

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Spostrzeżenia terapeutyczne. II. Somatoza żelazista oraz kilka uwag o t. zw. Anaemia Infantum pseudoleukaemica. Podał D-r S. Klejn. (Dokończenie). — Wykłady kliniczne. O pochodzeniu i znaczeniu rozpoznawczem tonów serca. — 141. Nowy przyczynek do nauki o zapaleniu. 142. Obecność i znaczenie komórek eozynofilowych w płwocinie chorych gruźliczych. 143. Dyeta wodna w nieżytach żołądkowo-kiszczowych u niemowląt. 144. Dyeta wobec nadkwasoty soku żołądkowego. 145. W sprawie trawienia żołądkowego u ssawców. 146. Leczenie gościa przewlekłego za pomocą powietrza gorącego i przekrwienia zastoinowego. 147. Przemiana materii w żółtaczce nieżytowej oraz uwagi o paracholii. 148. Przyczynki do rozpoznawania i leczenia raka krtani. 149. Przyczynek do leczenia duru brzuszego surowica ludzka, pochodząca od rekonwalescentów. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Klejn —
La somatose ferrugineuse et quelques remarques
sur l'anémie infantile pseudoleukémique.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Klejn —
Die Eisensomatosenest einigen Bemerkungen ueber
die sogenannte anaemia Infantum pseudoleukaemica.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

SPOSTRZEŻENIA TERAPEUTYCZNE.

II. SOMATOZA ŻELAZISTA

oraz kilka uwag

o t. zw. *Anaemia infantum pseudoleukaemica*.

Podał

D-r STANISŁAW KLEJN

Ordynator szpitala Starozakonných.

(Dokończenie. — Zob. N. 39)

W takich właśnie przypadkach postanowiłem stosować somatozę żelazistą. Jak powiedziałem, cierpienie to przy starannem pielęgowaniu, użyciu żelaza i stosownego pożywienia, ustępuje doszczętnie, sam się o tem kilkakrotnie przekonałem; niezawsze jednak leczenie takie daje się przeprowadzić, a to z przyczyn od nas niezależnych. W moich przypadkach oprócz ferrosomatozy nic prawie więcej nie stosowałem, niekiedy mali chorzy otrzymywali 3 razy tygodniowo kąpiele solankowe, niekiedy tylko udawało się dzieci oddać w ręce odpowiedniejszej karmicielki, niż nią była matka, w przypadkach zaś wybitnej krzywicy otrzymywało dziecko fosfor z tranem. Większość jednak chorych, powtarzam, dostawała tylko somatozę żelazistą.

Numer, data, wiek i płeć.	Wywłady i stan obecny.	Krażki czerwone i hemoglobina.	Leukocyty w 1 milim.	Formy leukocytów.			Krażki czerwone z jądrami w 1 mi- lilim. sz. śc.			Leczenie i przebieg cho- roby.
				Limfoc.	Neutr.	Eozynof.	%	Ilość absolutna	W tem megalob.	
I. 21.VII.97. 8 młesłęcy m.	Jest 12-em dzieckiem, urodził się w 7 młesłacu cięży. Często młewa rozwołnienie, od kilku młesłęcy poty. Od 5 ty- godni jest blade, choć kolorów nigdy nie młiał. Matka podczas ciąży chorowała na nerki, o- becnie ma mało pokar- mu. Osobnik wychudzo- ny, bardzo blade, bez- zębny, wyraźna krzyw- ca. Płuca i serce bez zmian. Śledźona doch- dzi prawie do dołu bł- drowego i do pępka. Mocz bez białka. Ła- knienie nie złe. Roz- wołnienie.	3,020,000 40%	15,660	51,0	39,2	2,2	7,6	1200	52	Odstawiono od piersi. Somatoza 3 razy dziennie po pół łyżeczki oraz salol + emuls. ol. ricini w ciągu 2 dni.
		10.VIII. 4,010,000 48%	30,700	56,6	34,0	3,2	6,2	1903	190	Rozwołnienie od tygodnia niema. Zresztą bez zmi- ny.
		20.VIII. 4,500,000 68%	12,000	47,2	48,5	4,1	0,2	24	0	Śledźona zna- cznie zmniejszo- na.
		12. IX. 4,820,000 85%	12,500	47,2	48,8	3,9	0	0	0	Śledźona wyczu- wa się tuż pod łukiem żebro- wym. Znacznie użył.
II. 28.VII.97. 12 młesł. ż.	Jest 3-em dzieckiem. Karmlony jedną piersią. Pokarm nie obfity. Od 4 młesłęcy objawy krzy- wicy kręgosłupa, nóg, czaszki. W przeszłym młesłacu rozwołnienie. Od 3 młesłęcy bladeś i pow. brzucha. Wychu- dzona. Brak zębów. Śle- dźona dochodzi do do- łu błdrowego, wątroba nie powiększona. Ła- knienie dobre. Zaparcie.	3,870,000 60%	30,020	43,2	46,0	4,8	6	1800	61	Ferro, som. 3 × ½ łyżeczki. Fos- for z tranem. Od- stawiony od pier- si.
		3. VIII. 4,570,000 75%	18,250	42,2	53,3	4,2	0,3	54	0	
		21.VIII. 4,700,000 87%	13,500	39,8	55,1	5,1	0	0	0	
		30.VIII. 4,720,000 92%	14,200	—	—	—	—	—	—	Zęby się wyrzy- niają. Śledźona wystaje na 2 pal- ce z pod łuku. Użył.
III. 8.VIII.97. 9 młesłęcy ż.	Jest 3-em dzieckiem z bliźniat. Jedno z nich zmarło przed 6 tygo- dniami z tej samej cho- roby (?). Matka młe- słaczkuje od 3 młesłęcy, pokarm ma obfity. Od urodzenia blade, od 6 tygodni pogorszenie wraz z kaszlem, gorącz- ką i potami. Stolec pra- widłowie zawsze. Brzuch duży od 6 tygodni. Bar- dzo blade, wychudzona, śledźona aż do dołu błdrowego, wątroba nie powiększona. Gru- czoły szyjowe i pachwi- nowe wyczuwają się.	4,070,000 58%	17,780	46,8	44,0	5,2	3,6	640	107	Somatoza 3 × ½ łyżeczki.
		20.VIII. 4,900,000 77%	16,000	—	—	—	—	15	0	Śledźona młniej- sza.
		15. IX. 5,200,000 89%	—	—	—	—	—	0	0	Śledźona zale- dwie wyczuwal- na. Wygląd bar- dzo dobry. Użyła trochę.

Numer, data, wiek i płeć.	Wywiady i stan obecny.	Krańki czerwone i hemoglobina.	Leukocyty w 1 milim.	Formy leukocytów.			Krańki czerwone z jądrami w 1 mi- lim. szc.			Leczenie i przebieg cho- roby.
				Limfoc.	Neutr.	Eozynof.	%	Ilość absolutna	W tem megalob.	
IV. 22VIII 97. 9 miesięcy m.	Pochodzi z bliźniąt. Bła- dy od urodzenia. Przez pierwsze 4 miesiące kar- mlony przez matkę, po- tem oddany mamce, któ- ra karmiła zdrowego brata chorego. Mimo to wciąż chudł i zapadał często na rozwolnienie. Śledziona olbrzymia. Wątroba nie powiększo- na. Rozwolnienie. Zę- bów niema.	2,518,900 20% 11.IX. 3,600,000 42% 15. X. 4,120,000 79%	18,740 12,600 10,000	55,2 52,1 —	37,7 45,0 —	2,7 1,9 —	4,4 1,2 —	825 151 0	208 0 0	Somat. żel 3X $\frac{1}{2}$ łyż. Salol+emuls. ol. ricinl. Rozwolnienia niema. Śledziona cokolwiek mniej- sza. Śledziona zna- cznie zmniejszo- na. 1 ząb wyr- znął się.
V. 27. IX. 97. 14 mies. m.	Jest 4-em dzieckiem, in- ne dzieci zarówno jak i matka są zdrowe. Od 2 tygodni jest błądy, brzuch ma dawno duży. Choroba rozpoczęła się od wymiotów. Ssle pierś matki wciąż. Uzębienie prawidłowe, błądność skóry, pokład tłuszczo- wy dość obfity. Śledzio- na dochodzi do dołu błotrowego. Lekka krzywica. Nie chodzi. Zaparcie. Łaknienie dobre.	2,220,000 29% 9.XII. 2,016,000 24% 19.XII. 2,722,000 37% 20. I. 3 900,000 60% 10.III. 4,200,000 88%	49,000 25,520 16,400 14,400 12,000	24,8 39,0 50,2 — —	70,7 47,5 42,1 — —	1,4 1,0 0,7 — —	4,0 12,5 7,0 — —	1920 3180 1148 25 0	430 530 115 0 0	Odstawiony od piersi. F. S. 4X $\frac{1}{2}$ łyż. Kozie mleko. Kapiele solankowe. Rozwolnienie. Salol. Stan bez zmiany. W ciągu ubiegłe- go tygodnia nie brał somatozy. Śledziona zna- cznie mniejsza. Śledziona wysta- je na dwa palce z pod łuku. Cho- dzi dobrze.
VI. 8. II. 98. 2 ½ roku m.	Przed rokiem odstawio- ny od piersi. Paralyz. Inf. od 9 miesięcy. Od kilk miesięcy błądy. Przed kilkoma tygodnia- mi wymioty i gorączka. W ostatnich tygodniach mniej je, żywi się wyłą- cznie mlekiem. Krzyw- ica umiarkowana. Śle- dziona olbrzymia, wą- troba powiększona. W płucach sporo rzę- żeń. Gorączka.	2,500,000 33% 22. II. — 45% 19. III. 4,200,000 79%	12,320 15,000 10.000	32,0 44,4 —	55,2 49,7 —	3,5 2,4 —	9,3 3,5 —	115 525 0	0 12 0	F. S. 4 razy dziennie łyżeczka Gorączki niema. Kaszel mniejszy. Kaszel znikł. Śle- dziona wystaje na 3 palce. Lek- ka anemia. Utył.
VII. 3. V. 98. 3 lata m.	Chory 10 dni (?). Roz- poczęło się od rozwol- nienia, utraty łaknienia i błądności. Chodził od 2-go roku życia. Matka zdrowa. Oznaki lekkiej krzywicy. Śledziona do- chodzi do pępka. Roz- wolnienie. Wychudnie- nie niewielkie.	1,150,000 20% 20. V. 1,500,000 28% 29. VI. — 52% 25. VII. 4,100,000 85%	14,720 30,200 20,200 10,800	42,8 5,10 58,6 —	55,6 44,7 38,8 —	1,4 1,8 2,1 —	6,2 2,5 0,5 —	29 755 101 0	4 155 24 0	F. S. 4 X $\frac{1}{2}$ ły- żeczki. Salol + emuls. ol. ricinl. Kefir. Rozwolnienia niema. Osłabie- nie. Śledziona niewy- czuwalna. Stan dobry. Ła- knienie dobre.

Numer, data, wiek i płeć.	Wywiady i stan obecny.	Krańki czerwone i hemoglobina.	Leukocyty, w 1 milim.	Formy leukocytów.			Krańki czerwone z jądrami w 1 ml. lim. szc.			Leczenie i przebieg cho- roby.
				Limfoc.	Neutr.	Eozynof.	%	Ilość absolutna.	W tem. megalob.	
VIII. 9. VI. 98. 3 lata m.	Chory od 3 miesięcy, bez żadnego powodu bładość i powiększenie brzucha. W ostatnim ty- godniu kaszel. Matka i dzieci zdrowe. Śledzio- na wystaje na 3 palce z pod łuku. Łaknienie dobre. Rozwinięcia niema. Ślady krzywicy.	4,400,000 56% 20. VIII. — 90%	22,200 12,000	42,2 37,4	49,3 60,2	3,0 2,4	5,5 0	1221 0	405 0	Ferrosomat, 4 ra- zy dziennie po pół łyżeczki. Wyzdrowiał zu- pełnie.

UWAGA DO TABLICY. W rubryce formy leukocytów do limfocytów zaliczyłem limfocyty małe duże i leukocyty przejściowe; do neutrofilowych — myelocyty. % krańków z jądrami obliczony jest w stosunku do ilości leukocytów w 1 ml.

Wogóle spostrzegałem dotychczas w ciągu ostatnich 5 lat 23 przypadki tego cierpienia, część z nich dzięki kolegom: GOLDFLAMOWI i J. KRAMSZTYKOWI. Niektóre spostrzegałem przez czas bardzo krótki, w 13 jednak, w których stosowałem somatozę żelazistą, obserwacja trwała dość długo, tak iż mogłem zdać sobie sprawę z postępu leczenia. Rozumie się, iż sprawdzianem był stan krwi chorych, którą badałem zwykle od czasu do czasu. Celem lepszego orientowania się podaję w załączonej tablicy 8 przez dłuższy czas spostrzeżanych przeze mnie przypadków. (Patrz str. 930 i nast.).

Oprócz przypadków powyższych otrzymywało jeszcze somatozę żelazistą 5 dzieci, u trojga z nich jednak obserwacja była niedokładna, tak że szczegółów o nich podać nie jestem w stanie, u 2 zaś choroba wciąż postępowała tak, że dzieci te prawdopodobnie zmarły. Nadmienię jednak muszę, iż w obu tych przypadkach miałem do czynienia z rozmaitemi powikłaniami, które w wysokim stopniu wycieńczyły chorych, jedno mianowicie 10 miesięczne, sztucznie karmione i żyjące w nędznych warunkach, cierpiało przez kilka miesięcy na uporczywe rozwinięcie do którego się w końcu przyłączyły wymioty, drugie zaś było dotknięte ropnem zapaleniem płuc.

Pomijając te przypadki, we wszystkich innych poprawa a nawet wyzdrowienie zupełne było uderzające. Mniej więcej w ciągu 2 miesięcy, w lżejszych przypadkach w ciągu miesiąca, w jednym tylko przypadku po 6 miesiącach dzieci robiły już wrażenie zupełnie zdrowych, czego najlepszym dowodem był stan krwi, zmniejszona śledziona i wygląd ogólny. Jeżeli zważymy, że wszystkie te dzieci żyły w najniehigienicznych warunkach, że często im brakowało odpowiedniego pożywienia, to istotnie wyniki nasze można śmiało nazwać bardzo zadawalniającymi. Co prawda, to w niektórych przypadkach obok ferrosomatozy stosowałem i inne środki, ale te, jak sądzę, wpływając na usunięcie powikłań, jak rozwinięcia, krzywicy, stały na drugim planie — ostateczny wynik muszę przypisać somatozie żelazistej. Która ze składowych części tego przetworu właściwie działa, trudno powiedzieć, sądzę, że obie wpływają na poprawę stanu ogólnego chorych — żelazo przez poprawę składu krwi, somatoza jako środek odżywczy, słowem mamy tu do czynienia ze szczęśliwą kombinacją obu tych wpływów. Na tej zasadzie środek ten moge

polecić nie tylko w omawianych cierpieniach, ale także w innego rodzaju postaciach małokrwistości zarówno u dzieci jak i u dorosłych.

W końcu nie od rzeczy będzie dodać kilka słów o sposobie podawania somatozy żelazistej. Dorosłym daję 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy (PANZER dawał i 6 łyżeczek), dzieciom zaś tylko po pół łyżeczki 3 lub 4 razy, a to w kleiku, rosole lub mleku. Ponieważ somatoza żelazista wysypa od razu do tych płynów trudno się rozpuszcza i zbija się w grudki, które trudno potem rozetrzeć, należy nasamprzód zwilżyć proszek małą ilością płynu, a następnie dolać do tej mieszaniny powoli mleko, rosół lub inny płynny pokarm. Lepiej jeszcze jest wysypać odpowiednią dawkę proszku przez sito na talerz zawierający mleko, rosół i t. d., tak ażeby się ułożył w cienkiej warstwie na powierzchni płynu—proszek wtedy natychmiast się rozpuści.

Jeszcze jedna uwaga. W niektórych przypadkach, szczególnie u dorosłych, po użyciu większych dawek występowało rozwolnienie, a właściwie stolce dotychczas twarde stawały się bardziej papkowatemi. Na okoliczność tę zwrócił już uwagę Roos, który własność tę ferrosomatozy uważa poniekąd za bardzo dogodną przy stosowaniu tego leku u osób dotkniętych blednicą, gdy PANZER nic o niej nie wspomina. Wpływ ten na stolce zależny tu jest od somatozy, która, jak wiadomo, w dużych dawkach wywołuje rozwolnienie. W ostatnich czasach, mając tę okoliczność na względzie, począłem stosować somatozę żelazistą w znacznie mniejszych dawkach lecz częstszych, od tego czasu rozwolnienia u chorych nie spostrzegam. Dodać muszę, iż u dzieci wogóle tego wpływu somatozy żelazistej na wypróżnienia nie zauważyłem, a to prawdopodobnie dla tego, iż tu właśnie stosowałem stosunkowo małe dawki tego środka.

Ż R Ó D Ł A.

QUINCKE. Verhandlungen des Congresses f. innere Medicin. XII. Congress. 1895. E. ROOS. Ueber Eisensomatose. Therapeutische Monatshefte. 1897. Nr. 9. H. HILDEBRAND. Zur Frage nach dem Nährwerth der Albumosen. Zeitschrift f. physiolog. Chemie. 1893. Bd. 18. Heft 2. F. KUHN und C. VOELKER. Stoffwechselversuche mit Somatose, einem Albumosenpräparat. Deut. med. Woch. 1894. Nr. 41. R. DREWS. Ueber Somatose etc. Allgemeine med. Centralzeitung. Nr. 94. v. NOORDEN. Ueber Somatose. Deutsche Aerzte-Zeitung. 1895. Nr. 2. R. DREWS. Zur Kenntniss der Somatose. Wiener med. Presse. 1897. Nr. 3 i t. d. H. HILDEBRAND. Ueber einige Stoffwechselfragen. Centr. f. innere Med. 1898. Nr. 20. v. JAKSCH. Ueber Leukämie und Leukocytose im Kindesalter. Wien. kl. Woch. 1889. Nr. 22, 23. J. LOOS. Ueber die Veränderungen der morph. Bestandth. des Blutes bei versch. Krankh. der Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. Bd. 39. LUZET. Etude sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudoleucémique. Paris. 1891. MONTI und BERGGRUEN. Die Chronischen Anaemien im Kindesalter. Leipzig. 1892. H. F. MUELLER. Ueber einen bisher nicht beachteten Formbestandtheil des Blutes. Centralbl. f. allg. Path. und Path. Anatomie. 1896. str. 929. KLEJN. Istota i leczenie blednicy. Medycyna. 1895. Nr. 1—7. Tenże. Kilka uwag o leczeniu blednicy. Medycyna. 1896. Nr. 22. TH. PANZER. Ueber die Wirkung der Eisensomatose. Wiener kl. Wochenschr. 1898. Nr. 25. SENATOR. Zur Kenntniss der Leukämie und Pseudoleukämie im Kindesalter. Berl. kl. Woch. 1882. Nr. 35, cyt. u MONTI'ego. KLEJN. Własności regeneracyjne ustroju i t. d. Książka jubileuszowa dla prof. BRODOWSKIEGO, Warszawa. 1893.

WYKŁADY KLINICZNE.

GERHARDT DIETRICH.

O POCHODZENIU I ZNACZENIU ROZPOZNAWCZYM TONÓW SERCA.

Nauka o pochodzeniu tonów i szmerów serca zdawała się być ustaloną dzięki pracom dawniejszych badaczy. W ostatnich jednak latach zaczęto kwestyę tę rozbiierać na nowo, przytem okazało się, iż dawniejsze teorie poczynają coraz bardziej tracić grunt pod nogami. Że ton drugi pochodzi od napięcia zastawek tętnic, o tem obecnie nikt nie wątpi, natomiast pochodzenie tonu pierwszego autorowie tłumaczą w najrozmaitszy sposób. Według dawnej teoryi powstaje ton ten zarówno przy ujściu tętnic, wskutek nagłego napięcia ścian, jak i przy zastawkach przedsionków wskutek napięcia ich żagli,

LUDWIG i DOGIEL dowiedli, że serce wycięte, a więc pozbawione krwi również wydaje ton pierwszy, że przeto napięcie zastawek i ścian tętnic nie jest koniecznym warunkiem tego tonu, natomiast skurcz serca w zupełności wystarcza pod tym względem. Jednakże wszystkie próby nad ciśnieniem krwi, dokonane na sercu bijącym, dowodzą, że wzmaganie ciśnienia, jedynie wszak zależne od drgania, trwa prawie aż do końca skurczu i dosięga szczytu na krótko przed tonem drugim, a krzywe „myokardjograficzne“ ROY'a i ADAMI'ego wykazują, że włókna mięśnia sercowego trwają w silnym skurczu aż do nagłego rozluźnienia. A wszak ton pierwszy słyszymy na samym początku skurczu, w chwili zaś jego szczytu ton zanika zupełnie. Gdyby ton był spowodowany skurczem komory, to należałoby go słyszeć inaczej, mianowicie jako „szmer“, trwający przez cały ciąg skurczu serca.

Najdokładniejsze objaśnienie podał A. FICK, szczegółowo zaś je opracował R. GEIGEL. Według tego objaśnienia ściany serca wraz z zastawkami przedsionkowymi, skutkiem szybkiego powiększenia się ciśnienia szybko występują ze stanu równowagi i poczynają falować na podobieństwo napiętej błony gumowej, wydając przytem ton; ponieważ jednak sprężyste zastawki bardziej się do tego drgania nadają, udział ich przeto w wydawaniu tonu jest bardzo znamieny. Z tego objaśnienia wypływa, że tonu brak, gdy zastawki są niedomykalne, mięsień nie zdobywa wtedy natychmiast nowego stanu równowagi, lecz przepycha zawartość zwolna przez otwartą zastawkę. Z tem zgadzają się w zupełności obserwacye, że pierwszy ton istnieje li tylko przy domykających się zastawkach. Prace więc GEIGEL'a poparły teoretycznie to, co dawno stwierdzono klinicznie, mianowicie, że zastawki odgrywają największą rolę w wytwarzaniu tonu pierwszego, a więc używana nazwa tonu zastawki dwudzielnej jest uzasadniona.

GEIGEL dowiódł także, że pierwszy ton, wysłuchiwany na naczyniach wielkich, jest identyczny z pierwszym tonem w wierzchołku, wbrew twierdzeniu poprzednich autorów, którzy go objaśniali napięciem ścian aorty i tętnicy płucnej. Autor ten dowiódł kardyograficznie, że napięcie ścian tętnic, któremu przypisywano ten ton, zjawia się dopiero po pewnym, dającym się zmierzyć przeciągu czasu, po tonie pierwszym; natomiast, jak łatwo się przekonać, ton pierwszy u wierzchołka i u podstawy serca są zupełnie jednoczesne. Zamiast więc, czterech pierwszych tonów musimy zgodzić się na dwa tylko, po jednym w każdej komorze, zważywszy zaś jednoczesność skurczu obu komór, uwarunkowaną wspólnym przebiegiem włókien mięśniowych, możemy zapytać, czy nie mamy do czynienia tylko z jednym pierwszym tonem.

Teorię GEIGEL'a, że pierwszy ton aorty nie jest tonem naczyniowym, można skontrolować klinicznie. Możemy wszak dość często przy silnem napięciu ściany naczynia uchwycić prawdziwy ton tętnicy, zależny od nagłego napięcia sprężystej ściany (przy niedomykalności aorty, kolce ołowianej, stanach nerwowych, mało-krwistości). Idąc od tętnicy szyjowej aż do wierzchołka serca, słyszymy początkowo tylko ton tętnicy, lecz w miarę przesuwania się, 'już w pierwszym międzyżebżu daje się słyszeć ton pierwszy serca, wyprzedzający ton tętnicy; przy dalszem przesuwaniu słuchawki ostatni szybko słabnie, pierwszy zaś się wzmacnia, lecz nigdy te dwa tony się nie zlewają.

Co się tyczy tonu drugiego, to nic nowego o nim powiedzieć się nie da — wszyscy zgadzają się, że zależy on od nagłego napięcia zastawek tętnic. Co zaś do miejsc, w których tony te się wysłuchują, to zdaniem autora są one za blisko siebie, aby dały możność wysłuchania tonu każdej zastawki z osobna. Wzmocnienie tonu po jednej stronie może być uchwycone również po stronie przeciwnej; warstwa płuca rozдутego, pokrywająca tętnicę, może spowodować pozorne osłabienie tonu po stronie jednej, a wzmocnienie po drugiej, co bynajmniej nie daje prawa wnioskowania o wzmożeniu ciśnienia w odnośnych naczyniach; zdarza się nawet przy częstej kombinacji niewielkiej rozedmy z lewostronnym przerostem serca, że ton drugi po stronie lewej wydaje się mocniejszym, niż po stronie prawej. Następujący sposób może być pomocny w wątpliwych przypadkach: jeżeli ton wzmocniony należy do tętnicy płucnej, to słyhać go przeważnie lub wyłącznie na zwykłym miejscu wysłuchiwania, jeżeli zaś jest tonem aorty, to wzmocnienie tego tonu słyhać również przy wierzchołku (mamy tam *jambus* a nie *trochaeus*).

Z drugiej strony pozorne wzmocnienie tonu drugiego tętnicy płucnej mamy w przypadku retrakcyi płuca. — aorty zaś w przypadkach rozszerzenia się jej wskutek miażdżycy i przysunięcia się do ściany klatki piersiowej.

Następnie, trudności w objaśnieniu tonów serca nastęrczają się wtedy, gdy liczba ich jest powiększona, gdy zamiast dwóch słyhać trzy lub nawet cztery tony przy każdej akcji serca, mówimy wtedy o rozszczepieniu, *resp.* rozdwojeniu tonów. Ponieważ prawidłowo każdy ton składa się z dwóch analogicznych tonów, przeto narzuca się samo objaśnienie takiego rozdwojenia, że obie połowy serca kurczą się niejednocześnie, lecz po sobie. Ostatnimi czasy jednak powstała wątpliwość co do tego: udało się wyodrębnić cały szereg przypadków, w których inna przyczyna jest wiarogodniejsza. Dla pewnej grupy przypadków, mianowicie, w których objaw ten zależy najwidoczniej od faz oddechu, objaśnienie powyższe jest wystarczające. U wielu osobników zdrowych słyhać przy końcu wdechu i na początku wydechu rozdwojenie tonu drugiego, najwyraźniej słyszalne nad ujściem tętnicy płucnej. Druga połowa tonu — *sit venia verbo* — jest głośniejsza i słabnie w miarę odsuwania słuchawki; nad aortą zaś słyhać prawie lub też wyłącznie połowę pierwszą. Wszystko przemawia za tem, że ton tętnicy płucnej występuje tu później od tonu aorty. Obserwując zjawisko to przez czas dłuższy, można się przekonać, że różnica czasu pomiędzy dwiema temi połówkami przy wydechu zmniejsza się stopniowo do *minimum*. Trudniejsze jednak jest objaśnienie przyczyny tego zjawiska; najprawdopodobniwszem zdaje się być objaśnienie DEHIO, mianowicie, że wielkie napełnienie komory prawej wskutek ssącego działania rozszerzonej klatki piersiowej w czasie wdechu powoduje przedłużenie jej skurczu.

Co się tyczy rozszczepienia tonu pierwszego, również zależnego od oddechania, to objaśnienie pochodzenia jego przez niejednoczesny skurcz obu połów serca, jest niepewne. Rozszczepienie to, zdarzające się u osób zdrowych również często jak rozszczepienie tonu drugiego, słyhać najwyraźniej u wierzchołka serca

w czasie wydechu, przy wdechu zaś jest niewyraźne lub też zupełnie znika. Lecz rozszczepienie to nie znika, zlewając się, jak powyższe rozszczepienie tonu drugiego, lecz trwając ciągle w tymże odstępie czasowym, pierwsza połowa tonu stopniowo słabnie. Przy inspiracji płuco pokrywa lewą komorę, przez to ton, powstający w niej, słabnie. Obserwacya poucza, że jest to właśnie pierwsza połowa tonu, gdy druga natomiast wysłuchuje się stale jednakowo wyraźnie i posiada wszelkie własności tonu pierwszego serca; nie ulega przeto wątpliwości, że jest to właściwy ton pierwszy, co się zaś tyczy połowy pierwszej, to najłatwiej byłoby ją przypisać działalności przedsionka. Przypuszczenie to wymaga potwierdzenia. Jak wiadomo, skurcz przedsionka jest na tyle silny, że pozostawia ślad na krzywej kardiograficznej; może również wydać ton, gdyż posiada wszelkie ku temu warunki, mianowicie nagle napięcie i falowanie ściany. Na tej zasadzie autor utrzymuje, że rozszczepienie tonu pierwszego, spostrzegane przy wydechu, a znikające przy wdechu zależy od tego, że słychać ton przedsionka przez cały czas dopóki płuco nie pokryje serca, a raczej lewej komory.

Najwyraźniej zjawisko to występuje w przypadkach marskości nerek, miażdżycy tętnic, zatrucia ołowiem ze znacznym przerostem komory lewej. Jeżeli w takich przypadkach zdjąć krzywą uderzenia wierzchołka jednocześnie z krzywą pulsu tętnicy szyjowej i żyły jarzmowej, wtedy łatwo się przekonać, że początek wzniesienia od tętnicy szyjowej odpowiada, co do czasu, wierzchołkowi głównego wzniesienia, zaś owo uderzenie poprzedzające występuje wcześniej i odpowiada a przedskurczowemu nabrzmieniu żyły jarzmowej. Nabrzmienie to musi być uważane za skutek działalności przedsionka, możemy więc z wielkiem prawdopodobieństwem utrzymywać, że i powtórne wzniesienie w kardiogramie zależy od skurczu przedsionka, który powoduje powstawanie tonu, poprzedzającego ton pierwszy.

Że właśnie przy przeroście komory lewej serca ton przedsionka występuje tak wyraźnie, daje się łatwo objaśnić tem, że w tych razach akcja przedsionka jest również wzmocniona, dzięki wspólnej muskalaturze, lub też tem, że silniejsza ściana komory nawet w stanie rozluźnienia stawia większy opór dla krwi wpływającej i zmusza przedsionek do silniejszego działania. Dość dziwne jednak jest to, że w małokrwistości przewlekłej i ostrej, gdzie niema mowy o wzmożeniu ciśnienia, ton przedsionka występuje również jasno. Chwilowo na to niema objaśnienia.

Prócz rozszczepienia, zależnego od faz oddechu, mamy jeszcze innego rodzaju rozdwojenie tonu drugiego, różniącego się tem, że nie zmienia się w obu fazach oddechu i obie połowy jego oddzielone są dłuższą pauzą. Oddawna uważane jest ono za swoisty objaw określonej choroby serca, mianowicie *stenosis mitralis*. Objawienie tego zjawiska nastroczało duże trudności. GEIGEL utrzymywał, że zależy ono od opóźnienia tonu drugiego tętnicy płucnej, uwarunkowanego dłużej trwającym skurczem komory prawej wskutek zastoju krwi w krwiobiegu małym i wzmożenia ciśnienia w tętnicy płucnej. Lecz w *insufficiencia mitralis* mamy podobne warunki, a rozdwojenia tonu niema.

Autor utrzymuje, że zjawisko to słychać najwyraźniej u wierzchołka serca, i że ton przypadkowy zjawia się tu w pewnym odstępie czasu po tonie drugim i z zastawkami tętnic niema nic wspólnego. Auskultacya i krzywe kardiograficzne dowodzą że ten ton przypadkowy należy do fazy rozkurczu serca. Na kardiogramie widzimy po opadnięciu głównego wierzchołka małe powtórne wzniesienie, które zjawia się już po zamknięciu zastawek aorty, jak tego dowodzi porównanie z dwubitną falą tętnicy szyjowej. Ponieważ w przypadkach *stenosis mitralis* uderzenie wierzchołka zależy głównie od skurczu komory prawej, przeto możemy utrzymy-

wać, że ton przypadkowy również niema nic wspólnego z zastawkami tętnicy płucnej. A więc ton przypadkowy należy do rozkurczu i pojawia się w chwili otworzenia się zastawki dwudzielnej. Prawidłowo odbywa się to bez tonu, przy zwężeniu zaś ujścia z przedsionka do komory przepływ krwi odbywa się w towarzystwie szmerów, jednego już na początku rozkurczu i drugiego przy samym końcu, gdy przedsionek, kurcząc się, wtłacza krew przez zwężenie. Oba te szmery nie są jednakowego natężenia, pierwszy jest zwykle wyraźniejszy i może być dobrze oznaczony. Otóż, łatwo się przekonać, że postsystoliczny szmer bezpośrednio łączy się z tonem przypadkowym, ton w pewnej mierze przechodzi w szmer lub też inaczej szmer poczyna się od tonu. Na mocy tych spostrzeżeń (kardiograficzne porównanie uderzenia wierzchołka z falowaniem żył dowodzi tego samego) można przyjąć, że ton przypadkowy pojawia się w tej chwili, gdy zastawka dwudzielna się otwiera, prawidłowo zastawki są na tyle elastyczne iż mogą się z łatwością rozwinąć nie napinając się zbytnio; gdy jednak wskutek zrostów żagli otwór jest zwężony, zastawki nie mogą zdążyć za rozszerzeniem komory, napinają się nagle i wydają ton, jak napięta błona kauczukowa lub płócienna wskutek pociągania z boków.

Swoisty ten ton przypadkowy, zależny od *stenosis mitralis*, nadaje rytmowi uderzeń serca podobieństwo do śpiewu przepiórki i może być z łatwością uchwycony i rozróżniony. Na równi z innymi objawami wady zastawek powinien być uważany za cechę znamioną. Gdzie jednak brak szmerów, a ton przypadkowy pojawia się sam, tam powstają już pewne trudności rozpoznawcze. Co do rytmu przypomina on bardzo ton przypadkowy, powstający według FRIEDREICH'a w zapaleniu zlepnem osierdzia, a to wskutek odsłonięcia ściany klatki piersiowej, wciągniętej przy *systole*. Na mocy takiego wciągnięcia ściany łatwo ton ten odróżnić.

Natomiast w zupełnie odmiennych warunkach powstaje niekiedy w sercu ton przypadkowy, posiadający ten sam rytm, co poprzedni w *stenosis mitralis*, różniący się jednak odmienną akcentuacją. Jeżeli tamten rytm tonów porównywalimy do śpiewu przepiórki, to ten należy porównać z daktylem. Rytm daktylowy spotykamy w słabej działalności komory lewej, a głównie komory przerosłej, w chorobach nerek, w miażdżycy tętnic i małopokrwistości ciężkiej. Wstrząśnienie, warunkujące ten ton, rzadko jest tak silne, aby mogło wywołać wzniesienie ściany klatki piersiowej, pomimo to jednak w przypadkach pomyślnych udaje się uchwycić na krzywej wzniesienie, położenie którego najzupełniej odpowiada wzniesieniu od tonu postsystolicznego w przypadkach *stenosis mitralis*. W tym właśnie czasie otwierają się zastawki żyłne, mamy więc znów ton, którego brak w stanach prawidłowych. Zjawisko to objaśnił POTAIN w sposób zadawalniający. Utrzymuje on, że ściana komory, pozbawiona sprężystości wskutek zwyrodnienia, napręża się nagle i wydaje ton. Różnica jest taka, jak przy nagłym napełnieniu gazem balonu gumowego i płóciennego. Że wiotka, pozbawiona elastyczności ściana naczynia wydaje ton łatwiej, niż tęga, sprężysta, na to mamy dowody kliniczne: w niedomykalności zastawki trójdzielnej ściana żył, napięta przez falę komory, wydaje ton z łatwością, gdy tętnica płucna, wystawiona na ciśnienie wyższe, tonu nie wydaje. Skurcz przedsionka może wywołać ton w żyłach, nawet bardzo odległych.

Omawiany ton, choć mało dotychczas uwzględniany przez autorów, posiada pewne znaczenie właśnie dla tego, że łatwo może się stać powodem pomyłki rozpoznawczej. Co do rytmu mało się różni od tonu przypadkowego w przypadkach *stenosis mitralis*, dla tego też rozpoznanie wady zastawki na mocy tonu tego należy robić bardzo oględnie. Otóż właśnie w przypadkach niedomogi przerosłej komory mamy często inne zбочenie objawów wysłuchowych, mianowicie ton przed tonem pierwszym, wywołany, jak powiedziano wyżej, skurczem przedsionka. Jeżeli

ton ten praesystoliczny nie jest bardzo wyraźny, to można zwłaszcza przy szybkim uderzaniu serca wziąć go za praesystoliczny szmer zależny od *stenosis mitralis*. Bywają nawet przypadki, w których słychać niewątpliwy szmer praesystoliczny bez *stenosis mitralis*, spowodowany chyba tylko względnem zwężeniem ujścia żylnego, przez które przepływa krew z wirami przy wzmożonej pracy przedsionka. Gdy więc w takich razach wystąpi ton postsystoliczny, to bardzo łatwo można zrobić mylne rozpoznanie *stenosis mitralis*.

Postsystoliczny ton ten powoduje, jak powiedziano wyżej, rytm swego rodzaju, daktyliczny, zupłyńie podobny do trójtaktu konia galopującego. Otóż spotykamy się często w literaturze ze zdaniem, że rytm ten może powstać jeszcze w inny sposób. W omawianym dotychczas przypadku ton przypadkowy następuje po drugim tonie prawidłowym, należy więc do poprzedniej akcji serca, co można łatwo uchwycić przy nieregularnem biciu serca; lecz ton przypadkowy może również wyprzedzać akcję serca, zjawiając się przed tonem pierwszym, o czym również łatwo się przekonać w arytmii serca, zjawia się jednak na tyle przed pierwszym, na ile ten przed drugim.

Badania kardiograficzne objaśniły i to zjawisko. Jeżeli zdjąć uderzanie wierzchołkowe jednocześnie z tętnem żył szyjowych, to przekonamy się również, że ton poprzedzający, często oznaczony w postaci wzniesienia praesystolicznego, co do czasu w zupełności odpowiada wzniesieniu na żyłach szyi. To ostatnie z wielkiem prawdopodobieństwem możemy przypisać skurczowi prawego przedsionka, a więc od tegoż zależeć musi ton przypadkowy. A więc ton przypadkowy rytmu galopującego ma tę samą przyczynę, co i zwykły ton, wyprzedzający ton pierwszy; różnica polega jedynie na innym rytmie i silniejszym zaakcentowaniu.

Widzimy więc, że obie postaci rytmu galopującego, praesystoliczna i postsystoliczna, mające jednakowo ważne znaczenie kliniczne, polegają na zupełnie jednakowej przyczynie, mianowicie, że ściana osłabionego serca przez napelnienie światła tak się wypręża, iż powstaje ton; idzie tylko o to, czy główna masa krwi dostaje się do komory zaraz na początku rozkurczu, czy też dopiero przy końcu, wskutek skurczu przedsionka. Istnieje przeto pewien paralelizm pomiędzy tonem przypadkowym rytmu galopującego, a dyastolicznym szmerem w *stenosis mitralis*, który również może występować zaraz po *systole*, bezpośrednio łącząc się z tonem przypadkowym, lub też może zjawiać się przed skurczem, jako szmer praesystoliczny, zależny od skurczu przedsionka.

Na zakończenie należy wspomnieć o innej jeszcze odmianie prawidłowego rytmu serca, polegającej na tem, że ton przypadkowy umieszcza się pomiędzy obu tonami prawidłowymi, po środku *systole*. Francuzi nazywają rytm ten *galop méso-systolique*. Zjawisko to spotykamy dość rzadko, i nieraz trudno jest je odróżnić, od szmerów tarcia. Obserwując jedną taką chorą, autor znalazł szczególną zmianę krzywej uderzenia wierzchołka i tętna tętnicy szyjowej, mianowicie wzniesienie w postaci siodła. Pozostaje do rozstrzygnięcia, czy rozdwojenie tonu zależy od nierównomiernego skurczu komory, czy też polega na prawach fizycznych wskutek uderzenia krwi komory i aorty. Ponieważ jednak rozdwojenie skurczu uwydatnia się na ścianie klatki piersiowej, przeto autor staje po stronie objaśnienia pierwszego. Mieliśmy przeto tutaj przestankowy skurcz komory.

Praktyczne znaczenie tego zjawiska jest małe, autor spostrzegał je u osób, które zasięgały porady na cierpienia innych narządów, ton mezosystoliczny był przypadkowym odkryciem. Rytm ten łatwo odróżnić na mocy szybkiego następowania po sobie trzech tonów, z których środkowy jest najslabszy, t. j. najmniej zaakcentowany.

(*Sammlung klinischer Vorträge von R. von Volkmann Neue Folge. Nr. 214. Lipiec 1898*).
W. Knappe.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

141. O LUBARSCH. **Nowy przyczynek do nauki o zapaleniu.** Dawną teorię COHNHEIM'a o zapaleniu z biegiem czasu spotkały liczne zarzuty, i powstała na nowo walka około następujących punktów: 1) Skąd pochodzą komórki, biorące udział w powstawaniu obrzmienia zapalnego. 2) W jaki sposób tworzą się błony fałszywe (*Pseudomembranen*) w zapaleniach włóknikowych i dyfterytycznych. 3) Udział komórek wędrujących (*Wanderzellen*) w organizacyi wytworów zapalnych. Odpowiedź na te pytanie zależy od stanowiska, jakie zajmemy wobec teorii o zapaleniu.

Co się tyczy pochodzenia tworów komórkowych, biorących udział w powstawaniu obrzmienia zapalnego, to najnowsze badania wykazały, że, prócz ciałek białych krwi i komórek wędrujących (*histiogene Wanderzellen*), w ogniskach zapalnych spotykamy komórki młode, pochodzące wskutek rozmnażania się komórek nie tylko tkanki zasadniczej, lecz i tych komórek wędrujących, o których wyżej była mowa. Dodać należy, że pod względem ilościowym udział tych rozmaitych komórek nie jest jednakowy ani we wszystkich okresach zapalenia, ani we wszystkich postaciach jego, ani u wszystkich gatunków zwierząt. Nie ulega jednak wątpliwości, że w bardzo wielu sprawach zapalnych rola główna podczas całego przebiegu tej sprawy patologicznej przypada na komórki wędrujące już to pochodzenia hematogenetycznego, już to histiogenetycznego.

Poglądy na istotę zapalenia włóknikowego i błoniczego i podjęte w tym kierunku badania znacznie zatarły tę ostrą granicę, którą swego czasu ustalił VIRCHOW. Pierwszy wyłom zrobiły tu doświadczenia NEUMANN'a, następnie prace KAUFMANN'a i BAUMGARTEN'a dowiodły, że różnica pomiędzy zapaleniem włóknikowym, pseudodyfterytycznem i dyfterytycznem jest tylko ilościowa, zależna od stopnia natężenia sprawy zapalnej: we wszystkich tych postaciach widzimy związek między zjawiskami nekrotycznemi względnie nekrobiotycznemi i powstawaniem wysięku. Autor więc dzieli je na: 1) włóknikowe, któremu towarzyszy nieznaczna zgorzel nabłonków, rozpulchnienie i pęcznienie tkanki łącznej i tworzenie się wysięku włóknikowego. 2) błonicowate (*diphteroide*)— pseudodyfterytyczne WEIGERT'a—połączone ze znaczną zgorzelą nabłonka i obfitym wysiękiem, który składa się raczej z grubszych złogów (*Balken*) włóknika, niż z cienkich włókienek jego. 3) błonnicze—którego cechę główną stanowi głęboko sięgająca zgorzel błony śluzowej, wobec czego może ulegać zniszczeniu nie tylko tkanka łączna, lecz i naczynia krwionośne i gruczoły. Spotykamy tu również wysięk włóknikowy, skłonność do krwawień i zgorzeli. Widzimy więc, że wszystkie postaci zapaleń rzekomobłoniastych (*pseudomembranöse*) różnią się pomiędzy sobą nie pod względem zasadniczym, lecz jedynie pod względem natężenia sprawy patologicznej, a podrażnienie samej tkanki zasadniczej gra znaczną rolę nawet w powstawaniu zwyczajnego zapalenia włóknikowego.

Udział komórek wędrujących w odbudowie tkanek, które uległy sprawie zapalnej, autor określa w sposób następujący: 1) Tkanka ziarninowa i łączna, biorąca udział w organizacyi wytworów zapalnych, powstaje przeważnie kosztem komórek tkanki łącznej zasadniczej, komórek wędrujących pochodzenia histiogenetycznego i śródbłonnków (*Endothel*). 2) Nie zostało ani dostatecznie zaprzeczone, ani też napewno stwierdzone, czy pewne części ziarniny tworzą się w nieznacznej mierze i tylko prawizorycznie z komórek pochodzenia hematogenetycznego (leukocyty).

3) Pytanie to z rozmaitych względów wiele straciło na swem pierwotnem znaczeniu zasadniczem.

Wobec wielkiej ilości teorii o zapaleniu i licznych braków, które one posiadają dla wytłomaczenia zjawisk, towarzyszących rozmaitym postaciom zapalenia, nie podobna ograniczyć się na uznaniu jednej z nich za wystarczającą. Nie ulega wątpliwości, że podrażnienie tkanek stanowi zjawisko wspólne dla wszelkich spraw zapalnych; zmiany, związane z niem, stają się łatwo zrozumiałemi na tle nauki o „*chemotaxis*“. Z drugiej strony badania dotychczasowe dowiodły, że wszelkie usiłowania, skierowane do oddzielenia pojęcia „zapalenie“ od ściśle związanych z niem spraw odnowy tkanek i nowotworzenia patologicznego jest tylko konwencyonalne, ze względów jednak praktycznych niezbędne. Wszak wiadomo, że jednakowe kombinacye zjawisk patologicznych oznaczamy rozmaitemi nazwami, zależnie od tego, który ze współczynników występuje na plan pierwszy. Że taka dążność do wspomnianego rozdziału pojęć jest dowolna, wynika z zestawienia następującego. 1) Zjawiska, towarzyszące odnowie tkanek, nowotworzeniu patologicznemu i zapaleniu są ściśle związane ze sobą, różnice zaś, zachodzące pośród nich zależą tylko od stopnia natężenia, a głównie od naszego sposobu zapatrywania się. 2) a) Nazwa odnowy (*Regeneration*) oznacza zastąpienie tkanek zniszczonych przez substancję równowartościową tak pod względem fizyologicznym, jak i morfologicznym. b) Pod nazwą odnowy patologicznej rozumiemy sprawy, które prowadzą do wydalenia i otorbienia części obumarłych lub ciał obcych, a także do tworzenia się blizn. c) Jako zapalenie pojmujemy zaburzenia, zachodzące w tkance, połączone z wysiękiem patologicznym płynnym i komórkowym, a także z przyrostem komórek, o ile one występują, jako cierpienie samoistne. Zaznaczyć jeszcze należy niemożliwość odgraniczenia ścisłego zapalenia ostrego i przewlekłego, zwłaszcza jeżeli będziemy się opierali tylko na obrazie histologicznym. To też należy trzymać się tego, żeby nazywać przewlekłemi te postaci zapalenia, w których obok zjawisk nowotworzenia znajdują się wyraźne dowody powtarzania względnie zaostrzania się sprawy zapalnej, nigdy zaś takie stany, które stanowią wyraz zejścia zapalenia przewlekłego.

(*Deut. med. Wochschr.* Nr. 32, 33, 34, 35—1898).

K. Z.

142. W. TEICHMUELLER. Obecność i znaczenie komórek eozynofilowych w płwocinie chorych gruźliczych. Na 153 przypadki gruźlicy, w których autor badał płwocinę, znalazł w niej komórki eozynofilowe 111 razy i wynikiem tym przypisuje dość duże znaczenie. T. uwzględniał przy swoich badaniach zawsze wiek, płeć, zajęcie, stan ogólny, dziedziczność, okres gruźlicy, ciepłotę chorych i rozmaite powikłania. Na zasadzie swoich poszukiwań dochodzi on do wniosków następujących.

Już na kilka miesięcy przed znalezieniem laseczników gruźliczych w płwocinie, można często w niej znaleźć dość dużo komórek eozynofilowych, co dowodzi, że ustrój czyni nadzwyczajne wysiłki w obronie przed zakażeniem. Tak się rzecz ma często u osób dość silnych w początkowych okresach gruźlicy. Gdy pomimo to laseczники zaczynają się pokazywać w płwocinie, ilość komórek eozynofilowych zaczyna się zmniejszać, aż wreszcie zupełnie znikają. W przypadkach, dążących do poprawy, sprawa odbywa się odwrotnie, laseczники poczynają ginać, a na ich miejsce znajdujemy w płwocinie coraz więcej komórek eozynofilowych. Najczęściej jednak, stosownie do warunków, w jakich chory się znajduje, ilość komórek tych zmniejsza się lub zwiększa, ilość zaś laseczników zachowuje się wprost odwrotnie. W przypadkach świeżych, gdzie autor jednocześnie z mnóstwem laseczników znajdował i sporo komórek eozynofilowych, które jednak w krótkim czasie Pomimo najlepszych warunków higienicznych znikają zupełnie, tam zawsze rozwi-

jały się suchoty galopujące. W 42 przypadkach autor wcale komórek tych nie znalazł; w przypadkach tych dominowały rozmaite czynniki niepomysłne, jak: dziedziczność, rozległe zniszczenia w płucach, wysoka gorączka, powikłania i znaczne wychudnienie.

Dane te wskazują, jak ważne jest badanie płwociny gruźliczej na komórki eozynofilowe: daje ono wskazówki, co do odporności chorego, co do rokowania i pozwala ocenić skuteczność naszego leczenia.

(*Centralbl. f. innere Med.* 1898. Nr. 13).

Klejn.

143. MARFAN. **Dyeta wodna w nieżytach żołądkowo-kiszkowych u niemowląt.** Dotychczas lekarze mało stosują dyetę wodną, tak prostą a skuteczną, w przekonaniu, iż niemowlę źle znosi brak pokarmu. Tymczasem może ona być użyteczna, a nawet zbawienna we wszystkich postaciach nieżyty żołądkowo-kiszkowego, szczególnie zaś w przypadkach nieżytów pospolitych ostrych (cholera dziecięca) i przewlekłych. Zastępując mleko wodą, usuwamy fermentację, podtrzymując rozwój mikrobów i nagromadzenie toksyn. Dyeta wodna daje odpoczynek żołądkowi i kiszce, gasi silne zazwyczaj pragnienie, zapobiega odwodnieniu tkanek i podtrzymuje prawidłowe wydzielanie moczu.

W cholerze dziecięcej należy usunąć wszelkie pokarmy, natomiast dawać z buteleczki wodę dobrze przegotowaną po 50 gr. co pół godziny, lub po 100 gr. co godzina, lub po 150 grm. co $1\frac{1}{2}$ —2 godz. Z początku nic absolutnie do wody dodawać nie należy; później, jeżeli chory pije niechętnie, można dodać trochę cukru, w żadnym zaś razie nie należy dodawać białka. Ciężota wody pokojowa. Czas trwania diety 24—36—48 godzin względnie do tego, czy objawy chorobowe—wymioty i biegunka—ustają. Powrót do pożywienia zwykłego powinien odbywać się stopniowo: karmić piersią należy nie wiele, co 4 godziny, albo dawać po 40 gr. mleka nawpół z wodą ocukrzoną, w przerwach zaś wodę przegotowaną czystą. O ile wymioty i biegunka wracają, dyetę wodną powtarzamy na 6—8—10 godzin, zwykle zaś wymioty ustają, wypróżnienia stają się mniej częste i mniej płynne, jakkolwiek nieraz stan ogólny nie zmienia się. Ustrój przepełniony jest toksynami; to też w ciężkich przypadkach dyetę wodną należy odrazu łączyć z zastrzykowaniami podskórnymi roztworu soli (30 ctm. sz.) i kąpielami 35° C., 2—4 razy dziennie po 5—10 minut. Najczęściej po dwóch dniach zaprzestujemy zastrzykiwać i powoli wracamy do zwykłego żywienia (5—6 dzień). Często spostrzegamy wyniki zdumiewające. Zdarza się jednak, że wymioty i biegunka wracają, choć niebezpieczeństwo minęło. Wtedy na nowo powracamy na krótki czas do diety wodnej, jednocześnie podając kalomel w małych dawkach (0,01 podzielić na 5 części, co pół godziny proszek).

W przypadkach ostrego nieżyty żołądka i kiszek z lekkim przebiegiem wyzdrowienie następuje szybko. Wobec tego, że przyczyną jest tu najczęściej przekarmienie, zdawaćby się mogło, że wystarczy usunąć przyczynę, by osiągnąć poprawę. W rzeczywistości jednak tak nie jest. Zaburzenia te niekiedy z trudnością dają się wyleczyć i często powracają. Zależnie od natężenia choroby, dyetę wodną stosować tu należy 6—18 godzin.

Równie dobrze działa dyeta wodna w przypadkach wymiotów pochodzenia gastrycznego. W ostatecznym dopiero razie należy się uciec do przemycania żołądka.

W tenże sposób leczyć możemy obostrzenia w przebiegu przewlekłego nieżyty żołądka i kiszek. Osiągamy w każdym razie chwilową ulgę i poprawę stanu ogólnego oraz unikamy powikłań.

W czasie stosowania diety wodnej niemowlęta tracą wprawdzie na wadze, wyrównanie jednak następuje szybko. Przeciwwskazaną dyetą wodną może być chyba tylko przy znacznem wycieńczeniu. Dłużej jak 8—10 dni niemowlęta nie powinny pozostawać bez pokarmów.

(*Archives de médecine des enfants*. 1898. Nr. 7). E. Golde.

144. O. SOERENSEN i L. METZGER. **Dyeta wobec nadkwasoty soku żołądkowego.** Wobec niezgodności poglądów co do diety u chorych z nadmierną kwasotą soku żołądkowego, autorowie postanowili przekonać się, o ile słuszne jest podawanie takim chorym pokarmów przeważnie mięsnych, mieszanych, albo składających się z węglowodanów. Chorzy, użyci do doświadczeń, otrzymywali trzy rodzaje pożywienia: a) mieszane: talerz zupy, 200 grm. mięsa siekanego, 50 grm. puré z kartofli i bułka; b) białkowe: zupa, przygotowana z dwóch jaj i 300 grm. mleka; 200 grm. mięsa siekanego i 10 grm. masła; c) składające się z węglowodanów, mianowicie z 300 gr. ryżu. Doświadczenia prowadzone były w ten sposób, że zawartość żołądka była badana w pół godziny lub w godzinę po spożyciu pokarmu i następnie co godzinę dopóty, dopóki krzywa, wskazująca ilość wolnego kwasu solnego, nie zaczęła opadać. Wyniki tych doświadczeń są następujące. Niesłuszne są poglądy pewnych badaczy, że u chorych z nadkwasotą soku żołądkowego ilość kwasu solnego wolnego powiększa się pod wpływem diety białkowej. Ilości kwasów wolnych są prawie jednakowe bez względu na rodzaj pożywienia. Dla tego też zalecanie wyłącznie pokarmów białkowych lub składających się z węglowodanów nie posiada żadnej podstawy. W każdym bądź jednak razie pokarmy białkowe posiadają tę zaletę, że objętość ich jest mniejsza, większa ilość kwasu wchodzi z nimi w połączenie i znacznie prędzej opuszczają żołądek. W końcu samo doświadczenie poucza, że odnośni chorzy lepiej znoszą pokarmy białkowe. Ponieważ jednak zachowanie diety wyłącznie białkowej jest niemożliwe, a pokarmy mieszane w omawianem cierpieniu nie wpływają na sprawę chorobową, przeto ostatni rodzaj diety byłby najodpowiedniejszy. Należy tylko zwracać baczną uwagę na sposób przygotowania pokarmów i na możliwie dokładne ich rozdrobnienie.

(*München. med. Wochenschrift*. Nr. 36).

K. Z.

145. WOLF i FRIEDJUNG. **W sprawie trawienia żołądkowego u ssawców.** Do podjęcia powyższej pracy skłoniła autorów sprzeczność poglądów na chemiczną i mechaniczną czynność żołądka u ssawców.

Badaniu poddano 97 dzieci w wieku od 10 dni do 21 miesięcy. Były to przeważnie osobniki, dotknięte różnemi chorobami przewodu pokarmowego, jako to: ostrą niestrawnością, ostrym nieżytem żołądka i jelit, nieżytem kiszek torebkowym, cholerą dziecięcą, wreszcie przewlekłemi cierpieniami kiszek. Prócz tego zbadano szereg dzieci z przewodem pokarmowym zdrowym.

Ponieważ ilość zawartości żołądkowej u ssawców okazuje się do badań nie wystarczającą, należało ją rozcieńczać przez wlewanie do żołądka 20 ctm. sz. wyjałowionej wody, co, oczywiście, nie wpływało ujemnie na wyniki badania jakościowego, o które głównie autorom chodziło.

Wydobyty za pomocą zgłębnika z żołądka płyn poddawano filtrowaniu, a następnie określano: 1) jego odczyn, 2) obecność wolnego kwasu, 3) kwas solny (GUENZBURG), 4) kwas mleczny (UFFELMANN), 5) kwaśność ogólną, 6) pepsynę, kwas mawłowy, octowy, krochmal.

Pierwsza grupa obejmuje 32 przypadki ostrej niestrawności. Zawartość prawie zawsze reaguje kwaśno, wolny kwas znaleziono w połowie przypadków, zaś kwas solny tylko u dwojga dzieci. Pepsynę znajdowano w połowie, kwas mleczny w $\frac{2}{3}$ przypadków; brak tego ostatniego ściśle był związany z nieobecnością stałych cząstek pożywienia w treści żołądkowej.

Następna kategoria obejmuje 37 przypadków ostrego nieżytu żołądka i kiszek. Tu 15 razy odczyn treści był obojętny, wolny kwas solny znajdowano rzadko i przeważnie w czczym, lub niemal pustym żołądku. Kwas mleczny wykryto w połowie przypadków, pospolicie jeszcze przed ukończeniem trawienia żołądkowego. Ten częsty brak kwasu w ostrym nieżycie kiszek autorowie przypisują wymiotom, lub zmianom zwykłego pożywienia na takie, które nie sprzyja tworzeniu się kwasu mlecznego.

Badania dzieci, dotkniętych nieżytem torebkowym, cholerą dziecięcą i przewlekłymi cierpieniami kiszek, dały wyniki wogóle zbliżone do powyższych, tu również nie udało się wykryć takich właściwości trawienia żołądkowego, któreby można uważać za typowe dla powyższych stanów chorobowych.

Natomiast badanie 4 ssawców o przewodzie pokarmowym zdrowym dało wyniki zupełnie niespodziewane. Treść żołądka pustego wykazuje odczyn obojętny i brak t. zw. prawidłowych soków żołądkowych. Podczas trawienia zawartość żołądkowa bywa stale kwaśna; kwas mleczny znajdowano zawsze, natomiast stwierdzano stale brak wolnego kwasu solnego i pepsyny.

Zdaniem autorów, takie wahania w wydzielaniu prawidłowych soków żołądkowych są u ssawców zjawiskiem fizyologicznym i dla tego nie należy im przypisywać nadmiernego znaczenia. Wnioski, do których autorowie dochodzą, są następujące:

1) Dla przyswajania pokarmów trawienie żołądkowe u ssawców posiada znaczenie podrzędne.

2) Obecność lub brak „prawidłowych” soków żołądkowych nie pozwala wysnuwać pewnych wniosków co do działalności trawiennej żołądka i nie daje żadnych wskazówek terapeutycznych.

3) W chorobach kiszek badanie żołądkowe nie daje żadnych obrazów typowych.

4) Za niewątpliwy objaw patologiczny należy uważać tylko niedomogę mięśniową i przedłużenie okresu fermentacji mlecznej.

(*Archiv f. Kinderheilk. Bd. XXV.*)

Aleksander Wertheim.

146. A. BIER. **Leczenie gośćca przewlekłego za pomocą powietrza gorącego i przekrwienia zastoinowego.** Zastosowanie powietrza gorącego do leczenia gośćca przewlekłego wprowadził autor już od lat kilku. W tym celu używa przyrządów odpowiednich, w których umieszcza członek, dotknięty sprawą chorobową, i po należytem osłonięciu przyrządu podnosi w nim ciepłotę do 100°C. lub też tak wysoko, jak tylko chory znieść może. Zabieg ten stosuje się codziennie po godzinie. Wyniki osiągał dobre przy takim leczeniu: bolesność i sztywność sta wów znikły, co przypisuje autor jedynie działaniu gorąca, względnie zależnemu od niego przekrwieniu. Jeszcze lepsze wyniki miał autor po zużytkowaniu do omawianego celu przekrwienia zastoinowego; jest to metoda, która w leczeniu cierpień gruzliczych stawów daje dobre wyniki. Postępowanie jest następujące w przypadku cierpienia stawu kolanowego. Kończynę całą bandażuje się, poczynając od palców, aż do brzegudolnego stawu kolanowego, po nad stawem zaś nakłada się opaskę gumową w kilka warstw i tak mocno, aż kolano przyjmie wygląd sino-czerwony i nieco obrzmieje. W celu uniknienia zbyt silnego ucisku przez opaskę podkłada się pod nią jedną lub dwie warstwy flaneli. Po nałożeniu opatrunku chory nie powinien czuć bólu, przeciwnie ból zwykle znakomicie się zmniejsza. Jeżeli chodzi o stawy drobne ręki lub stopy, to opaskę elastyczną należy nałożyć po nad stawem nadgarstkowym, względnie skokowym. Jeżeli zaś sprawa chorobowa zajmuje kilka stawów, np. stawy stopy i kolana, to opaskę nakłada się tylko po nad kostką, a pozostałą

część kończyny pozostawia się wolną. Ten sposób leczenia wymaga jednak ze strony lekarza wielkiej uwagi, aby opaska nie była nałożona zbyt mocno, trzeba więc często kontrolować stan kończyny, a w celu uniknięcia niepożądanego wpływu ucisku położenie opaski (wyżej lub niżej) zmieniać co 12 godzin. W miarę zmniejszania się bólu w stawie zajęтым opaskę pozostawia się albo tylko na dzień, albo na noc.

(*München. medicin. Wochschrft. Nr. 31—1898*).

K. Z.

147. SCHMIDT. **Przemiana materji w żółtaczce nieżytowej oraz uwagi o paracholii.** Autor przeprowadził badania nad przemianą materji w żółtaczce nieżytowej, zwłaszcza nad wydzielaniem siarki obojętnej, co pozwala według niego sądzić o pewnych sprawach, zachodzących w wątrobie.

Za przedmiot badań służył przypadek żółtaczki, powstałej po spożyciu zbyt tłustego pokarmu. Autor wraz z CHAUFFARD'em i HEITLER'em sądzi, że żółtaczka nieżyłowa jest cierpieniem całego ustroju, a nie czysto miejscową sprawą, zależy ona od zatrucia lub zakażenia.

Co się tyczy patogenезy żółtaczki, to badania doświadczalne PRÉVOST'a, DUMAS'a, GMELIN'a i in., i anatomo-patologiczne VIRCHOW'a uwydatniły ważne znaczenie czynnika mechanicznego, t. j. zastoj u żółci; lecz już VIRCHOW wyraźnie zaznaczył, że na trupie może zniknąć obrzmienie wylotu przewodu żółciowego, które niewątpliwie istniało za życia. MINKOWSKI i LIEBEMEISTER przyjmują w niektórych przypadkach inny mechanizm, a mianowicie zmianę czynności komórek—właściwie mówiąc, prawidłowego kierunku wydzielania t. j. że składniki żółci, prawidłowo wydzielane do naczyń włosowatych żółciowych, zostają wydzielone do naczyń włosowatych krwionośnych.

Dokładniejsze wniknięcie w tę sprawę możliwe jest podług autora na zasadzie badania przemiany materji. Siarkę (*S*) napotykamy w moczu w postaci siarczanów ($= a$) kwasów etero-siarczanych (*b*) i neutralnej siarki ($= c$) t. j. po części nieznanych nawet bliżej organicznych związków siarki (kwas taur-karbaminowy, *kali rodanatum*, cystyna i t. d.). *S* pochodzi z rozpadu białka i wskutek tego pozostawać musi w pewnym stosunku określonym do *N* moczu i zużytego białka.

Normalnie stosunki są następujące: na dobę wydzielany $N = 13,0$ $a = 2,2$ $b = 0,2$ $c = 0,2(a + b + c) = Ge = 2,6$.

Patologiczne zwiększenie *c* (w stosunku do *N* lub *Ge*) następuje:

1) przy głębokim uszkodzeniu treści komórek wskutek nieprawidłowego rozpadu cząsteczki białka („*Allophagia*“) w gorączce, wycieńczeniu, przewlekłych małokrwistościach;

2) gdy wskutek zatkania przewodów żółciowych zostaje w ustroju zatrzymana siarka, wydalana zwykle z kałem w postaci tauryny, i jednocześnie następuje wessanie kwasów żółciowych z wątroby.

Badania bowiem SALKOWSKIEGO, HOPPE-SEYLER'a i LÉPINE'a wykazały, że kwas taurocholowy rozkłada się na kwas cholalowy i taurynę, która po części ulega wessaniu i wydziela się pod postacią *c* (LÉPINE nazywa obojętną siarkę moczu siarką żółci).

W pierwszej grupie *c* zwiększa się kosztem $a + b$, w drugiej $a + b$ zostaje bez zmiany.

Ewentualnie możliwy byłby 3 przypadek t. j. że ilość *c* zwiększy się przy wzmożonej produkcyi kwasu taurocholowego, gdyby go komórki wątroby odszczepiały wprost od białka.

Ponieważ jednak w przypadku autora stosunek $\frac{a+b}{N}$ pozostał niezmienny na-

wet przy maksymalnym wydzielaniu c , sądzi on, że wątroba produkuje kwas taurocholowy nie z białka, a z pewnych produktów przemiany (cysteiny), przy ograniczonej zatem ilości materiału wytwórczego *a priori* trudno przypuszczać znaczne wahania w jedną lub drugą stronę. Z tego względu sądzi autor, że z zachowania c nie można wprost wnioskować o czynności komórek wątrobowych.

Cyfry autora przemawiają na korzyść twierdzenia, że w żółtaczce następuje rozpad białka narządów.

Co się tyczy kwasów etero-siarczanych, to autor dochodzi do wniosku, że powiększanie ich ilości przemawia za wzmożeniem gnicia w kiszkiach, kilka razy jednak nie znajdował on ich powiększenia przy niewątpliwie wzmożonym gnicu.

Co się tyczy siarki obojętnej, to jeśli przypuścimy, że kwas taurocholowy pochodzi wprost z białka, to przy zmianie w jego wytwarzaniu musimy oczekiwać zmiany stosunku $\frac{a+b}{N}$ ponieważ N jest miarą potrzebowanego białka a pośrednio miarą dla Ge : przy zużyciu więc większej ilości białka na wytworzenie kwasów żółciowych, musiałby ulec zmianie powyższy stosunek i stosunek $(a+b) : Ge$ lub $c : Ge$. (Lecz właściwie ilość Ge nie może mieć dla nas wielkiego znaczenia, gdyż zależy ona nie tylko od ilości białka zużytego, lecz i od ilości wessanego kwasu taurocholowego, i z tego względu prawidłowiej jest używać tylko $\frac{a+b}{N}$ i $\frac{c}{a+b}$ gdyż $a+b$ jest wielkością względnie stałą).

W naszym jednak przypadku stosunek $\frac{a+b}{N}$ nie podlegał wielkim wahaniom

$$\text{jak np. } \frac{1}{7,4} \quad \frac{1}{6,7} \quad \frac{1}{6,8} \quad \frac{1}{8,2} \quad \frac{1}{5,8} \quad \frac{1}{6,1} \quad \frac{1}{6,5} \quad \text{zaś stosunek} \\ \frac{c}{a+b} = \frac{1}{6,5} \quad \frac{1}{1,5} \quad \frac{1}{6,8} \quad \frac{1}{4,7} \quad \frac{1}{2,8} \quad \frac{1}{0,8} \quad \frac{1}{0,8}$$

Prócz tego przeciw takiej policholii przemawia jeszcze inny wzgląd: ilość obojętnej siarki w niektórych dniach daje takie cyfry, że należałoby przyjąć, iż całe białko zostało przetworzone na kwas taurocholowy i wessane w kiszkiach jako obojętna siarka, co już jest wysoce nieprawdopodobne, a w innych znów dniach daje ona cyfry dla c wyższe, niż można oczekiwać dla całej S przy danej ilości N , co już jest wprost niemożliwe (np. $c = 2,325$ przy $N 12,74$ i $1,766$ przy $N 9,76$). Przypuszczenie więc jedynie zmiany kierunku wydzielania jest niedopuszczalne. Jedynie możemy objaśnić te cyfry przypuszczeniem, że istniało wzmożone wysanie kwasu taurocholowego ze zbiornika kwasów żółciowych w wątrobie, a przyczyny tego szukać należy w niedrożności przewodu żółciowego, zależnego od nieżyłowego obrzmienia błony śluzowej.

Za możliwością nagromadzenia w wątrobie kwasów żółciowych przemawia ten fakt, że nie cała ich ilość zostaje wydzielona, lecz bywa wessana napowrót i wraca do wątroby. Jeśli uznamy powyższe twierdzenia za słuszne, to będziemy mogli ze stosunku $\frac{c}{a+b}$ sądzić o natężeniu wessania, a więc o stopniu niedrożności przewodów żółciowych.

Jeszcze jeden wniosek wyprowadza autor ze swoich cyfr, a mianowicie, że produkcja kwasów żółciowych w żółtaczce nie zmniejsza się, gdyż w przeciwnym razie nie można objaśnić wysokich cyfr, otrzymanych dla siarki obojętnej.

(*Centralblatt für innere Medizin.* 1898. Nr. 5). J. Maliniak.

148. O. CHIARI. **Przyczynki do rozpoznawania i leczenia raka krtani.** Praca powyższa oparta jest na spostrzeganiu 66 przypadków raka krtani i zawiera cenne wskazówki, dotyczące się rozpoznawania i leczenia tego cierpienia.

W każdym wątpliwym lub podejrzanym przypadku guza krtani nie należy zwlekać z wycięciem kawałka nowotworu celem zbadania go pod drobnostką, jest to bowiem jedyna droga, która dać nam może wskazówki pewne. Z jednora-

zowego badania jednak nie można jeszcze wyciągać wniosków, zwłaszcza co do łagodnej natury nowotworu, należy go badać kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu.

Rozpoznanie różniczkowe wahać się może pomiędzy rakiem, brodawczakiem, przerostem błony śluzowej (*pachydermia*), gruzlicą i przymioteni.

Brodawczaki są po większej części usadowione na szypule, w przypadkach zaś, gdzie mają przyczep szeroki, nie drażą nigdy wgląb tkanki i nie wywołują w niej nacieczenia ani obrzmienia. Ruchomość strun głosowych zostaje swobodna, prawidłowa. Po wycięciu brodawczaki, zarówno jak raki brodawkowate, mogą dawać nawroty; ale w pierwszym razie powstają one dosyć późno po operacji i rozwijają się na nowo powoli, gdy nawroty raka są szybkie. Brodawczaki są twarde i mało unaczynione; raki brodawkowate są miękkie i bogate w naczynia krwionośne, tak że wycięcie ich połączone bywa często z obfitem krwawieniem. Nie należy jednak zapominać, że łagodny brodawczak może przejść w raka brodawkowatego lub istnieć jednocześnie z nim.

Pachydermia po większej części bywa obustronna i ma ulubione swe siedlisko na wyrostkach głosowych i w części międzynaławkowej. Ruchomość strun głosowych w tem cierpieniu może być tak samo ograniczona, jak w raku. Badanie drobnowidzowe może tu nas łatwo w błąd wprowadzić, wykazując olbrzymią proliferację nabłonka w *pachydermia*. Dużo tutaj zależy od kierunku, w jakim skrawki były robione. Jeżeli *pachydermia* zajmuje inną jaką część krtani, a nie tylne części strun głosowych, to rozpoznanie bywa połączone z wielkimi trudnościami.

Trudno też nieraz bywa odróżnić klejaka (gumma) nierozpadłego krtani od raka. Obydwa te guzy przedstawiają się z początku jako ograniczone, okrągłe, połączone z dosyć rozległym nacieczeniem otaczającej tkanki. A ponieważ wycięcia kawałka guza, w którym podejrzewamy naturę przymiotową, słusznie unikamy, więc pozabawieni jesteśmy możliwości zbadania go pod drobnowidzem. W takich przypadkach należy uciec się do leczenia przeciwprymiotowego, pamiętając wszelako, że i rakowate guzy często zmniejszają się pod jego wpływem. Zmniejszenie to jednak jest krótkotrwałe, i guz szybko dochodzi do pewnych rozmiarów, na których pozostaje pomimo stosowania leczenia swoistego.

Łatwe stosunkowo jest odróżnienie raka krtani od gruzlicy. Zne są jednak przypadki, w których dokonano wyłuszczenia krtani w mylnem przypuszczeniu, że cierpienie było rakiem — omyłka spostrzeżona została dopiero po zbadaniu wyciętej krtani. Istnieją także spostrzeżenia, w których badanie drobnowidzowe wyciętych drogą naturalną kawałków budziło podejrzenie raka, gdy w istocie cierpienie było natury gruzliczej. Przyczyny takich omyłek tkwią w znajdowaniu przerostu brodawek i w możliwym przeobrażeniu gruzlicy w guz złośliwy.

Co się tyczy leczenia, to CHIARI ze sposrżeń swych wyciąga wnioski następujące:

- 1) Metoda wewnątrzkrtniowa powinna być stosowana tylko w celach rozpoznawczych i do usuwania guzów bardzo ograniczonych, o złośliwości nie zbyt wydatnej, usadowionych na strunach prawdziwych. I w tych jednak przypadkach stan krtani powinien być często kontrolowany, aby w razie nawrotu dokonać operacji radykalnej.

- 2) W przypadkach raka strun prawdziwych lub rzekomych najbardziej wskazane jest rozłupanie krtani z wycięciem chorych części miękkich.

- 3) Jeżeli rak zajmuje inne części krtani, należy przystąpić do częściowego lub całkowitego wyłuszczenia tego narządu. Pierwsze daje lepsze wyniki czynnościowe, drugie — większą odsetkę wyzdrowień bez nawrotów. Ale śmiertelność

wskutek całkowitego wyluszczenia krtani jest większa, niż wskutek częściowego. Jeżeli zatem można liczyć na wyleczenie radykalne przy pomocy wyluszczenia częściowego, to operacyi tej należy dać pierwszeństwo przed całkowitem wyluszczeniem.

4) Zanim uznamy przypadek raka krtani za nie nadający się już do operacyi należy przedtem dobrze rozważyć, czy przy radykalnym rękoczynie nie dałoby się wszystko, co jest chore usunąć. Obok tego powinno się mieć na oku stan ogólny chorego oraz uprzedzić go o skutkach fonetycznych operacyi.

(*Arch. f. Laryng. Bd. VIII. H. 1.*)

Z. Srebrny.

149. E. WALGER. Przyczynek do leczenia duru brzuszno surowicą ludzką, pochodzącą od rekonwalescentów. Próby leczenia odry, tyfusu, płonicy i zapalenia płuc włóknikowego za pomocą surowicy, otrzymanej z krwi rekonwalescentów po tych cierpieniach, dokonane przez WEISBECKER'a, skłoniły autora do zastosowania tej samej metody leczniczej w durze brzuszno. Liczba spostrzeżeń odnośnych wynosi zaledwie 4. Jak widać z przytoczonych historii chorób, wstrzykiwania surowicy już po dwóch dniach powodowały obniżenie ciepłoty ciała i polepszenie ogólnego stanu chorych, a chociaż następnie ciepłota podnosiła się znowu, to jednak nigdy nie osiągała poprzedniego natężenia. Należy zaznaczyć, że bezpośrednio po zastrzyknięciu ciepłota u dwóch chorych podniosła się po nad 40° C. O ile surowica wpływa na sprawy anatomiczne danego cierpienia swoiste, trudno orzec, lecz ze względu na polepszenie się stanu ogólnego chorych, sądzić należy, że dodatnio. Zasługuje na uwagę okoliczność, że we wszystkich czterech przypadkach w kilka dni po wstrzyknięciu występował w moczu odczyn „diaz“, w trzech zjawiała się typowa, charakterystyczna wysypka (roseola), a śledziona zawsze zmniejszała się do wymiarów prawie prawidłowych. W dwóch przypadkach pomimo zastosowania surowicy nastąpił nawrót cierpienia. Autor przypuszcza, że chodziło tu o wyjątkowo ciężkie przypadki; po dokonaniu powtórnego wstrzyknięcia, choroba skończyła się pomyślnie. Próby VIDAL'a nie wykonano.

(*Centrbl. f. in. Medicin. Nr. 37. 1898.*)

K. Z.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Chociaż cierpienie przymiotowe szyi macicy występuje często, przymiot trzonu macicy bywa bardzo rzadko. LEGRAIN przytacza dwa opisane dotychczas przypadki oraz spostrzegany przez siebie: przymiotowe zapalenie mięśnia macicy spowodowało znaczne zwiększenie i stwardnienie trzonu, które ustąpiły po zastosowaniu leczenia swoistego. (*Ann. des. mal. gen. urun. Nr. 4. 98.*)

= Omawiając leczenie krwotoków płucnych we wczesnym okresie gruźlicy, HUGUENIN występuje przeciw stosowaniu podskórnie ergotyny lub wewnątrz środków ściągających, jak octan ołowiu, garbnik i t. d. Najskuteczniej działają zastrzykiwania morfiny w dawce 0,005,

kilkakrotnie powtórzone, oraz przewiązywanie kończyn w celu zmniejszenia przyływu krwi do płuc. (*Corpbl. f. Schw. Aerzte. Nr. 4. 98.*)

= TAYLOR spostrzegał przypadek epidemicznego występowania *poliomyelitis acuta*; najpierw zachorował 12-letni chłopiec, następnie jego 4-letni brat, w sąsiedztwie mieszkający stryj, wreszcie czworo dzieci ze wsi sąsiedniej. Powodu epidemii w niczem upatrywać T. nie mógł. (*Phil. med. Journ. Nr. 5. 98.*)

= HJALMAR AGNER zwraca uwagę na szwedzki ludowy lek w małokrwiistości — napar pokrzywy. Używa się roślin, zebranych na wiosnę, gdy listki się zaczynają rozwijać; napar pije się szklankami

2--3 razy dziennie. Autor przekonał się o skuteczności tego środka zarówno na wielu chorych, jak i na sobie. (Bull. gen. therap. 8. VI. 98).

= Ciąża u kobiet z wyciętą nerką bywa zazwyczaj wskazaniem do wywołania przedwczesnego porodu. PURLSOW i TROYNAM opisują dwa przypadki ciąży u kobiet o jednej nerce, gdzie ciąża szczęśliwie przebiegła do końca. (Brit. med. Journ. 26. III. 98).

= CONITZER opisuje wymyślony przezeń nóż do zdejmowania szwów w sklepieniach oraz na pochwowej części szyi macicy. (Cntrbl. f. Gynaek. Nr. 30. 98).

= HONSELL spostrzegł przypadek wola u chorej, wyzdrowiającej z zapalenia płuc krupowego. W ropie, otrzymanej przy zabiegu operacyjnym, znaleziono czyste hodowle pneumokoków. (Baitr. z. kl. Chir. T. 20. Z. 3).

= W przypadku swędzenia (*pruritus*) sromu u kobiety ciężarnej, opierającego się wszelkiej terapii, nastąpiło wyleczenie zupełne po jednokrotnym zastosowaniu zabiegu RUGE'a, mianowicie dokładnem wymyciu mydłem i szczotką sromu, pochwy i szyi macicznej. (Berl. klin. Woch. Nr. 19. 98).

= HEERLEIN stosował endermol (sali-cylan nikotyny z wazeliną) w różnych chorobach skórnych i otrzymał dobre wyniki; szczególnie dobre było działanie endermolu w jednym przypadku figówki. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 57. 98).

= BAILEY opisuje przypadek niezwyklego umiejscowienia pierwotnego wrzodu przymiotowego; wrzód mieścił się na początku przelyku, gruczoły szyjowe, podniebienie i migdałki były nieznacznie obrzmiałe; po kilku miesiącach wystąpiły objawy wtórne przymiotu. Dodładne wywiady wykazały, że chory zaraził się od przyjaciela, który mu dał kawałek tytoniu do żucia, odgryziony zębami. (Med. news. 19. III. 98).

= LENHOFF spostrzegł przypadek cukrzycy u 5-letniego chłopca, pochodzącego od zdrowych rodziców. Dziecko do-

tychczas zdrowe zaczęło upadać na siłach i doznawać znacznego pragnienia. Badanie wykazało 5% cukru w moczu oraz w lewej połowie brzucha wiele wyczuwalnych guzków wielkości grochu do jaja gołębiego. (Tow. lek. berl. Pos. 4. VII. 98).

= LEHMANN zaleca następujący sposób leczenia przewlekłej rzerzączki szyi macicznej: rozszerzenie kanału szyi metalowymi rozszerzaczami, które pozostają *in situ* od 5—10 minut, przyżeganie uwidocznionej dzięki rozszerzeniu kanału błony śluzowej 5% roztworem argoniny, saletrzanu srebra lub chlorku cynku. Zabieg, powtarzany raz tygodniowo, sprowadza zazwyczaj szybkie wyleczenie. (Dtsch. med. Woch. 1. 98).

= Lycetol — związek piperazyny — przedstawia biały krystaliczny proszek, bez zapachu, o przyjemnym lekko aromatycznym smaku, dobrze rozpuszczalny w wodzie. Stosował go HOVEN w diatezie moczanowej w dawce 1,5 c. *Magn. ust.* 1,5 w $\frac{1}{4}$ litra wody po śniadaniu i kolacyi i z otrzymanych wyników jest zadowolony. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 54. 98).

= HEDDAEUS na podstawie licznych spostrzeżeń oraz własnych doświadczeń nad leczeniem tęcza urazowego dochodzi do wniosku, że: 1) antytoksyna tęzcowa BEHRING'a jest bezwarunkowo skutecznym środkiem swoistym i powinna być stosowana możliwie wcześnie we wszystkich przypadkach tęcza urazowego; 2) leczenie miejscowe, t. j. dokładne zniszczenie pierwotnego ogniska jest ważne ze względu na zmniejszenie dowozu toksyn; 3) leczenie objawowe powinno być stosowane równolegle z leczeniem surowicą. (Münch. med. Woch. Nr. 11.—13. 98).

= VINCENZI badał bakteryologicznie wodę święconą w jednym z kościołów i znalazł w niej nader jadowite laseczniki błonicy i *bacterium coli*. (Gaz. deg. osped. Nr. 43. 98).

M. B.