

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 37.

Warszawa d. 16 (3) Września 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varonne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Kilka uwag o teoriach odporności. Podał W. Mutermilch. (Dokończenie). O rozstanych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (Sclerosis multiplex — Myelitis disseminata). Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — Wykłady kliniczne. Leczenie choroby Basedow'a antithyreodina Möbius'a. — Streszczenia i wyciągi. 69. Obecne rozpoznawcze znaczenie badania krwi w chirurgii. 70. Leczenie nadkwaśności hipersekrecyi żołądka. 71. Gruźlica i ciąża. 72. Serotherapie pustulae malignae. 73. Leczenie nieżytowego zapalenia oskrzeli za pomocą kompresów z wody gorzycowej. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 lipca do 14 sierpnia 1905 r. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. MUTERMILCH — Quelques remarques sur les théories de l'immunité. 2) D-r E. FLATAU et J. KOELICHEN — Sur les procès inflammatoires diffus du système nerveux central.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. MUTERMILCH — Einige Bemerkungen über die Immunitätstheorien. 2) D-r E. FLATAU und J. KOELICHEN — Ueber diffuse Entzündungsprocesse im centralen Nervensystem.

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

PRACE ORYGINALNE.

KILKA UWAG O TEORIACH ODPORNOŚCI.

Podał

Wacław Mutermilch.

Kand. n. przyr.

(Dokończenie. — Patrz Nr 36).

Na ciemną dotychczas jeszcze sprawę specyficzności enzymów silny snop światła rzucił Emil Fischer, który dla niektórych przynajmniej przypadków, dowiódł eksperymentalnie, miano-

wicie dla swych syntetycznie otrzymanych glikozydów, że specyficzność ta zależy w prostej linii od konfiguracji stereochemicznej tych ciał; z tego został wysnuty wniosek, że dla działania fermentowego enzymów, które jako ciała nukleo-proteinowej natury, są prawdopodobnie również optycznie czynne, jest konieczne dopasowanie steryczne czynnych kompleksów atomów w enzymie i związku, na który on działa; według popularnego porównania E. FISCHER'a kompleksy te muszą pasować do siebie, jak klucz do zamka. Jest bardzo prawdopodobne,

że swoistość przeciwciał zależy również od stereochemicznej konfiguracji, mianowicie od dopasowania sterycznego odpowiadających sobie grup; przypuszczenie to, jak się zdaje, posiada więcej prawdopodobieństwa, aniżeli hipoteza EURLICH'a, według której czynne grupy ciał i przeciwciał posiadają do siebie powinowactwo chemiczne, wskutek którego łączą się ze sobą.

Drugim momentem, stanowiącym cechę charakterystyczną mechanizmu działania przeciwciał, jest to, że niszczenie, czyli rozkład wprowadzonego do organizmu szkodliwego czynnika obcego odbywa się w większości przypadków przy łącznym udziale dwu substancji, np. komplementu i odpowiedniego amboceptoru; na okoliczność tą zwróciliśmy już wyżej uwagę, przyczem zaznaczyliśmy, że zjawisko analogiczne spotyka się często i w działaniu enzymów; zupełnie też racjonalnym wydaje się pogląd DUCLAUX, MIECZNIKOW'a i in., przypisujący amboceptorom, fiksatorom i t. d. rolę zymoeokscytatorów, t. j. fermentów pomocniczych; wspominaliśmy wyżej również o tem, że fakty analogiczne spotykają się często i w zwykłej katalizie. A więc i pod tym względem działanie przeciwciał daje się sprowadzić do zjawisk katalizy.

Wreszcie zwrócić należy uwagę na jeden jeszcze moment charakterystyczny zjawisk odpornościowych, który, jak mi się zdaje, z również pomyślnym skutkiem sprowadzić można do działań katalitycznych.

Wiadomo, dzięki odkryciom FODOR'a, NUTTALL'a a szczególnie BUCHNER'a, że i surowica krwi normalna posiada własności bakteryobójcze i hemolityczne; przez szczepienie bakteriami lub krwinkami odporność ta wzrasta stopniowo, przyczem staje się specyficzną; wobec tego możemy powiedzieć, że w stanie odporności mamy do czynienia tylko ze spotęgowaniem normalnej własności organizmu żywego. Spotęgowanie odporności dochodzi, jak wiemy, do skutku przez tworzenie się ciał swoistych (fiksatorów, ambocep-

torów i t. d.), ułatwiających rozkładową działalność fermentów hemo- i bakteryobójczych, t. j. cytaz czyli komplementów. Myśl tę wyrazić możemy najogólniej w ten sposób, że przez szczepienie, które w gruncie rzeczy sprowadza się do wielokrotnego powtarzania jednej i tej samej reakcji jak gdyby wprawiania organizmu do pewnej czynności, zwiększamy sprawność reakcji, która i bez tego, co prawda, może zachodzić, lecz w sposób niedołężny i słaby; im dłużej każemy organizmowi czynność daną wykonywać, tem sprawniej i szybciej będzie ona wykonywana.

Otóż i w dziedzinie katalizy zwykłej spotykamy się z faktami analogicznymi, mamy tu na myśli zjawisko autokatalizy, polegające na tem, że ciało przyspieszające reakcję, wytwarza się przez samą reakcję, podczas jej przebiegu. Rezultatem autokatalizy jest zjawisko, pozornie będące w sprzeczności z prawem, rządzącem szybkością reakcji; wiadomo, że zgodnie z prawem działania mas reakcja zaczyna się z szybkością największą, w miarę zaś postępu reakcji, t. j. w miarę zużycia się ciał reagujących, szybkość zaczyna maleć, dążąc do zera. W przypadku reakcji autokatalitycznej jesteśmy świadkami zjawiska odwrotnego; tutaj bowiem z początku z powodu panujących oporów biernych, reakcja zaczyna się bardzo wolno, dopiero zaś z postępowaniem jej, gdy wciąż powiększa się ilość autokatalizatora, przyspieszającego daną reakcję, postępuje ona z wciąż wzrastającą szybkością, dochodząc wreszcie do swego maximum, poczem zaczyna znowu słabnąć z powodu zużycia się ciał reagujących.

Przykład autokatalizy stanowi reakcja rozpuszczania metali np. miedzi, srebra i in. w kwasie azotowym. Jeżeli weźmiemy czysty HNO_3 , to z początku nie dostrzeżemy prawie żadnego działania na metal; dopiero z biegiem czasu, gdy zwiększa się ilość kwasu azotowego, powstającego z rozkładu kwasu azotowego pod wpływem metalu, rozpuszczanie zachodzi coraz

energiczniej, aż w końcu przebieg reakcyi staje się nawet burzliwym; autokatalizatorem jest tu mianowicie HNO_2 ; dowodzi tego ta okoliczność, że jeśli do czystego HNO_3 dodać nieco soli azotynowej, to rozpuszczanie metalu odbywa się energicznie już od samego początku. Drugim przykładem autokatalizy jest zmydlanie kwasu etylosiarczanego wodą, przyczem tworzy się kwas siarczany, działający katalitycznie swemi wolnymi jonami H^+ .

Na możność zastosowania pojęcia autokatalizy do biologii zwrócił już w swoim czasie uwagę OSTWALD. Oto jego słowa¹⁹⁾: „Mimowoli narzucają się tutaj analogie fizyologiczne; autokataliza wyobraża typowe zjawisko gorączki; również na przyzwyczajenie i na pamięć można by z tego punktu widzenia się zapatrywać. Mam tutaj — mówi OSTWALD — dwie próbki jednego i tego samego HNO_3 , które tem tylko się różnią, że w jednej rozpuściłem poprzednio nieco miedzi. Wrzucam teraz 2 jednakowe blaszki miedzi do obu kwasów, które trzymam w tem samym naczyniu z wodą, ażeby miały jednakową temperaturę. Otóż łatwo jest zauważyć, że kwas, który już raz rozpuszczał miedź, „przyzwyczał” się widocznie do tej czynności, ponieważ wykonywa ją od samego początku zręcznie i szybko, podczas gdy kwas świeży, nie zaprawiony do tej czynności, nie może dać sobie rady i wykonywa czynność swą tak wolno i niezdarne, że nie możemy jej się doczekać”.

Zupełnie analogiczne zjawisko mamy w przypadku uodparniania organizmu przeciw bakterjom, ciałkom krwi i t. d. Według MIECZNIKOW'a walka z wprowadzonymi do organizmu komórkami obcymi odbywa się w ten sposób, że leukocyty chwytają je i niszczą następnie wewnątrz swego ciała przy pomocy swych fermentów wewnątrzkomórkowych — cytaz. Trawienie komórek odbywa się tem sprawniej i ener-

giczniej, im częściej mają leukocyty okazję do spełniania swej funkcji, czego dowodzi wzmaganie się odporności na drodze szczepienia; to spotęgowanie działalności ochronnej fagocytów polega, jak widzieliśmy, na tem, że, jak sądzi MIECZNIKOW, podczas trawienia wewnątrzkomórkowego wytwarzają się ciała pomocnicze, ułatwiające trawioną działalność cytaz, mianowicie t. zw. przezeń fiksatory. Z powyższego widać, że fiksatorom i analogicznym do nich przeciwciałom istotnie mielibyśmy prawo przypisać rolę autokatalizatorów; ponieważ jednak ciała te posiadają charakter fermentów pomocniczych czyli zymooksejtatorów, z drugiej zaś strony tworzą się podczas reakcyi, wykonywanej przez inne ciała natury enzymowej, jak cytazy, komplementy etc., to najwłaściwiej byłoby nadać im nazwę: autozymooksejtatorów.

Parafrazując znane wyrażenie LUDWIG'a, że: „Łatwo może się zdarzyć, iż chemia fizyologiczna stanie się częścią chemii katalitycznej”, pozwolę sobie wyrazić przypuszczenie, że łatwo również może się zdarzyć, iż ten sam los spotka także naukę o odporności, przyczem wypadnie zaliczyć ją do rozdziału, traktującego o autokatalizie.

Przypuszczenie, że w zjawiskach odpornościowych mamy do czynienia z reakcyami autokatalitycznymi, bez wątpienia wymaga jeszcze potwierdzenia eksperymentalnego; pozostawiając przyszłości rozstrzygnięcie kwestyi, czy przedsięwzięte *ad hoc* doświadczenia nie znajdują się w sprzeczności z przypuszczeniem powyższem, pragnąłbym na jeden jeszcze szczegół zwrócić tu uwagę.

Jeśli na przeciwciało, zgodnie z przypuszczeniem naszym, mamy zapatrywać się, jako na autokatalizator, tworzący się wskutek reakcyi pomiędzy cytazą lub inną substancją analogiczną ze strony organizmu a obcym ciałem, do organizmu wprowadzonym (bakteryą, toksyną etc.), to powstaje pytanie, który z obu czynników reagujących bierze udział w utworzeniu przeciwciała-

¹⁹⁾ W. Ostwald. L. c. Str 23.

ła, innemi słowy, czy źródłem, z którego się tworzy ono, jest organizm szczepiony, czy też ciało, do organizmu wprowadzone?

Widzieliśmy wyżej, że teoria EHRlich'a przewiduje pierwszą ewentualność, podczas gdy MIECZNIKOW, BUCHNER i in. skłaniają się raczej do poglądu drugiego²⁰⁾. Ponieważ oba wrogie obozy mają ważne dane na obronę swych poglądów, rodzi się więc mimowoli kwestya, czyby się nie udało sporu tego rozstrzygnąć przypuszczeniem, że w przeciwnie istnieją składniki, pochodzące z obu reagujących ze sobą czynników, t. j. zarówno z organizmu, jak i z ciała, doń wprowadzonego? Podobny przypadek zachodzi właśnie we wspomnianej wyżej reakcji działania wody na kwas etylo-siarczany; powstający bowiem podczas reakcji tej autokatalizator (kwas siarczany) zbudowany jest z elementów, pobranych po części od kwasu etylo-siarczanego, po części od wody.

Zwolennicy teorii EHRlich'a uważają, co prawda, za rzecz zasadniczo niemożliwą, ażeby przeciwnie mogło mieć genetycznie coś wspólnego z ciałem, pod wpływem którego powstało. Główny zarzut ich (w dziedzinie np. antytoksyn) polega na tem, że ilość produkowanej przez organizm antytoksyny znajduje się jakoby w niesłychanie wielkiej dysproporecy względem ilości, użytej do zastrzyknięcia toksyny. KNORR²¹⁾ np. wyliczył, że koń po iniekcji jednostki jadu tężcowego produkuje taką ilość antytoksyny, która wystarcza do zneutralizowania 100000-krotnej ilości toksyny. Otóż, wyprowadzenie ztąd wniosku, że w surowicy krwi końskiej, do której wstrzyknięto 1 jednostkę toksyny, powstało 100,000 jednostek antytoksyny, uważam za zbyt pośpieszne i błędne, nie mówiąc o tem, że już a priori ewentualność taką uznaćby należało za nader problematyczną. Dla zwolenników hipotezy EHRlich'a wniosek ten jest, co prawda,

ważnym argumentem, potwierdzającym własność protoplazmy produkowania w nadmiarze zużytych (przez nasycenie powinowactwa) łańcuchów bocznych w cząsteczce żywej materii; o wiele, jak mi się zdaje, byłoby jednak racjonalniej przypuścić, że działanie antytoksyny na toksynę należy do rzędu reakcyi katalitycznych, co dostatecznieby tłumaczyło wspomniany wyżej fakt dysproporecy; przyznanie antytoksynie charakteru silnie działającego katalizatora, uczyniłoby zbyt prostym przypuszczenie, że w surowicy krwi końskiej powstała tak znaczna ilość antytoksyny; o ilości tej, właściwie mówiąc, wcale nie mielibyśmy prawa sądzić.

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym

(*Sclerosis multiplex—Myelitis disseminata*).

Podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 36).

W pracy FINKELNBURG'a, powstałej w pracowni OPPENHEIM'a znajdujemy wyczerpujący przegląd przypadków *myelitis disseminatae*, uporządkowanych według rozmaitych obrazów klinicznych i rozmaitych momentów etiologicznych, jako to choroby infekcyjne, charłactwo, małokrwistość, przymiot (Ueber Myeloencephalitis disseminata und sclerosis multiplex acuta mit anatomischem Befund. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. XX. 1901) F. opisuje przypadek stwardnienia rozsianego, który przebiegał ostro i zakończył się śmiercią. Badanie mikroskopowe mózgu i rdzenia wykazało na pier-

²⁰⁾ E. Mietschnikoff. L. c. Str. 396—399.

²¹⁾ Muench. Med. Wochenschr. 1898. Str. 321.

wszy rzut oka te obrazy, które napotykamy w dawniejszych ogniskach *sclerosis multiplex*. Odbiegały jednak od tych obrazów miejsca, leżące na obwodzie owych ognisk, i pozatem liczne naczynia w samych ogniskach. Na obwodzie ognik dawniejszych spostrzegano w tkance pojedyncze luki, które były albo zupełnie puste, albo też zawierały szczątki rozpadowe. Od czasu do czasu można było stwierdzić wyrostek osiowy. Komórki ziarniste znajdowano tutaj w znacznej liczbie (zmiany te odpowiadają tym, które HUBER, REDLICH, REINHOLD znajdowali w postaciach podostrych). Naczynia wykazywały zmiany podobne do tych, które spostrzegano w małych ogniskach pochodzenia świeższego (wybitne rozszerzenie, przepelnienie krwią, silnie zaznaczone nacieczenie drobnokomórkowe). Oprócz wielkich ognisk sklerotycznych napotykano liczne ogniska małe, porozrzucane w istocie białej i szarej rdzenia, w korze mózgowej i w torebce wewnętrznej. W środku tych ognisk można było stwierdzić naczynie (w tym samym stanie, co i opisane powyżej). Neuroglia wykazywała zmiany wyraźne w okolicy naczyń (rozszerzenie, pęcznienie, zwiększenie liczby jąder). W tkance nerwowej znajdowano zmiany wybitne otoczek myelinowych, gdy natomiast wyrostki osiowe były tylko nieznacznie upośledzone. W małych ogniskach, leżących w istocie szarej, znajdowano wybitne zmiany w komórkach nerwowych. W niektórych miejscach sprawa histopatologiczna ograniczała się do naczyń. Spostrzegano wtedy naczynie, otoczone gęstą koroną komórek okrągłych. Tkanka nerwowa, otaczająca te naczynia, była niezmienną. Opony wykazywały zmiany niezna- czne. FINKELNBURG przypuszcza, że owe małe ogniska o charakterze zapalnym powstały na skutek tej samej sprawy, co i ogniska dawniej- sze sklerotyczne. „W ogólności więc ogniska świeższe wykazują w przypadku tym ten rys znamieny, że powstały one wskutek sprawy za- palnej, która brała początek z naczyń. Sprawa

ta wpłynęła następnie zarówno na neurogleię, jak i na włókna nerwowe”. W przypadku tym sprawa histopatologiczna pozostała elektywną pomimo wybitnych zjawisk zapalnych w układzie naczyniowym i oszczędziła większość wyrost- ków osiowych.

Z prac nowożytnych pragnęlibyśmy jeszcze zwrócić uwagę na pogląd BIELSCHOWSKY'ego, który, jak wiadomo, w pracach swych używał specjalnej swej metody barwienia wyrostków osiowych. (*Neurologisches Centralblatt*, 1903, p. 770). B. zaznacza, że w stwardnieniu roz- sianem uderza przedewszystkiem zniszczenie otoczek myelinowych, gdy natomiast wyrostki osiowe i komórki nerwowe pozostają nietknięte. Fakt ten czyni to wrażenie, jak gdyby właśnie owe zmiany w myelinie miały stanowić w skle- rozie sprawę pierwotną. Przeciwno temu przy- puszczeniu przemawia jednak 1) fakt, że oprócz otoczek myelinowych ginie niewątpliwie w o- gniskach pewna część wyrostków osiowych; 2) wybitna i występująca jednocześnie zmiana neuroglei. Co zaś dotyczy naczyń, to odgrywa- ją one wielką rolę w topografii ognisk. „Zależ- ność lokalizacyjna ognisk od przebiegu na- czyń występuje jednak wyraźnie najczęściej w przypadkach świeżych. W przypadkach prze- wlekłych zlewają się ze sobą ogniska, które po- czątkowo leżały zdala od siebie. To zlewa- nie się ognisk zachodzi w ten sposób, że nastę- pnie niemożliwym się staje ustalenie ich pier- wotnego związku z drogami naczyniowymi“. B. sądzi, że zmiany w samych naczyniach są natury wtórnej, t. j. że powstają one wskutek wzmożo- nego wchłaniania rozpadającej się tkanki. „W lo- kalizacji ognisk napotykamy jednak wskazów- kę, dotyczącą tej częstokroć ciemnej etiologii cierpienia. Badając obrazy mikroskopowe, o- trzymujemy często to wrażenie, że jakaś mate- rya szkodliwa wtargnęła przez naczynia do tkanki i wywołała tutaj całą tę sprawę. Ściany naczyń pozostają częstokroć nietknięte“. Zale- żność ognisk od przebiegu naczyń, bardzo dale-

ko sięgające podobieństwo pomiędzy ogniskami *myelitis disseminatae acutae*, a ogniskami świeższymi w *sclerosis multiplex* wystarczają, ażeby uzasadnić nazwę „zapalenie“ dla interesującej nas sprawy histopatologicznej. Zapalenie to nie jest jednak nigdy wyłącznie, ani pierwotnie mięszkowe, ani śródmięszkowe. Sprawa ta jest, jak sądzi B., zarówno pierwotnie mięszkowa, jak i śródmięszkowa, t.j. zarówno neurogleia, jak i włókna nerwowe uczestniczą od samego początku w całym tym procesie. Udział włókien nerwowych jest jednak bardziej jednolity, niż udział neuroglei.

Przechodzimy obecnie do opisu naszego przypadku, który bliżej określa stosunek, zachodzący pomiędzy *sclerosis multiplex* i *myelitis disseminata*, i rzuca poniekąd światło na patogenezę stwardnienia wielogniskowego.

Chora P. W. 22 lat licząca, przy mężu w Brześciu Litewskim zamieszkała, przybyła do szpitala w dniu 23 marca 1904 r. z zupełnym porażeniem obydwóch kończyn dolnych, z obszernymi odleżynami na pośladkach, w stanie gorączkowym. O przebiegu obecnego cierpienia zdołano się dowiedzieć od chorej następujących szczegółów. Mniej więcej 3 lata temu chora zaczęła cierpieć na bóle w obydwóch dolnych kończynach, bóle te stawały się zwłaszcza silnymi w nocy, kiedy chora leżała w łóżku przykryta kołdrą. W ciągu roku bóle były jedynym objawem cierpienia, gdyż siła mięśniowa i zdolność ruchowa w dolnych kończynach były wtedy w zupełności zachowane. 2 lata temu stan chorej zaczął się pogarszać, a mianowicie kończyny dolne zaczęły stopniowo słabnąć. Chora według własnych słów chodziła wtedy, jak kaleka, z wielkim wysiłkiem powłócząc nogami, jednocześnie bóle w nogach stały się bardzo silnymi, czynność pęcherza była wtedy jednak zupełnie sprawna. I dopiero 1 rok temu zjawilo się nietrzymanie moczu. 2 miesiące temu chora dostała silnej gorączki, dochodzącej do 41,5°, i wtedy zupełnie utraciła władzę w nogach, i je-

dnocześnie na krzyżu i pośladkach zaczęła się szybko tworzyć obszerna odleżyna. Gorączka trwała wówczas około 4 tygodni.

Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, nadzwyczaj wychudzona. W narządach jej wewnętrznych żadnych zmian widocznych nie znajdujemy. Ciepłota 38,5°.

Głowa nie jest bolesna przy opukiwaniu, źrenice równe, reagują na światło i akomodację prawidłowo. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Przy krańcowych położeniach gałek ocznych na wewnątrz i na zewnątrz zauważyć się w nich daje oczopląs (*nystagmus*) w nieznacznym stopniu. Ruchy mimiczne twarzy zachowane. Czucie na głowie i twarzy zachowane, żucie prawidłowe. Ruchliwość języka normalna. Łykanie i wymowa normalne.

W górnych kończynach zdolność ruchowa i siła mięśniowa normalne. Wszystkie rodzaje czucia zachowane. Odruchy z *m. triceps* i z kości promieniowej zachowane. Chodzić chora nie może. W pozycji leżącej, jeżeli nakazać chorej wykonywać ruchy nogami w stawie biodrowym i kolanowym, spełnia ona rozkaz nadzwyczaj powolnie i niechętnie; ruchy są bardzo nieznaczne co do objętości i siły, i aczkolwiek skurcze mięśni przy tych wysiłkach są widoczne, lecz efekt ruchowy minimalny. Przy ruchach biernych zauważyć się daje dosyć znaczne wzmożenie napięcia mięśniowego, zwłaszcza podczas ruchów w stawie kolanowym. Czucie położenia zachowane w obydwóch stawach biodrowych i kolanowych. Przy ruchach biernych w stawach skokowych chora daje często odpowiedzi mylne. W palcach prawej stopy czucie to jest zupełnie zniesione, w palcach lewej — osłabione. Czucie dotykowe, bólowe i czucie temperatury są wogóle na dolnych kończynach zachowane, znajdujemy jedynie zniesienie wszystkich tych rodzajów czucia na całej przedniej powierzchni prawej goleni i stopy oraz na dolnej połowie tylnej powierzchni tejże goleni i na podszewie.

Odruchy kolanowe są z obu stron żywe, lecz nie łatwo je wywołać wskutek wzmożonego napięcia mięśni. Odruchu ze ścięgna Achilles'a z prawej strony wywołać nie można, z lewej odruch ten jest średnio żywy. Przy drażnieniu skóry prawej podeszwy żadnego odruchu nie otrzymujemy, przy drażnieniu lewej otrzymujemy tyłozgięcie wszystkich palców wraz ze stopą, której ruch ma charakter ruchu obronnego (Abwehrbewegung). Na tułowiu wszystkie rodzaje czucia są zachowane. Odruchów brzusznych z obu stron wywołać nie można. Nietrzymanie moczu i kału. W okolicy *os sacrum* i obydwóch *trochanteres* — obszerne i głębokie odleżyny.

U chorej zaczęto stosować zastrzykiwania *Hydrargyri sozodolici*, lecz wkrótce wobec braku jakiegokolwiek skutku zaprzestano leczenia swoistego. Gorączka nie ustawała, dochodziła nieraz do 40 stopni, często zjawiały się dreszcze, ogólne osłabienie postępowało. Odleżyny szybko się zwiększały. Nietrzymanie moczu i kału trwało bez przerwy.

17. IV. Chora skarżyła się na duszność, silne dreszcze i pragnienie. Obiektywnie dawało się zauważyć bardzo częste oddychanie, zmian widocznych w płucach nie stwierdzono. Tętno 96. Ciepłota 39,2°. Odleżyny powiększyły się tak znacznie, że obnażyły kości zarówno w okolicy kości krzyżowej, jak i obydwóch skrętów (*trochanteres*), a nawet górnych części kości udowej.

18. IV. Tętno 108, małe, miękkie. Ciepłota 36,0°. Cała prawa dolna kończyna obrzęknięta. Nietrzymanie moczu na pewien czas ustaje, i mocz zatrzymuje się na czas dłuższy. Chora senna, nie chce przyjmować pokarmów. Oddech utrudniony. Nad dolnym płatem prawego płuca słyhać oddech oskrzelowy.

19. IV. Ciepłota 36,2°. Tętno 124. R. 34. Chora zupełnie nie może wydobyć głosu, jest senna, osłabiona. Oddech utrudniony. Zjawił się

obrzęk i na lewej kończynie i przechodzi na tułów.

20. IV. Ciepłota 37,2°. Tętno 136. R. 40. Zupełny bezgłos. Z tyłu nad obydwoma dolnymi płatami płuc słyhać oddech oskrzelowy. Odleżyny jeszcze się zwiększyły, z prawej strony obnażona jest $\frac{1}{3}$ górna część kości udowej, kość krzyżowa obnażona *in toto*. Chora senna, brak apetytu zupełny.

21. IV. Rano o godz. 11 min. 10 zastano chorą w agonii. Ciepłota 35,8°. Zmarła o godz. 12 min. 5.

Sekeya wykazała, co następuje:

Dura mater zupełnie normalna i nie zrośnięta z rdzeniem. *Pia mater* zmian makroskopowych nie przedstawia. Po rozcięciu opony twardej wycieka dużo płynu mózgo-rdzeniowego, i rzucają się w oczy zmniejszone rozmiary rdzenia. Rozmiar rdzenia szyjowego na świeżym przekroju poprzecznym wynosi w kierunku frontalnym 1,25 ctm., w kierunku sagitalnym 0,7 ctm. W środkowej części grzbietowej — w kierunku frontalnym — 0,8 ctm., w sagitalnym 0,55 ctm. W zgrubieniu lędźwiowym — w kierunku frontalnym 0,9 ctm., w sagitalnym — 0,8 ctm.

Na przecięciach rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej, grzbietowej i szyjowej widzimy typowe ogniska sklerotyczne. Konsystencja rdzenia jest wszędzie, specjalnie zaś w odcinkach lędźwiowo-krzyżowych, dość twarda. Rozmiękczenia nigdzie nie ma ani śladu. Na tylnej powierzchni rdzenia, zaczynając od środkowej części grzbietowej aż do górnych odcinków lędźwiowych, widać znaczne przekrwienie naczyń. Mózg i mózdzek o wymiarach niezmnieszonych. Rdzeń przedłużony ścieńczały. *Pia mater*, pokrywająca brzuszną i grzbietową jego powierzchnię, wydaje się ciemno szarą i nie jest gładka.

Po utrwaleniu w dmuchromku potasu nie stwierdzono na przekrojach przez półkule mózgowie żadnych zmian. Również żadnych zmian

nie znaleziono w utrwalonym mózgu na przekrojach, które wykonano w kierunku frontalnym przez cały mózg w odstępach 1 cm.

Mikroskopowo był zbadany całkowity układ nerwowy ośrodkowy, t. j. zarówno części powierzchni półkul mózgowych, jak i pień i rdzeń pacierzowy. Z tego ostatniego sporządzono nieprzerwaną seryę kawałków, zaczynając od pierwszego odcinka lędźwiowego aż do najbardziej dystalnych części rdzenia (*pars coccygealis*). Z części grzbietowych i szyjowych powijmowano kawałki ze wszystkich odcinków (do IV odcinka szyjowego włącznie). Pień mózgowy rozłożono na kawałki, zaczynając od I odcinka szyjowego aż do okolicy *pedunculus cerebri* włącznie. Wszystkie te kawałki obrobiono następującymi metodami barwienia: WEIGERT'a, MARCH'ego, NISSL'a, v. GIESSON'a, karminową, ałunowo-hematoksylinową i BIELSCHOWSKY'ego. Uważamy za bezcelowy opis szczegółowy tych zmian, które stwierdziliśmy na rozmaitych wysokościach rdzenia i pnia mózgowego. Będziemy się trzymali przy opisie tego planu, że podamy 1) w ogólnych tylko zarysach opis ognisk, napotykanych na rozmaitej wysokości osi nerwowej (lokalizacja samych ognisk jest widoczna z załączonych fotogramów) i 2) główną uwagę zwrócimy na charakter histopatologiczny zmian.

Co do rozciągłości ognisk i ich lokalizacji na przekrojach poprzecznych, to znacznie większe zmiany mogliśmy stwierdzić w rdzeniu pacierzowym, aniżeli w pniu mózgowym. W rdzeniu pacierzowym ogniska zajmowały prawie na wszystkich wysokościach większą, a w każdym razie znaczną część przekroju. W pniu mózgowym znajdowano natomiast dość małe ogniska,

porozrzucane po polu przekrojowym, przy czem znaczna przewaga była po stronie tkanki normalnej. W miarę posuwania się ku częściom proksymalnym pnia mózgowego, ogniska stawały się rzadsze i mniejsze, a na przekroju poprzez *pedunculus cerebri* i wzgórza wzrokowe ognisk właściwych już nie znaleziono zupełnie. Tutaj spostrzegano tylko przekrwienie naczyń, które wskutek tego rzucały się w oczy jaskrawiej, aniżeli w tkance normalnej. Po zatem można było stwierdzić nadzwyczaj wybitne rozszerzenia przestrzeni okołonaczyniowych (w naczyniach większych) i umiarkowane nacieczenia drobnokomórkowe.

Analogiczne zmiany naczyniowe, bez widocznego uszkodzenia tkanki nerwowej, stwierdziliśmy również w kawałkach, wyjętych z zawojów czołowych, centralnych i potylicznych i to zarówno w naczyniach, biegnących w korze, jak i w podkorowej istocie białej.

Podkreślamy więc ten fakt znamienny, że w przypadku naszym proces chorobowy objął całkowity układ nerwowy ośrodkowy, t. j. nie tylko rdzeń, lecz i pień mózgowy i półkule mózgowie. Napięcie tego procesu było najsilniejsze w rdzeniu (bardzo rozległe ogniska), zmniejszało się w pniu mózgowym (drobniejsze ogniska ze znaczną przewagą tkanki normalnej) w kierunku proksymalnym. Zaczynając od okolicy nóżek mózgowych aż do kory mózgowej proces ten ograniczał się do zmian wyłącznie w naczyniach bez widocznego uszkodzenia tkanki nerwowej.

(C. d. n.)

WYKŁADY KLINICZNE.

A. ALEXANDER.

LECZENIE CHOROBY BASEDOW'A antithyreodina Möbius'a

Różne środki, jakie dotąd stosowane były dla leczenia choroby BASEDOW'a, nie zyskiwały sobie prawie nigdy ogólnej aprobaty. Zdania co do ich wartości i skuteczności zazwyczaj bywały sprzeczne; zalecany np. przez wielu lekarzy jod, bądź to wewnętrznie, bądź to zewnętrznie, nie znajduje uznania u KRAUS'a, który uważa go nawet za szkodliwy; zalecana często naparstnica w przypadkach niepowikłanych organiczną chorobą serca, również jest przez MÖBIUS'a uważana za szkodliwą i t. d.

Sprzeczności te wynikają przeważnie z braków i niedokładności wiedzy lekarskiej co do istoty i patogenezy omawianej choroby — o ile np. niektórzy, jak BUSCHAN, uważają ją za ogólną neurozę, o tyle inni, a zwłaszcza MÖBIUS zapatrują się na nią, jako na cierpienie, spowodowane głównie zmianami w jakości i ilości wydzieliny gruczołu tarczowego. Ostatni pogląd podzielają też chirurgowie; usuwają oni więc w chorobie tej część gruczołu, aby na tej drodze osiągnąć zmniejszenie się hipersekrecji tegoż. Ponieważ jednak operacja tego rodzaju zazwyczaj często powtarzana być musi, aby przez stopniowe usuwanie tkanki wola dojść do pozostawienia takiej tylko jej części, jaka konieczna jest dla pełnienia funkcji gruczołu w zakresie fizjologicznym — a więc, aby przez usunięcie zbyt wielkiej jego części nie wywołać stanu wręcz przeciwnego chorobie BASEDOW'a t. j. obrzęku śluzowego (*myxoedema*) — przeto samo przez się się rozumie, że dla chorego — zwłaszcza, jeśli wziąć przytem pod uwagę współdziałanie, jakie serce w sprawie chorobowej przyjmuje — takie wielokrotne operacje pożądane, ani obojętne

być nie mogą, i że *eo ipso* inne mniej heroiczne i bardziej do celu prowadzące metody lecznicze żywe budzą zainteresowanie.

Wychodząc z zasady, że — skoro objawy obrzęku śluzowego, polegające na displazji lub aplazji gruczołu tarczowego, mogą być usuwane lub przynajmniej znacznie łagodzone przez wprowadzenie do ustroju soku z tegoż gruczołu. MÖBIUS i LANZ doszli do wniosku, że dla leczenia objawów w sprawie znaczenia wprost przeciwnego — hiperplazji gruczołu — chorobie BASEDOW'a, dla ustroju pożytecznym powinno się okazać wprowadzenie doń produktów przemiany materii zwierząt, u których aplazję gruczołu tego sztucznie wywołano. Sprawę, tu zachodzącą, rozumieć należy w ten sposób, że substancje, w nadmiarze przez uległy hiperplazji gruczoł wydzielane i szkodliwie na ustrój nadmiarem tym wpływające, okazują szczególną skłonność do łączenia się z produktami przemiany materii (zwłaszcza z surowicą krwi) zwierząt thyreidektomizowanych — oraz że zostają przez produkty te zubożniane. Otóż LANZ, BURGHART i BLUMENTHAL u dotkniętych chorobą BASEDOW'a chorych, którym podawali mleko zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczowego, nawet w ciężkich przypadkach znaczną stwierdzali poprawę. Równie dobre wyniki otrzymywał też MÖBIUS przy podawaniu *per os* surowicy krwi thyreidektymizowanych jagniąt — aczkolwiek przy podskórnym stosowaniu jej — wbrew twierdzeniu BALLET'a i ENRIQUEZ'a — poprawy nie spostrzegał. Spożywanie mięsa takich zwierząt również nie okazywało wpływu na sprawę chorobową.

Autor notuje tu trzy przypadki choroby BASEDOW'a, w których stosował surowicę MÖBIUS'a. I-szy dotyczy kobiety zamężnej lat 40, chorej od lat 8-iu, II-i również kobiety zamężnej, chorej od 3½ miesiąca i wreszcie III-ci a mężczyzny lat 41, chorego od 1½ roku. We wszyst-

kich trzech przypadkach stwierdził on doskonałe wyniki takiego leczenia, poprawa ujawniała się nie tylko subiektywnie lecz i obiektywnie, niepożądanych objawów ubocznych przy stosowaniu surowicy nie było żadnych.

W przypadku pierwszym chora, która już lata całe bezskutecznie, albo raczej ze skutkami ujemnymi, leczona była wszelkimi zalecanymi w takich razach środkami, już na drugi dzień prawie po podaniu surowicy poczęła się czuć znacznie lepiej; niepokój się zmniejszył, bezsenność ustąpiła miejsca spokojnemu snowi. W przypadku drugim chora, która całymi tygodniami sypiać mogła po parę godzin na dobę jedynie przy stosowaniu środków nasennych, już po kilku gramach surowicy sypiała spokojnie snem naturalnym.

Obiektywnie działanie surowicy ujawniało się przybieraniem na wadze: w pierwszym przypadku stwierdzono w ciągu 5-iu tygodni 6½ funta przybytku na wadze, w drugim w ciągu 10 tygodni 14 funtów, w trzecim 6 funtów w ciągu siedmiu tygodni. Fakt ten objaśnia się zubożającym wpływem surowicy względem nadmiaru produktów gruczołu tarczowego, szkodliwie na przyswojenie białka i tłuszczów w ustroju oddziaływających. Dalej zanotować się dało szybkie i pomyślne oddziaływanie na sam gruczoł, który już wkrótce po rozpoczęciu leczenia surowicą — we wszystkich trzech przypadkach zmniejszył się, stał się mniej twardym, z czego znów wnosić wypada, że uległa hiperplazji tkanka gruczołu częściowo zanikła, czy też zjałowaciała (*Verödung*) i że wskutek tego, nadprodukcya wydzieliny gruczołowej się ograniczyła.

We wszystkich trzech przypadkach stwierdzić się również dała znaczna poprawa względem przypadłości nerwowych.

W przypadku drugim i trzecim wysadzenie gałek ocznych (*Exophthalmus*) zupełnie ustąpiło, w przypadku pierwszym zaś znacznie się zmniejszyło. W przypadku 1-ym i 3-im zmniejszyło się też drżenie (*Tremor*) ciała, zwłaszcza kończyn górnych, a w przypadku drugim ustąpiło nawet zupełnie.

Co się tyczy oddziaływania leczniczego surowicy na serce, to wbrew twierdzeniu BURGHART'a i BLUMENTHAL'a, że najmniej ono się tu

zaznacza, autor na zasadzie przytoczonych przypadków twierdzi, że, przeciwnie, okazuje ono wpływ wybitny, którego stopień warunkuje się okolicznością, czy w sercu doszło już do zmian organicznych, czy też źródła przypadłości ze strony tegoż po za niem jedynie doszukiwać się należy. Wogóle w przypadkach swoich stwierdzał on wyraźne co do zaburzeń sercowych polepszenie. W przypadku drugim, datującym wszystkiego od 3-ich miesięcy, gdzie przyjęcie należało, że przyczyna zaburzeń tych nie w sercu się kryła, wpływ surowicy okazał się najpomyślniejszym: arytmia ustąpiła zupełnie i nawet po zupełnym odstawieniu surowicy więcej już się nie pojawiła, — przyspieszona zaś czynność serca, po zaprzestaniu podawania surowicy, dała się już umiarkować małymi dawkami napastrnicy i po zaniechaniu tych nawet umiarkowaną pozostała. W przypadkach pierwszym i trzecim, w których choroba trwała już długo, i w których wywiązały się już organiczne zmiany w sercu, surowica nie mogła już tak pomyślnie oddziaływać. W przypadkach tych wskutek przewlekłej sprawy zapalnej mięśnia sercowego (*Myocarditis*) arytmia i napady *palpitationis cordis* (do 160 uderzeń) w części tylko, t. j. o tyle, o ile źródło ich kryło się poza sercem, pod wpływem surowicy ustąpiły, o ile zaś zależne one były od organicznych zmian w mięśniu sercowym — a więc, o ile jako na takie surowica oddziaływać już nie mogła, pozostały w mierze.

Szkodliwego wpływu stosowania surowicy w przypadkach, powikłanych organicznymi zmianami w sercu — autorowi — wbrew twierdzeniom BURGHART'a i BLUMENTHAL'a, zauważyć się nie udawało.

Obok podawania surowicy u chorych stosowano jeszcze słone kwasowęglowe kąpiele, o ile jednak te wpływają na utrzymane polepszenia, otrzymanego już przez stosowanie surowicy, autor orzec jeszcze nie może, notuje tylko więc po kąpielach takich w przypadku drugim i trzecim zmniejszenie się liczby tętna oraz wzmożenie się ciśnienia krwi. Zaznacza on jeszcze chwilowe wzmożenie się częstości tętna w początkach stosowania surowicy — przypisuje je jednak tylko pobudzeniu psychicznemu, spowodowanemu stosowaniem nowego środka.

Ilość użytej surowicy w ciągu cyklu leczenia w pierwszym przypadku wynosiła 43, w drugim 105 (30+75), w trzecim 50 gramów; — podawana zaś pojedynczemi dawkami, 1 — 15 grm. *pro die*.

Działanie tych dawek zawsze wyraźnie się zaznaczało — nigdy jednak przytem, przy stosowaniu nawet dawek większych, jak 3 razy dziennie po 5 grm, ubocznych jakich niepożądanych objawów zauważyć się nie dawało. O ile więc ze względów powyższych wysokość dawki surowicy, do jakiej można dochodzić *pro die*, jest dość dowolna i ściśle, jak dotąd, się nie określa, o tyle ważniejszą sprawą jest określenie ogólnej ilości surowicy, jaką podczas całkowitego leczenia się podaje.

Skuteczność zbyt małej jej ilości okazuje się raczej tylko przejściową. Tak też było w przypadku drugim, gdzie po chwilowem polepszeniu, osiągniętem spotrzebowaniem 30-u grm., — nawrót uprzednich przypadłości chorobowych zmusił do zastosowania jeszcze grm. 75-u; dopiero po przyjęciu tej ilości (a więc ogółem grm. 105-u) przypadłości te ustąpiły i, jak dotąd, choć minęły już dwa miesiące od zaniechania dalszego podawania surowicy, — wcale się nie ujawniają. Wogóle jednak trudno jest jeszcze wypowiedzieć się co do ilości surowicy, koniecznej do zupełnego usunięcia objawów chorobowych, i co do możliwości osiągnięcia tą drogą trwałego wyleczenia choroby BASEDOW'a.

Że jednak zbyt szafować surowicą nie należy, może za dowód tego posłużyć przypadek DURING'a, w którym tenże po zastosowaniu u chorego 250 grm. antithyreoidiny (surowicy) wraz z ustąpieniem objawów choroby BASEDOW'a zauważył lekkie objawy śluzo obrzękowe — fakt, który jednocześnie może stanowić ważny przyczynek do teorii MÖBIUS'a o patogenezie *Morbi Basedowi*.

Wogóle przy leczeniu najlepiej się trzymać metody stopniowego stosowania surowicy. Podaje się więc ją choremu w cyklu leczenia w ilości grm. 40 — 50 i odstawia się wraz z ustąpieniem objawów chorobowych. Jeśli te jednak powracają, co stanowi dowód, że substancja chorobotwórcza nie zupełnie jeszcze zubożoną została, podaje się w następnym cyklu znów grm. 40 — i w ten sposób w dalszym ciągu leczenie takie powtarzać należy aż do ustania nawrotów. Przez takie więc ostrożne i stopniowe stosowanie surowicy unika się z jednej strony błędu DURING'a (t. j. wywołania objawów obrzęku śluzowego), z drugiej zaś strony osiąga się stan stopniowego i umiarkowanego zjałowienia (*Verödung*) znacznej części gruczołu — na co wskazuje już zmniejszenie się jego objętości.

(Münch. Med. Woch. N. 29 — 1905 r.)

F. Gr.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

69. F. E. SONDERN. Obecne rozpoznawcze znaczenie badania krwi w chirurgii.

W pracy niniejszej autor głównie interesuje się praktycznym zastosowaniem badania krwi przy określaniu istnienia i stopnia spraw zapalnych, a szczególnie obecności lub braku wysięku ropnego. Za wskaźnik spraw takich w ciągu

szeregu lat ostatnich uważano liczbę leukocytów w danej objętości krwi i starano się oznaczyć stopień leukocytozy właściwy sprawom zapalnym bez wysięku, — z wysiękiem surowiczym, z wysiękiem ropnym i wreszcie tukiemu zakażeniu ustroju wogóle, które wszelką interwencję chirurgiczną czyniłoby już zabiegiem bardzo niepewnym.

Przytoczywszy pobieżnie zapatrywania niektórych autorów (SADLER, CABOT, GRIES, BLOODGOOD, JOY, WRIGHT, DEEVER) na znaczenie leukocytozy w rozmaitych sprawach zapalnych oraz te mylne nieraz wnioski, jakie ze zwiększenia obrachunku leukocytowego wyciągano, dochodzi do przeświadczenia, że, jeśli obrachunek taki do mylnych pod względem dyagnostycznym niekiedy prowadził wyników, to było to raczej skutkiem tego, że brano tu pod uwagę jedynie liczbę leukocytów. Pomijając już to, że liczba ich jakoby konieczna dla ujawnienia spraw zapalnych ropnych rozmaicie przez różnych badaczy była oceniana, oraz że nie jeden z nich na zasadzie obserwowanych przez siebie przypadków liczbę tę, jako kryterium dla takich spraw, niejako dowolnie oznaczał, — nie małą refleksję budzi fakt, że w niektórych takich sprawach ropnych albo wcale, albo słabą tylko leukocytozę wykazała się udawało.

Fakt, że wobec wysięku ropnego może nie być zwiększonej liczby leukocytów ujemnie poniekąd wpływał na wartość rozpoznawczą leukocytozy. Rzecz jednak trochę inaczej się przedstawia, jeżeli wziąć pod uwagę, że leukocytoza jest w znacznej mierze zależna od odporności ustroju względem zakażenia, że więc dlatego stopień jej jedynie — nie może być wskaźnikiem intensywności sprawy chorobowej. Należyta odporność powoduje znaczną leukocytozę nawet przy słabej infekcyi, słaba słabą w nieznacznej, a może nawet i żadną w ciężkiej. Z drugiej znowu strony w braku sposobów oznaczenia tej odporności z dostateczną dokładnością, celem wykazania wpływu tego czynnika na liczbę leukocytów — dopatrywać się należy źródła tych zawodów, jakich chirurg doznaje przy posługiwaniu się obrachunkiem leukocytowym dla stwierdzenia rozpoznania.

Jeszcze przed 5-oma laty leukocytoza 10000 w pewnych razach była przez niektórych uważana za dowód obecności ropy — z czasem jednak w literaturze ujawnia się tendencya do coraz większego podwyższania tej liczby: CAZIN i Gros utrzymują, że leukocytoza 20000 — 22000, utrzymująca się na tej wysokości lub wznosząca się do 25000, wskazuje na ropienie; niemieccy badacze uważają, że ropienie podejrzewać można dopiero przy 25000, francuzcy zaś uważają, że, ażeby można było podejrzewać ro-

pienie, konieczna jest leukocytoza conajmniej 35000 — aczkolwiek obecność ropy stwierdzić się niekiedy daje przy znacznie niższej kalkulacji.

Autor, opierając się na licznych bardzo badaniach krwi, dokonanych u chorych chirurgicznych, twierdzi, że jakościowy t.j. różniczkowy obrachunek leukocytów daje o wiele lepsze wskazówki co do charakteru sprawy zapalnej, i że leukocytoza z pewnym określonym obrachunkiem jakościowym jest wyraźnym i pod względem klinicznym wielce ważnym wskaźnikiem stopnia odporności ustroju; twierdzi, że z licznych obserwacji własnych przekonał się, że obrachunek taki oddawał mu często wielkie usługi przy kwalifikowaniu przypadków do operacyi, której ani objawy kliniczne, ani stopień istniejącej leukocytozy nie zdawały się usprawiedliwiać.

Otóż zestawienie wyników bardzo licznych przezeń dokonanych badań krwi co do średniej odsetki w niej leukocytów rozmaitych typów u osobników zdrowych (małe limfocyty 24—35, śred. 28,0; duże limfocyty 3—10, śred. 7,5; wielojądrowe neutrofilowe leukocyty 59—68, śred. 62,0; eozynofilowe leuk. 0,2—4, śred. 1, bazofilowe śred. 0,2) z wynikami takichże badań u chorych chirurgicznych doprowadziły go do wniosku, że wskaźnikiem niezmiernie ważnym, decydującym o znaczeniu danej leukocytozy a względnie o potrzebie lub zbyteczności operacyi, są właśnie wielojądrowe leukocyty.

Biorąc więc czynnik ten pod uwagę, na zasadzie danych, otrzymanych z badań krwi w 1415 przypadkach chirurgicznych, notuje on trzy odmiany drobnowidzowego obrazu krwi w sprawach zapalnych.

I. Odsetka wielojądrowych leukocytów poniżej 70% przy zapalnej leukocytozie jakiegobądź stopnia wyłącza istnienie zgorzeli i ropienia i jest zwykle wskazówką należytej odporności względem infekcyi. Wślad za autorem przytaczamy tu dwa przypadki, które rzecz ilustrują.

1) Młoda kobieta. Ciątek czerwonych 4,900,000. Hemoglobiny 82% (FLEISCHL). *Otitis media serosa*. Nadto silny ból, tętno i t. d. nasuwają podejrzenie zajęcia wyrostka sutkowego. Leukocytoza 28,400. Leukocytów wielojądrowych 59,7%. Objawy chorobowe i leukocytoza

wskazywałyby niezwłoczną operację, normalna jednak odsetka leukocytów wielojądrowych skłaniała do wyczekiwania, i rzeczywiście do ropienia nie doszło, chora wyzdrowiała.

2) Chłopiec w okresie zdrowienia po ostrej zakaźnej chorobie; występują objawy *appendicitidis acut.* Leukocytoza 25000 i objawy wskazywały operację, lecz ogólny stan chorego czynił ją zabiegiem ryzykownym, a odsetka leukocytów wielojądrowych 63,5 przeważała szalę na korzyść zaniechania jej. Ropienie się nie ujawniło. Wyzdrowienie.

II. Zwiększona odsetka leukocytów wielojądrowych przy nieznacznej leukocytozie albo chociażby zupełnie bez niej jest niezaprzeczną wskazówką istnienia sprawy zapalnej, której charakter określa się wprost wysokością tej odsetki. Przy odsetce leukocytów wielojądrowych mniejszej niż 80% wysięk ropny lub zgorzel wyjątkowo daje się spostrzegać; przypadki takie przy odsetce 73 dają się obserwować niekiedy u dzieci, lecz u tych już w stanie normalnym odsetka leukocytów wielojądrowych jest stosunkowo niższa, aniżeli u dorosłych. Powyżej 80% prawdopodobieństwo spraw takich się wzmaga, a przy 85% i wyżej autor zawsze stwierdzał wysięk ropny lub zgorzel bez względu na stopień leukocytozy; 90% i po nad to wskazywało zawsze na znaczne zakażenie ustroju, a wszystkie przypadki operacji przy odsetce leukocytów wielojądrowych 94,5 miały niezmiennie zejście śmiertelne.

Otóż przypadki, wchodzące w zakres tej (II) kategorii, z nieznaczną lub żadną leukocytozą zapalną budzą najżywszy interes dla tego, że tu ze względu na słabą odporność ustroju najczęściej okazuje się koniecznym leczenie operacyjne.

Autor przytacza kilka przypadków.

1) Młoda kobieta. Ciałek czerw. 4,208,000. Hemoglobiny 72% (FLEISCHL). Zapalenie tkanki łącznej (*cellulitis*) w jamie miednicy wskutek infekcji streptokokowej. Niewyraźne objawy ropnia. Rachunek leukocytowy 7200. Odsetka leukocytów wielojądrowych 87 wskazywała operację, po skutecznieniu której wydano znaczną ilość ropy. Wyzdrowienie.

2) Słabowita kobieta. Czerwonych ciałek 4,400,000. Hemoglobiny 70%. *Appendicitis.* Leukocytoza 13,200. Leukocytów wielojądrowych

82,4%. Operacja, którą nieco opóźniono na żądanie lekarza konsultanta, wykazała przedziurawiony *proc. vermicularis* w stanie zgorzeli i rozlane zapalenie otrzewny.

3) Młody człowiek. Ciałek czerwonych 4,820,000. Hemoglobiny 80%. W okresie zdrowienia po operacji, dokonanej *ex re otitidis purulent. med.* z zajęciem *proc. mastoidei*, począł doznawać przypadłości meningealnych. Leukocytoza 11.900. Leukocytów wielojądrowych 82,3%. Operacja wykryła ropień. Śmierć wskutek zapalenia opon mózgowych.

III. Zwiększona odsetka leukocytów wielojądrowych z wyraźną zapalną leukocytozą. W zakres tej grupy wchodzi większość spraw zapalnych z wysiękiem ropnym lub brakiem tegoż. Tutaj, równie jak w grupie II-ej, odsetka leukocytów wielojądrowych okazuje się wskaźnikiem, decydującym o charakterze sprawy zapalnej. Tabliczka, poniżej pomieszczona, najlepiej rzecz tę wyjaśnia — zawiera ona niektóre bardziej znamienne z obserwowanych przypadków. (Patrz str. 767).

Wogóle na zasadzie swoich spostrzeżeń autor wysnuwa wniosek, że odporność względem infekcji nie daje się określić samą tylko leukocytozą albo obrachunkiem małych tylko limfocytów, jak twierdzi HOLMES w swej świeżo wydanej pracy, lecz że względnie najlepszym wskaźnikiem stopnia jej i jednocześnie charakteru sprawy zapalnej jest dana leukocytoza wraz z odsetką wielojądrowych leukocytów.

Im większa będzie leukocytoza przy danej odsetce leukocytów wielojądrowych, tem większa będzie odporność ustroju i szanse zwalczania infekcji i naodwrot. Z tego względu chory, dotknięty sprawą zapalną, lecz bez wysięku ropnego, przy leukocytozie 25000 i odsetce leukocytów wielojądrowych 75, jest w znacznie lepszych warunkach, aniżeli gdyby leukocytoza jego była tylko 10000; dotknięty zapaleniem ostrem z wytworzeniem się ropnia, przy leukocytozie 30.000 i odsetce leukocytów wielojądrowych 84, jest w lepszych warunkach, niżeli byłby przy leukocytozie 15000; chory z silnym zakażeniem przy leukocytozie 40.000 z odsetką leukocytów wielojądrowych 92, zwalcza chorobę z większą energią i powodzeniem, aniżeli gdyby leukocytoza jego wynosiła tylko 20.000, a gdyby jego obrachunek leukocytowy wynosił tylko

7.000, oznaczałoby to brak wszelkiej energii ustroju do porania się z infekcją.

Jodofilia czyli odczyn jodowy jako wskaźnik spraw zapalnych i ich stopnia — zdaniem autora — nie odpowiada celowi, naprzód z tego względu, że trudna jest tu często należyta ocena rozmaitych stopni tej reakcji, a powtóre, że od-

Liczba leukocytów.	Odsetka leukocytów w leukocytozach.	Rozpoznanie.	Przebieg.
10.200	75.5	Cholecystitis.	Ani zgorzeli, ani ropnia.
16.900	70.3	Zapal. tk. łącznej (cellulitis) w miednicy.	Nie było ropienia.
20.200	89.8	Appendicitis.	Perforatio. Peritonitis. Zgon.
18.700	71.0	Appendicitis.	Operacji nie robiono. Wyzdrowienie.
21.500	74.0	Zapal. tk. łącznej palca u nogi.	Ropień się nie wytworzył.
19.300	87.1	Appendicitis.	Zgorzel. Peritonit. diffus.
29.800	95.2	Appendicitis.	Zgorzel. Operacja, wyzdrowienie.
20.800	70.7	Appendicitis.	Wyzdrowienie bez operacji.
15.200	84.1	Appendicitis.	Zgorzel, operacja, wyzdrowienie.
15.800	89.9	Appendicitis.	Zgorzel, operacja, wyzdrowienie.
11.900	82.3	Mastoidit.	Ropień, operacja, wyzdrowienie.
15.700	81.6	Mastoidit dupl.	Ropień, operacja.
17.800	59.8	Appendicitis.	Zgorzel, Peritonit
17.900	68.1	Appendicitis.	Wyzdrowienie bez operacji.
9.100	82.2	Appendicitis.	Zgorzel, operacja, wyzdrowienie.

czyn ten zawsze się otrzymuje przy wyraźnej leukocytozie, a tem samem mógłby błędnie kazać wnioskować o ropieniu tam, gdzieby tegoż wcale nie było — *resp.*, gdzie odsetka polinuclearna wcaleby go nie wykazywała.

Co się tyczy hemoglobiny, to jakoby prawidło, że, jeśli odsetka jej jest niższa niż 30%, operacja nie powinna być przedsięwzięta, też wy-

maga pewnego sprostowania, boć — zdaniem autora — przypadek błędnicy przy 4.500.000 czerw. ciałek w milim. sześciu, normalnym obrachunku leukocytowym, a może względnie i z lekką limfocytozą polinuclearną, ma lepsze szanse wytrzymania operacji, niż przypadek małopokrwistości wtórnej, w którym notuje się 50% hemoglobiny wobec 2000.000 ciałek czerw., względnie wysokiej limfocytozy i wyraźnej leukopenii.

(Medic. Record. N. 1794 — 1905 r.)

F. Gr.

70. ALBU (Berlin). Leczenie nadkwaśności i hipersekrety żołądka.

Nadkwaśność okazała się częstszą chorobą od czasu, jak zwrócono na nią większą uwagę. W obecnym stanie nauki możemy uważać nadkwaśność jako nadmierne powiększenie kwasu solnego i odróżniać 4 postacie: 1) hypochlorhydria jako nerwowe zaburzenie czynności wydzielniczej, dość częsty objaw neurastenii żołądka; 2) hyperchlorhydria jako zjawisko, towarzyszące chlorozie; 3) hyperchlorhydria jako przedstadium *ulceris peptici*, 4) hyperchlorhydria jako wyraz *gastritis chronica hyperplastica (acida)*, odróżnianej dopiero w ostatnim dziesięcioleciu i przeciwstawianej zanikowej *gastritis chronica*, prowadzącej do niedokwasu i braku kwasu solnego. Kompleks objawów przy hyperchlorhydrii jest tak charakterystyczny, że rozpoznanie robi się na zasadzie wywiadów i w praktyce częściej, niż się jest do tego upoważnionym, gdyż dopiero ilościowe określenie kwasu solnego po śniadaniu próbnym daje nam zupełną pewność.

Objawami najczęstszymi są: kwaśne odbijanie, zgaga, podnoszenie się kwaśnych potraw, kwaśny smak w ustach, kwaśne wymioty, występujące szczególnie przy niezachowaniu diety, po kwaśnych, ostro przyprawionych i tłustych potrawach, po kawie i napojach wysokokwasowych. Zwykle gniecienie w żołądku i t. p. wzmacnia się czasami i przechodzi w mocne bóle, a nawet kureze, naśladujące tak zwaną gastralgię. Po wymiotach zmniejszają się zwykle te bóle. Początek ich występuje zwykle w 1—3 godziny po przyjęciu pokarmów, co objaśnia się w ten sposób, że chory dopiero wówczas uczuwa nadmiar kwasu solnego, gdy mniejsza lub większa część zawartości żołądka zostaje z niego wyprowadzona, pozostała zaś nie jest dostateczna do

zobojętnienia i związania kwasu, drażniącego teraz wolną błonę śluzową, jak wogóle środek gryzący. Wielu też chorych robi spostrzeżenie charakterystyczne, że te bóle znikają po nowem spożyciu pokarmu. Spotykamy również najczęściej atoniczną, rzadziej spastyczną obstypację, której zwalczenie stanowi nieraz istotną część leczenia. Leczenie musi być w pierwszej linii dyetetyczne, przytem przepisywać powinny być nie tylko negatywne, jak np. zabronione są potrawy kwaśne, sosy, trunki, przyprawy korzenne i inne środki ostre, lecz szczegółowo pozytywne.

Dawniej uważano za dogmat, że dyeta wyłącznie białkowa jest wskazana w nadkwaśności soku żołądkowego, ponieważ doświadczenia eksperymentalne wykazały, że białko może najlepiej wiązać kwas solny. Zalecano tedy takim chorym żywić się prawie wyłącznie mięsem, jajami i mlekiem, później jednak poznano, że dyeta białkowa w tej chorobie ma głowę Janusa; z jednej bowiem strony wiąże wprawdzie nadmierny kwas solny, ale z drugiej strony pobudza błonę śluzową żołądka do zwiększonego wydzielania soku i kwasu. Tymczasem roślinne pokarmy działają łagodnie na podrażnioną błonę śluzową takich żołądków i dlatego już od szeregu lat zalecane są przez JÜRGENSEN'a, SOHLERN'a i innych w nadkwaśności. Zgodnie z powyższymi i autor stosował dietę roślinną, naturalnie, w formie starannie wybranej. Muszą być mianowicie stanowczo wyłączone nie tylko wszelkie surowe niegotowane vegetabilia, ale i przygotowane w kuchni muszą być dobrze rozdrobnione i podane w formie precedzonej polewki, w której nie powinno się znajdować najmniejszych resztek cellulozy z lupin, strączków i t. p. Przy takim przyrządzeniu chorzy dobrze znoszą np. owoce strączkowe. Na pierwszeństwo zresztą przed temi polewkami zasługują i zupy, które rozcieńczają kwaśny sok żołądkowy. Amylacea również tracią szkodliwość, jeżeli na pieczywo wybiera się najdrobniejsze gatunki mąki, z której otręby starannie usunięto. Tym sposobem, chociaż używanie chleba czarnego i razowego jest surowo wzbronione takim chorym, to jednak znoszą oni doskonale chleb pszenny, szczególnie biszkopty, ciastka angielskie (toasts), cakes'y i t. p. Rozdymające gatunki kapusty, ogórki, sałata, rzodkiew i t. p. i surowe owoce są wyłączone, jednak puré ze

szpinaku, kalafiorów, karczochów, marchewki, groszku, kasztanów i t. p., przeciśnięte przez sitko kompoty można podawać bez szkody. Przytem i potrawy białkowe (mięso, ryby, jaja, twaróg i t. p.) są dozwolone i tylko tłuste gatunki mięsa i ryb (jak gęś, wieprzowina, szynka, słonina, węgorz, losoś, śledź i t. p.) trzeba wyłączyć. Ze wszystkich gatunków tłuszczu można używać tylko dobrego nie solonego masła, śmietanki i śmietany, tłuszczu jaj, ponieważ te gatunki łatwo tworzą emulsję. Tłuszczowi wielu autorów przypisuje, nawet słusznie, szczególnie dobrotliwy wpływ na nadkwaśność. W ten sposób objaśnia się skuteczność obfitych dawek oliwy, 3 razy dziennie 1—2 łyżki stołowe najdelikatniejszej oliwy 1—2 godziny po jedzeniu. Cukier trzeicinowy bywa przez jednych dobrze znoszony, inni znów skarżą się właśnie na dolegliwości. Jako napoje obok mleka i śmietanki mogą służyć kakao i czekolada, chociaż i tu spotykamy idiosynkrazyę; lekka herbata jest również nieszkodliwa. Wogóle poleca się nie jadać wiele naraz, lecz potrosze, a w małych pauzach, ażeby wszelki nadmiar kwasu solnego o ile możności szybko wiązać. Dobrze jest również późnym wieczorem przed samem pójściem na spoczynek spożyć lekki posiłek, np. filiżankę mleka, kilka cakes'ów (czytaj keeks), które i podczas nocy mogą się znajdować pod ręką chorego, ażeby, skoro tylko przebudzi się z nieprzyjemnymi uczuciami w żołądku, co najczęściej zdarza się w godzinach rannych, mógł usunąć zaraz dolegliwości.

W ciężkich i uporeczywych przypadkach zaleca się przemywanie żołądka, szczególnie późnym wieczorem w trzy godziny po ostatniem jedzeniu, aby sprowadzić sen spokojny; gdzie to jest trudne, robić przemywanie naczecz. Po przemyciu korzystne jest wlanie do żołądka jakiegokolwiek alkalia w formie zawieszonego w wodzie proszku, najlepiej *magnesiae ustae*, zmieszanej z równą ilością *natrii bicarbonici* (mniej dobrem jest *Magn carbon + Natr. carbon.*) lub wody alkalicznej np. ze źródła Neuenahrskiego. (Der grosse Sprudel zawiera w litrze 0,89 dwuwęglanu sodu i 0,78 dwuwęglanu wapnia i magnezu (przyp. refer.)). Woda mineralna w porównaniu z innymi alkalicznymi roztworami zawiera składniki naturalne w dozach homeopatycznych.

Najskuteczniej jednak hyperchlorhydria da się zwyciężyć na drodze medykamentów, a mianowicie połączenia alkaliów z belladonną, której działanie na zmniejszenie wydzielania kwasu w soku żołądkowym zostało udowodnione przez RIEGEL'a. Następująca recepta może służyć jako wzór:

Extracti Belladonnae 0,3, *Bismut. nitr.*, *Magnesiae ustae*, *Natrii bicarbonici* aa 10,0. MDS.
3 razy dziennie na koniec noża lub $\frac{1}{2}$ zestrychowanej łyżeczki od herbaty w 1—2 godziny po głównych spożyciach pokarmów.

Autor zachwala tabletki do żucia (Magenkautabletten) BERGMANN'a, zawierające oprócz alkaliu pilokarpinę, pobudzającą wydzielanie się śliny.

Uregulowanie stolca, o ile nie pomaga zastosowanie diety roślinnej, osiąga się przez systematyczne podawanie oliwy lub w miarę potrzeby środków czyszczących lub ławatyw.

Supersekrecya*) żołądka, podobnie jak nadkwaśność, nie jest żadną odrębną chorobą, przeciwnie, trzeba tu odróżniać wiele form, a mianowicie: 1) jako komplikację rozstrzeni żołądka — najczęstsza forma supersekrecyi, 2) jako komplikację zaburzeń ruchowych (atonii); 3) jako komplikację *ulceris peptici*, szczególnie *ulceris pylori*, 4) jako komplikację hyperchlorhydrii, 5) jako samoistną *supersecretion continuam* REICHMAN'a i wreszcie 6) jako powrotny sokotok żołądkowy, należący do rzędu nerwic. Supersekrecya łatwo się rozpoznaje przez wypompowanie resztek płynu z czczego żołądka (50—200 cm.³ i więcej) lub po próbnym śniadaniu. W tym ostatnim wypadku stosunek warstwy płynu (po ustaniu się) do osadu stałego równa się 20—10 : 1. Płyn reaguje zwykle mocno kwaśno. Terapia zależy w pierwszym rzędzie od cierpienia zasadniczego. Leczeniu objawowemu poświęca słów kilka.

Przy nadmiernem obciążaniu żołądka płynami—trzeba ograniczyć ilość napojów i płynnych pokarmów do najmniejszej koniecznej miary. Można pozwolić najwyżej trochę mleka i śmietanki. Mleko przez gotowanie doprowadzić do połowy pierwotnej objętości, albowiem woda jest tylko szkodliwym balastem przy pracy ru-

chowej żołądka. Zresztą, jak to już wyżej powiedziano, podawać stałe pokarmy w formie drobno roztartej polewki. Pokarmy podawać w małych porcjach co 1—2 godziny. Nadmierną ilość wody wypompować wieczorem lub rano naczczo. Wreszcie w niektórych uporczywych przypadkach autor radzi uciec się do gastroenterostomii, ażeby dać możność płynom przechodzić do jelit.

(Die Therapie der Gegenwart. April. 1905)

D-r Ant. Pyrz.

71. F. REICHE. Gruźlica i ciąża.

Nie od dziś dopiero kwestya wpływu ciąży na przebieg gruźlicy jest na porządku dziennym. Zajmowano się nią już dawniej. GRISOLLES już w roku 1850 zaznacza wpływ, jaki ciąża, poród i połóg na sprawę gruźliczą wywierają; bardzo rzadko, zdaniem jego, wpływ ten bywa dodatni, częściej żaden, a w przeważnej większości przypadków okazuje się on w sprawie tej czynnikiem dla życia bardzo niebezpiecznym, — zaznacza on jeszcze, że w przypadkach pogorszenia się sprawy gruźliczej wskutek ciąży życie nieraz ratować się daje drogą wywołania sztucznego poronienia. W takimże sensie wypowiada się KAMINER (w r. 1901). Ze spostrzeżeń jego wypada, że ciąża i rozwiązanie najczęściej wprost zabójczo wpływają na chore dotknięte gruźlicą w jej okresie czynnym (*active Tuberculose*) i to nawet w przypadkach, które skądinąd pozwalałyby zrobić rokowanie pomyslnie *resp.* w takich, w których sprawa gruźlicza w płucach była jeszcze ograniczona; w przypadkach takich ujawnia się ona w swej postaci najostrzejszej i gwałtownie szerzy się w płucach. VIRCHOW spostrzegał u kobiet gruźliczych, t. j. dotkniętych gruźlicą płuc, *endometritis tuberculosa* niekiedy wraz z *peritonitis tuberculosa* — wywiązujące się nagle w połogu. CORNET obserwował w takich razach *Nephritis tuberculosa*, TELLNER zaś i SCHAUTA — *Laryngitis tuberculosa*. Nie więc dziwnego, że van YSENDYCK, opierając się na wywodach poprzednich badaczy, na własnych spostrzeżeniach niepomyslnego oddziaływania ciąży na sprawę gruźliczą oraz na wysokiej śmiertelności dzieci, pochodzących z rodziców gruźliczych, odradza wprost kobietom ze stwierdzoną gruźlicą lub choćby o gruźlicę podejrzanym wstępować w związku małżeńskie. MARAGLIANO zaś, wycho-

*) Ze strony filologicznej prawidłowszy jest wyraz *supersecretio* niż *hypersecretio*.

dząc z zasady, że ciąża i połóg nietylko na czynną, lecz i na inne postaci gruźlicy (stacjonarną, a nawet na będącą *in retrogressionem*) również niepomyślnie wpływa, oraz, że pod tym względem rokowania pewnego żadną miarą zrobić nie można, domaga się, aby w każdym wogóle przypadku gruźlicy u ciężarnej ciążę niezwłocznie przerwać i nawet tem mniej z przerwaniem jej się ociągać, im kobieta względnie jest zdrowsza i silniejsza, i im sprawa gruźlicza więcej jest ograniczona i łagodniejsza; troszczy się więc tu jedynie o kobietę, nie dbając wcale o potomka, rad niejako, że nie przysparza się społeczeństwu przyszłego suchotnika.

Autor na zasadzie licznych badań kobiet gruźliczych (701) wysnuwa wniosek, że ciąża u kobiet, dotkniętych cięższą, ograniczoną lub zanikającą sprawą gruźliczą, — albo wreszcie nieszkodliwymi jakoby już dla ustroju jej pozostałościami, nie okazuje się wogóle w tak wysokim stopniu niebezpieczną, żeby usprawiedliwiała skrajne poglądy, wygłaszane przez van YSENDYCK'a i MARAGLIANO'a; gdyby tak bowiem było, to wobec częstych przypadków gruźlicy, z jakimi u kobiet ciężarnych się spotykamy, groźne i w skutkach swoich tak złowrózne nasilenie się jej o wiele częściej powinnyby się zdarzać, aniżeli to praktycznie ma miejsce. Ponieważ jednak przypadki takie, bądź jak bądź, niezrędko się zdarzają, przeto, jeśli tu nawet pominąć małżeństwa osobników, podejrzanych o sprawę gruźliczą, i zawierane często wbrew uznaniu lekarza, tenże winien w każdym poszczególnym przypadku stopień i charakter sprawy gruźliczej właściwie oceniać i odradzać zawierania związków małżeńskich w przypadkach, w których ta względnie przynajmniej wyleczoną została. Pod względem wyleczenia rozumie on wyleczenie takie, przy którym przynajmniej w ciągu lat 2—3, jak twierdzi CORNER — a nie w ciągu jednego roku, jak to oznacza GERHARDT, — od czasu ustąpienia jej objawów te się nie powtarzały. (Wyleczenie w sensie anatomicznym, zdaniem autora, wymaga co najmniej lat 6—12). Lecz i w takich nawet przypadkach, choćby napozór najpomyślniejszych, nie powinien on nigdy o możliwości, że tak rzecz, przebudzenia się uspiętej sprawy chorobowej zapominać i w razach, gdzie istnieją więcej uza-

sadnione co do wyleczenia wątpliwości, na odłożenie związku małżeńskiego nalegać.

Przy „czynnej” jeszcze gruźlicy płuc ze względu na niebezpieczeństwo, jakim zagraża ona przy zajściu w ciążę, małżeństwo winno być stanowczo wzbronione, a u kobiet już zamężnych zalecone unikanie zajścia w ciążę. Jeśli zaś gruźlica ujawniła się dopiero podczas ciąży, to lekarz w postępowaniu swoim kierować się powinien okolicznościami, danemu przypadkowi towarzyszącymi. Ścisłe przeto prawidła pod tym względem ustanowić trudno, należy więc tu wziąć pod uwagę stopień i charakter zmian gruźliczych w płucach, ogólny stan kobiety, okres ciąży i zarazem pamiętać, że wczesny poród sztuczny w takich razach większem znacznie zagraża niebezpieczeństwem, aniżeli *abortus provocatus*, który stosunkowo o wiele mniej bywa niebezpieczny.

W przypadkach gruźlicy płuc z wciągnięciem w sprawę chorobową krtani, z towarzyszącą gorączką, utratą na wadze, — wszelkie czynne wdanie się lekarza, czy we wczesniejszym, czy też w późniejszym okresie ciąży, ze względu na to, że do celu nie prowadzi, winno być zaniechane, i starania jego głównie skierowane być powinny ku uratowaniu dziecka. W przypadkach zaś, w których ciężkie przypadłości pod koniec ciąży zależne są raczej od niej samej, tylko (utrudnienie ruchów oddechowych z dusznością i utrudnioną wymianą gazów w płucach — skutek znacznej objętości ciężarnej macicy i jej parcia ku górze) — przerwanie ciąży okazuje się wskazanem i pomocnem. Wogóle sztuczny poród przedwczesny bywa jeszcze niekiedy wskazany tam, gdzie właściwe wskazanie stanowiłby raczej jedynie *abortus provocatus*. Dozwolony więc, a nawet wskazany jest on w niektórych indywidualnie pomyślniejszych przypadkach czynnej gruźlicy płuc — gdzie siły słabną, gdzie pojawiają się nieznaczne nasilenia gorączki, uparte krwiopłucia (*haemoptysis*), a także przy częstych zaburzeniach w trawieniu, a zwłaszcza przy upartych wymiotach (*hyperemesis gravidarum*).

Nadto FELLNER w przypadkach choćby najłżejszej gruźlicy krtani zaleca niezwłoczne przerwanie ciąży, tuż w jej początku.

W przypadkach, w których *abortus provocatus* jest wskazany, wszelkie ociąganie się z wykonaniem tegoż zwiększa niebezpieczeństwo dla ciężarnej i nie daje przytem żadnej pewności uratowania płodu. Poza wskazaniem lekarzskimi wchodzi tu jednak jeszcze w grę i inne czynniki, jak względy rodzinne, życzenie samej ciężarnej i t. d., z którymi też liczyć się należy.

Nadto zaznacza tu jeszcze autor, że karmienie piersią we wszelkich postaciach i fazach gruźlicy powinno być wzbronione, i że VIRCHOW już zwracał uwagę na wysoce szkodliwy wpływ, jaki ono na dalszy przebieg choroby gruźliczej karmicielki wywiera. Aczkolwiek SCHLOSSMANN i wielu innych poglądu takiego nie podzielają i notują wieloliczne przypadki, w których matki gruźlicze bez szkody dla siebie dziecko karmiły, to jednakże on (autor), pomimo że przypadki takie też niejednokrotnie spostrzegał, stanowczo wypowiada się przeciw karmieniu piersią przez gruźliczą matkę — choćby z tego względu, że pomijając już tu kwestyę odżywczej wartości jej mleka dla dziecka — u osobników takich szczególnie unikać należy wszystkiego, co osłabia i sprzyja wyczerpaniu.

(Münch. med. Woch. N 28 — 1905 r.)

F. Gr.

72. WILMS. Seroterapia pustulae malignae.

Ze względu na troskliwe stosowanie przepisów co do dezynfekcyi skór, sierści i wogóle substancyi zwierzęcych, mających być przerabianymi w fabrykach, warsztatach i t. p., a tem samem — na coraz większą rzadkość przypadków zakażenia wąglikowego, nadto ze względu na i tak już niewielką śmiertelność, nią powodowaną (średnio 5—20%; w Anglii 25,6%, we Włoszech 24,1%), trudno na razie stanowczo wyrokować o wartości leczniczej surowicy przeciwwąglikowej. Wobec więc skąpych statystycznych danych o wartości jej można raczej wnioskować z ciężkości przypadków, w których przy stosowaniu jej nastąpiło wyzdrowienie. Autor przytacza tu dwa takie przypadki.

1) Mężczyzna 50-letni w pięć dni po ujawnieniu się wąglika na lewej skroni przybył do kliniki z silnem obrzmieniem twarzy i szyi aż ku piersi; stan jego następnego dnia jeszcze

bardziej się pogorszył; zjawiała się trudność polykania, skłonność do wymiotów — ciepłota 38°, tętno dość mocne. Siódmego dnia choroby obrzmienie szyi i piersi się wzmogło, chory znacznie osłabł, tętno stało się bardzo częste i tak słabe, że ledwie na tętnicy promieniowej wyczuwać się dawało. Przytomność zachowana. Wobec takiego stanu i niepomysłnego rokowania zastrzyknięto *in venam medianam* 20 ctm. sz., surowicy przeciwwąglikowej; temperatura się obniżyła, nastąpiły obfite poty — tętno jednak wieczorem tegoż dnia — wciąż jeszcze ledwie wyczuwalne. Następnego dnia ciepłota 35,9°, poprawa tętna, w moczu pojedyncze wałeczki szkliste oraz ślady białka. Wieczorem dwa zastrzyknięcia surowicy — po 15 ctm. sz. każde, obrzmienie się zmniejszyło, ogólny stan lepszy. Następane zastrzykiwania dokonywane były raz na dzień i to naprzemian, to w żyłę, to pod skórę, wogóle dokonano 6 iniekcji. Powrót do zdrowia bez powikłań.

2) W drugim przypadku *pustulae malignae* na lewej dolnej powiece na ósmy dzień po przyjęciu do kliniki stwierdzono silny obrzęk całej lewej połowy twarzy i szyi; ciepłota 39,3°. Stan ogólny względnie niezły. Wieczorem zastrzyknięcie 20 ctm. sz. surowicy w żyłę. Chory w nocy niespokojny, nieco majaczy, tętno małe. Miejscowo sprawa *in statu quo*. Rano ciepłota 38,7°. Dwie iniekcye śródżylnie po 20 ctm. sz. Obrzmienie w ciągu kilku następnych dni ustąpiło, i chory szybko do zdrowia powrócił.

Aczkolwiek więc stosowanie surowicy w dwóch tych przypadkach, ze względów wyżej notowanych, kwestyi specyficznego działania jej leczniczego nie rozstrzyga, to jednakże — zdaniem autora — niepodobna zaprzeczyć, że iniekcye jej w obu, a zwłaszcza w groźnym przypadku pierwszym, znakomite oddały usługi.

W braku, jak dotąd, w literaturze lekarskiej niemieckiej prac, interesujących się sprawą surowicy przeciwwąglikowej, prof. WILMS powołuje się na prace badaczy włoskich a szczególnie SCLAVO'a, który wykazuje skuteczność takiej surowicy, zwłaszcza w postaci zastrzykiwań śródżylnych.

Bądź jak bądź, gdyby nawet o wartości jej chciano wyrokować dopiero z większej liczby wyleczeń, przy iniekcjach jej otrzymanych, dobre już skutki, otrzymywane przy stosowaniu jej

w celach zapobiegawczych u zwierząt, na korzyść jej niezbitie przemawiają. Dowiódł tego SOBERNHEIM doskonałymi wynikami, jakie otrzymywał w Południowej Ameryce przy uodparnianiu całych trzód bydła (ogółem 75000 głów). Uskutecznił on je drogą jednorazowego (u tegoż samego zwierzęcia) zastrzykiwania surowicy przeciwwąglkowej i osłabionej hodowli bakterii węglkowych.

U człowieka stosuje się surowicę, otrzymaną z owiec — przeważnie drogą zastrzyknięć śródżylnych w ilości 20 ccm. sz., raz lub dwa razy na dzień dokonywanych.

Autor sądzi, że w ciężkich przypadkach zakażenia węglkowego, a zwłaszcza trzew, surowica (przygotowywana przez MERCK'a w Halle), choćby dla braku innych pewnie działających leków — reprezentuje najskuteczniejszy środek leczniczy.

(Münch. Med. Wochenschr. N. 23. 1905 r.).

F. Gr.

73. O. HEUBNER. Leczenie nieżytowego zapalenia oskrzeli za pomocą kompresów z wody gorzycowej.

HEUBNER w ciężkich przypadkach nieżytowego zapalenia oskrzeli u małych dzieci poleca gorąco stosowanie okładów z wody gorzycowej. Chore dzieci mają najczęściej oczy przyknięte, obojętne są na wszystko i bardzo blade, niekiedy z sinicą błon śluzowych. Oddech bardzo przyspieszony — 70, 80, a czasami więcej niż 100 na minutę. Tętno małe, bardzo częste. Ciepłota wysoka, czasami zaś niższa od normalnej. Wysłuchując, znajdujemy bardzo wiele wilgotnych rzężeń, a w przypadkach cięższych słyszemy wilgotne rzężenia tylko w pewnych miejscach, albowiem wydzielina zatyka oskrzela, i pewne części płuc nie oddychają. Technika postępowania bardzo prosta: w dużej misce rozrabiamy funt mąki gorzycowej z 1½ litrem gorącej (40° C.) wody, mieszamy dopóty, dopóki ulatniający się olejek gorzycowy nie zacznie drażnić oczu i nosa. Kawalek płótna, tak duży, aby można było owinać nim dziecko, moczymy

w przygotowanej mieszaninie, następnie wyciskamy mocno, rozkładamy na kawałku flaneli i nagie dziecko zawijamy w płótno, a następnie we flanelę, zaciskając tę ostatnią koło szyi, żeby ulatniający się olejek gorzycowy nie drażnił dróg oddechowych chorego. Zostawiamy dziecko w takim okładzie, dopóki nie zacznie poruszać się niespokojnie (10, 15 do 20 minut). Dziecko po wyjęciu jest bardzo czerwone, wkładamy je do ciepłej kąpieli lub obmywamy ciepłą wodą i zawijamy tak samo, lecz płótno maczamy tylko w czystej i ciepłej wodzie. W nowym okładzie pozostawiamy dziecko 1 do 2 godzin (możliwie do wywołania potów). W czasie trwania tego okładu musimy pilnie zważać na dziecko i wydobyć je zaraz, jak tylko zaczerwieni się na twarzy lub mocno spoci. Po wydobyciu wycieramy dziecko i pozostawiamy w zupełnym spokoju.

W niektórych przypadkach do poprawienia ogólnego stanu chorego wystarcza jeden tylko zabieg. Czasami potrzeba powtórzyć go parę razy, lecz nie częściej, niż raz na dobę, albowiem musimy pozostawić organizmowi czas na wyrównanie zmian, powstających w obiegu krwi.

Pod wpływem gorzycowego okładu następuje zmniejszenie się liczby uderzeń tętna, częstości oddechu i znikanie wilgotnych rzężeń w płucach.

Przy badaniu płuc dzieci, zmarłych na nieżyt oskrzelowy, znajdujemy po za nadmierną ropno-śluzową wydzieliną bardzo silne przekrwienie błony śluzowej oskrzelików, skóra zaś jest bardzo blada. Możemy więc przypuszczać obecność bardzo silnego zastoinowego przekrwienia na dużej przestrzeni płuc. Wywołując przez podrażnienie przyływ krwi do skóry, przyspieszamy obieg krwi w całym ciele, a więc i w płucach. HEUBNER nadmienia, iż powyższe objaśnienie może być fałszywe, lecz osiągnięte rezultaty są bardzo pomyślne, a wskutek tego powyższa metoda zasługuje na polecenie.

(Die Therapie der Gegenwart. N. 1. 1905).

Maryan Wilczyński.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 lipca do 14 sierpnia 1905 r.

W miesiącu sprawozdawczym płońca była dominującą formą infekcyi z większym nasileniem choroby i ze wzrostem liczby w stosunku do ubiegłego miesiąca.

Ogółem chorych z ubiegłego miesiąca pozostało 69 (30 m. 39 k.), przybyło nowych 182 (92 m. 90 k.), wypisano zdrowych 102 (42 m. 60 k.), z polepszeniem wypisało się 2 (1 m. 1 k.) Stosownie do rodzaju choroby przewieziono do innych szpitali 18 (10 m. 8 k.), bez polepszenia wypisano 3 k., 30 (21 m. 9 k.) zmarło, na miesiąc następny pozostało w leczeniu 97 (49 m. 48 k.)

Płońca. Z poprzedniego miesiąca pozostało 13 (6 chłop. 7 dziew.), nowych chorych zapisano 40 (21 chłop. 19 dziew.), zdrowymi wypisano 18 (9 chłop. 9 dziew.), z polepszeniem 1 dziew., zejść śmiertelnych 10 (8 chłop. 2 dz.), na miesiąc następny pozostało 23 (10 ch. 13 dz.) Chorzy na płońcę przebyli dni szpitalnych 414 (191 dni 21 chłop., 223 dni 26 dziew.)

Z dziesięciu przypadków śmiertelnych (5 pomimo stosowania surowicy d-ra W. PALMIRSKIEGO w dużych dawkach) zmarli: 1 chłopiec skutkiem powikłania zapaleniem opon mózgowych, 2 przybyłych w stanie agonicznym ze zwężeniem krtani, 1 skutkiem powikłania zapaleniem osierdzia, nerek i ostrym obrzękiem gruczołów szyjowych, 1 skutkiem dyzenteryi, 1 skutkiem ostrego obrzęku obustronnego gruczołów szyjowych, 4 skutkiem ciężkiej postaci płońcy.

Chorzy na płońcę przybyli z następujących ulic i domów: Bugaj 4, Browarna 8, (2 przyp.), Cicha 8, Długa 30, Furmańska 10, Kapitulna 7, Kupiecka 18, Młynarska 17, Nowomiejska 18, Nowolipie 80, Piaskowa 5, Podwał 3, 13 (2 p.), Pańska 52 (2 p.), Śliska 53, 34, Sowia 3, 6, Twarda 45, 60 (2 p.), Wolska 52, Wójtowska 1, Wronia 4, Wileza 22, ze wsi Czyste, Grochów,

Koźbiel, Otwock, Ochota, Piekielko, Strzemieszyce i 1 przyp. z Brześcia Litewskiego.

Biegunka krwawa. Z ubiegłego miesiąca pozostało 8 (4 m. 4 k.), zapisano nowych 19 (8 m. 11 k.), na miesiąc następny pozostaje 12 (6 m. 6 k.), wyzdrowiało 11 (4 m. 7 k.), zejść śmiertelnych 4 (2 m. 2 k.) skutkiem uporeczywych postaci biegunki. Dni szpitalnych przebyli chorzy 189 (85 dni 12 m., 104 d. 15 k.). Zapisani z następujących ulic i domów: Chłodna 53, Foksal 8, Garbarska 3, Konopacka 17, Kaliksta 7, Karolkowa 16, Młynarska 17, Nowostalowa 2, Pańska 81, Rybaki 3, 17, Solna 4, Topiel 12, Wileńska 11, Wałowa 11, Plac Witkowskiego 4 i ze wsi Szamoty.

Róża. Nowych chorych przybyło 17 (5 m. 12 k.), z poprzedniego miesiąca pozostało 16 (5 m. 11 k.), na miesiąc następny pozostaje w leczeniu 15 (7 m. 8 k.), wyzdrowiało 15 (2 m. 13 k.), zmarło 3 (1 m. 2 k.)

Zejsćia śmiertelne wynikły w 1-ym przypadku skutkiem raka na wargach, jako choroby konstytucjonalnej; w 2-im przy uwiadzie starczym, w 3-im skutkiem ciężkiej postaci róży wędrującej.

Chorzy na różę przebyli dni szpitalnych 477 (153 d. 10 m., 314 d. 23 k.)

Zapisani z ulic: Browarna 22, Bednarska 19, Burakowska 8, Chłodna 62, Chmielna 104, Dzielna 47, Grzybowska 11, Mazowiecka 1, Nalewki 15, Okopowa 31, Pańska 33, 82, Pawia 3, Wolska 22, Żelazna 3, wieś Łęcy, miasto Włocławek.

Ospa. Przybyło 13 (7 m. 6 k.), w tej liczbie nieszczepionych 9 (5 m. 4 k.), z ubiegłego miesiąca pozostało 8 chorych (4 m. 4 k.), na miesiąc następny pozostaje 10 (4 m. 6 k.), 1 k. zmarła na postać krwotoczną ospy nieszczepionej. Dni szpitalnych przebyli 271 (162 d. 11 m., 109 d. 10 k.) Chorzy przybyli z następujących

ulic: Bednarska 26, Bonifraterska 2, Chłodna 3, Franciszkańska 2, Nowy Zjazd 1 (2 p.) Szereka 5, Sierakowska 5, Służewska 2, Sienna 23 i ze wsi Wola.

Tyfus wysypkowy. Z ubiegłego miesiąca pozostało 9 chorych (3 m. 6 k.), nowych chorych zapisano 7 (4 m. 3 k.), na miesiąc następny pozostaje w leczeniu 3 (1 m. 2 k.), wypisano zdrowych 10 (3 m. 7 k.), 3 m. zmarło: 1 skutkiem powikłań ze strony serca, 2 skutkiem ciężkiej postaci tyfusu. Dni szpitalnych przebyli chorzy 264 (114 d. 7 m. 150 d. 9 k.) Zapisani z następujących ulic i domów: Elektoralna 39, Freta 49, 51, Górczewska 7, Jeruzolimka 107, Stawki 71, ze wsi Wilanów.

Tyfus brzuszny. 1 k. pozostała z ubiegłego miesiąca, zapisano nowych chorych 7 (3 m. 4 k.), 1 k. wyzdrowiała. Dni szpitalnych przebyli chorzy 107 (32 d. 3 m., 75 d. 5 k.)

Odra. Zapisano się nowych chorych 4 (3 m. 1 k.), z ubiegłego miesiąca pozostało 4 (1 m. 3 k.), wypisano zdrowych 5 (3 m. 2 k.), na miesiąc następny pozostaje 3 (1 m. 2 k.), dni szpitalnych przebyli chorzy 116 (54 d. 4 m. 62 d. 4 k.)

Błonica. Nowych chorych zapisało się 6 (3 m. 3 k.), wypisało się zdrowych 2 (1 m. 1 k.), bez polepszenia 1 k., 1 m. zmarł (przybył w agonii), na miesiąc następny pozostaje 2 (1 m. 1 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 28 (17 d. 3 m., 11 d. 3 k.).

Prócz tego z ubiegłego miesiąca pozostają w leczeniu: na grypę 1 m., na ostry gościec stawowy 1 k., na zapalenie płuc włóknikowe 1 k., na ostry nieżyt oskrzeli 19 k., na zapalenie opłucny 1 m., na ogniskowe zapalenie gardzieli 1 m., na świerzbę 4 m., przywiezionych z cytadel. Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyło 15 chorych ze szpitala wolskiego na czas odnawiania jego sali: 8 (4 m. 4 k.) na gruźlicę przewlekłą, 4 na uwiąd starczy, 1 z guzem brzucha, 5 rannych w czasie zaburzeń styczniowych. Prócz tego przybyli chorzy na karbunkul 1 m., tężec 1 k., ostry nieżyt żołądka i kiszek 15 (5 zejść śmiertelnych), 1 m. na zapalenie obrzuszny, 1 na zapalenie nerek i 1 na rumień. Ogółem w miesiącu sprawozdawczym 251 chorych przebyło dni szpitalnych 2677. Śmiertelność miesięczna 11,5%.

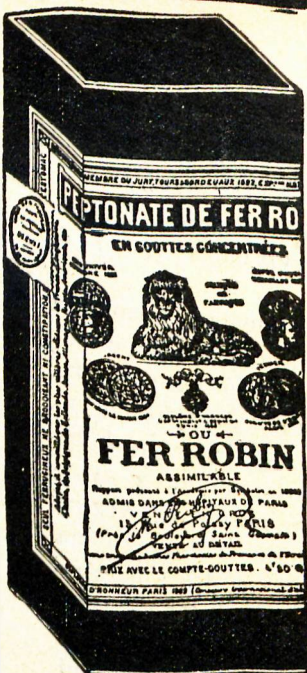
Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= QUEIROLO opisuje przypadek nowotworu klatki piersiowej, w którym udało mu się rozpoznać chorobę dzięki objawowi WALSA, o którym w literaturze zapomniano. Chora 56-letnia, kaszląca, gorączkująca, wstąpiła do szpitala z oznakami wysięku opłucny prawostronnego. Przekłucie wykazało płyn krwawy. Autor zwrócił uwagę na dwa fakty: nieznaczne przemieszczenie serca oraz wymiary lewej połowy klatki piersiowej, której obwód wynosił o 1½ cm. więcej, niż po stronie prawej (z wysiękiem). Na to właśnie rozszerzenie się zdrowej strony klatki piersiowej zwrócił u-

wagę WALSA. Sekcja stwierdziła istotnie nowotwór płuca i opłucny.

(Sem. méd. 44—04).

= Zwężenia przełyku, nie wywołane oparzeniem kwasami lub alkalicami, albo też niezależne od nowotworów, są nader rzadkie. BOAS opisuje przypadek zwężenia po płonicy z błonicą gardzieli. Objawy utrudnionego połykania wystąpiły w kilka miesięcy później. Chora w ciągu pół roku straciła na wadze 20 kilo. Najcieńszy zgnębnik udało się przeprowadzić, i przez stopniowe rozszerzanie chora została uleczona. (D. M. Z. 9. 1905).



PEPTONATE DE FER ROBIN

Peptonat Żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelaza, łatwo przyswajalna, przygotowana przez **M. ROBIN'A**

Żelazo Robin'a skutecznie działa przeciw anemii, blednicy i wszelkim osłabieniom.

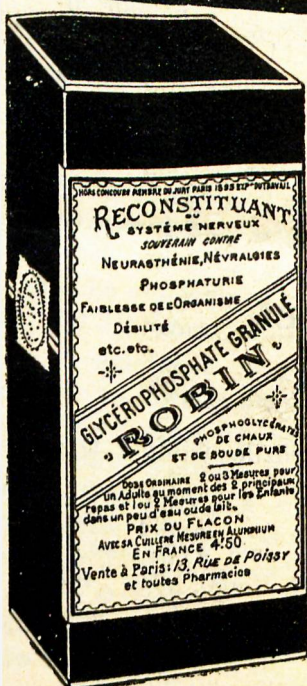
Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.

Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku.

Przyjmuje się 2 razy dziennie po 10 do 30 kropel podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina.

Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat ziarnisty Robin'a

Glicerofosfat wapnia i sody. Stosowany w szpitalach paryskich **WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY**

Wskazany przeciw krzywicy, słabości kości w okresie rośnięcia u dzieci, podczas karmienia i ciąży i przeciwko neurastenii, przeciążeniu umysłowemu i t. p. Przyjemny w smaku, zażywa się w małej ilości mleka i wody.

Dla dotkniętych cukrową chorobą wyrabia się w formie pastylek.

Sprzedaż w aptekach

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant.

Władysław Hoffman

Warszawa, Erywańska 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „**Lew**” i nazwiska fabrykanta **Robin**
Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składowi fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są

odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko



Sprzedaż wszędzie. Hurtowa
WARSZAWA

Marszałkowska Nr. 137, telefonu 6056.