

GAZETA LEKARSKA.

I. XERODERMA PIGMENTOSUM.

Podał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

Nazwę tę nadał KAPOSI w r. 1870 rzadkiej postaci zaniku skóry, charakteryzującej się bardzo niezwyklemi objawami ¹⁾.

Na skórze twarzy, uszu, szyi, barków, ramion, grzbietu rąk i piersi aż do III-go żebra występują plamki barwnikowe żółto-brunatne, wielkości główki od szpilki do soczewicy, pomiędzy którymi skóra na takichże samych niewielkich przestrzeniach bywa biała, zupełnie bez barwnika; prócz tego rozsiane są tu i owdzie drobne naczyniaki wielkości ziarnka prosa, konopnego, lub niewiele większe. Skóra w tych okolicach jest napięta, jakby skurczona, lub ściśle obciągnięta na pokrywanych przez się częściach, trudno daje się ująć w fałdę i jest znacznie zcieńszalą. Powierzchnia jej bywa już to gładką, już zlekka się łuszczy i nieraz robi wrażenie wyschłej, jak pergamin; tkanka zaś podskórna tłuszczowa nie jest zmienioną. Na twarzy lekki meszek. Czucie i dotyk prawidłowe; pocenie się zmniejszone.

Stan ogólny z początku jest zadawalający, a chorzy uskarżają się tylko na uczucie napięcia skóry.

Gdy w dalszym przebiegu zanik skóry przybiera trochę większe rozmiary, a jednocześnie retrakcyja jej jest większa, wtedy powieki dolne, jedna lub obydwie, bywają ściągnięte ku dołowi, muszle ustne skrócone, a ruchy warg utrudnione. I plamki barwnikowe nie pozostają bez zmiany: niektóre z nich [jak na nosie, wargach i t. p.] wyrastają w guziczki i guzy, mające budowę nowotworów złośliwych.

Cierpienie to, wrodzone, zaczyna się rozwijać najczęściej u dzieci przed upływem drugiego roku życia, rzadko później, do 18 roku.

W r. 1882 ²⁾ KAPOSI jeszcze raz przedstawił ten sam obraz kliniczny kserodermatu na podstawie już ośmiu spostrzeżeń, do których zaliczył i dwa, opisane przez swego asystenta, GEBER'a ³⁾. Za najwybitniejszy objaw uważa tu

¹⁾ HEBRA i KAPOSI — Lehrbuch der Hautkrankheiten. II wyd., r. 1876. T. II. Str. 182 i nast.

²⁾ Wiener Medizinische Jahrbücher, Octob. 1882 r.. Toż samo w dosłownym tłumaczeniu w „Annales de dermatologie et syphil.“ 1883, T. IV.

³⁾ Ueber eine seltene Form von Naevus der Autoren. Vierteljahresschrift f. Dermatol. und Syph. 1874 r..

KAPOSI występowanie i zmiany barwnika, który jest bodźcem do ciężkiego powikłania — karcinozy, z zejściem naturalnie śmiertelnem, wskutek charakteractwa rakowego. Ale już w kilka lat później [1885], przedstawiając w wiedeńskim towarzystwie lekarskiem dwa podobne przypadki, skłania się ku temu pogładowi na opisywaną sprawę chorobową, że zanik skóry należy uważać za zmianę podstawową, wszystkie zaś inne zmiany za następce.

Spostrzeżenia innych lekarzy niewiele dodały do obrazu klinicznego, podanego przez KAPOSI'ego; każde jednak dorzuciło jakiś drobny fakt lub objaw, co nadało możliwą pełność całemu obrazowi cierpienia; a nadto każdy prawie kusił się o nadanie sprawie tej innej nazwy, nie zadawalając się nazwą KAPOSI'ego, która nie obejmuje w sobie wszystkich przejawów, wskazuje bowiem tylko na bliznowaty zanik skóry i jej plamy barwnikowe, a nic nie mówi o zmianach naczyniowych i nowotworowych. I tak, TAYLOR w 1877 r. w swoich siedmiu przypadkach widział liczne rozszerzenia naczyń i guziczki naczyniowe i dla tego proponował nazwę: *angioma pigmentosum et atrophicum*, NEISSER — *lidoderma essentialis cum melanosi et telangiectasia*, PICK — *melanosis lenticularis progressiva*, CROCKER — *atrophoderma pigmentosum*, a VIDAL, nie uważając żadnej z tych nazw za obejmującą właściwie tej postaci chorobowej zmiany, nazwał ją: „*dermatose de KAPOSI*“.

Już sama różnorodność nazw wskazuje na niejednakowe nasilenie wszystkich opisywanych zmian. To jedne, to inne przeważają.

Zamiast przytaczania znanych dotychczas spostrzeżeń kserodermatu, podaję tu tylko ogólnie to, co się daje wyciągnąć z 52 przypadków, po dziś dzień ogłoszonych.

Jest to cierpienie wrodzone, ale rozwija się dopiero u dzieci w pierwszych dwu latach, chociaż w przypadkach NEISSER'a, TAYLOR'a już w trzecim miesiącu życia zaczęły zmiany występować; rzadko później, po 20 roku życia, bywa początek choroby. Dziedziczność, o ile sądzić można, nie gra tu żadnej roli. W kilku zaledwie przypadkach w anamnezie znajdujemy złośliwe nowotwory w rodzinie. I tak, w przypadku DUHRING'a, matka chorej zmarła z raka; w przypadku NEISSER'a ojciec dwu chorych prawdopodobnie zmarł z raka przełyku, a wuj ze strony ojcowskiej trzech braci, opisanych przez VIDAL'a, zmarł z raka żołądka. Pouczający przypadek DUBOIS-HAVENITH'a ¹⁾ wszakże przemawia przeciw dziedziczności kserodermatu.¹ Chory jego zapadł na to cierpienie, mając lat dwa, a w 42 roku życia był ojcem trojga zdrowych dzieci, nie zdradzających żadnych objawów cierpienia ojcowskiego, jedno tylko dziecko zmarło z choroby przypadkowej.

Co do płci, to żadna nie ma stanowczej przewagi; z 52 bowiem przypadków, które mi się zebrać udało, włącznie z memi dwoma, 25 przypada na mężczyzn, a 27 na kobiety ²⁾. Co jest jednak godnem uwagi, że chorobie tej naj-

¹⁾ Annales de dermat. et syphil., Tom VII, p. 456.

	kobiet: mężczyzn:			kobiet: mężczyzn:	
KAPOSI	7	3	HEITZMANN	—	1
RUEDER	—	7	TAYLOR	6	1
DUHRING	1	—	NEISSER	—	2

częściej podlega kilkoro dzieci jednych rodziców, i to, albo same dziewczęta, albo sami chłopcy, jak tego jaskrawym dowodem jest opis RÜEDER'a ¹⁾. Z 13-ga dzieci, 5 siostr zdrowych, i 8 braci, z których 7 miało kserodermat, a nie miał go tylko jeden, zmarły z krupu. Chociaż znów z drugiej strony nie brak faktów, dowodzących, że brat i siostra mogą podlegać tej chorobie, jak tego przykładem jest przypadek KAPOSÍ'ego V i VI, PICKA i CROCKER'a u dwu siostr i brata, TAYLOR'a V i VI przypadek.

Jakiej narodowości lub plemienia ludzie bardziej są skłonni do tej choroby, nie da się jeszcze powiedzieć, bo nie każdy autor zwraca na to uwagę. Zdaje się jednak, że żydzi znaczny procent takich chorych dostarczają. Z danych, jakie w tym względzie zebrałem, wraz z memi dwoma przypadkami, na 52 opisanych chorych, 12 było żydów [3 mężczyzn i 9 kobiet] i to przeważnie z Królestwa lub Litwy pochodzących. Stanowi to około 24%. Może do tej liczby dołączyć by należało niejedyn przypadek KAPOSÍ'ego, mianowicie chorych, pochodzących z Galicyi lub Królestwa.

Wreszcie nadmienić należy, że klimat, warunki higieniczne zdają się nie wywierać żadnego wpływu, tak samo jak przymiot i inne choroby ustrojowe.

Jako moment, wywołujący to cierpienie, podaje VIDAL, NEISSER, PICK, TAYLOR i inni działanie promieni słonecznych, a VIDAL nawet wspomina, że plamki barwnikowe na wiosnę i lato są ciemniejsze, a zimą jaśniejsze, albo i zupełnie znikają [MC. CALL ANDERS]. Zwykle plamki powstają nagle po wyjściu na słońce, jako ciemno-czerwone, które po kilku dniach znikają, znów występują [NEISSER], póki wreszcie nie zostaną stale na odkrytych częściach skóry; ale na stan ogólny chorych bynajmniej to nie wpływa. Plamki te podobne są z początku do wykwitów rumienia, później zmniejszają się, pozostawiając ograniczone, niewielkie plamki barwnikowe i telangiektazyje; niekiedy bywają one rozsypane po całej skórze, a nawet opisywano je na łącznicy powiek i na białkówce [spostrz. V VIDAL'a], na żołądki i skórze prącia [I spostrz. WHITE'go]. Gdzie zaś barwnika nagromadza się większa ilość, zaczynają się tworzyć wzniesienia plamek i drobne guziczki.

VIDAL odróżnia w przebiegu kserodermatu 3 okresy ²⁾:

I. Okres początkowy: występowanie plamek czerwonych lub żółtawych, ciemniejących stopniowo.

II. Okres zaniku skóry i wytwarzania naczynek.

	kobiet:	mężczyzn:		kobiet:	mężczyzn:
VIDAL	2	3	THIBIERGE	—	1
PICK	2	1	MC. CALL ANDERS	—	1
WITHE	—	2	PRINGLE	1	—
DUBOIS-HAVENITH	—	1	BRIGIDI i MARCACCI	1	—
CROCKER	2	1	QUINQUAUD	2	—
ARNOZAN	—	1	ELSENBERG	2	—
FUNK	1	—		<hr/>	<hr/>
				27	25

¹⁾ Ueber Epithelialcarcinom der Haut bei mehreren Kindern einer Familie. Dissert. Berlin. 1880. Cytowany u NEISSER'a, Vierteljahresschrift f. Dermat. und Syphil. 1883. pag. 51.

²⁾ Annales de dermatol. et syphiligr. T. IV. r. 1883.

III. Okres nowotworów złośliwych.

Co do długości każdego z tych okresów, to pierwszy zwykle trwa najkrócej, chociaż czasem i rok i dwa lata. Drugi okres, zaniku skóry i t. d., może być nieraz bardzo długi; nowotwory bowiem złośliwe, nie wytwarzają się wczesnie, jak w przypadku HERTZMANN'a, gdzie po 30 roku dopiero rozwijać się zaczęły, i co najwyżej wyrastają drobne guziczki brodawkowe lub ziarniniaki (*granuloma*), jak w spostrzeżeniach WHITE'go, BRIGIDI i MARCACCI, PRINGLE, TAYLOR'a i innych. Z podanych badań drobnowidzowych guzów, w 26 przypadkach znaleziono *epithelioma (carcinoma kerat.?)*; mięsak, mięsak dołączkowy, czarny — tylko u 4 chorych, a naczyniak śluzakowy u jednego. Jeżeli zaś przypuścimy, że w połowie z pozostałych przypadków albo brak danych, albo też były łagodne guziki brodawkowe i t. p., to w każdym razie pozostaje jeszcze pewna część przypadków kserodermatu z bardzo łagodnym przebiegiem i w których albo nowotwory złośliwe wcale się nie wytwarzają i cała sprawa kończy się na II okresie, albo też trwanie tego okresu jest bardzo długie. Rokowanie więc nie jest bezwzględnie złem.

Ze względu na tak rzadko spotykaną tę zagadkową postać chorobową, a tak mało jeszcze zbadaną, każde nowe spostrzeżenie jest wielkiej wagi, choćby do znanego już obrazu nie nowego nie dorzuciło, ale tylko spostrzegane przez innych fakta stwierdzało. To mię ośmiela do ogłoszenia niniejszego spostrzeżenia, tembardziej, że mogę podać i wyniki rozbioru zwłok, a badanie drobnowidzowe guzów i zmienionej skóry dostarczyło mi kilka drobnych faktów, mogących mieć znaczenie dla patologii tej sprawy.

Szajna Dwojra Li.....ska, urodzona w Kobryniu, gubernii grodzieńskiej, od lat kilku przemieszkująca w Chomsku, gubernii Mińskiej, jest dzieckiem zamężnych rodziców. Ojciec jej ma obecnie lat przeszło 60, jest zdrowy, tylko od lat kilku ma owrzodzenie nieprzymiotowe i nienowotworowe na lewej nodze. Również i matka jest zdrową. Przymiotu i gruźlicy w rodzinie nie było. Z pięciorga dzieci, chora, o której mowa, jest najmłodszą; dwaj bracia i dwie siostry cieszą się zupełnem zdrowiem — żadnych wysypek ani też zmian na skórze nie mieli. Starsza z sióstr, zamężna — ma kilkoro zdrowych dzieci.

Choroba powstała nagle, w 6-ym miesiącu życia Li.....skiej: gdy mamka wyszła z nią na słońce w gorący dzień letni, wystąpiły drobne plamki czerwone na twarzy dziecka, na szyi i rękach, a po dniach kilku zmniejszyły się i nabrały wielkości i barwy piegów. Przez trzy następne lata ilość tych plamek barwnikowych stale i stopniowo się zwiększała, a wiele z nich nabierało coraz to ciemniejszej barwy. Ogólny stan zdrowia dziecka był w tym czasie zadawalający.

Dopiero w 4 roku życia u prawego kąta ust jedna z ciemnych plamek zaczęła się wznosić w kształcie drobnej guziczka, który, stopniowo się powiększając, dosięgnął wielkości ziarnka grochu polnego; barwy był ciemnoczerwonej. Po upływie roku doszedł do wielkości orzecha tureckiego; podstawę jego stanowiła cienka szypuła, a powierzchnia już wrzodziła. Guzik ten usunięto przez podwiązanie jedwabną nitką.

Oprócz tego guza, z innych plamek poczęły powstawać guziczki, wzrastające powoli, a liczba ich z każdym rokiem się zwiększała. Pobyt w Ciecho-cinku, Iwoniczu, leczenie wzmacniające żadnego polepszenia tej sprawy nie przyniosło. Usuwano więc tylko guziczki przez wypalanie, lub podwiązanie. W końcu Lutego 1887 r., chcąc się pozbyć guzów, twarz jej pokrywających, przybyła do Warszawy do kliniki chirurgicznej profesora Kosińskiego.

Z czasów pobytu jej w klinice dokładniejsze już dane przytoczyć mogę, dzięki uprzejmości Szan. prof. Kosińskiego, który mi ze swych notat klinicznych [spisanych przez kol. GERNERA [syna] podówczas jeszcze studenta] i ze zdjętej wtedy fotografii chorej korzystać pozwolił.

Dziewczyna lat 12, średniego wzrostu, wątłej budowy, dobrze odżywiona. Na twarzy jej znajdują się guzy i plamki różnej wielkości, kształtu i barwy. Guzy większe w liczbie 7 znajdują się: na czole [na gładyszce, a po obu stronach zachodzą i na brwi], guz półkulisty, owrzodzony i pokryty po części strupem, barwy brunatnawej, miejscami nawet czarny. Bezpośrednio poniżej tego guza, a więc już na miejscu, odpowiadającym wyrostkowi nosowemu kości czołowej, znajduje się drugi guz wielkości orzecha tureckiego, owrzodzony, barwy żółto-czerwonej. O jeden centymetr niżej zaczyna się guz największy, pokrywający cały nos, powiększając go we wszystkich rozmiarach, z zachowaniem wszakże jego kształtu; część górną guza, węższą, pokrywa brudno-żółty strup, dolną, szerszą, czerwoną, suchą na powierzchni — delikatny naskórek. Dalej, na lewym policzku widać grupę drobnych, zlewających się z sobą, owrzodzonych guziczków, ciemno-zabarwionych, które dochodzą do dolnej powieki, zajmując i ją również. Piąty guz — na brodzie, wielkości wiśni, szósty zajmuje łącznicę wywróconej prawej powieki dolnej, ostatni nareszcie znajduje się na prawej skroni, owrzodzony, jak i dwa poprzednie. Nadto pewna ilość drobnych guziczków, wielkości ziarnka grochu polnego, jest rozsiana tu i ówdzie, jak u prawego kąta ust, na karku i t. p.; są one ciemno-czerwonego koloru, niektóre na cienkiej i krótkiej szypule.

Skóra twarzy, niezajętej przez guzy, równie jak i skóra karku i grzbietu ręki jest upstrzona ciemno-czekoladowymi, lub czarnawymi nawet plamkami, niekiedy zlekka wzniesionymi, wielkości główki od szpilki do ziarnka konopnego, pomiędzy którymi widać drobne punkciki czerwone i białe błyszczące, jakby trochę zapadłe cząsteczki skóry. Na grzbiecie i kończynach skóra jest pokryta niewielką ilością rozrzuconych plamek barwnikowych. Po za temi plamkami skóra jest blado-różowa, gładka i dosyć wilgotna.

Gruczoły chłonne nigdzie nie są powiększone. Błona śluzowa jamy ustnej i nosa żadnych zmian nie przedstawia.

Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych zmian chorobowych. Chora nie zdradza zбочeń w sferze intelektualnej.

W pierwszych dniach po przybyciu Li.....skiej na klinikę, prof. Kosiński przypuszczał, że jest to jeden z rzadkich przypadków trądu barwnikowego (*morphaea nigra*)¹⁾. Rzeczywiście, jest to jedyne cierpienie, mające

¹⁾ Zob. HEBRA i KAPOSI. Lehrbuch der Hautkrankheiten r. 1887, Tom II, str. 416.

dosyć wiele podobieństwa do kserodermatu, jak to już sam KAPOSZ wspomina, utrzymując, że tylko taka pomyłka jest możliwą¹⁾. Gdy jednak laseczników trądu nie znaleziono, a nadto badanie drobnowidzowe wykazało, że guziki mają budowę mięsaka rakowatego, prof. Kosiński nie miał już wątpliwości co do natury choroby. W tym czasie i ja chorą na klinice po raz pierwszy widziałem.

Ze względu na złośliwą naturę guzów, prof. Kosiński wyłuszczył wszystkie i żegadłem PACQUELIN'a wypalił. Rany szybko się zablizniały, tylko pod lewem okiem, na lewym skrzydle nosa i u prawego kąta ust. ziarnina była mocno wybujała; po powtórnem przyżeganiu i te rany pooperacyjne się zablizniły, a chora w stanie względnie znośnym wyjechała do domu.

Ale już po upływie kilku miesięcy zaczęła się regeneracja nowotworów, a w maju r. 1889, t. j. przeszło dwa lata po wyjściu Li.....skiej z kliniki chirurgicznej, stan jej był tak rozpaczliwym, upadek odżywiania tak znaczny, a wygląd zewnętrzny i woń z wrzodziejących guzów tak wstrętne, że pobyt z nią pod jednym dachem stał się niemożliwym dla otaczających.

W chwili zapisania się do mego oddziału stan chorej był następujący:

Dziewczyna, licząca niespełna lat 15, drobna, wątła, lecz budowy prawidłowej; sutki i narządy płciowe bardzo słabo rozwinięte, miesiączkowania jeszcze nie miała. Skóra wogóle jest cienka, blada, z lekkim żółtawym odcieniem, sucha, niewiele się fałduje na udach i ramionach, z powodu zmniejszenia ilości tkanki podskórnej tłuszczowej. Mięśnie bardzo słabo rozwinięte, wiotkie.

Największe zmiany przedstawia skóra twarzy, czoła i uszu. Na tych miejscach przedewszystkiem jest ona zcieńczała, zanikła, jakby mocno na nich obciągnięta, z trudnością w fałdę ująć się daje. Nadto, w miejscach swobodnych od poniżej opisanych guzów, skóra jest gęsto usiana plamkami barwnikowymi, żółto-brunatnawymi, brunatnymi, a często prawie czarnymi, wielkości główki od szpilki do ziarnka konopnego, lub soczewicy; kształt ich okrągławy, lub owalny, o nieregularnych i nieostro ograniczonych zarysach. Łuszczą się dosyć znacznie. Wiele z nich przedstawia lekkie wzniesienie nad poziom otaczającej skóry, niekiedy w formie płaskiej grudki. Pomiedzy temi plamkami, na policzku zwłaszcza, znajdują się, wprost przeciwnie, zupełnie odbarwione, białe, zapadłe nieco miejsca skóry i niewiele bardzo czerwonych ognisk naczynek, zlekka wystających, wielkości ziarnka prosa, lub jeszcze mniejszych.

Skóra szyi i karku do grzebieni łopatki wogóle jest żółto-brunatnawego koloru, ścieńczała widocznie, a na tem tle dopiero widać ciemno-brunatne, czarne nawet i bezbarwne plamki, mniej wszakże, aniżeli na twarzy.

Trzecie miejsce co do zmian skóry zajmują grzbieć rąk i wyprostne powierzchnie przedramion, gdzie zmiany analogiczne, jak i na szyi. Miejscami jednak, na grzbiecie rąk, plamki barwnikowe są tak gęsto ułożone, tak blisko siebie leżą, że nieledwie zlewają się z sobą. Gdzieniedzie jednak rozsiane są plamki barwnikowe i na tułowiu, na ramionach, na kończynach dolnych i grzbiecie stóp.

¹⁾ KAPOSZ. Xeroderma pigmentosum. Annales de dermatologie et de syphillographie r. 1883, Tom IV, pag. 36.

Prócz powyższych zmian skóry, znajduje się bardzo znaczna ilość guziczków i guzów. Na czole, nad brzością, są trzy guziki wielkości orzecha laskowego, miejscami z przebijającym czarnym barwnikiem; niektóre ich części ulegają rozpadowi, wrzodzieją. Nos jest bardzo zniekształtny, przedstawia jeden guz wielki, nieprawidłowej formy, wielkości średniego jabłka, z szeroką podstawą na całej powierzchni nosa, a na prawo przechodzi na powiekę dolną. Guz ten jest zrazikowaty, w niektórych częściach zabarwiony ciemno-brunatnym barwnikiem; miejscami owrzodzony, mocno krwawi. Lewe skrzydło nosa w zupełności zniszczone, tak, że jama nosowa w tem miejscu jest otwartą.

Brzoźki i guziki na dolnych powiekach wywracają je, a rogówki w dolnych częściach wskutek tego są lekko zmętniałe. Na górnych powiekach znajdują się guzy wielkości orzecha laskowego, ograniczające ruchy powiek i utrudniające swobodne ich rozwarcie. Na skroni niewielki guziczek.

Na policzkach widać bardzo wiele to wzniesionych plamek brunatnych, to guziczków wielkości ziarnka konopnego i większych; zwykle jedna część guziczka w środku i pod powierzchnią bywa ciemno-brunatna. Na podbródki i dolnej wardze, przeważnie po stronie prawej, znajduje się duży guz, wielkości prawie gęśiego jaja, wrzodziejący, a rozpad jego z powierzchni dosyć szybko wglęb postępuje.

W końcu widać kilka drobnych guziczków wielkości ziarnka grochu polnego na wyprostnych powierzchniach przedramion i na skórze w okolicy krętarzy wielkich.

Pocenie się bardzo nieznaczne. Czucie niezmiennione.

Badanie narządów wewnętrznych dało ujemne wyniki.

W moczu nie ma żadnych nieprawidłowych składników, jak białka, cukru i t. d..

Przez czas pobytu chorej w szpitalu sprawa się szybko szerzyła: guzy rosły, rozpadały się i wrzodziały, a często przyjmowały wygląd zrazikowatych, czerwonych i łatwo krwawiących nowotworów. W końcu Czerwca rozpad guza na brodzie i wardze szybko postępował, a jednocześnie obwodowe i głębsze jego części rozrastały się, zajmując coraz większą przestrzeń. Cała warga dolna już była przez nowotwór zajęta i przedstawiała rozlane nacieczenie, tylko brzeg jej pokryty był drobnymi guziczkami, zlewającymi się miejscami w większe guzy, wielkości orzecha laskowego. Jednocześnie guz rośnie wglęb, dochodzi prawie do żuchwy i zjawia się pod błoną śluzową na dnie jamy ustnej, wypełniając ją pod i z boków języka do wyrostków zębodołowych żuchwy, wskutek czego ruchy języka, przyjmowanie pokarmów i mowa, są wielce utrudnione.

W połowie Lipca stan chorej coraz to bardziej się pogarsza. Guz na nosie, wskutek zlania się z rozrastającymi się guziczkami policzka, przechodzi na prawy policzek, a na lewo na wargę górną, którą zwyrodnia. Dolny przewód nosowy lewy, z powodu szerzącego się rozpadu, jest zupełnie widoczny, kość nosowa lewa obnażona, a nowotwór zaczyna przechodzić i na błonę śluzową lewej jamy nosowej. Jednocześnie i rozpad guza na brodzie postępuje coraz głębiej, obnażenie żuchwy daje się zgłębnikiem rozpoznać na niewielkiej prze-

strzeni po stronie prawej; w jamie ustnej, pod językiem, naciek nowotworowy powiększa się, przez to coraz bardziej są utrudnione i bolesne ruchy języka. Chora przyjmuje tylko płynne pokarmy.

W tymże czasie [16. VII.] chora miewa dreszczyki; ciepłota rano 38,6° C., wieczorem 39,5° C.; tętno 115, pełne, napięte; śledziona powiększona, dosyć twarda. Trwa to do 21. VII.. Od tego dnia ciepłota ciała trzyma się ciągle na jednej wysokości: 38,0° do 38,6° C.. W początkach Sierpnia Li...ska przyjmuje już tylko trochę wina, a 13 Sierpnia umiera przy powyższej podgorączkowej ciepłocie i objawach charłactwa.

Rozbioru zwłok dokonałem nazajutrz. Nie będę tu opisywał wyglądu skóry i guzów; bo musiałbym powtórzyć to, co powyżej. Z protokołu sekcji przytaczam tylko stan narządów wewnętrznych.

W jamach opłucnej nie ma płynu; opłucna dosyć blada, połyskująca. Oba płuca mocno opadają, na przekroju trzeszczą, blade, tylko w tylnych i dolnych częściach niewiele obrzękle.

W jamie osierdzia znajduje się prawie do 100 gramów mętnego wysięku surowiczowo-włóknikowego. Oba listki osierdzia są pokryte lekkim nalotem włóknikowym, a miejscami w postaci drobnych brodawkowych guziczków, dających się bardzo łatwo nożem zeskrobać; po zdjęciu ich osierdzie jest równe, gładkie, tylko znacznie zmętniałe. Serce względnie duże, mięsień jego blady, wiotki, ale niestłuszczony. Wsierdzie, zastawki i wielkie pnie naczyńiowe niezmienione — (*pericarditis subacuta seroso-fibrinosa*). [C. d. n.]

II. O WYNIKACH CHIRURGICZNEGO LECZENIA SUCHOT KRTANI.

Podał

Teodor Heryng,
ordynator szpitala Ś-go Rocha.

[Dalszy ciąg.—Patrz Nr. 1].

Dział terapeutyczny.

A. Spostrzeżenia dawniejsze.

Z liczby 28 chorych, których obserwacje ogłosiłem w roku 1887 [w wydaniu polskiem podałem tylko spostrzeżeń 27], zmarło osób 11. Losy dalsze 9 chorych są mi nieznane; żyje dotąd osób 8.

Spostrzeżenie 8. Krzeszetowicz. Od D-ra DOBRZYCKIEGO dowiedziałem się, że zmarł wskutek daleko posuniętych suchot płucnych; powrót zaś sprawy w krtani, jak to stwierdziło badanie lusterkiem, nie nastąpił.

Spostrzeżenie 9. Hoppe. Zmarł wskutek wysięku opłucnej, natury gruźliczej, którego nabawił się, pełniąc w dalszym ciągu, pomimo nadwątłego zdrowia, uciążliwe swe obowiązki w cukrowni.

Spostrzeżenie 10. Dąbrowski. Zmarł z suchot płucnych bez powrotu sprawy gruźliczej w krtani; ostatni raz krtanią badaną była w Maju 1888 r.

Spostrzeżenie 12. Rowiński. Po opuszczeniu szpitala, pracował, jak mnie o tem powiadomił D-r FRISCHÉ, w warsztatach kolei żelaznej, pomimo wybitnych objawów zwężenia krtani natury gruźliczej i wbrew przestrogom lekarza.

Spostrzeżenie 18. Kapitan Przewalski. Po zupełnem wyleczeniu krtani, odzyskaniu czystego głosu i znacznej poprawie stanu ogólnego, wyzdrowiał, zaręczył się i w przeddniu ślubu zastrzelił się, pozostawiwszy kartkę za słowami: suchotnikom nie wolno się żenić.

Spostrzeżenie 21. Polski. Zasługuje na szczególną uwagę; wyleczenie bowiem w tym przypadku trwało 48 miesięcy. Powrót choroby rozwinął się w styczniu r. 1889. Na tylnej ścianie krtani pojawił się nasięk, który powoli przeszedł w owrzodzenie niezbyt głębokie i szerzące się na lewy wiąz nagłośnio-nalewkowy. Lewa chrząstka SANTORINI'ego nieznacznie zgrubiała; struny prawdziwe zupełnie prawidłowe, blizny na nich wyraźne. Lewa struna fałszywa nieco zgrubiała. Głos silny, przelknięcie niebolesne. Wieczorne podwyższenia ciepłoty nie przechodziły 38,5° C. Łaknienie względnie dobre. W stanie płuc wyraźne szerzenie się sprawy. Od dalszej obserwacji chory się usunął i zapisał się do szpitala św. Rocha dopiero w Paźdz. 1889 r. Skarżył się wówczas na upadek sił, brak łaknienia, poty nocne, gorączkę, duszność i ból przy polykaniu. Na tylnej ścianie widać było wyrost tkanki granulacyjnej wielkości dużego grochu, która kiuretą została usunięta. Po pewnym czasie wskutek błędów w dykcie pojawiły się uporczywe wymioty po każdym jedzeniu, co łącznie z szerzącą się sprawą gruźliczą obu płuc przyspieszyło śmiertelne zejście.

Badanie pośmiertne.

Trup średniego wzrostu, wyniszczony.

Prawe płuco: górny płąt, silnie z opłucną zrośnięty, z trudnością odziera się od ostatniej. Po przecięciu płuca znajdujemy mnóstwo stwardnionych ognisk, różnej wielkości: od ziarnka grochu do orzecha włoskiego. W górnym płacie mieści się jama, wielkości pięści dorosłego człowieka, wypełniona ropną wydzieliną, po części zzerowaciałą. Ściany jej są nierówne, strzępiaste. Błona śluzowa oskrzeli, pokryta śluzo-ropną wydzieliną, jest szarawego koloru z wyraźnym podłużnym i poprzecznym prążkowaniem. Ściany oskrzeli zgrubiałe, na przecięciu serowato wyrodnione.

Płuco lewe zrośnięte z opłucną na całej swej przestrzeni. W górnej części płatu jama wielkości kurzego jaja, w dolnym płacie: *pneumonia lobularis, peribronchitis caseosa*.

Serce: mięsień blady, zwiotczały, wymiar poprzeczny nieco powiększony, na wsierdziu i na zastawkach zmian nie ma.

Arteria — w części wstępującej na wewnętrznej powierzchni kilka twardych, płaskich, okrągławych guzków.

Wątroba — z wydatnem przekrwieniem, budowa zrazikowa widoczna.

Śledziona — większa od normalnej, twarda, skrobiowato-zwyrodniona (*degen. amyloidea lienis*).

Kiszki cienkie: błona śluzowa pokryta śluzem, szarawa, pulchna.

Kiszki grube nie nieprawidłowego nie przedstawiają.

Żółćdek — pusty, ściągnięty. Błona śluzowa silnie czerwona, śluzem pokryta.

Krtań: Nagłośnia prawidłowa; *lig. ary-epiglottica* przy nagłośni cienkie, w okolicy chrząstek SANTORINI'ego i tylnej ściany zgrubiałe.

Po rozcięciu chrząstki tarczowej i tchawicy od przodu, okazuje się na przedniej powierzchni ściany tylnej owrzodzenie gruźlicze około 1½ ctm. długie; na 1 ctm. szerokie, które przechodzi i na wewnętrzną powierzchnię chrząstki SANTORINI'ego i struny fałszywej lewej. Jest ono sadłowate, nieregularnej postaci, miejscami pokryte ziarniną w formie drobnych guzków i strzępów. Lewa

połowa krtani, t. j. struna prawdziwa i fałszywa—bliznowo zwyrodnione. *Ventriculus sinister* MORGAGNI szeroki [wskutek ściągnięcia bliznowego struny fałszywej] przedstawia błonę śluzową podłużnie prążkowaną listewkami bliznowemi. Struna fałszywa lewa na dotyk twarda, koloru bladego-żółtawego, nieco zgrubiała. Struna prawdziwa prawa przedstawia podłużne ścięgnięte blizny na bocznej i górnej swej powierzchni.

Badanie drobnowidzowe.

Krtaniowa i przelykowa powierzchnia tylnej ściany pokryte są nabłonkiem płaskim, wielowarstwowym, który dopiero w dolnej części jest zmieniony i przy brzegach owrządzenia przerosły, w postaci palczastych tworów. Pod nabłonkiem w miejscu owrządzenia znajduje się nasięk gruzliczy, częściowo uległy rozpadowi i owrządzeniu, z resztkami komówek olbrzymich. Gdzieniegdzie przy brzegu nasięku widać okrągłe ogniska gruzelków z wyraźnemi komórkami olbrzymiemi, leżącemi jakby w przecięciu kanałów. Zmiany w komórkach olbrzymich polegają głównie na tem, że same jądra komórek są zbite w jedną masę i leżą w substancyi bardziej szklistej, niż drobnziarnistej. Tuż pod nasiękiem, a w części i wśród niego, widzimy gruczoły śluzowe, a w nich zmiany zarówno wewnątrz, jak i około zrazikowe. Większość zrazików wskutek nacieczenia straciła charakter gruczołowy, uległa zanikowi — i tylko grubsze przewody, przedstawiające się na poprzecznych przecięciach w formie kanałów eliptycznych lub przecięć owalnych, ocalały. Gdzieniegdzie pomiędzy przewodami gruczołów widać odosobnione gruzelki z olbrzymiemi komórkami, zawierające laseczniki Koch'a. Ściany naczyń krwionośnych w wielu miejscach nacieczone, w innych zaś zupełnie uciśnięte, zapadłe i przylegające do siebie tak, że światła nie widać.

Chorda dextra vera. Cała struna pokryta nabłonkiem wielowarstwowym płaskim. Tuż pod nim bardzo niewielki zapalny nasięk, drobnokomórkowy i obfite unaczynienie całej tej warstwy. Głębiej pod nabłonkiem, idąc od warstwy podśluzowej w głąb, przebiegają we wszelkich kierunkach masy tkanki łącznej w postaci szerokich pasm. Pomiedzy niemi widać gruczoły śluzowe, które wskutek ucisku częściowo zanikły. Blizny zarówno w strunie prawdziwej jak i fałszywej potwierdzają rozległość zabliźnienia. W lewej połowie krtani jest ono mniej wydatne, ilość tkanki bliznowej jest mniejsza, niż w prawej, natomiast więcej widać nasięku gruzliczego z komórkami olbrzymiemi i nielicznemi gruzelkami, zwłaszcza w strunie fałszywej. Zmiany w gruczołach śluzowych i naczyniach są znaczniejsze, niż w prawej połowie i zbliżają się do obrazu zmian, opisanych na ścianie tylnej.

Sekcya więc w tym przypadku wykazała rozległe zabliźnienie obu strun głosowych, poprzednio gruzliczo zwyrodnionych.

Spostrzeżenie 23. P. Krzyżanowska. Po wyjeździe z Warszawy pozostawała pod opieką D-ra DOBRZYCKIEGO, któremu zawdzięczam następujące szczegóły dalszego przebiegu choroby. Podają je tu w dosłownem brzmieniu: „Od Stycznia 1887 r. p. K. miała się względnie dobrze. Była u mnie w Sławucie w Sierpniu. Zmiany w płucach były o wiele wyraźniejsze, a wybitne owrządzenia na ścianie tylnej krtani zmusiły mnie do 8-io-krotnego zastosowania kwasu mlecznego, poczem chora z zabliźnioną krtanią powróciła do domu. Na początku 1888 roku dostała krwotoku płucnego, który trwał dni siedm. Jak chora utrzymuje, krew odchodziła szklankami. Stan później przy dobrem odżywianiu poprawił się znacznie, przelykanie było niebolesne, lecz głos mocno ochryply. Gorączka pojawiała się tylko czasami bardzo nieznaczna, tak, że chora mogła oddawać się swoim domowym zajęciom bez przerwy. W Czerwcu z powodu pogorszenia się stanu krtani przybyła powtórnie do Sławuty. Wycieńczenie znaczne, zmiany w płucach bar-

dzo rozległe. W krtani wyrosłe gruźlicze tylnej ściany i obu strun fałszywych przykrywały struny prawdziwe. Z początku stosowałem tylko kokainę i nie miałem zamiaru nic więcej robić. Ponieważ jednak chora na kłęczkach prawie błagała, abym wykonał ponownie kiuretowanie, które jej przed 1½ rokiem tak znakomitą przyniosło poprawę, wykonałem je i z łatwością wydostałem z krtani mnóstwo ziarniny. Coraz większy upadek sił nie dozwolił mi na powtórzenie tego rękoczynu, chora opuściła zakład i wkrótce potem zmarła z wycieńczenia“.

Spostrzeżenie 27. P. Czuperski. Jak mię o tem powiadomił D-r WRÓBLEWSKI, zmarł w kilka miesięcy po opuszczeniu szpitala.

Spostrzeżenie 28. Pani Maślankiewicz, zmarła, zarówno jak:

Spostrzeżenie 29. Jan Tomaszewski. Bliższych szczegółów o nich nie posiadamy.

Z opisu przytoczonych przypadków z zejściem śmiertelnem, wypada mi zebrać następujące punkty:

1) Co do czasu trwania zabliznienia owrzdzenia w krtani widzimy, że liczy wahają się tu od 2 do 40 miesięcy. [Szczegóły podaję w załączonej poniżej tablicy I-szej].

T a b l i c a I.

Numer spostrzeżenia.	Imię i nazwisko. Zajęcie.	Wiek.	Początek choroby.	Data zabliznienia w krtani.	Zabliznienie trwało miesięcy.	Data śmierci	Uwagi.
8	Krzeszetowicz, podporucznik.	23	Marzec. 1886.	Luty. 1887.	11	Styczeń. 1888.	
9	Hoppe, cukrownik.	49	Listopad. 1885.	Maj. 1886.	13	Czerwiec. 1887.	
10	Dąbrowski, obywatel.	29	Sierpień. 1885.	Marzec. 1886.	27	Czerwiec. 1888.	
12	Rowiński, ślusarz.	33	Wrzesień. 1885.	Marzec. 1886.	20	Listopad. 1887.	
15	Gutowski, robotnik.	26	Styczeń. 1886.	Wrzesień. 1886.	2	Listopad. 1886.	
18	Przewalski, kapitan.	36	Czerwiec. 1886.	Listopad. 1886.	25	Grudzień. 1888.	Zastrzelił się.
21	Polski, krawiec.	37	Wrzesień. 1885.	Maj. 1886.	40	Wrzesień. 1889.	
23	Krzyżanowska.	24	Październik. 1884.	Październik. 1886.	25	Listopad. 1888.	
27	Czuperski, ślusarz.	18	Marzec. 1886.	Styczeń. 1887.	13	Luty. 1888.	
28	Maślankiewicz.	36	Grudzień. 1886.	Kwiecień. 1887.	7	Listopad. 1887.	
29	Tomaszewicz, obywatel.	38	Marzec. 1887.	Czerwiec. 1887.	7	Styczeń. 1888.	

Zabliźnienie zatem trwało u jednego chorego 2 miesiące, u dwóch po 6, u jednego 11, u dwóch po 13, u jednego 20, u dwóch po 25, u jednego 17 i u jednego 40 miesięcy.

2) Co do bezpośredniej przyczyny śmierci, jeden chory [sposzrz. 8] zmarł z suchot płucnych z zabliźnioną krtanią. Nr. 18 zakończył życie samobójstwem; krtani jednak była zabliźniona. Nr. 9 zmarł wskutek *pleuritis tuberculosae*.

N-ra 10, 12, 15, 21, 23, 28, 29 śmierć wskutek powrotu cierpienia w krtani i szybko rozwijającego się w dalszym ciągu zniszczenia w płucach. U chorych N-ra 9 i 12 powrót był następstwem zaniedbania wszelkich ostrożności i dalszej mozolnej pracy fabrycznej.

Losy 8 chorych [N-ra 13, 20, 22, 24?, 26, 33, 34, 37] nie są mi znane.

Przystępuję teraz do obszerniejszego opisu tych chorych, którzy dotąd jeszcze znajdują się w obserwacji, lub o których do niedawna otrzymałem wiadomości, że przy życiu pozostają. Treściwy opis ich stanu znajdzie czytelnik w podanej poniżej tablicy II-giej. Dwie tylko obserwacje [N ra 11 i 35] ze względu na ich ważność obszerniej opisuję.

(Patrz tablicę na str. 39).

Sposzrzeżenie II. Pani Ż. od czasu zabliźnienia owrzdzeń w krtani, w ciągu trzech lat wielokrotnie się do mnie zgłaszała. Stan jej był pod każdym względem zadawalający. Przeżyła szczęśliwie ciążę, bez pogorszenia stanu płuc. Weszłym roku poroniła, pomimo to wygląd jej, siły, łaknienie były zupełnie zadawalające. Mówi głosem czystym, nie doznaje żadnego zmęczenia w krtani; co więcej, oświadczyła mi: że może śpiewać; jak dawniej, bez żadnego utrudzenia. Na początku z. roku przedstawiłem ją w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim. Obraz krtani wówczas był następujący. Z nagłośni pozostały tylko dwa blade, bliznowe, okrągławe płatki, o brzegach lekko karbowanych, złączone ze sobą mostkiem bliznowym. Cała *pars suprahyoidea* zupełnie nie istnieje. Nastąpiło więc tutaj doszczętne wessanie głębokich nasięków gruczkowych, z pozostawieniem opisanej, wiele oryginalnej płatkowej blizny. Wszystkie inne części krtani zupełnie prawidłowe. Struna fałszywa prawa blado-żółta, bliznowa. Tylna ściana równa, gładka, różowa. Więzy boczne i chrząstki nalewkowe cienkie, prawidłowej formy. Struny prawdziwe blade, o brzegach ostrych, schodzą się doskonale. Przypomnieć tu muszę, że u chorej tej w 1886 roku zgrubiała i gruczkowo-zwyrodniona, ku dołowi opuszczona nagłośnia, przy pierwszym pędzlowaniu kokainą rozerwała się o pręt pędzelka na dwie połowy, skutkiem nagłego szarpnięcia się chorej w tył, nie zabliźniła się jednak, lecz pozostała między niemi trójkątna, na $\frac{1}{2}$ ctm. szeroka, szpara. Przy dalszem leczeniu nastąpiło wessanie gruczkowego nasięku i wytworzyły się owe dwie płatkowe blizny. Stan płuc był następujący: w prawem płucu od przodu i od tyłu (*in fossa supraspinata*): *respiratio bronchialis*, poniżej: *respiratio aspera*. W lewym wierzchołku: *respiratio aspera*. Piłowcina, badana przez D-ra MAJZŁA, nie zawierała włókien sprężystych, lecz bardzo nieliczne laseczniki Koch'a.

Wyzdrowienie w tym przypadku trwało więc trzy lata.

Sposzrzeżenie 35. Pani F. Goldszal. Przez cały czas od chwili zabliźnienia w krtani, t. j. od Czerwca 1887 r., chora zostawała pod ciągłą obserwacją. Zgłaszała się do nas zwykle w jesieni i na wiosnę z powodu kaszlu. Odżywianie jej, wygląd, siły, łaknienie prawidłowe, przytyła, mówi głosem czystym, łyka bez bólu, żadnych przykrych objawów ze strony krtani nie doznaje. Lusterko wykazuje następujący obraz [Listopad 1889]. Nagłośnia cienka i blada, z lewej strony

Tablica II przypadków zablżnienia owrzodzeń grzliczych w krtani, ogłoszonych w 1887 roku, a znajdujących się dotychczas w obserwacyi.

Numer.	Imię i nazwisko.	Wiek.	Początek choroby.	Stan krtani.	Przebieg.	Leczenie.	Czas trwania zablżnienia.	Data ostatniego badania.	Wyniki co do głosu.	Uwagi i stan płuc.
14	Paulina K.	21	Maj 1885.	<i>Chorditis tuberc. sinistra. Ulceratio lig. ary-epiglottic. sinistra. Infiltratio tuberculosa partis arytaenoidae.</i>	Zablżnienie w roku 1887.	Kwas mleczny. Szczawnica.	16 miesięcy.	Październik 1888.	Głos czysty.	<i>In apice dextro respiratio indeterminata. Sub scapula sinistra respiratio fere bronchialis.</i>
16	Waldemar.	42	Kwiecień 1886.	Nasięk grzybiasty tylnej ściany, <i>chorditis duplex tuberculosa.</i>	Zablżnienie w Maju 1887.	Kwas mleczny. Mentona.	12 miesięcy.	Maj 1888.	Głos czysty.	<i>In regione suprascapinata sinistra respiratio bronchialis.</i>
17	Feliks H.	66	Kwiecień 1886.	<i>Chorditis ulcerosa dextra.</i> Obrzmienie grzlicze tylnej ściany.	Zablżnienie w Maju 1887.	Kwas mleczny. Gleichenberg.	24 miesięcy.	Maj 1889.	Głos czysty.	<i>Sub clavícula dextra respiratio indeterminata. In apice sinistro oddech pęcherykowy słaby.</i>
19	Karolina Busch.	28	Gruździeń 1886.	<i>Chorditis duplex ulcerosa. Ulceratio chordae fals. sinistra.</i>	Zablżnienie, Maj 1887.	Kwas mleczny.	19 miesięcy.	Styczeń 1889.	Głos czysty.	<i>Respiratio aspera w obu płucach, tamże nieliczne rżenia.</i>
11	Maryja Zaboklicka.	38	Marzec 1886.	Nasięk i owrzodzenie nagłośni, struny fałszywej prawej i tylnej ściany. Nasięk <i>lig. ary-epiglottici dextri.</i>	Zablżnienie, Czerwiec 1886.	Kwas mleczny. Kiureta.	34 miesięcy.	Maj 1889.	Głos czysty w nowie i w śpiwiewie.	Przeżyła jedną ciążę i jedno poronienie. <i>Condensatio in apice dextro</i> , tamże od przodu i od tyłu <i>respiratio bronchialis</i> Przedstawiona w Tow. lek. Warszawskim.
30	Hilchen.	30	Maj 1887.	<i>Tumor tuberculosus chordae verae sinistrae.</i> Owzrodzenie struny prawdziwej lewej.	Zablżnienie, Czerwiec 1887.	Kwas mleczny. Kiureta.	12 miesięcy.	Czerwiec 1888.	Głos czysty.	Badana na wiosnę tego roku przez D-ra DOBRZYCKIEGO, stan krtani wyborny. Stan płuc bez zmiany.
32	Herr Piotr.	35	Marzec 1886.	Owzrodzenia grzlicze nagłośni, tylnej ściany, obu strun prawdziwych.	Dwukrotny powrót. Zablżn. VI. 1887.	Kwas mleczny.	16 miesięcy.	Październik 1888.	Głos silny, nieco ochr.	<i>Condensatio in apice sinistro.</i> Wyjechał do Odessy.
35	Goldschall.	48	Luty 1886.	Zniszczenie nagłośni z lewej strony. <i>Ulceratio cart. SAN-TORINI sin. et lig. ary-epiglottici. Infiltratio et exulceratio lig. glosso-epiglottici sin. Ulcer. chordae fals. sinistrae hypertrophica.</i>	Dwukrotny powrót. Zablżnienie, Czerwiec	Energiczne kiuretowanie wszystkich owzrodzonych i nacieczonych części.	Zupełne wyzdrowienie, trwające dotąd [28 miesięcy].	Listopad 1889.	Głos czysty.	<i>In fossa suprascapinata sinistra respiratio bronchialis. In pulm. dextro bronchitis chronica.</i> Na łopacie <i>respiratio indeterminata.</i>

w okolicy *lig glossoepiglottic. sinistri* blizna wielkości 1 cm.. Bieży ona po lewej połowie krtani od nagłośni ku strunie fałszywej, w formie bladej, kilka milimetrów grubej fałdy. Struna fałszywa, pod tą fałdą położona, kiuretowana, przedstawia się w formie podłużnego walka, gruboziarnistego, blade-różowej barwy. Struna prawdziwa lewa, zarówno jak prawa połowa krtani—prawidłowe. Na gładkiej tylnej ścianie nie widać żadnych nasięków. Chrząstki SANTORINI'ego również zmian nie przedstawiają. Płuc a: w prawym wierzchołku *respiratio indeterminata*, w lewym pod obojczykiem *respiratio bronchialis*, tak samo *in fossa supraspinata sinistra*. Płwocina zawiera bardzo nieliczne laseczniki. Zabliźnienie w krtani u tej chorej trwa zatem 2½ roku.

Podane powyżej dwa przypadki z wielu punktów zasługują na uwagę. Odnośnie do krtani, złożyliśmy w tych przypadkach przekonywający dowód, że na drodze chirurgicznego leczenia uzyskać można, nie tylko częściowe zabliźnienie owrzodzeń, ale nawet trwałe wyleczenie jednej z najcięższych form suchot krtaniowych, z zupełnym odzyskaniem funkcji tegoż narządu, t. j. nie tylko mowy, lecz nawet możliwości śpiewu. Tego rodzaju pomyślnie zejście, jak u p. Żaboklickiej, stanowi dotąd „*unicum*“ w literaturze. Obie chore przeszły próbę ogniwą pewnej trwałości wyzdrowienia. Pierwsza [Nr. 11] przebyła szczęśliwie ciężą i jedno poronienie bez żadnego pogorszenia w krtani. Druga, żyjąca w lichych warunkach materyjalnych, wśród ciężkiej pracy, zgłaszająca się do nas tylko wtedy, gdy środki materyjalne pozwalały jej na zakupienie lekarstwa, została zabezpieczoną od powrotu przez blisko trzy lata. Nie trzeba zapominać, że nasięki gruźlicze nagłośni stanowią najcięższą formę suchot krtaniowych, najdłużej podtrzymującą utrudnione przelykanie, podkopującą odżywianie i prowadzącą szybko do śmierci głodowej. Że była to forma złośliwa, destrukcyjna, świadczą o tem znaczne utraty substancji i rozległe blizny. Powikłanie z nasiękiem struny fałszywej i torebki MORGAGNI'ego, tak mało dostępnej dotąd do leczenia, tak skłonnej do ulegania powrotowi, czyniło rokowanie z góry prawie bezwzględnie złem. Jednocześnie z poprawą stanu ogólnego cierpienie płuc się ograniczyło, jakkolwiek za trwałość tej poprawy ręczyć nie można. Prognostycznie pomyślnym jest w każdym razie brak włókien sprężystych w płwocinie i mała ilość laseczników Koch'a.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

2. White i Wood. O rozpoznawczej wartości związków jodowych w przymocie.

WOOD w swej pracy o cierpieniach przymiotowych układu nerwowego wyraża zdanie, że „we wszystkich przypadkach wątpliwego rozpoznania brak objawów otrucia jodem po wyżyciu 3,75 grm. jodku potasu w ciągu dnia przemawia za przymiotem“. Podobne zdanie wygłasza JULLIEN, że: „istnienie przymiotu u danego osobnika wywołuje pewną odporność na działanie jodu“.

Powstając przeciw poglądom obu autorów, WHITE utrzymuje, że, jeżeli prędkie znikanie objawów mózgowych przy użyciu jodu przemawia za swoistością danego cierpienia, to z drugiej znów strony, jeżeli w analogicznym przypadku jod nie wywołuje podobnie szybkiego działania, to nie można z równą pe-

wnością twierdzić, że dane cierpienie nie jest przymiotowego pochodzenia. Jeżeli zaś duże dawki jodu nie wywołują otrucia, to nie można twierdzić, że pomimo odporności cierpienia na działanie jodku potasu, item niemiłej mamy do czynienia z cierpieniem przymiotowym.

Omówiwszy szczegółowo objawy otrucia jodowego i przytoczywszy różne zdania autorów w tym względzie, WHITE przechodzi do teorii JULLIEN'a, który tolerancję osobnika, dotkniętego przymiotem, na duże dawki jodu objaśnia istnieniem w ustroju zarazka przymiotu, pochłaniającego jod i zmniejszającego jego działalność chemiczną.

Przeciw tej teorii, zdaniem WHITE'a, mówi to, że jod w większości przypadków stosowanym bywa w przymiotcie trzeciorzędnym, a więc w okresie, kiedy to cierpienie nie jest bezpośrednio udzielającym się i kiedy straciło wszystkie cechy, jakie wywołuje obecność we krwi i tkankach żywego działającego zarazka i dlatego WHITE uważa za nieprawdopodobną, aby w trzeciorzędnym przymiotcie zarazek miał zubożniać działanie jodu na tkanki. WHITE jest za zdaniem HUTCHINSON'a, który brak lub obecność jodnicy czyni zależnym od osobniczego usposobienia. A więc za lub przeciw teorii WOOD'a i JULLIEN'a mogłyby przemawiać porównawcze obserwacje takich przypadków, gdzie jodek potasu dawany był przed i po zakażeniu się przymiotem. WHITE przytacza trzy obserwacje tego rodzaju i przechodzi do następujących wniosków:

1) Osobnicze usposobienie stanowi bardzo ważny czynnik przy występowaniu objawów otrucia jodem.

2) Nie mamy żadnych teoretycznych danych na zasadzie których można by utrzymywać, że przymiot, w jakimkolwiek bądź okresie swojego istnienia, ma własność zubożniania związków jodowych.

3) Błędem jest wyprowadzanie wniosków w celach rozpoznawczych z obecności lub braku objawów otrucia jodem po dużych dawkach jodku potasu.

W odpowiedzi WOOD utrzymuje, że spostrzeżenia WHITE'a są bardzo nieliczne wobec 2000 przypadków cierpień przymiotowych ośrodków nerwowych, obserwowanych przez WOOD'a. Na zasadzie takiego ogromu materiału WOOD przychodzi do wniosku, że u chorych przymiotowych prawie bez wyjątku dawka 1,25 gm. jodku potasu, kilkakrotnie przez dzień podawana, nie wywołuje objawów otrucia jodem, podczas gdy dawka 0,6 jodku potasu, powtórzona trzy razy w ciągu dnia u osobników nieprzymiotowych, wywołuje jodnicę. Zaznaczyć tutaj należy, że przez stopniowe zwiększanie dawek jodku potasu można osobnika, niedotkniętego przymiotem, przyzwyczaić do dużych dawek. Zdaniem więc WOOD'a, wbrew wnioskowi WHITE'a, tolerancja związków jodowych w dużych dawkach przemawia za istnieniem przymiotu u danego osobnika.

Powyższa kwestya jest bardzo interesująca i zasługuje na to, aby na nią więcej niż dotychczas zwracano uwagi.

Edmund Kurella.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis, pag. 302, Heft. 2. 1889).

Wiadomości lekarskie

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznem w dniu 3 Grudnia 89 r., kol. HERYNG przedstawił chorego, stójkowego, mającego lat około 30, któremu dokonał wyłęczkowania wytworów gruczliczych w krtani przy pierwotnej gruczlicy tego narządu. Chory ten już przed półrokiem miał grzybiastą wyniosłość na tylnej ścianie krtani, pomiędzy strunami głosowemi; zmian w płucach żadnych, a przynajmniej dających się wykryć przy badaniu, nie było, płwocina laseczników gruczliczych

nie zawierała. Kol. H. próbował najprzód usunięcia guzika za pomocą galwanokaustyki, lecz się to nie udało, a cała manipulacja wywołała tylko u chorego zjawiska utrudnionego połykania. Dopiero przy kiuretowaniu usunięto doszczętnie guzik, a badanie drobnowidzowe wykazało w nim typową budowę gruzełka i laseczniki gruzlicze. Obecnie daje się wykazać lekka zmiana w płucu prawem, między łopatką i kręgosłupem, plwocina i teraz bakteryj gruzliczych nie zawiera. Kol. H. uważa, że zakażenie nastąpiło tu przez krtań, a momentem etyjologicznym mogą być fatalne warunki higieniczne pomieszkania w kozarach, gdzie mogą być ludzie, dotknięci gruzlicą.

Następnie kol. MATLAKOWSKI mówił o ciąży zamacicznej. Powołując się na pracę ową, już drukowaną r. z. w Gaz. Lek., kol. M. rozbił w swem przemówieniu głównie rodzaje ciąży zamacicznej i jej leczenia. Z czterech opisywanych postaci: śródściennej, jajnikowej, jajowodowej i brzusznej, kol. M. sądzi, że istnieje najczęściej jedna tylko postać, t. j. ciąża jajowodowa. Następnie opisał różne możliwe przebiegi i zejścia takiej ciąży, a co do leczenia twierdzi, że zawsze trzeba się uciekać do zabiegu operacyjnego, doszczętnego usunięcia. Potem opisał w krótkości 3-ci przypadek przez się operowany. Dotyczył on kobiety, która aż do 9-go miesiąca ciąży czuła się dobrze zupełnie; potem stan ogólny stopniowo podupadał, szybko chudła, aż w 15-ym miesiącu przy bardzo znacznem wycieńczeniu chorej, kol. M. dokonał operacji. Ciąża była jajowodowa, a płód zupełnie zgniły. Mimo to, że po operacji stan chorej zaczął się poprawiać, zmarła 22-go dnia. Przy sekcji znaleziono mączkowate zwyrodnienie nerek i śledziony; od worka płodowego wytwarzały się już ropne przetoki, z których jedna otwierała się do *S. romanum*.

W końcu kol. JAWDYŃSKI okazał chorego, któremu dokonał wyluszczenia częściowego przełyku z powodu raka. Ciekawy ten przypadek szczegółowo opisanym będzie przez autora w naszym piśmie. W dyskusji kol. SZTEJNER zapytywał, czy kol. J. guzy migdałka wyluszczałby również w podobny sposób, jak w danym przypadku, na co kol. J. odpowiedział, że przy guzach ograniczonych tylko do migdałka cięcie rozległe, jakie tu zrobiono i wyluszczenie gruczolu śluzowego podżuchwowego jest zbyt cennym i wybiornie wystarczyć tu może metoda MIKULICZA, przy rozszerzaniu się jednak nowotworu na przełyk, metoda ta byłaby niezbędną. Kol. MATLAKOWSKI zaznaczył następnie, że przy złośliwych guzach migdałków nacieczenie nowotworowe przechodzi na tkankę łączną pozamigdałkową, powodując ankylozę stawu żuchwowego, wskutek czego nieodzownem jest wówczas usunięcie, *resp.* wyluszczenie gałęzi wstępującej żuchwy. Kol. JAWDYŃSKI przypomniał, że w podobnych przypadkach zalecano nawet, wrazie gdy przypadek nie nadaje się do operacji, przepiłowanie, *resp.* wyluszczenie gałęzi wstępującej żuchwy dla usunięcia najdoglegliwszego dla chorego objawu, mianowicie ankylozy żuchwy.

Wiadomości bieżące.

— Kilka słów o panującej obecnie w Warszawie influenzy.

Wobec wybuchłej nie tylko u nas, ale i w całej prawie Europie epidemii influenzy, dotąd bardzo mało znajdowaliśmy o niej w pismach lekarskich wiadomości, szczegóły zaś podawane w prasie peryjodycznej, oparte na osobistym doświadczeniu jednostek, nie mogły dać należytego obrazu o panującej obecnie chorobie i miały głównie na celu uspokoić publiczność co do łagodności cierpienia, o czem zresztą większa część mieszkańców naszego miasta na mocy własnego doświadczenia sąd już wydać mogła. Zdarzają się jednakże wyjątki, powikłania poważniejszej natury, sprawy zapalne, które u osób słabowitych, dotkniętych przewlekłymi cierpieniami płuc, serca, lub nerek, stają się punk-

tem wyjścia pogorszeń, lub powrotów dawnego cierpienia, a nawet mogą zakończyć się śmiercią. Jakkolwiek zejścia tego rodzaju należą do wielkich rzadkości, obserwowano je jednakże zarówno u nas, jako też za granicą. Dokładniejsze o tem dane prawdopodobnie pojawiają się później, gdy epidemia ustanie, gdy po porozumieniu się zbiorowem w towarzystwach lekarskich, punkty wątpliwe, jako to: sposób szczenia się choroby i jej natura, zostaną bliżej rozebrane, a może i poparte badaniem bakteriologicznem. Z tych względów byłoby pożytecznem, ażeby ci z kolegów, którzy w przebiegu obecnej epidemii spostrzegali typy lub powikłania niezwykłe, zechcieli komunikować je w formie krótkich notatek, w jakiej i ja niniejszą wzmiankę ogłosić się ośmielam.

Nazwą influenzy, czyli gryppy określa HRSCHE cierpienie nieżytowe błony śluzowej dróg oddechowych, które od zwykłych cierpień tego narządu różni się wystąpieniem objawów nerwowych, jako to: bólów głowy, bólów w mięśniach i stawach oraz gorączką. Objawy te, nie będące w żadnym stosunku do natężenia zmian miejscowych, są niekiedy tak silne, że zmuszają chorych do porzucenia zajęć i czynią ich obłożnie chorymi. Niektóre epidemie, jak np. w r. 1854 przebiegały, zdaniem HRSCHE'a, bez gorączki, lecz nietylko każda epidemia ma swe właściwości, ale i w jednej i tej samej epidemii, w różnych miejscowościach przebieg może być odmienny, krótkotrwałość zaś sprawy utrudnia niekiedy dokładną lekarską obserwację. Influenza zawsze prawie występowała epidemicznie, a sposób jej szczenia się przemawia za tem, że nieznanym nam dotąd zarazek, przeniesiony prądami powietrza, szerzy chorobę. Nie kroczy ona wielkimi szlakami komunikacyjnymi i wogóle sądzą, że się nie przenosi z osoby na osobę, jakkolwiek punkt ten wymagałby jeszcze krytycznego udowodnienia — i nie przez wszystkich został przyjęty.

Charakter pandemiczny obecnej epidemii nie może ulegać wątpliwości. Cała niemal Europa jest nią dotknięta. Co do jej punktu wyjścia i rozprzestrzenienia się, dziś jeszcze nie pewnego wyzrec nie można. Tyle wiemy jednak, że najprzód wystąpiła w Petersburgu. Są i głosy, przemawiające za jej związkiem z epidemiją, która w lecie w Azji mniejszej i na półwyspie bałkańskim panowała pod nazwą: *dengue*. Kwestyja ta w akademii paryzkiej w zeszłym miesiącu szczegółowo była rozbiegana. Zdania co do jej natury — były bardzo podzielone. Wogóle jednakże większość lekarzy nie zgadzała się z wywodami prof. PROUST'a, który utrzymywał, że *dengue*, bez względu na warunki klimatyczne lub atmosferyczne — zawsze przedstawia typ jednaki. Według p. de BRUN'a, lekarza w Syrii [w Bayrucie], przebieg *dengue* w tym kraju różnił się wybitnie od przebiegu w krajach zwrotnikowych. Może ona objawiać się w formie złagodzonej. I tak — w Syrii choroba nie poczynała się w sposób tak nagły, niemal piorunujący, jak to bywa w krajach podzwrotnikowych, gdyż okres zwiastunny prawie zawsze poprzedzał chorobę. Jestto to fakt, nie ulegający najmniejszej wątpliwości, tembardziej, że i w Kairze *dengue* obecnie panuje w formie o wiele łagodniejszej, jak to widzimy z opisów D-ra COGNAR, ogłoszonych w „*Revue Egiptienne*“, a podanych w streszczeniu w *Semaine médicale* w N-rze 54 b. r. D-r COGNAR zwraca uwagę, że w obecnej epidemii *dengue* okres gorączki był o wiele krótszy, niż w epidemii r. 1881, rekonwalescencycja zaś nie przeciągała się, jak wówczas, kilka dni, a nawet kilka tygodni. Nie towarzyszyły jej uporeczywe bóle neuralgiczne, bóle w stawach, upadek sił, brak łaknienia i peryjodyczne powroty gorączki.

Dengue więc obecnie w Egipcie stanowczo, zarówno co do czasu swego trwania, jak i co do objawów jest o wiele łagodniejszą i zbliża się poniekąd do epidemii influenzy, obecnie w Europie panującej. Przemawiają zatem zarówno zmniejszone natężenia gorączki, dosięgającej w dawniejszej epidemii często 40°—41° C, obecnie w większości przypadków nie przekraczającej 39° C., dalej mniej wybitne zaburzenia żołądkowe, jako to: wymioty, obłożenie języka, lub rozwolnienie. Również bóle krzyża i głowy występują obecnie daleko częściej, niż bóle w kolanach, które w dawniejszej epidemii *dengi* uważane były za charakterystyczne. Co do wysypki, która 2 lata temu bardzo często pojawiała się w Kairze, ta obecnie rzadko kiedy bywa obserwowaną i szybko bez łuszczenia się skóry przechodzi. Natomiast objawy nerwowe, jako to: bóle w oczach, cierpienia uszów, są prawie również częste w epidemii obecnej w Kairze, jak i w tej, która panowała w r. 1887.

Opierając się na przytoczonych tu wywodach, D-r COGNAR przychodzi do wniosku, że panująca obecnie w Egipcie *denga*, co do natężenia objawów stanowczo osłabła, i że stosownie do klimatu ulega ona może znacznym modyfikacyjom. O wysypce, bardzo często pojawiającej się przy *dengue*, wzmiankują już dzienniki lekarskie francuskie. W jednym z liceów paryzkich uległo tej chorobie blisko 150 uczni. Cierpienie wystąpiło nagle, z dreszczami, bólami głowy, bólami w oczach,

w krzyżu i w stawach, najczęściej w kolanach, rzadziej z objawami podrażnienia błony śluzowej nosa, gardzieli, lub zaburzeniami żołądkowemi. Język był obłożony, oddech cuchnący, błona śluzowa gardzieli nakrapiana czerwoną. Ciepłota wahała się pomiędzy 39° a 40° C. Już w pierwszym dniu występowała wysypka na twarzy, na piersiach, na dłoniach, zbliżona do szkarlatynowej, która zwykle ginęła na 3-ci lub 4-ty dzień i przebiegała bez łuszczenia naskórka. Obok tych form epidemii, zbliżonych poniekąd do złagodzonej dengue w Paryżu, większość przypadków podobną była do formy chorobowej, określonej dziś mianem grypy lub grypy, tak, że niektórzy lekarze, wobec takiej różnorodności przypuszczają nawet jednoczesne występowanie obu tych form. Rozstrzygnięcie tej kwestyi jest dziś prawie zupełnie niemożliwe. Wspominałem o tem głównie dlatego, aby zwrócić uwagę na różnorodność objawów, któremi się dzisiejsza epidemija charakteryzuje nie tylko w jednej i tej samej miejscowości, ale i w różnych miastach Europy.

Następujące spostrzeżenie, które zawdzięczam uprzejmości kolegi KARWOWSKIEGO świadczy, że i u nas do objawów grypy może się przyłączać wysypka bardzo podobna do tej, jaka występuje zwykle przy dengue.

Mężczyzna, lat 52 leżący, dotąd zdrowy, po dwu dniach ogólnego niedomagania, dostał dreszczy i gorączki, dochodzącej do 40° C. Przyłączyły się bóle mięśniowe, w kończynach górnych i w krzyżu i dokuczliwy ból głowy. Stan taki trwał 24 godzin, poczem wystąpiła na skórze kończyn i tułowia wysypka, charakteru polimorficznego, t. j.: *pétéchiae*, *papulae* i *maculae*, która trwała dobę i znikła bez łuszczenia skóry, po nader obfitych potach, pozostawiając po sobie nadzwyczajne osłabienie fizyczne i umysłowe, blisko 2 tygodnie trwające. Śledzona przez czas choroby nie była wyczuwalna, ciepłota spadła po owych potach do 37° C., powrotu nie było.

W Petersburgu rozróżniano w obecnej epidemii trzy główne formy: nerwową, gastryczną i kataralną, stosownie do najwybitniejszej grupy objawów. U nas podziału takiego ściśle przeprowadzić nie można było. Objawy nerwowe u moich chorych występowały, bądź jako bóle mięśniowe, nadezłość mięśni, krzyża, wreszcie jako przemijające nerwice, nerwów międzyżebrowych, łędźwiowych, lub nerwu kulszowego. U niektórych osób pojawiała się uczucie ściśnięcia w piersiach niezmiernie przykre, połączone z bólami przy oddechaniu. Dochodziły one u pewnej chorzej do takiego nateżenia, że oddech stał się powierzchowny, ruchy tułowia prawie niemożliwe, tak, że byłem zmuszony uciec się do wstrzykiwań podskórnych antypiryny, które szybko sprowadziły ulgę. W innym przypadku bóle trwały dni cztery i budziły z początku obawę przyłączającego się zapalenia płucnej, jakkolwiek znaki fizyczne temu przeczyły. W tej formie gorączka albo nie występowała wcale, albo była bardzo przemijającą 38—38,5° C.

I te jednakże formy najczęściej rozpoczynały się dreszczem, kilkakrotnie w ciągu dnia powtarzającym się, lub ciągłym uczuciem ziębienia, osłabieniem, bólami głowy, utratą łaknienia. Objawy nerwowe występowały w moich przypadkach u kilku chorych nieraz dopiero po 24, czasami we 36 godzin po owym okresie zwiastunym, zwykle jednak szybko przechodziły, nie pozostawiając po sobie owego charakterystycznego dla tej formy osłabienia. Stawały się one natomiast nieraz przyczyną dyagnostycznych pomyłek; wzbudzały bowiem obawę rozpoczynającej się ospy, lub przy bólach w piersiach — zapalenia płucnej.

W formie drugiej występowały głównie objawy gastryczne, jako to: wymioty, utrata łaknienia i znaczne osłabienie, obok dreszczy, gorączki, bólu głowy. U mnie w domu u trzech osób przebieg tego rodzaju był typowy, zupełnie do siebie podobny. Ciepłota dochodziła 40° C., sprawa przeciągała się 4—6 dni, pozostawiając po sobie nieproporcjonalny do natężenia choroby i krótkości trwania, upadek sił.

Trzecia wreszcie forma, typowo kataralna, podobnie jak i gastryczna, wybuchała nagle, poprzedzana dreszczami, gorączką, dochodzącą do 40° C., wraz z objawami nieżyty nosa, łązniczy, krtań i oskrzeli. U kilku osób światłowstręt był niezwykle silny; chorzy narzekali na silne bóle w oczach, bóle pomiędzy brwiami, łzawienie, ciągłą chęć do suchego kaszlu i dopiero po ustąpieniu gorączki rozwijały się objawy silnego rozlanego nieżyty oskrzeli, trwającego czasem przeszło dwa tygodnie.

Chciałbym tu zwrócić uwagę na objaw dość ważny, o którym mało dotąd znalazłem w opisach wzmianki, mianowicie na wystąpienie domieszki krwi w wydzielinie oskrzeli, na dołączające się krwotoki nosowe, a nawet krwawienie z przewodu słuchowego zewnętrznego, jak mnie o tem powiadomił

D-r GURANOWSKI, który 3 tego rodzaju przypadki miał w obserwacji i szczegółowo opisać je zamierza. Domieszka krwi w wydzielinie dróg oddechowych u jednego z mych chorych wystąpiła jako pierwszy objaw grypy, przy zupełnym jeszcze braku cierpienia oskrzeli — i dopiero w trzy dni później wybuchła silna, do 40° C. dochodząca, gorączka. Niewielkie skrzepy krwi, jakie chore wyrzucił przy odcharkiwaniu, nie pochodziły z nosa, jak mnie o tem przekonało dokładne badanie jamy nosowej i nosogardzielowej. Płwocina różowa, z krwią zmieszana, badana przez D-ra MAYZLA, zawierała, oprócz czerwonych ciałek krwi, niezwykle dużą ilość komórek płaskiego i stożkowego nabłonka, pochodzących z jamy ustnej i gardzieli, przy czem ilość mikroorganizmów, zwykle w jamie ustnej natypanych, nie była zwiększoną. Wiem również od jednego z kolegów ginekologów, że u kobiet dotkniętych grypą, występowały niekiedy krwawienia maciczne, kilkakrotnie się powtarzające, które ustępowały wraz ze spadaniem ciepłoty.

W szpitalu Św. Rocha w oddziale moim widziałem kilka przypadków grypy, występujących z bardzo silną gorączką, z nadzwyczajnym osłabieniem, trwającym do 10 dni, w jednym przypadku z wybitną recydywą. Przypadek ten dotyczył posługacza, 20-kilkoletniego chłopca. Choroba zaczęła się od dreszczy, gorączka dochodziła 40° C.. Po 10-ciu dniach powrót choroby z ciepłotą wieczorną 39° C.. Spadkom temperatury nie towarzyszyły poty, natomiast nadzwyczajne osłabienie. W trzecim dniu choroby, za pomocą wyjałowionej szpryki PRAVAZ'a wyciągnięto ze śledziony kilka kropel krwi, które przez kolegę BURWIDA użyte zostały do hodowli. Wyniki tychże nie są skończone i dlatego prócz wzmianki, że na agar-agar pojawiły się białe naloty, które pod drobnowidzem przedstawiały się w formie bardzo dużych łatwo barwiących się fuksyną mikrokoków o niezwykłym układzie, nic więcej dodać nie mogę. Charakterystycznym dla tej hodowli jest bardzo słaby rozwój w pierwszych dwóch pokoleniach szczepionych na agar-agar [przy ciepłocie 37° C.], który już w 3 pokoleniu ustał. Z wziętych 4 kropel krwi ze śledziony wyhodowano 5 kolonii zupełnie czystych. Dodać tu winienem, że SEIFERT w wydzielinie nosa i płwocinie chorych, dotkniętych grypą, wziętej w okresie najsilniejszej gorączki, znalazł owalne, łańcuszkowe kokki, których znaczenia przesądzać nie można.

Wbrew panującemu wśród publiczności zbyt optymistycznemu pogładowi co do bezwzględnej łagodności tego cierpienia, widzę się w obowiązku zwrócić uwagę, że grypa jakkolwiek wogóle u osób zdrowych przebiega bardzo łagodnie, jednakże u osób, dotkniętych przewlekłym cierpieniem serca, płuc, lub oskrzeli, lub też u osób osłabionych, lub wyniszczonych innymi chorobami, wreszcie u suchotników staje się powodem znacznego rozszerzenia się sprawy gruźliczej w płucach, przyczyną krwotoków lub ponownego wystąpienia gorączki oddawna już stłumionej. Zdaje się ona również usposabiać do wystąpienia zapalenia płuc z wysiękiem krupowym charakteru niebezpiecznego: w dwóch moich przypadkach zajęło ono oba płuca i stało się przyczyną śmierci. Sekcja, dokonana w jednym przypadku (szczegóły której w innym miejscu podane zostaną), wykazała zmiany podobne, jak u chorych, którzy w Wiedniu na klinice NOTHNAGEL'a i KAHLE'r'a zmarli z grypy. Obok ognisk starszych *bronchopneumoniae* — wśród rozlanego czerwonego wżądlenia, znalazłem dość liczne ogniska szaro-żółtawe rozpoczynające się ropnego rozpadu nasięku. Hodowle robione na żelatynie i agar-agar dały nam prawie czyste hodowle diplokoków FRIDLÄENDER'a, z których czysta hodowla łatwo dała się otrzymać. Z porównawczego zestawienia przypadków zapalenia płuc krupowego, obserwowanych w naszym szpitalu w miesiącu Grudniu zeszłego roku i w Grudniu tego roku, wynika dość znaczna przewyżka — [o 6 więcej]. Prócz tego i w praktyce prywatnej ilość przypadków krupowego zapalenia płuc, jakkolwiek zwykle w miesiącach zimowych częściej się one spotykają, jest większą od przeciętnej. Nie śmiem przesądzać co do przyczynowego związku obu tych cierpień, jakkolwiek i liczba cierpień opłucnej, również w tym miesiącu znacznie się wzmogła. Zdaje mi się jednak, że zbyt optymistyczne poglądy, co do znaczenia panującej obecnie epidemii i pewne otrząskanie się publiczności z tą formą chorobową, uważaną za bezwzględnie i zawsze łagodną, przyczynia się do zaniedbania najzwyczajniejszych przepisów ostrożności i higieny, wobec których [nic dziwnego, że usposabia się ustrój do przyjęcia innych zarazków, o wiele co do swego znaczenia niebezpieczniejszych.

Co do terapii — skonstatować tu muszę małą skuteczność chininy, natomiast w formach, połączonych z bólami nerwowymi, wyborne działanie salolu, który zapisuję 4 razy dziennie po 15 granów.

D-r T. Heryng.

— Na posiedzeniu wyborem naszego towarzystwa lekarskiego wybrani zostali ponownie: na prezesa prof. BRODOWSKI, na wiceprezesa kol. PRZEWOŃSKI, na sekretarza dorocznego kol. JAKOWSKI.

— D-r MICHAŁ JANOCKI zawiadamia nas, że z dniem 1 Czerwca otwiera w Szczawnicy zakład inhalacyjny jodowy i solankowy, na wzór takichże zakładów w Gleichenbergu, Arco i Reichenhall. Będzie to pierwszy tego rodzaju zakład krajowy.

— D-r KARL CZOBOS poleca dla rozpoznawania zgęszczeń w wierzchołkach płuc, nowy sposób opukiwania, który nazywa *percussio auscultativa*. Polega on na tem, że stukając dwoma palcami jednej ręki z jednej strony klatki piersiowej, osłuchujemy jednocześnie z przeciwnej strony. Przy osłuchiowaniu szczytów płuc najwłaściwiej przyłożyć ucho na łopatkę, zaś palcem wskazicielem i trzecim stukać w obojczyk. Otrzymujemy przy tem dźwięk odmienny niż przy zwykłym opukiwaniu; dźwięk zmienia się przy wdechniu i wydechniu, a zwłaszcza stosownie do tego czy w pęcherzykach płucnych znajduje się powietrze lub nie. Jeżeli odwrócimy uwagę od szmeru oddechowego, to przysłuchując się dźwiękowi od ostukiwania obojczykiem, będziemy w możności stanowczo odróżnić czy szczyty są zgęszczone lub nie. Dźwięk jaki daje płuco zdrowe posiada właściwy odcień, podobny do dźwięku drgania małej metalowej blaszki, upadającej w odległości na przedmiot twardy; dźwięk ten jest silniejszy przy wdechu niż przy wydechu. Natomiast gdy płuco nie zawiera wcale powietrza lub niewiele zaledwie, słyszymy przy tem skombinowanym badaniu szczególnie przytłumiony dźwięk jakby zdala lub z głębi dochodziły głucho uderzenia, np. młotkiem o przedmiot twardy. Rozumie się, że przytłumienie dźwięku [głuchość dźwięku] mniejsza lub większa zależy od stopnia zgęszczenia płuca; tkanka tłuszczowa na obojczyku nie wpływa na zmianę tonu. U osób chudych *percussio auscultativa* daje się stosować na całej klatce piersiowej; u tustych zaś tylko na części klatki.

— W Paryżu odbędzie się w Lipcu r. b. Kongres dla badań nad gruźlicą pod przewodnictwem prof. VILLEMEN'a. Przedmiotem obrad będą następujące pytania: 1) Identyczność gruźlicy u bydła, drobiu i innych zwierząt — oraz u ludzi. 2) Stosunek laseczników do gruźlicy. 3) O szpitalach dla ludzi dotkniętych gruźlicą. 4) Czynniki niszczące laseczniki a ustrojowi ludzkiemu nieszkodliwe ze stanowiska profilaktyki i terapii gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej. Z komunikatami naukowymi należy się zwracać do D r a I. V. PETIT sekretarza jeneralnego — Paryż — Rue Mange 11. Uczestnicy kongresu płacą 20 franków [na ręce skarbnika G. MASSON'a [Boulevard St. Germain 120].

Zmarli: w Warszawie D-r JÓZEF NOWICKI, lekarz z Bielska.
w Paryżu DAMASCHINO profesor patologii i terapii szczegółowej.

Nadesłano do Redakcyi.

- Dwie Księgi Hipokratesa; przetłómaczył prof. D-r H. ŁUCZKIEWICZ. Warszawa. 1890.
M. HEILPERN. Zarys mikrochemii mineralnej i organicznej. Warszawa. 1890.
KURŁOW i WAGNER. O wlijanii żeludocznego soka człowieka na bolezniotwornyje zarodyszki. [Odb. z Wraza Nr. 43].
LOEWENBERG. Recherches acoustiques sur les voyelles nasales. Paris. 1889.
Neuere therapeutische Mittheilungen über Codein [Methyl-Morphin].
Diuretin [Theobromin-Natrio-salicylicum], ein neues Diureticum.
-

Do dzisiejszego N-r Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów tablicę z dwoma cynkotypami do artykułu D-ra EISENBERGA, oraz „Katalog dzieł“ księgarni W-go Wendego i S-ki za miesiąc Listopad 1889.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 29 Декабря 1889 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.



Xeroderma pigmentosum.