

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 30.

Warszawa d. 10 (23) Lipca 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Geną numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.
Na papierze kolorowym między stronicami tekstu 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 33 Rue de Valenciennes 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O zawartości siarki w produktach trawienia sernika. Napisał d-r W. D. Moraczewski. (Dokończenie). — Trzy przypadki zeszycia ran serca i teoria zsywania ran serca na spostrzeżeniach własnych oparta. Napisał J. Borzymowski. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE. Tuberkulina Koch'a i stosowanie jej u ludzi. Streścił Stanisław Łagowski. (Dokończenie). — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 104. Spostrzeżenia nad plamkami Koplík'a, dyazo-odezynem i gorączką w odrze. 105. Przyczynok do rozpoznawania raka żołądka. O występowaniu komórek czynochołonnych w płwocinie. 107. Nerw błędny a zapalenie otrzewny. 108. Moje spostrzeżenia nad działaniem przeciwpłoniczej surowicy paciorkowcowej Moser'a. 109. Czy zapalenie wyrostka robaczkowego daje się obecnie częściej spostrzegać, niż uprzednio? 110. Nowy sposób postępowania w suchotach płucnych. 111. Przyczyny i leczenie zakrzepów u chorych na dur. 112. W sprawie drożności nasieniowodu po przecięciu, lub wycięciu. 113. Skryte ogniska gruźlicze i tuberkulina w świetle nowszych badań. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. D. MORACZEWSKI — Sur la quantité de soufre dans les produits de digestion du caseine. 2) D-r J. BORZYMOWSKI — Suture du coeur dans trois cas de plaie du coeur et une théorie sur les sutures du coeur, basée sur les observations personnelles.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. D. MORACZEWSKI — Ueber den Schwefelgehalt in den Verdauungsprodukten des Caseins. 5) D-r J. Borzymowski — Drei Fälle von Naht bei Herzwunden und eine Theorie über die Nahte bei Herzwunden, gestützt auf eigene Beobachtungen.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni chemii lekarskiej prof. d-ra Wł. NIEMIŁOWICZA we Lwowie.

O zawartości siarki w produktach trawienia sernika.

Napisał

D-r W. D. MORACZEWSKI.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 29).

V szereg doświadczeń.

W tym razie użyto 5 grm. sernika i trawiono dłużej przy dodaniu większej ilości pepsyny.

5 gr. sernika 200 ctm. sz. HCl. — 2 gr. pepsyny

Cały azot 0,7075 — cała siarka 0,023

N : S = 30,7

1) Po 2 tygodniach 0,6788 gr. Paranukleiny 0,002759 gr. S — 0,407%

0,6344 gr. „ 0,002086 gr. S — 0,33%

Odsącz 0,01922 gr. S 0,611 gr. N

0,01729 gr. S 0,617 gr. N

N : S = 33; 28. Siarka odsączu i paranukleiny 0,02197; 0,01937

- 2) Po 6 tygodniach 0,6117 gr. Paranukleiny 0,002675 gr. S — 0,39%
 0,4506 gr. " 0,003006 gr. S — 0,66%
 Odsącz 0,01622 gr. S 0,6225 gr. N
 0,01523 gr. S 0,6279 gr. N
 N : S = 38; 41. Siarka odsączu i paranukl. 0,01889; 0,01823
- 3) Po 12 tygodniach 0,4066 gr. Paranukleiny 0,001524 gr. S — 0,37%
 0,4151 gr. " 0,001716 gr. S — 0,417%
 Odsącz 0,01417 gr. S 0,6363 gr. N
 0,01540 gr. S —
 N : S = 43. Siarka odsączu i paranukl. 0,01569; 0,01711

I tu zauważyliśmy wyraźną stratę siarki, która wynosi
 po 2 tygodniach 0,003
 po 6 " 0,005
 po 12 " 0,007 gramów

Odpowiednio zmienia się i stosunek do azotu. Zauważyliśmy mimochodem, że w tych doświadczeniach trawiliśmy przy znaczniejszej, niż dawniej, ilości pepsyny, i może dla tego rezultat był tak wyraźny. Zawartość siarki w paranukleinie waha się pomiędzy 0,38 — 0,48% bez wyraźnej zależności od długości trawienia, ani stężenia.

VI szereg doświadczeń.

W doświadczeniach tych trawiono 4,5 gr. sernika z 2 gr. pepsyny w roztworze 900 ctm. sz. kwasu solnego. Kolbę zatknięto szczelnie korkiem i od czasu do czasu wydobywano za pomocą pipety 75 ctm. sz. dla oznaczenia siarki i 25 ctm. sz. dla oznaczenia azotu. Wreszcie odsączono paranukleinę i, zważywszy, zbadano na zawartość siarki.

- | | | | | |
|----|-----------------|-------------|-------------|------------|
| 1) | Po 24 godzinach | 0,00324% S | — 1,3356% N | N : S = 41 |
| 2) | " 72 " | 0,00353% S | — 1,540% N | N : S = 43 |
| 3) | " 240 " | 0,003968% S | | |
| 4) | " 23 dniach | — | 1,624% N | |
| 5) | " 30 " | — | 1,638% N | N : S = 42 |
| 6) | " 44 " | 0,00394% S | — 1,638% N | N : S = 34 |
| 7) | " 68 " | 0,00468% S | — 1,624% N | |
- Odsączona paranukleina 0,5646 gr. — 0,002569 gr. S — 0,45% S

Czy to dzięki szczelnemu zamknięciu, czy to dlatego, że trawienie przez zmniejszanie płynu szło coraz powolniej, dość, że w tym przypadku siarka odsączu nie zmniejszała swej ilości i stosunek do azotu był prawie jednakowy. Z przebiegu widać, że ilość azotu wzrastała bardzo powoli i właściwie od 23 dnia trawienia wzrastać przestała. Paranukleina stanowiła 12% pierwotnego sernika i zawierała 0,45% S, mniej więcej tyle, co sernik.

VII szereg doświadczeń.

W tych doświadczeniach zwróciliśmy szczególną uwagę 1) na wpływ rozcieńczenia i 2) na zależność zawartości siarki od zamknięcia naczynia. Sernik pochodził od E. Merck'a.

1) 10 gr. sernika, 2 gr. pepsyny, 200 ctm. sz. kwasu, zawartość azotu 1,313 gr., zawartość siarki 0,0377 gr., N : S = 29.

Po 48 godzinach paranukleiny 1,3612 gr. — 0,006027 — 0,44%
 Odsącz 0,03135 gr. S 1,128 gr. N
 0,02746 gr. S 1,231 gr. N

N : S = 40. Odsącz i paranukleina = 0,035 gr. S.

2) 10 gr. sernika, 2 gr. pepsyny, 1000 ctm. sz. HCl.

Po 48 godzinach paranukleiny 0,6284 — 0,004693 — 0,76% S
 Odsącz 0,02739 gr. S 1,148 gr. N
 0,02588 gr. S 1,050 gr. N

N : S = 40. Odsącz i paranukleina = 0,031 gr. S

W drugim doświadczeniu uwidoczniła się wpływ rozcieńczenia: paranukleina stanowi 6% całego sernika, kiedy w pierwszym razie stanowiła 13%, zawartość siarki jest większa. Natomiast odsącz jest uboższy w siarkę i ogólna suma siarki odsączu i paranukleiny mniejsza, niż poprzednio.

- 3) 10 gr. sernika, 2 gr. pepsyny, 250 ctm. sz. HCl.
 Po miesiącu paranukleiny 0,6889 gr. — 0,00208 gr. S — 0,329%
 Odsącz 0,02086 gr. S 1,260 gr. N
 0,02121 gr. S 1,260 gr. N
 N : S = 60. Odsącz i paranukleina = 0,023 gr. S
- 4) 10 gr. sernika, 2 gr. pepsyny, 200 ctm. sz. HCl.
 Po miesiącu paranukleiny 0,6644 gr. — 0,077 gr. N — 11,66%
 Odsącz 1,251 gr. N
 1,250 gr. N
- 5) 10 gr. sernika, 2 gr. pepsyny, 1000 ctm. sz. HCl zamknięte
 Po miesiącu paranukleiny 0,3713 gr. — 0,00168 gr. — 0,45% S
 Odsącz 0,02299 gr. S 1,288 gr. N
 0,02107
 N : S = 58,1. Odsącz i paranukleina 0,0237
- 6) 10 gr. sernika, 2 gr. pepsyny, 1000 ctm. sz. HCl otwarte.
 Po miesiącu paranukleiny 0,4008 — 0,00256 — 0,64% S
 Odsącz 0,01880 gr. S 1,281 gr. N
 0,01916 gr. S 1,275 gr. N
 N : S = 67. Odsącz i paranukleina 0,0215.
- Z zestawienia 5 i 6 doświadczenia wynika, że w otwartym naczyniu więcej ulatnia się siarki, niż w zamkniętym. Następne (7) doświadczenie uczy, że równie wielki wpływ ma ilość pepsyny, która prawdopodobnie ułatwia rozkład sernika.
- 7) 10 gr. sernika, 10 gr. pepsyny, 1000 ctm. sz. HCl.
 Po miesiącu paranukleiny 0,2331 gr. — 0,000832 gr. — 0,35% S
 Odsącz 0,02183 gr. S 1,295 gr. N
 0,01463
 N : S = 71. Odsącz i paranukleina = 0,01 gr. S

Porównyując otrzymane wyniki pomiędzy sobą, dochodzimy do wniosku, że siarka paranukleiny zachowuje się zgola odmiennie, niż fosfor.

Otrzymywaliśmy paranukleinę w różnych ilościach, począwszy od 13% całego sernika, aż do 2%, przekonaliśmy się, że rozcieńczenie, długość trawienia, a szczególnie wielka ilość pepsyny, połączona z rozcieńczeniem, może doprowadzić paranukleinę do prawie zupełnego zniknięcia, mimo to nie udało się wykazać wybitnych różnic w zawartości siarki. Jak widać z rozmaitych doświadczeń, zawartość siarki waha się między 0,32% a 0,76%, ale wysoki procent siarki wcale nie chodzi w parze z małą ilością paranukleiny, z intensywnością trawienia i t. d.

Najczęściej spotykamy 0,49—0,35% siarki. Wyższe cyfry są może wynikiem nienuknionych błędów analizy, które wobec małej ilości siarki przybierają wielkie rozmiary.

Z doświadczeń naszych wynika, że część siarki ulega przy trawieniu zmianom, które warunkują jej związywanie albo ulatnianie się.

Staraliśmy się zbadać warunki, przy których siarka najbardziej się ulatnia, i doszliśmy do wniosku, że zależy to od intensywności trawienia. Największą stratę siarki wykazaliśmy przy wielkim rozcieńczeniu i znacznej ilości enzymu, ale nawet stosunkowo krótkie trawienie doprowadza do podwyższenia stosunku azotu do siarki. Stosunek ten w serniku wynosi 28, a po najdłuższem trawieniu dochodzi do 71. Jeżeli szczelnie zamkniemy kolbę albo utrudnimy warunki trawienia, wtedy stosunek ten mniej ulega zmianie, ale jeżeli przez trawienie w naczyniu otwartem mamy możliwość ulatniania się produktów, wtedy otrzymujemy stosunek najwyższy.

Wyniki nasze dają się sformułować w zwięzłej formie.

1) Paranukleina sernika zawiera mniej więcej tyle siarki, co i sernik, i zawartość ta pod wpływem rozmaitych warunków zmianom nie ulega.

2) W czasie trawienia, szczególnie w czasie intensywnego i długotrwałego trawienia, część siarki ulega zmianom, które doprowadzają do ulatniania się siarki.

Praca ta dokonana została w pracowni nieodżałowanego prof. NIEMIŁOWICZA, i niech mi wolno będzie na tem miejscu oddać raz jeszcze hołd Jego pamięci.

Z kliniki chirurgicznej prof. KUZNIECOWA.

TRZY PRZYPADKI ZESZYCIA RAN SERCA

i

Teorya zszywania ran serca

na spostrzeżeniach własnych oparta.

Napisał

JAN BORZYMOWSKI

Ordynat. klin. chirurg. przy szpít. św. Duchy w Warszawie.

Według odczytu wypowiedzianego na ostatnim zjeździe chirurgów Polskich w Krakowie i w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem.

(Dokończenie — Patrz Nr. 29).

Technika tego zabiegu nie przedstawia żadnych trudności; już przed wycięciem płata większą część tego aktu wykonywamy, odluszczając mostek, pozostaje zatem oddzielenie zrostów, pozostałych nad i pod wyciętą częścią mostka. Przy odluszczeniu osierdzia nie należy ściągać z niego tkanki tłuszczowej, w której zapewne mieszczą się odżywiające je naczynia.

Po odluszczeniu osierdzia otwieramy je, napiąwszy szczypczykami. Otóż i ten akt operacyjny wymaga reformy. Zwykle bowiem otwierają

osierdzie w kierunku linii ciała, a wiadomo przecież, że najdłuższa oś serca i jamy osierdzia leży w kierunku ukośnym, znacznie pochylonym z prawej strony na lewo, przeto i osierdzie należy otwierać w tym samym kierunku; z wielką uwagą jednak należy to robić w górnej części, aby nie otworzyć prawej opłucny przez zbytne pochylenie cięcia na prawo i lewej — przez zbytne posunięcie się ku górze. Po otwarciu osierdzia, palcem naciskamy na ranę serca i w ten sposób chwilowo wstrzymujemy krwawienie, a drugą ręką wygarniamy skrzepy z osierdzia. Sam akt zszywania ran serca jest trudny głównie z powodu olbrzymiego w tych razach krwawienia, ciągłych ruchów serca i głębokości pola operacyjnego. Zmniejszyć można głębokość pola operacyjnego przez wyżej wspomniane wyciągnięcie KOCHER'owskimi szczypcami uruchomionego osierdzia oraz przez ujęcie cremailleur'ą samego serca i podniesienie go. Silniejsze napięcie chwilami cremailleur'y — zmniejsza ruchy serca i krwawienie i ułatwia nakładanie szwów; KOCHER'owskie szczypce rozrywają mięsień i nie mogą zastąpić elastycznej cremailleur'y. Zastrzegam jednak, że napinanie i podnoszenie serca powinno być tylko chwilowe. Do szwu używałem zawsze jedwabiu. Szew ciągły przekładam nad węzłkowy, który w razie silniejszego zaciągnięcia przecina mięsień i wypada do osierdzia (co stwierdziłem na sekcjach), ciągły natomiast ma mniej węzłów, jest szybszy i łatwiej może się dopasować pod względem swego napięcia, ponieważ zanadto naciągnięta nitka w jednym szwie może wyciągać część mniej napiętą z sąsiedniego.

Po zeszyciu serca w dużym stopniu ułatwia się usunięcie skrzepów z osierdzia przez obfite wymycie tegoż solą. Tak robił REHN w swoim pomyslnym przypadku i ja w dwóch, jednym pomyslnym i drugim niepomyslnym. Po zeszyciu rany serca zaleciłbym w czasie zeszywania osierdzia przyszyć je do serca w miejscu rany, t. j. robić wyżej wspomnianą cordiopeksję. Zabieg

ten (nie stosowany przeze mnie ani razu) powinien dać gwarancję w pewnym stopniu co do złych następstw infekcyi, umiejscowionej w ranie i ligaturach, od momentu wykończenia jego. Nie może jednak to zapobiedz zakażeniu osierdzia przed momentem wykończenia *cordiopeksyi*. Aby zabezpieczyć się od złych skutków infekcyi jamy osierdzia, proponuję *połączenie jej z lewą opłucną w lewej dolnej tylnej części osierdzia, poza tylnym przyczepem tegoż do przepony, za pomocą niedużego otworu w osierdziu i przylegającej doń opłucny i proponuję operację tę nazwać pericardiotomia posterior albo pleuropericardioanastomosis*. Ewentualna wydzielina w jamie osierdzia miałaby zapewniony odpływ do jamy lewej opłucny nie tylko wskutek praw ciężkości, ale także wskutek ujemnego ciśnienia w opłucnie, która przy każdym wdechu automatycznie, jak pompa, wysysałaby z osierdzia jego zawartość; zawartość ta sphywałaby po przeponie do zatoki żebro-przeponowej (*sinus costo-diaphragmaticus*), gdzie łatwo byłoby ją w dalszym ciągu skontrolować i odprowadzić nazewnątrz przez rezekeję żebra. Że zawartość w osierdziu istotnie zbiera się z tyłu, po za sercem, utrzymywało już wielu autorów. Kiedy w ostatnim swoim przypadku (Kulkowski) robiłem autopsję, to poszerokim otwarciu przedniej ściany osierdzia ze zdziwieniem zobaczyłem gładką błyszczącą powierzchnię serca i osierdzia bez plynu i razem z innymi świadkami pomimowoli wykrzyknąłem: tu niema pericarditis. Tymczasem po uniesieniu serca do góry okazało się w osierdziu dobre pół szklanki krwawo-ropnego plynu, który całkowicie mieścił się poza sercem.

Rozważmy teraz, *czy i jakie niebezpieczeństwo może grozić choremu z powodu połączenia jamy osierdzia z lewą opłucną*. Nielogiczem z mojej strony może wydawać się jednoczesne zalecanie nieotwierania opłucny podczas operacyi oraz zalecanie połączenia tejże z osierdziem, czyli otwarcie umyślne przez osierdzie. Nielogi-

czność ta jednak jest tylko pozorna. Jak już wyżej nadmienilem, rany klute opłucna znosi doskonale, byleby nie było w następstwie tychże stałego połączenia z atmosferą zewnętrzną jamy opłucny, t. j. inspirowania do opłucny powietrza, z którem wciąga się infekcyja, tworząca się na powierzchni rany skórnej. Proponowana zaś przeze mnie rana kluta osierdzia i opłucny, poza sercem mająca miejsce, byłaby: 1) na stałe przykryta sercem, oraz: 2) przez szew osierdzia z przodu dobrze od atmosfery zewnętrznej odgrodzona.

Zresztą *niezależnie od nas zwykle złoczyńca sam wykonywa pleuro-pericardioanastomosis*, ponieważ zwykle rany serca drażą przez opłucnę; jeżeli przeto my drugą taką samą robimy ranę, to rękoczyn nasz zasadniczo już nie może zmienić sprawy, bo i bez tego osierdzie już było połączone z opłucną, tylko z powodu umiejscowienia tych ran z przodu połączenie to nie może dawać tych korzyści, jak połączenie od tyłu.

Do kategorii tych przypadków, w których *a priori* osierdzie już było połączone z opłucną, w których przeto nie może być mowy o niebezpieczeństwie projektowanego zabiegu powtórnego połączenia, należy dołączyć jeszcze tę masę przypadków, w których rana pierwotna nie draży *a priori* przez opłucnę, ale podczas operacyi operator sam otwiera opłucnę, co stanowi niemal regułę i co mnie również we wszystkich moich 3 przypadkach się zdarzyło.

Pozostaje do rozważenia ta nieliczna część przypadków, w których ani pierwotna rana nie drażyła przez opłucnę, ani operator opłucny nie otworzył.

Z tej grupy jeszcze należy wyłączyć z niebezpieczeństwa te przypadki, w których osierdzie pozostało niezakażone, ponieważ samo przez się rozumie się, że w tym razie żadnej szkody nie może spowodować połączenie niezakażonego osierdzia z niezakażoną opłucną wobec braku połączenia jednej i drugiej jamy z atmosferą zewnętrzną. I odwrotnie, nie może być

szkodliwe połączenie zakażonego osierdzia z zakażoną opłucną wobec spodziewanych od tego korzyści — zebrania wydzieliny z dwóch jam w miejscu jednym, dostępnem dla kontroli i odprowadzenia.

Tylko w takim jedynym razie, jeżeli osierdzie pozostało zakażone po zaszyciu serca, a rana złożyńcy nie drażyła przez opłucną i podczas operacji opłucny udało się nie otworzyć, wówczas istotnie przez otwór, zrobiony w osierdziu, opłucna ulegnie zakażeniu, jednak wielka rzadkość takiej kombinacji oraz możliwość zarażenia złemu przez rezekeję żebra nie powinna nas zniechęcać do wypróbowania tego sposobu. Gdyby jednak kto nie chciał ryzykować zaszywać osierdzia na głucho przy nietwartej *a priori* i *posteriori* opłucnie, wówczas może być zupełnie uzasadnione nierobienie *pleuropericardioanastomosis*, tylko — sączkowanie osierdzia; sączek jednakże należy zakładać nie na serce, lecz pod serce, ponieważ wydzielina w osierdziu zbiera się poza sercem.

Jeżeli jednak podczas operacji szeroko została otwarta opłucna, t. j. jeżeli nie udało się operacji zrobić pozaopłucnowo — wówczas wyjątkowo tylko może nie nastąpić infekcja pleury; wówczas należy zabezpieczyć odpływ z osierdzia przez połączenie opłucny z osierdziem tylnie (*pericardiotomia post.*), a odpływ z opłucny przez wypełnienie całej opłucny gazą, jak to zrobił dr GĄBSZEWICZ w swoim bardzo pięknym przypadku, demonstrowanym w r. b. na posiedzeniu chirurgów warszawskich.

Pericardiotomia post. nie wytwarza dla chorego nowego niebezpieczeństwa, tylko redukuje dwa, najczęściej istniejące jednocześnie i śmiertelne zwykle, do jednego, dającego się zwalczyć.

Po zrobieniu *pericardiotomia post.* w ten sposób, ażeby wcale lub bardzo mało dostało się powietrza do opłucny, zaszywamy na głucho osierdzie z przodu, ujmując raz lub dwa razy w szew także serce, o ile rana tegoż jest z przodu,

t. j. wykonywamy jednocześnie kordiopeksyę. Aby zapobiedz powrotnemu szybkiemu przyrostowi osierdzia do mostka oraz wyrzeć pewien nie duży ucisk na okolice rany osierdzia i serca i odprowadzić ewentualną wydzielinę z linii następującego po tem przyszyciu płata kostno-mięśniowego — lekko tamponujemy przestrzeń pomiędzy mostkiem i osierdziem i wyprowadzamy końce pasków nazewnątrz w dolnym lewym końcu rany skórnej.

Płat kostny układamy z powrotem na swoje miejsce i przyszywamy go, pozostawiając w dolnym lewym końcu otwór dla wyprowadzenia powyższych sączków z poza mostka, ewentualnie z poza serca, t. j. z osierdzia lub opłucny. Płat powyższy, dając możność operowania na sercu pozaopłucnowo, daje dostęp do wszystkich okolic prawego i lewego serca, może być przeto zastosowany bez względu na umiejscowienie rany pierwotnej.

Streszczając wszystko, powyżej powiedziane, powtarzam:

1) Przy cięciu skórnem należy omijać ranę pierwotną i nie dotykać jej, od czego można zabezpieczyć się, zaklejając ją kolodjum.

2) Cięciem wzdłuż 5 lewej chrząstki należy wyrezekować część jej przy mostku, dla wprowadzenia wskaziciela do jamy klatki piersiowej, *niepokrytej opłucną*, zbadać palcem osierdzie i w razie stwierdzenia w ten sposób swego przypuszczenia co do rany serca, zaraz tymże wskazicielem odłuszczyć opłucną od okolicy projektowanego płata.

3) Pierwsze cięcie wzdłuż 5 chrząstki lewej przedłużyć wpoprzek przez mostek i pulkolem obejść część mostka odpowiadającą przyczepom 3, 4 i 5 chrząstki, kończąc cięcie na 3 lewej chrząstce. Po tej samej linii wyciąć kostny płat i odchylić go na lewo, łamiąc 4 lewą chrząstkę.

4) Uruchomić t. j. odłuszczyć z przodu osierdzie; rozciąć je ukośnie z prawa na lewo

i z góry na dół; ująć brzegi KOCHER'owskimi szczypcami i zbliżyć razem z sercem, tamponując palcem ranę w temże i wybierając skrzepy.

5) Ująć wierzchołek serca cremailleur'ą i zaszyć ranę szwem ciągłym, unosząc serce w czasie wkłócia cremailleur'ą a pozostawiając mu swobodę ruchów w innych momentach szycia.

6) Po zeszyciu serca przemyć osierdzie solą, zrobić poza sercem otwór w osierdziu do lewej opłucny (*pericardiotomia post. v. pleuropericardioanastomosis*) i zaszyć osierdzie z przodu, ujmując szwem i okolice rany na sercu (*cordio-peria*).

7) Wytamponować przestrzeń pomiędzy mostkiem i odluszczone osierdziem i przyszyć kostno - mięśniowy płat, pozostawiając dla sączków otwór na miejscu wyrezekowanej 5-tej chrząstki.

8) Jeżeli zaś nie udało się podczas operacji nie otworzyć opłucny, lub rana pierwotna sama s z e r o k o ją otworzyła, wówczas nie zmieniając w niczem powyższego postępowania, lepiej nie bawić się w zaszywanie opłucny, tylko szerzej jeszcze ją otworzyć, po skończeniu powyżej opisanej operacji, i wypełnić ją sterylizowaną gazą. Jeżeliby kto nie chciał zaszywać osierdzia, to w każdym razie paski gazy należy wprowadzać *poza serce* resp. *pod serce*, a nie kłaść ich na przedniej powierzchni tegoż.

Przed operacją i po operacji należy zrobić podskórne wlewania soli po 500—1000 grm.

W dwóch moich przypadkach chorzy bardzo dobrze znosili eterową narkozę z poprzedniem zastrzyknięciem morfiny 0,01.

Po operacji niezbędny jest przy chorym nieodstępny dozorca z powodu nadzwyczajnego niepokoju chorych. Lód na okolicę serca i morfina po 0,01 pod skórę znakomicie uspakaja chorych; pożądane jest usunięcie wszelkich podrażnień psychicznych.

Przez czas trwania stanu ciężkiego opatrunki należy robić *wyłącznie na łóżku*, gdyż przeniesienie chorego nawet na sąsiednie łóżko lub posadzenie może wywołać zapaść, albowiem w pomyślnych nawet przypadkach po ranach serca następuje rozstrzeń serca (zaznaczył to także prof. KADER na Zjeździe) i niedomoga mięśnia zapewne na tle *myocarditis*.

Teorya powyższa *w całości* nie była zastosowana w żadnym z 3 moich przypadków, nie może być przeto poparta wynikiem praktycznego zastosowania, jeżeli jednak zwróci ona uwagę Szanownych Kolegów Chirurgów i da bodziec do oceny poruszonych w niej momentów chirurgicznych, dotąd po macoszemu traktowanych, cel jej będzie poniekąd osiągnięty.

W końcu uważam za przyjemny obowiązek podziękować prof. KUZNIECOWOWI za pozwole nie skorzystania z materiału klinicznego, Kolegom współpracownikom klinicznym za łaskawą pomoc przy powyższych operacjach oraz naczel-nemulekarzowi szpitala św. Ducha d-rowi BRUN-
NEROWI za prześwietlanie chorego.

WYKŁADY KLINICZNE.

JOH. PETRUSCHKY

Tuberkulina Koch'a i stosowanie jej u ludzi.

Streścił

Stanisław Łagowski.

(Dokończenie.— Patrz Nr 29).

Przed przystąpieniem do omówienia właściwej kuracji tuberkulinowej poświęca autor słów kilka

Patogenezie gruźlicy.

Co do patogenyzy gruźlicy, to panują dotychczas następujące zapatrywania.

Gdy BAUMGARTEN przyjmuje dziedziczne przenoszenie się lasecznika na płód, a KOCH i CORNET za najprostszą drogę zakażenia płuc ludzi dorosłych poczytują wdychanie laseczników, BIRCH-HIRSCHFELD zaś na wrzody gruźlicze w oskrzelach wskazuje jako na punkt wyjścia gruźlicy, to bardzo niedawno BEHRING za wrota zakażenia uznał przewód pokarmowy niemowląt, a za czynnik, najbardziej sprzyjający zakażeniu — mleko, którym niemowlęta się karmią.

Wbrew tym zapatrywaniom, autor na podstawie swych własnych poszukiwań, przeprowadzonych w instytucie Koch'a na chorych i trupach, wypowiada zdanie, że:

1) Gruźlica nabywa się względnie dość wcześnie, najczęściej już w wieku dziecięcym, ale wyjątkowo tylko bywa ona odziedziczana.

2) Przenoszenie się gruźlicy odbywa się głównie przez wdychanie i przez szczepienie.

3) Wrotami wejścia wdychanych lub połkniętych laseczników (ludzkich) bywają zazwyczaj górne drogi oddechowe, jako to: jama nosogardzielowa, migdały i początek oskrzeli, o wiele zaś rzadziej — przewód pokarmowy.

4) Laseczniki przenikają przez błony śluzowe nawet wtedy, gdy owe błony nie wykazują żadnego widocznego znaku choroby, gruczoły chłonne zaś są stałym miejscem ich osiedlenia się.

5) Dalszy rozwój i rozprzestrzenianie się laseczników w ciele wymaga w zasadzie bardzo długiego przeciągu czasu (długi okres wylęgania).

W owym rozwoju laseczników odróżnia autor trzy okresy typowe; okresy te przedstawiają wiele analogii z trzema okresami w rozwoju przymiotu, brak tu tylko t. zw. „swoistego pierwotnego stwardnienia“.

I. Okres pierwszy gruźlicy — to zakażenie gruczołów limfatycznych.

II. Okres drugi — to okres przerzutów (zajęcie innych tkanek).

III. Okres trzeci — to okres rozpadu (owrzodzeń).

Do okresu pierwszego zalicza autor następujące postacie chorobowe.

1) Tak zwane „skrofaliczne“ cierpienia gruczołów, „adenoidalne narośle“ w jamie nosogardzielowej i t. d. 2) Choroby gruczołów oskrzelowych (częstokroć w związku z „bólom krzyża“). 3) Choroby gruczołów kreskowych. Owe postacie chorobowe przebiegają nieraz, lecz nie zawsze, z objawami przewlekłego zatrucia: wychudnięciem, zubożeniem krwi, ze skłonnością do nieprawidłowych wzniesień temperatury ciała, do wyrzutów, do zapalenia oczu, ropienia uszu i t. d. Wymienione objawy złożeń, poczytywane do dzisiaj za czynniki, uspasabiające do gruźlicy, uznaje autor za znaki już istniejącego zakażenia gruźlicą, którego punktem wyjścia bywa zwykle jakiegokolwiek ognisko gruźlicze w gruczołach.

Do okresu drugiego należą: 1) Gruźlicze zapalenie opon mózgowych, opłucny, otrzewny, ostra gruźlica prosówkowa (skutkiem

przenikania laseczników w ogromnej liczbie do naczyń krwionośnych), dalej, początkowy okres w rozwoju ognisk gruźliczych skóry, krwi, stawów i płuc.

Do okresu trzeciego zalicza autor przede wszystkim wrzody z charakterem gróźliczym w płucach („*phthisis pulmonum*“), następnie zgorzel kości pochodzenia gruźliczego, wreszcie wrzodziejącego wilka skóry.

Okresy pierwszy i drugi obejmują postacie „gruźlicy zamkniętej“. Postacie te nie są zaraźliwe, gdyż laseczniki nie przedostają się tu na zewnątrz. W poszczególnych przypadkach zdarzyć się jednak może, ale zawsze nieznaczne tylko wydzielanie się laseczników przez pot.

Natomiast w okresie trzecim, wskutek rozpadu zamkniętych dotychczas ognisk gruźliczych, gruźlica staje się „otwartą“. Otwarta ta gruźlica, osobliwie zaś gruźlica płuc, przebiegająca z silnym kaszlem, jest w najwyższym stopniu zaraźliwa, gdyż w tym razie ogromna liczba laseczników przedostaje się na zewnątrz.

Otwarta gruźlica sprzyja przenikaniu do ognisk gruźliczych innych bakterii, a przez to powstają zakażenia wtórne. Zakażenia te wywołują drobnoustroje grypy, streptokoki, pneumokoki, *diplococcus catarrhalis*, *diplococcus tetragenus*, *staphylococcus*, laseczniki błonicy i t. d.

Bakterie te, stosownie do swych więcej lub mniej chorobotwórczych własności, zawsze znacznie pogarszają obraz choroby. Charakterystycznymi cechami ciężkich postaci zakażeń wtórnych są: gorączka, wychudnięcie, nocne poty, gwałtowne rozszerzanie się sprawy gruźliczej. Jeżeli ustrój na jakiś czas z owymi wtórnymi zakażeniami zdoła się uporać, to w tym razie następuje widoczne polepszenie ogólnego stanu i powrót do dawnych objawów choroby. Tego rodzaju zachowanie się ustroju w przebiegu otwartej gruźlicy przewlekłej niejednokrotnie spostrzegac było można. To też zachowanie to bywało nieraz powodem nader fałszywych wniosków co do niby to wielkiej skuteczności danych zabiegów leczniczych, gdy z drugiej strony raźne dołączenie się zakażeń wtórnych, osobliwie zakażenia grypy, w pierwszych czasach stosowania tuberkuliny⁷ prowadziło do błędnego tłumaczenia „szkodliwego jakoby działania“ owego środka.

Uspodobienie indywidualne.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że jak u zwierząt, tak też i u ludzi zachodzą znaczne różnice indywidualne w zdolności poddawania się zakażeniu gruźliczemu. Osobniki, łatwiej poddające się owemu zakażeniu, uważane bywają za „usposobione do gruźlicy“, chociaż daleko ściślejby było ową, tak bardzo pomiędzy ludźmi rozpowszechnioną zdolność podlegania zakażeniu pożytywać za rzecz zwykłą, a na zwiększoną odporność ustroju przeciw gruźlicy zapatrywać się, jako na rzecz nadzwyczajną, i mówić nie o różnicy w stopniu „usposobienia“, lecz o różnicy w stopniu „odporności“, innymi słowy, o wiele ściślejby było większość osób, zaliczanych do rzędu „posiadających usposobienie do gruźlicy“ (młodzi ludzie o bladej twarzy, wychudli, z wąską klatką piersiową) pożytywać za już nią dotkniętych, a mniemane znamiona ich „usposobienia“ uznawać za właściwe znaki już istniejącego zakażenia. Można to z łatwością w każdym przypadku udowodnić przez próbę tuberkulinową. W przyjmowaniu tedy znamion zewnętrznych za cechę wybitniejszego „usposobienia“ należy być nader ostrożnym. Zaprzeczyc jednak nie sposób, że pod względem stopnia zdolności do poddawania się zakażeniu gruźliczemu zachodzą, istotnie, znaczne różnice. Wielką rolę odgrywa tu wiek. Stwierdzono na pewno, że im młodszy jest dany osobnik, tem łatwiej ulega on gruźlicy. Wobec takiego stanu rzeczy wczesny wiek dziecięcy, przy tych samych okazyach do zarażenia się, będzie najmniej odporny, wiek zaś podeszły — najodporniejszy. BEHRING utrzymuje, że ludzie dorośli nie podlegają nadal zarażeniu gruźliczemu. W sprzeczności z tym poglądem stoją dość częste przypadki zarażania się gruźlicą, zdarzające się pomiędzy małżonkami. Następnie, prawda to wielka, że alkoholizm, przymiot i inne choroby czynią daleko mniej odpornym, a zatem „usposabiają“ do gruźlicy nie tylko tego, kto nimi jest dotknięty, lecz również i jego potomstwo. Natomiast potomstwo chorych gruźliczych, według nowszej statystyki, zda się, raczej giętszą posiada odporność względem gruźlicy, niż inni ludzie, częstsze zaś zapadanie owego potomstwa

na gruźlicę jest niewątpliwe w związku z częstszymi okazyjami do zarażania się.

Prawdą jest i to, że pewne profesye, takie, które dają możność częstszego podrażnienia lub zranienia błon śluzowych dróg oddechowych, jako to: tłuczenie kamieni, przedzenie i t. d., ułatwiają drogę zakażeniu, a zatem „uspasabiają“.

Z drugiej znów strony nie ulega wątpliwości, że dobre odżywianie i staranna opieka, dalej dostawana do sił ustroju wymiana ruchu i spoczynku, przebywanie na świeżem powietrzu, jak o też uprawianie sportu pływania i innych sportów (gier dziecięcych), zwiększają odporność ciała na gruźlicę. Nie trzeba jednak tych, nader ważnych z punktu widzenia higienicznego rzeczy przeceniać. Nie jesteśmy bowiem w stanie przez nie wyrobić przyrodzonej odporności na zarazek.

Ztąd wniosek, że nigdy nie należy zaniedbywać środków ochrony przeciwko możliwym sposobom zarażania się, gdyż i najsilniejsze, najzdrowsze jednostki, wobec zbiegu wielu sprzyjających okoliczności, mogą zapadać na gruźlicę, jak o tem przekonywają nas przypadki, napotykanne bezustannie w praktyce lekarskiej.

W prostem przeciwstawieniu do pytania o odporności znajduje się kwestya jadowitości laseczników. Że laseczniki gruźlicy ptasiej nie są dla ludzi niebezpieczne i naodwrot, jest to fakt ustalony. Również i to, że laseczniki gruźlicy bydłowej nie są dla ludzi tak bardzo niebezpieczne, niedawno udowodnił KOCH. Że znowu i w stopniu jadowitości różnych odmian laseczników ludzkich zachodzą te lub inne różnice, tego z polecenia KOCH'a dowiódł VAGEDES. Fakty te stoją w zupełnej analogii z zachowywaniem się innych drobnoustrojów, np. różnych odmian streptokoków: rzecz ta gruntownie została przestudyowana. Gdyby owa analogia była od razu zauważona, to cały spór o istotnie nie zupełnie poprawnem twierdzeniu KOCH'a co do różnicy laseczników gruźlicy ludzkiej a bydłowej byłby zbyteczny. Idzie tu mianowicie nie o „różnicę rodzaju“, ale o „różnicę danej odmiany lasecznika“ t. j. o „różnicę jadowitości“.

Odpowiedzialność za zakażenie spada na stosunki, w jakich mają się do siebie jadowitość lasecznika a odporność osobnika. Nawet i najodporniejszy osobnik ulegnie zakażeniu, gdy zarazek będzie bardzo jadowity, a znowu nie tylko

on, ale bez porównania mniej od niego odporny osobnik da sobie radę z mniej z pochodzenia jadowitym zarazkiem.

Autor uważa za niewątpliwe, że u jednego i tego samego osobnika mogą się zdarzać częste powtórne zakażenia, i że jednym z najbardziej zabójczych czynników w powstawaniu gruźlicy rodzinnej jest ten, gdy jeden członek rodziny, chory na gruźlicę, daje ciągle okazyje do zarażania się nią. Należy również przyjąć, że w razie wymierania całego szeregu dzieci jednych i tych samych rodziców jadowitość laseczników zwiększa się wraz z przechodzeniem ich na inne osoby tejże rodziny, ponieważ bowiem lasecznik przystosowuje się tu coraz lepiej do właściwego rodzaju podłoża odżywczego (PASTEUR).

Stosowanie tuberkuliny do celów leczniczych.

Tuberkulina nie jest to żaden środek uniwersalny przeciwko wszelkim postaciom gruźlicy, jak tego, po opublikowaniu odkrycia KOCH'a, napróżno oczekiwali entuzyaści. KOCH sam określił swój środek, jako domniemany „skuteczny środek leczniczy przeciw rozpoczynającej się gruźlicy“. Określenie to było zupełnie słuszne. W żaden jednak sposób nie należy ztąd wnosić, by tuberkulina i w daleko posuniętych postaciach gruźlicy nie mogła być skuteczna, tylko że skutek będzie w tych przypadkach o wiele mniej pewny. Opierając się na 13 letnich swych własnych spostrzeżeniach podaje autor, we względzie stosowanie tuberkuliny do celów leczniczych, następujące zasady.

a) Przeciwwskazania.

1) Przedewszystkiem stwierdzono, że tuberkulina nie jest to żaden bezpośredni środek leczniczy, nie jest to żadna przeciwtrutka (w rodzaju np. surowicy przeciwbłoniczej), ale że zawiera ona toksynę, wobec której ustrój ludzki zmuszony bywa dopiero wytwarzać odpowiednią przeciwtrutkę. Rzecz ta wymaga od ustroju pracy, do której potrzeba pewnego zasobu sił.

Bardziej tedy chore osoby, oczywiście, nie nadają się do leczenia tuberkuliną. Mogą się one nadać do niego tylko wtedy, gdy przez leczenie przygotowawcze, np. przez pobyt w sanatorium, stan ich sił się polepszy.

2) Również i każdy ustrój gorączkujący nie jest w stanie podolać tej pracy, jakiej od niego wymaga leczenie tuberkuliną.

Wobec tego do leczenia tuberkuliną nie nadają się i wszystkie owe, z właściwą sobie gorączką przebiegające przypadki gruźlicy. Wytrawni jednak zwolennicy leczenia tuberkuliną wyjątek robią dla tych przypadków, w których znajdujemy stan podgorączkowy z silniejszymi rannymi zwolnieniami. W tych przypadkach udaje się niekiedy przez zastosowanie niezmiernie małych dawek tuberkuliny ($\frac{1}{1000}$ części miligrama) temperaturę ulegulować. Jeżeli się to nie da osiągnąć w ciągu 1 do 3 tygodni, to nie możemy liczyć na skutek pomyślny. Wszystkim tedy początkującym, t. j. tym, którzy dopiero zaczynają leczyć tuberkuliną, należy podejmowanie tego rodzaju prób odradzać, nawet w przypadku, gdyby o nie sami chorzy lub też ich krewni prosili. Jeżeli bowiem próba się nie powiedzie, to lekarz może być pewny, że pogorszenie niechybnie przypisane będzie działaniu tuberkuliny, a przez to metoda ulegnie zdyskredytowaniu.

Wszystkie więc przypadki gruźlicy ze stanem podgorączkowym należy kierować do przygotowawczego leczenia sanatoryjnego.

3) Następnie należy pamiętać i o tem, że tuberkulina, użyta w postaci łagodnej, wywołuje przekrwienie każdego miejsca ciała, zajętego gruźlicą, użyta w postaci silniejszej — zapalenie tego miejsca i zgorzel. Strzedz się przeto wypada, by nie narażać na działanie tuberkuliny osób, dotkniętych wysokim stopniem gruźlicy, w tych bowiem przypadkach nie można nigdy przewidzieć skutków zapaleń i zgorzeli. Tkanka gruźlicza — to spróchniały mur z cegieł. Tuberkulina zmierza do tego, by mur ów zburzyć i z ciała wyrzucić, lub też, jak to się dzieje z małym ogniskami gruźliczymi, stopić je i zmarszczyć.

Byłby to zatem wielki błąd, gdybyśmy wysoko posunięte przypadki gruźlicy poddawali wielokrotnemu działaniu tuberkuliny. W tych przypadkach tuberkulina sama, bezpośrednio, może wyrządzić wielką szkodę.

b) Wskazania.

1) Do leczenia tuberkuliną nadaje się każdy przypadek „gruźlicy zamkniętej“ z dobrym

lub średnim stanem sił chorego, t. j. wszystkie przewlekłe, przebiegające bez gorączki i bez znacznego upadku sił przypadki okresów pierwszo- i drugorzędowego. Szanse wyleczenia są tu najzupełniej pomyślne, a według własnych autorów spostrzeżeń, wyjątkowo pomyślne.

Rzecz prosta, że dla lekarza będzie to wielce trudne zadanie przekonać chorych lub ich krewnych, że należy ich leczyć tuberkuliną, gdy mają się względnie dobrze. Publiczność z przeszłej ery medycyny tak bardzo przyzwyczaiła się do leczenia objawowego, a tak mało do leczenia zapobiegawczego, że trudno jest odmienny pogląd w nią wpoić. Zadaniem jednak lekarzy powinno być, by na tym punkcie walkę prowadzić, gdyż, jak się autor dosadnie przekonał, nie jest ona bez widoku. Najpomyślniejsza będzie wtedy, gdy ją zaczniemy od rodzin, które przeszły już pewne smutne doświadczenia z gruźlicą i obawiają się nowych zgubnych jej następstw. W tych przypadkach należy przede wszystkim zagrożonych członków rodziny poddać ostrożnej próbie tuberkuliną, a następnie poddać ich i kuracyi tuberkulinowej. Cieszyć nas będzie, gdy gruźlicę zatrzymamy w pochodzie, a lecząc każdego członka rodziny, nie dotkniętego jeszcze gruźlicą otwartą lub ostrą, w odpowiednim czasie, uchronimy go na trwałe od grożącego mu niechybnie złowrogiego losu.

Nader godne zalecenia jest leczenie zapobiegawcze przewlekłych postaci gruźlicy wieku dziecięcego. Leczenie to nie tak prędko prowadzi do celu, ale za to o wiele skuteczniej. Ostrożność zachować należy tylko w okresie rozpoczynającego się tworzenia przerzutów, w którym z gruczołów limfatycznych nowe hodowle szerzą się drogą naczyń limfatycznych lub krwionośnych. Niestety, okres ten pod względem klinicznym nie zawsze daje się rozpoznać na pewno, często jednakże poznać go można po nieumotywowanym na pozór podwyższaniu się temperatury ciała, po nieprawidłowej czynności serca, zapaleniach opłucny bez wysięku lub też po napadach bólów w członkach, w kręgach, bólów głowy, po nocnym krzyku dzieci i t. d. Przypadki te wymagają dłuższej obserwacji, z zachowaniem absolutnego spokoju, najlepiej w łóżku. Gdybyśmy tutaj od razu wzięli się do tuberkuliny, to pojawiająca się z przyczyn naturalnych

„mobilizacya“ laseczników byłaby najniezawodniej przypisana działaniu tuberkuliny.

Nie należy się nigdy obawiać, by tuberkulina, sama przez się, mogła spowodować mobilizację laseczników; autor nie miał ani jednego takiego przypadku podczas tysiące razy dokonywanych w ciągu lat 13 zastrzykiwań tuberkuliny. Innemi słowy, przysłowie: „Quieta ne movere“ nie da się tu zastosować, zamienić je raczej wypadnie na „Torpida aggredi“! Rzecz prosta, że działanie tuberkuliny możemy wesprzeć przez inne środki lecznicze (kąpiele solne, tran), lecz żadną miarą nie należałoby podtrzymywać poglądu, jakoby: „kąpiele solne, tran i staranna opieka, same przez się, mogły być wystarczającymi do usunięcia zółzów“. Będzie to słuszne tylko wtedy, gdy chodzić będzie o usunięcie jakiegokolwiek, szczególnie groźnie rozwijającego się objawu choroby. Ale zawsze nie będzie to nigdy zupełne wyleczenie! Poddajmy tylko owego „wyleczonego“ próbie tuberkulinowej, a przekonamy się, że Damoklesowy miecz gruźlicy utajonej wisi ciągle nad jego głową. Autor nie zaprzecza, że istotne wyleczenie w pierwszym okresie gruźlicy zdarza się dość często, ale czy dane dziecko zaliczyć mamy do wyleczonych, czy też nie, szanse w tym względzie będą po prostu losem szczęścia. Każde wtórne zakażenie szkarlatyną, odra, grypą, błonicą i t. d. może zawsze zakłócić spoczynek jakiegokolwiek ogniska gruźliczego i spowodować wybuch ostrej gruźlicy śmiertelnej, a ztąd właśnie wypływa zdanie, jakoby gruźlica powstawać miała bezpośrednio „po przebyciu odry“ i t. d.

Torowanie przeto drogi leczeniu zapobiegawczemu za pomocą tuberkuliny przypadków pierwszego okresu gruźlicy jest rzeczą więcej, niż możliwą. Powszechnie przeprowadzanie tego rodzaju leczenia mogłoby być jedną z najskuteczniejszych dróg do wytępienia gruźlicy.

2) Za nadające się „jeszcze“ do leczenia tuberkuliną pocztywać należy, zdaniem autora, i te przypadki okresu trzeciorzędnego, a zatem te przypadki gruźlicy otwartej, w których rozpad narządów nie zaszedł zbyt daleko. Stan bezgorączkowy i dobry lub przynajmniej średni stan sił starowić będą i tu nieodzowne warunki do podjęcia leczenia. Trudno jest jednak granice owych przypadków rozciągnąć. Większość

przypadków gruźlicy płuc dopiero w tym okresie dostaje się do rąk lekarza; lekarzowi przeto, zwolennikowi tuberkuliny, nie jest tak łatwo tutaj stosowną drogę odnaleźć. Dłuższe tylko doświadczenie z obfitym materiałem kazuistycznym w ręku, być może, kiedyś powoli ustali te lub inne zasady co do wyboru przypadków. Wreszcie nigdy nie będzie tu zbyt dobra walka z poglądem, jakoby każdy lekarz, który egzamin państwowy ukończył, mógł z książek i referatów nabyć należytego sądu, gdzie i kiedy może stosować tuberkulinę. Kto chce sobie swój własny sąd wyrobić, powinien się starać, by i tu, tak samo jak to bywa we zwyczaju w każdej innej specjalnej dziedzinie terapii, pod światłym kierunkiem nabrał odpowiedniej wprawy. Zdarza się bowiem, że przypadki z wysoko posuniętą obustronną gruźlicą niekiedy tuberkuliną nadspodziewanie dobrze się leczą, gdy znowu przypadki z o wiele mniej wydatnymi objawami klinicznymi, wbrew oczekiwaniu, szybko postępują naprzód i w końcu poddają się zakażeniom wtórnym. Ztąd wynika, że w żaden sposób nie można trzymać się zdania, jakoby tylko klinicznie „łżejsze przypadki“ gruźlicy otwartej nadawały się do leczenia tuberkuliną lub też jakoby (według TURBAN-WEICKER'a) granice stosowania tuberkuliny miały się kończyć u wejścia do „drugiego okresu“ gruźlicy płuc. Należy raczej dawać baczenie na stan ogólny, jakoteż na stan układu nerwowego i serca. Za zasadę przyjąłoby można, że osobniki ospałe lub niespokojne, z przyspieszonym tętnem i ze skłonnością do łatwego męczenia się, mniej się nadają do leczenia tuberkuliną, niż natury giętkie i spokojne. W przypadkach wątpliwych zalecałoby trzeba leczenie skombinowane (naprzód leczenie sanatoryjne, następnie leczenie tuberkuliną lub stosowanie tuberkuliny w sanatorium po uprzednim podniesieniu się stanu odżywiania chorego). Pierwsze tygodnie pobytu w sanatorium mogłyby być poświęcone leczeniu bez tuberkuliny, a następne — ostrożnemu jej stosowaniu.

Niezmiernie ważny jest fakt, że w większości przypadków, osobliwie w przypadkach gruźlicy otwartej, nie możemy osiągnąć zupełnego wyleczenia przez raz jeden tylko przeprowadzoną kurację tuberkulinową. W tych tedy przypadkach należy po 8 do 10 tygodniowym stosowaniu tuberkuliny robić przestanki również 8 lub

10 tygodniowe, a potem leczenie powtórzyć („system etapów“). Dalej, według autora, nader racjonalna będzie zmiana preparatów tuberkuliny, t. j. by do jednej np. kuracji używać preparatu dawnego, a do powtórnej — nowego. Przez to wzmocnimy ustrój przeciw wszelkim ciałom toksycznym, wytwarzanym przez laseczники.

Po omówieniu techniki kuracji tuberkulinowej i przedstawieniu kilku historii chorób przypadków, leczonych tuberkuliną, wymienia autor punkty, na których oparł swój własny system leczenia gruźlicy, nazywając go „systemem gdańskim“. Punkty te są następujące:

1) Jeżeli na podstawie nieznacznych nawet objawów klinicznych możemy u danej osoby podejrzewać gruźlicę, badamy jej płwocinę na laseczniki Koch'a: przy wyniku badania ujemnym, stosujemy rozpoznawczą próbę tuberkulinową.

2) W razie jeżeli rozpoznanie staje się pewne, chorzy, gdy stan ich zdrowia nie jest zupełnie zadawalający, wysyłani bywają, o ile można, jaknajspieszniej do sanatorium (najczęściej d-ra WEICKER'a w Görbersdorfie), w celu przeprowadzenia tam trzechmiesięcznego leczenia przygotowawczego.

3) Chorzy z lepszym stanem sił, którzy chcą się leczyć, nie przerywając swych zajęć, lub też ci, którzy nie posiadają środków na przeprowadzenie leczenia sanatoryjnego, bywają leczeni ambulatoryjnie tuberkuliną ale tylko, gdy stan ich jest bezgorączkowy.

4) Powracający z sanatorium, jeżeli płwocina ich nie zawiera laseczników, poddawani bywają następcej próbie tuberkulinowej. Przy wyniku owej próby dodatnim, przechodzą pierwszy stopień leczenia tuberkuliną, zazwyczaj ambulatoryjnie, nie przerywając swych zajęć.

5) Ci, którzy ukończyli pierwszy etap kuracji tuberkulinowej, badani bywają raz na miesiąc. Jeżeli w płwocinie ich znajdują się jeszcze laseczniki, przechodzą drugi etap kuracji tuberkulinowej, w przeciwnym razie wykonywa się tu następczą próbę tuberkulinową i postępuje, jak wyżej pod punktem 4.

6) Chorzy, u których objawy choroby znikły doszczętnie, a wykonana dwukrotnie próba tuberkulinowa nie dała żadnego odczynu,

uważani bywają za wyleczonych, ale, mimo to, poddawani badaniu dwa razy w ciągu roku.

Do następcej próby tuberkulinowej używa autor nieco większych dawek, niż do próby wstępnej, a mianowicie:

1 — 5 — 15 miligramów lub

1 — 5 — 10 — 20 miligramów tuberkuliny dawnej.

Wyniki owego, podług wyżej nakreślonego planu przeprowadzanego systemu leczenia gruźlicy, według autora, są o wiele pomyślniejsze, niż wyniki samego tylko leczenia sanatoryjnego. Twierdzi to autor na podstawie zebranego przez siebie materiału kazuistycznego, a mianowicie:

Od roku 1893 według tego systemu leczyło się osób 93. Przypadków gruźlicy otwartej (zlasiecznikami w płwocinie) było 38, przypadków zaś gruźlicy zamkniętej (bez laseczników w płwocinie, ale z wybitnym odczynem na tuberkulinę) było 54.

Z 38 przypadków gruźlicy otwartej

umarło 23 = 60%

wyleczyło się 15 = 40%

Z 54 przypadków gruźlicy zamkniętej

umarło 0 = 0%

wyleczyło się 54 = 100%

Wobec tych liczb autor wypowiada zdanie, że przy rozciągnięciu jego systemu na odpowiednio wybrane przypadki wyniki trwałego wyleczenia, osiągnięte dotychczas w sanatoriach, mogą się potroić.

Zaleca również usilnie zakładom leczniczym dla dzieci, dotkniętych gruźlicą, by tuberkulinę wciągnęły do planu swego leczenia.

Autor słyszał od niektórych kolegów, że ociągali się oni ze stosowaniem tuberkuliny dla tego, iż spodziewali się, że przyobiecane przez BEHRING'a przed laty leczenie gruźlicy surowicą poprowadzi do celu drogą najprostszą i najskuteczniejszą. BEHRING, jak wiadomo, w wygłoszonym niedawno na Zjeździe przyrodników w Kassel referacie, opublikował wyniki swych dotychczasowych badań.

Że, istotnie, możemy bydło czynnie uodparniać przeciw gruźlicy, jest to fakt, ustalony przez doświadczenia, podjęte równocześnie w instytucie Koch'a. W referacie jednak niema ani słowa o przyobiecanej przed laty leczeniu gruźlicy ludzkiej surowicą. Że nadzieja tego rodzaju leczenia na zawsze przepadła, sądzić można z te-

go, że dla czasów przyszłych BEHRING zapowiada zupełnie nową metodę w walce z gruźlicą, mianowicie — uodparnianie bierne niemowląt przez mleko uodpornionych czynnie krów. Metoda to analogiczna — z niewspomnianym weale w referacie — sposobem postępowania EHR-lich'a w celu wyrabiania odporności na trucizny przez ssanie. Ów, jako nadzieja tylko uka-zywany sposób postępowania opiera się na zapoczątkowanej przez BEHRING'a tezie, jakoby „głównem źródłem powstawania gruźlicy miało być mleko niemowlęcia“. Hipoteza ta przez Kocin'a i innych badaczy uznana została za błędną. O ile oparty na tej podstawie sposób postępowania może być skuteczny, to się dopiero okaże z prób doświadczalnych, jakie będą dokonane z mlekiem przyszłości na niemowlętach przyszłości, a do tego potrzebny jest cały okres życia ludzkiego, pytanie bowiem, o ile dane pokolenie niemowląt zostałoby w ten sposób w rzeczy samej zabezpieczone przed gruźlicą, nie może być rozstrzygnięte wcześniej, zanim pokolenie to do rośnie. Sposób ten przeto niema na względzie pokolenia, dzisiaj żyjącego.

Ztąd prosty wniosek, na jak ciężką próbę może być wystawiona cierpliwość „kolegów wyczekujących“.

Autor mniema, że w pracy swej wykazał, w jaki sposób, stosując preparaty Kocin'a dość wczesnie i z należytem zrozumieniem rzeczy, jesteśmy w stanie nie przez „nadzieję“ tylko, lecz czynnie nieść pomoc dzisiaj żyjącemu pokoleniu nawet w tym przypadku, gdy jest ono już dotknięte zakażeniem. To też autor spodziewa się, że przyjdzie czas, gdy większość kolegów przekona się, że tuberkulina, istotnie, odpowiada wszystkiemu temu, czego od swoistego środka przeciw gruźlicy w umiarkowanym chociażby tylko stopniu wymagałoby należało z punktu widzenia dyagnostycznego i leczniczego. Jeżeli przeto większość kolegów — nie potrzeba koniecznie, by nimi byli wszyscy — będzie zatem, by dorastające pokolenie dzisiejsze uchronić przed szkodliwymi skutkami już nabytego zakażenia gruźliczego, to na to nie potrzeba żadnego innego środka swoistego.

Pożałowania godna okoliczność, że większość kolegów na rzeczy te oczy zamknęła, nie powinna być przeszkodą, by je teraz otworzyła.

(Berliner Klinik. Zeszyt 188. r. 1904).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

104. O. MÜLLER. Spostrzeżenia nad plamkami Koplik'a, dyazo-odczynem i gorączką w odrze.

Podczas panującej w Marburgu w zimie 1902/03 roku epidemii odry autor robił spostrzeżenia nad zaznaczonymi w nagłówku objawami w celu wyjaśnienia niektórych ciemnych dotąd punktów w symptomatologii odry. Na materyał autora składa się 225 przypadków odry.

W ostatnich czasach duże znaczenie rozpoznawcze w odrze zyskały plamki KOPLIK'a. Są to niebieskawe -białe plamki wielkości lepka od

szpilki, otoczone mniej lub więcej wyraźną czerwoną obwódką. Sadowią się one w liczbie od 6 do 20 na błonie śluzowej policzków, najczęściej naprzeciw zębów trzonowych. Według SŁAWYK'a dają się łatwo zdjąć szczypeczykami i składają się ze stłuszczonych nabłonków. Na 52 przypadki odry SŁAWYK spostrzegł te plamki 45 razy (86%). FRUITNIGHT obserwował je w 90% swoich przypadków. HAVAS zaznacza zjawianie się plamek K. w 16 przyp. na 1-7 dni przed wystąpieniem wysypki. PERKEL na 33 przyp. w 32 spostrzegł te plamki w okresie zwiastunów. ROLLY obserwo-

wał je na 78 przyp. 67 razy, a 24 razy na $\frac{1}{4}$ — 4 dni przed wysypką. Podobne wyniki podają inni autorowie. Podczas gdy wielu autorów uważa plamki K. za bardzo cenny wczesny objaw odry, — objaw, nie zdarzający się w żadnej innej chorobie, a specjalnie w kurze, WIDOWITZ i MOTTA-COCO w przebiegu kuru widywali niekiedy takie same plamki, skutkiem czego odmawiają im znaczenia patognomicznego dla odry. Na 166 dokładnie spostrzeganych przypadków MÜLLER napotkał plamki K. 134 razy (81%), wysypkę zaś wstępną na twardem podniebieniu 143 razy (86%). Tylko w 12 przypadkach udało się autorowi śledzić przebieg choroby od okresu wylegania aż do wyzdrowienia. W 7 z nich plamki K. wystąpiły jednocześnie z pierwszym podniesieniem ciepłoty, t. j. pierwszego dnia choroby, w 4 przyp. — na 1 — 2 dni po wystąpieniu gorączki, t. j. 2 — 3 dnia choroby, w jednym zaś przypadku wcale plamek nie było. Pojawienie się plamek KOPLIK'a wyprzedziło wysypkę na twardem podniebieniu 8 razy o $\frac{1}{2}$ — 2 dni, w 3 zaś przypadkach oba rodzaje wykwitów wystąpiły jednocześnie.

Po epidemii odry wystąpiła w Marburgu w końcu czerwca i początku lutego mała epidemia kuru. Rozpoznanie kuru było tem pewniejsze, że większość przypadków dotknęła te same dzieci, które na krótko przedtem przechodziły odrę. Autor spostrzegał 14 przyp. kuru i w 6 z nich stwierdził niewątpliwe plamki KOPLIK'a. Zgadza się to zupełnie z wynikami spostrzeżeń WIDOWITZ'a i MOTTA-COCO.

Co się tyczy odczynu dyazowego, to większość najnowszych podręczników uważa występowanie odczynu EHRlich'a w moczu za prawie stały objaw odry. Poszukiwania autora w zupełności potwierdzają to zdanie. Z pomiędzy 42 zbadanych pod tym względem chorych odczynu tego nie było tylko u jednego. Na 10 przypadków w 8 odczyn wystąpił dopiero razem z wysypką, 2 razy zaś na $\frac{1}{2}$ dnia przed nią. Natężenie odczynu wznagało się w miarę trwania gorączki ciągłej, ażeby w pierwszych dniach po spadku gorączki, najpóźniej 6 dnia po tym spadku, zniknąć. Ponieważ odczyn dyazowy najwcześniej występuje w końcu pierwszego (nieżyłowego) okresu, częściej dopiero w początku drugiego (*exanthema*), nie może więc być uważany za objaw wczesny.

Zdania autorów o tem, czy gorączka odrowa w przypadkach niepowikłanych ma zawsze typ określony, charakterystyczny, dotąd jeszcze są podzielone. WUNDERLICH, a po nim większość autorów podręczników (NIEMEYER, EICHHORST, GERHARDT, STRÜMPPELL, HENOCH, EBSTEIN, SCHWALBE i in.) podaje następujący przebieg gorączki: w początku okresu nieżyłowego podniesienie ciepłoty do 39 — 40°, a nazajutrz spadek do normy. Po tem krótkotrwałem i dość znacznem podniesieniu ciepłoty następują zazwyczaj 2 dni bezgorączkowe lub z nieznaczną gorączką, poczem ciepłota nagle wysoko wznosi się i z charakterem ciągłym trwa przez cały czas wysypywania, ażeby wraz ze zblednięciem wysypki spaść do normy krytycznie. JÜRGENSEN odróżnia 3 typy gorączki odrowej: 1 i, być może, najczęstszy jest właśnie wyżej nakreślony; 2 przedstawia się w ten sposób, że ciepłota początkowo nagle się podnosi, później nie spada wyraźnie, lecz przybiera charakter zwalnający i stopniowo przechodzi w typ ciągły (*febris continua*); wreszcie 3 typ, najrzadszy, jest od samego początku ciągły. Drugi typ JÜRGENSEN'a HEUBNER uważa za bardzo częsty w niepowikłanych przypadkach odry

Autor miał sposobność mierzyć ciepłotę, poczynając od okresu wylegania i podczas całego przebiegu choroby, w 12 przypadkach, mianowicie, u sióstr dzieci chorych na odrę. Na te 12 przypadków 9 razy istniał 1 typ JÜRGENSEN'a, 2 razy — 2 typ i raz jeden — 3 typ. Wogóle zaznaczyć należy, że pod względem przebiegu gorączki rozmaite epidemie okazują pewne różnice.

(München, med. Wochenschr. Nr. 3. 1904)

S. P.

105. SIGEL. Przyczynę do rozpoznawania raka żołądka.

W ostatnich czasach wiele pracowano nad kwestyą raka wogóle i raka żołądka w szczególności. Cała trudność polega na wczesnem rozpoznaniu, do czego też dążą najnowsze badania. ERDMANN i WINTERNITZ zauważyli, że proteinochromy, które powstają przy znacznym rozpadzie ciał białkowych pod wpływem chloru lub bromu, dają czerwono-fioletowe zabarwienie (Tryptophanreaction), występujące bardzo wyraźnie w raku żołądka, szczególnej na tle rakowatego zwężenia odźwiernika. Jednak ci sami autorowie nieraz

w niewątpliwym raku reakcyi tej nie otrzymywali. GLAESNER w klinice EWALD'a robił w tej materyi doświadczenia i na 12 przypadków raka otrzymał reakcyę tylko raz jeden, a na 6 przypadków wrzodu żołądka 2 razy. Autor na 15 przypadków tego rodzaju otrzymał dodatni rezultat tylko 2 razy.

SALOMON podaje następującą metodą badania, polegającą na tem, że w raku żołądka wydziela się wciąż nieznaczna ilość surowiczego płynu, który zawiera białko. Pacjent otrzymuje przed południem tylko płynne pokarmy, następnie po południu pokarm, nie zawierający wcale białka: kawę, herbatę, trochę wina i t. d. Wieczorem SALOMON płucze pacjentowi żołądek wodą zwyczajną, a na drugi dzień rano 400 grm. fizyologicznego roztworu soli; w wodzie, otrzymanej po przepłukaniu, określa ilość białka i azotu. Autor skontrolował te doświadczenia i doszedł do wniosku, że, jeżeli otrzymujemy wyraźny osad białka (ESBACH) i 25 mgr. N. na 100 ctm. wody, to rezultat taki przemawia za rakiem. Najtrudniejsze do rozpoznania są przypadki raka małej krzywizny, które przebiegają bez subiektywnych objawów, i raki na tle wrzodu. Co się tyczy ostatnich, to doświadczenia SALOMON'a nie przyczyniają się wiele do rozpoznania ich, za to w przypadkach pierwszego typu mają wielkie znaczenie. W niektórych przypadkach osad białka bywa nieznaczny, lecz ilość N. znaczna. Autor objaśnia to małym podrażnieniem nowotworu pokarmami, jak naprzykład w przytoczonym przypadku wskutek poprzedniej gastroenterostomii. SALOMON zaś twierdzi, że w takich przypadkach wydzielające się białko ulega peptonizacyi. Metoda SALOMON'a może się też okazać bezskuteczną w przypadkach kataru żołądka i nowotworu namacalnego, lecz bez dokładnej lokalizacyi.

Doświadczenia GLUZIŃSKIEGO mają służyć za dopełnienie metody SALOMON'a, t. j. ułatwić rozpoznanie raka na tle wrzodu w początkowym okresie rozwoju. GLUZIŃSKI opiera swą metodę na teoryi, że chroniczny katar śluzowy żołądka jest następstwem kataru kwaśnego, co ma miejsce przy przejściu wrzodu żołądka w raka lub też przy gojeniu się wrzodu.

Gdybyśmy mogli rozpoznawać to przejście jednego kataru w drugi i mieć jakieś pewne da-

ne, że mamy do czynienia z bliznowatym gojeniem się wrzodu, mielibyśmy cenny fakt diagnostyczny. Według GLUZIŃSKIEGO jest to rzeczą łatwą, gdyż on nie obserwował ani razu, aby przy bliznowatym gojeniu się wrzodu w okolicy odźwiernika, który prowadzi do zwężenia, występował katar śluzowy, przynajmniej dopóki nie będzie usunięta przeszkoda.

GLUZIŃSKI postępuje w ten sposób: rano naczeczko przemywa żołądek, następnie bada zawartość żołądka pó próbnem śniadaniu i obiedzie jednego i tego samego dnia. Jeśli przy tych próbach otrzymujemy słabą zawartość HCl albo wcale jej nie otrzymujemy, gdy tymczasem o innej porze dnia mamy wyraźną reakcyę, prócz tego, gdy znajdujemy, co nie jest konieczne, bakterye JAWORSKIEGO i BOAS-KAUFMANN'a, to możemy twierdzić, że zaczyna się katar śluzowy. Przy czystym wrzodzie wciąż otrzymujemy wyraźny HCl.

Według więc GLUZIŃSKIEGO rozpoznanie raka na tle wrzodu jest pewne, jeśli wraz ze zwężeniem odźwiernika na tle organicznem występuje niedostateczność wydzielnicza żołądka. Autor skontrolował doświadczenia GLUZIŃSKIEGO na 18 przypadkach. Część przypadków dotyczy wrzodu przewlekłego z podejrzeniem raka, gdy tymczasem za pomocą metody GLUZIŃSKIEGO można było podejrzewać wrzód niezłośliwy, co się rzeczywiście sprawdziło, z wyjątkiem jednego przypadku. Metoda chemiczna GLUZIŃSKIEGO daje też cenne wskazówki przy małych objawach zwężenia i wymacalnym guzie w okolicy żołądka. Rozpoznanie, czy mamy do czynienia z rakiem, czy tylko z przerostem mięśniowym staje się łatwym.

Parę słów jeszcze autor przytacza o własnościach chemicznych moczu przy raku. BLUMENTHAL twierdzi, że indykanurya przemawia za rakiem żołądka, białkomocz i dyazoreakcyja za wrzodziejącym rakiem, kwas mleczny za rakiem wątroby, cukier — trzustki, obfite wydzielanie mocznika za rakiem narządów, obfitujących w nukleiny. Wielu autorów pracowało nad wydzieleniem lotnych kwasów tłuszczowych w moczu w chorobach żołądka i doszło do pewnych wniosków w rozpoznawaniu wrzodu, rozstrzeni, raka, niedostateczności żołądka. Autor w ostatnich czasach skontrolował te dane, lecz

doszedł do przekonania, że dane, które otrzymał, nie mają wielkiego znaczenia. Cyfry otrzymane wykazują znaczne wahania.

(Berlin. klinische Wochenschrft. N. 12 i 13. 1904).

Ludwik Stein.

106. W. HILDEBRANDT. O występowaniu komórek eozynochłonnych w płwocinie.

O występowaniu komórek eozynofilowych w płwocinie w przebiegu rozmaitych chorób znajdujemy w literaturze następujące dane. GOLLASCH znajdował je w dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*), jak również w ostrym i przewlekłym nieżycie oskrzeli, nie napotykał ich natomiast w *bronchitis foetida* i *phthisis pulmonum*. FINK również nie znajdował w gruźlicy płuc, znajdował zaś w nieżycie oskrzeli, rozstrzeni i dychawicy oskrzelowej; w tej ostatniej występowały w tak dużej ilości, że tej okoliczności FINK przypisuje znaczenie rozpoznawcze. LEYDEN i SCHMIDT znajdowali je w dychawicy oskrzelowej w wydzielinie nosa i płwocinie. LEYDEN uważa komórki eozynofilowe za charakterystyczne dla tego cierpienia i stawia z nimi w związku obecność kryształów astmowych. Zdaniem WEISS'a, komórki eozynochłonne występują obficie nie tylko w dychawicy, lecz także w płwocinie osobników gruźliczych, jak również w przebiegu przewlekłego nieżyty oskrzeli. Według MANDYBUR'a, obecność komórek eozynochłonnych w płwocinie przemawia przeciw gruźlicy.

We wszystkich przypadkach gruźlicy płuc, które autor miał sposobność badać, stwierdzono obecność komórek eozynofilowych w płwocinie, o ile ta wogóle zawierała dobrze zachowane komórki. Należą tu 16 przypadków przewlekłej gruźlicy płuc, jeden przypadek suchot galopujących oraz jeden przypadek zapalenia płuc galaretowego (*pneumonia gelatinosa*). W niektórych przypadkach komórki eozynochłonne występowały tak obficie, że miejscami stanowiły około 80% wszystkich komórek. Komórki bazofilowe autor w większości przypadków spostrzegał w nieznacznej liczbie. W *bronchitis acuta* autor w 2 przypadkach znalazł w płwocinie eozynofile również w 5 przypadkach *bronchitidis chronicae* i 2 przypadkach *bronchopneumoniae*. Eozynofile w niektórych przypadkach gruźlicy płucnej i nieżyty oskrzeli były co najmniej tak samo liczne, jak w 2 spostrzeganych przez autora przy-

padkach dychawicy oskrzelowej. W jednym z tych przypadków autor znalazł nieliczne tylko węzownice CURSCHMANN'a, kryształów zaś astmowych nie znalazł, w drugim znaleziono tylko kryształy, węzownice zaś autor dotychczas jeszcze nie odszukał. W jednym przypadku zawału krwotocznego płuc autor znalazł w płwocinie bardzo liczne komórki eozynofilowe, komórek zaś bazofilowych mało. W przeciwieństwie do MANDYBUR'a stwierdził autor w jednym przypadku włóknikowego zapalenia płuc z ciężkim przebiegiem obecność komórek eozynochłonnych w płwocinie (*sputum croceum*). Nalot z migdałków w jednym przypadku szkarlatyny i dyfterytu zawierał obok bakterii i detrytu dobrze zachowane komórki eozynofilowe. W wydzielinie z nosa, jak również w śluzie z gardzieli, znaleziono bardzo liczne eozynofile, jakkolwiek dychawicy oskrzelowej przytem nie było.

Z powyższego wynika, że obecność komórek eozynochłonnych w płwocinie nie jest wcale rzadka, przeciwnie, winna być uważana nawet za dość częstą. Ponieważ nadto liczba tych komórek w płwocinie w każdym cierpieniu może być bardzo znaczna, to ztąd wynika, że obfitego występowania ich nie można zużytkować dla rozpoznania dychawicy oskrzelowej. Również nie jest charakterystyczne dla dychawicy znalezienie komórek eozynofilowych w wydzielinie błony śluzowej nosa. Stwierdzenie w płwocinie osobników z gruźlicą płuc komórek eozynofilowych, i to dość licznych, obala pogląd tych autorów, którzy obecność komórek w płwocinie chcieli uważać za objaw, przemawiający przeciw gruźlicy płuc.

(München. med. Wochenschr. Nr. 3. 1904).

S. P.

107. FRIEDLAENDER. Nerw błędny a zapalenie otrzewny.

Jak wiadomo, zmiany miejscowe, towarzyszące zapaleniu otrzewny, nie są w stanie objaśnić nam całego zbioru objawów tej choroby; należy tu raczej przyjąć istnienie jakiegoś cierpienia ogólnego. Dlatego też już dawniej przypuszczano, że cierpieniom otrzewny towarzyszy cierpienie rdzenia przedłużonego, zaburzenia w sferze ośrodków. Taki oddalony wpływ otrzewny na rdzeń przedłużony możliwy jest jedynie na drodze krwiobiegu albo nerwowej; na podstawie tych przypuszczeń zbudowano dalej

teorię samozatrucia i odruchową. Obie te hipotezy nie wyłączają się jednak wzajemnie. Zwłaszcza jeden objaw z pewnością nie powstaje drogą wchłonięcia toksyn, mianowicie stosunek częstości tętna do ciepłoty w zapaleniu otrzewny, którego nie spostrzegamy, jeżeli zakażenie ustroju następuje inną drogą. Autor stara się zbadać i oświetlić następstwa podrażnienia nerwów otrzewny, zwłaszcza wobec ostrego zapalenia tej błony lub uwięźnięcia tworów, pokrytych otrzewną.

Zatrzymawszy się bliżej nad anatomią nerwów błędnego i współczulnego, autor zwraca się do doświadczeń, mających wyjaśnić tak znaczną niewspółmierność tętna i ciepłoty w zapaleniu otrzewny. Częstość tętna zależy może od dwóch czynników: bądź od porażenia nerwu błędnego, bądź od silnych krwotoków. Stan, równający się utracie krwi, wywołać można drogą porażenia nerwu trzewiowego, względnie nadmiernego, czynnego przekrwienia trzew.

Pierwsze spostrzeżenie autora na przeciętym obustronnie i drażnionym w kierunku dośrodkowym nerwie trzewiowym wykazało, że nerw ten, drażniony, wywołuje uczucie gwałtownego bólu, albowiem zwierzę budzi się z uspienia i ięczy. Częstość tętna pozostaje w czasie tego doświadczenia bez zmiany, natomiast ciśnienie krwi wzrasta cokolwiek, ale dopiero w minutę po zakończeniu doświadczenia. Wynika ztąd, że, ponieważ nerw błędny na ból wrażliwy nie jest, wrażenie bólu w zapaleniu otrzewny dochodzi do ośrodków drogą nerwu trzewiowego, względnie splotu żywotowego (*plexus coeliacus*). Doświadczenia podobne na nerwie błędnym wywoływały stałe spadek ciśnienia krwi pod poziom; z chwilą ustania podrażnienia, ciśnienie powracało do normy. Również i częstość tętna zmniejszała się na początku doświadczenia. Następnie autor u szeregu zwierząt wywoływał sztucznie zapalenie otrzewny i u jednych przecinał nerwy błędne, u drugich nie. Okazało się, że wprawdzie zwierzęta z zachowanymi nerwami błędnymi prędzej ulegały zapaści, że jednak ta okoliczność bynajmniej nie była jedyną przyczyną śmierci, ponieważ zwierzęta padały prawie jednocześnie — wskutek porażenia kiszek i zatrucia. Ważną rolę w powstawaniu wszystkich tych zjawisk autor przypisuje zwojowi żywotowemu. Patologiczne podrażnie-

nie jego udziela się wszystkim nerwom, przechodzącym przez ten zwoj, a więc zarówno nerw trzewiowemu, jak i błędnemu oraz splotowi trzewiowemu. Podrażnienie to wywołuje w kierunku dośrodkowym ból (n. trzewiowy) i zapaść (n. błędny). W kierunku odśrodkowym następstwem tego podrażnienia jest bezwład kiszek. Częstość tętna w zapaleniu otrzewny dowodzi, że sprawa zapalna ogarnęła luźną tkankę kreskową — siedlisko elementów nerwowych.

A. Wertheim.

108. БОКАЙ. Moje spostrzeżenia nad działaniem przeciwpłoniczej surowicy paciorkowcowej Moser'a.

Wobec aktualności sprawy leczenia swoistej płonicy za pomocą odpowiednio przyrządzonej surowicy nie od rzeczy będzie zatrzymać się nieco dłużej nad wywodami tej miary pracownika, co Бокay. Bezpośrednia przyczyna powstawania płonicy jest dla nas dotąd niejasna, jakkolwiek nie ulega już żadnej wątpliwości, że powikłania tego cierpienia, jakoto zmiany nekrotyczne w gardzieli, zapalenia stawów lub błon surowicznych etc. są następstwami zakażenia paciorkowcami. Mniejszość z BAGINSKY'm na czele rada w paciorkowcach widzieć swoistą przyczynę, wywołującą bezpośrednio płonicę, lecz większość uważa, że płonica jest tylko wspaniałym gruntem dla rozwoju paciorkowców, wpływa na wzmoczenie ich siły żywotnej i stwarza warunki, podatne dla ujawnienia ich wpływu szkodliwego w tym lub owym kierunku. Zdaniem Moser'a niema dostatecznej racji zaprzeczać paciorkowcom swoistości w etiologii płonicy, tembardziej, że w 63% przypadków badań pośmiertnych po płonicy znalazł we krwi (a dwa razy nawet *in vivo* w płynie mózgodzeniowym) nieskażone obecnością innych drobnoustrojów paciorkowce. Na tej też zasadzie przystąpił on do przygotowania surowicy przeciwpłoniczej i zaczął ją stosować w r. 1900 u 699 chorych, między którymi było 81 ciężkich. Początkową dawkę 30,0 wkrótce podniósł do 180,0. Odsetek śmiertelności otrzymał 19%, co, w stosunku do liczby przypadków ciężkich uznać można za wynik dodatni.

Swoiste działanie surowicy zaznacza się, zdaniem Moser'a, w niezmiernie dodatnim wpływie na stan ogólny i samopoczucia chorego, widocznym już w przeciągu pierwszej doby (apatya, objawy mózgowie, bredzenie, niepokój, nadez-

łoś, śpiączka ustępują bardzo szybko); wysypka blednie lub pozostaje w stanie poronnym, ciepłota ciała spada w przeciągu doby przeciętnie o 3,6° C. bez objawów zapaści, tętno wolniej, kończyny się rozgrzewają, sinica przemija, płonica przebiega już w stanie bezgorączkowym, zmiany nekrotyczne w gardzieli ograniczają się i nie idą w głąb, zapalenie gruczołów i ich ropienie występuje rzadko, zapalenie nerek spostrzegano tylko u 13% — o przebiegu przeważnie pomyślnym.

Podobnie pomyślnie wyniki obserwował ESCHERICH w 112 przypadkach i stał się żarliwym zwolennikiem stosowania surowicy MOSER'OWSKIEJ w płonicy.

POSPISCHILL miał do czynienia z wyjątkowo ciężkimi przypadkami płonicy, gdyż z 26 jego chorych zmarło 12 pomimo swoistego leczenia surowicą; niemniej przeto i on wyniósł dodatnie wrażenie z działania surowicy MOSER'OWSKIEJ, jakkolwiek zastrzega się przeciw uważaniu pa-ciorkowców za przyczynę swoistą wywoływania płonicy.

BOKAY wybrał z 46 przypadków płonicy 12 najcięższych; zastrzyknął im pod skórę 2150 cem. surowicy MOSER'OWSKIEJ (najmniejsza dawka wynosiła 100 cem. najwyższa — 200 cem).

Przedewszystkiem zastanowił go niezmiernie dodatni wpływ surowicy na stan ogólny chorego. Już po upływie doby niepodobna było poznać chorego. Zwłaszcza szybko mijały groźne objawy mózgowie. Nieprzytomność i bredzenie ustępowały miejsca dobremu na ogół samopoczuciu i łaknieniu. Wysypka płonąca po iniekcji szybko bladła. Charakter jej — na co nie zwrócili uwagi poprzedni spostrzegacze — również ulega dodatniemu przeistoczeniu: grudkowate i sińezabarwienie skóry szybko zmienia się na równą punkcikowatą wysypkę, w lekkiej płonicy zwykle spostrzeganą. Ciepłota ciała spada przeciętnie o 2,1° C. (od 0,9° C. do 3,4° C.) w przeciągu 24 — 48 godzin i bez żadnych zgoła objawów zapaści. Spadek ten bywa zazwyczaj krytyczny, i dalszy przebieg choroby jest bezgorączkowy.

Tętno wolniej i jest pełniejsze, dzięki czemu kończyny stają się ciepłe, i sinica obwodowych części ciała przemija.

Nekrotyczne zmiany w gardzieli ograniczają się i nie mają tendencji żłobienia tkanek w głąb. Powikłania płonicy są mniej natężone. Za-

palenie gruczołów szyjowych miało miejsce u 4 chorych, z nich dwoje zmarło na posocznicę. Były to jedyne dwa przypadki wśród 12 bardzo ciężko chorych.

Zapalenie ucha środkowego również przebiega spokojniej. Następstwa stosowania surowicy ograniczają się na pojawieniu ropnia na miejscu uklucia lub na pojawieniu wysypki po 6 — 16 dniach po zastrzyknięciu, w postaci *erythema multiforme* i *urticaria*, rzadziej bywa ona podobna do różyczki lub płonicy.

Na zasadzie tak szczupłego materiału nie stawia autor żadnych wniosków pozytywnych, dzieli się tylko z czytelnikami niezmiernie dodatnim wrażeniem, jakie odniósł ze stosowania surowicy MOSER'OWSKIEJ w płonicy.

(Deut. m. Woch. N. 1. 04).

M. Kraushar.

109. VILLARET. Czy zapalenie wyrostka robaczkowego daje się obecnie częściej spostrzec, niż poprzednio?

W ostatnich czasach powstaje pewien odłam prasy ogólnej i specjalnej przeciwko emaliovanym naczyniom kuchennym w przeświadczeniu, że przyskająca emalia przedostaje się wraz z pokarmem do wyrostka robaczkowego i powoduje jego zapalenie.

Pomijając już to, że zawyczaj połupaną emalię odczuwa się w ustach i wypluwa ją, trudno zrozumieć, dla czego ona upodobała sobie akurat wyrostek robaczkowy i w nim grzęźnie. Autor sądzi, że pozornie większa liczba spostrzeganych obecnie przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego jest prostem następstwem ulepszenia metod rozpoznawczych, niezależnego od stanu naczyń kuchennych. Istotnie, w ubiegłych czasach większa część chorób wyrostka ginęła pod postacią cierpienia wątroby, żołądka i zapalenia otrzewny, obecnie zaś bywa rozpoznawana dość weześnie i podlega w swoim czasie racjonalnemu leczeniu.

Przeglądając w ministeryum wojny statystykę chorób w armii niemieckiej za ostatnie 27 lat, spostrzega autor wzrost liczby ogólnej chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego o 70%, jednocześnie zaś liczba chorych na wątrobę zmniejszyła się o 64,2%, na cierpienia przewlekłe żołądka — o 79,9% i na zapalenie otrzewny o 70,2%, — pomimo, iż liczba chorych we wszystkich grupach wspomnianych zmniejszyła się o

44,5% — ztąd oczywisty wniosek, że zapalenie wyrostka robaczkowego nie zdarza się obecnie bynajmniej częściej, niż poprzednio, lecz częściej bywa rozpoznawane.

(Deut. m. Woch. N. 1. 04).

M. Kraushar.

110. TURNER. Nowy sposób postępowania w suchotach płucnych.

Autor niniejszej pracy, będąc naczelnym lekarzem w sanatorium dla suchotników w Melbourne, powziął myśl stosowania mięsienia i elektryczności u suchotników. Używając tego zabiegu, autor zwrócił uwagę na to, iż wszystkie środki, ogólnie stosowane wewnątrznie w suchotach, mogłyby być równie dobrze wprowadzane do ustroju przez skórę, zewnętrznie. Tran, kreo- zot, gwajakol są dla wielu osób przykre w uży- ciu, przyczem psują żołądek, a jak doświadcze- nie pokazało, używane jako wcierania działają równie dobrze. Autor proponuje następujące wcierania: 4 drachmy kreo- zotu lub gwajakolu, 1 drachmę olejku cedrowego i tranu ut. f. 4 un- cye. Już przez 3 sezony używano w sanatorium wcierań tych, i co rok z lepszymi rezultatami. Masaż, przy użyciu tej mieszaniny, w sanato- rium stosowany jest codziennie. Pacjenta przez 3—4 dni przygotowuje się do tego zabiegu zim- nemi obcieraniem, następnie rozebrawszy go zupełnie i położony na stole, obmywa go się roztworem sody, poczem wciera się w tułów z tyłu i z przodu 1—2 łyżek stołowych zaleca- nej mieszaniny. Masaż trwa około 15 minut, i im jest silniejszy, tem lepiej. Doświadczenie poka- zało, iż działanie elektryczności u suchotników jest prawie żadne.

Zabieg ten daje zawsze jaknajlepsze re- zultaty: gorączka zawsze spada, ustają nocne poty, kaszel słabnie, i chory nabiera apetytu. Metody tej nie należy stosować w bardzo cięż- kich przypadkach a także tam, gdzie istnieje skłonność do wylewów podskórnych krwi. U dzieci to specjalne leczenie daje zdumiewają- ce rezultaty; kurację należy jednak prowadzić co najmniej przez 2—3 miesiące.

(The Lancet. October 18. 1902).

Wacław Zawisza.

111. A. WRIGHT i H. KNAPP. Przyczyny i leczenie zakrzepów u chorych na dur.

Opierając się na licznych badaniach wła- snych, autorzy twierdzą, że zawartość soli wa-

pnia i krzepliwość krwi są bardzo rozmaite u lu- dzi zdrowych, a nawet krew tego samego oso- bnika często przedstawia pod tymi obydwo- ma względami pewne różnice w rozmaitych okre- sach czasu. Nie należy jednak sądzić, żeby ilość soli wapnia, zawartych w pewnej krwi, mogła dać pojęcie o jej krzepliwości. Jeżeli badać krew chorych, znajdujących się w okresie ostrym duru, to upośledzenie zdolności krzepnięcia krwi staje się wtedy rażącym. W ten sposób zapewne objaśnić można gwałtowne krwotoki, występu- jące u chorych na dur wskutek niezbyt znacz- nych uszkodzeń. U chorych, zdrowiejących z du- ru, stosunki te mają się wprost przeciwnie: w tym okresie krew ścina się niezmiernie łatwo. Autorzy przekonali się, że krew chorych zdro- wiejących krzepnie w ciągu 4½ minut, natomiast w okresie z wysoką ciepłotą sprawa ta przebie- ga w ciągu 20 minut, to też rozmaite zakrzepy tworzą się zwykle w okresie zdrowienia; zakrze- py te są zwykle białe i w znakomitej większości przypadków zupełnie zamykają światło naczy- nia. W tym samym okresie choroby zawartość soli wapnia we krwi jest znacznie powiększona, co autorzy chcieliby przypisać temu, że chorzy spożywają znaczne ilości mleka. W celu usunię- cia podobnych nieprawidłowych stosunków do- dawano do mleka ¼—½% cytrynianu sodu, a le- czenie takie rozpoczynali dopiero wtedy, kiedy według wszelkiego prawdopodobieństwa miało niebezpieczeństwo krwotoku kiszkiowego. Postę- powanie takie posiada dwie dobre strony, ponie- waż nie tylko zapobiega tworzeniu się zakrze- pów, lecz i mleko z dodatkiem cytrynianu sodu staje się łatwiej strawnem.

K. Z.

112. VULLIET. W sprawie drożności na- sieniowodu po przecięciu, lub wycięciu.

Ponieważ zdarza się, że nasieniowód ulega przecięciu podczas operacji, a z drugiej strony nieraz wypada resekować chorą część nasienio- wodu, przeto warto zastanowić się, czy drożność tego organu powraca po zeszyciu.

Wprawdzie średnica nasieniowodu wynosi wszystkiego 2 mm., jednakże ściana jego jest względnie gruba, tak, że nitka nie przenika do światła.

Autor doświadczenia przeprowadzał na psach. Z czterech zeszytych nasieniowodów autor

trzy znalazł drożne i wysłane nabłonkiem normalnym.

(Centralbl. f. Chir. Nr. 2).

A. Wertheim.

113. CORNET. Skryte ogniska gruźlicze i tuberkulina w świetle nowszych badań.

BAUMGARTEN znajdował ukryte ogniska gruźlicze prawie w każdym trzecim trupie, nie wliczając w to zmarłych na gruźlicę. Statystyki innych autorów są mniej więcej takie same.

Grubym jednak błędem byłby wniosek, że trzecia część ludzkości okazuje się gruźliczo zakażoną.

Wogóle niemożliwym jest utożsamiać lub porównywać dane statystyczne, czerpane na stole sekcyjnym ze statystyką jednostek żywych, gdyż trup gruźliczy nie przez całe swe życie był gruźliczy. Aby otrzymać dane dokładniejsze, należy liczbę roczną śmierci wskutek gruźlicy pomnożyć przez średni czas trwania choroby, dodać do tego liczbę uleczonych, pomnożoną przez czas trwania choroby i ogólną sumę podzielić przez liczbę żyjących. Otrzymane rezultaty są daleko mniejsze, niż wyżej przytoczone.

Gruźlica ukryta na trupach jest zjawiskiem daleko częstszym, niż u żyjących, gdyż gruźlicze jednostki za życia podlegają daleko lżej innym chorobom, niż reszta ludzi. Dalej przypadki sekcyjne są po większej części czerpane ze szpitali, a więc dotyczą ludności w wieku od 20 — 40 lat przeważnie, który daje wogóle największy procent gruźlicy, gdy tymczasem jednostki młodsze, z małym stosunkowo procentem gruźlicy, rzadziej się spotykają w szpitalach, a jednak stanowią one prawie 40% całej ludności. Na statystykę wpływa znacznie i ten fakt, że sekcjom podlegają jednostki najbiedniejsze, materialnie niezabezpieczone, a więc spędzające życie w najmniejszych warunkach higienicznych. Ukrytą gruźlicę w statystyce szpitalnej notujemy przeważnie u jednostek starszych, gdyż długie ich życie naraża bardziej na zakażenie, podlegają oni częściej innym chorobom, i sama gruźlica ma u nich przebieg bardziej chroniczny.

Statystyki ostatnich czasów jeszcze bardziej mogą przerazić bezkrytycznego czytelnika. BUKHARDT w 91%, a NAEGELI nawet w 98% znajdowali gruźlicę. Ponieważ jednak śmiertelność wskutek gruźlicy nie odpowiadała tym hiperbolicznym cyfrom, starali się wyżej wspomniani autorowie

zważyć to na karb odporności organizmu ludzkiego, choć sam NAEGELI zauważył, że konstytucja organizmu nie gra w zakażeniu żadnej roli.

Według tegoż BUKHARDT'a śmiertelność wskutek gruźlicy zmniejsza się znacznie, poczynając od 30 roku, lecz nie przyjął on pod uwagę, że w starym wieku ogromny procent śmiertelności przypada na inne choroby, a procent gruźlicy u starszych nie tylko nie jest mniejszy, lecz przeciwnie większy.

Co się tyczy rozpoznania anatomo-patologicznego i bakteriologicznego, to i w tej kwestyi dałoby się coś powiedzieć, gdyż w wielu przypadkach nie było przeprowadzone badanie mikroskopowe i bakteriologiczne, i, być może, w wielu przypadkach zmiany anatomiczne, przyjmowane jako gruźlicze, były spowodowane lasecznikami mniej zgubnymi dla organizmu, niż laseczniki KOCH'a, lub też nawet innymi mikroorganizmami.

O różnych lasecznikach gruźliczych początko mówić dopiero w ostatnich czasach. Pierwszy poruszył tę sprawę VAGEDES, za nim KOCH i RÖMER.

Badania KOSZEL'a, WIBER'a i HEUSS'a wykazały, że u bydła zdarzają się 1) bardzo jadowite laseczniki, które zabijają wkrótce po podskórnym wstrzyknięciu, 2) mniej jadowite powodujące przebieg bardziej przewlekły i na koniec 3) dające przy podskórnym wstrzyknięciu tylko zmiany miejscowe, a przy wewnątrz-żylnym ogólną gruźlicę. Te same rodzaje laseczników zdarzają się i u ludzi. Różnica taka nie jest przypadkowa.

Zauważyć jeszcze należy, jak tego dowiedli wyżej wspomniani autorowie, że jeżeli laseczniki w krótkim czasie nie dają odpowiedniej reakcyi i dalej się nie rozwijają, to następuje ich inkapsulacja i zupełny zanik, przeto przypuszczenie, że mogą one przez ciąg lat pozostać ukryte, jest wymysłem fantazyi, i opisane dotychczas przypadki ogólnego zakażenia wskutek ukrytego ogniska gruźliczego były bezwątpienia spowodowane nową zupełnie infekcją.

Badania za pomocą tuberkuliny, wychodząc z tego, co wyżej powiedziane, nie mogą dać odpowiedzi, czy laseczniki, znajdujące się w danym organizmie, są dość żywotne, jadowite, czy mają tendencję do dalszego rozwoju, i czy ognisko gruźlicze jest na drodze ku uleczeniu.

To samo da się powiedzieć i o agIntynacyi, której podlegają i inne laseczniki, jak to stwierdzili KOCH, BECK, RABINOWICZ i inni. FRANZ w roku 1901 zastrzyknął tuberkulinę 400 rekrutom, ludziom zdrowym i normalnie rozwiniętym, i w 61% otrzymał rezultat pozytywny. Trudno tę cyfrę odnieść do typowej gruźlicy, a bez wątpienia miał on do czynienia z mało żywotnymi i jadowitymi

lasecznikami, prócz małego procentu prawdziwej gruźlicy. Ztąd wniosek, że pozytywny rezultat szczepienia nie jest dowodem zakażenia specyficznego. W połączeniu jednak z innymi objawami klinicznymi może naprowadzić na prawidłowe rozpoznanie.
(Berlin, klinische Wochenschrift Nr. 14 i 15. 1904).

Ludwik Stein.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Zastąpienie wstrzykiwań podskórnych żelatyny stosowaniem jej przez odbytnicę znalazło uzasadnienie w doświadczeniach REACH'a, który wykazał, że klej ulega wessaniu bez zmiany w kiszcze grubej. Smutny przypadek tężca po wstrzyknięciu podskórnem skłonił PFEIFER'a do użycia ławatyw żelatynowych w 23 przypadkach: 16 — krwawienia u chorych na gruźlicę, 4 — wrzodu żołądka, po jednym — krwotoku z nosa, zawału płucnego, *purpurae haemorrhagicae* z krwotokiem maciecznym. Ławatywy składały się z 15 grm. żelatyny rozpuszczonej w 150,0 wody gorącej; dawano je 1 — 3 razy dziennie.

(Fort. d. Med. 25 — 1903).

— KERNER poczytuje w alidol za środek przeciwnerwowy, zasługujący na szczególne wyróżnienie. Działanie jego polega na podniesieniu samopoczucia, gdy przetwory bromowe wywołują raczej uczucie pognębienia. Walidol ma smak dość przyjemny, pobudza trawienie. (Klin. ther. Woch. 29 — 1903).

— Weronal. MATTHEY stosował ten środek u 33 chorych umysłowych z różnorodnemi cierpieniami (*hypochondria, paranoia, dementia praecox, paralytica, katatonia*) z powodu bezsen-

ności. Średnia dawka 0,5, dzienna 1,5, w gorącej osłodzonej herbacie. Skutek następował po pół godzinie i zawiódł tylko w 3 przypadkach. Sen trwał 6—7 godzin. (Neurol. Ctbl. 19. 1903). Te same spostrzeżenia zrobiono w klinice psychiatrycznej wiedeńskiej, dając weronal po 0,5 — 1,0 z najlepszym skutkiem. Nawet tam, gdzie snu nie sprowadzał, to w każdym razie następowało znakomite działanie uspakajające. (Wien. kl. Rund. 41. 1903). WEBER uważa weronal za doskonały środek w psychozach, połączonych z podnieceniem, zwłaszcza wywoływanem omamami. Działanie trwa przynajmniej 1—2 godzin, nawet w tych razach, gdy inne narkotyki zawodzą. Dawka 0,5 zastępuje 2,0 chloralu. (D. m. Woch. 40. 1903). Zdaniem TRAUTMANN'a, weronal zasługuje na pierwszeństwo w przypadkach, wymagających stosowania środków nasennych przez czas dłuższy, jakoteż w chorobach, połączonych z wzmożonym rozpadem białka (choroby gorączkowe, połączone ze znaczną dusznością, anemia, gruźlica, rak, cukrzyca) oraz u obłąkanych, odmawiających żywienia się. (Ther. d. Gegenw. 10. 1903).

P.

SPROSTOWANIE. Brakujące objaśnienie do rysunku I na str. 507. 1. Rana pierwotna skóry 2. Cięcie chirurgiczne.— Na str. 509 w objaśnieniu rys. II zamiast 1. Rany sersa powinno być: 1. Rana serca. — Na str. 509 w objaśnieniu rys. III zamiast 1. Rana pierwotna na skórze, powinno być: a Rana pierwotna na skórze. — Zamiast 2 — 3 Gaza powinno być c — c Gaza, przepuszczono: b — b cięcie chirurgiczne. Zamiast 4. Szwy skórne, powinno być: Szwy skórne (bez litery). Na str. 527 zamiast: ooplucny, powinno być oplucny. — Na str. 562, zamiast prstaci powinno być: postaci.