

GAZETA LEKARSKA.

Dnia 1-go Stycznia 1893 r.

A nam tymczasem młynek na strudze
Obraca plewy cudze.

„MEDYCYNĄ“ w jednym z ostatnich numerów roku zeszłego zapowiada nowy okres swojego życia. Sześćdziesięciu kilku lekarzy, pomiędzy którymi wiele bardzo znanych spotykamy nazwisk, zgrupowało się około tego pisma, aby je podtrzymać i podnieść. Jako hasło swoje głosi nowe grono „medycynę praktyczną“; pismo ma być organem i nauczycielem lekarzy praktycznych, przedewszystkiem lekarzy prowincjonalnych, i w tym też duchu uważa, że niekoniecznie ideałem jest pismo oryginalne, że lepiej podawać dobre sprawozdania z pism obcych, niż gonić gwałtem za pracami niby oryginalnemi. Wolno pismu każdemu wytknąć sobie, jaki chce, kierunek, i będzie pożytecznem, jeżeli zamiary swe i przyrzeczenia należycie spełni. Nie krytykujemy też wcale programu ogłoszonego. Ale wyraźna ironija, z jaką się odzywa artykuł programowy o pracach oryginalnych, zmusza nas do odparcia. Na ten pogląd z MEDYCYNĄ zgodzić się nie możemy; stoimy pod tym względem na przeciwnych krańcach i w obrobie prac własnych musimy wystąpić.

Sprawozdanie będzie zawsze tylko sprawozdaniem. Przeczytać referat i umysł swój o jedną jeszcze z bogactw wiadomości, nie jest tem samem, co przestudyjować pracę oryginalną i ocenić ją krytycznie. Wyobrażamy sobie zawsze czytelników w postaci lekarzy prowincjonalnych, którzy jedno tylko pismo sprowadzają i chcą z niego o wszystkim się dowiedzieć, i każde pismo chciałoby tym czytelnikom—bo z nich przeważnie rekrutują się prenumeratorzy—powiedzieć wszystko. Ilu nas jest tu w Warszawie, każdy uważa się za urodzonego nauczyciela prowincyi, który uchem jest w dalekich gdzieś stronach, a co usłyszy, prowincjonalnej oddaje ciemnocie. Ale na prowincyi, jak w Warszawie, dzielą się lekarze na takich, którzy czytają, a wtedy czytają zwykle nie jedno pismo i na takich, którzy nie czytają wcale. Więc nie powinno pismo starać się być morzem, które wszystkie rzeki ma zebrać, a w każdym razie wszystkie pisma takiego zadania mieć nie mogą i nie powinny. Tymczasem te hasła: dla praktycznych lekarzy, dla prowincyi, objęcie wszystkiego, słyszymy ciągle, bez końca. Wobec takich zamiarów istotnie podawać można tylko sprawozdania. Ale wtedy pisanie i wydawanie pisma przestaje być sztuką. Zebrać pewną liczbę lekarzy, naturalnie młodych lekarzy, którzyby pisma obce czytali i streszczali, to kwestyja funduszu jedynie; tę sztukę byle finansista spełnić potrafi równie dobrze, jak liczne grono lekarzy. I jedyną różnicą, jaką znajdzie czytelnik przy czytaniu tych pism a obcych, jest język; ale język, to jeszcze nie wszystko.

Zapewne możemy uważać pismo za dostawcę naukowych wiadomości wobec czytelników. Czytelnik pragnie dowiedzieć się o rozmaitych rzeczach i od pisma żąda tych wiadomości. Zkąd je pismo poczerpnęło, to może dla czytelnika, dla prenumeratora, być sprawą obojętną. Jak w sklepie nie pytamy, zkąd towar wzięty, byle był dobrym, tak nie pytamy redakcyi, zkąd wzięła wiadomość jaką, byle ta rzetelną była i pożyteczną.

Ale czy taki pogląd wyczerpuje zadanie pisma i czy stanowi ma cel jego cały? Pismo jest jak ognisko, które ześrodkowuje promienie wiedzy i rozprasza je znowu z siebie na około. Nietylko o tych nam idzie, którzy to światło otrzymują i korzystają z niego, ale i o tych, co dostarczać je mają — nietylko o czytelników, lecz i o pracowników. Owszem, idzie o to, żeby ci sami, co z pisma korzystają, zasilali je zarazem, żeby jak największą rzeszę wytworzyć tych, co samodzielnie myślą i pracują. Pismo jest instytucją, która skupia piszących, pobudza ich, wytwarza; rozmaite instytucje to samo zadanie spełniają i w daleko większym, niż pisma zakresie, z doskonalszym bez porównania warsztatem. Ale są położenia, w których tę rolę, zbyt może wielką na nie, pisma jedynie spełniać mogą, więc muszą.

Jeżeli oderwiemy się myślą od prenumeratorów i trochę szerszy zakres obejmiemy, to prac oryginalnych nietylko nie będziemy się wyrzekać, ale musimy na najpierwszym postawić je planie. Kto chce mieć wartość jaką i znaczenie, kto chce być żywym wśród żywych i pracujących ludzi, musi nietylko być konsumentem, ale musi koniecznie też i wytwarzać, wytwórcą być na wszystkich polach. Niemilo jest cudze jedynie nosić klejnoty i cudze zajadać łakocie; ale jeżeli niedostatek twórczości na niejednym z tych pól przykrym jest bardzo, to ustąpienie z pola twórczości umysłowej stokroć większym jest błędem i szkodliwszem stokroć w następstwach wyrzeczeniem. Wywoływać prace naukowe, zbierać je, ogłaszać, to za najważniejsze zadanie pisma naukowego uważać musimy. Każda praca naukowa większej wartości stanowi bodziec, który nowe prace wywołuje, stanowi źródło światła, które nowe płomienie zapala. Za główne zadanie swoje, kiedyśmy przed laty, jak dziś „MEDYCYNĄ“, korporacyjnie urządzili redakcyję, postawiliśmy prace oryginalne. Możemy powiedzieć śmiało, że niejedna z prac, w GAZECIE umieszczonych, z prac przez istnienie GAZETY wywołanych, miała znaczenie takie ożywcze i twórcze. Ale i mniejszej doniosłości prace, które echa nie wywołały i przebrzmiały bez epigonów, mają swe znaczenie i lekceważyć ich nie należy. Jak własna siermięga droższą jest każdemu, niż cudze gronostaje, dlatego że własna, tak i prace oryginalne, choć mniej doskonałe, muszą być dla nas ważniejsze. Ta produkcya, bardziej może, niż inne, ma prawo do opieki i do uznania.

Nie o to starać się mamy przedewszystkiem, aby wszystko wiedzieć, lecz o to, by pragnąć wiedzy, by badać i myśleć; na myśleniu samodzielnem polega najważniejszy, uszlachetniający wpływ nauki. Nie pozwolić żyć wyłącznie myślami cudzemi, nie pozwolić zasnąć myśli własnej, ale ją pobudzać, utrzymywać przy życiu, a przy sprzyjających warunkach tę wciąż tlejącą iskierkę rozdmuchać w ognisko, to ważne, ważniejsze nad inne zadania pisma naukowego.

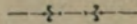
I. O MOCZOPĘDNEM DZIAŁANIU DYJURETYNY.

(*Theobrominum natrio-salicylicum* = *Diuretinum*).

Napisał

D-r Med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.



Wkrótce po ogłoszeniu artykułu GRAM'a¹⁾ o moczopędnych własnościach teobrominy zabrałem się do przeprowadzenia odpowiednich badań nad tym lekiem, niezadługo jednak przekonałem się, iż dla wyrobienia sobie należytego sądu o nim, trzeba przedewszystkiem zapoznać się dokładnie z własnościami kofeiny, do której teobromina jest wielce zbliżoną. Okoliczność ta była powodem zwłoki w ogłoszeniu niniejszej pracy i wcześniejszego ukazania się rozprawy mojej o kofeinie²⁾.

Teobromina jest główną częścią składową ziarn kakaowych (*semina Cacao*), otrzymywanych z drzewa kakaowego (*Theobroma Cacao*). Pod względem chemicznym jest bardzo zbliżoną do kofeiny, posiada bowiem wzór $C_7H_8N_4O_2$; kofeina zaś $C_8H_{10}N_2O_2$.

Badania STRECKER'a³⁾ wykazały, że nawet z teobrominy można otrzymać kofeinę.

Teobromina tworzy z azotanem srebra w kwaśnym roztworze trudno rozpuszczalny osad, który, wystawiony na działanie $100^{\circ} C.$ z jodkiem metylu w zatopionej rurze, wytwarza kofeinę i jodek srebra. Z $C_7H_7AgN_4O_2$ i CH_3I powstaje $C_8H_{10}N_4O_2$ i AgJ .

Z tego względu kofeinę można uważać za metylteobrominę, ponieważ zaś teobromina jest dwumetylksantyną $C_5H_2[CH_3]_2N_4O_2$ [ksantyna $C_5H_4N_4O_2$], więc kofeina może być uważaną za trójmetylksantynę $C_5H[CH_3]_3N_4O_2$. Teobromina jest to proszek biały, krystaliczny, słabo gorzki, mało rozpuszczalny w wodzie, wysokoku i eterze.

Pierwszym, który dał bodziec do zastosowania teobrominy w lecznictwie na szerszą skalę był W. R. SCHROEDER⁴⁾. Doświadczenia wykonywane z ko-

¹⁾ Klinische Versuche über die diuretische Wirkung des Theobromin von D-r CHRISTEN GRAM. Therapeut. Monatshefte. Heft 1. 1 Januar. 1890. Berlin.

²⁾ O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek. Gazeta Lekarska. Nr. 1—10. 1892 r. Warszawa.

³⁾ Wykład chemii farmaceutycznej. D-r HERM. HAGER, Hóm. M. FLAUMA. Warszawa. 1889 r.

⁴⁾ Ueber die Wirkung des Coffeins als diureticum. Archiv. f. exper. Path. u Pharm. XXII. p. 39. Ueber die diuretische Wirkung des Coffeins und der zu derselben Gruppe gehörenden Substanzen. Ibidem. XXIV p. 85. Niektóre szczegóły znajdzie czytelnik również w Gazecie Lek. z roku 1890. Nr. 20 w artykule kol. GROSTERNA [Wiadomości terapeutyczne].

feiną na zwierzętach doprowadziły go do wniosku, iż wpływ jej na ustrój jest dwojaki: pobudzający na centralny układ nerwowy *resp.* na ośrodek naczynioruchowy i powtórę — na nabłonek nerek. Działanie moczopędne kofeiny ma być dlatego mniej wydatnem, aniżeli się tego spodziewać należało, iż wskutek zwężenia naczyń nerek, będącego rezultatem pobudzenia ośrodka naczynioruchowego, następuje pewne zatamowanie czynności wydzielniczej samego nabłonka nerek. W celu więc usunięcia tego czynnika SCHROEDER podawał zwierzętom kofeinę z chloralem, lub paraldehydem i t. p. środkami, które działają w kierunku wprost przeciwnym, t. j. wywołują rozszerzenie naczyń. Ponieważ jednak środki te nie są obojętne dla ustroju, autor więc zwrócił się do teobrominy, która, zdaniem jego, ma być pozbawiona owego pobudzającego wpływu na ośrodek naczynioruchowy, a natomiast ma posiadać bardzo wybitny wpływ na nabłonek nerek. Teobrominę więc można uważać za kofeinę, której odjęto własności pobudzające na ośrodkowy układ nerwowy.

Na propozycję SCHROEDER'a, D-r GRAM z Kopenhagi zajął się sprawdzeniem wyników, otrzymanych na zwierzętach, na chorych. Podawał więc z początku kofeinę w połączeniu z paraldehydem i otrzymywał rzeczywiście większą dyjurezę, aniżeli przepisując czystą kofeinę. Ze względu jednak, iż dodatek paraldehydu do kofeiny niezawsze korzystnie wpływał na chorych, D-r GRAM więc, w myśl SCHROEDER'a, zaczął stosować teobrominę. Z początku podawał czystą teobrominę, z powodu jednak, iż jest trudno rozpuszczalną i wsysa się nierównomiernie i że często pobudza do wymiotów, stosowanie jej było kłopotliwem. Najlepiej jeszcze znosili ją chorzy, przyjmując ją w kawie lub czekoladzie, lub z wodami alkalicznymi [teobromina rozpuszcza się nieco w alkalijach]. I w tych jednak razach wchłanianie jej w przewodzie pokarmowym nie było jednostajnem. Ponieważ i sole teobrominy, jak: *Theobrom. hydrochlor.* MERCK'a i *Theobromin - Calcium* KNOLL'a et Comp., nie wydały lepszych rezultatów, D-r GRAM wpadł wtedy na myśl połączenia teobrominy z salicylanem sodu: *theobrominum natrio-salicylicum*.

Tym sposobem otrzymał związek znacznie łatwiej rozpuszczalny, aniżeli czysta teobromina. Podczas gdy ta ostatnia rozpuszcza się zaledwie w 1000 częściach wody średniej ciepłoty, *theobrom. natrio-salicyl.* rozpuszcza się w wodzie w mniej niż połowie swej wagi przy ogrzewaniu, a przy oziębianiu pozostaje jeszcze rozpuszczalnem.

Związek ten zawiera około 50% teobrominy, z powodu zaś swej wybitnej własności moczopędnej został dla krótkości nazwany dyjuretiną (*diuretinum*). Prócz swej łatwiejszej rozpuszczalności, posiada i tę dobrą stronę, iż łatwo się wsysa i nie wywołuje obrzydzenia, lub wymiotów.

Wspomniany autor podawał czystą teobrominę w dawkach 1 grm., 3—4 razy dziennie w kilku przypadkach wad zastawek serca w okresie utraty równoważenia i w zapaleniu nerek. Moczopędne działanie było w tych razach widoczne, ponieważ jednak chorzy gorączkowali, spostrzeżenia więc te następują pewne wątpliwości.

Wpływ *theobrom. natrio-salicyl.* na czynność wydzielniczą nerek był w podanych spostrzeżeniach wyraźniejszy, aniżeli po czystej teobrominie; dobowa

ilość moczu zwiększała się z 1000 ctm sześć. do 4000—5000 ctm. sześć. Autor podawał zaś chorym 4—6 grm. dyjuretyny na dzień.

Na zasadzie swych badań D-r GRAM doszedł do następujących wniosków

1) Czysta teobromina wsysa się trudno, działa silnie moczopędnie, nie: wywierając wpływu na serce. Dyjurezę należy uważać jako bezpośredni skutek działania leku na serce.

2) *Theobrom. natro-salicyl.* wsysa się łatwo i działa silnie moczopędnie.

Świetne rezultaty, jakie D-r GRAM z zastosowania dyjuretyny otrzymał, zachęciły innych klinicystów do badań nad tym środkiem. Owocem tychże były liczne artykuły, z których najważniejsze wymieniamy:

1) *Klinische Versuche über das Diuretin* KNOLL von D-r M. KORITSCHONER *Wiener klin. Wochenschrift. 1890. Nr. 39.*

2) KOUINDJY-POMERANTZ: O moczopędnem działaniu teobrominy i dyjuretyny (*Bulletin général de Thérap. 15. Aout. 1890. Paris.*)

3) *Ueber die therapeutische Anwendung des Diuretin* von D-r AUG. HOFMAN. (*Archiv. für exper. Pathol. und Pharmakologie. XXVIII. 1. 2. 1890.*)

4) *Ueber die therapeutische Wirkung des Diuretin* von D-r THEODOR GEISLER. (*Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 15, 17. 1891.*)

5) *Ueber die Verordnung des Diuretin* von D-r SCHROEDER. (*Therapeutische Monatshefte. Juli 1899.*)

6) *Ueber die therapeutische Anwendung des Diuretin* von D-r G. SIEFART. *Dissert. Berlin. 1891.*

7) *Versuche über das Diuretin Knoll* von SIEGM. PFEFFER (*Centralblatt für die gesammte Therapie. 1891. Heft VIII.*)

8) *Wirkungen des Diuretin* von D-r KRESS. (*Münchener Med. Wochenschrift. Nr. 38. 1891.*)

9) *Wirkung und Nebenwirkung des Diuretin* von D-r W. SCHMIEDEN. (*Centralblatt für klin. Med. 1891. Nr. 30.*)

10) *The remarkable effects of Diuretin in removing Dropsy* by ROBERT BABCOCK. (*New-York. Medical. Journal. 1891. July.*)

Wszystkie te prace jednogłośnie przyznają dyjuretynie silny wpływ moczopędny w chorobach serca i nerek. Co się tyczy jednak sposobu, w jaki zwiększenie dyjurezy do skutku przychodzi, to zdania są podzielone: większość i to bardzo znaczna za przykładem GRAM'a upatruje go w pobudzeniu nabłonka nerek do żywszej czynności wydzielniczej, odrzucając wszelkie oddziaływanie na serce, krążenie krwi; mniejszość zaś nie usuwa wprawdzie na drugi plan nabłonka nerek, lecz przyznaje obok tego dyjuretynie pewien wpływ na czynność serca. Wreszcie jeden tylko D-r GEISLER należyście uwzględni działanie jej na serce i ciśnienie krwi.

Wobec takiej sprzeczności poglądów, postanowiłem w czasie moich badań szczególną zwrócić uwagę na zachowanie się serca tętna i ciśnienia. W tym celu ściśle oznaczałem wymiary tępości serca, zdejmowałem rysunki sfigmograficzne, a w niektórych przypadkach mierzyłem ciśnienie krwi w tętnicy promieniowej za pomocą zmodyfikowanego sfigmomanometru BASCH'a. Oczywiście,

że obok tego notowano codziennie dobową ilość moczu, ciężar właściwy, zawartość białka i t. p..

Tam, gdzie okoliczności pozwalały, staraliśmy się, w celu porównania, podawać temuż samemu choremu, oprócz dyjuretyny, i inne środki nasercowe, a głównie naparstnicę i kofeinę, robiąc oczywiście krótsze, lub dłuższe, przerwy pomiędzy podawaniem tych leków.

Dyjuretynę stosowaliśmy, co najmniej, w 50 przypadkach, dla uniknięcia jednak zbyt dużych rozmiarów naszej pracy, podajemy tylko kilkanaście najważniejszych. Zebrałiśmy je w III działy: I) choroby wad zastawek, II) choroby mięśnia serca, III) cierpienia nerek. Oprócz tego podawaliśmy dyjuretynę w kilku przypadkach surowiczego zapalenia opłucnej, w puchlinie brzusznej, pochodzenia wątrobowego, o czem w końcu wspomnimy.

Dział pierwszy obejmuje cztery spostrzeżenia, z których dwa pierwsze — wady zastawki dwudzielnej i otworu żylnego lewego, jako połączone ze znaczną niemiarowością ruchów serca i tętna — nadawały się bardzo do badania wpływu dyjuretyny na innerwację serca. Że zaś obie chore dotknięte były obrzękami, można więc było badać własności pędzenia moczu wspomnianego leku.

Spostrzeżenie 3-cie zasługuje na szczególną uwagę ze względu na uporczywość puchliny brzusznej, zależnej od źle zrównoważonej wady zastawki dwudzielnej. W tym przypadku dyjuretyna znakomity odniosła tryumf.

Spostrzeżenie 4-te wykazuje porównawczo różnicę w ciśnieniu krwi w czasie użycia naparstnicy, kofeiny i dyjuretyny.

D Z I A Ł I.

Spostrzeżenie I. *Insufficiencia v. mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Arrhythmia.*

P. A., żona wyrobnika, lat 26 lieżąca, przybyła do szpitala dnia 1-go Lipca 1890 roku, skarżąc się na bicie serca, ból w prawym boku, w okolicy wątroby i na obrzęk kończyn dolnych. Obrzęk zjawia się od kilku miesięcy, lecz po nocy zwykle znika.

Zamężna od lat 6, rodziła 2 razy, ostatni raz przed 3-ma miesiącami. Miesiączkę miewa w regularnych 4-0 tygodniowych odstępach czasu. Budowa i odżywianie słabe. Błony śluzowe blade. Tętno 130 na minutę, słabe, małe.

W dolnej części klatki piersiowej z tyłu z prawej strony, począwszy od dolnego kąta łopatki, odgłos opukowy jest nieco stłumiony. U szczytów płuc oddech pęcherzykowy — zaostroszony.

Uderzenie wierzchołkowe silne, znajduje się w VI międzyżebrowo nieco na lewo od *l. m. s.* Górna granica tępości serca przypada na IV żebrze, prawa odpowiada prawemu brzegowi mostka, lewa znajduje się na I ctm. na lewo od *l. m. s.*

Działalność serca w wysokim stopniu niemiarowa, skurcze bardzo częste w ilości około 150 na minutę.

W okolicy wierzchołka czuć pomruk koci. Tamże słychać szmer skurczowy i przedskurczowy. U podstawy serca tony czyste. Brzuch powiększony. Wątroba wystaje z pod prawego podżebrza na 2 palce. Język czysty. Skłonność do zaparcia.

Mocz wydziela się w ilości 600 ctm. sześć, na dobę, odczyn posiada kwaśny; ani białka, ani wałeczków nerkowych nie zawiera. Osad dość obfity składa się przeważnie z moczanów.

Jakkolwiek chora ma wygląd mocno bladej, wskazującej na bezkrwistość, jednak szmeru anemicznego w żyłach szyjowych nie słychać. Przebieg i leczenie wykazuje następująca tablica:

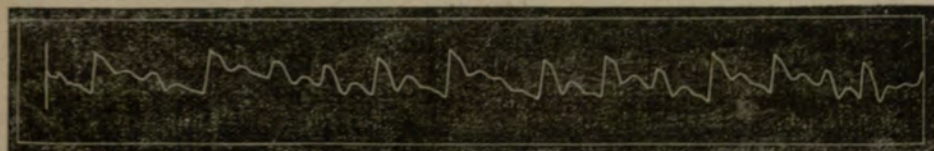
Data.	Częstość skurczów serca.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepota właściwy.	Wypróżnienia.	Leczenie.	U W A G I.	
2. VII.	140	115	800	1020	1	<i>Theobr. natrio-salic.</i> 3×1,0 grm.		
3	120	110	2300	1010		" " 3×1,0 "	Poprzeczny wymiar serca mniejszy.	
4	124	108	1500	1012	2	" " 4×1,0 "	Bicie serca mniejsze, tętno jeszcze ciągle niemiarowe.	
5	106	100	850	1014	1	" " 5×1,0 "	Tętno nieco regularniejsze. Prawa granica serca na środku mostka.	
6	100	96	1600	1015	1	" " 6×1,0 "		
7	100	120	1500	1016	1	" " 6×1,0 "		
8	104	115	1600	1016	1	" " 6×1,0 "	Czuje się lepiej. Bicie serca mniejsze, wątroba zmniejszyła się.	
9 VII. Wypisuje się ze szpitala ze znacznym polepszeniem.								
13 VII. Chora powraca znowu do szpitala z powodu bicia serca i bólu w prawym boku.								
14	160	140	450	1026	1	Rp: <i>Inf. Digit. ex 3j. pi 3v.</i> <i>T-rae Valerian. 3j. Liq. Kali acetic. 3s. syrup. simpl. 3s. S.</i> Co 2 godziny łyżkę stołową. <i>Repet. S. Co 2 godz. łyżkę.</i>	Niemiarowość tętna znaczna. Tępość serca znacznie powiększona głównie w wymiarze poprzecznym. Ból w okolicy wątroby mniejszy.	
15	88	88	500	1025	1	Cont.		
16	72	72	1000	1020	2			
17	48	48	1500	1016	1	Rp: <i>Inf. Digit. ex grn. xv pi 3vj</i> <i>T-rae Valerian. 3j. Liq. Kali acetic. 3s. S. Co 2 godz. łyżkę stołową.</i>		
18	48	48	1600	1015	1	Contin.	Tętno miarowe. Prawa granica tępości serca na środku mostka.	
19	56	56	1200	1016	3		Bez lekarstwa.	Prawa granica serca przy lewym brzegu mostka.
20	48	48	1500	1014	1			
21	48	48	1200	1015	1			
22	70	70	1300	1016	1			

23 Chora wypisuje się ze szpitala ze znaczną poprawą.

Epicrisis. Z powyższego okazuje się, jak wydatna zachodziła, w danym przypadku, różnica pomiędzy działaniem naparstnicy i dyjuretyny. Mam tu na myśli oddziaływanie obu tych leków na częstość skurczów i rytm serca.

Głównym objawem utraty zrównoważenia była znaczna niemiarowość tętna i niezgodność pomiędzy częstością skurczów serca i tętna. Serce uderzało około 130, gdy tymczasem tętno tylko 115 na minutę, niektóre więc fale były tak małe, iż nie odbijały się na tętnie promieniowem. Załączony rysunek sfigmogra-

Fig. 1.



ficzny [№ 1] najlepiej niemiarowość tętna uzmysławia. Obok kilku fal większych znajdują się i małe fale, ponieważ zaś skutek słabego napięcia w układzie tętniczym wznórki fali zwrotnej są bardzo wydatne [fig. 1], powstaje więc wielka trudność dla badającego w wyróżnianiu rzeczywistych fal tętna od dikrotyzmu. Rysunek wątpliwieść tę usuwa.

Tej nieregularnej w wysokim stopniu czynności serca towarzyszyło uczucie bicia serca, krótkiego oddechu i bólu w prawym boku, które to objawy do przekrwienia biernego wątroby należało odnieść. Tępość serca powiększona była głównie w wymiarze poprzecznym, co wraz z istnieniem pomruku kociego i szmeru przedskurczowo-skurczowego skłoniło nas do przyjęcia zwężenia ujścia żylnego lewego i niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Obrzęk kończyn dolnych był nieznaczny, głównym więc celem naszych zabiegów było uregulowanie czynności serca, na drugim zaś miejscu postawiliśmy zwiększenie dyjurezy.

Rozpoczęliśmy od podania chorej dyjuretyny w ilości 3 gramów na dzień w dawkach 1 gramowych, zwiększając stopniowo ilość dzienną, aż do 6 grm. *pro die*. Pomimo tygodniowego użycia leku nie osiągnęliśmy zupełnej zgodności pomiędzy częstością skurczów serca a częstością fal tętna, choć przyznać należy, że częstość tętna zbliżała się więcej do częstości ruchów serca, aniżeli przed zastosowaniem dyjuretyny. W pierwszym dniu stosunek tętna do częstości skurczów serca przedstawiał się w postaci liczb 115 i 140, a w ostatnim 104 i 110.

Co się tyczy jednak uregulowania oddzielnych fal, to dyjuretyna wywarła tu wpływ niewątpliwy, jak to najlepiej przekonywają nas rysunki sfigmograficzne [fig. 2, 3, 4]. Porównyując je z obrazem tętna [fig. 1], zebrany przed

Fig. 2.

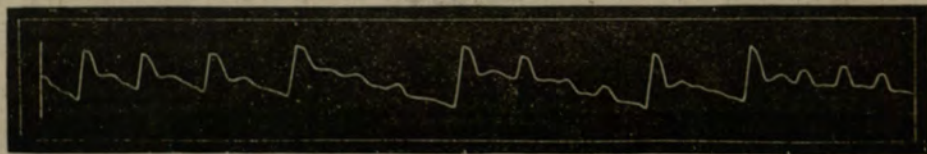


Fig. 2. Tętno po dwóch dniach użycia dyjuretyny.

Fig. 3.

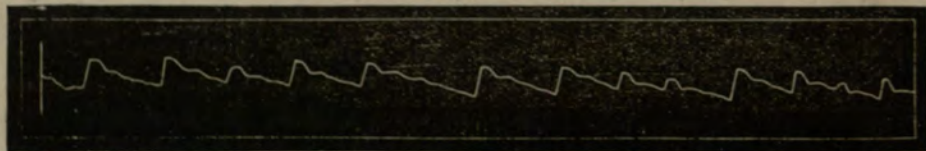


Fig. 3. Tętno po 4-ch dniach — dyjuretyny.

Fig. 4.

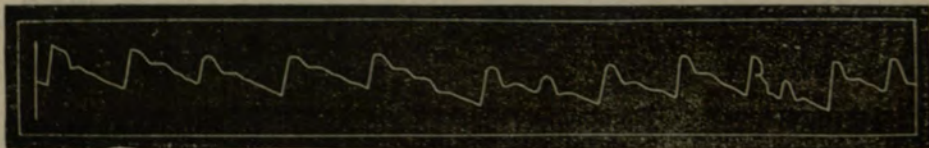


Fig. 4. Tętno po 5-iu dniach — dyjuretyny.

podaniem leku, widzimy, jak w miarę dłuższego stosowania go, niemiarkowość tętna staje się mniejszą, a fal małych, zarodkowych, coraz mniej, czemu i zmniej-

szenie częstości tętna towarzyszyło. Przed podaniem dyjuretyny tętno uderzało 140, a po 6-dniowym użyciu tejże tylko 104 razy na minutę.

Jeżeli oprócz powyższego weźmiemy na uwagę dość wydatne moczopędne działanie teobrominy [dobowa ilość moczu z 800 ctm. sz. powiększyła się zaraz nazajutrz po użyciu 3 grm. leku do 2300 ctm. sześć., w następnych zaś dniach pomimo zwiększenia dawki dziennej do 6,0 grm. ilość moczu wynosiła przeciętnie około 1500 ctm. sześć.], to w każdym razie przyznać trzeba, że rezultat, jaki z zastosowania środka tego otrzymaliśmy, był zupełnie zadawalającym. Oczywiście, że wzmocnieniu i uregulowaniu skurczów serca towarzyszyła i podmiotowa poprawa chorej, jak również zmniejszenie poprzecznego wymiaru tępości serca i zmniejszenie wątroby.

W takim stanie chora opuściła szpital; poprawa trwała jednak krótko, gdyż po upływie 4-ch dni chora powróciła znowu do oddziału.

Obraz tętna [fig. 5] zebrany wtedy z tętnicy promieniowej wskazuje, jakim wahaniom rytm tętna, *resp.* skurczów serca podlegał. Było to istne t. zw. *delirium cordis*. Częstość tętna, licząc i drobne fale, wynosiła około 140 na mi-

Fig. 5.

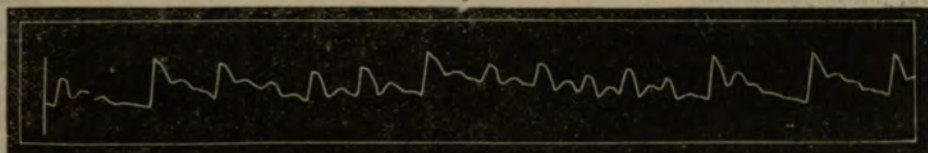


Fig. 5. Tętno przed użyciem naparstnicy.

nutę, serce zaś uderzało około 160. Serce było znacznie rozszerzone w wymiarze poprzecznym: prawa granica dochodziła do prawego brzegu mostka. Objawy wysłuchowe te same, co i podczas poprzedniego pobytu chorej w szpitalu. Wydzielanie moczu skąpe, około 450 ctm. sześć. na dobę.

Korzystając ze sposobności, postanowiliśmy w celu usunięcia zaburzeń w krwiobiegu, zalecić chorej naparstnicę, aby tym sposobem porównać jej działanie z działaniem dyjuretyny.

Jakoż chora okazała się tak gorliwą, iż przepisany jej napar (*Inf. Digit, ex 3j—3v*) nawet w nocy zażywała, tak, iż w ciągu niespełna jednej doby cały skrupuł naparstnicy wybrała. Działnie środka tego na uregulowanie rytmu serca było bardzo wydatne, nie tylko że tętno ze 140 spadło na 88, lecz, co rzecz bardzo ważna, pod względem swej częstości odpowiadało w zupełności częstości skurczów serca. Dodać jednak należy, iż tętno, jakkolwiek było rzadszem,

Fig. 6.



Fig. 6. Tętno po użyciu 2-ch dawek naparu naparstnicy (*ex grn. xx—3vj*). pozostało jednak w pewnym jeszcze stopniu niemiarowem, dopiero przy dalszem użyciu naparstnicy niemiarowość dość szybko znikala, jak to widać na obra-

zach tętna [fig. 6, 7]. Porównyując te rysunki sfigmograficzne z rysunkami, zdjętymi z tętnicy promieniowej w czasie stosowania teobrominy, przekonywamy

Fig. 7.

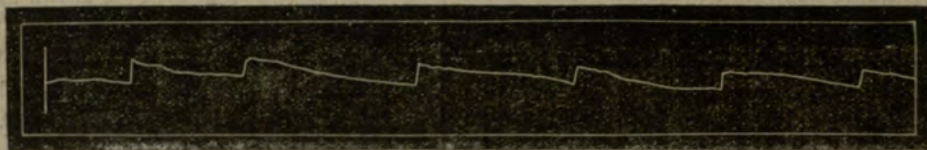


Fig. 7. Tętno po odstawieniu naparstnicy,

się o znacznej różnicy w oddziaływaniu na nerwy hamujące serca obu w mowie będących leków. Po kilku dniach podawania naparstnicy częstość tętna wynosiła tylko 48 na minutę, przyczem fale zjawiały się w równych odstępach czasu, a pod względem swej wielkości mało się różniły pomiędzy sobą. Dyjuretyna, jakkolwiek wpływała również korzystnie na regulację skurczów serca, *resp.* tętna, nie była jednak w stanie wpływać na innerwację serca w podobny sposób, jak naparstnica.

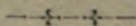
Co do wydzielenia moczu, to było ono prawie jednakowem przy stosowaniu obu leków i wynosiło przeciętnie około 1500 ctm. sześć. Zachodziła tylko ta różnica, iż zwiększenie dyjurezy po naparstnicy następowało nieco później, aniżeli po dyjuretynie. Po pierwszym dniu użycia tej ostatniej dobowa ilość moczu z 800 podniosła się do 2300, później jednakże nie dosięgała już tej cyfry, wynosiła bowiem około 1500 ctm. sześć. Zaznaczyć wszakże wypada, iż moczoepędne działanie naparstnicy trwało dłużej, aniżeli po dyjuretynie, chora bowiem wspominała, iż po zaprzestaniu użycia tej ostatniej, t. j. po wypisaniu się chorej ze szpitala, zaraz nazajutrz wydzielenie się moczu stało się bardzo skąpem, i o ile można wnosić z opowiadania chorej, nie wynosiło więcej nad 300—400 ctm. sześć. [C. d. n.]

II. PRZYCZYNEK DO KWESTYI MOŻLIWOŚCI PRZECHODZENIA NOWOTWORÓW KRTANI ŁAGODNYCH W ZŁOŚLIWE.

Podał

D-r A. Sokołowski,

ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.



Jak wiadomo, przed kilku laty z okazji choroby cesarza Niemiec, Fryderyka III, powstała w laryngologii bardzo doniosła kwestya możliwości przechodzenia nowotworów łagodnych [papiłomatów] w nowotwory złośliwe. Kwestya ta nietylko przedstawiała się ważną z punktu widzenia teoretycznego, t. j. czysto patologicznego, lecz bardziej jeszcze z praktycznego; rodziło się bowiem wielkiej doniosłości pytanie, czy manipulacje endolaryngealne [wrywanie, wypa-

lanie i t. p.] nie mogły być momentem przyczynowym owego złośliwego przejścia pierwotnie dobrotliwej sprawy; pogląd ten ostatni nawet podzielał zkądnad wielce znany laryngolog angielski LENNOX BROWNE. Kwestyja mogła być rozstrzygnięta tylko na drodze zestawienia bardzo licznych i sumiennych spostrzeżeń wielkiej liczby autorów. Pracy tej dla laryngologii niezmiernie doniosłej podjął się z niezwykłym zapałem D-r SEMON z Londynu, zawezwawszy wszystkich znanych laryngologów do zestawienia podług szczegółowego szematu swoich pod tym względem spostrzeżeń. 107 autorów nadesłało swoje szczegółowe spostrzeżenia i uwagi, a te posłużyły SEMON'owi do wydania w roku 1889 wielce ciekawej pracy pod tytułem: „*Die Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in böartige speciell nach intralaryngealen Operationen*“, w której po bardzo szczegółowem rozebraniu 8216 przypadków polipów krtańowych, operowanych na drodze endolaryngealnej, zaledwie tylko w 5 przypadkach zdołano przyjść do stanowczego wniosku, że miało w nich miejsce rzeczywiste przejście nowotworu łagodnego w złośliwy; inne przypadki przypuszczalnych przejść okazały się wątpliwymi, lub były niezupełnie ściśle spostrzegane, w innej wreszcie kategorii przypadków nowotwory, które przy pierwotnem badaniu okazywały budowę nowotworów łagodnych, przy badaniach powtórnych części głębszych wykazywały budowę nowotworów złośliwych.

Do tej ostatniej kategorii jako jeden z najbardziej pouczających przypadków SEMON zalicza i opisuje szczegółowo [str. 49] przypadek raka krtańi, spostrzegany przezemnie w ciągu trzech lat [1887—1890], w którym mieliśmy do czynienia ze sprawą rakowatą o niezmiernie powolnym przebiegu, rozwijającą się na strunach głosowych pod postacią brodawkowatych narośli, których badanie szczegółowe, drobnowidzowe, kilkakrotnie w ciągu dwóch lat wykonywane przez D-ra PRZEWOSKIEGO, stale wykazywało budowę brodawczaka (*fibroma papillare*). Dopiero 4-e badanie, wykonane w końcu 1889 roku na większym kawalku wydobytym, wykazało typową budowę raka (*carcinoma keratodes*). Przebieg zaś dalszy fatalny sprawy potwierdził w zupełności rozpoznanie histologiczne. Obraz zaś kliniczny w pierwszych okresach choroby: bardzo długo wybornie zachowany stan ogólny, brak charactwa, powiększenia gruczołów i t. d., zdawał się przemawiać za naturą łagodną cierpienia ¹⁾. A jednakże sprawa od początku była natury złośliwej, powolny tylko przebieg nie doprowadził do szybkiego rozpadu, przeciwnie wytwarzał na powierzchni obficie bujające brodawki, a kawalki z nich brane musiały tylko dawać obraz zwykłych papilomatów o grubem pokryciu nabłonkowem i w błąd wprowadzać pod względem rozpoznania. We wspomnianej pracy SEMON'a znajduje się opis jeszcze kilku analogicznych przypadków.

Obecnie chciałem podać do wiadomości również ciekawy, a pod względem naukowym ważny przypadek, spostrzegany przezemnie w ciągu pięciu lat ostatnich.

Dnia 8 X. 1887 r. zgłosił się do mnie niejaki B., z Płocka, człowiek, jak na swój wiek, wybornie wyglądający, tęgiego ciałaokładu. Nadmienia on, że, oprócz

¹⁾ Przypadek ten szczegółowo opisałem w Gazecie Lekarskiej w r. 1889.

chrypki, czuje się zupełnie zdrowym, że żadnych chorób nie przebywał, że jedynie przed 30 laty jakoby przebywać miał jakąś chorobę weneryczną, z opisu jednakże wnosić by należało, że było to owrzodzenie miękkie; żadnych bowiem recydyw nigdy nie przebywał. Badanie krtani odrazu wykazało nam istotną przyczynę chrypki; ujrzelśmy bowiem na tylnym końcu lewej struny głosowej w $\frac{1}{3}$ części tylnej dużego polipa okrągłego, wielkości małego orzecha laskowego; przedstawiał on kolor czerwony, powierzchnię zupełnie gładką, a przy badaniu zgłębnikiem był nieco ruchomym i miękkim. Ruchomość zdawała się przemawiać za obecnością krótkiej szypuły, czy jednakże miał on za punkt wyjścia strunę, czy też zatokę Morgagni'ego, trudno było stanowczo orzec. Obok tego wielkiego polipa istniał jeszcze bardzo mały drugi, wielkości łepka od szpilki, czerwonego koloru, siedzący na tylnym końcu struny głosowej fałszywej lewej. Inne części krtani, jako też

Fig. 1¹⁾.



i narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiały [fig. 1]. Polip ten ze względu na swój wygląd [formę okrągłą, przyczepienie] długość przebiegu—2 lata chrypka—wyborny stan ogólny chorego, rozpoznałem jako nowotwór łagodny, prawdopodobnie włókniak i postanowiłem go usunąć bezzwłocznie na drodze operacyjnej, co też uskuteczniłem w kilka dni później na moim oddziale przy asystencji ówczesnego mojego asystenta, kol. SĘDZIĄKA. Guz dał się z łatwością wyjąć przy pomocy kleszczy FAUVELA; wyjęty przedstawiał krótką szypułę, powierzchnię gładką,

jako punkt wyjścia po wyjęciu okazała się część tylna i dolna zatoki Morgagni'ego. Chory prawie bezzwłocznie po dokonanej operacji zaczął wyraźniej mówić, w kilka dni potem chrypka niemal zupełnie zniknęła. Mały guziczek miałem zamiar również następnie usunąć za pomocą wypalenia galwanokaustycznego, chory jednakże utrzymywał, że już jest zdrow zupełnie i że mu bardzo pilno do domu i wypisał się ze szpitala, mając zamiar zgłosić się na drugą operację w niedługim czasie. Zgłosił się on jednakże do szpitala dopiero w 4 lata prawie, t. j. w Kwietniu 1891 r., opowiadając nam, że w ciągu ubiegłego czasu czuł się zupełnie dobrze, miał głos czysty i wogóle nic mu nie dolegało, dopiero w ciągu ostatnich kilku miesięcy zaczęła występować znów chrypka, a nawet w ostatnich czasach tępy ból w lewej okolicy krtani, co go znów zmusiło do szukania naszej pomocy. Badanie krtani wykazało na lewej strunie fałszywej w części tylnej guzik czerwony, nieco wystający nad powierzchnią, wielkości w rozmiarze poprzecznym około $\frac{1}{4}$ ctm., o powierzchni gładkiej, przy badaniu zgłębnikiem dość odporny, nie krwawiący, nie ruchomy, o przyczepieniu szerokim. Pozostała część struny fałszywej lewej, jako też prawdziwej, niezmienniona, ruchomość strun zachowana. Na tylnym końcu struny prawdziwej prawej w okolicy *proc. vocalis* widać również guziczek mały, wielkości ziarenka konopnego, ciemno-malinowego koloru. Nagłośnia jako też tylna ściana krtani przedstawiały się niezmie-

1) Fig. 1 rysunku, wykonana podług mego szkicu, uwydatnia najlepiej powyższy opis.

nionemi, głos był umiarkowanie ochrypnięty. Gruczoly szyjowe z obu stron wcale nie dały się wyczuć; stan ogólny chorego, jak na wiek jego [68 lat], przedstawiał się niezłe wcale. Miejsce guzika usadowionego na tylnym końcu struny fałszywej lewej odpowiadało mniej więcej owemu drobnemu guziczkowi, który pozostał u chorego przed 4-ma laty. Rozwój jego pod postacią już bardziej nasięku, jako też powstanie nowego guziczka o tymże wyglądzie na strunie przeciwnej, bóle głuche, od pewnego czasu stale istniejące, zniewalały mnie na obecnie istniejącą sprawę zapatrywać się bardziej poważnie i przypuszczać, mimo braku innych danych ze strony stanu ogólnego, iż mamy do czynienia z rozwojem sprawy nowotworowej, natury złośliwej.

Z powyższego więc względu oba guziki postanowiłem zniszczyć doszczętnie na drodze galwanokaustycznej, czego też i dokonałem na moim oddziale w dni kilka przy pomocy asystentów moich: kol. DMOCHOWSKIEGO i IWANICKIEGO. Odczyn po wypaleniu był stosunkowo nieznaczny; po upływie przeszło tygodnia miejsca wypalone uległy zupełnemu zabliznieniu. Głos chorego poprawił się znacznie, bóle, podług słów jego, zmniejszyły się znakomicie, a chory znowu wielce zadowolony z wyników leczenia wkrótce szpital opuścił, mając się za parę miesięcy znowu nam przedstawić; w razie bowiem ponownej recydywy należałoby przystąpić do operacji radykalnej przy pomocy laryngofisury.

O dalszym losie naszego chorego dowiedziałem się z artykułu kol. LUBLINERA, pomieszczonego w N. 28 Medycyny r. 1892 pod tytułem „Gruczolak krtani” (*adenoma laryngis*), z którego dowiedziałem się, że tenże chory przybył w Grudniu r. 1891 do szpitala Ś-go Rocha na oddział kol. HERYNGA, szukając tamże znowu pomocy z powodu upartej chrypki. Badanie krtani, wykonane tamże, podług kol. L., dało następujący wynik: „nagłośnia normalna, lewa struna fałszywa nad wyrostkiem głosowym zgrubiała, czerwona i pokryta kilkoma różnej wielkości guziczkami od ziarnka soczewicy do ziarnka małego groszku polnego, guziczki te są dość miękkie, blade czerwone, gładkie, półokrągłe, przykrywają tylną część struny prawdziwej, której brzeg wolny jest widoczny, jest on nieco zaczerwieniony i zgrubiał. Lewa chrząstka SANTORINI’ego jest nieco powiększona. Lewa połowa krtani jest mniej ruchoma niż prawa. Na strunie głosowej prawej na górnej powierzchni przy wyrostku głosowym znajduje się guziczek mocno czerwonego koloru, wielkości łepka od szpilki, miękki, półokrągły. Prawa struna prawdziwa i fałszywa normalne. Tylna ściana równa, gładka, cokolwiek wypukłona. Głos lekko ochrypli. Nie widząc żadnej zmiany w cierpieniu chorego po zastosowaniu mu kuracji antisyfilitycznej w ciągu dwóch tygodni [wcieranie maści szarej i jodek potasu], Dr. HERYNG wydobyl u niego za pomocą podwójnej kiurety KRAUZE’go część nowotworu ze struny fałszywej lewej, wielkości około 1 ctm.“, a kol. LUBLINER przy badaniu mikroskopowem znalazł w wyciętym kawałku przeważnie typ gruczolaka gronkowego (*adenoma*). Chory z pewną poprawą wypisał się ze szpitala 5-go Stycznia, kol. L., widział powtórnie pacjenta 8 Maja, a w krtani zanotował stan następujący: „Nagłośnia i więzy boczne normalne, struna fałszywa lewa nierówna, nacieczona przykrywała prawdziwą, w tylnym odcinku jej wyrastał guziczek wielkości grochu polnego, dość gładki, różowy. Lewa chrząstka SANTORINI’ego zgrubiała. Brzeg struny praw-

dziwej lewej widoczny, nieco zgrubiały. Ruch lewej połowy krtani nieco ograniczony. Tylna ścianka gładka, równa. Prawa połowa krtani normalna [autor nie wspomina o guziczku na strunie prawej, znajduwanym przy badaniu poprzędnym]. Gruczoły szyjowe chłonne nie są wyczuwalne. Bólu przy polykaniu pacjent nie miał, głos tylko nieco ochrypnięty. Guziczek wyrastający z lewej struny L. usunął za pomocą szczypczyków dla przeprowadzenia badania drobnowidzowego, które wykazało mniej więcej te same zmiany, co przed pięcioma miesiącami. Różnica polegała tylko na tem, że tkanka między-zrazikowata była bardziej nacieczona i wogóle prawidłowość w budowie nowotworu była mniej wyrażona, niż w pierwszych preparatach; budowa gronkowata była zachowana. Na podstawie powyższego badania mikroskopowego - L. przyszedł do wniosku, że w danym przypadku miał do czynienia z rzadkim nowotworem krtani, t. j. z gruczolakiem i że za łagodną naturą sprawy przemawia również przebieg kliniczny, t. j. długotrwałość sprawy, brak powiększenia gruczołów szyjowych, mała zmiana w wyglądzie nowotworu w ciągu pół roku, mała chrypka i dobry stan ogólny pacjenta.

Opisany przypadek przez kol. LUBLINERA, a dotyczący naszego chorego, w wysokim stopniu mnie zainteresował, popierwsze, wynikiem dalszego przebiegu cierpienia, z którego przekonać się mogłem, że acz powoli jednakże dalszy rozwój cierpienia stale postępował: guziczek bowiem ograniczony na lewej fałszywej strunie, zniszczony przezemnie doszczętnie galwanokaustycznie w³ Kwietniu 1891 r., już w Grudniu tegoż roku przedstawiał liczne guziki na tejże strunie, a nawet mały guzik po stronie prawej; w pół roku zaś później cała struna już była nacieczoną: przebieg więc stale recydujący mógł słusznie potwierdzać przypuszczenie moje, zrobione już przed rokiem, iż mamy do czynienia z nowotworem natury złośliwej. Powtórę, z powyższych względów niezmiernie rozbudził; moją ciekawość wynik anatomo-patologicznego badania nowotworu, t. j. gruczolaka rodziła się więc przedewszystkiem niesłychanie ważna kwestyja, jakiej natury był ów pierwotny guz krtani, wyjęty przezemnie w r. 1887: czy był on również nowotworem natury łagodnej, za jaki go z punktu widzenia klinicznego uważałem, czy sprawa nowotworowa, następnie rozwijająca się, była od tegoż guza niezależną i czy nie istniał też pewien związek ścisły między obiema sprawami, t. j., czy nie miało tu miejsce przejście sprawy z początku łagodnej w proces natury złośliwej. Na szczęście byłem w stanie rozstrzygnąć tę wielce ciekawą kwestyję; guzik ów bowiem miałem zachowany w moim zbiorze polipów, przezemnie operowanych i ten zaraz po odczytaniu pracy kol. LUBLINERA oddałem do szczegółowego zbadania w instytucie prof. BRODOWSKIEGO, czego łaskawie dokonał kol. DMOCHOWSKI. Wynik zaś badania bardzo licznych preparatów, łaskawie również przepatrywanych przez prof. BRODOWSKIEGO i PRZEWOSKIEGO, dał wynik następujący.

Kawałek tkanki danej do zbadania przedstawiał się jako guzik dość twardy [leżał w mocnym alkoholu prawie 5 lat], płaski, owalny, długości około 6 mm., 4 mm. szerokości i 2 mm. wysoki. Na powierzchni, prócz przyczepu, guzik jest pokryty gładką nieowróżdziałą błoną śluzową; na całej powierzchni guza nabłonek płaski,

wielowarstwowy, niebujający, nienacieczony. Cienka warstwa tkanki łącznej, dzieląca nabłonek, w wielu miejscach jest normalną, w niektórych zaś nacieczoną leukocytami. Znaczne zmiany znaleziono w gruczołach śluzowych, nabłonek wyścielający przewody tych gruczołów w wielu miejscach przypomina normalny, gdyż komórki gdzieśgdzie zachowały swój cylindryczny kształt i prawidłowy układ, przeważnie jednakże spotykamy się z mocnym bujaniem, wyrazem czego jest powiększenie się komórek i zwiększenie warstw nabłonka. Niektóre przewody przedstawiają się jako cylindry, całkowicie wypełnione nieprawidłowo ułożonymi komórkami; w bardzo niewielu miejscach można było wykryć pęcherzyki gruczołów, o tyle zmienione, że przypominały nieco swą pierwotną budowę; w tych miejscach posiadały one jeszcze swą własną otoczkę (*tunicam propriam*); lecz wyścielający je nabłonek o tyle bujał, że wszędzie kilkoma warstwami wypełniał światło pęcherzyka. Przeważnie zaś spotykamy dość znaczne ogniska dużych komórek nabłonkowych z dużymi jądrami, zupełnie nieprawidłowo ułożonych, kształt tych ognisk jest najróżnorodniejszy, często są one okrągłe, często podłużne, często zlewa się ich kilka ze sobą. Tkanka łączna, otaczająca ogniska nabłonkowe, jest zbitą z bardzo drobnymi podłużnymi jądrami, w wielu miejscach mocno nacieczona. Badanie to z całą stanowczością pozwala nam utrzymywać, że nowotwór nie jest czystym tylko gruczolakiem. Gruczolakiem nazywamy nowotwór, w którym typ budowy gruczolowej uwydatnia się wyraźnie. Gruczolakiem więc w danym razie nazwalibyśmy nowotwór złożony z tworów rurkowatych, wysłanych jednowarstwowym, cylindrycznym nabłonkiem o wyraźnym świetle i wyraźnym z zewnątrz ograniczeniu przez błonę właściwą. Wielkość przytem samych rurek, wielkość ich światła i wielkość wyścielających komórek mogłaby być rozmaita. Otóż, w obecnym nowotworze po części jest to wszystko, ale prócz tego jest wiele tworów nabłonkowych, pełnych, bez światła, powstałych z pęcherzyków gruczolowych lub z przewodów. Często widać nadto, że wymienione pełne twory nabłonkowe, za pomocą bocznych wyrostków, łączą się ze sobą w rodzaj nieregularnej sieci. Badając taką sieć nabłonkową, widać, że granica tkanki łącznej od nabłonka jest jasna, ale nie można się dopatrzeć ani śladu błony właściwej; w dodatku naokoło tej sieci nabłonkowej nacieczenie leukocytami znacznie wzrasta. Otóż, we wszystkich tych miejscach, gdzie w nowotworze widać opisaną sieć nabłonkową, staje się on tak dalece nietypowym, tak dalece zatracą się w nim typ, przypominający budowę gruczołu, że z konieczności uznać to miejsce należy za rakowe; tym sposobem anatomicznie nowotwór nazwanym być musi: *adeno-carcinoma*.

Orzeczenie owo anatomo-patologiczne, przypuszczające z wyżej przytoczonych motywów obecność w danym razie w pierwotnym guziku nowotworu złośliwego, mogłoby być również na drodze klinicznej obserwacji w sensie mniej lub więcej dodatnim rozstrzygnięte.

[D. n.]

III. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI HERNIOLOGICZNEJ.

Podał

Dr Jan Świątecki,

asystent oddziału.



Hernia coeci inguinalis sinistra incarcerata. Cystocele inguinalis sin. Herniolaparotomia, anus praeternaturalis, ruptura vesicae inter operationem. Eperonotomia. Laparotomia, enterorrhaphia. Sanatio.

Deinde: Ileus, colotomia. Laparotomia; consutio ani praeternaturalis. Fistula stercoralis. Laparotomia: consutio fistulae stercoralis. Sanatio completa.

Dnia 17-go Grudnia 1891 roku na oddział chirurgiczny D-ra KRAJEWSKIEGO zapisał się Z. A., rolnik, w wieku lat 57, opowiadając, że już od lat kilku nosi się z przepuklinami w obu pachwinach, że przepukliny te zawsze bardzo łatwo dawały się odprowadzać i dopiero przed 5-ma dniami, kiedy, uciekając z objętej płomieniem chałupy, wyskoczył przez okno, poczuł nagle dojmujący ból w lewej pachwinie, i od tego czasu przepuklina ta odprowadzić się nie daje. W kilka godzin po wypadku miał stolec zwyczajny, w dwa dni później był jeszcze raz stolec, lecz bardzo skąpy. Wymiotów nie było, od paru dni jednak ma nudności i czkawkę. Paska nie nosił nigdy.

Status praesens. Chory małego wzrostu, nędznie odżywiony. Ciepłota ciała prawidłowa [rana 36,6° C.]. Tętno 100, słabe, język suchawy. *Emphysema pulmonum. Arteriosclerosis.* Tony serca czyste, drugi ton nad tętnicą płucną wzmożony.

W lewej pachwinie nad więzłem POUPART'a i na wewnątrz od sznurka nasiennego istnieje guz, wielkości gęsiego jaja, twardy, bolesny przy ucisku, nie dający się odprowadzić do jamy brzusznej i nie powiększający się przy kaszlu; skóra pokrywająca guz niezmieniona, odgłos wypukowy na guzie tępy.

Takiż sam guz jak poprzedni, tylko nieco mniejszy, łatwo odprowadzalny do jamy brzusznej i wyskakujący przy kaszlu, znajduje się i w pachwinie prawej, także ponad więzłem POUPART'a; odgłos wypukowy na tym guzie bębunkowy. Rozpoznanie: *Hernia inguinalis incarcerata sinistra, libera dextra.* Niezwłocznie też przystąpiono do operacji. Aby się nie powtarzać, nadmieniam, że jak tej, tak i wszystkich innych operacyj na tym chorym dokonał Dr. KRAJEWSKI przy pomocy kolegów oddziałowych: GARBOWSKIEGO, GROSLIKA, KARCEWSKIEGO, KORZENIOWSKIEGO i mojej.

Herniolaparotomia. Po przecięciu skóry w kierunku równoległym do więzła POUPART'a, jako też powięzi podskórnej guz pokrywającej, natrafiono na bardzo gruby pokład tłuszczowy, który w pierwszej chwili wywołał przypuszczenie, czy czasem worek przepuklinowy nie został podczas przecinania powięzi powierzchownej bezwiednie przecięty, a napotkana masa tłuszczowa nie jest przypadkiem siecią. Wkrótce jednak przekonano się, że jest to tylko tłuszczak (*lipoma*

subserosum). Przystąpiono więc do ostrożnego przecinania tłuszczaka, przyczem wkrótce natrafiono na worek przepuklinowy, po otwarciu którego wypłynęło kilka łyżek cuchnącego, szarawego płynu. Dolna część worka okazała się pustą, w górze zaś, tuż przy wrotach, ujrano zwiotczalą ciemnoczerwoną, w paru miejscach pokrytą łupkowo-zabarwionymi plamami ścianę kiszki. Ponieważ chwytać i wyciągać tak zmienioną kiszkę wydawało się niebezpiecznym z powodu możliwego jej rozerwania, przystąpiono do hernioloaparotomii, a mianowicie przedłużono cięcie równoległe do więzu POUPART'a przez wszystkie warstwy ściany brzusznej na długość 10 ctm., poczem rozcięto szyję worka przepuklinowego à *ciel ouvert*, przedłużając to cięcie na bezpośrednio graniczące z nią *peritoneum parietale*. Obraz, który się nam wtedy przedstawił, był następujący: Do całego prawie obwodu szyi worka od strony jamy brzusznej przyrosła dość mocnymi zrostami k i s z k a ś l e p a, której ściana [przednia] zgangrenowana wchodzi do worka przepuklinowego, podczas gdy wyrostek robaczkowy znajduje się tuż za szyją worka w skleinach otrzewnowych. W tem też miejscu leży ujście kiszki cienkiej do *coecum*. Po odgrodzeniu pozostałej jamy brzusznej za pomocą serwet od tak niebezpiecznego sąsiedztwa, przystąpiono do odseparowania kiszki ślepej od obwodu szyi worka, co się dość łatwo udało. Ponieważ przednia ściana kiszki ślepej, jak się to wyżej powiedziało, uległa zgorzeli, a dno było zapalnie zmienione, należało więc wykonać albo resekcję kiszki, a właściwie wycięcie całej kiszki ślepej z wszyciem cienkiej kiszki do pozostającej kiszki grubej wstępującej, lub też ograniczyć się na zrobieniu tymczasowego odbytu sztucznego, pozostawiając dalszy zabieg na później.

Zły bardzo stan chorego [tętno słabo wyczuwalne], przemawiał za jak najszybszym zakończeniem operacji i przeważał na korzyść sztucznego odbytu. Przy próbie jednak wyciągnięcia kiszki ślepej na tyle, iżby ją można było wszyć poza zgangrenowaną częścią w ścianę brzuszną, okazało się, iż *meso-coecum* jest zbyt krótkie na to, aby można było dostatecznie wyciągnąć kiszkę. Natenczas w powłokach brzusznych prawej strony, poczynając na 3 ctm. ku wewnątrz od *sp. il ant. sup. dextr.* zrobiono ranę, dług. 10 ctm., równoległą do więzu POUPART'a i przez tę ranę wyprowadzono nazewnątrż kiszkę ślepą wraz z odpowiednią częścią wpadającego do niej *ilei*; ponieważ w tym celu zmartwiałe części należało przesunąć pod powłokami brzuszными z lewej strony na prawą, obwinęto je uprzednio gazą jodoformową, aby nie zakazić jamy otrzewnej. Przystosowawszy kiszkę cienką do ślepej i połączywszy jednym szwem kapciuchowym *meso-ileum* i *meso-coecum*, wszyto obie kiszki w szparę otrzewnową, używając dla połączenia powierzchni surowicznych catgut, a następnie jedwabiu dla drugiego piętra, t. j. dla połączenia skóry z kiszką.

We wszytej kiszce nie zrobiono żadnego otworu, pozostawiając naturze wytworzenie go przez oddzielenie się zmartwiałych części i chroniąc się w ten sposób od natychmiastowego zakażenia ran przez wylewający się kał.

W końcu przystąpiono do wyluszczenia worka przepuklinowego, przyczem okazało się, że tylna połowa wewnętrznej jego ściany jest nadmiernie grubą. Przy oddzielaniu w tej okolicy otrzewnej worka oraz znajdującego się z nią w związku tłuszczaka od sąsiednich tkanek palcami, wylało się nagle około szklanki żół-

tawego, przezroczystego płynu, częścią nazewnątrż, częścią do jamy otrzewnej i wtedy dopiero przekonaliśmy się, iż gruby twór, wchodzący w skład wewnętrznej ściany worka, był ścianą pęcherza moczowego i został przy pomocy powyższej manipulacji rozerwanym na przestrzeni 2 ctm. Natychmiast zrobiono możliwie dokładną toaletę otrzewnej i zaszyto zrobioną w pęcherzu dziurę [leżącą zewnątrz-otrzewnej] dwupiętrowym szwem catgutowym, ciągłym, poczem dopiero dokończono odseparowania worka i obcięto go poza pierścieniem, usuwając jednocześnie część zapalnie zmienionej, pokrytej nalotem otrzewnej ściennej. Pozostała po wycięciu worka szparę w otrzewnej zaszyto szwem ciągłym, pozostawiając jedynie w jej dolnym końcu otwór dla wprowadzenia paska gazy jodoformowej, gdyż wobec wylania się moczu do jamy brzusznej i możliwego przez to zakażenia tej ostatniej, nie odważono się na zupełne zamknięcie otrzewnej.

Pęcherz w miejscu rozdarcia pokryto z osobna gazą jodoformową, zwiniętą w kształcie worka MIKULICZA i końce obu tych pasów jodoformowych, jeden idący z jamy otrzewnej, drugi pokrywający ranę zewnątrz-otrzewnową pęcherza, wyprowadzono przez dolny kąt rany skórnej. Resztę rany zaszyto szwem węzłowym jedwabnym, chwytając prócz skóry i mięśnie brzuszne. Dwa oddzielne opatrunki na ranę w prawej i lewej pachwinie. Choremu podawano makowiec i pęcherz z lodem na brzuch.

Przy wizycie wieczornej podeszliśmy do chorego z zamiarem opróżnienia pęcherza za pomocą cewnika, okazało się jednak, że chory niedawno oddawał moczu własnowolnie; z tego też względu zaniechaliśmy pierwotego zamiaru.

W nocy i dni następnych chory oddawał moczu bez pomocy kateteru; moczu czysty, o odczynie kwaśnym, ani krwi, ani ropy nie zawierał. Chory czuje się bardzo dobrze, ciepłota ciała normalna, tętno drugiego dnia po operacji wynosiło 90, następnych 70—80 na minutę.

Na 5-ty dzień [22.XII] rozpadła się zmartwiała ściana wszytej w powłoki brzuszne kiszki; włożono rurkę drenową do jej doprowadzającego końca, obie połowy brzucha oddzielono od siebie arkuszem silku, przylepiając go do linii środkowej brzucha za pomocą kołodyjonu, a to z obawy, aby wydzielający się po stronie prawej kał nie zakaził rany w podbrzuszu i pachwinie lewej. W tejże ranie zastąpiono włożone podczas operacji pasy gazy nowemi, co następnie powtarzano w odstępach czterodniowych, podczas gdy po stronie prawej zawalany kałem opatrunek zmieniano codziennie.

Eperonotomia. W dwa tygodnie po operacji [4. I. 92] zabrano się do zamknięcia wytworzonego sztucznego odbytu. W tym celu na ostrogę oddzielającą odprowadzający (*coecum*) i doprowadzający (*ileum*) odcinek kiszki nałożono uciskadło DUPUYTREN'a. Następnego dnia [5. I.] znaleziono chorego znacznie gorzej: język suchy, tętno 120, natomiast ciepłota ciała prawidłowa [36°,7], brzuch niebolesny i niewzdęty. Okazało się, że chory w nocy wyrwał i wyrzucił uciskadło wraz z drenem. Przy opatrunku przekonaliśmy się, że u podstawy ostrogi, oddzielającej *ileum* od *coecum*, powstał otwór, łączący te dwie kiszki ze sobą, podczas gdy grzebień ostrogi pozostał całym, co przypisać należy niedokładności narzędzia, które silniej uciskało swym końcem niż środkiem.

Następnych dni stan chorego poprawił się o tyle, że przestano obawiać się o zapalenie otrzewnej, jednak ze względu na to, iż chory, jak się to wyżej powiedziało, był bardzo osłabionym, a osłabienie wskutek przymusowej diety pooperacyjnej wzmogło się jeszcze bardziej, zaniechano tymczasowo wszelkich prób zamknięcia sztucznego odbytu i dopiero 3-go Lutego, gdy chory trochę przyszedł do siebie, a rana w podbrzuszu lewem zagoiła się prawie zupełnie, przystąpiono do operacji.

Laparotomia. Enterorrhaphia secundaria [3. II.]. Jak to już wyżej powiedzieliśmy, po założeniu uciskadła pozostał u podstawy ostrogi otwór, łączący kışkę cieką ze ślepą. Obecnie usunięto na drodze krwawej resztę ostrogi w ten sposób, iż wszystkie tkanki, znajdujące się między otworem w ostrodze, a otworem zewnętrznym sztucznego odbytu, wycięto dwoma cięciami, odległemi od siebie na 3 ctm.. Rany ztąd powstałe zamknięto, łącząc szwem kuśnierskim, jedwabnym błonę śluzową *coeci* z błoną śluzową *ilei*. Następnie okrwawiono brzeg zewnętrzny sztucznego odbytu w ten sposób, iż, odseparowawszy kışkę od ściany brzusznej, przyczem została utworzoną jama brzuszna, obcięto równo brzegi otworu i zamknięto kışkę szwem CZERNY-LEMBERT'a, ranę skórną zaszyto ponad kışką kilkoma szwami węzłowemi. Nazajutrz i dni następnych chory czuł się zupełnie dobrze, obie rany w lewym i prawym podbrzuszu zagoiły się zupełnie, stolce odchodziły drogą naturalną i chory czekał już tylko na okazyję dostania się do domu, gdy tymczasem w 17 dni po ostatniej operacji [20.II] zaczął się uskarżać na zaparcie stolca; ławatywy skutkowały mało, tak, że już 28.II wystąpiły niewątpliwe objawy *occlusionis internae*: tętno małe, częste, brzuch wzdęty, brak stolca i wiatrów. Nie pozostawało nic innego, jak szukać zbawienia na drodze operacyjnej.

Colotomia [1.III]. Przecięto skórkę i zrośniętą z nią, wypuklającą się w kształcie guza, kışkę w miejscu zaszytego sztucznego odbytu na przestrzeni 5 ctm.; z otworu wylało się trochę kału, lecz dalej płynąć nie chciał. Po wprowadzeniu palca do kışki cienkiej, okazało się, że w 2-ch miejscach nastąpiło przegięcie kışki cienkiej wskutek utworzenia się zrostów otrzewnowych; przegięcia te udało się wyrównać palcem, przyczem istniejące skleiny zostały rozerwane, i dopiero wtedy kał zaczął się wylewać obficie. Skonstatowano nadto istnienie jeszcze jednego zrostu cienkiej kışki ze ścianą brzusznią w miejscu, odpowiadającym bliźnie po hernijo-laparotomii [w podbrzuszu lewym]. Ponieważ jednak przyrost ten nie chciał ustąpić przy pociąganiu, a jak się okazało, nie przeszkadzał cyrkulacji kału, pozostawiono go w spokoju.

Tylko co opisany zabieg operacyjny okazał się zupełnie wystarczającym: objawy *ilei* znikły, tak, że w dwa tygodnie potem zabrano się do ponownego zaszycia *ani praeter-naturalis*. [C. d. n.].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

BACTERIUM COLI COMMUNE.

Podał

E. Biernacki.

W ostatnich latach zwróciła na się baczną uwagę krótka pałeczka, przebywająca normalnie w kiszkiach u człowieka, pałeczka, którą ogólnie uważano za zupełnie niewinną dla ustroju ludzkiego. Przekonano się bowiem, popierwsze, że *bacillus coli communis*, może być przyczyną bardzo ciężkich spraw zapalnych nie tylko w okolicy jamy i narządów brzusznych, ale nawet w sercu i w płucach; widziano, podrgnie, że drobnoustroje te mają bardzo wiele cech morfologicznych wspólnych z lasecznikami tyfusowemi. Ztąd niektórzy badacze dowodzą bardzo blizkiego pokrewieństwa pomiędzy *bacillus coli* i *bacillus typhi*, do tego stopnia, że uważają wprost oba te gatunki za modyfikację jednego—w tym rodzaju, jak niegdyś BUCHNER chciał widzieć w bakterji karbunkułowej modyfikację niewinnego *bacillus subtilis*; ostatnie zapatrywanie dało znowu powód do rzucenia bardzo śmiałych i oryginalnych hipotez o powstawaniu tyfusu brzuszego. Nareszcie już podczas terażniejszej epidemii cholery zrodziło się pytanie, czy *bacterium coli commune* nie odgrywa roli w patogenezie tego cierpienia.

Nie kusząc się o wyczerpujące zestawienie literatury, w niniejszym referacie, przedstawię najpierw kilka danych, przemawiających za chorobotwórczem znaczeniem *bacterium coli*.

Otóż, GILBERT i GIRODE ¹⁾ znaleźli w dwóch przypadkach ropnego *cholecystitidis* i *angiocholitidis* w ropie, otrzymanej w jednym przypadku z powodu wycięcia pęcherzyka żółciowego [cholecystektomija], w drugim przy badaniu pośmiertnem—typowe *bacterium coli commune* [ESCHERICH]. W kilka miesięcy później ci sami badacze znaleźli przy ropnem zapaleniu pęcherzyka żółciowego u człowieka i który umarł na zapalenie płuc — *bacterium coli commune*; w innym zaś przypadku, ku z *angiocholitis*, *cholecystitis* przy powiększonej i stłuszczonej wątrobie. GILBERT i GIRODE skonstatowali obecność drobnoustrojów pneumonicznych FRAENKEL'a i gronkowca ropnego białego w samej ropie, podczas gdy krew i żółć tych drobnoustrojów nie zawierały. Jednocześnie CHARRIN i ROGER ²⁾ we Francji wyhodowali bakteryje ESCHERICH'a z ropnia wątroby, NETTER, MARTHA ³⁾ i BOUCHARD znowu przy zapaleniu pęcherza żółciowego z jego zawartości.

Niezależnie od GILBERT'a i GIRODE'a profesor NAUNYN ⁴⁾ ze Strasburga znalazł w pięciu przypadkach zapalenia pęcherzyka żółciowego (*cholecystitis*) przy kamicy żółciowej lasecznika, wielce podobnego morfologicznie do laseczników ESCHERICH'a. Drobnoustroje te wyhodowane były z płynu, otrzymanego za życia przez punkcję, a hodowle ich po wprowadzeniu podskórnem lub wewnątrzotrzewnowem zabijały myszy w 12 — 24 godziny; krew i powiększona śledziona zawierały wtedy dużo bakteryj wprowadzonych. U dwóch psów NAUNYN wywołał przez wstrzyknięcie swoich drobnoustrojów do pęcherzyka żółciowego [po przewiązaniu przewodu żółciowego]: *angiocholitis*, ropnie w wątrobie, surowiczno-ropne zapalenie otrzewnej i ogólne zakażenie.

¹⁾ Comptes rendus de la société de biologie. 1890. Nr. 39 i 1891. Nr. 11.

²⁾ Ibidem. 1891. Nr. 7.

³⁾ Archives de physiologie normale et pathol. 1886.

⁴⁾ Klinik der Cholelithiasis. Leipzig. 1892. Str. 43—48.

Wspomnieć należy, że CHARIN i ROGER doświadczalnie stwierdzili własności zapalne *bacterii coli*, a więc zgodnie z NAUNYN'em. U królików wprowadzenie hodowli, szczególnie starszych, nieco osłabionych, do przewodu żółciowego wywoływało ropne zapalenie przewodów żółciowych i rozsiane ropnie w wątrobie.

NAUNYN w ostatnim swem dziele „*Klinik der Cholelithiasis*” omawia dość obszernie spostrzeżenia tego rodzaju, znaczenie lasecznika *coli* i dochodzi do wniosku, że drobnoustroje te napewno są chorobotwórcze i mogą wywołać zapalenie dróg i pęcherzyka żółciowego. Tego dowodzi, oprócz wyników doświadczalnych, ważna okoliczność, że w wielu przypadkach, a przeważnie w pracach NAUNYN'a, znajdowano w płynie pęcherzyka żółciowego czystą hodowlę bakteryj *coli*. W tego rodzaju przypadkach drobnoustroje pochodzą niewątpliwie z jelit. Normalna żółć jest zupełnie wolna od zarodków, jak tego dowiódł NETTER w 1884, badając za pomocą nowoczesnych metod hodowlanych żółć u królików, a GILBERT i GIRODE u ludzi świeżo zmarłych. Również NAUNYN znalazł w dwóch przypadkach suchoty po śmierci i przy dwóch punkcyjach rozszerzonego pęcherzyka żółciowego [przy raku i zwykłym rozszerzeniu] za życia żółć zupełnie jałową.

Drobnoustroje znajdowano dopiero przy zastoju żółci i zdaje się, że do przeniknięcia *bacterii coli* do dróg żółciowych koniecznym jest taki zastój. Rzeknieszcie nawet w doświadczeniach na psach wstrzyknięcie hodowli tych laseczników do pęcherzyka żółciowego sprowadzało miejscowe i ogólne zakażenie dopiero po podwiązaniu przewodu żółciowego; bez tego wprowadzenie hodowli nie sprawiało żadnych objawów. Ztąd zrozumiałem jest, że kamica żółciowa, jako przyczyna zastoju żółci usposabia do przenikania bakterji *coli* z przewodu kiszkiowego. Wiadomo, że różne drobnoustroje mogą przechodzić do żółci ze krwi, czego przykłady przytoczyli dla drobnoustrojów cholery—NICATI, dla wąglika—OEMLER, STRAUSS i CHAMBERLAND, dla diplokoków zapalenia płuc—PERNICE i ALESSI i t. p. i t. p., ale według wszelkich danych taki sposób przenikania mikrobów dla kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka i dróg żółciowych nie ma żadnego znaczenia.

NAUNYN rzucił nawet pytanie, czy *bacterium coli commune* nie znajduje się w związku z samą kamica żółciową. Chociaż w jednym przypadku NAUNYN znalazł w bilihuminowych złogach, po wyciągnięciu ich alkalicjami, drobnoustroje o formach *bacterii coli*, lecz w innych razach tego nie widział i nic do tego czasu nie przemawia za tem, by drobnoustroje te mogły strącać barwniki z żółci i tworzyć kamienie. Natomiast wielce pociąga NAUNYN'a przypuszczenie, że cierpienie błony śluzowej pęcherzyka żółciowego, prowadzące do kamieni, może być skutkiem inwazyi laseczników *coli communis*. Wtedy patogeniza kamicy żółciowej przedstawiałaby się w następujący sposób: zastój żółci jest przyczyną wtargnięcia bakterji *coli*, które sprowadzają cierpienie dróg i pęcherzyka żółciowego, to ostatnie zaś prowadzi do tworzenia kamieni żółciowych.

Jak szerokie znaczenie chorobowe może mieć lasecznik *coli communis*, zaświadczać jeszcze inne fakty. LARUELLE⁵⁾ pierwszy znalazł te drobnoustroje w wysięku przy zapaleniu otrzewnej wskutek przedziurawienia kiszki i twierdził, że były one właśnie przyczyną tego zapalenia. Podobne spostrzeżenia zrobił A. FRAENKEL⁶⁾, który na 36 zapaleń otrzewnej znalazł 4 razy *bacterium coli*, BARBACCI⁷⁾ w 4 przypadkach tej choroby i wtedy nietylko w wysięku otrzewnowym, ale i w krwi z serca i z naczyń, a WELCH⁸⁾ w 6 przypadkach zapalenia otrzewnej, z których cztery powstały po przedziurawieniu kiszki. Ale WELCH nie jest przekonany o znaczeniu chorobowym laseczników *coli* dla błon surowiczych, względnie otrzewnej; autor ten twierdzi, że wogóle drobnoustroje te w stanach chorobowych mają wielką tendycję rozprzestrzeniania się w ustroju.

⁵⁻⁸⁾ p. u TALAMON'a: „*Appendicitis et perityphlitis*”. 1892.

Rzeczywiście przy 25 badaniach pośmiertnych ludzi zmarłych z cierpieniami błon śluzowych jelit, zapaleniami dysenterycznymi i t. p., WELCH miał wyhodować czyste hodowle tych drobnoustrojów z większości narządów wewnętrznych.

Zupełnie podobne spostrzeżenia zrobili WURTZ i HERMANN, LESAGE i MACAIGNE; w ich przypadkach nie było nawet za życia osobników żadnych objawów chorobowych ze strony narządów, w których znaleziono *bacterium coli*. Bakteryje te znajdowali badacze ci w narządach różnych, przeważnie w przypadkach, w których istniały jakieś zmiany w kiszkiach. Ale wbrew twierdzeniu WELCH'a, MALVOZ⁹⁾ w sześciu przypadkach zapalenia otrzewnej po i bez przedziurawienia kiszki stwierdził obecność *bacterii coli* w wysięku w stanie czystej hodowli, a więc zupełnie tak samo, jak NAUNYN widział w zapaleniu pęcherzyka żółciowego. Taka okoliczność przemawia dużo za lasecznikiem, jako przyczyną zapalenia otrzewnej. Lecz podobnie jak w cierpieniu dróg żółciowych, tak w tych razach potrzebny jest współczynnik, moment usposabiający do rozwoju działalności drobnoustrojów. Doświadczenia bowiem FRAENKEL'a i LARUELLE'a wykazały, że wprowadzenie hodowli czystej laseczników *coli* do zdrowej jamy otrzewnej szkodzi dopiero wtedy, jeżeli jednocześnie wprowadza się żółć lub sok kiszkowy. W patologii ludzkiej, a względnie w zapaleniach otrzewnej po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego lub kiszki, warunki tego rodzaju zostają urzeczywistnione, bo jednocześnie z drobnoustrojami wpadają do jamy brzusznej płyny, mogące uszkadzać otrzewną. Dla przypadków zapalenia otrzewnej przy nienaruszonych kiszkiach objaśnienia, jakim sposobem i czy *bacterium coli* jest samo przez się przyczyną choroby, jeszcze nie mamy, mimo to, że niektórym badaczom [CHARRIER, ROGER i VIDAL] podobno udało się nawet przez wstrzyknięcie małych dawek hodowli sprowadzać u morskich świnek zapalenie krwotoczne i włóknikowe otrzewnej.

Jeżeli mechanizm działania chorobowego *bacterii coli* w cierpieniach dróg żółciowych i otrzewnej jest jeszcze ciemnym i potrzebuje dużo pracy w tym kierunku, to zupełnie zagadkowe są spostrzeżenia, gdzie mikroby te, normalnie bez szkody dla ustroju przebywające w kanale kiszkowym, wywoływały ciężkie cierpienie jelit. Że i takie fakty są możliwe, wykazuje ciekawy i ważny z ogólnohygienicznego punktu widzenia artykuł GAFFKY'ego¹⁰⁾. Autor ten opisał przypadek zatrucia jednoczesnego 3 ludzi mlekiem niegotowanym: mleko to pochodziło od krowy, która cierpiała na biegunkę z gorączką. Z kału krowiego, zawierającego skrzepy krwi i kawałki błony śluzowej, a także z kału trzech chorych ludzi GAFFKY wyhodował drobnoustroje, uważane przez niego za typowe *bacterium coli commune*. Uczony ten przypuszcza, że drobnoustroje te mogą nabierać siły, i że w danym przypadku wzmożone hodowle ich wywołały cierpienie kiszki u krowy, a przez domieszkę kału do mleka, co, jak higieniści wiedzą, prawie stale bywa, było przyczyną ciężkiego zapalenia kiszki u trzech ludzi.

Ale *bacterium coli* może rozwijać swą złośliwą działalność nie tylko w obrębie przewodu pokarmowego. WELCH, GILBERT i GIRODE, NAUNYN i inni stwierdzali, jak wspominaliśmy, i przy badaniach pośmiertnych, i w doświadczeniach obecność tych drobnoustrojów w innych narządach i we krwi: nie są więc nieprawdopodobne przypuszczenia i wskazówki różnych autorów, że lasecznik *coli* może sprowadzić cierpienie oddalonych narządów. NETTER i MARTHA mieli przypadek świeżego zapalenia wsierdzia przy kamicy żółciowej, i z rozrostów i owrzodzeń na zastawkach, zarówno jak z żółci, otrzymali czystą hodowlę bakterij *coli communis*. A według BAZY¹¹⁾, wstrzykiwanie do żył *bacterii*

¹⁰⁾ Wien. klin. Wochenschr. 1891. Nr. 13—15.

¹¹⁾ Erkrankungen an infektiöser Enteritis infolge des Genusses ungekochter Milch. Deutsch. medicin. Wochenschr. 1892. Nr. 14.

¹²⁾ Bulletin médical. Marzec. 1892.

coli u zwierząt sprowadza zapalenie pęcherza moczowego. Doświadczenia były robione w następujący sposób: królikom i psom podwiązywano *penis*, by moc zbierał się w pęcherzu i drobnoustroje nie przeszły do niego z zewnątrz. Przekonawszy się po pewnym czasie za pomocą przekłucia próbnego, że moc nie zawiera drobnoustrojów, BAZY wprowadzał do żyły $\frac{1}{2}$ ctm. sześć hodowli *bact. coli*; po krótkim czasie znowu przez próbne przekłucie autor konstatawał, że moc zawiera te drobnoustroje, a przy badaniu pośmiertnym, że błona śluzowa, a niekiedy także warstwy głębsze pęcherza moczowego znajdują się w stanie zapalnym. U zwierząt kontrolujących, którym również podwiązano *penis*, ale którym nie wstrzykiwano *bacter. coli*, ani bakteryj w moczu, ani zapalenia pęcherza autor nie konstatawał.

Spostrzeżenia ALI KROGIUS'a¹³⁾ stanowią kliniczne *pendant* do doświadczeń BAZY'ego. Autor ten zbadał bakteryjologicznie moc w 17 przypadkach różnego rodzaju nieżytych pęcherza moczowego i 11 razy znalazł w czystej hodowli lasecznika, którego po przeprowadzeniu hodowli na różnych podłożach uważa za *bacterium coli commune*. Po wstrzyknięciu hodowli znalezionych drobnoustrojów pod skórę zwierzętom wytwarzały się ropnie, po wprowadzeniu do wnętrza żyły śmierć w krótkim czasie, podczas gdy wprowadzenie do jamy otrzewnej, zupełnie jak w doświadczeniach A. FRAENKEL'a i LARUELLE'a, nie dawało żadnych objawów chorobowych. Natomiast wstrzyknięcie do pęcherza moczowego świnki morskiej z następczem podwiązaniem szyjki pęcherza spowodowało po 24 godzinach silny nieżyty tego narządu. W 6 przypadkach autora nieżyty pęcherza istniał przy *pyelonephritis*: otóż, autopsya dwóch takich przypadków wykazała w nerkach drobne ropnie, których ropa zawierała te same pałeczki. Sześć innych przypadków z *bacterium coli* były to zwyczajne nieżyty pęcherza.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Mertens. *Taenia nana*.

Tasiemiec *Taenia nana* został odkryty przypadkowo przez BILHARZ'a w Egipcie przy sekcji dziecka zmarłego z zapalenia opon mózgowych; dokładnie zaś opisał go i nadał mu nazwę SIEBOLD w 1858 r. Dotychczas prawie wyłącznie włoscy badacze znajdowali tego tasiemca u ludzi, a według zdania GRASIS'ego, przynajmniej w Sycylii, *Taenia nana* jest bardzo rozpowszechnioną. W Niemczech po raz pierwszy autor [wraz ze swym szefem LEICHTENSTERN'em] znalazł *Taeniam nanam* u sześciolatniego chłopca, a rozporządzając dużą ilością tych pasorzytów, przestudjował je i podaje ich staranny opis.

Taenia nana jest to bardzo delikatny tasiemiec, tak, że po dłuższym przebywaniu w kale rozpada się na kawałki, długości 2—2,5 ctm.: najdłuższy egzemplarz widziany przez autora posiadał 3,25 ctm. Główna pasorzyta posiada długość 0,32—0,35 młm. i szerokość 0,35—0,45 młm. Cztery macki, formy okrągłej i jednakowej wielkości, w przecięciu 0,09—0,15 młm., widzialne są bardzo dobrze z powodu przezroczystości główki. *Rostellum* składa się z dwóch okrągłych tworów, połączonych za pomocą wężkiej szyjki i okrążonem jest przez woreczek zrośnięty z tylnym tworem, szyjką i tylną częścią członka przedniego. Wciągnięty *rostellum* posiada długość 0,13—0,14 młm. i szerokość 0,1 młm. i na członku przednim ma 24—28 haczyków ułożonych w kształcie wieńca. *Rostellum* i macki

¹³⁾ Note sur le rôle. du *bacterium coli commun.* dans l'infection urinaire. Archives de médecine expérimentale. 1892. Nr. 1. Centralbl. f. klin. Med., 1892, Nr. 48.

leżą na jednym poziomie. Ruchów główki autor nie widział; opisuje je jednak GRASSI, który spostrzegł dużo żywych pasorzytów; przytem ma się wysuwać znacznie naprzód *rostellum*.



Jajko *taeniae nanae*.
Powiększone 600 razy.



Główka *taeniae nanae*.
Powiększone 75 razy.

i zawsze na jednej i tej samej stronie; jeśli tasieмец ułożony zostaje tak, że otwory płciowe patrzą na prawo, to narządy płciowe męskie leżą nad żeńskimi. Zaczynając od 140 do 145 członka, jajka w macicy są dobrze widoczne; ale zwykle zupełnie rozwinięte jajka znajdują się w 160—165 proglotydach. Ostatnie członki tasiemca zwykle jajek nie posiadają; jajka wydostają się na zewnątrz przez pęknięcie macicy.

Obecność tasiemca *taenia nana* u człowieka stwierdzić można zawsze i należy przez znajduwanie w kale jego jajek. Są to twory oryginalne i zupełnie niepodobne do jaj innych pasorzytów kiszkowych; dlatego poznać je jest bardzo łatwo. Są one zupełnie przezroczyste, formy owalnej, wielkości w wymiarze podłużnym 40—60 μ i poprzecznym 30—45 μ . Skorupka otaczająca zarodek składa się z błony zewnętrznej i wewnętrznej, oddalonych od siebie dość znacznie. Substancja, znajdująca się pomiędzy dwiema błonami, w sąsiedztwie błonki wewnętrznej, przedstawia się w postaci ziarnistej masy, poprzecinanej przez nici nierozgałęziające się, wyglądu szklistego. Warstwy przylegające do błony wewnętrznej mają wygląd więcej jednolity i tylko na biegunach jajka poprzecinane są przez nici wybiegające z biegunów. Pomiedzy błoną wewnętrzną i zarodkiem mamy warstwę płynu bezbarwnego; zarodek formy okrągłej przedstawia się w postaci ziarnistej masy i posiada 6 haczyków, zebranych zwykle u jednego bieguna.

W jaki sposób zarodki *taeniae nanae* dostają się do kanału pokarmowego człowieka, pozostaje równie niejasnym, jak i dla innych kiszkowych pasorzytów; również autor nie rozwiązuje pytania, czy tasieмец ten posiada jeszcze gospodarzy pośrednich. Według GRASSI'ego, *Taenia nana* rozwija się u człowieka wprost z zarodków tasiemca *taenia murina*, przebywającego w kanale pokarmowym szczurów i identycznego z *taenia nana*.

Pacjent autora nie przedstawiał żadnych szczególnych objawów, oprócz obecności tasiemców w kale; według innych autorów, *taenia nana* może warunkować u ludzi cały szereg różnorodnych zaburzeń: biegunkę, bóle brzucha, wilczy głód, duszność, napady astmatyczne i t. d., podobnie, jak to mówią o innych pasorzytach kiszkowych. Ze środków leczniczych jedynie *extr. filic. maris* dawał autorowi dobry rezultat: po przyjęciu 5 grm. wyciągu paproci pacjent wydalil więcej niż 300 tasiemców, odrazu w pierwszym stolcu. Poprzednio stosowany tymol i santonina nie wywierały na pasorzyty żadnego wpływu.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1892. N. 44 i 45).

E. Biernacki.

Główka przechodzi nieznacznie w szyjkę, która ma długości 0,8—2,5 młm. i szerokości 0,08—0,2 młm. i może się kurczyć. Liczba członków wynosi 180—200. Im więcej proglotydy oddalone są od główki, tem są dłuższe i szersze. Największe—0,2 długości i 0,7—0,9 młm szerokości—są członki środkowe, napełnione jajami; dojrzałe płciowo proglotydy zaczynają się mniej więcej w środku tasiemca. Otwory płciowe męskie i żeńskie znajdują się z boku proglotydy

Wiadomości terapeutyczne.

1. Allylsulfocarbamidum, s. Allylthiocarbamidum, s. Thiosinaminum. Allylsulfokarbamid, czyli Allylsiarkomocznik, czyli Tiozynamina. Jest to związek z grupy węglowodorów trzatomowych, a mianowicie jeden ze związków allylowych, oddawna w chemii znanych.

Olejek gorzycowy zwyczajny, czyli allylowy [czyli siarkoocyjanek allylu, czyli rodanek allylu, czyli allylsulfokarbonylijak] zmieszany z amoniakiem daje nowy związek w postaci proszku białego, nieco błyszczącego, krystalicznego, bez zapachu, o smaku gorzkim, w wodzie, alkoholu i eterze rozpuszczalnym: ten to właśnie związek jest allylsulfokarbamidem, czyli tiozynaminą i wyraża się następującą formułą: $CS \begin{matrix} \text{NH.C}_2\text{H}_5 \\ \text{NH}_2 \end{matrix}$

Mocznik, czyli karbamid, jak wiadomo, wyraża się następującą formułą chemiczną: $CO \begin{matrix} \text{NH}_2 \\ \text{NH}_2 \end{matrix}$

Przyjrząwszy się wyżej przytoczonej formule chemicznej allylsulfokarbamidu, łatwo się przekonać, że w karbamidzie zaszła następująca zmiana: tlen [O] w karboksylu [CO] został zastąpiony siarką [S], a jeden atom wodoru [H] w jednej grupie aminowej [NH₂] został zastąpiony przez rodnik allylu [C₂H₅].

Na drugim międzynarodowym kongresie dermatologów H. HEBRA, docent uniwersytetu wiedeńskiego, przedstawił wyniki, jakie otrzymuje przy podskórnem stosowaniu wzmiankowanego środka. Wprawdzie badania i spostrzeżenia HEBRY, choć prowadzone od dość długiego czasu, nie są jeszcze ukończone, jednakże tyle już wnioskować można, że nowy ten środek leczniczy w działaniu swem wielce przypomina tuberkulinę KOCH'a i sole kwasu kantarydynowego LIEBREICH'a i że wogóle przedstawia bardzo bogate pole do badań; dobrze więc HEBRA zrobił, że, nie czekając ostatecznego rezultatu swych badań, jawnie przedstawił i środek leczniczy przez się używany i dotychczasowe wyniki — w dwóch komunikatach (*Vorläufige Mittheilung über die Wirkung des Allylsulfocarbamid's — Thiosinamin's — bei subcutaner Einverleibung. Internationale klinische Rundschau. 1892. 37; Weitere Mittheilungen über die Wirkung und Anwendungsweise des Thiosinamin's. Internat. klin. Rundschau, 1892. 39*). Przez takie ujawnienie kwestyi, bądź co bądź, bardzo ciekawej grono pracujących i bogactwo materiału niezawodnie się zwiększy, a w ten sposób i cel łatwiej osiągniętym zostanie. Z przyjemnością też w tem miejscu muszę zaznaczyć, iż u nas kol. EISENBERG, po sprostowaniu sobie tiozynaminy z Wiednia, zajmuje się już od paru tygodni badaniem danej kwestyi.

Przedewszystkiem HEBRA przeprowadził w pracowni fizyologicznej prof. BASCH'a szereg doświadczeń na zwierzętach i przekonał się o zupełnej nieszkodliwości podskórnych wstrzykiwań tiozynaminy. Pies np., któremu wstrzykiwał przez cały miesiąc codziennie względnie dużą dawkę rzeczonego środka, miał się doskonale i okazywał taką żarłoczność, że w ciągu tego czasu przybrał na wadze 4 kilogramy. Doświadczenia na psach kuraryzowanych wykazały również, że wstrzykiwanie tiozynaminy nie wpływa szkodliwie na serce.

Za materiały do badań klinicznych HEBRA wybrał przypadki wilka (*lupus*), jaglicy (*trachoma*), zmętnienia rogówki (*Corneal-Tübung-Pannus*) próchnienia kości (*caries*), martwicy kości (*necrosis*), oraz gruźlicy płucnej (*tuberculosis pulmonum*). Środek wzmiankowany stosował w postaci wstrzykiwań podskórnych, nie wprost na miejsce zajęte sprawą chorobową, ale w okolicę odległą od tego miejsca, do czego mu zwykle służyła okolica grzbietowa: międzyłopatkowa, albo podłopatkowa. O tem zresztą później jeszcze kilka słów powiem.

Po zastrzyknięciu tiozynaminy choremu z odpowiedniem cierpieniem, np. z wilkiem twarzy, występuje bardzo ciekawe zjawisko, a mianowicie: tylko w siedlisku chorobowem, a więc w okolicy zupełnie odległej od miejsca zastrzyknięcia, pojawia się odczyn, t. j. odczyn czysto miejscowy bez współdziałania całego organizmu. Tą ostatnią właściwością, t. j. brakiem reakcyi ogólnej, różni się działanie tiozynaminy od działania tuberkuliny KOCH'a.

Najczęściej w dwie godziny po zastrzyknięciu podskórnem, czasami nieco później, okolica ciała, sprawą chorobową dotknięta, zaczyna się czerwienić i nabrzmiwać. Oba te objawy zależą od natężenia i obszaru sprawy chorobowej oraz od ilości zastrzykniętej substancyi: odpowiednio do tych warunków reakcyja miejscowa bywa albo słabą, albo silną. Obrzmienie może być tak silne

i tak szybko się rozwijać, że naskórek, a nawet warstwa brodawkowa pęka, przez co powstają powierzchniowe szczeliny, z których jednak żaden płyn się nie wydziela. Taki odczyn trwa zwykle w jednej i tej samej sile 4 — 6 godzin, a następnie stopniowo się zmniejsza; jednakże jeszcze po 24 godzinach można zauważyć ślady owego odczynu; dopiero potem wraca pierwotna barwa. Nigdy przytem nie zauważono tworzenia się pęcherzyków lub przesiąkania płynu surowiczego ropnego. Objawów ogólnych zwykle wcale nie ma; nigdy też, wyjąwszy przypadków gruźlicy płucnej, nie spostrzegano przytem żadnych objawów gorączki. Czasami się zdarzało, że wraz z odczynem miejscowym pojawiało się pewne ogólne niedomaganie, a w kilku przypadkach wystąpiły nawet wymioty żółciowe. Wszelako zdaje się, że w tych wyjątkowych razach i za szybko dawkę substancji zastrzykniętej zwiększano, i za mało zwracano uwagi na odpowiednie dyjetetyczne zachowanie się chorego.

Podczas odczynu miejscowego subiektywnie chorzy doznają w okolicy, wilkiem zajętej, uczucia palania i naprężenia. Z ustąpieniem zaczerwienienia i obrzmienia subiektywne te objawy znikają.

Na drugi dzień, po ustąpieniu reakcji, następuje bardzo obfite łuszczenie; wszystkie części wilkowate pokryte są licznymi łuskami, podczas gdy skóra zdrowa, sąsiednia pozostaje, jak przedtem, czystą i gładką.

Jak powiedziano wyżej, zwykle reakcja tkanki wilkowej trwa kilka godzin i zmniejsza się mniej więcej po upływie 6 godzin. Jeżeli jednak się robi większy szereg zastrzyknięć, to następuje stan trwale utrzymującego się niezbyt silnego zaczerwienienia, które trzyma się jeszcze przez kilka dni po zaprzestaniu zastrzykiwań. Jeżeli więc w takim razie chcemy ocenić, jaki nastąpił skutek leczniczy, to trzeba koniecznie przeczekać bez iniekcji z 10 dni, aż do zblednięcia miejsc podrażnionych.

Co się tyczy działania leczniczego, to pewną część onego można dość szybko zauważyć: Już po kilku iniekcjach obraz wilka ulega zmianie. W przypadkach wilka mocno wystającego (*lupus tumidus*) widzimy pewno zapaźnięcie się części wilkowatej; wydatne wyniosłości (*protuberantia*) stają się mniejszemi, a cała chora tkanka widocznie się spłaszcza. Przy wilku wrzodziejącym (*lupus ulcerosus*) o wrzodzenia szybko się oczyszcza ją, brzegi wywinie, wyniosłe stają się płaskie i już po kilku tygodniach wyraźnie widzieć można, że następuje zbliżenie części owrzodziałej, czego przedtem żadnymi środkami miejscowymi, zewnętrznymi, niepodobna było osiągnąć. Najtrudniej idzie z płaskimi, żółtawymi, rozrzuconymi grudkami wilka (*Lupusknötchen*) które mają daleko słabsze uacyznienie, aniżeli tkanka wilkowata poprzednio wymienionych postaci i okresów. A ponieważ przy ciągłej postępującej poprawie postać wilka guzowata (*tuberosa*) i wrzodziejąca (*ulcerosa*) przechodzi, że tak rzec można, w postać wilka skórzastą, zatem łatwo pojąć, że potem efekt leczniczy słabiej się wyraża, aniżeli na początku. Przypadku zupełnego wyleczenia, jak sam HERRA przyznaje, dotąd nie widział. Być może, że czas na to był za krótki, a może doświadczenie nauczy, że wogóle i ten środek, podobnie jak inne, do zupełnego, doszczętnego wyleczenia doprowadzić nie jest w stanie.

Zauważyć tu należy fakt bardzo ciekawy, spostrzegany u chorych wilkowatych przy leczeniu zastrzykiwaniami podskórnymi tiosynaminy, a mianowicie: u chorych tego rodzaju stare cierpienia kostne, które, jak się zdawało, zupełnie już uciechły i ustąpiły, na nowo wychodzą na jaw. Wytwarza się nowy ropień, który przetoką otwiera się na zewnątrz. W ten sposób stary sekwestr może wydalić się na zewnątrz, przez co i wyleczenie doszczętnie łatwiej może nastąpić.

Szczególnie wydatny wpływ wywierają wzmiankowane wstrzykiwania u a blizny, powstałe tak po owrzodzeniach samowolnych wilka, jako też po przyżeganiach. Twarda, naprężona tkanka bliznowa, uciskająca części pod nią leżące, wywołująca rozmaite zbezkształcenia, lub utrudniająca ruchy, staje się miękką i podatną w stosunkowo dość krótkim czasie.

Najwydatniej ten wpływ na tkankę bliznową spostrzegać można na odwinięciach powiek lub warg (*ectropium*), które, jak wiadomo, tak często zdarzają się u wilkowatych i tak szpetnych zbezkształceń twarzy są przyczyną. Już po kilku miesiącach owe wywiniecia zupełnie znikają.

Toż samo tyczy się blizn na szyi, a rękach i innych okolicach ciała. Kilku odpowiednich chorych HERRA demonstrował na posiedzeniu kongresu.

Nietylko przez blizny skórne wywołane przykurczenia (*contractura*) dają się usuwać owymi wstrzykiwaniami, ale skurczone i ściągające więzy i ścięgna miękką, a przez to i wykrzywienia z dawna istniejące wyprostowują się.

Ważnym jest również wpływ wstrzykiwań tiozynaminy na zmętnienia rogówki, np. przy łuszczyce (*pannus*). Wskutek takich zastrzykiwań zmętnienie rogówki, począwszy od środka, zaczyna się wyjaśniać, a wyjaśnienie takie stopniowo coraz dalej się posuwa, przez co chorey, oddawna pozbawiony możliwości widzenia, na nowo wzrok odzyskuje. Pamiętać tu wszakże należy o ogólnem prawidłzie, tyjącem się wskazania przy takich wstrzykiwaniach: ponieważ działanie tych zastrzykiwań polega na pobudzeniu sprawy zapalnej, co właśnie stanowi charakterystykę odczynu miejscowego, przeto wstrzykiwać należy tylko w tych przypadkach, w których sama sprawa zapalna ostra już minęła, w których zatem mamy do czynienia tylko z następstwami zapalenia. Przy sprawach zaś ostrych tylko wówczas można stosować zastrzykiwania tiozynaminy, gdy przez nowowzbudzoną reakcyję zapalną spodziewamy się osiągnąć lepsze warunki dla danej sprawy chorobowej, jak to np. ma miejsce przy wilku. A zatem przy podrażnieniu zapalnym rogówki nigdy nie należy wykonywać owych zastrzykiwań, bo już po pierwszym zastrzyknięciu może pojawić się znaczne pogorszenie stanu zapalnego.

Zastrzykiwania podskórne w bardzo widoczny i skuteczny sposób wpływają na przewlekłe zwiększone gruczoły limfatyczne. Odczyn w obrzmiałych pakietach gruczołowych następuje dziwnie szybko. Czasami już po jednej iniekcji można znużyć wyraźne zmniejszenie chorego gruczołu limfatycznego i wyczuć, jak większy pakiet gruczołowy rozdziela się na liczne oddzielne gruczoły. Najszybciej owo zmniejszanie się guzów gruczołowych następuje u osób gruźliczych lub zolżowatych. Zwiększone gruczoły, natury syfilitycznej, nie zmniejszają się pod wpływem wstrzykiwań tiozynaminy. Jeżeli zatem większa liczba spostrzeżeń fakt ten istotnie potwierdzi, to tiozynamina może nam posłużyć i do celów rozpoznania różniczkowego.

Co się tyczy gruźlicy płucnej, to z temi wstrzykiwaniami wogóle należy zachować dużą ostrożność; gdyż najczęściej chorzy tacy, którzy już dawnó nie gorączkowali, po kilku wstrzyknięciach tiozynaminy znowu zaczynają gorączkować. Zresztą z powodu nielicznego materiału w tym kierunku dotąd niepodobna jeszcze nie stanowczego orzec odnośnie do gruźlicy płucnej.

Z innych zjawisk, spostrzeganych przy stosowaniu zastrzykiwań tiozynaminy, zanotować tu należy jeszcze kilka. Przedewszystkiem zauważono, że pod ich wpływem zwiększa się nieco wydzielanie moczu, szczególnie po pierwszych zastrzyknięciach. Przy długotrwałem stosowaniu tej metody leczniczej owo początkowe zwiększenie się dyjurezy ustępuje. Być zatem może, że zjawisko to jest poprostu wyrazem działania rezerbujuącego i dlatego trwa ono dopóty, dopóki wskutek wzmiankowanych wstrzykiwań pewne substancyje patologiczne zostają z ognisk chorobowych przeprowadzone do krwi, a ztąd do nerek. W każdym razie trzeba tu szczególnie to zaznaczyć, że nigdy nie spostrzegano żadnych zaburzeń ze strony nerek, i że w moczu nigdy nie znajdowano ani białka, ani żadnych innych składników patologicznych.

W jednym przypadku zanotowano, że bardzo gwałtowne poty nocne, które chorego dręczyły oddawna, po zastrzyknięciach ustępowały. Fakt ten zaobserwowano wielokrotnie u tegoż chorego po każdym wstrzyknięciu; nie można go więc uważać za przypadkowość lub za złudzenie.

Obok tego wspomnieć należy, że u wszystkich chorych zauważono bardzo wyraźnie wzmagający się apetyt, zwiększanie się wagi ciała i poprawę w ogólnym stanie.

Zastrzykiwania podskórne tiozynaminy nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa dla chorych: chorzy dobrze je znoszą; nigdy nie widziano wytworzenia się ropnia, a nawet obrzmienia lub za zerwienia w okolicy zastrzykniętej.

Teraz słów kilka o stronie technicznej wzmiankowanej metody leczniczej.

Przygotować sobie można, według HEBRY, tiozynaminę w sposób następujący: Dwie części olejku gorczycowego alylowego, jedną część alkoholu absolutnego i siedm części roztworu potażu gryzącego (*liquor ammonii caustici*) ciężaru właściwego 0.960, ogrzewa się przy 40° C., a po kilku godzinach poddaje się stężeniu na kąpieli wodnej; przytem znika zapach olejku gorczycowego i amoniaku. Przy ostudzeniu z roztworu wykrystalizowuje tiozynamina. Lepiej jednakże sprawdzać sobie gotowy już przetwór chemicznie czysty.

Tiozynaminę roztworu je HEBRA w postaci roztworu alkoholowego, 15-procentowego. Po przygotowaniu roztworu trzeba go przefiltrować, aby uwolnić go od wszelkich przymieszek mechanicznych. Z tak przygotowanego roztworu zastrzykiwać należy 2 — 3 przedziałek strzykawki PRAVAZ'a dwa razy tygodniowo: każde zatem wstrzyknięcie wynosi 0.030—0.045 grm. tiozynaminy. Są to bardzo małe dawki, tak, że przy wilku zaledwie ślad reakcyi niemi wywołać można; wszelakę

przy zapalnych stanach oka już i takie dawki wystarczają do znacznego zwiększenia sprawy zapalnej. Wogóle zaznaczyć tu trzeba, że natężenie reakcyi stoi w odwrotnym stosunku do obszaru sprawy chorobowej: im obszerniejszą jest okolica zajęta sprawą chorobową, tem mniejszą reakcyję wywołuje pewna dana ilość wzmiarkowanego środka; im zaś mniejszy obszar zajmuje sprawa chorobowa, tem dana ilość środka większe wywołuje zapalenie. Dla tego też gdy mamy do czynienia ze sprawą chorobową, zajmującą mały obszar, stosować ciągle trzeba przez cały czas leczenia małe dawki; gdy zaś choroba zajmuje większą okolicę ciała, to dawkę tę stopniowo należy coraz zwiększać.

U chorych na wilka już w trzecim tygodniu zastrzykiwał HEBRA pół szpryki PRAYAZ'a, a w czwartym i piątym tygodniu całą strzykawkę i tę ostatnią dawkę stosował dopóty, dopóki występowała jeszcze typowa reakcyja, co zwykle wynosiło 2 — 3 miesiące. Jeżeli reakcyja przestaje występować, to trzeba przerwać wstrzykiwania na 2 — 3 tygodni, poczem wstrzykiwania znów wywołują charakterystyczne odczyn. W kilku przypadkach dawkę zwiększano do 1½ a nawet do 2 strzykawek, bez wywołania szkodliwych następstw.

Do zastrzykiwań podskórnych służyć może okolica grzbietowa: między łopatkami, lub pod łopatkami. Bardzo cienką igłę strzykawki trzeba wsunąć aż w samą warstwę mięśniową, a zastrzykiwać należy wolnolutko. Zastrzyknięcie roztworu alkoholowego, rozumie się, sprawia nieco bólu choremu, ale ból trwa bardzo krótko, nieraz mniej niż minutę. Można zresztą bolesność zmniejszyć, lub jeszcze bardziej skrócić, jeżeli miejsce, w które zastrzyknięto, silnie uciśniemy wielkim palcem. Płyn zastrzyknięty zostaje bardzo szybko wessanym, gdyż po kilku już minutach chorzy w ustach niezuwają smak czosnku. Podczas następnych godzin chorzy nie odczuwają żadnej zmiany, a dopiero później pojawia się reakcyja w okolicy sprawą chorobową zajętej.

Z tego wszystkiego, co powiedziano, wypada, co następuje:

1) Tiozynamina, znany przetwór chemiczny stałego składu, daje przy zastosowaniu podskórnem w odpowiednich przypadkach reakcyję miejscową bez reakcyi ogólnej.

2) Środek ten wpływa pomyślnie na tkankę wilkowatą.

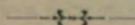
3) Tkanka bliznowa pod wpływem tiozynaminy staje się miękka i podatna.

4) Pod wpływem działania tiozynaminy obrzmiałe gruczoły limfatyczne zmniejszają się.

5) Wskutek wstrzykiwań podskórnych tiozynaminy zmętnienia rogówki wyjaśniają się.

Nie przesadzając weale kwestyi co do specyficznego leczniczego działania tiozynaminy na wilka, przypuszczając nawet z góry, że odnośnie do wilka i ten nowy środek może zawieść nadzieje w nim pokładane, niepodobna wszelako nie przyznać, że gdyby tylko dalsze doświadczenia istotnie stwierdziły skuteczne działanie jego na tkankę bliznową i na zmętnienia rogówki, to już zyskali-
byśmy w nim niezmiernie cenny nabytek terapeutyczny. Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.



— W Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem na posiedzeniu wybornem odbytem dnia 3 Stycznia r. b. wybrani zostali: na prezesa PRZEWOSKI EDWARD, na wice-prezesa MARKIEWICZ STANISŁAW, na sekretarza dorocznego SZUMLAŃSKI WITOLD, na podskarbiego KONDRATOWICZ STANISŁAW, na członków zarządu: GEPNER BOLESŁAW (ojciec), KRAMSZTYK ZYGMUNT i JAWDYŃSKI FRANCISZEK.

— W Petersburgu między 15 Maja a 1 Czerwca r. b. otwartą zostanie Pierwsza Ruska Wy-
stawa Higieniczna.

— W dniu 2 Stycznia r. b. zmarł w Warszawie Dr. JÓZEF KONSTANTY ROŚÉ, b. profesor patologii i terapii szeregowej, a później profesor historii medycyny w b. Szkole Głównej War-
szawskiej.

— Ze sprawozdania inspektora lekarskiego kol. B. SKABICZEWSKIEGO, ogłoszonego w gr-
dniowym numerze „Zdrowia”, dowiadujemy się, że w gubernii Lubelskiej ludności, liczącej 1102675
osób; chorowało na cholęre od 19 Sierpnia do 22 Października 6241 osób, a zmarło 2646, czyli 42.3%.
Miejscowości, w których grasowała cholera, wliczono 42; z miast powiatowych panowała ona w silnym
stopniu w Lubartowie, Nowo-Aleksandryi, Hrubieszowie, Janowie; bardzo słabo w Chełmie i Zamo-
ściu; w obu ostatnich miejscowościach spostrzeżono ledwie po kilkanaście przypadków. W Lubarto-

wie na 5648 ludności zachorowało 113, zmarło 50; w znauej ze swych Jarmarków Łęcznie na 4470 zachorowało 221, zmarło 86; równie silną była epidemja w osadzie Michów, gdzie, na 2997 ludności zachorowało 179, zmarło 102. W pow. Nowo-aleksandryjskim silna epidemja panowała w Opolu [na 5501 ludności zachorowań 311, śmierci 113], Kurowie na 4423, przypadków 169, śmierci 90; Kazimierzu na 3838, zachorowań 122, śmierci 66; Markuszewie na 1681, zachorowań 58, śmierci 49. W pow. Janowskim silnie ucierpiał Kraśnik: na 5540 ludności zachorowań 225, śmierci 105. W Hrubieszowie, liczącym 10601 ludności zachorowało 199, zmarło 84. Z Chełmskiego powiatu wyróżniają się wybitnie Siedliszcze: z 141 zachorowań i 48 zgonów na 1449 ludności. W Lublinie epidemja wygasła w końcu Października, zaczawszy się 19 Sierpnia. Na 54072 ludności zachorowało 2284 osób, zmarło 833, czyli 36.4%. Szczyt epidemii przypadł na dzień 19 Września, czyli 30-go epidemii, 146 zachorowań. Zachorowania według ulic wskazuje tabelka graficzna, której na ulicy Jatecznej oznaczono 290, a na ulicy Podzamcze 315 przypadków cholery. Ciekawych danych dostarczyło badanie wody studzien miasta Lublina, rozpoczęte dnia 5 Października przez kol. Z. MIERZYŃSKIEGO. W ośmiu studniach prywatnych i miejskich, należących do dzielnic najwięcej nawiedzonych orzez cholere, uznano wodę za niezdatną do użytku wewnętrznego; ilość bowiem części organicznych, chloru, wapnia, drobnoustrojów znacznie przewyższała normy, podane przez REINHARDT'a. Dla przykładu przytoczymy protokół rozbioru wody ze studni prywatnej, drewnianej, otwartej przy ulicy Jatecznej nr. 511. Wody bardzo mało, ciepł. 9° C. „Woda mętna, posiada brunatny osad, złożony z gliny, piasku i ciał organicznych. Zawieszane są w wodzie wodorosty, włosy, tkanki organiczne zmacerowane. W 1 cm. sz. 209992 bakteryj [zamiast normy 100 — 500], z tych 1300 rozrzedzających żelatynę, 20 pleśniowych. Przecinkowców nie znaleziono. Ciał organicznych 1.58 [zam. 1], chloru 13.7 [t. j. więcej cztery razy niż pozwala norma 4], amonijaku 0.25, kwasu azotowego i azotawego 1.64, tlenku wapnia 46.8 [norma 20]. Przecinkowców nie znaleziono“. Przecinkowate laseczniki znaleziono w jednej tylko studni z ul. Grodzkiej: „na płytkach dały obraz właściwy dla laseczników Koch'a“, ale „hodowli klutych (Stichkulturen) nie robiono. 3 rodziny, które zapadły na cholere, piły wodę z tej studni“. Amonijak i kwas azotowy znajdowały się w każdej wodzie. W liczbie bakteryj, rozrzedzających żelatynę, w wodzie studni znaleziono następujące gatunki: *bac. liquefaciens aquae*, *b. flavescens liquefaciens*, *microc. flavus desider.*, *candidans*, *versicolor*, *concentricus*, *microc. mucedo*. Warunki zdrowotne Lublina ze strony zopatrzenia w wodę są więc niezmiernie niepomyślne. Prawdopodobnie ta okoliczność wpłynęła niemało na silny rozwój epidemii; samo miasto bowiem pod względem czystości do najgorszych w porównaniu z innymi miastami Królestwa bynajmniej nie należy.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 6 Listopada b. r. zmarł w m. Kragujewcu, w Serbii, s. p. D-r med. Leonard ŁĄTKIEWICZ, królewsko-serbski podpułkownik sanitetu. Nieboszczyk urodził się d. 6 Października 1836 roku w Białymstoku około 10-go roku życia wraz z ojcem swoim, także lekarzem, przeniósł się do gubernii Kijowskiej, gdzie rozpoczął wykształcenie szkolne. Wyższe klasy gimnazjum przechodził w Żytomierzu, zkąd, po otrzymaniu świadectwa dojrzałości, udał się do Kijowa, w celu słuchania medycyny na uniwersytecie św. Włodzimierza. Ukończywszy studia lekarskie w 1859 r., zrazu przez lat parę pracował tam właśnie, gdzie spędził był część swego dzieciństwa, następnie zaś zamieszkał w Kamieńcu Podolskim i tu został wkrótce mianowany lekarzem powiatu Kamienieckiego. Lecz niezadługo potem wyjechał do Gracu i wkrótce potem do Paryża. Tu, pod kierownictwem najpierwszych ówczesnych znakomości lekarskich, zabrał się z zapalem do pracy nad udoskonaleniem się w medycynie i miał już zamiar pozostać stale we Francji; ulegając jednak namowom przyjaciół, w końcu 1864 r. przybył do Serbii. Tu przyjęto go odrazu do służby państwowej, i jako wojskowy lekarz II klasy (co się równa randze kapitana II kl.) wysłany został do Kragujewca. W mieście tem pracował nieboszczyk przez całe prawie 28 lat swego pobytu w tym kraju — po przyjęciu poddaństwa miejscowego, tu się niebawem ożenił, tu zostawił obecnie liczną rodzinę. W czasie przybycia nieboszczyka do Serbii, pod rządami dzielnego ks. Michała Obrepczicza III, przyszłość tego kraju zapowiadała się świetnie — stosunki wewnętrzne odznaczały się

wzorowym porządkiem sprawiedliwością, każda praca kulturalna była mile widziana przez rząd i często znajdowała u niego poparcie. Z zapalem więc, z sercem pełnem najwyższej przyjaźni dla pobratymczego plemienia, stanął nieboszczyk do ciężkiej pracy w zakresie swego zawodu. Sami Serbowie, przesadnie wprost wrażliwi na cudzoziemskie, choćby i najbardziej pokrewne pochodzenie i wogóle bardzo niechętni dla cudzoziemców, jednogłośnie jednak przyznają nieboszczykowi, że położył on dla nich olbrzymie zasługi. Przyszły historyk kultury tego kraju, pisząc o warunkach sanitarnych, będzie musiał chociaż wzmianką uczcić działalność zmarłego na tem polu. Wśród ludu na owe czasy na wpół jeszcze dzikiego, który znał i wierzył wyłącznie tylko w medycynę swych bab i „wraczarów“, będąc przez czas długi jedynym lekarzem na cały, ogromny okrąg, musiał nieboszczyk zwalczać tysiące nieubłaganych przesądów, nieprzejeđnanych niechęci. Z tem wszystkiem jednak jego gruntowna wiedza, a więcej jeszcze jego zacny, prawy charakter, ciągła, niezmordowana gotowość niesienia pomocy cierpiącym bezinteresownie, w imię miłości bliźniego — nietylko że dla osoby jego zjednały powszechną cześć, zaufanie i sympatję, lecz, co jest nadzwyczaj ważnem, przetrwały pojęcie ogółu: niepodzielna to niemal zasługa nieboszczyka, że w opinii ludności danego kąta Serbii współczesna medycyna naukowa wzniosła się po raz pierwszy i stopniowo dosięgać prawie zaczęła należnej sobie wysokości. On pierwszy w dzielnicy tej nauczył Serbów walczyć skutecznie z malaryją, jedną z najgorszych plag tego kraju, która w pierw zabierała stale dziesiątki tysięcy dzieci, a olbrzymi procent dorosłych doprowadzała do ostatecznych stopni charłactwa. Łatwo ocenić, jakiej energii żelaznej i nadludzkiej niemal pracy wymagać to musiało ze strony nieboszczyka. By dać o tem pojęcie, przytoczę tu własne jego słowa: mianowicie, że następować po sobie kolejno nieraz po kilka miesięcy takich, w ciągu których ani razu nie mógł zjeść spokojnie w kółku domowem, gdyż stale w tym czasie odwoływano go do chorego. Najtęższa organizacja ślęczna nie byłaby w stanie znośić długo bezkarnie tak szalonych wysiłków: to też nasz niestrudzony pracownik zbyt wczesnie zaczął tracić zdrowie i siły; wyglądał na starszego o jakie lat 20, wskutek nadmiernej pracy i złych warunków higienicznych, w czasie wojny serbsko-bułgarskiej, zaczęła się u niego rozwijać organiczna wada serca, a w następstwie chroniczna choroba BRIGHT'a. Ostatnio od najmłodszego swego dziecka zaraził się dyzenteriją, a związana z nią utrata ogromnej ilości krwi stała się przyczyną śmierci. Pomimo tak olbrzymiej i tak płodnej pracy nieboszczyk nie zostawił żadnego majątku i liczna jego rodzina, mając szczupłą tylko emeryturę, walczyć musi z niedostatkiem.

D-r Wasilkowski (Kragujewiec).

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1893 według tego samego programu, w zwiększonej objętości, a cena ulega podwyższeniu, mianowicie wynosić będzie w Warszawie: rocznie 7 rubli, półrocznie 3 rs. 50 kop.; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą: rocznie 8 rubli, półrocznie 4 ruble.

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

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

W r. 1893 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zesłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz**.

Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wł. Gajkiewicz**.

Доволено Цензурою, Варшава 26 Декабря 1892 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska. Nr. 29