPRZEDAJE SIĘ WE WSZYSTKICH APTEKACH.

CLIN & COMAR, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques. — Paris.

ADRENALINA (Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący, pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrawowo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie.

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego prepa. "adrenaliny", noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu **Takaminy**.

ACETOZON (C⁶H⁵CO. O. O. COCH³. Benzoyl acetyl-hydroxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytniczy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnie. Szczególnie znakomite wyniki otrzymano przy leczeniu tyfusy brzusznej. Stosuje się z dobrym wynikiem przy trypanozycie, chorobach oczu cholerycznych, dysenterii rozwolnieniach u dzieci sprawach ropnych porodowych i t. d.

NAJWIĘKSZE W ŚWIECIE
LABORATORYUM
w Detroit (S. Z. P. A.)

PARKE, DAVIS & CO.

BIURO:
St. Petersburg, Zamiatin'skaja, 4.
Adres dla teleg. —
CASCARA — **ST. PETERSBURG.**

Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

CHLORETON (chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczkach i t. d. Ma tę własność nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTATA Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienienia na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższającą jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

CASCARA-EWAKUANT Lek toniczny przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny *Rhamnus Purshiana*. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu *Kaskara-Sagrada*, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

CASCARA SAGRADA EXTR. w tabletkach w obwol. czekolad po 1, 2, 3 i 5 gr., w opakowaniu po 25, 100, 500 i 1000 tabletek.

W Warszawie posiadają na składzie: Towarz. Akcyjne „Motor“ i Henryk Welt.