

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 3.

Warszawa d. 15 Stycznia 1910 r.

Rok XLV.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop. — Z przesyłką f rocznie . . . rb. 8 kop. —  
                  { półrocznie . . . " 3 " 50 pocztową } półrocznie " 4 " —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej”. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel. 37,92.

TREŚĆ. Adam Karczewski (wspomnienie pozgonne). — PRACE ORYGINALNE. O swoistem leczeniu gruźlicy. Wyniki i widoki, podał Filip Eisenberg. — O stosowaniu w odczynie Wassermanna antygeny nieswoistego, podał Stanisław Mutermilch. — WYKŁAD KLINICZNY. W. Bołdyrew. Nowoczesne metody badania czynności przewodu pokarmowego i osiągnięte dotąd wyniki. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna* 11. Skaller. Powstawanie i leczenie sokotoku żołądkowego u palących. — *Choroby uszu*. 12. Erich Ruttin. O ostrem zapaleniu ucha. — Bibliografia. R. Imhofer. Pięćdziesiąt lat pracy laryngologicznej na polu gruźlicy, krtani. — WIADOMOSCI BIEŻĄCE. — Odpowiedzi Redakcyi. — OGŁOSZENIA.



## Adam Karczewski (WSPOMNIENIE POZGONNE).

Chirurgia polska znów poniosła stratę: z szeregu pracowników ubył człowiek, który co do zasług, wiedzy i talentu szedł w pierwszych szeregach. Po pełnych cierpiętnych dniach zmarł w Warszawie Adam KARCZEWSKI. Ś. p. Adam KARCZEWSKI urodził się w Warszawie, w r. 1860. Śród ciężkiej walki o byt, śród niedostatku i ciągłych braków ukończył gimnazjum plockie, poczem w r. 1879 wstąpił do uniwersytetu w Warszawie. Po 3-ach latach przeniósł się do Akademii Lekarskiej w Petersburgu, którą ukończył w r. 1884. Jako stypendysta, po ukończeniu studyów zmuszony był odbywać służbę wojskową w charakterze lekarza szpitalnego w Baku.



W r. 1889 powrócił do rodzinnego miasta i wstąpił do oddziału chirurgicznego ś. p. Władysława KRAJEWSKIEGO.

Młody asystent, dzięki wrodzonym zdolnościom i mrówczej pracy, szybko zdobył sobie uznanie wśród kolegów, ale jako nieodstępny towarzysz KRAJEWSKIEGO w pracy szpitalnej i praktyce prywatnej długo pozostawał w cieniu. Dopiero po śmierci KRAJEWSKIEGO wysunął się KARCZEWSKI na szerszą widownię i zasłynął, jako chirurg doskonały, technik niezrównany, klinicysta wytrawny.

Jak każdy wybitny chirurg, miał KARCZEWSKI pewne osobiste upodobania w zakresie praktyki operacyjnej. Kierownik oddziału chirurgicznego kobiecego, gdzie większą część stanowią chore ginekologiczne, wyrobił się przedewszystkiem, jako chirurg jamy brzusznej i chirurg ginekolog. Zawsze i wszędzie, a szczególnie tu wykazywał cechy, charakteryzujące pierwszorzędnego chirurga: dokładność i wysoka sumienność, ostrożność i szybkość w operowaniu, umiejętność prędkiego oryentowania się wobec częstych nieoczekiwanych w jamie brzusznej wydarzeń, wreszcie znany jego spokój niezamącony w sytuacjach chirurgicznych niemożliwych, zda się, do uratowania, były prawdziwymi cnotami niezapomnianego szefa I-go pawilonu Szpitala Dzieciątka Jezus.

Duchowy następca KRAJEWSKIEGO, kochał tradycje oddziału i dbał o poziom naukowy pozostawionego mu warsztatu pracy, nie żałując sił, zdrowia, pracy i pieniędzy na udoskonalenie tego, co otrzymał.

Dobierając sobie pomocników, dbał o nich i do pracy zagrzewać potrafił. Zebrania naukowe asystentów oddziału w jego prywatnym mieszkaniu na zawsze w pamięci naszej zostaną. Tu omawiano wszystko to, co nowe w chirurgii. Z radością słuchał KARCZEWSKI przemówień swych asystentów i zachęcał do wystąpień w Towarzystwie Lekarskiem.

Spuścizna literacka KARCZEWSKIEGO nie imponuje ilością, lecz to, co pozostawił posiada wartość, jako czerpane z doświadczenia życiowego i zawierające sporo myśli oryginalnych. Najmniejsza monografia, przypadki kazuistyczne, nawet streszczenia cechują się sumiennością i krytycyzmem.

Oprócz poniżej wymienionych prac KARCZEWSKI wraz z KRAJEWSKIM i GROGLIKIEM był redaktorem Przeglądu Chirurgicznego i jednym z inicjatorów i członków komitetu redakcyjnego Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego.

Jako członek czynny W. T. Lekarskiego, w szczególności sekcji chirurgicznej i ginekologicznej, niemałe położył zasługi. Głęboki sąd i prawdziwy krytycyzm cechowały każde, tak częste Jego przemówienia, a dbałość o czystość języka i pamięć o zasługach, położonych przez poprzedników i obecnych przedstawicieli chirurgii ojczyste zyskiwały ogólne uznanie.

Odszedł w pół drogi.

Nie danem mu było urzeczywistnić zamierzeń.

Cześć pamięci zacnego człowieka i wybitnego pracownika na polu chirurgii.

*F. Krąkowski.*

### **Spis prac oryginalnych A. Karczewskiego drukiem ogłoszonych.**

- 1) O wlewaniu roztworu soli kuchennej przy cholera. Medycyna 1892.
- 2) Kilka przypadków ran drażących brzucha. Przegląd Chirurgiczny 1893/4
- 3) W sprawie zapobiegania gorączce połogowej. Zdrowie 1894.
- 4) Przyczynki do leczenia posocznicy. Przegląd Chirurgiczny 1894/5.
- 5) Przypadek całkowitego wypadnięcia macicy u 15-letniej dziewczyny. Kronika Lekarska 1895.
- 6) Kilka słów w sprawie dyskrecyi lekarskiej. Kronika Lekarska 1896.
- 7) Pogotowie ratunkowe. Kronika Lekarska 1896.



- 8) Einige geschichtliche Bemerkungen über die Spaltungsmethode bei Vesicovaginalfisteln. Centralbl. f. Gynaek. 1896.
- 9) Przyrząd do chloroformowania przy operacjach w jamie ustnej. Kron. Lekarska. 1896.
- 10) Franciszek JAWDYŃSKI—wspomnienie pośmiertne. Przegląd Chir. 1896.
- 11) Odpowiedź na kilka słów w kwestyi słownictwa. Kron. Lek. 1886.
- 12) Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego o niezwykle ciężkim przebiegu. Czasopismo Lekarskie 1901.
- 13) Przypadek torbieli jajnika u dziewczynki 10-letniej, skręcenie szypuły, skręt kiszki esowatej. Medycyna 1903. Centralbl. f. Gynaek 1903.
- 14) Przypadek skrętu kątnicy (*volvulus coeci*) Medycyna 1904.
- 15) W sprawie operacyjnego leczenia ropienia popołogowego sutki. Ginekol. 1904.
- 16) Pociągadło. Ginekologia 1904.
- 17) Przyczynek do dziejów ginekologii polskiej. Ginekologia 1904.
- 18) Przyczynek do leczenia operacyjnego *coxae varae*. Medycyna 1904.
- 19) O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wycisowania macicy (KARCZEWSKI i KORONKIEWICZ). Odczyty kliniczne. Ser. XVI. Nr. 9, 1904.
- 20) Życiorys ś. p. Wł. KRAJEWSKIEGO. Medycyna 1907.
- 21) O ciąży śródmiaższowej. Med. 1907.

### Tłomaczenia.

- 1) Krótki podręcznik chorób kobiecych. A. DUEHRSSENA (W. JANOWSKI i A. KARCZEWSKI).
- 2) Wykład chirurgii operacyjnej Th. KOCHERA.

## PRACE ORYGINALNE.

Z zakładu Higieny i Bakteryologii U. J. w Krakowie.  
Kierownik prof. O. Bujwid.

### O swoistem leczeniu gruźlicy.

#### Wyniki i widoki.

Podał

**D-r Filip Eisenberg**

asystent Zakładu <sup>1)</sup>

Ciekawy swój odczyt o leczeniu tuberkulinowem zakończył kol. DŁUSKI nadzieją,

<sup>1)</sup> Rozszerzone przemówienie w dyskusji o gruźlicy na I-szym Zjeździe internistów polskich w Krakowie, d. 19. lipca 1909 r.

że po ciemnych ścieżkach żywota nauka doświadczalna rozjaśni drogę medycynie praktycznej i będzie jej przewodnikiem. Niestety, zaszczytne to zadanie „przewodniczki błądzących” nauka dziś w małej zaledwie części może spełniać. Sprawa zapobiegania gruźlicy, najlepiej może opracowana, w praktyce napotyka na znaczne trudności, wymaga bowiem spełnienia wielu warunków natury społeczno-ekonomicznej, które trudniej jest urzeczywistnić, niż poznać ich konieczność. Co się zaś tyczy samego leczenia, trudności są jeszcze znacznie większe. Leczenie choroby, której pada ofiarą  $\frac{1}{7}$  wszystkich ludzi, a z którą każdy niemal raz w życiu spotkać się musi i rozpra-



wić, jest wielkiem zagadnieniem, które słusznie rozplómienia umysły badaczy, rodząc łatwo zrozumiały optymizm w ocenie własnych wyników, rodząc gorączkowy pośpiech w pracy, nie zawsze dające się pogodzić z koniecznym w tych sprawach samokrytycyzmem. Samokrytycyzm ten utrudnia także sama natura choroby, która, jak pokazują nowsze badania, w  $\frac{2}{3}$  wszystkich przypadków skłonna jest do samoistnego wyleczenia, bez wszelkiego przyczynienia się lekarskiego, czy, może czasem, i pomimo niego. Dodajmy do tego nadmierną i bezkrytyczną produkcję środków leczniczych, nie zawsze uczciwie zachwalanych, a zrozumiemy, że obiektywny sąd o tej sprawie jest niełatwy.

Naogół powiedzieć można, że leczenie przetworami farmaceutycznymi poza leczeniem objawowem, tak ważnem zwłaszcza w późniejszych okresach choroby, nie wiele dotąd działo w kierunku przyczynowego zwalczania choroby (właściwej „chemoterapii”), choć mimo wątpliwych wyników dotychczasowych prób (kw. cynamonowy, gwajakol i t. p.) usiłowaniu tym nie można bezwzględnie odmówić uprawnienia. Leczenie fizyczno-dyetyetyczne największe dziś może święcić tryumfy, i, jakkolwiek obrót wzmnie sprawa leczenia gruźlicy, wolno twierdzić, że zawsze pozostanie ono istotną i ważną jego częścią składową. Ale niewolno nam zapominać, że tu niezbyt rzadko spotykamy się, nawet we wczesnych okresach, z owymi „cas incurables et intraitables”, o których wspomina kol. **SOKOŁOWSKI**, a które zawsze winny stanowić ostateczny probierz każdej skutecznej metody leczniczej. Ponadto leczenie to fizyczno-dyetyetyczne w swej najskuteczniejszej formie leczniczej prywatnych czy ludowych na długo jeszcze będzie dostępne tylko dla małej części ogółu dotkniętych gruźlicą—choćby więc było bezwzględnie skuteczne, nie mogłoby narazie rozwiązać społecz-

nej kwestyi leczenia gruźlicy. I ten wzgląd zatem usprawiedliwia poszukiwanie metody leczniczej skutecznej i powszechnie stosowanej, a wobec poważnych wyników, jakimi mimo swego krótkiego rozwoju już może poszczycić się nauka o odporności, nie dziwnego, że ku niej zwracają się nadzieje i żądania racjonalnego rozwiązania sprawy. Niestety, jeśli mam być szczerym, to sędzę, że tutaj znajdujemy się zaledwie u początku drogi; borykamy się jeszcze z pracami przygotowawczymi, i potrwa jeszcze chyba dość długo, zanim nauka nasza zdoła odpowiedzieć na pytania, jakie jej w tej mierze stawia praktyka. Zrozumiemy to i usprawiedliwimy, skoro sobie zdamy sprawę z tego, że zasadniczy warunek owocnych w tym kierunku poszukiwań, poznanie naturalnego mechanizmu chorobowego i naturalnej odporności przeciwgruźliczej, mimo ogromnego nakładu pracy i wysiłku najbystrzejszych umysłów, jest jeszcze daleki od swego celu. Choroba, która, niestety, tyle dostarcza łatwo dostępnego materiału badaczom, wiele jeszcze przedstawia ciemnych zagadnień, a w ostatnim dopiero lat dziesiątku odbywa się gwałtowna i gorączkowa rewizya wielu zasad, uznawanych przedtem niemal za dogmaty. To też słusznie dziś można powiedzieć o patologii i patogeniezie tej choroby, że tam niemal „πύρα βεῖ”<sup>2)</sup>. Z tego chaosu nowych zagadnień, nowych poglądów i nowych usiłowań wyłania się kilka linii zasadniczych, które należy poznać, o ile się chce krytycznie ocenić sprawę swoistego leczenia gruźlicy, a którą chcę Panom tu przedstawić.

Pierwszym takim faktem zasadniczym jest nadzwyczajna częstość zakażenia gruźliczego w naszym klimacie—większa znacznie,

<sup>2)</sup> Co do tych kwestyi czytelnik znajdzie bliższe wyjaśnienia w mojej pracy: O etiologii i swoistem rozpoznawaniu gruźlicy, umieszczonej w Przegl. lekarskim, 1909. Nr. 32—36.



niż sobie do niedawna wyobrażano. Mówię zakażenia gruźliczego — a nie gruźlicy, jako choroby, bo ściśle poszukiwania anatomiczno-patologiczne, zarówno jak wyniki odczynów tuberkulinowych jednoznacznie pokazują, że 70—90% wszystkich ludzi conajmniej raz w życiu ulega zakażeniu, że jednak przeważna ich część skutecznie je zwalcza w krótszym lub dłuższym czasie, a tylko pewien ułamek  $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{8}$  może ulega zarazkowi (t. j. 10—15% wszystkich ludzi). Znaczy to, że zakażenie gruźlicze w przeważnej liczbie przypadków przystępne jest samoleczeniu, i że ustrój widocznie rozporządza środkami mniej lub więcej skutecznymi w zwalczaniu tego zakażenia. A jak wogóle zabiegi nasze lecznicze są przeważnie naśladowaniem lub uzupełnieniem odczynów samoleczniczych ustroju, tak i tu mamy prawo przypuszczać, że dokładne poznanie tych środków obronnych ustroju przeciw zakażeniu gruźliczemu pozwoli nam może znaleźć skuteczne sposoby lecznicze. Z drugiej jednak strony pokazują te statystyki, że w owej reszcie  $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{8}$  wszystkich zakażeń zarazek ten może się stać groźnym dla ustroju, i że wtedy przeważnie nawet nasze środki lecznicze zawodzą, a przewlekłe sprawy gruźlicze należą do najmniej wdzięcznych zadań praktyki leczniczej. Przyczyny tego należy najprawdopodobniej szukać w biologii samego zarazka. Już na pierwszy rzut oka zdradza on, że mamy przed sobą niezwykłego wroga: kwasoodporność jego, która jest podstawą swoistego barwienia, wskazuje na istnienie osłonki złożonej z ciał woskowato-tłuszczowych (może i z cellulozy i z ciał białkowatych). Podczas gdy inne zarazki, jako w pewnym tego słowa znaczeniu „nagie”, łatwiej są dostępne szkodliwościom fizycznym i chemicznym a także środkom ochronnym ustroju zakażonego, zarazek gruźliczy opancerzony łatwiej im się opiera. Ponadto, podczas gdy niektóre inne zarazki

poza ustrojem pod wpływem niekorzystnych warunków tracą swe przystosowanie do ustroju zakażonego i swą sprawność zakaźną czyli t. zw. zjadliwość, on dzięki swej osłonce jest poniekąd uniezależniony od działania tych szkodliwości i łatwiej utrzymuje swą zjadliwość. Podobnie jak w hodowlach, tak i w ustroju rozwija się powoli i mnoży się stopniowo—z tą też przewlekłą charakter, spraw przezeń wywoływanych — wobec ustroju zakażonego trzyma się polityki biernego oporu, co mu pozwala mnożyć się i szerzyć, zdobywając coraz nowe obszary. Dzieło jego (z wyjątkiem rzadkich przypadków gruźlicy prosówkowej lub niebezpiecznego umiejscowienia na oponach mózgowych) powolne jest i, rzechy można, systematyczne, a nawet gdy ustrój zdoła utrzymać je w należytych szrankach, niełatwo zdoła wszystkie zarazki zabić, przeprowadzić zupełne wyjałowienie, stanowiące już ideał wyleczenia w wielkim stylu („*Therapia sterilisans magna*” EHRLICHA).

Jest też prawdopodobne, że w miarę trwania zakażenia zarazek coraz bardziej przystosowuje się do ustroju zakażonego i zwiększa swe zdolności chorobotwórcze<sup>3)</sup>, równocześnie zaś uodparnia się niejako przeciw środkom ochronnym ustroju. To też im dłużej sprawa trwa w stanie czynnym, tem większe są zmiany, tem trudniejsze do wyrównania, a zarazek tem odporniejszy. To też tak samo jak w innych ostrych sprawach zakaźnych wczesne rozpoznanie przyczynowe jest podstawą i koniecznym warunkiem skutecznego leczenia swoistego, tak i w gruźlicy musimy się starać jaknajwcześniej spostrzedz atak wroga, aby nie dopuścić do szerzenia się sprawy. Doskonające się coraz bardziej metody fizyczne, bakteryoskopijne

<sup>3)</sup> Patrz w tym względzie moją pracę p. t. „Nowe drogi i nowe zagadnienia w nauce o odporności” Nowiny lekarskie, 1907.



i biologiczne, mające na celu wczesne rozpoznawanie gruźlicy, są ważnym składnikiem naszej walki z gruźlicą.

Nadto ważna jest też chwila, w której należy podjąć tę walkę. Z nowszych badań a także ze wspomnianych wyżej statystyk wynika, że gruźlica jest przedewszystkiem chorobą wieku dziecięcego (BEHRING, HAMBURGER, SCHLOSSMANN, RÖMER), że aż do wieku lat 15 przeważna część ludzi ulega zakażeniu, że jednak znaczna ich część zakażenie to opanowuje zwyczajnie, zamieniając ogniska gruźlicze w nieczynne lub utajone. Z tej walki ustrój przeważnie wynosi nadwrażliwość swoistą, objawiającą się między innymi odczynami tuberkulinowymi, a także pewien stopień nabytej odporności przeciwgruźliczej (może przyczynowo związanej z tą nadwrażliwością). Że tak jest, za tem przemawiają zasadnicze doświadczenia КОЧА, który wykazał, że, podczas gdy u świnki zdrowej zastrzyknięcie podskórne miernej liczby bakterii gruźliczych powoduje powstanie miejscowego owrzodzenia z obrzękiem pobliskich gruczołów chłonnych i ze stopniowym uogólnianiem się zakażenia, to u świnki, już uprzednio zakażonej, zastrzyknięcie takie wywołuje tylko szybko zablizniające się owrzodzenie bez obrzęku gruczołów i bez uogólnienia. Ale ta odporność, objawiająca się wobec małych dawek zarazka, ma swoje granice; jeśli bowiem śwince takiej zastrzyknąć naraz wielką ilość zarazka, to zwierzę wśród objawów zatrucia pada po kilku lub kilkunastu godzinach (BAIL). Wobec zakażenia powtórnego średnimi dawkami ta odporność nabyta objawia się tem, że powstaje sprawa przewlekła, często w postaci rozpadowej gruźlicy płuc, zresztą bardzo rzadkiej u świnek morskich. Otóż jest prawdopodobnem, że gruźlica u dorosłych, zwłaszcza zaś przewlekła gruźlica płuc jest następstwem takiego powtórnego zakażenia, rozwijającego się na gruncie ustroju

nadwrażliwego przez zakażenie pierwotne. To zakażenie powtórne może pochodzić albo zewnątrz, albo z ognisk, utajonych w samym ustroju, które uruchomiła jaka szkodliwość lub uraz; ilość zarazka musi przytem być niezbyt mała, bo małe ilości zarazka ustrój taki zwalcza bez szkody, a często i bez objawów klinicznych. Względna odporność ustroju objawia się jednak nawet i w tych niekorzystnych warunkach przewlekłym przebiegiem sprawy, zwłaszcza, jeśli porównamy niewielkie stosunkowo ilości zarazka, krążące w ustroju, ulegającym gruźlicy prosówkowej w ciągu kilku tygodni, z olbrzymimi nieraz ilościami zarazka w płucach suchotników, kilka lub kilkanaście lat zmagających się ze swą chorobą. Jeżeli pogląd ten znajdzie potwierdzenie w dalszych badaniach, i jeśli w myśl jego będziemy uważali suchoty płucne — ową chorobę ciężką i trudną do zwalczania — za ostatni akt dramatu, którego pierwszy rozegrał się w dzieciństwie, to, rzecz jasna, ku temu pierwszemu atakowi zarazka zwrócimy swą uwagę i swe usiłowania lecznicze, starając się go jaknajwcześniej rozpoznać i wesprzeć ustrój w tej pierwszej walce, aby mógł z niej wynieść odporność, zabezpieczającą go na całe życie przeciw dalszym atakom gruźlicy. Przychodzi tu w pomoc naszym usiłowaniom biologia zarazka, który, rozwijając się bardzo powoli, podobnie jak zarazek wścieklizny, pozwala w okresie wylegania choroby stosować uodpornienie czynne ustroju, które w tych przypadkach ma charakter szczepienia ochronno-leczniczego. Sprawy żółtowie wieku dziecięcego, które nowsze badania coraz energiczniej w ogromnej większości przypadków charakteryzują jako miejscowe zakażenie gruźlicze, dla takich zabiegów ochronno-leczniczych będą stanowiły materiał najpodatniejszy i najwdzięczniejszy, zwłaszcza, że same dowodzą skutecznych usiłowań samobronnych ustroju.



A teraz zapytajmy, jakimi to środkami zagrożony ustroj broni się przeciw zarazkowi gruźliczemu (pomijam na razie sprawę jedności lub dwoistości zarazka)? Zpośród czynników, które ze strony ustroju biorą udział w tej walce, nauka o odporności poznała dotąd trzy: działanie ochronne soków i komórek ustroju, a nadto odporność ogólną, nieswoistą; w różnych zakażeniach czynniki te w różnej mierze biorą udział, stanowiąc wraz z biologiczną naturą zarazka o charakterze i przebiegu klinicznym danego zakażenia. Otóż, co do zakażenia gruźliczego u człowieka, nie udało się dotąd stwierdzić ani bakteryobójczej, ani przeciwwadowej skuteczności surowicy, podobnie jak zresztą żadna ze znanych dotąd surowic przeciwgruźliczych w doświadczeniu ich nie objawia. Pozostają tedy działania komórkowe, na które zresztą już wskazuje sam obraz anatomo-patologiczny charakterystycznych zmian gruźliczych w postaci nowotworzenia komórkowego. W pierwszym rzędzie zwraca się tu myśl ku białym ciałkom krwi, choć niewątpliwie i osiadłe komórki narządowe w walce tej skuteczny mogą brać udział. Analogia z wielu innymi sprawami zakaźnymi i niezbyt rzadko spotykane obrazy pochłaniania bakterii gruźliczych przez komórki wielojądrowe w płwocinie suchotników zdawałyby się przemawiać za tem, że te właśnie ciała powołane są do obrony ustroju przeciw zarazkowi gruźliczemu. To też nie brak autorów, którzy im taką rolę przypisują (LÖWENSTEIN—choć i ten w ostatnio ogłoszonej pracy cofa to swoje twierdzenie). Nadto zaś głośna w ostatnich latach teoria przyspasabiaczy (opsonin) WRIGHTA również twierdzi, że własność surowicy ludzkiej przyspasabiania bakterii gruźliczych do pochłaniania przez ciała białe wielojądrowe jest ważną bronią ustroju przeciw zakażeniu gruźliczemu, że w toku tego zaka-

żenia własność ta przedstawia znaczne wahania ilościowe równoległe z przebiegiem choroby, a wreszcie że zadaniem leczenia tuberkulinowego jest własność tę możliwie wzmóżyć i na znacznej wysokości utrzymywać. Wobec doniosłości tych twierdzeń jest oczywiście rzeczą ważną rozstrzygnąć, czy pochłanianie b. gruźliczych przez ciała wielojądrowe naprawdę ma takie znaczenie w odporności przeciwgruźliczej. Otóż jest jasnym, że możnaby mu znaczenie takie przypisać tylko pod warunkiem, że pochłonięte bakterie zostałyby także strawione lub zabite — jak się dzieje z różnymi bakteriami we wnętrzu ciałek wielojądrowych. Tymczasem ze wszystkich badaczy, którzy sprawą tą się zajmowali (MIECZNIKOW, BRODEN, DĘBIŃSKI i in.), żaden nie stwierdził rozpadu bakterii gruźliczych, pochłoniętych przez ciała wielojądrowe, przeciwnie, VIRCHOW, MAUREL i CALMETTE podają, że utrzymują się one tam długo przy życiu i przez jady swoje z wolna zabijają same ciała. Pochłanianie to więc nietylko że nie uwalnia ustroju od wroga, ale może nawet być dlań szkodliwe przez to, że ciała wielojądrowe, pochłonawszy b. gruźlicze, wraz z niemi prądem krwi lub limfy mogą zostać zaniezione w odległe narządy i tam, obumierając pod wpływem jadu, więzną, rozsiewają w ten sposób zarazek po ustroju. Pochłanianie to jest więc zjawiskiem przygodnym fizyko-chemicznym, podobnie jak np. pochłanianie cząsteczek węgla, a własności bakteriozwootne surowic, t. j. ułatwiające to pochłanianie, są ubocznym objawem zakażenia, tak jak np. powstawanie w durze swoistych zlepników (agglutynin), które dla właściwej odporności nie mają żadnego znaczenia. Spostregany zaś w płwocinie objaw już przez to, że występuje w przypadkach niepomysłnych, z wielką liczbą bakterii, a chyba wyjątkowo w sprawach łagodnych (początkowych)



z. małą ich liczbą, zaznacza dosadnie, że dla przebiegu sprawy gruźliczej nie ma chyba większego znaczenia.

Natomiast nowsze badania zwracają uwagę na inny składnik komórkowy krwi i gruczołów chłonnych, na t. zw. limfocyty, jako na armię ochronną ustroju w walce z zarazkiem gruźliczym. Wybitny udział, jaki gruczoły chłonne biorą w zakażeniach gruźliczych zwłaszcza wieku dziecięcego, jak również przeważanie limfocytów w obrazie komórkowym wysięków gruźliczych wskazują już na ten składnik. Ważniejsze jeszcze są bezpośrednie doświadczenia BARTLA i jego współpracowników; według nich b. gruźlicze, zmieszane z wysiękami wielojądrowymi, nawet po długim czasie zachowują swą żywotność i zjadliwość, natomiast pod wpływem miazgi gruczołów chłonnych naprzód tracą swą zjadliwość, po pewnym zaś czasie i swą żywotność. Na czym polega to odrębne zachowanie się zarazka gruźliczego, nie można jeszcze z pewnością rozstrzygnąć, prawdopodobnie jednak pozostaje ono w związku z ich osłonką woskową, której jak, widziliśmy, zawdzięczają swą odporność wobec działań bakteryobójczych. Zaczyny trawiące białko (endotrypsyny lub endokomplementy), zawarte w ciałkach wielojądrowych, zdolne są do trawienia „nagich” bakterii, natomiast bezsilne są wobec osłonki woskowej b. gruźliczych. Aby ustrój mógł zabić te bakterie, musi wprzód rozpuścić tę osłonkę. Otóż badania BERGELA wykazały, że limfocyty zawierają czynnik rozpuszczający woski, i tem zapewne się tłumaczy ich działanie bakteryobójcze wobec b. gruźliczych. Obok limfocytów także wielkie ciała jednojądrowe t. zw. pożeracze wielkie (makrofagi MIECZNIKOWA) prawdopodobnie zdolne są do powolnego zabijania ich, one też przekształcają się w t. zw. komórki ołbrzymie, mieszczące w sobie zarazek w środku gruzelka. Oczywiście,

że samo zabicie bakterii przez rozpuszczenie ich osłonki nie wyczerpuje jeszcze całej akcji obronnej: wszak wiemy, że liczne bakterie kwasoodporne, spokrewnione z zarazkiem gruźliczym, są dla ciepłokrwistych niezjadliwe, mimo że, podobnie jak on, są opancerzone. Znaczy to, że w działaniu chorobotwórczym zarazka gruźliczego biorą także ważny udział jady, w samem jego ciele zawarte lub przezeń wydzielane, i że, chcąc zwalczyć zakażenie, i z nimi rozprawić się trzeba. Czy i w tym kierunku limfocyty i wielkie komórki wielojądrowe odgrywają rolę stanowczą, czy też może przypada ona innym komórkom, muszą pokazać dalsze poszukiwania w tej dziedzinie, dopiero co otworzonej dla myśli badawczej. One również pokażą, czy i w jakiej formie dadzą się zużyć dla lecznictwa te ochronne właściwości limfocytów i wielkich jednojądrowych komórek. Leczenie narządowe (organoterapia) miazgą gruczołów chłonnych zwłaszcza oskrzelowych (t. zw. Glandulen) nie wielkie przedstawia widoki, o ile że się odbywa *per os* i jest wątpliwem, czy składniki czynne w ten sposób mogą się dostać w miejsce zagrożone. Natomiast w sprawach gruźliczych o umiejscowieniu łatwo dostępnem możnaby pomyśleć o miejscowem stosowaniu tej miazgi albo może innych czynników, rozpuszczających tłuszcze i woski (lipaza trzustkowa? wyciąg z gąsienic *Galeria melonella* wedł. METALNIKOWA?). Być może, że rozwiązanie tych zagadnień uda się na drodze, zapoczątkowanej przez DEYCKEGO i MUCHA; autorowie ci uodparniają czynnie chorych przez zastrzykiwanie im t. zw. Tuberkulonastyny, t. j. ciała woskowanego, wyciągniętego z b. gruźliczych, spodziewając się, że ustrój, uodparniając się, wytworzy ciała czy zaczyny, rozpuszczające ten wosk i zdolne przez to do zabijania zarazka. Ostatnimi czasy kombinują oni to uodparnianie z zastrzykiwaniem ciał białkowych b.



Ze świeżego tranu

## EMULSIA à la SCOTT c. $\frac{1}{2}$ 0 LECITHIN

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwustearynoglycerinofosforowego) lekko jako takowy asymilujący się w organizmie i nie wywołujący szkodliwego wpływu na narządy trawienia. W połączeniu z tranem pozbawionym swego nieprzyjemnego smaku, w postaci emulsji daje nam typ środka wielce pożytecznego w chorobach: rachityzmie, angielskiej chorobie, cierpieniach płuc, skrofutach, neurastenii, anemii i t. p.

Sposób użycia: 1 — 3 łyżek dziennie dla dorosłych.

Cena flaszki 225 grm. — 1 rb.

POLECA

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie  
Jerozolimska 27 róg Kruczej.

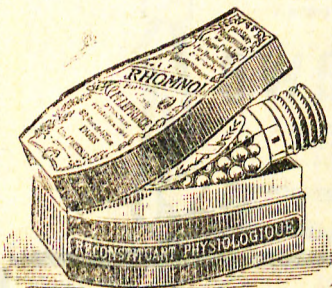
# RHOMNOL

C<sup>40</sup> H<sup>54</sup> Az<sup>14</sup> O<sup>27</sup> P<sup>4</sup>

Potężny środek przyspieszający ogólne odżywianie.  
Racyonalne leczenie fosforem.

Wskazania: Gruźlica, Fosfaturia, Cukrzyca, Neurastenia, Chloro-  
Anemia, Rekonwalescencya.

Pigułki: 4 do 10 dziennie podczas jedzenia, ziarenka ocukrzona, łyżeczka od kawy lub deserowa podczas każdego jedzenia.



kwasy nukleinowy  
i  
Nukleofosfaty  
naturalne.

## Wzmożone ciśnienie

Miażdżycy tętnic, krwotoki płucne, skleroza w nerkach, zaburzenia w okresie przekwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

# GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie  
przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.  
Zawiera pierwiastek działający Gui.  
6 do 10 pigułek dziennie przed jedzeniem.



Próby na żądanie  
Dr. M. LEPRINCE  
62 Rue de la Toure  
Paris.

Docteur Maurice Leprince, 62 Rue de la Tour Paris, France.

Glicerofosfat ziarnisty    Magistra Klawe.  
Glicerofosf. ziarn. z żelazem    Magistra Klawe.



na 1100 surowicach, BAUER i MEIER (13) na 400 surowicach, GROSS i VOLK w 232 przypadkach (14), WEIL i BRAUN w 200 (15) i t. d.

W pracy niniejszej zamierzam przedstawić wyniki badań, przeprowadzonych z wyciągiem alkoholowym z serca świnki morskiej w 150 przypadkach. Materiał kiłowy pochodził przeważnie z oddziału d-ra ELSENBERGA, materiał nerwowy z oddziałów d-ra FLATAUA i d-ra BREGMANA, wreszcie materiał wewnętrzny z oddziału d-ra RZĘTKOWSKIEGO. Za łaskawe dostarczanie mi powyższych surowic oraz pomoc w zmuśnych badaniach składam w tem miejscu serdeczne podziękowanie kol. H. KARASIÓWNIĘ i M. SPRINGEROWI.

W badaniach swych postanowiłem zwrócić szczególną uwagę na zachowanie się względem stosowanego przezemnie antygeny surowic, pochodzących od osobników, dotkniętych nie kiłą, lecz innymi sprawami chorobowymi. Jest bowiem rzeczą wiadomą, że wkrótce po ogłoszeniu metody WASSERMANNA zaczęły zjawiać się liczne prace, w których autorowie opisywali, że dodatni wynik, t. j. wiązanie komplementu otrzymuje się nie tylko w kiłę, lecz również, aczkolwiek rzadko, w innych sprawach chorobowych. Nie mam zamiaru poruszać tu całej obszernej, dotyczącej przedmiotu tego literatury. Powiem tylko, że największą liczbę wyników dodatnich otrzymywano z surowicami szkarlatynowymi; prócz tego odchyłanie komplementu znajdowali niektórzy autorowie w pojedynczych przypadkach moczówki cukrowej, gruźlicy, raka, chorób zakaźnych i t. d. Dotychczas nie została ostatecznie rozstrzygnięta sprawa wiązania komplementu przez surowice niesyfilityczne. To jedno tylko można obecnie powiedzieć napewno, że tak samo, jak surowice kiłowe, zachowują się surowice osobników, dotkniętych trądem guzowatym [BRUCK i GESSNER (16), EITNER (17), SLATINEANU i DANIELOPOLU (18)] lub framboezją podzwrotni-

kową [HOFFMANN i BLUMENTHAL (19)] oraz królików, zakazonych świdrowcami (*trypanosomiasis*) [LANDSTEINER, MÜLLER i PÖTZL (20) i in.] i w piroplazmozie psów [LEVADITI i NATTAN LARRIER (21)]. Co się tyczy szkarlatyny, to spostrzeżenia, ogłoszone pierwotnie przez MUCHA i EICHELBERGA (22), obecnie sprostować należy w ten sposób, że niektóre surowice szkarlatynowe dają dodatni wynik tylko z pewnymi wyciągami.

Wynik dodatni opisywano wreszcie w gorączce powrotnej (*typhus recurrens*), [KORSCHUN i LEIBFREID (23)] i u kobiet, dotkniętych drgawkami porodowymi (*eclampsia*) [GROSS i BANSEL] (24).

Wracając do własnych badań, zaznaczyć muszę, że skuteczność wyciągu z serca świnki morskiej sprawdzona została na pewnej liczbie przypadków kiłowych i parasyfilitycznych. Zbadałem mianowicie 36 przypadków kiły, z tych 1 w okresie owrządzenia pierwotnego, 27 w okresie drugorzędym, 5 w okresie trzeciorzędym, t. j. kilakowym, wreszcie 3 w okresie kiły utajonej. W powyższych przypadkach otrzymałem 4 razy wynik ujemny, 1 wynik wątpliwy (surowica autotrop) i 31 razy, t. j. w 86%, wynik dodatni. Na 27 przypadków kiły w okresie drugorzędym otrzymałem 25 razy wynik dodatni czyli w 93% przypadków. Inni autorowie w okresie tym otrzymywali wynik dodatni w 90—98% przypadków. Wynik zatem, otrzymany przeze mnie, jest mniej więcej zgodny ze statystyką innych autorów, której bliżej w tem miejscu rozpatrywać nie będę; dowodzi on, że antygen omawiany w zupełności do odczynu WASSERMANNĄ się nadaje.

Co się tyczy cierpień parasyfilitycznych, to na 9 przypadków (8 wiądu i 1 paraliżu postępującego) otrzymałem 8 razy wynik dodatni, 1 ujemny (z płynami mózgo-rdzeniowymi). I ten wynik przemawia za skutecznością wyciągu z serca świnki morskiej. 17 surowic do-



tyczyło przypadków, podejrzanych o zakażenie kiłowe: z tych 1 raz otrzymałem wynik dodatni, 1 wątpliwy i 15 ujemny.

Reszta, t. j. 88 surowic, dotyczyła rozmaitych chorób skórnych, nerwowych i wewnętrznych.

18 przypadków dotyczyło następujących chorób skórnych i moczopłciowych niekiłowych: *cystitis tuberculosa*, *tuberculosis penis post circumcisionem*, *spermatorrhoea*, *epithelioma linguae*, *lupus erythem. dissem.*, *erythema nodosum*, *phlegmone pedis*, *eczema chronicum* (po 1 przypadku), *lupus vulgaris* (2 przypadki), *psoriasis* (2 przypadki), *ulcus molle* (2 przypadki), *urethritis* (4 przypadki).

15 przypadków dotyczyło następujących chorób nerwowych: *paralysis bulbaris*, *hemiplegia*, *alcoholismus chronicus*, *dystrophia musculorum*, *myelitis transversa*, *hysteria* (po jednym przypadku), *tumor cerebri* (3 przypadki), *neurasthenia* (3 przypadki), *sclerosis disseminata* (płyn mózgo-rdzen.), *meningitis cerebro-spinal.* (płyn m. r.), *hydrocephalus* (płyn z bocznej komory).

52 przypadki dotyczyły następujących chorób wewnętrznych: *phthisis pulmonum* (7 przypadk.), *pleuritis exsudativa* (5 przypadków), *pneumonia crouposa* (3 przypadki), *emphysema pulmonum* (3 przypadki), *bronchitis chronica* (3 przypadki), *gangraena pulmonum* (1 przypadek), *stenosis laryngis* (1 przypadek), *angina follicularis* (1 przypadek), *insufficiencia et stenosis aortae* (1 przyp.), *insufficiencia et stenosis mitralis* (1 przypadek), *carcinoma* (2 przypadki), *sarcoma hepatis* (1 przypadek sekcyjny), *cirrhosis hepatis hypertrophica* (1 przypadek), *cirrhosis hepatis atrophica* (1 przypadek), *morbus Banti* (1 przypadek), *cholelithiasis* (4 przypadki), *gastritis chronica* (1 przypadek), *gastroenteritis acuta* (1 przypadek), *ulcus ventriculi* (1 przypadek), *typhus abdominalis* (1 przypadek), *rheumatismus articularum acutus* (1 przypadek), *diabetes mellitus* (3 przypadki), *nephri-*

*tis chronica* (2 przypadki), *nephritis acuta* (1 przypadek), *morbus Basedowi* (1 przypadek), *intoxicatio oleo terebinthinae* (1 przypadek), *leukaemia* (2 przypadki), *monarthritus gonorrhoeica* (1 przypadek). Wreszcie 3 przypadki dotyczyły chorych, którzy krótki czas przebyli w szpitalu bez ścisłego rozpoznania.

W powyższych przypadkach, t. j. na 88 surowic, otrzymałem 84 razy wynik ujemny. W 4 przypadkach odczyn WASSERMANNDA dał wynik dodatni, mianowicie raz jeden w ciężkim przypadku moczówki cukrowej z acetonemią, dalej w 1 przypadku rozedmy płuc, w 1 przypadku gruźlicy płuc i wreszcie w 1 przypadku zwężenia krtani. Co się tyczy przypadku rozedmy płuc z dodatnim wynikiem odczynu WASSERMANNDA, to dotyczył on chorego, który przyznał się, że przechodził *ulcus durum*. Przypadek gruźlicy płuc z dodatnim wynikiem odczynu WASSERMANNDA dotyczył mężczyzny lat 48, od którego nie można było otrzymać ścisłej odpowiedzi co do przebytej kiły; dowiedzieliśmy się wszakże od niego, że jest on drugi raz żonaty, bezdzietny, i że pierwsza żona ronila, tak, że właściwie przypadek ten zaliczyłoby należało do podejrzanych.

Co się wreszcie tyczy dodatniego wyniku w przytoczonym przypadku zwężenia krtani (z oddziału d-ra RZĘTKOWSKIEGO), to dotyczył on chorej lat 47, która kilka razy ronila; sekcyja zaś wykazała blizny w krtani i na strunach głosowych, zapalenie brodawkowate zastawki dwudzielnej i stwardnienie tętnic. Nie ulega zatem wątpliwości, że mieliśmy tu do czynienia z przebyłą kiłą.

Pozostaje zatem jeden przypadek, dotyczący ciężkiej postaci moczówki cukrowej (z oddziału d-ra RAPPLA) z dodatnim wynikiem odczynu WASSERMANNDA bez podejrzenia na zakażenie kiłowe. Wiadomo, że i inni autorowie otrzymywali dodatni wynik odczynu WASSERMANNDA w moczówce cukrowej. Jest



gruźliczych, chcąc połączyć odporność bakteryobójczą z odpornością przeciwwjadową.

A teraz rozjeżdżamy się w obszernym arsenale środków swoistych, które usiłują wrodzoną odporność przeciwwjadową spotęgować albo przynajmniej obniżoną podnieść do prawidłowego miana. Jak wiadomo, wszelkie uodparnianie może być czynne lub bierne; pierwsze każe ustrojowi samemu wytworzyć odporność drogą oddziaływania na zarazek osłabiony lub na ciała, odeń pochodzące, wymaga ono pewnego czasu, pewnego stopnia sprawności odczynowej ustroju i pewnego z jego strony wysiłku, za to jednak daje wyniki pewniejsze i trwalsze. Drugie t. j. bierne podaje ustrojowi w postaci krwi lub surowicy zwierząt uodpornionych gotową broń do walki z zakażeniem, działa szybko, poniekąd niezależnie od stanu sił i sprawności ustroju zakażonego, trwa jednak tylko krótko, bo tylko tak długo, aż wprowadzona surowica, jako ciało obce, nie zostanie wydalona z ustroju. I w gruźlicy różni badacze próbowali obu dróg. Nie będę się tu wdawał w ocenę licznych prób z różnymi surowicami przeciwwjadowymi, z których przeważnie część po krótkim żywocie w słusze poszła zapomnienie, natomiast chciałbym tu podnieść pewne zastrzeżenie, dotyczące się wszelkiego leczenia surowiczego gruźlicy, niezależnie od jakości stosowanej surowicy. Sprawa gruźlicza mianowicie wskutek wybitnie przewlekłego swego przebiegu wymaga długiego leczenia surowiczego, które, o ile się zastrzykuje surowicę podskórnie, łatwo prowadzi do objawów nadwrażliwości i t. p. choroby surowiczej, stanowiąc w niepożądanym sposobie wikłające leczenie. Wprawdzie MARMOREK chce tego uniknąć, stosując surowicę swą przez odbytnicę—ale dane doświadczalne różnych autorów każą wątpić, czy na tej drodze swoiste ciała naprawdę mogą się w dostatecznym zgęszczeniu dostawać do

krażenia. Co do wyników, uzyskanych za pomocą jego surowicy, jak również surowicy MARAGLIANA i NIEPOROŻNEGO, dziś najgłośniejszych, oceny różnych autorów bardzo są sprzeczne — i trudno dziś o nich z literatury wytworzyć sobie sąd stanowczy. Ostatnia jest o tyle ciekawa, że, według odkrywcy, ma ona w ustroju pobudzać i wzmacniać pochłanianie zarazka przez komórki jednojądrowe, które, jak widzieliśmy wyżej, rzeczywiście w odporności przeciwwjadowej ważne zajmują miejsce.

(D. n.).

---

Z własnej pracowni chemiczno - bakteryologicznej.

### O stosowaniu w odczynnej Wassermanna antygeny nieswoistej.

Podał

**Stanisław Mutermilch.**

Odczyt, wygłoszony w Warsz. Tow. Lekarskim na posiedzeniu w. d. 7 grudnia 1909 roku.

---

W roku 1901 BORDET i GENGOU (1) dowiedli, że antygen w połączeniu z odpowiadającym mu niwecznikiem czyli amboceptorem lub też ciałem uczulającym (*sensibilisatrice*) nabiera własności absorbowania czyli wiązania komplementu, znajdującego się w każdej surowicy prawidłowej. Jeżeli np. do hodowli prątków cholerycznych uczulonych, t. j. takich, do których dodano swoistej surowicy przeciwwjadowej, dodamy komplement, wówczas po pewnym czasie nastąpi wiązanie tego ostatniego, o czym przekonywamy się przez dodanie t. zw. systemu hemolitycznego, t. j. uczulonych krwinek, np. krwinek baranich i swoistej surowicy króliczej. Związanie, odchylenie komplementu objawi się tem, że nie nastąpi hemoliza dodanych krwinek.



Metoda ta odchyłania komplementu pozwala, jak wykazały doświadczenia na zwierzętach, wykrywać w surowicy swoiste amboceptory. Znalazła ona również wkrótce zastosowanie do wykrywania swoistych niweczników oraz antygenów w rozmaitych sprawach chorobowych u ludzi, jak gruźlicy, tyfusie, zapaleniu opon nagminnem i in.

Okazało się przytem z badań, przeprowadzonych przez WASSERMANNĄ i jego współpracowników, że w metodzie tej posiłkować się możemy, jako antygenem, również wodnym wyciągiem z bakterji.

W r. 1906 WASSERMANN, NEISSER i BRUCK (2) ogłosili, że można za pomocą metody BORDET-GENGOU wykryć w surowicy małą, zakażonych jadem kiłowym, swoisty amboceptor, jeżeli użyć jako antygenu wodnego wyciągu z narządów, zawierających liczne krętki blade (np. z wątroby płodów i dzieci syfilitycznych).

Przekonano się wkrótce z badań DETRÉGO (3) oraz WASSERMANNĄ, NEISSERA, BRUCKA

SCHUCHTA (4), że również surowica ludzi, dotkniętych kiłą, wiąże komplement z wyciągiem z narządów kiłowych. Takie same własności posiada również surowica krwi oraz płyn mózgodzeniowy osobników, dotkniętych cierpieniami porasyfilitycznymi, t. j. wiałdem rdzenia i paralizem postępującym, jak wykazały badania WASSERMANNĄ i PLAUTA (5) oraz MARIE i LEVADITIEGO i in.

Metoda WASSERMANNĄ znalazła wkrótce potwierdzenie w licznych badaniach innych autorów. Pokazało się jednakże, że jako antygenu używać można wyciągu nietylko z narządów syfilitycznych, lecz również z narządów prawidłowych ludzkich i zwierzęcych [MARIE i LEVADITI 1); LANDSTEINER, MÜLLER

i PÖTZL 2); WEIL i BRAUN 3), MICHAËLIS 4) i in]. Nadto okazało się z prac, ogłoszonych prawie równocześnie przez PORGESĄ i MAYERA (7) w Berlinie, LANDSTEINERĄ, MÜLLERĄ i PÖTZLĄ (8) w Wiedniu oraz LEVADITIEGO i YAMANOUCHIEGO (9) w Paryżu, że również wyciągi alkoholowe z narządów kiłowych i prawidłowych służyć mogą, jako antygen, w odczynie WASSERMANNĄ. Dodatnie wyniki otrzymywali niektórzy autorowie nawet z czystymi związkami chemicznymi, jak lecytyną (PORGES i MAYER 5), z solami kwasów żółciowych (LEVADITI i YAMANOUCHI 6), cholesteryną (FLEISCHMANN 7), oleinianem sodu (SACHS i ALTMANN 8) i t. d. Wreszcie ostatnio SACHS i RONDONI (10) z Instytutu EHRLICHA ogłosili, że w odczynie WASSERMANNĄ swoisty antygen skutecznie zastąpić można sztucznymi mieszaninami, w skład których wchodzi lecytyna, oleinian sodu i kwas oleinowy. Inną mieszaninę sztuczną radzi stosować SCHÜRMAN (11); w skład jej wchodzi lecytyna, glikocholan sodu, kwas mleczny i wanadynian amonu. Przeglądając literaturę, dotyczącą stosowania w odczynie WASSERMANNĄ antygenów nieswoistych, widzimy, że najlepsze wyniki otrzymuje się z wyciągiem alkoholowym z serca świnki morskiej według LANDSTEINERĄ, MÜLLERĄ i PÖTZLĄ 9).

Już sami twórcy tej metody, t. j. LANDSTEINER, MÜLLER i PÖTZL, otrzymywali zupełnie zgodne wyniki z alkoholowym wyciągiem z serca świnki morskiej oraz z wodnym wyciągiem kiłowym. MÜLLER (12) sprawdził skuteczność wyciągów z serca świnki morskiej

1) Annal. Pasteur. T. 21 Nr. 2.

2) Wien. klin. Woch. 1907 Nr. 17.

3) Berl. klin. Woch. 1907 Nr. 49.

4) Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 35.

5) p. literat. Nr. 7.

6) p. literat. Nr. 9.

7) Berl. klin. Woch. 1908, Nr. 10.

8) Berl. klin. Woch. 1908, Nr. 10.

9) p. literat. Nr. 8.



Możliwość stosowania w odczynie **WASSERMANN** jako antygeny wyciągów z narządów nie tylko kiłowych, lecz również normalnych dokonała przewrotu w poglądach naszych na istotę tego odczynu. Nie ulega obecnie żadnej wątpliwości, że odczyn **WASSERMANN** nie może być uważany za swoistą reakcję odpornościową. Gdyby nawet odczyn **WASSERMANN** dawał wyniki dodatnie wyłącznie z surowicami kiłowymi, okoliczność ta nie mogłaby zgoła służyć za dowód

istnienia w surowicach kiłowych swoistych niweczników czyli amboceptorów. Reagowanie surowic kiłowych z wyciągami alkoholowymi uważają niektórzy autorowie za dowód, że w odczynie **WASSERMANN** komplement ulega wiązaniu dzięki połączeniu, jakie zachodzi pomiędzy lipidami a pewnymi związkami koloidalnymi, zawartymi w surowicy osobników, dotkniętych kiłą.

(D. n.)

## WYKŁAD KLINICZNY.

W. Bołdyrew.

### Nowoczesne metody badania czynności przewodu pokarmowego i osiągnięte dotąd wyniki.

Na całkowity proces trawienia składa się, jak wiadomo, cały szereg pojedynczych czynności: czynność wydzielniczą gruczołów trawiennych, dalej czynność ruchową mięśni, umieszczonych na całej długości przewodu pokarmowego, następnie wchodzi tu w grę procesy chemiczne, odbywające się w czasie trawienia,—wreszcie czynność chłonniczą.

W jaki sposób nowocześni fizyologowie badają czynność wydzielniczą gruczołów trawiennych, t. j. otrzymują większą ilość odpowiednich soków trawiennych? W celu otrzymania wydzieliny większych gruczołów trawiennych, t. j. śliny, soku trzustkowego i żółci, wystarcza wykonać odpowiednią przetokę, t. j. wszyć w otwór skóry odpowiedni przewód gruczołu ślinowego, trzustki lub wątroby. Trudniej atoli ma się rzecz z gruczołami drobnymi, t. j. żołądkowymi i kiszgowymi, wobec mikroskopowych wymiarów ich przewodów. Tutaj musimy od-

osabniać część żołądka lub kiszki w postaci woreczka i wszyć otwór tegoż w skórną ranę; w ten sposób otrzymujemy t. zw. mały żołądeczek lub przetokę kiszgową **THIRY**. Powyższe sposoby mają tę dodatnią stronę, że pozwalają otrzymywać naturalną, fizyologiczną wydzielinę gruczołów.

Poza tem z wykle przetoki służą do badania procesów, zachodzących w jednym poszczególnym odcinku przewodu pokarmowego, np. przetoki żołądka, kiszek, pęcherzyka żółciowego, przełyku. Przetoki te, niby okna, dają nam możliwość zapoznania się z mechanizmem przewodu pokarmowego, sprawdzania, po jakim czasie pokarm dochodzi do danego miejsca, pozwalają otrzymywać miazgę pokarmową z każdego odcinka przewodu pokarmowego i t. d.

Jakież w wyniki osiągnęła nowoczesna nauka dzięki powyższym metodom badania?

Jakkolwiek ślina nkleży do najbardziej zbadanych wydzielin, jednak dotąd zupełnie jest jeszcze wyjaśnione jej znaczenie w procesie trawienia, a niektóre szczegóły zostały wykryte dopiero w ostatnich czasach. Oto najnowsze fakty: jeśli będziemy wlewali psu do pyska płyn drażniący, np.  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}\%$  roztwór ługu lub kwasu, to stop-



niowo ilość śliny znacznie się wzmacnia i może zwiększyć się w dwójnasób; gdy tylko przestaniemy wlewać ów płyn, natychmiast znacznie się wydzielają mniej śliny; fakty te dowodzą przystosowywania się gruczołów ślinowych do nowych nienormalnych warunków i walki ze szkodliwym działaniem drażniącego płynu.

Jeśli natomiast zamiast drażniącego płynu wlewać będziemy psu do pyska pokarm zwykły, to spostrzeżemy ciekawe zjawisko: z biegiem czasu ilość śliny znacznie się zmniejsza i może osiągnąć  $\frac{1}{2}$  lub  $\frac{1}{3}$  części poprzedniej ilości; po zaprzestaniu wlewania owego pokarmu ilość śliny zaczyna się zwiększać, dopóki nie dojdzie do normy. Zupełnie tak samo zachowują się względem pokarmów gruczoły żołądkowe: przy tym samym pokarmie stopniowo wydziela się coraz mniej soku żołądkowego. Fakty te doskonale tłumaczą, dlaczego niektóre pokarmy, zbyt często używane, z czasem się uprzykrzają, i dlaczego należy co pewien czas urozmaicać pożywienie.

Istnieją 2 typy czynności wydzielniczej wszelkich gruczołów trawiennych: odruchowy lub nerwowy i automatyczny lub chemiczny. W pierwszym przypadku podrażnienie idzie od ośrodków nerwowych przez włókna nerwowe do odpowiedniego gruczołu, który wydziela wówczas t. zw. sok psychiczny. W drugim przypadku podrażnienie działa bezpośrednio na dany gruczoł, np. ciała wyciągowe z mięsa, rozpuszczając się w żołądku, wchłaniają się w krew i, tą drogą dostając się napowrót do gruczołów żołądkowych, wywierają na nie działanie drażniące i powodują wzmożone wydzielanie soku żołądkowego. Należy zauważyć, że według ostatnich badań EDKINSA i GROSSA proces wchłaniania odbywa się wyłącznie w części odźwiernikowej żołądka, i że substancje wchłaniane napotykają tu na swej drodze nowe ciało, t. zw. „sekretynę żołądkową”, którą zabierają ze sobą do krwiobiegu. „Sekretynie” właśnie przypisują działanie sokopędne.

Przedtem jeszcze BAYLISS i STERLING wykryli „prosekretynę trzustkową” w następujący sposób: gdy zastrzyki-

wali psu do krwi wyciąg z błony śluzowej kiszczyki w kwasie solnym, otrzymywali stale wydzielanie soku trzustkowego, gdy zaś zastrzykiwali sam kwas solny—sok trzustkowy się nie wydzielają; kwas solny tedy musi łączyć się w błonie śluzowej kiszczyki z jakimś ciałem, t. zw. „prosekretyną”, zamienia ją w „sekretynę”, wciąga do krwiobiegu i dopiero wówczas działa sokopędnie na trzustkę.

Porównywając obydwie typy sekrecji gruczołowej, widzimy następującą różnicę: dłuższe podrażnienie z czasem zmniejsza ilość wydzielanego soku odruchowego lub psychicznego, lecz nie zmniejsza bynajmniej ilości soku chemicznego.

Tak więc sok żołądkowy wydziela się:  
a) odruchowo pod wpływem apetytu,  
b) pod wpływem bodźców chemicznych w samym żołądku.

Gdy łaknienie się zmniejsza lub zupełnie ustaje i powoduje zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego odruchowego, mamy jeszcze możliwość wpływania na wzmożenie czynności wydzielniczej drogą chemiczną; należy tylko podawać choremu pokarmy płynne, zdolne do wchłonięcia, zawierające dużą ilość ciał wyciągowych, np. ekstrakt mięsny lub rybny.

Najważniejszym gruczołem trawiennym jest trzustka. Lecz sam sok trzustkowy, jak wiadomo, w bardzo słabym stopniu posiada zdolność trawienia pokarmów; białko trawi dopiero przy współdziałaniu soku kiszkiwego, tłuszcz — przy pomocy żółci. Sok trzustkowy również wydziela się odruchowo, jak i żołądkowy, pod wpływem podrażnienia nerwu błędnego za pomocą elektryczności natychmiast następuje wydzielanie soku trzustkowego, przyczem ten sok „odruchowy” jest, jak i żołądkowy, znacznie gęstszy i bardziej obfitujący w fermenty, niż sok „chemiczny”.

Ostatnie badania wykazały, że sok trzustkowy znajdujemy w pewnych warunkach zawsze w żołądku. Mianowicie po wprowadzeniu do żołądka większej ilości tłuszczu czystego lub razem z pokarmem, natychmiast następuje obfite wydzielanie soku trzustkowego, który wlewa się do żołądka jednocześnie z żółcią i sokiem kiszkiwym. Mamy tedy łatwy spo-



rzeczą możliwą, że w podobnych przypadkach odgrywa pewną rolę zmieniony odczyn surowicy krwi w myśl badań SACHSA i ALTMANNA (25), którym udawało się przez dodanie pewnej ilości ługu sodowego lub kwasu solnego wpływać na wynik odczynu WASSERMANN.

Zaznaczyć tu muszę, że w badaniach swoich tylko te przypadki zaliczałem do dodatnich, w których zahamowanie hemolizy było zupełne lub prawie zupełne. Przypadki zaś, w których występowało tylko nieznaczne zahamowanie hemolizy, zaliczałem do ujemnych. Częściowe zahamowanie hemolizy spostrzegałem wielokrotnie w surowicach niekilowych i żadnego znaczenia rozpoznawczego t. zw. słabemu odczynowi WASSERMANN nie przypisuję. Niepomyślnie wyniki, otrzymywane przez niektórych autorów z odczynem WASSERMANN, bez wątpienia położyć należy na karb tego, że zaliczali oni również surowice, nieznacznie hamujące hemolizę, do rzędu wyników dodatnich.

Przeglądając statystyki rozmaitych autorów, kórzy posiłkowali się porównawczo wyciągami z narządów kilowych oraz z serca świnki morskiej, odnosi się wrażenie, że wyciąg alkoholowy z serca posiada pewną wyższość w porównaniu z wyciągami kilowymi, a mianowicie, że rzadziej daje wyniki dodatnie z surowicami niekilowymi, niż te ostatnie. Tak np. BRUCK i COHN (26) zbadali 28 surowic szkarlatynowych z rozmaitymi wyciągami kilowymi oraz z jednym wyciągiem z serca świnki morskiej. Z tym ostatnim otrzymali oni tylko raz jeden wynik dodatni, z innymi zaś wyciągami kilowymi liczba dodatnich wyników wynosiła od 2 do 5.

KLOPSTOCK i SELIGMANN (27) zbadali 17 surowic szkarlatynowych z 9-ma rozmaitymi wyciągami; z wyciągiem z serca świnki morskiej otrzymali oni wynik dodatni 2 razy, z innymi zaś wyciągami kilowymi kilka do 9 razy.

FUA i KOCH (28) zbadali 59 surowic szkarlatynowych z wyciągiem z serca świnki morskiej i ani razu nie otrzymali wyniku dodatniego. HECHT, LATFNER i WILENKO u 119 chorych szkarlatynowych znaleźli tylko raz jeden wynik dodatni (z wyciągiem z serca świnki morskiej). KLOPSTOCK i SELIGMANN<sup>10)</sup> w jednym przypadku gruźlicy płuc otrzymali zahamowanie hemolizy z wyciągiem kilowym, z wyciągiem zaś z serca świnki morskiej wynik odczynu WASSERMANN był ujemny; w 3 zaś przypadkach zapalenia płuc krupowego otrzymali oni z wyciągiem kilowym wynik dodatni, z wyciągiem zaś z serca świnki morskiej ujemny.

W kilku słowach pozwolę sobie opisać w ogólnych zarysach stosowaną przeze mnie metodykę w odczynie WASSERMANN. Postępowałem wogóle w sposób, praktykowany w paryskim instytucie PASTEURA w laboratorium prof. MIECZNIKOWA przez LEVADITIEGO, YAMANOUCHEGO i Stefana MUTERMILCHA, którym zawdzięczam bliższe zapoznanie się z tą metodyką. Różnica polegała jedynie na tem, że zamiast wodnego wyciągu z wątroby syfilitycznej używałem wyciągu alkoholowego z serca świnki morskiej. Ten ostatni przygotowywałem podług LANDSTEINERA w ten sposób, że dużą świnkę morską zabijałem przez wypuszczenie krwi z tętnic szyjowych; serce po wyjęciu i oddzieleniu od części włóknistych i krwi krajałem na drobne kawałki i rozcierałem w wyjałowionym mózdzierzu. Po dodaniu 50 ct. sz. 95% alkoholu mieszaninę zlewałem do szczelnie zakorkowanej flaszki i wstawiałem na kilkanaście godzin do wodnej kąpieli przy 60°C. Po przesączeniu określałem siłę tego antygeny, t. j. dawkę, która sama hemolizę hamowała. Do odczynu WASSERMANN używałem dawek 2 i 3 razy mniejszych od tych, które same hemolizy nie hamowały, zwykle

<sup>10)</sup> p. liter. Nr. 27.



0,1—0,2 ct. sz. O ile otrzymany wyciąg hamował hemolizę już w ilości 0,1 ct. sz., wówczas odpowiednio rozcieńczyłem go alkoholem. Siłę antygeny sprawdzalem co kilka tygodni. Wogóle jednakże wyciąg, w ten sposób przygotowany, zachowywał własności swe w ciągu kilku miesięcy. Przekonałem się przytem, że niektóre serca świnek morskich dawały antygen bardzo silny, t. j. wyciąg alkoholowy już w małej ilości hamował hemolizę, inne natomiast dawały antygen znacznie słabszy. Zwrócili już na to uwagę **SCHATILOFF** i **ISABOLINSKY**, słusznie radząc wobec tego przygotowywać wyciąg jednocześnie z kilku serc.

Samą próbę wykonywałem w ten sposób, że naprzód nalewałem fizyologicznego roztworu soli kuchennej tak, aby ogólna ilość płynu wynosiła 3 ct. sz., dalej surowicę inaktywowaną (t. j. ogrzewaną w ciągu 1/2 godziny przy 56°) w ilości 0,2 ct. sz., antygen w ilościach wzrastających i wreszcie surowicę świnki morskiej 2 razy rozcieńczoną w ilości 0,1 ct. sz. po dokładnem zmieszaniu pozostawiałem próbówki w cieplarni w ciągu 1 1/2 godziny i następnie dodawałem po 1 ct. sz. 5% roztworu krwi baraniej i po 0,1 ct. sz. amboceptora króliczego w dawce 2—3 razy większej od hemolizującej. Po dokładnem zmieszaniu próbówki pozostawiałem w cieplarni, zależnie od przebiegu hemolizy, 1—2 godzin, w ciągu tego czasu mieszając je jeszcze ze 2 razy. Wynik odczytywany był bądź zaraz, bądź nazajutrz, przyczem próbówki pozostawiałem w chłodnem miejscu. Jeszcze raz zaznaczam, że tylko te wyniki zaliczałem do dodatnich, w których zahamowanie hemolizy było zupełne lub prawie zupełne.

Niektórzy autorowie, mianowicie **SACHS** i **RONDONI** <sup>11)</sup> z instytutu **EHRLICHA**, **HÖHNE** <sup>12)</sup> i in. kładą nacisk na to, aby sprawdzać, czy

sam wyciąg alkoholowy nie wywołuje hemolizy czerwonych krążków. W tym kierunku nie dokonałem dostatecznej liczby doświadczeń. W każdym bądź razie w tej formie badań, jaką stosowałem, wyciąg z serca sam przez się nie hemolizował krwinek. Zresztą, jak dowiódł **BAUER** (29), dodatek małej ilości surowicy przeszkadza działaniu hemolitycznemu wyciągów z narządów, tak, że obawy, wypowiedane przez niektórych autorów co do możliwości błędnych wniosków z powodu hemolitycznego działania samego wyciągu, są, zdaje się, płonne.

Ze wszystkiego, cośmy powyżej powiedzieli, możemy wyprowadzić ten wniosek, że wyciąg alkoholowy z serca najzupełniej się nadaje do odczynu **WASSERMANN**A, jako antygen. Wprawdzie zwracają niektórzy autorowie uwagę na to, że wyciąg podobny działa mniej energicznie, niż wodne wyciągi z narządów kiłowych, zważywszy jednak nie tylko na trudność zdobycia odpowiedniego materiału sekcyjnego, lecz nadto i na tę okoliczność, że nie wszystkie wątroby kiłowe nadają się do odczynu **WASSERMANN**A (np. **PORGES** i **MAYER** <sup>13)</sup> na 25 wątrób kiłowych tylko z 5 otrzymali odpowiednie wyciągi), sędzę, że zastąpienie wyciągu kiłowego przez alkoholowy wyciąg z serca świnki morskiej powinno znaleźć szersze rozpowszechnienie. Stosowanie wogóle wyciągów alkoholowych posiada pewne strony ujemne, jak np. tworzenie się mętnej zawiesiny i in. W niedawno ogłoszonej pracy **LESSER** (30) podaje metodę otrzymywania dobrego i trwałego wyciągu wodnego z normalnego serca ludzkiego; metody tej w tem miejscu bliżej opisywać nie będę. Pożądanem byłoby sprawdzić skuteczność podobnego antygeny na większym materiale klinicznym.

<sup>11)</sup> p. literat. Nr. 10.

<sup>12)</sup> Berl. klin. Woch. 1908, Nr. 38.

<sup>13)</sup> p. literat. Nr. 7.



# MUIRACITHIN

Wybitnie skuteczny środek przeciwko impotencji wszystkim cierpieniom neurastenicznemu, następuje w praktyce ginekologicznej w przypadkach braku libido, dyspareunii, amenorrhoe w hypoplasii wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthezii sexualis, nerwowych stanach przygnębienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.**

Literatura: Tajn. Rada Lek. Prof. Eulenburg-Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg Weideman—St. Petersburg, Hirsch —St. Petersburg, Holländer— Berlin, Posener—Berlin, Rebourgeon—Paryż, Goll—Zurich, Popper—Igls bei Senator, Hirsch—Kudowa. Steinsberg—Franzensbad, Waitz—Paryż, Wright—Londyn, Piliver—Odessa, Fürth—Dervent, Kraus — Wiedeń, Quastler—Wiedeń, Kitaj—Wiedeń.

# NORIDAL

Nadzwyczaj skuteczne i prawie we wszystkich przypadkach absolutnie pewne czopki przy wszelkich **CIERPIENIACH HEMOROIDALNYCH** do racjonalnego i pewnego usuwania wewnętrznych i zewnętrznych hemoroidów, **DO TAMOWANIA KRWOTOKÓW** (nawet w przypadkach zadawnionych) wybitnie działające **ADSTRINGENS KISZKOWE i ANTISEPTICUM** Czopki Noridalowe odpowiadają nowoczesnym wymaganiom leczenia hemoroidów i zawierają następujące skuteczne składniki: Calcii chlorat 0,05. Calcii jodat 0,01, Paranephrin 0,0001, Balsam peruv. 0,1.

Literatura: Prof. Boas—Berlin, Kehr—Halberstadt, Pickard—Berlin, Sandberg—Berlin, Zibell—Moskwa, Wright—Londyn, Silvestri—Rzym, Dawson—Londyn.

Literatura i próby gratis i franko.

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant: S. Rościszewski—Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.

Prawdziwy „MUIRACITHIN“ i „NORIDAL“ tylko w rosyjskim opakowaniu zatwierdzonym przez Ministerium Przemysłu i Handlu.

## PILULAE SANGUINALIS

### KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na

Wytwarzanie krwi i na siły ustroju.

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

**BEZKRWISTOŚCI i BLEDNICY.**

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb. Chinin. mur. Jod. Ichthyol. Lecithin,

Natr. cinnamyl, Extr. Rhei.

**KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem,**

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w rosyjskim opakowaniu, zatwierdzonym przez Ministerium Przemysłu i Handlu,

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 128.46.



# KARPIŃSKIEGO SOLE do KĄPIELI

z KWASEM WĘGLOWYM (CO<sub>2</sub>)  
zastępujące kąpiele w Nauheim, Kissingen.

KARPIŃSKIEGO Sole do kąpiele z kwasem węglowym Nauheimskie działają znakomicie w astmie, cierpieniach nerwowych, zapaleniach oskrzeli bronchitis rozedmie płuc, wadach serca, nerwowej niemocy płciowej i t. p. niemiekiej doskonały środek do pobudzenia krążenia krwi.

- 2) KARPIŃSKIEGO sole do kąpiele borowinowych z kwasem węglowym
- 3) " " " " " jodowo-bromowych " "
- 4) " " " " " balsamiczno-sosnowych " "
- 5) " " " " " siarczanych " "
- 6) Wyciąg z igliwia sosnowego w tabletkach; jest to suchy ekstrakt z igliwia sosnowego, prasowany z chlorkiem sodowym, zawierającym jodki i bromki, bardzo dogodny w użyciu i łatwo rozpuszczalny.

Broszury gratis i franco.

Laboratorium Chemiczno-Farmaceutyczne  
Fr. KARPINSKI w Warszawie, Elektoralna 35, telefonu 600.

# SANATOGEN BAURA

Zwiększa ilość białka i fosforu,  
wzmacnia utlenianie, przy-  
spiesza przemianę materii

est przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p. p. Lekarzom

**S. KARCZEWSKI**

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

D-ra A. WANDER'A (S. A.) z Bernu (Szwajcjarja). Fabryka założona w 1865 roku.

## Ovomaltine

Długoletnie znakomite rezultaty osiągnięte przy używaniu tego leczniczo-dietetyczno-odżywczego pożywienia lecytynowego z łatwo przyswajalnym fosforem w postaci organicznej, w cierpieniach nerwowych, kataralnych żołądka i kiszek, Carcinoma, Uleus ventriculi, Typhus abdominalis, Influenza, Pneumonia, Tuberculosis, Chlorosa, Rachitis i t. p. chorobach; przez osoby słabowite, wycieńczone, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, stawiają Ovomaltynę na pierwszym miejscu pośród pierwszorzędných środków leczniczo-odżywczych.

Ovomaltyna niezbędna przy mleczej kuracyi. Stale używana i zalecana w Leysin, Davos i w innych sławnych sanatoryach. Przygotowanie łatwe; należy tylko rozpuścić Ovomaltynę w gorącym mleku lub wodzie (nie gotując).

PRÓBK I LITERATURA NA ŻĄDANIE. Przedstawiciel A. BARDET, Warszawa, Wspólna 64.

## Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy Nowo-karlsbadzkie kryształy Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptecce E. TREUTLERA

Nowy-Świat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.



sób otrzymywania czystego soku trzustkowego i badania stanu samej trzustki.

Sok trzustkowy wlewa się do żołądka także wówczas, gdy tam znajduje się nadmiar kwasu solnego. Jeśli wlejemy do żołądka 200 ctm. sz. 0,5% roztworu HCl lub 200 ctm. sz. soku żołądkowego o tejże kwasności, to po krótkiej chwili obfita ilość soku trzustkowego wchodzi do żołądka i zubożętnia zbyt kwaśną zawartość żołądka.

Czem się to dzieje? HIRSCH, MERING i in. badacze dowiedli, że po spożyciu jakiegokolwiek pokarmu natychmiast „p r ó b n a p o r c y a” tegoż przechodzi do kiszek, i jeśli kwasność pokarmu przewyższa 0,15% HCl, to powoduje natychmiastowe wtargnięcie soku trzustkowego do żołądka, który ma za zadanie doprowadzenie kwasności zawartości żołądkowej do normy 0,10—0,15% HCl. Wówczas dopiero odźwiernik otwiera się i przepuszcza zawartość żołądka do kiszek.

Spostrzeżenie to tłumaczy, dlaczego w ciągu kilku dziesiątków lat utrzymywał się pogląd, że kwasność soku żołądkowego nie przewyższa 0,15% HCl, — klinicyści bowiem wydobywa już nie naturalny czysty sok żołądkowy, lecz zubożętniony przez sok trzustkowy. Kwasność soku żołądkowego człowieka osiąga 0,5—0,6 % HCl.

Co się tyczy s o k u k i s z k o w e g o, to wiadomości nasze o nim są jeszcze dość skąpe. Dla otrzymania większej ilości tego soku BOŁDYREW poleca następujący sposób: w odosobnionym odcinku кишки wykonywamy 2 przetoki; gdy w jeden otwór wstawimy miękką rurkę gumową, to z drugiego wydziełać się będzie obficie sok kiszkowy, bogaty we wszystkie zczyny: kinazy, lipazy, inwertynę, amilazę i t. d.

Do najnowszych zdobyczy wiedzy należy wykrycie niektórych n o w y c h z a c z y n ó w, naprz. e r e p s y n y (COHNHEIM), która wywiera wpływ tylko na te pokarmy białkowe, które poprzednio już uległy działaniu innych zczynów białkowych: pepsyny lub trypsiny. Dalej VOLHARD wykrył z a c z y n t ł u s z c z o w y w ż o ł ą d k u, BOŁDYREW—takiż zczyn w błonie śluzowej kiszek; mamy więc obecnie, razem z dawniej znaną steap-

syną soku trzustkowego, t r z y z a c z y n y t ł u s z c z o w e.

Jeszcze jeden fakt nader doniosłej wagi wykryty został w ostatnich czasach, mianowicie własność „d z i a ł a l n o ś c i d w u s t r o n n e j z a c z y n ó w” (lipazy, amilazy i in.). Rzecz polega na tem, że np. lipaza posiada własność nie tylko rozszczepiania tłuszczu, t. j. wykonywania pracy niszczącej, lecz także wykrywania pracy twórczej, t. j. syntezy tłuszczu. Odkrycie to ma pierwszorzędne znaczenie nie tylko dla zrozumienia różnych procesów trawienia, lecz w przyszłości może rzucić dużo światła na ciemne procesy syntetyczne, zachodzące w ustroju ludzkim.

Jaki jest przebieg procesu trawienia?

W żołądku białko trawi się tylko w stopniu nieznacznym, węglowodany nie ulegają strawieniu zupełnie; tworzące się z węglowodanów erythrodekstryna i cukier trzcinowy rozszczepiają się pod wpływem HCl tylko w pewnej części (2%—4%). Tłuszcz emulsyonowany trawia się dość dobrze (do 20—30%), nie emulsyonowany—źle.

W kiszkach cienkich białko ulega coraz głębszym zmianom chemicznym w miarę przesuwania się do okrężnicy. Węglowodany zamieniają się na cukier gronowy, tłuszcze—na kwasy tłuszczowe i po części na mydła.

Wreszcie najnowsze badania wykryły jeszcze jedno zupełnie nowe pole działania soków trawiennych poza obrębem przewodu pokarmowego. Niezależnie bowiem od trawienia przy pustym żołądku i kiszkach spostrzegamy stałe, okresowe (co 1½—2½ godziny) wydzielanie się soków trzustkowego, kiszkowego i żółci, poczem pod wpływem rytmicznych skurczów żołądka i kiszek soki te rozlewają się po całej przestrzeni kiszek i następnie zostają w zupełności wchłonięte (BOŁDYREW). W jakim celu się to odbywa? Dlaczego soki te nie zostają wydalone z ustroju, lecz, przenikając do krwi, rozchodzą się po całym ustroju?

Wiemy wszak obecnie, że niema w ciele ludzkim kącika, gdzieby nie było tych soków trawiennych. Nie ulega wątpliwości, że soki te są najodleglejszym i najmniejszym



tkankom potrzebne, i że ich to zadaniem jest dokonywanie owej ciągłej i ważnej pracy syntetycznej i analitycznej (białka, tłuszczów i węglowodonów), która odbywa się nieustannie w tkankach i komórkach żywego ustroju.

Tak więc gruczoły trawienne, jak dowodzą najświeższe dociekania naukowe, mają

nie tylko obowiązek dostarczania soków przewodowi pokarmowemu dla bezpośredniego działania na spożyte pokarmy, lecz także muszą zaopatrywać w nie drogą krwiobiegową najodleglejsze zakątki naszego ciała.

(„Russkij Wracz”, Nr. 40, 1909).

W. Róbin.

## S T R E S Z C Z E N I A.

### Medycyna wewnętrzna

#### 11. Skaller. Powstawanie i leczenie sokotoku żołądkowego u palących.

Doświadczenie kliniczne poucza nas, że u nałogowych palaczy często mamy do czynienia z nadkwaśnością soku żołądkowego lub też sokotokiem żołądkowym. Doświadczalnie jednak sprawa ta dotychczas poruszana nie była, wyjąwszy trzy przypadki WOLFFA, który stwierdził pod wpływem nikotyny wzmożone wydzielanie soku żołądkowego.

Palenie tytoniu może wpływać na żołądek bądź bezpośrednio, jeżeli dym ze śliną dostanie się do żołądka, bądź też pośrednio przez krwiobieg, o ile dym przenika do krwi w płucach. Doświadczenie na psach dowodzi, że istotnie wzmożone wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem dymu tytoniowego powstaje dzięki podrażnieniu nerwów wydzielniczych, a nie miąższu komórek gruczołowych; okazuje się bowiem, że wstrzykiwanie podskórne płynu (wody), w którym rozpuszczono dym cygara lub papierosa, stale wywołuje u psa wzmożone wydzielanie soku żołądkowego, któremu towarzyszą niekiedy ogólne objawy zatrucia, jako to: niepokój, ruchy wymiotne, ślinotok, drżenie mięśni etc.

W celu przekonania się, jakie składniki dymu tytoniowego mają w danym wypadku znaczenie, poczynił autor doświadczenia kontrolujące z dymem cygar, pozbawionych nikotyny, i otrzymał tym razem wynik ujemny: ztąd wniosek, że substancją, powodującą sokotok żołądkowy, jest w danym przypadku

nikotyna; jednocześnie wynika ztąd, że cygara wolne od nikotyny istotnie jej nie zawierają, gdyż sama nikotyna dała autorowi taki sam wynik, jak dym ze zwykłych cygar i papierosów.

Ponieważ nikotyna jest silnym jadem nerwowym, to *a priori* przypuścić należało, że działanie jej i w omawianym kierunku polegać musi na podrażnieniu nerwów wydzielniczych. Istotnie uprzednie wstrzyknięcie atropiny, która paraliżuje nerwy wydzielnicze, znosi też działanie samej nikotyny i dymu tytoniowego. Stosowanie rozmaitych metod operacyjnych, względnie wyłączenie rozmaitych nerwów doprowadziło autora do wniosku, że nikotyna działa na zwoje nerwowe w samej ścianie żołądka.

Sokotok, wywołany zatruciem nikotyną, występuje klinicznie w trzech rozmaitych postaciach odpowiednio do stopnia zatrucia i wrażliwości ustroju. W najłżejszej postaci nie mamy żadnych objawów przedmiotowych, niemniej przeto naczczo żołądek zawiera dość znaczną ilość soku; w następnej postaci mamy okresy 4 — 6 tygodniowe, a nieraz i dłuższe, w których chorzy skarżą się na bóle przeważnie w godzinach przedwieczornych lub w pierwszej połowie nocy. Do trzeciej wreszcie kategorii należą przypadki o charakterze napadów „*crises gastriques*”.

W leczeniu omawianego cierpienia najważniejszą jest rzeczą profilaktyka; w cięższych przypadkach należy zupełnie zaniechać palenia, w lżejszych zaś wystarczy nieraz wstrzymanie się od tytoniu w ciągu 1 — 2 dni w tygodniu. Tak zwane cygara wolne od



nikotyny istotnie szkodliwego wpływu w omawianym kierunku nie wywierają. Ze środków farmaceutycznych najskuteczniejszą okazała się atropina w ilości 4 kropel roztworu 0.01 — 10,0 na dawkę.

W jednym przypadku palenie tytoniu może istotnie przynosi pewną korzyść, a mianowicie po bardzo obfitem jedzeniu: wzmożona czynność wydzielnicza żołądka będzie wtedy zupełnie pożądana.

(Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 49).

*Mieczysław Halpern.*

### Choroby uszów.

#### 12. Erich Ruttin. O ostrem zapaleniu ucha.

Autor, opierając się na licznych badaniach, dzieli ostre zapalenie ucha, zarówno z punktu etiologicznego, jak i klinicznego, na zapalenie ucha, wywołane przez bakterye bez otoczki, i na zapalenie ucha, wywołane przez bakterye z otoczką.

W pierwszej kategorii zarazkiem chorobotwórczym jest wyłącznie paciorkowiec ropotwórczy, do którego zwykle w dalszym przebiegu przyłącza się gronkowiec złocisty. Przebieg takiego zapalenia ucha jest następujący: bóle kłujące w uchu, potęgujące się w ciągu 3 — 4 pierwszych dni. Brak wycieku lub wysięk surowiczy (okres wydzieliny surowiczej). W ciągu tych 3 — 4 dni wysięk surowiczy zamienia się w ropny, i występuje przedziurawienie silnie zaczerwienionej błony bębenkowej, lub też zostaje ona przez lekarza przecięta. Następny, drugi okres — to okres wydzieliny ropnej. Bóle ustępują, wyciek obfity, szumy i przytępienie słuchu. Okres ten trwa zwykle dwa tygodnie i przechodzi następnie w okres trzeci, t. j. okres wydzieliny śluzowej. W okresie tym wyciek ma charakter śluzo-ropny, słuch się powoli poprawia, szumy trwają. Wreszcie w okresie czwartym wypływ z ucha ustaje, i mamy obraz zwykłego kataru ucha. I te objawy często po jakichś 2 tygodniach znikają. Bardzo często w przebiegu takiego zapalenia występuje zapalenie wyrostka sutkowego. Występuje ono już w pierwszym okresie; bóle

stale się wzmagają i trwają aż do zupełnego rozwoju zapalenia wyrostka sutkowego. Sprawa w wyrostku kończy się wyzdrowieniem po operacyi na wyrostku. Zdarza się również, że po pęknięciu błony bębenkowej następuje zwolnienie sprawy chorobowej, a pomimo to sprawa w wyrostku rozwija się w dalszym ciągu.

Zupełnie inaczej przebiega zapalenie ucha, wywołane przez bakterye z otoczką, a mianowicie przez *diplococcus pneumoniae* i *streptococcus mucosus*. Szczególnie ten ostatni jest częstą przyczyną niepomysłnego przebiegu zapalenia ucha.

Choroba ucha zależna od takiego zakażenia rozpoczyna się nieznacznym bólem kłującym, przytępieniem słuchu i szumami; błona bębenkowa wygląda tak, jak w katarze surowiczym ucha (matowa, z nieznacznym zmętnieniem nabłonka, słabo zaczerwieniona, nie wypukłona, o konturach jeszcze widocznych, lecz zamglonych). Zmiany te są wyrazem nieznacznego zapalenia, które w dalszym ciągu nabiera charakteru przewlekłego cierpienia.

Po kilku tygodniach, a nawet miesiącach trwania tego stanu występują nagle objawy powikłania wewnątrzczaszkowego.

Zapalenie wyrostka sutkowego, występujące w przebiegu zapalenia ucha, posiada ważne znaczenie pod względem leczniczym i zależy od budowy anatomicznej wyrostka. Może ono wystąpić niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z wyrostkiem sutkowym o budowie pneumatycznej, czy też o budowie śródkościowej. W wyrostku sutkowym o budowie śródkościowej są jednak szanse, że zapalenie pozostanie ograniczonem i nie przejdzie w ropienie, gdy, przeciwnie, w wyrostku sutkowym o budowie pneumatycznej najczęściej wytwarza się ropień wyrostka. Autor stwierdził w większości przypadków, w których wykonał operacyę w ostrem zapaleniu, pneumatyczną budowę wyrostka. Przebieg ostrego ropnia wyrostka sutkowego jest zależny od charakteru zarazka, który wywołał sprawę chorobową.

Gdy bowiem kokki bez otoczki wywołują burzliwe objawy w miejscu wnikania za-



razka i szybko się rozwijają w wyrostku sutkowym przy wyraźnych objawach i to w okresie, gdy w uchu trwają jeszcze objawy zapalne, to kokki z otoczką wywołują w uchu nieznaczne objawy, powoli przenikają do kości i rozwijają się w niej przy słabych objawach, niszcząc przy tem kość wyrostka sutkowego, aż nagle wystąpienie objawów

powikłania wewnątrzczaszkowego zwróci uwagę lekarza na zgubne działanie tych zarazków. W każdym zatem poszczególnym przypadku zapalenia ucha należy zbadać charakter zarazka.

(Medicinishe Klinik Nr. 1. 1910).

Guranowski.

## BIBLIOGRAFIA

(z literatury obcej).

**R. Imhofer. Pięćdziesiąt lat pracy laryngologicznej na polu gruźlicy krtani** (Fünfzig Jahre laryngologischer Arbeit auf dem Gebiete der Kehlkopftuberculose) 1909.

Na wstępie oznajmia autor, iż obecna jego praca stanowi drugą część historyi gruźlicy krtani i bynajmniej nie jest monografią tego cierpienia, lecz ma na celu chronologiczne przedstawienie najwybitniejszych prac i dążeń, jakie się na polu badań nad gruźlicą krtani w ubiegłym 50-cioleciu zjawily. Wobec faktu, że sprawa, dotycząca etiologii, anatomii patologicznej, leczenia i rokowania w gruźlicy krtani należy w laryngologii do najdonioślejszych tak pod względem teoretycznym, jako i praktycznym i wkracza w dziedzinę wszystkich jej działów, powiedzieć można, iż mówić o rozwoju prac nad gruźlicą krtani, jestto podać historię laryngologii. Przyjawszy to za punkt wyjścia, przypomina autor, że CZERMAK i GARCIA byli pierwszymi, którzy się fizyologią strun głosowych zajmowali, a TÜRK, SEMELEDER i inni głównie pod względem klinicznym starali się laryngoskop wyzyskać, że RÜHLE przy pomocy zwierciadła starał się rozpoznać różniczkowe pomiędzy owrzodzeniami gruźliczemi a syfilitycznymi ustalić, wreszcie, że BRUNS w r. 1862 przy pomocy zwierciadła pierwszy operację endolaryngalną wykonał. Dalej zwraca I. uwagę na to, że co do rokowania w

gruźlicy krtani, to w obszarze całych nauk lekarskich mało było takich poglądów, któreby tak zasadniczej uległy zmianie, jak właśnie poglądy, dotyczące rokowania w tem cierpieniu i jego leczenia. Już w XVII wieku ustaliło się jako niewzruszony pewnik przekonanie, że rokowanie w gruźlicy krtani jest zawsze bardzo poważne. W późniejszych atoli czasach nie mało zjawilo się klinicyzów, którzy o wyleczalności gruźlicy krtani nie wątpili. I tak: ZIEMSEN wypowiedział zdanie (1876), że wyleczenie chronicznie przebiegających owrzodzeń krtani, aczkolwiek należy do wielkich rzadkości, jest jednakże ntewątpliwie możliwe. Podobne zdanie wygłosił również SCHNITZLER, a STÖRCK w swym podręczniku uznaje za możliwe (1880) wyleczenie nawet rozległych owrzodzeń i przytacza w historiach chorób na to dowody. Zdania podobne przytaczało i wielu innych i zwracało uwagę na to, że różne formy kliniczne gruźlicy krtani dają różne rokowanie. I tak: WALDENBURG (1872) podaje, iż połączone z zapaleniem okołochrzastkowym (*perichondritis*) postaci gruźlicy krtani są pod względem prognostycznym absolutnie niepomyślne, a M. SCHMIDT twierdził, że gruźlicze cierpienie nagłośni daje rokowanie bezwzględnie niepomyślne, i że podobnego przypadku wyleczonego nie widział. HEINE i EPPINGER podobnego byli zdania. Jeszcze w r. 1883 ORTH kategorycznie twierdził, że ani wyleczonego



przypadku gruźlicy krtani dotąd nie widział, ani też nie jest mu znany opis anatomicznie zbadanego podobnego przypadku. Na pierwszym międzynarodowym kongresie laryngologów w Medyolanie laryngologowie podzielili się na dwa obozy: jedni, jak badacze niemieccy, całkowicie uznawali możliwość wyleczalności gr. krtani, gdy badacze francuscy jak KRISHABER, wystąpili jako zdecydowani przeciwnicy tego poglądu. W r. 1885-ym H. KRAUSE, któremu zawdzięczamy wprowadzenie kwasu mlecznego do terapii gruźlicy krtani, i który nie mało wpłynął na ostateczną zmianę poglądów na leczenie gruźlicy krtani, demonstrował w berlińskim tow. lekarskim przypadek, leczony swoją metodą (wcieraniem kwasu mlecznego), w którym otrzymał częściowe zabliznienie owrzodzeń gruźliczych krtani, stwierdzone następnie badaniami anatomo-patologicznymi.

Po ogłoszeniu komunikatu KRAUSEGO M. SCHMIDT, który już dawniej przy obrzękach nagłośni stosował szerokie nacięcia, zaczął stosować wcieranie kw. mlecznego zarówno w owrzodzenia, jak i po dokonanych nacięciach, gdy T. HERYNG w roku 1886 jeszcze przed ogłoszeniem swej dużej pracy (o której niżej) oznajmił zebrany na 59 zjeździe przyrodników niemieckich, że lubo przy nacięciach SCHMIDTA i wcieraniu kwasu mlecznego owrzodzenia się oczyszczają, jednak się nie zablizniają, i że je on H. za pomocą łyżeczki usuwa; a w r. następnym na 60-ym zebraniu przyrodników w Wiesbadenie podał H. wyniki leczonych przez siebie łyżeczkowaniem owrzodzeń gruźliczych. W r. 1887 ogłosił T. HERYNG swoją większych rozmiarów i po dziś dzień nieporównaną pracę: O wyleczalności gruźlicy krtani i jej chirurgicznym leczeniu, której, jak twierdzi autor omawianej przez nas pracy, przeznaczonem było: ustalenie wskazań, rokowanie i leczenie gruźlicy krtani zwrócić na nowe tory. Niezaprzeczoną zasługą H., mówi I., jest przedewszystkiem to, że anatomie patologiczną i klinice, które dotąd oddzielnymi kroczyły drogami, połączył, że spostrzegane przez siebie przypadki badał systematycznie pod względem klinicznym, anatomo-patologicznym, a następnie sprawę

zabliznienia uszkodzeń poddawał jaknajszerszemu badaniu i tą drogą ustalił fakt, że samoistne wyleczenie gruźlicy krtani jest możebne, i histologicznie je uzasadnił. W r. 1889, na I-ym międzynarodowym kongresie laryngologów w Paryżu, poruszył H. sprawę chirurgicznego leczenia gr. krtani, a w r. 1890 w Berlinie na międzynarodowym zjeździe lekarskim już bardzo wyczerpująco omawiano tenże sam temat, gdzie H. demonstrował zabliznioną i leczoną jego metodą krtani, należącą do pacjentki, obserwowanej w ciągu lat 3-ich i zmarłej na suchoty płucne, a nadto demonstrował również mikroskopowem badaniem stwierdzony drugi przypadek wyleczenia gruźlicy krtani, który nie mógł być przez czas tak długi przedmiotem obserwacji, gdyż pacjent zmarł na zapalenie płuc (*pn. intercurrents*) daleko wcześniej. Ponieważ w tym pierwszym przypadku SCHRÖTTER wyraził wątpliwość co do wyleczenia demonstrowanej krtani, pomimo tego iż VIRCHOW zabliznienie jej stwierdził, dano też krtani do drobnowidzowego zbadania E. FRAENKLOWI, który wyleczenie (zabliznienie) jej nawet w głębszych warstwach tkanki stwierdził. Od tej chwili H. poruszał sprawę chir. leczenia gruźlicy krtani nie tylko w różnych fachowych pismach, lecz i wszędzie, gdzie się tylko nadarzała ku temu sposobność na zjazdach naukowych tak osobistemi przemówieniami, jak i zachęcając kolegów, aby leczone przez siebie przypadki na zebraniach demonstrowali.

W miarę upowszechniania się bliższych wiadomości o rezultatach stosowania metody chirurgicznej rosła i liczba jej zwolenników. Do najwcześniejszych należeli H. KRAUSE i M. SCHMIDT (1890). Następnie z roku na rok liczba zwolenników wzrastała, choć nie zbywało i na zaciętych jej przeciwnikach (STÖRCK, SCHRÖTTER) lub na takich, którzy się trzymali w rezerwie. Wielu też z dawnych przeciwników grono jej zwolenników powiększyło.

Zastrzykiwanie tuberkuliny KOCHA, w gruźlicy krtani przez wielu badaczy stosowane, po którym sobie tyle obiecywano, dało powód, jak wiadomo, do kompletnego rozczarowania i sprawę chir. leczenia chwilowo postawiło w cieniu. To też, gdy tuberkulinę zarzucono, wkrótce do niej (t. jest metody chi-



rurgicznej) powrócono, a postawienie na programie XI-go międzynarodowego zjazdu lekarskiego w r. 1894 w Rzymie chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani posłużyć może za dowód, że sprawą tą na nowo świat lekarski się zainteresował. Referentami jej byli HERYNG, GOUGUENHEIM i LENNOX BROWNE, a HERYNG mógł wówczas zdać sprawę nie tylko z 18-tu przez siebie dłużej, niż rok, obserwowanych przypadków, lecz nadto przedstawić pacyenta lekarza, który się chętnie poddał demonstracji zdecydował. Na tymże zjeździe z ośmnastu mówców piętnastu za chirurgicznym leczeniu się oświadczyło. Przechodząc kolejno wszystkie fazy rozwoju terapii gruźlicy krtani aż do ostatniego kongresu laryngologicznego w r. 1908, spożytkowując autor 225 źródeł, do których się odwołuje, uwzględniając i prace naszych pracowników, mianowicie: HERYNGA, OTŁUSZEWSKIEGO, SOKOŁOWSKIEGO, SREBRNEGO i WRÓBLEWSKIEGO, i czyni uwagę, iż najbliższa (trzecia) generacja laryngologów szkoły wiedeńskiej nie opiera się prądowi, powszechnie dziś panującemu, a dążącemu do radykalnego leczenia gruźlicy krtani.

Pracowity swój historyczny operat kończy IMHOFER bardzo interesującym rozdziałem p. t. Najbliższe zadania laryngologii w zakresie gruźlicy krtani. Zdaniem I. należałoby zbadać te niegruźlicze zmiany, mianowicie opisane przez J. MACKENZIEGO płaskie owrzodzenia oraz czysto zapalnego pochodzenia obrzęki i nacieki, otaczające ogniska gruźlicze, i zbadać ich wzajemny anatomiczny stosunek do siebie. Zbadanie dróg, któremi infekcja krtani przychodzi do skutku, miałyby ważne znaczenie, gdyż wszystkie dziś panujące w tym względzie teorie nie są dostateczne. Gdy z laryngoskopowego wyglądu krtani rozpoznanie różniczkowe pomiędzy gruźlicą, przymiotem i rakiem krtani jest niemożliwe, a omyłki nawet najwprawniejszym badaczom się przytrafiały, należy szukać kryteriów, prowadzących do celu, gdyż nawet badanie bakteriologiczne nie rozwiązuje pytania. W stosunku do przymiotu „reakcja WASSERMANNA lub KLAUSNERA może być spożytkowana. [Dla

rozpoznania gruźlicy krtani reakcja PIRQUETA mniej ma znaczenia z uwagi na możebność obecności ognisk i śladów po przebytych sprawach gruźliczych w innych narządach. Mniej trudności przedstawia dyagnoza różniczkowa pomiędzy gruźlicą a rakiem krtani; w każdym razie badanie drobnowidzowe wyciętych kawałków tkanki i nienaruszonych jeszcze nacieczeń jest dla chorego niebezpieczne, gdyż na oścież otwiera drogę do infekcji (GRÜNWARD).

W zakresie prognozy godzien jest bliższego rozważenia fakt, stwierdzony przez HERYNGA i H. KRAUSEGO, iż gruźlica krtani występuje w dwóch postaciach: mającej dążność do samoistnego wyleczenia i poddającej się w wysokim stopniu leczeniu, i szybko przebiegającej, skłonnej do owrzodzeń i rozległego rozpadu. Dlaczego w jednym razie bywa tak, a w drugim inaczej, tego absolutnie nie wiemy; dlaczego raz istnieje dążność do tkankolącznego rozrostu i zabliznienia, a w drugim razie rozpad postępuje naprzód z nieubłaganą uporczywością? co nawet z ogólnym stanem nie jest w związku, gdyż raz wobec rozpaczliwego stanu płuc stan krtani się poprawia i ma dążność do zabliznienia, innym razem rzecz się ma całkiem odwrotnie.

Co się tyczy przyszłości terapii gruźlicy krtani, to autor ważne znaczenie przypisuje obserwacjom w klinikach i przeprowadzeniu metod leczenia pod kierunkiem i ciągłą kontrolą fachowych badaczy i nie widzi pożytku z rozdzielania klinik laryngologicznych na laryngologiczne i otiatryczne. Wreszcie wynurza autor zdanie, że właściwszemby było nie nazywać operacyjnego leczenia gruźlicy krtani „leczeniem chirurgicznym” i tym sposobem ograniczać pole terapeutycznego działania, lecz leczeniem endolaryngealnym, obejmującym tak dobrze leczenie chirurgiczne, jak i stosowanie galwanokaustyki, kwasu mlecznego i w ogóle wszelkiego skombinowanego leczenia.

[Nie należy się dziwić, że chirurgiczne leczenie gruźlicy krtani nie od razu zyskało prawo obywatelstwa. Z początku wręcz potępiano tę metodę, bo naprzód była to nowość, a każda nowość musi wprzód zwalczyć stary porządek rzeczy, zanim zostanie przy-



jęta, zwłaszcza, jeśli nowość ta zasadniczo nie zgadza się z tradycją i utartymi poglądami, które głosiły „że krtani stanowi istotne *noli me tangere* i nie znosi żadnego energicznego podziałania”, gdy tymczasem metoda H., jako polegająca na usuwaniu z krtani gruźliczo zwyrodniałych części za pomocą ostrych narzędzi, stanowiła tak silne przeciwieństwo z dawną, wyczekującą, bierną metodą, że to nie mogło nie wywołać istotnej rewolucji.

Powtóre, jak wiadomo, metoda H. wymaga wielkiej sprawności technicznej, która się nie łatwo zdobywa, i wymaga licznych narzędzi, do każdego indywidualnego przypadku odpowiednio zastosowanych. Dyskredytowano też tę metodę z powodu, że w wielu razach okazała się bezskuteczną, a nawet szkodliwą, lecz zapominało się jednocześnie o tem, że niepomysłny wynik był często następstwem niewłaściwego wyboru danych przypadków. Metody bowiem chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani uogólniać nie należy. Są wszakże przypadki, w których nietylko chirurgiczne leczenie, lecz wszelkie inne choremu nie pomoże. Rozległe zmiany w płucach, upadek odżywiania, stałe podniesienie temp. i t. d. stanowią przeciwwskazania do stosowania tej metody. Lecz jest i pewna stosunkowo niemała liczba takich przypadków, w których jedynie chirurgiczne leczenie prowadzi do celu, i w których wprost dzieje się krzywda choremu, jeśli go się nie stosuje. Kwas mleczny tyle pożyteczny w leczeniu powierzchownych owrzodzeń, a zwłaszcza nie mających dążności do drażnienia w głąb, całkiem jest bezsilny, gdy mamy do czynienia z gruźliczmi nacieczeniami. Tylko chirurgiczne usunięcie tych ostatnich może ulgę przynieść choremu i daje względnie najlepsze wyniki, co w odpowiednich przypadkach i galvano-

kauterem lub skombinowaniem obu metod osiągnąć się daje. W ciągu ostatnich lat kilkunastu miałem możność pooperacyjnego leczenia w Sławucie całego szeregu przypadków gruźlicy krtani, operowanych przez kolegów: HERYNGA, WRÓBLEWSKIEGO, SREBRNEGO, LUBLINERA i innych, i w większości przypadków tych chorzy opuszczali zakład z bardzo znacznym polepszeniem, w wielu razach z całkiem zagojoną krtanią, a mała tylko część ich opuściła Sławutę bez poprawy. Do tej ostatniej kategorii należeli chorzy z wysoko posuniętymi zmianami w płucach, gorączką i upadkiem odżywiania.

Wreszcie nie małą szkodę metodzie tej wyrządziła szkoła Wiedeńska ze SCHRÖTIEREM i STÖRCKIEM na czele. Byli oni zdecydowanymi wrogami tej metody, a kto sobie przypomni, że do niedawna jeszcze opinie tych laryngologów miały niemal rozstrzygawcze znaczenie, ten zrozumie, o ile potępienie metody chirurgicznej przez takie powagi wpłynęło na opóźnienie jej upowszechnienia i o ile zniechęciło do niej wielu *jurantes in verba magistri*. Stwierdzonem też zostało, że panowie ci nie wahali się wprost ostrzegać pacjentów, aby sobie nie pozwalali wykonywać w krtani żadnej operacji, uciekając się do sposobów, nie mających nic wspólnego z etyką, że nie użyjemy silniejszego wyrażenia.

Tak więc, pomimo wszelkich przeciwności i namiętej walki, jakiej przykładów w historii naszej nauki nie wiele znajdziemy, metoda HERYNGA wywalczyła sobie uznanie, jako oparta na racjonalnej podstawie, że gruźliczo zwyrodniałe części krtani doszczętnie usuwać należy, dążąc do zamiany uszkodzeń gruźliczych na rany proste, jak to ma miejsce w leczeniu gruźlicy kości, gruczołów limfatycznych i t. d. Przypisek sprawozdawcy]. Nizza 20. XII. 1909 r. *H. Dobrzycki*.

## Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo pomocy dla chorych nerwowych i umysłowych d. 9 b. m. święciło nowy tryumf — otwarcie nowego pawilonu w Drewnicy dla chorych umysłowo, w którym znajdzie przytułek 50 chorych płci obojej. Pawilon piętrowy na dole mieści 2 pra-



ownie dla chorych, kuchnię, pralnię i t. p., na piętrze zaś 2 sale nocne dla mężczyzn i kobiet, 2 dzienne oraz po 8 pokojów dla pensyonarzy, poza tem wanny, klozety i t. p.

Zakład jest skanalizowany i zasilany wodociągami ze studni artezyjskiej.

Koszt dotychczasowy wynosi 48,000 rb., do urządzenia zupełnego jednak brak jeszcze kilkunastu tysięcy.

Jak wiadomo, prócz pawilonu nowego Drewnica ma już 2 dawne pawilony, zajęte szczerze, tak, że wciąż daje się odczuwać brak miejsca.

D. 9 zebrało się w zakładzie około 70 osób lekarzy i przedstawicieli pokrewnych instytucji społecznych. Po dokładnem zwiedzeniu terenu 30 morgowego, który zmienił się w kulturalną osadę z wydm piaszczystych, przybyli wysłuchali kilku przemówień, ilustrujących dzieje instytucji i zakładu. Towarzystwo w ciągu niespełna 8 lat swego istnienia zdziało już wiele dzięki niezmiernie energicznej pracy kierowników, Drewnica zaś rozkwit swój zawdzięcza przede wszystkim swemu kuratorowi kol. K. Rychlińskiemu. Prezesem Tow. jest rej. Wasiutyński, zakładem kieruje obecnie kol. Miszewski wraz z kol. Grabowskim.

Fundusze na pawilon powstały z zapisów, głównie zaś z zapisu ś. p. Wiemanowej.

— Wyszła z druku 2-ga część Dyagnostyki anatomo-patologicznej, Jama brzuszna, d-ra med. Zdzisława Dmochowskiego, prosektora Uniwersytetu Warszawskiego. Zanim w czasopiśmie naszym podamy obszerniejszą ocenę tego dzieła, zaznaczamy, że wydane ono zostało przy współudziale kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym im. d-ra med. Józefa Mianowskiego, i że zewnętrzna strona wydawnictwa przedstawia

się nader okazale. Skład główny u E. Wende i S-ka, druk Piotra Laskauera. Dzieło zawiera 1000 stron druku i 478 rysunków, przeważnie oryginalnych, i poświęcone zostało pamięci ś. p. dziekana Brodowskiego.

— Nadesłano nam sprawozdanie ze szkoły, utrzymywanej przez lekarzy przy ul. Solnej Nr. 17. Losy tej szkoły to losy naszego szkolnictwa w dobie ostatniej. Otwarta, jako szkoła Macierzy, razem z nią została zamknięta, przeistoczono wtedy koło na gniazdo Tow. opieki nad dziećmi i pod tą egidą szkoła rozwija się dalej. Uczy się w niej 86 dzieci, które otrzymują prócz nauki zimą posiłek gorący, a latem część z nich korzysta z wyjazdu na wieś na koszt koła lekarzy i opiekunek szkoły.

Jako jedyna szkoła początkowa, utrzymywana przez lekarzy, zasługuje ona na poparcie przez wszystkich kolegów przez zapisywanie się na członków.

— W 1 numerze Zdrowia, jak zwykle, zawierającym treść obfita, znajdujemy analizę wody ze źródła „Wieniec” w Brzeziu bar. Kronenberg, dokonaną przez d-rów Gixellego i B. Miklaszewskiego. Woda ma c. w. 1,00313, ma ciepłość 13,9°C, zawiera 0,0016‰ siarkowodoru, znaczną ilość soli wapnia ( $\text{CaSO}_4$  — 2,1919,  $\text{CaCl}_2$  0,05752 i  $\text{CaHCO}_3$ )<sub>2</sub> — 0,14933‰ oraz chlorku sodu 0,61554‰, jest więc wodą siarczano-wapienną z wysoką zawartością soli kuchennej.

— Na wakującą po ś. p. kol. Karczewskim ordynaturę zgłosiło się podobno 20 kandydatów. Nie rozstrzygnięto dotąd, jaką drogą ma być obsadzona ta posada, wobec jednak kilku chirurgów-ordynatorów bez oddziału prawdopodobnie nowego konkursu nie będzie.

— Zmarł d-r Czesław Bitner w Moszczenicach.

**Odpowiedzi Redakcyi.** Koledze Garbaczewskiemu z Turobina. Przytoczona w Nr. 52 na str. 1287 kombinacja jest dobra; w referacie opuszczono, iż użyć należy *Natr. sulf. s i c e u m*. Kombinację tę podaje się w pastylkach.