

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. LEON KARWACKI. Z kazuistyki bakteryologicznej. Przypadek posocznicy wikłającej szkarlatynę. Str. 145. II. BOHDANOWICZ. Przyczynek do badań nad działaniem surowicy przeciwgruźliczej Marmorka. Str. 151. III. MICHAŁ PIETREWICZ. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet. Str. 158. *Dział sprawozdawczy.* 17. KAROL BERGER. Barwienie porównawcze łaseczników gruźliczych metodami ZIEHL-NEELSEN'a, MUCHA i GASIS'a. Str. 161—18. L. LABRÈZE. Metoda antyforminy w badaniu płwociny na łaseczniki gruźlicze. Str. 162.—19. BERGERON. Rozpoznawanie gruźlicy metodą uchylenia dopełniacza. Str. 163. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Sekcja gastrologiczna. Posiedzenie dnia 20-go października 1909 r. Str. 163. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

## I. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ PRZY KLINICE TERAPEUTYCZNEJ W SZPI-TALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

### Z kazuistyki bakteryologicznej.

#### Przypadek posocznicy wikłającej szkarlatynę.

Podał

Leon Karwacki.

(Pokaz w Tow. Lek. Warsz. 28. IX. 1909 r.).

4-go sierpnia r. b. zostałem wezwany przez kol. GURANOWSKIEGO dla dokonania posiewu krwi u 14-letniego chłopca. Chłopiec ten zachorował w pierwszej połowie lipca na płonicę o ciężkim przebiegu z zajęciem nosa i gardzieli. W trzecim tygodniu choroby wystąpiło obustronne ropne zapalenie ucha średniego. Ciepłota przez cały czas choroby nawet po ustąpieniu objawów szkarlatyny przy obfitem łuszczeniu skóry była mocno podniesiona. Typ gorączki stały ze spadkami rannymi do 38,5° i z nasileniami wieczornemi do 39°—40°. W obu uszach obfita cuchnąca ropa. Z lewej strony zniszczenie błony bębenkowej, brak kosteczek słuchowych. Bolesność całego wyrostka sutkowego i okolicy szyjnej wzdłuż przebiegu *v. jugularis*. Z prawej strony przedziurawienie w dolnym przednim odcinku błony bębenkowej i obrzmienie bolesne gruczołów szyjnych, przytem wyczuwa się chelbotanie. Wśród

tych objawów u chorego wystąpiła wysypka na całym ciele o wyglądzie wykwitów płonicych w 3 tygodnie przeszło po ustąpieniu wysypki pierwszej. Wysypka trwała przez 4 dni. Te objawy zdecydowały o bakteriologicznym zbadaniu krwi dla ustalenia, czy nie zachodzi tu posocznica wtórna, i jaka mianowicie. Około 5-u ctm. sz. krwi, otrzymanej z żyły, posiałem na 100 ctm. sz. pożywki surowiczej beztlenowej. Chory miał wtedy obfitą wysypkę na tułowiu, górnych kończynach i twarzy. Następnego dnia chory miał krwawe wypróżnienia i moc z domieszką krwi. 7-go sierpnia dokonana została trepanacja lewego wyrostka sutkowego i przecięcie głębokiego ropnia na szyi po stronie prawej. W wyrostku sutkowym znaleziono rozsiane ropnie we wszystkich komórkach, oprócz tego wykryto ropień około zatoki poprzecznej. Po operacji ciepłota ciała się nie obniżyła, a typ gorączki pozostał bez zmiany. Przy opatrunku, dokonanym następnego dnia, rana pooperacyjna przedstawia się w stanie rozpadu, powierzchnia pokryta brudno-szarym nalotem, wydzielina mocno cuchnie. Trzeciego dnia po operacji chory zmarł. Taki jest przebieg kliniczny, zakomunikowany mi uprzejmie przez kol. GURANOWSKIEGO. Wynik badania bakteriologicznego był dość niezwykły. Po 24-ch godzinach krew w pożywce uległa zupełnemu rozpuszczeniu. W kropli wiązającej bez barwienia widać duże ziarniki, najczęściej w postaci dwoinek, nieruchome, oraz krótkie, pękate, owalne laseczki pojedyncze i w układzie diplobacyłów. Pozatem zwracają uwagę jeszcze dwa rodzaje tworów: ciała okrągłe wielkości mniej więcej erytrocytów, posiadające wyraźną osłonkę, a w środku szereg ziarn mocno ruchomych, oraz sztywne cienkie nitki, wygięte, z zaostrzonymi końcami, podobne do laseczników wrzecionowatych, tylko bledsze i cieńsze. Hodowla została przeszczepiona na agar skośny glicerynowy. Dla wypróbowania zaś własności hemolitycznych posiana na 10%-ym roztworze krwi ludzkiej w fizyologicznym roztworze z dodatkiem 1%-ego cytrynianu sodu [moją metodą]. Na bulionie, wodzie peptonowej, kartoflu rozwoju nie otrzymałem. Na agarze skośnym rozwój powstał w formie szarawych punkcików, wielkości ostrza od szpilki, zlekka wzniesionych nad powierzchnią. Hodowla na mleku dodatnia, przytem mleko nie zmieniło wyglądu nawet po tygodniowym pobycie w cieplarni. Na pożywce z krwią powstała już po 12-u godzinach wyraźna hemoliza, która po 24-ch godzinach jeszcze bardziej się spotęgowała. Na agarze skośnym nie otrzymałem rozwoju ani postaci nitkowatych, ani tworów okrągłych z ziarnami, lecz wyłącznie ziarna i kokobacyle pojedyncze i w dwójkach; to samo na mleku. Na pożywce z krwią znalazłem wszystkie te same postaci, co w pierwszej hodowli, z wyjątkiem nitek.

Z hodowli zostały sporządzone preparaty i zabarwione GIEMSA oraz metodą GRAMA. Przy oglądaniu preparatów przedewszystkiem zwraca uwagę różnica wielkości pasorzytów hodowanych na surowicy płynnej i na agarze. Postaci z agaru są znacznie mniejsze, niż z surowicy. Różnice występują bardzo wybitnie w hodowlach starych. Preparat z pierwszej hodowli, mającej 44 dni [4 w cieplarni, a 40 w ciepłoci pokojowej], zabarwionej GIEMSA, wykazuje obecność tych samych form, co i po 24-ch godzinach. Niektóre ziarna wzrosły do wymiarów małych komórek drożdżowych [ $\frac{1}{6}$  —  $\frac{1}{4}$  ery-

trocyta]. Kształt posiadają owalny. Pod względem barwliwości dzielą się na ciemno fioletowe i różowe. Pierwsze są zupełnie jednostajne, drugie posiadają ciemniejsze wkluczenia ziarenkowane w środku. Dookoła niektórych ziarn widać jasny rąbek, otoczka negatywna. Otoczki uwydatniają się najdokładniej na preparatach barwionych hematoksyliną.

Kokobacyle i owalne laski wyrosły również; długość ich wynosi 4—10  $\mu$ , końce są zaokrąglone. Barwią się GIEMSA na kolor ciemno-fioletowy bez sładów zróżnicowania. Część z nich posiada także otoczki negatywne, bardzo nieliczne zaś egzemplarze posiadają po jednej sztywnej rzęsce, zabarwionej na blado-różowo i osadzonej pod kątem z boku ciała blisko jednego z biegunów.

Postaci nitkowane przedstawiają się w kształcie sztywnych łukowato wygiętych nitki z grubszym środkiem i zaostrzonymi końcami. Przyjmują barwnik bardzo słabo, mają kolor blado-różowy po 24-godzinnem barwieniu GIEMSA. U postaci grubszych spotykają się w ciele bezbarwne przerwy. Zgięć śrubowatych nie posiadają. Długość ich wynosi 6—15- $\mu$ , grubość  $\frac{1}{2}$ —1  $\mu$ . Spotykają się stale w gromadkach i tworzą ciekawy układ. Postaci cieńsze i krótsze przylegają pod kątem do środkowej części form grubszych, tworząc obrazy widełkowate o ramionach nierównej grubości.

Leżąc w gromadkach razem z różowymi ziarnami, oplatają je niekiedy, a dotykając się ziarn, sprawiają wrażenie, jak gdyby ziarna dawały im początek. Ze względu na małe wymiary tych tworów, trudno orzec, w jakim związku stoją z ziarnami. Sądzę, że jest to przyleganie czysto mechaniczne.

Tworów o wyglądzie torbieli z ruchomymi ziarnami na preparatach barwionych nie udało mi się uwydatnić, pomimo licznych prób z różnymi sposobami utrwalania i barwienia. Przy wszystkich zabiegach otoczki kurczą się, wyginają i pękają. W rezultacie powstaje twór zmięty i poszarpany o zabarwieniu różowo-fioletowym i wyglądzie bezkształtnym.

Część preparatów z hodowli agarowej została zabarwiona metodą GRAMA i podbarwiona eozyną. Pasożyty przedstawiają się w postaci ziarn i owalnych laseczek. Między obu postaciami istnieje szereg form przejściowych. Wielkość ziarn odpowiada wymiarowi gronkowców. Zarówno ziarna, jak i laseczki wyrastają w nieliczne postaci olbrzymie, zbliżone wielkością do postaci na pożywce surowiczej. Większość drobnoustrojów metodą GRAMA się nie barwi; nieliczne postaci i ziarniste i laseczkowate barwią się na ciemno-fioletowo. Między formami GRAM-pozytywnymi i GRAM-negatywnymi istnieje szereg przejść. W dużych postaciach GRAM-pozytywnych środek jest ciemniejszy, obwód jaśniejszy.

Układ drobnoustrojów jest groniasty, w środkowych częściach aglomeratów spotykają się masy niezróżniczkowane, barwiące się na kolor blado-różowy.

W celu wyjaśnienia chorobotwórczości drobnoustrojów dla zwierząt, wstrzyknięto po 2 ctm. sz., hodowli z pierwszej generacji do otrzewnej królikowi małemu wagi 450,0 i śwince morskiej. Świnka przez cały czas obserwacji nie zdradzała żadnych objawów chorobnych. Badanie krwi pierwszego dnia wykazało lekką polinukleozę i obecność wstrzykniętych pasorzy-

tów w liczbie 1—2 na kilka pól widzenia. Pasorzyty w postaci ziarn i kokobacyłów. Drobnoustroje w krwiobiegu można było wykryć drogą sporządzania preparatów w ciągu tygodnia.

Królik również wyglądał zupełnie zdrowo, i przybywało mu nawet na wadze. Krew po 24-ch godzinach wykazuje bardzo poważne zmiany. Krążki czerwone barwią się słabiej, wykazują liczne postaci mikrocytowe, a przy sporządzaniu preparatu ulegają łatwo zniekształceniu — osłabienie odporności. Liczba leukocytów zmniejszona. Prawie wszystkie wielojądrowe, wykazują cechy zwyrodnienia, którego najsilniejszym stopniem jest zupełne zatarcie budowy jądra i rozpuszczenie się w protoplazmie, pierwszym zaś etapem jest osłabienie powinowactwa barwikowego, występujące bądź w całym jądrze, bądź w jednym ze zrazów. Protoplazma ziarnistości nie posiada, barwi się najczęściej na jednostajny kolor różowy. W podobnej formie zwyrodnienie leukocytów spotyka się wyłącznie przy zadziałaniu silnych jądów krwiobójczych [stafilolizyny, streptolizyny]. W zwykłych warunkach formy zwyrodnienia przyjmują postać pyknotyczną, a sama sprawa przebiega znacznie powolniej [zwyrodnienie w pewnych rodzajach ropy i w płynach wysiękowych]. Jednojądrowe postaci zmian nie wykazują.

Pasorzyty przedstawiają się w postaci ziarn i laseczek z szeregiem form przejściowych. Leżą pojedynczo i w gromadkach, form pochłoniętych przez fagocyty niema.

Zaburzenia krwi trwały przez 10 dni. W krążkach czerwonych wystąpiła polichromatofilia. We wzorze leukocytowym pojawiły się w znacznej liczbie myelocyty, dążące do wyrównania braku wielojądrowych. Wreszcie po leukocytozie ostatecznej i kryzysie płytkowej skład krwi zaczął wracać do normy pomimo obecności nielicznych pasorzytów, które można było odnaleźć w liczbie 1—2 na parę pól widzenia jeszcze w ciągu 2-u tygodni. Rzecz godna uwagi, że szkodliwe oddziaływanie pasorzytów ograniczyło się wyłącznie do składników krwi, gdyż królik przez cały czas wyglądał normalnie a po 2-u tygodniach przybyło mu na wadze 150 gramów.

Przechodzę do omówienia dyagnostyki pasorzytów. Formy nitkowate stanowią niewątpliwie postać odrębną. Wyosobnić je z symbiozy nie powiodło mi się. Pomimo to jednak na mocy cech charakterystycznych wyłączone jest wszelkie pokrewieństwo z postaciami ziarnistymi i laseczkowatymi. Uważam je za jedną z odmian licznej rodziny spiryl, węgetujących w jamie ustnej, które w przebiegu płonicy zyskały na zjadliwości i przedostały się w symbiozie z gardzieli do ucha, a stamtąd do krwiobiegu. Sądziłbym, że obecność ich wpłynęła na wygląd rany pooperacyjnej. Połączenia spiryl i krętków z innymi postaciami bakteryjnymi nadają miejscowym sprawom zakaźnym charakter posokowaty, fagedeniczny i nekrotyczny. Obserwacji podobnych w literaturze istnieje niemało.

Co się tyczy ziarn i laseczek, to początkowo uważałem je za jeden gatunek pasorzytniczny, *coccobacillus*. Przemawiało za tem szereg postaci przejściowych od ziarnika do krótkiej laseczki. Wyodrębnienie obu tych gatun-

ków powiodło się przy hodowaniu pasorzytów na różnych podłożach. Z pierwszej generacji drobnoustrojów zrobione były dwa posiewy na mleko i na surowicę. Po kilkakrotnych przeszczepianiach z mleka na mleko i z surowicy na surowicę, otrzymałem wyłączną hodowlę ziarników na mleku, a laseczek na surowicy. Hodowle obu tych gatunków na agarze glicerynowym skośnym makroskopowo przedstawiają się identycznie w postaci punkcików szarawych, przezroczystych, mało wzniesionych nad powierzchnią, nie zlewających się w nalot.

Przeszczepienia z agaru na agar nie udają się. Charakterystyka drobnoustrojów jest taka sama, jak w hodowli mieszanej. Ziarniki mają wielkość i układ gronkowców, wobec GRAMA zachowują się zmiennie. Na pożywkach surowicznych wytwarzają otoczki. Ze znanych gatunków do tego typu zbliża się najbardziej *micrococcus catarrhalis*.

Co się tyczy postaci laseczkowatych, to hodowle czyste uwydatniły pewne właściwości, które w hodowli mieszanej nie zaznaczały się dość wybitnie. Zaczynam od rzęsek. Rzęcz godna uwagi, że rzęski uwydatniają się wybornie przy barwieniu GIEMSA, barwią się mianowicie na kolor różowy. Są sztywne, długość ich może wynosić 10  $\mu$ . Osadzenie jest takie, jak wspominałem wyżej, to jest, pod kątem ostrym z boku w sąsiedztwie jednego z biegunów. Stosunek do barwienia GRAMEM jest zmienny. Po zabarwieniu GIEMSA w ciągu 24-ch godzin przeważna część postaci barwi się na ciemno-fioletowo, nieliczne laseczki są różowe z odcieniem fioletowym i z konturami nieco wyrazistymi. U wielu z nich w skutek rozsmarowywania na szkiełku odrywa się cała osłonka w postaci wyraźnej różowej nitki, zgiętej w formie litery U. Nitki takie okalają ciało bakterii, lub też leżą zupełnie oddzielne. Brzegi takiej „obdartej“ bakterii są nierówne, a nitkowate strzępki symulują peritrichalny aparat rzęskowy. Są to niewątpliwie formy zwyrodniałe. Jeżeli preparat potraktować 25%-wym roztworem garbnika przez parę sekund i różniczkować wyskokiem bezwodnym, to w postaciach, barwiących się poprzednio jednostajnie fioletowo, występuje w środkowej części fioletowe jądro, zajmujące  $\frac{3}{4}$  laseczki, a w częściach końcowych różniczkuje się blade-niebieska protoplazma. Jest to bodaj jedyna bakteria o niewielkich rozmiarach, posiadająca układ chromatyczny na podobieństwo komórki zwierzęcej.

Nie mogąc zidentyfikować bakterii z żadnym ze znanych mi gatunków drobnoustrojowych, proponuję dla niej nazwę *bacillus ciliatus fragilis*; ten ostatni przymiotnik ze względu na szybkie zwyrodnianie się na podłożach zwykłych.

Twory torbielowe udawało się spostrzegać na posiewie pierwszym w ciągu tygodnia, to samo i na krwi. Następnie znikły doszczętnie. Istota ich i związek z danem cierpieniem są dla mnie najzupełniej niejasne. Być może, że są to twory opisane w ostatnich latach przez GAMALEJ, PROVAZEK'a jako pasorzyty płonice pod mianem *chlamydozoa*. Czy obrazy MALLORY'ego, GAMALEI i PROVAZEK'a odpowiadają istotnie tworom żywym uorganizowanym, czy też formom specjalnego zwyrodnienia komórkowego, tego rozstrzygnąć na razie nie podobna. Twory te były wykryte w chorej skórze. Paso-

rzyty przedstawiają się w postaci drobnitkich ziarn, leżą najczęściej wewnątrz komórek i otoczone są produktami odczynowymi komórki. Tej otoczce nukleinowego pochodzenia, wytworzonej przez komórkę goszczącą, pasożyty zawdzięczają swą nazwę [od greckiego *χλαμύς*]. Barwliwość ziarn jest słaba i zmienna. W danym przypadku możnaby przypuszczać, że ziarnom dały gościnę leukocyty, degeneracya zaś leukocytów, rozpad substancji jądrowej ułatwiły ziarnom swobodę ruchów wewnątrz komórki i tem samem uwydatniły ich obecność. Dodać muszę na zakończenie, że poza posiewami soku nowotworowego, w żadnym innym przypadku posiewu krwi form podobnych nie widziałem.

Przechodząc do patogenezy omawianej posocznicy, przypuszczać należy, że punktem wyjścia dla zakażenia ogólnego były: albo ognisko ropne w uchu, albo też dymienica zropiała.

Wysypka wtórna co do pochodzenia swego jest niejasna. Uzależnićby ją można od powikłania posocznicowego, a to tem bardziej, że pasorzyty wytwarzają i *in vitro* i *in vivo* jady krwiobójcze. Z drugiej jednak strony przypadki płonicy z wysypką recydującą nawet w okresie łuszczenia były opisane niejednokrotnie. W całkowitej zależności od powikłania stoi niewątpliwie krwimocz i krwawe wypróżnienia.

Za najbardziej interesującą stronę przypadku, która mnie skłoniła do zakomunikowania go Panom, uważam zupełny brak paciorkowców w tej mieszananej posocznicy. Powikłania paciorkowcowe, zwłaszcza w przypadkach z zejściem śmiertelnem, należą do tak pospolitych, że dominują nad całą patologią powikłań. Bardzo wielu klinicystów i pewna część bakterjologów uważa nawet paciorkowce za zarazek swoisty płonicy. Przed paru laty w dyskusyi nad tą sprawą wypowiadałem się przeciwko temu pogładowi. Od tej pory nie zaszło nic nowego, coby mogło przechylić szalę na korzyść etyologii płonicy paciorkowcowej.

Co się tyczy powikłań przez inne drobnoustroje, to najczęściej notowane były dwoinki TALAMON-FRAENKEL'a: SLAVYK na 98 posiewów krwi znalazł je 4 razy, JOCHMANN na 161 przypadków wyhodował je 2 razy. Do mniej częstych należą posocznice gronkowcowe, ziarnikowe o nieustalonym typie [D'ESPINE i MARIGNAC], raz jeden zostały wykryte laseczniki rzekomodurowe [JOCHMANN]. Przechodzę do powikłań miejscowych, w których panuje daleko większa rozmaitość postaci bakteryjnych. Zapalenia migdałów prawie wyłącznie zależą od paciorkowców bez względu na wygląd kliniczny. Jedynie w anginach błoniczych późnych bywają laseczniki dyfterytyczne [2 przypadki WURTZ'a, parę przypadków BOURGES'a, jeden przypadek SCHÜLLER'a]. Ropienia ucha średniego również wywołane są przez paciorkowce, do których dołączają się często i gronkowce.

Z dymienic szkarlatynowych ESCHERICH wyhodował laseczniki o typie *proteus vulgaris*, również CROOKE z przypadku *angina Ludovici*. BABES otrzymał hodowlę laseczki, nie dającej się identyfikować z żadnym znanym gatun-

kiem. COMBEMALE i LAMY spotykali skojarzenia gronkowców z paciorkowcami; przeważały gronkowce.

W wyciągu stawowym SCHÜLLER znalazł laseczki o typie LÖFFLER'owskim, WADSWORTH z płynu wysiękowego w kolanie otrzymał hodowlę ziarników, które uważa za meningokoki, a które na podstawie aglutynacji i stosunku do podłoża z węglowodanami odnieść należy do *micrococcus catarrhalis*. Przypominam Panom, że jelen z drobnoustrojów, wyhodowanych przeze mnie, należy również do tego typu.

Na zakończenie pozwolę sobie zrobić parę uwag, dotyczących leczenia płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową. Stojąc na stanowisku, że paciorkowiec jest najczęstszym, lecz nie jedynym czynnikiem wklajającym, uważam, że jedyną racjonalną podstawą seroterapii może być uprzednie badanie bakteriologiczne, gdyż w przypadkach niepowikłanych, które w statystyce JUCHMANN'a wynoszą 133 na 161 posiewów *intra vitam*, a tem bardziej w powikłaniach przez inne drobnoustroje, zabieg ten wydaje mi się bezcelowym, prowadzącym do mylnych wnioskowań, a nieraz dyskredytującym samą metodę, którą uważam za wysoce użyteczną. Wykreślenie z seroterapii płonicy pretensyi do swoistości zredukuje wprawdzie jej rolę, ale podniesie jej użyteczność.

---

## II. Przyczynek do badań nad działaniem surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.

Podał

Dr Bohdanowicz

z Nizzy i Biarritz.

---

W obec nieustannych przyrzeczeń środka na gruźlicę, zjawiających się ze wszystkich stron w ostatnich latach, i ciągłych niechybnych zawodów, w obec codziennych świadectw z drugiej strony, że leczenie tej bezlitośnej choroby mimo masy rozpraw, studyów, prób i pisaniny, znajduje się dziś na tym samym poziomie, na jakim było przed laty, lekarz praktyk po pewnym okresie wiary i nadziei dojść musi do zdenerwowania, w którym wątpi wprawdzie we wszystko, gotów pójść jednak, choć nie bez wahania za najmniejszą iskierką światła, jaka w ogólnym chaosie zabłyśnie. W takim stanie znajdowałem się na początku roku bieżącego, gdy nareszcie, po długich bezowocnych staraniach udało mi się zdobyć pewną ilość surowicy przeciwgruźliczej MARMORKA. Zdobyć mówię, gdyż w obec oficjalnej i nie mającej nic wspólnego z nauką opozycyi u nas przeciw tej surowicy od chwili jej urodzenia, opozycyi, której skutki odbiły się na opinii lekarzy w Polsce i Rosyi więcej

może niż gdzie indziej, zdobycie surowicy rzeczonyj we Francyi, gdzie jest produkowana, trudniejsze jest, niż w mitologicznej epoce było zdobycie złotego runa. Zachęcony jednak sprawozdaniami, dwukrotnie przez prof. Monod'a w Akademii Medycznej Paryskiej przedstawianemi i celowo w urzędowych sprawozdaniach przemilczanemi, dopiąłem celu, sprowadzając surowicę z zagranicy i w lutym bieżącego roku mogłem przekonać się o istotnej jej wartości.

Z nielicznych, bo ośmiu tylko przypadków, w których surowicę rzeczoną stosować mi się udało, większa część tak z powodu krótkości czasu, jako też i warunków, zależnych od postaci i stopnia choroby, niedostatecznie jeszcze jest wystudowana.

Jakkolwiek spostrzeżenia te nie pozwalają mi na szczegółowsze roztrząsanie, to jednak w całości upoważniają już do pewnych wniosków, nie pozbawionych znaczenia.

Rzecz się ma inaczej z dwoma przypadkami, które udało mi się przestudować pilniej i te pozwolę sobie tu przytoczyć.

Hr. S., oficer kawalergardów, lat około 30-u, zapadł na zdrowiu po przeżębieniu się w listopadzie 1908 r. Lekarz pułkowy rozpoznał „pleuropneumonię prawego wierzchołka“. Gdy wyzdrowienie kazało zbyt długo na siebie czekać, gorączka utrzymywała się uporeczywie między 37,2° a 37,8°, chory chudł mocno, kaszel się nie zmniejszał, p. S. zaniepokojony zwołał naradę lekarską, na której przypadek określono jako podejrzany, tem bardziej, że chory pochodził z rodziny gruźliczej. Odczyn oczny z tuberkuliną dał wynik dodatni. Wreszcie badanie płwociny wykazało obecność laseczników KOCHA w liczbie pokaźnej [6—8-u laseczek w każdym polu]. W skutek czego chory wysłany został na Rywierę.

Przy badaniu stwierdziłem stłumienie w prawym wierzchołku, oddech osłabiony, nieco rzężeń suchych (*craquements*) w kącie między ramieniem a obojczykiem, rzężenia wilgotne rozsiane w jamie podobojczykowej. Głos nieco stłumiony, kaszel męczący, płwocina obfita. Ciepłota wahała się między 36,6° z rana i 37,5° do 37,8° wieczorem. Obarczenie dziedziczne niewątpliwe.

Na życzenie chorego, jako też lekarzy, którzy go na Rywierę skierowali, umieściłem chorego w Beaulieu, gdzie pomimo higieny specjalnej, obfitego żywienia, środków odciągających, jako też stosowania arhenalu, tiokolu, fosforu — gorączka nie ustępowała, wychudnięcie postępowało, siły upadały. Pojawienie się potów nocnych doprowadza do szczytu niepokój chorego i rodziny. Wobec tego zaproponowałem surowicę przeciwgruźliczą MARMORKA, na co chory zgodził się bez wahania.

Aby usunąć wszelką możność wątpliwości, zastrzegłem, aby chory zaniechał wszelkich lekarstw, jako też porzucił zachowywanie higieny specjalnej, jaką dotąd skrupulatnie stosował. Jednocześnie dla łatwiejszej obserwacji i leczenia przenieśliśmy go do Nizy.

Przed rozpoczęciem stosowania surowicy płwocina przy badaniu zawsze okazywała mniej więcej tę samą obfitość laseczników.

Pierwsze zastrzyknięcie 3-ch ctm. sz. surowicy pod skórę pośladka w dniu



18-go lutego 1909 r. nie wywołało żadnego odczynu miejscowego ani ogólnego, wskutek czego 20-go lutego zastrzyknąłem 5 ctm. sz. surowicy, t. j. dawkę normalną. Odtąd co drugi dzień chory otrzymywał pod skórę 5 ctm. sz. surowicy bez najmniejszego śladu oddziaływania aż do 6-ej, która wywołała silną wysypkę (*erythema*) tak w miejscu wstrzykiwań, jako też w niektórych punktach rąk i nóg, a oprócz tego pewien stopień bolesności w stawach, nieznaczny wprawdzie, wystarczający jednak, aby spowodować wstrzymanie czasowe wstrzykiwań.

Już w dniu 5-ym marca przytoczone objawy anafilaksyi zniknęły [bole stawowe bez żadnego leczenia, wysypka i połączone z nią swędzenie po parokrotnem posmarowaniu maścią (*Velourème Vidal*)], poczem wznowiono wstrzykiwania surowicy co drugi dzień w poprzedniej dawce, tym razem już bez przerwy aż do dnia 12-go marca (ogółem 10 zastrzyknięć).

Rozultat leczenia był następujący: Od początku wstrzykiwań podniesienia ciepłoty stopniowo zmniejszały się; ku końcowi ich zniknęły zupełnie; ciepłota w dalszym ciągu trzymała się stale nawet nieco niżej normy do końca mojej obserwacji. Chory zresztą czuł się mocniejszy, chodził swobodnie, jak wszyscy, unikając tylko nadmiernego zmęczenia. Kaszel i plwocina zmniejszyły się znacznie, objawy jednak, jakie dawały wypuk i wysłuchiwanie, chociaż polepszone, pozostawiały jeszcze wiele do życzenia.

Ponowny rozbiór plwociny dał wynik dodatni. Laseczek była liczba mniej więcej ta sama, co przed rozpoczęciem leczenia. Wygląd jednak pasorzyta uległ bardzo wyraźnej zmianie: mianowicie lasecznik słabiej ulegał zabarwieniu i wydawał mi się ziarenkowatym (*granuleux*).

W tym czasie badał chorego prof. HUGUENIN z Zurychu, który choć nie zaprzeczał polepszenia, zaszłego w zdrowiu chorego od chwili zastosowania MARMORKA, jednakże stan jego oceniał w dalszym ciągu poważnie. Zgodnie też ze mną wskazał choremu leczenie na całe lato, jako też następną zimę, zabraniając powrotu do pułku na lata całe.

Po dziesięciu dniach przerwy chory wrócił do stosowania surowicy MARMORKA, tym razem, stosownie do przepisu wynalazcy, *per rectum*, codzień w ilości 5-u ctm. sz. na lawatywę, zapomocą małej szprycki szklanej i cewnika NELATONA Nr. 16.

Po dziesięciu lawatywach, nowe dziesięć dni przerwy, poczem dziesięć nowych lawatyw, jak poprzednio.

W ten sposób dobrnęliśmy do 24-go kwietnia, kiedy chory, stosując się do przepisanej marszruty, zamierzał opuścić Nizzę, kierując się do Montreux, a stamtąd etapami do wyżej położonych stacyi szwajcarskich, gdzie miał przepędzić lato.

W tej epoce nie kaszlał już wcale. Objawy wysłuchowe i wypukowe znikły bez śladu. Lekkie zmniejszenie oddechu po stronie dotkniętej, stosunkowo do zdrowego wierzchołka, dawało się wprawdzie zauważyć przy pilnem wysłuchiwanu, lecz to było wszystko, co z objawów poprzednich zostało. Co się tyczy plwociny, to chory zmuszony był się silić, aby zebrać jej nieco do

badania, które ku zdumieniu mojemu, pomimo starannych poszukiwań w kilku preparatach nie pozwoliło odkryć ani jednej laseczki.

Jeden tylko z tych preparatów pozostawiał pewną wątpliwość: w jednym polu widzenia zarysowywały się słabo zabarwione sposobem ZIEHL-NEELEN'a kontury, przypominające formę lasecznika, lecz jakby porwanego i wogóle bardzo słabo i niewyraźnie zabarwionego na różowo. Kontury te otoczone były tłuszczem. Wątpliwość ta była przyczyną ponownego badania zmodyfikowaną metodą GRAMA, zaleconą niedawno przez MUCHA dla poszukiwań lasecznika w gruczołach i wogóle w układzie limfatycznym, gdzie ZIEHL-NEELEN nie wystarcza. Metoda ta pozwoliła odkryć w płwocinie chorego bardzo nieliczne laseczki o konturach niejasno zarysowanych, przypominających głęboko zmienione laseczniki KOCHA i dających ogólne wrażenie jakby jego odłamków (*debris bacillaires*).

Chory pełen nadziei i z silnem postanowieniem dalszego stosowania MARMORKA aż do chwili, kiedy przyszłe badania nie zostawią miejsca na cień wątpliwości, opuścił Nizzę. Mam odeń wiadomości, że czuje się wybornie, przytył, a lekarze nie znajdują żadnych poważnych zmian w płucach.

Drugi przypadek, który choć mniej ściśle spostrzegany, zamierzam jednak tu przytoczyć, godzien jest uwagi ze względu na szybkość, z jaką daje się w pewnych postaciach i okresach gruźlicy odczuć wpływ surowicy przeciwgruźliczej MARMORKA. Dotyczy on panny N. Dwudziestoletnia chora, od roku dotknięta znacznem, bo sięgającym wielkości dużego orzecha włoskiego powiększeniem dwu gruczołów pod prawą pachą. W grudniu 1908 r. zaczęto podejrzyc u chorej zajęcie prawego wierzchołka płuc, wskutek czego skierowano ją na południe Francji.

W przejeździe przez Wiedeń p. N. udała się o poradę do prof. NOORDEN'a, który zalecił jej zapisać się do jego kliniki, gdzie dokonywał dwukrotnie zastrzyknięcia tuberkuliny. Chora pozostawała w klinice około dziesięciu dni tylko, nastraszona bowiem zjawiającą się po każdym wstrzyknięciu gorączką dość znaczną i spowodowanem przez nią osłabieniem, zdecydowała się na dalszą przerwana podróż do Nizy.

Przy pierwszym badaniu w końcu stycznia 1905 r. znalazłem chorą mocno niedokrwistą i wychudzoną, stępienie w prawym wierzchołku, oddech zaostrzony, wdech przerywany (*saccadée*), zaznaczony wyraźnie w paru punktach między osadą sutka a obojczykiem, wydech wydłużony, osłabienie odpowiednie szmeru oddechowego w dolnym płacie po tejże stronie. Ciepłota zbyt niska rankami, dochodziła po południu do 37,3° i 37,4°, spadając do normy ze zbliżeniem się nocy. Gruczoły wszędzie prawidłowe, z wyjątkiem prawej pachy, gdzie znalazłem dwa wielkości orzecha laskowego.

Według twierdzenia chorej, zastrzykiwania tuberkuliny nie pozostały bez skutku: gruczoły niezwłocznie po nich zaczęły się zmniejszać, od paru jednak tygodni zmniejszenie to nie robi postępów. Chora podlega dosyć częstym krwawieniom z nosa, czuje się osłabiona. Lewe płuco normalne. Dziedziczności wyraźnej brak.

Chora pozostawała na zwykłej obserwacji około dwu miesięcy, przy stosowaniu tylko odpowiedniej higieny, jako też preparatów arsenikowych.

W końcu tego okresu, około 10-go marca, nie widząc żadnej poprawy, zacząłem stosować surowicę przeciwgruźliczą MARMORKA w postaci wstrzykiwań podskórnych co drugi dzień po 5 ctm. sz.

Od pierwszych wstrzykiwań gruczoły chore, po pierwotnej kilkodniowej reakcji odwrotnej, zaczęły się zmniejszać, podniesienia popołudniowe ciepłoty mały stopniowo i nie zjawiały się w końcu, chyba po jakimś znaczniejszym zmęczeniu, stan ogólny się polepszał i, co najwięcej zwracało uwagę moją, już po 7-u zastrzyknięciach wszelkie objawy ze strony prawego wierzchołka zniknęły absolutnie. Po dziesięciu wstrzyknięciach musiałem szukać bardzo pilnie powiększonych poprzednio gruczołów, aby ich ślad odnaleźć. Stan chorej w owym czasie wydał mi się o tyle zadowalającym, że stosowanie dalsze jakiegokolwiek leczenia poczytałem, czasowo przynajmniej, za zbyteczne.

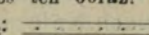
Co się tyczy 6-u pozostałych obserwowanych przeze mnie, a leczonych surowicą chorych, w chwili obecnej trudno mi jeszcze powiedzieć o nich coś ścisłego. Zanotować jednak uważam za stosowne, że u dwu z nich, u których płowocina badana była przed i po wstrzykiwaniach surowicy, pierwsze 10 wstrzyknięć powodowały w wyglądzie lasecznika zawsze identyczne zmiany [laseczka zabarwiona była zapomocą ZIEHL-NEELSEN'a bardzo słabo na różowo, prócz tego wewnątrz jej przedstawiało jakby szereg przerw bezbarwnych [wakuol], przedzielonych zabarwionymi na różowo punkcikami (ziarenkami = granulations), wskutek czego nazwałem je laseczkami ziarnkowatymi (*granuleux*)<sup>1)</sup>.

U żadnego z tych chorych nie dostrzegłem przy badaniu tej postaci laseczników przed rozpoczęciem stosowania surowicy MARMORKA, nie znajdowałem jej też w ogóle nigdy u żadnego z chorych nieleczonych surowicą MARMORKA, co zdaje się upoważniać do wniosku, że surowica rzeczona już w początkach jej stosowania powoduje zmiany w wyglądzie, a prawdopodobnie i w budowie samej lasecznika KOCHA:

Wielokrotnie w pierwszych dniach stosowania surowicy u osób młodych

---

<sup>1)</sup> Że spostrzeżenia moje co do zmian, zachodzących w laseczkach KOCHA pod wpływem surowicy MARMORKA, nie są przywłdzeniem, miałem tego dowód jasny w dniach ostatnich. Rozpoczynając stosowanie surowicy, nie znałem wcale MARMORKA, nie rozmawiałem z nim nigdy. Poznałem go dopiero teraz — w pierwszej połowie sierpnia r. b. W rozmowie o działaniu jego surowicy zakomunikowałem mu swoje spostrzeżenia, mówiąc: po dziesięciu wstrzyknięciach zauważyłem zmianę w wyglądzie laseczek — przybierają one wygląd ziarnkowaty (*granuleux*). „Fractionnés“ poprawia mię MARMOREK. „Nieprawda, doktorze, widziałeś ten obraz?“

I ołówkiem na brzegu trzymanego w rękę dziennika rysuje mi figurę taką:  Tak się istotnie przedstawia zmieniona pod wpływem surowicy laseczka KOCHA. Widział to MARMOREK również, tylko on postaci tej daje miano „bacille fractionné“ zamiast „granuleux“, jak ja ją nazwałem. W istocie często napotyka się niby szczątki, odłamki połamanych laseczek, co usprawiedliwia nadaną mu przez wynalazcę surowicy nazwę. Mnie uderzyła więcej ich ziarnkowatość. Rozmowa ta utwierdziła mię tem mocniej w przekonaniu, że surowica MARMORKA wywołuje w ustroju lasecznika nie imaginacyjne, lecz istotne i głębokie zmiany.

o łatwo wahającej się temperaturze zauważyłem lekkie jej [0,2° do 0,3°] podskoki, jednocześnie z pewnym wzmożeniem działalności gruczołów limfatycznych, wyrażającym się lekkim ich zwiększeniem. Po upływie jednak 3-ch do 4-ch dni najwyżej wszystko wracało do normy, ciepłota spadła niżej stopnia, do którego sięgała przed rozpoczęciem leczenia, oddziaływanie gruczołów miało i wracały one do normy.

Objawy wysłuchowe, kaszel, płwocina polepszały się z nieznaną pod wpływem żadnego innego leczenia szybkością i prawie we wszystkich przypadkach. Polepszenie to stanowi istotną cechę leczenia surowicą MARMORKA i najsilniej rzuca się w oczy nawet w przebiegu podoстрыm, którego jeden przypadek spostrzegałem, t. j. nawet tam, gdzie go spodziewać się trudno.

Co do ujemnych stron leczenia, są one blache i bez poważniejszego znaczenia: prawie wszędzie po 3-em lub 4-em wstrzyknięciu surowicy występuje najczęściej w okolicy ułkucia, lecz czasami też na rękach i nogach, wysypka dosyć silna [w postaci plam rumieniowych], mocne swędzenie wywołująca. Jednocześnie zjawia się czasami lekka bolesność stawów. Jedno i drugie są to objawy zwykle przy leczeniu każdą surowicą. Wysypka ustępuje łatwo po nasmarowaniu parokrotnem dotkniętej okolicy jakąś łagodzącą maścią [ja używam, jak już wspomniałem, z doskonałym skutkiem maści zwanej *Velou-crème Vidal*). Bole stawowe mijają po dniach kilku bez leczenia.

Jest jednak pewna kategoria chorych, u których pod wpływem surowicy nie udało mi się dostrzedz najmniejszych zmian na lepsze, ani też na gorsze. Są to ludzie wiekowi, tak zwani suchotnicy o płucach zniszczonych w znacznej części, których organizm wycieńczony utracił zdolność wszelką reakcyi. U tych surowica nie dawała absolutnie nic. Być też bardzo może, że w tym fakcie szukać należy źródła zarzutu czynionego surowicy MARMORKA, przez niektórych badaczy—zarzutu nierównomiernego działania, a więc i siły. O ile sądzić mogę, wydaje mi się, że przyczyny tej nierównomierności leżą raczej w terenie, niż w surowicy.

Ze wszystkiego, co przytoczyłem, wynikać się zdaje, że:

- 1) surowica przeciwgruźlicza MARMORKA nie jest środkiem obojętnym;
- 2) nie wydaje się ona bynajmniej szkodliwą;
- 3) powoduje w pewnych razach szybkie zwyrodnienie, a następnie zanik laseczników KOCHA i związanych z nimi uszkodzeń.

Co się zaś tyczy osobistego wrażenia, jakie odniosłem, porównyując jej działanie z działaniem innych używanych przeciw gruźlicy środków, to, mimo że zdanie moje wydać się może nieco hazardownem, przyznam się, że żałuję, iż nie uciekałem się do niej wcześniej: pozostałby może na świecie niejeden, kogo dziś już niema, bo wbrew osnutemu na teoretycznych li tylko przypuszczeniach mniemaniu prof. SAHL'ego co do przyszłości w tym kierunku surowic w ogóle, mam nadzieję, iż surowica przeciwgruźlicza MARMORKA rozstrzygnie w znacznej mierze kwestyę leczenia gruźlicy.

Pozwolę sobie w końcu dodać słów kilka co do sposobu wstrzykiwań podskórnych surowicy. Przed zastrzyknięciem zmywam skórę okolicy ku temu przeznaczonej, posładka zwykle, jakimś środkiem odtłuszczającym—eterem lub

najczęściej alkoholem denaturowanym, poczem wacikiem nasyconym jakimś antyseptykiem, jak 1‰-ym roztworem sublimatu lub 1%-ym roztworem dwucyan-ku rtęci (*Oxycyanure de Mercure*). Używam szpryki pojemności 5-u ctm. sz., szklanej lub metalowej i przed każdym użyciem wygotowanej, z igłą platynową. Po wkłuciu igły pod skórę baczyć należy, czy nie ukazuje się w niej krwi kropelka. Wkłuwania w żyłę uniknąć należy, mimo bowiem, że surowica MARMORKA jest wyjałowiona, wstrzykiwać jej do krwi wynalazca nie radzi.

Jeżeli tedy krwi w zewnętrznym otworze igły nie widzę, wprowadzam weń napełnioną surowicą szprykę i dokonywam zastrzyknięcia. Po wyciągnięciu igły przytrzymuję palcem na miejscu ukłucia wacik nasycony płynem antyseptycznym w ciągu paru minut, poczem odejmuję wacik, zostawiając miejsce ukłucia bez żadnego opatrunku.

Dana surowica używana być może w ciągu 6—7-u miesięcy od chwili przygotowania. Po upływie tego czasu może ona zmętnieć—nie wiem czy zachowuje wtedy swe własności. Flakony ze zmętniałą surowicą MARMOREK odmienia na świeże. MARMOREK zmętniałej surowicy wstrzykiwać nie radzi, chociaż mówił mi, że sam ją wstrzykiwał bez szwanku, ponieważ, jak już powiedziałem, surowica z nieuszkodzonym zamknięciem jest jałową.

U dzieci, stosownie do wieku, wstrzykiwałem 2—3 do 5-u ctm. sz. na dawkę. U dorosłych zwykle 5 ctm. sz. na dawkę, kilkakrotnie jednak w przypadku podostrym dochodziłem do 10-u ctm. sz. na dawkę bez szwanku.

Nigdy nie robiłem zastrzykiwań u jednej osoby więcej nad 10 w jednolitych odstępach. Raz tylko w przypadku podostrym zrobiłem wstrzyknięcie 18, z których większość po 10 ctm. sz. na dawkę, z tygodniową przerwą po pierwszych dziesięciu wstrzyknięciach. Skutków niekorzystnych nie widziałem żadnych.

Wynalazca jednak zaleca metodę mieszaną, t. j. po pewnej liczbie wstrzyknięć podskórnych radzi przejść, z wyjątkiem wypadków ostrych, do lawatyw. Czyniłem to najczęściej po 10-u wstrzyknięciach. Po każdym wstrzyknięciu należy szprykę przepłukać niezwłocznie letnią wodą dla oczyszczenia jej od lepkich resztek surowicy. Wstrzykiwania te nie są bynajmniej bolesne.

Co do lawatyw, chory dokonywa ich sam, albo niezwłocznie po wypróżnieniu, lub też po uprzednim zastosowaniu irygatora ESMARCHA, opróżniającego kiszki.

Używam do tego szklanej szpryki zawierającej 5 lub 10 ctm. sz., do której przytwierdzam cewnik pęcherzowy NELATONA Nr 16-y. Grubszego cewnika brać nienależy ze względu na znaczną stratę surowicy zostającej w grubym cewniku. Aby straty tej uniknąć, często zalecam chorym po zastosowaniu lawatywy odjąć szprykę, zostawiając cewnik na miejscu i zatykając otwór jego palcem, nabrać do szpryki parę grammów letniej wody i wstrzyknąć ją zaraz za surowicą przez cewnik.

Wrzesień, 1909.

### III. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet.

Podał

Michał Pietkiewicz.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego polskiego w Kijowie w dniu 7. października 1909 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 6].

Przypadek 3-i. *Tuberculosis renum bilateralis. Tuberculosis ureteris dextri. Cystitis tuberculosa.*

G. B., 36 lat, rusinka. Odbyla 2 połogi; ostatni 3 lata temu. Od 1½ roku doznaje bolesnego parcia na mocz. Od czasu zjawienia się tego objawu ustała miesiączka, która przedtem byle prawidłowa. Od 10-u miesięcy mocz stale zabarwiony krwią. Oddawanie moczu bardzo częste—do 40-u razy na dobę. 31. X. 1905 zapisała się do oddziału ginekologicznego.

W płucach, sercu, gruczołach i w narządach płciowych zmian żadnych nie znaleziono. Ciężota ciała wieczorami najwyżej 37,5°C. Ilość dobową moczu 2070 do 2240 ctm. sz. Ciężar gatunkowy 1016—1020. Odczyn obojętny. Białka 1‰. Leukocytów 100—150, erytrocytów 50—70 w polu widzenia. Ilość dobową mocznika [według BORODINA]: 15,142 do 17,574 gramów. W osadzie moczu znaleziono prątki gruźlicze po 10 do 15-u w preparacie.

Cystoskopia. Pojemność pęcherza 50 do 60-u ctm. sz. Zabarwienie błony śluzowej koloru ceglastego. Dużo wybroczyn. Ujścia prawego moczowodu nie znalazłem z powodu głębokich owrzodzeń w tej okolicy. Ujście lewego moczowodu bez zmiany.

Katetyzacja lewego moczowodu: Mocz przezroczysty, zawiera 0,3‰ białka i niewielką liczbę leukocytów. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność prątków gruźliczych.

Chromocystoskopia [z karminem indygowym]: Mocz prawej nerki nie zabarwiał się wcale. Mocz z nerki lewej zabarwił się nieznacznie.

Wobec wyniku badań radziłem chorej poddać się operacji nacięcia (*nephrotomia*) prawej nerki. Chora nie zgodziła się na operację i opuściła szpital. O dalszym jej losie nie miałem wiadomości.

Przypadek 4-y. *Tuberculosis renis dextri. Tuberculosis ureteris dextri. Nephrectomia et ureterectomia dextra.*

A. O., lat 22, rosyanka, zamężna od roku. Cięży nie było. Miesiączka co 4 tygodnie, bardzo obfita, czasami bolesna. O. czuje się chorą od roku. Ogólne słabienie i częste bole głowy; czasami bole w krzyżach. Mocz oddaje częściej i znacznie obficie niż dawniej; bolu ani parcia przy oddawaniu mo-

czu nie ma. Mocz stale mętny. W płucach, gruczołach i narządach płciowych żadnych zmian nie znaleziono. Upławów niema.

Cystoskopia [23. V. 1907]: Pojemność pęcherza 300 ctm. sz. Naczynia krwionośne znacznie rozszerzone w okolicy trójkąta LIEUTAUD'a. Brodawka prawego moczowodu nieco powiększona, kształtu nieprawidłowego. Ujście lewego moczowodu bez zmiany.

Kateteryzacja moczowodów. Prawy moczowód: Mocz wydziela się peryodycznie, w bardzo krótkich odstępach czasu, przezroczysty i niezabarwiony, jak woda.

Lewy moczowód: Na początku, w ciągu 5-u minut mocz wydzielał się peryodycznie po 3 krople zupełnie przezroczysty, blade żółtego koloru; później zaś zjawilo się zabarwienie krwawe, które zwiększało się stale. Po wyjęciu cewnika krwawienie ustało natychmiast. Takież krwawienie obserwowałem w kilka dni później przy powtórnej kateteryzacji tegoż moczowodu po 15-u minutach po wprowadzeniu cewnika, który leżał nieruchomo, zjawilo się znaczne krwawienie.

Badanie moczu, otrzymanego z moczowodów, wykazało w obudwu porcyach obecność białka, leukocytów i erytrocytów. Dwukrotne wstrzykiwanie moczu świnkom morskim wyjaśniło, iż nerka prawa zajęta jest sprawą gruźliczą, lewa zaś nerka jest zdrowa.

Operacja [w październiku 1907 r.]. *Nephrectomia et ureterectomia dextra*. Operował prof. ISRAEL w Berlinie.

Okres pooperacyjny pomyślny. Operowana czula się dobrze.

W kwietniu 1909 roku zachorowała na ropne zapalenie ślinianki przysusznej (*parotitis*).

Z powodu obawy ojca, iż mogły u A. O. pozostać jakieś ślady dawnego cierpienia narządów moczowych, miałem możność zbadania jej przy pomocy cystoskopii i kateteryzacji lewego moczowodu 20. IX. 1909 r., t. j. we dwa lata po operacji. Wynik był następujący: Mocz, wydzielający się z pęcherza moczowego, nieco mętny. Pojemność pęcherza 300 ctm. sz. Błona śluzowa prawidłowa, lecz naczynia krwionośne rozszerzone na dnie pęcherza. Brodawka prawego moczowodu zrównała się z otoczeniem, ujście ledwo się zarysowuje na bladym tle śluzówki; na tem miejscu niema ani przekrwienia ani innych zmian nieżytywych. Brodawka i ujście lewego moczowodu prawidłowe; mocz wydziela się przezroczysty.

Badanie moczu wykazało obecność prętków gruźliczych w moczu, otrzymanym z pęcherza, jak również i z moczowodu lewego.

Wygląd badanej zupełnie dobry. Nie uskarża się na żadne dolegliwości i uważa się za zupełnie zdrową. Badanie narządów płciowych nie wykazało żadnych zmian chorobnych.

Przypadek 5-y. *Tuberculosis renis dextri. Tuberculosis ureteris dextri. Tuberculosis vesicae urinariae partialis. Nephrectomia dextra. Sanatio.*

A. Z., 34 lat, polka, *virgo*. Zachorowała 14 miesięcy temu. Częste i bolesne oddawanie moczu. Płuca i narządy płciowe bez zmian. *Insufficiencia mitralis compensata*. Ciężota ciała wieczorami 37,5°C.

Cystoskopia [27. VI. 1907], Pojemność pęcherza 180 ctm. sz. Znaczne przekrwienie śluzówki z prawej strony; miejscami nabłonek złuszczone, wybroczyny; niewyraźne zarysy jakby gruzelków. Ujście prawego moczowodu otoczone ziarniną. Lewa strona pęcherza i górna jego ściana bez zmian. Ujście lewego moczowodu prawidłowe.

Badanie moczu [16. VIII. 1907]: Mocz bladej, żółty. Odczyn słabo kwaśny. Ciężar gatunkowy 1024. Białka 0,2%<sub>00</sub>. Mucyny wyraźne ślady. W osadzie: znaczna liczba komórek wielokątnych, okrągłych i zrzadka ogoniastych. Leukocytów 200—300 w polu widzenia. Erytrocytów 1 na 2—3-ch pól widzenia. Pierwiastków nerkowych i kryształów soli moczowych nie znaleziono. Drobnoustroje: tylko prątki gruźlicze w znacznej liczbie.

Katetyzacja lewego moczowodu: Mocz prawidłowy. Próba katetyzacji prawego moczowodu wywołuje krwawienie; zaniechano katetyzacji.

Doświadczenie z floryzyną: Mocz z lewego moczowodu dał odczyn na cukier po 25-u minutach.

Chromocystoskopia [z karminem indygowym] 11. IX. 1907: z lewego moczowodu po 8-u minutach zaczął wydzielać się mocz silnie zabarwiony; z prawego moczowodu natomiast nawet po 20-u minutach nie było zabarwienia moczu.

Operacja 15. IX. 1907. *Nephrectomia dextra*. Operował dr I. BONDAREW w oddziale chirurg. szpitala miejscowego. Cięcie skośne według BERGMANN'a. Nerka nieznacznie powiększona; zrosty z otrzewną. Na przekroju nerki—2 duże jamy, napełnione miazgą zserowaciałą. W ścianach ich znaleziono prątki gruźlicze. Po operacji chora gorączkowała 9 dni [raz jeden ciepłota podniosła się do 39,0°C]. Objawy chorobne ze strony pęcherza moczowego zmniejszyły się wprawdzie, ale trwały jeszcze prawie przez cały rok, prawdopodobnie wskutek tego, że moczowód wycięty na niewielkiej tylko przestrzeni, dawał bardzo obfite ropienie. Również i rana nie goiła się w ciągu roku. Jednocześnie prawie z zagojeniem rany ustały bole przy oddawaniu moczu.

Operowana przeszło od roku jest zupełnie zdrową. Mocz oddaje 3—4-ch razy na dobę bez najmniejszych dolegliwości. Mocz prawidłowy.

Przypadek 6-y. *Tuberculosis renis dextri. Tuberculosis ureteris dextri. Nephrectomia et ureterectomia dextra. Sanatio.*

B. D., 18 lat, rosyanka, *virgo*. Miesiączkuje prawidłowo. Chora od roku. Anemiczna. Kaszle od dawna. Rzężenia w obu szczytach płuc. W płwocinie prątków gruźliczych nie znaleziono. Ciepłota ciała 37,4°—37,8°C. Mocz bardzo mętny. Na początku choroby było częste oddawanie moczu, połączone z bolesnością w pęcherzu moczowym i cewce. Obecnie bólu przy oddawaniu moczu chora prawie nie ma; mocz oddaje 3—4-ch razy na dzień i raz jeden w nocy. Od czasu do czasu ból w prawym podżebrzu. W narządach płciowych zmian niema.

Chorą przysłał do mnie jeden z kolegów internistów w celu przemywa-



nia miedniczek nerkowych, leczył ją bowiem przez czas długi na „zapalenie miedniczek“ bez skutku.

Cystoskopia 13. IX. 1907 r.: Pojemność pęcherza 300 ctm. sz. Śluzówka nieznacznie przekrwiona. Ujście lewego moczowodu prawidłowe, wydziela mocz przezroczysty. Brodawka prawego moczowodu nacieczona, kształtu nieprawidłowego; z ujścia wydziela się mocz bardzo mętny.

W obec tego, iż sprawa chorobna dotyczyła widocznie jednej tylko nerki, zjawilo się podejrzenie, że tutaj mamy do czynienia z gruźlicą. Posłałem więc do badania mocz, otrzymany zapomocą katetyzacji z obu moczowodów. Wynik był następujący: Mocz z lewej nerki prawidłowy. Mocz z prawej nerki: odczyn kwaśny, ciężar gatunkowy 1013. Białka 0,18‰. Mucy-ny ślady. Leukocytów bardzo dużo, pojedyncze erytrocyty. Wałeczki szkliste 1 na 2—3-ch pól widzenia. Kryształów nie znaleziono. Drobnoustroje: *bacterium influenzae* [badanie dra LUBIŃSKIEGO].

Ponieważ prątków gruźliczych nie znaleziono, zrobiłem więc, stosownie do życzenia kolegi, który leczył chorą, 3 razy w kilkadniowych odstępach, przemywanie miedniczki prawej nerki roztworem lapisu [1:1000]. Po każdym przemywaniu chora odczuwała silniejszy ból w prawym podżebrzu i ciepłota ciała podnosiła się wieczorem wyżej, niż była przedtem. Widząc wynik ujemny, zebrałem powtórnie mocz z obu moczowodów i posłałem raz jeszcze do badania. Tym razem badanie wykazało w moczu z nerki prawej obecność prątków gruźliczych. Szczepienia świnkom morskim potwierdziły rozpoznanie gruźlicy.

Operacja 31. X. 1907. *Nephrectomia et ureterectomia dextra*. Operował dr J. Piwowoński w lecznicy ziemskiej w Rokitnej gub. Kijowskiej. Zrosty obszerne, szczególnie z przeponą, która została przedziurawioną i następnie zeszytą. Nerka znacznie powiększona; torebka przyrośnięta, odłuszcza się z wielką trudnością. W górnym odcinku nerki chęłbotanie. Na przekroju duże jamy, napełnione miazgą zserowaciałą. Moczowód silnie rozszerzony ze ściankami zgrubiałemi; śluzówka jego gęsto usiana gruzelkami. Wycięto  $\frac{2}{3}$  części moczowodu.

Okres pooperacyjny bez powikłań. Operowana opuściła szpital 20. IV. 1908 r. z raną niezupełnie zagojoną; ogólny stan dobry. Obecnie [w październiku 1909 r.] czuje się zdrową i nie uskarża się na żadne dolegliwości. Nie kaszle. Mocz prawidłowy. [D. n.]

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

17. Karol Berger. Barwienie porównawcze laseczników gruźliczych metodami Ziehl-Neelsena, Mucha i Gasis'a.

Na zasadzie badań porównawczych autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Barwienie metodą ZIEHL-NEELSEN'a w celu wykrycia laseczników gruźliczych jest dotychczas niezbędne; zawodzi ono tylko w wyjątkowych przypadkach. Ma przytem tę zaletę, że technika jest nadzwyczaj prosta, a rozpoznanie laseczników zabarwionych na czerwono nie przedstawia żadnych wątpliwości. Do zalecenia jest szczególnie w tych przypadkach, gdzie chodzi o zakażenie mieszane, ponieważ tutaj przy barwieniu metodą GRAMA mogłyby być zabarwione, oprócz laseczników gruźliczych, i inne pałeczki i ziarniaki. Wadą tej metody jest to, że nie wykazuje ziarenkowej postaci laseczników gruźliczych; wprawdzie i ZIEHL-NEELSEN'em barwią się pojedyncze ziarna i pałeczki ziarenkowane, lecz w porównaniu z metodą MUCHA w mniejszości.

2. Metoda MUCHA <sup>1)</sup> [modyfikacja GRAMA] wykazuje pojedyncze ziarenka i pałeczki ziarenkowane; jednostajnie zabarwione pałeczki występują dosyć rzadko; metoda ta jest bardzo cenna, gdyż według niej najlepiej barwią się ziarenka i postaci ziarenkowane laseczników. Wadą jej jest to, że jest bardziej skomplikowaną, niż metoda ZIEHL-NEELSEN'a i co ważniejsze—przy zakażeniu mieszanem może dać powód do pomyłek, gdyż metodą MUCHA barwią się również gronkowce, łańcuszkowce i różne pałeczki.

3. Metoda GASIS'a nadaje się bardzo do wykazania dokładnej budowy laseczników. Żadna inna metoda nie daje tak pięknych obrazów. Ziarenka w lasecznikach barwionych tą metodą występują w postaci kulek okrągłych, silnie przelamujących światło. Pojedyncze ziarna nie barwią się.

4. Autor zaleca metodę MUCHA—ZIEHL-NEELSEN'a. Pałeczki są zabarwione wtedy na czerwono, a ziarenka na fioletowo.

(*Centralblatt f. Bakteriologie. 1910, t. 53, z. 2.*)

*B. Dębński.*

#### 18. L. Labrèze. Metoda antyforminy w badaniu plwociny na laseczniki gruźlicze.

Metoda antyforminy, zaproponowana do badań plwociny na laseczniki gruźlicze przez UHLENHUTH'a, opiera się na własności tej substancji rozpuszczania wszelkich bakterii, prócz kwasoodpornych. Poza wymienionymi bakteriami antyformina (ług w połączeniu z chlorem—*eau de Javelle*) rozpuszcza również śluz, ropę, kał, nawet substancje rogowe.

Autor do badań swoich używał antyforminy fabrycznej w roztworze 25%-ym, i mieszał ją z plwociną w stosunku 2:1 lub 4:1. Po skłóceniu mieszaniny otrzymywał w ciągu kwadransa jednolitą masę, do której, w celu zmniejszenia jej ciągliwości, dodawał czasem nieco wody destylowanej. Osad w większości przypadków należy dokładnie przemyć i przesączyć, w celu usunięcia antyforminy, która utrudnia w znacznym stopniu utrwalenie preparatu. Gdy osad, w braku wirówki, wypadnie brać pipetą na szkiełko wprost z probówki, można zamiast przemywania preparatu zanurzyć go po wysuszeniu w 2—3%-ym roztworze sublimatu, następnie zmyć w czystej wodzie, wysuszyć bibułą i utrwalić na ogniu. Odbarwiać preparat należy kwasem siarczanym i alkoholem. Z badań autora wynika, że 25%-a antyformina rozpuszcza w ciągu 24-ch godzin gruczolę zserowaciałą i nawet nie uległa zserowaceniu. Stąd możliwość łatwego stwierdzenia metodą powyższą laseczników gruźliczych w gruczolach zołzowych. Pośród 59-u plwocin, w których inne metody badania nie wykrywały

<sup>1)</sup> Technika. Barwnik MUCHA: 10 ctm. sz. nasyconego roztworu alkoholowego methyl-violet'u BN. w 100 ctm. 2%-ej wody karbolowej. 1) Barwić jak ZIEHL-NEELSEN'em przy nagrzewaniu nad płomieniem. 2) Lugol 1—5 minut. 3) 5%-owy kwas saletrzaný 1 min. 4) 3%-owy kwas solny 10 sekund. 5) Aceton-alkohol ana.

laseczników KOCHA lub dawały wynik wątpliwy, metodą antyforminy stwierdzono je w 25%. Z pomiędzy przypadków, w których otrzymano wynik badania ujemny, autor wybrał trzy najbardziej podejrzane, i płwociny z nich zaszczeplił świnkom morskim: badanie sekcyjne zwierząt po upływie  $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$  miesięcy nie okazało zmian gruźliczych. Na zasadzie danych powyższych autor zaleca metodę antyforminy, jako szybką, niezawią, a pewną.

(*Deutsche mediz. Woch.* 1910. Nr 2).

S. Tuz.

### 19. Bergeron. Rozpoznawanie gruźlicy metodą uchylenia dopełniacza.

BERGERON zbadał zapomocą metody MARMORKA <sup>1)</sup> 213 przypadków: 133 gruźliczych, 6 wątpliwych i 74 niegruźliczych. Ze 133-ch gruźliczych w 131 przypadkach był brak hemolizy lub hemoliza była częściowa, czyli że odczyn biologiczny wypadł zgodnie z kliniką. W 2-u przypadkach była hemoliza całkowita, czyli że odczyn biologiczny nie wykrył gruźlicy tam, gdzie ona była, lecz w postaci włóknistej.

Z 6-u przypadków wątpliwych w jednym był brak hemolizy, w 5-u hemoliza całkowita.

Z 76-u niegruźliczych w 67-u przypadkach była hemoliza całkowita, czyli że odczyn biologiczny wypadł zgodnie z kliniką. W 7-u przypadkach hemoliza była częściowa, czyli że odczyn wykazywał gruźlicę tam, gdzie jej klinicznie wykryć nie można było.

W rezultacie więc na 213 przypadków metoda MARMORKA dała wyniki zgodne z kliniką w 204-ch przypadkach czyli przeszło w 95%.

(*Presse Méd.* 1910, Nr 1).

B. Dębiński.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### SEKCJA GASTROLOGICZNA.

#### Posiedzenie dnia 20-go października 1909 r.

1) REJCHMAN przedstawił rentgenogramy żołądka dwu chorych, prześwietlanych w rozmaitych pozycjach i po upływie rozmaitego czasu od chwili połknięcia papki bizmutowej. W pierwszym przypadku istnieje zwięźlenie odźwiernika i przyrośnięcie tegoż do tylnej powierzchni wątroby; przednia ściana żołądka od czasu do czasu sztywnieje i wypukła się, a lekkie fale ruchów robaczkowych przebiegają po niej z lewej strony ku prawej; skutkiem tego granice i kształt żołądka mogą być dokładnie ręką wymacane, a kontury są widoczne na ścianie brzusznej. Obmacywaniem więc i oglądaniem dokładnie określić możemy bez uciekania się do innych metod badania, jako w tym razie zupełnie zbytecznych, że żołądek tego chorego jest rozszerzony, szczególnie ku prawej stronie, że w poprzecznym swym wymiarze dochodzi z lewej strony do linii pachowej przedniej, z prawej zaś do linii sutkowej, a w piono-

1) Opis metody p. *Gaz. Lek. r.* 1909, Nr 23, str. 519.

wym wymiarze nie przekracza linii pępkowej w pozycji leżącej, znajdując się nad nią na 1—2 poprzeczne palce, w pozycji zaś stojącej opuszcza się pod tą linię też na 1—2 poprzeczne palce. Takie przypadki widocznego żołądka najlepiej się nadają do sprawdzenia wartości rentgenoskopu do oznaczenia położenia, wielkości, ewentualnie pojemności i kształtu tego organu. Z otrzymanych czterech rentgenogramów [na posiedzeniu przedstawionych], widać, że we 20 minut po przyjęciu przez chorego zwykłej ilości papki bizmutowej t. j. 250 grm. w pozycji leżącej, pokazał się cień kształtu podłużnego, u góry szerszy, a ku dołowi stopniowo zwężający się, rozpoczynający się od góry w dość znacznej odległości od dolka podsercowego i od łuku żebrowego lewego, a kończący się ku dołowi po lewej stronie tuż nad pępkiem; cały ten cień znajdował się w lewej połowie okolicy nadpępkowej brzucha, nie dochodził na prawo do linii pośrodkowej ciała, a na lewo nieco tylko przekraczał linię sutkową lewą. Przy użyciu tej samej ilości papki bizmutowej, po upływie 25-u minut w pozycji stojącej ukazał się w okolicy pępkowej cień poprzeczny, którego górna granica znajdowała się na 1 poprzeczny palec ponad linię pępkową, dolna na 2—3 poprzeczne palce pod tą linią, lewy koniec dochodził do linii sutkowej lewej, a prawy przekraczał nieco pępek na prawo.

Przy napełnieniu żołądka tą maksymalną ilością papki bizmutowej, którą chory mógł połknąć, mianowicie 500 gramami, w pozycji leżącej po upływie 45-u minut i po upływie 100 minut od chwili połknięcia papki ukazał się cień, większy od poprzedniego, też podłużny, sięgający bardziej na prawo, lecz nie dochodzący do linii białej, z wyjątkiem tylko dolnej, wygiętej na prawo części, która przekracza nieco na prawo linię pośrodkową ciała, cały prawie zatem cień znajduje się w lewej połowie okolicy nadpępkowej; górna jego granica rozpoczyna się niżej dolka i łuku żebrowego lewego, dolna nie dochodzi do pępka na 2 poprzeczne palce, lewa zaś dochodzi prawie do linii pachowej przedniej. W pozycji stojącej, przy tem samem napełnieniu żołądka papką bizmutową, otrzymano cień tak samo, jak poprzedni położony, węższy u góry, szerszy u dołu, niż w pozycji leżącej, zaczynający się u góry niżej, sięgający ku dołowi dolnego obwodu pępka i przekraczający na prawo u dołu środkową linię ciała w tym samym nieznacznym stopniu, jak cień otrzymany w pozycji leżącej. U drugiej chorej, dotkniętej też nowotworem żołądka, po rozcięciu tegoż kwasem węglanym, okazało się w pozycji leżącej, że cały żołądek jest opuszczony, że guz podłużny zajmuje małą krzywiznę i górną część przedniej ściany żołądka, lewa granica dochodzi do linii pachowej przedniej, dolna przekracza ku dołowi na 2 poprzeczne palce linię pępkową, a prawa sięga aż do linii sutkowej na wysokości 2—3-ch poprzecznych palców ponad linię pępkową. W pół godziny po napełnieniu żołądka 300-u grm. papki bizmutowej, otrzymano za pomocą rentgenoskopu u tej chorej w pozycji stojącej cień podłużny bardzo wązki, znajdujący się na lewo od linii pośrodkowej w dość znacznej odległości, wygięty u dołu ku prawej stronie i dochodzący w tem miejscu do pępka, a ku dołowi sięgający na 1 poprzeczny palec po pod linią pępkową. W okolicy pępka po prawej stronie widać cienkie, ciemne, poprzerywane paski, świadczące, że w tem miejscu przechodzi papka bizmutowa do kiszek, że więc w tej okolicy, w pozycji stojącej, znajduje się odźwiernik.

Na zasadzie tych dwu przypadków, a zwłaszcza pierwszego, R. twierdzi, że przy obecnie praktykowanej metodzie badania, rentgenoskopia nie daje nam dokładnego pojęcia o rzeczywistym kształcie, położeniu i wielkości żołądka, że jedynie wskazać nam może miejsce, w którym znajduje się najniższa linia dolnej granicy żołądka i że o położeniu odźwiernika daje nam pojęcie prawdopodobnie tylko wtedy, gdy ten odźwiernik uległ opuszczeniu. W końcu R. zaznacza, że nie odmawia rentgenoskopii znaczenia wogóle w dyagnostyce

chorób żołądka i że spodziewa się, iż zostaną w przyszłości udoskonalone w rentgenoskopii metody, zapomocą których będzie można poznawać kształt, położenie i wielkość żołądka.

W dyskusyi SIERPIŃSKI sądzi, że ponieważ przypadki, użyte przez R. do badań rentgen., nie należą do normalnych [w jednym odzwiernik był zrośnięty z wątrobą], przeto wnioski nie mogą być ostateczne; HOLZKNECHT pracował może z materiałem bardziej do normy zbliżonym.

MINTZ podnosi ważność podjętej po raz pierwszy przez prelegenta próby kontrolowania danych rentgenoskopii zapomocą innych metod badania, gdy do-  
tąd postępowano przeciwnie.

GRUNDZACH sądzi, że papka bizmutowa przedewszystkiem wypełnia lewą stronę żołądka, potem dopiero, o ile starczy bizmutu, to i prawą.

JUDT wyjaśnia, że w rentgenoskopii żołądka jest jeszcze kilka niewyjaśnionych punktów, które wymagają dalszych obserwacji. Do takich należy teoria HOLZKNECHT'a o najniższym punkcie, zajmowanym przez odzwiernik; przypadek, przedstawiony przez R. dowodzi niesłuszności tego twierdzenia. W sprawie ilości bizmutu, używanej do prześwietlania, obecnie dowiedziono, że duża ilość tego leku działa znieczulająco i zmniejsza ruchy żołądka; jest więc dążenie do zmniejszenia ilości podawanego bizmutu, natomiast dodają więcej gumi arabskiej. Przy ocenie danych rentgenoskopii, ważnem jest położenie chorego i długość badania.

LEŚNIEWSKI przy operacjach najczęściej napotykał zupełnie normalne położenie odzwiernika i ten sam stosunek do sąsiednich organów.

REJCHMAN odpowiada SIERPIŃSKIEMU, że odzwiernik bardzo często zra-  
sta się z wątrobą; LEŚNIEWSKIEMU, że odzwiernik często zmienia położenie i znajduje się dość nisko i że przy prześwietlaniu promieniami ROENTGEN'a idzie nam zresztą nie tylko o odzwiernik, lecz także o cały kształt żołądka.

2) MINTZ odczytał rzecz: „O operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej.“

M. przytoczył 2 przypadki recydywy po operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej. W pierwszym przypadku, w rok po doszczętnem wycięciu pęcherzyka żółciowego i po choledochotomii z następczem sączkowaniem przewodu wątrobnego wystąpiły u chorej bole napadowe, zupełnie identyczne co do charakteru i co do umiejscowienia z bólami przed operacją. Pomimo ciężkich napadów, przebiegających z dreszczami, wysoką gorączką i wyraźną żółtaczką, chora nie poddała się powtórnej operacji. Zdaniem M., mamy w tym przypadku do czynienia z prawdziwym nawrotem kamicy żółciowej, t. j. z ponownem tworzeniem się złożeń w wewnątrzwątrobnych rozgałęzieniach przewodu wątrobnego (*cholelithiasis intrahepatica*).

W drugim przypadku wskazaniem do zabiegu chirurgicznego było rozpoznane przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. Przy operacji znaleziono rozdęty pęcherzyk żółciowy, zawierający guz i cuchnącą żółć, natomiast badanie zapomocą zglębniaka i kleszczyków nie wykazało obecności kamieni ani w pęcherzyku, ani też w przewodach. Operacja polegała na wycięciu pęcherzyka i przewodu pęcherzykowego i na drenowaniu przewodu wątrobnego. W 5½ miesięcy po operacji występują ponowne objawy typowej kolki wątrobnego i odtąd powtarzają się dość często. W 7 miesięcy po pierwszej operacji chory był po raz drugi operowany z powodu *cholangioit. infect.* W *d. choledoch.* znaleziono mętną żółć i drobne kamyczki, składające się z cholesteryny i bilirubinianu wapnia. M. sądzi, że w tym przypadku miał do czynienia z pseudorecydywą, innymi słowy, że podczas pierwszej operacji nie udało się chirurgowi usunąć drobnych kamyków z przewodu wspólnego.

Zdaniem M., wycięcie pęcherzyka z następczem sączkowaniem i przepłukiwaniem przewodów wspólnego i wątrobnego najbardziej chroni od praw-

dziwych i rzekomych nawrotów. W końcu M. omawia wskazania do operacji w kamicy żółciowej.

W dyskusji LEŚNIEWSKI nazywa prawdziwym nawrotem tylko te przypadki, w których wszystkie kamienie zostały z pewnością podczas operacji usunięte; w innych razach mamy tylko nawroty rzekome. Gdyby chirurdowie mieli możność operowania w takich warunkach, aby mogli spokojnie szukać kamieni w przewodach żółciowych i wszystkie usunąć, t. j. gdyby operowali dość wcześnie, kiedy nie wystąpiły jeszcze objawy groźne, to i rzekomych nawrotów byłoby znacznie mniej. Za wskazanie do operacji uważa L. choćby jeden napad zakaźno-ropny, przebyty przez chorego. Co się tyczy sprawy wycięcia pęcherzyka żółciowego, to większość chirurgów warszawskich jest zdania, żeby pęcherzyka żółciowego naogół nie wycinać, jeśli niema w nim wyraźnych zmian, gdyż pozostawiony pęcherzyk może nadal wypełniać swe czynności fizyologiczne i w razie ewentualnej późniejszej operacji może oddać ważne usługi chirurgowi.

REJCHMAN zaznacza, że spostrzegał ogółem 3 przypadki nawrotów prawdziwych, t. j. takich, które wystąpiły po upływie roku co najmniej od operacji. Samo powstawanie nawrotów nie powinno nas dziwić, boć tworzenie się kamieni żółciowych zależy od pewnego rodzaju dyskrazji, której operacja usunąć nie może, w jakimś czasie tedy mogą się utworzyć zupełnie nowe złogi w drogach żółciowych.

LEŚNIEWSKI dodaje jeszcze, że wogóle chirurdowie rzadko spostrzegają nawroty po operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej.

MINTZ odpowiada LEŚNIEWSKIEMU, że np. KEHR nie spostrzegał wprawdzie prawdziwych nawrotów, ale widział dużo przypadków rzekomych nawrotów z powodu pozostawienia przez niego samego kamieni w drogach żółciowych. Co się tyczy budowy kamyków, pochodzących z przewodu żółciowego, to według KEHR'a składają się one z węglanu wapnia i fosforanu wapnia.

W. Róbin.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Redakcyja Medycyny powzięła bardzo szczęśliwą myśl wydania dalszego ciągu i uzupełnienia Słownika lekarzy polskich KOŚMIŃSKIEGO. Nieodżałowanej pamięci bibliotekarz naszego Tow. Lek. włożył w to dzieło wiele pracy i marzył zawsze o jego uzupełnieniu, uważając taką żywą a opartą na dokumentach kronikę za konieczny materiał do historii medycyny polskiej. Dla prędkiego i możliwie dokładnego urzeczywistnienia tej myśli, chodziłoby o zebranie życiorysów i spisu prac drukowanych współczesnych lekarzy. O to właśnie już kilkakrotnie prosi Redakcyja Medycyny, naznaczając jako ostatni termin dzień 1-go lipca r. b.; po tym terminie rozpocznie się już druk Słownika.

— Wyszedł zeszyt IV Pamiętnika Tow. Lek. za rok 1909 i zawiera życiorys prof. I. BARANOWSKIEGO, napisany przez J. PAWIŃSKIEGO, pracę A. JANUSZKIEWICZA z Kijowa, nagrodzoną na konkursie im. KOCZOROWSKIEGO p. t. „O wpływie alkoholu na funkcyje nerek“, pracę W. STERLINGA, nagrodzoną na konkursie im. PŁASKOWSKIEGO p. t. „O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu“ [dokończenie] oraz dalszy ciąg pracy F. GIEDROYCIA p. t. „Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce“. W części urzędowej, t. j. w p r o t o k ó ł a c h z p o s i e d z e ń Towarzystwa zauważyliśmy b. wiele błędów drukarskich, nieprawidłowe używanie znaków przestankowych i niejednostajność pisowni.

— Nakładem księgarni A. BRUGGERA w Tarnopolu wyszło z druku dzieło p. t. „Chemia sądowa“, napisane przez dra A. BOLLANDA, profesora Akademii Handlowej w Krakowie. W książce tej autor opisuje przedwstępne metody badania, sam przebieg badania 1) substancji destylujących się bez rozkładu z parą wodną z roztworów zakwaszonych, 2) substancji organicznych, które z zakwaszonych roztworów nie destylują się z parą wodną, 3) związków metalicznych, 4) substancji nie należących do poprzednich 3-ch grup [badanie mikroskopowe i chemiczne płam krwi]. Wszystkie trucizny oraz sposoby ich wyróżnienia są dokładnie opisane. Na końcu książki w dodatku podaje autor sposoby badania czystości odczynników używanych do dochodzeń sądowych i sporządzenia odczynników. Cena podręcznika, praktycznie i starannie ułożonego [200 stron]—7 kor. 20 h.

— Na III międzynarodowy Kongres higienistów szkolnych, który odbędzie się w Paryżu od 2-go do 7-go sierpnia, zgłosili odczyty następujący lekarze polscy: 1) prof. BŁAŻEK [Przemysł]. a) Krzywa tygodniowa pracy ucznia. b) Wpływ ciężkiej pracy ręcznej na umysł ucznia, 2) J. GAWROŃSKI [Warszawa]. Dom opieki dla zaniedbanych dzieci w Warszawie. 3) T. JANISZEWSKI [Kraków]. Choroby zakaźne w szkołach ludowych krakowskich. 4) S. KOPCZYŃSKI [Warszawa]. Znaczenie systematycznych badań lekarskich w szkole. 5) K. LUTOSZAWSKI [Drozdowo]. Hygiena w wychowaniu fizycznym w ustawach komisji edukacji narodowej. 6) PIASECKI [Lwów]. Organizacja gier szkolnych w Polsce. 7) W. STERLING [Warszawa]. Metody badania znużenia umysłowego. 8) SZYÓWNA [Warszawa]. Pedologia w Polsce. Prócz tego Komitet paryski zażądał wyznaczenia sprawozdawcy do jednego z referatów urzędowych; zaszczytnego tego zadania, na prośbę Komitetu polskiego, podjął się dr W. GOŹDZICKI [Warszawa] i wybrał temat: „Hygiena internatów żeńskich“.

Z powodu tego Kongresu będzie wydana ilustrowana broszura o szkolnictwie polskiem, przeznaczona do rozdania uczestnikom Zjazdu. Materiał do tego wydawnictwa [programy szkolne, sprawozdania Towarzystw higieniczno-wychowawczych, rysunki i klisze] należy przysyłać do sekretarza Komitetu, doc. E. PIASECKIEGO [Lwów, ulica Trzeciego Maja 2].

— Prof. BUJWID został mianowany członkiem Rady do nadzoru nad obrotem środków spożywczych w Wiedniu.

— W roku bieżącym przypada setna rocznica założenia przez znakomitego lekarza berlińskiego HEIM'a Stowarzyszenia przyrodniczo-lekarskiego (*Verein für Natur-und Heilkunde*), które od r. 1833 nosi nazwisko Towarzystwa Hufelanda na cześć znakomitego lekarza i przedstawiciela doktryny witalistycznej, Chrystyana Wilhelma Hufelanda [1762—1836]. Pisma niemieckie lekarskie poświęcają tej rocznicy obszerniejsze wspomnienia.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu pierwszego tygodnia r. b. od dnia 16-go do 22-go stycznia do szpitali warszawskich przybyło 100 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 31, odrą 8, błonicą 4, błonicą 5, różą 6, tyfusem płamistym 3, tyfusem brzuszny 10, zapaleniem płuc 27 i grypą 6.

W tymże czasie zmarło osób 19, mianowicie: na ospę 8, tyfus płamisty 1, tyfus brzuszny 2 i zapalenie płuc 8.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach w dniu 16-ym stycznia wynosiła 3023, a w dniu 22-im stycznia 3041 osób.

— Redakcja „*Journal of the Amer. med. Association*“ ogłasza wezwanie, aby autorowie prac lekarskich podawali zawsze przy swem nazwisku początkowe litery imienia i miejsce zamieszkania. Bez tego bowiem żadna bibliografia nie może być dokładna, jak również autorowie, krytykujący cudze prace, nie mogą posyłać swych prac autorom krytykowanym.

— Od grona osób, zajmujących się organizacją jubileuszu dra HENRYKA DOBRZYCKIEGO, otrzymaliśmy następującą odezwę:

Czterdzieści pięć lat minęło od chwili, gdy HENRYK DOBRZYCKI po ukończeniu wydziału lekarskiego stanął w szrankach bojowników o dobro społeczeństwa. A rozpoczął swą działalność pod świeżym wrażeniem nieszczęść Ojczyzny, ciosów, które złamały wielu i znacznie przerzedziły zastępy działaczy. Tylko garść duchów silnych, czerpiących siły w niespożytem źródle wiary w przyszłość narodu mimo wszelkie nieszczęścia, stanęła wówczas do pracy, aby rozpocząć nową budowę na świeżych zgliszczach... Śród tych budowniczych lepszej przyszłości narodu zajął miejsce poczesne HENRYK DOBRZYCKI. Do pracy stanął z młodzieńczym zapałem, ze świadomością celów. I oto znajdujemy go na wszelkich polach pracy społecznej jak z wytrawnym spokojem, z wiarą w spełnienie zamierzeń, z zupełnem zaparciem, oddaje się całkowiec na usługi społeczeństwa, które ukochał. I czy to idzie o fizyczne odrodzenie narodu, czy o rozwój najwyższych jego aspiracji duchowych, DOBRZYCKI zawsze działa z jednakością ścisłością, z jednakością umiejętnością i jednakością miłością dla kraju.

Zajawszy poważne stanowisko w nauce, dzięki pracom nad gruźlicą, pierwszy w Europie propaguje i urzeczywistnia sanatorium ludowe, pierwszy również rozwiewa legendę o kultunie polskim i wskazuje źródło choroby w braku kultury. Umilowany kraj z bogaciej pragnie, rozwijając naturalne bogactwa zdrojowisk, tworząc nowe ich typy (Sławuta), popierając skutecznie rozwój innych (Pieskowa Skała), ogniskując całą działalność w wydziale zdrojowisk Towarzystwa Hygienicznego, nawołując słowem i czynem do popierania wód krajowych. Wiedząc jaką rolę odgrywa wobec braku wszechnicy prasa naukowa polska, odradza „Medycynę“, wlewając w nią nowe siły i nowego ducha. Z miłości dla ludu pracuje nad sposobami ochrony od wypadków przy maszynach rolniczych. A jednocześnie jako lekarz staje na świeczniku nauki i, zyskując coraz większe uznanie, tysiącom chorych przynosi ulgę w cierpieniach. Rozumiejąc wreszcie, że wyrazem najwyższym kultury danego narodu jest sztuka, popiera ją skutecznie, bądź wydając pracę o ANDRIOLIM, bądź też stając na czele Towarzystwa Muzycznego, jako muzyk ukształcony. Tu dzięki niezmordowanej energii przyczynia się do obdarzenia Warszawy pomnikiem Szopena—tej harfy ducha polskiego.

To też plon żywy tej 45-letniej niezmordowanej pracy budzić podziw powinien. Dziś, gdy po tyloletniej pracy nie ustaje DOBRZYCKI w dalszych około dobra społecznego zabiegach, społeczeństwo zimowe Jego lata umilić ma obowiązkiem i dać widomy wyraz wdzięczności za pracę niezmordowaną.

Jedyną formą tej wdzięczności może być utrwalenie Jego imienia na przyszłość przez stworzenie *funduszu użyteczności publicznej imienia Henryka Dobrzyckiego*. Fundusz ten po zebraniu przeznaczy Jubilat na cel Jemu najbliższy, a tem samem i dla społeczeństwa najużyteczniejszy.

To też zwracamy się do wszystkich tych, którzy zasługi prawdziwe cenić umieją, do wszystkich którzy rozumieją, że społeczeństwo ma obowiązek czczenia swych dobrych synów o składanie osobom, upoważnionym przez Komitet, ofiar na dar jubileuszu, pewni, że wobec zasług Jubilata odezwa nasza skutek odniesie.

Warszawa, Grudzień 1909 r.

KOMITET.

Do numeru niniejszego dołącza się dla wszystkich odbiorców: „Dodatek do numeru 2-go sprawozdań z posiedzeń ginekologicznych“.

SPROSTOWANIE: W N-rze 6-ym na str. 122 w odsyłaczu zamiast: Kieszonki Zast. Ppółksięż. ma być: Kieszonki zastawek półksiężycowych.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.