

# GAZETA LEKARSKA

## I. Epidemia włośnicy (trichinosis) w Warszawie.

Podał

K. Chełchowski.

W końcu stycznia oraz w ciągu lutego i marca r. b. spostrzegałem epidemię włośnicy, na którą złożyło się 12 zachorowań w Warszawie i 40 zachorowań w pobliżkiem Piasecznie i jego okolicy.

Źródło wszystkich tych przypadków było jedno i to samo—zakażona trychinami wieprzowina od dwóch świń, bitych w grudniu r. z. i w styczniu r. b. w szkole gospodarstwa kobiecego w Chyliczkach dla nauki uczennic. Obydwie te świny były młode, może 2-letnie, obydwie pochodziły z przychówku miejscowego, a nie z zagranicy. O jednej, bitej w grudniu, można to powiedzieć z całą pewnością, bo pochodziła z chlewni zakładowej w Chyliczkach. I druga świna, nabyta na targu w Piasecznie, a sprowadzona do Piaseczna z targu na Pradze, niewątpliwie była chowu miejscowego: świni bowiem rasowej, sprowadzonej z zagranicy, nie opłaciłoby się sprzedawać na rzeź tak młodo. Obydwie więc świny dostały włośnicy (*trichinosis*) u nas w kraju.

Mięso pierwszej z tych świń zawierało włośnie [trychiny] w niezbyt wielkiej liczbie, mięso drugiej — bardzo nieliczne. Włośnie [trychiny] u obu świń nie były jeszcze zwapniałe, a po części nawet nie otorbione, co świadczy o ich względnie świeżem pochodzeniu.

Wiadomości te zawdzięczam profesorowi instytutu weterynaryjnego, p. M. ŻÓRAWSKIEMU, który badał mięso od obu świń i pierwszy znalazł w jednym i drugim—włośnie. Ja sam, aczkolwiek dostawałem do badania trzykrotnie wieprzowinę, spożywaną na miejscu zachorowań, prawdopodobnie jednak w pierwszych dwu razach otrzymałem ją od innych sztuk nie zakażonych, znalazłem

bowiem trychiny dopiero za trzecim razem. Szukałem ich w polgawicy i w kielbasie. Otóż w kielbasie wcale nie udało mi się ich znaleźć. W polgawicy znajdowałem je z kol. BŁEKOWSKIM, asystentem oddziału, nie w każdym preparacie, czasem na kilka preparatów w jednym tylko, czasem w jednym preparacie było ich 2, 3 nawet 4. Takie same wyniki otrzymywał i kol. MARZEL, który niezależnie ode mnie badał te same próbki mięsa.

W kielbasie w ogóle odnaleźć włośnię [trychiny] bywa trudno. Tak np. prof. BRODOWSKI w pierwszym mięsie włośniowem, jakie badano w Warszawie, nadesłanem z Łodzi przez dra BAROKA w r. 1870 <sup>1)</sup>, w kielbasie włośni wcale nie znalazł, choć w mięsie było ich dużo. Kol. RZĄD w Łodzi w ciężkiej epidemii włośnicy <sup>2)</sup> długo szukał napróżno włośni w kielbasie i naraz trafił na wielką ich liczbę.

Przypomnę tu jeszcze czytelnikom Gazety, że włośnię daleko łatwiej znaleźć w surowej wieprzowinie, niż w przetworach kuchennych, łatwiej przy użyciu powiększeń słabszych [50—90 razy], niż silniejszych. Na zwyczajnych preparatach rozskubywanych trudniej je odszukać. Najlepiej rozgniatać skrawki lub zeszkrobiny z mięsa między dwoma szklami przedmiotowymi. Przy obowiązkowych oględzinach drobnowidzowych wieprzowiny, używa się grubych szkieł przedmiotowych ześrubowanych. Skrawki z suchych wędlin trzeba przed rozgniataciem namoczyć w wodzie.

Z niewielką liczbą włośni [trychin] w mięsie obu tych świń zgadza się najzupełniej to, że wywołana przez nie epidemia była bardzo łagodna. Z 52-ch chorych nikt nie umarł. Poważnie chorowała tylko trzecia część [36,5%] zakażonych osób: z 52-ch przypadków 19 ciężko chorych.

Blisko u trzeciej części chorych przebieg był poronny: tak łagodny, że osoby te nie kładłyby się do łóżka i nie uważałyby się za chore, gdyby nie typowy rażący obrzęk powiek, który zwracał uwagę i samych chorych, i ich otoczenia. Wreszcie kilka osób, co najmniej 5, które niewątpliwie miało do czynienia z zakażeniem mięsem i kosztowało je surowe i pół surowe, nie chorowało jednak wcale.

Pomijając stopień natężenia choroby, objawy jej u różnych chorych w całej tej epidemii okazywały dużo podobieństwa. W najogólniejszych wyrazach możnaby określić przeważający typ tych zachorowań, jako gorączkę zwalniającą, podobną do tyfusowej, blisko 2-tygodniową, która zjawiała się po paru dniach silnego obrzęku powiek i niedomagania przy stanie bezgorączkowym lub podgorączkowym. Okresu wstępnego zaburzeń w czynnościach przewodu pokarmowego, t. j. wymiotów i biegunki w epidemii tej na ogół nie było.

<sup>1)</sup> Pam. Tow. Lek. Warsz. 1870, t. 63, str. 110.

<sup>2)</sup> Nowiny Lek. 1897, str. 510.

Tam, gdzie włośnica zdarza się częściej, rozpoznanie jej, a przynajmniej powzięcie stanowczego co do niej podejrzenia przychodzi łatwo. I nasi lekarze w Kaliskiem i w Łodzi [Podniechowski<sup>1)</sup>, MARBAIN i STRALING<sup>2)</sup>, Rząd (l. c.)], rozpoznawali stanowczo włośnicę jeszcze przed wykazaniem trychin w mięsie, a nawet i wtęły, gdy włośni w mięsie nie znaleźli. Tam jednak, gdzie włośnica nie zdarza się wcale, jak np. w Warszawie, myśl o tej chorobie trudniej do głowy przychodzi. To też i w opisywanym tu epilemii do właściwego rozpoznania doszło się dość mozolnie.

Pierwsze zachorowania nastąpiły w zakładzie w Chyliczkach d. 6 go stycznia. Ponieważ jest to pora jeszcze wakacyjna—święt Bożego Narodzenia i zakład względnie jest jeszcze pusty, więc na razie zachorowały tylko trzy osoby. Wskutek bezroboci kolejowych i obaw przed nimi uczennice zjeżdżały się powoli i liczba chorych przeto powoli wzrastała.

Lekarzowi więc miejscowemu kol. JASZCZOŁTOWI brakowało dwóch ważnych momentów, które mogły zwrócić rozpoznanie we właściwym kierunku, a mianowicie: 1) masowego doraźnego zachorowania wielu osób i 2) wstępnego okresu zaburzeń w czynnościach przewodu pokarmowego w początku choroby. Kol. JASZCZOŁT przypuszczał, że ma do czynienia z nietypową grypą [influencą].

Mnie wezwano w Warszawie do zakładu wychowawczego hr. PLATERÓWNY, pozostającego pod tym samym zarządem, co i szkoła gospodarstwa kobiecego w Chyliczkach, d. 23 go stycznia do chorej nie gorączkującej, chodzącej z bardzo silnym obrzękiem powiek. Osoba ta oświadczyła mi, że poprzedniego dnia była w Chyliczkach, gdzie coraz więcej osób zapada na influencę z opuchnięciem powiek. Chore w Chyliczkach gorączkują i długo [niektóre przeszło 2 tygodnie], i silnie, bo do 39° i 40°. W miasteczku choroba ta panuje. Nazajutrz zachorowały w Warszawie jeszcze dwie osoby.

Właściwie mówiąc, już te dane powinny mi były nasunąć myśl o włośnicy, gdybym był pamiętał symptomatologię tej choroby. Z obrzęku powiek i gorączki jakby tyfoidalnej jedni rozpoznają już włośnicę, inni mocno ją podejrzywają. Nie pamiętałem jednak objawów włośnicy i myśl o niej na razie nie przyszła mi do głowy.

Natomiast od pierwszych dni powziąłem podejrzenie, że epidemia w Chyliczkach pochodzi raczej z zatrucia jakimiś pokarmami, a nie z zarażenia jednych osób od drugich. Wybuch dziwnej epidemii w zakładzie, wybornie urządzonej pod względem higienicznym, pominięciem przez chorobę miasteczka niezmiernie zaniedbanego pod względem zdrowotnym; wysoki stopień zaraźliwości choroby, a brak zachorowań w miasteczku; zbyt krótki, bo zaledwie kilkunastogodzinny okres wylegania u chorych w Warszawie, dłuższy okres niedomagania z przypadłościami żołądkowo-kiszkowymi przed samą chorobą u jednej

<sup>1)</sup> Medycyna. 1903, str. 645.

<sup>2)</sup> Gaz. Lek. 1897, str. 208, 243, 266.

chorej w Warszawie, wszystko to zbudziło we mnie przekonanie, że chodzi tu o zatrucie pokarmowe. Przeglądając z tej racji objawy zatruc zepsutem mięsem, rybami i t. p., znalazłem zaledwie wzmiankę, że zdarza się tu niekiedy i obrzęk powiek. Natomiast opis włośnicy zgadzał się zupełnie z tem, co widziałem w Warszawie i słyszałem o epidemii w Chyliczkach. To też prosząc listownie kol. JASZCZOŁĘTA o dane dotyczące epidemii, a zwłaszcza możliwości zatrucia pokarmowego, dodałem, że od rozpoznania włośnicy wstrzymuje mnie tylko to, że choroba ta w Warszawie się nie zdarza.

Przy rozpytywaniu na razie usłyszałem, że zakłady w Warszawie i w Chyliczkach mają wędliny każdy z innego źródła. W wędlinie, wziętej z zakładu, trychin nie znalazłem. Przez parę dni podejrzewaliśmy bardzo zatrucie rybami, które dawano na stół i w Chyliczkach i w Warszawie z jednego źródła. Podejrzenie to upadło, gdy wykazano, że jedna z chorych ryb wcale nie jadła.

Na wycinanie chorym kawałków mięśni celem odszukania włośni nie mogłem się zdecydować. Przy rozpytywaniu kolegów, czy nie widują podobnej choroby, kol. JANOWSKI poradził mi rozstrzygnąć podejrzenie co do włośnicy wykazaniem we krwi eozynofilii lub jej braku. Eozynofilię we włośnicy stwierdzono już od kilku lat. W ostatnim czasie objaw ten coraz bardziej zyskuje znaczenie rozpoznawcze, ile że eozynofilia zdarza się w niewielu tylko chorobach, jak: białaczka, choroby skóry (*pemphigus*, *eczema*), wnetrzaki (*anchylostomum duodenale*), rozmięknienie kości, astma oskrzelowa, szkarlatyna, które w danym razie łatwo bywa wykluczyć.

I rzeczywiście, w preparatach krwi od dwóch chorych znalazłem leukocytozę wielojądrową z wielką liczbą ciałek eozynochłonnych, bo po kilkanaście i kilkadziesiąt w każdym preparacie. Dla ostatecznego jednak usunięcia wszelkich wątpliwości i zarzutów prosiłem kol. KARWACKIEGO o zbadanie krwi chorym.

Kol. KARWACKI stwierdził, że surowica krwi, wziętej od 2-ch chorych za pomocą cietej bańki w rozczywie 1:30 i 1:60, nie aglutynowała ani laseczników durowych, ani rzekomo durowych A i B. Brakowało nawet odczynu częściowego.

U większości [6 na 8] chorych kol. KARWACKI stwierdził leukocytozę, zależną od przyrostu ciałek wielojądrowych. U wszystkich [8-u] chorych znalazł znakomite zwiększenie liczby ciałek eozynochłonnych, stanowiących od 10% do 80% ogólnej liczby ciałek białych u różnych osób. W wypróbnieniach ani jaj, ani pasorzytów zwierzęcych nie znalazł.

Po ustaleniu rozpoznania przez kol. KARWACKIEGO, mogłem już z całą stanowczością ponowić dawniejszy swój zakaz spożywania wędlin i zużytkowywania w jakikolwiek sposób dawniejszych ich zapasów. Teraz dopiero przy rozpytywaniu okazało się wreszcie, że wędliny z Chyliczek dostawały się i do Warszawy. Bardzo trudno było przekonać osoby zarządzające, że świnie z chlewni zakładowej, rzeczywiście wzorowo utrzymywanej, mogły być powodem epidemii. Dopiero uwaga, że właśnie świnie rasowe sprowadzane z za-

granicy najłatwiej mogą być dotknięte trychinami, obudziła pewne podejrzenie.

D. 7. II pojechałem do Piaseczna, gdzie uległ epidemii i kol. JASZCZOŁT, obejrzałem kilkanaście osób w różnych okresach choroby i od kilku wziąłem krew do zbadania. I tu znalazłem u wszystkich leukocytozę wielojądrową i eozynofilię, jakkolwiek mniej wybitną, niż u chorych warszawskich. I tym razem jeszcze w wędlinach z Chyliczek nie znalazłem włośni. Co więcej wędliny te, oddane do schowania posługaczowi, zginęły, a było ich sporo. Zapewne zjadł je ktoś z zawsze głodnej posługi szpitalnej. Żadnego jednak podejrzanego zachorowania ani między służbą, ani między chorymi nie było. Może i tym razem dane mi wędliny nie pochodziły od sztuk zarażonych.

Epidemia w obu zakładach niezwłocznie prawie ustała. Ostatnie zachorowania bardzo już łagodne z przebiegiem poronnym nastąpiły w Chyliczkach w dzień mojej tam bytności—7-go lutego; w Warszawie — 10-go lutego [we 2½ tygodnia po zjedzeniu niewielkiej ilości polędwicy surowej].

Poza zakładem w Chyliczkach chorowało jeszcze, prócz kol. JASZCZOŁTA i jego służącej, jakieś 10 osób, u których ostatecznie stwierdzono stanowczo, że jadły zarażoną wieprzowinę.

Zdaje się, że zachorowania następowały głównie po polędwicy surowej, po kielbasie wędzonej i po schabie.

W 2 tygodnie dopiero po ostatnich zachorowaniach dowiedziałem się, że w wędlinach chyliczkowskich prof. M. ŻÓRAWSKI znalazł trychiny. W próbie wędlin, którą tym razem otrzymałem, znajdowałem i ja już dość łatwo nieliczne włośnie.

Rozwiodłem się zbyt szeroko może o historii tej epidemii i kłopotliwym ustaleniu rozpoznania. Chodziło mi jednak o wykazanie, że stwierdzenie włośni w mięsie może być bardzo kłopotliwe nawet tam, gdzie na pozór nie powinno nastąpić najmniejszych trudności. Wogóle zdaje mi się, że wykrycie włośni w mięsie łatwe jest tylko na wsi, gdzie w razie epidemii szuka się trychin w mięsie od jednej sztuki. W mieście zwłaszcza większem wykrycie włośni w wędlinach może nastąpić tylko przy szczęśliwym zbiegu okoliczności. Na ogół zaś staje mu na przeszkodzie wielość sklepów z wędlinami, różne w nich pochodzenie wędlin i dość znaczny odstęp czasu [8 dni, 2 tygodnie i więcej] pomiędzy spożyciem zakażonego mięsa a powzięciem podejrzenia włośnicy.

Przechodzę do rozbioru poszczególnych objawów w naszej epidemii, jak już wspominałem, bardzo łagodnej.

W epidemii tej na ogół nie bywało wstępnego okresu zaburzeń w czynnościach przewodu pokarmowego. O 3-ch tylko osobach wiem, że na kilka dni przed właściwą chorobą miały niesmak, wypróżnienia nieregularne, to zaparte, to wolniejsze, jakieś sensacje w brzuchu niezbyt zresztą dokuczliwe. Dodać trzeba, że osoby te i przed chorobą od dawna nie były w porządku

z trawieniem. Kol. JASZCZOŁT w początku choroby dwa razy widział wymioty, ja raz biegunkę. Przebieg choroby u osób ze wstępnymi zaburzeniami w trawieniu bynajmniej nie był łagodniejszy, raczej cięższy. Przez czas choroby na ogół przeważała skłonność do zaparcia stolca.

W dawniejszych opisach włośnicy wstępny okres wymiotów, biegunki bólów w brzuchu uchodził za konieczną typową część obrazu choroby. Nowsze opisy zaznaczają, że okresu tego bardzo często może brakować. Prawdopodobnie różnica ta zawisła od zmiany w naszych poglądach teoretycznych na sposób zachowania się trychin w przewodzie pokarmowym i na drogi dostawania się ich potomstwa do mięśni. Dawniej przypuszczano, że po zapłodnieniu włośni w kiszkach młode ich zarodki [embryony] przebijają ściany kieszek, a nawet otrzewną. Dziś wiemy, że zapłodniona samica przebija kosmek (*villus intestinalis*) w kiszkach, sadowi się w nim i znosi tam młode, które się dostają wprost do naczyń mlecznych kosmka. Oczywiście przy dawniejszym poglądzie, gdy każdy zarodek miał przebijać kiszkę, należało oczekiwać daleko cięższych zaburzeń, niż przy obecnym, który rolę tę pozostawia tylko zapłodnionym samicom. Jedna samica może przecież znieść tysiąc i więcej młodych.

Dawniej przypuszczano za VIRCHOW'em i LEUCKART'em wędrówkę zarodków w trychinowych po tkance łącznej i gruczołach. Już ZENKER, który w r. 1860 opisał pierwszy przypadek włośnicy u człowieka, ze względów teoretycznych przyjmował dostawanie się zarodków do krwi. FIEDLER'owi udało się odnaleźć pojedyncze zarodki we krwi. Następnie cały szereg uczonych [HEITZMANN, CERFONTAINE, ASKANAZY, GEJSSE, GRAHAM] oświadczył się za tem, że zarodki dostają się do mięśni ze krwią przez naczynia mleczne i krwionośne. Pogląd ten miał jednak i przeciwników [PAGENSTECHEK, EHRHARDT], i to aż do ostatniego czasu, którzy zarzucali, że zarodków trychinowych we krwi wykazać nie udaje się, chyba wyjątkowo, a także, że zarodki te,  $\frac{1}{10}$  mm. długie, utknęłyby w naczyniach włosowatych. Obecnie wszelkie już wątpliwości w tym względzie zostały usunięte. STÄUBLI<sup>1)</sup> wpadł na szczęśliwy pomysł: wyciągał strzykawką większą ilość krwi z serca zwierząt, użytych do doświadczeń, mieszał tę krew z 3% - owym kwasem octowym, niszczył w ten sposób krążki czerwone i w osadzie ze krwi odwirowanym na wirówce znajdował pomiędzy białymi ciałkami liczne embryony trychinowe — po kilkadziesiąt kilkaset. Co do utkania embryonów w naczyniach włosowatych, to zarodki trychin, jakkolwiek długie, są zato węższe od krążka czerwonego i posiadają ruch własny.

Jakkolwiek bądź wstępny okres zaburzeń w trawieniu może rozpoczynać chorobę. Niekiedy zaburzenia te bywają bardzo gwałtowne — przypominają cholere. Niekiedy trwają przez cały czas choroby. Taką była słynna złośliwa epidemia w Hedersleben, pożytywana jakiś czas za cholere. Taką była

<sup>1)</sup> Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1906, tom 85, str. 286.

i u nas pod Płockiem ciężka epidemia, opisana przez ŻENCZYKOWSKIEGO<sup>1)</sup>, który poczytywał ją za cholereę lub influencę kiszkową, aż sami chorzy zwrócili uwagę na zbieg zachorowań ze spożyciem podejrzanej wieprzowiny. W epidemii ŻENCZYKOWSKIEGO obrzęku powiek nie było, gorączka była niestała i niewysoka, zato częstość wypróżnień dochodziła do 30-u na dobę, biegunka trwała przez cały czas choroby, łączyła się z upadkiem sił, sinicą, bezmoczem.

Zachorowania w naszej epidemii zaczynały się niemal stale obrzękiem powiek przy stanie bezgorączkowym lub podgorączkowym, niekiedy tylko wyraźnie gorączkowym. Obrzęk powiek był bardzo silny, powieki przytem czerwone. Przypominało to na pierwszy rzut oka zapalenie oczu egipskie lub różę twarzy. Często prócz powiek brzękła i łącznica galki ocznej (*conjunctiva bulbi*), wypuklając się nawet przez szparę oczną na zewnątrz. Przytem ani śladu wydzieliny ropnej lub śluzowej w oczach. Nieraz prócz powiek brzękła i czerwieniła się w postaci plam skóra na policzkach i nosie. Obrzęk ten powiek, na ogół bardzo silny, niekiedy w Chyliczkach, jak podaje kol. JASZCZOŁT, wprost monstualny, trwał 2 do kilku dni, parę razy opuszczał się stopniowo na środek twarzy, a potem na dolną jej część. Obrzęk ten jest tak charakterystyczny, że słusznie stanowi główny objaw, zwracający uwagę lekarza na możliwość włośnicy.

Temu obrzękowi powiek zwykle gorączka na razie nie towarzyszyła, a przynajmniej niewielka. Widziałem cały szereg osób w pierwszym dniu choroby, chodzących z obrzękiem powiek: kładły się do łóżka niechętnie. Jedna chora z Chyliczek z obrzękami powiekami przyjechała do Warszawy i tu była bardzo czynna, załatwiająca liczne interesy. Objaw ten był w naszej epidemii bardzo stałym. Sam widziałem 3 tylko przypadki z przebiegiem poronnym, w których mogła zachodzić wątpliwość, czy powieki są spuchnięte; otoczenie, znające te osoby od dawna, i w tych przypadkach utrzymywało, że oczy się zmieniły, że są spuchnięte.

Drugim objawem stałym w naszej epidemii była gorączka podobna do tyfusowej, najczęściej zwalniająca, przekraczająca 39°, trwająca około 2-tych tygodni. W 2-ach przypadkach sięgała do 40,5°, w 9-u przypadkach dochodziła do 40°. Wysokość ciepłoty nie stanowiła z resztą o ciężkości przebiegu choroby, raczej o czasie trwania gorączki. W 3-ach najcięższych przypadkach gorączka nie dosięgała 40°, ale trwała bardzo długo, raz 6 tygodni, a raz 51 dni. W innych natomiast przypadkach gorączka była słabsza, trwała krócej, w poronnych — po parę dni. W kilku przypadkach gorączki wcale nie było. W kilku mieliśmy wznówki gorączki to wcześniej krótkotrwałe ale wysokie, to później po spadku gorączki — dłużej trwające okresy stanu podgorączkowego.

<sup>1)</sup> Czasopismo Lekarskie, 1905, str. 3, 57.

Gorączka podobna do tyfusowej, tylko często znacznie dłuższa, stanowi stały objaw włośnicy we wszystkich jej epidemiach. Najczęstszą właśnie pomyką lekarzy w tej chorobie bywa pochylenie jej za tyfus brzuszny.

W przypadkach ciężkich i średniego natężenia widoczna była niemoc, przygnębienie; ogólne wrażenie ciężkiej choroby; rekonwalescencja trwała tu bardzo długo. W przypadkach lekkich poronnych widoczne było raczej pewne podniecenie, usposobienie wesołe, powrót do zdrowia doraźny i zupełny. Właściwego bredzenia nie było ani razu, jednak jedna z chorych skarżyła się na halucynacje, kilka osób zdradzało chorobliwe podniecenie z wielomównością, wielu chorych cierpiało na upartą bezsenność.

Częstość tętna odpowiadała mniej więcej wysokości gorączki.

Dreszcze i dreszczyki w naszej epidemii zdarzały się, ale bynajmniej nie we wszystkich przypadkach.

Częste i obfite poty są pospolitym objawem włośnicy. Przypuszczają, że niejedna epidemia tak zwanych angielskich potów, „*englischer Schweiss*“ była trychinozą<sup>1)</sup>. W epidemii, opisanej przez RZĄD [l. c.], jeden z chorych zmieniał bieliznę wskutek potów po kilkanaście razy na noc; inna chora prócz mnóstwa herbaty i limonady wypijała po 7 syfonów wody gazowej na dobę. W naszej epidemii częste i obfite poty powtarzały się u większości chorych, choć takich jaskrawych przykładów nie było.

Wyraźnego obrzmienia śledziony nie widziałem ani razu, jak to zresztą zwykle bywa we włośnicy. Ani razu też nie widziałem zajęcia oskrzeli. Jedna chora po dłuższym trwaniu gorączki miała hipostazę w dolnej części lewego płuca.

Co do objawów skórnych, towarzyszących gorączce, to w naszej epidemii były dość częste. U 5-u osób był wyprysk wargowy, raz nawet na powiekach. 3 razy widziałem typową często powracającą pokrzywkę. Wielu chorych miało na skórze niewyraźne plamki i guziczki.

Trzeci charakterystyczny objaw włośnicy poza obrzękiem powiek i gorączką tyfusową odpowiada wtargnięciu włośni do mięśni. Są to nieznośne i długotrwałe bóle i nacieczenia mięśniowe, doprowadzające do zupełnego unieruchomienia ciała, do przykurczów, ciężkiej duszności wskutek zajęcia mięśni oddechowych i t. p. Wogóle we włośnicy trychiny najliczniej skupiają się w mięśniach najbardziej czynnych, a więc w przeponie, mięśniach międzybrownych, ocznych, językowych, żwaczach, mięśniach szyi. Jeden tylko mięsień sercowy, jakkolwiek najbardziej czynny, zwykle bywa wolny od włośni. Nadto jeszcze trychiny skupiają się licznie w pobliżu ścięgien, które tworzą naturalną tamę dalszej ich wędrówce. Niektóre przypadki włośnicy uchodziły wskutek tych bólów za reumatyzm ostry. W naszej epidemii objaw ten może mniej być stały i wybitny. Nacieczenia mięśniowe widzia-

---

<sup>1)</sup> RIESS. Trichinenkrankheit w Real-Encyklopädie d. gesamt. Heilkunde. Wyd. 3, t. XXIV, str. 474. HELLER w ZIEMSEN'a Handb. d. sp. Path. u. Ther. Wyd. 2, tom. III, str. 382.



łem u kilku tylko osób i to niezbyt wybitne: wzdłuż m. mostko-obojęczyko-sutkowego, na zginaczach uda [u jednej osoby poniżej krętarzy, u drugiej ponad kolanem], na zginaczach goleni ponad stopą. U kilku ciężiej chorych doszło do tego, że mowa, wysuwanie języka, żucie, były utrudnione i bolesne. Parę chorych cierpiało przy wszelkich ruchach do tego stopnia, że musiano je karmić, sadzać na łóżku, przewracać z boku na bok, bo choć byłyby jeszcze miały dość sił po temu, unikały wszelkiego czynnego ruchu ze względu na bóle. U wielu osób każde dotknięcie sprawiało ból. Inne jeszcze przy pierwszych tylko ruchach doznawały bólu, który ustępował przy powtarzaniu tych samych ruchów. Duszności wskutek zajęcia mięśni oddechowych [przepony i międzyżebrowych] nie widziałem. Nie widziałem również i zajęcia mięśni ocznych. Bóle u kilkunastu osób pozostały na czas dłuższy po ustaniu gorączki. W cięższych epidemiach pozostają one po chorobie przez rok i dłużej.

W związku z cierpieniem mięśni we włośnicy pozostaje znikanie objawu kolanowego i innych odruchów ścięgnowych, często spostrzegane w tej chorobie od czasu, jak zwrócili na to uwagę NONNE i HOEPFNER (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1889, t. XV). Widocznie jednak to znikanie odruchu rzepkowego właściwe jest nie wszystkim epidemiom. Zwracałem uwagę na objaw kolanowy w najcięższych właśnie przypadkach i w różnych okresach choroby: zawsze udawało mi się wywołać go. W epidemii kol. ŻENCZYKOWSKIEGO objaw kolanowy zniknął u kilku chorych.

Wspomnieni NONNE i HOEPFNER wykazali we włośnicy poważne zaburzenia w pobudliwości elektrycznej nerwów i mięśni, najczęściej zwłaszcza obniżenie bezpośredniej pobudliwości mięśniowej faradycznej.

Do często wreszcie spostrzeganych objawów należy i objaw KERNIG'a, polegający, jak wiadomo, na tem, że chory siedząc w łóżku nie może wyciągnąć nóg prosto przed siebie. W naszej epidemii nie widziałem tego objawu u nikogo z chorych.

[D. n.]

## II. Powstawanie i znaczenie kliniczne rytmu cwałowego (galopu).

Napisał

Dr med. J. Pawiński,

Starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 23].

**R o z p o z n a n i e.** Przedewszystkiem należy w każdym przypadku rytmu cwałowego zwrócić uwagę, czy ciśnienie tętnicze jest wzmożone, czy też zmniejszone, a to dla wyróżnienia rzeczywistego rytmu cwałowego od innych postaci. Co się tyczy wielkości napięcia tętniczego, to w przypadkach typowego rytmu cwałowego dochodzi ono w tętnicy promieniowej do wysokich cyfr, niekiedy do 220 — 230 mm Hg. W tyfusie i innych chorobach zakaźnych ciśnienie opada do 100 — 90 mm Hg. Podobnież trzeba mieć na względzie częstość tętna, pamiętając, że typowemu rytmowi galopu towarzyszy zawsze *tachycardia*. Częstość tętna waha się w takich razach pomiędzy do 90 — 120. Przy wyższych stopniach *tachycardiae* rytm cwałowy znika.

Następnie należy zwrócić uwagę w jakiej fazie czynności serca występuje t. zw. dodatkowy — trzeci ton, a to dla wyróżnienia cwału przedskurczowego od rozskurczowego. Przy niemiarowości tętna o rzeczywistym rytmie cwałowym nie może być mowy, to też dziwną wydaje się nam wzmianka prof. MÜLLER'a (38) o wyróżnianiu rytmu galopu u chorych dotkniętych arytmją.

Przy t. zw. rytmicznej arytmii (*bigemina cordis*) słyhać niekiedy rytm galopu fałszywy: dodatkowy ton [trzeci] zawdzięcza swój początek słabej, jakby zarodkowej rewolucyi serca. Wyrazem jej jest tylko ton skurczowy, gdyż rozskurczowy wtedy do skutku nie przychodzi. Otóż ton ten, wraz z dwoma zwykłymi tonami poprzedniej, normalnej rewolucyi serca, tworzy rytm o trzech tonach, zbliżony do rytmu cwałowego.

Odróżnić go można od tego ostatniego zapomocą tętna. Przy rytmie cwałowym fałszywym tętno bywa pr z e p u s z c z a j ą c e m, intermisya odpowiada wspomnianemu trzeciemu tonowi, i zależy od bardzo słabego skurczu serca, który na tętnie albo zupełnie nie odbija się lub też wyraża się w bardzo słabym stopniu, w postaci zaledwie wyczuwalnej fali tętna.

Z tego również powodu tętno, przy rytmie galopu fałszywym, posiadać będzie częstość mniejszą, niż przy rytmie galopu prawdziwym, a nawet bę-

dzie ono mieć tendencję do *bradycardiae*, w przeciwieństwie do rytmu galopu którego cechuje *tachycardia*. Prócz tego należy pamiętać, że taka regularnie powtarzająca się niemiarowość trwa zwykle krótko. Niekiedy w ciągu jednej minuty rytm serca zmienia się na prawidłowy, lub też przechodzi w zupełną arytmję, zwłaszcza skoro chory zacznie się poruszać.

Bardzo ważnym pod względem klinicznym jest wyróżnienie rytmu cwałowego od rytmu o trzech tonach, występującego bardzo często przy zwężeniu otworu żylnego lewego (*bruit de rappel*).

Rozpoznanie różniczkowe może być bardzo trudnem, mianowicie w tych przypadkach, w których przy istnieniu wady otworu żylnego lewego, nie słychać ani szmeru przedskurczowego, ani też rozkurczowego. Podobnie nie będzie ono łatwem również wówczas, kiedy prawdziwy rytm galopu presystoliczny zacznie przechodzić w rytm protodiastoliczny. Do usunięcia trudności dyagnostycznych służyć mogą następujące dane:

1) Trzeci ton przy zwężeniu ujścia występuje prawie bezpośrednio po 2-im tonie, tworząc jakby jego dodatek. Stąd też rytm przy zwężeniu podobny jest do rytmu, jaki powstaje przy uderzeniu młotka o kowadło i podskakującego następnie jeszcze 2 razy, lub też przy uderzeniu pałeczki o bęben (*bruit de rappel*).

To zdwojenie 2-go tonu pochodzi od nierównoczesnego zamknięcia zastawek półksiężycowych aorty i tętnicy płucnej. Trzeci ton w rytmie galopu prawdziwym zjawia się w okresie przedskurczu komory, zatem przed pierwszym tonem.

2) Rytm o trzech tonach, występujący w zwężeniu, odpowiada d a k t y l o w i długa, dwie krótkie (— — —), gdy tymczasem rytm cwałowy odpowiada a n a p e s t o w i dwie krótkie, jedna długa (— — —)

3) Skoro chorym, dotkniętym zwężeniem ujścia, polecimy wykonywać ruchy, np. przejść się szybko po pokoju, lub poruszać górnymi kończynami — wtedy usłyszymy szmer przedskurczowy, czego przy rytmie galopu prawdziwym nie osiągniemy.

4) Zwolnienie czynności serca wpływa dodatnio na zdwojenie 2-go tonu, ujemnie zaś na rytm cwałowy. Z tej przyczyny zdwojenie 2-go tonu staje się wydatniejszym po użyciu naparstnicy, gdy tymczasem rytm galopu pod jej wpływem znika, lub nie ulega żadnej zmianie.

5) Rytm o trzech tonach przy zwężeniu ujścia żylnego lewego słychać wyraźniej już to u wierzchołka, już to u podstawy serca, gdy tymczasem rytm galopu występuje najwyraźniej w bliskości wierzchołka serca.

Podczas rytmu cwałowego czuć w okolicy wierzchołka serca, tuż przed uderzeniem wierzchołkowem, lekkie uderzenie serca o klatkę piersiową, czego przy zwężeniu ujścia nie bywa. Natomiast przy zwężeniu ujścia wyczuwa się często w okolicy wierzchołka serca pomruk koci, którego brak przy rytmie cwałowym.

Co się tyczy zmian anatomicznych, jakie u chorych, dotkniętych rytmem galopu, w sercu spotykamy, to ograniczają się one

przedewszystkiem do przerostu lewej komory (*hypertrophia excentrica*) i przed-sionka. Włókna mięsne są mniej, lub więcej zmienione [stłuszczenie, rozwój tkanki łącznej i t. p.] wogóle jednak nie w wysokim stopniu, gdyż przy istnie-niu głębszych zmian w sercu rytm cwałowy znika. Przerost prawej komory zdarza się również, lecz głównie u osób cierpiących, oprócz stwardnienia na-czyń, lub marskości nerek, na przewlekły nieżyt oskrzeli, rozedmę i t. p., na cho-roby, zwiększające ciśnienie w małym obiegu krwi.

Jakie znaczenie kliniczne posiada rytm cwałowy i jakie daje rokowanie?

Odpowiedź będzie różna, stosownie do tego, czy będziemy mieli do czy-nienia z typowym rytmem galopu, któremu towarzyszy duże napięcie naczy-niowe, czy też z rytmem o zmniejszonym napięciu tętniczym. Wogóle mo-żna powiedzieć, że w pierwszym przypadku rokowanie będzie znacznie lepsze, niż w drugim.

Rozpowszechnione między lekarzami zdanie, jakoby rytm cwałowy był bardzo groźnym objawem, niekiedy zwiastunem zbliżającego się końca, ma swoje źródło w spostrzeżeniach nad rytmem cwałowym w drugiej kategorii, t. j. w ciężkich postaciach tyfusu, dyfterytu i t. p. Nie można zaprzeczyć, aby typowy, t. j. przedskurczowy rytm galopu nie zajmował poważnego miejsca w rokowaniu. W każdym razie służy on za dowód poczynającego się osłabienia mięśnia sercowego i to mięśnia, który zapomocą przerostu swych włókien, przez długi czas pokonywał skutecznie przeszkody w układzie tętniczym obwodowym. Zjawia się on w czasie, w którym chwilowo, lub stale, lewa komora, wskutek dużego ciśnienia tętniczego, a w pewnej mierze i zmian, odbywających się w jej ścianach, traci część swej siły żywotnej (*insufficiencia secundaria*). Nie jest ona już w stanie należycie opróżnić swej zawartości, ulega więc mniejszemu, lub większemu rozszerzeniu. W zwykłych wadach zastawek, w których mamy do czynienia z wyczerpywaniem się mięśnia sercowego, niezależnie od zmian w ciśnieniu tętniczym (*insuffic. primitiva*), przychodzi w podobnych razach do mniej, lub więcej groźnych zastoju krwi w małym obiegu krwi, a później do obrzęków. U chorych zaś pierwszego rodzaju organizm stwarza sobie pewną samopomoc zapomocą rytmu o trzech tonach. A więc jakby do ciężko naładowanego wozu, którego dwa konie pociągnąć nie mogą, zaprzęga się konia trzeciego. Przy pomocy podobnego mechanizmu, serce pokonywa przeszkody w układzie tętniczym i zapobiega zastojowi w małym obiegu krwi. Tym sposobem całe krążenie krwi odbywa się mniej więcej prawidłowo, czego dowodem miarowe tętno i brak duszności, zastoju w płucach i wątrobie, przynajmniej wydatniejszych. Przy pewnych sprzy-jających warunkach, a mianowicie przy zmniejszeniu się ciśnienia obwodowego i wzmożeniu siły serca, dzięki lepszemu odżywianiu się mięśnia sercowego, rytm cwałowy znika, ustępując miejsca zwykłemu rytmowi o dwóch tonach. Jeżeli zaś zmiany nie idą na lepsze, lecz na gorsze, wówczas rytm cwałowy trwa przez pewien czas, potem znika, jednocześnie zaś występują objawy niedomogi serca [znaczące powiększenie tępości serca, słabe, często niemiarowe tętno, obrzęki i t. p.].

Rytm rozkurczowy, a zwłaszcza *g. mesodiastolicus*, daje wogóle gorsze rokowanie, aniżeli przedskurczowy, gdyż występuje zwykle wtedy, kiedy lewy przedsionek traci swoją żywotność i przechodzi w stan rozszerzenia.

Jeżeli na rytm galopu zapatrywać się będziemy jako na samopomoc organizmu, to na mocy dotychczasowych badań kardiograficznych, wnosić wypada, iż główną rolę w tej samopomocy odgrywa albo przedsionek, albo komora. A jeżeli tak jest, to pytanie: której z tych dwóch części serca należy oddać pierwszeństwo?

Zanim odpowiemy na nie, rzućmy wpierw okiem na zjawiska, jakie zachodzą w obiegu krwi w warunkach fizjologicznych u ludzi i zwierząt, skoro ciśnienie tętnicze w układzie naczyniowym wzrasta.

Pierwszym aparatem wyrównawczym, który w grę wchodzi, jest układ naczynioruchowy: pod wpływem działania nerwów rozszerzających naczynia, następuje odciążenie znacznej ilości krwi do jamy brzusznej, wskutek czego ciśnienie w naczyniach obwodowych zmniejsza się. Prócz tego wskutek kompensacyjnego zwężenia naczyń w rozgałęzieniach tętnicy płucnej, dopływ krwi do lewej połowy serca zmniejsza się, co także wpływa obniżająco na ciśnienie [doświadczenie FRANÇOIS FRANK'a].

Jeżeli wspomniane tylko co aparaty wyrównawcze nie posiadają odpowiedniej sprawności, albo przyczyna zwiększonego ciśnienia, jak to się dzieje scie w przypadkach sklerozy drobnych tętnic, silnie rozwiniętej, nie może być usuniętą, wówczas serce zwiększoną swą działalnością komór usiłuje przezwyciężyć przeszkody w krążeniu krwi obwodowem. Że tak jest, na to wskazują doświadczenia, robione na zwierzętach przez LUDWIK'a i WELLER'a, a uzupełnione później przez BASCH'a (39).—Przy zwiększeniu ciśnienia krwi tętniczego, otrzymywanem za pośrednictwem pobudzenia ośrodków zwężających naczynia [przez drażnienie nerwu kulszowego], BASCH nie zauważył zastojów krwi w przedsiionkach, ani też podniesienia ciśnienia w tymże, jak to się staje w doświadczeniach, w których zwiększone ciśnienie powstaje wskutek ucisku mechanicznego aorty brzusznej. Przyczynę tego zjawiska należy upatrywać w tej okoliczności, iż przy drażnieniu ośrodków naczynioruchowych następuje jednocześnie pobudzenie ośrodków cyrkulacyjnych, *resp.* serca, do energiczniejszej czynności. Tym sposobem lewa komora jest w stanie pokonać zwiększone ciśnienie tętnicze, opróżnia się lepiej, jednocześnie siła jej aspiracyjna zwiększa się, wskutek tego w przedsiionku nie tworzy się zastój, ciśnienie krwi nie zwiększa się w nim. Niekiedy nawet, bywa ono mniejszem, aniżeli przed doświadczeniem.

U ludzi, u których mięsień serca posiada zapas żywotności, przychodzi zwykle, przy dłuższem istnieniu przeszkód w cyrkulacji obwodowej, do przerostu. Przerost ten pokonywa przeszkody i utrzymuje cały obieg krwi w równowadze. Chory żadnych dolegliwości nie odczuwa, rytm serca jest normalny, drugi ton bywa tylko wzmożony. W dalszym przebiegu sprawy, jeśli miażdżycy w naczyniach i w aorcie postępuje, a mięsień serca zaczyna tracić

swoją energię, rytm serca przyjmuje charakter rytmu wahadłowego. Istota tegoż polega na wydłużeniu czasu skurczu, jak to już na innym miejscu starałem się wykazać (40).

Za następny wyraz zmniejszającej się sprawności serca poczytywałbym rytm cwałowy.

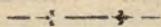
Powstaje on najczęściej u osób, dotkniętych rytmem wahadłowym, pod wpływem prędszego chodzenia, wzruszenia i t. p. okoliczności, zwiększających ciśnienie krwi i częstość tętna. Zdanie to wypowiedziałem już przed 15 u laty i dotychczas na mocy licznych spostrzeżeń klinicznych trwam przy niem (40). Dodać wszakże winienem, iż niekiedy rytm galopu powstaje ze zwykłego rytmu, najczęściej jednak u osób, u których 2-gi ton aorty jest wzmożonym. Zdarza się też, że rytm cwałowy przedskurczowy zamienia się na rytm rozkurczowy [rytm cepowy]. Dzieje się to wówczas, kiedy skurcze serca stają się rzadszymi, a siła lewego przedsionka słabnie. Otóż na zasadzie doświadczeń fizyologicznych powyżej przytoczonych, jak również na mocy analogii z rytmem wahadłowym należałoby przypuszczać, że przedewszystkiem sprawa samopomocy organizmu przy wzmożonych przeszkodach obwodowych spoczywa w komorze i że dopiero wówczas przenosi się na przedsionek, o ile komora wyczerpie zapas energii. Lecz i w tym ostatnim razie, jak to już zaznaczyliśmy, przedsionek nie wprost, lecz drogą pośrednią przyczynia się do poprawy cyrkulacji.

Jakże wytłómaczyć sobie fakt, że jedni autorowie na mocy kardyogramów wnioskuje, iż źródłem rytmu cwałowego jest komora, inni znowu, że przedsionek? Pominąwszy pewne przypadki wątpliwe, zależne od różnego tłómaczenia niektórych części składowych kardyogramów, wypadłoby chyba przypuszczać, że bywają przypadki rytmu galopu, a mianowicie przypadki lżejsze, w których główna rola wyrównawcza przypada na komorę, w innych znowu, a mianowicie cięższych, do pomocy przychodzi przedsionek. Ta różnica może zależeć od stopnia siły mięśnia sercowego, od stanu przedsionka, jak również od wielkości ciśnienia tętniczego.

W przypadkach rytmu cwałowego, któremu towarzyszy małe napięcie tętnicze [tyfus, choroby zakaźne wogóle], prawdopodobnie sama komora musi sobie stwarzać samopomoc [skurcz o 2-ch tempach?], gdyż przedsionek znajduje się wówczas w stanie wyczerpania. Zresztą kwestya ta jest dotychczas ciemną, a to z powodu trudności, jakie się napotyka przy wykreślaniu kardyogramów i sfigmogramów u chorych tej kategorii.

[D. n.]

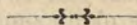
## STRESZCZENIE ZBIOROWE.



OTRZYMYWANIE, OZNACZANIE WARTOŚCI SUROWICY PRZECIWMENINGOKOKOWEJ, ORAZ ROZPOZNAWANIE I LECZENIE ZAPOMOCĄ TEJ SUROWICY ZAPALENIA NAGMINNEGO OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH.

Podał

S. Mierosławski.



Przyczyną nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych jest, jak wiadomo, specyficzna dwoinka, znaleziona przez WEICHELBAUM'a i ochrzczona jego nazwiskiem. JÄGER znalazł również podobną dwoinkę i uważał ją za identyczną z dwoinką WEICHELBAUM'a. Kwestya ta długo pozostawała sporną, gdyż różniczkowanie zapomocą barwienia i pożywek dokładnych wyników nie dawało, lecz wobec wyników badania zapomocą aglutynacji niema wątpliwości o zupełnej odrębności tych dwoinek. Dwoinka WEICHELBAUM'a jest dość wybredna co do pożywienia, gdyż obficie rośnie tylko na agarze z płynem puchlinowym, na agarze LÖFFLER'a i agarze z domieszką krwi, a prócz tego wymaga co 2 — 3 dni przesiewania na nową pożywkę. Metodą GRAM'a nie barwi się, a zjadliwość jej, wskutek przyczyn jeszcze nieznanych, ulega silnym i bardzo częstym wahaniom.

Otrzymywać surowicę ochronną przeciwmeningokokową można od rozmaitych zwierząt i w bardzo rozmaity sposób: zapomocą zastrzykiwań podskórnych, do otrzewnej, do żył bakteryi zarówno zabitych, jak i żywych. Zwierzętami do tych celów mogą być konie, owce, barany i inne, lecz przekonano się, że najwyższą ilość ciał ochronnych zawierać może tylko surwica konia, któremu zastrzykuje się z początku podskórnie zabita hodowlę dwoinek WEICHELBAUM'a, i stopniowo przechodząc do dawek coraz większych, dochodzi się w końcu do zastrzykiwania zawiesiny dwoinek żywych. Surowica w ten sposób uodpornianego konia może aglutynować dwoinki aż do rozcieńczenia w stosunku 1 : 1500, gdy barania aglutynuje tylko w małym, a kozia w jeszcze mniejszym rozcieńczeniu.

Następnie starano się zbadać sposób działania i te ciała surowicy, które nadają jej własności ochronne. Liczny szereg doświadczeń wykazał, że nie osłabia ona wcale zjadliwości szczepu, gdyż dany szczep, posiany na świeżą pożywkę, po 24 godzinnem działaniu surowicy nie stracił nic ani na sile rozrastania się, ani na swej dawnej zjadliwości. Autotoksyczne własności surowica posiada bardzo małe, a bakteryobójczych wcale nie posiada, gdy tymczasem krew zwierzęcia, któremu zastrzyknięto tę surowicę, nabiera własności bakteryobójczych.

Najważniejsze i największe działanie surowicy polega na tem, że zwiększa szybkość powstawania leukocytozy przy zakażeniu i czyni dwoinki zapalenia opon szczególnie podatnymi do fagocytozy, co sprawdzono też *in vitro*.

Zanim jednak otrzymana w powyższy sposób surowica zostanie spożytkowana w celach praktycznych, koniecznem jest posiadanie wiadomości co do ilości zawartych w niej ciał ochronnych. W tym celu należy posiadać

pewną metodę, która pozwalałaby to określenie skutecznie. Tu właśnie leżały na zawadzie najgłówniejsze trudności, gdyż doświadczenia na zwierzętach wcale się nie udawały i dopiero WASSERMANN i BRUCK wynaleźli następujący sposób.

Wyciąg z ciał bakterii, czyli t. zw. sztuczną agresywną, otrzymano w ten sposób, że zmytą 10-cm. sz. wody hodowlę dwoinek z pożywki na płycie KOLLE'go umieszcza się na 3 — 4 doby w aparacie trzęsącym, poczem centryfuguje się i zabija pozostałe żywe bakterie przez dodanie 0,5% kwasu karbolowego, otóż taki wyciąg miesza się z surowicą przeciwmeningokokową, zawierającą ciała ochronne, czyli t. zw. amboceptory antymeningokokowe, które łączą z jednej strony substancję ciał bakterii, z drugiej zaś komplement, czyli pewne ciało, znajdujące się w każdej świeżej normalnej surowicy. Skutkiem takiego zmieszania otrzymujemy rozpad substancji ciał bakteryjnych, czyli tak zwaną bakteryolizę.

Wyżej wspomniany komplement jest również potrzebnym do występowania t. z. hemolizy. Wyzyskując tę okoliczność, WASSERMANN i BRUCK połączyli te dwa zjawiska tak, że hemoliza jest objawem, świadczącym o dokonaniu się bakteryolizy. Oto przebieg tej sprawy:

Do próbowek, zawierających po 0,1 cm. sz. surowicy przeciwmeningokokowej nieczynnej [przez godzinne ogrzewanie przy 60°], dodawano wzrastające ilości agresywny sztucznej [wyciągu z ciał bakterii] i po 0,1 cm. sz. normalnej surowicy świnki morskiej, jako komplement. Następnie wstawiano tę mieszaninę na godzinę do ciepłarki przy 37°, aby wywołać połączenie się substancji ciał bakterii, amboceptora i komplementu.

Aby zaś wywołać zjawisko hemolizy, brano 5%-ową zawiesinę krwi barana, do której dodawano bakteryolitycznej nieczynnej [przez godzinne ogrzewanie przy 55°] surowicy, otrzymanej od królika, któremu zastrzykiwano poprzednio krew barana. Jeżeli teraz dodamy do mieszaniny pierwszej [surowicy przeciwmeningokokowej z agresywną] mieszaniny drugiej [krwi barana z surowicą królika], to tam, gdzie komplement został przyciągnięty przez amboceptor, połączony z substancją ciała bakterii, objawu hemolizy wskutek braku komplementu nie będzie. Wystąpi ona wtedy, gdy nie będzie już ani jednego amboceptora, i przez to nie będzie połączenia jego z ciałem bakterii, a co za tem następuje, gdy nie będzie potrzeby przyciągania przez nie komplementu. Sposób ten daje nam możność wyliczenia ilości ciał ochronnych, zawartych w każdej surowicy antymeningokokowej.

Prócz dwoinek WEICHELBAUM'a i JÄGER'a istnieje cały szereg dwoinek, które nie są wcale zjadliwe, a które można spotkać jednocześnie ze specyficznymi dla zapalenia opon mózgowordzeniowych. Do wykrycia tych ostatnich niezawodnym jest jeden sposób, jak to już wyżej wspomnianem było: aglutynacja. Rzekome szczepy według badań JOCHMANN'a wcale tego objawu przy działaniu surowicy specyficznej nie dają, istotne zaś i podobne do meningokoków, czyli zbliżone do istotnych przez cechy morfologiczne i biologiczne, dają aglutynację w ciągu 2 — 24 godzin przy bardzo wysokich rozcieńczeniach surowicy, wahających się w granicach pomiędzy 1 : 300 i 1 : 1500. Badania te wykazały jeszcze, że zupełna aglutynacja przy rozcieńczeniu surowicy, poczynając od 1 : 80 i wyższem, już świadczy o specyficzności dwoinek, aglutynacje zaś niezupełne i wątpliwe należy uważać za ujemne.

Seroterapia przy zapaleniu nagminnem opon mózgowordzeniowych polega początkowo na zastrzykiwaniu podskórnem 20—30 cm. sz. surowicy, a następnie na zastrzykiwaniu tejże do kanału kręgowego, przyczem dzieje się to w ten sposób, że z początku przez wkłutą do kanału wydrążoną igłę wypuszcza się 30—50 cm. sz. płynu mózgowordzeniowego, a następnie przez tę igłę bez jej wyjmowania wstrzykuje się 20 cm. sz. surowicy. Jest to skuteczne tylko



wtedy, gdy jeszcze nie utworzył się *hydrocephalus*, którego obecność nie pozwala mieć nadziei na pomyślne rokowanie. Pomimo, że ani zastrzykiwania podskórne, ani wewnątrzkanałowe nie szkodzą w tych dawkach, gdyż nie zauważono przy ich stosowaniu ani zaostrzenia się choroby, ani objawów chorobliwych ze strony innych narządów, jednak okazuje się, że większą rację bytu ma traktowanie surowicy jako środka zapobiegawczego, który należy zawsze stosować tam, gdzie może nastąpić masowe zakażenie, a więc w koszarach, szkołach, fabrykach, i t. d.

1) W. KOLLE und WASSERMAN. Badania nad otrzymywaniem i określaniem wartości surowicy meningokokowej. *Deutsche med. Woch.* Nr. 16. 1906.

2) G. JOCHMANN. Badania nad serodyagnostyką i seroterapią epidemicznego tężca karku. *Deutsche med. Woch.* Nr. 20. 1906.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 160. Ganghofner. O użyciu terapeutycznym tuberkuliny u dzieci.

Jakkolwiek po rozczarowaniu w 1891 roku co do wartości tuberkuliny większość lekarzy zarzuciła ją, to jednak pozostało jej zwolennikami kilku, którzy ciągle ją stosują, lecz w sposób odmienny niż zalecano początkowo. Od kilku lat użycie tuberkuliny w gruźlicy płuc u dorosłych zyskuje sobie coraz więcej podstaw i uznania lekarzy zakładów leczniczych lub w praktyce prywatnej. Istotna różnica w metodzie obecnie stosowanej polega na tem, że wybiera się starannie odpowiednich chorych do leczenia, unikając wysokiej ciepłoty przez ostrożne dawkowanie środka. Uważa się za zasadę nie leczyć tuberkuliną daleko posuniętych przypadków, nie zaczynać wcześniej wstrzykiwań tuberkuliny, aż ciepłota przez kilka dni z rzędu nie będzie normalną i nie powiększać dawki, dopóki dotychczasowa nie przestanie wywoływać gorączki. Lekarze specjaliści twierdzą, że przy zachowaniu tych warunków nie narażamy chorego i otrzymujemy lepsze wyniki, niż dawniej bywało. Z komunikatów lekarzy zakładowych widzimy, że łącząc leczenie tuberkuliną, z leczeniem konstytucjonalnym i klimatycznym mamy lepsze szanse wyleczenia, niż przy leczeniu tylko klimatycznym.

W odnośnej literaturze spotykamy jednak ważne kwestye, potrzebujące wyjaśnienia.

Tak np. co do początkowej dawki. Jaką ma ona być bez względu na to, czy się leczenie zaczyna, czy też robi się wstrzykiwanie rozpoznawcze? Zdawałoby się, że należy zaczynać od dawki minimalnej, aby tem łatwiej uniknąć większej gorączki. Wiadomo jednak, że wrażliwość na tuberkulinę jest u suchotników bardzo rozmaita. Często zdarza się, że świeży suchotnik na małą dawkę daje silny odczyn. MOELLER i KAYSERLING oznaczają początkową dawkę u dorosłego na  $\frac{1}{10}$  mg., twierdzą zarazem, że należy stosować się do indywidualności chorego, gdyż pod tym względem nie można podać żadnego schematu.

BECK zaczyna u dorosłego od 1 mg. i po 1 — 2 dniach dochodzi do 5 mg. KOCH zaleca zaczynać od  $\frac{1}{10}$  mg., BANDELIER zaczyna od  $\frac{1}{10}$  mg. i powiększa

dawkę o  $\frac{1}{10}$  mg. Twierdzi on, że nie to nie szkodzi, jeżeli chory ma 39° po użyciu 1 mg. FREYMOTH zaczyna od 1 mg., a SCHLÜTER od 2 mg. i więcej.

Inni, przeciwnie, obawiają się takich dawek, i tak: KÖHLER ostrzega, że wrażliwość nawet na małe dawki bywa rozmaita i może nie być przez lekarza dostrzeżoną. Odczyn może być bardzo mały, może jednak być wielki, np. 41° z bredzeniem. HEUBNER widział u dzieci skrofulicznych po wstrzykiwaniu tuberkuliny wystąpienie gruźlicy prosówkowatej, na mocy więc jego doświadczeń i swoich własnych KÖHLER uważa wszystkie trzy rodzaje tuberkuliny za środek gwałtowny i zaleca ostrożność przy jego użyciu, rozstrzygnąć zaś, czy dany przypadek gruźlicy jest świeży, czy dawny—nie tak jest łatwo. Przy dalszem leczeniu tuberkuliną również zaleca się ostrożność, gdyż i tu mogą się zdarzyć nieprzyjemne powikłania. Tak WEISCHER np. widział u 23-letniego chorego wysięk opłucnej przy 39° ciepłoty, pomimo, że chory ten znosił bez odczynu dawki kilkakrotnie po 0,5 — 1 i 2 mg. tuberkuliny. Przyjmuje on na tej zasadzie kumulacyjne działanie tuberkuliny. Fos przestrzega przed możliwością zakażenia mieszanego, nie możemy bowiem wiedzieć, czy w ogniskach chorobowych niema laseczników influency lub streptokoków. Pomimo małej dawki pierwotnej [ $\frac{5}{1000}$  mg.] i powolnego jej zwiększania, niektórzy chorzy dają ciężki odczyn na 7—10 mg. Nawet więc powiększać dawkę należy ostrożnie; w nowszej literaturze obok głosów przychylnych znajdujemy zdania, pozbawiające tuberkulinę wszelkiego znaczenia leczniczego [KRAUS i JÜRGENS].

U dzieci tuberkulina dotychczas mało była stosowana pomimo, że dzieci dostarczają materiału obfitego i różnorodnego. PETRUSCHKY 1897 roku używał tuberkuliny u dzieci i dobre otrzymywał wyniki.

Zaleca on leczenie gruźlicy w okresie cierpienia gruczołów, dającego się stwierdzić, aby zapobiedz dalszemu zakażeniu, i t. z. cierpienia skrofuliczne uważa za wdzięczny materiał do leczenia.

Leczenie tuberkuliną u chorowitych skrofulicznych dzieci przyspiesza rozwój ogólny kości, mięśnie i tłuszcz rozwijają się, a wygląd gruźliczy i usposobienie znikają. Uważa on to za dowód, że t. zw. usposobienie gruźlicze u młodych osobników jest już objawem zatrucia gruźliczego i znika po przebytej kuracji. PETRUSCHKY używał rozmaitych rodzajów tuberkuliny u dzieci, mających 8 — 13 lat, przy chorobliwej budowie ciała z obrzmieniem gruczołów szyjnych i innych; u niektórych z nich było tarcie pleurowe w oddzielnych miejscach klatki piersiowej.

Przy leczeniu obrzmienia gruczołów znikają jednak bardzo wolno, bo w ciągu 1 — 2 lat. Leczenie prowadzono z przerwami: po kilkumiesięcznem leczeniu chorych wysyłano na wieś, po czem znowu powtarzano leczenie. Po pierwszym okresie leczenia waga ciała powiększała się bardzo mało bo 1—1½ kilo tylko, niekiedy nawet zmniejszała się. Polepszenie zauważyć się dawało dopiero po dłuższym czasie. Stąd wniosek, że przy formach złoźowatych leczenie trwać powinno nawet kilka lat z pauzami. Można je nawet wykonywać ambulatoryjnie.

Poglądy PETRUSCHKY'ego nie zyskały wielu zwolenników tej metodzie leczniczej, leczenie systematyczne u dzieci rzadko bywa przedsiębrane i tuberkuliny używają tylko w celach rozpoznawczych.

BIEDERT zaleca leczenie tuberkuliną, zaczynając od  $\frac{1}{100}$  mg. i radzi stosownie do wieku i siły odczynu powiększać dawkę do 1 — 5 mg. HEUBNER wspomina, że miewał dobre wyniki przy leczeniu. Niektórzy okuliści otrzymali wyleczenie ciężkich chorób ocznych przy systematycznem użyciu tuberkuliny, np. w gruźlicy łącznicy i tęczęwki. Jak widzimy, stosowano tuberkulinę u dzieci dotąd bardzo rzadko, co może zależy od tego, że dzieci są na nią bardzo wrażliwe.

GANGHOFNER od 1903 roku podjął na nowo próby z tuberkuliną u dzieci w liczbie 36 w celu rozpoznawczym a z tych u 12-u w celu leczniczym. Dawka początkowa była  $\frac{1}{10}$  mg., następnie zmniejszył ją do  $\frac{1}{20}$  i  $\frac{1}{100}$ . Odczyn występował zwykle dopiero po kilku wstrzykiwaniach po upływie 8—14 dni. Przy leczeniu dawkę powiększał o ułamek, np. z 0,1 mg. przechodził do 0,12 mg. potem do 0,15, 0,18, stosownie do odczynu. Przy takiej ostrożności unikał wysokiej gorączki odczynowej i silnego odczynu miejscowego.

Taki odczyn miejscowy, zwany przez ESCHERICH'a „*Stichreaction*”, podług SCHICK'a bywa u dzieci o wiele silniejszy niż u dorosłych: skóra obrzmiewa, czerwienieje i staje się bardzo bolesną.

GANGHOFNER tego nie spotykał i sądzi, że zależy to od dawki, a nawet od miejsca ukłucia. Zaleca on wstrzykiwanie robić na grzbiecie, gdyż tu odczyn bywa słaby i znika po 25—48 godzinach. Dawka początkowa SCHICK'a była za dużą [ $\frac{1}{2}$ —1 mg.] i dlatego odczyn był silny.

Wyniki GANGHOFNER'a były następujące:

Leczenie tuberkuliną trwało od kilku tygodni do kilku miesięcy, raz nawet rok cały, jeden chłopiec,  $6\frac{3}{4}$  lat liczący, miał chroniczny nieżyt oskrzeli z jednostronną gruźlicą wierzchołka płuca.

Dziewczynka 12-letnia miała jednostronną gruźlicę wierzchołkową i gruźlicę krtani.

Siedmioro dzieci 2— $9\frac{1}{2}$  lat miało *scrophulosis*. Dwoje dzieci — gruźlicę otrzewnej, oprócz tego u jednego z nich [12-letnia dziewcz.] było zajęcie lewego szczytu, u drugiego [9 letnia]—prawostronne zapalenie opłucnej. Nakoniec 2-letnia dziewczynka miała przewlekły nieżyt oskrzeli, przewlekły nieżyt kiszki i usposobienie gruźlicze, odziedziczone po zmarłej matce.

Rozpoznanie oparte było na badaniu trzykrotnem i na odczynie na tuberkulinę, laseczników bowiem nie znaleziono.

Wyniki leczenia przedstawiają się jak następuje:

1. U chłopca  $6\frac{3}{4}$  lat. Po 3-ch miesiącach leczenia stopień i oddech oskrzelowy pod prawym obojczykiem znikły, nieżyt oskrzeli trwał jeszcze po 7-u miesiącach leczenia, waga podniosła się o 1,7 klm. Pierwsza dawka  $\frac{1}{10}$  mg. ostatnia 5 mg.; ogółem dawek 29.

2. U dziewczynki 12-letniej gruźlica krtani ustąpiła zupełnie prawie po 8-ch miesiącach leczenia, zmiany w szczycie pozostały. Przybytek na wadze 2,65 klm.; ogółem 13 wstrzykiwań od  $\frac{1}{10}$  do  $\frac{8}{10}$  mg. 7 przypadków *scrophulosis* przedstawiały cierpienie gruczołów, nieżyt nosa chroniczny, flikteny łącznicy, 3 z nich *otitis*, jeden *spina ventosa*, jeden gruźlicę skóry. Wyniki: u 2-ch chorych zmniejszenie gruczołów [po 4—12 miesiącach leczenia], u trzech dłużej leczonych znaczny przybytek na wadze: 2,4 do 3,8 kilo. Troje z tych dzieci skrofulicznych okazywało wielką wrażliwość nawet na małe dawki tuberkuliny; leczenie trwało krótko: 3—8 tygodni, jedno z nich zmarło [gruźlica otrzewnej]. U drugiego po 9-iu wstrzykiwaniach w ciągu 5-iu tygodni wysięk otrzewnej znikł, gorączka ustąpiła, zmiany w płucach pozostały. U trzeciego objawy *peritonitidis* i *pleuritidis* znikły, gorączka ustała.

Jako odczyn występowała gorączka i małe zaczerwienienie skóry na miejscu ukłucia.

Ciepłota podniosła się o parę dziesiątych ponad  $37^{\circ}$ , rzadko do  $38^{\circ}$  i wyżej.

Mały odczyn bywał przy gruźlicy płuc, wyższa gorączka przy cierpieniach skrofulicznych, co zależeć mogło od zakażenia mieszanego. Odczyn miejscowy występował tem słabiej, im dłużej trwało leczenie. Przy braku gorączki nie bywało go wcale. — Osłabienie, ból głowy, utrata łaknienia zdarzały się wyjątkowo i tylko przy wyższej gorączce. Tak słaby odczyn zawdzięcza autor małym dawkom i stopniowemu ich powiększaniu. Wogóle leczenie tuberkuliną okazało się nieszkodliwym, dzieci znosiły je dobrze i zyskiwały na wadze.

Spotykany niekiedy silniejszy odczyn dowodzi, że można osiągnąć większą odporność przy śmielszem dawkowaniu tuberkuliny. Stąd niektórzy autorowie twierdzą, że stałe używanie bardzo małych dawek i zbyt ostrożne ich powiększanie nie wywołuje uodpornienia lub zbyt przedłuża okres nadwrażliwości. Wrażliwość jednak dzieci na tuberkulinę zmusza do tem mniejszych dawek i ostrożnego ich powiększania. GANGHOFNER używa starej tuberkuliny Koch'a, ponieważ dotąd zdania o nowej tuberkulinie są rozmaite i działanie jej niejednakowe.

Jakkolwiek materyał dotąd zebrany u dzieci nie jest dostateczny, zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że tuberkulina działa skutecznie, zwłaszcza przeciw gruźlicy otrzewnej i krtani.

Należy jeszcze sprawdzić, jakie wyniki moglibyśmy utrzymać u dzieci przy jednoczesnem stosowaniu leczenia klimatycznego i konstytucjonalnego naprzemian lub jednocześnie z leczeniem tuberkuliną.

(*Jahrb. f. Kinderhllk. 1906. Z. 5.*)

Alfons Malinowski.

### 161. A. Ostermann. Cierpienie gardła, spowodowane dwoinką zapalenia opon mózgowordzeniowych, jako przyczyna szerzenia się nagminnej dżętwicy karku.

Z powodu mało wyjaśnionych sposobów rozszerzania się nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych i z powodu różnicy zdań, panujących w tej kwestyi, autor na propozycję prof. FLÜGGE'go, zajął się badaniem sposobów szerzenia się tej choroby. Na zasadzie własnych spostrzeżeń FLÜGGE przyszedł do wniosku, że chorzy na dżętwicę karku na krótki czas przed zapadnięciem na tę chorobę mieli cierpienie gardła pochodzenia meningokokowego, któremu towarzyszy lekkie zapalenie błony śluzowej jamy nosa, szczególnie w tylnej części tylnej ściany jamy nosowo-gardzielowej. Rzadko dochodzi do przekrwienia śluzówki i do obfitszej wydzieliny i, co najwyżej, chory uskarża się na lekki katar. Zdaniem LINGELSHEIM'a, podobnie jak przy szerzeniu się cholery bardzo wielki udział biorą t. zw. roznosiciele cholery (*Cholerasträger*), t. j. osobniki, u których cholera wcale nie wywołuje żadnych objawów, tak również i przy szerzeniu dżętwicy karku głównymi sprawcami są analogiczni roznosiciele (*Meningococenträger*). Po stwierdzeniu zapalenia opon mózgowordzeniowych u 6 osobników przez badanie płynu mózgowordzeniowego, autor zapomocą zgłębnika z miękkiego drutu, pokrytego watą do grubości 1½ ctm. dla dorosłych, a 1 ctm. dla dzieci i zagiętego pod kątem prostym, wydobywał śluz od wszystkich członków każdej z 6 u rodzin i, ze względu na wielką niewytrzymałość dwoinek przy wysychaniu zawierającego je płynu, natychmiast posiewał go na agar, w którego skład zamiast bulionu wchodził płyn puchlinowy [prześciękowy z otrzewnej]. Wynik był taki, że w każdej rodzinie znaleziono roznosicieli i na 24 osoby było ich 17.

Do rozpoznania dwoinek nagminnego zapalenia opon mózgowych autor posilkował się próbami aglutynacyjnymi z surowicą w stanie suchym, wyrabianą w berlińskim Instytucie dla chorób zakaźnych, aglutynującą przy rozcieńczeniu 1 : 600.

Osobniki, u których znaleziono dwoinki zapalenia opon, nie uskarżały się na żadne objawy gorączkowe i miały bardzo nieznaczny katar i zwiększenie ilości wydzieliny śluzu. W tem właśnie leży najgłówniejsze niebezpieczeństwo szerzenia epidemii, że żadnemu z nich przez myśl nie przejdzie, że choroba ich może przejść w ciężką, śmiertelną, i dlatego żadnych środków ostrożności w obcowaniu z rodziną i towarzyszymi nie przedsiębiorą, a kaszląc i dotykając naczyń codziennego użytku, przenoszą chorobę na swoje otoczenie. Ze tak jest istotnie, autor przekonał się, poleciwszy osobnikom, posiadającym

w służbie dwoinki, kaszleć z odległości  $\frac{1}{2}$  i 1 metra w stronę płytek z agarem, i otrzymywał na miejscach, gdzie padły krople śliny, kolonie dwoinek.

Co się tyczy miejsca, gdzie najwięcej znajduje się dwoinek, to przekonało się, że takim jest powierzchnia jamy nosowo-gardzielowej. Czas przebywania dwoinek na śluzówkach waha się pomiędzy 2-ma a 4-ma tygodniami, czas zaś, kiedy ilość dwoinek u danego osobnika dochodzi do najwyższego stopnia, nie został określony.

Surowica, wzięta od roznościcieli, własności aglutynujących nie posiada.

Należy nadmienić, że zapadają na zapalenie opon mózgowordzeniowych tylko niektóre osoby, skłonne specjalnie do tej choroby, jak to się dzieje i przy wielu innych chorobach zakaźnych.

Terapia zapaleń gardła jest jeszcze zupełnie ciemna. Płukań nosa z obawy o zapalenie ucha środkowego robić nie można, inne zaś metody, jak rozpylania, nie zostały należycie wypróbowane; przytem niema jeszcze środka, który, nie szkodząc tkankom, w widoczny sposób przyczyniłby się do zmniejszenia liczby dwoinek na błonie śluzowej. Przechodząc do radykalnych sposobów walki z szerzeniem się nagminnego zapalenia opou mózgowordzeniowych, autor sądzi, że zarówno dla osób zakażonych, jak i stykających się z nimi powinny być wypracowane specjalne przepisy higieniczno-policyjne i pewna forma treściwego ostrzeżenia, łatwo dostępnego dla ogółu, w którym autor kładzie nacisk na to, aby każdy człowiek zdrowy, a zakażeni najbardziej w pierwszych trzech tygodniach:

1) unikali dotykań, pocałunków, używania ogólnych naczyń do jedzenia i picia, uczęszczania na wszelkie liczne zebrania, połączone z ciasnotą pomieszczenia, a przy nieuniknionej ich konieczności trzymali się pewnej odległości od ludzi;

2) płwocinę i śluz z nosa wycierali gałgankami, które po użyciu należy wygotować przez 10 minut w gotującej się wodzie, lub przez godzinę trzymać w roztworze wody kroczolowej, gazę zaś i papierowe chusteczki do nosa po użyciu spalić. Ręce, stykające się z płwociną, wymyć również roztworem wody kroczolowej;

3) podczas głośnego mówienia, kaszlu i kichania trzymali się na odległość ręki od osób otaczających. Odkazanie przedmiotów w mieszkaniu chorego winno polegać na wymyciu podłogi roztworem sublimatu, do którego można włożyć i bieliznę chorego, a inne zabiegi, z powodu nadzwyczajnej niewytrzymałości dwoinek po opuszczeniu ciała ludzkiego, są zgoła niepotrzebne.

(Deutsch. med. Woch. 1906. Nr. 11).

Stanisław Mierosławski.

**162. W sprawie rozpoznawania laseczników tyfusu brzuszego, otrzymanych z kału, ziemi i wody zapomocą pożywek, zawierających zielen malachitową (*Malachitgrün*), oraz o zastosowaniu tych pożywek w celach dyagnostycznych.**

Wiadomo powszechnie, jak trudnem jest wynalezienie i wyodrębnienie laseczników tyfusu, zwłaszcza, jeżeli na materiał do posiewów służą bezpośrednio wydzieliny chorego lub też przedmioty, zanieczyszczone wydzieliną, jak woda, ziemia i t. d. Z dróg, jakimi możemy dążyć do celu, mogą być dwie: albo 1) należy znaleźć pożywkę, na której laseczki tyfusu rosną licznie jednakowo z innymi, różniąc się postacią i wyglądem, albo też 2) należy znaleźć taką, na której rosną szybciej od innych.

Bardzo liczne propozycje i przepisy różnych autorów co do sporządzania pożywek żelatynowych i agarowych z dodatkiem różnych substancji, jak: sok kartoflowy i kwasy solny, cytrynowy i karbolowy, chybiały celu, gdyż nie odpowiadały postawionym wyżej warunkom. Według autora, najważniejszą

rzeczą było wynalezienie takiej pożywki, która powstrzymałaby rozrost głównego współzawodnika laseczników tyfusu, mianowicie, laseczników okrężnicy. Po długich poszukiwaniach nad przyrządzaniem pożywek z barwikami, aby otrzymać barwną reakcję biologiczną, DEICHEL, uczeń autora, zauważył, że na bulionie, zawierającym domieszkę zieleni malachitowej, otrzymywanej z fabryk w Höchst i oznaczonej № 120, po zaszczepleniu laseczek tyfusu powstaje męt, gdy laseczniki okrężnicy pozostawiają bulion przezroczystym. Przy zastosowaniu zieleni do pożywki agarowej autor przekonał się, że laseczniki tyfusu, posiane na takim agarze, dają kolonie, odznaczające się przezroczystością, jasnożółtą obwódką i pozbawiające w tym miejscu agar zabarwienia, gdy tymczasem laseczki okrężnicy prawie że wcale się nie rozwijają, lub też bardzo nieznacznie. Próby nad określeniem najodpowiedniejszej ilości zieleni dla dodania do pożywki wykazały, że na 100 ctm. sz. agaru należy brać 2—2,5 ctm. dwuprocentowego wodnego roztworu zieleni. Badania będą uwieńczone skutkiem w tym wypadku o tyle, o ile do posiewów bierzemy materiał niezbyt zanieczyszczony i zawierający sporą liczbę laseczników tyfusu w stosunku do innych bakterii, w przeciwnym bowiem razie liczba bakterii obcych wpływa hamująco na wzrost las. tyfusu, gdyż je zagłusza. Pożywkę agarową autor przyrządza w ten sposób, że do litra bulionu [z funta wołowiny zalanej 2 a litrami wody, którą potem wygotowuje się do 1 litra] dodaje 3% = 30 gramów agaru i 1% kwasu solnego 25%-owego celem szybkiego rozpuszczenia agaru. Po półgodzinnem gotowaniu dodaje 7 ctm. sz. normalnego ługu potasowego, a następnie alkalizuje 5-iu ctm. sz. normalnego roztworu węglanu sodu. Wtedy dodaje 1%-ej nutrozy, gotuje i rozlewa w półlitrowe naczynia z hermetycznym zamknięciem, które przez dwa dni z rzędu po parę godzin trzyma w strumieniu pary wodnej, nie pozwalając krzepnąć przez ten cały czas. Zamiast filtrowania zlewa się górną warstwę płynu bez osadu, i do każdych 100 ctm. sz. agaru trzeba dodać 2—2,5 zieleni, zmieszać i wylać na płytki PERRIÉGO, po 15—20 ctm. sz. na każdą. Odczyn pożywki powinien być obojętny, gdyż inaczej alkaliczne produkty przemiany materii laseczników tyfusu zostają zobojętniane przez kwaśność pożywki i nie mogą odbarwiać zieleni. Po posianiu należy płytki odwrócić pokrywką na dół i wstawić do ciepłarki.

Choć otrzymane wyniki były dość poważne, jednak nie zadowolili autora, gdyż na pożywce tu wymienionej doskonale rozwijały się nie tylko laseczniki tyfusowe, lecz i laseczniki GÄRTNERA i laseczniki znajdujące na gnijącym mięsie, a głównie ruchliwa laseczka, jak autor przypuszcza, *bacillus faecalis alcaligenes*. Wynikiem dalszych poszukiwań nad rodzajem pożywek, hamujących wzrost laseczników odmiennych od tyfusu, było wynalezienie pożywki żelatynowej, przyrządzonej w sposób następujący: 4 funty siekanej wołowiny zalać 5 litrami wody wodociągowej, do tego dodać 15% = 750 gram. żelatyny, 1% = 50 gr. *Peptonum siccum Witte* i 0,5% = 5 gr. soli kuchennej i wszystko to wolno ogrzewać aż do rozpuszczenia się żelatyny przez 3 kwadransy. Gorącą masę neutralizuje się węglanem sodu na lakmus, z gotowuje się i filtruje. Do każdych 100 ctm. sz. tej żółtożółtej pożywki żelatynowej dodać trzeba 3 ctm. sz. dwunormalnego roztw. kwasu fosforowego (*doppelt normal Phosphorsäure*) i 2 ctm. sz. dwuprocentowej zieleni. Posiewy w celu wyodrębnienia laseczek tyfusu czynimy w ten sposób, że szczepimy badany materiał na 2-ch próbkach z żelatyną; w jednej próbce żelatynę powoli rozpuszczamy i wylewamy na płytkę, drugą zaś rozpuszczamy dopiero po 12, 18 i 24 godzinach i za każdym razem przenosimy z niej jedną kroplę żelatyny do innych próbek z taką samą żelatyną, którą, po rozpuszczeniu, także wylewamy na płytki. Cel tego postępowania — możliwie dokładne izolowanie kolonii. Płytki z żelatyną umieszczamy w temperaturze 25°C i po 24-ch godz. badamy. Kolonie tyfusu są wielkości łebka od szpilki, wodniste, jasnoszare, okrągłe, a często

podłużne. Często widzimy naokoło tych kolonii wyrostki, czyniące je podobnymi do ciałek kostnych lub stonóg. Po 36-u godzinach są wyraźniejsze, szarozółte, z mnóstwem wyrostków prostych i spiralnych. Należy się starać, aby otrzymać tak izolowane kolonie, by w polu widzenia było ich 2—4, wtedy można je przeszczepiać na agar zwyczajny, by mieć materiał do badań na aglutynację. W ten sposób tyfus można rozpoznać równie szybko, jak i cholera, a szybkość ta, według autora, zależy od tego, że żelatyna utrudnia szkodliwą dla rozwoju laseczników tyfusu dyfuzję produktów przemiany materii innych, znajdujących się tamże, bakterii. W każdym razie i ta metoda nie bezwzględnie prowadzi do celu, gdyż tam, gdzie mamy materiał do badań silnie zanieczyszczony przez różnorodne bakterie, należy z 12- lub 18-godzinnej hodowli pierwotnej zrobić posiew drugi. Otóż przy przeszczepianiu może się zdarzyć, że na pożywkę dostanie się pewien gatunek pierwotniaków, który utworzy kolonię, podobną do ciała kostnego lub stonogi.

Niezależnie od tych pożywek stałych z zielenią autor badał i płynne pożywki i, korzystając z tego, że na pożywkach o pewnym składzie rozwijały się pewne tylko rodzaje laseczek, na pożywkach zaś o innym—inne, przedstawił w swym artykule skład 4-ch pożywek płynnych wraz z wynikiem badań, przeprowadzonych nad nimi.

Pożywka № 1. 100 ctm. sz. wody destylowanej, 2% peptonu, 1% nutrozy zobojętniamy 1,06 ctm. sz. ługu potasowego. Następnie dodaje się 5% cukru mlecznego i 1% cukru trzcinowego. Po zagotowaniu ostudzamy mieszaninę do ciepłoty ręki i dodajemy doń 3 ctm. sz. dwuprocentowej zieleni, poczem rozlewamy do probówek po 5—10 ctm. do każdej. Laseczniki tyfusu, zaszczerpione tutaj, ścinają nutrozę i wtedy w pożywece, jak w kwaśnem mleku, na dole mamy skrzep, u góry zaś klarowną zieloną ciecz. Wiele laseczników podobnych do tyfuszowych wywołuje fermentację jednego z tych dwu cukrów i wtedy mamy zmętnienie pożywki, osad i kuleczki gazu. Jeżeli zaś mamy do czynienia z lasecznikami dżumy i cholery ptasiej, to żywka się nie zmienia.

Pożywka № 2. Różni się od pierwszej brakiem cukru trzcinowego. Lasecznik okrężnicy i jemu pokrewne wywołują tu ferment, natomiast zaś laseczki gnijącego mięsa (*Fleischvergiftungsbac.*) i lasecznik mysiego tyfusu redukują zielen i żywka przyjmuje zabarwienie bladozółte. Las. tyfusu wolno redukuje zielen do koloru niebieskiego. Paratyfus A robi ją słaboniebieską.

Pożywka № 3. Składa się z 100 ctm. sz. wody dastylowanej, 1% nutrozy, 2% cukru mlecznego i 5 ctm. sz. dwuprocentowej zieleni. Wszystkie wyżej wymienione bakterie nie zmieniają jej, wyjąwszy *Bac. faecalis alcaligenes*, znajdujaną w kale i wodzie kanałowej i zmieniającą żywkę na niebieską.

Pożywka № 4. Do bulionu z wołowiny [funt mięsa siekanego zalać litrem wody i zobojętnić ługiem potasowym] dodaje się 2%-ego peptonu, 5% cukru mlecznego, 1% cukru trzcinowego, 0,5 siarczanu sodu (*Natriumsulfat*), 2% azotan potasu (*Kaliumnitrat*), 1% azotynu potasu (*Kaliumnitrit*) i 3% dwuprocentowej zieleni. Fermentacji tu nie bywa z powodu obecności azotanu i azotynu potasu, lecz wymienione bakterie silnie się rozrastają, powodując męt, wyjąwszy paratyfus B i las. GÄRRNER'a, które żywki nie mąca.

Dzięki tym 4-em żywkom możemy orzec, czy mamy do czynienia z tyfusem, paratyfusami A i B, cholera ptasią, *bac. faecalis alcaligenes*, i grupą coli.

(*Deutsch. med. Woch. 1906. N. 8.*)

S. Mierosławski.

## ODCINEK.

### Z historii żydów - lekarzy w Polsce.

MATHIAS BERSOHN, znany badacz w dziedzinie historii i archeologii polskiej, ciekawą napisał pracę <sup>1)</sup>, opartą na badaniach źródłowych i zawierającą życiorysy 80-u uczonych Żydów, w Polsce urodzonych lub też w niej zamieszkałych w XV-ym, XVII-ym i XVIII-ym wieku. Dzieła tego rodzaju dają bez wątpienia dostępną skalę do sprawiedliwego mierzenia rozwoju cywilizacyjnego każdego narodu. „Rzecz godna zastanowienia, powiada autor, że Żydzi, nie tylko pozbawieni w Europie wszystkich praw politycznych i społecznych, niepewni ani dnia swego, ani godziny, wydają jednak szereg mężów, którzy, nie czując, że pod stopami chwieje im się ziemia, ze spokojem filozoficznym poświęcają swój czas i życie rozwiązywaniu zawitych kwestyi dogmatycznych, rozwijaniu zasad wiary, teologii i filozofii, które głównie są przyczyną ich nieszczęść i prześladowań. Miłują nad wszystko właśnie tę wiedzę, która ich poniekąd pozbawia życia“.

Z tych nielicznych okruchów żydowskiej przeszłości naukowej, jakie przytacza autor w monografii, można wnioskować, jak silnie rozwiniętem było życie umysłowe Żydów w dawnej Polsce. Nie obcą też była ówczesnym uczonym Żydom medycyna, zarówno jako sztuka i jako nauka traktowana, jak pouczają nas szkice biograficzne lekarzy, które w tem miejscu w krótkości przytoczyć zamierzam. Prosząc o pobłażliwość dla usterek i niedokładności, autor słusznie podnosi trudności, jakie miał przy zbieraniu i uporządkowaniu bezładnego materiału bez odpowiednich źródeł i bez poprzedników, na których sumieniej pracy można byłoby się ze spokojnem sumieniem oprzeć.

W chronologicznym porządku idąc i jedynie życiorysy lekarzy mając na względzie, jedno z pierwszych miejsc poświęcić należy EZECHIELOWI, który przybył do Polski z Niemiec w XV-ym wieku. Zajmował się praktyką lekarską głównie w domach wyższej szlachty, powszechnie uważany był za jednego z uczeńszych lekarzy Krakowa. W r. 1502 król ALEKSANDER JAGIELŁOŃCZYK obdarował bardzo rozległymi przywilejami „*Ezechielem judaeum in facultate medicinae et litteris latinorum...*“ Umarł we Lwowie w podeszłym wieku.

Niemniej znanym był ELIASZ BEN JÓZEF, urodzony w końcu XV-go wieku we Lwowie. Opuściwszy konserwatywny dom rodzicielski, studiował medycynę za granicą. W r. 1514 przybył do Krakowa, jako lekarz, gdzie w krótkim czasie stał się sławnym, głównie jako okulista. Wyleczył z katarakty między innymi BOGDANA SAPIEHE. Pochowany we Lwowie z wielkimi honorami.

IZAACZKO JAKÓB przybył do Polski w drugiej połowie XV-go wieku po wypędzeniu Żydów z Hiszpanii. Osiadłszy we Lwowie w charakterze lekarza, przeniósł się po kilku latach do Krakowa, gdzie go już wyprzedził rozgłos

<sup>1)</sup> MATHIAS BERSOHN. Słownik biograficzny uczonych Żydów polskich XVI-go, XVII-go i XVIII-go wieku. 1906.



zdelnego i sumiennego lekarza. Zaleconego królowi przez możnych i duchowieństwo ALEKSANDER JAGIELLOŃCZYK obdarza w r. 1502 przywilejem, uwalniającym od opłaty wszelkich podatków, a w r. 1504 nakazuje gminie żydowskiej w Busku, aby wypłacała corocznie przynależne koronie od niej podatki doktorowi IZAACZCE w uznaniu jego wielkich zasług i erudycyi. W 2 lata później król wyposaża go na wieczne czasy sumą stu złotych węgierskich rocznie z funduszków, przez gminę krakowską do skarbcza opłacanych. W r. 1507 król ZYGMUNT I mianuje go lekarzem swoim, uwalniając z wszelkich ciężarów specjalnym reskryptem i nadając po śmierci jego te same przywileje na swobody, prerogatywy i dochody wdowie BATSEBIE i jej dzieciom. Umarł w Krakowie w r. 1510, słynny w całej Polsce.

Z typem lekarza-teoretyka spotykamy się u ELEAZARA ASZKENAZY'ego. Urodzony w r. 1514 z ojca lekarza w Salonice, już w 24-ym roku życia powołany został na starszego gminy w Kairze. Zmuszony z powodu zaburzeń religijnych opuścić Kair, zamieszkał na wyspie Cypr. Tu zapoznał się ze sławnym podróżnikiem ELIASZEM z Pezaro, który w uczonej rozprawie swej z r. 1563 wspomina o ELEAZARZE, sławnym uczonym i lekarzu, mówiącym płynnie 10 językami. Gdy Turcy opanowali Cypr i tam srogie rządy wprowadzili, ELEAZAR udał się do Kremony, a później do Wenecyi, wydając swoje znakomite dzieło „Pomnożenie wiedzy“, dedykowane słynnemu księciu z Naxos i wydane po raz drugi w Hamburgu. W r. 1578 gmina poznańska wybrała go na swego starszego, a w roku 1585 krakowska. Zmarł w Krakowie, mając lat 72. Znakomity teolog-filozof SALOMON LURJE cytuje często jego rozprawy lekarskie, a słynny DEL MEDIGO oddaje wielkie pochwały zaletom umysłu polskiego lekarza-filozofa.

KALACHORA SALOMON pochodził z rodziny hiszpańskiej, która się przeniosła do Holandyi. Skończywszy chlubnie nauki medyczne w Amsterdamie, osiadł w początkach XV-go w. w Krakowie, gdzie przyjął obywatelstwo. Wslawiwszy się, jako chirurg i uczonej, zostaje uwolniony przez króla ZYGMUNTA AUGUSTA od wszelkich podatków i ciężarów. STEFAN BATORY mianuje go lekarzem dworskim, przelewając ulgi na żonę i dzieci w przywileju z r. 1578... *comendatum virtutem, probitatem ac in arte medica singularem experientiam Medicinæ doctoris hebraei et civis Cracoviensis...* W bibliotece Królewskiej w Madrycie znajdują się rękopisy jego prac łacińskich o febrze. Kiedy i gdzie zmarł KALACHORA, niewiadomo.

KOHEN ELEAZAR, urodzony w Palestynie, przybył w XV-ym w. do Polski, jako młodzieniec dla pobierania nauk. Po przestudyowaniu medycyny osiadł w Krzemieńcu, gdzie słynął z wiedzy lekarskiej w całej okolicy. Znaną jest między innymi jego przedmowa naukowa do dzieła stryja jego ELJASZA DE WIDAS, w Krakowie w r. 1595 wydane.

FISZEL MOJŻESZ odznaczał się w pierwszej połowie XVI-go wieku jako wszechstronnie wykształcony i dobroczynny lekarz Poznania. Protegowany przez ówczesnego biskupa, PIOTRA, przeniósł się w r. 1520 do Krakowa, gdzie go król ZYGMUNT w uznaniu wielkich zasług, położonych na polu medycyny, obdarował przywilejem dziedzicznym. Umarł, powszechnie żalowany, w Krakowie.

ABRAHAM BEN JOSIAHU, urodzony w Trokach r. 1636, studyował nauki przyrodnicze, filologię i medycynę. Za zasługi król JAN III mianował go nadzwyczajnym swym lekarzem. Rękopism obszernego dzieła łacińskiego treści lekarskiej przechowuje biblioteka cesarska w Petersburgu. Umarł r. 1688, słynny jako lekarz i przyrodnik.

OPATOWER SAMUEL, urodzony w Polsce około r. 1640, po ukończeniu studiów podróżował po kraju. W Opatowie słynął jako wzięty lekarz - praktyk. Na schyłku swego życia przeniósł się do Otlensee, niedaleko Altony, gdzie

poświęcał czas wyłącznie pracom literackim ze swojej specjalności. Pozostało po nim kilka dzieł i rozpraw lekarskich bardzo cenionych. Umarł w r. 1705.

Burzliwem nieco było życie KOHN'a TOBIASZA, urodzonego r. 1652 w Metz, należącym wówczas do Francji, dokąd ojciec jego, słynny matematyk i lekarz wejewództwa Bełzkiego, udał się, zmuszony opuścić rodzinne strony z powodu wojen kozackich i tatarskich, za WŁADYSEŁAWA IV wybuczłych. Dziad TOBIASZA, ELEAZAR, palestyńczyk z pochodzenia, słynął też w XVI w. jako lekarz w Kamieńcu. Osierocony w 8-ym roku życia, TOBIASZ KOHN podążył do Polski, gdzie się kształcił głównie w astronomii i medycynie. W Frankfurcie był zaszczycony protekcją króla FRYDERYKA WILHELMA I, a w Padwie uzyskał stopień doktora medycyny. W Polsce napisał kilka rozpraw lekarskich i podręcznik zoologii. Zawichrzenia wojenne zniewoliły KOHN'a już po kilku latach do opuszczenia Polski, gdzie się wstawił jako praktyk. Osiadłszy w Konstantynopolu, zjednął sobie odrazu, jako operator, wielką sławę i powszechną wziętość. Otrzymał nominację na nadwornego lekarza sułtana ACHMETA III, rzucił praktykę prywatną, poświęcając wolny czas na napisanie dzieła swego „*Maase Tobia*“ po łacinie i hebrajsku, które się doczekało między 1707 i 1750 r. kilku wydań w Wenecyi i w Jeśnie w Morawii. Pod wpływem korespondencyi naukowej z lekarzami polskimi odczytał na posiedzeniu fakultetu medycznego akademii Padewskiej rozprawę swą, napisaną po łacinie, „O kołtunie w Polsce“, w której, wyprzedzając ówczesne pokolenie lekarzy o całe stulecie, nie uznaje kołtuna, jako choroby samoistnej. Powróciwszy na krótki czas do Polski, wyjechał w 70-ym r. życia do Palestyny, gdzie go śmierć nagła zaskoczyła w Jerozolimie w r. 1729.

GORDON ARON, jeden z oświeceniowych Żydów polskich XVII-go w., pierwotnie kształcił się w rodzinnem swem mieście Wilnie na rabina. Czując atoli zamiłowanie do nauk świeckich, a mając wówczas wstęp do szkół publicznych w Polsce i na Litwie wzbroniony, wyjechał do Włoch. W Padwie znajdowało się wtedy kilku żydów rodem z Polski, uczęszczających do miejscowego uniwersytetu, w przebraniu i ze zmienionem nazwiskiem, gdyż obawiali się, aby ujawnienie pochodzenia nie utrudniło im możliwości kształcenia się. W kółku przeto ziomeków i współwyznawców studyował GORDON nauki przyrodnicze i lekarskie. Po otrzymaniu tytułu doktora medycyny wrócił morzem w strony rodzinne na okręcie, który uległ rozbiciu na brzegach Hiszpanii. W Wilnie wstawił się o tyle, że król AUGUST II mianował go swym przybocznym lekarzem, zwolniwszy od wszelkich podatków. Według akt kahału żydowskiego GORDON umarł po r. 1715.

MOJŻESZ BEN BENJAMIN WOLF, rodem z Kalisza, praktykował tam w pierwszej połowie XVII-go stulecia, wstawiwszy się dwoma dziełami z dziedziny farmakologii, wydanemi w języku hebrajskim i niemieckim w latach 1677—1710 w Pradze Czeskiej, w Frankfurcie nad Menem, w Amsterdamie i w Wilmersdorfie. Pochowany w Kaliszu, przekazał rozległą praktykę synowi swemu, również znanemu w mieście lekarzowi.

VITALIS CHAIM FELICE pochodził ze znakomitej rodziny włoskiej we Florencyi, gdzie ojciec jego piastował urząd rektora seminarjum żydowskiego. Lekarzem będąc, przywędrował do Polski. W Lublinie zaskarbił sobie, jako uczony i praktyk, uznanie powszechne o tyle, że król MICHAŁ KORYBUT mianował go reskryptem z r. 1671 swoim głównym lekarzem i obdarzył rozległymi dziedzicznymi przywilejami. Bezustanne wojny i prześladowania zmusiły go do opuszczenia Lublina. W późnym wieku umarł w Liwornie, wspominając w słynnej korespondencyi swojej z uczonymi niemieckimi z zachwytem o swoim pobycie i pracy naukowo-lekarskiej w Polsce.

ELJASZ z Pińczowa, urodzony w początku XVIII-go w. z biednych rodziców, poświęcił się sztuce lekarskiej i matematyce. W Żółkwi ogłosił drukiem trygonometrię, a w r. 1760 w Berlinie zasady geometrii, które się cieszyły w swoim czasie wielkiem uznaniem, tłómaczone na różne europejskie języki. Umarł w r. 1770 w Pińczowie, jako ceniony w całej okolicy lekarz.

SZYK BARUCH BEN JAKÓB, urodzony w początkach XVIII w. w małym miasteczku Szklowie, potrafił nauczyć się czytania w oryginale słynnych autorów w dziedzinie astronomii, matematyki i medycyny. Będąc sędzią rabinatu mińskiego, wydał drukiem w r. 1777 w Berlinie traktaty astronomiczne „Podstawy niebios“ i „Osnowę świata“, jako komentarze do arabskich prac Majmonidesa i hiszpańskich Izaaka Izraelego z Toledo. Za namową rabina wileńskiego, GAONA ELJASZA, słynnego matematyka, przetłómaczył ze starożytnych greckiego Euklidesa i wydał w Amsterdamie, a z nowożytnych znaną geometrię angielską SMITH'a, którą drukowano w Pradze Czeskiej. Z dzieł medycznych SZYKA godne zaznaczenia są: „Piękno u człowieka“, traktujące o anatomii i estetyce jej [wydane w Berlinie] i „Droga prosta“, wykładająca patologię i zasady higieny [wydane w Hadze]. Umarł w Szklowie, poświęcając ostatnie lata życia studjom chemicznym.

Kończąc przegląd życiorysów lekarzy, nie mogę nie wspomnieć w kilku słowach o TIKTINER REBECE, kobiecie uczonej z pierwszej połowy XVI-go stulecia, nie lekarzu, córce rabina z Tykocina. Władając niepospolicie językami i czytając z łatwością dzieła filozoficzne i traktaty lekarskie, napisała książkę „Meneketh Ribhka“, traktującą w 7-u rozdziałach o wychowaniu kobiet i obowiązkach ich względem kraju, społeczeństwa i rodziny. Najobszerniejszy rozdział poświęca autorka higienie i wychowaniu dzieci, dowodząc w duchu nowoczesnym, że dziecko powinno się przedewszystkiem rozwijać fizycznie, że początek nauk powinien przypaść po 6-ym roku i pierwszeństwo należeć się powinno naukom świeckim, jedyne rozwijającym umysł. Świat naukowy dowiedział się o skromnej autorce i jej pracach [wydanych w r. 1609 w Pradze Czeskiej i Krakowie] dopiero przez K. LUFFR'a, uczonego z Norymbergii, który w r. 1719 obrał sobie za temat do rozprawy naukowej to właśnie dzieło zapomnianej żydówki polskiej, REBEKI TIKTINER.

W tak ciężkich warunkach powstała wśród Żydów, w zaułkach ghetto średniowiecznego, literatura ma niewątpliwie prawo na wszechstronne zbadanie i bliższe zapoznanie się z jej rozwojem, a twórcy zasługują na uratowanie od niepamięci i wyprowadzenie na szeroką arenę wszechludzkiej kultury. Niektórzy z wyżej wzmiankowanych pionierów wiedzy i nauki lekarskiej w Polsce doczekali się już specjalnych monografii, jak „TOBIASZ KOHN, lekarz polski XVII-go wieku“.

Henryk Higier.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcji Ginekologicznej d. 25-go maja 1906 r.

1) **MONSIORSKI** opisał przypadek krwisteku zamacicznego niezropiałego, który pękł *sua sponte* do pochwy. Przed sformowaniem się krwisteku żadnych objawów ciąży zamacicznej nie było.

Jako objaw, tłumaczący przyczynę pęknięcia krwisteku, M. podaje, że szyjka macicy była koloru sinawo-czarnego, a otwór pęknięcia był w strzępach [macica była mocno przyciśnięta do spojenia łonowego]; świadczy to o nadzwyczajnem napięciu ścian krwisteku, które uwięziło macicę i spowodowało pęknięcie, czy też mortyfikację ściany pochwy.

Wobec tego, że takiemu samemu napięciu skutecznie stawiała opór górna ściana krwisteku [zrosty], M. przy rozpoczynającym się zakażeniu [c. 38<sup>o</sup>] i objawach rozkładu [przykra woń z pochwy] uważał za niezbędne, a jednocześnie nie niebezpieczne opróżnienie jamy krwisteku, sądząc, że nawet wrazie krwotoku [o ileby się okazała ciąża zamaciczna] będzie w stanie go opanować przy pomocy tamponowania do czasu przygotowania do cięcia brzuszego. Po operacji ciepłota spadła, oraz jama powoli zaczęła się zmniejszać. Obecnie chora jest w trzecim tygodniu leczenia i potrosze chodzi.

W dyskusji **KARCZEWSKI**, **WINAWER** i **NEUGEBAUER** zaznaczają, że w podobnych przypadkach byłoby racjonalniej oprócz opróżnienia jamy krwisteku usunąć i jajowód, gdyż pozostawienie tegoż może wywołać nawet dość późno krwotok, którego następstwa mogą być dla chorej opłakane. Opróżnienie bowiem krwisteku nie jest równoznacznem z usunięciem produktów ciąży zamacicznej.

Do ich zdania przyłącza się **STANKIEWICZ Cz.**, zaznaczając, że krwotok może powstać nie tylko z rozwijającej się w dalszym ciągu ciąży, lecz i wskutek bujania kosmków.

**BORYSSOWICZ** twierdzi, że bardzo często krwisteki leczą się konserwatywnie i znikają bez śladu. Jeżeli wysanie idzie zbyt wolno, nieraz opróżni nie tylko krwisteku [nb. po długim przeciągu czasu po jego wytworzeniu się] zupełnie wystarcza do wyleczenia chorej.

W odpowiedzi **MONSIORSKI** zaznacza:

1) Istnienie krwisteku wcale nie dowodzi konieczności istnienia ciąży zamacicznej; roczniki „*Centralblatt'ów*” wypełnione są faktami, dowodzącymi że krwistek powstał z innej przyczyny [z pęcherzyka **GRAFF'a**, z pęknięcia rozszerzonych żył więzuszerekiego i t. p.]

2) Dla chorej było bezwarunkowo bezpieczniejszem opróżnienie przez istniejący otwór jamy krwisteku, niż laparotomia przy rozpoczętem już zakażeniu i zjawiskach rozkładu.

3) W razie potrzeby mógł później w każdej chwili wykonać cięcie brzuszne; chora zaś nie była narażona na niebezpieczeństwo wtórnego silnego krwotoku, gdyż M., mając dostęp do jamy krwisteku i śledząc jej zmniejszanie się, był w każdym razie na tyle panem położenia, że krwotokowi mógł w porę i skutecznie opór stawić.

2) **NEUGEBAUER** demonstrował:

a) szereg narzędzi ginekologiczno - chirurgicznych nowszych oraz dawniejszych mniej znanych;

b) szereg modeli przez niego z plastycyny zrobionych do objaśnienia techniki operacji PICCOLI'ego przy wycinaniu macicy. Operację tę wykonał N. u 19-letniej kobiety, u której *sub 1-o partu* nastąpiło wycięcie macicy. Po długotrwałem daremnie stosowaniu leczenia hydrostatycznego N. zdecydował się na zabieg, polegający na otwarciu tylnego sklepienia pochwy oraz zatoki DOUGLAS'a, przecięciu tylnej ściany macicy mniej więcej na  $\frac{2}{3}$  do  $\frac{3}{4}$  długości. Po przecięciu tylnej ściany macicy odnawano brzeg prawy i lewy, a po odnawaniu zeszyto je szeregiem głęboko sięgających szwów, nie chwytających jednak śluzówki macicznej oraz kilku szwów powierzchownych. Po zeszytciu ściany macicy wepchnięto macicę do jamy brzusznej, zeszyto jeszcze dwoma szwami prawą i lewą połowę rozciętej tylnej wargi ust macicznych oraz 2-ma szwami ranę w tylnem sklepieniu pochwy;

c) demonstrował preparat pooperacyjny ciąży ektopicznej jajnikowej, pochodzący od kobiety 40-letniej, poraz 23-ci ciężarnej, która poprzednio rodziła 9 dzieci donoszonych, a 13 razy roniła. Spostrzeżenie będzie opisane w „Medycynie“.

3) JAWORSKI zakomunikował, że wynikiem rozpraw nad rakiem macicy jest zawiązanie Komitetu w celu badania raka i zapobiegania mu.

Komitet ma na celu:

I. Badanie naukowe. II. Zapobieganie szerzeniu się. III. Leczenie chorych i opiekę nad nieuleczalnymi. Zadania te Komitet wypełnia przez szczegółowo opracowany program.

Następnie JAWORSKI odczytał kwestyionaryusz do lekarzy w sprawie raka macicy.

D) Komitetu powyższego należą i osoby ze sfer poza lekarskich.

M. Ryłko.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Z zapoczątkowania uczestników kursów naukowych, jakie w zimie r. b. odbywały się w Muzeum przemysłu i rolnictwa i w Stowarzyszeniu techników, zawiązało się w Warszawie Towarzystwo w celu stałego prowadzenia wykładów o wyższym poziomie dla możliwie szerokich warstw społecznych, rodzaj „wolnego uniwersytetu“. Siłami prywatnemi stworzono nowe ognisko nauki. Zarząd tego Towarzystwa we wrześniu r. b. urządza szereg wykładów naukowych ze wszystkich dziedzin wiedzy: historia, językoznawstwo, filozofia, sztuki piękne, pedagogika, prawo, nauki ścisłe, technika. Dążeniem jego dojsć do własnych pracowni, laboratoryjów, zbiorów, biblioteki naukowej i t. d., zupełnie niezależnych od pracowni i bibliotek uniwersyteckich. Składka od członków 10 rs. rocznie. Składkę i ofiary przyjmuje członkowie zarządu [CHEŁCHOWSKI KAZIMIERZ, CHRZANOWSKI IGNACY, DRZEWIECKI PIOTR, EBERHARDT JULIAN, KRYŃSKI LEON, OSUCHOWSKI ANTONI, RUŚKIEWICZ TOMASZ, ŚWIĘTOCHOWSKI ANDRZEJ] i kancelarya Stowarzyszenia techników, gdzie Towarzystwo ma obecnie swą siedzibę.

— Ministerjum spraw wewnętrznych upoważniło odpowiednie władze do przyznania Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej 500 000 rubli na utrzymanie szpitali warszawskich.

— W Dumie państwowej zasiada dotychczas 23-ch lekarzy jako posłów, z nich 6-u jest Polaków.

— Warszawskie Towarzystwo Lekarskie przyznało nagrodę konkursową imienia ś. p. R. PŁASKOWSKIEGO kol. WŁADYSŁAWOWI STERLINGOWI za pracę: „Badania psychologiczne nad świadomością i pamięcią w porażeniu ogólnem postępującem“ i kwotę pieniężną na wyjazd na Kongres psychiatrów w Medyolanie, odbyć się tam mający w r. b.

— Zarząd Polskiego Towarzystwa balneologicznego w Krakowie rozesłał lekarzom okólnik, w którym zwraca się „z bardzo usilną i gorącą prośbą do całego społeczeństwa polskiego a zwłaszcza do wszystkich lekarzy polskich, aby więcej niż kiedykolwiek pamiętać zechcieli w r. b. o swojskich zakładach. Każdy grosz — czytamy w tym okólniku — wydany bez istotnej potrzeby poza granicami kraju jest obecnie wielką szkodą i wielką krzywdą wyrządzoną własnemu społeczeństwu i własnemu krajowi. A groszy tych pozostaje rok rocznie w zagranicznych zdrojowiskach i uzdrowiskach miliony“. Co rok o tej porze przypominaliśmy kolegom tę pierwszorzędną dla rozwoju zdrojowisk polskich kwestyę, tym razem czynimy to przez usta Towarzystwa balneologicznego, zatrużonego i słusznie o wynik finansowy tegorocznego sezonu.

— Przy uniwersytecie Jagiellońskim zatwierdzony został dr ADAM WRZOSEK na docenta patologii ogólnej i doświadczalnej, a dr NOWOTNY na docenta oto-ryno-laryngologii.

— Zmarły b. prof. syfilidologii w Petersburgu TARNOWSKI zapisał majątek swój pod Jałtą, Kuczuk Saraj, na urządzenie w nim uzdrowiska dla chorych lekarzy. Majątek ten, odległy o 2 wiorsty od Jałty, zmarły T. kupił od księżnej Jurjewskiej-Dołgorukowej, która go dostała od cesarza ALEKSANDRA II.

— Niejaki POSPOLITAKI z Kerczu celem upamiętnienia syna zmarłego na szkarlatynę, złożył 30 000 rb. w depozycie Towarzystwu lekarzy rosyjskich imienia PIROGOW'a, z tem, aby co 2 lata procent od tej sumy [w wysokości 2½ tysiąca rubli] był udzielany autorowi najlepszej pracy o szkarlatynie i walce z tą chorobą.

— Jednocześnie z otwarciem w Heidelbergu instytutu badania raka, odbędzie się w tem mieście i we Frankfurcie nad Menem międzynarodowa konferencya badaczy raka, między 24 a 27 września r. b.

— W Berlinie otworzono świeżo ukończony instytut anatomii patologicznej, zbudowany według planów VIRCHOW'a. Zdanie ogólnem jest to najpierwszy pod każdym względem pomiędzy podobnymi zakładami w Europie.

— W Berlinie zawiązało się Towarzystwo historii nauk przyrodniczych i medycyny.

— Na katedrę anatomii patologicznej w Strasburgu po RECKLINGHAUSEN'ie powołano prof. CHIARI'ego z Pragi Czeskiej.

Do bieżącego numeru Gazety dołącza się prospekt „Sanatorium dra DĘSKIEGO“.