

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Rozpoznawanie i leczenie raków krtani.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(*Ciąg dalszy.*)

Gruźliczą natomiast naturę danego cierpienia krtani można wykluczyć między innymi na podstawie braku sprawy analogicznej w płucach (badanie fizykalne klatki piersiowej, badanie bakteryologiczne płwociny).

Nie ulega jednakże najmniejszej wątpliwości, że w pewnych, niezbyt zresztą licznych, przypadkach, pomimo krytycznego zestawienia powyżej przytoczonych danych, pomimo znamienego w większości przypadków, jak to już wspomniałem, dla raka obszaru krtaniowego, nie jesteśmy jednakże absolutnie pewni co do prawdziwej natury danego cierpienia krtani.

Pozostaje nam wówczas to, co wielu autorów uważa za «summum criterium» w rozpoznawaniu tego cierpienia—mianowicie próbne wycięcie drogą wewnątrzkrtniową cząstek guza, oraz zbadanie ich pod drobnowidzem.

Czy jednakże metoda ta, rzeczywiście, jako ostatni sprawdzian uważaną być może?

Wspomniałem już, jak na tę kwestyę zapatruje się świeżo John Mackenzie, który metodzie tej nie przyznaje tych

zalet, uważając badanie laryngoskopowe w większości przypadków za najzupełniej wystarczające.

Nie odmawiając bynajmniej metodzie powyższej zalet pierwszorzędných rozpoznawczych — zwłaszcza dla wczesnych postaci raka krtani, muszę tu jednakże zwrócić uwagę na parę następczących się wątpliwości co do uważania metody tej za «summum criterium,» jak to mianowicie bez zastrzeżenia czyni większość autorów, zwłaszcza w ostatnich czasach.

Wątpliwości te dadzą się zredukować do następujących trzech tez:

1) Czy zawsze t. j. we wszystkich przypadkach raków krtani — zwłaszcza w okresach początkowych tego cierpienia, kiedy to mianowicie metoda ta jest wskazana, jesteśmy w stanie, technicznie rzecz biorąc pod uwagę, dokonać próbnego wycięcia cząstek chorobowo zmienionych? Przyczem zaraz odpowiedzieć możemy na to przecząco. W wielu razach — zwłaszcza w okresach początkowych raka krtani wobec rozlanego — częstokroć gładkiego nacieczenia, jest to wprost niemożliwe.

2) Czy tego rodzaju rękoczyn przy raku krtani jest rzeczywiście absolutnie niewinny?

Na powyższe pytanie odpowiedzieć muszę w sposób następujący: prawda, że większość wybitniejszych laryngologów z Semon'em na czele uważa próbne wycięcie wewnątrzkrtańniowe cząstek guza za rękoczyn najzupełniej niewinny, nie pociągający za sobą żadnych zgoła następstw szkodliwych dla chorego.

Pomimo to jednakże znane są w literaturze spostrzeżenia (Newmann'a etc.), które dają nieco w tym względzie do myślenia. Również i autor tej miary, co Schroetter, wspomina, że spostrzegał po tego rodzaju rękoczynach szybszy rozwój sprawy rakowatej w krtani. Wobec tego możeby nie zaszkodziło ograniczyć zastosowanie tej metody do tych jedynie przypadków, w których jest ona absolutnie wskazana.

3) Czy metoda ta daje absolutnie pewne wyniki — jednym

słowem, czy możemy ją bez zastrzeżenia uważać za «summum criterium?» Niestety! i na to pytanie odpowiedzieć musimy przecząco, przytem ujemne wyniki, przy badaniu się zdarzające, mogą być niezależne od anatomo-patologów, którym np. powierzyliśmy do zbadania zbyt małe cząstki tkanek, tak że pod drobnowidzem otrzymuje się obraz, przedstawiający powierzchowne jedynie warstwy, składające się z nabłonka bez otaczającej tkanki łącznej, w której przedewszystkiem znajdują się twory znamienne dla raka. Dalej zdarzyć się może, że dostarczymy anatomo-patologowi twory brodawkowate wtórne wybujałości w sąsiedztwie sprawy rakowej wytworzone. Wtedy również otrzymamy fałszywy wynik badania drobnowidzowego, nie zależny również od anatomo-patologów, a wskazujący na rzekomo łagodny charakter danego cierpienia krtani.

Inna jeszcze może być przyczyna tych ujemnych wyników badania drobnowidzowego nawet w tych razach, gdy dostarczymy anatomo-patologowi cząstki guza w dostatecznych rozmiarach i z odpowiednich miejsc. Może się zdarzyć mianowicie, że nawet najbardziej doświadczony badacz nie będzie w stanie z całą ścisłością rozpoznać natury rakowej danego cierpienia krtani.

Tak np. niezmiernie jest trudno odróżnić t. zw. carcinoma medullare od pachydermii krtani zwłaszcza z rozgałęzieniami (Zapfen) do wewnątrz (B. Fraenkel); również często jest to niemożliwem w przypadkach mieszanych guzów krtaniowych (Mischgeschwülste—Krieg).

Istnieje, niestety, cały szereg przypadków w literaturze specjalnej laryngologicznej (Gottsten'a, Jurasza, Gussenbauer'a Solis Cohenn'a), które dowodnie stwierdzają, że tego rodzaju pomyłki w rozpoznawaniu pod drobnowidzem zdarzać się mogą, nawet najbardziej doświadczonym anatomo-patologom.

Wobec powyższego do metody drobnowidzowego badania w celach dyagnozy raka krtani możnaby zastosować «mutatis mutandis,» to samo, co oddawna już jako postulat

powszechnie jest przyjętem dla rozpoznawania gruźlicy płuc na zasadzie bakteryologicznego badania plwociny, i o ile mianowicie dodatni wynik badania takiego potwierdza w zupełności rozpoznanie kliniczne (choć odnośnie do raka krtani i tu można by uczynić pewne zastrzeżenie, mając na uwadze nieliczne wprawdzie przypadki, gdzie ostatecznie na sekcyi, lub przy ponownem badaniu drobnowidzowem pierwotnie rozpoznawany rak krtani okazał się zupełnie inną sprawą chorobową—że wspomnę tu tylko odnośne przypadki Bescharner'a i Schuwegelew'a), o tyle znowu ujemny wynik badania drobnowidzowego resp. bakteryologicznego żadną miarą za «summum criterium» uważane być nie powinno, zwłaszcza przy istniejących pewnych danych klinicznych, które przemawiają do pewnego stopnia za rakowatym resp. gruźliczym charakterem danego cierpienia.

W tych razach należy przystąpić po pewnym czasie do powtórnego zbadania próbnego drobnowidzowego.

Reasumując wszystko, cośmy powyżej o badaniu drobnowidzowem cząstek guza krtaniowego w celach rozpoznawczych powiedzieli oraz rozbierając krytycznie wszystkie te dane, mimowoli rodzą się w umyśle pewne wątpliwości co do niezbędności stosowania tej metody, a mianowicie, czy w wielu razach — naturalnie w tych jedynie przypadkach, w których na podstawie wyżej wyszczególnionych danych klinicznych nabraliśmy dużego podejrzenia co do rakowatej natury cierpienia krtani, rękoczyn ten wewnątrzkrtańowy rzeczywiście jest niezbędny w celach dyagnostycznych, czy natomiast nie było by racjonalniej w tych mianowicie przypadkach od razu przystąpić do rękoczynu, który by jednocześnie był leczniczym?

Mam tu na myśli rozszczepienie krtani (laryngofissurę) — metodę najzupełniej bezpieczną, która nam przytem oddać może podwójną usługę, będąc jednocześnie metodą rozpoznawczą, wykazującą istotne rozmiary danego cierpienia krtani, czego bynajmniej o laryngoskopii powiedzieć nie można, oraz

«par excellence» leczniczą, o czem zresztą w innym miejscu będzie szczegółowo mowa.

Jednocześnie doszczętnie usunięte podczas laryngofissury tkanki chorobowo zmienione, mogą i powinny być zbadane w każdym przypadku pod drobnowidzem, który tym razem napewno (z wyjątkiem tych nielicznych przypadków, o których wspominałem powyżej) wykryje istotną naturę danego cierpienia krtani. A nawet — przypuśćmy najgorsze, żeśmy się pomylili w naszych podejrzeniach, że mikroskop nie wykryje raka krtani, lecz inną jakąś sprawę chorobową n. p. brodawczaka, pachydermiam, mięsaka lub nawet gruźlicę, czyż rękoczyn ten będzie w tych razach zbyticzny, lub, co ważniejsza, szkodliwy?

Bynajmniej, nawet w tych wyjątkowych przypadkach metoda ta nietylko chorym nie zaszkodzi, lecz w wielu razach raczej pożytek im przynieść może, usuwając radykalniej chorobowo zmienione tkanki, aniżeli by to można było uzyskać na drodze wewnątrzkrtańowej.

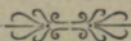
Tak czy owak pozostaje, przynajmniej według mojego zdania, rozstrzygnięta pierwsza część mojej tezy, na wstępie umieszczonej t. j., że wczesne rozpoznanie raka krtani jest najzupełniej możliwe.

A jeżeli tak, to i druga część tezy t. j. radykalne, skuteczne leczenie tego cierpienia w początkowych zwłaszcza okresach, jako w pierwszej linii od wczesnego rozpoznania zależne, staje się również możliwem. Czy rzeczywiście leczenie to — naturalnie mowa tu jedynie o operacyjnem, jako jedynie racjonalnem w tem cierpieniu, wszystkie inne bowiem środki i metody lecznicze, nie wyłączając nawet świeżo przez Scheppegrella i innych zalecanych promieni Roentgen'a, mają tylko znaczenie objawowych, mających na celu przedewszystkiem łagodzenie istniejących przykrych dla chorego objawów, jako to bólów przy łykaniu i t. p., czy rzeczywiście, powtarzam, leczenie operacyjne jest tak skutecznem przy raku krtani, że o radykalnem, t. j. zupełnem wyleczeniu tego cierpie-

nia jesteśmy upoważnieni mówić, zaraz się przekonamy. I znowu, jak w pierwszych 2 moich pracach, opierać się tu będąc na danych statystycznych, pomimo orzeczenia Semon'a, że raczej szkodzą one, aniżeli pożytek przynoszą (eher schaden, als nutzen), z którym to twierdzeniem pomimo całego uznania, jakie mam dla autorytetu autora, żadną miarą zgodzić się nie mogę. Moje mianowicie statystyki odnośnie stwierdzają niezbicie wielką pożyteczność tego rodzaju zestawień w ocenianiu wartości różnorodnych metod operacyjnych w leczeniu raków krtani.

Że tak jest, postaram się to bliżej uzasadnić.

(C. d. n.)



DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

348. Mikulicz. **Przyczynk do fizjologii gardzieli i wpustu żołądka** (Mitteil. a. d. Grenzgebiet der Med. u. Chirur. 12 Bds. 5 Heft, 1904.) U ludzi bez krtani i u psów autor badał stosunki ruchu i ciśnienia w gardzieli i otrzymał następujące wyniki. Gardziel u dorosłego człowieka jest zamknięta tylko w szyjowej swej części, w piersiowej zaś części przedstawia się jako otwarta rurka, w spokoju zawierająca powietrze, które przy połykaniu usuwa się tylko częściowo, a przy kaszlu tylko chwilowo zupełnie. Ciśnienie w gardzieli w spokoju nieznacznie jest niższe niż, w powietrzu zewnętrznym, opuszcza się przy silnem wdychaniu do — 20, podnosi się podczas wydechania na \times 20 słupa wodnego, przy kaszlu ciśnienie podnosi się do 160 mm Hg, a przy połykaniu do wysokości 0,8—22 cm. słupa wodnego. Wpust żołądka w spokoju ściśle jest zamknięty (napięcie mięśnia i zamknięcie kłapy), przepuszcza z łatwością płyny i gazy w kierunku do żołądka i bez połykania, w kierunku zaś ust tylko z trudnością. Wpust odmyka się od gardzieli automatycznie, jak tylko ciśnienie wśródgardzielowe przechodzi pewną granicę; jeżeli przewyższa ono ciśnienie w żołądku, to odmykała się kłapa, nervus

vagus odruchowo rozszerza mięsień okrężny wpustu. Ciśnienie wśródgardzielowe, potrzebne do otwarcia wpustu, zwykle jest mniejsze, niż ciśnienie słupa wodnego, wypełniającego część piersiową gardzieli. Płyiny i rzadkie pokarmy, połknięte przez górną część gardzieli, spływają dzięki swemu ciężarowi do wpustu, który odmykają automatycznie. Płyiny drażniące chemicznie lub termicznie wywołują odruchowy kurcz wpustu (odbijanie); potrzebne podwyższone ciśnienie do zwyciężenia przeszkód, wywołuje się ruchami przy polykaniu; twarde kęsy posuwają się tu dzięki perystaltyce.

W. Biehler.

349. D-r. Lejars. **Rozpoznanie i leczenie przypadków wywołanych przez zrosty i progi otrzewny.** (Sem. méd. Nr. 12, 1904). Autor zaznacza, że nie będzie mówił o przypadkach zrostów z dziedziny chirurgii—i dzieli te przypadki, które są niezależne od wszelkich zabiegów operacyjnych, na 3 grupy: 1) przypadki, w których zrosty wywołują bóle i zaburzenia funkcjonalne poronne (fruste), 2) przypadki zaciśnięcia kiszek ze wszystkimi możliwymi postaciami, 3) przypadki typowe—które przypominają do złudzenia to lub inne cierpienie jamy brzusznej. Do 1-ej grupy należą wszystkie te przypadki, które są wywołane przez uderzenie w brzuch. Autor przytacza prócz swoich spostrzeżeń kilka przypadków Créde, Noack'a i Swojekhotow'a. Zauważyć się tu dają następujące objawy: bóle, kolki, wymioty (często krwią) biegunka lub obstrukcja, ataki pseudookluzyi. Wszystkie te objawy występują w kilka miesięcy lub lat po uderzeniu, a gdy chory, zmęczony bólami, zgadza się na operację, którą chirurg przedsięwzię, przypuszczając owrzodzenie żołądka lub nowotwór—znajduje zawsze przy laparotomii zrosty, po usunięciu których chory szybko wraca do zdrowia.

Zrosty te są zazwyczaj resztkami jakiegoś procesu zapalnego miejscowego, oddawna wygasłego: ulcus ventriculi, angiocholecystitis i t. p. Są jednak i zrosty wrodzone (Perman przytacza przypadek: u chłopca 22 letniego, który od ósmego roku życia cierpiał na kolki w okolicy pępka w szczególności po jedzeniu, po zrobieniu laparotomii znaleziono zaokrąglony sznurek, idący od pępka, a przedłużający jak gdyby—*liqamentum teres*, w dolnej części flexura sigmoidea, w tem miejscu, gdzie ona ginie w postaci wachlarza. Po przecięciu

sznurka — esonato-pępkowego chory wyzdrowiał. Wreszcie, bez względu na to, jakiego pochodzenia i jakiej natury jest zrost lub droga włóknista, klinicznie przypadki będą do siebie podobne, możemy tu też odróżnić: a) postać gastryczną b) postać kiszkową, c) postać miednicy, t. zw. forme pelvien, ne). Ataki kolki kiszki pojawiają się zwykle nagle, przechodzą szybko, powtarzają się często i prawie zawsze w tem samym miejscu, należy więc dobrze dany ból zbadać, nim go się złoży na karb neurastenii lub newralgii. W szczególności w miednicy bóle takie odpowiadają zrostom (około macicy lub jajników). Często nawet można postawić rozpoznanie apendicitis operacja tymczasem wykazuje tylko istnienie zwykłych zrostów (Gersuny) w szczególności u kobiet.

Jeżeli znajdujemy się wobec osobnika, przedstawiającego objawy, o których wyżej, objawy pozwalające przypuszczać zrosty, to, mówi autor—należy zawsze zrobić laparotomię próbną, a następnie operację oswobodzającą (liberatrice) chorego od zrostów, które, istniejąc, są przyczyną wszystkich zaburzeń, gdy zaś je usuną, pacjent powraca do zdrowia.

Co do drugiej grupy (zwężenia kiszki), to wiadomo, że 30% okluzji kiszki jest przyczyną zrostów i progów otrzewny. W tych przypadkach należy operować jak najszybciej.

Do 31 grupy należą te przypadki typowe, które naśladują pewne wiadome cierpienia żołądka, np. wrzód okrągły lub rak żołądka, kolkę wątrobianą i t. p. Zrosty w okolicy epigastrium były już znane dawniej — opisywali takie przypadki (Jerrier, Paton), t. zw. pseudo-nowotwory epigastyczne, gdzie paczka zrostów omentum brana była za nowotwór, w innym znów przypadku wzięto zrosty za kamień żółciowy.

Czasem te pseudo-nowotwory bywają b. twarde — zdaje się, że je można od razu wyciąć. Przy laparotomii okazuje się, że są to zrosnięte kiszki, omentum i t. p., które z wielką ostrożnością jedne od drugich oddzielać trzeba, czasem znów są zrosty miękkie, konsystencja ich często się zmienia—co nawet ułatwia niekiedy rozpoznanie. Przy usuwaniu zrostów trzeba oddzielać powoli i starać o zupełne wycięcie powłoki tkanki włóknistej-bliznowatej tylko tym sposobem można chorego uchronić od recydywy, t. j. od powtórnych zrostów; w niektórych przypadkach przyłączają się jeszcze do operacji usuwania zrostów takie operacje, jak pyloroplastia

lub gastroenterostomia (wszystko zależy od miejsca i od stopnia zrostów), enteroanastomozę i t. p. jest to jednak, jeszcze lepsze, niż wycinanie ścianek żołądka lub kiszki, nieuniknione w niektórych przypadkach.

Dr. med. Matylda Biehler.

350. D-r. H. Erni. **Objaw t. zw. signe de tapotage w gruźlicy płuc z kawernami** (Sem. méd. Nr. 10, 1904). Autor obserwował już kilkakrotnie objaw t. zw. Klopfpfänomen, signe du tapotage u chorych dotkniętych gruźlicą płuc, mógł nawet na zasadzie tego objawu rozpoznać istnienie jam w płucach. Wywołuje się ten objaw, perkutując trzonkiem noża (ostrze trzyma się w ręce) wierzchołek płuc. Ruchy powinny być tylko przy wgięciu ręki (nie perkutować całym ramieniem, uderzać nie trzeba z siłą, ostrze trzymać za pomocą wielkiego palca i wskazującego, opuszczać lekko trzonek na klatkę piersiową, od której tenże odskakuje.

Jeżeli u niektórych chorych, dotkniętych gruźlicą płuc i posiadających kawerny, perkutować w ten sposób (bądź z przodu, bądź z tyłu u wierzchołka), to przy każdym uderzeniu chory kaszle i wyrzuca plwocinę, trwa to zaledwie kilka sekund.—To jest właśnie ów objaw «tapotage». Jeżeli perkutując w ten sposób, zbliżamy się do miejsca, które będzie reagowało, to chory doznaje uczucia, jak gdyby się wewnątrz coś poruszało—jeżeli perkutować kilkakrotnie jedno i to samo miejsce, to występują tam wybroczyny podskórne, czego zauważyć nie można w miejscach nie odpowiadających jamom.

Objaw ten otrzymujemy tylko w okolicy wierzchołka, przestrzeń, na której objaw ten zauważyć się daje, kończy się na granicy 3-go żebra z przodu, z tyłu zaś u grzebienia łopatki, najlepiej reaguje przestrzeń w zagłębieniu supraklawikarnem. Autor znajdował ten objaw w 10% obserwowanych przypadków, dodaje on też, że jest to jedna z najlepszych danych istnienia kawerny. Arndt wyraża tu nadzieję, że może z czasem perkutowanie takie będzie nietylko objawem, lecz stanie się środkiem leczniczym kawern, zauważył on bowiem, że przy pierwszej perkusji plwocina jest gęsta, zawiera dużo ropy, przy następnych zaś staje się owa rzadszą i bardziej przezroczystą, zatem jama opróżnia się, co może w niektórych przypadkach pozwolić jej zablźnić się, jeżeli więc chirurg robi czasem pleurotomię dla pozbawienia powierzchownej jamy jej zawartości, to dlategoż nie próbować perkusji jako środ-

ka uwalniającego jamę od tejże samej ropy--nie wystawiając chorego jednocześnie na niebezpieczeństwo operacji, która ostatecznie nie zawsze pomaga? Autor tem większe w perkutowaniu takim pokłada nadzieje, że po pewnym czasie, gdy jama dość dzięki t. zw. tapotage się opróżniła, dane miejsce mniej reaguje na perkusję, gdyż ścianki jamy, zbliżając się, stają się bardziej odpornymi.

Tymczasem autor zadowolnia się otrzymanymi wynikami—pozostawiając resztę czasowi.

Matylda Biehler.

351. Zorzi. **Leczenie za pomocą gl. thymus choroby Basedow'a u dzieci.** (Pediatria, grudzień 1903.) Zachęcony dobrymi wynikami, jakie Owen otrzymał, lecząc chorobę Basedow'a za pomocą peptonizowanej grasicy — przez sztuczne trawienie (dla polepszenia smaku), w dawkach 1 do 2 gr. dziennie, autor używał grasicy w 3-ch przypadkach u dziewczynek od 8 do 9-ju lat cierpiących na chorobę Basedow'a. Używał do tego emulsyi glicerynowej grasicy (emulsyą taką posługiwał się już D-r Marcolongo z dobrymi wynikami u dzieci anemicznych). Jedną z dziewczynek zabrano ze szpitala po kuracji 6-o tygodniowej, tak że wyniki nie są wiadome. Druga leczona była emulsyą przez 3 miesiące, trzecia przez 2, u obydwóch zauważono wkrótce znaczne polepszenie, w szczególności znikło bicie serca i tachykardia, w końcu wszystkie objawy choroby Basedow'a zostały usunięte. Autor, acz zadowolony z otrzymanych wyników, zaznacza, że nie pewnego o powyższej opoterapii grasicowej powiedzieć nie może, a to dlatego, że zbyt krótko mógł obserwować małe pacjentki, nie wiadomo więc, czy nie nastąpiła recydywa, tak częsta w tej chorobie.

Matylda Biehler.

352. Woolsey. **Rozpoznanie i leczenie ostrego zapalenia trzustki.** Rozpoznanie ostrego zapalenia trzustki autor stawia w tych przypadkach, gdzie choroba wybucha nagle, rozpoczynając się bólami brzucha, odbijaniem, wymiotami i silnym napięciem mięśni brzusznych. Przy ciepłocie niżej normalnej chorzy giną wśród zapaści zwykle około 5-go dnia, jeżeli nie było interwencji chirurgicznej. Możliwym jest błędne rozpoznanie tej choroby, jako zamknięcie światła kiszki lub ropne zapalenie otrzewny wskutek przedziurawienia kiszki. Trudniej jeszcze rozpoznać tę chorobę w przypadkach

podostrych; cukromocz, zjawiający się w pierwszych dniach choroby, tłuszcz i niestrawione włókna mięśniowe w kale ułatwiają właściwe rozpoznanie. Leczenie może być tylko chirurgiczne: jaknajwcześniejsza laparotomia, opróżnienie jamy otrzewny z płynu septycznego i drenowanie. Nawroty choroby są możliwe, gdyż operacja nie może być radykalną; ale zdarzają się rzadko. Jeżeli operacja nie będzie wykonaną dość wcześnie, rozwija się rozlane ropne zapalenie otrzewny. (Zentralbl. f. Chir. Nr. 13, r. 1904). *A. Fitkal.*

353. R. Gaultier. **Niezwykłe powikłania raka żołądka.** (Archives générales de Médecine, Nr. 11, r. 1904). Autor w samym początku opisuje szczegółowo przypadek, przez siebie obserwowany i przedstawiający nader rzadką komplikację raka żołądka u kobiety, nie rozpoznanego za życia. Chora owa przybyła do szpitala z gorączką i objawami ropnego zrazikowego zapalenia płuc. W ciągu 4-ro tygodniowego jej pobytu w szpitalu nie zauważono żadnych objawów żołądkowych; chora zmarła przy objawach ogólnego wyczerpania. Na sekcji znaleziono na tylnej ścianie żołądka masy rakowate, które, wrzodziejąc, przedziurawiły ją. Tym sposobem jama żołądka miała komunikację z olbrzymim ropniem podprzeponowym. Autor podnosi rzadkość tego przypadku. Rzeczywiście, ropień podprzeponowy z powodu przedziurawienia żołądka pochodzenia rakowatego notowano dotąd 2 razy. Dalej, samo przedziurawienie żołądka, zależne od raka, jest rzeczą nader wyjątkową; wiadomo bowiem, że rak rozszerza się zwykle po powierzchni ściany żołądka, a nie drąży w głąb, jak to ma miejsce przy wrzodzie okrągłym. Brinton naprz. spotkał przedziurawienie żołądka, zależne od raka, 21 razy na 507 przypadków; A. Robin 2 razy na 110; Mathieu ledwie wspomina o tej komplikacji raka, również jak i prawie wszyscy poważni autorowie.

Berrier w swej pracy z r. 1902 o przedziurawieniach żołądka, zależnych od raka, powstałego na tle wrzodu okrągłego, na zasadzie swych licznych spostrzeżeń, dzieli owe przedziurawienia na 2 grupy. Do pierwszej zalicza takie przedziurawienia, które poprzedza proces ropny, zależny od nowotworu między ścianą żołądka, najczęściej przednią i ścianą brzuszną (perigastritis suppurativa); zawar-

tość ropnia toruje sobie drogę na zewnątrz przez skórę; na koniec przedziurawia się ścianka żołądka i tworzy się fistuła żołądkowo-skórna. Do drugiej grupy zalicza te przypadki, które przebiegają wśród objawów wrzodu okrągłego. Tu przyczyna przedziurawienia jest wyraźna: dziurawi nie nowotwór, lecz wrzód okrągły, a nowotwór dopomaga mu tylko w tej pracy niszczącej. Przypadek swój autor zalicza do pierwszej grupy. Zapalenie zrazikowe ropne, zdaniem autora, wywołały zarazki, które najbliższymi drogami limfatycznymi dostały się do płuc z ropnia podprzeponowego.

A. Fitkał.

354. Dr. Juliusz Sigel. **Przyczynek do dyagnozy raków żołądka.** „Zur Diagnose des Magencarcinoms“ Nr. 12 i 13. 1904. Usiłowania wynalezienia specyficznych objawów raka żołądka nie odniosły dotąd pożądanego skutku. W trudnych pod względem dyagnostycznym przypadkach raka żołądka objawy takie, jak: brak wolnego kwasu solnego, obecność kwasu mlecznego w zawartości żołądka, trawienna leukocytoza, oraz ukryte krwotoki żołądkowe—nie są ani dość pewne, ani dość wczesne, aby mogły być wystarczającą podstawą do rozpoznawania. Tymczasem bezskuteczność terapii wewnętrznej w przypadkach raka żołądka wogóle, oraz możliwość dobrego wyniku pomocy chirurgicznej jedynie we wczesnych przypadkach, tembardziej podkreślają potrzebę umożliwienia wczesnego rozpoznania raka. Dla osiągnięcia tego celu, ostatnimi czasy różni autorzy podają następujące sposoby:

- a) Reakcją tryptofanową;
- b) Określanie zawartości białka według Salomon'a;
- c) Próby (doświadczenia) Gluzińskiego;
- d) Poszukiwanie kwasu tłuszczowego w moczu.

Erdmann i Winternitz w traktacie swoim o proteinochromie—substancyi białkowej, powstającej jakoby przy głębokim rozkładzie białka, szczegółowo omawiają reakcję tryptofanową. Polega ona na tem, że wspomniana wyżej substancya białkowa wraz z bromem lub chlorem daje reakcję barwnikową, koloru czerwono-fioletowego (tryptophanreaction). Występuje ona w większości przypadków raka żołądka w zawartości płynnej, otrzymanej po próbnem śniadaniu lub próbnym obiedzie, i to tem silniej, o ile się ma do czy-

nienia ze zwężeniem odźwiernika. Ci sami wszakże autorzy zauważyli, że w niektórych przypadkach raka reakcja ta nie występuje należycie, szczególnie zaś we wczesnych okresach raka żołądka. Niezależnie od badań Erdmann'a i Winternitz'a, Glässner próbował reakcji tryptofanowej w 12 przypadkach raka żołądka, otrzymał przytem jeden raz dodatni wynik przy raku, dwa razy w 6 przypadkach wrzodu żołądkowego, oraz jeden raz przy kwaśnym nieżycie żołądka. Sigel stosował tę próbę w 15 przypadkach raka z dwukrotnym dodatnim wynikiem, oraz w 20 przypadkach wrzodu z jednorazowym dodatnim wynikiem. Ztąd wniossek, iż reakcji tryptofanowej nie należy nadawać poważniejszego znaczenia, co potwierdzają jeszcze ostatnie próby Glässner'a. Nowe poglądy na rozpoznawanie raka żołądka podaje Salomon. Podług tego autora, rak żołądka wydziela pewną ilość surowicy, zawierającej białko. Metoda więc jego polega na tem, iż, przepłukawszy uprzednio żołądek 400 cm. sz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, określamy w płynie tym zawartość białka podług Esbach'a, oraz azotu podług Kjeldahl'a. W przypadkach raka żołądka występować powinien w próbie Esbach'a dość obfity kłaczkowaty osad, zawartość zaś azotu powinna sięgać 20 mlgr. na 100 grm. płynu.

Autor (Sigel) podaje odpowiednią tablicę, która obejmuje 20 przypadków chorób żołądka, przeważnie raków i chronicznych nieżytów, pozwalając nam w ten sposób lepiej oryentować się w wyniku prób swoich. Metoda Salomona, będąc wprawdzie do pewnego stopnia pomocniczą w różniczkowaniu chronicznego nieżyty żołądka od raka tegoż, nie daje wszakże pewnych danych w rozpoznawaniu raka, tem samem nie może, zdaniem autora, zasługiwać na szersze zastosowanie. Wspominamy więc o niej pobieżnie, zatrzymamy się zaś dłużej na próbach prof. Gluzińskiego. Próby te pozwalają nam różniczkować raki odźwiernika, powstające na tle wrzodu, i to w tak dalece wczesnych okresach, kiedy zastosowanie operacji radykalnej (resectio pylori) przedstawia wielkie szanse powodzenia. Sposób wczesnego rozpoznawania raka odźwiernika zasadza się, według Gluzińskiego, na zestawieniu subiektywnych oraz obiektywnych przejawów raka wraz ze szczególnem uwzględnieniem występowania wolnego kwasu solnego w zawartości żołądka.

Gluziński opiera się na fakcie (Korczyński i Ja-

worski), że przewlekły nieżyt śluzowy żołądka (gastritis mucosa chronica) rozwija się po uprzednio istniejącym kwaśnym nieżycie, zarówno przy przejściu wrzodu w raka, jak i po wygojeniu się wrzodu. Zadanie rozpoznawcze polegać powinno na możliwości odróżnienia, czy przejściu temu w danym przypadku odpowiada rozwój nowotworu, czy też zabliznienie się wrzodu.

Gluziński, chcąc przekonać się o stopniu zdolności wydzielniczej błony śluzowej żołądka, poddaje go następującym próbom jednego i tegoż samego dnia:

a) Rano chory pości (badanie, czy na czczo żołądek nie zawiera zalegającej zawartości). Przepłukanie żołądka do czystości;

b) Następnie próbne śniadanie (białka kurze), a w 3 kwadransie wyciągamy zawartość żołądka;

c) Próbną obiad (befsztyk), po 4 godzinach powtarzamy poprzednią procedurę, dobywając zawartość żołądka.

O ile w jednej z tych prób, dokonanych tegoż samego dnia, okaże się brak wolnego kwasu solnego, lub też znaczne zmniejszenie jego ilości, jest to wskazówką, przemawiającą za tem, że kwaśny nieżyt przeistacza się w nieżyt śluzowy, albowiem przypadki czystego wrzodu żołądka w próbach tych wykazują zawsze obfitą zawartość wolnego kwasu solnego.

Zupełną więc prawie pewność rozpoznania raka od ulcus pylori mamy wtedy, gdy obok początkowego organicznego zwężenia odźwiernika (stenosis pylori) istnieje mniejsza lub większa niedomoga wydzielnicza, świadcząca o przejściu nieżyty kwaśnego w śluzowy. Ogólną kwaśność (A) w próbach swoich określa Gluziński za pomocą $\frac{1}{10}$ normal. ługu sodowego, jako wskaźnika (indicator) używając 1% alkohol. roztworu fenoltaleiny; wolny kwas solny (L) określa (Gluziński) przy pomocy zmodyfikowanego przez Jaworskiego odczynnika Günsburga (Vanillini 0,10, phlorogluc. 0,20, Alkohol. 10,0). Jeżeli zabarwienie wystąpi szybko i silnie — oznacza HCl wolny jako «wyraźny» lub «bardzo wyraźny,» jeżeli bladoróżowo — «dość wyraźny,» przy słabszym zaś jeszcze zabarwieniu — «w śladach.» Przeprowadzając wymienione trzy próby w tym samym dniu, porównywać można nasilenie otrzymanych zabarwień. Sigel rodzajem próby stosował metodę Gluzińskiego w 18 przypadkach zwężenia odźwiernika, określając L (wolny HCl) za pomocą 0,5% alko-

hol. rozczyну dimethylamidoazobenzolu, związany kwas solny (C) określał podług Sjöqvist'a. Doświadczenia te wykazały, że w grupie przypadków, dotyczących ulceris ventriculi, po każdym jedzeniu, jak i na czczo, znajdowano wolny kwas solny.

Autor badał metodą Gluzińskiego 21 przypadków, podając je w poszczególnych tablicach; z przypadków tych przytoczymy ważniejsze, w których, prócz zjawiska mniej lub więcej występującego zwężenia odźwiernika, znajdujemy dość wyraźną nieomogę wydzielniczą. Mianowicie: rano na czczo dość obfitą wydzielinę o wyraźnej reakcyi na wolny kwas solny, po próbnem zaś śniadaniu lub obiedzie zupełny brak lub słabe oddziaływanie na wolny HCl. Przykłady: u dwóch chorych z jednakowem rozpoznaniem; Stenosis pylori, tumor pylori, gastrectasia, ilość wolnego HCl w 3 wymienionych wyżej próbach przedstawiała wahania, przemawiające w myśl Gluzińskiego za rakiem (raz zupełny brak HCl), co też potwierdziła operacya.

W jednym, prawda, przypadku chemiczne badanie zawartości żołądkowej według metody Gluzińskiego przemawiało za obecnością carcinomatis pylori, w czasie zaś operacyi przekonano się, że guz leży zewnątrz, a badanie drobnowidzowe nie wykazało raka. Potwierdziła to zupełna poprawa chorego, oraz normalny po 5 miesiąc. chemizm śluzówki żołądka (próbne śniadanie: A=68, L=40). Zawiodła również metoda Gluz. w następującym przypadku: 40 letnia szwaczka, przez dłuższy czas nie uważając się wcale za chorą, od dwóch miesięcy skarży się na bóleści, występujące wkrótce po przyjęciu pokarmu, w 3 zaś do 4 godz. następują wymioty, zgaga, odbijanie o kwaśnym smaku.

W wymiotach jak i w wypróżnieniach krwi nie zauważono; przez czas choroby utrata 40 f. na wadze. Badanie obiektywne wykazuje: chora silnie wychudzona, anemiczna, gruczoły nieco obrzmiałe, język nieznacznie obłożony, płuca, serce—bez zmiany, ren dexter mobilis. Żołądek w stanie lekkiego opuszczenia (gastroptosis) i rozdęcia (gastrectasia); z prawej strony powyżej pępka wymacuje się cokolwiek ruchomą guzowatość (tumor), wielkości laskowego orzecha, dość twardą, wypukłą i bardzo bolesną przy silniejszym ucisku. Analiza zawartości żołądkowej wykazała: a) Na czczo: Ogół. kwaś. = 37, wolny HCl = 17; b) po próbn. śniadaniu: Og.

kwaśn.=40, HCl=16; c) po próbn. obiedzie: Og. kwaś. = 46, HCl = 22. Przy powtórnem badaniu również występowały dość wysokie stopnie kwaśności i obecny wolny kwas solny; krwi w stolcach nie było. W myśl wskazówek Gluziń. powinno się orzec w danym przypadku za dobrotliwym zwężeniem odźwiernika. Zastosowana przez prof. Kraus'ego reakcja wykazała wszakże niewątpliwego, rozwiniętego raka, co potwierdziły badania drobnowidzowe. Streszczając wszystkie dane przemawiające pro i contra metody Gluzińskiego, autor dochodzi do tego wniosku, że, chociaż nie jest ona decydująca we wszystkich przypadkach przejścia wrzodu w raka, to jednak w większości przypadków z pomocą niej udaje się postawić prawdziwe rozpoznanie tam, gdzie dotychczas stosowane sposoby zawodziły. Pracę swą autor kończy rozpatrzeniem, jakie szanse przedstawia badanie moczu w celach dyagnostycznych u chorych rakowatych.

Spostrzeżenia Blumenthal'a i innych autorów o występowaniu jakoby indykanu w moczu w raku żołądka, białkomoczu oraz dyazoreakcyi we wrzodziejącym raku, kwasu mlecznego — w raku wątroby, cukru — w raku trzustki i t. p. są tak dalece problematyczne, że brać ich w rachubę w celach wczesnego rozpoznawania raka nie można. Niezwykle zainteresowanie, jakie wywołały w ostatnim czasie badania Strauss'a, Philippsohn'a, Blumenthal'a i Rosenfeld'a nad wydzielaniem się lotnych kwasów tłuszczowych w urynie i pokładane nadzieje co do ich dyagnostycznego znaczenia w chorobach żołądka nie znajdują potwierdzenia w pracach późniejszych autorów, a między nimi i Sigel'a.

H. Grundhand.

355. Otto Frank. **Bezpośrednie notowanie tonów serca.** (Münch. med. Woch., Nr. 22, r. 1904). Autor obmyślił aparat, który przenosi drgania tonów na czułą płytkę (membrana), a następnie optycznie drgania tej ostatniej na film fotograficzny. Zasada jest następująca: ponieważ tony serca wprowadzają w drganie naszą błonę bębenną, więc mogą i inne elastyczne płytki w drganie wprowadzić: ponieważ jednak te drgania mają minimalną amplitudę, więc, żeby je uczynić widocznymi, należy je silnie powiększyć; naturalnie, aparat musi być połączony z klatką piersiową za pomocą zamkniętego słupa powietrznego. Kierując się wyżej wspo-

mnianemi zasadami, autor skonstruował przyrząd następujący: łączy się fonendoskop lub stetoskop (ewentualnie mały lejek) za pomocą rurki gumowej, długiej na 70 ctm., z bębniem, obciągniętym delikatną płytką gumową; poruszenia tej płytki przenoszą się na film wrażliwy na światło, a który za wążką szparą porusza się z równomierną szybkością na bębnieku. Zdjęcie z bębniaka na film jest możliwe za dnia, z powodu specjalnego urządzenia. Jeżeli ten przyrząd połączyć z fonendoskopem, to drugą rurką fonendoskopu badający kontrolować może tony serca. Dużą trudność autor pokonać musiał przy konstrukcyi czulej płytki i następnie drugą przy optycznem zapisywaniu drgań tej płytki. Płytką ma 1 ctm. średnicy i zrobiona jest z najcieńszego kondonu—gumy. Żeby otrzymać poruszenia płytki w zwiększonej formie, autor łączy lustro z płytką tak, jak młotek jest połączony z błoną bębniową; lustro służy do odbijania padającego nań promienia na film, ponieważ zaś lustro jest połączone z błoną, więc oddaje jej drgania za pomocą odbitego promienia filmowi.

M. Hirsz.

356. Dr. E. Knecht. **O działaniu salicylanu sodu na drogi moczowe.** (Münch. med. Woch., Nr. 22, r. 1904). Autor na zasadzie własnych badań odpięra zarzuty zrobione przez prof. Lüthje w Deutsch. Archiv. f. klin. Med., że wszystkie preparaty salicylu: Natrium salicylicum, Aspiryna, Salipiryna, Salol, zgubnie działają na drogi moczowe — mianowicie: często pojawia się w moczu białko, prawie stale nąbłonki ze wszystkich odcinków dróg moczowych w większej ilości, bardzo często białe lub czerwone ciała krwi, stale wałki wszelkich rodzajów i cylindroidy. Autor zbadał 40 chorych (podaje tablice) i doszedł do wyników, wprawdzie nie zupełnie przeciwnych, ale znacznie dla przetworów salicylowych dodatniejszych. W 40-tu przypadkach zrobiono 239 analiz moczu. K. znalazł 34 razy białko, 83 razy wałki. Odrzuciwszy wszystkie okoliczności uboczne, które w niektórych przypadkach mogły wpłynąć na obecność w urynie białka (arteriosclerosis, menses), autor w ostatecznym rezultacie otrzymuje: z 40 przypadków, leczonych salicylanem sodu, w 7-iu można było skonstatować objawy podrażnienia dróg moczowych, którego wyrazem była przez obecność pojedynczych wałków, w 3-ch zaś, z tych 7-iu, przypadkach były ślady białka.

M. Hirsz.

357. Moszkowicz. **Powiększona odporność otrzewny w ostrem zapaleniu ślepej kiszki.** (Archiv für klinische Chirurgie, 72 tom, 4 zeszyt, 1904). Przy nacięciu ropni naokoło ślepej kiszki dotychczas zawsze się obawiano otwarcia wolnej jamy brzusznej i z tego powodu w największej części przypadków nie szukano wcale wyrostka. Autor już od dwóch lat, jak Rehn i Sprengel wyrzekł się tego mylnego mniemania, w każdym przypadku usuwał wyrostek, nie zwracając uwagi na otrzewną. Wyniki przytem były zawsze świetne. Z jedenastu chorych z ropniami ściennymi umarł tylko jeden, z trzynastu z centralnemi ropniami żaden nie umarł, z dziewiętnastu z kilkoma ropniami umarło ośmiu. Otwarcie zatem wolnej jamy otrzewnowej nietylko nie jest szkodliwe, lecz nawet ma tę zaletę, że przy kilku ropniach, które zwykle prowadzą do śmierci, wszystkie się usuwa i żadnego się nie przeocza. Z 14 chorych na rozlane zapalenie otrzewny, które zwykle pojawiało się w pierwszych dniach po operacyi, tylko dwoje umarło. Autor jest tego zdania, że zapalenie ślepej kiszki w większej części przypadków jest najpierw rozlanem i tylko potem umiejscawia się w ropień ograniczony. Dobre rokowanie takiego rozlanego zapalenia otrzewny należy przypisać temu, że stosunkowo dostaje się tylko nieznaczna ilość zarazków do otrzewny, która nie normalnie, lecz przez wydzielenie toksyn z chorego wyrostka znajduje się w stanie podrażnienia i reaguje na to podrażnienie wydzieleniem antytoksyn.

Taka powiększona odporność albo pseudoimmunitas otrzewny, trwająca przez pewien czas, pozwala takowej bronić się przeciwko zarazkom po perforacyi wyrostka i pozwala na bezkarne otworzenie ropni przez wolną jamę brzuszłą.

W. Biehler.

358. L. Cheinisse (Paris). **Czy teorya komarów może być uważana za jedyną podstawę w etyologii i profilaktyce zimnicy i febry żółtej.** (Semaine méd. 23. 1904). Autor podkreśla krańcowość zwolenników poglądu o przeniesieniu zimnicy i febry żółtej przez ukąszenia komarów, którzy w zaślepieniu swem nie uznają już żadnej innej możności przeniesienia tej choroby — jak tylko pośrednictwo tych owadów:

Według orzeczenia oficjalnego raportu wyprawy francus-

kiej—przeniesienie choroby (ż. febry) przez towary nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa; niema też co urządzać kwarantany, jeżeli w danej chwili i w danym kraju niema stegomysu — ponieważ choroba nie może być przeniesiona bez jej pośrednictwa.

Podobnie zdanie wygłosiła komisya amerykańska na Kubie: dezynfekcyja odzieży, bielizny, towarów jest zbyteczna, chociaż by rzeczy te były w zetknięciu z chorymi, ponieważ choroba nie szerzy się tą drogą.

Tymczasem hipoteza ta nie wydaje się tak pewną—aby można wyciągać z niej tak daleko w życie sięgające wnioski.

To samo dotyczy teoryi malaryi. Po pierwsze rozpowszechnienie geograficzne anopheles nie odpowiada zawsze miejscom, w których panuje malarya. Wielu poszukiwaczy znajdowało te komary tam, gdzie zimnicy nie było nigdy, albo gdzie oddawna wygasła: dla miejscowości w Anglii, Francyi (Sergent), Grecyi (Cardamatis). Np. nad brzegami rzeki Essone we Francyi znajduje się więcej komarów anopheles, niż w okolicach Algieru — tymczasem zimnica, dawniej częsta—wygasła w tej okolicy zupełnie—zapewne dzięki ujęciu rzeki i innym urządzeniom higienicznym. Wiadomo też, że pomimo istniejących jednocześnie sporadycznych przypadków malaryi w okolicach nawiedzonych przez komary nie widuje się tam rozpowszechnienia się tej choroby.

Z drugiej strony Montore de Francesco wykazał, że istnieją miejscowości zakażone przez zimnicę, w których nie można wcale znaleźć anopheles. Czy można temu gatunkowi przypisywać monopol, czy nie może być innych dróg zarażania się? W miejscowości Lourmel w Algierze wybuchła epidemia malaryi po obfitych spóźnionych deszczach. Tymczasem pomimo licznych poszukiwań Gross przez cały czas trwania epidemii mógł złapać zaledwie jeden okaz Anopheles.

Grawitz zestawiał paralelę zachorowań na malaryę w 1 i 5 korpusie armii pruskiej: pierwszy stał w Prusach wschodnich, drugi w Poznańskim. Otóż, największa liczba przypadków wypada na wczesną wiosnę, kiedy komarów niema; latem zaś krzywa spada nagle, chociaż żołnierze najwięcej wtedy przebywają pod gołym niebem.

Müller badał te stosunki w Besarabii wśród żołnierzy 14 dywizji piechoty w ciągu lat trzech. Cyfry jego wykazują najwyższy wzrost przypadków malaryi w sierpniu 1901,

kiedy zapewne z powodu wyjątkowo niskiej ciepłoty nie było wcale komarów.

Według prof. Kurłowa z Tomska w mieście tem przypadki zimnicy zaczynają występować w marcu, kiedy leżą jeszcze śniegi, a średnia ciepłota stoi na 10° niżej zera; w kwietniu przypada maximum zachorowań — przy średniej $T^{\circ}+1,^{\circ}2$; analogiczny fakt zauważono dla miasta Kolywań.

Dla febry żółtej teoria «komarowa» została przyjęta tylko przez analogię. Pasożyty odnośne nie zostały bowiem jeszcze wykryte.

Wprawdzie, według doświadczeń Finlay'a, choroba ta przenosi się jakoby przez ukąszenie moskitów, ale nie świadczy to, aby była to droga jedyna. Przytem są tam przypadki choroby t. zw. gorączki Antylskiej, podobne do febry żółtej i według Mendonça — wypadki dodatnie w doświadczeniach Finlay'a i obu wymienionych komisji — przedstawił właśnie tę formę chorobową, a nie febrę żółtą.

Jedynie w doświadczeniach Guitzas w szpitalu Les Animas w Hawanie otrzymano niewątpliwe okazy febry żółtej, sprawdzone przez badanie pośmiertne. Ale — te wydarzyły się właśnie w ognisku tej choroby — mogły być więc wynikiem przypadkowego zbiegu okoliczności, doświadczenia bowiem Reeda, Carroil, Agromosta oraz w S. Paulo — nie były przekonujące.

Zniknięcia ż. febry w Hawanie nie można przypisać zwycięztwu w walce z moskitami, których ilość nie zmniejszyła się widocznie po ustaniu epidemii. Rezultat ten, podobnie jak i w pewnych miastach Brazylii (Santos; de Campinas), gdzie pozbyto się febry żółtej jeszcze przed teorią komarową, należy przypisać uzdrowotnieniu gruntu według zasad higieny «vieux jeu» starego kursu.

Przeciwnie, wojna przeciw moskitom w miejscowościach, gdzie febra żółta sroży się jak i przedtem — nie wykazała żadnych wyników.

Purnell, opierając się na spostrzeżeniach własnych nad występowaniem febry żółtej w różnych miejscowościach, zarówno jak i na podstawie danych z literatury — przychodzi do wniosku, że przenoszenie odbywa się przez przedmioty; że owady mogą mieć bardzo tylko nieznaczny udział i że nie należy zaniedbywać dezynfekcyi. Z poszukiwań tego autora okazuje się, że przedmioty zakażone w jednej epidemii stały

się przyczyną wyniku drugiej po upływie 3 lat, t. j. po przeciągu czasu, w którym wszystkie współczesne pewnej epidemii moskity musiały przecież wyginać. *O. Hewelke.*

359. Prof. Maragliano. **Leczenie swoiste i szczepienie gruźlicy.** (Berl. kl. Woch 1904, Nr. 23, 24, 25). Autor zajmuje się specjalnie kwestyą gruźlicy zarówno w laboratorium jak i w klinice od lat 15; dotychczasowe doświadczenia doprowadziły go do następujących dwóch zasadniczych wniosków:

- 1) Leczenie swoiste gruźlicy jest możliwe.
- 2) Można uczynić ustrój zwierzęcy odpornym na gruźlicę—podobnie jak to ma miejsce odnośnie do innych chorób zakaźnych. Daje to nadzieję skutecznego szczepienia przeciwgruźliczego i u ludzi.

Zmiany w ustroju, zachodzące w gruźlicy, zależą od jadów wydzielanych przez laseczники gruźlicze jak i od trujących pierwiastków, znajdujących się w ich ciałach. Pierwsze—toksyny (otrzymują się z przesączów młodych hodowli) wywołują szkodliwy wpływ na nerwy wydzielnicze i regulujące ciepłotę (obfite poty, spadek ciepłoty).

Drugie—proteiny (rozpuszczają się w wodzie) posiadają działanie — flogistyczne i nekrotyzujące, zależne zapewne od odkrytego przez Schweinitz'a i Dortet'a kwasu nekrotyzującego. Wywierają one przytem wpływ na nerwy naczynioruchowe, odżywcze (troficzne) i regulujące ciepłotę (podnoszą Tr.), zastrzykniętę pod skórę wywołują zapalenie z wysiękiem włóknikowo ropnym i zgorzel tkanki (w płucach ogniska bronchopneumonii), w kościach zmiany podobne, jak przy krzywicy.

Z drugiej strony obecność ich sprzyja szerzeniu się laseczników, przygotowując dla nich grunt przez zniszczenie tkanek.

Jeżeli w jedno udo świnki morskiej zastrzyknąć samą hodowlę las. gruźliczych, a w drugą jednocześnie laseczники z proteinami, to na tej ostatniej rozwój choroby postępuje szybciej.

Przymieszanie się tworów ropotwórczych (Mischinfection) także ułatwia rozszerzanie się sprawy gruźliczej, przyczem mają miejsce i zjawiska zależne bezpośrednio od tych czynników dodatkowych (zjawiska zatrucia krwi).

Doświadczenia autora przekonały go, że w ustroju zachodzą sprawy, starające się unicestwić wpływ laseczników gru-

żliczych; jest to możebne przy nieznacznej ilości tych pasorzyców. Jak to wykazują doświadczenia na królikach, psach, osłach, koniach, krowach — niewielkie ilości laseczników giną w ustroju zwierzęcym, przy wielkich ilościach te sprawy ochronne nie wystarczają i zwierzę ginie.

Surowica różnych zwierząt i człowieka, wykazuje wpływ hamujący na rozwój laseczników gruźliczych—i to w rozmaitym stopniu; można ustanowić pewną skalę siły tej odporności: najwyższą posiada ciełe, dalej idzie krowa, świnia, człowiek, koń, pies, królik, morska świnia. Surowica ostatniej nie posiada właściwie żadnego wpływu powstrzymującego.

Surowica wymienionych zwierząt okazuje także i przeciwdziałanie na jady gruźlicze, choć w mniejszym stopniu. Siłę tę autor określa w następujący sposób: Przez szereg prób określa się ilości surowicy potrzebne, aby uodpornić morską świnkę przeciw śmiertelnej dawce unormowanego rozczyynu jadu, który otrzymuje się przez zagotowanie laseczników w wodzie; jeden jego c. sz. przy podskórnym zastrzyknięciu zabija 100 gr. morskiej świnki (Testgift).

Wreszcie surowica wywołuje (metodą Courmont-Arloing) i aglutynację laseczników, która jest żadną u świnek morskich silną u człowieka, cielęcia, kozy, konia.

Ta potrójna własność surowicy: antitoksyczna, antibakteryjna i aglutynacyjna—może się potęgować, jeżeli zwierzętom zastrzykiwać przetwory gruźlicze. Za pomocą dosowania i badania obmyślonego przez autora, można to wzrastanie określać zupełnie ściśle.

Ciała, którym przypada ta rola w surowicy, a także i w tkankach ustroju, można ogólnie nazwać ciałami ochraniającymi (antitoksynami); znajdują się one w jednych ustrojach w większych, w innych w mniejszych ilościach i od nich to zależy większy lub mniejszy stopień odporności na wpływ wnikających do ustroju drobnoustrojów.

Dane te nasuwają same przez się myśl, czyby nie udało się sztucznie zwiększyć w danym ustroju ilości tych ciał i w ten sposób spotęgować jego odporność. W tym celu M. używał zastrzykiwań wodnego wyciągu z zabitych jadowitych laseczników, do którego dodawał przesączu z młodych hodowli. Najodpowiedniejszymi zwierzętami okazały się: koń, krowa, ciełe.

Zawartość ciał antitoksycznych w surowicy, czyli siłę jej

określano na morskich świnkach w porównaniu z jadem normalnym (p. w.) Stosunek użytej—na wagę—ilości surowicy do wagi uratowanego zwierzęcia określa stopień jej siły ochronnej. Jednostką antytoksyczną będzie 1 gram takiej surowicy, która może uratować 1 grm. wagi zdrowej świnki morskiej. Surowica, której 1 grm. ochrania 100 grm. morskiej świnki posiada 100 jednostek antitoksycznych i t. d. Ciała przeciw bakteryjne i antitoksyczne badano w niej w rozmaity sposób. Dodawano pewne ilości surowicy do hodowli l. gruźliczych i badano w jakim stopniu wstrzymuje się przytem ich wzrost. Wpuszczono silne laseczniki do surowicy i sprawdzano następnie ich zdolność rozmnażania się i zakażania zwierząt. Zastrzykiwano jadowite laseczniki wraz z surowicą zwierzętom i badano, o ile te ulegały gruźlicy.

Następnie określano siłę aglutynacyjną.

Te doświadczenia doprowadziły do wniosku, że surowica posiadająca w 1 c. sz. 1000 jednostek antitoksycznych i zdolność aglutynacji w stosunku 1: 300 może być stosowana do celów leczniczych.

Zawartość ciał ochronnych w surowicy waha się zależnie od postępowania przygotowawczego zwierzęcia. Jeżeli działano jadami to otrzymywano dużo antitoksyn a mało antyciał (protein). Jeżeli wprowadzono ciała zabitych laseczników—to było więcej antyciał a mało antitoksyn.

W ostatnim czasie autor otrzymał surowicę ze zdolnością aglutynacji 1:2000 i posiadającą więcej niż 1000 jednostek w 1 centymetrze.

Zastrzykiwanie tej surowicy zdrowym i chorym zwierzętom i ludziom nie miało szkodliwych następstw. Przeciwnie, pod tym wpływem zwiększają się ilości ciał ochronnych i to w takim stopniu, że należy przyjąć w tem czynny współdziałanie danego ustroju (tylko zdrowego, lub dość jeszcze silnego). Oprócz tego zauważono, że po zastrzykiwaniach zmniejszają się zjawiska zatrucia krwi, albo ustają (gorączka znika, poty się wstrzymują, waga wzrasta). Odpowiednio do tego miejscowo: ogniska zapalne wysychają, ma miejsce rozwój tkanki łącznej, kaszel, ilość płwociny zmniejszają się, laseczniki giną. Taki pomyślny skutek zachodzi w początkowych okresach, brak go zaś przy znacznym upadku sił, przy rozwiniętych suchotach i zakażeniu mięszanem. We Włoszech stosują omawianą susowicę dość szeroko. Na ostatnim kongresie dla

badania gruźlicy w Neapolu prof. Nurcoli zdawał sprawę z 2899 przypadków leczonych surowicą Maragliano. Z 250 przypadków ograniczonej bezgorączkowej gruźlicy było 38% wyleczenia, 49% poprawy. Z 938 przyp. ograniczonej gruźlicy z gorączką — 18% wyzdrowień, 54% polepszenia. Z 665 przyp. rozległej prosichopneumonia tuberculosa bez zakażenia mieszanego—9 wyleczenia, 36% poprawy. Z 712 przyp. z kawernami w 6% wyleczenie, 41% poprawa. W 46% znikła gorączka.

Użycie nowego środka rozszerza się (stosują go i w Ameryce prof. Schweinitz z Waszyngtonu)—a ogólne stosowanie zapewne nastąpi wtedy, kiedy wymagania stawiane dziś dla środka specyficznego przeciw gruźlicy—zejdą do tych granic rozsądnych, w których wogóle można jeszcze czegoś oczekiwać od leczenia wogóle—podobnie jak to widzimy odnośnie naparstnicy, chininy, rtęci.

Nie można też wyciągać wniosku o działaniu tego środka z doświadczeń nad morskimi świnkami zakażonymi sztucznie ogromnymi maskami laseczników gruźliczych. Należy brać pod uwagę zarówno sposób i stopień zarażania się gruźlicą przez człowieka, jak i zdolność samoobronną jego ustroju. Jedynie klinika może tu być instancją rozstrzygającą.

Drugą tezę postawioną przez autora jest, że ustroj zwiększyć może być uodporniony przeciw gruźlicy.

Dowodem tego są fakty, że udaje się utrzymać przy życiu zwierzę, któremu wprowadzono do żyły jadowite laseczniki gruźlicze. Rozumie się, że nie można wstrzykiwać ilości zbyt wielkich, bo wtedy zwierzę ginie od zakażenia krwi, a należy się zbliżać do warunków w jakich przenikanie l. gruźliczych miewa miejsce w rzeczywistości u człowieka. Sprawa nie powinna iść zbyt szybko, inaczej w ustroju nie mogą rozwinąć się odczynu ochronne.

Zmiany, jakie przytem powstają w tkankach ustroju są, jak już była mowa, trojakiego rodzaju: laseczniki giną przez bezpośrednie oddziaływanie tkanki i surowicy, ta ostatnia uzyskuje własności antitoksyczne i aglutynujące.

Imunizację zwierząt można skutecznie w sposób rozmaity i może być ona czynną albo bierną.

Pierwszą otrzymuje autor przez stopniowane wstrzykiwanie zabitych laseczników (dawne sposoby — używanie żywych hodowli — autor zarzucił), albo też preparatu, który nazywa

«pulpa bacillaris.» Jest to sok wyciśnięty z bardzo jadowitych laseczników i przefiltrowany przez sączek Chamberland'a; nie zawiera on żywych laseczników, a pierwiastki ich są tu niezmienione—ani przez ciepłotę, ani przez środki chemiczne. Ta szczepionka działa wybornie i pozwala uodpornić nawet świnki morskie do tego stopnia, że surowica ich osiąga zdolności aglutynacyjnej 1:1000 (u królików 1:2000).

Uodpornienie bierne otrzymuje się przez wprowadzenie do ustroju zwierzęcego ciał ochronnych — antitoksyn i antyciał, otrzymanych z odpowiednio przygotowanych zwierząt. Nie jest to sprawa ściśle bierna, i tu ma miejsce czynny udział odczynowy ustroju. Morskie świnki i króliki można w ten sposób uodpornić w ciągu 4—5 tygodni na ilości jadowitych kolonii, które zwierzęta służące do kontroli zabijają w ciągu 4—5 tygodni. Wprowadzanie ciał ochronnych odbywa się przez zastrzykiwania podskórne, do żył, a także i podając je per os.

Możność otrzymania immunizacji na tej drodze wykazana została głównie przez szkołę włoską.

Doświadczenia przeprowadzone na świnkach morskich i królikach — karmionych surowicą i wyciągiem wodnym ze skrzepów krwi zwierząt uodpornionych — wykazały, że zwierzęta te nabywają, po dłuższym czasie, znacznych stopni odporności. To samo otrzymano na psach. Pies otrzymywał dziennie 5 gr. antitoksyny. Podczas, gdy na wstępie krew zwierzęcia wykazywała aglutynację w stosunku 1:5, najwyżej 1:10—po dwóch miesiącach siła ta wzrosła do 1:50; 1:100, a po 3 do 1:300. Jednocześnie wzmagała się i siła antitoksyczna surowicy. Psom tak przygotowanym wstrzykiwano następnie do żyły stopowej 30 cgr. jadowitych laseczników—przez 20 dni zwierzęta chudły i były chore, ale następnie przyszły do siebie, podczas gdy trzymane dla kontroli pozdychały. Objawy miejscowe u psów uodpornionych były żadne, u zwierząt kontroli — powstały ciężkie owrzodzenia, nie poddające się leczeniu. Podobne doświadczenia przeprowadzone na 2 osłach.

Ciała ochronne u zwierząt uodpornionych przechodzą w mleko, które ze swej strony może dawać zwierzętom spożywającym je ochronę przeciw gruźlicy.

Ten ważny fakt autor sprawdził przez specjalne badania na dwóch krowach. Okazuje się, że siła serwatki mlecznej

wynosi jedną piątą siły surowicy krwi — danego zwierzęcia. Dotyczy to zarówno własności aglutynującej jak i antitoksycznej.

Wreszcie przez podawanie ciał ochronnych przez usta ludziom otrzymano zwiększenie się siły aglutynacyjnej ich surowicy do wysokości 1:50 (na początku — 0) i zdolność antitoksyczną o wartości 200 jednostek w 1 c. sz.

Odnośnie ludzi M. stosuje metodę, którą nazywa postępująca: z początku bierną, potem czynną. W pierwszym okresie zastrzykuje surowicę bogatą w antitoksyny i antyciała po 1 c. sz. co drugi dzień przez 3 tygodnie. W drugim okresie zastrzykują tę samą surowicę, do której dodaje stopniowo zwiększane ilości wyciągu z zagotowanych laseczników gruźliczych. Wreszcie, na zakończenie wstrzykuje sam wyciąg z laseczników w stopniowo zwiększanej ilości. Procedura trwa 3—4 miesiąca i tym sposobem można siłę aglutynacyjną surowicy ludzkiej z początkowej wysokości 1—15 podnieść do 1:100. Autor, rozumie się, nie sprawdzał na ludziach odporności przez zastrzykiwanie żywych laseczników, ale doświadczenia analogiczne na zwierzętach w zupełności pozwalają na wniosek, że tak traktowany człowiek może być uważany za uodpornionego.

Wreszcie w ostatnim czasie autor obmyślił sposób postępowania przypominający — szczepienie ospy ochronnej. Wychodząc z dowiedzionego faktu, że zabite laseczniki są zdolne wywołać w ustroju działania ochronne, autor wywołuje ograniczone ognisko gruźlicze — bez laseczników żyjących — szczepiąc do tkanki podskórnej nieznaczne ilości szczepianki. Wyprobował na zwierzętach ten sposób i przekonał się o wzrastaniu siły aglutynacyjnej ich surowicy — przeszedł do doświadczeń na ludziach. Szczepienie odbywa się na ramieniu; w następstwie występuje podniesienie się ciepłoty, utrzymujące się w na nieznacznej wysokości (38,2) około 2—4 dni. Na miejscu szczepienia rozwija się mały ropień — o zawartości wolnej od lasecz. gruźliczych. Gojenie idzie b. wolno — 3—4 miesiące. Surowica badana podczas tego wykazuje stopniowy wzrost siły aglutynacyjnej (u małej dziewczynki w dzień zaszczepienia 1:10; po 40 dniach 1:20, po 3½ m. 1:25, po 7½ m. 1:100).

Autor sądzi, że pewne fakty kliniczne potwierdzają racjonalność powyższej metody, a mianowicie uważa on za pewnik, że gdy ognisko gruźlicze w kościach, stawach, skórze,

wygoi się bez zabiegu chirurgicznego, to odnośny chory staje się po większej części odpornym na gruźlicę; to samo bywa przy gruźlicy trzewów. Aby takie naturalne czynne uodpornienie stało się możliwem musi nastąpić zupełne wygojenie się ogniska przez własną odporność ustroju.

Autor sądzi, że badania jego otwierają liczne drogi do walki z gruźlicą — a mianowicie dają różne metody zwiększania odporności człowieka w walce z lasecznikami gruźlicy. Sposoby te są pewne i nieszkodliwe. Zwłaszcza uodpornianie przez kanał pokarmowy, przez mleko zwierząt uodpornionych a, prawdopodobnie, i przez ich mięso. Jak długo może trwać działanie ochronne takiego sztucznego uzbrojenia przeciw grożącemu ciągle nieprzyjacielowi — dziś nie można orzec — na to potrzeba i dłuższego czasu i szerszych doświadczeń; w każdym razie kierunek, walki z gruźlicą zdaniem autora jest jeden tylko, to jest staranie się o zwiększenie odporności. Środki dążące tylko do niszczenia laseczników są bez żadnej wartości i bezcelowe.

O. Hewelke.

III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

360. Dr. Stern stosował **agurynę** w długim szeregu przypadków jako środek moczopędny. Działanie występowało nader szybko i dochodziło do swego maximum na 3 — 4 dzień. Środek ten nie posiada ujemnego wpływu na serce lub przewod pokarmowy. Autor stosował agurynę 3 razy na dzień po 1,0, bądź w proszku, bądź w roztworze. Aguryna posiada większą siłę moczopędną od diuretyny dzięki większej zawartości teobrominy, oraz drugiej składowej części octanu sodu. Ilość moczu po agurynie dochodziła do $2\frac{1}{2}$ litrów w przeciągu 24 godzin. (Medicinskoje obozrenie, 1904). *H. K.*

361. Dr. Arturo Nucci (Neapol). **Un nuovo diuretico l'agurina.** (Giornale Internazionale della Scirenze Midiche, December 1903). Autor, który badał ten preparat tak pod względem farmakologicznym, jak i klinicznym, przychodzi do następujących wniosków:

Aguryna jest najlepszym środkiem moczopędnym z dotychczas znanych.

Chorzy znoszą go bardzo dobrze nawet w wysokich dawkach i przy dłuższem stosowaniu.

Aguryna wywołuje o wiele rzadziej od diuretyny działanie uboczne, przytem nie posiada działania zbiorowego. Działanie aguriny jest analogiczne z działaniem diuretyny, lecz jest o wiele silniejsze.

Działanie tego preparatu zaczyna się następnego dnia po rozpoczęciu kuracyi i ciągnie się jeszcze przez 48 godzin po zażyciu ostatniej dawki.

Działanie moczopędne aguriny występuje najwidoczniej w chorobach serca, a także w obrzękach pochodzenia nerkowego, z tym jednakże warunkiem, aby nabłonek nerek dobrze funkcjonował.

W nephritis interstitialis dała dobre wyniki, w zapaleniach miąższowych pozostała bez skutku.

W chorobach serca działanie aguriny potęguje się przez jednoczesne podawanie naparstnicy.

Dawka dla dorosłych wynosi na raz 1,0, na dzień 5,0.

H. K.

362. Dr. Otto Niedner. **W kwestyi stosowania mezotanu.** (Münch. Med. Woch. 1904). Autor utrzymuje, że przy ostrożnem stosowaniu tego preparatu działanie szkodliwe należy do rzadkości. Od dłuższego czasu stosuje autor mezotan w klinice Leyden'a w ostrych i przewlekłych przypadkach gośćca stawowego i raz jeden tylko zauważył zapalenie skóry (dermatitis) jako następstwo tego leku i to wskutek nieostrożności dozorczy, który użył nierozcieńzonego mezotanu.

H. K.

363. Wohl. **Nowy preparat przyrządzony z kory chinowej.** (Therapeutische Monatshefte, Nr. 4. 1904). Jest to preparat, przyrządzony w aptece Hofa w Pfonheim, a mianowicie Elixir Cinchonae peptonatae. Jest to połączenie kory chinowej z peptoną i ewentualnie z żelazem, z nieznacznym dodatkiem wysokoku. Wszystko to przemawia za jego dobrem oddziaływaniem na żołądek i na krew. Autor pierwszy raz spróbował go u chorej, wyniszczonej częstymi porodami i nieżytem żołądka. Wynik był zadowolniający: apetyt znacznie się polepszył, wszystkie potrawy, które przedtem chora natychmiast zwracała, pozostawały w żołądku, stolec zrobił się regularnym i waga ciała w przeciągu dni 14 powiększyła się o 1,5 klgr.

Autor potem dawał ten środek w chlorozie, dysmenorrhoea, przewlekłych nieżytkach żołądka, przy utracie wielkiej ilości krwi po poronieniu.

We wszystkich tych przypadkach wyniki były zadowolniające: apetyt powiększał się, trawienie uregulowało się; po upływie

krótkiego czasu można było zauważyć powiększenie wagi ciała i ilości barwnika krwi: autor poleca ten środek przy:

- 1) przewlekłych nieżytach żołądka
- 2) chlorozie (Dysmenorrhoea)
- 3) po utracie wielkiej ilości krwi i
- 4) przy osłabieniu po porodzie.

W ostatnich trzech przypadkach dodaje on żelazo. Należy jeszcze nadmienić, że środek ten ma przyjemny smak i chorzy go chętniej biorą niż inne preparaty z kory chinowej.

W. B.

364. Stein. **Meteorismus gastro intestinalis i jego leczenie.** (Würzburg. Abhandl. a. d. Gesamtgebiet der prakt. Medicin. Tom IV, zeszyt 3). Jedynym środkiem do usunięcia wiatrów jest opróżnienie jelit za pomocą ławatyw. Na pierwszym miejscu należy tutaj wymienić, wprowadzone w praktykę przez Kussmaula i Fleinera ławatywy z oliwy. Najlepsze wyniki daje taka kuracja przeprowadzona ściśle wedle przepisów Fleinera; dopomóż jej można gdy się przepisze choremu wypicie szklanki wody mineralnej rano na czczo. Gdy mamy do czynienia ze skłonnością do rozwolnień, to najlepiej używać ławatywy z wody lub rumianku. Meteoryzm żołądka najlepiej daje się usunąć regularnymi płukaniami; tutaj należy też i użyć tak zwane środki gorzkie, jako to: Condurango, Quassia amara i herbata z chmielu. Dopomagają kuracji gimnastyka, masaż i leczenie wodą. Co się tyczy ostatniego, to zaleca się ciepłe krótkotrwałe nasiadówki, przy atonicznych postaciach obstrukcyi natryski, a przy kurczowych gorące okłady. Masażu, ma się rozumieć, używać nie wolno, gdy się ma podejrzenie owrzodzeń, przy kamieniach żółciowych, zapaleniu wyrostka—wogóle przy stałym silniejszym bólu. Leczenie lekarstwami daje mało dobrych wyników, jak to wiadomo z praktyki.

Najlepszem okazało się dodanie 1,0 kwasu salicylowego do ławatywy i płukań żołądka. Co się zaś tyczy diety, to należy o tem pamiętać, aby nie wprowadzać więcej pokarmów, niż to z łatwością zużyć mogą jelita. Unikać należy potraw i napojów, zawierających powietrze i wywołujących fermentację, jak na przykład pokarmów, zawierających za dużo tłuszczu i cukru: kapusta, jarzyny i t. d. Chleb należy jeść tylko dobrze wypieczony, chrupki. Bardzo szkodliwymi są napoje, zawierające kwas węglany i płyny znajdujące się w stanie fermentacyjnym.

Do ogólnego leczenia należy dodać systematyczne ruchy, spacer, pobyt w górach i racjonalny sport, dalej najrozmaitsze wo-

dne procedury, jako to zimne obmywanie rano, ciepłe kąpiele, kąpiele nasiadowe z oblewaniem, natryski szkockie i wilgotne owinięcia. Jako leczenie wodami mineralnymi należy tu wymienić kuracje w Karlsbadzie, Neuenahr, Homburg, Tarasp, Kissingen.

W. B.

365. Rosenthal. **Seroterapia dyzenteryi.** Autor otrzymał podczas epidemii w Moskwie doskonałe wyniki w 157 przypadkach, dzięki surowicy — pochodzącej z koni, którym szczepiono hodowle i toksynę bacil. Shiga-Kruse. Dawka surowicy była od 20 — 40 cc., którą powiększano w cięższych przypadkach, w niektórych dochodziła do 140 cc. Surowica dawała doskonałe wyniki w szczególności wtedy, jeżeli ją zastrzykiwano w pierwszych dniach choroby — krew i śluz ginęły wtedy w wydzielinach, bóleści i tenesmus ustawały i wyzdrowienie następowało po kilku dniach. W tych przypadkach, w których zastrzykiwano surowicę w powyższym okresie choroby, wyniki były mniej dobre, wyzdrowienie jednak następowało zawsze, chociaż później — w każdym bądź razie wtórnych zachorowań nie było — u ozdowieńców nie występowały zaś żadne powikłania. Na 157 chorych zmarło 8 — co stanowi 5%, gdy tymczasem przed używaniem surowicy śmiertelność stanowiła 10%. Surowica więc zmniejszyła ją o połowę. Co do czasu trwania choroby u leczonych surowicą, to należy zauważyć, że był on także krótszym: przy leczeniu surowicą chorzy pozostawali w szpitalu 10 dni, bez surowicy 16 dni. (Sem. méd. Nr. 19. 1904).

M. B.

366. Bulling. **Inhalacje z Natrum Phenylpropiolatum przeciw gruźlicy krtani i płuc.** (Sem. méd. Nr. 18, 1904). Inhalacje takie robi się 2 razy dziennie przez $\frac{1}{2}$ godziny. Temperatura plynu równa się 25° — 30° , stopniowo podnosi się ją do 42 , 43 i 45° (jeżeli nie trzeba się obawiać krwotoku). Podobnie wysoka ciepłota wywołuje przekrwienie w błonie śluzowej przewodu oddechowego, co ułatwia działanie środka. Pod koniec posiedzenia dobrze jest przejść stopniowo do 35° . Po inhalacji powinien chory leżeć godzinę i unikać rozmowy. Na początku kuracji bierze się Natrum Phenylpropiol. w 0,5% roztworze, co tydzień podwyższa się o 0,5%, dopóki się nie dojdzie do roztworu 3%. Autor mocniejszego roztworu nie używał, przypuszcza jednak, że w razie potrzeby szkodliwszy roztwór nie może. Często po inhalacjach silniejszym roztworem chory ma gorączkę oraz silniejszy katar miejscowy specyficzny.

Bulling otrzymał bardzo dobre wyniki; w 3-ch przypadkach polepszenie było tak miejscowe, jako też i stanu ogólnego.

M. B.

367. **Torresi. O ławatywach z naparu tytoniu przeciw atonii kiszek.** (Sem. méd. Nr. 19. 1904). Dotychczas stwierdzono, że ławatywy z tytoniu w *occlusio intestinalis* nie powinny przewyższać dawki 1—2 gr. tytoniu, w celu uniknięcia zatrucia nikotyną, tymczasem **Torresi** na zasadzie doświadczeń—dowodzi, że wyższa dawka nie tylko nie szkodzi, lecz, przeciwnie, dobrze robi — i działa nawet wtedy, gdy ezeryna i atropina nic nie pomagają.

Dawka, której używał **Torresi**, równa się 25 gr. liści tytoniu na 1 litr wody, niekiedy dochodził do 30 gr. w przypadku paraliżu kiszek po operacji. Na 7 chorych, leczonych metodą **Torresi**'ego, było 5 wyzdrowień—2 pacjentów zmarło, byli oni jednak już umierający, gdy rozpoczęto kurację. *M. B.*

368. **Anché. Bezskuteczność i niebezpieczeństwo t. zw. „abcès de fixation“ u dzieci.** (Sem. méd. Nr. 20. 1904). Wiadomo, że w niektórych przypadkach aseptyczne wrzody wywołane przez zastrzyknięcie podskórne terpentyny według metody **Fochier** (patrz sem. méd. 1900 r. str. 77 i 159) dają niekiedy dobre wyniki przy leczeniu chorób zakaźnych, albo przy zatruciach. Otoż doświadczenia robione na oddziale **Anché** (Bordeaux) przez asystentów jego: pannę **Campana** i **Codeb-Boiné'a**, wykazały, że rzec się ma zupełnie inaczej u dzieci. Na 5 małych pacjentów (od 3 miesięcy do 3-ch lat), jeden tylko wyzdrowiał—tu jednak nadmienić należy, że wątpliwem jest działanie wrzodu, a to z tej przyczyny, że stan dziecka zaczął się polepszać, gdy wrzód się już był zupełnie zagoił. Dodać też należy, że wszystkie dzieci chore leczone były na poważną bronchopneumon^{ia}. Z 4-ch chorych, którzy umarli, u 2-ch zauważono powikłania wywołane drażniącą injekcją (rozłany obrzęk w jednym przypadku — w drugim zgorzel skóry). Nawet, co się tyczy rokowania, metoda **Fochier**'a nie wiele daje w praktyce dziecięcej: reakcja wywołana injekcją terpentyny, a wyrażająca się utworzeniem wrzodu, uważaną jest za objaw pomyślny, gdy tymczasem 3⁰/₀ dzieci—które reagowały przez utworzenie wrzodu—zmarło. *M. B.*

BIBLIOGRAFIA.

Dr. W. Moraczewski. Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych. Warszawa. Nakł. Biblioteki lekarskiej, t. V, r. 1904, z 90 rysunkami i 4-ma tablicami.

Dr. W. Moraczewski miał myśl dobrą wydania podręcznika swego, od czasu bowiem tłumaczenia podręcznika Wesener'a nie w tym kierunku nie wyszło w naszym języku.

Znany chemik fizyolog dr. Moraczewski zabrał się do podręcznika przygotowany zupełnie, dzięki temu nie jest to kompilacja tylko, ale dzieło, obmyślane i wykonane dobrze.

Autor słusznie zaznacza w przedmowie, że podręcznik mógłby być mniejszy lub większy, wolał się trzymać drogi pośredniej i dał podręcznik treściwy, ale odpowiadający zupełnie założeniu.

Rozdział I autor poświęcił opisowi przyrządów chemicznych i odczynników, bogato ilustrując go trawionkami, co znacznie ułatwia nieobeznanym z pracownią urządzenie jej i zapoznanie się z przyrządami. Dalej idzie badanie śliny, soku żołądkowego, kału, moczu, mleka, krwi, wysięków i organów.

W każdym z tych rozdziałów autor niezależnie od opisu metod podaje i plan badania, co znacznie ułatwia klinicyście korzystanie z podręcznika.

Jako dodatek autor słów kilka poświęcił badaniu przemiany materii, dając sposoby wykonywania tego badania. Na końcu podręcznika znajdujemy spis alfabetyczny, ułatwiający bardzo korzystanie z podręcznika.

Podręcznik ten wybraliśmy jako premium dla naszych przedpłacicieli w roku jubileuszowym, wartość więc jego będą mogli czytelnicy osądzić sami, nadmienimy tylko, że, jak dotąd, jest to pierwsza próba podręcznika oryginalnego w tym kierunku i że za pracę włożoną w to dzieło autorowi należy się szczere uznanie.

J. Z.

Kronika bieżąca.

(Z). Sprawa zdrojowisk krajowych znalazła się znowu na porządku dziennym, podniósł ją kol. Srebrny w „Medycynie,” słuszną

zwracając uwagę na opieszale traktowanie sprawy przez zarządy zdrojowisk, które wymagają poparcia, ale uporczywie wstrzymują się od reform. Kol. S. spotkał ze strony p. Kaprysa w „Kurjerze Warszawskim“ szereg zarzutów, w części słusznych z powodu niezbyt jasnego sformułowania kwestyi, mimo to jednak nie ulega wątpliwości, że zarządy zdrojowe wyteżyć winny wszystkie siły w celu poprawy stanu obecnego, ich bowiem będzie winą, jeżeli nie skorzystają z chwili i na długie lata źle się zapiszą w pamięci chorych. Taki np. Ojów, wybornie kierowany przez kol. St. Niedzielskiego, dzięki apatyi i niechęci właścicieli nie może się rozwijać, a właścicielka, miljonowa pani, żałuje 30,000 rubli na zbudowanie szosy; taki Nałęczów posiada ohydną drogę do kolei, Busko nie może doczekać się mimo istniejącej koncesyi kolejki podjazdowej z Kielc, nie mówiąc o innych zakładach, gdzie źle jest nie tylko z drogą. Ale spychać całą winę na zdrojowiska—było by błędem. Faktem jest, że publiczność nasza, skromna w zagranicznych badach, w naszych zdrojowiskach nabiera niebываłej buty, nic jej nie bawi, nic nie zajmuje, na wszystko sarka. Płacąc w Nauheim, Karlsbadzie i t. p. po rublu i dwa niekiedy za kąpiel, uważa to za rzecz naturalną, u nas cena o połowę niższa zdaje się zbyt wysoką. Skromny obiad w Karlsbadzie wynosi około 1,5—2 guldenów, w naszych zdrojowiskach od 50—75 kop.; na wyzysk w Karlsbadzie nikt nie narzeka, u nas przeciwnie mówi się o niebываłych cenach. Że pod wieloma względami czystość i porządek u nas szwankuje—nie ulega wątpliwości, ale przy dobrej woli każdy może braki rażące usunąć. Oddziaływanie w tym kierunku lekarzy na publiczność jest pożądane, należy skargi chorych oceniać krytycznie i raczej kierować niemi, niż dać sobą kierować chorym.

(Z). Umieszczony w zeszycie XIII odcinek stałego współpracownika naszego, kol. K. Niedzielskiego, zawiera jego osobiste poglądy na sprawę kobiecą, redakcyja zastrzega sobie słowo w tej sprawie, którą na różny sposób omawiają pisma w chwili obecnej.

(Z). Na Daleki Wschód został powołany lekarz dyżurny Pogotowia ratunkowego kol. Stanisław Muszyński.

(Z). 22 z. m. upłynęło lat 7 od czasu otwarcia stacyi Pogotowia ratunkowego w Warszawie. Za przykładem Warszawy poszły: Łódź, Wilno, Kijów, Odesa i Ryga.

(Z). Znakomite dzieło Pozzi'ego „Choroby kobiece“ znalazło tłumacza w osobie kol. Z. Monsiorskiego, druk dzieła wkrótce zostanie rozpoczęty w Bibliotece lekarskiej.

(Z). Jak donoszą pisma miejscowe, wkrótce zostanie ukończone sanatorium dla suchotników w Rudce, подарowanej przez ks. Lubomirskiego. Budynki są już gotowe, brak tylko urządzeń wewnętrznych. Według obliczeń brakuje 30,000 rubli.

(Z). Według wiadomości Kur. Warsz., w Kaliszu ma powstać zakład wodolecznicy. Ponieważ pod Łodzią zakład taki istnieje, rodzi się pytanie, czy zakład w niezbyt odległym Kaliszu ma rację bytu.

(jw). Kol. Ludwik Roch Kaliciński mianowany został ordynatorem szpitala kolei Nadwiślańskich na Pradze.

(jw). Do niewoli japońskiej dostali się oprócz wymienionego już D-ra A. Finkelsteina jeszcze doktorzy: Kiesar, Szwiencow, Matwiejenko, Ryszkow.

(jw). W bitwie pod Wafangou raniony został Dr. Ochotnikow.

(jw). Epidemia ospy w Warszawie i w okolicach nie ustaje, zabierając liczne ofiary.

Sprostowanie. W zeszytcie 13-ym Kroniki na str. 543, wiersz 2 (od dołu) zam. *ponieważ* powinno być: *powyższe*; na str. 547, wiersz 13 (od góry), zam. *większa* powinno być *mniejsza*; na str. 547, wiersz 10 (od góry), zam. 7 powinno być: 5.



Wyszedł z druku **Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych D-ra Moraczewskiego, stanowiący premium dla prenumeratorów Kroniki Lekarskiej.**

Redakcja Kroniki Lekarskiej z d. 1 Lipca r. b. przeniesiona została do domu Nr. 8 przy ul. Szkolnej.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 7 Юля 1904 г.

Apteka i Skład Wód Mineralnych

Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

pod firmą

Dr. T. Heinrich

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b istniejące.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.