

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 37.

Warszawa d. 28 Sierpnia (10 Września) 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem 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 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Oligofazya w epileptycznych zaburzeniach świadomości i praktyczne jej znaczenie. Podał D-r F. Czarniecki. — O znaczeniu leczniczem związków gliceryno-fosforowych u dzieci. Podał d-r J. Smoleński. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA ZBIOROWE.** O zjawisku aglutynacji. Podał B. Żebrowski. — Z posiedzeń laryngologiczno-otytrycznych Posiedzenia z d. 28 I, 25 II i 18 III 1903 r. — **KRONIKA** — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 lipca do 14 sierpnia 1904 r. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI** — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. CZARNIECKI — Sur la valeur pratique d'oligophasie dans les troubles de connaissance chez les épileptiques. 2) D-r J. SMOLEŃSKI — Sur la valeur therapeutique de glycéro-phosphates chez les enfants.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r F. CZARNIECKI — Ueber den practischen Werth der Oligophasie bei epileptischen Bewusstseinstörungen. 2) D-r J. SMOLEŃSKI — Ueber den therapeutischen Werth der Glycéro-phosphatverbindungen bei Kindern.

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

PRACE ORYGINALNE.

OLIGOFAZYA

W epileptycznych zaburzeniach świadomości
i praktyczne jej znaczenie.

Podał

D-r F. CZARNIECKI.

Ordynator Centralnej Stacji dla umysłowych chorych
w Moskwie.

Rozpoznawanie epileptycznych zaburzeń świadomości stanowi jedno z najtrudniejszych zadań dla lekarza, który częstokroć, nie mając

żadnych danych anamnestycznych, znajduje się wobec chorego, będącego w stanie zupełnej nieświadomości. Dla tego też sposób, choć do pewnego stopnia ułatwiający rozpoznanie padaczkowych zaburzeń, może mieć duże znaczenie praktyczne.

Jednym z takich nader dogodnych sposobów jest metoda pokazywania chorym rozmaitych przedmiotów, jak na przykład, zegarka, łańcuszka, zapalek, pieniędzy i t. p. lub też rysunków, wyobrażających zwierzęta, rośliny, meble,

sprzęty, narzędzia rolnicze i t. d. Przy takim badaniu epileptyków (w 15 przypadkach) d-r BERNSTEIN i ja¹⁾ zwróciliśmy szczególną uwagę na osobliwe zjawisko amnestycznej afazy, które towarzyszy stale padaczkowym zaburzeniom świadomości i które zostało nazwane przez d-ra BERNSTEIN'a oligofazyą, a nie afazyą na tej prostej zasadzie, że zjawiska afazy w epileptycznych zaburzeniach świadomości występują nie w samodzielnej mowie chorych, lecz tylko wtenczas, gdy chory usiłuje nazwać pokazywany mu przedmiot lub rysunek.

Zaburzenia oligofazyczne dają się dokładnie obserwować w najrozmaitszych epileptycznych zaburzeniach świadomości. Zauważyć się one dają zarówno w stanach, związanych z napadem drgawek lub petit mal, jak i w stanie t. zw. epileptycznego zamroczenia świadomości (Dämmerzustand), epileptycznego automatyzmu i t. d.; cechy charakterystyczne pozostają jeszcze przez długi czas nawet po ustąpieniu epileptycznych zaburzeń świadomości i znikają stopniowo, pomalą. Częstość zjawiają się one na krótko przed atakiem drgawek, a prawie zawsze występują po przejściu napadu.

Charakterystyczne cechy zaburzeń wyrażają się w tem, że chorzy albo zupełnie nie mogą znaleźć słów na oznaczenie pokazywanego im przedmiotu, albo z trudnością przypominają sobie stosowne wyrazy, częstość posiłkując się określeniami przedmiotu, ogólnikowymi nazwami, gestykulacją, co wszystko ma na celu udowodnić, że chory poznał dokładnie przedmiot; w innych znów razach chory nazywa przedmiot mylnie, lecz równocześnie spostrzega swój błąd i stara się go poprawić już to sam, już to przy pomocy drugiej osoby; chory z zadowoleniem podchwytuje podpowiedziany wyraz i zwykle

może odnaleźć wśród pokazywanych mu przedmiotów ten mianowicie, o którym mowa.

Przy oligofazyi chorzy żywo interesują się badaniem lekarza, częstość wyrażają zdziwienie, że nie mogą nazwać dobrze znanych im przedmiotów, przecierają oczy, uważnie przypatrują się przedmiotowi lub rysunkowi, dotykają go rękami, długo szukają stosownego wyrazu, często przerywają swe rozmyślenia okrzykami (ach! jakżeż-to?, już mam prawie na końcu języka), gniewają się, jeżeli nie mogą sobie przypomnieć wyrazu, bardzo są uradowani, jeżeli wreszcie udaje im się odnaleźć stosowny wyraz, są niezadowoleni, jeżeli im podpowiedzieć wyraz niestosowny, znów szukają właściwego wyrazowego określenia, słowem, zawsze starają się dać zadawalającą odpowiedź na pytania badającego. Jeżeli poddać wyraz choremu i prosić go o wskazanie nazwanego przedmiotu w szeregu innych, to chorzy dają zadawalające odpowiedzi. Między innymi uderzającą jest skłonność do dawania zdrobniałych oznaczeń przedmiotów, jak np. „nożyk, wideleczyk“ i t. p. Tak się przedstawiają w ogólnych zarysach cechy charakterystyczne oligofazyi, zauważone w 15 przypadkach naszej wspólnej z d-rem BERNSTEIN'em pracy. Następnie badania moje własne, podjęte w ośmiu przypadkach, dały ten sam zupełnie wynik.

W żadnej innej chorobie nie zdarzyło się nam spostrzegać oligofazyi, z czego wypada, że zjawisko to posiada niewątpliwie duże znaczenie zarówno naukowe, jak i praktyczne.

Bardziej szczegółowy rozbiór objawów klinicznych oligofazyi i związanych z nią teoretycznych zagadnień a także odnośną literaturę znaleźć można w naszej wyżej wspomnianej wspólnej z d-rem BERNSTEIN'em pracy, i dlatego też tu nie będziemy wspominali o tem.

Stosunkowa łatwość i dostępność opisywanej metody badania chorego może się okazać osobliwie cennym środkiem w całym szeregu

¹⁾ A. BERNSTEIN i F. CZARNIECKI. O przymiennieni elementarnych przymiennieni obiektwno psychiezasko izsliedowanija k razpoznawaniju epileptiezieskich razstrojstw soznaniija. Odczyt w Towarzystwie Neuropatologów i Psychiatrów w Moskwie 20 lutego 1904. Będzie wydrukowany w „Żurnalu imienia Korsakowa“.

przypadków, gdy lekarz natychmiastowo i dokładnie musi stwierdzić chorobę, jeżeli już nie w celu pomocy lekarskiej, to dla względów innej natury, jak np. gdy chodzi o sprawy sądowno-lekarskie. Nie wdając się w drobiazgi, zaznaczmy tu wraz z d-r'em BERNSTEINEM²⁾, że rzeczą nader ważną jest stwierdzenie oligofazji u człowieka np. znalezionej na ulicy z sińcami i podrapaniami, gdy lekarz zmuszony jest oznaczyć, jakiego pochodzenia są te obrażenia, lub u przestępcy, posądzonego o zabójstwo, który dziwacznością swojej mowy i nienormalnym zachowywaniem się wzbudza podejrzenie, że symuluje obłąd.

We wszystkich tych przypadkach badania za pomocą pokazywania przedmiotów i rysunków są tem ważniejsze i miarodajniejsze, że, jak to już wyżej było wspomniane, zjawiska oligofazji dają się spostrzegać w mniejszym lub większym stopniu jeszcze w przeciągu pewnego czasu, niekiedy w przeciągu kilku dni po zupełnym odzyskaniu świadomości. Możemy tu dodać, że w niektórych razach na Centralnej Stacji dla chorych umysłowych udawało się nam stwierdzić epilepsyę zaraz w dniu przybycia chorego do szpitala, przyczem żadnych uprzednich danych anamnestycznych nie posiadaliśmy. We wszystkich tych przypadkach dalszy przebieg choroby a także wiadomości, otrzymane od chorych po ich wyzdrowieniu, lub opowiadania krewnych potwierdzały rozpoznanie.

Z powodu więc ważności opisywanego przez nas zjawiska wspomnimy tu w krótkości o tych różniczkowo-rozpoznawczych danych, które trzeba mieć na uwadze, by należycie odróżnić zaburzenia oligofazyczne od podobnych i pokrewnych im zaburzeń.

Naprzód więc od oligofazji t.j. niezdolności nazwania wskazywanych przedmiotów lub rysunków należy odróżniać asymbolię,

t.j. niezdolność poznawania tychże rysunków i przedmiotów. To ostatnie zaburzenie spotyka się często w głębokich epileptycznych zamroczeniach świadomości i nie przedstawia nic zgoła charakterystycznego dla epilepsyi.

Cierpienie tego rodzaju bardzo przypomina ogniskową apraksyę, spostrzegane bywa w najrozmaitszych przyśmieniach świadomości (*delirium tremens*, bredzenie asteniczne i gorączkowe, bredzenie histeryczne i t. p.), świadczy tylko o przyśmieniu świadomości wogóle, i tylko jednocześnie przy niem zauważone zjawiska oligofazji mogą przemawiać za epileptycznym charakterem choroby.

Przy asymbolii chory nie tylko nie może nazwać wskazywanego mu przedmiotu, lecz też i nie może wskazać nazwanego, nie jest zdolny oznaczyć celu, przymiotów, podczas gdy przy oligofazji dla badającego lekarza jest jasnym, że pojmowanie u chorych występuje jasno, uniemożliwione jest tylko wyrazowe określenie przedmiotu.

Dalej oligofazyę należy odróżniać od właściwej amnestycznej afazji. Klinicznie wyróżnia się oligofazyę tem, że rzadko rzuca się w oczy w potocznej, zwykłej rozmowie chorego; dla wykrycia jej konieczne jest specjalne badanie chorego, np. zmuszanie chorego do nazwania pokazywanego przedmiotu, podczas gdy amnestyczna afazyę, jakiegokolwiek byłaby pochodzenia (bezwład postępujący, rozmięczenie mózgu, wylew krwi), występuje zarówno w swobodnej mowie chorego, jak i w jego odpowiedziach na konkretne i oderwane pytania.

Przy katatonii i GANSER'owskich zaburzeniach histerycznych świadomości chorzy dają odpowiedzi, które możnaby przyjąć za parafazyczne lub oligofazyczne, ale przy uważniejszym badaniu zawsze można zauważyć, że odpowiedzi chorych są zawsze bezsensowe, zmienne, i wogóle na wszystkie zapytania chorzy odpowiadają bezmyślnie.

²⁾ A. BERNSTEIN. O rozpoznawaniu ostrych epileptycznych rozstrojstw сознания. „Praktičeskij Wracz“ 1904 r. N. 18.

Z oddziału D-ra B. KORYBUT-DASZKIEWICZA w Warszawie.
 Domu Wychowawczym Ks. Beaudoin'a.

O znaczeniu leczniczym związków gliceryno-fosforowych u dzieci.

Podał

D-r J. SMOLEŃSKI, Asystent Oddziału.

Według odczytu w Warszawskim Towarz. Lekarskiem.

(Dokończenie — Patrz Nr. 36).

Przejdziemy teraz do wniosków, jakie pozwala nam zrobić ścisła obserwacja naszych pacjentów, t. j. wiadome nam dane z ich historii chorób, objęte dołączoną tablicą lub też pominięte z powodu nie przytaczania obszerniejszych opisów przebiegu ich chorób dla wyżej wzmiankowanej przyczyny.

Otóż: I. w żadnym z obserwowanych przypadków nie widzieliśmy wyraźnego szkodliwego bezpośredniego lub ubocznego działania leku, czy to przy stosowaniu wewnętrznym, czy też podskórnym.

Tu dodajemy, że przy stosowaniu wewnętrznym w bardzo nielicznych przypadkach spostrzegaliśmy jakby lekko rozwalniający wpływ leku, t. j., że czasami dzieci nasze miały nieco rzadsze i częstsze stoleczki, nigdy jednak nie bywaliśmy zmuszeni do przerywania z tego powodu rozpoczętego leczenia.

Co się tyczy zastrzykiwań podskórnych, to w jednym przypadku (N. 21) notowaliśmy po każdym zastrzykiwaniu wylewy krwawe na miejscu zastrzyknięcia, wobec jednak bardzo nędznego stanu ogólnego dziecka z jednej strony i wobec tego, że nigdy u żadnego innego z dzieci nie widzieliśmy podobnych objawów po zastrzykiwaniach, skłonni jesteśmy przypisać to zjawisko nie rodzajowi roztworu, użytego do zastrzykiwa-

nia, a raczej samej procedurze przy pewnej osobniczej właściwości naczyń krwionośnych (*haemophilia?*)

NB. Stosując dość często w oddziale naszym z powodu różnych wskazań zastrzykiwania podskórne (*hypodermoclysmata*) z roztworu fizjologicznego soli kuchennej, z podobnymi zjawiskami spotykamy się czasami u dzieci, nędźnie odżywianych, mających usposobienie krwotoczne, w przypadkach ostrych zakażeń (*sepsis*) etc.

O zastrzykiwaniach możemy powiedzieć, że napozór były one mało bolesne, płyn wstrzyknięty ulegał dość szybkiemu wessaniu, i nigdy nie obserwowaliśmy żadnych dłużej trwających guzowatych stwardnień, a tem więcej ropni na miejscu dokonanego zastrzyknięcia. Wszystko to świadczy o tem, że istotnie używany przez nas roztwór był wyjałowiony, jak należy, i że sam preparat, znajdujący się w roztworze, nie posiada własności drażniących.

II. W wielu z pośród naszych przypadków obserwowaliśmy mniej lub więcej wyraźną poprawę, polegającą na zwiększeniu wagi ciała, wzmocnieniu łaknienia i poprawieniu się humoru dziecka.

W dziesięciu przypadkach (NN. obserwacji: 1, 2, 3, 4a, 4b, 5, 8, 15, 16, 30a) przybytek wagi przez cały czas leczenia przewyższa dwukrotny średni normalny przybytek wagi dla dzieci zdrowych w danym okresie czasu.

Wprawdzie aż w 7-iu z wyliczonych przypadków nie mieliśmy danych, dotyczących zachowania się wagi w ostatnich tygodniach przed rozpoczęciem leczenia, wobec tego jednak, że przynajmniej w 6-ciu z tych przypadków mieliśmy do czynienia z dziećmi ciężko choremi (NN. 1, 2, 3, 15, 16, 30a), mamy prawo przypuszczać, że wobec ich stanu zdrowia bez pomocy leku nie moglibyśmy w żadnym razie oczekiwać tak wybitnego powiększenia się wagi ciała.

Wprost zadziwiający jest przypadek (N. 1), w którym dziecku, mającemu niespełna 2 lata, u którego rozpoznawaliśmy *tuberculosis pulmonum, enteritis follicularis chronica* i *otitis media sinistra* [nawiasem dodamy, że rozpoznanie to nasze stwierdzone zostało w zupełności przez badanie pośmiertne w rok po ukończeniu naszych obserwacji; śmierć nastąpiła nagle wskutek pęknięcia *aneurysma cordis (ex endo-peri et myocarditide tuberculosa)*], w ciągu 77 dni kuracji przybyło na wadze 2100,0 (przy pierwotnej wadze 7600,0). Normalnie powinnyby przybyć na wadze w ciągu 77 dni 380,0 dziecku zdrowemu, w tym samym wieku będącemu. Dziecku temu w czasie leczenia przybywało więcej, niż ssawcowi w dwóch ostatnich tygodniach pierwszego miesiąca życia; stan ogólny jego, humor, apetyt tak dalece się poprawił, że wobec niezbyt wybitnych danych auskultacyjno-perkusyjnych ze strony płuc przestaliśmy wierzyć w słuszność naszego pierwotnego rozpoznania, i dopiero badanie pośmiertne potwierdziło je w zupełności. Ciekawy ten ze wszech miar przypadek wraz z odnośnymi preparatami będzie przedstawiony w Tow. Lekarskiem przez d-ra B. KORYBUT-DASZKIEWICZA.

Interesujący jest również przypadek, dotyczący 5-letniego chłopca (N. 3), który w czasie stosowania leczenia glicero-fosfatami zapadł na zapalenie płuc nieżytowe z gorączką, mimo to jednak przybyło mu w ciągu 30 dni leczenia aż 500,0, wtedy, kiedy normalny przyrost wagi dla dziecka (zdrowego) pięcioletniego w ciągu 30 dni wynosi mniej więcej około 125,0.

Godny zaznaczenia jest również przypadek N. 30a, tablicą naszą objęty; mieliśmy tu bowiem do czynienia z dzieckiem ciężko chorem, jak widzimy ze spisu całego jego różnych cierpień, umieszczonego w podziałce „rozpoznanie choroby“, mimo to jednak w czasie 20-dniowego leczenia zastrzykiwaniami podskórnymi zdołał zdobyć on na wadze 400,0, co znacznie i w tym razie przewyższało średni normalny dla

zdrowego dziecka, w tymże wieku będącego, przybytek wagi (170,0). Gdy po z górą miesięcznej przerwie w podawaniu leku rozpoczęliśmy leczyć malca (N. 30 b) nanowo, stosując glicero-fosfaty wewnątrznie, i tym razem spotkaliśmy się z niewątpliwym dodatnim, napozór, wpływem lekarstwa, w pierwszym zaraz bowiem tygodniu przybyło mu 300,0; wprawdzie, obostrzenie niezytu follikularnego w drugim zaraz tygodniu pozbawiło malca 750,0, w następnych jednak tygodniach zaczął on odzyskiwać utraconą wagę tak, że w ciągu 32 dni kuracji nie tylko straty na wadze uległy wyrównaniu, ale okazał się nawet przybytek w ilości 240,0, mało co mniejszy, niż normalny dla zdrowego w tym samym okresie czasu (270,0).

Powiększenie się wagi ciała, mniej więcej 1½ raza przewyższające normalny przybytek wagi w danym wieku w tymże okresie czasu, widzieliśmy w 6 przypadkach (NN. 6, 9, 12, 20, 24 i 36).

Tu uważamy za stosowne zwrócić uwagę na przypadek N. 9, gdzie mimo stanu gorączkowego z powodu *otitis media dextra*, w ciągu 40 dni przybyło malcowi 500,0 (norma dla zdrowego wynosi 340,0). W przypadku tym dwutygodniowa obserwacja wagi przed rozpoczęciem leczenia wykazywała wagę bez zmiany (4500,0), a zaraz w 1-ych dwóch tygodniach kuracji już przybyło dziecku 250,0 i t. d.

Wybitne było zachowanie się wagi w przypadku tym w 1-ych dwóch tygodniach po przerwaniu leczenia, która w tym czasie zdążyła się powiększyć o 480,0.

W przypadku pod N. 24, podanym w tablicy, wahania wagi przed leczeniem wykazywały raz jeden przybytek 130,0 w ciągu jednego tygodnia, ale również i ubytek w ciągu drugiego okresu tygodniowego o 60,0, gdy w czasie leczenia już pierwszy tydzień zaznaczył się wprawdzie niewielkim przyrostem wagi, drugi za to niebywale dużym, bo aż 330,0 wynoszącym.

Poprawę nieznaczłą (przybytek wagi, odpowiadający normalnemu dla zdrowego) notowaliśmy w 3 przypadkach (18a, 25, 30b). Jeśli zestawimy w tych trzech przypadkach zachowanie się wagi przed leczeniem z następczem w czasie kuracji, a w szczególności, jeśli zwrócimy uwagę na wspomniany wyżej przypadek pod N. 30b, musimy i tu dodatni wpływ na stan zdrowia naszych pacjentów leczeniu przypisać.

Przybytek wagi mniejszy, niż normalny w danym wieku i czasie obserwacji (bez powikłań w czasie leczenia), widzieliśmy w 8 przypadkach (NN. 13, 14, 21, 22, 23, 27, 28 i 10), z powikłaniami (7, 11, 30b) w trzech przypadkach.

W przypadku N. 13 przed rozpoczęciem leczenia notowaliśmy stały ubytek wagi; w czasie leczenia już widzieliśmy względnie nieznaczny przybytek, ale za to w 2 pierwszych tygodniach po przerwaniu leczenia (dla braku chwilowego lekarstwa) uwydatnił się znaczny przybytek (2 tygodnie dały +400,0), tak, że ten przypadek, jeśli byłby dłużej obserwowany, zapewne mógłby się znaleźć w 1-iej kategorii. W przypadku N. 14 widzimy również pewną, ale nie tak wybitną poprawę, bądź co bądź jednak, 3 tygodnie przed leczeniem wykazały przybytku wagi tylko 50,0, gdy 2 tygodnie leczenia zaznaczyły się 240,0 przybytku.

W przypadku N. 21 występowały wylewy krwawe po każdym zastrzyknięciu, o czym już wyżej mówiliśmy, tu również, jak w niektórych innych, poprawa uwydatniła się w 2 tygodniach pierwszych po skończonej kuracji (+ 230,0).

W przypadku N. 22, gdzie zresztą już z góry nie można było oczekiwać dużych przybytków wagi, boć dziecko było chore tylko na małą niestrawność (*dyspepsia*) i miało wyższą ponad normę wagę, nie widzieliśmy żadnego dodatniego wpływu podjętego leczenia.

W przypadku N. 23 przed rozpoczęciem leczenia notowaliśmy stopniowy, ale stały ubytek

wagi; w czasie leczenia przybyło 175,0, mniej, niż powinnyby przybywać zdrowemu dziecku w tymże wieku (300,0) i w obserwowanym okresie czasu, jednakże i tu skłonni jesteśmy względną poprawę postawić w zależności od leczenia, wybitnie zaznaczyła się poprawa w lanknieniu w tym przypadku, jak również i przybytek wagi w 1-ym tygodniu po przerwaniu kuracji (110,0).

Przypadki pod NN. 27 i 28 nie zaznaczyły się niczem, zasługującym na uwagę.

Z rzędu przypadków, gdzie w czasie leczenia wystąpiły powikłania chorobowe, zasługuje na największą uwagę przypadek N. 7, gdzie w ciągu 4 tygodni leczenia mieliśmy ubytek wagi 830,0 wskutek tyfusu brzuszego, wyrównany w okresie rekonwalescencji w zupełności przybytkiem wagi (850,0); czy w danym razie owo powiększenie się wagi ciała po przebyciu ciężkiej choroby było tylko naturalnem zjawiskiem u ozdrowieńca po durze brzuszynym, czy też zależało od wpływu naszego leczenia, trudno nam jasno zdać sobie z tego sprawę. Mniej więcej tyczy się to samo i przypadku N. 11, wszakże tu, ze względu na rodzaj choroby (*pneumonia catarrhalis*), więcej skłonni jesteśmy własnemu leczeniu przypisać następcze po chorobie znaczne przybywanie wagi, wyraźne nawet i w tydzień po skończonej kuracji (210,0).

W przypadku jednym (N. 17) waga w ciągu 27 dni leczenia zostawała na uprzednim poziomie mimo to, że dziecko ciągle gorączkowało z powodu prawdopodobnej gruźlicy gruczołów oskrzelowych; bardzo być może, że i w tym przypadku dodatni wpływ leczenia wyraził się tem, że ubytku wagi nie spostrzegliśmy mimo ciężkiej pozornie choroby dziecka.

W czterech przypadkach spostrzegliśmy ubywanie wagi w czasie leczenia (NN. 18b, 19, 29a i 29b).

Przypadek N. 18b ciekawy jest z tego względu, że przy stosowaniu wewnętrznem leku spostrzegliśmy odrazu wybitny przyrost wagi, przy podskórnej zaś pierwsze 2 tygodnie dały

ubytku 270,0, a dopiero w trzecim tygodniu leczenia przybyło 200,0; w pierwszych zaś 2 tygodniach po skończonej seryi zastrzykiwań przybyło dziecku aż 450,0 (1). Ponieważ z faktem ubywania wagi w 1-ym tygodniu stosowania zastrzykiwań spotykaliśmy się na ogólną cyfrę 14 dzieci, u których lek stosowany był podskórnie, aż 4 razy (NN. 18b, 19, 21 i 30a), i w każdym z wymienionych przypadków w następnych tygodniach widywaliśmy nieraz wybitny przyrost wagi, skłonni jesteśmy przypuszczać, że owo ubywanie wagi początkowe można postawić w związku ze sposobem podskórnym stosowania leku; bardzo być może, że pewna bolesność samych zastrzykiwań, chociaż nie była ona zbyt wielka napozór, odgrywała w sprawie tej niejaką rolę.

Po przyzwyczajeniu się dziecka do zastrzykiwań już owych ubytków wagi nie widywaliśmy. Nawiasem dodamy, że nieraz słyszeliśmy od matek, karmiących dzieci, u których były stosowane zastrzykiwania, o pewnym pobudzeniu małych pacjentów, objawiającem się bezsennością w pierwszych dniach leczenia; objawy te ustępowały w zupełności mniej więcej po 3 — 4 zastrzykiwaniach; być może, że bolesność miejsca zastrzyknięcia lub bezpośredni pobudzający wpływ leku na ośrodki nerwowe wywoływał owo pobudzenie, objawiające się bezsennością, w następstwie czego widzieliśmy ubywanie wagi, trwające do czasu przystosowania się ustroju dziecka do leku, zadanego mu drogą podskórną.

Streszczając raz jeszcze nasze wnioski, przychodzimy do następujących wyników:

1) Chociaż niedostateczne są może nasze obserwacje, ograniczające się do stwierdzenia przypuszczalnego wpływu leczenia związkami gliceryno-fosforowymi na wagę dziecka, zachowanie się jego humoru i apetytu, jednakże nie tylko z zupełną stanowczością stwierdzić możemy, że podjęte przez nas próby leczenia żadnemu z naszych pacjentów

szkody nie przyniosły, ale nawet w wielu przypadkach niewątpliwie, zdaje się, pożytek (przybytek wagi, poprawa humoru, apetytu etc.).

2) Czy na przebieg i rozwój choroby angielskiej wpływa leczenie glicero-fosfatami, odpowiedzieć nie możemy; bardzo być może, że przy dłuższym leczeniu dałoby się to wyjaśnić, a nasze obserwacje były na to zbyt krótkotrwałe; zaznaczamy jednak, żeśmy samizadnych pod tym względem godnych zaznaczenia polepszeń w przebiegu angielskiej choroby nie widzieli (przy *craniotabes* np.).

3) Określić ściśle wskazań do stosowania leku na podstawie badań naszych nie możemy; sądzymy jednak, że i przeciwwskazań (choćby takich, o jakich mówi prof. ROBIN) wobec nieszkodliwości leku naprawdę niema; za wskazane uważaliśmy stosowanie leku przy upadku odżywiania wskutek długotrwałych zaburzeń w trawieniu, w czasie chorób, połączonych z gorączką, w okresie zdrowienia po chorobach gorączkowych, a w szczególności przy braku łaknienia rozmaitego pochodzenia (naturalnie, niezależnie od leczenia podstawowego cierpienia, wywołującego ten brak łaknienia).

4) Co się tyczy farmakologii leczenia związkami gliceryno-fosforowymi, to trudno nam dać na to decydującą odpowiedź, bardzo być może, że, jako derywat lecytyny, grają one pewną rolę w dopełnianiu braków, istniejących pod tym względem w tych licznych cząstkach ustroju, gdzie właśnie lecytynę znajdujemy, w każdym razie wyjaśnienie tej sprawy, jak dotąd, należy do przyszłości. W zakończeniu miło mi na tem miejscu serdecznie podziękować Szefowi oddziału d-wi B. KORYBUT-DASZKIEWICZOWI za zachęcenie mnie do pracy niniejszej i wszelkie wskazówki, jakich mi w toku jej chętnie udzielał.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Wraczebnaja Gazeta N. 14. 1902.
- 2) Obozrienje Psichiatrii, 1899.

3) Communications des Glycero-phosphates et leur emploi en thérapeutique par M. A. ROBIN, 1895.

4) DIAKANOW, Medic. Chem. Untersuchungen herausg. v. HOPPÉ-SEYLER, 1867 Heft 2 i 3, 1868; Centralbl. f. d. Med. Wissensch. 1868. N. 1, 7 i 28.

5) D-r NEUMEISTER. Lehrb. der physiolog. Chemie mit Berücksichtigung der pathologisch. Verhältnisse.

6) NOORDEN (tłomaczenie rosyjskie) Podręcznik Patologii Przemiany Materyi, 1897.

a) BOKAY: Ueber die Verdaulichkeit des Nuclein und Lecitin (Zeitsch. f. Fysiol. Chemie, 1877. 1).

b) POLITIS. Ueber das Verhältniss der $P_2 O_5$ zum N im Harn bei Fütterung mit Gehirnsubstanz (Zeitschrift f. Biologie XX, 1774).

7) SOTNISCHEWSKI. Glycerinphosphorsäure im normalen menschl. Harn. Zeitschr. f. physiol. Chem. IV. 1880.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O zjawisku aglutynacyi.

Podał

Bolesław Żebrowski.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 22, 31, 32).

Aglutynacja laseczki gruźlicy.

Badania nad sklejaniem laseczki gruźlicy mogły być rozpoczęte dopiero z chwilą, gdy ARLOING na zjeździe w Montpellier w 1898 roku podał sposób otrzymywania jednostajnej hodowli *B. tuberculosis*.

ARLOING wychodzi z hodowli laseczek na kartoflu, którego koniec dolny oplukuje się od czasu do czasu wodą kondensacyjną, zawierającą 6 procent gliceryny, a znajdującą się na dnie próbówki. Powierzchnie leżące osobniki zostają w ten sposób zmyte do wody kondensacyjnej, która po kilku dniach ulega jednostajnemu zmętnieniu. Ten mętny płyn szczepimy po pewnym czasie na bulionie z dodatkiem 2 procent peptonu i 6 proc. gliceryny. Hodowle bulionowe wstrząsamy kilka razy dziennie, aby uprzędzić formowanie grudek lub błonki na powierz-

chni płynu. Powtarzając kilkakrotnie przeszczepianie laseczek na nowe podłoża glicerynowo-bulionowe, ARLOING otrzymał wreszcie swoje jednostajne hodowle ¹⁾.

Z temi hodowlami ARLOING przystąpił do badań nad aglutynacją laseczki gruźlicy. Spostrzeżenia swe ogłosił on wspólnie z COURMONT'em w całym szeregu artykułów ²⁾. Metodyka badania według COURMONT'a (246) przedstawia się, jak następuje.

Do próby aglutynacyjnej nadają się zarówno hodowle zupełnie świeże, kilkodniowe, jak i starsze 15—30—40 dniowe. Te ostatnie należy tylko rozprowadzić fizyologicznym roztworem soli kuchennej, gdyż są one zbyt gęste. Hodowle, przeznaczone do próby, dają się przechowywać przez kilka dni w temperaturze niższej od 10°C, ewentualnie z dodatkiem antyseptyków: formolu lub fenolu à 4‰; przed użyciem należy je dobrze wstrząsnąć. Przystępując do

¹⁾ HAWTHORN (251) hoduje podatkę do aglutynacyi laseczki gruźlicy na podłożu, składającym się z 20,0 peptonu Dufresne, 7,0 soli kuchennej i 1000,0 wody. Podłoże to zubożają on do połowy przy wskaźniku fenolftaleinie. Badanie mikroskopowe.

²⁾ Ob. wyczerpującą literaturę tego przedmiotu (88 numerów) u EISENBERG'a i KELLER'a (247).

próby aglutynacyjnej, przedewszystkiem kontrolujemy daną hodowlę za pomocą surowicy o znanej sile aglutynującej (sérum étalon); jako taka odpowiednia będzie surowica bydłęca normalna, aglutynująca w rozcieńczeniu 1 : 10. Jeżeli będziemy ją przechowywali w ciemni—na lodzie lub aseptycznie w temperaturze pokoju, zachowa ona swą zdolność sklejaną przez długi czas. Przekonawszy się, że dana hodowla aglutynuje dobrze, wlewamy określone jej ilości do czterech wąskich próbówek; poczem do trzech próbówek dodajemy badanej surowicy w stosunku 1 : 5; 1 : 10 i 1 : 15; czwarta próbówka z czystą hodowlą pozostaje jako kontrolująca. Próbówki ustawia się pod kątem 45° w temperaturze pokoju. Wyniki badania notujemy po upływie czasu, potrzebnego do zupełnego zaglutynowania hodowli przez najwyższe rozcieńczenie surowicy—wzoru (sérum étalon). Rezultat uważa się za dodatni, jeżeli na dnie próbówki wytworzył się osad, a zawiesina uległa zupełnemu zprzezrocyszczeniu. Dodatkowo można przeprowadzić badanie mikroskopowe; COURMONT nie przypisuje mu jednak znaczenia decydującego.

ARLOING i COURMONT (246) robią rozpoznanie gruźlicy u człowieka dorosłego w tym przypadku, gdy próba aglutynacyjna daje wynik dodatni w rozcieńczeniu wyższym, niż 1 : 5. W sprawozdaniu z roku 1900 autorowie reasumują wszystkie swoje obserwacje. Badali oni ogółem 400 osobników: 191 przypadków gruźlicy narządów wewnętrznych — dodatni wynik w 87%. 38 przypadków gruźlicy kości — dodatni wynik w 75%. 130 przypadków innych chorób — dodatni wynik w 34%. 41 przypadków pozornego zdrowia — dodatni wynik w 26%.

Chorzy z rozpoznaniem klinicznym gruźlicy reagowali tem wyraźniej, im mniej posunięte były zmiany anatomiczne w narządach; najwybitniej występował odczyn u chorych z *phthisis incipiens*; chorzy w ostatnim okresie suchot nie reagowali wcale albo bardzo słabo. A. i C. mniemają, że osłabienie zdolności aglutynacyjnej surowicy chorych względem laseczki gruźlicy dowodzi zmniejszenia odporności ustroju. To przypuszczenie uzasadniają A. i C. doświadczeniami na zwierzętach. Występowanie odczynu u chorych niegruźliczych i u osobników po-

zornie zdrowych tłomaczą A. i C. istnieniem u nich ognisk gruźlicy utajonej; nie podają jednak na to dowodów nieodparty.

Badania A. i C. poprowadzili dalej uczniowie COURMONT'a. MONGOUR i BUARD w 17 przypadkach gruźlicy, rozpoznanej klinicznie, notują odczyn dodatni 17 razy, zaś u 11 chorych niegruźliczych 3 razy. W drugim szeregu obserwacji znajdują oni odczyn u 13 chorych gruźliczych z pomiędzy 14 badanych i u jednego z pomiędzy 11 pozornie wolnych od gruźlicy. BUARD³⁾ we wszystkich badanych 25 przypadkach gruźlicy u dzieci otrzymał dodatnie wyniki.

Po nich ogłosiło swe obserwacje wielu innych francuskich badaczy. Wszyscy oni zgadzają się we wnioskach z ARLOING'iem i COURMONT'em, uważając seroreakcję jako dzielny środek do rozpoznawania najwcześniejszych okresów gruźlicy.

W Niemczech BENDIX (244) przyjął z uznaniem metodę A. i C. Badał on 6 osobników zdrowych i 36 chorych z rozpoznaniem klinicznym gruźlicy. Surowica pierwszych nie dawała odczynu nawet w stosunku 1 : 1. Surowica chorych sklejała hodowlę gruźlicy w rozcieńczeniu 1 : 5—50 — w 34 przypadkach. Nie reagowały tylko 2 przypadki daleko posuniętej gruźlicy płuc.

Statystyka RUMPF'a i GUIGNARD'a (257) z Friedrichsheim obejmuje 107 przypadków notorycznej gruźlicy; odczyn ARLOING'a i COURMONT'a notowany był w 84%. Zwraca tu uwagę fakt, że z pomiędzy przypadków gruźlicy w III okresie reagowało aż 65%. Niestety, statystyka R. i G. jest jednostronna, nie obejmuje bowiem przypadków innych chorób po za gruźlicą. Znaczna większość prac, omawiających sprawę serodyagnostyki gruźlicy, posiada tylko względną wartość, bowiem stwierdzenie jak wyłączenie gruźlicy opiera się tu częstokroć jedynie na obserwacji klinicznej. Wyjątek stanowią prace ARLOING'a i COURMONT'a (241), BECK'a i RABINOWICZÓWNY (242 i 243), EISENBERG'a i KELLER'a (247 i 248).

ARLOING i COURMONT ogłosili w roku 1900 wyniki sekcji na 150 sztukach bydła, z którego krwią przerobiono za życia próbę aglutynacyj-

3) Ob. EISENBERG i KELLER (247).

na. Na autopsyi znaleziono, że 80 sztuk było zdrowych; surowica tych zwierząt dawała odczyn najwyżej w rozcieńczeniu 1:5. U 70 innych zwierząt znaleziono mniej lub więcej liczne i rozległe zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych; odczyn ARLOING-COURMONT'a u jednego wystąpił à 1:5, u sześćdziesięciu dziewiąciu pozostałych w rozcieńczeniu 1:10—20. Wobec takich wyników A. i C. nie zawahali się zapytać, co jest pewniejsze, jako środek dyagnostyczny: czy próba tuberkulinowa, czy też próba aglutynacyjna.

Temu optymistycznemu zapatrywaniu francuskich autorów cios zadała sumienna i na dość znacznym materiale sekeyjnym oparta praca BECK'a i RABINOWICZÓWNY (243). B. i R. obserwowali odczyn dodatni w rozcieńczeniach 1:5—40 u 18 zwierząt zupełnie zdrowych z liczby 19 badanych na stole sekeyjnym, a mianowicie: w 6 przypadkach reakcyja wystąpiła w stężeniu 1:5; w 4 przypadkach—à 1:10; w 3 przypadkach—à 1:20; w 4 przypadkach—à 1:50, zaś w 1 przypadku aż 1:40. Jeżeli przyjąć, zgodnie z ARLOING'iem, że odczyn dodatni u bydła zaczyna się od stężeń wyższych, niż 1:10, to i tak pozostanie 8 przypadków na 19, w których seroreakcyja doprowadziła do wniosków zgola fałszywych. Sekcye robiono bardzo skrupulatnie, jednak kości nie były otwierane. Można przyjąć wraz z ROMBERG'iem (255), że taka bijąca w oczy niezgodność w wynikach badań ARLOING'a i COURMONT'a z jednej strony, zaś B. i R. z drugiej, zależna jest od różnic w metodyce. Wprawdzie B. i R. operowali z hodowlą oryginalną, przyslaną im przez ARLOING'a; ale, być może, samo przewiezienie tej hodowli z Paryża do Berlina spowodowało zmianę w jej

zdolności aglutynacyjnej (ROMBERG). Należałoby oczywiście przypuścić, że zmiana nastąpiła w kierunku wzmocnienia tej zdolności sklejanja.

A w takim razie odczyn ARLOING'a i COURMONT'a tembardziej straci na wartości dyagnostycznej, jeżeli rozpatrzemy wyniki drugiej seryi doświadczeń B. i R., obejmującej 55 przypadków gruźlicy u bydła, również sekeyjonowanych. Do tej seryi należy: 17 przypadków gruźlicy poczynającej się; z nich w 6 odczyn wypadł ujemnie; w 3—w rozcieńczeniu 1:5; w sześciu—à 1:15; w jednym à 1:20 i w jednym à 1:30.

Z 22 przypadków gruźlicy średniego natężenia 8 dało odczyn w rozcieńczeniach 1:20—30, 6—w rozcieńczeniu 1:10, reszta—wcale lub à 1:5. Najlepsze wyniki dało badanie surowicy 16 zwierząt, dotkniętych rozległymi zmianami gruźliczemi narządów wewnętrznych.

Niemniej sprzeczne rezultaty otrzymali B. i R., badając seroreakcyę gruźlicy u ludzi. (41 chorych na gruźlicę, 29 chorych na inne choroby, 3 zdrowych). Z 12 przypadków, które reagowały na iniekcję tuberkuliny, tylko u 3 notowano odczyn ARLOING-COURMONT'a; z 22 chorych, u których znaleziono laseczniki w płwocinie, tylko u 8.

GEBHARDT i TORDAY (249) (80 przypadków), GRAZIA (250), RUITINGA (256) (70 przypadków) i wielu innych również odmawiają odczynowi A-C. wszelkiego znaczenia dyagnostycznego.

W zeszłym roku ogłosili EISENBERG i KELLER (247, 248) ważny przyczynek do omawianej kwestyi. Badali oni krew 69 ludzi żywych i 81 trupów ludzkich sekeyjonowanych. Oto wyniki badań:

		odeczyn dodatni	odeczyn ujemny
I. Grupa 69 przyp. klinicznych	17 gruźliczych	15 = 88.0 procent	2 = 42.0 procent
	52 niegruźliczych	39 = 75.0 „	13 = 25.0 „
II. Grupa 81 przyp. sekeyjnych	28 gruźliczych	20 = 71.5 „	8 = 28.5 „
	53 niegruźliczych	37 = 70.0 „	16 = 30.0 „

Krew z przypadków sekeyjnych brana była aseptycznie z żyły biodrowej.

Do badań autorowie używali oryginalnej hodowli ARLOING'a. Odczyn obserwowali na preparatach mikroskopowych, które stały w temperaturze pokoju, po 2 i po 18 — 24 godzinach. E i K. odpierają zarzut, który możnaby im zrobić, że mianowicie zdolność aglutynacyjna surowicy krwi względem laseczki gruźlicy mogła uleść zmianom po śmierci, w ten sposób. Sumują oni przypadki każdej grupy, nie zwracając uwagi na rozpoznanie, i obliczają w każdej grupie procent przypadków, w których wypadł odczyn ARLOING-COURMONT'a:

Okazuje się, że I. na 69 przypadków klinicznych odczyn wystąpił w $54 = 78$ procent, II. na 81 przypadków sekeyjnych odczyn wystąpił w $57 = 70$ procent.

Nader mała różnica w procentach dodatkowych wyników, wynosząca zaledwie 8%, przemawia, zdaniem autorów, za tem, że zdolność sklejańca po śmierci nie ulega wybitnym zmianom. Innemi słowy, statystyka 2 grupy przypadków zasługuje na zupełne zaufanie. A w świetle tej statystyki wartość rozpoznawcza odczynu ARLOING-COURMONT'a schodzi do zera. Wyniki nie ulegną zmianie, jeżeli za „odczyn graniczny“ będziemy uważali miast rozcieńczenia 1 : 5 — stężenie 1 : 10 lub 1 : 15. „Jest rzeczą prawdopodobną, że aglutynacja jednostajnych hodowli gruźlicy nie jest specyficzna dla spraw gruźliczych i tem samem nie może znaleźć zastosowania w rozpoznawaniu tych spraw. Być może, u pewnej odsetki (30 — 80 procent) ludzi, wolnych od gruźlicy, spotykają się aglutyniny gruźlicze, analogicznie jak spotykają się „normalne“ aglutyniny dla laseczki okrężnicy, gronkowca, lasecznika węgliką i t. d.“

Że surowica noworodków nie zawiera aglutynin gruźliczych, tego dowiedli: ROMBERG (255) na 33 i RUTINGA (256) na 5 przypadkach. Zatem przyjąć należy, że wytwarzają się one dopiero później w surowicy ludzi dorosłych. W wielu razach powstawanie tych aglutynin, być może, nie stoi w związku z zakażeniem gruźliczem; przemawiają za tem takie fakty, jak obecność aglutynin gruźliczych we krwi ludzi zupełnie wolnych od gruźlicy (EISENBERG i KELLER) lub we krwi koni (KOCH 252), które, jak wiadomo, są nieledwie absolutnie odporne na działanie *B. tu-*

berculosis, a w każdym razie nadzwyczaj rzadko samoistnie chorują na zakażenie przez ten zarzek. Należy więc przyznać słuszność EISENBERG'owi i KELLER'owi, gdy przyjmują oni istnienie aglutynin gruźliczych normalnych, prawdopodobnie nieswoistych.

Ale nie można zgodzić się z nimi na to „że aglutynacja jednostajnych hodowli gruźlicy nie jest specyficzna dla spraw gruźliczych“. A to wobec badań KOCH'a (252), ogłoszonych w 1901 roku.

KOCH do swoich doświadczeń posługiwał się jednostajną zawiesiną zabitych laseczek gruźlicy w wodzie karbolowej (półprocentowy roztwór kwasu karbolowego w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, filtrowany kilkakrotnie aż do zupełnego sklarowania). 1 decygram wysuszonych laseczek rozcierał K. w moździerzku z kilkoma kroplami płynu, poczem, ciągle rozcierając, dodawał powoli coraz większe ilości mieszaniny solno-karbolowej aż do 10 ctm. sz.; otrzymaną emulsię dokładnie centryfugował, zlewał z osadu i rozcieńczał 10-krotnie za pomocą ciągle tej samej mieszaniny solno-karbolowej. W ten sposób przyrządzona zawiesina laseczek gruźlicy à 1 : 100 użyta została do próby aglutynacyjnej⁴⁾. Zawiesina taka jest bezbarwna, zlekka tylko opalizuje. Daje się ona przechowywać w zimnem miejscu i w zamkniętem naczyniu przez 2 tygodnie.

Odczyn uważamy za dodatni wówczas, gdy w pewien czas (od kilku minut do 15 — 20 godzin) po zmieszanii emulsji laseczek z badaną surowicą na dnie próbówki wystąpi wyraźny osad⁵⁾.

Posługując się opisaną techniką, KOCH zbadał sprawność aglutynacyjną surowicy zwierząt, którym zrobiono serye zastrzykiwań żywych i martwych laseczek gruźlicy, i przekonał się, że sprawność ta wzrasta — nieraz bardzo wybitnie. Tak, surowica uodparnianych koni aglutynowała w stosunku 1 : 200, surowica kró-

⁴⁾ Gotowego preparatu suchych laseczek dostarcza firma Meister u- Lucius w Höchst n. Menem.

⁵⁾ MARZAGALLI i CAFFARENA (253) porównywali wyniki, otrzymywane metodą ARLOING-COURMONT'a i metodą KOCH'a, i znaleźli, że pierwsza szybciej prowadzi do celu. Naprzykład tam, gdzie, stosując metodę ARLOING-COURMONT'a, otrzymujemy dodatni wynik w rozcieńczeniu 1 : 50 już po 3 godzinach, przy metodzie KOCH'a należy czekać 24 godziny. RUMPF i GUIGNARD (257) znaleźli różnice wybitne tylko w 2 przypadkach.

lików à 1:400, kóz — à 1:1500. U jednego osła wartość surowicy sklejająca doszła w przebiegu infekcyi do cyfry 3500. KOCH uważa, że wzmoczenie siły aglutynacyjnej surowicy do- wodzi zwiększenia odporności ustroju względem *B. tuberculosis*. Czy tak bywa zawsze? Można o tem powątpiewać wobec faktu, że wzmaganie się ilości aglutynin swoistych niekoniecznie idzie w parze ze zwiększonym wytwarzaniem „ciał ochronnych“ w ścisłym tego słowa znaczeniu i z uwagi na to, że zwierzęta z bardzo znacznym zasobem aglutynin we krwi mogą posiadać niewielki stopień odporności (ob. ogólną część referatu). Ale w niektórych, być może, nawet w wielu przypadkach, twierdzenie KOCH'a jest niewątpliwie słuszne. W tych przypadkach można mierzyć stopień odporności ustroju względem gruźlicy zawartością aglutynin swoistych we krwi. KOCH daje nam tedy w ręcesposób kontrolowania skuteczności naszych zabiegów leczniczych u chorych na gruźlicę.

Uzbrojony w takie kryterium, przystąpił KOCH do ocenienia wpływu immunizacyjnego zastrzykiwań emulsyi laseczek gruźliczych u ludzi. Sporządzał on zawiesinę martwych laseczek w równych częściach wody i gliceryny (Bacillen-emulsion-Neutuberkulin) i zawiesinę tę szczepił chorym gruźliczym co 2 dzień, rozpoczynając od bardzo małych ilości i dochodząc stopniowo do 20 — 30 miligramów. Iniekcye robił podskórne, w niektórych przypadkach — gdy efektu wyraźnego nie było — i wewnątrzżylne. W ten sposób leczonych było 74 chorych. U wszystkich prawie aglutynacyjna zdolność surowicy wzmogła się, u niektórych znacznie, bo do 100 — 150 — 200 nawet 300, gdy przed iniekcjami najwyższe rozcieńczenie, w którym surowica reago- wała, było 1:10. Równoległe ze wzmoczeniem wytwarzaniem aglutynin gruźliczych występowała — w przypadkach niedaleko posuniętej choroby — subiektywna i obiektywna poprawa. Czy w istocie ta poprawa nastąpiła wskutek zastrzykiwań emulsyi, pokażą nam dalsze prace w tym kierunku prowadzone⁶⁾.

⁶⁾ W badaniach tych nie będzie rzeczą zbyt cenna kontrolowanie nowego preparatu na jego jałowość. Bo- wiem, niestety, jak to unacznił THELLUNG (259) Bacillen-emulsion-Neutuberkulin zawiera laseczki nietylko zjadliwe dla świnki morskiej, ale nawet zdolne do rozwoju na zwy- kłych podłożach.

Próby z nową tuberkuliną KOCH'a, prze- prowadzone przez RUMPF'a i GUIGNARD'a (257), zbyt są nieliczne, aby można było wyciągać z nich jakieś określone wnioski.

W każdym razie z pracy KOCH'a wypływa niezbity fakt swoistości odczynu aglutynacyj- nego w przebiegu zakażeń sztucznych. Inna rzecz, że w przebiegu infekcyi naturalnej laseczką gruźlicy odczyn ten — i według KOCH'a⁷⁾ nie ma zgoła żadnej wartości rozpoznawczej. Widocznie zakażenie samoistne laseczką gruźli- cy bardzo mało sprzyja wytwarzaniu aglutynin swoistych w takiej ilości, któraby wyraźnie przewyższała ilość aglutynin normalnych, spo- tykanych niejednokrotnie w surowicy ludzi wol- nych od gruźlicy. W tych przypadkach odczyn wypada ujemnie, pomimo że próba tuberkulino- wa lub badanie płwociny, a nawet badanie fizy- czne pozwalają z zupełną stanowczością zro- bić rozpoznanie gruźlicy płuc: i to nietylko w przypadkach suchot w ostatnim okresie, ale na- wet w *phthisis incipiens*.

ROMBERG próbował dowieść specyficzności odczynu ARLOING-COURMONT'a na innej drodze, niż KOCH — mianowicie na drodze statystycz- nej. Badał on odczyn u 256 ludzi zdrowych i chorych na gruźlicę i znalazł, że około 70% ludzi pozornie wolnych od gruźlicy posiada surowicę specyficzną aglutynującą. W ynik ten R. zesta- wia z wynikami znanych badań anatomo-patolo- gicznych NAEGELI'ego, obejmujących 500 przy- padków. NAEGELI stwierdził na stole sekcyj- nym, że z pomiędzy 284 trupów ludzi dorosłych tylko 2% miało narządy wolne od zmian gruźli- czych. Zaś u 98% stwierdził obecność większych lub mniejszych ognisk w różnych fazach rozwo- ju, a mianowicie: w 22%,2 gruźlica jako *causa mortis*, w 26% gruźlica „czynna“, w 11%,3 gruźli- ca o charakterze niezdecydowanym; w 39%,5 gru- źlica „nieczynna“. Być może, powiada ROMBERG, porównywając wyniki badań NAEGELI'ego i swo- ich, że występowanie odczynu ARLOING-COUR- MONT'a u ludzi klinicznie niegruźliczych dowo- dzi istnienia w ich ustroju ognisk gruźlicy czyn- nej, ale utajonej. Być może, ale że tak jest w i- stocie, na to trzeba by trochę ściślejszych dowo- dów, niż zestawieniostatystyk. A jeżeli już opie-

⁷⁾ Badanych: 30 osobników zdrowych i 78 chorych w różnych okresach gruźlicy.

rać się na statystyce, to wniosek ROMBERG'a należałoby trochę zmodyfikować. W istocie, powracając jeszcze do cyfr NAEGELI'ego, musimy przyjąć, że spora część tych 98% gruźlicy, rozpoznanej na stole sekcyjnym, musiała być zdyagnozowana już za życia chorych, a mianowicie 22% gruźlicy z zejściem śmiertelnym i około połowy przypadków gruźlicy czynnej, to jest 13%, co wynosi razem 35%. Reszta, to jest 63% mogła pozostać nierozpoznana, i ci ludzie uchodzili za zdrowych; w tej reszcie znajdujemy 13% gruźlicy czynnej i 11% o charakterze niezdecydowanym — razem 24% (na ogólną liczbę 63% pozornie zdrowych) przypadków, które, według ROMBERG'a mogłyby dać odczyn swoisty. 24 od 63 wynosi 38%, podczas gdy R. znalazł odczyn mniej więcej w 70%. Zatem wypadaloby przyjąć, że i „gruźlica nieczynna“ może manifestować swoją obecność w próbie aglutynacyjnej, a w takim razie gdzie się podzieje wartość kliniczno-rozpoznawczą odczynu? Cóż klinicyście obchodzić może istnienie ogniska gruźliczego w ustroju chorego, jeżeli ognisko to nie tylko nie wywołuje żadnych objawów za życia, ale nawet na stole sekcyjnym przedstawia się jako zupełnie wygasłe? Odczyn ARLOING-COURMONT'a może skierować nasze rozpoznanie na zupełnie fałszywe drogi. To też i ROMBERG nie przyznaje mu znaczenia dyagnostycznego.

Zestawiając wszystko to, cośmy wyżej powiedzieli, dochodzimy do wniosku, że z płataniny sprzecznych badań różnych autorów dadzą się wyeliminować następujące najważniejsze fakty.

1) Surowica noworodków nie zawiera aglutynin gruźliczych.

2) Krew ludzi dorosłych, wolnych od gruźlicy, bardzo często daje odczyn ARLOING-COURMONT'a. Innemi słowy — ustrój ludzki wytwarza normalne aglutyniny gruźlicze na wzór normalnych aglutynin tyfusowych, paciorkowczych i t. d.

Najwyższa możliwa ilość tych aglutynin nie jest jeszcze ściśle określona. Pewnego, choć może niewystarczającego ilościowo materiału

do takiego określenia dostarczają badania EISENBERG'a i KELLER'a, mianowicie II grupa przypadków. Przyjęte przez ARLOING'a „graniczne rozcieńczenie“ surowicy 1 : 5 nie opiera się na pewnych podstawach (skąpe dane anatomopatologiczne).

3) Surowica ludzi dorosłych, chorych na gruźlicę, często zawiera mniej aglutynin tuberkulicznych, niż surowica normalna. Fakt ten zaobserwowany został przedewszystkiem u chorych z bardzo posuniętą gruźlicą płuc, zdarza się jednak często u chorych w I okresie choroby.

4) Z zestawienia punktu drugiego i trzeciego wypływa, że wartość serodyagnostyki gruźlicy jest bardzo problematyczna.

Dalsze badania pokażą, czy odczyn ARLOING-COURMONT'a może służyć jako sprawdzian skuteczności zabiegów leczniczych, stosowanych u chorych na gruźlicę.

(C. d. n.).

LITERATURA.

- 241) Arloing i Courmont. D. W. 1900. N. 48.
 242) Beck i Rabinowicz. D. W. 1900. N. 25.
 243) Ci sami. Z. H. 37. p. 205.
 244) Bendix. D. W. 1900. N. 14.
 245)* Caffarena. B. C. I. N. 320.
 246) Courmont. Précis de bactériologie. Paris. Doin. 1903.
 247) Eisenberg i Keller. C. B. 33 p. 549.
 248) Ci sami. Przegląd lek. 1903. N. 2, 3, 4.
 249) Gebhardt i Torday. M. W. 1902. N. 28.
 250) Grazia. B. W. 1902. N. 11—12.
 251)* Hawthorn. C. B. 33 p. 742.
 252) Koch. D. W. 1901. N. 48.
 253)* Marzagalli. B. C. I p. 321.
 254) Romberg. D. W. 1901. N. 18—19.
 255) Tenze. M. W. 1903. N. 3.
 256)* Ruitinga. C. B. 32 p. 627.
 257) Rumpf i Guignard. D. W. 1901. N. 8.
 258) Rzętkowski. Gaz. lek. 1902. N. 16.
 259) Thellung. C. B. 32 p. 28.
 260) Zamenhoff. Nowiny lekarsk. 1902. N.

Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych.

Posiedzenie z dnia 28. I. 1903.

1) SREBRNY zakomunikował następujące spostrzeżenie: Dziewczyna 17-letnia z powodu powracających często ropni okołomigdałkowych poddana została radykalnemu wyluszczeniu migdałków. Oddzielenie migdałka lewego od łuków poszło gładko, migdałek w całości został wyjęty za pomocą pętli galwanokaustycznej. Z prawej strony zrosty były większe, tak że górny odcinek migdałka, po przecięciu łuku przedniego ku górze, został odseparowany przy pomocy nożyczek. Po nałożeniu pętli i wyjęciu całego migdałka. S. zauważył na dnie rany strzykającą małą tętnicę. W celu zatamowania krwawienia użył galwanokauteru, którego końcem dotknął się strzykającego naczynia, przy tej sposobności jednak widocznie otworzył większą tętnicę, gdyż nagle strumień krwi powiększył się znacznie. Po zastosowaniu ucisku i lodu krwotok w krótkim czasie został opanowany. 3 dnia po operacji wezwany został do pacjentki, która w nocy miała kilkakrotnie obfity krwotok, i znalazł ją w stanie wysokiej anemii. Z obawy, aby krwotok nie powtórzył się, i wobec niekorzystnych warunków domowych, umieścił chorą w szpitalu, gdzie podwiązana została tętnica szyjowa zewnętrzna. Wyzdrowienie.

WRÓBLEWSKI zapytuje, czy SREBRNY przecina łuk przedni ku górze, czy poprzecznie, zwraca uwagę, że rękoczyn jest może zbyt ryzykowny w stosunku do cierpienia, z powodu którego został wykonany, i że, operując kiuretą, nie naraża się chorego na niebezpieczeństwo.

SREBRNY odpowiada, że łuk przecina ku górze, aby umożliwić sobie wydostanie górnego odcinka migdałka, ta bowiem okolica jest zazwyczaj punktem wyjścia ropni. Poważniejszy krwotok miał w tym przypadku po raz pierwszy, co po części przypisuje niewłaściwemu zastoso-

waniu galwanokauteru. Kiuretą nie można tak dokładnie wyluszczyć migdałka, jak to ze względu na przyczynę cierpienia jest wskazane.

2) HERTZ zakomunikował przypadek wtórnego krwotoku po przecięciu ropnia okołomigdałkowego u mężczyzny 29-letniego. Bezpośrednio po cięciu obfite krwawienie zostało wstrzymane po zastosowaniu lodu. Następnego dnia chory przybył ze skargą na ból. Rozszerzono ranę sondą, po czem nastąpił krwotok bardzo obfity, który opanowany został za pomocą ucisku, trwającego godzinę. Chory zwrócił teraz uwagę na skłonność do krwawień.

SREBRNY zapytuje, dlaczego nie użyto tamponady.

WRÓBLEWSKI objaśnia, że krwotok był tak gwałtowny, że nie można było dojrzeć rany.

3) T. HEIMAN spostrzegał ostatnimi czasy przypadek szumu w uchu u młodej panny, słyszalnego przez badającego na 3—4 metrów. Szum trwa od roku. Serce zdrowe. Przedziurawienie błony bębenkowej. H. przycisnął krótki wyrostek młotka sondą uciskową LUCE'go, po czem szum na 10 sekund ustał. Powtórne uciśnięcie krótkiego wyrostka nie pomogło. Następnego dnia H. próbował zamknąć otwór w błonie sztucznej błoną bębenkową, ale bez skutku, po czem przestrzyknął ucho, i, gdy płyn dostał się do ust, szum ustał na 15 minut. W pół godziny po wyjściu pacjentki szum wrócił. Na drugi dzień H. wprowadził świeczkę do trąbki EUSTACHIUSZA, po 24 godzinach chora przyszła z wiadomością, że tylko przez 5 minut miała szum. Następnego dnia po kateteryzacji szum wrócił, potem ustał zupełnie. Obecnie trochę ropienia. Jest to trzeci przypadek szumu obiektywnego, spostrzegany przez HEIMANA. W pierwszym szum zależał od napięcia *musculus tensoris tympani*; po przecięciu

ścięgną szum ustął, w drugim — od choroby serca.

SREBRNY widział chorą, o której mówił HEIMAN, i stwierdził u niej oprócz szumu, obiektywnie słyszalnego, kurecz miękkiego podniebienia. Szum w przypadku tym zależał od kureczu mięśni tego ostatniego. Pokazał chorej w lustrze, jakie ruchy wahadłowe wykonywa jej podniebienie, i radził zapanować nad nimi. Ustanie szumu w przypadku tym po zastosowaniu sondy LUCB'go, przestrzyknięciu ucha lub wprowadzeniu świeczki uważa wprost za sugestję, gdyż trudnoby nawet było zrozumieć, w jaki sposób powyższe manipulacje mogłyby wpłynąć na szum.

DOBROWOLSKI wyłącza sugestję wobec tego, że kol. H. nie znajdował stygmatów hysterycznych.

SZUMLAŃSKI wspomina o chuchającym charakterze szumu w uszach w przypadkach wady serca oraz o przypadku szumu, który chory słyszał w prawym uchu przy otwieraniu ust lub żuciu — zależało to od trzaskania w stawie szczęki dolnej. SZUMLAŃSKI słyszał ten szum w obu uszach chorego.

ŚWIĄTECKI w przebiegu zapalenia stawu szczękowego miał także ów trzask w uchu. Niezależnie od tego ŚW. jest w stanie, ile razy zechce, wywołać trzask w uchu, zależny od napięcia *m. tensoris tympani*.

4) T. HEIMAN w ostatnich czasach miał w leczeniu chorego z ostrem ropnem zapaleniem ucha średniego. Wyrostek sutkowy bolesny. Przy odpowiednim leczeniu bolesność wyrostka sutkowego ustąpiła. Po 5 tygodniach chory z ropieniem nieznacznem czuł się dobrze. Ale przy badaniu wyrostka sutkowego H. znalazł punkt bolesny w kierunku *sinus transversus*. Zapropozował tedy choremu operację, tembardziej, że tenże wybierał się w daleką podróż. Przy operacji znaleziono w górnej części wyrostka sutkowego granulacye, po usunięciu których okazało się, że jama czaszkowa jest otwarta. W dolnej części wyrostka sutkowego ropień. Zagłębiając się sondą ku tyłowi wyczuł H. granulacye, które usunął, po czem pokazała się ropa z ropnia nadoponowego, który, jak to widać z przebiegu klinicznego, nie dawał żadnych objawów. Na powierzchni wewnętrznej kości du-

ży sekwestr. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Chory ma się dobrze.

Posiedzenie z dnia 25. II. 1903.

1) ŁOGUOKI przedstawił 22 letnią chorą, która zgłosiła się do szpitala św. Ducha przed 2 tygodniami z powodu bardzo silnej duszności i bezgłosu. Cierpienie występowało powoli w ciągu kilku lat, w ostatnich czasach zwłaszcza chora nie była w stanie pracować. Przed 7 laty przechodziła ciężki dyfteryt. Zresztą zawsze była zdrowa, pochodzi z rodziny zdrowej. Badanie wykazało: znaczny zanik błony śluzowej w jamach nosowych, w prawej jamie od tyłu zrosty częściowe, zwężające światło nozdrza tylnego; lewe nozdrze tylne prawie zupełnie zarośnięte. W gardzieli niewielki zanik błony śluzowej. W krtani struny nie zmienione, pod strunami widać rodzaj przepony, zamykającej światło krtani zupełnie od przodu, w tylnej części widać niewielki otworek, przez który przechodzi powietrze. W płucach oddech stenotyczny, w sercu zmian niema.

3 dnia pobytu chorej w szpitalu wykonano przecięcie tchawicy. Po kilku dniach badanie lusterkiem tchawicowem nie wykryło zmian poniżej otworu tracheotomijnego. Ł. przeciął przeponę od tyłu ku przodowi i na dwóch posiedzeniach wyciął cały rozrost pod strunami (naokoło). Krwawienie było niewielkie. Chora oddycha obecnie dobrze, głos wrócił zupełnie. Badanie wyciętych kawałków będzie dokonane. Ł. uważa sprawę za bliznowatą nowotworową po dyfterycie. (Autoreferat).

DOBROWOLSKI skłania się raczej do rozpoznania twardzieli. Należałoby wycięte kawałki tkanki zbadać bakteryologicznie.

SZLEIFSTEIN nie znajduje w danym przypadku nie właściwego twardzieli. Zresztą błony mogą powstać i po błonicy, i wskutek przymiotu i gruźlicy.

SOKOŁOWSKI zwraca uwagę, że rozrosty twardzielowe idą w postaci lejka, a nie stanowią przepony — przypuszcza w przedstawionym przypadku rozrost po dyfterycie. Badanie mikroskopowe w danym przypadku nie da rezultatu, znajdziemy tylko okaz tkanki bliznowej, a pasorzytów, gdyby to nawet była twardziel, ani śladu.

SREBRNY utrzymuje, że dla pewności wyniku badania należy zrobić hodowlę, można bowiem pasorzytów nie wykryć w tkance, a wyhodować je na odżywece. Dany przypadek dawniej byłby również, jak DOBROWOLSKI, skłonny zaliczyć do kategorii twardzieli, od czasu jednak, kiedy powstały wątpliwości co do specyficzności lasecznika FRISCH'a, jest ostrożniejszy w rozpoznawaniu twardzieli, tembardziej, że wiele spraw nosa, połączonych z ropieniem, daje powód do powstawania przerostów i zrostów. Zapytawszy ŁOGUCKIEGO, w jakim czasie po błonicy zaczęły występować objawy zwężenia krtani, i otrzymawszy odpowiedź, że wkrótce po niej, S., przychyła się do rozpoznania sprawy przerostowej po dyfteryście.

LUBLINER przed niedawnym czasem widział przypadek analogiczny do przedstawionego.

SOKOŁOWSKI wspomina o zaniedbaniu badania anatomo-patologicznego na korzyść badania bakteryologicznego. W przypadku, przedstawionym przez ŁOGUCKIEGO, możnaby zbadać tylko bliźnię, co nie wystarcza do zrobienia rozpoznania, należałoby wyciąć duże kawały przy wykonaniu rozszczepienia krtani.

2) DOBROWOLSKI przedstawił kość skroniową 5 letniego chłopca, u którego przy badaniu znaleziono *meningitis serosa*.

Chory miał ropienie z lewego ucha od pół roku po szkarlatynie, 2 miesiące temu na wyrostku sutkowym zjawiał się ropień, który przecięto w Międzyrzecu.

Przy wstąpieniu do szpitala skarżył się na ból całej głowy, uszu i oczu; przy badaniu chorego znaleziono wtedy: za lewym uchem widać ranę, w której znajduje się obnażona kość, paraliż lewego nerwu twarzowego, ciepłota 39,4°, tętno 130, regularne, sen i zachowanie się — niespokojne, apetyt niezły, brodawka zastoinowa, w uchu zupełny brak bębienka, kostek słuchowych nie widać.

Przy operacji po usunięciu całego zmarłwiałego wyrostka sutkowego i przyległej części łuski kości skroniowej przecięto oponę twardą w 2 miejscach, z rany opony wyszło kilka kropel przezroczystego płynu surowiczego.

Po operacji stan się poprawił, ciepłota 37,8°, tętno 110, regularne, chory — przytom-

niejszy, zachowuje się i śpi spokojnie, nie narzeka na bóle głowy; taki stan trwał 2 tygodnie, potem wystąpiło pogorszenie: ciepłota 39°, tętno 140, arytmia, niepokój i bóle głowy.

D. znowu otworzył ranę, usunął parę martwaków z łuski, a w środku rany znalazł wielki martwak, który okazał się piramidą kości skroniowej, ten ostatni, rzecz prosta, zostawiono na miejscu. Stan chorego po operacji już się nie poprawił, i chory zmarł na 5 dzień.

Sekcyja wykazała: mózg wypukła się z czaszki, lewa półkula znacznie większa, niż prawa, żyły powierzchni mózgu mocno napelnione krwią, szczególnie na lewej półkuli.

U podstawy mózgu — około dwóch łyżek przezroczystego płynu surowiczego, na oponach miękkich żadnych guziczeków, ani ropy nie znaleziono. Substancja mózgu blada i wilgotna, znaczne przekrwienie żył mózgu, szczególnie w lewej półkuli, różnica pomiędzy szarą i białą substancją — bardzo wyraźna, komory boczne znacznie rozszerzone i wypełnione płynem surowiczym, mózg — wiotki, przy krajanii rozpada się i rozrywa. Mózdzek przekrwiony, bardzo wilgotny na przekroju, poza tem przedstawia się podobnie do mózgu.

W kości skroniowej lewej znajdujemy znaczną utratę, brzegi jej — gładkie, niewyzębione, w przedniej części rany kostnej sterczy obnażony zębaty brzeg piramidy. Defekt kości zakrywa opona twarda, parę razy zgrubiała w tem miejscu i mocno zrosnięta z kością. Mięsień serca blady, w płucach, wątrobie, śledzionie i nerkach nieznaczna zastoina, zresztą w innych narządach nie osobliwego nie wykryto pomimo szczegółowego obejrzenia.

D. zaznacza, że pod mianem *meningitis serosa* opisują te przypadki zapalenia opon, które kończyły się wyzdrowieniem.

W przypadku, opisanym powyżej, śmierć nastąpiła zdaniem D. wskutek obfitego zebrańia się płynu surowiczego w przestrzeniach między-oponowych i komorach bocznych i wywołanych tem zmian i ucisku mózgu. (Autoreferat).

T. HEIMAN nadmienia, że, o ile mu wiadomo, to *meningitis serosa* daje się rozpoznać za życia, zejście bywa pomyślne — jeżeli zaś chorega kończy się śmiercią, to wskutek przejścia wysięku surowiczego w ropny. W przypadkach

swoich widział H. płyn surowiczy lejący się bardzo obficie, dziwi się więc, że D. widział tylko kilka kropeł.

SREBRNY wyraża zdziwienie, w jaki sposób mogło powstać tak olbrzymie zniszczenie kości bez ropy.

SOKOŁOWSKI powiada, że *meningitis serosa* kończy się wyzdrowieniem, jest to termin warunkowy, który należy brać z pewną rezerwą.

DOBROWOLSKI w odpowiedzi HEIMANOWI zaznacza, że, jak wspomniał już poprzednio, pomimo szczegółowej sekcji nigdzie w mózgu ropy nie znalazł, a SOKOŁOWSKIEMU, że *meningitis serosa* jest ściśle określoną postacią nozologiczną.

3) ŁOGUCKI przedstawił okaz guza, usuniętego z jamy nosogardzielowej u 17 letniej kobiety. Chora skarżyła się na trudność w wymawianiu—mówiła przez nos, oddychała jednak nosem swobodnie. Przy badaniu: guz ruchomy, usadowiony pośrodku jamy nosogardzielowej, wielkości orzecha włoskiego. Założenie pętlicy przez nos przedstawiało trudności, ponieważ pętlica zsuwała się. Wówczas ŁOGUCKI usunął guz za pomocą kleszczy SCHECH'a. Po usunięciu okazało się, iż guz wielkości orzecha włoskiego wisiał na trzech wąskich przyczepach. Przyczepy były z obu stron przegrody — pośrodku guza widać zagłębienie, w którym mieścił się tylny koniec przegrody. (Autoreferat).

Posiedzenie z dnia 18.III 1903 r.

1) SOKOŁOWSKI zakomunikował przypadek następujący: przed 2 tygodniami zgłosił się do niego 28-letni mężczyzna z silną dusznością i twarzą lekko obrzękłą. Chory opowiedział, że od kilku tygodni doznaje duszności, która w ostatnich dniach powiększyła się, do czego dołączyło się utrudnione połykanie. Badanie krtani wykazało: struny zaczerwienione i mocno do siebie przylegają, tylna ściana krtani obrzmiała; zmian w płucach niema. Z powodu silnej duszności tegoż samego dnia wieczorem zrobiono tracheotomię. Badanie, wykonane po kilku dniach, wykazało: tylna ściana krtani i nagłośnia bez zmian, struny zaczerwienione, nie rozchodzą się podczas wdechu, w płucach zmian niema, w płwocinie elementów swoistych nie znaleziono. W dalszym przebiegu struny powoli zaczęły się rozchodzić, a szpara głosowa stopniowo

rozszerzać. W końcu rurkę tracheotomijną usunięto, chory czuł się zupełnie dobrze. Badanie promieniami ROENTGEN'a dało wynik ujemny. Nie było zatem ani w narządach wewnętrznych, ani w układzie nerwowym żadnych zmian, co w połączeniu z oświadczeniem chorego o przebytych wielkich wstrząśnieniach nerwowych skłania S. do rozpoznania skurezu zwieraczy. Nadmienić jednak wypada, że po zachloroformowaniu chorego kurecz nie ustąpił, co przemawiałoby przeciwko powyższemu rozpoznaniu.

LUBLINER przypomina sobie 18-letniego młodzieńca, który przed 13 laty przyjęty został do szpitala S-go Rocha z powodu ostrej duszności. Wykonano natychmiast tracheotomię. Rozpoznanie brzmiało wówczas: *bronchitis*. Prawdopodobnie był tu także kurecz krtani. Chory wypisał się ze szpitala w dobrym stanie zdrowia. W tych dniach ten sam chory zgłosił się do szpitala żydowskiego, opowiadając, że 2 tygodnie temu przy jedzeniu bułki nagle nie mógł przełknąć kęsa, który uwiązał w gardle. Wezwany lekarz wprowadził kozyk GRAEFFE'go, ale nie go wydobyl. Od tego czasu chory łykać nie może. W krtani L. nie znalazł nic nieprawidłowego. W przelyku, badany zgłębnikiem z gąbką, na wysokości rozdwojenia tchawicy tenże skręca na lewo i jakby wchodzi do jamy. Na gąbce wyciągniętego zgłębnika L. zauważył krew. Ponieważ chory w dalszym ciągu przez tydzień cały pokarmów przyjmować nie mógł, więc zrobiono gastrostomię, po której nastąpiła śmierć. Badanie zwłok wykryło w *mediastinum* na wysokości rozdwojenia tchawicy guz, opierający się z jednej strony o aortę, z drugiej o przelyk. Guz był czarno zabarwiony, na przedniej powierzchni aorty arozya: śmierć nastąpiła wskutek krwotoku. Prawdopodobnie już przed 13 laty musiał istnieć związek pomiędzy owym guzem a dusznością. Guz nie został jeszcze zbadany drobnowidzowo.

SREBRNY z powodu przypadku SOKOŁOWSKIEGO nadmienia, że ból przy łykaniu i trwanie duszności w uspieniu chloroformowem przemawiają przeciwko kureczowi krtani. Sprawa wygląda raczej na zapalenie ochrzestny chrząstki obrączkowej.

SOKOŁOWSKI uważa także sprawę za niejasną — czy jest ona czysto nerwowego pochodzenia, czy uciskowego, nie może rozstrzygnąć.

LUBLINER wspomina o trudności rozpoznania przyczyny nagłej duszności u dzieci. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na grasicę, u dorosłych atoli narząd ten mniej być może brany pod uwagę.

SOKOŁOWSKI dodaje, że u dzieci często przyczyną nagłej duszności są ciała obce. Ważną też rolę w tym względzie gra *struma substernalis*.

2) Maurycy HERTZ zakomunikował następujące spostrzeżenie: 30 letnia kobieta skarży się na ból gardła, trwający tydzień. Wezwany lekarz sądził, że utworzy się ropień okołomigdałkowy. Na drugi dzień widział H. chorą, która utrzymywała, że ból gardła jest mniejszy, ale skarżyła się na silny ból w potylicy i wymioty. H. znalazł na szyi z prawej strony pod szczęką nacieczenie niebolesne; w gardzieli i krtani żadnych zmian nie było. Ciepłota ciała wyżej 39°. Zalecił aspirynę i okład. Więcej chorej nie widział, ale dowiedział się, że zmarła.

SOKOŁOWSKI widział tę samą chorą trzeciego dnia choroby w agonii, przyczem stwierdził sztywność w karku i nacieczenie na szyi.

Możnaby tu było przypuszczać *meningitis cerebrospinalis*, ale nacieczenie na szyi czyni sprawę niejasną. Osobę tę znał S. z poprzednich lat jako zupełnie zdrową.

3) DUDREWICZ (syn) opowiedział historię choroby następującego przypadku. Dziewczynka l. 14, dotknięta ropieniem przewlekłym ucha średniego i bólem w okolicy wyrostka sutkowego, poddana została trepanacji. Znalaziono sekwestr i jamę sutkową wypełnioną granulacjami. Po operacji przez kilka dni stan bezgorączkowy. Nagle ukazała się na ciele wysypka, którą rozpoznano jako szkarlatynę — ciepłota ciała prawidłowa. Następnego dnia dreszcze, wymioty i podniesienie ciepłoty ciała do 39°, na drugi dzień dreszcze, 40° gorączki i ból na przebiegu mięśnia mostko-sutko-obojęzycznego. Podwiązano żyłę szyjową, obnażono zatokę poprzeczną, ale przekłucie próbne nie wykazało zakrzepu; naokoło żyły szyjowej *periphlebitis*. W jamie czaszkowej nie nieprawidłowego. W opłucnie ropa. We krwi i ropie czysta hodowla paciorkowców. Zastrzyknięto surowicę MARMOREK'a. Trzeciego dnia po operacji nastąpiła śmierć. Przytomność zachowana była aż do śmierci.

K R O N I K A.

Po sezonie.

Sezon kąpielowy dobiega do końca, a bilans ogólny naszych zdrojowisk i uzdrowisk nie przedstawia się zbyt świetnie. Z wielu miejscowości leczniczych polskich dochodzą wieści o zmniejszonej w roku bieżącym frekwencji. Można zresztą fakt ten położyć na karb złych czasów, zastoju, spowodowanego wojną, gdyby nie okoliczność, że w wielu badach zagranicznych roiło się od Polaków. Nie mówię o takim Karlsbadzie, Maryenbadzie, Kissingen, których u siebie czem zastąpić nie mamy, ale wymienię

choćby Zopoty i Kołobrzeg, gdzie, jak głoszą z pewną przesadą, znajduje się pół Warszawy.

A więc apelacja prasy do naszych uczuć obywatelskich wskórała tym razem nie więcej, niż przez długi szereg lat ostatnich, a samym miejscowościom kuracyjnym wyświadcza niedźwiedzie usługi przez ludzenie ich nadzieją, że publiczność polska nie będzie w stanie oprzeć się ognistym morałom, głoszonym z kazałnic kuryerkowych. Morały i zachęty do popierania wód polskich czytamy jednak tylko na wiosnę,

ku końcowi sezonu coraz częściej rozbrzmiewają skargi. I to powtarza się rokrocznie. A ludziska zaczynają się spostrzegać: w maju, myślą sobie, każą nam moralisci jechać do Szczawnicy, Krynicy, Solca i t. d., a we wrześniu ci sami działacze słuszne skargi wnoszą przed sąd publiczny na administrację tychże zdrojowisk; wolimy już poczekać aż pochwały rozbrzmiewać będą nie tylko na wiosnę, ale i jesienią, a tymczasem wyjedziemy po zdrowie za granicę. Tak, to granie na uczuciach społecznych naprzemian z krytyką zdrojowisk—to metoda, wypracowana przez naszą prasę codzienną, metoda, której owocami zbytnio chlubić się nie może.

Gdy więc doświadczenie długoletnie wskazuje, że hymny majowe a jeremiady wrześniowe nie stanowią tego czarodziejskiego klucza, którym pragnęlibyśmy otworzyć szesam naszych miejscowości leczniczych, sądzę, że właściwiej, praktyczniej i bardziej po obywatelsku będzie tak długo krytykować i demaskować niedbalstwo rządów kąpielowych, aż zmusimy je do postawienia wód naszych na stopie europejskiej. Gdy jednak na początku sezonu brakło mi może odwagi do imiennego chłostania tej lub owej miejscowości, nie cofam się obecnie przed wymienieniem nazw tych uzdrowisk, o których wadach wieści mnie doszły.

Zaczynam od najpierwszego, najslynniejszego i najpiękniejszego uzdrowiska polskiego — od Zakopanego, a wiadomości poniższe czerpię z listu lekarza polskiego, oczarowanego naturą perły Tatr, a oburzonego do głębi duszy panującą tam gospodarką.

„Piszę do ciebie, powiada mój przyjaciel, z najczudniejszego zakątka ziemi polskiej, z Zakopanego, które odkopywać zaczął nasz niezapomniany mistrz CHAŁUBIŃSKI, którego jednak ze szczętem odkopać nie zdążył. Żałuj, że nie znasz Zakopanego, i ciesz się zarazem, że nie jesteś świadkiem naszej niezaradności, naszego żółwiego postępu kulturalnego; ciesz się, że myślisz o tem tam, u siebie, w ponurych murach miasta, a nie tutaj, wśród imponujących czarów przyrody tatrzańskiej; ciesz się, że gorycz i zardzość nie przepelnia ci serca, gdy z obcej ziemi na swoją wstępujesz.

Już w Krakowie rzut oka na wnętrze wagonu kolejowego przypomina ci, gdzie jesteś: zająłem do wagonu klasy trzeciej i natychmiast

ze wstrętem cofnąć się musiałem. Podłoga zapluta i pokryta brudem na kilka cali wysoko, spluwaczek ani śladu. Pomyśl tylko, ilu tędy przejeżdża suchotników do Zakopanego, i ilu miliardom laseczników ułatwia wegetację zarząd kolei. O stronie estetycznej tego widoku już nie wspominam.

Takie było pierwsze moje wrażenie w podróży do ziemi obiecanej.

W Zakopanem zjazd olbrzymi, a dzięki temu brak mieszkań, a im większe powodzenie, tem mniej ładu. Przy tegorocznym suchem i upalnym lecie tumany kurzu przesładują cię ustawicznie, a polewanie ulic zaszczyt przynosi oszczędności ojców Zakopanego: przyjechałeś chłonać w siebie nieskalane powietrze gór tatrzańskich, a każą ci napełniać płuca pyłem, unoszącym się z niepolewanych dostatecznie ulic zakopiańskich.

Na tyłach domów znajdują się ustępy bardzo pierwotnej budowy, a woń, z nich się dobywająca, zalatuje daleko wokół: przyjechałeś chłonać w siebie balsam smereków, a częstują cię..... Ale mniejsza o to, nosy polskie oswojone są z tym gatunkiem aromatu, a proszek otwocki na potrzeby Zakopanego jest widocznie zbyt drogi. Gorzej, że zawartość dołów kloacznych zakaza grunt, a latem zapewne zdarzają się tu przypadki dyzenteryi, nie mówiąc o tyfusie, z którym także liczyć się trzeba. Na kanalizację i wodociągi każą nam czekać, ale czyżby tymczasem nie dało się choć w skromnych rozmiarach poprawić istniejącego stanu rzeczy? Nie chcę na teraz wspominać o tych wielkich urządzeniach zdrowotnych, ale pragnęłoby się trochę ładu i porządku choć w drobniejszych sprawach życia codziennego. Tymczasem zobaczmy, co dają nam wykwintne hotele tutejsze. Mamy ich, zdaje się, dwa dla pasantów. W jednym z tego samego korytarza prowadzą wejścia na prawo do szeregu mieszkań, na lewo do łóż sali balowej i teatralnej. Jak się tam śpi mieszkańcom numerów hotelowych przy akompaniamencie muzyki i przytupywań mazurowych, nie trudno się domyśleć, ale gorsze następstwa mieć może sąsiedztwo mieszkań z salą teatralną w razie pożaru. Nawiasem mówiąc, o żadnych środkach bezpieczeństwa, obszernych i licznych wyjściach tutaj nie pomyślano.

Drugi hotel pod względem bezpieczeństwa ogniowego przedstawia się korzystniej, ale w ubikacjach potrzeby codziennej i tutaj panuje niechlujstwo nie do opisania. Waterklozet trzeciego piętra, wspólny dla obu płci, wygląda tak okropnie, że przy najrzęczniejszem manewrowaniu niepodobna z niego korzystać; przyrząd do spuszczenia wody nie działa, ale za to przez dziurawy dach leje deszcz potokiem na głowę. Woda jest, tylko nie tam, gdzie trzeba.

Korytarz hotelowy, prowadzący do waterklozetu, uznano za najwłaściwsze miejsce lokacji produktów spożywczych: mąki, kaszy, masła i t. d. Pomyśl tylko, ile setek ludzi dziennie tędy przechodzi, ilu z nich ociera się o powyższe produkty, ilu przez nieuwagę napluje do worków lub naczyń, zawierających to, co ci jeść dadzą, a zrozumiesz, jak pobudzająco na apetyt działa taki widok.

Ale lepiej jeszcze, przyznasz mi, usposobić mogła towarzystwo, zebrane w kawiarni hotelowej, następująca scena: siedziało nas kilka osób przy kawie i wylewaliśmy gorzkie żale nad tem, co jest, a coby być mogło. Nagle, gdy już filiżanki nasze były próżne, przeleciał koło naszego stolika kelner z trzema poreyami lodów, zawrócił do nas i niezmiernie zręcznym ruchem sięgnął po trzy nasze łyżeczki, które elegancko umieścił na tacy z lodami. Krzyknąłem na niechlujnego sługusa, który w prostocie ducha zaczął się tłumaczyć, że sądził, iż łyżeczki nam są już nie potrzebne. Nie rozumiejąc dalej, o co idzie, popędził z temiż łyżeczkami do trzech pań, dla których przeznaczone były lody. Musiałem sam panie owe objaśnić, że łyżeczki, któreśmy mieli przed chwilą w ustach, tak, jak były, złożone zostały na tacy i im podane. Czy mógłbyś sobie wyobrazić, że coś podobnego dzieje się w Europie, w jednym z najbliżniej uczęszczanych uzdrowisk polskich? Zapewniam cię, że nie a nie nie przesadziłem, i zapytuję, jakie bezpieczeństwo przed groźbą zarażenia się gruźlicą, przymiotem lub innem cierpieniem zakaźnym może mieć osobnik tam, gdzie panują takie pierwotne zapatrywania na czystość i higienę?

Już to dozorowi lekarskiemu nad produktami żywności, nad czystością oraz całą częścią gospodarczą w Zakopanem chlubnego świadectwa wystawić nie byłbym w stanie. Żadnej

chyba pod tym względem niema tu kontroli, jeżeli jednego i tego samego dnia dwie osoby, które jednocześnie spożyły jakiś skromny posiłek w tej samej restauracji hotelowej, ciężko zachorowały na rozstrój żołądka i kiszek z dużą gorączką i boleściami, które niewątpliwie były objawami poważnego zatrucia. Nie było tu przypadkowego zbiegu okoliczności, gdyż obie osoby jadły to samo w tej samej restauracji, zachorowały jednocześnie, i objawy choroby były jednakie. Takich rzeczy chyba najmniej spodziewałyby się należało w miejscowości, dokąd przybywają ludzie dla pokrzepienia zdrowia, pełni ufności w sumienne traktowanie spraw zdrowotnych i lekarskich.

Tak, mój kochany, to są drobne sprawy życia codziennego, które niejednego wszelako zniechęcić mogą do pobytu w uzdrowisku, tak cudownie przez naturę uposażonem. O sprawach ważniejszych, których ziszczenia nie wiem, czy doczekamy obydwaj, wolę już zamilczeć.

A teraz mały wyjątek z drugiego listu.

„Mimo rozterki wewnętrznej pojechałem do Zoppot. Mógłbym, jak inni, prześlizgnąć się tutaj przez furtkę kaszubską, która jest doskonałym pretekstem dla tych, co ludzą się, iż pieniądze w rękach polskich zostawili, ale ja wolę mówić szczerze i przyznać się, że musiałem udać się tam, gdzie serce jechać mi nie pozwalało. Musiałem, bo u siebie znaleźć tego nie mogłem, co tutaj, musiałem szukać gościny u wroga odwiecznego, bo na wyjazd do Belgii, Francji, Holandyi mnie nie stać. Ale przyznaję, że czułem z powodu tego wyjazdu niesmak i w drodze i na miejscu; wyrzucąłem sobie, że nie zdobyłem się na poniesienie pewnych ofiar i nie pojechałem do Połagi. Gryzłem się tak dosyć długo, aż przypadek trochę ulgi mi przyniósł. Pewnego dnia do kawiarni, w której stale bywałem, wszedł adwokat z Warszawy i od progu powitany został przez liczne towarzystwo polskie, siedzące przy drugim stoliku, okrzykiem: „A co, mecenasie, uciekliśmy z Połagi?“. Jak to, więc ci, co byli raz w Połudze, nie odważyli się raz jeszcze tam powrócić? Ciężar spadł mi z serca, a jednak jeszcze raz przyznaję, że żal mi grosza, tu pozostawionego, chociaż o wszelkich urządzeniach, porządkach, ładzie najpochlebniej tylko wyrazić się mogę. Znam doskonale rodaków swoich i wiem, że dużo przebacząją obcym, a chętnie

narzekają na drobne nawet usterki zdrojowisk swojskich. Nie sędzę jednak, aby nasz pociąg do cudzoziemszczyzny był tylko złym nałogiem, nie, lgniemy do cudzego, ponieważ swoi nie potrafią dać nam tego, co znajdujemy na oboczyźnie nieraz za tańsze nawet pieniądze. Ja zresztą nie jestem zbyt wymagający. Pamiętasz przecież mój pobyt w Soleu, kiedy z łzami w oczach okrywał zreumatyzmowane członki, na które przez sufit mieszkania deszcz kapał. Wszakże pamiętasz, iż mimo to wytrzymałem do końca i radbym był jeszcze raz z siebie ofiarę zrobić, ale rodziny na taki wypoczynek letni wysłać nie miałem odwagi“.

Tak pisze jeden z nielicznych bohaterów, gotowych składać wygody, a nawet zdrowie na ołtarzu popierania swojszczyzny. Takiego zaparcia się siebie od ogółu spodziewać się nie można i nie należy. Nasze miejscowości leczni-

eze powinny być nareszcie doprowadzone do stanu, któryby nie wymagał ofiar ze strony szukających w nich zdrowia przybyszów, a wówczas przyjdzie i powodzenie. Ale osiągnąć tego nie zdołamy dotychczasową metodą przemawiania do serc obywatelskich, trzeba przemówić i do reszty ciała, mającego swoje słuszne wymagania, i do duszy, która żąda czegoś dla siebie. Zarządy naszych zdrojowisk i uzdrowisk muszą nareszcie zrozumieć, że głos prasy, zachęcającej do popierania swojskich miejscowości leczniczych, okaże się bezsilnym wobec niedoleństwa i martwoty tych, którzy losy owych miejscowości w rękę trzymają. Nie żebranią, nie spekulacją na sentyment społeczny dźwigniemy wody polskie z upadku, lecz systematyczną a właśnie z tegoż sentymentu płynącą krytyką ich obecnego stanu.

Zygmunt Srebrny.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 lipca do 14 sierpnia 1904 r.

W ciągu tego miesiąca szpital Św. Stanisława przyjmował nadal wyłącznie chorych na ospę.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych ospowych 170 (91 m. 79 k.), przybyło 176, wypisało się 176, zmarło 27, pozostało na miesiąc następny 143.

Liczba przypadków ospy w sprawozdawczym miesiącu w porównaniu z ubiegłym zmniejszyła się o 83 (w ubiegłym wynosiła 259), jednakże liczba znajdujących się w szpitalu chorych ospowych stale przewyższała i to znacznie liczbę etatowych łóżek (120). Nadmiar chorych (przeważnie rekonwalescenci) mieścił się w prowizorycznych 2 barakach wojłokowo-plóciennych.

Chorzy przybyli z następujących ulic Warszawy.

Burakowska 4.
Szczeńśliwa 3.
Okopowa 4, 42.
Smocza 27, 49, 55.
Dzika 38.

Wolińska 8.
Gęsia 30, 39, 49, 78.
Pawia (więzienie żeńskie).
Dzielna 29, 38, 40, 57.
Nowolipki 34, 35, 83.
Nowolipie 63.
Leszno 1, 21, 88, 88, 102.
Ogrodowa 28, 45, 50, 55, 58.
Chłodna 39, 60, 68.
Żelazna 30, 34, 44, 44, 45, 74.
Wronia 7, 19, 19, 21.
Wolska 5, 8, 18, 26, 35, 35, 41, 52.
Młynarska 17, 46, 46.
Nowo-Wolska 2, 8.
Krochmalna 53, 53, 75, 84.
Grzybowska 12, 25, 74.
Łucka 33.
Prosta 32, 44.
Pańska 19, 46, 111.
Plac Witkowskiego 6.
Miedziana 1, 1, 6.
Twarda 21, 46, 60.

Żabia 4.
 Plac Grzybowski 16.
 Śliska 14, 32, 54.
 Sienna 26, 91.
 Złota 57 (4 przyp.), 83.
 Chmielna 31, 83, 104.
 Sosnowa 1, 3.
 Marszałkowska 117.
 Aleje Jerozolimskie 8.
 Hoża 25, 48.
 Wilcza 27.
 Leopoldyna 17 (5 przyp.), 71 (3 przyp.).
 Krucza 48.
 Nowy Świat 52.
 Warecka 1.
 Berga 6.
 Karowa 3.
 Czysta 10.
 Wierzbowa 9.
 Wałowa 4, 50.
 Franciszkańska 8, 11.
 Freta 4, 16, 52.
 Mostowa 11.
 Piwna 9, 9, 45.

Dobra 53.
 Radna 4.
 Leszczyńska 7, 16.
 Tamka 4.
 Przemysłowa 7.
 Folwarczna 1.
 Łomżyńska 22.
 Kowieńska 9 (3 przyp.).
 Brukowa 29,
 Wiosenna 14.
 Stolarska 10.
 Białostocka 43.
 Radzywińska 21, 55.
 Zamiejscowych przyjęto 14.
 W liczbie 176 ospowych chorych przybyło:
 szczepionych 95, nieszczepionych 81.
 Zmarło na ospę szczepionych 4, nieszczepionych 23.
 Czarnej ospy (formy krwotocznej) było 2 przypadki, zejście śmiertelne.
 Przedwczesnych porodów (w 7 miesiącu ciąży) w przebiegu ospy 2.
 Odmownych biletów udzielono chorym nieospowym z braku miejsc 21.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= **DEVILLIERS** proponuje stosowanie adrenaliny przy guzach krwawniczych. Stosując rozpylone roztwory (25,0 1‰-ego roztworu adrenaliny w 250,0 wody) i następnie tampony, maczane w ½‰-ym roztworze adrenaliny, D. wprowadzał guzy wypadłe i usuwał bóle. (Klin. ther. Woch. 33 — 1903).

= **CORDA** spostrzegł przypadek zmętnienia soczewki skutkiem jodu. Chory 45-letni żałzył w ciągu 7 dni 135 kropeł jodku potasu napół z wodą. W soczewce zjawilo

się lekkie zmętnienie, a siła wzroku zmniejszyła się. Po usunięciu jodu zmętnienie poczęło znikać, a po 2 tygodniach seczewka powróciła do stanu normalnego. (Ann. di Oftalmol. 1903).

= Leczenie swędzenia skóry kwasem siarczanym, zaproponowane przez **LEO**, dało **KÖHLER**'owi w jednym przypadku u suchotnika wynik doskonały. Dawał kwas siarczany (3 : 200) co 2 godziny łyżkę.

(Berl. kl. Woch. 16 — 1904).

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie Laboratorium Parke, Davis et C-o o „Cascara Sagrada“.