

GAZETA LEKARSKA

I. Powstawanie i znaczenie kliniczne rytmu cwałowego (galopu).

Napisał

Dr med. J. Pawiński,

Starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 24].

Rytm galopu może być albo stałym objawem, albo tylko przejściowym, stosownie do tego czy warunki, które go wywołały trwają, lub ustępują. I tak np. jeśli u chorego, posiadającego duże napięcie tętnicze, bądźto wskutek stwardnienia naczyń, bądźto wskutek cierpienia nerek, zmniejszy ono się, np. przy kuracyi mlecznej, wtedy rytm galopu zniknie. To samo może nastąpić, skoro przy użyciu środków sercowych siła mięśnia sercowego wzmoże się o tyle, iż pokonywać będzie przeszkody w ciśnieniu krwi tętniczym.

To samo dotyczy i rytmu cwałowego [o małym ciśnieniu] w chorobach gorączkowych: jeśli natężenie sprawy zakaźnej zmniejszy się, siły chorego wzmożą się, odżywianie serca stanie się lepszym, to i rytm cwałowy zniknie. Pamiętać jednak należy, że niezawsze zniknięcie rytmu galopu jest pomyślnym znakiem, a mianowicie skoro jednocześnie tętno staje się znacznie słabszym, a zwłaszcza rytm jego niemiernym. Za zły też objaw należy pochytywać przemianę rytmu cwałowego na rytm z a r o d k o w y (*embryocardia*), lub też na rytm cwałowy rozkurezowy.

Na zakończenie chcielibyśmy jeszcze zaznaczyć, że z jakiegokolwiek punktu widzenia zapatrywalibyśmy się na źródło powstawania trzeciego tonu,

resp. rytmu cwałowego, należy go w każdym razie uważać za wynik dysharmonii pomiędzy ciśnieniem krwi tętniczym, a siłą mięśnia sercowego. Prototypu rytmu galopu możnaby dopatrywać się w fizyologicznym zdwojeniu tonów [zwłaszcza I tonu] które również pozostaje w ścisłej zależności z wahaniami w ciśnieniu krwi [przy oddychaniu]. Za wyższy zaś stopień niestosunku pomiędzy zwiększonym ciśnieniem krwi a siłą serca trzeba uważać arytmję, zjawiającą się u niektórych osób, dotkniętych stwardnieniem naczyń i zmianami mięśnia sercowego. Doświadczenia, wykonane przez HEIDENHAIN'a (41) i KNOLL'a (42) na zwierzętach nad wpływem zwiększonego ciśnienia krwi na rytm serca, w zupełności potwierdzają podobne przypuszczenie.

Leczenie będzie różnem, stosownie do tego czy będziemy mieli do czynienia z rytmem cwałowym o wysokim napięciu tętniczym, czy też o niskim.

1) W pierwszym razie leczenie powinno być skierowane: a) ku usunięciu wzmożonego napięcia tętniczego, b) ku wzmocnieniu upadającej sprawności lewej komory.

Co do a. Tutaj stosowne będą: dieta mleczno-roślinna, przetwory jodu [ogłędnie przy zajęciu nerek], nitryty [nitrogliceryna, tetranitrol], środki czyszczące, zwłaszcza sole średnie, w postaci wód gorzkich; unikanie forsownych ruchów fizycznych, nadmiernej pracy umysłowej—spokój psychiczny. W stanach zbytniego pobudzenia organizmu mogą się przydać przetwory bromu.

Co do b. W celu tonizacji serca ogłędnie stosować należy leki, które niezależnie od swego działania pobudzającego na serce, posiadają wpływ zwężający na naczynia [na wazomotory] i tym sposobem powiększają przeszkody obwodowe dla krążenia krwi. Mamy tu przede wszystkim na myśli naparstnicę. Podawać ją należy nie w dużych dawkach i nie do pełnego nasycenia organizmu, nie trzeba dobijać się o znaczne zmniejszenie częstości uderzeń serca, słowem, ściśle kontrolować działanie naparstnicy. Jeśli to jest niemożliwem, lepiej zalecić choremu inne środki, jak *strofant*, *adonis vernalis*, *convallar.* i t. p., które mniej na przyrząd naczyniowy oddziałują. Unikać należy kofeiny, podobnież i teocyny, lepiej już tam, gdzie idzie o zwiększenie diurezy, stosować teobrominę czystą, lub diuretynę.

2) W leczeniu rytmu cwałowego o małym ciśnieniu tętniczym, jak to bywa w tyfusie, na pierwszym planie powinno stać podtrzymywanie czynności serca, zatem odpowiednimi będą środki podniecające: kofeina, kamfora, przetwory strychniny wewnętrznie lub podskórnie, stare wino, kawa, herbata, niektóre zabiegi hydropatyczne [nacieranie, chłodne kąpiele] o ile stan ogólny chorego na to pozwala, wdychanie tlenu.

Już po napisaniu niniejszej pracy i złożeniu jej w redakcyi Gazety Lek. przeczytałem artykuł prof. L. BARD'a z Genewy (42) o rytmie galopu (*Semaine Médicale. 1906. N. 20. „Du bruit de galop, de l'hypertrophie du coeur gauche, son mécanisme et sa signification clinique“*). Prof. B. wyprowadza podobnie, jak

i my, rytm ten z rozdwojenia pierwszego tonu—*de dissociation du premier bruit*, przyczem dodaje, iż pierwszy z dwóch tonów z rozdwojenia powstałych jest tonem mięśniowym, drugi zaś, tonem zastawkowym. Według zaś naszych badań kardiograficznych, rzecz się ma odwrotnie: pierwszy ton jest przeważnie tonem zastawkowym, drugi zaś mięśniowym.

Przyjąwszy zdanie prof. B., trudno byłoby wytłómaczyć sobie znaczną różnicę, jaka istnieje pomiędzy dwoma uderzeniami serca w okolicy wierzchołka, wyczuwalnemi podczas istnienia rytmu galopu. Pierwsze z nich, słabsze, odpowiadałoby tonowi mięśniowemu, a silniejsze (*ictus*) tonowi zastawkowemu, tymczasem wiadomo powszechnie, iż na t. zw. *ictus* składa się głównie element mięśniowy, t. j. skurcz, stwardnienie komór.

Zresztą badania nasze wykazują, że skłonność do rozszczepienia 1-go tonu istnieje nawet w normalnym stanie, a w miarę przeszkód w krążeniu obwodowem skłonność wzmagą się coraz więcej, przytem zawsze na-przód występuje ton zastawkowy, a po nim idzie uderzenie wierzchołkowe. Rozdwojenie to, bardzo widoczne na kardiogramach, do ucha naszego nie dochodzi, gdyż odstęp czasu pomiędzy temi dwoma zjawiskami jest za mały, dopiero przy większem oddaleniu się 1-go tonu od dołka otrzymujemy akustyczny rozdział pierwszego tonu.

L I T E R A T U R A .

1) POTAIN. Note sur les dédoublements normaux des bruits du coeur. Bulletin soc. med. hop. Paris. 1866. Juin, str. 138.

2) Traité de physique biologique. Paris. 1901. Tome I str. 229 — 240 (La locomotion animale par MAREY).

3) FRAENTZEL. Die idiopathischen Herzvergrößerungen. Berlin. 1899, str. 66—67.

4) E. BARIÉ. Bruit de souffle et bruits de galop. Bibliothèque méd.

5) H. GILLET. Rythmes des bruits du coeur. Bibliothèque med.

6) J. BOUILLAUD: a) Traité clinique des maladies du coeur. Paris. 1835, str. 191; b) Traité Clinique etc. Bruxelles. 1836, str. 67.

7) JOSEPH SKODA. Abhandlung ueber Perkussion und Auskultation. Wien. 1864, str. 204—206.

8) L. TRAUBE. Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie, bearbeitet von dr A. FRAENKEL. Berlin. 1878. T. III, str. 1—14.

9) POTAIN. Du rythme cardiaque appelé bruit de galop et de sa valeur sémiologique. Bulletin soc. méd. des hop. 1875, str. 137 et Union méd. 1875. N. 33 et 1876. N. 39; Association française pour l'avancement des sciences Congrès de Grenoble. 1886.

9a) EXCHAQUET. D'un phénomène stétoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du coeur. Thèse de Paris. 1875.

10) FR. JOHNSON. A Clinical lecture on triple pericardiac friction sound and on reduplication of the first sound of the heart. Lancet. 1876. May 13, and British méd. Jour. 1876. 23 Dec.

- 11) R. LEPINE. Sur un point relatif à la physiologie pathologique du coeur. Revue de Méd. 1882.
- 12) KREHL. Ueber den Herzmuskelton. Archiv f. Physiologie du Bois REYMOND. 1889, str. 253. Die Erkrankungen des Herzmuskels. Spec. Path. und Ther. von dr NOTHNAGEL. Wien. 1901, T. 15. Z. 1.
- 13) KRIEGE i SMALL. Ueber den Galopprrhythmus des Herzens. Zeitschrift f. klin. Med. T. XVIII.
- 14) D. GERHARD. Ueber die Entstehung und diagnostische Bedeutung der Herztöne. VOLKMANN's Sammlung klin. Vorträge. 1898.
- 15) W. B. OBRÄSTZOW. Verdoppelte und accessorische Herztöne bei unmittelbarer Auscultation des Herzens. Zeit. f. klin. Med. T. 57. Z. 1—2. 1905.
- 16) FRANÇOIS FRANCK a) Nouvelles recherches sur un cas d'ectopie cardiaque pour servir à l'étude du pouls jugulaire normal et d'une variété de bruit de galop. Arch. de phys. 1889.
b) Gazette hebdomadaire de méd. et de Chirurgie. 1880. 1882.
c) Cours du College de France de 1880 à 1904 et travaux du laboratoire de 1875 à 1904. Paris. 1904, str. 121—122.
- 17) E. BARIE. Traité pratique des maladies du coeur et de l'aorte Paris. 1900. Recherches cliniques sur les accidents cardiopulmonaires consecutifs aux troubles gastro-hepatiques. Revue de med. Janvier. 1883. Sur la pathogenèse du bruit de galop. Le Progrès médical. 1880.
- 18) ROSENBACH. Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Wien und Leipzig. 1897.
- 19) H. HUCHARD. Traité des maladies du coeur et de l'aorte. Paris. 1899. T. I, str. 315.
- 20) Ad d'ESPINE a) Essai de cardiographie clinique pour servir à l'étude des modifications du premier bruit et de chocs multiples. Revue de Méd. Paris. 1882. N. 1 i 2.
b) La theorie protosystolique du bruit de galop. Journal des Praticiens. Paris. 1904. N. 4.
- 21) BOUVERET et CHABALIER. Sur la theorie du bruit de galop dans l'hypertrophie cardiaque d'origine rénale. Lyon med. 1889, str. 241.
- 22) HENRI CHAUVÉAU. Etude cardiographique sur le mecanisme du bruit de galop. Thèse de Paris. 1902.
- 23) SIBSON. Influence et BRIGHT's disease on the heart and arteries. Lancet. 1874. T. I, str. 437—505.
- 24) BARR. On reduplication of the cardiac sounds. Med. Times and Gazette. 1877.
- 25) LEYDEN. VIRCHOW's Archiv. XLIV, str. 365. 1868. T. LXV, str. 153. 1875.
- 26) M. PETER. Traité clinique et pratique des maladies du coeur et de la crosse de l'Aorte. Paris. 1883, pag. 33—34, 300—302.
- 27) J. PAWIŃSKI i A. HOŁOWIŃSKI. Badania kardyjograficzne. Pamiętnik Warsz. Tow. Lek. R. 1893. T. 89. Recherches cardiographiques. Archiv des sciences biologiques. S.-Petersbourg. T. I, fasc. 5.
A. HOŁOWIŃSKI. O fotografowaniu dwóch tonów serca. Gazeta Lekarska. 1896. Nr. 30, 31.
- 28) HUERTLE. Pfluger's Archiv. T. LX 1895.
- 29) A. CHAUVÉAU. Journal de physiologie et de pathologie générale. 1899.
- 30) DEVIÉ et TRIPIER. Traité de pathologie générale publié par CH. BOUCHARD. T. IV. Paris. 1897, str. 181.
- 31) FR. RIEGEL. Zur Lehre von der Herzirregularität und Incongruenz in der Thätigkeit der beiden Herzhälften.
- 32) KNOLL. Ueber Incongruenz in der Thätigkeit der beiden Herzhälften. Sitzungsber. der K. Akademie der Wissenschaften in Wien. T. XCIX. Abth. 3. Januar. 1890.
- 33) POTAIN. Phénomènes réflexes d'origine gastrique. Bulletin médical. 1887. N. 113.

- 34) CUFFER et BARBILLON. Archiv génér. de Méd. 1887.
 35) TEISSIER (Lyon). Note sur un rythme cardiaque à trois temps avec albuminurie dans le cours de la fièvre typhoïde. Paris. 1882.
 36) RENDU. Soc. Méd. des hopitaux. 1887.
 37) FR. MÜLLER. Ueber Galoprythmus des Herzens. Münch. med. Woch. 1906. N. 17.
 38) S. BASCH. Die Herzkrankheiten bei Arterioscleroze. Berlin. 1901, pag. 50.
 39) J. PAWIŃSKI. O rytmie wahadłowym tonów serca i jego stosunku do rytmu galopowego (cwałowego). Gaz. Lek. 1890. N. 49.
 40) HEIDENHAIN. Ueber arhythmische Herzthätigkeit. Arch. f. die ges. Physiologie v. PFLÜGER. 1872. T. V, str. 143—153.
 41) KNOLL. Ueber die Veränderungen des Herzschlages bei reflectorischer Erregung des vasomotorischen Nervensystems, wie bei Steigerung des intracardialen Druckes überhaupt. Sitzungsber. der k. Akademie der Wissensch. T. LXVI. Z. 1—2. Wien. 1872, str. 195—250.
 42) Prof. L. BARD. Du bruit de galop de l'hypertrophie du coeur gauche; son mécanisme et sa signification clinique. Semaine médicale. 1906. N. 20.

II. Epidemia włośnicy (trichinosis) w Warszawie.

Podał

K. Chełchowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 24].

Ozwarty ważny objaw włośnicy to obrzęki kończyn. Trzeba tu odróżnić obrzęki wczesne jednoczesne z opuchnięciem powiek i obrzęki późne, występujące w środku lub pod koniec choroby. W naszej epidemii kilka osób uskarżało się na obrzęk rąk i stóp już w pierwszych dniach choroby jednocześnie z obrzękiem powiek. Nie był to jednak obrzęk w zwykłym znaczeniu tego słowa, obrzęk pozostawiający dołek pod palcem. Było to raczej poczucie podmiotowe zależne od większego nabrzmienia (*turgor*) tkanek na rękach i stopach. Co innego obrzęki późne w środku i pod koniec gorączki. Te widziałem u 4-ch osób i były one u wszystkich potężne. U 2-ch chorych zajmowały całe kończyny dolne i dolną część tułowia, a trwały u jednej blisko, u drugiej przeszło 2 miesiące. U 3-ej chorej zajmowały całe kończyny dolne i trwały tylko 2 tygodnie. Skóra nad obrzękłymi częściami była biała, miękka, ciepła, niewrażliwa. Żadnego rozszerzenia żył. Ani wysokie ułożenie kończyn dolnych, ani okłady aromatyczne, ani środki sercowe i moczopędne nic a nic nie zmniejszały tych obrzęków. Dopiero przy próbach wstawiania i chodzenia obrzęki te niezmiernie szybko się zmniejszały i stopniowo znikwały. Żadnych danych do wiązania tych obrzęków z osłabieniem serca lub rozwodnie-

niem krwi—nie było. Trzeba więc przyjąć za ich przyczynę przeszkodę w krążeniu miejscowem. Zdawałoby mi się, że przeszkody takiej należałoby tu szukać raczej w naczyniach chłonnych, niż w żyłach a to ze względu na owo szybkie znikanie obrzęków przy próbach chodzenia, na brak siatki rozszerzonych żył na nogach, na brak oziębienia obrzękłych części.

Wogóle dziś wobec ustalenia faktu, że zarodki włośniowe dostają się masowo do obiegu krwi, należałoby bardzo się liczyć we włośnicy z możliwością zatykania przez te zarodki naczyń krwionośnych i chłonnych oraz z możliwością zakrzepów w tych naczyniach.

U wielu swoich chorych, lecz nie u wszystkich, miałem sposobność przy badaniu moczu stwierdzić obecność odczynu diazo, na co zwracano już często uwagę [u nas ŻENCZYKOWSKI].

Zaburzeń w miesiączkowaniu, zaznaczanych dość często w epidemiach włośnicy, w naszej epidemii nie było wcale.

U kilku chorych stwierdziłem obfite wypadanie włosów po chorobie, u jednej nawet zupełne wyłysienie.

Od wspomnianych już objawów, jak: odczyn diazo, znikanie odruchów ścięgowych, zmiany pobudliwości elektrycznej, objaw KERNIG'a, dodanych w ostatnich latach do obrazu klinicznego włośnicy, daleko ważniejsze znaczenie dla lekarza praktyka mają zmiany we krwi [leukocytoza wielojądrowa i eozynofilia], ułatwiające bardzo w wątpliwych razach rozpoznawanie tej choroby.

Wykazanie we włośnicy trychin często bywa bardzo trudne. Udawało się niekiedy wykryć włośnię w stolcach, ale udawało się to niezmiernie rzadko. Wykazanie włośni w kawałku mięśnia, wyciętym choremu, jest metodą badania dla chorego nie obojętną a przytem bardzo zawodną. W jednej epidemii np. RIESS [l. c.], wycinając kawałki mięśnia najczęściej chorym, dopiero u 3-ego chorego znalazł jedną jedyną trychinę. Jak mało można liczyć w wielkim mieście na odnalezienie włośni w wieprzowinie, będącej powodem epidemii, starałem się już wyżej wykazać. Wobec tego tembardziej trzeba cenić wspomniane już zmiany we krwi, które chociaż są tylko pośrednim dowodem choroby, jednak od razu wykluczają tyfus brzuszny, najczęstszy powód błędów w rozpoznawaniu włośnicy i niezmiernie ograniczają pole, pozostające dla rozpoznawania różniczkowego. Eozynofilia jest objawem rzadkim zwłaszcza w chorobach zakaźnych. Znalezienie więc jej u szeregu chorych w epidemii podobnej do tyfusu decyduje na korzyść włośnicy.

Eozynofilię we włośnicy spostrzegali pierwsi w latach 1897 i 1899 lekarze THAYER, BROWN i GWYN ze Stanów Zjednoczonych, gdzie włośnica u świń zdarza się o wiele jeszcze częściej, niż w Niemczech. Wyprowadzali oni ciątka eozynochłonne z tkanki mięsnej, rozpadającej się dokoła trychin. Spostrzeżenia lekarzy amerykańskich potwierdzili wkrótce i lekarze niemieccy, zaprzeczając jednak temu, by źródłem eozynofiliów była rozpadająca się tkanka mięsna (K. SCHLEIP. *Deutsch. Arch. f. kl. Med.* tom 80). Niejednokrotnie już wykazywano ten objaw w rozpoznawaniu włośnicy. Niedawno STÄUBLI [l. c.] z kliniki monachijskiej prof. MÜLLER'a ogłosił pracę kliniczną i doświadczalną, po-

święconą eozynofilii. W doświadczeniach jego na świnkach morskich eozynofilia zjawiała się jednocześnie z przedostawaniem się embryonów trychinowych do krwi, dopiero w 7—13 dni po spożyciu zakażonego mięsa, najczęściej w 8 dni. Nie można więc eozynofilii uważać za odczyn na substancje, wydzielone z torebek (*capsula*) trychinowych przy rozpuszczaniu ich w soku żołądkowym. Nie można też wiązać eozynofilii ze sprawami życiowymi włóśni podczas ich pobytu w przewodzie pokarmowym. Trzeba raczej poczytywać eozynofilię we włósnicy za odczyn chemotaktyczny na substancje wydzielone do krwi przez krążące w niej embryony, a może i przez rozpadającą się tkankę mięsną. — Eozynofilia trwa przez cały czas choroby, poczynając od jakiegoś 8-go dnia po zakażeniu. W pojedynczych przypadkach, zwłaszcza najcięższych śmiertelnych, albo na krótko przed śmiercią może jej brakować.

W naszej epidemii kol. KARWACKI badał krew od 8-u osób i znalazł eozynofilów: u jednej 10%, u jednej 30%, u jednej 45%, u 2-ch—50%, u 1-ej 60% i u 2-ch—80% wszystkich ciałek białych. Ja robiłem preparaty od 7-ŭ chorych, co prawda, nie bardzo udane. W jednym przypadku łagodnym pod koniec choroby nie znalazłem ani leukocytozy, ani przyrostu białych ciałek wielojądrowych, ani eozynofilii. U pozostałych 6-u chorych łatwo było znaleźć na preparacie kilkanaście, a u paru chorych kilkadziesiąt eozynofilów. Umiarkowaną eozynofilię obok leukocytozy widziałem u rekonwalescentki w jakieś 10 dni po spadku gorączki. Jeden przypadek poronny zapisałem na oddział kol. CHEŁMOŃSKIEGO, gdzie kol. GOZDZICKI badał krew na 4-ty czy 5-ty dzień choroby po zniknięciu już wszelkich objawów: znalazł 18 tys. ciałek białych w 1 mm. sześć, 85% ciałek wielojądrowych, 5% eozynofilów. — W ogóle niepodobna było dopatrzeć się jakiegoś stosunku między stopniem eozynofilii a natężeniem lub okresem choroby u naszych chorych.

W epidemii naszej wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. W innych epidemiach śmiertelność bywała bardzo różna. Przeciętna np. śmiertelność z 39-u epidemii saskich wyniosła zaledwie 1,54%, w jednej zaś z tych epidemii — 14,5%. Epidemia w Hedersleben dała śmiertelność 30%; we Francji LABOULBÈNE opisał epidemię ze śmiertelnością 75%. — Z epidemii opisywanych w Królestwie ŻENCZYKOWSKIEMU z 19-u chorych umarło 5-u [26,3%], RZĄDOWI z 12-u — 2, DRECKIEMU ¹⁾ z 8-u chorych umarł 1; MAYBAUMOWI i STERLINGOWI z 21 chorych nikt nie umarł; PODCIECHOWSKIEMU — 15-u chorych — także wszyscy wyzdrowieli.

Wszyscy z naciskiem zaznaczają, że dzieci znoszą włóśnię bez porównania lepiej od dorosłych. Tak np. w epidemii w Hedersleben z pomiędzy dorosłych zmarło 37%, z pomiędzy dzieci 1,5%; w Hettstadt z pierwszych 14,5%, z drugich — 0,9%. W naszej epidemii chorowały niemal wyłącznie osoby dorosłe [od lat 17-u i starsze]. I tu jednak widocznem było, że osoby młodsze, uczennice chorowały łagodniej, niż starsze, da-

¹⁾ Gaz. Lek. 1885 str. 461.

ły daleko więcej przypadków w poronnych, a mniej ciężkich. Co najmniej 5 młodych osób jadło surowe mięso zakażone bez żadnych złych następstw. Natomiast z pomiędzy starszych chorych jedna zasłabła we 2 $\frac{1}{2}$ tygodnie po zjedzeniu jednego plasterka polędwicy; zwykle nie jada wieprzowiny, tym razem wyjątkowo skosztowała jej, bo ją namawiano, że taka smaczna.

Po ustaleniu rozpoznania dawałem chorym w początku choroby kalomel, a i potem środków czyszczących nie zaniedbywałem. Wprawdzie żywe włośnię w śluzie kiszki chorych na włośnicę znajdowano rzadko, a przytem tylko samce, jednak możliwość zapłodnienia już podczas choroby nie jest wyłączona. Wznówki i obostrzenia we włośnicy dobrze są znane. Zresztą leczenie było tylko objawowe.

Na zakończenie muszę podnieść ważną pod względem praktycznym sprawę częstości włośnicy u nas w Królestwie. P. FEDECKI¹⁾, weterynarz z Kalisza, oraz kol. MAYBAUM i STERLING sądzą, że i u nas w Królestwie świnie chorują na włośnicę równie często, jak w Niemczech, albo częściej jeszcze, że i epidemie między ludźmi zdarzają się u nas, ale uchodzą za inne choroby. Czy tak jest rzeczywiście? Zdaje mi się, że nie.

W Poznańskim, gdzie oględziny obowiązkowe wykazują większą odsetkę świń trychinowych, niż przeciętna w Niemczech, o zachorowaniach ludzi na włośnicę donoszono często i w pismach lekarskich, i w dziennikach. Gdy ZENKER w r. 1860 pierwszy zwrócił uwagę na włośnicę u ludzi, niezadługo już potem SAMTER [ojciec] opisał epidemię, która dotknęła kilkadziesiąt osób w Poznaniu i uznał ją za włośnicę, chociaż włośni nie znalazł²⁾. Wkrótce potem KACZOROWSKI w Dzienniku Poznańskim podał wzmiankę o kilku podejrzanym zachorowaniach w mieście i w szpitalu Sióstr Miłosierdzia³⁾. O znalezieniu włośni w wieprzowinie pierwsi donieśli MIZERSKI i ELSNER⁴⁾. Głośne było zachorowanie kilku profesorów szkoły rolniczej Żabikowskiej na włośnicę w r. 1871. Wzmianki o trychinach w Poznańskim podawał Przegląd Lekarski stosunkowo dość często⁵⁾. Słowem—doniesień z Poznańskiego o włośnicy nie brakowało.

Tak samo i w Królestwie widocznie w niektórych okolicach jego, a mianowicie na pograniczu pruskim [Kalisz, Sieradz, Łódź, a zapewne i Płock] włośnica zdarza się nierzadko, bo donoszono o niej stamtąd wielokrotnie.

Pierwszy w Królestwie BAROK z Łodzi podał wiadomość w r. 1870 o zachorowaniu 5-u osób na włośnicę i znalezieniu włośni w wieprzowi-

1) Zdrowie. 1891 str. 94.

2) Virch. Archiv. 1864, tom 29 str. 215.

3) Dzienn. Pozn. 1863 Nr. 128. (cyt. przez MIZERSKIEGO)

4) Tygodn. Lek. 1866, tom 20, str. 17.

5) Wykaz oryg. prac lek. polsk. Warsz. 1897 str. 252.

nie ¹⁾. W Łodzi jeszcze RZĄD i MAYBAUM ze STERLINGIEM opisali epidemie włośnicy w r. 1897 [l. c.]. Przytem RZĄD, raz zapoznawszy się z włośnicą, doszedł do wniosku, że i epidemia w Łodzi z roku poprzedniego [1896], poczytywana za influencę z obrzękiem powiek, właściwie była trychinozą.

W Kaliskiem pierwszy DRECKI w r. 1885 znalazł włośnię w wieprzowinie, po której zachorowało 8 osób. W samym Kaliszu w r. 1885 i 1886 kilkanaście przypadków włośnicy skłoniło miejscowych rzeźników do przedsięwzięcia systematycznych, choć zupełnie prywatnych oględzin drobnowidzowych wieprzowiny. Z badań tych zdawał sprawę za lat 9 p. FEDECKI ²⁾. Każdego roku znajdował on włośnię u 4-ch, 10-u a nawet 13-u świń. Przeciętnie jedna sztuka trychinowa wypadła na 647 zdrowych. Jest to stosunek gorszy, niż w Niemczech, gdzie jedna świnia zakażona wypada na 2—3 tysiące zdrowych, a lepszy nieco, niż w Poznańskiem, gdzie stosunek ten wynosi 1 : 240.

Kol. PODCIECHOWSKI z Sieradza chorował [w r. 1889] w Turku sam ze swą rodziną i jednocześnie z innemi jeszcze osobami na influencę z obrzękiem powiek. Po zapoznaniu się jednak z włośnicą, której dwie epidemie spostrzegł w sieradzkiem w r. 1900 i 1903, przyszedł do przekonania, że i owa mniemana influenza z obrzękiem powiek w Turku była trychinozą.

W Płocku opisał ŻENCZYKOWSKI ciężką epidemię włośnicy, podobną do cholery, w r. 1904. Słyszałem, że miejscowi lekarze w ostatnich latach widywali influencę z obrzękiem powiek — być może nie rozpoznaną trychinozę ³⁾.

Oti wszystko, co donosili lekarze polscy o włośnicy. Okazuje się, że a ni w Królestwie poza pograniczem pruskim [Łódź, Kalisz, Sieradz, Płock], ani w Galicyi włośnicy nie widywano, a przynajmniej nie rozpoznawano.

Czy mimo to włośnicę u nas można uważać za równie częstą i między trzodą chlewną, i między ludźmi, jak i w innych krajach? Czy to my tylko o tem nie wiemy, bo wieprzowiny nie badamy na włośnię, a zachorowania u ludzi rozpoznajemy, jako inne choroby? Mojem zdaniem, wuiosk taki byłby niesłuszny. Gdyby włośnica zdarzała się nieco częściej u nas, to ostatecznie i lekarze warszawscy, lubelscy i inni zapoznaliby się z nią i rozpoznawaliby ją tak samo dobrze, jak łódzcy, kaliscy i sieradzcy.

O Warszawie bynajmniej nie można powiedzieć, żeby się włośnicą nie interesowała. NATANSON ⁴⁾ referował sprawę włośnicy w Tow. Lek. Warsz. w r. 1860, tym samym, w którym ZENKER stwierdził jej znaczenie dla patologii czło-

¹⁾ Pam. Tow. Lek. Warsz. 1870 tom 63 str. 110.

²⁾ Zdrowie 1891 str. 94 i Gaz. Lek. 1897 str. 270.

³⁾ W Tow. Lek. Warsz. podczas rozpraw nad niniejszym odczytem zakomunikował kol. POLIKIER, że przed dwudziestu paru laty w Dorpacie kilku studentów polaków po spożyciu wieprzowiny, nadesłanej jednemu z nich z Płocka, zachorowało poważnie. Prof. VOGEL rozpoznął włośnicę i znalazł włośnię w owej wieprzowinie. Nie umarł nikt.

⁴⁾ Pam. Tow. Lek. Warsz. 1860 tom 43 str. 445.



wieka. Później wielokrotnie w różnych pismach lekarskich i nielekarskich i w oddzielnych broszurach opisywano u nas włośnicę [zwłaszcza prof. weterynaryi SEIFMAN]. Prof. BRODOWSKI bardzo żywo interesował się tą sprawą. Nie mogąc doczekać się włośnicy w prosektoryam, łapał on szczury z trupiarni przy Szpit. Dziec. Jez. i już u 5-go z rzędu szczura znalazł nieliczne włośnie, z którymi przerabiał doświadczenia i prof. HOYER ¹⁾). W r. 1870 BRODOWSKI przedstawił w Tow. Lek. włośnie, przysłane mu przez BAROKA z Łodzi. Dopiero w r. 1875 pierwszy raz znalazł bardzo liczne zwapniałe włośnie w mięśniach od chorego, który pochodził z Poznańskiego, a zmarł z innej choroby ²⁾). Prof. PRZEWOSKI mówił mi ustnie, że tylko 3 razy w życiu znalazł przypadkowo zwapniałe włośnie w mięśniach osób zmarłych z innych chorób, raz przed kilku i dwa razy przed kilkunastu laty. Wszystkie te trzy osoby pochodziły z Poznańskiego. Kol. DMOCHOWSKI raz tylko widział stare włośnie w mięśniach, i to jeszcze będąc studentem. [Może było to jedno ze spostrzeżeń prof. PRZEWOSKIEGO]? Kol. E. ZIELIŃSKI podczas rozpraw nad niniejszym odczytem wspominał, że na 4 tysiące sekcyi znalazł stare włośnie w mięśniach dwa razy: raz u Poznańczyka i raz u Niemca. Nikt z anatomo-patologów w Warszawie nie widział włośnicy ostrej, która sama przez się byłaby przyczyną śmierci. Z 7-u zaś czy 8-u dopiero co wspomnianych przypadków na kilkadziesiąt tysięcy sekcyi, wykonanych za ten czas w Warszawie, ze starymi włośniami w mięśniach, o 7-u t. j. niemal o wszystkich dowiedziano się, że dotyczyły osób, przybyłych do Warszawy z Poznańskiego lub z Niemiec, a przecież ta kategoria osób stanowi zaledwie drobny ułamek ludności warszawskiej. Trudno chyba o jaskrawsze potwierdzenie faktu, że włośnie wśród naszej ludności jeżeli się zdarzały, to niezmiernie rzadko, bez żadnego porównania rzadziej, niż w Poznańskim lub w Niemczech. W Niemczech stare włośnie w mięśniach znajduje się w 2% sekcyi.

Co do częstości włośnicy u świń naszych, to w obec braku u nas oględzin drobnowidzowych wieprzowiny, mogę się tu powołać jedynie na udzielone mi ustnie świadectwo profesora instytutu weterynaryjnego, p. M. ŻÓRAWSKIEGO, który, chociaż zawsze interesował się żywo włośniami, pisał o nich ³⁾, obmyślał przyrządy do łatwiejszego ich odnajdywania, jednak zaledwie u paru świń miejscowych znalazł włośnie.

Że lekarze warszawscy liczyli się z możliwością włośni w Warszawie, świadczą o tem ogłoszone spostrzeżenia, w których za życia rozpoznawano

¹⁾ Pam. Tow. Lek. 1865 tom 56 str. 412.

²⁾ Pam. Tow. Lek. Warsz. 1875, tom 71, str. 376.

³⁾ Zdrowie 1905, str. 208.

włośnicę, ale nie stwierdzono jej po śmierci. Takim był opisany przez KLIN-
KA ¹⁾ z kliniki prof. CHAŁUBIŃSKIEGO przypadek zapewne *polymyositis infectio-*
sae — choroby wówczas wcale jeszcze nieznaney. Takim był przypadek J.
KRAMSZTYKA ²⁾ [mnóstwo drobnych ropni w mięśniach].

Wspominałem już, że i RZĄD, i PODCIECHOWSKI, stwierdziwszy raz epi-
demię włośnicy, przypominali sobie zaraz przypadki tej choroby dawniej
widziane, ale mylnie wtedy rozpoznawane. Ja po obecnej epidemii nie mo-
głem sobie przypomnieć nic do niej zbliżonego. Od innych kolegów o podob-
nych przypadkach nie słyszałem także. Jeden kol. CHEŁMOŃSKI w ostatnim
roku widział kilka zachorowań ostrych z obrzękiem powiek i gorączką niby
gastryczną, niby tyfoidalną; własności aglutynacyjne surowicy pozwalały mu
wykluczyć tyfus brzuszny.

Przytoczyłem to wszystko, bo wynika stąd, że zachorowania
na włośnicę jeżeli się w Warszawie zdarzały, to
chyba bardzo rzadko, bardzo łagodne i sporady-
dyczne. Większych i cięższych epidemii bylibyśmy nie przeoczyli. Że
włośnie są w Warszawie, świadczą o tem choćby wspomniane tu poszukiwania
BRODOWSKIEGO na szczurach z trupiarni szpitala Dz. Jezus. Widocznie je-
dnak dotąd nie było u nas warunków, sprzyjających zakażeniu włośniami świń
i ludzi.

Inna jest rzecz, czy tak zawsze będzie, jak dotąd, czy możemy być spo-
kojni, że i nadal względnie będziemy wolni od włośnicy. Trzeba tu wziąć
pod uwagę ułatwioną już komunikację z Łodzią i Kaliszem, coraz częstsze
sprowadzanie świń zarodowych z zagranicy w miarę postępu hodowli trzody
chlewnej, powracanie do Królestwa dziesiątków tysięcy ludzi, wypędzonych
z Niemiec, wędrówki coroczne do Niemiec setek tysięcy ludzi za zarobkiem.
Wszystko to nie pozwala żywić nadziei, żeby warunki powstawania włośni-
cy na długo jeszcze mogły być u nas inne, niż w Niemczech.

Wspominałem, że i z Galicyi nie donoszono nigdy o zachorowaniach na
włośnicę. W r. jednak 1903 w Krakowie panowała krótkotrwała, bo zaledwie
kilkutygodniowa epidemia, zupełnie podobna do naszej [gorączka podobna do
tyfusowej, obrzęk powiek, bóle mięśniowe, odczyn diazo, leukocytoza]. Za-
chorowało jakieś 50 osób wyłącznie z klasy zamożniejszej. Kilka przypadków
tej choroby opisał LATKOWSKI z kliniki prof. KORCZYŃSKIEGO ³⁾. Z możliwo-
ścią włośnicy w tych przypadkach rachowano się bardzo poważnie. Wy-
cięto nawet jednemu choremu kawałek mięśnia i poszukiwano w nim włośni
bezsukutecznie. Ostatecznie przy badaniach bakteryologicznych z wydzieliny
łącznicy wyhodowano drobne prątki zupełnie podobne do influencowych obok
innych drobnoustrojów. Epidemię uznano za influencę, przy której to choro-
bie różni badacze [ROSENBACH, PFLÜGER, GREEF, ZUR NEDDEN] widywali tak-

¹⁾ Medycyna 1875, tom 3, str. 241.

²⁾ Medycyna 1876, tom 4, str. 113.

³⁾ Gaz. Lek. 1903, str. 754.

że obrzęk powiek i znajdowali w worku łącznicowym prątki influencowe.— Nazwa „influenca krakowska” spopularyzowała się w Królestwie. PODCIECHOWSKI, opisując epidemię włośnicy w sieradzkim z tegoż roku, kwestyonował rozpoznanie lekarzy krakowskich. Oczywiście trudno podawać w wątpliwość rozpoznanie epidemii, bardzo dokładnie gdzieś indziej obserwowanej. Nie mogłem jednak zamilczeć, że opis tej epidemii niezmiernie przypomina epidemię, z której zdałem tu sprawę. Że w wielkim mieście bardzo trudno bywa odnaleźć wieprzowinę, stanowiącą przyczynę epidemii, o tem już wyżej mówiłem. Że w łagodnej epidemii kawałek wyciętego mięśnia łydkowego mógł być wolny od włośni, to także jest łatwo zrozumiałe. Wreszcie ktoś chory na włośnicę mógł mieć i prątki influencowe w worku łącznicowym ¹⁾.

Z pracy niniejszej wypływają następujące wnioski praktyczne:

Z możliwością włośnicy w Warszawie musimy się już liczyć.

Gorączka podobna do tyfusowej z obrzękiem powiek i bólami mięśniowymi powinna budzić w nas podejrzenie włośnicy, tembardziej gdy ją poprzedza okres zaburzeń w trawieniu.

W razie podejrzenia włośnicy, prócz badania spożywanej przez chorych wieprzowiny, trzeba zwrócić uwagę na obecność lub brak eozynofili w krwi.

Obowiązkowe badanie drobnowidzowe wieprzowiny jest już u nas pożądanę, przynajmniej w Łodzi i w Warszawie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

163. P. Marie. Nowe badania nad niemotą (aphasia): trzeci zawój czotowy lewy nie odgrywa żadnej specjalnej roli w czynności mowy.

Autor podaje wyniki dziesięcioletnich swych badań nad afazją, burzące zupełnie dotychczasowe o niej pojęcia. Według ogólnie uznanej teorii, przyczyną najrozmaitszych postaci afazji jest zniszczenie jednego z ośrodków mowy, przyczem intelligencya chorego pozostaje nienaruszoną. Teorya ta, zdaniem MARIE'go, grzeszy tem, iż oparta jest na wywodach teoretycznych, a nie jest wynikiem badań klinicznych. Nawet odkrycie WERNICKE'go afazji zmysłowej [głuchota wyrazowa], szczęśliwym trafem przez autora w 2-ch przypadkach sekcją stwierdzonej, przykrojone jest do wywodów anatomicznych

¹⁾ W rozprawach w Tow. Lek. Warsz. po odczytaniu niniejszej pracy kol. SOKOŁOWSKI, wspomniął chorego, który podczas influency krakowskiej niezwłocznie po zasłabnięciu na nią wrócił z obrzękiem powiek z Krakowa do Warszawy. Tu chorował bardzo ciężko i długo, miał zakrzepy żylne, obrzęki, zawały krwotoczne w płucach. Kol. SOKOŁOWSKI rozpoznawał u niego włośnicę, co potwierdził i prof. SENATOR, wzywany na poradę do chorego.

MEYNER'ta, iż ośrodek słuchowy leży w tylnej części zawoju skroniowego pierwszego.

W klinice znamy dwie główne postaci niemoty (*aphasia*): zmysłową i ruchową. Pierwsza, znana pod nazwą afazji WERNICKE'go, polega na tem, iż chory wprawdzie sam mówić może, z trudnością jednak rozumie mowę zwróconą do niego; umiejętność czytania i pisania również jest osłabiona, lub też ginie zupełnie; przytem chory mówi niewyraźnie, często opuszcza wyrazy; z kilku języków, którymi władał dobrze, pamięta tylko jeden—ojczysty i t. d.

Druga postać, zwana niemotą BROCA'i, odróżnia się głównie tem, że chory wcale mówić nie może. Wprawdzie chory tego typu również nie czyta, nie pisze i nie rozumie zwróconej doń mowy, jednak neurologowie uważają te objawy jako przypadkowy zbieg okoliczności, nie wspólnego z istotą choroby nie mający. Obawiając się, aby nie szkodziły czystości zróżniczkowanych typów afazji, wspominają o nich zaledwie paru wyrazami.

MARIE, abstrahując od danych anatomicznych i opierając się jedynie na klinice, twierdzi, że jeden tylko jest rodzaj niemoty i że główną jej cechą nie jest częściowa lub całkowita utrata mowy, lecz trudności rozumienia tego, co mówią inni, niemożność pisania i czytania, jednym słowem—wyraźne obniżenie poziomu intelektualnego.

W rzeczywistości, jeśli rozkaz wydany choremu dotkniętemu niemotą jest prosty, niezłożony, spełni on go natychmiast, jeśli jednak w jednym zdaniu żąda badający spełnienia kilku prostych wprawdzie, lecz jednoczesnych lub nawet kolejno następujących po sobie czynów, chory rozkazu nie zrozumie bez względu na to, czy wydanym on będzie ustnie, piśmiennie, czy zapomocą mimiki. Trudno przyczynę tego widzieć w głuchocie wyrazowej, jak również nie głuchota wyrazowa jest winną, że muzyk, dotknięty niemotą, traci swoje zdolności muzykalne nawet wtedy, gdy ma zagrać sztukę, którą niedawno jeszcze grał świetnie z pamięci, lub że inny chory z niemotą, dodając cyfry, zaczyna liczyć z lewej strony, lub że wreszcie nie umie rozpoznać godziny na zegarku.

Wszystko to są dowody, iż chory nie rozporządza całą, dawniejszą inteligencją. Obniżenie to inteligencji tem bardziej może ująć i uchodzi uwagi, iż chorzy dotknięci niemotą pod względem afektów i pod względem moralnym nie przedstawiają żadnych zбочeń. I na to MARIE kładzie silny nacisk. Do tego należy dodać, że i mimika ich nie jest zmieniona, lecz tylko mimika emocyjna, bo mimika konwencyonalna [wyrzucić wstręt, grozić palcem i t. d.] i mimika opisowa [np. pokazać mimiką czem się chory zajmuje] ulega zaburzeniom, co także przemawia za zmniejszeniem inteligencji, gdyż wszystkie te znaki nie mają nic wspólnego z mową.

W dalszym ciągu pracy wykazuje MARIE, że uznane przez wszystkich, klasyczne umiejscowienie niemoty ruchowej BROCA'i w dolnym zawoju czołowym lewym nie może ostać się w obec spostrzeżeń klinicznych. Wynika to z osobistych badań autora nad 100 chorymi dotkniętymi tym objawem, z których u 50-u dokonano badania pośmiertnego. Dowodzą one:

1) że istnieją przypadki, w których zniszczenie, ograniczone do tylnej części trzeciego lewego zawoju czołowego u nie mańkutów, nie pociągnęło za sobą afazji;

2) że istnieją przypadki najbardziej typowej niemoty ruchowej BROCA'i przy zupełnym braku jakiegokolwiek uszkodzenia tegoż zawoju.

Wprawdzie w połowie przypadków znalazł i MARIE klasyczne uszkodzenie kory mózgowej, jednak widzi w tem tylko zbieg okoliczności, gdyż i bez tego uszkodzenia niemota istnieć może i istnieje. A mianowicie: prawie zawsze afazja jest wynikiem rozmięknienia mózgu wskutek zatkania tętnicy SYLWJUSZA powyżej odejścia tętnicy do 3-go zawoju czołowego; roz-

mięknienie to, obejmując wszystkie zawoje odżywiane przez tętnicę mózgową średnią, obejmuje i trzeci zakręt czółowy. Jest to więc prosta tylko koincydencja.

Niemota ruchowa [BROCA'i] i zmysłowa [WERNICKE'go] różnią się tylko tem, iż chory dotknięty pierwszą nic nie mówi, a w drugiej—mówi wprawdzie, lecz w obu nie może czytać, pisać i nie pojmuje pytań więcej złożonych. *Anarthria* nie jest niemotą, jest ona porażeniem pseudo-bulbarnem, wprawdzie bowiem chory nią dotknięty także nie może nic mówić, lecz nie ma zmniejszenia inteligencji, może on czytać i pisać.

Niemówność wyrażania myśli słowami, wspólna więc jest wszystkim 3 postaciom, lecz w 2-u pierwszych zależy od zatrąty inteligencji, a w trzeciej od porażenia mięśni potrzebnych do artykulowania głosu. Podstawą anatomiczną *anarthriae*, wedle ogólnego zdania, jest cierpienie jądra soczewkowatego (*nucleus lenticularis*) lub sąsiedztwa [torebka wewnętrzna lub zewnętrzna], bez różnicy, czy to będzie prawa lub lewa półkula mózgu. Niemota, która, zdaniem M., jest jedna i zależy od cierpienia lewej półkuli mózgu, jest to anartria + zmniejszenie inteligencji. Jedynym miejscem, którego zniszczenie powoduje niemotę, jest terytoryum WERNICKE'go (*gyrus supramarginalis*, *plisourbe*, *gyrus angularis* i podstawa 2-ch pierwszych zawojów skroniowych). Jest to miejsce, które i FLECHSIG uważa za ośrodek specjalnej asocjacji.

Badania kliniczne nie upoważniają do przypuszczenia, aby terytoryum to można było rozdzielić na kilka pomniejszych, rządzących tą lub inną częścią składową mowy. Natężenie niemoty zależy tylko od obszerności miejsca zniszczonego, jest proporcjonalnem do rozciągłości zniszczenia kory w okolicy WERNICKE'go lub włókien białych nerwowych, od tej okolicy idących.

Ponieważ niemota ruchowa (*aphasie* BROCA'i) wedle M. jest niemotą WERNICKE'go + anartrią, to występuje ona, gdy zniszczeniu ulegną: terytoryum WERNICKE'go + okolice jądra soczewkowego.

Wystąpienie niemoty lub anartrii uwarunkowane jest tylko tem, w którym miejscu tętnica dołu SYLWJUSZA jest zatkana; czy zaraz przy odejściu z wielką WILLIS'a [wtedy rozmięknieniu ulegnie o olica jądra soczewkowego, odżywiana przez tętniczki, wychodzące z *art. fossae Sylvii* na wysokości blaszki podziurawionej przedniej], czy też dopiero wyżej, po odejściu tych ostatnich, wówczas bowiem ulegnie rozmięknieniu okolica korowa, t. zw. przez autora terytoryum WERNICKE'go i leżąca pod nią substancja mózgowia biała.

Jak widzimy z powyższego, MARIE zburzył całą tak kunsztowną budowę niemoty. Ponieważ opiera się nie na wywodach teoretycznych, lecz na danych klinicznych, popartych rozbiorem pośmiertnym, pewnym jest, iż teoria jego utrzyma się w nauce. Dowodzi on, iż niemota jest jedna, wszelkie ośrodki dla obrazów słuchowych, wzrokowych i t. d. mowy, są wytworem sztucznym; iż niemota zależy od zmniejszenia inteligencji i podstawą anatomiczną cierpienia jest terytoryum WERNICKE'go; iż od rozciągłości miejsca zniszczenia tegoż zależy mniejsze lub większe natężenie objawów niemoty; iż postać niemoty, wyróżniana dotychczas jako ruchowa BROCA'i, jest połączeniem niemoty z anartrią i wystąpienie jej nie ma nic wspólnego z cierpieniem zawoju czółowego dolnego lewego, lecz pojawia się wtedy, gdy wskutek zatkania pnia tętnicy dołu SYLWJUSZA zniszczeniu ulegnie nie tylko część mózgu, od której zależy niemota, lecz jednocześnie i ta, której cierpienie wywołuje anartrię.

164. Grasset. O przestankowym chromaniu ośrodków nerwowych (*claudication intermittente des centres nerveux*) pochodzenia tętniczego.

Z okazji pracy DEJERINE'a [patrz Gaz. Lek. 1906. № 21] autor przypomina swe prace od r. 1890, omawiające ten sam przedmiot. Dwa okresy odróżnić należy w objawach wywołanych cierpieniem tętnic ośrodków nerwowych. W pierwszym początkowym objawy, wskutek niedostatecznego dopływu krwi tętniczej, występują napadami, chwilowo, przejściowo, przy wzmożonej tylko czynności organu; w drugim, późniejszym, objawy te z przyczyny zniesionego zupełnie dopływu krwi, są stałe [rozmięknienie mózgu, rdzenia] i wywołane zupełnym zniesieniem czynności organu. Te ostatnie są od dawna i lepiej znane; na pierwsze, zwane przestankowym niedomaganiem ośrodków nerwowych, dopiero w ostatnich czasach [zwłaszcza GRASSET i DEJERINE] zaczęto zwracać uwagę.

Autor rozpatruje kolejno przestankowe niedomaganie oddzielnych części ośrodków mózgowo rdzeniowych i mięśni [te ostatnie znane od czasów CHARCOT'a].

Cierpienie tętnic mózgowych w pierwszym okresie wywołuje napady: osłabienia pamięci, zmęczenia intelektualnego, zaburzeń mowy (*dys-, aphasia, dysarthria*) i różne *acroparaesthesiae* w kończynach. Napady tych objawów po krótkim ich trwaniu na pewien czas znów giną i w chwilach od nich wolnych, badanie nawet najstaranniejsze żadnych zбоczeń nie wykrywa. Tylko stopniowo napady te powtarzają się w coraz mniejszych odstępach czasu, z powodów coraz bliższych, aż w końcu kończą się stałymi zmianami [wskutek obumarcia mniejszej lub większej części mózgu].

Zmiany w tętnicach doprowadzających krew odżywcza do śródmózdzia (*mesocephalon*) zdradzają się napadami zawrotów głowy i niedostatecznego ukrwienia ośrodków krążenia i oddychania (*bradycardia, tachycardia, arhythmia, oddech CHEYNE-STOKES'a*).

W przestankowym chromaniu rdzenia kręgowego GRASSET wyróżnia 2 postaci: jedną, opisaną w pracy DEJERINE'a, którą czyni zależną od chwilowego niedostatecznego ukrwienia przedniej części rdzenia kręgowego i drugą rzadszą, przez siebie opisaną, którą nazywa „*claudication intermittente de la moelle posterieure*“. Ta postać tylna objawia się napadami bólu lub bolesnego ściśnięcia na wysokości tułowia lub brzucha, czyniącymi wrażenie dusznicy bolesnej (*pseudoangor*), *gastralgie* lub *crise abdominale* w wjadzie rdzenia (*tabes*). Badanie obiektywne w czasie i po napadzie, prócz zwiększenia odruchów ścięgniowych, nie wykrywa żadnych zaburzeń ze strony ośrodków nerwowych.

(*Revue neurologique*. 1906. N. 10).

W. Gajkiewicz.

165. Romme. Oponiny i fagocytoza.

Liczba ciał swoistych, mogących znajdować się w surowicy [aglutyniny, precipityny, lisiny, aleksyny], które jednocześnie wyrażają dany odczyn organizmu, obecnie powiększył nowy składnik—„opsoniny“. Wyraz ten, zaczerpnięty z greckiego „*σφώνεω*“, co znaczy „przygotowuję pożywienie“, utworzyli WRIGHT i DOUGLAS w celu oznaczenia nim pewnych składników istniejących w surowicy, których obecność jest niezbędną, aby fagocyty mogły wyrzucić swój wpływ na drobnoustroje.

Istnienie opsonin w surowicy zarówno normalnej, jak i swoistej, stwierdzają 3 następujące doświadczenia: Leukocyty w pewnych warunkach, jak wiadomo, osadzają *in vitro* drobnoustroje, zawieszane w surowicy. Otóż jeżeli w tem doświadczeniu zastąpić surowicę izotonicznym roztworem fizyologicznym soli kuchennej, a leukocyty wziąć wolne zupełnie od surowicy przez odpowiednie ich wymycie („*par un lavage*“), to fagocytoza nie występuje wcale lub też w bardzo niewielkim stopniu. Tymczasem fagocytoza występuje jednak, jeżeli do fizyologicznego roztworu soli dodać wymyte leukocyty oraz

drobnoustroje, pochodzące z surowicy i wydzielone z niej przez parokrotne wymycie.

Porównyując pierwsze doświadczenie z drugim, WRIGHT i DOUGLAS stworzyli hipotezę, że w surowicy znajduje się substancja, która powoduje właściwie czynność fagocytarną leukocytów. Z drugiej strony substancja ta działa, jak nam wskazuje doświadczenie trzecie, łącznie z drugim, nie na leukocyty, a na drobnoustroje, z którymi jest tak silnie związana, że parokrotne ich wymycie nie usuwa jej. Jednym słowem—opsoniny w objawie fagocytozy grają podobną rolę, jak i istoty uczulające w sprawie bakteryolitycznej.

Obecnie już wykazano, że surowica normalna ludzi lub zwierząt zawiera opsoniny, które wywierają wpływ na chorobotwórcze ustroje o zmniejszonej jadowitości. Nie wiadomo tylko dotychczas, czy normalna surowica zawiera tylko jeden rodzaj opsonin, czy też każdy rodzaj drobnoustrojów jest uczulany za pośrednictwem oddzielnych opsonin. Dalsze badania wykazały również, że w surowicy zwierząt uodpornionych wobec danego drobnoustroju istnieją swoiste opsoniny.

Teoria o „opsoninach” jest wręcz przeciwną teorii MIECZNIKOWA o „stimulinach”, gdyż opsoniny mają działać, skupiając się na drobnoustrojach, działanie zaś stimulin zwrócone ma być ku leukocytom. Wzmoczone własności opsoniczne krwi były spostrzegane w przebiegu róży i tyfusu [RÜDIGER], podczas zapalenia płuc [ROSENOW] oraz podczas zdrowienia.

Opsoniny surowicy normalnej działają nie tylko na drobnoustroje: ten sam wpływ wywierają one na wszystkie komórki i na czerwone krążki krwi. We krwi normalnej ilość opsonin, zdolnych uczulić czerwone krążki krwi i poddać je fagocytozie, jest bardzo mała—stwierdził to LEVADITI. HEKTOEN zaś znalazł, że w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, tyfusu oraz szkarlatyny ilość hemo-opsonin wyraźnie zwiększa się. ROMME zadaje sobie pytanie, czy właściwie czysta bezkrwistość (*anaemia*) w przebiegu spraw zakaźnych nie jest wynikiem fagocytozy czerwonych krążków krwi przez utworzenie się specjalnych hemo-opsonin?

WRIGHT wytworzył również metodę, pozwalającą obliczyć ilość opsonin, czyli siłę opsoniczną krwi, metodę, opartą na liczeniu drobnoustrojów schwyconych w określonym czasie przez leukocyty u ludzi zdrowych i chorych. W. wykazał dalej, że w zakażeniach zdolność opsoniczna krwi przedstawia pewnego rodzaju wahania, podczas których zdolność ta albo się zwiększa, albo zmniejsza, oraz że wprowadzanie substancji swoistych podnosi lub zmniejsza tę zdolność. Wskutek tego w przebiegu gruźlicy w celach leczniczych zastrzykiwał on tuberkulinę wtedy, kiedy opsoniny były przypuszczalnie u szczytu działania i otrzymywał wyniki dodatnie w gruźlicy kości, stawów a nawet płuc.

HEKTOEN stwierdził jeszcze, że pewne substancje, jak alkohol, kwas mleczny, chloroform, dwuwęglan sodu wpływają ujemnie na siłę opsoniczną krwi.

(*La Presse médicale*. 1906. Nr. 45).

T. Wretowski.

166. Bernhardt. Zawodowe zaburzenia u telefonistek.

Wbrew niektórym poglądom, bezpośrednie przejście prądu elektrycznego przez ciało rzadko tylko bywa momentem wywołującym chorobę u telefonistek; zdarza się to np. wtedy gdy drut kolei elektrycznej, po którym zwykle bardzo silny prąd biegnie, zostanie zerwany i zetknie się z drutem telefonicznym albo gdy nastąpi wyładowanie się elektryczności atmosferycznej podczas burzy. Poza tymi wyjątkowymi wypadkami najpospoliciej uraz stanowi zbyt silna sensacja słuchowa, wywołana w znacznej większości przypadków

przez zbyt długie lub zbyt energiczne kręcenie korbki przez abonentów, często bardzo niecierpliwych. Co się tyczy wpływu dzwonienia nadmiernego na słuch, to co do tej kwestyi panują sprzeczne przekonania: gdy jedni autorowie obserwowali pewne nawet zaostrzenie się słuchu, inni spostrzegali jego upośledzenie.

Autor u swoich chorych nie zauważył właściwych zaburzeń słuchu, natomiast widywał często bóle umiejscowione nie tylko w samym uchu, ale i w dalszych jego okolicach [np. tył głowy, szyja, grzbiet], a nawet po stronie przeciwnej. Częstość notował nadczułość tułowia całego po tej stronie, która uległa urazowi, rzadziej natomiast—w rozmaitym stopniu natężenia występujące upośledzenie czucia aż do zupełnego znieczulenia.

Porażen pełnych autor nie widywał, ale zato dość pospolicie zjawiskiem bywały niedowłady (*paresis*) kończyn, a raz jeden paraliż strun głosowych. Z objawów naczyniowych B. wspomina o plamach czerwonych mniej lub bardziej rozległych na szyi i piersiach, oraz o ograniczonych obrzmieniach. Prawie zawsze dawały się zauważyć zбочenia w działalności serca: tętno przyspieszone [do 100], bóle w okolicy serca, napadowe wzmaganie się czynności serca (*tachycardia*) lub jej zwolnienie [do 56—64], nawet niemiarowość.

Zmiany w stanie psychicznym chorych były prawie stałe: nastrój przygnębiony, skłonność do płaczu i skarg, usposobienie hipochondryczne. Kilkakrotnie autor widział i cięższe zaburzenia psychiczne, jak np. idee prześladowcze, ale bywało to u osób, już i przed urazem niezupełnie normalnych.

Pomiędzy telefonistkami często panuje prawdziwa *kerunofobia* czyli strach przed burzą, a właściwie przed pracą u telefonów podczas burzy, i rzeczywiście w pewnych okresach [np. w miesiącach maju i czerwcu, kiedy liczba burz się potęguje] wypadki zachorowań wskutek urazu zawodowego u telefonistek znakomicie wzrastają, a panuje wtedy na sali pracowniczek pewna obawa, coś w rodzaju zarazy psychicznej; wtedy słaby stosunkowo uraz może wywołać nerwicę u osoby nerwowo usposobionej.

Obraz chorobowy, najczęściej przez autora widziany, daje się więc podciągnąć pod typ nerwicy urazowej, opisywanej przez OPPENHEIM'a, a objawy histeryczne i neurasteniczne najwybitniejszą tu odgrywają rolę. Mamy więc do czynienia w znakomitej większości przypadków ze zmianami czynnościowymi w układzie nerwowym, które z biegiem czasu ulegają wyrównaniu; cięższych zmian natury organicznej, jako skutku zawodowego urazu u telefonistek, autor nie spostrzegł.

W celach zabezpieczenia autor zaleca bardzo dokładne badanie zdrowia kandydatek na telefonistki: osoby obarczone jakąkolwiek bądź dziedziczną neuropatyczną nie powinny być wcale przyjmowane do służby; należy też poddać ściśtemu badaniu zmysł słuchu; wrażliwość indywidualna względem prądu elektrycznego, na którą wskazują pewni badacze, nie ma żadnego znaczenia, gdyż, jak już wiemy, istota urazu nie polega na przejściu prądu przez ciało, ale najczęściej na silnem wrażeniu słuchowem.

Z rozmaitych środków zabezpieczających, obok dokładnego izolowania przewodników, oprócz jedwabnych rękawiczek, ściśłego regulaminu i t. d. najważniejszą jest rzeczą zmiana drutów napowietrznych na podziemne; pewna względność ze strony abonentów także jest niezmiernie pożądana.

Leczenie polega przedewszystkiem na sugestyi i tą drogą jedynie—t. j. łagodną, ale stanowczą perswazyą—autorowi w krótkim czasie udawało się nieraz doprowadzić chorą do stanu normalnego. Zresztą leczenie w ogóle niczem się nie różni od zwykłego leczenia nerwicy urazowych.

I tu, jak przy innych nerwicach traumatycznych na przebieg i długość choroby wpływa chęć uzyskania renty ubezpieczeniowej.

(*Die Betriebsunfälle der Telephonistinnen*, 1906).

A. Lande.

167. Rybakow. Cierpienia umysłowe w związku z ostatnimi wypadkami politycznymi.

Kwestya wpływu ruchów społecznych i politycznych na liczbę i charakter cierpień umysłowych już nieraz interesowała psychiatrów, którzy spostrzegali wpływ przewrotów politycznych na powiększenie liczby przypadków cierpień umysłowych. Nie ulega również wątpliwości, że i pod wpływem ostatnich wypadków politycznych w Rosyi znacznie się wzmogła liczba cierpień umysłowych. RYBAKOW miał sposobność spostrzegania w ostatnim czasie 12-u przypadków rozstroju umysłowego, których przyczynowy związek z ostatnimi zdarzeniami politycznymi był zupełnie wyraźny, i w których to lub inne zdarzenie było punktem wyjścia cierpienia i działało na dotkniętego osobnika jako rana psychiczna. W większości przypadków cierpienie rozwijało się szybko po tem lub innym zdarzeniu społeczno-politycznego charakteru. Najczęściej przyczyną rozstroju były pogromy, strajki i t. d.; wśród dotkniętych były osobniki najrozmaitszych przekonań: od skrajnej prawicy do skrajnej lewicy; ciekawym jest fakt, że najczęściej zapadali ludzie, których udział w ruchu politycznym był tylko bierny. Co się tyczy samej postaci chorobowej, to w 7-u przypadkach choroba nosiła charakter ostrej *paranoiae* [z manią prześladowczą, z uczuciem trwogi i z depresją], w 2-u przypadkach — *amentiae* i w 2-u — *vesaniae maniacalis*; prócz tego w jednym przypadku cierpienie istniało poprzednio, lecz pod wpływem wypadków politycznych nastąpiło zaostrzenie sprawy chorobowej. W większości przypadków cierpieniu towarzyszyło psychiczne przygnębienie, halucynacje i złudzenia, których treść dotyczyła zjawisk chwili bieżącej: chorzy słyszeli kroki i krzyki zbliżającego się tłumu, krzyki „oto idzie czarna secina“ albo „bij studentów“ i t. d. Prawie wszyscy chorzy byli dziedzicznie obciążeni i skłonni do chorób umysłowych. Rokowanie opisanego cierpienia jest względnie dobre: z 12-u przypadków w 4-eh, dłużej spostrzeganych przez autora, nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

(*„Russkij Wracz“*, 1906. Nr. 8).

J. Rosenberg.

168. P. Reclus. O zeszywaniu nerwów.

Mimo badań od lat 50-u, dotąd jeszcze niezupełnie wyjaśniono, czy wcześniejsze lub późniejsze zeszywanie dwóch odcinków przeciętego nerwu przywraca lub nie jego czynność.

WALLER przypuszcza, że w przeciętym nerwie odcinek obwodowy traci własność przewodnictwa nerwowego po upływie 14-u lub 15-u dni skutkiem zmian wywołanych zwyrodnieniem. Odcinek dośrodkowy przechodzi innego rodzaju zmiany, mianowicie każdy z osiowych cylindrów daje początek nowym, które rozgałęziają się, przedłużają i dosięgają końca obwodowego o ile ten ostatni oddalony jest o 1 — 6 centymetrów, przenikają następnie w otoczkę SCHWANN'a i wznawiają tym sposobem ciągłość obu końców przeciętego nerwu.

Spostrzeżenia kliniczne w ostatnich 30-u latach dały mierne wyniki powrotu czynności nerwu przeciętego po jego zeszywaniu, co było powodem, że RICHELOT przypuszczał, że zeszywanie nie może doprowadzić do regeneracji jego.

RICHELOT [syn] opisuje następujący przypadek: skutkiem przecięcia nerwu łokciowego (*n. ulnaris*) i nerwu pośrodkowego (*n. medianus*) u młodej szwacz-

ki zauważono zupełny bezwład kończyny. Po zeszyciu obydwóch nerwów wrażliwość powróciła i po 10-u minutach chora uczuwała ukłucie szpilką. Między 1853 a 1865 rokiem są notowane przypadki powrotu przewodnictwa nerwu w kilka godzin lub w kilka dni po zeszyciu.

Spostrzeżenia kliniczne w tym kierunku można rozdzielić na 2 grupy: w jednej czynność nerwów powracała po kilku tygodniach albo po kilku miesiącach po zeszyciu, w drugiej, w której przewodnictwo czuciowe i ruchowe powracało tak szybko, iż wzbudzałoby wątpliwość, gdyby nie powaga chirurgów [tak zwane przypadki paradoksalne], którzy je ogłosili. CHRÉTIEN z Nancy podaje spostrzeżenie: chłopiec lat 18-u przeciął sobie nerw pośrodkowy szyjką butelki, czucie na dloni i ruchy kłębu palucha (*thenar*) znikły. Zeszyto nerw i po 2 $\frac{1}{2}$ miesiącach sprawność ręki powróciła.

Jak wytłómaczyć sobie regenerację końca obwodowego w tych paradoksalnych przypadkach, w których czynność nerwu powróciła po kilku tygodniach, kilku dniach, a nawet kilku godzinach. MONOD przeciął nerw promieniowy (*n. radialis*) przy usunięciu mięsaka, zeszył 2 końce, a następnego dnia stwierdził brak bezwładu mięśni wyprostnych i brak zaburzeń w czuciu. REYNIER i ICH-WALL przecięli nerw łydkowy (*n. peroneus*) i następnie zeszyli z dodatnim wynikiem, gdyż nie było żadnych zaburzeń. HUETER po zeszyciu nerwu łokciowego widział powrót czucia i ruchów 3-go dnia, BOEGEHOLD 8 go po zeszyciu nerwu promieniowego u 2-letniego dziecka, KOELLIKER 14-go dnia po równoczesnem zeszyciu nerwu łokciowego i pośrodkowego. GLUCK i KRAUSSAULD podają podobne spostrzeżenia.

Najnowsze prace wskazują na autogenę zę odcinka obwodowego.

Regeneracja nerwu może nie jest konieczną, ponieważ degeneracja nie zawsze jest zupełna. BABIŃSKI i DURAND zauważyli przypadki, w których obwodowy odcinek przeciętego nerwu zachował swoją budowę; w tym przypadku zatem nie było zniszczenia. BALLANCE i STEWARD taką sprawę stwierdzili doświadczalnie na zwierzętach, a u człowieka odrodzenie się końca obwodowego nerwu pomimo braku złączenia dwóch odcinków.

Dzięki tym danym jesteśmy w możności wyjaśnić sobie tak zwane spostrzeżenia paradoksalne. CHAPUT zeszył dwa końce nerwu łokciowego, przeciętego przed 15 u laty, a po upływie 15 u dni czucie i ruchy zaczęły powracać.

Te same wyjaśnienia można zastosować w tych przypadkach, w których po natychmiastowem zeszyciu wznowienie czynności następowało nagle: uszkodzenia nerwu nie miały czasu jeszcze się zaakcentować, ponieważ zwyrodnienie nie było tak daleko posunięte, jak to twierdził WALLER. Te przypadki, nie wyjaśnione przez dawną teorię, zupełnie jasno się tłómaczą przez nową. Daleko trudniej objaśnić te przypadki, w których czucie i ruchy zjawiały się po kilku godzinach po zeszyciu i należy przypuścić powtórne bezpośrednie połączenie przeciętych końców cylindra osiowego.

(*La Presse méd.* 1906. N. 31).

II. Krug.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 6-go marca r. b.

KARWACKI pokazał preparat z wycpiny otrzewnej w przypadku *peritonitidis tuberculosae* u dziecka, zawierający limfocyty i laseczniki gruźlicze.

Celem wykrycia laseczników w płynach surowicznych, K. radzi kłócić płyny świeżo wypuszczone w naczyniu ze szklanemi perlami w ciągu 2-eh godzin. W ten sposób laseczniki nie są zabierane przez skrzep. Osad po centryfugowaniu K. wymywa fizyologicznym rozczyntem i centryfuguje po raz drugi. Kropli osadu na szkiełku K. nie rozciera, żeby nie powiększać pola badania. Preparat utrwała przez 10 minut w mieszaninie sublimatu [17,5%] i kwasu octowego [5%] i barwi w sposób zwykły. Dodatnie wyniki co do laseczników gruźliczych przy tej metodzie badania otrzymuje się częściej, niż przy inoskopii. Ciekawą stroną tego przypadku stanowi niski stopień aglutynacji, mianowicie odczyn częściowy przy rozcieńczeniu 1 : 50 — 1 : 120.

Na tej podstawie K. mniema, że sprawa powstała drogą zakażenia się gruźlicą bydlęcą przez nieuszkodzony przewód pokarmowy.

NEUGEBAUER przedstawia 20-letnią chorą o rażącej bezkrwistości, powstałej wskutek wyciowania macicy przy porodzie 3 miesiące temu. *Inversio uteri* powstała wskutek gwałtownego pociągania za pępowinę przy usiłowaniu wydobycia łożyska przez akuszerkę. N. na materiał ginekologiczny przez niego w praktyce szpitalnej i prywatnej spostrzegany [od 1884 do 1906 około 52000 chorych], dopiero piąty raz napotyka wyciowanie macicy w połogu a wyciowania pochodzenia niepuerperalnego jeszcze we własnej praktyce nie widział. N. dodaje kilka słów pod względem rozpoznania różniczkowego, znaczenia sądowo-lekarskiego wyciowania pośmiertnego macicy puerperalnej oraz proponowanej w pewnych przypadkach sztucznej inwersji macicy *sub partu*, ewentualnie kikuta po amputacji trzonu macicy przy cięciu cesarskiem.

Następnie omawia sposób wydobycia pod narkozą podwójnej szpilki od włosów z pęcherza moczowego u 20-letniej niewiasty bez poprzedniego rozszerzenia cewki moczowej. Szpilka, *per vaginam* dobrze wymacalna, leżała tak, że kolanko leżało w głębi pęcherza, a wolne końce w bliskości *orificii interni uretrae*. Dokonano obrotu szpilki wewnątrz pęcherza i wyciągnięto ją bez trudności i obrażeń pęcherza.

Równocześnie N. pokazuje spory kamień moczowy, wytworzony w przeciągu roku dokoła 2-eh szpilek od włosów, usunięty na oddziale N. na drodze kolpocystotomii, nareszcie 2 kamienie moczowe, wytworzone dokoła szpilek od włosów, usunięte na drodze litotrypsji w szpitalu św. Ducha przez ś. p. ojca jego.

W zasadzie u kobiet N. daje pierwszeństwo kolpocystotomii przed litotrypsją, szczególnie, gdzie chodzi o kamień moczowy wytworzony dokoła ciała obcego.

TADEUSZ WRETOWSKI wygłosił odczyt p. t. *Seroterapia gruźlicy*.

Prelegent kreśli zarys rozwoju seroterapii gruźlicy. Badania w tej kwestyi zostały rozpoczęte w roku 1890. Wtedy w celach leczniczych próbowano stosować surowicę, otrzymaną od zwierząt, mających, jak przypuszczano, wrodzoną odporność przeciwko gruźlicy, następnie surowicę zwierząt chorych na gruźlicę, mającą zawierać toksyny i antytoksyny. Po szeregu niefortun-

nych prób powzięto myśl otrzymania czystej surowicy antytoksycznej. W tym celu z początku do uodpornienia zwierząt używano żywych hodowli prątków gruźliczych, lub też prątków znajdujących się w różnych wydzielinach; następnie zaś brano hodowle zabite; a jeszcze później odpowiednio przygotowane. Próbowano też uodporniać zwierzęta tuberkuliną Koch'a. Na tej podstawie przygotowano surowicę przeciwgruźliczą firmy PARKE-DAVIS, mającą dużo zwolenników w Ameryce. U nas KARWACKI przeprowadził szereg badań nad tą surowicą i nie otrzymał najmniejszych wyników dodatnich.

Najnowszemi zdobyczami uaukowemi w seroterapii gruźlicy są surowice MARAGLIANO i MARMORKA. MARAGLIANO uważa, że chorobotwórcze oddziaływanie laseczników gruźliczych polega na wydzielaniu przez nie toksyn za życia i jądów proteinowych po śmierci, jako produktów bakteryolizy. Przygotowawszy przez szereg skomplikowanych procedur szczepionkę, MARAGLIANO uodpornia nią konie i otrzymana w ten sposób surowica ma posiadać własności antytoksyczne i bakteryobójcze. Autor zaleca stosować surowicę chorym po 1,0 co drugi dzień w przeciągu przynajmniej 1½ mies. Surowica ta w praktyce, jak wykazują jego dane statystyczne, daje pewną odsetkę wyleczeń i popraw. Według badań KARWACKIEGO, surowica ta należy do rzędu surowic bakteryobójczych, a nie antytoksycznych, co znacznie zwięża jej wskazania w terapii.

Ostatnią co do daty opublikowania jest surowica MARMORKA. M. wybrał do badań „pierwotne” prątki, które na specjalnie przygotowanych pożywkach mają te toksyny obficie wydzielać. Następnie odpowiednio przygotowanymi zabitymi prątkami uodporniał konie, których surowica winna posiadać własności antytoksyczne. MARMOREK zaleca zastrzykiwania po 5 ctm. sz. co drugi dzień i po 10-u iniekcjach przerwę 3—4-tygodniową. Badania kliniczne w tej kwestyi dały różnorodne wyniki. Surowica ta posiada wielu zwolenników, którzy, jak np. LEWIN, przytaczają bardzo obszerne statystyki, dowodzące skuteczności działania, inni znów badacze [STADELMAN i BENFEY] odmawiają jej prawa obywatelstwa. Żadna zresztą surowica—mówi w końcu prelegent—nie rozstrzyga teorii chorób przewlekłych. Przy długotrwałem zastrzykiwaniu ustrój uodpornia się wobec każdej surowicy, jako takiej, przez co redukuje się specyficzną oddziaływanie surowicy i powstaje cały szereg niepożądanych oddziaływań ubocznych. Zdaje się, że przyszłość należy do szczepionek, a surowice mogą być tylko pośrednim etapem, przygotowawczym do uodpornienia czynnego.

W dyskusyi BIRO odmawia surowicom MARAGLIANO i MARMORKA znaczenia leczniczego.

Ponieważ lasecznik gruźliczy sam przez się w płucach nie jest szkodliwy, a staje się nim dopiero wtedy, gdy wspólnie z nim zaczynają działać paciorkowce, B. sądzi, że najważświwiejby było działać w walce z gruźlicą płuc zapomocą surowicy przeciw paciorkowcowej.

W 1904 r. na kongresie medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie poruszono właśnie sprawę leczenia suchot płucnych na tej samej zasadzie. Dane tam przedstawione nie zostały należycie naukowo opracowane, ani sposób leczenia nie został teoretycznie uzasadniony. Próbowano wprost empirycznie leczenia gruźlicy płuc, ostrego gośćca i innych cierpień zapomocą surowicy przeciw paciorkowcowej.

Wychodząc ze swego powyżej zaznaczonego założenia, B. zastosował tę metodę na chorym, którego stan wydawał się rozpaczliwym. Chory gorączkował od 3-ch miesięcy; gorączka była bez żadnego typu i dochodziła od 36,8° do 38°, rzadko do 39°; najwyższa ciepłota bywała o rozmaitej porze dnia [z rana, w południe lub wieczorem] bez stosowania środków obniżających ciepłotę; tęt-

no wahało się pomiędzy 96 — 120 i odpowiadało mniej więcej ciepłocie. Pacjent ogromnie wychudł, był blady. Trapił go kaszel, przeważnie suchy. Raz było krwiopłucie. We dnie bywały dreszczyki, nocą poty. Ojciec od wielu lat miał kaszel i źle wyglądał. Chory był chłopcem wychudzonym o płaskiej, długiej klatce piersiowej i obwisłych ramionach. Miał w okolicy nadobojczykowej lewej wydech zaostrozony i opukowo ton wyższy, niż po prawej, w późniejszych okresach oddech był zaostrozony w całej lewej połowie klatki piersiowej. Inne narządy wewnętrzne nie wykazywały zmian chorobliwych. Wykluczono drogą wszelkich metod, łącznie z badaniem moczu, z badaniem krwi wogóle, jakoteż na VIDAL'a wszelkie inne choroby gorączkowe, prócz gruźlicy. Chorego umieszczono w sanatorium w Otwocku. Tam się objawy płucne mocniej uwydatniły. Leczenie higieniczno-dyetyczne nie spowodowało poprawy. Chory wciąż gorączkował w granicach od 36,5° do 39° bez typu [bez używania środków, obniżających ciepłotę], miał t. 92 — 120, apetyt względnie dobry, skłonność do biegunek, kaszel umiarkowany ze skąpą płwociną bez łaseczników gruźliczych, bez włókien sprężystych, a obiektywnie poza tem przedstawiał nad obojczykiem lewym i w dolnym lewym płacie nieco rzężeń wilgotnych. Po 2-ch tygodniach pobytu w sanatorium zaczęto zastrzykiwać choremu pod skórę surowicę wielowartościową antystreptokokową PALMIRSKIEGO po 10,0 co 2-gi dzień. Zaraz po pierwszych wstrzykiwaniach ciepłota spadła i odtąd już się nie podnosiła ponad 37,2° i ogólnie chory zaczął się poprawiać. Gdy go po tygodniu odwiedził B. w Otwocku, był zdumiony jego dobrym wyglądem, a obiektywnie, oprócz wydłużonego wydechu w szczycie lewym, słyszał wówczas dużo rzężeń wilgotnych w dolnej części lewego płuca z tyłu, bez rzężeń jednak już w szczycie. W ciągu kilku tygodni następných objawy te ustąpiły i chory, według relacji lekarzy, podobno w najlepszym zdrowiu powrócił do domu. Tym przypadkiem B. radby pobudzić do dalszych badań na tej drodze leczniczej.

KRYŃSKI radzi oceniać ostrożnie tak wysoką, bo aż 82% wynoszącą odsetkę przypadków gruźlicy chirurgicznej, jakoby wyleczonych działaniem surowicy, albowiem zbyt pośpiesznie zebrano te wyniki, zbyt czas krótki od czasu stosowania tego leku, aby można było mówić o rzeczywistym wyleczeniu. K. przypomina, że i bezpośrednie następstwa tuberkuliny KOCH'a w gruźlicy stawów i kości często bywały dodatnie i jako wyleczone przypadki takie ogłaszano, gdy tymczasem po kilku miesiącach sprawa chorobowa wracała, a nawet rozwijała się gwałtownie.

HEWELKE zaznacza, że w Ameryce północnej metoda MARAGLIANO znalazła więcej uznania niż we Włoszech. We Włoszech w praktyce metoda MARAGLIANO dotąd nie zyskała sobie licznych zwolenników.

DEMBIŃSKI mówi, że zanim się zaczęło stosować surowicę przeciugruźliczą w klinice, trzeba, żeby jej wartość wykazana była naprzód doświadczalnie. Otóż tego nie można powiedzieć ani o surowicy MARAGLIANO, ani o surowicy MARMORKA.

Podstawy doświadczalne MARAGLIANO nie zostały potwierdzone przez nikogo. Utrzymuje on np., że przez wsztrzykiwanie w ciągu 6-u miesięcy tuberkuliny i toksalbuminy [płyn, otrzymanego przez filtrowanie hodowli gruźliczych płynnych przez świeczkę CHAMBERLAND'a] w pewnych proporcjach zdołał on uodpornić rozmaite zwierzęta do tego stopnia, iż znosiły śmiertelną dawkę hodowli gruźliczej żywej. Tego doświadczenia nikt dotychczas nie potwierdził. Dalej utrzymuje on, że surowica otrzymana ze zwierząt uodpornionych neutralizuje śmiertelną dawkę tuberkuliny dla zwierzęcia chorego i zdrowego. Otóż tu trzeba przedewszystkiem zaznaczyć, że jest bardzo trudno określić śmiertelną dawkę tuberkuliny dla zwierzęcia zdrowego. Wreszcie MARAGLIANO twierdzi, że surowica jego leczy doświadczalną gruźlicę ro-

zmaitych zwierząt. W tym kierunku robił próby KARWACKI i doszedł do wniosku, że surowicą MARAGLIANO posiada własności bakteryolityczne, chociaż dosyć słabe, gdyż, by wywołać pewną bakteryolizę, polegającą na zmianie zarysów i kształtów laseczników i na rozpadnięciu się na kulki pewnej liczby laseczników, trzeba trzymać mieszaninę z laseczników i surowicy przez parę tygodni w termostacie, a później wprowadzać ją w woreczkach z *collodium* do otrzewnej królika. Dzięki właśnie tym własnościom bakteryolitycznym surowica MARAGLIANO wywołuje ostre zatrucie proteinami, tak, iż świnki gruźlicze, leczone surowicą, żyją krócej [22 dni], niż świnki morskie gruźlicze nieleczone zupełnie.

Co do surowicy MARMORKA, to rzecz ma się tak samo. Doświadczenia jego również nie zostały przez nikogo potwierdzone.

Tak więc bez żadnych podstaw doświadczalnych przystąpiono do prób klinicznych. Jedni klinicyści, jak to wykazał prelegent, otrzymali wyniki dodatnie, inni ujemne, tak iż na podstawie tych danych nie można wyrobić sobie żadnego pojęcia o wartości klinicznej surowicy MARAGLIANO i MARMORKA. Zdaniem mówcy, tak będzie dopóty, dopóki nie będziemy posiadali takiej surowicy, której wartość zostanie wykazana doświadczalnie, jak to się ma z surowicą antydyfterytyczną, gdzie wiemy, że pewna ilość antytoksyny zawsze zneutralizuje pewną dawkę toksyny, gdzie pewna ilość surowicy zawsze wyleczy lub uchroni zwierzę od zakażenia dyfterytycznego.

[C. d. n.].

Ign. L.

Wiadomości bieżące.

— Uodpornianie bydła rogatego przeciw gruźlicy metodą BEHRING'a, która polega na zastrzykiwaniu im do żył laseczników gruźlicy ludzkiej, mimo dobrych wyników nie uogólniło się, gdyż zabija nierzadko zwierzęta szczepione. CALMETTE, kierownik Instytutu PASTEUR'owskiego w Lille, zawiadomił Paryską Akademię Nauk, iż udało mu się uodpornić cielęta przeciw gruźlicy drogą kanału pokarmowego. Wprowadza on małe ilości ludzkich laseczników gruźliczych z mlekiem do żołądka, a następnie po dwakroć—z pauzą 45-dniową — laseczniki gruźlicy bydlęcej, zabite przez 5-minutowe gotowanie. Postępowanie to nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Po sprawdzeniu i potwierdzeniu tego przez innych badaczy zdaniem CALMETTE'a można będzie ten sposób uodporniania zastosować i u dzieci, a mianowicie przez podawanie w kilka dni po urodzeniu i powtórnie w kilka tygodni później w mleku małych ilości laseczników gruźliczych ludzkich i bydlęcych zabitych przez gotowanie. Potrzebnem jednak będzie dzieci uodporniane, pochodzące z rodziców gruźliczych, celem uchronienia ich od zarażenia, usunąć przez umieszczenie ich w zakładach. ROUX, dyrektor Instytutu PASTEUR'owskiego w Paryżu, na temże posiedzeniu Akademii potwierdził możliwość uodporniania bydła przeciw gruźlicy drogą kanału pokarmowego, a to na mocy doświadczeń, jakie robił wspólnie z prof. VALLÉE w Instytucie weterynaryjnym Alfort. Wstrzymał się jednak R. od wypowiedzenia zdania co do uodpornienia dzieci sposobem CALMETTE'a.

— Posłem do Dumy państwowej z gubernii Płockiej wybrano kol. ALEKSANDRA MACIESZĘ z Płocka.

— W szpitalu Żydowskim Warszawskim na Czystem przedstawieni zostali kol. PECHKRANC i LUKSEMBURG na ordynatorów w oddziale zakaźnym, na miejsce kol. RAPPELA, który objął oddział wewnętrzny.

— Zapowiedzianego—o czym wspominaliśmy w № 21-ym—jako dodatek bezpłatny do Przeglądu Lek. „Rocznika Lekarskiego”, wydawanego przez Wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, pod redakcją prof. S. CIECHANOWSKIEGO, wyszedł zeszyt 1-szy i zawiera pracę docentów DROBY z Krakowa i KUČERY ze Lwowa: „Badania epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Galicyi w r. 1905“ [stron. 125 + 5 tablic + 2 mapy]. Wnioski, do jakich autorowie doszli, podamy w następnym numerze.

— MARAGLIANO z dobrym skutkiem stosuje promienie X przeciw malarii, kierując je na okolicę śledziony pokrytą plastrem.

— Senat i władza duchowna w Finlandyi pozwoliły na zbudowanie krematorium do palenia trupów.

— W fabrykach konserw mięsnych w Chicago wykryto nadzwyczajne nieporządki i warunki higieniczne niżej krytyki, co wywołało wrzenie w całej Ameryce. Tymże konserwom przypisawane są liczne przypadki śmierci podczas wojny hiszpańsko-amerykańskiej. Dzięki inicjatywie prezydenta Stanów Zjednoczonych Ameryki Kongres uchwalił szereg reform w fabrykacji i sprzedaży przetworów mięsnych.

— W Pekinie otwarto Akademię Lekarską, do której zapisało się 38-u uczniów. Gubernator [taotai] Szangaju wybudował w tem mieście szpital i uczelnię dla przychodzących studentów. Jest to w Chinach pierwszy szpital publiczny, gdyż dotąd istniały tam tylko szpitale misyjne.

— Prof. BERGMANN z Berlina, wezwany do Konstantynopola do córki sultana, RESIA SULTANA, chorej na zapalenie kiszki ślepej [operacji odradził] i matki sultana, dotkniętej stwardnieniem tętnic, oprócz honorarium, 5000 tureckich lirów, otrzymał tytuł profesora honorowego szkoły medycznej i kliniki dziecięcej „Hamidie”, i złożył Liakat, medal.

— Przy pruskich uniwersytetach utworzono nowy tytuł „nadzwyczajnego honorowego profesora”, co pisma lekarskie przyjęły ironicznie.

— W szpitalach miejskich berlińskich od 1-go lipca r. b. koszt leczenia dzieci podniesiono z 2-ch do 2¹/₂ marek dziennie.

— Po odmówieniu przez prof. BIER'a i GARRÉ'go objęcia katedry kliniki chirurgicznej po CZERNY'm w Heidelbergu, zaproponowano ją prof. NARATH'owi [Utrecht].

— IX Kongres niemieckich dermatologów i syfilidologów odbędzie się w Bernie między 13—14 września r. b. Zapowiedzieli odczyty: NEISSER: „*Ueber den jetzigen Stand der experimentellen Syphilisforschung*” i E. HOFFMANN, „*Von dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der Aetiologie der Syphilis*“.

— W Medyolanie między 26—30 września r. b. odbędzie się międzynarodowy Kongres opieki nad umysłowo chorymi.

— Zwracamy uwagę Redakcyi „Poradnika kąpielowego”, iż stale wśród lekarzy, ordynujących w niektórych miejscowościach Królestwa, wymienia nazwiska tych, którzy już od kilku lat nieżyją, jak: CHMIELEWSKI, SACIEWICZ, PAJEWSKI, STOKMAN i t. d. Choć w mniejszym stopniu, błąd ten czynią i inne pisma, podające adresy lekarzy kąpielowych.