

# GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU II W SZPITALU WOLSKIM.

## W sprawie stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych <sup>1)</sup>.

Podał

Kazimierz Rzętkowski,

ordynator oddziału.

Szanowni Panowie.

Rozpoznawanie gruźlicy w okresach wczesnych należy do najbardziej trudnych zadań klinicysty. Trudności nabierają tu specjalnego znaczenia wobec tej okoliczności, że, jak to Szan. Panom wiadomo, gruźlica jest tem łatwiej na ogół wyleczalną, im wcześniej zostaje rozpoznana. To też nie dziwnego, że wobec trudności rozpoznawczych i wobec odpowiedzialności, jaka w tych razach ciąży na każdym z nas, radośnie witamy ogłaszanie tych metod, które obiecują umożliwić nam wczesne rozpoznawanie gruźlicy.

Poniżej pragnę zastanowić się wyłącznie nad temi metodami rozpoznawania gruźlicy, które związane są ze stosowaniem tuberkuliny, zwłaszcza zaś nad ogłoszoną w ostatnich czasach metodą CALMETTE'a, która pod względem łatwości wykonania, nieszkodliwości dla chorych i niedwuznaczności w rozpoznawaniu zdaje się mieć dużą przyszłość. Zanim jednak przejdę do

<sup>1)</sup> Odczyt w Tow. Lekarskiem Warsz. d. 17. IX. r. b.

omawiania tej metody, chcę wspomnieć pobieżnie o dwu innych, również polegających na stosowaniu tuberkuliny, które wyprzedziły co do czasu metodę CALMETTE'a. Mam tu na myśli podskórne stosowanie tuberkuliny oraz naskórne szczepienie tuberkuliny metodą PIRQUET'a.

Podskórne stosowanie tuberkuliny w celach rozpoznawczych ma swoich zwolenników i swych przeciwników. Metoda ta, jak wiadomo, polega na tem, że u chorych na gruźlicę w kilka godzin po zastrzyknięciu podskórnem niewielkiej dawki tuberkuliny [około miligramu] podnosi się temperatura; tego wzniesienia temperatury niema u ludzi zdrowych. Ta metoda, oczywiście, może być stosowana tylko u ludzi niegorączkujących, i to stanowi bardzo ujemną jej stronę, jako metody rozpoznawczej, albowiem niesłychanie rzadkie są te przypadki gruźlicy nawet początkowej, w których przy sumiennem i częstem w różnych porach dnia mierzeniu ciepłoty przez czas dłuższy, nie udałoby się schwytać mniejszego lub większego podskoku gorączki. Jeżeli przeto chodzi o gruźlicę płuc, nie zaś o gruźlicę powierzchowną skóry lub owrzodzenie gruźlicze na języku i t. p., które przebiegają bez gorączki, to okoliczność powyższa stanowi bardzo ważny szkopuł w praktyce stosowania podskórnego tuberkuliny w celach rozpoznawczych.

W każdym razie nawet u chorych pozornie niegorączkujących zastrzykiwanie tuberkuliny wymaga dłuższej i sumiennej obserwacji zarówno przed, jak i po zabiegu, co bądź co bądź utrudnia i wikła samą metodę, zwłaszcza w praktyce prywatnej lub ambulatoryjnej, t. j. w tej właśnie praktyce, która stanowi wyłącznie prawie meteryał w tym kierunku, bo przecież chorzy na gruźlicę w okresach początkowych w szpitalach stanowią prawdziwą rzadkość.

A dalej, o ile mnie obserwacje własne pouczają, nie podobna ustalić dawki tuberkuliny, jaka ma być w danym przypadku stosowana. Chodzi bowiem z wielu względów oczywiście o dawkę minimalną. Tymczasem, o ile się zdaje, nieledwie każdy chory ma swoją dawkę indywidualną, poniżej której nie reaguje, powyżej zaś reaguje silnie i, jak chcą niektórzy poważni fizyologowie, nie bez szkody dla siebie. Bądź co bądź pod wpływem tuberkuliny, zwłaszcza w dawce przewyższającej owo *optimum* indywidualne, występuje rozległe nieraz nacieczenie wokoło ognisk gruźliczych wraz z uruchomieniem protein toksycznych. Jest to obostrzenie procesu ze wszelkimi jego następstwami, bo z gorączką, z roz biciem ogólnem, z pogorszeniem objawów miejscowych. Metoda rozpoznawcza, która pociąga za sobą takie konsekwencye, nie może bądź co bądź liczyć na rozpowszechnienie szerokie. I jakkolwiek ja sam w kilkunastu przypadkach, w których tę metodę stosowałem, podobnych następstw poważniejszych szczęśliwie uniknąłem, to jednak wypada nam liczyć się ze zdaniem, brzmiącym nie tak pomyślnie z wielu i bardzo godnych zaufania ust.

Sama procedura zastrzykiwania wogóle może u suchotników podnosić temperaturę, a nawet wywołać „*une flexion péri-tuberculeuse*”, jak to wiemy z badań w tym kierunku zwłaszcza autorów francuskich [HUTINEL i HULOT—

zastrzykiwanie wody słonej i morskiej oraz MAX MATHES — zastrzykiwanie roztworów albumoz i peptonów <sup>1)</sup>). Okoliczność ta w każdym razie zmniejsza specyficzność tuberkuliny, stosowanej podskórnie w celach rozpoznawczych.

Wreszcie, jak wiadomo, na tuberkulinę, zastrzykniętą podskórnie, reaguje cały szereg ludzi klinicznie nietuberkulików. Wobec cyfr NAEGLI'ego, które stwierdzają, że 97—100% ludzi dorosłych posiada zmiany gruczołowe, wobec potwierdzających poniekąd te dane doświadczeń z aglutynacją laseczników gruczołowych metodą ARLOING'a i COURMONT'a, musimy przeto uznać, że metoda podskórnego zastrzykiwania tuberkuliny, klinicznie jest zbyt czułą dla celów rozpoznawczych, t. j. wykrywa gruźlicę tam, gdzie klinicznie ona nie istnieje. Że w tych warunkach może nas ona wprowadzić w błąd, o tem niema potrzeby rozwodzić się tutaj szeroko. Pod tym względem, jak to wkrótce zobaczymy — stoi ona na równi z metodą naskórną v. PIRQUET'a.

Powyższe złe strony omawianej metody odczuwano od dawna, to też starano się zmodyfikować ją. W r. 1905 na kongresie przeciwgruźliczym MOELLER, LOEWENSTEIN i OSTROWSKI, podali modyfikację starej metody KOCH'a, polegającą na zastrzykiwaniu chorym kilkakrotnie małych dawek tuberkuliny. Jeżeli zdrowemu człowiekowi będziemy zastrzykiwać małe dawki [ $\frac{1}{5}$  mgrm.] tuberkuliny, to da on odczyn gorączkowy mniej więcej po 7—8 dawce. Chory zazwyczaj reaguje już na 1—2, rzadziej 3—4 zastrzyknięcie. Innemi słowy, im później dany osobnik da odczyn gorączkowy na zastrzykiwanie małych dawek tuberkuliny, tem jest prawdopodobniejsze, że nie choruje on na gruźlicę. Metoda ta ma oczywiście wszystkie złe strony starej metody; jest ona tak samo kłopotliwa, jeśli nie kłopotliwsza; stosowanie jej ogranicza się tylko do chorych niegorączkujących i t. p.; pod jednym atoli względem przewyższa ona metodę starą, pod tym mianowicie, że jest nieszkodliwa dla chorych, ponieważ operuje dawkami bardzo małemi:  $\frac{1}{5}$ , a nawet  $\frac{1}{10}$  mgrm. Ja osobiście nie mam pod względem tej metody żadnego doświadczenia, ponieważ jej nigdy nie stosowałem. Francuski autor CLAISSE <sup>2)</sup> odzywa się o niej bardzo pochlebnie.

W maju r. b. współpracownik ESCHERICH'a PIRQUET ogłosił nową metodę stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych, polegającą na szczepieniu tuberkuliny naskórnem na podobieństwo limfy ospowej. PIRQUET używa starej tuberkuliny KOCH'a w następującej kombinacji:

Tuberkuliny . . . . .	1
5% roztworu fenolu w glicerynie	1
Fizyologicznego roztworu soli	2.

1) Porówn. Comptes Rend. de Soc. des Hopit. 1907, Nr. 23, str. 693.

2) Patrz Bullet de la Soc. des Hopit. 1907, Nr. 23 str. 689.

Niewielkie ilości tej mieszaniny P. przechowuje w rurkach szklanych tak, jak limfę ospową. Na wymytej skórze ramienia lub przedniej powierzchni biodra robi 8 nacięcia, jak przy szczepieniu ospy; na 2 z nich puszcza po kropli tuberkuliny, lub też 2 z nich robi poprzez kroplę tuberkuliny, trzecie zaś pozostawia dla kontroli. Po paru godzinach występuje reakcja, polegająca na zaczerwienieniu i nacieczeniu, nieraz zaś na wygórowaniu wokoło ranki z powstawaniem pęcherzyków; u zdrowych nacięcie pokrywa się cienkim strupkiem i goi się szybko. Przy tem PIRQUET nie obserwował ani podwyższenia ciepłoty, ani też żadnych objawów ze strony gruczołów limfatycznych. Jest to w całym tego słowa znaczeniu odczyn miejscowy w przeciwieństwie do podskórnego zastrzykiwania tuberkuliny, które wywołuje odczyn ogólny. Początkowo ogłoszone wyniki badań samego PIRQUET'a stwierdzają, że u dzieci przed pół rokiem odczyn nie występuje. Natomiast powyżej tego wieku odczyn występuje u 16% zdrowych i u 88% chorych na gruźlicę dzieci<sup>1)</sup>; odczyn nie występuje u chorych charłacznych z dużymi zmianami. Co się tyczy dorosłych, to odczyn nie może tu być stosowany, ponieważ prawie każdy dorosły człowiek daje odczyn PIRQUET'a. Z powyższego widzimy, że sam PIRQUET nie przypisuje mu zbyt wielkiego znaczenia praktyczno-rozpoznawczego. Ogłaszane w tej mierze dotychczas opinie, przeważnie klinicystów francuskich, na ogół potwierdzają ten pogląd. Tak SICARD (*Soc. de Biol.* d. 14. VI. 1907) na zasadzie 27 doświadczeń podaje, że suchotnicy początkujący bardzo wyraźnie reagują na szczepienie, chociaż nie wszyscy. Natomiast chorzy z b. posuniętą sprawą zazwyczaj nie reagują lub reagują słabo. Z pośród zdrowych SICARD otrzymał odczyn u  $\frac{1}{3}$  wszystkich badanych przypadków i to nieraz bardzo piękny. Odczyn pojawia się najczęściej po 20—24 godzinach, nieraz jednak dopiero na 2-gi lub 3-ci dzień, trwa 3—4 dni lub dłużej [do 10—12] poczem owrzodzenie goi się. Żadnych powikłań przy tem nie widziano. Autor używał tuberkuliny czystej, francuskiej [z instytutu PASTEUR'a]. DUTOUR (*Soc. Méd. des Hop.* 21. VI. 1907) potwierdza wyniki powyższe, wypowiadając przekonanie, że odczyn PIRQUET'a może mieć pewne znaczenie wyłącznie u ssawców lub bardzo małych dzieci i na ogół wcale nie jest tą metodą, przy której pomocy moglibyśmy rozpoznawać gruźlicę wcześniej i pewnie. To samo twierdzi SOUQUES (*ibid.*). BURNET (*Soc. de Biol.* 22. VI. 07) otrzymał bardzo wyraźny odczyn PIRQUET'a na sobie samym, chociaż, jak sam stwierdza, nigdy nie zdradzał najmniejszych objawów gruźlicy.

Z powyższego widzimy, że odczyn PIRQUET'a, będąc z punktu widzenia teoretycznego zjawiskiem niezmiernie ciekawem i bez wątpienia nader obiecującym, dziś jeszcze żadnego praktycznego znaczenia w klinice nie ma. Jest on odczynem zbyt czułym i przeto wykrywa gruźlicę tam, gdzie właściwie nie ma jej klinicznie. To też można z pewnością twierdzić, że odczyn Pir-

<sup>1)</sup> Porówn. Korespondencya z Wiednia A. Popowęj. Wraez Nr. 29, 1012, 1907.

QUET'a nie jest tem, czegośmy oczekiwali i co nam do rozpoznania wczesnych okresów gruźlicy klinicznej byłoby pomocnem.

Na wiosnę roku bieżącego badacz francuski CALMETTE [z Lille] w Akademii Paryskiej Nauk ogłosił nową metodę zastosowania tuberkuliny w celach rozpoznawania gruźlicy, mianowicie też metodę t. zw. odczynu ocznego (*l'ophtalmoreaction*).

CALMETTE rozpuszcza w wodzie destylowanej tuberkulinę suchą lub wyskokowy siątk tuberkuliny [w stosunku 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>] i kroplę tego roztworu zapuszcza do oka chorych na gruźlicę i zdrowych. U chorych, po upływie 5—6 godzin po wpuszczeniu do worka łącznicowego roztworu tuberkuliny, łącznica staje się bardziej zaczerwienioną, puchnie i zaczyna wydzielać niewielką wypocinę; te objawy wzmagają się przez 24 godziny, poczem słabną i wreszcie giną, nie pozostawiając żadnego śladu i nie powodując gorączki. Pierwotny komunikat CALMETTE'a opiera się na 25 przypadkach [dorosłych i dzieci] z których 16 dotyczyło suchotników: wszyscy dawali odczyn powyższy mniej lub więcej wyraźnie. Z 9-u zdrowych CALMETTE u żadnego nie mógł zauważyć nic podobnego.

Wszyscy autorowie, którzy sprawdzali dotychczas metodę CALMETTE'a odzywają się o niej bardzo pochlebnie. Tak COMBY <sup>1)</sup>, który stosował metodę CALMETTE'a u dzieci, stwierdza najzupełniej jej użyteczność wysoką, mówiąc w konkluzji komunikatu swego: „*l'ophtalmo-reaction me parait être un procédé absolument sûr de dépistage de la tuberculose*”. Co się tyczy szczegółów odczynu, to według COMBY'ego występuje on dopiero w 7—8 godzin po wkropleniu i dosięga swego *maximum* po 24-ch godzinach, trwając w niektórych razach do 8-u dni, COMBY'ego używa 1/2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ego roztworu tuberkuliny, a to w celu uniknięcia zbyt mocnych, połączonych z ropiastą wydzieliną stanów podrażnienia łącznicy.

LETULLE <sup>2)</sup>, operując na dorosłych [75-u chorych na gruźlicę, 50 niegruźliczych] na ogół bardzo pochlebnie wyraża się o oftalmoreakcyi, notując, że w niektórych przypadkach występuje ona dosyć późno [w 12—18 godzin po wkropleniu].

Zachęcony powyższemi danemi, zacząłem w końcu lipca r. b. stosować na moim oddziale metodę CALMETTE'a. Skutkiem remontu oddziału i konieczności wyjazdu za granicę, musiałem na czas jakiś przerwać me badania, skutkiem czego liczba przypadków, w jakich odczyn stosowałem, jest bardzo niewielka. Dlatego też najzupełniej nie mam tu zamiaru wydawać mej opinii o tem, czy metoda CALMETTE'a jest bezwzględnie pewną metodą pomocniczorozpoznawczą. Na to pytanie będziemy mogli odpowiedzieć dopiero po sprawdzeniu jej nie na dziesiątkach, jak dotychczas, lecz na tysiącach przypadków najrozmaitszych, nie tylko *in vivo*, lecz i na autopsjach. I jeżeli

<sup>1)</sup> Bullet. de la soc. Medic. des Hopit. 1907, Nr. 26.

<sup>2)</sup> Ibid. 1907, Nr. 23.

wogóle ośmielałam się tu mówić o odczynie CALMETT'a, to chodzi mi raczej o spopularyzowanie tej metody, niż o wydanie o niej opinii ostatecznej.

Stosowałam zrazu 1% roztwór tuberkuliny w wodzie fizyologicznej, przygotowany na moją prośbę w aptece p. GESSNERA i znajdujący się w handlu w ampułkach. Po odłamaniu końca ampułki, przez igłę nabierałam do strzykawki PRAVAZ'a nieco roztworu, zdejmowałam igłę i ze szpryki puszczałam do jednego oka badanych chorych kilka kropel zawartości; zazwyczaj w ten sposób nieco roztworu tuberkuliny wylewa się z worka łącznicowego, tak, że właściwie trudno oznaczyć, ile kropli roztworu w nim pozostaje. Obecnie stosuję roztwór 2%-y tuberkuliny, wyprowadzając zeń w sposób powyższy 1-3 kropel. Procedura wkraplania jest bardzo łatwa, i chyba tylko w praktyce dziecięcej stać się może nieco kłopotliwszą. Odczyn zazwyczaj występuje po upływie 6—8 godzin po wkropleniu. Chorzy skarżą się zrazu na na szczypanie w oku, tak, jakby w oku „był piasek“ oraz na łzawienie. Po upływie 24-ch godzin odczyn jest już mniej lub więcej wyraźny. Szpara oczna jest nieco zmniejszona, oko staje się nieco błyszczącym, a łącznica powiek przekrwioną i zaczerwienioną. Zwłaszcza daje się to widzieć w kącie oka wewnętrznym, na mięsku prawem, które bywa wyraźnie nabrzmięte w porównaniu ze stroną przeciwną, dalej zachodzi na białkówkę i bywa pokryte surowiczo-włóknikową wypociną. Oko przytem łzawi, w kątach powieki zbiera się wypocina, i osobniki badane odczuwają wciąż palenie, tak, jak to bywa przy zajęciu łącznicy podczas kataru nosa. Po upływie 24 ch godzin, odczyn zaczyna zwykle słabnąć i po 48-u godzinach w znacznej większości przypadków cała sprawa ginie. Atoli w niektórych przypadkach odczyn bywa bardzo spóźniony. Tak np. u jednej z moich chorych [surowicze zapalenie opłucnej, zmiany w płucach niewyraźne, laseczników w skąpej płwocinie niema, wzór cytologiczny wysięku wybitnie limfocytowy] odczyn wystąpił dopiero na 3 dzień i pomimo to był wybitny, a na 4-y dzień zniknął. Odczyn CALMETTE'a stosowałam dotychczas w 12-u przypadkach gruźlicy mniej lub więcej jawnej oraz w 4-ch przypadkach nie gruźlicy [dur bizusny, angina, gościec]. We wszystkich przypadkach gruźlicy odczyn był mniej lub więcej wyraźny; chore niegruźlicze odczynu nie dawały. Sam odczyn, o ile to dotychczas sądzić mogę, chorzy znoszą wybornie, oko poddane wkropleniu powraca najzupełniej do normy, i podrażnienie jego przemija bez śladu najmniejszego. Jest on bezwzględnie nieszkodliwy, chociaż należałoby w każdym razie badać oko podrażnione i wziernikiem, o czym w literaturze dotychczasowej żadnej wzmianki nie znalazłem. Przeciwwskazaniem do stosowania odczynu jest istniejące już u chorych podrażnienie łącznicy [katar, zapalenie]. W tych razach nie podobna zauważyć ani początku odczynu, ani też porównawczo stwierdzić jego istnienia. Można tylko sądzić o wystąpieniu odczynu po zmniejszeniu się odnośnej szpary ocznej i po większem nasunięciu się łącznicy na gałkę oczną w kącie powiekowym wewnętrznym w okolicy mięska łzawego.

Oto wszystko, co chciałem Szanownym Panom zakomunikować o odczynie ocznym CALMETTE'a. Prace w tym kierunku prowadzone są na moim

oliział w dalszym ciągu, i o wyniku ich nie omieszka u zikominikować Szanownym Panom w swoim czasie.

Tu chciałbym tylko poruszyć jeszcze sprawę teoryi odczynu CALMETTE'a. Co jest jego istotą, jaki jest jego mechanizm? Zaznaczyć muszę, że na te pytania odpowiedzieć dzisiaj nic pewnego nie podobna. Ważną jest ta okoliczność, że podobny odczyn stwierdził CHANTEMESSE z toksyną durową u chorych na dur brzuszny. Z tego zdawałoby się wynikać ogólne prawo, że toksyny z zewnątrz w ustroju zatrutym toksynami homologicznymi są w stanie sprowadzić „podrażnienie”, czy też, jak kto chce — stan zapalny tych błon śluzowych, na jakie zostaną zaaplikowane. Że pod tym względem błona śluzowa oka jest nader czuła, na to zdaje się wskazuje zjawisko zapalenia łącznicy oka w odrze, gdzie działają tylko toksyny odrowe „endogen”. Niechęć i nie mogę wypowiadać tu żadnych hipotez. Wydaje mi się jednak najprawdopodobniejsze, że chodzi tu o lokalne wzmoczenie ilości, t. j. stężenia toksyny, co w rezultacie sprowadza podrażnienie miejscowe. Sądzę, że może do lepszego wyjaśnienia istoty omawianego zjawiska przyczynić się będą mogły odnośne badania, stosowane w sprawach wyleczalnych, takich jak np. dur brzuszny. Znikanie odczynu w tych sprawach po ich przeminięciu przemawiałoby na korzyść wypowiedzianego tu mego poglądu na istotę odczynu ocznego.

To pewna, że odkrycie tego odczynu otwiera przed nami drogę do nowych, bardzo interesujących i nader wdzięcznych badań.

Warszawa w Sierpniu 1907 roku.

---

II. Z ODDZIAŁU DRA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA  
W WARSZAWIE.

---

## W sprawie odczynu ocznego Calmette'a u gruźliczych.

Podał

B. Dębiński.

Odczyt, wygłoszony w Warsz. Towarzystwie Lekarskim dnia 5-go listopada 1907 r.

---

Pomimo wydoskonalenia metody fizycznego badania w ciągu kilku ostatnich dziesiątków lat, pomimo odkrycia wielu metod biologicznych, przyczy-

niających się [do rozpoznawania gruźlicy [wykrywanie laseczników Koch'a w płwocinie, serodyagnostyka, odczyn termiczny po wstrzyknięciu podskórnym tuberkuliny], wciąż daje się jeszcze odczuwać niedostateczność tych metod, szczególnie, gdy chodzi o postaci ukryte lub okresy początkowe tej choroby.

Dlatego też każda nowa metoda, ułatwiająca rozpoznanie gruźlicy, budzi niezwykle zainteresowanie. Takie żywe zajęcie wzbudził w ostatnich czasach t. zw. odczyn oczny CALMETTE'a.

Właściwie WOLFF<sup>1)</sup> z Berlina spostrzegł pierwszy, że tuberkulina, wstrzyknięta do oka bydłęcia, wywołuje swoiste zapalenie łącznicy. CALMETTE (1) zastosował odczyn ten u człowieka. By wykluczyć drażniące własności gliceryny, używał on tuberkuliny suchej, otrzymanej przez strącenie 95% spirytusem. Tuberkulinę tę rozpuszczał w wodzie destylowanej w stosunku 1:100 i zapuszczał do oka jedną kroplę.

Doświadczenie CALMETTE'a wykazało, że u tych chorych, gdzie klinicznie rozpoznawano gruźlicę, w ciągu 3-ch do 5-u godzin po wpuszczeniu do oka tuberkuliny występowało zaczerwienienie łącznicy, łzawienie, a później nawet zapalenie włóknikowe. *Maximum* odczynu przypada na 6 do 10-u godzin po wpuszczeniu tuberkuliny. U dzieci po 10-u, u dorosłych zaś po 24—36-u godzinach zapalenie zmniejsza się, aż wreszcie znika. 15 osób, u których klinicznie rozpoznano gruźlicę, dały odczyn oczny dodatni, 9 klinicznie niegruźliczych — odczyn ujemny. W jednym przypadku, gdzie było lekkie zapalenie oskrzeli i powiększenie gruczołów, odczyn oczny był dodatni.

HENRYK DUFOUR i BRUSLE (2) skonstatowali, że z 13-u dzieci, u których odczyn wypadł dodatnio, 12 było napewno gruźliczych, jedno — wątpliwe. Z 17-u dzieci z odczynem ujemnym, jedno miało gruźlicę płuc bardzo posuniętą, u innego były podejrzane objawy szczytowe, reszta zaś klinicznie gruźlicy nie miała.

COMBY (3) wypróbował odczyn oczny u 16-u dzieci. Z tych u 8-u odczyn był dodatni, u 8-u zaś ujemny. Z tych ostatnich u 2-u brak gruźlicy był skontrolowany przy badaniu pośmiertnym. Odczyn występował po 6—8-u godzinach, po 24-ch dosięgł *maximum*, przez 2—3 dni utrzymywał się na wysokości, by po 7—8-u dniach zniknąć zupełnie. W dwu przypadkach C. otrzymał odczyn bardzo silny, tak, iż postanowił używać w przyszłości rozczynu  $\frac{1}{2}$ %-ego.

Drugie doświadczenie COMBY'ego (4) dotyczyło 54 dzieci, z których 23 reagowało ujemnie, reszta zaś dodatnio. Z tych ostatnich u dwu badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie. C. wyprowadza wniosek, że połowa dzieci w szpitalach paryskich jest dotknięta gruźlicą. Niestety, autor nie przytacza dowodów na to, że dzieci z odczynem ocznym dodatnim były klinicznie

---

<sup>1)</sup> WOLFF. Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 15. V. 1907. Bericht in der Berl. klin. Woch. 1907. Nr 22.



gruźlicze, wskutek czego doświadczenia jego tracą na wartości. LÉTULLÉ, wypróbował metodę CALMETTE'a na 75-u chorych na gruźlicę i 50-u niegruźliczych, wydaje o niej sąd dodatni.

OLMER i MARCELI FERRAND (5) na 10-u chorych z niewątpliwą gruźlicą płuc, stawów lub kości otrzymał odczyn dodatni u 9-u chorych; u jednego zaś ujemny. Odczynu ocznego u niegruźliczych autorowie ci nie próbowali.

MARCELI FERRAND i JULIUSZ LEMAIRE (6) porównywali odczyn oczny ze skórnym i z odczynem termicznym po wstrzyknięciu tuberkuliny pod skórę.

Na 46 przypadków u dzieci, gdzie odczyn skórny był ujemny, odczyn oczny dokonano 17 razy, w czym 13 razy ze skutkiem ujemnym i 4 razy z dodatnim.

Na 54 przypadki, gdzie odczyn skórny był dodatni, odczyn oczny dokonano 32 razy, z czego ze skutkiem dodatnim 16 razy i tyleż razy ze skutkiem ujemnym.

Wreszcie wszystkie trzy próby uczyniono w 32 przypadkach. W 20-u przypadkach wszystkie 3 próby były zgodne, ujemne lub dodatnie, w 11-u zaś przypadkach odczyn skórnym i termiczny były zgodne, odczyn zaś oczny dał wyniki odmienne. Autorowie przypuszczają, iż odczyn oczny czasem zawodzi dlatego, iż dzieci podczas wstrzykiwania silnie zmrężają powieki i kropla nie dochodzi do łącznicy.

MANTOUX (7) dokonał próby ocznej u 200 dzieci zdrowych, przyczem odczyn oczny dodatni otrzymał tylko w 8%. Ponieważ gruźlica ukryta, jak wiadomo z sekcji, wynosi daleko wyższą odsetkę, więc autor sądzi, że odczyn oczny nie wykrywa wszystkich przypadków gruźlicy ukrytej.

RZĘTKOWSKI (8) stosował odczyn oczny w 12-u przypadkach gruźlicy mniej lub więcej jawnej oraz w 4-ch przypadkach niegruźlicy [dur brzuszny, angina, gościec]. We wszystkich przypadkach gruźlicy odczyn był mniej lub więcej wyraźny, gdy chore niegruźlicze odczynu nie dawały<sup>1)</sup>.

Jak widzimy z przeglądu piśmiennictwa, próby z odczynem ocznym nie dały wyników zupełnie zgodnych. Ponieważ odczyn oczny ze względu na swą prostotę stanowiłby istotny postęp w rozpoznawaniu gruźlicy, gdyby twierdzenie CALMETTE'a, że we wszystkich przypadkach gruźlicy odczyn oczny jest dodatnim, gdy u niegruźliczych ujemnym, okazało się ścisłym, postanowiliśmy przeprowadzić badania pod tym względem na oddziale dra SOKOŁOWSKIEGO.

Początkowo próbowaliśmy tuberkuliny zwykłej<sup>2)</sup>, rozpuszczonej w wodzie wyjałowionej w stosunku 1:100. Okazało się jednak, że zapuszczenie tego preparatu po jednej kropli do oka 5-u suchotnikom nie dało żadnego odczynu. Wobec tego sprowadziliśmy oryginalną tuberkulinę CALMETTE'a z In-

<sup>1)</sup> JOANNOVIES i KAPSAMMER, badając odczyn oczny i skórnym u świnek morskich gruźliczych, dochodzą do wniosku, że żadna z tych metod nie jest w stanie wykryć gruźlicy u tych zwierząt. (Berl. klin. Wochenschr. 1907. Nr. 45).

<sup>2)</sup> Przygotowywanej w aptece GESSNERA.

stytutu PASTEUR'a w Lille. Tuberkulinę tę otrzymaliśmy w stanie suchym, w rurkach, zawierających po 5 miligramów proszku. Do każdej rurki dodaje się 10 kropel wody wyjałowionej i zapuszcza się do oka po jednej kropli na dolną łącznicę w pobliżu kąta wewnętrznego.

Do doświadczeń naszych wybraliśmy 3 kategorie chorych: 1) chorzy z gruźlicą płuc rozpadową, 2) chorzy ze zmianami szczytowymi w okresie zgęszczenia i 3) chorzy z cierpieniami natury niegruźliczej.

I. 8-u chorych mężczyźni w wieku od lat 21 do 35-u, dotkniętych gruźlicą płuc w okresie rozpadu, z lasecznikami Koch'a w płwocinie. U 6-u z nich temperatura waha się pomiędzy 37°—38°, u 7-go 38°—39°, u 8-go stan bezgorączkowy. Stan ogólny u 6-u względnie dobry, u 2 zaś zły.

U wszystkich tych chorych otrzymaliśmy odczyn oczny typowy. W 4 do 5-u godzin po zapuszczeniu do oka tuberkuliny, dolna łącznica zaczerwienia się, sklera pokrywa się czerwonymi żyłkami, chorzy zaczynają odczuwać lekkie klucie, połączone ze łzawieniem oka. Pomiedzy 10-tą a 24-ą godziną jest *maximum* odczynu. Oko jest wtedy przymrużone, powieki nieco obrzęknięte, łącznica i białkówka zaczerwione, w kącie wewnętrznym zbiera się trochę ropy. Natężenie odczynu nie u wszystkich chorych było jednakowe. Najbardziej odczyn wystąpił u chorego ze stanem ogólnym dobrym i bezgorączkowym, zauważyliśmy u niego nawet lekki wysięk włóknikowy. Chory ten był demonstrowany w Tow. Lek. d. 15-go paździer. r. b. U innych natężenie odczynu było nieco słabsze. Przez 2—3 dni zapalenie łącznicy utrzymywało się w jednakowym stanie, poczem zaczynało się zmniejszać, a po 7—8 dniach znikало bez śladu i bez żadnych ujemnych skutków dla chorego.

II. Do drugiej kategorii zaliczamy 5-u chorych ze zgęszczeniem gruźliczym u szczytów, bez zmian rozpadowych i bez laseczników w płwocinie. U 3-ch z nich odczyn oczny był dodatni; są to chorzy: № 9—*condensatio in apice pulmonis dextri*; № 10—*condensatio in apice pulmonis dextri et pleuritis exsudativa dextra* [wysięk surowiczy, limfocytoza]; № 11—*bronchitis chron. et induratio in pulm. dextro*.

U dwu pozostałych jednak, pomimo, iż cały przebieg kliniczny wskazuje na gruźlicę, odczyn oczny wypadł ujemnie.

Oto krótka historia tych dwu chorych.

№ 12. J. K., lat 40. Od dwu miesięcy kaszel flegmisty, bywało *hemoptoe*. Stan gorączkowy [37°—39°]. U prawego szczytu wydech mocno wydłużony, pod prawą łopatką drżenie klatki i oddech osłabione, wyraźne tarcie, szczególnie ku przodowi. Laseczników Koch'a w płwocinie nie znaleziono. Odczyn ujemny.

№ 13. L. D., lat 36. Od dłuższego czasu kaszel flegmisty, bywało obfite *hemoptoe*. Stan gorączkowy 37,5°—39,0°. U prawego szczytu wdech zaostroszony, wydech wydłużony. Laseczników Koch'a w płwocinie niema. Odczyn oczny ujemny.

III. Do trzeciej kategorii wreszcie zaliczamy 6-u chorych, u których klinicznie gruźlicę nie rozpoznano.

U 3-ch z nich [№ 14—*aneurysma aortae*, № 15—*haematomyelia traumatica*, № 16—*arteriosclerosis. insufficientia cordis*] odczyn oczny wypadł ujemnie. U trzech pozostałych jednak wystąpił typowy odczyn oczny, pomimo iż klinicznie nie było żadnych danych, przemawiających za gruźlicą.

Przytaczamy krótką historię tych chorych.

№ 17. Ch., lat 27. *Nervositas, atonia intestin. status afebrilis*. W narządach zmian nie wykryto. Odczyn oczny typowy.

№ 18. Ł., lat 80. *Fractura colli femoris. Arteriosclerosis*. W narządach zmian nie wykryto. Odczyn oczny bardzo typowy.

№ 19. S., lat 60. *Intoxicatio saturnina. Arteriosclerosis*. Skleroz<sup>4</sup> wszystkich narządów. Wątroba i śledziona bardzo powiększone i twarde. W sercu szmer systoliczny u aorty; w moczu ślady białka. Odczyn oczny bardzo mocny. Cała łącznica i białkówka przekrwione, barwy ciemno-czerwonej, powieki obrzmiałe. Objawy subiektywne nieznaczne [lekkie kłucie i łzawienie]. Odczyn trwa wyjątkowo długo. Dzisiaj minęło już dwa tygodnie od czasu wpuśczenia tuberkuliny, a zapalenie łącznicy jeszcze się nie skończyło. Chorego tego przedstawialiśmy drowi KAMOCKIEMU.

Reasumując to, cośmy wyżej powiedzieli, widzimy, że z 8-u chorych z gruźlicą płuc rozpadową [lasecz. KOCH'a w płwocinie] odczyn był typowy u wszystkich, z 5-u chorych ze zgęszczeniem gruźliczym szczytów, klinicznie nie ulegającym żadnej wątpliwości [lecz bez lasecz. w płwocinie], u 3-ch odczyn oczny był dodatni, u 2-u zaś ujemny, wreszcie z 6-u chorych, gdzie klinicznie nie wykryto żadnych zmian gruźliczych, u 3-ch odczynu ocznego nie było, u 3-ch pozostałych jednak wystąpił odczyn bardzo silny i charakterystyczny.

Nasuwa się pytanie, czy z badań naszych można wyciągnąć wniosek, że odczyn CALMETTE'a nie jest swoistym, nie wywołując zawsze zapalenia łącznicy u gruźliczych lub też wywołując je niekiedy u niegruźliczych. Zdaniem naszym byłby to wniosek przedczesny. Tylko przypadki, w których będzie dokonana autopsya, będą w stanie kwestyę tę wyświecić. Możliwym jest bowiem, że tam, gdzie klinicznie rozpoznanie gruźlicy zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, autopsya wykryje co innego i naodwrot w tych przypadkach, gdzie klinika nie wykazuje żadnych zmian gruźliczych, autopsya wykryje jakieś głębokie ogniska.

---

## L I T E R A T U R A.

---

1) A. CALMETTE. Sur un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme par l'ophtalmoréaction. Acad. de sc. 17. VI. 1907.

2) HENRI DUFOUR et BRUSLE. Ophtalmoréaction à la tuberculine chez les enfants. Soc. méd. des hôpit. 19. VIII. 1907.

- 3) COMBY. Ophthlmo-réaction tuberculeuse chez les enfants. Soc. méd. des hôpit. 19 VII. 1907.
- 4) COMBY. Oculo-réaction à la tuberculine chez les enfants. Soc. méd. des hôpit. 19. VII. 1907.
- 5) OLSNER et MARCEL FERRAND. Presse Médicale 18 sept. 1907.
- 6) MARCEL FERRAND et JULES LEMAIRE. Presse Médicale, 28 sept. 1907.
- 7) MANTOUX. Congrès de méd. de Paris. 1907. Presse Médicale Nr. 85. 1907.
- 8) RZĘTKOWSKI. Odczyt w Warsz. Tow. Lek. d. 17 września 1907 r.
- 9) LETULLE. Bull. de la Soc. méd. des hôpit. Nr. 25. 1907.

### III. Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu

(*Monstra duplicia*).

Podał

Fr. Neugebauer.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 45].

Wogóle przy *dicephalia* poród będzie tem łatwiejszy, im niżej ku dołowi sięga rozdwojenie kręgosłupa, ponieważ odległość główki od miejsca rozszczepienia jest większa.

Na posiedzeniu sekcji ginekologicznej naszego Towarzystwa Lekarskiego 27. IV. 1906 demonstrowałem trupika dwugłówka przez kolegę MUNKIEWICZA przysłanego, po badaniu pośmiertnem, dokonany przez kol. STEINHAUS'a: Rozdwojenie kręgosłupa sięgało aż do kości krzyżowej. Istniały dwa przelyki, oddzielnie do żołądka się otwierające, ujście żołądka było pojedyncze, płuca były pojedyncze, tchawica podwójna, dwa serca, z których z jednego wychodzi tylko aorta, a z drugiego aorta i *arteria pulmonalis* zupełnie tak samo, jak w przypadku opisanym i szczegółowo badanym przez SCHAEFER'a<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> SCHAEFER: „Ueber einem Dicephalus“, ZIEGLER's. Beitrage zur patholog. Anatomie u. allg. Pathologie, t. XXVII, 1900. p. 195—224.

Bardzo często potworki (*monstra duplicia*) rodzą się *sponte*, gdy zaś poród dozna zatrzymania, konieczną staje się interwencya położnego. HOHL skonstatował w r. 1850, że na 129 *monstra per excessum, coalitionem, implantationem* rodziło się aż 48 *sponte*, a tylko w  $\frac{2}{3}$ , czyli w 81 przypadkach pomoc okazała się potrzebną. Na 92 *monstra per defectum* 43 rodziły się *sponte*, pomiędzy nimi 4 ciężko, a 49 przy pomocy operacyjnej. STRASSMANN zarzuca dla porodów takich zasadniczo cesarskie cięcie, symfizyotomię a nawet głębokie nacięcia,—na ratowanie potworka położny nie ma zwracać uwagi. Ponieważ płody takie są mniejsze od normalnych (w przypadku kolegi SKIBNIEWSKIEGO tego powiedzieć nie można), to w tem już leży pewne ułatwienie porodu.

Jak lekarz wogóle powinien zachować się przy porodzie potworka podwójnego?

I. Przy przodowaniu główki: 1) główka leży ruchomo we wejściu do małej miednicy lub nad nią i dalej nie postępuje:

a) przy wodogłowi jest na miejscu perforacya, przy nieprawidłowym ułożeniu główki—repozycya, obrót;

b) przy nadmiernej objętości główki (*Diprosopus, Cephalopagus, Janus*)—wymóżdzenie;

c) gdy główka nie jest zbyt wielką, a skonstatujemy obecność drugiej główki lub obecność obok główki innych części płodu, wypada dokonać obrotu i sprowadzić wszystkie kończyny (2, 3, 4) na dół.

2) Gdy główka wdążyła już do miednicy, lecz tutaj się zatrzymuje — *foreeps*, a gdy ekstrakcyja się nie uda — perforacya, gdy np. duże główki *diccephali* równocześnie wklinowały się w miednicę.

3) Gdy przodującą główkę kleszczami wydobyto lub wyszła *sponte*, a barki nie opuszczają się niżej (niewiadomo jeszcze czy chodzi o *diccephalus thoracopagus* czy o *cephalo-thoracopagus*), to badamy wtedy ściśle i znajdujemy:

a) albo drugą główkę w próżni miednicy—nakładamy na nią kleszcze,

b) albo drugą główkę powyżej miednicy, — próbujemy wstawić ją do miednicy i następnie kleszczami wydobyć;

c) lub też nie udaje się ręką dotrzeć do drugiej główki; wtedy chodzi o: α) dwa ciała pomiędzy sobą zrosnięte: *cephalo-thoracopagus*, albo: β) jeden tułów o 2 szyjach i 2 głowach; albo: γ) rozległą podwójność górnej połowy tułowia.

Postępowanie w przypadku c bywa różne:

α) przy dwóch ciałach pomiędzy sobą zrosniętych czasami udaje się ekstrakcyja za barki, gdy nie wypada dokonać eksenteracyi, wymóżdzenia;

β) przy dwugłowi wypada dekapitacya główki już urodzonej, aby bar-

ki uwolnić. Gdy druga główka teraz się nie wstawi do małej miednicy, wypada dokonać obrotu i ekstrakcyi (*dicephalus*, *dibracchius*).

γ) przy podwójności górnej połowy tułowia, stopień ruchomości główki ujawni, czy dekapitacya się na coś przyda, lub nie.

Przy rozległej podwójności (*diephalustri*, *tetrabracchius*, *thoracopagus*) poród bywa łatwym i kończy się zwykle obrotem drugiego dziecka. Zaleca się wprowadzić rękę, odpowiadającą stronie, po której leży druga główka. *Thoracopagi* liczebnie przewyższają wieloramieniowych dwugłówek. Do nówek *dicephali* prawdopodobnie każdą ręką dojdziemy. W innych przypadkach porodu *xipho*—lub *thoracopagi* wydobywamy, pociągając za barki lub też za pośladki naprzód ciała przodującego dziecka, a potem drugie.

## II. Przy położeniu pośladkowym:

Gdy pośladki wkliniwane pozostają w miejscu, nieprawdopodobnym okaże się *xipho*—lub *kraniopagus*, ponieważ takiego zdarzenia dotychczas nie widziano w kazuistyce. Gdy przy badaniu wykluczyć się da podwójność pośladków, wypada przypuszczać *duplicitas anterior* i *superior*. Po sprowadzeniu dwóch dolnych kończyn, gdy pośladki się nie obniżają, wypada przekonać się czy niema trzeciej pojedynczej dolnej kończyny lub też zdwojonej (*sympus*) i tą wydobyć.

Gdy skonstatujemy dwie miednice, na razie wykluczyć nie można, czy nie chodzi o normalne bliźnięta; pociągamy wtedy za dwie kończyny dolne, a gdy to okaże się daremne, za wszystkie cztery, a nie za trzy tylko w razie istnienia czterech. Przy niemożliwości wydobywania tułowia, na miejscu będzie perforacya, wypatroszenie. Potrzeba taka zachodzi tylko wyjątkowo przy *cephalo-thoracopagus*, przy trzy i - czteroramiennym *dipygus* oraz przy *dicephalus*. Uwolnienie ramion zawsze będzie trudnem przy *d.—triceph.* lub *tetrabracchius*. Ważnem jest w tyle leżącemu płodowi lub główce ułatwić wejście do miednicy przez to, że podnosząc ku górze, nachylamy już urodzony tułów lub oba na brzuch rodzącej. Gdy i wtedy główki zatrzymują się powyżej miednicy, wypada dokonać dekapitacyi jednej główki. Wypada nie zapominać o tem, że obcięcie główki przodującej już urodzonej, lub też ewisceracya przodującego tułowia ułatwia wstąpienie do miednicy płodu w tyle leżącego, gdy pozostałe w macicy części przodującego płodu, cofają się ku górze.

[D. c. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 98. Weichselbaum. O drogach zakażenia w gruźlicy ludzkiej.

Artykuł niniejszy jest streszczeniem urzędowym ostatniego zjazdu dla badań na gruźlicą w Wiedniu. Autor przedstawia w niem stan obecny kwestyi, oraz odnośne prace dokonane w jego pracowni. Nasuwają się tu dwa główne pytania, co do których zdania są wielce podzielone. A mianowicie: 1) czy u człowieka laseczniki gruźlicze nigdy albo tylko wyjątkowo przedostają się z powietrzem do płuc wprost, i 2) czy ten sposób zakażenia przeważa albo też jest bardzo częsty. Odpowiedzi na nie opierają się na wynikach oględzin pośmiertnych i na doświadczeniach na zwierzętach. Co się tyczy pierwszego, to wprawdzie dla gołego oka płuca i gruczoły oskrzelowe są najczęściej i najmocniej zajęte, ale nie pozwala to jeszcze na wnioski o częstości zakażenia przez wdychanie. Co do drugiego—to istnieje cały szereg badaczy, którym udało się wywołać sztucznie gruźlicę przez inhalację, ale tym można przeciwstawić inny szereg uczonych, którzy zaprzeczają możności przedostania się laseczników gruźliczych z prądem powietrza do płuc albo fakty takie uważają za bardzo rzadkie [SINGER, BUTTERSACK, SIRENA i PERNICE, WALEMINSKY, SCHLOSSMANN].

Najnowsze doświadczenia na świnkach morskich, dla skontrolowania tej kwestyi przedsięwzięte w pracowni autora w wdychaniem hodowli *bact. prodigiosum*, wykazały, że główna część tych ustrojów osiada po drodze [nos — tchawica], do płuc zaś dochodzi ich bardzo mało. U ludzi zapewne jeszcze stonkowo mniej.

Doświadczenia [BARTEL'a i W. NEUMANN] na świnkach morskich nad wdychaniem rozpylonych laseczników gruźlicy ludzkiej wykazały, że bezpośrednio po każdym poszczególnym doświadczeniu można je było wykazać nie tylko w jamie ustnej i nosowej, ale i w płucach. Powstawała przytem nie tylko gruźlica płuc i gruczołów oskrzelowych, ale również i gruczołów szyjnych i krezkowych, tylko że w pierwszych silniej rozwinięta. Z tego względu BARTEL i NEUMANN uważają pierwsze narządy w przeciwstawieniu do drugich za fizjologicznie niższej wartości. Tej zaś przyczyną może być u starszych zwierząt pylica węglowa płuc, a u młodszych niedostateczny rozwój układu chłonnego tych narządów [płuc], w porównaniu z narządem chłonnym kiszek, szyi. Wydaje się to uzasadnionem wobec roli limfocytów w walce z lasecznikami gruźliczymi, i wobec tego, że w słabo rozwiniętym układzie chłonnym wytwarzanie się limfocytów jest słabe, a krążenie limfy niedostateczne.

Doświadczenia te pozwalają na przypuszczenie analogicznych stosunków u człowieka.

Co się tyczy stosunku częstości zakażenia przez wdychanie i karmienie, to możność pierwotnej gruźlicy przewodu pokarmowego dziś nie ulega wątpliwości. Ale wygłoszono liczne zdania, że karmienie stanowi prawie jedyną drogę zakażenia albo najczęstszą. Odnośne, wyjaśniające to pytanie doświadczenia BARTEL'a w instytucie autora na królikach i świnkach morskich dały następujące wyniki: makroskopowo ujemne, mikroskopowo dodatnie. Okazuje się, że wrażliwość zwierząt na wprowadzanie tą drogą laseczników

ludzkich gruźlicy jest znaczna, a wrotami dla nich okazują się błony śluzowe jamy gęby, gardzieli, żołądka i kiszek i ich gruczoły limfatyczne. Z ostatnich na pierwszym miejscu gruczoły krezkowe, dalej migdałki, potem gruczoły szyjne wtórnie, w dalszym przebiegu odbywa się wnikanie przez gruczoły oskrzelowe. Już na wysokości trawienia laseczники mogą przedostawać się do gruczołów krezkowych, zapewne i do gruczołów błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli. Przy tem przejściu ulega ich jadowitość osłabieniu, zwiększającemu się jeszcze w gruczołach, tak że przez 2 tygodnie po doświadczeniu nie można ich wykazać. Następnie jadowitość wzrasta, ale nie osiąga pierwotnego stopnia. W tym okresie dochodzi do zmian w gruczołach, ale widocznych tylko dla drobnowidza. Niekiedy sprawa ograniczała się nieznacznie obrzmieniem foliкулów i pasemek rdzeniowych. Ten okres utajenia może trwać długo—do 104 dni. Organizm może w tym stanie przewyciężyć zarazę, jeżeli nie przyłączy się dodatkowo drugie i trzecie wniknięcie laseczników. Tak więc i przy wprowadzeniu laseczników gruźliczych do przewodu pokarmowego, przechodzi ona szybko do gruczołów okolicznych, a stąd i do oskrzelowych, gdzie długo mogą pozostawać w ukryciu. Wpływ laseczników gruźliczych na ustrój zwierzęcy objawia się nie tylko zmianami swoistymi zmianami, ale i przez limfoidalną hiperplazję gruczołów okolicznych przewodu pokarmowego i oddechowego. Zmiany te spotykamy z następującą częstością: Migdały i sąsiedztwo 11.7%, gruczoły szyjne 58.8%, gr. oskrzelowe 52.9%, gruczoły krezkowe 100%. Makroskopowe zmiany dają się zauważyć w następnym stosunku procentowym: migdały i ich otoczenie 0%, gruczoły szyjne 45%, oskrzelowe 64%, krezkowe 45%. Przy badaniu więc gołem okiem mamy więcej danych, przemawiających pozornie za gruźlicą przez wdychanie.

Pochodzi to od niejednakowej odporności gruczołów na zarazek; najmniej posiadają jej gruczoły oskrzelowe, stąd zmiany w nich choć nie najważniejsze, są najbardziej wydatne i łatwiej przechodzące w zserowacenie.

Należy przeto odróżniać punkty najwcześniejszego najścia laseczników od punktów najbardziej wrażliwych; pamiętając przytem, że w stanie limfoidalnym gruźlicy do tych punktów laseczники mogą przenikać z każdego miejsca ciała.

Wyniki te, zdobyte na zwierzętach, można odnieść i do ludzi z odpowiednią rezerwą.

Doświadczenia nad karmieniem zwierząt materiałem gruźliczym, dokonane w instytucie autora, wykazują, że laseczники gruźlicze wnikają nie tylko do kiszek i odnośnych gruczołów, ale przedostają się do migdałów i gruczołów szyjnych, a później można je wykryć i w oskrzelowych, dokąd mogą przenikać bądź z wyliczonych narządów, bądź z gruczołów kiszki; z ostatnich droga może być dwójaka: albo czysto przez układ chłonny, albo też przez pośrednictwo przewodu piersiowego i przez obieg krwi.

Co się tyczy sposobu przedostawania się laseczników gruźliczych z migdałów i gruczołów szyjnych do oskrzelowych, to zdana są podzielone. Tak np. BEITZKE zaprzecza isinieniu komunikacji naczyń chłonnych szyi i gruczołów oskrzelowych, gdy WELEMINSKY utrzymuje, że zaraza idzie od gruczołów podszczękowych przez szyjne do oskrzelowych, a stąd do krwi.

Przy doświadczeniach z karmieniem należy zwracać uwagę i na sam sposób podawania materiału. Przy jedностajnem rozprowadzeniu w mleku, płwocinie wyniki są zawsze dodatnie; przy podawaniu laseczników w pokarmach stałych, w tkankach, tylko wyjątkowo bywają wyniki dodatnie. Ma też na to wpływ stopień uszkodzenia laseczników przez soki trawienne oraz przez leukocyty w tworach limfatycznych.



Co się tyczy zarzutu UFFENHEIMER'a, zrobionego wszystkim doświadczeniom z karmieniem, że pasożyty mogą z kiszek przeciw peristaltyce wędrować do żołądka, przelyku, gardzieli, a stąd do tchawicy, to doświadczenia kontrolujące BACHRACH'a i STEIN'a wykazały, że tak się nie dzieje, że pasożyty [laseczniki gruźlicze] wprowadzone w ławatywie, nie zachodzą poza zastawkę BAUCHIN'a.

Ostateczne wnioski przy obecnym stanie wiedzy dadzą się streścić tak, że gruźlica przez karmienie [łykanie], zdarza się u człowieka, zwłaszcza w wieku dziecięcym, daleko częściej, niż to ogólnie do niedawna przypuszczano. Zarazki dostają się tą drogą [połykanie] i z jam gardzieli, nosa, gęby, dokąd mogą się dostawać z powietrzem lub w jakibądź inny sposób. Na odpowiednich błonach śluzowych nie dochodzi zaraz do objawów wyraźnych gruźlicy; a z początku może powstać tylko gruźlica limfoidalna, której trwanie może być różne: od zupełnego zaniku do zmian przy ponownym zakażeniu, rozwoju swoistej gruźlicy bądź w miejscu wnikięcia, bądź w płucach, gruczołach oskrzelowych i innych narządach.

Wobec tego zmuszeni jesteśmy do rewizji naszych poglądów na częstotliwość wrodzonej gruźlicy, którą dotąd konstatowano według zmian typowych, bez uwzględnienia zmian limfoidalnych układu chłonnego. Pewnie okaże się ona częstszą.

Te nowe poglądy na drogi infekcji gruźliczej nie wpływają bynajmniej na poglądy dotyczące profilaktyki i higieny gruźlicy.

(*Wiener klinische Wochenschrift*, 1907, № 38.)

O. H.

### 99. J. Bartel. Wytyczne w kwestyi powstawania gruźlicy.

Nie może już więcej ulegać wątpliwości, że zakażenie się ustroju ludzkiego i zwierzęcego przez lasecznika gruźlicy może nastąpić i przez „pozornie” niezmienny nabłonek, a zwłaszcza przez wyżej organizowany i na wszelkie szkodliwości wrażliwszy nabłonek błon śluzowych.

Lasecznik gruźlicy po przeniknięciu „pozornie” niezmiennego nabłonka, posuwa się drogami chłonnymi i dostaje się odpowiednio do warunków ich konstrukcji do najbliższej od miejsca wnikięcia położonych okolicznych (*regio-när*) gruczołów chłonnych. Tym więc sposobem gruźlica okazuje się chorobą zakaźną pochodzenia limfatycznego (*lymphogen*).

Wtórnie może lasecznik gruźliczy drogą limfy lub limfy i krwi przedostawać się do rozmaitych dzielnic układu chłonnego i do narządów wewnętrznych; drogą limfy i krwi przedewszystkiem do płuc.

Pierwotne zakażenie drogą krwi może zajść przy przenikaniu laseczników przez krążenie łożyskowe oraz przy zakażeniu przez rany.

Laseczniki, które się przedostały do układu chłonnego, mogą tu doznać w następstwie oddziaływania komórek osłabienia swej jadowitości, a nawet zupełnego jej zniszczenia.

To samo może nastąpić i w narządach wewnętrznych.

Krew sama przez się zdaje się w tej sprawie nie grać ważniejszej roli. Stopień tego osłabienia, względnie natężenie i rozszerzenie się zachorowania na gruźlicę zależy od usposobienia w jego zmiennych kombinacjach do każdorazowego sposobu zakażenia, t. j. liczby i jadowitości zarazków w danym razie wchodzących w grę.

Można przytem odróżniać: usposobienie ogólne ustroju i usposobienie pewnych narządów.

Pierwsze zależy od warunków wieku dziecięcego, sprawy ciąży, stanu starczego, osłabienia przez zatrucie i zakażenie i wreszcie od mniej lub więcej hipoplastycznej konstytucji z jej najważniejszymi przejawami: więzi limfatycznej, w częstej kombinacji z wazkim układem tętnicznym. Usposobienie pojedynczych narządów — nawet w ustrojach ogólnie krzepkich — zależy od pewnych swoistych właściwości narządów, szczególnie płuc z ich układem chłonnym, z winy bądźto samego ich rozwoju, bądź ich położenia w pośrodku krążenia ogólnego, i z powodu uszkodzenia życiowego przez pylicę węglową.

Po nastąpieniu zakażenia przez laseczniki gruźlicze nastaje w układzie chłonnym na początku okres limfoidalny, który przy sprzyjających warunkach może przejść w okres jawnej gruźlicy w sensie anatomopatologicznym. Okres limfoidalny gruźlicy cechuje się przez możliwość wykazania okazy zarażenia, przez często dla gołego oka widoczne obrzmienie tworów limfatycznych, histologicznie natury hiperplastycznej, przez rzadką wprawdzie możliwość wykazania laseczników w preparatach na szkiełkach, przez zawsze jeszcze trudną hodowlę las. gruz. na sztucznych gruntach, przez możliwość wywołania gruźlicy przez szczepienie na zwierzętach wrażliwych. Wreszcie zdaje się, że pewne światło mogą tu rzucić i niektóre odczyny biologiczne i reakcje w surowicach [injekcye tuberkuliny, aglutynacya, percytacye]. Okres ten zależy od własności zakaźnego ustroju albo też samego zarazka może trwać rozmaicie długo (*lymphoide Latenz*); w pewnych warunkach sprawa może się na tem zakończyć. Stoї to w związku z kwestyą odporności, jak również może posłużyć do wyjaśnienia niektórych stanów charłactwa (*tuberkulöser Marasmus*). Wreszcie okres ten [przy jednorazowej, albo powtórnej lub przy stałej sposobności zakażenia] przejść może wcześniej czy później w stan gruźlicy jawnej. Stan ten, znany już dokładnie, cechuje się powstawaniem gruzelków z komórek epitelioidalnych z komórkami obrzymiemi lub bez nich i zserowaceniem, albo komórek obrzymich odosobnionych z przejściem w rozpad, jak i w skredowacenie i stwardnienie bliznowate. „Gruźlicę limfoidalną” można porównać z okresem zapalnej hiperplazji przy zakażeniu ropnem; okres zaś gruźlicy ujawnionej przedstawia analogię z ropniem zakażenia ropnego. W obu sprawach okres pierwotny jest mniej charakterystyczny niż wyraźnie określony okres drugi. I wogóle różnice morfologiczne pierwszych okresów różnych spraw zakaźnych są tak mało charakterystyczne, że do odróżnienia ich potrzebne są badania biologiczne.

Karmienie i wziewanie, oto dwa główne niebezpieczeństwa zarażenia się gruźlicą. Drogami zakażenia są: przewód pokarmowy i oddechowy, które w górnych odcinkach [nos, gęba] zlewają się w jedną, a poniżej rozdzielają się na dwie [przełyk, żołądek, kiszki — tchawica, płuca].

Podobnie jak laseczniki gruźlicze, wnikające przez karmienie i wdychanie do całego przewodu trawienia, mogą dostawać się do górnego odcinka narządu oddechowego, tak też przez aspiracyę i inhalacyę mogą laseczniki z gardzieli dostawać się do tchawicy i płuc.

Wobec tego pojęcia: zakażenie przez karmienie i oddychanie w swych skutkach nie pozwalają na rozdział ścisły. Doświadczenie wykazuje wyniki dodatnie zakażenia bądź tą, bądź inną drogą. Chociaż zarazem dowodzą silnej odporności przewodu pokarmowego i małej odporności płuc.

Jednocześnie doświadczenie inhalacyjne wykazuje, jak silnie chronione jest płuco, gdy z niezliczonych zarazków w górnym odcinku przedostają się do płuc przez tchawicę tylko nieliczne. Stąd też dowiadujemy się, że płuco — to najczulsze miejsce — może być osiągnięte przez zarazki, które dostają się do

ustroju drogami, nie wspólnego nie mającemi z karmieniem i wziewaniem przy podśórnym, wewnątrzotrzewnym, dożylnym zakażeniu. Dlatego i przy wyraźnej gruźlicy płuc nie możemy być pewni co do drogi wniknięcia zarazka. Płuca są wprawdzie narządem, będącym *locus minoris resistentiae* dla zarazków gruźlicy, jednak to, że w nich sprawa rozwija się najczęściej widocznie, nie dowodzi, aby były najczęściej wystawione na możliwość zarażenia się.

Układ chłonny, chociaż nie reaguje w miejscu wniknięcia zarazka zmianami jawnej gruźlicy, pozwala na przechodzenie tegoż do krążenia ogólnego i nie jest przeto filtrem szczelnym, nie przepuszczającym bezwzględnie pasorzytów. Porządek zachorowywania gruczołów chłonnych, okolicznych, odpowiadających miejscu wniknięcia zarazka przedstawia prawidłowość, prawo, pozwalające wnioskować o wrotach wniknięcia zarazka. Opiera się ono na stosunkach budowy układu chłonnego, chociaż wnioski opierają się przede wszystkim na wczesnym okresie odczynowym gruźlicy limfoidalnej, gdyż nawet i widoczna izolowana gruźlica narządu uprzywilejowanego, bez znajomości historii przypadku może pozostać przy charakterze zakażenia kryptogenetycznego.

Jeżeli chcemy wnioskować na podstawie już jawnej gruźlicy, to przy wyszukiwaniu miejsca wniknięcia zarazka powinniśmy się opierać raczej na zmianach w narządach większej odporności [gruczoły gardzieli, szyi, krezki, przewodu pokarmowego], niż na równoznacznych zmianach narządu uprzywilejowanego, t. j. płuc. Chociaż na trupach znajdujemy zmiany jawnej gruźlicy przeważnie w płucach i ich narządzie chłonnym, to jednak doświadczenie uczy, przez wykazanie gruźlicy limfoidalnej, jak szeroko zachodzi obszar zakażenia w ustroju, obejmując dzielnice odporności zwiększonej [gardło, szyja, gruczoły krezkowe].

Jeżeli limfoidalna gruźlica w obrębie gardzieli, żołądka, kiszek, dowodzi osłabienia odnośnego układu chłonnego, to z drugiej strony, ze wszystkich tych miejsc laseczniki mogą przedostawać się do płuc i tu grać rolę choćby zakażenia dodatkowego, od którego jednak może zależeć właśnie przejście do gruźlicy jawnej.

Z drugiej strony, jeżeli drogą naturalnego zakażenia dochodzą do płuca tylko nieliczne zarazki, to jest ono zato właśnie najwrażliwszym narządem. Chociaż nie można określić cyfrowo wzajemnego stosunku wartości dróg zakażenia przez karmienie i przez wdychanie, to jednak obowiązkiem jest uwzględnianie równorzędne wszelkich dróg całego przewodu pokarmowego i oddechowego. Zaznaczenie i kładzenie nacisku na pewne tylko drogi wnikania zarazka przynosi szkodliwe następstwa dla życia praktycznego. Apodyktyczne opozycyje zapatrywania o wyłącznem lub prawie wyłącznem powstawaniu zakażenia przez trawienie lub wdychanie, utrudnia tylko zadania higieny, szczególnie w sprawie zabezpieczenia od gruźlicy w wieku dziecięcym.

(*Wiener klinische Wochenschrift*, 1907, N. 38).

O. H.

### 100. Kuss. O drogach zakażenia w gruźlicy.

W dyskusji nad tą kwestyą na konferencji międzynarodowej przeciwgruźliczej w Wiedniu 18—21 września zostały wyświetlone następujące dwa punkty:

1. Zakażenie gruźlicze odbywa się doświadczalnie daleko łatwiej przez drogi oddechowe, niż przez kanał pokarmowy [zgodne wnioski FLÜGGE'go,

ORTH'a, KUSS'a]. Wniosek ORTH'a jest tem ciekawszy, iż autor ten w ciągu lat ostatnich zebrał najwięcej spostrzeżeń, przemawiających za teorią zakażenia kaszkowego.

2. Mleko krów gruźliczych odgrywa rolę podrzędną w szerzeniu się gruźlicy wśród ludzi [FLUEGGE, SPROUCK, FRAENKEL, ORTH, GAFFKY, MEDIN, REGNER].

Należy zwrócić uwagę na spostrzeżenia kliniczne MEDIN'a i REGNER'a i doświadczenia SPROUCK'a, ORTH'a i GAFFKY'ego, z których wynika, że do łaseczników, wyhodowanych z produktów gruźliczych człowieka, należy obrzymia większość typu ludzkiego, a nie bydłowego.

Następujące kwestye pozostały sporne:

Znaczenie płwociny wysuszonej w zakażeniu naturalnem—drugorzędne podług FLUEGGE'go, bardzo ważne podług SVENSSON'a.

FLUEGGE twierdzi, że najważniejszą przyczyną zakażenia jest wdychanie rozpylonej płwociny, wyrzuconej przez suchotników podczas kaszlu. CALMETTE zaś, LANDOUZY, WEICHELBAUM i BARTEL sądzą, że istotną przyczyną zakażenia jest polykanie suchego pyłu, zawierającego łaseczniki.

Wziewanie płynów, zawierających łaseczniki, wywołuje podług WEICHELBAUM'a i BARTEL'a rozlane zakażenie dróg oddechowych i kanału pokarmowego górnego i dolnego, gdy tymczasem podług FLUEGGE'go, KUSS'a i LOBSTEIN'a—tylko zakażenie umiejscowione płuca. Gruźlica migdałów i gruczołów szyjnych zdarza się bardzo często podług WEICHELBAUM'a i AUFRECHT'a, nader rzadko zaś podług FLUEGGE'go i SPROUCK'a.

(Bulletin Médical, 5 octobre 1907).

B. Dębiński.

---

## Przegląd bibliograficzny.

---

Docent dr STANISŁAW DOBROWOLSKI. Zasady postępowania w położnictwie na podstawie Sprawozdania z dziesięciolecia (1893—1903) Kliniki położniczo - ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego radcy dworu prof. dra Jordana. Z przedmową prof. dra Jordana. Warszawa 1907. stronice 98.

Jest to odbitka z drukowanego przed kilku laty [1905—1906] w „Ginekologii” sprawozdania z kliniki akuszeryjnej prof. JORDANA w Krakowie, uzupełniona dwoma ostatnimi rozdziałami i objęta obecnie ogólnym tytułem: „Zasady postępowania w położnictwie”. Tytuł ten, aczkolwiek bardziej do podręcznika się nadaje, tutaj wcale nie wadzi ze względu na wyjątkową staranność, a nawet drobiazgowość, z jaką w sprawozdaniu tem przedstawiono działalność lekarską kliniki. Z wzorowego tego sprawozdania może czytelnik poznać doskonale poglądy naukowe i zasady postępowania lekarskie-

go, którymi kierowano się w ciągu lat sprawozdawczych na klinice położniczej krakowskiej, poglądy i zasady tem cenniejsze, że stanowiły „credo” zgasłego w roku bieżącym nieodżałowanego prof. JORDANA, tak doświadczonego kierownika kliniki. Pod tym względem sprawozdanie dra DOBROWOLSKIEGO odbija arcydotadnio od zwykłego szablonu sprawozdań szpitalnych, zawierających gromadę rubryk i gołych cyfr, najczęściej nieciekawych i niepouczających.

Dość dużo miejsca w sprawozdaniu poświęcono miednicom ścieśnionym, które w klinice krakowskiej stanowiły znaczny, bo 32,5% badanych miednic. Szczegółowo więc są omówione zasady postępowania lekarskiego przy miednicach ścieśnionych. Cenne bardzo są pod tym względem niektóre uwagi, choćby ta na przykład, że u pierwiastek z góry przed porodem nigdy nie należy określać, jaki zabieg akuszeryjny zostanie zastosowany podczas porodu. Trafności tego orzeczenia dowodzi znaczna odsetka [60%] takich porodów, które ukończyły się siłami natury pomimo miednicy ścieśnionej. Samo ścieśnienie miednicy nigdy nie powinno też być wskazaniem do wywołania poronienia i dlatego w klinice w ciągu 10-u lat raz tylko wykonano sztuczne poronienie u karlicy, lecz i tu nie z powodu zwężenia miednicy, a wskutek powikłań ze strony płuc i serca. Poród przedwczesny również niechętnie bywa wykonywany na klinice przy miednicach ścieśnionych, a to ze względu na niebezpieczeństwo, zagrażające dziecku, które rodzi się wtedy niedonoszone i najczęściej niezdolne do życia, gdyż ściśle oznaczenie czasu trwania ciąży, a więc i chwili odpowiedniej do zabiegu tego, jest prawie niemożliwe. To samo dotyczy i obrotu zaporobiegawczego, którego, według zdania prof. JORDANA, u pierwiastek nigdy wykonywać nie należy ze względu na niedostateczne dane wywiadowe i złe u pierwiastek warunki dla położzeń miednicowych. Szkoła krakowska jest też zupełnie przeciwna zakładaniu kleszczy wysokich na główkę ruchomą lub małym zaledwie odcinkiem do wchodu wkliniowaną, bo w tych warunkach naraża się zarówno matkę, jak i dziecko na bardzo ciężkie uszkodzenia. A jednak pomimo takiej ogólności w zakładaniu kleszczy wysokich, na 55 przypadków kleszczy wysokich w 23-ch po nieudanej próbie wydobycia tym sposobem płodu, musiano wykonać wymóżdżenie.

O wiele chętniej w przypadkach miednic ścieśnionych klinika krakowska stosuje cięcie łonowe i cięcie cesarskie ze wskazania względnego. Cięcie łonowe stawia wyżej niż pubiotomię, o której, jako o nowości, miano w owych latach dość jeszcze niejasne i opaczne wyobrażenie. Cięcie łonowe wykonano 9 razy, zawsze przy miednicach ogólnie ścieśnionych; z tych w 8-u ścieśnienie nie przekroczyło w sprzężnej 8-u ctm., w jednym tylko sprzężna wynosiła 7½ ctm. i przypadek ten zakończył się fatalnie dla matki i dziecka. W 5-u przypadkach wykonano symfizeotomię, jako operację następczą po nieudanych próbach kleszczowych i z tych jeden również śmiercią się zakończył; dzieci zaś wszystkie urodziły się żywe. W każdym razie doświadczenie, nabyte w 9-u przypadkach, wystarczyło już do sformułowania 6-u jasnych i bezpieczeństwo gwarantujących wskazań do cięcia łonowego, a wskazania te można prawie w całości przystosować obecnie do coraz bardziej się rozpowszechniającej [tymczasem tylko po klinikach] hebstoatomii, zwanej dawniej pubiotomią, gdyż się okazała i bezpieczniejszą i łatwiejszą do wykonania niż symfizeotomia, a kto wie czy i w następstwach [stałe rozszerzenie miednicy] nie okaże się od niej skuteczniejszą.

Innym operacyom akuszeryjnym sprawozdanie poświęca też dużo miejsca w dziale XIII [„Operacje”], przechodząc w alfabetycznym porządku [?] wszystkie wykonane na klinice w ciągu lat sprawozdawczych rękożyny po-

łożnicze. Nazwy operacji są w tytułikach łacińskie z wyjątkiem kilku polskich [„Pomoc ręczna”, „Rozszerzenie szyjki macicy”, „Wymóżdżenie”, „Wygniatanie płodu”]. Wyjątek niewłaściwy, bo szkodzi orientowaniu się czytelnika w spisie operacji. Niesłusznie też wśród operacji znalazła się rzucałka porodowa (*eclampsia*), której miejsce raczej w dziale VIII, gdzie mowa o schorzeniach ogólnych przy porodach.

Cięcie cesarskie było dość często wykonywane ze wskazania względnego na klinice krakowskiej, nie tylko jako zabieg „wyłącznie racjonalny” przy znacznym stopniu ścieśnienia miednicy. Doświadczenie bowiem przekonało, że i przy ścieśnieniach mniejszego stopnia, skoro z danych wywiadowych okazuje się, że inne zabiegi, stosowane w celu ratowania płodu przy niestosunku porodowym, w poprzednich porodach zawiodły, cięcie cesarskie najpewniej zabezpiecza życie dziecka, a matkę na mniejsze niż inne zabiegi naraża niebezpieczeństwo. Cięć cesarskich zachowawczych wykonano 24. Na żadnej z operacji nie uwydatnił się jaskrawiej postęp kliniki pod względem sprawności leczniczej, jak właśnie na cięciu cesarskiem. Gdy w pierwszym pięcioleciu z 7-u operowanych zmarły 4, to w pięcioleciu następnem [dzięki lepszym warunkom higienicznym zakładu i większej wprawie operujących] — na 17 cięć cesarskich zmarła jedna operowana i to nie z powodu zakażenia. Z dzieci zaś żadne nie zmarło w ciągu lat 10 u.

Trzynastcie razy, celem uratowania życia matek wycięto macicę doszczętnie, a powody do tak energicznego zabiegu podczas ciąży, porodu lub położu były najrozmaitsze: dwa razy zakażenie septyczne położowe, raz krwotok z niedowładu macicy w przypadku poronienia po otruciu fosforem, 4 razy pęknięcie macicy [z tych dwa podczas ciąży], raz zgorzel macicy położowej z powodu jej wypadnięcia (*prolapsus uteri*), 5 razy wreszcie rak szyjki macicy [z tych 4 przypadki dotyczyły wczesnych okresów ciąży]. Z 13-u operowanych uratowano 9, zmarły 4 [niedouratowania z powodu zapalenia otrzewnej, stwierdzonego już podczas wycinania pękniętych macic].

Co do prowadzenia okresu łożyskowego, to w klinice krakowskiej] prędko porzucono postępowanie czynne [t. j. ciągłą kontrolę macicy i mimowolne jej przy tem ugniatanie], jako szkodliwe, a wprowadzono postępowanie bierne, o wiele racjonalniejsze i bezpieczniejsze, polegające jedynie na obserwowaniu zachowania się tętna i stanu ogólnego rodzącej, jak również przekonywaniu się wzrokiem, czy rodząca nie krwawi. W ten sposób spokojnie czekano dwie godziny i dopiero po upływie tego czasu, jeśli łożysko nie odeszło, przystępowano do wykonania zabiegu CREDE'go. Liczby wykazują najlepiej, jak zbawiennem było to bierne zachowywanie się położnego w okresie łożyskowym. Gdy w pierwszych trzech latach [okres postępowania czynnego] metodę CREDE'go trzeba było w ciągu roku zastosować 23—35 razy, w następnych 7-u latach [przy zachowaniu się biernem] tylko 8—17; gdy w pierwszych trzech latach trzeba było 20—31 razy w ciągu roku usuwać łożysko ręką z macicy, to w 7-u latach ostatnich czyniono to zaledwie 4 do 7 razy.

Rozdział XIV poświęcony jest położowi. Sposób prowadzenia położu na klinice krakowskiej jest zupełnie racjonalny i z duchem wiedzy nowoczesnej zupełnie zgodny. Wszelkie nadmierne krzątanie się lekarza i położnej około narządów płciowych położnicy [to, co niemcy nazywają *Vielgeschäftigkeit*], uznano za zupełnie zbyteczne, gdyż tylko szkodę zdrowiu położnicy przynosi. Zaniechano zupełnie dotykań palcami sromu, a tem bardziej oczyszczają wacikami i zasypywań zeszytych tkanek. Cała toaleta sromu polega na obmywaniu z irygatora  $\frac{1}{2}$ —1% -ym roztworem solweolu i założeniu na srom kawałka waty odłuszczonej. Sporyszu używa się bardzo rzadko. Tak

samo i w pielęgnowaniu noworodków usunięto wszelkie zbyteczne procedury. Pępowinę opatruje się z dobrym wynikiem zupełnie na sucho: zasypuje się ją obficie kseroformem i owija suchą watą, a pierwszą kąpiel dostaje noworodek dopiero po odpadnięciu pępowiny i podgojeniu się pępka. Do zakraplań oczu, jako *prophylacticum*, służy 10%-y roztwór protargolu. Ciężkich zapaleń tryprowych oczu noworodków wcale nie spotykano.

Statystyka przebiegu porodu nie wykazuje więcej nad 0.9% zachorowań w samym zakładzie na ciężką gorączkę porogową z 0.4% śmiertelności. Są to odsetki małe, zważywszy, że zakład, jako klinika uniwersytecka, służyć musi do celów dydaktycznych, a jego urządzeniom pod względem wymagań higieny i aseptyki wiele jeszcze brakuje do doskonałości. Dość wspomnieć, że dwa razy w klinice rozszerzyło się endemicznie zakażenie septyczne, aby zrozumieć ile trzeba było energii i pilności ze strony personelu lekarskiego, żeby pomimo to wszystko mózdz uzyskać tak nieznaczną odsetkę ogólną zachorowań i śmierci z zakażenia septycznego.

Wreszcie co do leczenia gorączki porogowej, to w tym względzie klinika krakowska zjednała już sobie od dość dawna uznanie za racjonalne zastosowanie surowicy przeciw paciorkowcowej. Pierwsza, jak się zdaje, klinika ta użyła surowicy celem zapobiegania gorączce porogowej w przypadkach porodów zakażonych, a nawet i w przypadkach porodów długo przewlekających się i ciężkich operacyjnych. Leczeniu zapobiegawczemu jest tam przypisywane doniosłe znaczenie. W zakażeniach porogowych już rozwiniętych wstrzykiwanie dużych dawek surowicy dawało dobre wyniki, o ile miało się do czynienia z zakażeniem paciorkowcowa. Chwali też DOBROWOLSKI działanie wstrzykiwań fizjologicznego roztworu soli kuchennej, zwłaszcza do żył, w zakażeniach złączonych z ostrą niedokrwistością.

Na zakończenie zaznaczamy, że sprawozdanie jest w ogóle napisane językiem poprawnym i potoczystym; gdzieniegdzie jednak zauważyliśmy zwroty mniej poprawne, którychby należało koniecznie unikać, jak np. „ilość zamężnych kobiet“, „ilość krwotoków“ zamiast poprawnie — „liczba“; „staramy się urodzić“, „urodziliśmy kleszczami płody żywe“ — chyba poprawniej byłoby „wydobyć“, „wydobyliśmy“. Zamiast „robili młodzi lekarze kleszcze nieogłędnie“, należałoby pisać: „zakładali“. Zamiast „kwalifikują się dla ściśnienia miednicy do obrotów zapobiegawczych“, co jest rusycyzmem, właściwiej byłoby pisać: „ze względu na ściśnienie“ lub „z powodu ściśnienia“. Zamiast „z reguły“ poprawniej będzie: „z zasady“. Zamiast „wlewamy sól“, należy ściślej pisać: „roztwór soli“. Nakoniec „położnika“ należałoby zupełnie usunąć, a zastąpić go „położnym“, analogicznie do „położna“ — akuszerka, gdyż „położnik“, to rodzaj męski od „położnica“ i jako taki istnieć w mowie naszej nie powinien.

Jeśli pozwoliliśmy sobie w obszerniejszem streszczeniu przedstawić sprawozdanie Kliniki położniczej krakowskiej, to uczyniliśmy to z dwa powodów. Naprzód chcieliśmy zwrócić uwagę czytelników na doniosłą wartość pracy dra DOBROWOLSKIEGO, dostrajającej się tak poważnie do głównego zadania kliniki — nauczania, powtóre, chcieliśmy w ten sposób raz jeszcze przypomnieć zasługi ś. p. JORDANA, którego wielce pożytecznej działalności na klinice sprawozdanie to będzie dowodem trwałym i wymownym.

M. Zwejgbaum.

## Wiadomości bieżące.

— Dnia 14-go b. b. w wielkiej sali Magistratu odbyło się posiedzenie pod przewodnictwem prezydenta miasta z udziałem przedstawicieli Magistratu, zaproszonych obywateli i lekarzy. Na tem posiedzeniu wyrażone zostały desiderata, dotyczące poprawy oplakanego stanu szpitali naszych. Wyłoniły się projekty urządzenia stu łóżek dla obłąkanych w Górze Kalwaryi, sanatorium dla suchotników w Mieni, przytulku dla nieuleczalnych, wreszcie szpitala dla chorych zakaźnych, gdyż szpital Św. Stanisława potrzebom tym zadość nie czyni. W celu opracowania tych projektów wybrano zostały dwie komisye pod przewodnictwem prof. KOSIŃSKIEGO i Rady Magistratu p. ZIENKOWSKIEGO. Ile zyskają szpitale przy przejściu pod zarząd miasta, niedaleka przyszłość to okaże; sprawa ta jednak stale chromać będzie, o ile nie oprze się na szerokim udziale społeczeństwa i jego ofiarności. Zarząd szpitali nie może być, jak dotąd, otoczony kołem nieprzystępnem, lecz wszystkie czynności dotyczące dobroczynności publicznej powinny być pod kontrolą społeczeństwa.

— Epidemia ospy w Warszawie wzmaga się; wszystkie miejsca w szpitalu Św. Stanisława zajęte są przez chorych na ospę. W obec tego lekarze szpitala Św. Stanisława wystąpili z wnioskiem, aby innych chorych zakaźnych umieszczać w specjalnych oddziałach w szpitalach ogólnych.

— Członkiem najwyższej rady zdrowia w Wiedniu mianowany został prof. KAZIMIERZ KOSTANECKI z Krakowa na miejsce ś. p. JORDANA.

— IV Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się w lecie roku przyszłego. Prezesem komitetu gospodarczego jest prof. MAIXNER, sekretarzem prof. HEVEROCH.

— ZMARLI: W Skalbmierzu gub. kieleckiej d. 9-go b. m. dr LUCYAN MOŹDZYŃSKI, wychowaniec b. Akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie, uczestnik wypadków 1863 r., w wieku lat 68.

— W Warszawie dr MIECZYSLAW TYTUS WINDISCHBAUER, b. lekarz wojskowy, w wieku lat 66.

— W Borysławiu w Galicyi dr BOLESZAW RIEDMUELLER, były asystent kliniki chirurgicznej krakowskiej, przeżywszy lat 39.

---

## Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska” wychodzić będzie w ciągu roku 1907 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku bieżącym.

Celem uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.