

MEDYCYNA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TRZEŚĆ, PRACE ORYGINALNE Błonica u ssawców. Napisał Ludwik Rabek. — Przypadek ropnia zrazu czołowego mózgu. Podał D-r H. Kucharzewski. — Kryoskopja moczu po narkozie chloroformowej. Podał D-r A. Rydygier. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 64. Doświadczenia nad infekcyą wątroby królika hurmaczkiem (sporozoum) coccidium owiforme i stosunek jej do raka. 65. Badania bakteriologiczne nad nowotworami złośliwymi. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. Odporność w świetle badań współczesnych. Streścił L. Karwaicki. (Dokończenie). — Z posiedzeń laryngologiczno-otytrycznych. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny”. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA. — Zmarli.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) L. Rabek — La diphtérie chez les nourrissons. 2) D-r H. Kucharzewski — Un cas d'abcès du lobe frontal du cerveau. 3) D-r A. Rydygier — La eryoscopie de l'urine après la narcose au moyen du chloroforme.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) L. Rabek — Die Diphtherie bei Säuglingen. 2) D-r H. Kucharzewski — Ein Fall von Stirnlappenabscess des Gehirns. 3) D-r A. Rydygier — Die Kryoskopie des Harns nach der Chloroformnarkose.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

BŁONICA U SSAWCÓW.

Napisał

Ludwik Rabek.

Ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.

Błonica u ssawców rzadko się zdarza, w każdym razie występuje częściej, aniżeli się to zwykle przyjmuje (G. RIETHER.). Przyczyna jest ta, że błonica u małych dzieci łatwo może być nie zauważona (PLUDER, MONTI.). Wzmianki lub opisy pojedynczych przypadków błonicy u ssawców, a nawet i u noworodków przytaczane są w podręcznikach chorób dzieci i pracach lekarskich (JACOBI, SREBRNY.). Opisy błonicy u ssawców w większej liczbie przypadków należą do wyjątkowych. SIDEREY w szpitalu Lariboisier obserwował epidemię błonicy, której ofiarą padło 18 noworodków (A. MONTI.). F. SCHLICHTER w zakładzie dla podrzutek w Wiedniu w ciągu trzech lat (czerwiec 1888 — lipiec 1891) obserwował 21 przypadków błonicy u ssawców w wieku od 6 dni do 1 miesiąca. Z nich wyzdrowiało 3 i zmarło 18 (rok 1892).

W tym samym zakładzie w czasie od 3 marca 1895 do 17 marca 1897 r. G. RIETHER spostrzegł 31 przypadków błonicy u ssawców. Wiek chorych dzieci tak się przedstawiał. Dzieci 19 miało od 6 do 29 dni życia, 10 dzieci 1 — 4 mies., jedno 8½ mies.: jedno 10 mies. Z nich 7 wyzdrowiało, 24 zmarło (rok 1897). Prof. MONTI w swej pracy o błonicy (rok 1900) podaje tablicę, w której dzieci, chore na błonicę, rozdzielone są podług wieku. Przypadki te były zebrane w Wiedeńskiej poliklinice w przeciągu czasu od wprowadzenia leczenia surowicą, to jest od października 1894, do końca czerwca 1899 roku. Ogólna liczba chorych na błonicę (w wieku do 16 lat) była 547. Z nich w 24 przypadkach, to jest 4,39% dzieci nie miały ukończonego miesiąca życia; 19 dzieci, to jest 3,48% miały 1 — 6 mies. i 47, to jest 8,59%, miały 6 — 12 mies.

W literaturze polskiej przypadki błonicy u ssawców opisane są przez prof. TYRCHOWSKIEGO i S. KLINK'a. Prof. TYRCHOWSKI (rok 1864) spostrzegł błonicę jam nosowych i gardła u dziecka kilkomiesięcznego. Błonica z początku była umiejscowiona w jamie nosowej, następnie przeszła na gardziel. Przypadek skończył się niepomyślnie. E. KLINK (rok 1873) spostrzegł krup krtani u dwojga dzieci: u 8-io tygodniowego i u 14-to tygodniowego i błonicę podniebienia twardego u dziecka 4-o miesięcznego, które było nadzwyczaj wyniszczone i cierpiało na przewlekłe zrazikowe zapalenie płuc. Przypadki te zakończyły się niepomyślnie. Ja miałem sposobność spostrześć u ssawców błonicę trzy razy. Dwa przypadki dawniej opisałem: jeden przypadek dotyczył dziecka dwutygodniowego (rok 1899), drugi przypadek — dziecka dwumiesięcznego (rok 1901). Przypadki zakończyły się niepomyślnie. Przypadek trzeci u dziecka, mającego 1½ miesiąca, skreślony będzie poniżej.

Błonica u ssawców sadowi się w jamie nosa, gardzieli krtani i t. d. Najczęściej siedliskiem błonicy, zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia, jest jama nosa. F. SCHLICHTER we wszystkich 21 przypadkach błonicy u ssawców spostrzegł zawsze zajęcie jamy nosa, gardziel przytem w większości przypadków również była zajęta. W 31 przypadkach błonicy u ssawców, podanych przez RIETHER'a, zajęty był wyłącznie nos 9 razy, nos i gardziel 10, nos i migdały 4; i tylko sama gardziel lub migdały 8 razy.

Jama nosa u ssawców najczęściej zajęta jest błonicą pierwotnie (O. SEIFERT). Przypadki, w których błonica nosa rozwija się następnie, to jest przechodzi do jamy nosa z okolic sąsiednich, stanowią przeważającą mniejszość. Błonica jamy nosa u ssawców odznacza się właściwym przebiegiem i w niektórych przypadkach, szczególnie w pierwszych dniach rozwoju, jest trudna do rozpoznania (BIEGAŃSKI). Tymczasem błonica gardzieli i krtani u ssawców jest daleko łatwiejsza do rozpoznania i mniej różni się w swych objawach od błonicy u dzieci starszych. Błonica nosa u dzieci starszych spotyka się daleko rzadziej i nie wywołuje takich groźnych objawów, jak u ssawców. Z tego powodu w pracy tej zwrócę uwagę na błonicę u ssawców, której umiejscowieniem jest jama nosa.

Na początku błonicy ciepłota ciała zwykle wysoko się podnosi i w dalszym przebiegu albo obniża się i zupełnie spada, albo stale trzyma się wysoko, co zależy od rozszerzania się cierpienia i rodzaju samego zakażenia. Błona śluzowa jamy nosa jest silnie zaczerwieniona, rozpulchniona; na niej tworzą się naloty barwy szarej, które z trudnością dają się usuwać. Rozpulchniona błona śluzowa i tworzące się na niej naloty zwięzają przewody nosa, a niekiedy nawet przerywają ich drożność. Oddechanie przez nos staje

się ciężkiem, sapiącym. Karmienie jest bardzo utrudnione. Dopóki istnieje drożność przewodów nosowych oddechanie z trudem się odbywa, i dzieci niechętnie przyjmują piersi. Jednak gdy przewody są zupełnie założone, to oddechanie odbywa się tylko przez usta: dzieci leżą z szeroko otwartymi ustami i porzucają pierś, ponieważ ssanie staje się niemożliwym. Z zewnętrznych otworów nosa wypływa obficie wydzielina wodnista, czysta lub pomieszana z ropą i krwią. Skóra pod nosem i na górnej wardze ust czerwienieje i ulega owrzodzeniu. To następuje przy bardzo obfitej i zjadliwej wydzielinie. Gruczoły chłonne pod kątem szczęki dolnej mniej lub więcej powiększają się zależnie od natężenia podstawowego cierpienia.

Pomiędzy krańcowymi postaciami błonicy nosa łagodnej i najcięższej septycznej mieści się cały szereg postaci pośrednich, które wielce się różnią natężeniem poszczególnych objawów. Przy postaci łagodnej ciepłota ciała nie wiele jest podniesiona lub nawet zupełnie prawidłowa, zatkanie nosa miernego stopnia, wydzielina z nosa wodnista, klarowna, oddechanie przez nos i ssanie odbywają się z pewną tylko trudnością, gruczoły chłonne szyi zmianom widocznym nie ulegają. Przeciwnie, przy postaci septycznej ciepłota sięga 40° C. lub podnosi się jeszcze wyżej, zatkanie nosa jest zupełne; wydzielina z nosa cuchnąca, ropiasta, pomieszana z krwią, silnie zjadliwa i spowoduje owrzodzenia skóry pod nosem i na górnej wardze ust; oddechanie przez nos zniesione: dziecko oddycha ustami, leży w prostracyi; gruczoły chłonne szyi odrazu olbrzymio powiększają się i szybko ulegają zgorzeli.

Błonica w jamie nosa sadowi się na błonie śluzowej zdrowej lub przyłącza się do nieżyty nosa ostrego lub przewlekłego (A. JACOBI). Błonica u ssawców częściej spostrzega się w pierwszych trzech miesiącach życia, aniżeli w późniejszych (MONTI).

Łatwość rozpoznania istoty cierpienia zależy od stopnia jego rozwoju. Postacie ciężkie—septyczne, gdzie objawy chorobowe wyrażone są nadzwyczaj wybitnie, nie przedstawiają trudności w rozpoznawaniu. Postacie zaś łagodne, szczególnie w pierwszych dniach rozwoju — zbliżone w pewnej mierze do zwykłego nieżyty nosa — są niekiedy bardzo trudne do rozpoznania (BIEGAŃSKI). Łatwość rozpoznania cierpienia zależy również od jego umiejscowienia. Jeżeli naloty znajdują się na błonie śluzowej nosa, dostępnej do zbadania, to rozpoznanie nie przedstawia trudności. Przy głębokim umiejscowieniu nalotów, należy starać się wydstać je na zewnątrz za pomocą wacika lub szczypczykami (N. FIŁATOW).

Przy rozpoznawaniu błonicy nosa u ssawców należy mieć na uwadze wczesny przymiot dziedziczny, przy którym zawsze jest zajęta błona śluzowa nosa, i gdzie również na pierwszy plan występują objawy niedrożności przewodów nosa, które niekiedy są nadzwyczaj burzliwe (L. RABEK). W przymiocie cierpienie rozwija się nadzwyczaj powoli i zaczyna się niemal już w pierwszych dniach życia ssawca. Dopiero po kilku tygodniach istnienia niedrożność przewodów potęguje się w swem natężeniu. W przymiocie ciepłota ciała jest prawidłowa, wydzielina z nosa zwykle skąpa i lepka, a obok tego u ssawca istnieją inne objawy, wskazujące na przymiot. Błonica zaś u ssawca rozwija się nagle, i objawy niedrożności nosa nawet w ciągu paru dni dojść mogą do najwyższego stopnia.

Przypadki błonicy nosa ciężkie, septyczne, dają bardzo złe rokowanie. Przypadki zaś łagodne i rozpoznane wczesnie dają rokowanie dosyć po-

myślne. Najważniejszą jest rzeczą rozpoznanie właściwe zrobić możliwie jak najwcześniej, ponieważ od tego zależy i wynik leczenia.

Jak należy leczyć błonicę u ssawców? Surowica przeciwbłonicza okazała się w leczeniu błonicy środkiem skuteczniejszym od wszystkich innych środków, dotychczas używanych (d-r JAKUBOWSKI), obecnie więc nie może być kwestyi, czy błonicę należy leczyć surowicą.

Kiedy należy przystępować do zastosowania surowicy? Jeżeli badanie kliniczne w danym przypadku u ssawca daje niewątpliwe rozpoznanie błonicy, to zastosowanie surowicy winno być niezwłoczne (J. KRAMSZTYK). Jeżeli zaś rozpoznanie kliniczne podlega pewnym wątpliwościom, to koniecznie należy wykonać badanie bakteryologiczne (SEIFERT, FIŁATOW): obecność laseczników LOEFFLER'a usunie wątpliwości.

Jaką ilość surowicy należy zastosować u ssawca? To zależy od wieku ssawca, natężenia sprawy chorobowej i czasu jej trwania (A. MALINOWSKI). W pierwszych tygodniach życia, we wczesnym okresie błonicy i w łagodnej jej postaci 500 jednostek uodparniających powinno wystarczyć. Jeżeli zaś objawy chorobowe są wysokiego natężenia, to odrazu należy stosować 1000 jednostek. U dzieci kilkomiesięcznych 1000 jednostek powinno stanowić zwyczajną dawkę. W razie potrzeby zastosowanie surowicy trzeba powtórzyć.

Trzeci przypadek błonicy u ssawca, spostrzegany przeze mnie, był następujący.

Dnia 2 marca r. b. zostałem wezwany do Jadzi D., mającej sześć tygodni życia. Dziecko jeden dzień cierpi na sapkę, jest bardzo niespokojne i nie chętnie przyjmuje piersi.

Ciepłota ciała 37,6° C., tętno 132, oddech 24, język lekko obłożony, gardziel silnie zaczerwieniona, na migdałach duże szarej barwy naloty, sapka mocna, wydzielina z nosa wodnista, obfita.

Zastrzyknąłem dziecku 1000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej warszawskiej i przy tem zaleciłem przestrzykiwać gardziel roztworem kwasu bornego i wetrzeć 2,0 szarej maści w skórę szyi poniżej kątów szczęki dolnej.

3. III. Ciepłota 37,5°, tętno 132, oddechanie 24, gardziel silnie zaczerwieniona, naloty na migdałach pozostają bez zmiany. Dziecko spędziło noc niespokojnie, przyjmuje piersi niechętnie. Zaleciłem następujący proszek do wdmuchiwania dwa razy dziennie na migdały: Rp. *Natrii sozojodolici, flor. sulfuris* aa 2,5 i oprócz tego dalsze przestrzykiwanie gardzieli roztworem kwasu bornego.

4. III. Ciepłota 38,0°, tętno 132, oddechanie 20. Dziecko w nocy spało spokojnie, chętnie ssie pierś, lecz jest osłabione, nalot z prawego migdała oddzielił się, a na lewym pozostaje bez zmiany. Zapiisałem do wewnątrz: Rp. *Em. ol. amygd. dulc. e 8,0 ad 90,0 camphorae tritae 0,1 syr. simplicis 10,0 S.* Co 2 godziny po łyżce od kawy.

5. III. Ciepłota 38,0°. Tętno 128, oddechanie 20. Nalot z lewego migdała oddzielił się. Po oddzieleniu się przeważnie powierzchownej warstwy nalotów, spostrzegają się jeszcze na migdałach ich resztki pod postacią rozrzuconych drobnych białych wysepek.

6. III. Ciepłota 37,2°. Tętno 128, oddechanie 20. Prawy migdał zupełnie czysty, na lewym pozostają jeszcze drobne białe wyseпки. Na twarzy i tułowiu rozlane zaczerwienienie skóry.

8. III. Stan bezgorączkowy. Tętno 124. Oddechanie 20. Na migdałach niema żadnych śladów po nalotach, lecz migdały jeszcze silnie zaczerwienione. Wysypka ze skóry znikła.

10. III. Stan bezgorączkowy. Tętno 124. Oddechanie 20. Migdały lekko zaczerwienione. Barwa skóry całego ciała prawidłowa. Łaknienie dobre.

5. IV. Dziecko zupełnie zdrowe.

W pierwszych dwóch przypadkach błonica była umiejscowiona pierwotnie w jamie nosowej, zatkanie nosa było bardzo mocne, oddechanie przez nos odbywało się z wielką trudnością, dzieci trzymały usta szeroko otwarte, ssanie było bardzo utrudnione. W przypadku drugim objawy zatkania przewodów nosa były daleko silniej wyrażone. W obydwóch przypadkach gardziel była silnie zaczerwieniona, i w drugim przypadku na migdałach znajdowały się drobne białe naloty. W przypadku trzecim jednocześnie były zajęte nos i gardziel: sapka była mocna i na migdałach znajdowały się duże szare naloty. W pierwszych dwóch przypadkach objawy błonicy były nie zupełnie pewne, dopiero badanie śluzu z nosa i gardła wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a. W pierwszym przypadku zastrzykiwałem surowicę dwa razy po 500 jednostek, a w przypadku drugim i trzecim tylko jednokrotnie po 1000 jednostek. Po zastosowaniu surowicy objawy błonicy względnie szybko ustępowały. W przypadku drugim i trzecim po zastosowaniu surowicy wystąpiła wysypka, która po upływie paru dni zupełnie znikła.

LITERATURA.

- 1) Prof. TYRCHOWSKI. Zapalenie błoniaste jam nosowych i gardła. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1864. Tom LI. Str. 405.
- 2) Edward KLINK. Kilka spostrzeżeń z oddziału niemowląt (ssawców) w szpitalu Dz. Jezus. Medycyna 1873. Str. 773—791.
- 3) JACOBI. Diphtherie. C. Gerhardt. Handbuch der Kinderkrankheiten. 1877. Tom II. Str. 675.
- 4) Z. SREBRNY. Błonica i dławiec. Kronika Lekarska. 1888. Str. 563.
- 5) Feliks SCHLICHTER. Beitrag zur Aetiologie der Saeuglingsdiphtheritis. Archiv für Kinderheilkunde. Tom XIV. Str. 129 r. 1892.
- 6) Nit FILATOW. Semiotika i diagnostika dietskich bolezniej. 1895. Str. 177—179.
- 7) Tenże. Lekcii ob ostrych infekcionnych boleznjach. 1895. Str. 190.
- 8) A. MALINOWSKI. Leczenie chorych na błonicę surowicą. Gazeta Lek. 1895. N. 19. Str. 494.
- 9) J. KRAMSZTYK. Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia błonicy. Medycyna. 1895. Str. 1003.
- 10) PLUDER. Ueber Rhinitis fibrinosa diphtheritica. Muenchener Med. Woch. 1896. N. 15. Str. 353.
- 11) L. RABEK. Objawy, rozpoznawanie i leczenie wczesnego przymiotu dziedzicznego. Kronika Lek. 1897. Nr. 8, 9, 10, 11.
- 12) Gustaw RIETHER. Saeuglingsdiphtherie und Heilserum. Wiener Klinische Wochen. 1897. Nr. 28. Str. 666.
- 13) C. GERHARDT. Lehrbuch der Kinderkrankheiten neu bearbeitet von Otto Seifert. 1899. Tom pierwszy. Str. 201—224.
- 14) L. RABEK. Błonica u dziecka dwutygodniowego. Kronika Lek. 1899. Str. 555.
- 15) A. MONTI. Diphtherie. Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. 1900.
- 16) Władysław BIEGAŃSKI. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. Tom pierwszy. 1900. Str. 457—481.
- 17) JAKUBOWSKI. Wyniki leczenia surowicą przeciwbłoniczą. Dziennik IX zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. 1900. Nr. 5. Str. 148.
- 18) L. RABEK. Błonica u dziecka dwumiesięcznego. Kronika Lekarska. 1901. Nr. 7. Str. 289—293.

Przypadek ropnia zrazu czołowego mózgu.

Podał

D-r Henryk Kucharzewski.

Ordynator szpitala Ewangelickiego.

W dniu 16 marca r. z. wstąpił do oddziału wewnętrznego szpitala Ewangelickiego A. U. lat 64 liczący, szewc, z powodu uporczywych bólów głowy.

Wywiady i badanie chorego dały mi następujące wyniki: chory budowy i odżywiania średniego. Ciepłota 38.2. Tętno 78 równe, pełne. Od trzech miesięcy skarży się na nader uporczywe bóle głowy w okolicy czołowej. Niekiedy miewa lekkie zawroty głowy. Przymiotu nie przechodził, trunków nie nadużywał, niewiele palił, poważniejszych chorób nie przebywał. Czaszka zbudowana prawidłowo. Żrenice równe, oddziaływanie na światło i akomodacja zachowana. Sprawność mięśni ocznych prawidłowa. Wycieku z uszów nie ma i nie było. Gardziel i jama nosowa żadnych zbroczeń patologicznych nie ujawniają. Lekka nadczułość skóry, tułowia i kończyn. Odruchy rzepkowe nie są wzmożone, odruchu stopowego nie ma. Żadnych objawów bezwładu lub porażień. Mocz anormalnych składników nie zawiera, oddawanie moczu nie utrudnione. Wypróżnienia prawidłowe. Badanie narządów wewnętrznych zmian chorobowych nie wykazuje. Stan psychiczny chorego zupełnie normalny, pamięć zachowana, chory odpowiada na pytania jasno, rozumuje logicznie.

Zalecono spokój, zimne okłady na głowę, i środki kojące.

Na razie wstrzymałem się ze zrobieniem ostatecznego rozpoznania, chcąc poobserwować chorego dokładniej. Gdy jednak dni następnych stan chorego żadnej zmianie nie ulegał, bóle głowy trwały dalej, umiejscowione zawsze w czole, ciepłota trzymała się wyżej 38° i wobec braku jakichkolwiek zaburzeń ze strony narządów wewnętrznych, nabrałem przekonania, że mamy tu do czynienia z cierpieniem mózgowia, prawdopodobnie ropniem lub nowotworem. Za ropniem przemawiała podwyższona ciepłota. Brak wszelkich objawów ogniskowych nie pozwalał nam umiejscowić przypuszczanej sprawy chorobowej. Chory wskazywał wprawdzie, że go głowa stale boli w czole, nie mógł on jednakże umiejscowić swego bólu z prawej lub lewej strony, przytem na podstawie jednego tylko objawu, t. j. bólu, nie możemy w podobnych przypadkach określić umiejscowienia ogniska chorobowego, chociażby dlatego, że nie zawsze miejsce bólu odpowiada umiejscowieniu sprawy chorobowej, naprzykład bóle w czole spotkać można przy ropniach w mózdku.

Nie mając zatem żadnych danych, któreby mi z pewnem prawdopodobieństwem pozwoliły określić siedlisko przypuszczalnego ropnia, zniewolony zostałem porzucić wszelką myśl o chirurgicznej interwencji.

Przez następne dni stan chorego pozostawał bez zmiany, ciepłota wahała się około 38°, niekiedy obniżała się, jednakże do normy nie dochodziła. Dwunastego dnia pobytu w szpitalu u chorego wystąpiły objawy śpiączki, a następnego dnia rano chory życie zakończył.

Badanie pośmiertne wykazało, co następuje: opony mózgowie przedstawiają się prawidłowo, nie przyrośnięte do powierzchni mózgu; mózg konsystencyi normalnej, na powierzchni górnej nieco przekrzywiony; po przeprowadzeniu cięcia poziomego spostrzegamy w prawym zrazie czołowym jamę napełnioną dosyć gęstą ropą barwy szarawej, ropień ma kształt owalny, wielkości małego jajka kurzego, tylnym biegunem dotyka komory bocznej, w tem miejscu znajduje się nieznaczne przerwanie ściany ropnia i połączenie z komorą boczną, w której bardzo nieznaczna ilość ropy się znajduje. W innych częściach mózgu i mózdzku nic potologicznego nie znaleziono. W narządach wewnętrznych nic osobliwego nie wykryto.

Drobnowidzowego badania ściany ropnia dokonał łaskawie w anatomopatologicznej pracowni swej Kol. Edward FLATAU, któremu na tem miejscu za trud ten podziękowanie składam. Na skrawkach, otrzymanych z kawalka, zawierającego część jamy ropnej, widzimy następujące zmiany: na skrawku, którego długość równa się 4 ctm., a szerokość 3,5 ctm., widzimy duże jamy, które są ze sobą połączone wąskim przesmykiem tkanki, zupełnie zmienionej. Większa z tych jam ma postać nieprawidłowego trójkąta, którego jedna strona jest dosyć równa, druga zaś wykazuje nieprawidłowe wywyższenia (trzeciej strony na skrawku nie ma, ponieważ jama jest z tej strony otwarta). Druga ze wspomnianych jam ropnych jest znacznie mniejsza od pierwszej (3—7 mm), i postać jej przypomina postać map geograficznych z wielką liczbą wzniesień i wyżłobień. Na preparatach, zabarwionych hematksyliną alunową, widzimy w powierzchniowych warstwach ściany, otaczającej jamę ropną, nadzwyczaj wielką liczbę ciałek ropnych, ciałka te znajdujemy na powierzchni ściany, w niektórych miejscach leżą one swobodnie w samej jamie ropnej, w niektórych zaś miejscach widzimy znaczne ich skupienia w tkance nerwowej, na dość znacznej odległości od jamy ropnej. W tych miejscach, w których ciałka ropne znajdują się w większej liczbie, tkanka nerwowa uległa zmianom tak głębokim, że niepodobna jest odróżnić jakiegokolwiek budowy. W niektórych miejscach widzimy nawet strzępy tej tkanki jakby oderwane, leżące prawie swobodnie w jamie ropnej, połączone wąską nóżką ze ścianą jamy. Strzępy te są jakby zupełnie przesiąknięte ciałkami ropnemi. Na większej odległości od jam ropnych widzimy wybitne zwiększenie jąder, znaczne powiększenie liczby naczyń z t. zw. nacieczeniem drobnokomórkowem. Zmiany te są mniej więcej jednakowe w obu jamach ropnych. Zaznaczyć należy, że w żadnej z tych jam nie można było stwierdzić błony, któraby wyścielała całą ścianę jamy ropnej. W niektórych tylko miejscach w małej jamie ropnej widzimy dosyć dobrze rozwiniętą cieniutką błonę, w której nie można jednak było odróżnić jakiegó wyrażniejszej budowy wewnętrznej. Zaznaczyć prócz tego należy, że w niektórych miejscach widać było w ścianie jamy lub też w bardzo nieznacznej odległości od tejsze pasma włókien, przypominające budową swoją *membranam elasticam* naczyń. W niektórych miejscach widać było tuż przy jamie, t. j. w najbardziej ku tej ostatniej zwróconych warstwach tkanki nerwowej, kolosalnie rozciągnięte, zupełnie płaskie, nieforemne naczynie ze zmienionemi ścianami. Jakiśmy wyżej wskazali, obie te jamy ropne są ze sobą połączone wąskim przesmykiem zmienionej tkanki, zmiany te są bardzo wybitne, gdyż tkanka nerwowa uległa w tym przesmyku zupełnemu zniszczeniu, a widzimy na jej miejscu olbrzymią liczbę ciałek ropnych, wysepki widocznie zmartwiałej tkanki, nacieczenie drobnokomórkowe i zwiększoną liczbę naczyń, z nacieczeniem około-

naczyniowem w bliskości tego przesmyku. Na skrawkach, zabarwionych metodą WEIGERT'a, występują te same zmiany, i widać wielkie zniszczenia istoty białej w postaci podłużnych, zygzakowatych żółtych pasem, których liczba stopniowo się zmniejsza w kierunku od jamy ropnej do powierzchni zawojów mózgowych. Pasemka te składają się bliżej jamy przeważnie z nacieczeń drobnokomórkowych i skupień ropnych, dalej zaś od jam przeważnie z rozszerzonych naczyń. Te naczynia rozszerzone widzimy w warstwach istoty białej, przytykających bezpośrednio do kory mózgowej. Cały ten obraz zmian anatomo-patologicznych wskazuje, że cała sprawa była dosyć świeża.

Badanie zawartości ropnia wykryło, że zawierała ona dużą ilość ciałek ropnych, niezbyt wiele drobnoziarnistej masy i bardzo nieznaczną ilość pałeczkowatych i punkcikowatych drobnoustrojów. Laseczników KOCH'a nie znaleziono.

Jeżeli zechcemy zastanowić się teraz nad etiologią opisanego przypadku ropnia mózgu, to nie trudno dojść do przekonania, że jest ona zupełnie ciemna. Ropień był niewątpliwie pochodzenia pierwotnego, gdyż żadnego innego ogniska ropnego badanie za życia (nos, gardziel, zatoki czołowe, *antrum Highmori*) ani pośmiertne nie wykryło. Uraz, który często bywa przyczyną ropni w zrazach czołowych, jak to miało miejsce w przypadku, opisanym przez WESTPHAL'a (przypadek trzeci),¹⁾ u nas roli nie odgrywał.

Objawów ogniskowych wyżej opisany ropień nie dawał, podobnie jak to miało miejsce w przypadku ropnia zrazu skroniowego, opisanym przeze mnie w r. 1894.²⁾ Brak objawów ogniskowych tłumaczy się łatwo umiejscowieniem ropnia.

Zrazom czołowym mózgu przypisują zazwyczaj pewne znaczenie dla psychicznych funkcji, uważają je za ośrodki inteligencji. Dla tego też przy pewnych zaburzeniach w tej sferze szukają ogniska chorobowego właśnie w zrazach czołowych mózgu. W jednym z ostatnich numerów „Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde“ E. MÜLLER³⁾ w ten sposób odzywa się w tej kwestyi. „Pewne objawy zaburzeń psychicznych przy guzach mózgowia mogą wzbudzić podejrzenie cierpienia zrazów czołowych; przedstawiają one jednakże bardzo niepewne dane, które z całą ostrożnością i powściągliwością użyte być mogą dla rozpoznania umiejscowienia sprawy chorobowej. Praktyczne znaczenie tych objawów podlega jeszcze jednemu ograniczeniu przez wykazanie, że zaburzenia psychiczne, jak zmiana charakteru, usposobienia i t. d., są ogólnymi objawami guza i zależą od rozlanego zajęcia kory mózgowej.“

Mój przypadek może być doskonałą ilustracją wyżej przytoczonych słów MÜLLER'a (l. c.), gdyż żadne zaburzenia w sferze psychicznej do ostatnich dni życia chorego ujawnić się nie dały.

Ropień nasz, jak to widać z wyżej opisanego obrazu drobnowidzowego, nie miał otoczki, któraby go ze wszystkich stron całkowicie zamykała, chociaż dość było czasu, aby się taka błona utworzyła, ból głowy bowiem trwał

¹⁾ D-r A. WESTPHAL. Ueber Gehirnabscesse. Archiv. f. Psychiat. und Nervenkrankheiten. 1900.

²⁾ H. KUCHARZEWSKI. Przypadek ropnia mózgowego. Kronika Lekarska i Le Progrès Medical.

³⁾ E. MÜLLER. Ueber die psychischen Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirns. Deut. Zeit. f. Nervenheilk. Bd. 21. 1902. Heft. 3—4.

od trzech miesięcy. WESTPHAL (l. c.) przytacza zdanie HUGUENIN'a, który utrzymuje, że przeciąg czasu, przez który tworzy się otoczka koło ropnia mózgu, bywa bardzo rozmaity. Większość jednakże autorów przyjmuje okres kilkotygodniowy. LALLEMAND znalazł ropień, który w przeciągu 13 dni, licząc od pierwszych objawów chorobowych, śmierć spowodował, otoczony miękką, ukrwioną błoną.

Obie jamy ropne, o których wyżej przy opisie preparatu drobnowidzowego wspominaliśmy, połączone były ze sobą wąskim przesmykiem znacznie zmienionej, infiltrowanej tkanki; przypuszczać należy, że gdyby sprawa potrwała dłużej, to zapewne utworzyłyby się połączenie tych jam, wąski ten przesmyk wybitnie zmienionej tkanki nerwowej rzuca pewne światło na sposób zlewania się ze sobą jam ropnych.

Co się tyczy bezpośredniej przyczyny śmierci chorego w danym przypadku, to prawdopodobnie wywołana ona została przez przebicie się ropnia do komory bocznej, jak to stwierdziło badanie pośmiertne.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ RADCY DWORU PROF. RYDYGIERA WE LWOWIE.

KRYOSKOPIA MOCZU PO NARKOZIE CHLOROFORMOWEJ *).

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

D-r ANTONI RYDYGIER.

W pracy niniejszej starałem się zbadać, jaki wpływ wywiera narkoza chlorofrmowa na czynność nerek. Że pod względem anatomicznym ulegają zmianie, co się — między innymi — objawia obecnością wałeczków szklistych w moczu, o tem pouczyły nas już liczne na tem polu dawniejsze badania. Nie zawsze jednak zmiany anatomiczne idą w parze ze zmianą sprawności nerek, o którą wreszcie najwięcej nam chodzi, gdyż od niej zawisło życie lub śmierć chorego. Opisywano przypadki, gdzie po wycięciu nerki o rozległych zmianach anatomicznych wystąpiła *insufficiencia renum*, ponieważ wycięta nerka, chociaż zmieniona anatomicznie, jednakowoż pod względem czynnościowym dobrze spełniała swoje zadanie. Dla tego, postępując za prądem czasu i sądząc, że dla klinicysty najważniejszą rzeczą jest sprawność nerek, postanowiłem badać ją przed i po narkozie, aby ztąd odpowiednie wysnuć wnioski. Zastrzegam się tylko, że badałem jedynie wpływ chlorformu na czynność nerek zupełnie zdrowych, gdyż co do chorych, to zupełnie inaczej rzeczy się mają, do czego zresztą później powrócę.

Do badań użyłem metody kryoskopijnej, jako najłatwiej przeprowadzić się dającej. Mimo licznych opisów i prac w tym przedmiocie, niech mi wolno będzie zademonstrować Panom aparat BECKMANN'a, jakiego do kryoskopii używamy, i w kilku słowach go opisać. Najważniejszą jego częścią składową jest epruwetka, mieszcząca w sobie termometr i mieszadełko, do której

*) Według wykładu na XII zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

wlewa się około 15 ctm, sz. badanej cieczy. Epruwatkę tą wkładamy do słoika, tworząc z niej w ten sposób naczynie o podwójnych ścianach, a to dla uniknięcia zbyt nagłego oziębiania się i marznięcia płynu. Słoik ów umieszczamy w mieszaninie oziębiającej lodu z solą, zawartej w większym naczyniu szklanem. Rtęć w termometrze w miarę oziębiania się cieczy opadać będzie coraz niżej, aż do chwili, gdy ciecz zacznie marznąć. Wtedy z powodu wywiązującego się przy marznieniu tak zwanego ciepła utajonego, podskoczy rtęć dość nagle w górę i przez dłuższy czas zatrzyma się na jednym punkcie. Punkt ten jest punktem marznięcia danej cieczy i tem jest niższy od punktu marznięcia wody destylowanej, czyli punktu zerowego, im więcej atomów znajduje się w roztworze. Punkt marznięcia moczu normalnego waha się między -1 a -2 Cels (KORANYI-1,26 do -2,35), a dopiero mocze o wyższym (-0,6 do -0,9) punkcie marznięcia uważać można za patologiczne.

Zabierając się do badań przed i po narkozie, spodziewałem się, opierając się na dowiedzionem twierdzeniu o szkodliwym działaniu chloroformu na nerki pod względem antomicznym, że punkt marznięcia będzie po narkozie wyższy, a więc mocz bardziej do wody zbliżony. Tymczasem u wszystkich dotychczas badanych chorych, którzy zresztą nie byli dotknięci żadnem cierpieniem nerkowem, mocz po chloroformowaniu miał punkt marznięcia niższy, a więc lepszy, niż przed narkozą.

Nie świadczy to — rozumie się — o tem, aby chloroform dodatnio wpływał na nerki, gdyż obniżenie to punktu marznięcia pochodzi od większego zagęszczenia się moczu, spowodowanego powstrzymaniem się chorego od jedzenia, a więcej jeszcze od napojów, ale w każdym razie przemawia za tem, że nerki nie zostały poważnie uszkodzone. Wtedy bowiem mniejby składników wydzielały, przez co punkt marznięcia zostałby podwyższony, a nie obniżony.

Na drugi zresztą i trzeci dzień po operacji, gdy chorzy już zwykle otrzymywali pożywienie, a nawet — chcąc sobie powetować wczorajsze pragnienie, więcej, niż zawsze, pili, punkt zerowy podnosił się wprawdzie, lecz nie przekraczał punktu przedoperacyjnego, a przecież na drugi lub trzeci dzień musiał wpływ chloroformu trwać jeszcze dalej.

Chociaż więc dalsze badania, przedewszystkiem co do wydzielania się mocznika i cukru po florydynie, są jeszcze w toku, ośmielam się już teraz twierdzić, że chloroform na nerki zdrowe pod względem funkcjonalnym żadnego ujemnego nie wywiera wpływu.

Zupełnie dzieje się inaczej, gdy chloroformujemy osoby, cierpiące na nerki. Wtedy tak szkodliwie działa chloroform nawet na sprawność czynnościową nerek, że całemu organizmowi poważne zagraża niebezpieczeństwo. Mielśmy sposobność przekonania się o tem najlepiej w dwóch obserwowanych w naszej klinice przypadkach.

Pierwszy tyczył się kobiety, u której przed operacją stwierdzono wprawdzie ślad białka w moczu, lecz wobec nieistnienia wówczas jeszcze znieczulania rdzeniowego BIER'a, trzeba było operować w uspieniu chloroformowem.

Dokonano wycięcia rakiem zajętej macicy, przyczem sam zabieg, jakoteż narkoza nie długo trwały i nie przedstawiały nic uwagi godnego. Po operacji wystąpił u chorej zupełny bezmocz — nawet cewnikiem nie zdołano nic moczu wydobyć — przez dwa dni trwający. A trzeciego dnia sekcyja wykazała dawniejsze zmiany w nerkach w postaci *pyelonephritis suppurativa*.

W drugim przypadku, gdzie trzeba było dokonać torakoplastyki z powodu otoku ropnego opłucny, powikłanego zwyrodnieniem skrobiowatym nerek, wystąpiły po operacji obrzęki nóg, wymioty i inne objawy *insufficiëntiae renum*, które dopiero po upływie kilkunastu dni wyrównały się i odtąd więcej się nie pojawiły.

Dla tego też w naszej klinice u nerkowo chorych unikamy, o ile możliwości, narkozy chloroformowej. Używamy w tych przypadkach znieczulenia rdzeniowego BIER'a, najczęściej jednak wystarczy nam miejscowe znieczulenie płynem SCHLEICH'a, nawet przy większych i cięższych zabiegach, o czym niedawno przekonał się, — zresztą nie po raz pierwszy — przy wycięciu guza GRAWITZ'a, znacznych rozmiarów dochodzącego.

Jeżeli dalsze badania nie zmienią wyników doświadczeń moich dotychczasowych, to twierdzić możemy, że: chloroform na czynność nerek zdrowych nie wywiera wpływu ujemnego o tyle, abyśmy się z nim w klinice liczyć musieli.

To nie wyłącza jednakowoż ujemnego działania chloroformu na nerki chore, na co wskazuje dotychczasowe doświadczenie kliniczne. U chorych więc z cierpieniem nerkowym zastąpić należy chloroform znieczuleniem miejscowym SCHLEICH'a albo nawet znieczuleniem rdzeniowym BIER'a, które tutaj słuszne znajduje zastosowanie.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

64. E. TYZZER. Doświadczenia nad infekcją wątroby królika hurmaczkiem (sporozoom) *coccidium oviforme* i stosunek jej do raka. W połączeniu z pewnymi zmianami anatomicznymi w wątrobie królika są znajdowane pasorzyty rozmaitego kształtu i charakteru. Różne te formy przedstawiają cykl przemian życiowych określonego rodzaju hurmaczka: *coccidium oviforme*. Iniekcja wątroby przez *coccidium oviforme* jest dość częstą chorobą domowych krolików. Ponieważ w ostatnich czasach niektórzy autorowie przypisują hurmaczkom rolę przyczynową w powstawaniu nowotworów złośliwych, przeto autor wykonał pracę, wymienioną w nagłówku, w nadziei, że rzuci ona światło na naturę infekcji hurmaczkowej, zwłaszcza w stosunku jej do genezy nowotworów.

Króliki zarażane były *per os*, przyczem na 30 krolików tylko u siedmiu zostały znalezione zmiany anatomiczne w wątrobie wraz z pasorzytami. Zmian w kiszkiach w żadnym przypadku nie zauważono.

Z badań autor wyprowadził następujące wnioski. Pasorzyt stale przebywa w protoplazmie komórek nabłonkowych przewodów żółciowych. W jednym tylko stadium pasorzyt podobny jest do tworów, znajdujących w komórkach raka (*cell-inclusions of cancer*). Stadium to przedstawia właśnie ostateczny i stały typ morfologiczny hurmaczka. Bezpośredni wpływ pasorzyta na tkankę wątroby wyraża się w wywoływaniu zwyrodnienia i rozpadu komórek nabłonkowych przewodów żółciowych. Jako objaw wtórny *resp.* wskutek podrażnienia następuje rozrastanie się tkanki łącznej i nabłonka. Posunięte najdalej zmiany posiadają charakter marskościowy. Wyzdrowienie przychodzi do skutku za pomocą ograniczenia procesu przez tkankę łączną, zniszczenia pozostałych pasorzytów i w końcu zabliznienia.

Zmiany anatomo-patologiczne są więc natury przewlekłej sprawy zapalnej. Tkanka reaguje na podrażnienie, które wywołuje pasorzyt wskutek swej obecności w przewodach żółciowych. Z ustąpieniem podrażnienia następuje zdrowienie. Całość może być rozpatrywana, jako proces fizyologiczny, sprzeciwiający się inwazji pasorzyta. Ma ona mało wspólnego z nowotworami. Niema tu przerzutów, i nie jest możliwe ich tworzenie się. Sprawa jest samoograniczona, i wyzdrowieniu towarzyszy zniszczenie pasorzytów.

W konkluzji autor powiada, że wyprowadzono mylne wnioski z racyi analogii między tworami, znajduwanymi w komórkach rakowych, i jednym ze stadium cyklu przemian życiowych hurmaczka *coccidium oviforme*.

(*Journal of Medical Research*, 1902. N. 3). S. Janczurowicz.

65. O. RICHARDSON. **Badania bakteriologiczne nad nowotworami złośliwymi.** Do badań był używany wyłącznie materiał świeży natychmiast po operacyi. Autor zasiewał podłoża sokiem nowotworu, dla otrzymania którego zwięzła z jednego końca rurka, mająca z drugiego końca balon kauczukowy, po dokładnem przesterylizowaniu wbijana była w peryferyczną część mięszu nowotworu. Po zwolnieniu ściśniętego balonu do rurki wpływała żądana ilość materiału w postaci pół płynnej masy. Podłoża używane były najrozmaitsze. Rezultaty wszystkich prób z hodowlami, jak aero- tak i anaerobijnemi były ujemne; autorowi nie udało się wyhodować z tkanek i płynów nowotworów złośliwych nic, co mogłoby być uważane za coś, specyficznie zakażającego organizm.

(*Journal of Medical Research*. 1902. Nr. 3). S. Janczurowicz.

Streszczenia zbiorowe.

ODPORNOSC W ŚWIETLE BADAŃ WSPÓŁCZESNYCH,

Streścił

LEON KARWACKI.

(Dokończenie—Zob. Nr. 36).

DANYSZ jednak spostrzegł, że połączenie to, jeżeli istnieje rzeczywiście, jest bardzo nietrwałe, mieszanina bowiem, macerowana w wodzie przekroplonej lub w fizyologicznym roztworze soli, oddaje swoją toksynę do roztworu. ROUX i BORREL przekonali się, że żywa istota mózgu wcale nie posiada własności antytoksyicznych, — przeciwnie, minimalne dawki toksyny, zastrzyknięte do mózgu, prowadzą do szybkiej śmierci.

Spostrzeżenia te podały w wątpliwość zależność antytoksyn od istoty mózgowej. MIECZNIKOW, określając stopień antytoksyiczności różnych narządów w odporności przeciw toksynie tężcowej, znalazł, iż jest ona znacznie mniejsza dla mózgu, niż dla narządów krwiotwórczych. SCHEPILEWSKY i KEMPNER przekonali się, robiąc doświadczenia nad odpornością wobec toksyn botalizmu, że zapobiegawcze własności istoty mózgowej zależą nie od specjalnych własności biologicznych, lecz od działania cholesteryny i lecytyny. Dalej STUDENSKI przekonał się, że równie dobrze zapobiegawczo działa karmin, dodany do toksyny tężcowej. Wreszcie MARIE i MIECZNIKOW dowiedli, że istota mózgowa wywiera swe działanie, jeżeli jest wprowadzona do ustroju razem z toksyną i w to samo miejsce, nie działa zaś, jeżeli wprowadzimy, na przykład, toksynę pod skórę ze-

wewnętrznej strony łydki, a istotę mózgową pod wewnętrzną. Wtedy EHRlich przystosował swoją teorię do tych spostrzeżeń. Molekuła toksyny posiada dwa ugrupowania — haptofora, łącząca się z ogniwami bocznymi, i toksofora, wywierająca trujące działanie na komórki nerwowe. Otóż ogniwa boczne, związane z komórką, nie posiadają wartości zapobiegawczej, przeciwnie — działają na podobieństwo złego piorunochrona, ściągając toksyny do komórki; zapobiegawcze znaczenie mają tylko wolne ogniwa boczne. Dalej, nie tylko komórki, reagujące na toksoforę, mogą dawać antytoksyny, gdyż przy wprowadzeniu do ustroju toksyn nadzwyczajnie złagodzonych, toksoid EHRlich'a, pozbawionych — jego zdaniem — grupy toksofory, surowica także nabiera własności zapobiegawczych. W tej uzupełnionej teorii jest już miejsce dla działalności fagocytów. Zdaniem MIECZNIKOWA, istota mózgową, zarówno jak karmin, dodany do toksyn, wywołują miejscową leukocytozę i pochłanianie toksyn przez fagocyty, niewrażliwe normalnie na większość jądów, zarówno mineralnych, jak roślinnych i zwierzęcych.

Faktu pochłaniania toksyn przez fagocyty trudno jest dowieść bezpośrednio, gdyż toksyny bardzo prędko po wprowadzeniu do ustroju nie mogą być wykryte. Zjawisko asymilacji fagocytowej zostało skonstatowane jednak dla innych jądów, których obecność mogła być wykazana analizą chemiczną lub fizyologiczną. Ponieważ zjawiska, zachodzące przytem ze strony leukocytów w tych sprawach są zasadniczo jednakowe, można przypuszczać, że i wewnętrzny mechanizm ich jest ten sam.

MIECZNIKOW skonstatował, że śmiertelne dawki arszeniku wywołują u królików zmniejszenie się ilości leukocytów we krwi. Te same dawki u królików uodpornionych, przyzwyczajonych do arszeniku, wywołują wzmożoną leukocytozę bez objawów zatrucia. Surowica takich królików ma wyraźne własności antytoksyczne wobec arszeniku. BESREDKA wprowadzał świnkom do otrzewny w dawce nieśmiertelnej trójsiarek arsenu, sól toksyczną, nierozpuszczalną, łatwo dającą się rozpoznawać dzięki swej pomarańczowej barwie. Po krótkotrwałej hypoleukocytozie powstaje znaczna hyperleukocytoza, główną część stanowią makrofagi. Ciałka te pochłaniają ziarenka soli, tak że wkrótce cała ilość wprowadzonego arszeniku przechodzi do protoplazmy makrofagów. W ciągu kilku dni można spostrzegać pomarańczowe ziarenka wewnątrz makrofagów. Później stają się one niewidoczne, przechodzą w połączenia nieszkodliwe dla ustroju i w stanie rozpuszczalnym dostają się do krwi, skąd opuszczają ustrój przez nerki. Jeżeli wyłączyć akcję fagocytów przez zawarcie soli w woreczek kolodjowy, świnka ginie przy objawach otrucia.

Przy zastrzykiwaniu soli rozpuszczalnych, naprzykład arsenianu sodu, otrzymał BESREDKA identyczne zachowanie się leukocytozy; dawki śmiertelne wywołują u świnek nieprzygotowanych hypoleukocytozę i otrucie, u świnek uodpornionych te same dawki wywołują wzmożoną leukocytozę i brak wszelkich objawów zatrucia arszenikiem. Jeżeli u tych ostatnich świnek w jakiś czas po zastrzyknięciu wypuścić krew i poddać ją centryfugowaniu, analiza wykrywa arsen w warstwie leukocytów, brak go zaś w osoczu i w warstwie krwinek. Ztąd wynika, że i rozpuszczalną sól arszeniku pochłonęły fagocyty, chroniąc ustrój od zatrucia.

Doświadczenia analogiczne były wykonane w Dorpacie w laboratorium KOBERT'a dla soli żelaza i srebra — z nich wynika, że fagocyty pochłaniają także i te sole w stanie rozpuszczalnym. LOMBARD dowiódł, że zwierzęta, naturalnie niewrażliwe na atropinę, zawdzięczają tę własność pochłanianiu szybkiemu atro-

piny przez fagocyty. Królikom i świnkom była zastrzykiwana atropina, krew ich następnie była centryfugowana, a poszczególne warstwy były zastrzykiwane do mózgu kota bardzo wrażliwego — jak wiadomo — na działanie atropiny. Zatrucie powstawało, gdy była zastrzykiwana warstwa leukocytów.

Hypoleukocytoza, cechująca zarówno zatrucie śmiertelne truciznami nieorganicznymi i roślinnymi, jak i zatrucia toksynami, — dalej, hyperleukocytoza, cechująca oddziaływanie tych jądów w dawkach nieśmiertelnych, pozwalają drogą analogii utożsamiać mechanizm odporności przeciw truciznom i przeciw toksynom.

Być może, że fagocyty także dostarczają organizmowi antytoksyn. Analogia antytoksyn z ciałami ustalającymi zaznaczona była już wyżej. Zdaniem EHRlich'a, te pierwiastki wytwarzają antytoksyny w postaci wolnych ogniw bocznych, które ustalają toksyny, a ponieważ fagocyty pełnią tę czynność, antytoksyny powinny być przez nie wytwarzane. Pewne spostrzeżenia przemawiają za tem, że wytwarzanie antytoksyn jest dziełem makrofagów. W zakażeniach sztucznych mikroorganizmami lub ich ciałami nie powstają w surowicy antytoksyny, gdyż rolę czynną spełniają wtedy mikrofagi, z tego powodu przeważna część surowic bakteriobójczych nie posiada wcale własności antytoksycznych. W dżumie zaś, gdzie w pochłanianiu mikroorganizmów dużą rolę grają makrofagi, surowica bakteriobójcza jest zarazem i antytoksyczna (ROUX). Kajman, którego ustrój leukocytowy składa się z mikroorganizmów — eozynofików, bardzo słabo asymilujących mikroorganizmy, i z makrofagów, energicznie pochłaniających mikroorganizmy, bardzo łatwo dostarcza w zakażeniach sztucznych surowicy antotoksycznej (MIECZNIKOW).

Na zakończenie słów parę o tak zwanej odporności biernej, powstającej w organizmie po zastrzyknięciu pewnych surowic normalnych lub swoistych. Odporność bierna, co do swej stałości jest efemeryczna: trwa dopóty, dopóki istoty, wprowadzone sztucznie, nie są wydalone z ustroju, okres ten nie przekracza najczęściej trzech tygodni. Mechanizm działania opiera się na wymienionych wyżej podstawach i co do swej istoty jest dwoisty: oddziaływanie na *causa efficiens* za pomocą własności bakteriobójczych, aglutynacyjnych, ustalających (zapobiegawczych) lub antytoksycznych, — i oddziaływanie podniecające na normalne środki obronne ustroju. To ostatnie oddziaływanie ma charakter ogólniejszy i bardziej ważny dla powstania odporności biernej.

Całokształt przytoczonych wywodów składa się na teorię odporności *par excellence* komórkową, fagocytarną. Zarówno w odporności wrodzonej, jak i nabytej fagocyty wywołują śmierć mikroorganizmów i zubożenie ich jądów. Duże luki w dziale odporności przeciw toksynom nie osłabiają ogólnej doniosłości tej teorii, obecnie mamy w niej tylko szereg analogii i przypuszczeń, przyszłość przyniesie niewątpliwie argumenty bardziej przekonujące.

LITERATURA.

MIECZNIKOW. Prelekcyje w instytucie Pasteur'a, rok 1901—1902. — METCHNIKOFF. L'immunité dans les maladies infectieuses, 1901. — PASTEUR. Traité pratique de bactériologie par Macé. (Str. 120). — CHAUVEAU. Ibidem. — WYSSOKOWITSCH. Ueber die Schicksale der in's Blut injicirten Mikroorganismen. (Zeitschr. für Hygiene. 1886). — OPITZ. Beiträge zur Frage der Durchgängigkeit von Bakterien. (Zeitschr. für Hyg. 1898). — MÉTIN. Note sur l'élimination des bactéries par les reins et le foie. (Annales de l'Institut Pasteur 1900). — Dominici. Polynucléaires et macrophages (Arch. de médecine exp. et d'anatomie pathol. 1902.

N. 1). — BELFANTI e CARBONE. Giornale della Reale acad. di Torino. 1898. (Streszczenie w Riforma Medica). — BUCHNER. Zur Kenntnis der Alexine sowie der spezifisch-bactericiden und spezifisch-hämolytischen Wirkungen. (Münch. med. Wochenschrift. 1900). — BORDET. Sur l'agglutination et la dissolution des globules rouges par le sérum des animaux injectés de sang défibriné. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1898). Idem. Sérums cytolitiques. — BORDET et GENGOU. Substances sensibilisatrices dans les sérums. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1901). — EHRLICH und MORGENROTH. Zur Theorie der Lysinwirkung. (Berliner klin. Wochenschr. N. 1. 1899). — Idem. Ueber Haemolysine. (Berl. kl. Wochenschr. N. 22. 1899). — GRUBER. Theorie der aktiven und passiven Immunität gegen Cholera, Typhus und verwandte Krankheitsprozessen. (Münch. med. Wochenschr. 1896). — LEVADITI. Komunikat z nieogłoszonej pracy. — MATTHES. Experimenteller Beitrag zur Frage der Haemolyse. (Münch. med. Wochenschr. N. 1. 1902). — METALNIKOFF. Streszczenie w Riforma Medica. (Centralbl. für Bakt. 1901. N. 12). — CHEPOWALNIKOFF. Physiologie du suc intestinal (po rosyjsku) 1899 (referat Miecznikowa). — DELEZENNE. Komunikat Miecznikowa. — LEVADITI. Etat de la cytase dans le plasma (Ann. de l'Institut Pasteur. 1901). — PFEIFFER. Ueber chemotactische Bewegung von Bacterien, Flagellaten und Volvocinen. (Unters. a. d. bot. Institut. in Tübingen. 1887). — MASSART et BORDET. Recherches sur l'irritabilité des leucocytes. (Soc. royale des sc. nat. et méd. de Bruxelles. 1890). — FODOR. Neue Untersuchungen über bacterientödtende Wirkung des Blutes und über Immunisation. (Centralbl. für Bakt. 1890). — BUCHNER. Ueber die bacterientödtende Wirkung des zellenfreien Blutserums. — Idem. Ueber die nähere Natur der bacterientödtenden Substanz im Blutserum. (Centralbl. für Bakt. 1889). — NUTTALL. Experimente über den bacterienfeindlichen Einfluss des thierischen Körpers. (Zeitschr. für Hygiene. 1888). — DENYS et HAVET. Sur la part des leucocytes dans le pouvoir bactéricide du sang de chien. (La cellule. 1893). — PFEIFFER. Weitere Untersuchungen über das Wesen der Choleraimmunität und über spezifisch bactericide Prozesse. (Zeitschr. für Hygiene. 1894). — GENGOU. Origine de l'alexine des sérums normaux. (Annales de l'Institut Pasteur. 1901). — TARASSEWITCH. Sur les cytases. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1902). — SCHATTENFROH. Weitere Untersuchungen über die bakterienfeindlichen Stoffe der Leucocyten. (Archiv für Hygiene. 1899). — NEISSER. Ueber die Vielheit der im normalen Serum vorkommenden Antikörper. (Deutsche med. Wochenschr. 1900. N. 49). — BEHRING und NISSEN. Ueber bakterienfeindliche Eigenschaften verschiedener Blutserumarten. (Zeitschr. f. Hygiene. 1890). — PFEIFFER. Zur Differentialdiagnose der Vibrionen der Cholera asiatica mit Hülfe der Immunisierung. (Zeitschr. für Hygiene. 1895). CHARRIN et ROGER. Note sur le développement des microbes pathogènes dans le sérum des animaux vaccinés. (Soc. de Biologie. 1889). — PFEIFFER und KOLLE. Ueber die spezifische Immunitätsreaction der Typhusbacillen (Zeitschr. für Hyg. 1895). — Idem. Weitere Untersuchungen über die spezifische Immunitätsreaction der Cholera-vibrionen in Thierkörper und Reagensglase. (Centr. für Bakt. 1896). GRUBER. Theorie der aktiven und passiven Immunität gegen Cholera, Typhus und verwandte Krankheitsprozessen. (Münch. med. Woch. 1896). — GRUBER und DURHAM. Eine neue Methode zur raschen Erkennung des Cholera-vibrio und des Typhusbacillus. (Münch. med. Woch. 1896. N. 13). — WIDAL et SICARD. Etudes sur le sérodiagnostic et sur la réaction agglutinante chez les typhiques. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1897). — CASTELLANI. Ueber das Verhältniss der Agglutinine zu den Schützkörpern. (Zeitschr. f. Hyg. 1901. N. 3). — RODET. La propriété agglutinative et ses rapports avec les autres propriétés acquises par les humeurs. (Kongres międzynarodowy lekarski w Paryżu. 1900). — GOLDBERG. Die Agglutinationsreaction bei Infectionen verschiedenen Grades. (Centr. für Bakt. 1901. N. 16). — LUBARSCH. Untersuchungen über die Ursachen der angeborenen und erworbenen Immunität. — BEHRING. Ueber die Ursache der Immunität von weissen Ratten gegen Milzbrand. — PFEIFFER und MARX. Untersuchungen über die Bildungsstätte der Choleraantikörper. (Deutsche med. Woch. 1898. N. 3). — CARTER. Contribution to the sperimental pathology of spirillum fever. (Medico-chirurg. Transactions. 1880). — NISSEN. Zur Kenntniss der Bacterienverinchtenden Eigenschaft des Blutes. (Zeitschr. für Hyg. 1889). — DEUTSCH. Wzmianka Miecznikowa. — WERNICKE. Wzmianka Miecznikowa. — CANTACUZENE. Nouvelles recher-

ches sur le mode de destruction des vibrions dans l'organisme. (Ann. de l'Inst. Pasteur. 1898). — SAWTCHENKO. Du rôle des immunisines (fixateurs) dans la phagocytose. (Ann. de l'Inst. Pasteur. 1902). — BEHRING. Untersuchungen über das Zustandekommen der Diphtherieimmunität bei Thieren. (Deutsche med. Woch. 1890. N. 50). — KITASATO. Experimentelle Untersuchungen über das Tetanusgift. (Zeitschr. für Hyg. 1891). — ROUX et VAILLARD. Contribution à l'étude du tétanos. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1894). — EHRLICH. Mode de production et mécanisme d'action des antitoxines. (Semaine méd. 1899. N. 52). — WASSERMAN und TAKAKI. Ueber tetanusantitoxische Eigenschaften des normalen Centralnervensystems. (Berliner klin. Woch. 1898. N. 1). — DANYSZ. Contribution à l'étude de l'immunité; propriété de mélanges de toxines et d'antitoxines; constitution des toxines. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1899). — ROUX et BORREL. Tétanos cérébral et immunité contre le tétanos. (Annales de l'Inst. Past. 1898). — METCHNIKOFF. Influence de l'organisme sur les toxines. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1898). — MARIE. Recherches sur la toxine tétanique. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1897). — KEMPNER und SCHEPILEWSKY. Ueber autitoxische Substanzen gegenüber dem Botulismusgift. (Zeitschr. für Hyg. 1898). — STOUDENSKY. Sur l'action antitoxique du carmin. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1899). — METCHNIKOFF. L'état actuel de la question de l'immunité. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1899). — BESREDKA. Etude sur l'immunité vis à vis des composés arsenicaux. — Du rôle des leucocytes dans l'intoxication par un composé arsenical sombre. (Annales de l'Inst. Pasteur. 1899). LOMBARD. Contribution à l'étude physiologique du leucocyte. 1901. Arbeiten des pharmacologischen Instituts zu Dorpat. 1893—1894. (referat Miecznikowa). — WIDAL et Le SOURD. (Soc. med. des hôpit. de Paris. 1901).

Z POSIEDZEŃ LARYNGOLOGICZNO-OTYATRYCZNYCH.

Posiedzenie z dnia 29 stycznia 1902 r.

1) Kol. LUBLINER przedstawił chorego, obserwowanego wspólnie z kol. FREIDENSONEM. Przed rokiem pacjent był operowany przez kol. ŁOGUCKIEGO z powodu polipa na strunie prawdziwej prawej, przed 4 miesiącami stracił głos, wcześniej jeszcze zaczął doznawać trudności w połykaniu. Przy badaniu znaleziono: *paralysis utriusque nervi recurrentis*, poniżej głośni w przednim kącie i pod struną prawą wyniosłość, mniejsza pod struną lewą. Badanie przetyku zgłębnikiem wykazuje niedrożność tegoż w górnej części. Prawdopodobnie więc mamy *carcinoma oesophagi*, uciskające obadwa nerwy zwrotne.

Kol. FREIDENSON dodaje, że obecnie chory połyka swobodnie pokarmy papkowate, że przed kilku dniami miał krwotok kiszkowy, a dzień przed tem pokazało się trochę krwi z gardła.

Kol. ŁOGUCKI uzupełnia historię choroby: chory zgłosił się przed rokiem do szpitala św. Ducha z powodu chrypki i uczucia zawadzania w gardzieli. Wówczas kol. Ł. znalazł polipa krtani, po usunięciu którego objawy powyższe ustąpiły, i chory miał się doskonale. Obecnie znajduje kol. Ł. lekkie stłumienie na mostku i przypuszcza, że należy mieć na uwadze obok nowotworu przetyku i tętniak aorty, uciskający na obydwie nerwy zwrotne. Dziwna rzecz, że badanie zgłębnikiem nie wywoływało krwawienia, czego należałoby się spodziewać przy nowotworze.

Kol. SREBRNY zwraca uwagę na szczegól, którego lekceważyć nie można, mianowicie na utrudnione połykanie i na niedrożność przetyku dla zgłębnika. Wprawdzie, opisany jest przypadek tętniaka aorty, który wywierał taki ucisk

na przełyk, że połykanie było w wysokim stopniu utrudnione (w przypadku tym rozpoznano raka przełyku, badanie zaś pośmiętne wykazało tętniak aorty), w danym jednak przypadku tętniak, uciskający obydwie nerwy zwrotne, musiałby być takich rozmiarów, że dawałby objawy fizyczne, których tu jednak niema. Skłania się więc do rozpoznania *carcinoma oesophagi*.

Kol. FREIDENSON stłumienia na mostku nie stwierdził.

Kol. SOKOŁOWSKI ze strony serca i naczyń znalazł objawy nieznaczne. Na mostku może jest lekkie stłumienie, ale wytłumaczyć je można kyphozą, od której zależec może także i oddech zlekka stenotyczny. Po nad obojczykami znajduje kol. S. powiększone i bolesne przy dotykaniu gruczoły. Było to uważane niegdyś za objaw bardzo ważny, niemal patognomoniczny dla raka przełyku. W przypadkach porażenia obu nerwów zwrotnych znajdowano zawsze tętniaki ogromnych rozmiarów. Takie tętniaki zaś wywołują silną duszność. Za rakiem przełyku przemawia utrudnione połykanie, od którego choroba się zaczęła. W 4 miesiące potem występuje chrypka, która zależy od ucisku gruczołów śródpiersia na nerw zwrotny. Dalej powiększone gruczoły nadobojczykowe i wiek chorego przemawiają również za rakiem przełyku.

Kol. WRÓBLEWSKI nie widział owego wypuklenia w przednim kącie, o którym mówiono. Może je chwilami widać więcej, a chwilami mniej.

Kol. LUBLINER odpowiada, że przy badaniu stwierdził: poniżej kąta strun wypuklenie błony śluzowej oraz wał pod struną prawą, mniejszy pod lewą.

Kol. FREIDENSON, z powodu uwagi kol. SOKOŁOWSKIEGO o ucisku na nerw zwrotny ze strony gruczołów śródpiersia, powiada, że sam nowotwór przełyku wystarcza do ucisku na nerw — uciekanie się do pośrednictwa gruczołów jest zbyteczne.

Srebrny.

2) Kol. LUBLINER przedstawił chorą z jamą między przewodem chrzęstnym a kostnym ucha. Chora zgłosiła się do ambulatorium szpitala żydowskiego przed niespełną miesiącem. Przy badaniu znaleziono zupełny brak błony bębenkowej wraz z kostkami słuchowymi. *Atticus* otwarty. Błona śluzowa jamy bębenkowej sucha. Przy skierowaniu wzornika usznego ku górze i na zewnątrz, widać było spory otwór, wypełniony ropą. Kol. KOENIGSTEIN, który zajął się chorą, po wytamponowaniu otworu, dostrzegł kilka zeń sterczących granulacji. Leczenie polegało na wypełnianiu luki gazą jodoformową i przypalaniu ziarniny 10% roztworem saletrzanu srebra. Obecnie dno jamy pokrywa zdrowa błona śluzowa. Kol. LUBLINER twierdzi, że otwór odpowiada w zupełności położeniu anatomicznemu *antri mastoidei*.

Kol. GURANOWSKI zwraca uwagę na brak dokładnej anamnezy tego rzadkiego przypadku.

Koenigstein.

Posiedzenie z dnia 26 lutego 1902 r.

1) Kol. HERTZ przedstawia chłopca 16-letniego z owrzodzeniami grzliczemi podniebienia, dziąseł, szczęki górnej oraz prawego skrzydła nosa. Choroba trwa 1½ roku, a rozpoczęła się od małego owrzodzenia na podniebieniu twardem. Ojciec chorego zmarł na gruźlicę płuc. Sam pacjent chorował przed 3 laty na zapalenie ropne opłucny prawej, leczone operacyjnie. Stan ogólny chorego obecnie jest zadowolniający; kaszlu niema.

Kol. LUBLINER widział chłopca przed miesiącem. Od tego czasu owrzodzenia na podniebieniu zmniejszyły się, rozszerzyły się natomiast owrzodzenia dziąseł.

Prof. KRYŃSKI zapytuje, czy ziarnina z owrzodzeń była badana mikroskopowo. Za najwłaściwsze uważałby w danym przypadku leczenie chirurgiczne, mianowicie szerokie wyskrobanie owrzodzeń oraz przypalenie termo- lub galwanokauterem.

Według zdania kol. LUBLINERA leczenie chirurgiczne musiałyby tu być połączone z usunięciem zębów w tych miejscach, gdzie zajęty jest wyrostek zębodołowy.

Kol. DMOCHOWSKI sądzi również, że wypadaloby operować w kości, co nie jest pożądane.

Prof. KRYŃSKI przypomina, że gruźlica błon śluzowych długo pozostaje sprawą miejscową, i że w danym przypadku niema zasady do przypuszczenia, iż kości uległy już cierpieniu.

Kol. SOKOŁOWSKI zwraca uwagę na rzadkość podobnych owrzodzeń gruźliczych. Spostrzegwał kiedyś chorego, który kilka lat miał owrzodzenie gruźlicze na podniebieniu twardem, zanim wystąpiły objawy gruźlicy płuc. Gruźlica dziąseł jest również rzeczą rzadką; pierwszy podobny przypadek opisał JARUNTOWSKI.

2) W dyskusji nad przypadkiem kol. LUBLINERA i FREIDENSONA, przedstawionym na poprzednim posiedzeniu, zabiera głos kol. SOKOŁOWSKI, aby streścić poglądy, wypowiedziane zaraz po przedstawieniu chorego. Najprawdopodobniejszą przyczyną ucisku obu nerwów zwrotnych są tu według kol. S. powiększone gruczoły chłonne. Wprawdzie rentgenoskopia gruczołów tych nie wykazała, nie przemawia to jednak za tem, aby ich nie było.

Kol. FREIDENSON sądzi, że stosunki anatomiczne przełyku i nerwów zwrotnych pozwalają na przypuszczenie ucisku tych nerwów przez guz przełyku. Notowano w piśmiennictwie przypadki (u ZIEMSEN'a sześć), gdzie rak uciskał obadwa *nn. recurrentes*. W danym przypadku rak przełyku nie ulega według kol. F. wątpliwości, niema więc powodu do poszukiwania innej przyczyny porażenia nerwów.

Kol. LUBLINER zaznacza, że na 12 przypadków porażenia obu nerwów zwrotnych, zebranych przez HERZFELD'a, w jednym robiono sekcję. Nerwy były tu uciśnięte przez nowotwór.

Kol. DMOCHOWSKI przypomina stosunki anatomiczne nerwów zwrotnych i na ich zasadzie wypowiada zdanie, że z guzów przełyku tylko umiejscowione w jego części szyjowej mogłyby uciskać jednocześnie obadwa nerwy, które tutaj leżą blisko siebie. Jeżeli nowotwór znajduje się w dolnej części przełyku, prawdopodobniej ucisk wywierają gruczoły. Dalej kol. D. zastanawia się nad przyczyną zwężenia przełyku w danym przypadku. Najczęstszą wogóle przyczyną takich zwężeń bywa rak. Rak twardy (*scirrhus*) nie mógłby jednak uciskać nerwów zwrotnych, gdyż nie tylko nie tworzy większego guza, ale przeciwnie, powoduje ściąganie się ściany przełyku. Raki miękkie mogłyby uciskać nerwy, ale znowu zwężenia przełyku nie dają. Najłatwiej możnaby objaśnić jednoczesne zwężenie przełyku i ucisk obu nerwów zwrotnych, przypuszczając uchyłek (*diverticulum*) przełyku albo też mięsak czy włókniak. Upatrując przyczynę ucisku w gruczołach, należałoby przypuścić, że powiększeniu uległy gruczoły nie tylko śródpiersia, ale i okolicy podobojczykowej prawej.

Kol. SOKOŁOWSKI pogląd swój opiera na jednym swoim spostrzeżeniu dawniejszem: ucisk nerwów zwrotnych powodowały tam tylko gruczoły śródpiersia.

Kol. SĘDZIAK zaznacza, że na 74 przypadki porażenia nerwów zwrotnych wskutek ucisku tętniaka aorty tylko w 7-iu notowano porażenie obustronne.

Kol. LUBLINER skłania się ku rozpoznaniu raka w części górnej przełyku.

3) Kol. ŁOGUCKI przedstawia preparat niezwyklej wielkości guza, usuniętego z jamy nosogardzielowej. Zaleca przytem używanie kleszczy zakrzywionych do wprowadzania pętli przy operowaniu podobnie wielkich guzów.

W dyskusyi zabierali głos kol. WRÓBLEWSKI, KRYŃSKI, prof. ZIEMBICKI i ŁOGUCKI.

4) Kol. OLTUSZEWSKI zaprasza obecnych do swego zakładu leczniczego, gdzie pragnąłby zdemonstrować rzadki przypadek jąkania głosowego, którego, historia choroby jest następująca. (autoreferat).

Niezależne odemnie przyczyny nie pozwalają mi przedstawić Sz. Panom ciekawego i niezmiernie rzadko dającego się przedmiotowo stwierdzić w lusterku krtaniowem przypadku jąkania głosowego, który obecnie spostrzegam. Interesujący się tym chorym koledzy mogą go widzieć codziennie w zakładzie moim. Przypadek ten dotyczy 14 letniego chłopca Mikołaja W. Przed 4 miesiącami wskutek przestachu zaczął się on jąkać przez 2 miesiące, a od dwu miesięcy w zupełności stracił mowę samodzielną, tak że skierowany został do mnie przez kol. HEINRICHA jako chory z zupełną niemotą ruchową. Ojciec chłopca oddaje się nałogowemu pijaństwu. W organach wewnętrznych żadnych zmian nie znalazłem. Układ nerwowy oprócz zwiększenia odruchów ścięgnistych nic godnego uwagi nie przedstawiał. Przy usiłowaniach mówienia na zadawane pytania występują silne skurcze przepony oraz słabo wyrażone skurcze twarzy i szyi, przyczem chory nie jest w możności wymówienia ani jednej pojedynczej sylaby nawet szeptem i daje odpowiedzi na piśmie. Po za aktem mowy ruchy organów artykulacyjnych są w zupełności prawidłowe. Badanie lusterkiem krtaniowem przy próbach wokalizacyi wykazało, że struny głosowe rozchodzą się ku tyłowi i tworzą równoramienny trójkąt. Wobec wywiadów, skurczów przepony, mięśni twarzowych, w szczególności szyi, oraz obrazu w lusterku krtaniowem rozpoznałem jąkanie oddechowo-głosowe. To ostatnie, jak sądzę, zależało od skurczu ciągłego mięśni obrączko-nalewkowych tylnych. Jąkanie głosowe, stwierdzone w lusterku, należy do niezmiernych rzadkości. Na 1000 przypadków jąkania widziałem je tylko 3 razy, a mianowicie: w 1 przypadku afonii spastycznej, którą w jednej z prac opisałem, jako jąkanie głosowe, należące do kategorii tonicznego kurczu strun głosowych, w 1 przypadku jąkania głosowego, które nazywam głosem przerywanym, uwarunkowanego klonicznym skurczem mięśni obrączko-nalewkowych tylnych, przyczem bieg mowy przerywa się, a zamiast artykulacyi występuje głos przerywany, wreszcie w obecnym przypadku skurczu stałego tychże mięśni, wskutek czego wokalizacya staje się niemożliwą. Zupełną niemożność mówienia nawet szeptem w ostatnim przypadku objaśniam sobie jednocześnie występującymi silnymi skurczami przepony.

Obraz krtaniowy w tym ostatnim przypadku stwierdził kol. WRÓBLEWSKI. Pod wpływem leczenia, jakie zwykle stosuję przy jąkaniu, chory zaczął z początku wymawiać szeptem pojedyncze sylaby, następnie wyrazy i zdania, a od końca trzeciego tygodnia znowu wróciła możność wokalizacyi. Po miesięcznem leczeniu chory mógł się już zupełnie prawidłowo porozumiewać z otoczeniem. Obraz w lusterku krtaniowem wykazał zupełnie prawidłowe działanie strun głosowych. Leczenie potwierdziło rozpoznanie.

Protokół posiedzenia z dnia 26 marca 1902 r.

1) Kol. SOKOŁOWSKI przedstawia chorego starozakonnego, nauczyciela w wieku lat 63, który ma chrypkę od roku, a bezgłos od 3 miesięcy, stan ogólny chorego dość dobry, laseczników w płwocinie nie znaleziono. W lusterku krtaniowem widać u niego guz około centymetra długi, gruszkowatej formy, jakby wychodzący z *ventric. Morgagni*. SOKOŁOWSKI uważa guz ten za nowotwór łagodny, prawdopodobnie włókniak.

Kol. LUBLINER zwraca uwagę na zajęcie stawu obrączkowonalewkowego lewego i nieruchomość lewej strony głosowej i przypuszcza tu sprawę głębszej natury, sprawę gruźliczą.

Kol. FREIDENSON podejrzywa wczesny okres sprawy nowotworowej złośliwej sądzi, że sprawa wyjaśni się po zbadaniu guza po wyjęciu.

Kol. ŁOGUCKI uważa nieruchomość strony głosowej za zależną od guza, a zgrubienie tylnego końca za czysto mechanicznego pochodzenia, przyczem dodaje, że omawiany guz przy kokainowaniu mocno krwawił.

Kol. LUBLINER sądzi, że może to być i guz złośliwy, gdyż i krwawienia, o jakich wspomina kol. ŁOGUCKI, obciążają rozpoznanie *in minus*.

Kol. SOKOŁOWSKI jest zdania, iż w razie gdyby to był guz złośliwy, to u człowieka starego po roku nastąpiłoby powiększenie gruczołów. Raki, prawi, krwawią przy rozpadzie, nieraz kolosalnie. Co do gruźlicy, to przeciw niej przemawia również brak nacieczenia struny głosowej, brak zmian w płucach.

2) Kol. LUBLINER przedstawił kobietę w ciąży, chorą od 3 miesięcy, z prosówką gruźlicą podniebienia twardego. W dzieciństwie po przekłuciu uszów utworzył się guzik na muszli, co dziś daje nam typowy obraz wilka skóry ucha. Dany przypadek świadczy o tem, że sprawa od lat kilkunastu przycichła i teraz tylko dała nam obraz zstępującej gruźlicy. Chora dotychczas była zawsze zdrowa, dziedziczności niema żadnej. Kol. LUBLINER uważa, że sprawa była zaszczepiona i dlatego zwrócił uwagę na moment etiologiczny, przedstawiając dany przypadek.

Kol. FREIDENSON zwraca uwagę na zajęcie gruczołów chłonnych i na proces tu zstępujący: w krtani zmiany mniejsze, a w płucach najmniejsze.

Kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, że sprawa gruźlicza (wilk) może się generalizować, i że ciąża jest momentem, wywołującym ostry proces tam, gdzie gruźlica jest utajona.

3) Kol. FREIDENSON przedstawia chorego w wieku lat 65, który pochodzi z rodziny zdrowej, długowiecznej i przed 5 miesiącami dostał chrypki, a od 3 tygodni ma bezgłos zupełny. W nocy chrapie, śpi niespokojnie. W lewym wierzchołku duże zmiany gruźlicze. W lusterku krtaniowem widzimy kawałek błony śluzowej w postaci żagielka, zamykającego głośnie i wywołującego duszenie. Jest to chory z gruźlicą krtani, ciekawy ze względu na swój późny wiek. Kol. FREIDENSON ma zamiar na drodze operacyjnej usunąć ten żegielek.

Kol. DOBROWOLSKI sądzi, że jest to jeden z tych przypadków, gdzie można gruźlicę krtani leczyć chirurgicznie.

Kol. LUBLINER uważa również za ciekawy ten przypadek gruźlicy krtani, że dotyczy osobnika lat 65, i porównym z przypadkiem, demonstrowanym przez kol. SOKOŁOWSKIEGO.

Kol. SOKOŁOWSKI uważa żagielek wspomniany za kawałek błony śluzowej, podminowany przez owrzodzenie, a usunięcie kawałka błony śluzowej wcale nie uważa za chirurgiczne leczenie gruźlicy krtani.

Kol. LUBLINER nie uważa tego za oderwany kawałek błony śluzowej, lecz za guz polipowaty, tkankę ziarninową.

4) Kol. SOKOŁOWSKI mówił o jednym z rzadszych powikłań przy usuwaniu migdałków, niemal najrzadszem powikłaniu, mianowicie o tworzeniu się ropnia okołomigdałkowego. Spostrzegął w ostatnich paru tygodniach dwa podobne przypadki: pierwszy dotyczył 10-letniej dziewczynki z kolosalnymi migdałkami, która ciągle zapadała na zapalenie gardła. Po obustronnej tonsillotomii na trzeci dzień utworzył się ropień z nader ciężkim przebiegiem: po 10 dniach po przecięciu i wylaniu się cuchnącej ropy, dziewczynka wyzdrowiała. Drugi przypadek dotyczył starszej dziewczyny, która przyszła do ambulatorium z ropniem po dokonanej przez jednego z kolegów tonsillotomii.

Kol. DOBROWOLSKI nadmienia, że widział kilka razy podobne powikłanie i nie uważa go za rzadkie.

Kol. LUBLINER słyszy o podobnem powikłaniu po raz pierwszy: nie pendzkuje nigdy po tonsillotomii, uważa za błąd operowanie w czasie trwania zapalenia migdałków. Dawniej, kiedy więcej pendzlowano przy anginach i dyfterytach, było więcej ropni okołomigdałkowych.

Kol. DUDREWICZ (syn) opowiada o przypadku, dotyczącym 24-letniego studenta medycyny, który wciąż cierpiał na zapalenie gardła i ropnie okołomigdałkowe. Po tonsillotomii 6-o dnia utworzył mu się z jednej strony ropień, który był przecięty, i wylała się zeń mocno cuchnąca ropa. Od tego czasu (jest to już lat blisko 4) wcale nie chorował na gardło.

Dalsze rozprawy z powodu spóźnionej pory przewodniczący odłożył do następnego posiedzenia

Dudrewicz (syn).

LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCYNY“

Z powodu art. d-ra A. Sokołowskiego „Czy i w jakim stopniu uraz może być przyczyną powstawania suchot płucnych”.

(*Gazeta Lekarska. Nr. 28 r. b.*)

Pytanie, czy uraz może być przyczyną suchot płucnych, stawiane ekspertowi w sądzie, nigdy na pewno rozstrzygnięte być nie może, z powodów dostatecznie przez kol. S. umotywowanych, gdyż chodzi tu o pieniądze, a przed tym argumentem i prawda najczęściej ustąpić musi. Zupełnie inaczej przedstawia się poruszona sprawa, jeżeli na uraz zapatrywać się będziemy jako na jedną z najważniejszych przyczyn suchot *resp.* gruźlicy. Rozpatrując tę kwestyę ze stanowiska czysto zarazkowego (*contagium*) t. j., że po wprowadzeniu do organizmu jakąkolwiek drogą zarazka gruźlicy — musi nastąpić jego zaszczepienie, uraz tylko w takim wypadku mógłby być za przyczynę gruźlicy poczytany, gdyby jednocześnie z jego podziałaniem wprowadzony był do organizmu zarazek, czego bez uszkodzenia całości tkanek wystawić sobie nie można.

Jeżeli jednakże na działanie urazu, jako przyczyny w powstawaniu gruźlicy, patrzeć będziemy z punktu widzenia prof. O. LIEBREICH'a (Therap. Monatscheft. Luty. 1900r., str. 87 i 89), który wszystkie choroby zaraźliwe dzieli na orto i nozo-parazytyczne, t. j. na choroby powstające przy podziałaniu pasorzytów na zupełnie zdrowy organizm, i na choroby, w których pasorzyty rozwijają się wyłącznie i jedynie na chorych albo uszkodzonych tkankach, to kwestya urazu jako przyczyny suchot (gruźlicy) stanie się zupełnie jasną i prawie dowiedzioną na korzyść urazu; a przytem rozjaśni nam wiele dotychczas ciemnych faktów, dotyczących przyczyny suchot (gruźlicy). LIEBREICH zalicza gruźlicę do chorób nozo-parazytycznych, t. j. że gruźlica rozwija się wyłącznie na uszkodzonych tkankach albo też na tkankach, zmienionych poprzednią chorobą. Jeżeli szczepimy gruźlicę do jamy brzusznej albo do przedniej kamery oka, to musimy uszkodzić komórki, leżące około miejsca, na którym gruźlicę szczepimy, przez co przygotowujemy grunt do jej rozwoju, czyli bez uszkodzenia komórek — gruźlica rozwinąć się nie może.

Wobec ciągłych postępów na drodze wykrywania nowych biologicznych dla pasorzytów przejawów — trudno przewidzieć, jak długo w etiologii chorób utrzyma się urazowa teoria LIEBREICH'a, ale dziś ona jedna najlepiej tłumaczy nam powstawanie gruźlicy stawów i kości po urazie—albo też gruźlicę opon mózgowych po tejże przyczynie. Tylko też na zasadzie urazowego pochodzenia możemy sobie wytłumaczyć znany fakt, że gruźlica płuc zaczyna się zawsze od wierzchołków. SCHMORL podaje („Medycyna” Nr. 10 r. b.), że, robiąc sekcyje, znajdował brózdki na wierzchołkach płuc, zależne od ucisku na płuca przez zatrzymane w rozwoju pierwsze żebro, i gruźlicę oskrzeli IV i V rzędu, które to zmiany chorobowe uważa za następstwo wspomnianego ucisku, który można poczytać także za uraz.

W tym samym duchu jak SCHMORL, FREUND (Allgem. med. C. Zeit. 1901 r. str. 1167), opierając się na licznych sekcyjach, utrzymuje, że tam, gdzie znajdował wyraźne skrócenie 1-go żebra i skostnienie stawu mostko-żebrowego 1-go, tam była rozwinięta gruźlica, gdzie zaś pomimo skrócenia żebra wytworzyły się fałszywe stawy, (18 przypadków na 250 gruźlicy) tam znajdował zagojone gruźlicze ogniska. I tu więc ucisk, powodując zwolnienie przewiewu (wentylacji) płuc i działając jako uraz, powinien być przyjęty za przyczynę ich gruźlicy.

Na tem miejscu nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że FREUND radzi, aby zrobwszy rezekcyję stawu mostko-żebrowego pierwszego, usunąć szkodliwą organiczną przyczynę, powodującą ucisk na wierzchołki płuc i przywróciwszy w ten sposób swobodne przewietrzanie wierzchołków — zapobiedz nietylko rozwojowi gruźlicy, ale nawet już istniejącą wyleczyć.

Gromadząc wszystko przytoczone wyżej, nie trudno wyprowadzić wniosek, że, jeżeli gruźlica rozwija się tylko na tkankach uszkodzonych albo chorobliwie zmienionych, to uraz może być za bezpośrednią przyczynę gruźlicy płuc uważany.

A. Połdziechowski.

Sieradz 29 sierpnia 1902 r.

Wiadomości bieżące.

— W tłumaczeniu kol. A. ŻURAKOWSKIEGO wyszło z druku dzieło GUENTHER'a p. t. „Wstęp do nauki bakterjologii ze szczególnem uwzględnieniem techniki mikroskopowej“.

— Prof. d-r JURASZ został mianowany nadzwyczajnym profesorem laryngologii oraz kierownikiem nowoutworzonej kliniki chorób gardła w uniwersytecie Heideberskim.

— Cholera w Kairze sroży się z nadzwyczajną gwałtownością: w tygodniu od 30 lipca do 5 sierpnia było 177 przypadków zachorowań i 152 przypadki śmierci. Wobec tego należy się spodziewać, że zapowiedziany na koniec grudnia r. b. egipski zjazd lekarski zostanie odłożony.

— W Paryżu z pod pióra d-ra Pawła GARNAULT wyszło obszerne dzieło p. t. „Le Professeur KOCH et le péril de la Tuberculose Bovine“, którego autor występuje jako zdeklarowany przeciwnik poglądu KOCH'a na różnorodność jadu gruźlicy ludzkiej i perlicy. Książka powyższa jest niejako testamentem, napisanym przez d-ra GARNAULT w obliczu przypuszczalnej śmierci, grożącej mu po wykonanych na sobie doświadczeniach ze szczepieniem perlicy. Gdy na zeszlórocznym zjeździe przeciwgruźliczym w Londynie wyraził się, „że bezpośredni dowód odporności człowieka względem jadu perliczego jest niemożliwy z powodu niemożliwości eksperymentowania na człowieku“, D-r G., nie podzielający dualistycznej teorii uczonego niemieckiego, w dniu 14 sierpnia 1901 r. napisał do KOCH'a list, w którym ofiaruje mu się jako przedmiot do doświadczeń. Nie otrzymawszy na list swój odpowiedzi, d-r G. jeszcze w tym samym miesiącu udał się do Berlina, aby propozycję swoją ustnie powtórzyć. KOCH nie zgo-

dził się na żądanie lekarza francuskiego, natomiast radził mu spożywanie niegotowanego gruźliczego mleka. To nie zadowoliło gotowego do poświęceń badacza. Powróciwszy do Paryża, zwrócił się z tą samą propozycją do profesorów BROUARDEL'a i NOCARD'a. Gdy jednak i ci odrzucili ofiarę GARNAULT'a, tenże postanowił sam zaszczepić sobie jad perliczy. Przedtem atoli zabrał się do napisania powyżej wymienionej książki, po ukończeniu której w dniu 17 czerwca r. b. przedsięwziął pierwsze szczepienie w paryskiej rzeźni centralnej w obecności d-ra M. BAUDOUIN'a i dwóch innych lekarzy. Doświadczenie polegało na tem, że G. zdjął z lewego przedramienia pęcherz, jaki powstał po przystawionem dnia poprzedniego pryszczyle, znajdującą się pod nim powierzchnię nożem poskrobał i opatrzył masą z rozartego gruczołu gruźliczego, otrzymanego od świeżo zabitej krowy perliczej. W parę tygodni na miejscu doświadczenia powstało kilka drobnych wyniosłości, które GARNAULT uważa za *tubercula verrucosa cutis*. Zakażenia w gruczołach sąsiednich, ani w innych miejscach ciała nie było. Należy dodać, że GARNAULT, człowiek 42 letni, obdarzony jest wyjątkowo silną organizacją: ma 181 ctm. wzrostu i wagi przeszło 100 kg. Nie czekając na dalsze następstwa pierwszego szczepienia, dokonał na sobie 15 lipca r. b. drugiej inokulacji: wprowadził sobie pod skórę lewego przedramienia kawałek gruźliczej wątroby wołu i zeszył nad nim skórę. O wyniku tego doświadczenia dotychczas wiadomości nie ma. Sama książka GARNAULT'a, pomijając liczne wycieczki przeciwko KOCH'owi, stanowi dzieło wielce wartościowe, gruntowne i z ogromnym nakładem pracy napisane.

— **Zmarli.** W dniu 5-ym b. m. zakończył życie w Berlinie Rudolf Virchow. Życiorys zgasłego mistrza podamy w jednym z najbliższych numerów.

— W Meranie zmarł w 86 roku życia senior lekarzy tamtejszych d-r TAPPEINER, znany ze swych prac antropologicznych oraz z zasług, jakie położył w sprawie rozwoju Meranu.

ZAMIAST ŻELAZA!**ZAMIAST TRANU!**

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;
(alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakteryi, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żołądów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań! Ostrzegamy przed licznemi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to po prostu najzwyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycyi: **APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE W S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncji) 1 r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).