

GAZETA LEKARSKA

I. O stosowaniu drożdży sterylizowanych w ginekologii.

Napisał

Józef Jaworski.

Odczyt, wypowiedziany w d. 28.IX. 1906 r. w Seceyi ginekologicznej Warsz. Tow. Lek.

Zalecone przez TH. LANDAU'a w r. 1899 żywe drożdże w postaci zawiesiny wodnej, wprowadzanej do pochwy, w celu leczenia uporczywych niezbytów tejże, nie znalazły szerszego i trwałego zastosowania z powodu przytrafiających się niekiedy obostrzeń sprawy chorobowej pod wpływem środka stosowanego. To ujemne działanie świeżych drożdży na błonę śluzową pochwy stwierdzili między innymi SAENGER i LEOPOLD.

Zresztą, żywe drożdże trudno jest obrobić i utrzymać w świeżości. Powyższe okoliczności sprawiły, że postarano się o otrzymanie przetworu drożdży w stanie suchym odwodnionym, o t. zw. sterylizowane drożdże (*sterile Dauerhefe*).

Tutaj nadmienić muszę, że drożdże w stanie wysuszonym posiadają własności katalityczne, fermentacyjne. Ilość jednak fermentu tego w drożdżach sterylizowanych jest stałą, gdy tymczasem w drożdżach żyjących sam ferment się rozmnaża, bo i komórka ich się rozradza. Zwykle piwne drożdże, w odpowiedni sposób fabrycznie obrobione zapomocą acetonu (*Azeton-Dauerhefe*), czyli t. z. z y m i n a, nie posiadają żywych komórek drożdżowych i domieszek bakterji, gdyż te są zabite.

Jednakże tak otrzymane drożdże w postaci suchego szaro-białego proszku, aczkolwiek żadnej zdolności do dalszego żywego rozplenia komórki drożdżowej nie posiadają, pomimo tego te bezplenne drożdże własności żywych drożdży nie tracą.

Właściwości te warunkowane są wpływem zymazy [enzymu drożdży], t. j. fermentu, który rozszczepia cukier *in statu nascendi* na alkohol etylowy i kwas węglowy. Cechy takich drożdży w stosunku do bakterji polegają na osłabie-

niu złośliwości tych ostatnich, a nawet wprost na działaniu zabójczym na bakterje.

Pouczającą jest pod tym względem praca L. GERET'a ¹⁾ o działaniu sterylizowanych trwałych drożdży na bakterje, dokonana w Instytucie Hygienicznym uniwersytetu w Monachjum. Autor ten, w celu przekonania się o właściwościach pod tym względem drożdży, przeprowadził odpowiednie doświadczenia. Mianowicie brał on 20%-owy roztwór wodny cukru, do którego dodawał trwałych, sterylizowanych drożdży w stosunku również 20%-owym. Do mieszaniny takiej dodawał hodowli: tyfusu, cholery, gronkowca złocistego, bacillus lactio aërogenes i po pewnym czasie sprawdzał rozwój hodowli sposobem płytkowym. Z doświadczeń tych wynikło, że sterylizowane drożdże posiadają bakterjóbójcze działanie, które ujawnia się po krótszym lub dłuższym czasie, stosownie do gatunku bakterji.

W innej serii doświadczeń brał ten sam autor zamiast cukru roztwór soli kuchennej, przyczem okazało się, że po usunięciu cukru z podłoża znikają właściwości bakterjóbójcze drożdży. Z doświadczeń tych autor wnioskuje, że pod wpływem takich drożdży giną bakterje nie wskutek działania enzymu proteolitycznego [trawiącego białko], lecz, że czynnik bakterjóbójczy tkwi w działaniu zymazy [enzymu drożdży] na substancję, ulegającą fermentacji i polega na wytwarzanych przytem produktach z podłoża.

Powyższe doświadczenia L. GERET'a ustaliły, że przy użyciu drożdży w celu niszczenia bakterji potrzeba: 1) pewnej ilości działającej zymazy, t. j. trwałych drożdży, zdolnych do wywoływania sprawy fermentacji, 2) obecności cukru zdolnego do fermentacji.

W ostatecznym wyniku autor ten dochodzi do wniosków:

- 1) że drożdże trwałe, zdolne do wywołania fermentacji, posiadają po dodaniu cukru nawet *in vitro* działanie bakterjóbójcze;
- 2) że tegoż samego rodzaju drożdże bez dodania cukru okazują znacznie mniejsze działanie;
- 3) że istotna przyczyna działania tego nie jest wyjaśniona i prawdopodobnie zależy od połączonego działania zymazy i enzymu proteolitycznego, powstałego przy fermentacji alkoholu, kwasu węglowego i stężonego roztworu cukru. Prawdopodobnie pewien wpływ okazują przy tej sprawie fermentacyjnej sprawy dyfuzyjne.

Pragnąc uzupełnić teoretyczną stronę działania leczniczego trwałych drożdży, uważam za właściwe podać w streszczeniu jeszcze drugą pracę doświadczalną nad przetworami drożdży używanych w celu leczniczym, jak oto: Furun-

¹⁾ L. GERET. Einwirkung steriler Dauerhefe auf Bakterien. Munch. med. Wochenschrift. 1901.

culina ¹⁾, Levure de bière Sécurité ²⁾, tabletki drożdżowe [prof. Roos'a], monachijskie tabletki sterylizowane, stałe drożdże (*Azetonduerhefe*), czyli t. zw. zymina ³⁾.

Pracy tej dokonał R. RAPP ⁴⁾ w pracowni apteki szpitalnej w Monachjum.

Autor badania przeprowadził nad wyżej wymienionymi pięcioma przetworami drożdży, odnośnie: zawartości wody, siły fermentacyjnej, zawartości zarodków, siły trawienia i działania bakterjóbójczego.

Według RAPP'a przy użyciu drożdży działają dwie substancje: zymaza i ferment proteolityczny, który GERET otrzymał pod nazwą endotrypsyny drożdżowej (*Hefe-Endotrypsin*). Do użycia lekarskiego—autor twierdzi—nadają się drożdże odwodnione i których budowa przez przeróbkę została zniszczona, Drożdże zawierające wodę mogą się rozmnażać, gdyż są bardzo żywotne.

Przeprowadzając badania, jak wyżej nadmienilem, nad 4-a różnymi przetworami drożdży, RAPP dochodzi do wniosków:

Najmniejszą zawartość wody posiada zymina, przetwór drożdży obrobiony acetonem, następnie idzie Levure de bière Sécurité.

Zymina również posiada największą siłę fermentacyjną. Drugie miejsce zajmuje Levure de bière Sécurité, która ma połowę tej siły. Inne preparaty wcale nie wykazały siły fermentacji.

Zymina jest jałowa i wolna od żywych komórek drożdżowych. Levure de bière Sécurité zawiera dużą liczbę żyjących komórek drożdżowych.

Najsilniejsze działanie trawiące posiadają tabletki prof. Roos'a, a następnie zymina.

Działanie bakterjóbójcze posiadają tylko: zymina i Levure de bière Sécurité, acz ten ostatni przetwór zawiera żyjące komórki drożdżowe.

W ostatecznym wniosku z badań tych okazuje się, iż zymina zasługuje na pierwszeństwo przed innymi przetworami drożdżowymi.

Jednym z pierwszych, którzy spożytkowali własności lecznicze zyminy przy zachorowaniach narządów kobiecych, był WALTER ALBERT ⁵⁾. Autor ten z powodzeniem stosował drożdże sterylizowane przy niezycie pochwy i szyjki macicznej.

Oprócz tego WALTER ALBERT używał drożdży sterylizowanych, czyli zyminy, do odkażania pochwy przed operacją. Autor twierdzi, że ten sposób odkażania przewyższa inne metody, ponieważ w tym razie nie uszkodzony zostaje w swej całości przybłonek pochwowy, a tem samem śluzówka zachowuje swą budowę normalną. W. ALBERT podaje, że 115 chorych operowanych,

1) Pochodzi z fabryki Tow. Akc. La Zyma w Montreux.

2) Z fabryki Tow. Anonimowego „Sécurité“ w Tirlemont, w Belgji.

3) Fabrykanta A. Schröder'a w Monachjum.

4) R. RAPP. Die Dauerhefepräparate des Handels. Münch. med. Wochenschrift.

1902.

5) WALTER ALBERT. Sterile Dauerhefe und ihre vaginale Verwerthung. Centr. f. Gyn.

1902.

którym pierwotnie odkażono pochwę zapomocą drożdży sterylizowanych, prędzej przychodziły do zdrowia; szczególnie zaś występowała różnica różnych sposobów odkażania, jeśli szło o przebieg okresu pooperacyjnego, przy kolporafji. Autor ten z początku posługiwał się mieszaniną w równych częściach drożdży i cukru, z której 8 grm. rozpuszcza się w 20 cc. wody. Rozczyn ten bywał wprowadzany zapomocą sprzycy do dna pochwy. Wkrótce za przykładem W. ALBERT'a poszli inni badacze.

POPESCU¹⁾ zauważył bardzo korzystne działanie sterylizowanych drożdży na niezyt szyjki macicznej, na szybkie gojenie się nadżerek części pochwowej.

W historii stosowania sterylizowanych drożdży w chorobach niewieścich ważną jest praca OTTONA ABRAHAM'a²⁾, który bodaj pierwszy zaproponował w tym celu przetwory z drożdży sterylizowanych w postaci pałeczek przygotowane: z drożdży, z asparaginy i gliceryny, o wymiarach odpowiadających kanałowi szyjki macicznej. Praca jego jednak ma i z innych względów ważne znaczenie, O. ABRAHAM stwierdził przy łóżku chorych działanie bakterjobjęcze, specjalnie na dwóinkę NEISSER'a, drożdży sterylizowanych.

Praca autora tego o działaniu leczniczym drożdży przy tryprze u kobiet, poparta doświadczeniami bakterjologicznymi, odpowiada co do znaczenia swego badaniom laboratoryjnym GERET'a i RAPP'a, o których pisałem we wstępie.

O. ABRAHAM na 27 przypadków przewłocznego zapalenia tryprowego szyjki otrzymał wyleczenie w 20-u przypadkach przy zastosowaniu drożdży sterylizowanych. Bakterjologiczne badania kontrolujące wykazały, że drożdże takie zabijają dwóinki NEISSER'a już po 6-u godzinach.

W ostatecznym wniosku autor twierdzi, że drożdże stanowią znakomity, prawie specyficzny środek, dla leczenia trypra. Stąd sterylizowane drożdże coraz częściej w Niemczech otrzymują nazwy, wskazujące na ich działanie, jak oto: „Fluoralbin“, „Antigonorrhoeicum“. Według autora pod wpływem drożdży znikają nie tylko dwóinki tryprowe, lecz i paciorkowce i gronkowce i zarodki proteusa.

Wprawdzie KRONBACH³⁾ otrzymał przy stosowaniu t. z. preparatów Rheolhefe w niezycie pochwy i szyjki wyniki nieszczególne, gdyż tylko 2 wyleczenia i 5 polepszeń, a 12 nieudanych, t. j. bez zmian w obrazie chorobowym, a M. PLIEN⁴⁾ zaznacza wprost wynik ujemny, bo zapalenie przydatków, jakoby powstałe wskutek wprowadzania pałeczek do szyjki. Pojedyncze głosy te wpłynąć jednak nie mogły na zdyskredytowanie środka, który przebył próbę szczęśliwie zarówno w pracowni, jak i w klinice. Winnymi w tych przypadkach były: nieodpowiednie wskazanie i prawdopodobnie sama technika.

¹⁾ POPESCU. Wiener klin. Woch. 1903.

²⁾ OTTO ABRAHAM. Zur Hefetherapie der weiblichen Gonorrhoe. Zentr. f. Gynäkologie. 1904.

³⁾ E. KRONBACH. Zur Behandlung des Vaginal- und Uteruskatarrhs mit Rheol-Hefepreparat. Zentr. f. Gyn. 1904.

⁴⁾ M. PLIEN. Centr. f. Gyn. 1903 i MERCK'S Bericht. 1903.

Sprawa chorobowa natury tryprowej, jak wiemy, zawsze się pogorsza rozszerza się, gdy stosowane bywa leczenie miejscowe w okresie ostrym. Tym samym i leczenie pałeczkami macicznymi w ostrym tryprze zupełnie zaniechane być musi.

Sledząc od lat kilku komunikaty o stosowaniu drożdży w ginekologii, począłem drożdże następnie stosować u moich chorych. Od lat 2-eh stosuję z różnym wynikiem powszechnie znane u nas pałeczki pochwowe z drożdży sterylizowanych, wyrabiane i w Warszawie, a w ostatnich czasach postanowiłem wypróbować także o wiele ważniejsze według mnie w zastosowaniu leczniczym pałeczki z drożdży — maciczne i cewkowe. Przypomnę nawiasowo, że tryper umiejscawia się w cewce moczowej w 100%, w szyjce macicznej — w 47% — 72%, w pochwie w 23% — 40% [KLEIN]. Niezależnie od tego przeprowadziłem spostrzeżenia nad t. z. pudrem drożdżowym (*Zyminstreimpuder*):

Gdy uśiłowania moje, aby otrzymać te drożdżowe przetwory farmaceutyczne na wzór zagranicznych z pracowni krajowych w Warszawie spełzły na niczem, zmuszony byłem użyć do badań przetworów zagranicznych.

Przetwory, których używam, pochodzą z Niemiec; są to znane tam preparaty dra ALBERT'a, wyrabiane przez królewską aptekę w Dreźnie¹⁾.

Są to t. zw. *Uterus Zyminstübchen* o wymiarach 8 ctm. długości i 4 mm. średnicy i *Urethral - Zyminstübchen* o wymiarach 4 ctm. długości i 4 mm. średnicy.

Pałeczki pochwowe odpowiadają co do wymiarów tym, jakie wyrabiane są na miejscu w Warszawie²⁾. Mają one 7,5 ctm. długości i 0,7 ctm. w średnicy; ciężar ich wynosi 4 grm. i zawierają 1,6 grm. zyminy i cukru gronowego aa.

Te przetwory farmaceutyczne z zyminy, które pokazuję, posiadają, według zdania mego, nadzwyczaj ważne zalety, zależne zapewne od sposobu fabrykacji, mianowicie, że są rozpuszczalne w wodzie i elastyczne. Są one zarobione środkiem obojętnym (*constituens*), który jest rozpuszczalny w wodzie. Jest to ten sam środek, którego używa dr KLIEN do pałeczek z preparatów srebra CREDE'go. Stanowi on sekret wynalazcy.

Mniejsza lub większa rozpuszczalność utrudnia lub ułatwia wchłanianie samego środka, elastyczność zaś sprzyja dogodnemu i nieszkodliwemu wprowadzaniu pałeczek do szyjki i cewki. Operując preparatami z paru fabryk, niejednokrotnie sam i koledzy w moim ambulatorjum pracujący przekonali się, że dana pałeczka pochwowa z zyminy, nawet po 24-eh godzinach niezawsze zupełnie się rozpuszcza, powtóre, że dane pałeczki maciczne z zyminy wskutek braku odpowiedniej elastyczności przy wprowadzaniu do szyjki, powodują uszkodzenia przekrwionego i rozpulchnionego przybłonka, co się przejawia krwawieniem ze śluzówki.

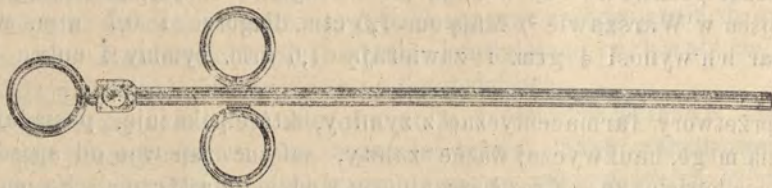
¹⁾ Sprowadzenia dla mnie preparatów tych podjął się uprzejmie magister farmacji p. M. BIAŁOBRZEŃSKI.

²⁾ Przez aptekę p. GESSNERA.

Ogólna liczba chorych, które leczyłem tą metodą, wynosi 34. Z tych w 26-u przypadkach stwierdzić mogłem wybitną poprawę, lub wyzdrowienie. Reszta bądź przerwała leczenie, bądź pozostała wątpliwą co do jego wyniku.

Przechodząc do szczegółowego rozpatrzenia mego materiału klinicznego, przekonywam się, iż przypadków nieżytu tryprowego cewki, w których stosowałem wzmiankowane pałeczki z zyminy dra ALBERT'a, miałem 16. Z tych w 13-u przypadkach takie dolegliwości, jak parcie na mocz, palenie i klucie przy oddawaniu moczu znikły zupełnie, a mocz stał się przezroczystym, już nawet po parokrotnem zastosowaniu zyminy w formie pałeczek cewkowych. W 25-u z tych przypadków w parę tygodni objawy te o mniejszem natężeniu powróciły wskutek nowego zakażenia. W 3-ch przypadkach na 16 wynik był wątpliwy — parcie i palenie przeminęły, klucie przy oddawaniu moczu, co pewien czas jednak występowało.

Przy nieżycie szyjki macicznej, *resp.* jamy macicznej, stosowałem pałeczki maciczne z zyminy dra ALBERT'a w 11-u przypadkach. Tylko w 2-ch przypadkach w ciągu 2-ch tygodni, idąc za radą tego autora, zalecałem nasamprzód samym chorym zakładanie pałeczek pochwowych, w reszcie przypadków odrazu przystępowałem do wprowadzania pałeczek do szyjki, z początku zapomocą korncanga, następnie — zapomocą specjalnego przyrządu.



Z 11-u przypadków, w 9-u już po 6 — 8-krotnem wprowadzeniu do kanału pałeczki z zyminy, wydzielina kanału nadzwyczaj wyraźnie ograniczyła się: z gęstej śluzoworopnej, lub przeważnie ropnej, stawała się wodnistą, śluzową, a w pewnej liczbie przypadków [4-ch] nawet szklistą. Nadżerki na części pochwowej nieraz już po parokrotnem zastosowaniu zyminy w formie pałeczki macicznej, oczyszczały się, ziarninowały i goiły się zupełnie. Również wydzielina pochwowa co do swej ilości i cech ulegała przemianom korzystnym. Wszystkie przypadki nieżytu szyjki, *resp.* macicy, które poddawałem powyższemu leczeniu, uprzednio bądź przeze mnie, bądź przez innych kolegów były przez dłuższy czas, niekiedy przez parę miesięcy, traktowane innymi metodami.

Z tych dziewięciu przypadków, w których stwierdzić się udało tak wybitną poprawę, w 2-ch — nastąpił nawrót z wydzieliną ropną, gryzącą, z nad-

zarciami na części pochwowej. Tłómaczyć tego inaczej nie mogę, jak świeżym zakażeniem. O 2-u przypadkach, na 11 nie stanowczego powiedzieć nie mogę, gdyż chore te leczenie przerwały.

W 3-ch przypadkach *colpitis gonorrhoeicae* i *vulvit. pruriginosae* [z tych w 1-ym nadto było ropne zapalenie gruczołu BARTHOLIN'a] u ciężarnych przy stosowaniu pałeczek z zyminy do pochwy i pudru z zyminy na srom nastąpiła bardzo duża poprawa, wydzielina utraciła cechy ropy, stała się skąpą, świąd sromu ustał.

W zapaleniu sromu i pochwy u dzieci pochodzenia trypowego stosowałem zyminę w formie przepołowionych pałeczek cewkowych i pudru w 4-ch przypadkach. Z tych miałem jedno wyleczenie, w jednym przypadku poprawę, w 2-u wynik niewiadomy.

Co do samej techniki i metodyki stosowania zyminy w formie wzmiankowanych pałeczek, nadmienię, że zalecam chorej po dokładnem wymyciu rąk, staranne oczyszczenie wodą ciepłą z mydłem sromu i okolicy i przepłukanie obfite wodą letnią pochwy w ułożeniu na plecach. Następnie, zawsze na noc, w ułożeniu grzbietowo - pośladkowym wprowadza sobie chora wydobytą ze szczelnie zamkniętego cylindra szklanego pałeczkę zgiętą, lub przepołowioną do pochwy. Pożądanem jest, aby chora w takim ułożeniu pozostała przez czas dłuższy. Rano chora robi sobie przepłukanie czystą ciepłą wodą. Procedurę taką polecam wykonywać nie częściej niż 3 razy na tydzień.

Przed założeniem pałeczki do cewki uprzedzam o oddaniu przedtem moczu, sam obmywam wacikiem, najczęściej zmaczanym w roztworze sody, okolicę cewki, a następnie ująwszy w dwa palce wyjąłwionej ręki pałeczkę, wprowadzam ją ostrożnie do otworu cewki, w ułożeniu grzbietowo-pośladkowym, chorej. Gdy pałeczka zniknie w kanale cewki lekkim ruchem okrężnym palca od spodu staram się ją przez ścianę cewki nieco ku tyłowi przesunąć. Chorą przetrzymuję minut kilkanaście na krześle, gdyż zdarza się, iż pałeczka dzięki elastyczności swej, a wskutek skurczu cewki, wywołanego na drodze odruchowej przez podrażnienie, momentalnie po założeniu z cewki nieraz cała się wysuwa. Najczęściej w celu ustalenia pałeczki w cewce zapomocą ucisku na nią wprowadzam do pochwy kłębek waty.

Uprzedzić muszę, że u osób wrażliwych po wprowadzeniu do cewki pałeczki następuje uczucie osłabienia i niepokoju, oraz zmniejszenie uderzeń tętna, co jednak przemija szybko. Przez parę godzin pierwszych zdarza się, że istnieje parcie na mocz, lecz pożądanem jest, aby przez godzinę, a nawet dwie, nie był oddawany.

Zakładanie pałeczki z zyminy do kanału szyjki poprzedzają te same procedury mycia i płukania ze strony chorej, które zwykła wykonywać przed wprowadzeniem jej do pochwy.

W ułożeniu grzbietowo - pośladkowym zakładam zwierciadło łyżkowe i wacikiem zmaczanym w roztworze sody, następnie sublimatu, staram się oczyścić od przylegającej wydzieliny otwór zewnętrzny macicy i jego okolicę. Następnie zapomocą przyrządu, którego opis podaję poniżej, [można także i kornecangiem] wprowadzam pałeczkę z zyminy do kanału szyjki przez powolne

i stopniowe posuwanie tłoka. Sam przyrząd odejmuję od otworu zewnętrznego dopiero po paru minutach. Chora pozostaje w pierwotnem ułożeniu przez minut 15 — 20, aby tym sposobem zapobiedz powrotnemu wysunięciu pałeczki, co zdarzać się może bardzo łatwo. W końcu do pochwy zakładam najczęściej kłębek gazy wyjąłowanej na nitce i zalecam spokój przez pierwsze godziny, a w 12 godzin potem przepłukanie ciepłą wodą pochwy.

Nawiasowo nadmieniam, że niezbyt wielkie zboczenia w położeniu macicy, prawie nie przedstawiały większych trudności przy wprowadzaniu do szyjki pałeczki, jak sądzę z powodu jej elastyczności, która rzecz naturalna znakomicie sprzyja przystosowywaniu się do kierunku, przy przejściu przez kanał. Jednakże u kobiet, szczególnie tych, które nie rodziły, a także przy zbyt obfitej wydzielinie ropnej z kanału, nasamprzód przez pewien czas wprowadzam do szyjki pałeczki, t. zw. cewkowe, o wymiarze 4 ctm. długości, później przechodzę do dłuższych — macicznych, lub nawet poprzestaję na stosowaniu pierwszych. Po przejściu pałeczki przez ujście wewnętrzne zdarza się niekiedy, że występuje ból w krzyżu, który jednak prędko przemija.

W paru przypadkach przed wprowadzeniem pałeczek z zyminy do szyjki każdorazowo usuwałem z niej zawartość śluzowo-ropną zapomocą banki pochwowej BIER'a, przystawianej w tym celu na część pochwową na parę minut.

Głębsze nadżerki części pochwowej, co pewien czas, w niektórych przypadkach traktowałem także zyminą w proszku. aa z cukrem. Tę samą mieszaninę z dobrym wynikiem parę razy stosowałem przy operacjach odtwórczych na pochwie.

Przyrząd, którego używam do wprowadzania pałeczek z zyminy do kanału szyjki, składa się z rurki metalowej, z tłokiem, długości 28 ctm., o średnicy około 6 mm. Rurka zaopatrzona jest w rękojeść w kształcie symetrycznych kółek, a tłok również za kółko się posuwa. Cały przyrząd jest niklowany i wyjąławiany być może przez gotowanie [patrz rysunek].

Streszczając wyniki spostrzeżeń moich nad działaniem wymienionych przetworów farmaceutycznych z zyminy, przychodzę do wniosku może nie tak kategorycznego, jak to wyraził prof. E. FRAENKEL ¹⁾, że stosowanie zyminy stanowi istotny postęp w ginekologii, lecz przyznać muszę, że przynosi ona niewątpliwą korzyść w leczeniu pewnych spraw zapalnych, co najważniejsza, bardzo uporeczywych, jakimi bywają cierpienia natury tryprowej narządów płciowych kobiecych.

¹⁾ E. FRAENKEL. Zur Behandlung des Fluor albus gonorrhoeischen und anderen Ursprungs mit Vaginal-Zym-in-stäbchen (Dauerhefestäbchen) nach Albert. Dent. med. Woch. 1904.

II. DUSZYNICA BOLESNA,

jako objaw samozatrucia ustroju.

(*Angina pectoris toxico - alimentaria ex autointoxicacione*).

Opisał

Dr med. J. Pawiński.

Starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 40].

Charakterystyka bólów. Bóle umiejscowiają się w przebiegu mostka z jednej, lub drugiej strony tegoż, promieniają do lewej kończyny górnej, jak również do szyji, łopatek i t. d. Niekiedy bóle rozpoczynają się w dołku podsercowym, skąd rozchodzą się ku górze i na boczne części klatki piersiowej. Zdarza się też, że nie posiadają one tak ściśle określonego umiejscowienia, w każdym razie występują w przedniej części klatki piersiowej (*dolores praecordiales*). Co do rodzaju bólu, to chorzy porównują go z uczuciem rozpierania, rozsadzania w piersi, gniecienia, niekiedy pieczenia, połączonego często z trwogą przysercową (*anxietas praecordialis*).

Bóle te nie występują przy ruchu, zjawiają się z wyjątkiem spokoju, najczęściej podczas leżenia w łóżku. Bywają wszakże i wyjątki: napad może wystąpić po ruchu, jeśli np. chory po zjedzeniu obfitym przedsięwzięciem dłuższą przechadzkę, podniesie coś ciężkiego i t. p. W czasie napadu chory, podobnie jak w *ang. pectoris vera*, usiłuje zachować się spokojnie, oddycha powierzchownie.

Co do trwania napadu, to może ono być krótkie, zwykle jednak bywa dłuższe, niż w *ang. pect. vera*, czasem dochodzi do 4-ch — 5-u godzin. Niekiedy napad stenokardjalny, raz wystąpiwszy w silnej postaci, już się nie powtarza, oczywiście skoro chory zaniecha nadużyć w jedzeniu.

Co się tyczy czasu występowania bólów, to w większości przypadków zjawiają się one nie bezpośrednio po jedzeniu, lecz po upływie 5-u—6-u godzin, najczęściej w nocy, lub też we wczesnych, rannych godzinach. Niekiedy występowanie napadu uleży może znacznemu opóźnieniu. Widywaliśmy np. chorych, u których stenokardja zjawiała się dopiero po upływie 24-ch godzin od czasu błędów w diecie. Zdarzało się to głównie wtedy, kiedy nadużycia w jedzeniu i picciu trwały przez kilka dni z rzędu [święto, uroczystości familijne], przy małym ruchu, siedzeniu przy grze w karty i t. p. Napady tego rodzaju występują zwykle bez widocznego powodu, jak gdyby pod wpływem jakiegoś działania kumulacyjnego.

Okoliczności, wśród których dusznica bolesna występuje. Zjawia się ona tylko u pewnej kategorii osób, a mianowicie w wyższych warstwach społeczeństwa, u ludzi zamożnych, prowadzących życie wygodne, przeważnie siedzące. U ludzi biednych, ciężko pracujących na chleb, nie spotyka się jej prawie zupełnie. Stąd też w praktyce szpitalnej nie zauważyłem jej nigdy. Stenokardja toksyczna zdarza się prawie wyłącznie u mężczyzn, u kobiet zaś niesłychanie rzadko, co się rzadkością nadużyć w jedzeniu i piciu u płci słabej tłómaczy. W czystej swej postaci, bez powikłań chorobami serca i naczyń, spostrzega się przeważnie pomiędzy 35-ym a 45-ym r. życia.

Co do rodzaju nadużyć, to na 1-ym miejscu postawić należy nadużycia w przyjmowaniu pokarmów białkowatych i to głównie pochodzenia zwierzęcego [ciał purynowych i nukleinowych], w jakie stół zamożnych ludzi obfituje [mięso z dziczyzny]. Dodać należy, iż wraz z błędami w jedzeniu szły w parze nadużycia w picciu napojów wysokowych i paleniu tytoniu, jak również *abusus in Venere*. Nadużycia te nie przyjmowały jednak większych rozmiarów, i w porównaniu z nadmiernem żywieniem, odgrywały drugorzędną rolę. Co się tyczy ilości spożywanego mięsa, to ściślej ilości podać nie jesteśmy w stanie w każdym poszczególnym przypadku, wogóle tylko powiedzieć możemy, że była bardzo duża. Zważywszy, że osoby, o których mowa, spożywały 2, niekiedy i 3 razy dziennie potrawy mięsne, możnaby przyjąć 0,75 kilograma mięsa za średnią ilość dobową, czyli 150 grm. białka.

Charakterystyka osób i oddzielnych narządów. Osoby, wchodzące w zakres naszych spostrzeżeń, należały przeważnie do typu t. zw. pełnokrwistości brzusznej.

Serce i naczynia. W ogóle można powiedzieć, iż w układzie krążenia krwi przeważały nie tyle objawy pobudzenia, ile raczej pewnego osłabienia, jakby stanu paretycznego. Tępość serca zachowuje zwykle rozmiary, lub też ulega pewnemu powiększeniu w wymiarze poprzecznym na prawo. Uderzenia wierzchołkowego zwykle nie wyczuwa się. Tętno bywają czyste, lecz głuche, a zwłaszcza 1-y ton u wierzchołka serca. Niekiedy zamienia się na lekki szmer, lub ulega rozdzieleniu. Drugi ton tętnicy płucnej bywa często wzmóżony. Drugi ton aorty nie przedstawia zwykle zmian, niekiedy zaś bywa osłabiony, w wyjątkowych zaś razach wzmóżony.

Cisnienie tętnicze bywa zwykle w przypadkach ostrych [I dział] zmniejszone. W przypadkach o przebiegu łagodniejszym, przewlekłym [II dział] bywa różne: przeważnie nieco zmniejszone, rzadziej normalne, wyjątkowo tylko wzmóżone. Stąd tętno bywa miękkie, niekiedy z odcieniem tętna dwubitnego. Sfygmomanometr BASCH'a wykazywał w tętnicy promieniowej ciśnienie 140—150, tonometr GAERTNER'a 130—140 mm. Hg. Oczywiście, że bezpośrednio po jedzeniu, zwłaszcza obfitym, fale tętna, częstość i napięcie tętnicze ulegają u osób, o których mowa, powiększeniu, później jednak stopniowo zmniejszają się. Obwodowe krążenie krwi bywa często upośledzone [rozszerzenie żył na kończynach dolnych i drobnych naczyń na twarzy]. Okolica serca jest często bolesna na ucisk, zwłaszcza silniejszy, co na karb

wrażliwości mięśni i okostnej żeber policzyć należy. W samej zaś skórze ani nadezłości, ani też przytępienia czucia nie byliśmy w stanie stwierdzić.

Podczas samego napadu stenokardjalnego tętno bywa zwykle częste, nieco nierówne, w napadach zaś silniejszych, pomieszczonych w I-ym dziale naszych spostrzeżeń, zaburzenia w czynności serca i naczyń bywają bardzo wydatne: *arythmia*, *tachycardia*, duszność i inne objawy niedomogi serca. Niekiedy dochodzi nawet do wytworzenia zatorów w tętnicach [spostrzeżenie I].

Ze strony narządu oddechowego w przypadkach o przebiegu przewlekłym ważnych zmian nie znajdujemy. Często istnieje skłonność do nieżytyłów oskrzeli. W przypadkach zaś ostrych występują ze strony płuc objawy, zależne od niedostatecznej działalności serca: zastój, obrzęk i t. p.

Kanał pokarmowy przedstawia w przypadkach ostro przebiegających objawy ostrej niestrawności, lub kataru żołądka i kiszek. W większości naszych spostrzeżeń o przebiegu przewlekłym żołądek odbywał mniej więcej swą czynność prawidłowo, język bywał czysty, apetyt dobry, nawet wzmóżony. Niekiedy zaś istniała nadkwaśność żołądka, połączona z uporczywą zgagą.

Co do kiszek, to przeważała atonja. Chorzy skarżą się zwykle na zaparcie stolca, rzadziej wypróżnienia bywają częstsze, niż normalnie i w takim razie następują wkrótce po jedzeniu. Do częstych objawów należy: odchodzenie cuchnących gazów i to w dużej ilości, pieczenie w stolcu, swędzenie, często krwawienia, będące w związku z rozszerzeniem żył dolnego odcinka kiszek [hemoroidy].

Wątroba ulega zwykle pewnemu powiększeniu, jest miękka, nie dochodzi jednak do tej konsystencji i wymiarów, jak to bywa przy osłabionej czynności serca.

Układ nerwowy nie przedstawia zazwyczaj wyraźnych zmian. Większość pacjentów naszych nie przyznawała się do nerwowości. Przy dłuższej jednak znajomości z nimi, po zebraniu szczegółów, dotyczących ich przeszłości, otrzymywaliśmy niekiedy cenne wskazówki, świadczące o istnieniu u nich bądźto odziedziczonego, bądź też nabytego usposobienia nerwowego [niekiedy neurasteńja, częściej hipochondrja].

Ciężkość głowy, zajęcie tejsze, jak również lekkie zawroty głowy, bywają często przedmiotem skarg chorych, o których mowa.

Co do moczu, to zazwyczaj przedstawia zmiany właściwe t. z. skazie moczanej (*diathesis urica*): ilość dobową mniejszą, ciężar właściwy wysoki [1025 — 1030]. Co do mocznika i kwasu moczowego, to spostrzegaliśmy dwie odmiany: a) dużo mocznika i dużo kwasu moczowego, b) mało mocznika, a stosunkowo dużo kwasu moczowego. Mocz o ciężarze właściwym niskim, o małej ilości mocznika przytrafiał się rzadko. Szczawian wapnia występował bardzo często w ilości patologicznej. Białko i cukier przytrafiały się rzadko, przeciwnie wałeczki hyalinowe, rzadziej drobnoziarniste, stanowiły prawie stałą część składową moczu osób, robiących na-

dużycia w jedzeniu i piciu. To samo da się powiedzieć o indolu i skatolu, jak również o kwasach etero-siarczanych.

P a t o g e n e z a. Ścisły związek, jaki zachodzi pomiędzy czynnością przewodu pokarmowego a czynnością serca, znany był od dawna lekarzom praktykom, zanim jeszcze wykazała go fizjologia na drodze ściśle naukowej. Wzajemne oddziaływanie na siebie żołądka i serca występuje niekiedy tak wybitnie, iż nie tylko laicy, lecz i mniej doświadczeni medycy, bywają w błąd wprowadzeni i biorą choroby jednego narządu za drugi. Pomyłki tego rodzaju zdarzają się szczególnie w niektórych postaciach duszniczy bolesnej, w których ból umiejscowia się w dolnej części mostka lub *in epigastrio*. Oddziaływanie wspomnianych dwóch narządów odbywa się za pośrednictwem:

1) n e r w ó w, a mianowicie n. błędnego i współczulnego. Pierwszy z nich wysyła gałązki nie tylko do serca, lecz i do żołądka, drugi zaopatruje naczynia jamy brzusznej w liczne nitki i zwoje, posiadające własność zwężania i rozszerzania naczyń, a więc takie, które wywierają bardzo ważny wpływ na ciśnienie krwi, a więc i na czynność serca.

Według poglądu POTAIN'a oddziaływanie na serce może przyjść do skutku drogą odruchową z żołądka, a mianowicie przez podrażnienie nerwów czuciowych, rozgałęziających się w błonie śluzowej żołądka: następuje podrażnienie nerwów zwężających naczynia włosowate płuc. Następstwem tego będzie zwiększenie oporów w krążeniu dla serca, co znowu do zaburzeń w czynności tegoż doprowadzić może;

2) nie tylko drogą innerwacji, lecz wprost drogą mechaniczną oddziaływać mogą na siebie serce i żołądek, a to za pośrednictwem przepony, oddzielającej obydwie te narządy;

3) drogą samego obiegu krwi. Osłabienie np. czynności serca wywołuje zwolnienie obiegu krwi w jamie brzusznej, stąd powstają na błonie śluzowej żołądka i kiszki zaburzenia w wydzielaniu różnych gruczołów, a więc i soków niezbędnych do trawienia [a zwłaszcza soku żołądkowego]. I na odwrót, zmiany w cyrkulacji krwi w jamie brzusznej, wywołane miejscowymi sprawami [katar żołądka i kiszki, owrzodzenia, nowotwory i t. p.] mogą dać powód do przekrwień, zastojów i tym sposobem zwiększać przeszkody czynności serca;

4) drogą toksyczną, która z obiegiem krwi w ścisłym pozostaje związku.

Pierwiastki toksyczne, powstające wskutek zaburzeń w czynności serca, mogą wywierać trujące działanie na przewód pokarmowy. I odwrotnie, nieprawidłowości w trawieniu są w stanie oddziaływać szkodliwie na obieg krwi, a więc i na serce. Następuje to wskutek wessania się do krwi pewnych ciał trujących, mających swe źródło w żołądku lub kiszki.

Otóż dusznicę bolesną, która w ten ostatni sposób do skutku przychodzi, zaliczamy do kategorii chorób, powstających z samozatrucia.

Zaznaczyć wszakże winniśmy, że przyjmując w powyżej przytoczonych spostrzeżeniach dusznicę bolesną z samozatrucia, nie odrzucamy, aby i inne

wpływy, jak: nerwowe, mechaniczne, nadużycia *in Baccho*, i t. p. nie odgrywały pewnej roli w jej powstawaniu.

Pod wpływem znanych powszechnie prac prof. BOUCHARD'a zaliczono być może do działu samozatrucia zbyt dużo postaci chorobowych, co do których patogenezy mogą zachodzić poważne wątpliwości. Nie mniej jednak zaprzeczycie nie podobna, aby nie zdarzały się formy kliniczne z zatrucia ustroju pochodzące, a zwłaszcza te, których źródłem jest kanał pokarmowy.

Sprawa samozatrucia pochodzenia kiszkowego poddana była szczegółowemu rozbirowi na Zjeździe lekarzy niemieckich w r. 1898 w Wiesbaden. Profesor MILLER z Marburga, główny sprawozdawca tej kwestji, był zdania, że pomimo wielkich trudności, jakie się napotyka w ścisłym wykazaniu dowodów autointoksykacji, nie podobna jednak nie przyznać związku pomiędzy nieprawidłowym rozkładem w kiszkach a pewnymi objawami chorobowymi. Podobny pogląd wypowiedział prof. EWALD, przytaczając przypadki samozatrucia z kiszek o bardzo ciężkich objawach mózgowych. Zwolennikiem teorii samozatrucia jest również ALBU, który pierwszy naukę o autointoksykacji na grunt niemiecki przeniósł.

Prof. BRIEGER, drugi referent Zjazdu, autor licznych prac o toksynach, powstających przy gniciu ciał białkowatych, występował z większą rezerwą co do sprawy samozatrucia organizmu, aniżeli wspomniani klinicyści.

Za najlepszy przykład samozatrucia może służyć t. zw. *vertigo ex stomacho laeso*, uporczywe bóle głowy przy nawykowym zaparciu stolca, tęzec przy znacznej rozstrzeni żołądka.

Przeciwnicy teorii samozatrucia powołują się zwykle na tę okoliczność, iż dotychczas nie udało się jeszcze otrzymać bądźto z kanału pokarmowego, bądź też z innych wydzielin, a zwłaszcza z moczu, ciała trującego, któreby wstrzyknięte zwierzętom do krwi, wywołało zbiór objawów, występujących u ludzi. Lecz wszakże ani w mocznicy, ani też w śpiączce cukrzycowej nie wynaleziono jeszcze swoistej toksyny, a jednak nikt z klinicyistów nie wątpi, abyśmy w obu tych stanach nie mieli do czynienia z samozatruciem organizmu.

Badania ostatnich czasów rzuciły nowe światło na sprawę autointoksykacji, wykazały bowiem, że do wystąpienia objawów samozatrucia nie potrzeba specjalnej trucizny, toksyny i t. p., lecz, że już zmiany w prawidłowym składzie samej krwi, a więc nie tylko jakościowe, lecz ilościowe, wystarczają na to [SENATOR]. Może w przyszłości z postępowaniem biochemji, bakterjologii uda się rozwikłać różne dotychczas ciemne strony samozatrucia; zanim to jednak nastąpi klinicysta powinien swe obserwacje, o ile tylko są ścisłe, uważać za równoznaczne doświadczeniom na zwierzętach, według słów tak pełnych prawdy prof. ROGER'a: „*L'observation et l'experience voilà les deux grandes methodes que nous devons employer. La premiere s'applique surtout a l'etude de la clinique, la seconde du laboratoire. L'observateur et l'experimenteur doivent ecouter la nature, ils doivent recueillir tout ce qu'elle leur dit, ils ne doivent pas rejeter ce qui est contraire à leurs doctrines pour conserver ce qui est utile* i t. d.“

To też pomimo, iż na poparcie spostrzeżeń nie jestem w stanie przyto-

czyć własnych badań eksperymentalnych, sędzę, że nie będą one bez znaczenia dla patogenezy pewnych postaci stenokardji.

W przypadkach, należących do I-go działu, w których ciężkie napady stenokardjalne występują po znacznych nadużyciach w jedzeniu i picciu, wątpliwości ulegać nie może, że mamy do czynienia z elementem toksycznym. Wpływ na innerwację serca i na odżywianie jego jest tak potężny i gwałtowny, że trudno przypuścić, aby tylko odruch, lub warunki czysto mechaniczne stanowiły o wszystkim. Napady bólów, jakie wówczas występują, w niczem się nie różnią od napadów prawdziwej dusznicy bolesnej, zależnej od sklerozy tętnic wieńcowych.

W jakiz więc sposób samozatrucie ustroju do skutku przychodzi?

Punktem wyjścia, czyli miejscem, w którym pierwiastki trujące przygotowują się, jest przede wszystkim kanał pokarmowy. Dwie są głównie sprawy, odbywające się w nim, które mogą dać powód do tworzenia się substancji, szkodliwych dla organizmu, a mianowicie fermentacja i gnicie. Źródłem samozatrucia organizmu jest przede wszystkim gnicie ciał białkowych w k i s z k a c h. Ciała stąd powstające, a mianowicie z grupy aromatycznych [fenol, indol, skatol i t. d.], skoro nagromadzą się w większej ilości, mogą wywierać, będąc wessane do krwi, działanie toksyczne na organizm, *resp.* serce.

Według zaś prof. BOUCHARD'a, źródłem samozatrucia są nie tyle powyżej wymienione ciała, ile t. z. p t o m a i n y. Powstają one również w kanale pokarmowym, głównie w kiszkaach przy rozkładzie białka, pod wpływem drobno-ustrojów. Substancje te [GAUTIER, SELMI, BRIEGER] są niezmiernie trujące, a pod względem działania bardzo podobne do alkaloidów roślinnych, jedne do atropiny, inne do *curare*, niektóre wreszcie do weratryny, lub muskaryny [wywołują zmiany w źrenicach, zaburzenia w rytmie serca, odurzenie, drgawki]. Śmierć następuje przez zatrzymanie serca w skurczu].

Diaminy i toksalbuminy mają również wywierać silne działanie toksyczne w ustroju, lecz są mniej zbadane niż ptomainy.

Pomimo wytwarzania się toksyn w kanale pokarmowym zatrucia nie zdarzają się często, gdyż organizm posiada środki samoobrony. Wątroba jest głównym narządem, w którym odbywa się przemiana ciał toksycznych na nieszkodliwe; tym sposobem zapobiega ona przedostawaniu się ich do krążenia krwi. Podobną rolę, jak wątroba, zdają się odgrywać: gruczoł tarczowy, nadnercza, śledziona i naczynia limfatyczne. Wiadomo prócz tego, że niektóre wydzieliny samego kanału pokarmowego same przez się już przeciwdziałają szkodliwemu wpływowi bakterji, lub też ich toksyn [kwas solny, sok trzustkowy, żółć, a zwłaszcza mieszanina obu tych ostatnich soków. Wreszcie nerki przyjmują ważny udział w zapobieganiu skutkom samozatrucia.

W spostrzeżeniach naszych o ostrym przebiegu należy przypuścić, iż do kanału pokarmowego dostaje się tak wielka ilość pokarmów, rozkład tychże odbywa się nienormalnie i tak szybko, iż wydzieliny kanału pokarmowego, ani

też wątroba nie są w stanie powstających wtedy ciał należyce przerobić i w nieszkodliwej postaci dostarczyć ich krwi.

W niektórych przypadkach, zwłaszcza o przebiegu gorączkowym, przyczyną groźnych objawów może być nie tylko samozatrucie, lecz i s a m o z a k a ż e n i e (*autoinfectio*). W normalnych nawet warunkach, jak to wykazują NOCARD, DESOMBRY i PORCHER, całe bataljony mikroorganizmów przechodzą w czasie sprawy wchłaniania z kiszek do naczyń limfatycznych i do krwi, lecz w płucach i innych narządach zostają przemienione na nieszkodliwe i wydalone z organizmu za pośrednictwem moczu.

Prócz tego z badań kol. K. Rogozińskiego okazuje się, że w gruczołach krezkowych stale znajdują się bakterje, pochodzące z jelita [głównie należące do grupy *bacterium coli*]. Przechodzenie z jelita do gruczołów krezkowych zwykłych bakterji jelitowych, jak również sztucznie do jelita wprowadzonych mikrobów dowodzi, że wessanie z jelita odbywa się stale w warunkach prawidłowych i że stanowi zatem zjawisko fizjologiczne. Fakt ten podnosi i rozszerza znaczenie kiszek, jako wrót zakażenia.

Jeśli odporność organizmu wskutek pewnych czynników zmniejszy się, a prócz tego i w samym kanale pokarmowym sprawa trawienia i wchłaniania wskutek nadużycia w jedzeniu ulegnie zmianie, łatwo dojść może do zakażenia krwi przez drobnoustroje, zalegające w kiskach i gruczołach krezkowych. Zakażenie to odbić się może przedewszystkiem na układzie cyrkulacyjnym, stanowiącym główny przenośnik bakteryjnych pierwiastków po całym organizmie. Z połączenia dwóch tak ważnych spraw, jak samozakażenie i samozatrucie, mogą powstać bardzo skomplikowane obrazy, które też u chorych niekiedy spotykamy. Powiększenie śledziony, gorączka, dłuższy stan inkubacyjny przemawiać będą więcej za samozakażeniem, niż za samozatruciem. Zaznaczyć wypada, iż niezawsze nadużycia w jedzeniu i piciu prowadzą do groźnych następstw, o których była mowa wyżej: gwałtowne wymioty, lub rozwolnienie, jak również sprawność układu cyrkulacyjnego i nerwowego mogą zapobiedz samozatruciu [samoobrona organizmu].

W przypadkach przez nas opisanych, a zwłaszcza zakończonych śmiercią, usposabiającymi momentami były niedospane noce, nadużycia w picciu, paleniu, influenza i t. p., podkopujące w wysokim stopniu sprawność organizmu.

Co się tyczy oddziaływania toksyn, powstających przy błędach w dyecie na układ krwionośny, a w części i na nerwowy, to jest ono analogiczne z działaniem tychże w ostrych chorobach zakaźnych [influenca, zakażenie septyczne]. Napady stenokardjalne, jak również niedomoga serca, występujące w jednej i drugiej kategorii, niczem się od siebie nie różnią. Powstają one przypuszczalnie drogą oddziaływania toksyn bądźto na splot sercowy i tętnice wieńcowe, bądź też na włókna mięsne serca, lub też na układ naczyniowo - ruchowy.

Że rzeczywiście tak się dzieć może, na to wskazują niewątpliwie doświadczenia przedsiębrane na zwierzętach nad wpływem niektórych toksyn kiszkowych na układ krwionośny. Mam tu na myśli z jednej strony badanie dra MARISCHLER'a ze Lwowa, z drugiej prof. CHARIN'a i dra PLAY z Paryża.

1) Pierwszy z autorów przeprowadził doświadczenie swe na królikach i psach, którym wstrzykiwał do żyły szyjowej przesącze hodowli z kałów, pochodzących już to od ludzi zdrowych, już też chorych [nieżyt jelitowy, nawykowe zaparcie stolca, tyfus osutkowy, moczówka cukrowa i t. p.]. Dr. M. dochodzi do następujących wniosków:

Toksyny kałowe, wstrzyknięte do żyły obwodowej, podnoszą ciśnienie tętnicze, najprawdopodobniej wskutek podrażnienia ośrodków naczynioworuchowych. Toksyny te wywołują również zaburzenia w czynności mięśnia sercowego. Wprowadzone do ustroju przez *v. portae*, działają o wiele słabiej, aniżeli zastrzyknięte do żyły szyjowej. Wyciągi kałowe wodne, pozbawione drobnoustrojów, działają na ciśnienie krwi odwrotnie, niż toksyny kałowe, t. j. obniżają ciśnienie krwi.

2) Stany, jakie wspomniani powyżej uczeni francuscy wywoływali u zwierząt, zastrzykując tymże toksyny bakteryjne z kału noworodków, przedstawiały wielką analogję ze stanami chorobowymi, występującymi u ludzi wskutek zaburzeń czynności kanału pokarmowego. Włókna mięsne serca w pewnej części zatrzymują swą prężność, często ulegają zwyrodnieniu, w tkance międzymięśniowej zjawiają się wylewy krwi. Naczynia krwionośne nie pozostają również bez zmiany, a zwłaszcza ich błona wewnętrzna. Wpływ toksyn kiszkowych na obwodowy, jak i ośrodkowy układ nerwowy jest również bardzo widoczny.

[C. d. n.].

III. W sprawie chirurgicznego leczenia kamiey żółciowej.

Skreślił

Dr Franciszek Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 40].

Spostrzeżenie XIII.

Cholelithiasis. Carcinoma vesicae felleae.

Magdalena K., lat 56, zamężna, przybyła do szpitala 2-go marca 1905 r. skutkiem bólu nadmiernego w okolicy wątroby, który od 6-u tygodni jej nie opuszcza, oraz ciągłych zaburzeń ze strony kanału pokarmowego.

Chora miernej budowy, wychudzona w wysokim stopniu, z żółtawym odcieniem skóry, opowiada, że obecne jej cierpienie zaczęło się przed 6-u laty napadem gwałtownych bólów w okolicy wątroby, promieniujących pod prawą łopatkę i okolicę lędźwiową, wymiotami i gorączką. Stan taki trwał dwa tygodnie. Po upływie kilku tygodni—nowy napad, również trwający 2 do 3-ch tygodni. Napady występowały stopniowo coraz częściej, siły chorej wyczerpywały się, zaczęła chudnąć. Przez ostatnie 6 tygodni ból trwa bez przerwy, niekiedy występuje tylko jego nasilenie. Chora zaznacza, że nigdy żółtaczk nie było. Od 3-ch lat bez pomocy środków czyszczących wypróżnień niema. Kał zawsze zabarwiony od żółci. Badanie płuc i serca nie wykazuje zmian. Wątroba znacznie powiększona, opuszcza się na palec poniżej pępka. W miejscu odpowiadającym pęcherzykowi żółciowemu guz wielkości małej pomarańczy, zrosnięty z wątrobą i okryty w większości kiszka, powierzchnia guza nierówna. Cała okolica wątroby, jak i guz przy obmacywaniu bolesne.

W moczu ślady białka. Stan bezgorączkowy.

Rozpoznaliśmy kamieć żółciową, ze względu jednak na wysoki stopień wyniszczenia można było przypuszczać, że mamy do czynienia oprócz tego ze znaczniejszymi zmianami w samym pęcherzyku.

9-go marca 1905 r. w uśpieniu chloroformowem wykonałem laparotomię. Cięcie na zewnętrznym brzegu *m. recti abdominis dextri*. Po otworzeniu jamy brzusznej okazało się, że pęcherzyk jest mocno zrosnięty z wątrobą, dwunastnicą, poprzecznicą i siecią; zrosty tak mocne, że kiszka się rozrywa przy oddzielaniu jej od pęcherzyka. Otworzyłem woreczek żółciowy i wydobyłem zeń 26 kamieni wielkości orzecha laskowego. Ściany woreczka grube, kruche, łatwo się rozrywają. Całe wnętrze woreczka zajęte przez guz miękki, łatwo krwawiący. Mieliśmy zatem oprócz kamieni nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego. Badanie krezki i w ogóle jamy brzusznej wykazało znaczne powiększenia gruczołów krezkowych i guziki rozsiane w sieci. Wobec takiego stanu nie kusilem się o wycinanie pęcherzyka. Nie chciałem również pozostawiać przetoki żółciowej, zaszyłem przeto ponownie woreczek żółciowy, umocowałem go do otrzewnej brzusznej, nałożyłem szew częściowy na ścianę brzucha, a do miejsca przyszycia woreczka żółciowego wprowadziłem pasek gazy.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Ciężota normalna. Po upływie 6-u dni gazę usunąłem. Zagojenie się rany nastąpiło szybko.

Po krótkotrwałej poprawie i uldze chora ponownie zaczęła skarżyć się na bóle *in hypochondrio dextro*. Po upływie miesiąca zwolna zaczęła się rozwijać żółtaczka. W końcu kwietnia 1905 roku zjawił się obrzęk lewej dolnej kończyny. W jamie brzusznej wymacać można guziki oddzielne. Osłabienie wielkie, wyniszczenie się wzmagają.

5-go maja śmierć przy objawach wielkiego wyniszczenia.

Spostrzeżenie XIV.

Carcinoma vesicae felleae.

D., lat 59, obywatelka ziemska, zamężna, ma 7 dorosłych dzieci. Chora od dłuższego czasu niedomaga, gorączkuje, straciła apetyt, snu nie ma, po je-

dzeniu nieprzyjemne uczucie ciśnienia w brzuchu, osłabienie dosyć znaczne. Pomimo ustawicznego leczenia się i dobrych warunków higienicznych stan jej bynajmniej się nie poprawiał, przyjechała też do Warszawy w czerwcu 1903 r. w celu zasięgnięcia porady lekarskiej.

Przy badaniu znaleziono obraz następujący. Kobieta miernej budowy, upośledzonego odżywienia, wychudzona. W obydwóch szczytach płuc stłumienie, liczne rżenia. Serce nie przedstawia zmian. Wątroba powiększona, opuszcza się poniżej łuku żebrowego. Pod wątrobą, w miejscu odpowiadającym położeniu pęcherzyka żółciowego, guz wielkości małego jaja kurzego, bolesny przy omacywaniu. W moczu ślady białka. Innych zmian nie wykryto. Chora cokolwiek pokasłuje, płwociny jednak mało, badanie jej nie wykazało laseczników gruźliczych; ból w okolicy wątroby, brak apetytu, zły sen, poty nocne, osłabienie znaczne. Upośledzone odżywienie i cały szereg objawów można było sobie wytlómaczyć zmianami w płucach.

Zadecydowano wyprawić chorą do Zakopanego z tem zastrzeżeniem, aby zwracano baczną uwagę na pęcherzyk żółciowy, w którym można było podejrzewać ropienie.

Podczas kilkomiesięcznego pobytu w Zakopanem stan chorej znacznie się pogorszył, straciła wiele na wadze, wystąpiły bóle w brzuchu, gorączka jej nie opuszczała, guz pęcherzyka żółciowego tak się powiększył, że chora sama mogła go wyczuć. Wszystko to upoważniało do przypuszczenia, że mamy do czynienia z ropną sprawą w pęcherzyku żółciowym.

W styczniu 1904 r. chora powróciła do Warszawy z tem, aby poddać się operacji.

Przy badaniu znalazłem guz pęcherzyka żółciowego, o nierównej powierzchni, chęlboczący, mało ruchomy, wielkości pięści. W ciągu tygodnia, podczas którego chora pozostawała na obserwacji, guz ten się powiększył, wystąpiły żywe bóle w brzuchu i wymioty; osłabienie bardzo znaczne, chora chodzić nie mogła. Tętno 100, słabe. Ciepłota z rana 36,8°—w. 38,0.

22-go stycznia 1904 r. *sub sol. Schleichi* otworzyłem jamę brzuszną, prowadząc cięcie na zewnętrznym brzegu *m. recti abdominis dextri*. Pęcherzyk żółciowy mocno napięty przedstawiał guz z nader silnymi zrostami z kiszki i wątrobą. Pęcherzyk otworzyłem i wylała się zeń niewielka ilość posokowatego płynu, całe zaś wnętrze było wypełnione rozpadającą się masą nowotworową.

Pęcherzyk oczyściłem, rozpadający się guz usunąłem łyżeczką VOLKMANN'a, jamę wytamponowałem, a ścianę woreczka wszyłem w ranę brzuszną. Wobec złego stanu ogólnego chorej o doszczętnem usunięciu pęcherzyka nie myślałem, tembardziej, że gruczolę krezkowe i guziki w *omentum* przemawiały za rozsianiem się sprawy. Bóle i wymioty po operacji przestały trapić chorą, ciepłota się obniżyła. Stan ogólny jednak nie poprawiał się, wkrótce wystąpiły obrzęki nóg, świadczące o niedostatecznej działalności serca, wyniszczanie się posuwało dalej i po kilku tygodniach chora zakończyła życie.

W szeregu spostrzeżeń, przytoczonych powyżej przeze mnie, wykonałem u 14-u osobników 17 zabiegów na drogach żółciowych, głównie na pęcherzyku.

Trzy razy otworzyłem pęcherzyk, usunąłem kamienie, następnie woreczek zaszyłem i opuściłem do jamy brzusznej, zamykając całkowicie tę ostatnią, t. j. wykonałem *cholecystotomiam idealem*, bez umocowania woreczka do brzegów rany brzusznej. Raz jeden częściowo wyciąłem ściany worka, wszywając pozostałą część w ranę brzuszną; raz jeden otwierałem *ductus choledochus*, usunąłem kamień, a przewód następnie sączkowałem. W dwóch przypadkach po dokonanej cystostomji w kilka miesięcy ponownie otwierałem pęcherzyk żółciowy, ale już przyrośnięty do ściany brzucha. W pozostałych przypadkach otwierałem pęcherzyk, zakładałem przetokę i sączkowałem przez dłuższy lub krótszy przebieg czasu.

Cięcie powłok zewnętrznych prowadziłem w linii środkowej brzucha, przez zewnętrzną część m. prostego brzucha, u zewnętrznego brzegu jego, równoległe do łuku żebrowego, albo też zupełnie poprzecznie do pępka. Wszystkie te cięcia dają doskonały dostęp do pęcherzyka żółciowego, do przewodu zaś wspólnego żółciowego najdogodniejszym wydaje mi się cięcie równoległe do łuku żebrowego, albo nawet pod kątem prostym, jak to radził CZERNY.

Cięciem, stosowanym przez KEHR'a, nigdy się nie posiłkowałem, nie mogę też nie powiedzieć o jego wartości i przewodze nad innymi. Cięcie poprzeczne ma tę niedogodność, że przy ropnej sprawie wydzielina z pęcherzyka żółciowego łatwo może dostawać się pomiędzy warstwy mięśni ściany brzusznej i tam powodować ropienie.

Jeżeli pęcherzyk żółciowy jest przyrośnięty do przedniej ściany brzusznej, to otworzenie jego należy do zabiegów najłatwiejszych.

Cholecystotomia idealis nie przedstawia trudności do wykonania.

Otwieranie pęcherzyka i zakładanie przetoki żółciowej o tyle jest łatwe do wykonania, o ile dostęp do woreczka jest wygodny, o ile ściany jego nie przedstawiają wielkich zmian, zrosty zatem z kiszkaami, i siecią, owrzodzenia i blizny, zajmujące bądźto błonę śluzową, bądź też całą ścianę woreczka, mogą stanowić poważne trudności przy wykonaniu operacji.

Daleko poważniej przedstawia się sprawa z wycięciem pęcherzyka żółciowego (*cholecystectomy*), — zrosty z narządami otaczającymi niekiedy wprost uniemożliwiają wykonanie operacji.

Również poważne trudności przedstawiać mogą operacje na przewodach żółciowych — *hepaticus* i *choledochus*. I tu zrosty odgrywają niemałą rolę. *Ductus choledochus* ze względu na swoje położenie anatomiczne przedstawia właściwe sobie warunki, czyniące niekiedy operacje na nim uciążliwymi. Do chwili obecnej posiadamy już kilka metod otwierania przewodu żółciowego wspólnego, co zależnem jest od miejsca operowania — przed dwunastnicą lub pod nią; sprawą tą jednak nie mam zamiaru zajmowania się w pracy obecnej.

Jako wskazania do wymienionych zabiegów służyły mi: *cholecystitis calculosa*, *hydrops vesicae felleae*, *empyema vesicae felleae*, *cholecystitis ichorosa*, *cholecystitis et pericholecystitis purulenta*, *cholangitis*, *lithiasis duct. choledochi*, *carcinoma vesicae felleae*.

Wyniki operacji były następujące. *Cholecystotomia idealis* dała wynik pomyślny. Po otworzeniu woreczka i założeniu przetoki żółciowej wynik zależny był od samej sprawy chorobowej, — przy *cholecystitis calculosa*, *hydrops*, *empyema vesicae felleae* otrzymałem wyzdrowienie, rany goiły się dobrze, przetoka zamknęła się szybko, — przy septycznych sprawach w drogach żółciowych zejścia były niepomyślne. Trzy przypadki raka pęcherzyka żółciowego daleko posuniętego z zajęciem gruczołów chłonnych w krezce zakończyły się śmiercią w ciągu kilku miesięcy po operacji.

Z szeregu moich spostrzeżeń niektóre zasługują na baczniejszą uwagę. W spostrzeżeniu I-em, u kobiety 51-letniej po *cholecystotomia idealis* i usunięciu 220 kamieni w pół roku ponownie wystąpiły bóle oraz żółtaczka, chociaż w znacznie mniejszym stopniu, jak przed operacją. Zależać to może od niezbyt dokładnego badania przewodów żółciowych podczas operacji, przeoczenia w nich drobnego kamyka, od zrostów następczych, a także od nawrotu samego cierpienia, a właściwie od ponownego utworzenia się kamieni. Chociaż badanie dróg żółciowych podczas samej operacji w danym razie nie wykazało stwardnień, lub zgrubień bliznowatych, nie jest bynajmniej dowodem, że w przewodach żółciowych nie pozostał drobny kamień, który następnie nie mógł przejść do *duodenum* i sprzyjał powstawaniu napadów. Nie można utrzymywać, aby to były prawdziwe napady, mogły one być w zależności od zrostów, co nawet w danym razie jest prawdopodobniejsze. Najmniej prawdopodobne jest przypuszczenie ponownego utworzenia się kamieni ze względu na niezbyt wielki okres czasu.

W przypadku tym wykonałem *cholecystotomiam idealem* z przebiegiem pooperacyjnym bardzo gładkim, jednak słuszniejszym byłoby w danym razie założenie przetoki żółciowej z sączkowaniem, a nawet zupełne wycięcie woreczka z drenowaniem dróg żółciowych.

Drugie spostrzeżenie, zasługujące na uwagę, dotyczy 36 letniej chorej, u której przed kilkoma laty wykonałem *cholecystotomiam idealem* z wynikiem pomyślnym, gdyż w ciągu 2-ch lat chora nie miała żadnych dolegliwości. Po upływie tego czasu pozostało w pęcherzyku i naokoło niego ropienie, które nawet przeszło na ściany brzucha i doprowadziło do *phlegmone*. Po otworzeniu ogniska ropnego sprawa się szybko zagoiła. Po upływie 1½ roku, a więc w 3½ lat po pierwszej operacji, wystąpiły bóle w okolicy wątroby, żółtaczka, gorączka — wszystkie objawy zakażenia dróg żółciowych. Po kilku miesiącach takiego stanu wykonałem ponowną laparotomię, nie znalazłem ani kamieni, ani zrostów, a drogi żółciowe drożne. Co było przyczyną rozwoju zakażenia? Czy wytworzony nowy kamień przy przejściu do *duodenum* uszkodził przewód i sprzyjał rozwojowi przez to zakażenia, czy też to ostatnie bez kamienia nawet przy szerokich drogach żółciowych samo się rozwinęło, — trudno powiedzieć.

Wykonałem drenowanie pęcherzyka żółciowego i przewodu pęcherzykowego, żółć wylewała się przez sączek w nadmiernej ilości, od 1000 — 1300 grm. na dobę, ale usuwanie takiej ilości zakażonego materiału nie wpłynęło na zmniejszenie zakażenia. Wątpię, aby sączkowanie wprost przewodu wątrobowego w danym razie dało wynik lepszy. Pęcherzyk żółciowy był tu *locus*

minoris resistentiae, przed 4-ma laty ulegał on częstym zapaleniom, po usunięciu kamieni po 2-ch latach był powodem *cholecystitidis et pericholecystitidis*; mógł i tym razem być punktem wyjścia nowej sprawy zapalnej i współdziałać rozszerzeniu się jej na przewody. Z tego też punktu widzenia pomimo małych zmian, jakie były w ścianie pęcherzyka przy pierwszej operacji, jak pokazał przebieg cierpienia, lepiej, racjonalniejby było zastosować wycięcie pęcherzyka z jednoczesnem sączkowaniem przewodów zamiast wykonywania *cholecystotomiae idealis*.

W 4-ch przypadkach kamicy żółciowej wykonałem operacje wobec zakażenia ciężkiego dróg żółciowych. W jednym spostrzeżeniu śmierć nastąpiła na drugi dzień po operacji skutkiem nadmiernego wyniszczenia przez długotrwałą sprawę posocznicową; w 3-ch pozostałych zaś po upływie kilku tygodni. W przypadkach tych otwierałem pęcherzyk i następnie sączkowałem, wprowadzałem dren do przewodu pęcherzykowego. Przyznać jednak muszę, że zabieg mój nie wstrzymywał dalszego rozwoju zakażenia, chorzy ginęli skutkiem szerzenia się sprawy ropnej w przewodach, powstawania ropni rozsianych w wątrobie, oraz nadmiernego wyniszczenia. Przy zakażeniu dróg żółciowych wykonywać należy operację jak najwcześniej, aby o ile możności zapobiegać szerzeniu się sprawy i powstawaniu ropnych ognisk w wątrobie.

Jedno z moich spostrzeżeń przekonało mię, że drenowanie przez pęcherzyk żółciowy zawodzi, — sączek pomimo przysycia do ścian łatwo wysuwa się z przewodu pęcherzykowego, zatyka swoje światło i mało nader odprowadza żółci. Bezspornie racjonalniej wprowadzać dren do przewodu wątrobowego i w tej pozycji o ile możności go umocować.

Na zasadzie własnego doświadczenia uważam, że wobec ropnej sprawy w pęcherzyku należy go wycinać, jeżeli tylko zabieg ten nie naraża chorego na niebezpieczeństwo, i jednocześnie przy mętnej żółci drenować przewód wątrobowy. Spostrzeżenie III jest wymownym dowodem, że przy *empyema vesicae felleae*, po otworzeniu woreczka i założeniu przetoki żółciowej pomimo poprawy w ciągu pierwszych dni, sprawa ropna rozszerzyła się dalej na drogi żółciowe i doprowadziła do ropni w wątrobie. Że w ciężkich przypadkach zakażenia dróg żółciowych odprowadzenie żółci na zewnątrz nawet w całości niezawsze ratuje chorego, widzimy to w spostrzeżeniu 7-ym, w którym przez sączek wyciekało przecięciowo dziennie po 1000 grm. zakażonej żółci, a pomimo to ciepłota nie obniżyła się i chora zmarła po kilku tygodniach.

Przechodzę obecnie do przejrzenia przypadków, operowanych przez chirurgów polskich. Pomieszczam poniżej spostrzeżenia dostępne dla mnie, t. j. ogłoszone w oddzielnych pracach przez samych wykonawców zabiegów lub ich asystentów, albo też komunikowane na Zjazdach lekarskich i posiedzeniach Towarzystw lekarskich. Nie wszystkie jednak, zebrane przeze mnie, przypadki nasze są dostatecznie opracowane; w wielu bardzo razach brak wszelkich szczegółów, dotyczących przebiegu cierpienia, operacji, a nawet wyników.

Autor lub operator.	№	Płeć i wiek.	Objawy ważniejsze.	O p e r a c j a				
				Cholecystotomia idealis.	Cholecystostomia.	Cholecystectomia.	Cholelithotomia.	Cholecystoenterostomia.
JAWDYŃSKI. Przyczynnik do chirurgji dróg żółciowych. Przegląd chirurg. T. I. 1893, str. 9.	7	M. l. 57	Fistulae vesicae felleae. Ból, żółtaczka, od kilku miesięcy wychodziły kamyki.		1			
	8	K. l. 22	Ból, wymioty, 1 1/2 roku guz. Hydrops vesicae.		1 wypuszczono 1/2 litra bezbarwnej cieczy. Kamień w d. cysticus pozostał.			
	9	K. l. 38	Bóle, guz od 8-u lat.		1 wypuszczono 300,0 płynu ropiastego, pomieszanego z żółcią. Usunięto 5 kamieni.			
	10	K. l. 62	Od 10-u lat bóle, guz twardy.			1 zrosty z siecią, kiszka cienką, colon, wątrobą i ścianą brzuszną.		
	11	K. l. 49	Od 15-u lat zaburzenia kiszkowe, od 1/2 roku guz. Hydrops.		1 Wypuszczono 250,0 płynu przezroczy. Wyd. 2 kam.			
	12	K. l. 40	Od 12-u lat kurcze żołądka, przed 5-u laty wymioty, bóle, dreszcze, gorączka. Napady co tydzień, icterus, c. 40°, pęch. wyczuć nie można.		1			

e j a							Z e j ś c i e			U w a g i.
Cysticotomia.	Ligatura ductus cystici.	Otwieranie ropni pochodzenia żółciowego.	Laparotomia próbna.	Cięcie powłok zewnętrznych.	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.			
					1 na zewn. brzegu m. recti abd.					
					na zewnętrznym brzegu m. prostego	1			Żółć 12-go dnia po operacji; kamienia nie usunięto.	
						1 nieznaczna.				
					na linii środkowej.			1 po 3-ch dniach. Peritonitis. Osłabienie serca.	Peritonitis skutkiem wylewania się żółci z ductus hepaticus.	
						1				
					na zewnątrz m. recti abd.	1				

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

239. Wertłowa. Przyczynek do sprawy przechodzenia krętków syfilitycznych od matki do płodu.

Jak wiadomo, zarazek syfilityczny może przejść z rodziców na płód już przy samem poczęciu, kiedy ten zarazek znajduje się w komórce jajowej lub w spermatozoidzie, albo też płód zaraża się podczas rozwoju, przyczem zarazek przedostaje się do niego za pośrednictwem łożyska. Prócz syfilisu takie przechodzenie pasorzytów przez łożysko odbywa się i przy innych chorobach, jak ospa, antraks, szkarlatyna, gruźlica, tyfus brzuszny i t. d.; by przedostać się do płodu, pasorzyt musi przejść przez naczynia krwionośne łożyska, stąd do naczyń płodu i przez pępowinę do wątroby i innych jego narządów.

Przypadek, szczegółowo badany przez autora, dotyczy niedonoszonych trojaczek: jednego chłopczyka zmacerowanego, 2-go, który żył kilka godzin i 3-ej dziewczynki, która żyła dzień; matka po raz pierwszy rodziła 2 lata temu martwe dwojaczki; podczas pierwszej ciąży była dotknięta wysypką plamista, która szybko znikła.

WERTŁOWA badała materiał, wzięty z poprzecznego cięcia pępowiny i z pęcherzy pęcherzycy (*penphigus*) zmacerowanego płodu, a także z płuca, serca, pęcherzy i grudek 2-go dziecka; rozcierała go na szkiełkach i barwiła azur-eożyną, wszędzie znajdowała blade krętki, przyczem najliczniejsze były w sercu i pępowinie. Co się tyczy tkanek, to krętki znaleziono w skrawkach z łożyska i pępowiny, wątroby, serca, płuc, śledziony, skóry, pęcherzy i grudek niemowlęcia, zmarłego zaraz po urodzeniu. Z narządów zmacerowanego płodu znaleziono krętki tylko w skrawkach z serca.

Prócz powyższego przypadku, autorka miała okazję do zbadania, wprawdzie mniej dokładnego, jeszcze kilku innych. Wnioski jej są następujące:

1) Krętki blade znajdują się tak w syfilitycznych tkankach, jak i w narządach dziedzicznie syfilitycznych niemowląt.

2) Krętek może przejść od matki do płodu przez łożysko i pępowinę.

3) Krętki mogą być znajdowane w łożysku, pępowinie, w narządach płodu, i w tym wypadku, kiedy u matki - syfilityczki nie znajdujemy żadnych objawów syfilisu.

(*Ruskij Wracz Nr. 25 1906 r.*)

J. Rosenberg.

240. J. Heller i Lydja Rabinowitsch. Kilka uwag o praktycznym - dajagno- stycznym znaczeniu badania na krętki blade.

HELLER wybierał z praktyki prywatnej i poliklinicznej odpowiedni materiał, który badała LYDJJA RABINOWITSCH, nie znając bliżej ani samego przypadku, ani jego rozpoznania; a więc w ten sposób był zapewniony obiektywizm w badaniu. LYDJJA RABINOWITSCH zbadala najrozmaitsze cierpienia narządów płciowych, rozmaite sprawy syfilityczne, także ropę tryprową, *bubones*, i t. d.

Wyniki badań tych były następujące:

1) W żadnym klinicznie niesyfilitycznym przypadku nie znajdowano krętków białych.

2) Znajdowano pasorzyty syfilityczne w soku sklerozy, łepieży, w plamach (*plaques*) syfilitycznych i t. d.

3) Ujemny wynik badania na krętki nie wyklucza syfilitycznego charakteru cierpienia.

4) Leczenie specyficzne nie wpływało na znikanie pasorzytów.

5) W przypadkach trzeciorzędnych syfilisu nie znajdowano krętków białych.

(*Mediz. Klinik* 1906 r. Nr. 28).

J. Rosenberg.

241. Hoffmann i Beer. Krętki blade w tkance.

Od czasu wynalezienia przez BERTARELLI'ego i VOLPIN'a metody odkrywania krętków białych w skrawkach przy pomocy impregnacji saletranem srebra i udoskonalenia jej przez LEWADITI'ego, wielu autorów wykazało obecność krętków w tkankach najrozmaitszych produktów wrodzonego i nabytego syfilisu. Metoda badania HOFFMANN'a i BEER'a była następująca: 1) preparat trzymano w formalinie [1:9 Ag.] przez 24 godz. lub dłużej, 2) później przez 15 godzin w alkoholu, 3) przenoszono na 15 min. do wody destylowanej, 4) dalej do świeżo przygotowanej mieszaniny z 90 ctm. sz. 1,5%-go roztworu saletranu srebra i 10 ctm. sz. pyrydiny, w której preparat pozostawał przez 3 g. przy ciepłocie pokojowej i przez 3 godz. przy c. 45°—50°, 5) 90 ctm. sz. 4%-go roztworu pyrogallolu mieszamy z 10 ctm. sz. acetonu i do 85 ctm. sz. mieszaniny dodajemy 15 ctm. sz. pyrydiny; w tej mieszaninie trzymamy preparat w ciągu nocy, poczem następuje 6) zatopienie preparatu w parafinie. Autorowie badali według tej metody gruczoł pachwinowy i wykwyty syfilityczne 19-letniej pacjentki, dotkniętej od 6½ miesięcy syfilitycznym obrzmieniem gruczołów, sączącymi lepiężami narządów płciowych, okrągłymi grudekowatymi ogniskami na czole i tułowiu; chora do tej pory się nie leczyła. Przy badaniu gruczołu znajdowano krętki blade w tkance torebek pomiędzy komórkami, bardzo też liczne były pasorzyty w ścianach małych naczyń tkanki limfatycznej, przyczem położenie ich było równoległe lub też prostopadłe do podłużnej osi naczyń, znajdowano również krętki blade w tkance łącznej gruczołu (*in trabeculis*), szczególnie w pobliżu *sinus*, a także w świetle naczyń chłonnych. — W skrawkach z wyciętego wykwiu syfilitycznego na łopacie znaleziono liczne krętki blade w górnych warstwach *cutis*, w brodawkach i w głębszych warstwach *ret. Malpighi*, najliczniejsze były na brzegach nacieczenia, t. j. w miejscach odśrodkowego szerzenia się sprawy chorobowej. Na jednym z preparatów spostrzegano krętek białą, po środku dzielący się na dwie jednakowej długości cienkie nitki, trzykrotnie się krzyżujące: jest to najprawdopodobniej białą krętek w stanie podłużnego dzielenia.

Już w badaniach swoich, podjętych wraz z SCHAUDINN'em nad etiologią syfilisu, HOFFMANN szczególnie uwagę zwrócił na gruczoły chłonne, obfitujące w krętki blade i na znaczenie przekłucia gruczołów dla rozpoznania utajonej postaci syfilisu.

Obecnie mamy więc 3 sposoby rozpoznania wątpliwych przypadków: 1) mikroskopowe badanie soku gruczołów, otrzymanego przy pomocy przekłucia, 2) szczepienie, w powyższy sposób otrzymanego soku, zwierzęciu usposobionemu do przyjęcia zarazka syfilitycznego, 3) wycięcie gruczołu i histologiczne wykazanie krętków białych przy pomocy metody impregnacji saletranem srebra.

(*Deutsche mediz. Woch.* 1905 Nr. 22).

J. Rosenberg.

Wiadomości bieżące.

— 2-4 —

— W Łowiczu d. 14-go b. m. otwarto oddział Towarzystwa Hygienicznego. Zebranie odbyło się w teatrze miejskim. Przemawiali: kol. STANISZAŃSKI, inicjator oddziału, kol. KARLSBAD, kreśląc przyszłe zadania oddziału, kol. JAWORSKI w imieniu Towarzystwa Hygienicznego. Wygłosili odczyty: kol. MĘCZKOWSKI: „o zadaniach higieny społecznej“, kol. BĄCZKIEWICZ: „o higienie w szkole“, kol. JAWORSKI, o zadaniach przyszłego samorządu w sprawie higieny miast. Następnie delegaci z Warszawy zwiedzili szpital, przytułek „Nazaret“, rzeźnię [która kosztowała 34000 rb.] i łaźnię, wybudowaną kosztem 16000 rb.

— Na posiedzeniu Zarządu Stowarzyszenia lekarzy polskich wybrano, na prezesa kol. T. DUNINA, na wiceprezesa kol. H. NUSBAUMA, na sekretarza kol. S. BRONOWSKIEGO, na skarbnika kol. ADAMA PRZYBOROWSKIEGO, na gospodarza lokalu kol. SZUMLAŃSKIEGO.

— Stan Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy w dniu 1-ym października r. b. przedstawia się jak następuje. Członków obecnie jest 148-u. Majątek kasy stanowią: 1) W Banku Handlowym: a) renty państwowej rub. 20000, b) depozytów rub. 700, c) gotowizną rub. 117 kop. 39 i 2) pożyczki: a) zwykle wekslowe rub. 10214, b) za poręczeniem rub. 4719, c) pod zastaw rub. 350, d) na hipotecę rub. 6000; 3) w kasie rub. 280 kop. 68; 4) ruchomości rub. 141 kop. 48; 5) kupon bieżący rub. 67. Razem majątek wynosi rub. 42589 kop. 55.

— Prof. HENRYK JORDAN mianowany został członkiem państwowej Rady zdrowia w Wiedniu.

— Nakładem SCHROEDER'a w Würzburgu zaczął wychodzić *Centralblatt f. die gesammte Tuberculoseliteratur*. Wydawcami są prof. BRAUER, DE LA CAMP i dr SCHROEDER.

— Kursa dla lekarzy w Krakowie odbywać się mają w m. grudniu r. b.

— Na pierwszy rok zapisało się na Wydział lekarski U. J. 140 słuchaczy.

— Z zapomogi kasy im. MIANOWSKIEGO wydane zostało dzieło dra KONRADA GÜNTHER'a, p. t.: Zagadnienia życia, w tłumaczeniu A. KUDELSKIEGO i K. KULWICIA.

— W Domu Wychowawczym przy szpitalu Dzieciątka Jezus wakuje posada lekarza miejscowego. Do posady tej przywiązana jest pensja 350 rb. rocznie, oprócz mieszkania, opału, światła i całodziennego utrzymania. Notatkę niniejszą podajemy po raz drugi ze względu na pomyłkę zecera, która się wkradła w № 40 Gazety [zm. „felczera“ powinno być „lekarza“].

Do bieżącego numeru Gazety dołącza się prospekt o Roboracie.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wł. Gajkiewicz.