

GAZETA LEKARSKA.

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

I. LECZENIE CHORYCH NA BŁONICĘ SUROWICĄ.

Podał

Alfons Malinowski,

ordynator oddziału dla chorób zakaźnych w tymże szpitalu.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 16].

Laryngitis. Tracheotomia.

XVIII. Stanisława Las., 4½ lat, chora od 2 dni, przybyła 10. III. Osłabienie znaczne, tętno ledwo wyczuwalne, oddech 48 na minutę, nadzwyczaj trudny, kończyny zimne, źrenice rozszerzone, sinica kończyn i błon śluzowych. Śpiączka i nieczułość skóry, brak ruchów dowolnych i odruchów. Źrenice nie oddziałują wcale. Objawy silnego zwężenia krtani i tchawicy. Ciepłota 39,7°. Wstrzyknięto 20 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a Nr. I, a jednocześnie podano wewnątrz kamforę. Kol. JASIŃSKI wykonał tracheotomię, przyczem rana wcale nie krwawiła; potem stan chorej ogólny i miejscowy znacznie się polepszył; przez ranę wyszły odlewy tchawicy, czucie wróciło. Wieczorem wstrzyknięto 1 flakon surowicy BUJWIDA.

11. III. Ciepłota 37,5°, tętno wyczuwalne, 130, oddech 18, twarz zarumieniona. Objawy zwężenia krtani i tchawicy zmniejszyły się, chora wydziela przez rurkę dużo błon, bawi się i uśmiecha, źrenice zwężone, oddziałują na światło.

Badanie drobnowidzowe hodowli błon wykryło laseczniki dyfterytyczne. Wieczorem objawy zwężenia silniejsze. Ciepłota 38,4° C. Wstrzyknięto surowicę BEHRING'a Nr. 1 — 10 ctm. sześć..

12. III. Ciepłota 39,2°, tętno 120, słabe. Oddech stenotyczny 28. W ciągu dnia i wieczorem kaszel silny i napady duszenia. Wieczorem ciepłota 39°. Wstrzyknąłem 1 flakon surowicy BUJWIDA.

13. III. Stan lepszy. Ciepłota 37,8°. Oddech łatwiejszy 20 na minutę, wydzielanie błon przez rurkę mniej obfite. W ciągu nocy i dnia częste napady duszności, tętno jednak silniejsze 112, ciepłota 38,3°, oddech 30.

14. III. Stan bezgorączkowy 37,8°, tętno 152, znacznie silniejsze, oddech 18, dosyć spokojny, napady duszenia rzadsze. Przez ranę—błony wydzielają się obficie. Powietrze wchodzi swobodnie do oskrzeli i do płuc.

15. III. Stan bezgorączkowy, napady duszności nie powtarzają się. W płucach rżenia suche; kaszel z wydzieliną obfitą.

16 marca wyjęto rurkę tracheotomijną. 20. III, głos powrócił, gojenie rany prawidłowe.

24. III. Wieczorem przy gorączce 38°, pojawiła się na przedramionach, na stawach łokciowych i kolanowych wysypka pokrzywkowata, która następnym dni rozszerzyła się na całe ciało przy ciepłocie 37,2°.

26. III. Wieczorem ciepłota podniosła się do 39,7°, poczem spadła do normy, a nawet niżej 37°. Chora wypisana zdrową, po zniknięciu wysypki, która trwała do 28 marca.

Przypadek ten zaliczam do najcięższych i zaniedbanych przypadków błonicy krtani. Szybko wykonana tracheotomia przyczyniła się do przedłużenia życia, a wraz z surowicą do ocalenia chorej.

XIX. Wiktor Kornak..., 6 lat, przybył dnia 15 marca, chory od 5 dni na kaszel krupowy, w domu wypluwał błony z krtani, obecnie na migdałach widać naloty, zresztą objawów zwężenia krtani niema, kaszel tylko krupowy. Ciepłota 38,1°, tętno 96, głos ochrypli. Wstrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy Roux. Badanie drobnowidzowe nie wykryło laseczników dyfterytycznych, pomimo że znaleziono je w hodowlach, wziętych od brata chorego na błonicę gardzieli.

15. III. Stan bezgorączkowy, kaszel krupowy, rzadki, bez objawów zwężenia. W gardzieli błony znacznie mniejsze.

16. III. Głos prawidłowy, kaszlu niema, błony w gardzieli zniknęły.

Wypisany zdrow dnia 20 marca.

XX. Anna Solog..., lat 2, chora od 3 dni przybyła d. 22. II. z objawami silnego zwężenia krtani, bezgłosem i kaszlem krupowym. Gardziel zaczerwieniona. Badanie wziernikiem wykrywa silne zaczerwienienie całej krtani, na tylnej ścianie krtani i na strunach głosowych fałszywych wysięk włóknikowy. Oddechanie utrudnione 40 na minutę, w płucach oddech osłabiony, tętno 120, bardzo słabe, sinica twarzy. Wstrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a Nr. 1 w południe i tyleż wieczorem. Wieczorem stan się pogorszył, wystąpiły objawy duszności, o godzinie 4 rano chora zmarła.

XXI. Stefania Szulcz..., 9 lat licząca, przybyła 13. II. w okresie konania i w kilka godzin zmarła przy objawach uduszenia.

XXII. Kazimierz Wiel..., 13 miesięcy liczący, przybył 27. II. Od 4 dni kaszel krupowy i objawy zwężenia krtani, tętno 126, słabe, oddech stenotyczny 48, bezgłos, upadek sił. Wstrzyknięto rano o godzinie 10-tej 10 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a Nr. 1.

Gardziel i krtan przekrwione, błon niema. Ponieważ intubacja okazała się bezskuteczną, o godzinie 12-tej kol. JASIŃSKI wykonał tracheotomię, przyczem chory wyrzucił odlewy tchawicy i oskrzeli z obfitą ropą, sinica i duszność zmniejszyły się, oddech stał się łatwiejszym. W ciągu dnia silne napady duszności. Wieczorem oddech 56 na minutę. Ciepłota 39,4° C.; tętno słabe, 132.

Wstrzyknięto 10 ctm. sześc. surowicy BEHRING'a Nr. 1. Badanie błon wykryło laseczniki LOEFFLER'a.

W nocy o godzinie 3 chory zmarł.

Badanie pośmiertne. *Laryngitis diphtheritica*. Na strunach głosowych prawdziwych nalot dyfterytyczny. Pod strunami głosowymi obfity nalot, przechodzący na tchawicę aż do rozdziału na oskrzela. Przekrwienie i niewielki obrzęk płuc. Nerki zdrowe.

XXIII. Walenty Malcz..., 5 lat liczący, przybył dnia 15. IV. Chory od tygodnia na kaszel krupowy; od trzech dni duszność silna i objawy zwężenia krtani i tchawicy. Gardziel przekrwiona, w płucach oddech słychać, przy oddechaniu widać silne wciąganie w okolicy podmostkowej i w dołku nad mostkiem; głos cichy, ochrypliwy; kaszel suchy bezdźwięczny. Oddechanie 34, tętno dosyć silne, 130 na minutę, ciepłota 37,7° C.. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześc. surowicy ROUX. Wieczorem 37°, głos mniej ochrypliwy i silniejszy; ani w nocy, ani w dzień objawów zwężenia dróg oddechowych nie było. Kaszel suchy ze skąpą wydzieliną śluzu.

Badanie płwociny wykrywa laseczniki dyfterytyczne i inne. Białkomoczu niema.

17. IV. Głos znacznie czystszy i silniejszy, kaszel mniejszy. Dnia następnego jeszcze widoczniejsze polepszenie głosu, oddech swobodny.

19. IV. Zdrów zupełnie, nie kaszle.

Przypadek powyższy ze względu na 7-dniowy pobyt w domu bez wszelkiej pomocy lekarskiej, oraz silne objawy zwężenia dróg oddechowych przez trzy dni trwające, wobec stwierdzonej dyfterytycznej natury choroby, zaliczyć muszę do cięższych postaci błonicy krtani. Zaznaczam tu bezgorączkowy przebieg choroby [najwyżej 37,7°], i szybkie polepszenie po użyciu 10 ctm. sześciennych surowicy.

Z powodu szybkiej poprawy głosu i zniknięcia na drugi dzień objawów stenotycznych powtórne wstrzykiwanie surowicy uznałem za zbyteczne.

XXIV. Bolesław Jachim ..., 4½ lat liczący, chory od 3 dni na ból gardła i kaszel krupowy; przybył d. 6. IV. Ciepłota 39,3°, tętno słabe 124, oddech utrudniony 48 na minutę, kaszel i głos bezdźwięczny. Silne wciąganie okolicy nadmostkowej i podmostkowej przy oddechaniu; w płucach oddech słychać. Gardziel przekrwiona, oba migdały pokryte szarym nalotem. Wstrzyknięto choremu w południe 2 flakony surowicy BUJWIDA. Stan chorego dosyć groźny w ciągu dnia i nocy następniej.

7. IV. Ciepłota 39,2°, tętno 132, silniejsze, oddech łatwiejszy 33, głos ochrypliwy, kaszel krupowy. Nalot tylko na prawym migdale. Białkomoczu niema. Wieczorem błon w gardle już nie widać, ciepłota 39,1°, tętno silne 120, oddech łatwiejszy 30. Badanie wykryło w błonach laseczniki dyfterytyczne.

8. IV. Ciepłota 38,7°. Oddech łatwy, kaszel jednakże krupowy nie ustaje. Na języczku pojawił się nalot białawy. Wieczorem 38,6°.

9. IV. Ciepłota 38,9°. Stan bez zmiany, zwężenia krtani niema, kaszel jednak ciągle suchy, krupowy. Wstrzyknięto 1 flakon surowicy BUJWIDA. Wieczorem 38,8°.

10. IV. Stan bezgorączkowy, głos znacznie lepszy, kaszel krupowy nie ustaje. Wieczorem 37,8°.

11. IV. Ciepłota 38,4°, głos lepszy, oddech jednak utrudniony, w płucach rżenia suche i wilgotne; wciąganie nad mostkiem (*tracheitis*) przy oddechaniu.

12. IV. Kaszel wilgotniejszy, lecz jeszcze chropowaty, głos prawie czysty, gardło przekrwione, bez błon. Stan bezgorączkowy.

13. IV. Głos czysty, kaszel rzadszy, zwężenia tchawicy niema.

15. IV. Wysypka różycowa na rozmaitych miejscach ciała wystąpiła, oprócz twarzy. Gorączki nie ma.

15. IV. Wysypka wystąpiła na twarzy, na tułowiu i kończynach znikła. Wieczorem 38° C.

Odtąd stan bezgorączkowy ogólnie dobry, kaszlu niema.

Przypadek powyższy należy do rzadkich przypadków *pharyngo-laryngitidis dyphteriticae* prawdopodobnie od samego początku. Zasługuje w nim na uwagę szybkie zniknięcie błon na migdałach i pojawienie się wysięku błonicowego na języczku; cięższy i uparty przebieg zapalenia krtani i tchawicy, który zmusił nas do powtórnego użycia surowicy na czwarty dzień, pomimo że chory w dniu przybycia dostał dawkę podwójną, t. j. dwa flakony surowicy BUJWIDA o wiele już teraz silniejszej. Szybka poprawa głosu dowodzi, że sprawa zapalna w krtani wcześniej ustąpiła; nasilenie jednak sprawy zapalnej w tchawicy było w dniu 11. IV tak wielkie, że dawało objawy zwężenia tchawicy. Jednocześnie wystąpił niezbyt oskrzeli z gorączką 38,4°.

Dziwiątego dnia po przybyciu na całym ciele wysypka różycowata, która znikła po 2 dniach.

XXV. *Laryngitis et angina dyphteritica — tracheotomia. Wysypka 17-go dnia.*

Władysław Roszk..., 4 lat liczący, przybył d. 17. III. z okolic Skierniewic. Chory od czterech dni kaszle krupowo; duszność, stopniowo zwiększająca się, doszła do wysokiego stopnia. Ciepłota 35°, tętno 124, słabe, oddech stenotyczny, 40 na minutę. Przy badaniu płuc oddechu prawie nie słychać w górnych płatach. Wciąganie nad obojczykiem silne. Gardziel przekrwiona, migdały powiększone i pokryte szaremi błonami. Głosu nie słychać, kaszel suchy bezdźwięczny. Wstrzyknięto po południu 20 ctm. sześć. surowicy Roux, lecz już o godzinie 6½ wieczorem duszność i zwężenie krtani były tak silne, że kol. JASIŃSKI wykonać musiał tracheotomię. poczem oddechanie stało się cokolwiek łatwiejszem.

18. III. Ciepłota 39,4°, tętno 150, dosyć słabe, oddech stenotyczny 40. Na lewym migdale błony zniknęły. W prawym płucu oddech słyszalny, w lewym od góry nie słyszalny. W południe wstrzyknąłem choremu 10 ctm. sześć. surowicy Roux. Wieczorem ciepłota 39,7°, tętno 120, oddech stenotyczny, 40 na minutę. W lewym płucu oddechu nie słychać. W ciągu dnia były silne napady

kaszlu bez wydzielania błon. Badanie śluzu z gardzieli laseczników dyfterytycznych nie wykryło. Wieczorem wstrzyknięto 20 ctm. sześć. surowicy Roux.

19. III. Ciepłota 38,6°, tętno 130, silniejsze, oddech ciągle utrudniony, 24 na minutę. Z rurki chory wydziela błony. W płucu lewym oddech słychać. Białkomoczu niema. Wieczorem ciepłota 36,6°, tętno silniejsze, 108, oddech łatwiejszy, 36 na minutę.

20. III. Ciepłota 37,5°, tętno 120, słabe, oddech swobodny, cichy. W płucach oddech słychać. Język wilgotny, w gardle błon niema. Chory senny z półotwartymi oczyma leży bezwładnie, kaszle często, wydzielając przez rurkę błony i śluz z ropą. Wieczorem ciepłota 37,7°, tętno 106, oddech 40, na minutę. W ciągu dnia i wieczorem częste napady kaszlu i duszności z wydzielaniem błon i śluzu przez rurkę.

21. III. Ciepłota 37,2°, tętno słabe, 100, oddech 30, w nocy częste napady kaszlu z obfitem wydzielaniem błon. W płucach oddech słychać. Apatya i senność. Wstrzyknięto w południe 10 ctm. sześć. surowicy Roux. Wieczorem ciepłota 37,6°.

22. III. Ciepłota 37,5°, tętno słabe 120, oddech łatwiejszy 30. Kaszel rzadszy, wydzielina mniej obfita. Badanie bakteriologiczne błon wykryło laseczniki dyfterytyczne i koki. Noc bez napadów duszności.

23. III. Stan lepszy, kaszel rzadki, w płucach oddech słychać, chory silniejszy. Rurkę tracheotomijną wyjęto, poczem oddechanie nie było wcale utrudnione.

24. III. Wydzielina płwociny nader obfita, oddech łatwy, siły wracają. Polepszenie stopniowe i powrót głosu trwa do 3 kwietnia. W dniu tym, przy cieplocie 38,8° na tułowiu i kończynach dolnych zauważyłem wysypkę plamistą drobną, na tle rozlanej bledszej wysypki. Podobna ona do odry w przebiegu płonicy (*morbilli c. scarlatina*). Wieczorem ciepłota 39,5°, senność.

4. IV. Ciepłota 38,3°. Wysypka na tułowiu i kończynach dolnych zbladła, wystąpiła silnie na kończynach górnych, na szyi i twarzy. Chory senny, bez łaknienia. Wieczorem ciepłota 40,1°.

5. IV. Ciepłota 38,1°. Wysypka na twarzy przybrała postać większych plam czerwonych, na innych miejscach zniknęła. Chory rozdrażniony i kapryśny. Zaleciłem mu bromek sodu. Wieczorem ciepłota 39,8°.

6. IV. Ciepłota rano 37,4°. Wysypka znikła, stan ogólny dobry. Wieczorem jednak 38,7°. Odtąd gorączka nie wraca, przeciwnie rano i wieczór niżej 37° [36°—36,8°].

Siły wracają, głos czysty i silny, kaszlu niema, usposobienie wesołe. Molec biega i krzyczy. Wypisany zdrów d. 12. IV.

Przypadek powyżej opisany zaliczam do najcięższych postaci błonicy krtani i oskrzeli i wątpię przez długi czas o jego pomyślnem zejściu.

Chłopiec, 4-letni, chory od czterech dni, pozostaje na wsi prawie bez wszelkiego leczenia, a gdy zwężenie krtani dochodzi do wysokiego stopnia, odbywa

3-milową podróż do kolei żelaznej, następnie kilkugodzinną podróż koleją i przybywa w stanie groźnym do szpitala, gdzie już po kilku godzinach tracheotomia staje się niezbędną. Następuje chwilowe polepszenie, jednakże wysięk błoncowy przez cały dzień następny i dwie nocy nie oddziela się z dróg oddechowych i górne płaty płuc są niedostępne dla powietrza. Dopiero na trzeci dzień zaczyna się oddzielanie błon, powietrze wchodzi do płuc, stan ogólny jednak z powodu upadku sił, senności i przygnębienia czyni rokowanie wątpliwem. Jednak na czwarty dzień napady duszności ustają, wydzielina staje się obfitą, ropiastą, płuca dostępne dla powietrza wskutek drożności oskrzeli. Oddzielanie błon z oskrzeli wywołuje przez dwa dni następne znowu częstsze i silniejsze napady kaszlu i duszności, 6-go dnia po wykonaniu tracheotomii błony przestają odchodzić, a swobodny oddech pozwala na wyjęcie rurki. Siedmnastego dnia występuje na całym ciele wysypka z podwyższeniem ciepłoty do 40° i ogólnym osłabieniem. Po czterech dniach wysypka znika, następuje powrót do zdrowia.

W przypadku tym wstrzyknięto pierwszego dnia 20 ctm. sześć. surowicy, drugiego — 10 ctm. sześć. rano i 20 wieczorem; przez dwa dni następne z powodu polepszenia zrobiliśmy przerwę. Piątego dnia po przybyciu częstsze napady duszności skończyły nas do wstrzyknięcia znowu 10 ctm. sześć. surowicy; odtąd polepszenie szybko następowało, tak, że w dwa dni po ostatnim wstrzyknięciu można było usunąć rurkę tracheotomijną. Ogółem użyliśmy 60 ctm. sześć. surowicy Roux. Naloty w gardle w ciągu dwóch dni zniknęły. Oskrzela i tchawica oczyściły się w ciągu dni sześciu. Białkomoczu nie było. Wysypka odznaczała się długim trwaniem, wysoką, towarzyszącą jej gorączką, ogólnym osłabieniem chorego i rozdrażnieniem ze skłonnością do płaczu. Po tracheotomii gorączka stopniowo spadała w ciągu dwóch dni; przy wysypce miała typ zwalniający, poczem opadła poniżej normalnej.

XXVI. Laryngitis, tracheotomia, bronchopneumonia, w dalszym przebiegu dwa razy wysypka. Wyzdrowienie.

Cecylja Polako..., 1½ roku licząca, chora od 3 dni na kaszel krupowy i duszność. Przybyła d. 29. III z silnym zwężeniem dróg oddechowych, głosem i kaszlem ochryłym. Gardziel przekrwiona, w płucach oddech słychać, oddechanie 48, tętno słabe, 126 na minutę, stan bezgorączkowy, kończyny chłodne, upadek sił. Podano wewnątrz kamforę i wstrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy Roux. W nocy stan bez zmiany.

30. III. Ciepłota 39,9°, tętno słabe, 128, oddech utrudniony, 48 na minutę. W południe zwężenie dróg oddechowych jeszcze większe, w płucach prawie nie słychać oddechu. Białkomoczu niema. Wstrzyknięto rano 10 ctm. sześć. surowicy Roux.

Wieczorem o godzinie 7-ej ciepłota 38,5°, tętno ledwie wyczuwalne, sinica ogólna z powodu silnego zwężenia dróg oddechowych. Senność i upadek sił. Kol. Jasiński wykonał wieczorem tracheotomię, poczem chora wykrztusiła przez ranę błony z tchawicy. Badanie śluzu z gardzieli wykrywa laseczniki dyfterytyczne i koki.

31. III. Ciepłota 39,8°, tętno słabe, 140, oddech utrudniony, częste napady duszności i kaszlu; przez rurkę chora wydziela niewiele błon i dużo ropy. Oddech w prawym płucu słyhać, w lewym nie słyhać. Wstrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy Roux. Kamfora. Wieczorem 38,4°.

1. IV. Ciepłota 38°, tętno ledwo wyczuwalne. W nocy napady duszenia i kaszlu. Stan płuc bez zmiany. Wieczorem 39,3°.

2. IV. Ciepłota 39,3°, tętno ciągle słabe, chora wydziela więcej błon, niż dotąd. Oddech w płucach słyhać. Napady duszności i kaszlu częste. Wieczorem tętno silniejsze, ciepłota 40,2° C.. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy Roux.

3. IV. Ciepłota 39,4°. Zwężenie mniejsze, w płucach rżenia suche i wilgotne, wydzielina płociny obfita, tętno silniejsze 140. Białkomoczu nie ma. Dano środek wykrztuśny z kamforą. Wieczorem ciepłota 38,5°.

4. IV. Ciepłota 38,°, tętno silniejsze 140, oddech łatwiejszy 36 na minutę; napady duszności rzadsze. Senność. Z rurki przy kaszlu wypływa ropa ze krwią. W ciągu dnia i nocy polepszenie oddechania. Wieczorem ciepłota 38,4°.

5. IV. Ciepłota 38,2°, oddech łatwy, w płucach rżenia wilgotne, tętno słabe. Rano rurkę wyjęto. Wieczorem 39,3°. Wysypka plamista [podobna do odry] na rękach, twarzy i tułowiu.

6. IV. Ciepłota 39,4°, tętno silniejsze, oddech łatwy, w płucach rżenia. Wysypka kwitnie silnie. Wieczorem ciepłota 39,5°.

7. IV. Ciepłota 39,2°. Wysypka blednie, tętno silniejsze, stan ogólnie lepszy. Wieczorem ciepłota 39,3°.

8. IV. Ciepłota 40,1°. W szczycie prawego płuca i w górnej części oddech oskrzelowy, tętno słabe 130, kaszel suchy. Wieczorem ciepłota 39,8°.

9. IV. Ciepłota 39,6°. W obu płucach na znacznej przestrzeni górnych płatów oddech oskrzelowy; łaknienie lepsze, tętno słabe. Wieczorem ciepłota 40,2°, oddech 60 na minutę.

10. IV. Ciepłota 39,2°, oddech przyspieszony 60, tętno słabe 130. W płucach rżenia trzeszczące. W całym lewym płucu od tyłu i górnej części prawego oddech oskrzelowy. Kaszel niezbyt częsty. Wieczorem ciepłota 39,2°.

11. IV. Ciepłota 38,5°, tętno silniejsze 120. Rżenia trzeszczące liczniejsze na tle oddechu oskrzelowego, szczególnie w płucu lewym. Wymioty przy kaszlu. Wieczorem ciepłota 38,8. Dano *natr. benzoicum*.

12. IV. Ciepłota 38,5°. Oddechu oskrzelowego, ani rżeń nie słyhać, stan lepszy, dziecko bawi się i siedzi, tętno silniejsze, głos silny. Wieczorem ciepłota 38,5°.

13. IV. Ciepłota 38,4. W płucach rżenia wilgotne, kaszel. W prawym od góry oddech oskrzelowy, głęboki. Wieczorem ciepłota 38,2°.

14. IV. Ciepłota 37,6°. Stan płuc lepszy, rżeń, ani oddechu oskrzelowego nie słyhać. Wieczorem 38°.

15. IV. Ciepłota 38,6°. Stan bez zmiany. Wieczorem ciepłota 38,9°.

16. IV. Ciepłota 39,5°. Suche rżenia, kaszel, stan ogólny jednak polepsza się. Wieczorem ciepłota 39°. W ciągu dnia wysypka na tułowiu i kończynach podobna do odry, plamista. Senność, brak łaknienia.

17. IV. Ciepłota 38,6°. Wysypka kwitnie na całym ciele i przechodzi na twarz. W płucach oddech normalny, głos czysty. Wieczorem ciepłota 40,4°.

18. IV. Ciepłota 38,7°. Wysypka znika, stan ogólny lepszy. Wieczorem ciepłota 39,5°.

19. IV. Ciepłota 39,3°. Stan ogólny dobry, głos czysty, wysypka znikła. Wypisana dnia 19. IV.

Przypadek powyżej opisany nader jest interesujący pod względem klinicznym. Ze względu na natężenie objawów chorobowych i silne zwężenie krtani, wymagające tracheotomii, zaliczam go do najcięższych, za czym i dalszy przebieg choroby przemawia. Pomimo wstrzyknięcia 20 ctm. sześc. surowicy w ciągu pierwszych 36 godzin po przybyciu niema polepszenia, przeciwnie stan groźny, silne zwężenia dróg oddechowych, sinica i upadek sił zmuszają nas do tracheotomii, po której wykonaniu chora wydała przez ranę odlewy thcawicy. W ciągu dni następnych przy wysokiej gorączce występują napady duszności i kaszlu, przy czym chora wydziela obficie błonę i ropę przez rurkę tracheotomijną. Wtedy i w płuca zaczyna wchodzić powietrze. W ciągu kilku dni polepsza się stan do tego stopnia, że 8-go dnia po przybyciu, a 7-go po operacji mogliśmy rurkę wyjąć.

Następuje jednak podwyższenie ciepłoty, wywołane wystąpieniem wysypki, po której zniknięciu ciepłota wznosi się powyżej 40°. Badanie płuc wykazuje początkowe objawy zapalenia. Rokowanie pogarsza się, przebieg jednak zapalenia płuc nadspodziewanie szybki i pomyślny. 16 kwietnia zjawia się powtórnie wysypka z podwyższeniem ciepłoty powyżej 40°. Po trzech dniach wysypka znika, zaczyna się okres rekonwalescencyi.

W przypadku tym użyłem 40 ctm. sześc. surowicy Roux, z tych 20 przed wykonaniem tracheotomii i 20 po operacji na drugi i na czwarty dzień. Wewnątrz od początku używałem środków podniecających, które zadanie swoje doskonale spełniły. Zwacam też uwagę czytelnika na młody wiek dziecka, 1½ roku.

[D. c. n.]

II. O TORBIELACH POCHWY.

Podał

M. Zweigbaum.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

Znane są w literaturze zagranicznej przypadki torbieli pochwy, które z przewodów GARTNER'a zostały przez autorów wyprowadzone. Są to przypadki WATTS'a, JOHNSTON'a, J. VEIT'a (27), KUEMMEL'a, GRAEFE'go, RICHE-

LOT'a, QUÉNU [cytowani u POUPINEL'a] i CHALOT'a. Z tych najwięcej prawdopodobieństwa pod względem takiego właśnie pochodzenia posiadają przypadki: WATTS'a, JOHNSTON'a, KUEMMEL'a i CHALOT'a i dlatego podamy je tu w streszczeniu.

Przypadek WATTS'a¹⁾. Kobieta 48-letnia, VIII-para, zauważyła przed 3 laty, wydatność w przedniej połowie sromu wielkości jaja kurzego; torbiel ta siedziała mocno w przedniej ścianie pochwy. Po przecięciu ściany wypłynęło około 2 uncji cieczy mętno-surowiczej. Ku górze w kierunku ku sklepieniu torbiel zwężała się w kanał, przez który można było bez przeszkody wprowadzić zgłębnik maciczny tak daleko, że koniec jego wyczuć można było na wysokości pępka tuż pod ścianą brzusznią, między pępkiem a kolcem przednim górny kości biodrowej. Torbiel, wyluszczoną w miejscu zwężenia, podwiązano i odcięto. Miejsce odcięcia torbieli odpowiadało temu miejscu pochwy, gdzie błona śluzowa pochwy przechodzi z pęcherza na szyję maciczną. Dolna granica torbieli sięgała na $\frac{1}{2}$ palca powyżej wylotu cewki. Pęcherz zawierał nieco moczu krwawego, nigdzie jednak nie można było wysledzić związku pęcherza z wnętrzem torbieli. Ściana torbieli składała się z trzech warstw: zewnętrznej grubej, utkanej z tkanki łącznej, średniej mięsnej, składającej się z włókien podłużnych i poprzecznych, i wewnętrznej tkanki łącznej, usianej obficie okrągłymi małymi komórkami. Wnętrze torbieli i kanału wysłane było nabłonkiem brukowym wielowarstwowym.

Przypadek JOHNSTON'a [cyt. u POUPINEL'a]. Kobieta 30-letnia, zamężna, przed ośmiu laty poronienie; przed $2\frac{1}{2}$ laty urodziła dziecko donoszone. Torbiele w liczbie czterech leżały na jednej linii pionowej w prawej połowie przedniej ściany pochwy: górna tuż pod przyczepem pochwy do szyi macicznej, dolna tuż za wylotem cewki moczowej. Górna była wielkości dużej śliwki, dolna wielkości grochu. Torbiele przekłuto i część każdej ściany wycięto. Zawartość drugiej i trzeciej torbieli była przezroczysta, żółtawa, rzadka. Czwarta torbiel zawierała masę galaretowatą, bezbarwną. Pierwszej torbieli zawartość była czerwono-brunatna, mętna i lepka. Wnętrze torbieli wysłane było nabłonkiem jednowarstwowym cylindrycznym bez migawek, w niektórych jednak miejscach wielowarstwowym. Ściany torbieli składały się z tkanki łącznej i z włókien mięsnych gładkich.

Przypadek KUEMMEL'a. Kobieta 47-letnia, dwa razy rodziła. Nie podejrzewała istnienia torbieli w pochwie. Tuż za szczątkami błony dziewiczej w przedniej ścianie pochwy na lewo od linii środkowej znaleziono torbiel wielkości orzecha laskowego, okrągłą jednokomorową, przesuwalną. Ściana części wolnej była cienka, blada i pozwalała dojrzeć zawartość jasną. Na 2 ctm. powyżej torbieli na tej samej linii leżała druga torbiel, tak samo wyglądająca, lecz większa, pokryta na części wolnej grubszą błoną śluzową. Pierwszą torbiel wycięto w całości. Drugą przecięto, następnie wyluszczone. Zawartość obu torbieli stanowił płyn, żółty, bardzo lepki. Torbiel mniejsza wysłana była nabłonkiem cylindrycznym jednowarstwowym o komórkach z wyraźnymi

¹⁾ Cytata z POUPINEL'a i z Centralblatt f. Gynäk. 1882. str. 320.

konturami i dużym jądrem, torbiel zaś większa posiadała nabłonek cylindryczny o komórkach wysokich, między którymi znajdowały się gdzieniedzie komórki migawkowe; pod tą warstwą komórek cylindrycznych wysokich spotkać można było w niektórych miejscach drugą warstwę komórek płaskich z dużym względnie jądrem. Na tylnej ścianie torbieli większej spotkać można było gdzieniedzie zagłębienia nabłonkowe w tkankę łączną pod postacią zatok i rozdwojeń, wysłanych tym samym nabłonkiem, co i torbiel. W ścianie obu torbieli przebiegały gdzieniedzie pasma gładkich mięśni.

Przypadek CHALOT'a (28). Kobieta 40-letnia 3 razy rodziła prawidłowo. Miesiączkowanie obfite. Między wargami małemi w dolnej połowie ściany przedniej, a po części bocznej prawej pochwy, tuż na prawo od szeregu mār-szczek (*columna rugarum*), poza szczątkami bocznymi i górnymi błony dziewiczej, sterczała torbiel kulista, wyraźnie ograniczona, wielkości dużego kasztana, pokryta błoną śluzową biało-różową. Ani z cewką moczową, ani też z dwoma kanałami periuretralnymi SKENE'go torbiel nie stała w związku.

Torbiel ta najprawdopodobniej rozwinęła się w kanale WOLFF'a. Autor wyciął prawie całą torbiel, przyczem krwawienie było dość znaczne, resztę jej usunął za pomocą łyżeczki. Zawartość torbieli stanowiła ciecz w ilości dużej łyżki, jasno-żółtawa, jednolita, lepka, ciągnąca się. Badanie mikroskopowe ściany torbieli wykazało skład następujący: na zewnątrz błona śluzowa pochwy z nabłonkiem brukowym wielowarstwowym, pod nią warstwa włókien mięsnych gładkich z bardzo rozszerzonymi żyłami, krwią wypełnionymi, głębiej błona właściwa torbieli (*membrana propria*), bogata w pierwiastki komórkowe i we włókna mięsne gładkie i wreszcie wewnątrz warstwa nabłonka, składająca się z komórek cylindrycznych wydłużonych, bez migawek; komórki zawierały jasną protoplazmę i duże jądro owalne, leżące przy wolnym brzegu. Gdzieniedzie nabłonek tworzył zgłębienia rurkowate w błonie właściwej, dochodzące do dość znacznych rozmiarów i rozgałęziające się niekiedy. Wyrostki te były wysłane pojedynczą warstwą komórek cylindrycznych.

*

*

*

Wracając do mego drugiego przypadku, sądzę, że najbliższym będę prawdy, gdy torbiel tę również wyprowadzę ze szczątków przewodu WOLFF'a. Wprawdzie jest ona tylko pojedynczą, lecz położenie jej w przedniej ścianie pochwy, po prawej stronie i wzdłuż cewki moczowej, niektóre wreszcie własności anatomiczne ściany torbieli—wszystko to razem zdaje się przemawiać za słusznością mego rozpoznania, a to tembardziej, że przy wyluszczeniu okazało się, iż torbiel im wyżej, tem głębiej leżała w ścianie pochwy, sięgała zaś także dość wysoko, bo prawie do sklepienia pochwy.

W tej części błony śluzowej pochwy, która pokrywała wolną część torbieli, t. j. część zwróconą ku kanałowi pochwy, gruczołów nie było [błony śluzowej z innych miejsc pochwy nie badałem pod drobnowidzem], zato znalazły się sopluate zagłębienia nabłonka pochwy. Podobne one były zupełnie do zagłębień, spostrzeganych przez VERTH'a w błonie śluzowej pochwy, które wyżej opisaliśmy, a które według niego były błędnie poczytywane przez

PREUSCHEN'a za prawdziwe gruczoly pochwy. Soplwate zagłębienia nablonka pochwy dochodziły do znacznych rozmiarów, a budowa ich nie była wcale podobną do zwykłej budowy takichże tworów w jakichkolwiek zmienionych błonach śluzowych; pomijając już to, że niektóre z nich prawie miotekowato, albo palcowato się rozgałęziały, co nieraz spotykać się daje i w innych stanach patologicznych błony śluzowej, tutaj cały twór soplwaty nabłonkowy nie składał się, jak zwykle, z głębokich tylko warstw nabłonka, lecz zawierał wszystkie warstwy, nie wyłączając najpowierzchniejszej. Rozpatrywany na przekroju prostopadłym do powierzchni błony śluzowej, twór soplwaty tak się przedstawiał: u obwodu z jednej i drugiej strony posiadał warstwę komórek stożkowatych, dalej bliżej ku środkowi—warstwę komórek wielokątnych, a w samym środku—warstwy komórek rogowaciejących o małym jądrze, niekiedy mocno zabarwionem i o ciele zupełnie niezabarwionem, zlekka ziarnistym dokoła jądra. Nie było to jednak pierwszą fazą tych tworów. Widzieliśmy fazy, jak się zdaje, wcześniejsze, w których owych warstw komórek rogowaciejących jeszcze nie było, tak samo jak widzieliśmy i fazy późniejsze, gdzie w części środkowej soplwatego tworu zrogowaciałe komórki uległy już rozpadowi ziarnistemu tak, iż stanowiły masę ziarnistą, niebarwiącą się, pośród której widać jeszcze było drobne jądra dosyć dobrze zabarwione, podobne do jąder, jakie w rogowaciejących komórkach widzujemy, w innych wreszcie miejscach części środkowe soplwatych tworów były, jak już wiemy, opatrzone jamkami, albo jakby kanałami. Kanały te były szerokie, niejednostajne z brzegami nierównymi, poszarpanymi, do których przylegały jeszcze dosyć znaczne ilości rozpadłej masy zrogowaciałych komórek. Szły one od samej powierzchni nabłonka włąb soplwatego tworu, pośrodku miały niekiedy przewężenia, a w dolnej części nawet kolbowate rozszerzenia. Ponieważ w preparatach moich, pomimo starannych poszukiwań, nie znalazłem żadnego związku między kanałami tymi a jamą torbieli, więc o znaczeniu tworów soplwatych pod względem etiologicznym dla samej torbieli, w duchu hipotezy VEITH'a, nie powiedzieć nie mogę ¹⁾.

¹⁾ Zupełnie podobne zagłębienia nabłonka pochwowego z jamkami widziałem na preparatach drobnowidzowych kol. W. ŻURAKOWSKIEGO, otrzymanych ze ściany torbieli, wyluszczonej z pochwy w 1893 r. przez kol. JAWDYŃSKIEGO. Ponieważ o przypadku tym dowiedziałem się dopiero w czasie drukowania niniejszej pracy, więc już na tem tylko miejscu mogę o nim wzmiankę uczynić, korzystając z rękopisu, łaskawie mi udzielonego przez kol. ŻURAKOWSKIEGO.

Przypadek dotyczył K. M., mężatki 34-letniej. Torbiel wielkości orzecha laskowego, leżała w wejściu do pochwy pod cewką moczową w odległości 1 etm. od wylotu i łatwo wysuwała się na zewnątrz. Torbiel wyluszczone. Zawartość jej była surowicza, wodnista, przezroczysta.

Wynik badania histologicznego torbieli, przeprowadzonego w pracowni prof. BRODOWSKIEGO, kol. Ż. w ten sposób opisuje: „Grubość ściany torbieli, jak to widać dokładnie na skrawkach, waha się pomiędzy 2—6 mm, najczęściej wynosi 4 lub 5 mm. Powierzchnia wewnętrzna torbieli wyłożona jest nabłonkiem jednowarstwowym kubicznym z dużemi okrągłemi, częściej owalnemi jądrami, które leżą u podstawy komórek prostopadle do światła torbieli i zabarwione są mocno; ciało komórkowe jest drobnoziarniste i łagodnie zabarwione. Niekiedy nabłonek układa się w dwie lub trzy warstwy, a ma to miejsce zarówno u szczytów niektórych brodawkowatych wyniosłości nabłonka, jak i w odpowiednich zagłębieniach jego; te ostatnie są bardzo liczne, więcej lub mniej

Pierwszego mego przypadku, jako nie uzupełnionego badaniem drobnowidzowym ściany torbieli, pod względem anatomicznym nie dotykam; nadmienię zaś słów kilka o zawartości torbieli, ponieważ na nią głównie zwróciłem wówczas uwagę. Zawartość tę, zbadaną w pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali warszawskich, stanowiło 7 gramów płynu gęstego, ciągnącego się i opalizującego, w skład którego wchodziła mucyna, ślady białka (*albumen*) i ślady paralbuminu. Badaniem chemicznem zawartości torbieli pochwy dotychczas prawie wcale się nie zajmowano. W jednym przypadku NELATON'a [cytata u PREUSCHEN'a] badanie chemiczne zawartości torbieli wykazało: 98,0 wody, 1,5 albuminu i 0,5 soli. W przypadku CHALOR'a zawartość składa się ze znacznej ilości mucyny, licznych blaszek cholestearyny i kulek tłuszczu. Innych wzmianek nie znalazłem.

Na zakończenie powiemy słów kilka o leczeniu. Probowano już rozmaitych sposobów usuwania torbieli z pochwy. Probowano przekłucia worka, przekłucia z wstrzyknięciem do worka jodyny, roztworu lapisu lub chlorku cynku, dla większych zaś torbieli—przecięcia ściany, cięcia krzyżowego, wycięcia kawałka ściany [tak postąpił w swym przypadku prof. NEUGEBAUER], wreszcie nacięcia ściany w dwóch punktach oddalonych i drenowania; wszystkie te jednak sposoby leczenia okazały się niepewnymi i nieskutecznymi, bo zwykle torbiel nanowo się napełniała, *resp.* przez czas długi ropiała, zanim uległa zanikowi. Chcąc temu zaradzić, zwłaszcza przy większych torbielach,

głębokie, w kształcie rurek, bądź pojedynczych, bądź też rozgałęzionych i jakby palcowatych. Do warstwy nabłonkowej przylegają tu i owdzie masy szkliste lub drobnoziarniste, bledo zabarwione, które stanowią stężalą zawartość torbieli, takież masy widać i w niektórych rurkowatych zagłębieniach. Pod warstwą nabłonka znajduje się tkanka łączna, dość luźna, z nielicznymi włóknami sprężystymi i wyraźnie nacieczona znaczną ilością komórek limfoidalnych; dalej widać kilka warstw gładkich włókien mięsnych, przebiegających w rozmaitych kierunkach, następnie idzie warstwa tkanki łącznej, nie różniącej się niczem od wyżej opisanej, wreszcie nabłonek wielowarstwowy, pokrywający zewnętrzną powierzchnię torbieli. W jednej i drugiej tkance łącznej podnabłonkowej nie znaleziono ani śladu tworów gruczołowych lub gniczeków limfatycznych; unaczynienie tkanki łącznej jest bogate: liczne tętniczki i żyły są wypełnione czerwonymi ciałkami krwi, naczynia włoskowate podchodzą pod obie warstwy nabłonka, szczególnie zewnętrzzą, układając się skośnie, a częściej równoległe do warstwy nabłonkowej“.

Przechodząc teraz do nabłonka wielowarstwowego, pokrywającego zewnętrzną powierzchnię torbieli, zaznaczę, że układem warstw nie różni się on od nabłonka pochwy: widzimy tutaj takąż samą warstwę podstawową z komórek stożkowatych złożoną, dalej warstwy komórek wielokątnych, okrągłych, owalnych, wreszcie podługowatych i płaskich; ilość warstw wynosi średnio—10, niekiedy jednakże dochodzi do 20. Brodawki zewnętrznej powierzchni torbieli różnią się od brodawek błony śluzowej, wyścielającej torbiel na wewnątrz; są one bowiem znacznie grubsze, bardziej wydłużone i u szczytów rozszerzone, skutkiem czego zagłębienia międzybrodawkowe kształtem swym podobniejsze są do mniej lub więcej wydłużonych kolbek aniżeli do rurek. Długość tych kolbowatych zagłębień jest niekiedy tak znaczna, że ciągną się one prawie przez całą grubość ściany torbieli; często również widzieć się daje nadmierne zwężenie szyjki kolby, przechodzące niekiedy w całkowite zamknięcie światła wskutek zetknięcia się ścian szyjki. Otrzymuje się wówczas ograniczoną podługowato-owalną przestrzeń [względnie jamkę], wysłaną nabłonkiem pochwowym wielowarstwowym“. Jak z opisu widzimy, zagłębienia te mają więcej podobieństwa do krypt błony śluzowej, opisanych przez VEITH'a, gdy tymczasem zagłębienia soplwate, przemennie spostrzegane, są raczej podobne do czopków VEITH'a.

postępował SCHROEDER (29) w sposób odmienny. Odcinał nożyczkami całą tę część torbieli, która sterczała nad powierzchnią pochwy, następnie brzegi pozostałej części ściany torbieli obszywał dokoła z brzegiem błony śluzowej pochwy. Zagojenie następowało prędko, przyczem ściana torbieli przyjmowała własności ściany pochwy [nabłonek cylindryczny wkrótce zmieniał się na nabłonek płaski]. Według Pozzi'ego, obszywanie jest zbędne, wystarczy tamponowanie dna torbieli gazą jodoformową; niewycięta część torbieli wydzieli się samowolnie.

Najskuteczniejszym jednak jest zupełne wyluszczenie torbieli. Mniejsze, zwłaszcza leżące na tylnej ścianie pochwy, można usuwać w całości w ten sposób, jak to w 1-szym moim przypadku uczyniłem, a mianowicie: ująwszy ścianę pochwy pod torbielą w fałdę za pomocą kleszczyków, czyli t. zw. zaciskadła HAEGER'a lub ROSENTHALA, przeprowadzić pod kleszczykami, za pomocą igły kilka nitki przez fałdę, następnie odciąć torbiel między nitkami i kleszczykami i wreszcie nitki związać; w ten sposób rana zostanie kilkoma szwami zamknięta. Baczyc jednak należy, aby w kleszczyki nie uchwycić ściany torbieli lub też ściany kiszki stolcowej. Dla tego też sposób ten nadawać się może jedynie dla torbieli powierzchowniej leżących. Dla torbieli głębiej usadowionych i większych pozostaje jedynie wyluszczenie całego worka ze ściany pochwy i zeszyte rany [MARTIN (30) i WINCKEL (31)]. Przy wyluszczeniu w ten sposób drugiej torbieli musiałem nader ostrożnie postępować, aby nie przeciąć cewki moczowej, tuż nad torbielą leżącą.

L I T E R A T U R A.

- 1) F. WINCKEL. Ueber die Cysten der Scheide, insbesondere eine bei Schwangern vorkommende Colpohyperplasia cystica. Arch. f. Gyn. 1871. T. II, s. 383. — 2) G. POUPINEL. Des Kystes du vagin. Revue de chirurgie. 1889. T. IX, str. 553 i 657. — 3) L. NEUGEBAUER. Sprawozdanie z przypadków ginijatricznych w roku 1870, operacyjnym sposobem leczonych. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1871. T. LXVI str. 200. — 4) W. BYLICKI. Nauka o chorobach kobiecych. Kraków. 1894. str. 111. — 5) F. L. NEUGEBAUER. Rzadki przypadek prawidłowego miesiączkowania przez otwór niezwykły przy wrodzonym zarośnięciu pochwy. Medycyna. 1893, str. 429. — 6) L. KLEINWÄCHTER. Ein Beitrag zu den Vaginalcysten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1889. T. XVI, str. 36. — 7) F. W. v. SCANZONI. Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Wien. 1859. II Aufl., str. 475. — 8) AUGUST FÖRSTER. Handbuch der speciellen pathologischen Anatomie. Leipzig. 1867. II Aufl., str. 460. — 9) GUSTAV VEIT. Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 1867. II Aufl., str. 544. Zob. polski przekład GRUELLA, p. t. G. VEIT'a. Nauka o chorobach kobiecych. Warszawa. 1871, str. 408. — 10) R. KALTENBACH. Zusammengesetzte Cyste der Scheide. Arch. f. Gyn. 1873. T. V, str. 138. — 11) W. A. FREUND. Beiträge zur Pathologie des doppelten Genitalkanals. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1877. T. I, str. 231. — 12) v. PREUSCHEN. Ueber Cystenbildung in der Vagina. VIRCHOW's Archiv. 1877. T. LXX, str. 111 i EULENBURG's Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. 1890. Wyd. II. T. XX, str. 544 i 547. — 13) VIRCHOW. Die Krankhaften Geschwülste. Berlin. 1863. — 14) K. HENNIG. Ueber Drüsen der Vagina. Arch. f. Gyn. 1877. T. XII, str. 488 i HENNIG. Die Frauenkrankheiten im Abrisse dargestellt. Leipzig. 1893, str. 128. — 15) ARMAND HÜCKEL. Anatomische Untersuchungen über Colpohyperplasia cystica. VIRCHOW's Archiv. 1883. T. XCIII, str. 204. — 16) A. LEBEDOFF. Beitrag zur Lehre über Vaginalcysten. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1882. T. VII, str. 324. — 17) MAX GRÄFF. Zehn Fälle von Vaginalcysten. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1882. T. VIII.

str. 460. — 12) WERNER KÜMMEL. Ueber cystische Bildung in der Vagina und im Vestibulum vaginae. VIRCHOW'S Archiv. 1888. T. CXIV, str. 407. — 19) GEYL. Zur Aetiologie der Vaginalcysten. Centr. f. Gyn. 1894 Nr. 44, str. 1091. — 20) VEITH. Vaginalepithel u. Vaginaldrüsen. VIRCHOW'S Archiv. 1889. T. CXVII, str. 171. — 21) M. WASILJEW. O histologiczeskom strojenii želoz naružnych moczepolowych organow u czelowieka i žywojnych. Raboty Medicinsk. Laboratorii Imperat. Warsz. Uniw. — 22) DOHRN. Ueber die GARTNER'schen Kanäle beim Weibe. Arch. f. Gyn. 1883. T. XXI, str. 328. — 23) CARL RIEDER. Ueber die GARTNER'schen [WOLFF'schen] Kanäle beim menschlichen Weibe. VIRCHOW'S Archiv. 1884. T. XCVI, str. 100. — 24) W. NAGEL. Zu den Aufsatz R. KOSSMANN'S „Polemisches etc. in Nr. 34 dieses Blattes“. Centr. f. Gyn. 1894. Nr. 49 i W. NAGEL. Ueber die GARTNER'schen [WOLFF'schen] Gänge beim Menschen. Centr. f. Gyn. 1895. Nr. 2. — 25) R. KOSSMANN. Wo endigen die GARTNER'schen Gänge? Centr. f. Gyn. 1894. Nr. 49 i R. KOSSMANN. Zur Pathologie der Urnirenreste des Weibes. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1895. T. I, str. 97. — 26) J. KOCKS. Ueber die GARTNER'schen Gänge beim Weibe. Arch. f. Gyn. 1882. T. XX, str. 486. — 27) J. VEIT. Ueber ein Fall sehr grosser Scheidencyste. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1882, T. VIII, str. 471. — 28) V. CHALOT. Les Kystes Wolffiens du vagin. Annales de Gynee. et d'Obstetr. 1892. T. XXXVIII, Juillet, str. 11. — 29) C. SCHRÖDER. Beiträge zur operativen Gynäkologie [Die Operation der Scheidencysten]. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1878. T. III, str. 419 i 424. — 30) S. POZZI. Traité de Gynecologie. II Edition. 1892, str. 910. — 31) L. GAYE Ueber Neubildungen der Scheide. Berlin. klin. Woch. 1882. Nr. 43, str. 650. — 32) F. WINCKEL. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. II Aufl. 1890, str. 146.

Z PRACOWNI PROF. MARCELEGO NENCKIEGO W INSTYTUCIE MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

III. PRZYCZYNEK DO KWESTYI O JADZIE RYBIM.

Bacillus piscicidus agilis.

PASOŻYT CHOROBOTWÓRCZY DLA RYB.

Napisala

D-r Med. N. Sieber.

— — — — —

[Dokończenie. — Patrz Nr 16].

Pozostaje mi jeszcze zwrócić uwagę na jedną nadzwyczaj ważną stronę kwestyi, mianowicie: czy mikrobia ten jest dla człowieka zabójczym i czy można spożywać bezkarnie ryby zaśnieżone w następstwie zakażenia tymi pasożytami?

Wypadkowo miałam możność, w czasie ubiegłej epidemii cholery w r. 1893, obserwować i zbadać kilka przypadków chorób, powstałych w następstwie spożycia ryb. Epidemia wtedy zbliżała się ku końcowi; czas był wilgotny, dżdżysty. Niespodzianie około świąt Bożego Narodzenia w różnych częściach miasta zjawiać się zaczęły przypadki chorób, podobnych do cholery ze znaczną śmiertelnością. Z powodu postu w czasie tym dostarczano do Petersburga znaczną ilość ryb wszelkiego gatunku.

Dzięki uprzejmości D-ra GORJANSKIEGO, ordynatora oddziału cholerycznego w szpitalu Aleksandryjskim, miałam możność zbadania za życia wypróżnień i krwi 6-ciu chorych, którzy zapadli w następstwie spożycia ryb. Pozwolił mi na tem miejscu przytoczyć historię choroby jednego z tych chorych, w którego wypróżnieniach, oprócz lasieczników cholerycznych, wykryto ten sam pasożyt, jaki wyosobniłam z ryb zaśnieżonych.

Mężczyzna, lat 43, poprzednio zdrowy zupełnie, dostał w nocy silnego rozwolnienia; dnia poprzedniego spożył dwie potrawy rybne. Rozwolnienie trwało 6 dni; wreszcie wystąpiły wymioty, poczem, jako chory choleryczny, odstawiony został do szpitala Aleksandryjskiego dla wyrobników.

Badanie wykazało, co następuje: kończyny zimne, nogi sine, język obłożony, tętno szybkie, ciepłota 36,5°, częste rozwolnienia i wymioty. Wypróżnienia ciemno-szarego koloru z osadem brunatnym. W ciągu następnych 5 dni rozwolnienie i wymioty nie ustawały, tętno było nitkowate, moczu chory nie oddawał; zupełny bezgłos i częsta czkawka. Nadto chory skarżył się na ból palący w okolicy nadbrzuszej. Szóstego dnia chory czuł się lepiej, tętno było mocniejsze, jednak wymioty rozwolnienie i czkawka nie ustawały. Ósmego dnia znowu stan chorego się pogorszył, znowu wystąpiła anurya, częstsza czkawka i silne osłabienie. Przy pomocy kateteru wypuszczono 1600 ctm. sześć. moczu. Pomimo środków podniecających [pizma, kamfory] osłabienie się wzmagало. Wystąpiła sinica, tętna się nie wyczuwało, skóra była zimną, źrenice zwężone, wymioty i czkawka trwały w dalszym ciągu. O godzinie 2 po południu chory zmarł po 10 dniach przebywania w szpitalu i 16 dniach od początku choroby.

Badanie bakteryologiczne wypróżnień tak u opisanego chorego, jakoteż i u pozostałych okazało w 4 przypadkach obecność laseczników Koch'a, lecz jednocześnie wykryto w nich wielką ilość różnych bakterii i koków; niektóre z nich okazały się chorobótworczymi dla zwierząt [świnek morskich]. Wtedy to zaciekawiał nas jeden gatunek ruchliwego lasecznika, który wyosobniłam z wypróżnień dwóch cholerycznych. Następnie po otrzymaniu z ryby pasożyta chorobotwórczego przekonałam się, że lasecznik ten we wszystkich stosunkach był identycznym z lasecznikiem, otrzymanym już wcześniej z wypróżnień wspomnianych wyżej dwóch cholerycznych. Wydzielony w czystej postaci wypróżnień cholerycznych, odznaczał się własnościami chorobotwórczymi dla zwierząt ciepłokrwistych; przy doświadczeniach nad rybami i żabami okazał on też same zakaźne własności, co i lasecznik wydzielony z ryb.

Badanie krwi z 6 cholerycznych, dokonane za życia, niestety, dało bardzo sprzeczne wyniki, pomimo to że krew otrzymywano przy zachowaniu wszystkich warunków antyseptyki.

Bynajmniej nie mam zamiaru wyprowadzać jakich bądź wniosków z otrzymanych przezemnie wyników ze względu na to, że krew badałam tylko w 6 przypadkach; nie mogę również powiedzieć na pewno, czy istniał jakikolwiek związek przyczynowy pomiędzy chorobą a spożywaniem ryb, gdyż nie miałam możliwości poddać je badaniu bakteryologicznemu. Aby choć w części rozstrzygnąć to pytanie, badałam różne gatunki ryb tanich, jakie podówczas były w handlu. W tym celu wzięto 10 gatunków, z nich 6 było ryb solonych, pozostałe 3 były świeże. Ryby w ogóle miały wygląd dobry i zapachu żadnego nie posiadały. Z każdej ryby wycięto niewielkie kawałki ze środka i z powierzchni nożem wyjąłowym i natychmiast umieszczone w probówkach z bulionem. Nadto w celu poznania wszystkich pasożytów, znajdujących się w mięsie rybiem, również przeprowadzono hodowlę na płytkach. We wszystkich

probówkach, zawierających kawałeczki ryb, nazajutrz zauważyć się dało zmętnienie. Z każdej wstrzyknięto podskórnie świnkom morskim po 1,0 ctm. sześć.; okazało się przy tem, że w 6 były pasożyty chorobotwórcze, w 3 zaś—zupełnie nieszkodliwie saprofyty. Z 6 hodowli chorobotwórczych, trzy pochodziły od zaszczepienia kawałków ryb świeżych, trzy zaś z ryb solonych. Te świnki morskie, którym wstrzyknięto hodowle bulionowe z kawałków ryb świeżych, zdechły w 6—8 godzin, te zaś, którym zaszczepiono hodowle bulionowe, pochodzące od ryb solonych—po upływie 24 godzin od chwili wstrzyknięcia. Na sekcji jednej z 3 świnek, szczepionych hodowlami pasożytów z ryb świeżych znaleziono zmiany następujące: znaczne wybroczyny podskórne, obfity przesięk w jamie brzusznej i silne przekrwienie kiszek oraz wszystkich narządów wewnętrznych. Tak w narządach wewnętrznych, jakoteż we krwi wykryto długiego lasecznika, zaopatrzonego kapsułką, podobnego do *proteus hominis*, wykrytego i opisanego przez BORDONI-UFFREDUZZI'ego. U pozostałych dwóch świnek morskich, które zdechły w 6 godzin po wstrzyknięciu hodowli z ryb świeżych, wykryto na sekcji znaczne przekrwienie narządów wewnętrznych. Przy badaniu drobnowidzowem tak narządów wewnętrznych, jakoteż i krwi stwierdzono obecność znacznej liczby bakterii, z których udało się wyosobnić w czystych hodowlach wykrytego przezemnie lasecznika, dla ryb chorobotwórczego. Sekcyja trzech świnek, które zdechły po wstrzyknięciu hodowli, otrzymanych z zaszczepienia kawałczków 3 gatunków ryb solonych, okazała również znaczne przekrwienie narządów wewnętrznych; przyczem w jednym przypadku ze krwi świnki morskiej wyosobniłam pasożyt podobny do *proteus hominis*. Z narządów wewnętrznych i ze krwi innych dwóch świnek w tym szeregu doświadczeń otrzymałam hodowlę ruchliwego pasożyta, która z powodu braku czasu dokładnie nie była zbadana.

Opisane powyżej doświadczenia przeprowadzone były nad rybami surowymi niegotowanymi. W celu przekonania się, jaki wpływ posiadają też same ryby po zgotowaniu, tak ryby solone, jakoteż i świeże gotowano w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny na mocnym ogniu. Po oziębieniu kawałeczki każdego gatunku ryb roz tarto w otrzymanym przy gotowaniu odwarze rybim. Otrzymany w ten sposób pewien rodzaj emulsyi wstrzykiwano świnkom morskim pod skórę, przyczem okazało się, że z 6 świnek morskich, którym zadano powyżej opisaną emulsyę, dwie zdechły, trzy pozostały przy życiu, jedna zdechła nazajutrz, dwie zaś 4-go dnia. W narządach i we krwi świnki, zdechłej na drugi dzień, wykryto *proteus hominis*; u dwóch innych świnek żadnych pasożytów nie udało się otrzymać. Ponieważ świnki te otrzymały emulsyę z ryby gotowanej, która zawierała [przed gotowaniem] chorobotwórcze dla ryb drobnoustroje, wnosić przeto należy, że przyczyną śmierci świnek była toksyna, która rozpuściła się w odwarze i przez zagotowanie nie została zniszczoną, gdy tymczasem bakterye, które były przyczyną wytwarzania się tej toksyny, ginęły przy 68—70° i otąd nie wydały już hodowli przy szczepieniu tych dwóch odwarów.

Czy opisany pasożyt jest w jakimkolwiek związku z epidemią cholery z r. 1893? Przy badaniach dokonanych w Instytucie Medycyny doświadczalnej niejednokrotnie zwracano uwagę podczas poprzednich trzech epidemii na rolę,

t. j. na udział innych drobnoustrojów, a w szczególności na pasożyty, znajdujące się w kiszkaach człowieka w przebiegu cholery. *A priori* trudno sobie wyobrazić, aby niezliczone mnóstwo znanych i nieznanych nam dotąd gatunków bakteryi pozostały zupełnie obojętnymi względem siebie. Pomiedzy bakteryami istnieje takż sama walka o byt, jaka ma miejsce w świecie zwierzęcym. BLACHSTEIN i CUMPT¹⁾ wyosobnili z wypróżnień cholerycznych w Baku, a następnie w Petersburgu z wody wodociągowej oraz z wypróżnień krowy gatunki bakteryi, które żyją wspólnie z bakteryami cholerycznymi. W ostatnich czasach MIECZNIKOW²⁾ w ciekawej swej pracy dochodzi do wniosku, że obok symbiontów przecinkowców cholerycznych, do których należą czworniak żółty, napotymany w powietrzu, oraz drożdże białe (*torula alba*), istnieją gatunki bakteryi, które na spiryllie choleryczne okazują wpływ paraliżujący. Do rzędu tych ostatnich pasożytów należy np. *b. pyocyaneus*, którego wpływ szkodliwy na spiryllie choleryczne stwierdził KITASATO, oraz kok biały (*coccus albus*), znajdujący się w kurzu powietrznym.

S. S. BORKIN na posiedzeniu Rossyjskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 16 Grudnia 1393 zaznaczył, że udało mu się wyosobnić w przebiegu *gastro-enteritidis* pewien gatunek pasożyta, którego stara hodowla bulionowa, po ogrzaniu do 60° i następnem wstrzyknięciu w okolicę otrzewnej, zabezpiecza zwierzęta przez czas pewien od cholery.

W jaki sposób i w którym miejscu powstaje symbioza lub enantobioza w przebiegu tych lub owych chorób, a w szczególności w przebiegu cholery, dotychczas nie wiadomo, ponieważ dotychczas zbyt mało w tej kwestyi faktów posiadamy. W czasie obostrzenia epidemii cholery w grudniu r. 1893 w niemałej ilości zbadanych wypróżnień cholerycznych miałam możność zauważyć postronne gatunki bakteryi; niektóre z nich okazały się w wysokim stopniu chorobotwórczemi dla zwierząt; brak czasu nie pozwolił mi zająć się dokładnem ich zbadaniem.

Chociaż przypadki cholery były nadzwyczaj rzadkie przed nowym wybuchem tej choroby, niemniej jednak AFANASJEW i SCHUTZ³⁾ stwierdzili tak w wodzie Newy jakoteż w wodzie wodociągowej obecność laseczników cholerycznych. Wszyscy chorzy upatrywali w spożyciu ryb najbliższy powód choroby. Na podstawie tych spostrzeżeń nie sądzę, abym miała prawo wykryty przezemnie pasożyt uważać za symbionta spiryllów cholerycznych, dopóki na podstawie doświadczeń na zwierzętach nie da się udowodnić wzajemnego ich do siebie stosunku. Również nie decyduję się obecnie wyprowadzać jakichkolwiek wniosków co do znaczenia wyosobnionego przezemnie pasożyta tembardziej, że dotychczas ani warunki istnienia, ani częstość jego w naturze nie są nam znane. Z tego więc powodu pozwolę sobie w krótkości przytoczyć wszystkie te przypadki, w których stwierdzono obecność *bacilli piscicidis agilis*.

¹⁾ BLACHSTEIN et ZUMPF. Contribution à l'etiologie du choléra. Arch. des sciences biologiques. T. II, 1893, str. 95.

²⁾ MÉTSCHNIKOW. Recherches sur le cholera et les vibrions. Annales de l'Institut PASTEUR 1894. Nr. 8, str. 529.

³⁾ Trudy 5 Sjezda Obszczestwa Russkich Wracej w pamjat' N. I. PIROGOWA.

1) W 2 przypadkach epidemicznej choroby ryb, przebywających w rezerwoarze, zaopatrzonym w wodę przepływającą [w którym od lat 10 przypadków takich nie obserwowano).

2) W wodzie, na dnie i ścianach tego rezerwoaru

3) W rybach, wziętych z sadzawki na Fontance.

4) W wodzie i na ścianach jednej z tych sadzawek.

5) W rybach solonych i świeżych, znajdujących się w owym czasie [w grudniu] w handlu, a mianowicie w 22% zbadanych ryb

6) Wreszcie w wypróżnieniach dwóch cholerycznych.

Lasecznik ten okazał się trującym tak dla zwierząt zimnokrwistych, jakoteż i dla niektórych gatunków zwierząt ciepłokrwistych. Ginie przy ogrzaniu do 60—65°. Substancja trująca, przezeń produkowana, jest bardziej oporną i nie zawsze zmienia się pod wpływem $\frac{1}{2}$ godzinowego gotowania ryby; stąd też zaznaczyć należy, że przy nieodpowiednim przyrządzeniu, mianowicie przy niedostatecznym gotowaniu, ryby zaśnięte wskutek zakażenia *b. pisc. agilis* są szkodliwe [zwłaszcza ich odwar]. Pozwolę sobie również na tem miejscu wyrazić życzenie, aby w przypadkach epidemicznych chorób przewodu pokarmowego w ogóle, a w szczególności w przypadkach, zależnych od spożycia ryb, badano wszystkie produkty spożywcze, które, jak wiadomo, mogą stanowić doskonałą glebę odżywczą dla bakterii, a w szczególności dla opisanego przezemnie pasożyta. Z drugiej zaś strony ciekawą jest rzeczą przekonać się, czy *b. pisc. agilis* nie spotyka się przy innych cierpieniach przewodu pokarmowego u człowieka.

Badania moje nie są jeszcze ukończone, wiele jest w nich braków. Niemniej jednak zdecydowałam się na ogłoszenie dotychczasowych spostrzeżeń, spodziewając się, że wkrótce będę mogła je dopełnić, zwłaszcza co do chemicznych własności trującej substancji, przez pasożyt ten wydzielanej. Prawdopodobnie wyosobniony przezemnie pasożyt nie jest jedynym sprawcą chorób i śnięcia ryb, a jednocześnie przyczyną szkód materialnych i niebezpieczeństwa dla zdrowia publicznego. Ze względu na to pozwolę sobie wyrazić życzenie w interesie publicznym, aby władze sanitarne zwróciły uwagę na porządne utrzymywanie targów rybich, oraz aby wydały rozporządzenie co do ustanowienia kontroli nad przeciętną śmiertelnością ryb. Przy każdym wahaniu się śmiertelności, należałoby przedsięwziąć środki odpowiednie; wtedy i ludność uwolnioną by była od niebezpieczeństwa zatrucia przy spożywaniu ryb uległych zakażeniu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

37. Albert Sippel [Frankfurt nad Menem]. Przyczynek do pierwotnej gruźlicy narządów płciowych u kobiet wraz z uwagami nad gruźlicą otrzewnej.

Przypadek opisany dotyczył 20-to-letniej panny, która zgłosiła się do SIPPEL'a z powodu silnych bólów w prawym boku, powtarzających się od roku przy każdym miesiączkowaniu. Z wywiadów godny zaznaczenia jest fakt, że

rodzice chorej zmarli na gruźlicę. Badanie, dokonane z powodu wielkiej boleśności pod narkozą, wykazało: narządy płciowe w stanie dziewiczym, prawy jajnik nieco opuszczony, powiększony, o powierzchni nierównej i prawy jajowód zgrubiał. Ponieważ zwykle środki [kąpiele, tampony] nie sprawiały żadnej ulgi, a bóle nie znikwały nawet po morfinie, wycięto chory jajnik wraz z jajowodem i przekonano się, że powierzchnia tych narządów, oraz otrzewna miednicy w okolicy zewnętrznego ujścia prawego jajowodu pokryte były pojedynczymi małymi gruzełkami. Pozostała otrzewna była zupełnie zdrową. Wkrótce po operacji stan chorej poprawił się. Po 7-miu jednak miesiącach, skoro taki sam obraz chorobowy wystąpił po stronie lewej, dokonano laparatomii po raz drugi, przyczem usunięto lewy jajnik wraz z jajowodem. Laparatomię tę poprzedziło wyłyżeczkowanie macicy, które stwierdziło obecność gruzełków na błonie śluzowej macicy, jakkolwiek ze strony tej ostatniej żadnych objawów nie było. Otrzewna miednicy była w okolicy ujścia lewego jajowodu pokryta gruzełkami. Przy usunięciu jajnika, nie chcąc narazić chorej na skutki zupełnej kastracji, pozostawiono małą jego częśćkę. Odtąd chora czuje się zupełnie dobrze [od ostatniej laparatomii upłynęło 2 $\frac{1}{4}$ roku], miesiączkowania powtarzają się w 6 tygodniowych odstępach czasu i są zupełnie niebolesne. Przypadek ten jasno wskazuje drogi, któremi gruźlica narządów płciowych rozprzestrzeniać się może.

Punktem wyjścia gruźlicy była błona śluzowa macicy, jak to dowiodło badanie drobnowidzowe, przy zupełnie zdrowej pochwie; stąd to zakażenie gruźlicze przeszło na jajowody, a przez ostatnie na bezpośrednio przyległą otrzewną. Że błona śluzowa macicy przedstawiała mniejsze zmiany, aniżeli jajowody, objaśnia się to tem, że jad gruźliczy dla rozwoju swego znajduje daleko lepsze warunki w fałdach błony śluzowej jajowodu, aniżeli w jamie macicy, gdyż błona śluzowa macicy jest o wiele gładszą i jej nabłonek w czasie miesiączkowania zmienia się, a i energia tkanki macicznej w czasie miesiączkowania wzrasta, stąd też i walka z jadem gruźliczym jest skuteczniejszą. Gdyby gruźlica otrzewnej była pierwotną, a narządy płciowe były dopiero następnie nią dotknięte, mielibyśmy zajętą całą otrzewną miednicy—w tym zaś przypadku dotknięte były tylko obok ujścia zewnętrznego jajowodów. Że gruźlica jajowodów nie mogła powstać drogą krążenia krwi, dowodzi fakt, że u chorej w przeciągu prawie trzech lat żadnych objawów gruźlicy nie wykryto, a powtóre, że pierwotnie był dotknięty tylko jeden jajowód. Nie ulega wątpliwości, że jedynie racjonalną terapią było tu usunięcie dotkniętego gruźlicą narządu. Zastanawiając się nad tem, czy nie należałoby jednocześnie usunąć i chorą macicę, autor zdecydował macicę pozostawić ze względu, że zmiany w macicy były niewielkie, że miesiączkowanie było prawidłowe i jednocześnie wychodząc z założenia, że przy leczeniu gruźlicy najlepszym środkiem jest zwiększanie odporności całego ustroju, a więc i nieprzerywanie miesiączkowania. Na tej zasadzie autor pozostawił część jajnika. S. przytacza zdania kilka autorów o stosunku pomiędzy gruźlicą jajowodów a gruźlicą otrzewnej. Gdy jedni uważają zajęcie jajowodów za zjawisko wtórne [BIRCH-HIRSCHFELD], inni twierdzili, że w większości przypadków najpierw dotknięte są jajowody

[KRZYWICKI, HEIBERG, LANCEREAUX], inni znów uważają i jedno i drugie za równie częste [WEIGERT]. Gdy sprawa gruźlicza otrzewnej i jajowodów dosięgła większych rozmiarów, wtedy trudno osądzić, co było pierwotnem, a co następczem. Przytaczając poglądy różnych autorów na przyczynę pomyślnych wyników, otrzymanych po laparotomiach, dokonanych z powodu gruźlicy otrzewnej, autor dochodzi do wniosku, że leczniczymi momentami są tu podrażnienia, wywołane laparotomią samą przez się, ewentualnie działanie powietrza atmosferycznego na otrzewną.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift*. Nr. 52. 1894). M. Lebensbaum.

38 Litten O t. z. objawie natryskiwania (*Spritzphänomen*).

Na jednym z ostatnich posiedzeń Towarzystwa Lekarzy szpitala Charité w Berlinie LITTEN mówił o ciekawym objawie, który przy kaszlnięciu występuje u osób, mających przepuklinę tak na linii białej (*linea alba*), jakoteż w jakiegokolwiek innej okolicy brzucha. Objaw rzeczony polega na tem, że przy badaniu przepukliny palcami otrzymujemy wrażenie, jak gdyby ktoś strzyknął nam na rękę płynem, lub ciskał grochem.

Wogóle rzecz można, że objaw ten ma niejakie podobieństwo do t. z. drżenia wodunkowego (*frémissement hydatique*) przy bąblowcach wątroby.

T. z. *Spritzphänomen* nie występuje wprawdzie przy każdym kaszlnięciu, jednakże jeżeli każemy choremu kilka razy z rzędu kaszlnąć, to przy którymkolwiek kaszlnięciu wywołać można bardzo wyraźnie wzmiankowane zjawisko.

Objaw ten LITTEN objaśnia w sposób następujący: płyn, zawarty w kiszce, przy wysokiem ciśnieniu, t. j. przy kaszlnięciu, uderza o ścianę кишки i wprawia ją w drżenie, które następnie przenosi się na część otrzewnej, tworzącą worek przepuklinowy.

Wrażenie zaś grochu, uderzającego o palec, zależy albo od ciałek stałych, znajdujących się w kiszce, albo od wypustek tłuszczowych sieci, które przy kaszlu uderzają o otrzewną. Objaw ten można wywołać tak w postaci leżącej chorego, jako też i w stojącej, mianowicie przy wygiętym w tył tułowiu, jeżeli położymy końce palców na przepuklinie i każemy choremu krótko i silnie kilka razy kaszlnąć.

(*Berlin. klinische Woch.* 1895. 14).

G. Lewin.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Posiedzenie kliniczne z d. 19. III. 1895.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 15].

4-o. W końcu JAWDYŃSKI podaje przypadek dość rzadki całkowitego zwyrodnienia lewej połowy gruczołu tarczowego w torbiel surowiczo-krwawą. Chora, lat 58, przed 13 laty zauważyła niewielki guz po lewej stronie szyi. Od 8 lat guz zaczął szybciej rosnąć i w ostatnich czasach zaczął wywoływać objawy duszności, co głównie skłoniło chorą do poddania się operacyi. Obecnie guz zajmuje całą lewą połowę szyi i przechodzi na mostek, jako część torbieli, mieszczącej się między skórą i kością. Przy przekłuciu wypływa płyn surowiczo-

krwawy, po opróżnieniu torbieli płyn napowrót się zbiera. Przy operacyi okazuje się, że jedna torbiel, poczynając się u kąta szczęki dolnej, opuszcza się ku dołowi i jedna jej część przechodzi na mostek, druga wypełnia dół nadobojczykowy. Po oddzieleniu tej torbieli okazuje się druga pomiędzy tchawicą i przełykiem. Ta właśnie torbiel wielkości pięści wywoływała objawy duszności. Torbiele wszędzie dość silnie pozrastane są z otaczającymi częściami. Podwiązano obie tętnice tarczowe. Zagojenie *per primam*. (Autoreferat).

Prof. BRODOWSKI, demonstrując torbiel, wyłuszczoną przez JAWDYŃSKIEGO, zwraca uwagę na niezwykłą jej wielkość i niekształtność, pochodzącą z licznych rozmaitych postaci, znajdujących się na niej wypukleń. Ściany jej twarde, różnej grubości; na wewnętrznej ich powierzchni widać strzępy miękkie już rozrzucone, już też miejscami skupione, nadto ślady dawniejszych przegród w postaci bądź listewek, bądź też beleczek. Znajduje się też i pełna, dość twarda przegroda, oddzielająca od poprzedniej mniejszą torbiel [na preparacie stwardnionym wielkości małej pomarańczy], która zawierała płyn mętny, żółtawy, gdy tamtej zawartością był płyn krwawy. Część przegrody torbieli mocno zrosłej z chrząstką tarczową objęta była guzem wielkości orzecha włoskiego, twardym, o bardzo nierównej grzebieniastej powierzchni przepojonym solami wapiennymi, wystającym mniejszą częścią do większej, większą do mniejszej torbieli. Badanie drobnowidzowe, jak widać z przedstawionych przez prof. BRODOWSKIEGO preparatów, wykazuje, że ściany tej torbieli złożone są po większej części [zwłaszcza bliżej powierzchni zewnętrznej] z bardzo zbitej tkanki łącznej, tak dalece, że grube pęczki substancji jej międzykomórkowej po większej części równoległe do powierzchni ułożone, przedstawiają się niemal jednolitemi, mocno światło łamiącymi lub, co najwyżej, z lekka podłużnie prążkowanymi; pomiędzy nimi dają się spostrzegać cieniutkie, wrzecionowate szparki, zawierające podobnej formy komórki; pośród takiej zbitej tkanki łącznej widać jednak tu i owdzie wysepki młodej t. zw. granulacyjnej tkanki łącznej o licznych szerokich naczyniach włosowatych, a niekiedy i wylewach krwi wśród niej. Z podobnymi wylewami krwi można się spotkać tu i owdzie i wśród zbitej tkanki łącznej lub z ziarnistym barwnikiem brunatnym, jako pozostałością po nich. W miarę zbliżania się do powierzchni wewnętrznej ściany torbieli, tkanka łączna staje się luźniejszą, obfitszą w naczynia, szpary między wiązkami substancji międzykomórkowej coraz większe i okrągłejsze, komórki większe i liczniejsze. Lecz wkrótce wzmiankowane wiązeczki pęcznieją, stają się bądź ziarnistymi, lub nawet dziurkowatymi (*vacuolisatio*), bądź też najzupełniej jednolitemi, mocno barwiącymi się eozyną lub kwaśną fuksyną [zwyrodnienie szklistawe]; komórki zanikają, naczynia coraz bardziej się rozszerzają, wylewy krwi i skupienia brunatnego barwnika coraz częstsze. W ten sposób stopniowo ściany torbieli przechodzą w owe znajdujące się na wewnętrznej ich powierzchni strzępy, w których już tylko ślady dawniejszej ich budowy łączno-tkankowej pozostały i otrzymujemy sieć bez śladu komórek. Jednym słowem, mamy obraz stopniowego topienia tkanki łącznej, a zarazem wytworzenia się cystoid, czyli torbieli wrzekomych w przeciwstawieniu do torbieli prawdziwej, pochodzenia nabłonkowego.

Dotychczas, zaznacza dalej prof. B., nie możemy sobie utworzyć pojęcia o powstaniu tego wytworu patologicznego. Każda tkanka łączna mogłaby dać początek nowotworowi łączno-tkankowemu, który następnie wskutek przemian wstecznych mógłby zamienić się na nowotwór jamisty, a ten w dalszym ciągu wskutek zlewania się na twór torbielowaty. Dopiero zbadanie wspomnianego guza, obejmującego część tej przegrody międzykomórkowej, wyjaśniło rzecz całą. Pokazało się, że guz ten składa się z tworów gruczołowatych, najzupełniej takich samych, jakie widzujemy, badając wole t. zw. rozrostowe (*struna hypertrophica s. follicularis*). Tu i owdzie tworzy te są wypełnione substancją klejowatą, lecz w wielu miejscach poprzedzielane są dość znaczną ilością zbitej tkanki, łącznej, która stopniowo coraz bardziej rozrasta i staje się najzupełniej podobną do tkanki wchodzącej w skład tej torbieli; miejscami zaś wrasta do wnętrza wzmiankowanych tworów, wypuklając i tworząc narośle brodawkowate. W skrawkach zaś, pochodzących z brzegu owego guza, można widzieć obrazy stopniowego mięknienia nowotworu, najzupełniej podobne do tych, które widzieliśmy przy wewnętrznej ścianie opisanego wytworu patologicznego. W tymże samym guzie, obok resztek soli wapiennych w postaci kulistych, mocno światło łamiących ciał, tu i owdzie zauważyć się dawały skostnienia drobne. Mamy więc do czynienia, mówi prof. B., z wolem na całej przestrzeni z niewielkim tylko wyjątkiem [ów guz], włóknisto zwyrodnionym, które wskutek mięknienia (*degeneratio hydropica*) powstałej w ten sposób tkanki łącznej zamieniło się w torbiel.

(Autoreferat).

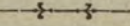
Prof. Kosiński demonstruje nerkę wyciętą od chorej, u której rozpoznawano *hydronephrosis dextra*. Po wycięciu guza za pomocą laparatomii okazało się, że zawiera on kilka litrów jasno krwawego płynu.

Następnie prof. K. przedstawia kawałek szczęki dolnej, wyjętej od chorego z rozpoznaniem mięsaka szczęki. Ol. M., lat 13, przybył do kliniki z guzem szczęki dolnej i infiltratem *in regione temporalis dextra*. Z wywiadów dowiedziano się, że 2 lata temu uderzył się kijem w szczękę dolną z prawej strony; w tem miejscu zaczął się tworzyć guz. Po upływie pewnego czasu utworzył się pod kątem szczęki dolnej ropień, który pękł, pozostawiając przetokę. Od roku w miejscu, odpowiadającym *m. temporalis*, zwolna zaczął rosnać drugi guz rozlany. Rozpoznawano przypuszczalnie mięsak. Dnia 16 III b. r. dokonał prof. K. wycięcia dolnej szczęki subperiostalnie. Usunięto $\frac{1}{2}$ część szczęki dolnej, zajętej przez guz. *Incisio in regione temporalis*, poczem wypłynęła mała ilość ropy. Badanie drobnowidzowe ropy wykazało obecność grzybków promienicy. Guz wielkości jaja na szczęce dolnej posiada w niektórych miejscach pośród tkanki kostnej ogniska rozmiękczenia.

W końcu zaznacza prof. K., że u ludzi na szczękach nie spostrzegano dotąd w tej formie promienicy; u zwierząt, a szczególnie u wołów jest to forma często się napotykaląca.

HERYNG miał odczytać p. t. „O możliwości wstrzykiwań płynów rwnych doab miąższu płuc u zwierząt i na na trupach“. Rzecz ta ogłoszoną będzie w Gazecie Lekarskiej.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

„Kilka słów w sprawie działania wyciągów z nadnercza“ przez profesora GLUZIŃSKIEGO, podane w Nr. 15 Gazety Lekarskiej, w ten sposób przedstawiają rzecz całą, że nie mogą być pozostawione bez obszerniejszego wyjaśnienia. A ponieważ jedyną jurysdykcją, przed którą tę sprawą mogę przedstawić, jest opinia publiczna, przeto zmuszony jestem upraszać uprzejmie szanowną Redakcyę o gościnność w swoim piśmie.

Wyjaśnienie to zmuszony jestem podać w dwojakim celu: popierwsze, w celu oznaczenia granicy między tem, co w sprawie działania wyciągów z nadnercza jest własnością prof. GLUZIŃSKIEGO, a co moją i D-ra SZYMONOWICZA; a powtóre, w celu wytłómaczenia się, dlaczego odmawiamy silnie trującego działania tym wyciągom.

Spostrzeżenia nad działaniem wyciągów z nadnercza w głównym zarysie były skończone jeszcze w styczniu r. b. przez mojego asystenta, D-ra SZYMONOWICZA. W dniu 4 lutego zdałem sprawę z tych doświadczeń na posiedzeniu Akademii Umiejętności, dnia zaś 7 lutego w Towarzystwie im. Kopernika. Na posiedzeniu tem był obecny prof. GLUZIŃSKI i, zabierając głos w dyskusyi, oświadczył, że, przeprowadzając inne zupełnie doświadczenia nad działaniem wyciągów z rozmaitych narządów, zauważył także, iż wyciąg z nadnercza działa inaczej, niż wszystkie inne, a mianowicie: że działanie glicerynowych wyciągów z nadnercza na króliki jest silnie trujące, podczas gdy takie same wyciągi z innych narządów pozostawały zupełnie bez wpływu. Sekcya u królików zabitych wykazała wynaczynienia i obrzęk płuc. To były jedyne fakty, o których wspomniał prof. GLUZIŃSKI.

Gdy następnie w d. 2 marca ukazał się w Przeglądzie Lekarskim artykuł prof. GLUZIŃSKIEGO pod tytułem: „O działaniu fizyologicznem wyciągów z nadnercza“, gdzie przytoczone były już spostrzeżenia nad ciśnieniem, oddechem i tętnem, które były tylko powtórzeniem przed miesiącem ogłoszonych naszych spostrzeżeń, w odczycie moim, który wygłosiłem w Towarzystwie Lekarskiem dn. 6 marca, nie chcąc poruszać żadnych drażliwych kwestyi, przytoczyłem tylko na wstępie w chronologicznym porządku genezę tej pracy, w przypuszczeniu, że takie wyjaśnienie zupełnie wystarczy do zapewnienia jej pierwszeństwa. Wzmiankę tę uważałem za wystarczającą tem bardziej, że nasze doświadczenia nad działaniem wyciągów z nadnercza już przedtem były demonstrowane niektórym z profesorów [w styczniu prof. Browiczowi, prof. KOSTANECKIEMU, docentowi BECKOWI, asystentowi prof. GLUZIŃSKIEGO] i że, mówiąc o zmianach ciśnienia w naczyniach, wspomniałem o wpływie wyciągów z nadnercza wobec całego audytorium słuchaczy drugiego roku. Pozostawiłem bez innych uwag artykuł prof. GLUZIŃSKIEGO jeszcze i dlatego, że artykuł ten zawierał w sobie bardzo mało rzeczy pozytywnych, obejmujących zaledwo tylko część tych zjawisk, o których była mowa w moim odczycie i tylko pobieżnie, a głównie niezgodnie z rzeczywistością je przedstawiał. Ponieważ prof. GLUZIŃSKI o tych objawach zupełnie nie wspominał na posiedzeniu Tow. im. Kopernika, a gdyby je obserwował przedtem, niewątpliwie by wspomniał, przeto sądziłem, że dla każdego było jasnem, że doświadczenia prof. GLUZIŃSKIEGO były tylko powtórzeniem naszych i były wykonane w okresie między 7 lutego, a 2 marca. Gdyby było inaczej, prof. GLUZIŃSKI jeszcze w tym samym, a najdalej w następnym tygodniu mógłby je ogłosić w Przeglądzie Lekarskim; i dlatego też w celu uniknięcia jakiegokolwiek polemiki, zwykle zupełnie bezowocnej dla nauki, postanowiłem całkowicie o tem wszystkim zamilczeć, a nawet powołałem się w odczycie swoim na pracę prof. GLUZIŃSKIEGO, jako na równorzędnie wykonaną, i zaznaczyłem tylko fakty, które nie były zgodne z tymi, któreśmy w naszych doświadczeniach obserwowali. Że doświadczenia prof. GLUZIŃSKIEGO były robione nader po-

spiesznie dowodzi, fakt, że w artykule z dn. 2 marca na str. 125 opisuje u żab objawy, które w moich doświadczeniach wywoływał w tej samej ilości wprowadzony 50%-owy roztwór wodny gliceryny, że co do działania na serce mówi tylko, iż „fale sercowe stają się drobne“, a więc nie obserwował zupełnie zwolnienia tętna, a nawet o zmianie w ciśnieniu wyraża się tylko w ten sposób: „przyczyna nagłego podniesienia parcia, zdaje się, że polega na zadrażnieniu ośrodka naczynio-ruchowego“, co napewno wykazywały doświadczenia D-ra Szymonowicza. Temu pośpiechowi prawdopodobnie wypada przypisać i to, że na str. 124 [Nr. 9. Przegl. Lek.] mówi o wycinaniu nadnerczy „ze wszelkimi ostrożnościami aseptyki“, chociaż to było zupełnie niemożliwe wobec faktu, że w Krakowie wycinają nadnercza wołu, świni i cieląt sami rzeźnicy, którzy, niestety, o zasadach aseptyki nie mają żadnego wyobrażenia. O ile niektóre przynajmniej ze swoich spostrzeżeń sam prof. GLUZIŃSKI uważał za niepewne, służy fakt, że w dosłownym prawie tłumaczeniu swego artykułu na język niemiecki, umieszczonem w Nr. 14 *Wiener klinische Wochenschrift*, zupełnie pominął wstęp o działaniu swoich wyciągów na żaby. Tłumaczenie się więc prof. GLUZIŃSKIEGO, które znajduję w Nr. 15. *Gazety Lek.* z dn. 13 kwietnia, że nie wie, jak działa 50% roztwór gliceryny, dla tej prostej przyczyny, że takich doświadczeń nie robił, uważam za nieszczerze; albowiem, skoro uznał za stosowne ten zarzut odeprzeć, winien był te doświadczenia powtórzyć, tembardziej, że czas od 6 marca do 13 kwietnia chyba ku temu wystarczał. Przypuszczam też, że je wykonał i że się przekonał o słuszności mojego zarzutu, skoro w niemieckim artykule tego nie umieścił. I pod tym więc względem w dziwny sposób prof. GLUZIŃSKI pojmuje etykę w pracach naukowych. Jedyny fakt: trujące działanie wyciągów z nadnerczy, wynaczynienia bowiem i obrzęk w płucach obserwowane były również w naszych doświadczeniach, także niesłusznie prof. GLUZIŃSKI rewindykuje sobie; albowiem o tem pisali już G. GUARNIERI i MARINO-ZUGO: *Experimentelle Untersuchung über die toxische Wirkung des wässrigen Extraktes der Nebennieren. Chem. Centralbl. 1888* i ALEZAIS et ARNAUD: *Recherches expérimentales et critiques sur la toxicité de la substance des capsules surrénales. Marseille. 1889.*

Jeżeli wystąpiliśmy przeciwko temu twierdzeniu powyższych autorów i profes. GLUZIŃSKIEGO, to dlatego, że faktu tego w naszych doświadczeniach nie mogliśmy stwierdzić.

Że po wprowadzeniu do żyły glicerynowego wyciągu, zwłaszcza niedobrze przesączonego, zwierzę zaraz ginie, jeszcze z tego faktu nie można wcale wnosić o trującym działaniu. Wszak jeżeli zwierzę ginie wskutek uderzenia młotkiem w głowę, nikt nie będzie twierdził, że uderzenie młotkiem działa trująco, lub jeżeli obserwujemy śmierć zwierząt i człowieka po wprowadzeniu do żyły powietrza, albo oliwy, środka *par excellence* obojętnego, to przecież chyba nikomu przez myśl nie przejdzie dowodzić, że powietrze i oliwa są środkami trującymi. Chcąc twierdzić, że dany środek jest trucizną, potrzeba nie tylko zabić zwierzę tym środkiem, ale wykazać mechanizm zatrucia, t. j. działanie tego środka na takie narządy i ich ubezwładnienie lub porażenie, bez których zwierzę żyć nie może. Chloroform jest środkiem trującym dlatego, że po za okresem podniecenia stopniowo poraża mechanizmy nerwowe mózgu, rdzenia przedłużonego lub serca i zawiesza w ten sposób funkcje narządów niezbędnych do życia. Takiego mechanizmu działania ani poprzednicy prof. GLUZIŃSKIEGO, ani on sam, nie wykazali, a myśmy przeciwnie stwierdzili, że, robiąc doświadczenia dokładnie, można wprowadzić bardzo znaczne ilości wyciągów i pomimo to zwierzęta można zachować przy życiu. Że środek jakiś spowodował zaburzenia w krążeniu i przez to wywołuje śmierć [te zaburzenia w krążeniu przecież w pierwszych doświadczeniach SZYMONOWICZA były wykazane], to nie jest jeszcze żadnym dowodem trującego działania, jak nie jest dowodem trującego działania podwiązanie obu *carotides* i obu *vertebrales*, które również pociąga za sobą śmierć. Jest to działanie zabójcze, ale nie trujące. W odczycie moim zaznaczyłem, że do wytlómaczenia śmierci u królików wystarczyły mi same wynaczynienia i obrzęk płuc, ale wynaczy-

nienia nie tylko podopłucnowe, jak przypuszcza prof. GLUZIŃSKI, lecz nieraz infarkty w całych płatach. Czy prof. GLUZIŃSKI stwierdził, że takie same wynaczynienia i taki obrzęk bez wyciągów z nadnercza nie są śmiertelne u królików, a stają się śmiertelnymi po wprowadzeniu wyciągów z nadnercza, tego nie wiem, gdyż o tem nie mówi, a bez tego nie można twierdzić, że te zmiany są za nadto małe, ażeby mogły wywołać śmierć. Gdyby prof. GLUZ. ze swoimi zarzutami miał cierpliwość zacheć do ogłoszenia przez nas pracy „*in extenso*“, znalazłby rzeczywiście jeszcze cały szereg okoliczności, które, jak mamy dowody w naszych doświadczeniach, po wprowadzeniu wyciągów z nadnercza śmierć mogą przyspieszać; tych wszystkich okoliczności niepodobna było poruszać w krótkim odczycie w Towarzystwie Lekarskiem. Takimi okolicznościami są np. ogólne zwięzienie naczyń tętniczych w całym układzie krwionośnym, powodujące przez to anemię całego układu nerwowego, skrzepy w sercu i naczyniach, które zawsze można wykazać po wprowadzeniu wyciągów źle sączonych, wywołane prawdopodobnie drobną zawiesiną cząstek komórkowych, które w tych wyciągach się znajdują, następnie znaczne bardzo rozszerzenie naczyń płucnych i przepelnienie krwią płuc, które powstaje wskutek tego, że podczas wysokiego ciśnienia w aorcie siła skurczowa serca nie jest w stanie pokonać tego ciśnienia i krew mimo skurczów serca pozostaje w niem, powstrzymując albo bardzo znacznie zwalniając ruch krwi w płucach; w naczyniach płucnych bowiem, wskutek ich podatności, ciśnienie krwi nie wzrasta tak wysoko, aby skurcz prawej komory nie mógł go pokonać; w ten sposób powstaje rozdwojenie w pracy serca: prawa komora podczas skurczu serca jeszcze się opróżnia, wypychając krew do płuc, podczas gdy lewa może tylko część jej odbierać z płuc. Są to niewątpliwie zaburzenia w krążeniu, które jednakże są wywołane nie trującym, ale podniecającym wpływem wyciągów na ośrodek naczynio-ruchowy.

W wykładzie swoim wcale nie odmawiałem trującego działania tych wyciągów; przeciwnie podałem nawet jego mechanizm, lecz zaprzeczyłem i przeczę temu, że te przypadki śmierci, które obserwowali inni i prof. GLUZ., są skutkiem zatrucia. Następnie zwróciłem uwagę, że w tych substancjach, które w wyciągach z nadnercza się znajdują, uderza przedewszystkiem ich podniecające działanie, że substancje te posiadają tę charakterystyczną cechę nader ważną, że przedstawiają długi bardzo okres podniecenia, w którym wcale nie działają trująco i że tylko w bardzo znacznych ilościach wywołują porażenie. Zadrażnić bowiem ośrodek naczynio-ruchowy, oddechowy i nerwów błędnych można nie tylko tą dawką, którą wprowadza prof. GLUZ., lecz takie same prawie, tylko w czasie mniej trwale zmiany można spowodować dawką 50 i więcej razy mniejszą. Uderza więc tu ta nadzwyczajna wrażliwość wymienionych ośrodków na substancje, zawarte w wyciągach z nadnercza, i ten bardzo długi okres działania podniecającego, który tylko bardzo powoli przechodzi w okres zupełnego porażenia tych ośrodków. Niezwykłym jest także i ten fakt, że w miarę wprowadzania tych substancji działanie tych objawia się w coraz bardziej zmniejszonej pobudliwości ośrodków na wpływ wyciągów, podczas gdy ich funkcyjne fizyologiczne nie zostają upośledzone. Otóż, ta okoliczność właśnie spostrzeżona przez nas pozwoliła nam się przekonać o tem, że działanie trujące tych wyciągów jest bardzo słabe w stosunku do ich działania podniecającego. Jeżeli bowiem wprowadzamy z początku w małych dawkach te substancje, to zmiany wywołane w krążeniu i oddechaniu, które bywają jakkolwiek silne, ale krótko-trwale, zwierzę wytrzymuje bardzo dobrze, a jednocześnie stopniowo przytępia się wrażliwość ośrodków na te substancje, chociaż ich czynność fizyologiczna, jak zauważyłem wyżej, ulega stosunkowo bardzo małej zmianie. Teraz dopiero można wprowadzać w większych dawkach nie jeden centymetr, który działa zabójczo, wprowadzony od razu, lecz 3, 10 i więcej, u psów np. 80 ctm. sześć. i pomimo to zwierzę pozostaje przy życiu, nie przedstawiając żadnych większych zaburzeń, tak, iż jeden taki pies żyje obecnie już dwa tygodnie i nawet przybiera na wadze. Tylko po tak dużych dawkach można rzeczywiście stwierdzić stopniowe występowanie porażenia ośrodków, które może być przyczyną śmierci;

fakt ten przecież wyraźnie był zaznaczony w moim odczycie. Lecz i tu wypada uwzględnić, że ilości wprowadzonej cieczy, a szczególnie gliceryny, nie może być obojętnymi. O tem świadczy wygląd krwi i stan ciałek czerwonych. Zachodzi więc jeszcze pytanie, czy i w tym przypadku śmierć nie jest spowodowana przez jakieś uboczne działanie. Z tem ubocznem działaniem zostają w związku i inne objawy, o których wspomina prof. GLUZ., jak: drgawki, *opisthotonus*, skurcze włókienkowe i t. p., wszystkiego tego bowiem można uniknąć, jeżeli się robi doświadczenia dokładnie, i jeżeli się używa rozczyńów czystych, sterylizowanych, a szczególnie wodnych, bo o to przecież, chcąc wyjaśnić funkcję fizyologiczną, może tylko chodzić, dopóki w ustroju naszym nie mamy rozczyńów glicerynowych, tembardziej, że jakichś osobnych substancji w wyciągach glicerynowych nikt dotychczas nie wykazał.

Po tych wyjaśnieniach sędzę, że mogę stanowczo odeprzeć zdanie prof. GLUZ., jakoby moje doświadczenia były odpowiedzią na jego pytania, przedewszystkiem dlatego, że pytania w kwestyach naukowych zwykłem sobie sam stawiać, a prof. GLUZ. nie może mi przytoczyć ani jednej pracy, którąbym wykonał w odpowiedzi na postawione przez kogoś innego pytania, o ile one nie były wynikiem już ukończonych i ogłoszonych prac, a powtóre dlatego, że dziwnym zbiegiem okoliczności odpowiedź w tym przypadku wyprzedziła same pytania. Te same wyjaśnienia, sędzę, uprawniają mnie do postawienia żądania, ażeby prof. GLUZ. również chronologicznie wykazał, jakich zdań w kwestyi działania wyciągów z nadnercza jest „pierwotnym właścicielem“, i, jeżeli może, zaniechał dalszych polemik do czasu, aż praca D-ra SZYMONOWICZA i moja, nie zostaną ogłoszone drukiem ze wszystkimi dowodami, jak tego wymaga dobry stary zwyczaj i etyka uczonych. Wtedy będzie miał obszernie pole do uzupełnienia za pomocą patologii badań fizyologicznych. Takie zaś dorywcze polemiki, jak dotychczasowe, może robią wielki rozgłos autorowi, lecz nie przynoszą żadnej korzyści nauce, a tę przedewszystkiem musimy mieć na względzie.

N. Cybulski.

Wiadomości bieżące.

— W połowie maja r. b., po zupełnem odnowieniu i wykonaniu wielu ulepszeń, zostanie otwartym zakład hydropatyczny w Grodzisku, przeszło od roku zamknięty po śmierci właściciela D-ra BOJASIŃSKIEGO. Zakład ten z powodu bliskości Warszawy i wielu letników, przebywających przez całe lato w Grodzisku, może rachować na zupełne powodzenie. Kierownikiem jego zostaje kol. TOKARSKI, kilkoletni asystent w zakładzie hydropatycznym w Nowem Mieście.

Zmarli: w Piotrkowie D-r MARYAN WYGRZYWAŃSKI, autor kilku prac drukowanych w Seryi I „Gazety Lekarskiej“;

— w Charkowie D-r FRANKOWSKI, znany lekarz filantrop, któremu Charków między innymi zawdzięcza założenie szpitala dla dzieci;

— w Pradze Czeskiej D-r TOMSA, profesor fizjologii na czeskim wydziale lekarskim, poprzednio prof. fizjologii w Kijowie.

Sprostowanie. W N-rze 16 w artykule D-ra ZWEIGBAUMA zamiast HYRTEL powinno być: HYRTL, zamiast GEIGEH powinno być: GEIGEL.

— „W N-rze 16 na str. 397, w wierszu 15 od dołu powinno być „kol. L. DUDREWICZ, I. BĄCZKIEWICZ“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозв. Цензурою, Варшава 13 Авгъста 1895 г. Друк К. Ковалевскаго в Варшавіе Mazowiecka 8.

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE,

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.10 kop.

Wino chinowe czyste na Maladze, flaszka 1.50 kop.

„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1,75 kop.

Wino Condurango czyste na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza, flaszka 2 ruble.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroyllon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, flaszka 1.50 kop.

Wino gorczykowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny flaszka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascarae Sagradae na Maladze, flaszka rs. 2

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino senesowe (*fol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

Wino manganowo-żelazne z peptonem (*Vinum ferro-mangani peptonati*) Xeresie, zawiera 1% *ferro-mangani peptonati*, flaszka rs. 2.

Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu, flaszka rs. 2.

Wino piołunowe (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.

Liquor Ferri albuminati 0,4^o Fe.

Liquor Ferri peptonati 0,4^o Fe.

Liquor Ferro-Mangani peptonati 0,6^o Fe i 0,1 Mn.

Chloroformium purissimum

do operacyi

flaszki oranżowe, objętości 60, 90, 180 i 360 gramów.

PREPARATY D^{ra} HEBRA

Ungt. diachil. Hebrae, Tr Rusci v. Waldheim i Tr Rusci
własna l., Rusci spissum i Ol. Rusci liquidum.

Wszystkie wina lecznicze.

TRANY LEKARSKIE

oprócz białego i żółtego Lofoden z następującymi
środkami: z jodem, z jodkiem żelaza, z tlenkiem
żelaza, z fosforem i z jodkiem potasu.

Apteka H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Ś-to Krzyskiej. 13—9