

GAZETA LEKARSKA.

I. BALSAM PERUWIJAŃSKI

W LECZENIU GRUŹLICY MIEJSCOWEJ.

[Rzecz, czytana na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w Październiku 1889 r.]

Przez

R. Jasińskiego,

chirurga warszawskiego szpitala dla dzieci.

Ponieważ kol. SCHRAM zapowiedział już dawno odczyt o leczeniu gruźlicy stawów i kości u dzieci, ograniczę się tutaj przeto jaknajtreściwszem zestawieniem danych, nie wdając się w ogólniejsze nad całością przedmiotu uwagi.

SAYRE ¹⁾ w lekcjach swych chirurgii ortopedycznej tak się wyraża o leczeniu ropni opadowych:

„Gdy istnieje ropień, należy go w najniżej położonem miejscu antyseptycznie szeroko otworzyć i z zawartości dokładnie opróżnić. Zdarzyć się może, iż chirurg napotka większe masy zmartwiałej tkanki, której czopy wyglądają jak kawałki zmaczanej waty; te twory powinien on dokładnie usunąć. Po opróżnieniu ropnia należy jamę wypełnić balsamem peruwijańskim, na otwór położyć nieco pakul i na to nałożyć opatrunek“.

Przytacza on też kilka historyj chorób, z których widać, że środek ten sprwadzał szybkie wyleczenie, przy wybornym przebiegu rany.

LANDERER, zachęcony temi wynikami, zaczął stosować maść z balsamu peruwijańskiego w licznych przypadkach owrzodzeń gruźliczych i otrzymywał bardzo dobre wyniki. Chcąc zaś leczyć ogniska gruźlicze głębiej leżące, stosować począł zawiesinę z tegoż balsamu, jako wstrzykiwania pod skórę, do przetok, do mięszsu, do okostnej, wreszcie wprost do żył ²⁾.

Najprzód przeprowadził on szereg doświadczeń na królikach, zarażonych sztucznie gruźlicą, a następnie na 51 osobach, dotkniętych cierpieniem gruźliczem stawów, kości, gruczołów, lub części miękkich. Wyniki były wysmienite:

¹⁾ L. SAYRE. Vorlesungem über orthopädische Chirurgie. II. Auflage. Deutsche Ausgabe v. Dumont. Wiëssbaden 1886. str. 311.

²⁾ LANDERER. Münchener med. Wochenschrift 1883 N. 40 i 41, oraz tamże 1889 N. 4 i w Centralblatt für klinische Medicin 1889 N. 18.

GROSTERN. Wiadomości terapeutyczne. Balsam peruwijański przeciw gruźlicy. Gazeta Lekarska. 1889 r. str. 404. Nr. 19.

Wstrzykiwał też balsam wprost do stawów i do mięszu płuc gruźliczych. Tych przypadków było 70. Wyniki znowu były świetne.

W roku bieżącym BRAEUTIGAM i NOWACK ¹⁾ ogłosili pracę, z której dowiadujemy się, że wynikiem doświadczeń, przez nich przedsięwziętych, jest szereg następujących wniosków:

- 1) Czysty balsam peruwijański niszczy w ciągu 24 godzin drobnoustroje.
- 2) Zawiesina, zawierająca mniej niż 20% balsamu, nie wywiera żadnego wpływu na rozwój i wzrost hodowli.
- 3) Skutki, otrzymywane przy stosowaniu balsamu peruwijańskiego, prawdopodobnie zależą od unicestwienia działania ptomainów.

Zachęcony do prób w tym kierunku, zacząłem stosować balsam peruwijański czysty, lub rozcieńczony nieco alkoholem, do opatrywania owrzodzeń gruźliczych oraz do wstrzykiwania w ropnie opadowe już otwarte i otrzymałem następujące wyniki:

I. Zdzisław M., 11 lat. *Coxitis tuberculosa*. Ropień, łączący się ze stawem. Przez 2 przetoki wstrzyknąłem 4 razy po 2 łyżki stołowe balsamu [co tydzień]. Po miesiącu zagoiło się wszystko doszczętnie.

II. Konstancy W., 5 lat. *Spondylitis cervicalis*. Było poprzednio porażenie wszystkich 4 kończyn. Leżał w szpitalu dziecinnym od 27. XI. 88. do 2. IV. 89.. Wyszedł wyleczony. W kilka tygodni zjawił się w ambulatoryjum z ropniami opadowymi po obu stronach szyi. Z jednej strony szerokie cięcie i wydbycie sekwestru, z drugiej przekłócie metodą MIKULICZA. Z obu stron powstały przetoki, wydzielające mnóstwo ropy. Po 16 wstrzyknięciach balsamu [co 3-ci dzień] wszystko zagojone.

III. Maryja P., 12 lat. *Olenitis tuberculosa*. Leczona była opatrunkami gipsowymi i arsenikiem, do wewnątrz podawanym. Przebieg był znośny przez 5 miesięcy. W Lutym otworzyły się przetokami 2 ropnie, prowadzące do stawu i do zniszczonych końców stawowych. Zastosowano: [przez pierwsze dni 6] po 3 razy dziennie moczenie łokcia w roztworze sublimatu 1:3000 po kwadransie, a potem, wyskrobawszy ziarninę z przetok, zatok i powierzchni stawowych, zacząłem wstrzykiwać balsam peruwijański co 3-ci dzień. Po 20 wstrzyknięciach, czyli po 2 miesiącach wszystko zagojone, kształty stawu prawie prawidłowe, ruchy tylko nieco ograniczone, bólów nie ma żadnych.

IV. Bronisław K., 8 lat. *Olenitis tuberculosa* od lat 4-ech—od Października przetoka, prowadząca do stawu. Kształt stawu wrzecionowaty, zgrubienie nasad, ruchy nadzwyczaj bolesne. Dnia 9. IV. b. r. zacząłem wstrzykiwać balsam 3 razy na tydzień. Dnia 29. V., a więc w półtora miesiąca wszystko najzupełniej zagojone. W stawie łokciowym nie ma prawie ani śladu poprzedniego cierpienia.

V. Bein F., lat 5. *Spondylitis cervicalis* od 1½ roku; przed Wielką Nocą b. r. przecięto mu ropień opadowy na szyi. Pozostała przetoka, która sączyła mnóstwo ropy; stosowano przez kilka tygodni balsam bez żadnego skut-

¹⁾ BRÄUTIGAM i NOWACK. Ueber die antibacilläre Kraft des Perubalsams. Centrbl. für klin. Medic. 1889. N. 24.

ku; otwór rozszerzono; ropień, nie sięgający do kości, wyskrobano i wypełniono muślinem jodoformowym. Ropienie prawie żadne.

VI. Szmul B., lat 6. *Osteitis tuberculosa*. Pięta kość śródreżca kolosalnie rozdęta, skóra na niej sina, przeświecająca. Cięcie szerokie, wyskrobanie i tamponada muślinem, zmoczonym w balsamie. Po 4 opatrunkach, czyli po 4 tygodniach wszystko bez śladu zagojone.

VII. Bronisław G., 11 lat. Od 3 lat: *coxitis dextra, luxatio pathologica*. Od 6-ciu miesięcy ma przetoki: jedną pod krętarzem wielkim, jedną u przyczepu *adductoris magni*, jedną na pośladku. Wszystkie prowadzą do stawu biodrowego. Ropienie ogromne. 3 wstrzyknięcia balsamu: 1-e 28-go Czerwca, 2-gie 30-go Czerwca, 3-cie 2-go Lipca. 10-go Lipca wypisaliśmy go ze szpitala, gdyż wszystko było zagojone.

8. Franciszka B., lat 6½. *Olenitis tuberculosa*. Zachorowała na 2 tygodnie przed Wielką Nocą. Przez 10 tygodni leczona opatrunkami gipsowymi i arszenikiem [wewnątrz]. W 10-ym tygodniu wytworzył się jeden ropień okostny, okołostawowy, a w 14-ym—drugi. Oba otwarto, wyskrobano i zalewano balsamem co 4 dni. W 4 tygodnie wszystko zagojone. Ruchy w stawie zadawalające.

IX. Edward K. *Pedarthrocace*. Dnia 24 Lipca b. r., rozszerzywszy przetoki, wyskrobałem spróchniałe kości napięstka, wydłubałem i przedziurawiłem kość piętową, założyłem w ten otwór sączek gumowy krótki. Wymywszy kwasem karbolowym 5% całą jamę, napełniłem ją balsamem peruwijańskim. Zmiana opatrunku raz na tydzień. Po 4-ch tygodniach pozostała tylko jedna mała przetoka. Matka zabrała chłopca ze szpitala na wieś.

X. Szmul N., 3 lata. *Olenitis tuberculosa*. Przybył do szpitala 28 Maja 1889 roku. Przy znacznem zajęciu końców stawowych, pod zgrubiałym i bolesnym wyrostkiem łokciowym ropień wielkości jaja gołębiego, pokryty bladą skórą. Rozcięcie ropnia, wyskrobienie owrzodzonej powierzchni wyrostka łokciowego d. 13 Czerwca b. r., 6 opatrunków z balsamu peruwijańskiego w ciągu 4 tygodni; d. 11. VII. 1889 wypisany po zupełnem wygojeniu. Ruchy stawu wyborne.

XI. Józef F., 1½ roku. *Olenitis suppurativa duplex pyaemica* po ospie. Rozcięcie powłok obu stawów i napełnienie ich balsamem. Po 3 opatrunkach [2 tygodniach] wszystko zagojone d. 9 Sierpnia roku bieżącego.

Oprócz tego mamy zanotowane w księdze ambulatoryjnej 16 przypadków cierpień gruźliczych skóry i kości, w których zaleciliśmy stosowanie balsamu. Kontrola przebiegu ich do ostatecznego zagojenia okazała się niemożliwą i dlatego nie śmiem ich tu przytaczać. W praktyce prywatnej stosowałem środek ten w 20 przypadkach z jaknajlepszym skutkiem.

Zdaje się, że wyniki powyżej przytoczone aż nadto są zachęcające. W Warszawie za moim przykładem poszli kol. JAWDYŃSKI i KŁEWSKI. Słyszę, że są nadzwyczaj zadowoleni z wyników ¹⁾.

¹⁾ VAMOSSY. (Wiener medicinische Presse 17, 18, 19 i 20. 1889 r.) przytacza około 30 przypadków. Rezultaty wyborne. Usunięcie doszczętne chorych części. Czasami działanie szkodliwe na

Uważam tutaj za rzecz konieczną dodać, że C. BINZ w *Centralblatt f. klin. Medicin* 15. N. 1889. powiada, iż w handlu spotyka się dużo zafałszowań balsamu peruwijańskiego, a czysty tylko z rzeczypospolitej San-Salvador sprowadzany bywa. Ażebymy być pewnym przeciwgruźliczego działania tego środka, należałoby otrzymywać go w stanie zupełnie czystym, lub używać głównych jego części składowych. Prawie 60% tego balsamu składa się z cinameiny, t. j. połączeń eteru benzyłowego z kwasami: cynamonowym i benzoesowym. Dalej znajdujemy około 10% wolnego kwasu cynamonowego i nieco wolnego kwasu benzoesowego. Przypuszczać należy, że przez sztuczne zmieszanie tych związków można by otrzymać środek zbliżony, lub identyczny w działaniu z balsamem peruwijańskim.

Ciekawą jest rzeczą, że wracamy tedy do bardzo starego środka, w opatrywaniu ran używanego; gdyż, o ile wiem, Jan JONSTON z Szamotuł, lekarz, praktykujący na dworze Leszczyńskich w Lesznie w wieku XVII, mówiąc o ranach kłótych nerwów i ścięgien, między innymi lekami zaleca też balsam peruwijański, jako: "*medicamentum tennue, mediocre excalesciens et siccans*"¹⁾.

II. XERODERMA PIGMENTOSUM.

(Poda)

D-r Med. Antoni Elsenberg,

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

[Dokończenie. — Patrz Nr. 3].

W otaczającej guziczki skórce, która się wydawała nowotworowo niezmienną, nie wzniesioną, przy badaniu drobnowidzowem dają się wykryć w powierzchownej warstwie rozrzucone twory rakowate, a czasem nawet i zgrupowane w guziczki duże jak główka od szpilki, które po zabarwieniu na skrawku już dla nieuzbrojonego oka stają się widocznymi.

Guziczek z u d a [wycięty wraz z sąsiednią skórą na $\frac{1}{2}$ ctm. przeszło] jest cokolwiek większy, niż ziarnko soczewicy, półkulisty i nagle prawie przechodzi w pozornie zdrową skórę. Budowa jego: rak, biorący początek z gruczołów łojowych i torebek włosowych. Pochodzenie nowotworu najlepiej jest widoczne na przylegającej do guziczka skórce, gdzie są już początki rozwoju raka, a do wytworzenia guza jeszcze nie dochodzi. Pod ścieńczałym naskórkiem, w tkance skóry jest znaczne nagromadzenie barwnika w komórkach tkanki łącznej, wokół naczyń; w głębokiej zaś warstwie [komórek cylindrycznych] naskórka, jak również i w komórkach nabłonka torebek włosowych barwnika

nerki (*albuminuria, cystitis, pyelitis, nephritis*), gdzie duże powierzchnie często były w zetknięciu z balsamem. — ALOIS JORIS [Centrbl. f. gesammte Therapie. 10. 1889] przytacza 3 przypadki z dobrym wynikiem.

1) JOH. JONSTON. Idea universae medicinae practicae. Amsterodami. 1644. str. 48.

ziarnistego, żółto-brunatnego o wiele mniej się znajduje. W tych też miejscach zaczyna się wytwarzanie tkanek nowotworowych.

W końcu wspomnę tu jeszcze o guziczka ch, w śledzionie znalezionych. Są one drobne, wielkości ziarnka prosa, a nawet mniejsze; chociaż niektóre są i duże, jak ziarnko soczewicy. Budowę mają zupełnie taką samą, jak i guziki skórne: takież same ciała rakowate, z takichże komórek się składające, tylko, że zapełniają zatoki żyłne, a podścieliskiem ich jest miąższ śledzionowy. Twory te bardzo szybko, i to w całym guziczku, ulegają zwyrodnieniu klejowatemu, mniej lub więcej zupełnemu, tak, że w niektórych guziczkach widać jeszcze i granice komórek, chociaż ciała ich się nie barwią, i jądra. Należy przyjąć, że guziczki te rozwinęły się w zatokach żylnych śledziony z zanieśionych tam przez strumień krwi komórek tworów rakowatych skóry; w oddzielnych bowiem zatokach widzimy rozwijające się komórki nabłonka stożkowego, zapełniające zatoki, a *endothelium* tych ostatnich jest dobrze zachowany. — Nadmienię tu jeszcze, że badanie drobnowidzowe nie wykazało takich guziczków w wątrobie i nerkach, a narządy te, jak i nadnercza, nie przedstawiały żadnych zmian patologicznych.

Co się tyczy zmian skóry, gdzie guziczków nowotworowych nie było, to one ze wszystkich badanych okolic twarzy, szyi i ręki, były jedne i te same i dlatego wyniki badania razem tu podaję.

Naskórek jest niezmiernie zcieńczały: najgrubszą jego warstwę stanowią komórki zrogowaciałe i obficie się łuszczące, dalej idzie jeden lub 2 rzędy, rzadziej więcej, komórek zębiastych (*Stachelzellen*) i najgłębsza warstwa komórek cylindrycznych, które zawierają dosyć dużo ziarenek brunatnego barwnika. Brodawek w obrębie plamki brak; naskórek nie zagłębia się w skórę, ale pokrywa ją pod równą linią; po za plamką zaś brodawki są bardzo małe, krótkie, niewydatne: więc warstwa brodawek skóry w obrębie plamki w zupełności zanikła.

Cała skóra właściwa jest znacznie cieńszą, zaledwie do połowy swej zwykłej grubości w tych miejscach dochodzi. Komórek zawiera niewiele; są one wrzecionowate, o małym, również wrzecionowatym, lub owalnym jądrze. Więcej komórek i większych nieco gromadzi się w powierzchniowej warstwie skóry naokoło naczyń krwionośnych i torebek włosowych. W tych to komórkach jest najwięcej barwnika i prawdopodobnie z nich dostaje się dopiero do głębokiej warstwy naskórka i do zewnętrznych warstw nabłonka torebek włosowych. Istota międzykomórkowa jest dosyć zbita, włóknista, falista i nie ma wcale włókien sprężystych. Naczyń krwionośnych w skórze właściwej jest niewiele i w tych zmianach nie widać. Mięśnie skóry w znacznej części uległy zanikowi; wątle, cienkie ich pęczki gdziegdzie dają się jednak widzieć.

I tkanka podskórna tłuszczowa nie pozostaje bez zmiany: przedstawia ona nacieczenie komórkowe dosyć znaczne naokoło naczyń i komórek tłuszczowych ściany naczyń są w wielu miejscach bardzo znacznie zgrubiałe, a światło ich małe, nieraz prawie zamknięte bujającymi komórkami endotelialnymi. Smugi łączno-tkankowe, towarzyszące naczyniom, a oddzielające grupy komórek tłuszczowych, są widocznie zgrubiałe, włókniste. Nie przeczę, że takie zmiany,

tylko w znacznie mniejszym stopniu, możnaby przypisać stopniowemu zanikowi tkanki tłuszczowej przy upadku odżywiania i chudnieniu; ale tak znaczne nacieczenie komórkowe całej tkanki tłuszczowej i wokół naczyń, ze zmianami w tych ostatnich, bardziej jest podobne do nacieczenia zapalnego i skłania mię do przypuszczenia, że i bogatszy rozwój tkanki włóknistej można odnieść do dawniejszych i również zapalno-zanikowych zmian tkanki tłuszczowej. Te zmiany tkanki tłuszczowej znajdowałem nie tylko w miejscach, odpowiadających plamkom barwnikowym, ale i w tkance pod większemi i mniejszemi guzikami nowotworowemi, nieuległemi rozpadowi lub owrzodzeniu: można więc przyjąć, że tam, gdzie skóra wykazuje zmiany, jednocześnie i tkanka podskórna tłuszczowa jest zmieniona.

Wracając do skóry, zauważę, jak to już wreszcie przy badaniu guziczków drobniejszych wspomniałem, że w większości plamek barwnikowych, które wydają się niewystającymi ponad poziom skóry, badanie drobnowidzowe wykazuje już zmiany, przedewszystkiem w torebkach włosowych, zapowiadające rozwój raka. A nieraz zmiany te są już tak duże, że przypominają twory rakowate poprzednio opisanych guzów. W innych znów miejscach tkanka łączna się rozwija i przybiera charakter tkanki mięsakowej z dużemi nieraz komórkami, jak małe olbrzymie komórki i tak znaczną ilością szerokich naczyń, że możnaby miejsce takie nazwać naczyniakiem mięsakowym (*angioma sarcomatodes*). A właściwie tych przestworów, krwią napełnionych, nie można nawet nazwać naczyniami; podobne są one raczej do zatok żylnych, bo ścian własnych nie mają, a przedstawiają tylko przestrzenie, wysłane wydatnemi, jakby nabrzmałemi komórkami endotelijalnemi. Takiej budowy guziczki, w grubości skóry się znajdujące, dochodzą nawet i do wielkości ziarnka konopnego i nieraz leżą tuż obok rozwijającego się drobnowidzowego ogniska rakowatego, albo też twory rakowate wra- stają w taki guziczek mięsakowy ¹⁾.

Z badań moich jest widocznem, że guzy na skórze były zwykle mieszane, mianowicie: raki z niewielką domieszką tkanki mięsakowej. W niektórych jednak guzach tkanka sarkomatyczna brała przewagę i wtedy zaledwie rozsiane

¹⁾ W roku 1886 na oddziale moim przebywała 16-letnia dziewczyna, S. B., z objawami typowego kserodermatu, ze zmianami zanikowemi skóry na twarzy, szyi i rękach, z plamkami barwnikowemi niezbyt obfitemi, a z których większość była ciemno-żółtego, lub żółto-brunatnawego koloru. Na lewym policzku i skrzydłach nosa znajdowały się nieliczne guziki, z których jeden, blisko końca nosa siedzący, był kształtu i wielkości średniej maliny, czerwonawy, obnażony. Od matki jej dowiedziałem się, że pigmentacje „piegi“, na twarzy i rękach zauważyła w najwcześniejszem dzieciństwie, a guziczki od trzech lat dopiero wytwarzać się poczęły. Stan zdrowia rodziców chorej jest zadawala- jący; żadnego nie znalazłem cierpienia, któreby dziedzicznie przejść mogło na potomstwo. Z rodzeń- stwa zaś starsza jej siostra, R. B., dotknięta była podobnem jak i nasza chora cierpieniem; guziczki z nosa i t. d. wycinał jej dwukrotnie kolega Chwat; gdy jednak w r. 1885 znów się zregenerowały, udała się do kliniki chirurgicznej królewieckiej, gdzie zmarła przy objawach uogólnienia raka.

Chorej naszej, której stan nie był wcale groźnym, wyciąłem guziczek wielkości maliny [siedzący szeroką podstawą blisko końca nosa] do badania drobnowidzowego, które mi wykazało taką samą budowę raka, jak i opisane powyżej guzy. Chorą i preparaty drobnowidzowe pokazywałem wielu kolegom, odwiedzającym mój oddział.

gdzieniegdzie twory rakowate dawały się widzieć, jak np. w guziku na czole (*sarcoma gigantocellulare*), na brodzie: były więc i guzy takie, w których to jedna, to druga tkanka patologiczna przeważała.

Co powoduje rozwój nowotworów? Badanie drobnowidzowe nie pewnego nam w tym względzie nie wykazuje, ale daje pole do mniej lub więcej prawdopodobnych hipotez. Faktem jest oddawna znanym, że z brodawek pigmentowanych i t. d. bardzo często rozwijają się nowotwory złośliwe. Barwnik ma tu pobudzać tkanki do nowotworzenia. KAPOSI przypuszcza, że analogiczna sprawa zachodzić musi i przy *xeroderma pigmentosum*. Jeżeli zwrócimy uwagę na tę jednogodność, z jaką wszyscy, piszący o kserodermacie, wspominają, że w młodym wieku u chorych rozwijają się raki lub mięsaki bardzo liczne, w wielu miejscach na raz i to z tych drobnych plamek barwnikowych, że nowotwory te zdolne są do generalizacji, to mimowoli nasuwa się myśl powiązania dwu tych objawów. Jest rzeczą wielce prawdopodobną, że barwnik, lub też ta sprawa, która powoduje jego wytwarzanie się w danym miejscu, jest właśnie tym bodźcem, wywołującym rozwój nowotworów złośliwych. Na preparatach moich, tak z guzów, jak i skóry pigmentowanej, uderzającym jest bujanie tkanki łącznej dokoła naczyń, lub rozmnażanie się nabłonka torebek włosowych i t. d., tam, gdzie dużo nagromadziło się barwnika i te tylko części zwyrodnieniu nowotworowemu początkowo ulegają. Widzieliśmy więc wszędzie niemal nowotwory mieszane z tkanki sarkomatycznej lub nabłonkowej, w których niekiedy to jedna to druga z nich przeważała. Godnem jest jednak zaznaczenia, że w większych guzach barwnika było bardzo mało, a niekiedy i zupełnie go brakło; być bardzo może, że z czasem zniknął i jakakolwiek drogą wydzielał się z ustroju.

Prócz tego PICK ¹⁾ i NEISSER ²⁾, podobnie jak THIERSCH, nietylko barwnikowi ale i zanikowi skóry przypisują niemałą rolę w tworzeniu się raków; zanikła bowiem tkanka łączna, podług nich, nie stawia już nabłonkowi zapory do żywszego bujania, nabłonkowi, który jest zawsze w stanie zarodkowym, a więc zdolnym do ciągłego mnożenia się; wskutek tego dochodzi on do rozwoju już patologicznego.

Co do części skóry, które mianowicie dały początek rakowi, z powyższego opisu mego nie może ulegać wątpliwości, że tylko torebki włosowe i gruczoły łojowe, a w małej tylko części cylindryczne komórki warstwy MALPIGHUSZ'a w wytworzeniu go udział przyjmowały; w pozostałych bowiem warstwach naskórka raczej widać zanik, aniżeli jakakolwiek dążność do zmian postępowych. Co prawda, w większych ciałach rakowatych, bliżej ich środka komórki bywały sześciennie i wielokątne, w środku nawet ulegały rogowaceniu, tworząc *globes epidermiques*; ale było takich ciał niewiele, a z drugiej strony, komórki cylindryczne mogły drogą stopniowych zmian przy ciągłym mnożeniu się wytworzyć płaskie, rogowaciejące pierwiastki anatomiczne; albo też komórki płaskie i rogowaciejące w wielu miejscach były pozostałością wewnętrzną to-

¹⁾ Ueber Melanosis lenticularis progressiva etc. Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. I Congres. 1889. Str. 272.

²⁾ Ueber das „Xeroderma pigmentosum“, „Liddermia essentialis etc.“ Vierteljahresschrift für Derm. und Syphilis 1883 r., pag. 47.

rebki włosowej, po zaniknięciu włosa. Jest to więc już drugi mój przypadek kserodermatu, w którym podobne pochodzenie ciał rakowatych wykazałem, a o ile mi wiadomo, tylko VIDAL i LELOIR ¹⁾ wspominają, że znajdowali guziczki rakowate, które się prawdopodobnie rozwinęły z gruczolów skórnych, budowa jednak guziczków była: rak skórny, płaskokomórkowy (*epithelioma*), z dużą ilością kul naskórka zrogowaciałego. Wogóle jednak na histogenezę raka w *xeroderma pigmentosum* mało zwracano uwagę, jako na kwestyję drugorzędną w tej postaci chorobowej. Ale z góry możnaby powiedzieć, że jeżeli nie we wszystkich, to w większości przypadków kserodermatu, rak chyba rozwijał się przeważnie z nabłonka torebek włosowych i t. d., bo naokoło nich i w zewnętrznej warstwie ich komórek zawsze znajdowano dużo barwnika, z którym najczęściej w pewnym związku jest tworzenie się nowotworu z tej tkanki, w jakiej się barwnik nagromadza.

Więcej trudności przedstawia objaśnienie powstawania zaniku skóry i jego stosunku do nagromadzenia się w skórze barwnika. Różni autorzy różnie o tem poglądy wygłaszają. Według KAPOSZ'ego, zanik skóry zaczyna się od warstwy brodawkowej, później naskórka, a następnie dopiero przechodzi na skórę właściwą, zmiany zaś pigmentacji uważa za następstwo sprawy zanikowej, jak to często i przy innych podobnych sprawach bywa. Również przypuszcza i tę możliwość, że początkiem tu jest zanik naczyń, który powoduje zanik skóry, nieprawidłową pigmentację, a po części i (*telangiectasie*) naczylniaki.

Inni, jak NEISSER, VIDAL i LELOIR, PICK wykazują miejscami zanik naczyń i tkanki skóry, miejscami rozszerzenie ich i nagromadzenie barwnika. PICK ²⁾ opisuje nawet zmiany wewnętrznej i zewnętrznej błony tętnic (*endo-et peri-arteriitis*) przeważnie w warstwie brodawkowej skóry, a nadto utrzymuje, że gdzie nie ma nacieczenia komórkowego w skórze, barwnik znajduje się w warstwie MALPIGHUSZ'a, a gdzie nacieczenie większe, tam cały barwnik znajduje się w komórkach nasiękowych, a naskórek pozostaje prawie bez barwnika.

EHRMANN ³⁾ badaniami swemi przekonał, że najwięcej barwnika znajduje się w komórkach, otaczających siatkę naczyńową tuż pod naskórkiem, a ztąd dopiero dostaje się do naskórka. DEMIEVILLE zaś ⁴⁾ w plamkach barwnikowych znalazł nacieczenie komórkowe w skórze i błonie zewnętrznej naczyń, naczynia zgrubiałe, część ich zarośnięta, inna drożna, i około tych ostatnich zbiera się barwnik, który i w sieci MALPIGHUSZ'a się znajduje. Takie same zmiany bywają i przy piegach. Nietrudno tu upatrzeć analogiję, jak to PICK czyni, między powyżej przytoczonymi zmianami i zmianami, znajdowanymi przy *xeroderma pigmentosum*. Zmiany takie i my znaleźliśmy w skórze: rozszerzone naczynia — otoczone komórkami przeciążonymi barwnikiem, naczyń mało, lub nikłe, a barwnika nie ma. Ale zmiany, jakie znalazłem w tkance podskórnej tłuszczo-

¹⁾ L. c. str. 641.

²⁾ Vierteljahresschrift f. Dermatol. und Syphilis r. 1884, str. 13.

³⁾ Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Hautpigmentes. Vierteljahresschrift f. Derm. und Syphil. r. 1887.

⁴⁾ Ueber die Pigmentflecke der Haut. VICH. Archiv. Bd, 81.

wej [jeśli dalsze dochodzenia w innych przypadkach tej choroby potwierdzą jej] pozwalają mi na zapuszczenie się w inną hipotezę. Zmiany barwnikowe na skórze są ograniczone do pewnych okolic [terytoryjów], drobnych; można przypuścić, że każde z drobnych miejsc skóry jest zaopatrywane w materiał odżywczy przez sieć naczyniową, pochodzącą z jednej drobnutkiej gałązki tętniczej, znajdującej się w tkance podskórnej, gdy więc nastąpi zamknięcie tej gałązki przez sprawę wewnątrz- i zewnątrz tętniczą musi nastąpić również i zamknięcie całej sieci naczyniowej pewnej okolicy, a tem samem i zanik w tem miejscu skóry; jednocześnie zaś sąsiednie okolice, jedna lub więcej, uległyby przekrwieniu, naczynia rozszerzyłyby się, a wokoło nich zbierające się komórki napęczniełyby się barwnikiem i t. d. Naturalnie, żeby takie zmiany w małych cząsteczkach skóry wywołać, nie potrzeba na to bardzo rozległej lub natężonej sprawy w tkance podskórnej, takiej, któraby stwardnienie tej ostatniej i nieruchomość skóry spowodowała. Na to wystarczą gdzieś drobne zmiany zapalne tkanki podskórnej, a przedewszystkiem pewnej ilości naczyń. Ale, by przypuszczenie to miało cechę prawdopodobieństwa, należy przekonać się że już w początkowych fazach kserodermatu istnieją takie zmiany w tkance podskórnej i że nie są one następstwem; a dalej, wstrzykiwaniami do naczyń, np. grzbietu ręki, w razie zdarzającego się badania pośmiertnego, należy wykazać terytoryjalny zanik naczyń i okolicowe ich rozszerzenie, a seryją robione skrawki ze skóry i tkanki podskórnej kilku drobnych okolic mogą przekonać przy badaniu drobnowidzowem, czy źródło zmian naczyniowych skóry leży w zmianach naczyń tkanki podskórnej.

III. O WYNIKACH CHIRURGICZNEGO LECZENIA SUCHOT KRTANI.

Podał

Teodor Heryng,
ordynator szpitala Ś-go Rocha.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 3].

Tablica IV, wyżej podana, mieści w sobie 10 spostrzeżeń, w których miejscowo tylko kwas mleczny był stosowanym. Wszystkie spostrzeżenia dotyczą mężczyzn pomiędzy 25 a 45 rokiem życia. Dziedziczność tylko w dwóch przypadkach stwierdzić się dała, 4 chorych poprzednio cierpiało na krwotoki płucne. U wszystkich chorych płuca przedstawiały wybitne zmiany gruźliczego cierpienia, a płwocina zawierała laseczniki Koch'a. Co do umiejscowienia cierpienia w krtani, dotknięte były:

nagłośnia	1 raz,
tylna ściana	5 razy,
struny prawdziwe	9 „ ,
stuny fałszywe	1 raz.

Szczegóły zablźnienia i czas jego trwania, znajdzie czytelnik w tablicy.

Tablica IV-ta. Spostrzeżenia przypadków suchot krtani,

Numer.	Data pierwszego badania.	Nazwisko, imię i zajęcie.	Wiek.	Anamneza.	Dziedziczność.	Krwio-plucie.	Stan ogólny. Czynności.	Stan płuc.
1	28. III. 1887.	Kied., urzędnik.	43	Od 3-eh tygodni kaszel i chrypka.	Matka i brat zmarli z suchot płucnych.	—	Odżywianie względnie niezłe, zarówno jak i siły; stan bezgorączkowy.	Pod prawą łopatką lekkie stępienie; oddech nieokreślony.
2	18. VII. 1887.	D.	30	Przed laty 6-ciu przebył zapalenie płuc. Od Maja chrypka, ból przy łykaniu, kaszel męczący.	—	—	Nieznaczne wychudnienie; siły słabe, brak łaknienia.	W prawym wierzchołku <i>respir. aspera; in fossa supra-spin. dextra respir. bronchialis.</i>
3	18. VI. 1887.	Zal.	39	Oddawna kaszle; od Kwietnia chrypka.	Siostra zmarła z suchot.	Miał raz krwotok płucny.	Odżywianie dobre, również i siły; dużo kaszle.	W prawym wierzchołku stępienie, oddech oskrzelowy.
4	4. XI. 1887.	Leon R.	45	Kaszle od 2 lat; chrypka od kilku tygodni, przedtem przed laty przebywał przymiot.	—	—	Odżywianie średnie, stan bezgorączkowy, ból przy łykaniu nieznaczny. Chrypka.	Nasięki w obu wierzchołkach, liczne rzeżenia trzeszczące.
5	Styczeń 1888.	Mal., urzędnik.	28	Kaszle od roku; później gorączka, wychudnienie, poty nocne; chrypka od Lipca 1888 r. i utrudnione łykanie.	—	—	Odżywianie względnie niezłe, stan bezgorączkowy, kaszel, chrypka.	W prawym wierzchołku <i>resp. aspera prolongata</i> , z tyłu <i>respir. indeterminata</i> , w lewym wierzchołku stępienie do 3 żebra. Nieliczne rzeżenia.
6	Maj 1887.	R.	21	Od kilku miesięcy kaszel, gorączka, chrypka, utrudnione łykanie.	—	—	Osobnik skrofuliczny; upadek sił, niedokrwistość; męczący kaszel; łykać nie może.	Nasięk lewego płuca, głównie z tyłu i u wierzchołka. <i>Bronchitis suspecta in apice dextro.</i>
7	Styczeń 1888.	Maks M.	30	Przed 4 laty przymiot, od kilku miesięcy chrypka.	—	Płuł krwią.	Odżywianie doskonałe, budowa silna; duży pokład tkanki tłuszczowej, robi wrażenie kwitnącego zdrowia.	W prawym wierzchołku i na lewej łopatkę rozległe nasięki; <i>respir. bronchialis.</i>

w których uzyskano zablźnienie przy pomocy kwasu mlecznego.

Badanie płwociny.	Zmiany w krtani.	Leczenie.	Przebieg. Wyniki.	Data ostatniego badania.	U w a g i.
Laseczniki w płwocinie.	Owrodzenie tylnej ściany; nasięk lewego więzła bocznego.	Kwas mleczny.	Po 2-eh miesiącach zablźnienie zupełne.	—	Podczas mojej nieobecności D-r WRÓBLEWSKI znalazł zablźnienie trwające aż do ostatnich czasów.
Laseczniki w płwocinie.	<i>Chorditis tuberculosa ulcero duplex.</i> Grzybiasty nasięk tylnej ściany.	Kwas mleczny.	Po 4-eh tygodniach głos silniejszy, bóle przy połykaniu ustały. Częściowe zablźnienie tylnej ściany i strun.	—	—
Laseczniki w płwocinie.	Dwa owrodzenia soczewicowate na wewnętrznej powierzchni nagłośni i w 1/3 przedniej struny głosowej prawdziwej, później na <i>proc. vocalis.</i>	Kwas mleczny.	Zablźnienie po 3-eh miesiącach.	—	Podczas mego pobytu w San Remo leczony przez D-ra WRÓBLEWSKIEGO, który znalazł stan pomyślny aż do ostatniej chwili.
Laseczniki w płwocinie.	Obie struny fałszywe obrzmiałe i czerwone; prawa struna prawdziwa rozszczepiona i nasięknęta; nalot na tylnej ścianie.	Kwas mleczny. Jodek potasu.	Zablźnienie w krtani zupełne; znaczna poprawa stanu ogólnego.	—	W ostatnich miesiącach powrót przymiotu, skonstatowany przez D-ra WRÓBLEWSKIEGO.
Laseczniki w płwocinie.	Na lewym <i>proc. voc.</i> owrodzenie soczewicowate, przechodzące na górną powierzchnię struny prawdziwej.	Kwas mleczny.	Po 6 tygodniach zablźnienie.	—	Chorego leczyłem w San-Remo.
Laseczniki w płwocinie.	Rozległy nasięk ściany tylnej z owrodzeniem kraterowem. <i>Chorditis tuberculosa sinistra</i> , nagłośnia obrzmiała i owrodzona.	Kwas mleczny.	Po 5 miesiącach miejscowego leczenia przełykanie niebolesne; głos wrócił; nasięki i owrodzenia zagojone. Znaczna poprawa ogólnego stanu i płuc.	11. XI. 1889.	Znakomita poprawa stanu ogólnego i płuc; wygląd dobry; znacznie utył. W krtani ani owrodzeń, ani nasięków; głos silny, lecz nieczysty; leczenie miejscowe prowadził D-r OETUSZEWSKI. W płwocinie laseczniki [D-r PRZEWOSKI].
Laseczniki w płwocinie [prof. ERB].	<i>Chorditis ulcerosa dextra</i> z rozszczepieniem i owrodzeniem struny przy <i>proc. vocalis</i> ; złuszczenie nabłonka na ścianie tylnej.	Kwas mleczny.	Zupełne wyleczenie krtani po 2 miesiącach.	Marzec 1888.	Zablźnienie, potwierdzone przez pr. MACKENZIE'go i D-ra SECCI'ego w San-Remo.

Numer.	Dzień pierwszego badania.	Nazwisko, Imię i zajęcie.	Wiek.	Anamneza.	Dziedziczność.	Krwioplucie.	Stan ogólny. Czynności.	Stan płuc.
8	16. VI. 1888.	Kapitan S.	28	Od 3-ich miesięcy chudnie, kaszle, chrypi.	—	—	Niedokrwisty. Odżywianie i łaknienie względnie niezłe; kaszel męczący; stan bezgorączkowy.	Na lewej łopatkce stopien z oddechem zbliżonym do oskrzelowego.
9	2. VII. 1889.	B-g.	31	Bardzo skłonny do nieżytów oskrzeli; przebywał częstą malaryję; w Kwietniu ochrypił, zaczął gorączkować i chudnąć.	—	Przed 2-ma laty pluć krwią.	Szczupłej budowy, niedokrwisty, chrypi, obecnie nie gorączkuje; <i>tumor lienis</i> .	Lekkie stopienie w prawym wierzchołku i nad łopatką lewą. Tamże oddech prawie oskrzelowy.
10	4. VII. 1889.	Cyt.	25	Na płuca chory od roku. Chrypka od kilku tygodni; spędził zimę w San-Remo; powrócił z poprawą.	—	We Wrześniu 1888 r. pluć krwią.	Stan bezgorączkowy [poprzednio silnie gorączkował]; głos sflumiony; nie kaszle; mało pluje; siły i łaknienie dobre; częste bicie serca; <i>tumor lienis</i> .	<i>Bronchitis suspecta</i> prawego wierzchołka; nasiek lewego szczytu; stopienie; oddech oskrzelowy.

Dział krytyczny.

Podałem już poprzednio ocenę i poglądy na chirurgiczne leczenie suchot krtani, ogłoszone przez SCHMIDT'a, KRAUSE'go, SCHECH'a i KEIMER'a. Wszyscy oni oświadczyli się za jego pożytecznością i wyższością w porównaniu do metod poprzednio używanych. Wypada więc teraz zapoznać czytelnika i z poglądem przeciwników nowego kierunku. U nas przeciwko wyleczalności suchot krtani wystąpił w 1886 r. kol. SOKOŁOWSKI. Dziś zalicza się on sam do gorliwych zwolenników chirurgicznego leczenia. Na ostatnim zjeździe przyrodników we Lwowie ogłosił wyniki porównawcze 50 przypadków suchot krtani, nieleczonych miejscowo i 50, leczonych metodą, nazwaną przezeń „metodą skombinowanego chirurgicznego leczenia“ ¹⁾. Podciąga on pod to miano stosowanie kwasu mlecznego, łyżeczkowanie i galwanokaustykę. W pierwszej kategorii uzyskał 16% poprawy, w drugiej 80%. Kiureta stosowaną była tylko pięć razy. Szczegółowy opis kazuistyczny spostrzeżeń, stanowiących jego materyjał obserwacyjny, ogłoszony został później przez asystenta oddziału, D-ra SĘDZIĄKA, w Kronice lekarskiej ²⁾. W sumiennej tej pracy przytacza SĘDZIĄK nietylko dowody istnienia

¹⁾ Gazeta Lekarska. Nr. 38. 1888.

²⁾ Kronika Lekarska. 1889 r. N-ra 5 i 6.

Badanie płwociny.	Zmiany w krtani.	Leczenie.	Przebieg. Wyniki.	Data ostatniego badania.	Uwagi.
Laseczniki w płwocinie.	Owrzodzenie ściany tylnej i obu strun prawdziwych.	Kwas mleczny.	Zupełne zablźnienie krtani; znaczna poprawa sił i stanu płuc.	Lipiec 1889.	W Mentonie obserwowany przez D-ra CUBE'go; ożenił się.
Laseczniki i włókna sprężyste w płwocinie.	Owrzodzenie powierzchni tylnej ściany, wyraźne blizny na strunach głosowych.	Kwas mleczny.	Po leczeniu w Gleichenbergu znakomita poprawa stanu ogólnego i płuc. Zablźnienie strun.	15. XI. 1889.	Leczenie miejscowe prowadził w Gleichenbergu D-r CLAR. W Październiku przebył <i>pleuritis exsudativa dextra. Thoracocentesis.</i> Wysiłek wessany; obecnie stan dobry.
Laseczniki w płwocinie.	Owrzodzenie ściany tylnej i obu wyrostków głosowych; struny czerwone, nieco obrzmiałe.	Kwas mleczny.	Zupełne zablźnienie krtani, poprawa sił, stanu ogólnego i płuc.	10. XI. 1889.	W Gleichenbergu leczony przez D-ra BRÜHL'a.

pierwotnej gruźlicy krtani, lecz i dowody anatomiczne jej wyleczalności. Zawiera ona szczegółowy i krytyczny rozbiór, stosowanych dotąd przy leczeniu suchot krtani środków i metod. Znajdujemy w niej nie tylko rozbiór wyników działania leczniczego kwasu mlecznego, jodoformu, jodolu, kreozotu, kreoliny, mentolu, kwasu bornego, kwasu karbolowego, sublimatu, kwasu chromnego, ale nawet środków przez niektórych tylko lekarzy używanych, dziś już zarzuconych, jakoto: węgla drzewnego, salolu, bendźwinianu sodu i t. d.

Obszerniej omówionem jest działanie kwasu mlecznego, jodoformu i galwanokaustyki. D-r SĘDZIAK potwierdza pomyslnie działanie kwasu mlecznego na owrzodzenia strun prawdziwych i fałszywych i zgadza się ze mną, że w owrzodzeniach nagłośni i tylnej ściany, zarówno jak i przy nasiękach, działanie jego jest zbyt słabe i w żadnym razie jako swoiste uważanem być nie może. Co do jodoformu — sądzi, że pod jego wpływem owrzodzenia powierzchniowe strun oczyścić i zablźnić się mogą; nie wierzy jednak, aby jodoformem można było osiągnąć zablźnienie głębokich owrzodzeń gruźliczych w krtani. Nie podziela on również zdania MASSE'ego, jakoby jodoform łagodził bolesne przetykanie. O jodolu wyraża SĘDZIAK wątpliwość, aby, prócz braku przykrego zapachu, posiadał nad jodoformem wybitne jakie zalety. Stosował go wszędzie, gdzie kwas mleczny dla jakichkolwiek względów nie mógł być używanym. Sądzi, że

jako środek pomocniczy może mieć swoje znaczenie. Kreoliną, zalecaną przez SCHNITZLER'a w postaci inhalacyj i pędzlowań, próby robiono u 5-ciu chorych; nie dały one wcale zadawalających wyników. Mentol, zachwalany przez B. FRAENKEL'a i ROSENBERG'a, stosowano u 4-ech chorych, bez dodatniego jednak wyniku: poprawa była podmiotową; owrzodzenia pozostawały zwykle bez zmiany. Mówiąc o galwanokaustyce, stosowanej przez SOKOŁOWSKIEGO przy owrzodzeniach gruźliczych, SĘDZIAK wyraża swe zdziwienie, dla czego środek ten przy suchotach krtaniowych tak mało jest dotąd używany. Nie podziela on poglądu MOURE'a, który widział po niej występowanie objawów zapalnych i obrzęku nagłośni. Opierając się na 6-ciu spostrzeżeniach, w których stosował ją z mniejszym lub większym powodzeniem, przepowiada jej jedno z wybitniejszych miejsc w rzędzie metod leczniczych suchot krtaniowych. Co do mnie, kilkakrotnie już wypowiedziałem mój pogląd, oparty na własnym doświadczeniu, że jakkolwiek przy stosowaniu żegadła na ograniczone guzowate nacieczenia tylnej ściany, można uzyskać zabliznienie, to jednak w moich przypadkach środek ten, użyty energicznie, wywoływał zawsze silny odczyn zapalny, powiększał obrzęki, sprowadzał lub podtrzymywał przez dłuższy czas, bo do dwóch tygodni trwające, silnie utrudnienie polykania, strup zaś odpadał dopiero w 12-tym, a raz aż w 18-ym dniu, wywołując drażnienie i kaszel. Wreszcie w dwóch przypadkach z powodu powiększenia się nasięku musiałem jednak uciec się do kiurety, aby usunąć przykre uczucie w krtani i bóle przy polykaniu. W tem miejscu zaznaczam, że po łyżeczkowaniu, już po dziesięciu dniach u tychże chorych następowało zabliznienie. Metoda ta nawet przez GOUGENHEIM'a, który ją z początku bardzo chętnie stosował, porzuconą została. Co do ściśle chirurgicznego leczenia suchot krtani, SOKOŁOWSKI jest zwolennikiem nacięć głębokich krtani, zalecanych przez SCHMIDT'a. O wartości łyżeczkowania wyraża się autor, że SOKOŁOWSKI stwierdził pomyślne działanie tej metody zarówno co do poprawy polykania jakoteż uzyskania zabliznienia owrzodzeń, dalej niewielki odczyn zapalny po operacji. Na zasadzie osobistych doświadczeń zgadza się on z poglądem, wypowiedzianym przez większość obecnych na Zjeździe w Wiesbaden laryngologów, że kwas mleczny i chirurgiczne leczenie uważać należy za wielki krok naprzód, do wyleczenia gruźlicy krtani prowadzący.

Przystępuję teraz do krytycznego rozbioru leczniczych metod suchot krtani prof. SCHNITZLER'a, który poglądy swe na tę palącą dziś kwestyję wypowiedział w Listopadzie tego roku w Paryżu, na Zjeździe międzynarodowym laryngologów, a w kilka dni później na Zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników, odbytym w Heidelbergu. Praca ukazała się jednocześnie w dwóch językach: po francuzku w *Revue de laryngologie* MOURE'a [N. 19 r. 1889] i po niemiecku w *Intern. klinische Rundschau* [N. 40. 1889]. Tytuł jej: „Aforyzmy, tyzące się rozpoznawania i leczenia suchot krtani“. Ze względu, że wypowiedziana została przez przedstawiciela renomowanej w kierunku laryngologii wszechniczy wiedeńskiej, wymaga z mej strony obszerniejszego rozbioru.

Dla lepszego uwydatnienia różnicy pomiędzy mną a SCHNITZLER'em, wywody jego podaję w streszczeniu.

Odczyt miał na celu nie tylko wyświetlenie wartości różnych leczniczych metod suchot krtaniowych, lecz poruszył jednocześnie kwestyje blisko z nią związane, a mianowicie: kwestyje istnienia t. zw. owrzodzeń nieżytowych i ich stosunku do gruźlicy krtani i kwestyje rozpoznawczego znaczenia owych drobnych, szarawych guziczków, w początkowym okresie suchot krtaniowych występujących. Tylko ostatni punkt szczegółowemu poddam rozbirowi, ponieważ kwestyje owrzodzeń nieżytowych rozebrałem już w mojej pracy, drukowanej w *Revue de laryngologie MOURE'a* 1884 r. i we wspomnianej już książce.

SCHNITZLER nie zgadza się ze SCHROETTER'em, jakoby owrzodzenia nieżytowe były zawsze na tle przymiotu, lub gruźliczem. Co do mnie, to 15 spostrzeżeń przez dłuższy czas obserwowanych, pomiędzy którymi znajdują się chorzy po dziś dzień żyjący, najzupełniej mnie upoważniają do podzielenia zdania SCHNITZLER'a. Na poparcie swego zdania przytoczył on spostrzeżenie, mnie samego dotyczące, w którym jeden tylko szczegół wypada mi sprostować, że nikt z lekarzy nie powiedział mi wręcz, że uważa je za gruźlicze. Kwestyi, o ile omówiona tu sprawa jest w związku z nazwaną przez VIRCHOW'a „*pachydermia diffusa*“, ani z t. zw. przezemnie „*laryngitis desquamativa*“, SCHNITZLER nie porusza zupełnie. Uwagę SCHNITZLER'a, że, gdyby u mnie np. owe owrzodzenia leczone były za pomocą kwasu mlecznego lub kiurety, to w razie uzyskanego zabliznienia uważano by je zapewne za gruźlicze, pomijam, gdyż nie wytrzymuje ona krytyki; opiera się bowiem na fałszywym założeniu, że każde owrzodzenie, które się pod wpływem kwasu mlecznego goi, jest natury gruźliczej.

Przypomnę tu tylko, że w pracy mojej ostrzegałem, aby owrzodzeń tych miejscowo nie leczyć, nie drażnić, gdyż jako nieżytowe, pozostawione w spokoju, przy najprostszym zachowaniu higienicznych warunków, względnie prędko się goją.

W kwestyi wyleczalności suchot krtaniowych odczyt posłużył SCHNITZLER'owi do wypowiedzenia zdania, że on był jednym z pierwszych, którzy możliwości tego zejścia bronili. Istotnie, wynika to zarówno z jego drukowanych prac, jak i przemówień na kongresie w Medyrolanie i Londynie. Sam jednak przyznaje, że natrafił na silną opozycję, której pokonać nie zdołał. Dopiero z dostarczeniem przezemnie, KRAUSE'go i SEIFFERT'a anatomicznych i bakteriologicznych dowodów wyleczalności suchot krtani, najszkodliwsza i najfałszywsza dla rozwoju ftyzjoterapii doktryna została skutecznie zwalczoną. Przystępując teraz do krytycznego rozbirowu metod leczniczych, omawianych przez SCHNITZLER'a, poruszę przedewszystkiem kwestyje leczniczej wartości kwasu mlecznego. Trzy lata, ubiegło od chwili dyskusyi nad tym przedmiotem na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Berlinie, nie zmieniły w niczem poglądów SCHNITZLER'a. Jak wtedy, tak i dziś, przyznając zwolennikom tej metody z wytworną koleżeńską galanteriją zupełną wiarę w skuteczność i prawdziwość podanych przez nich pomyślnych wyników, sam za ich przykładem nie poszedł. Obok jodoformu próbował on i innych środków w miarę tego, jak na widnokręgu niewyczerpanej polifarmacyi zaczęły się one pojawiać, a mianowicie: fosforanu wapnia, kreoliny, wreszcie balsamu peruwijańskiego.

Cały szereg pomyślnych wyników, uzyskanych w setkach przypadków przez innych kolegów za pomocą kwasu mlecznego, nie osłabił jego osobistego

sceptycyzmu, który wyraził się w uwadze, że gdyby istotnie lek ten był tak skutecznym, nie zostałby już zarzuconym przy leczeniu gruźlicy skóry i wilka. Czyżby suchoty krtani, pyta SCH., podlegały odmiennym prawom od gruźlicy innych narządów? Na to pytanie odpowiadam również pytaniem: dla czego SCH., skoro jodoform przy leczeniu suchot krtani zawsze mu wystarczał, coraz to nowe z innymi lekami przeciwko tymże suchotom odbywa próby? Nasuwa to mimowoli myśl o pewnych terapeutycznych niepowodzeniach, o pewnych brakach w metodzie przez niego zachwalanej, a to tembardziej, że w miarę tego jak jodoform wobec ogółu lekarzy, a nawet najzapaleńszych jego zwolenników, zaczął na znaczeniu tracić, kwasowi mlecznemu prawie wszyscy musieli przyznać najwybitniejsze miejsce wśród leków, przy gruźlicy krtani używanych.

Na pogląd SCH., jakoby zadaniem racjonalnego leczenia suchot krtani było zamienić owrzodzenia gruźlicze septyczne na aseptyczne, zgódzę się, lecz z tem zastrzeżeniem, że zdanie to, streszczające w sobie podstawę przezemnie podanego chirurgicznego leczenia, należy zmodyfikować w tym duchu, jak je pierwotnie podałem, t. j., że trzeba się starać owrzodzenia gruźlicze zamienić na zwyczajne; zakażenie gruźlicze bowiem nie mieści w sobie w zwykłych warunkach pojęcia septycznego zakażenia. Wrzód gruźliczy nie goi się z powodu zawartości gruzelków, *resp.* laseczników Koch'a; tych jednak z pojęciem zakażenia septycznego identyfikować nie można. Dołączyć się może do owrzodzenia gruźliczego, jak to już stwierdzono, zakażenie ropne, lecz wpływa ono głównie na szybkość rozpadu, nie prowadzi jednak do posocznicy, zakażenia krwi. Ponieważ sprawa ropienia jest najsilniejszym czynnikiem do eliminowania złogów gruźliczych, to do pewnego stopnia ma ona nawet znaczenie lecznicze. Wszak wiemy, jak trudno uzyskać wessanie gruźliczego nasięku, gdy tenże nie przeszedł jeszcze w owrzodzenie. Ten właśnie wzgląd zmusił mnie do stosowania metody chirurgicznej, usuwania łyżeczką ostrą gruźliczych produktów, aby zmusić tkanę do ropienia i uzyskać zdrowe, zdolne do wytworzenia blizny, granulacje. Zasada ta musi być słuszną; trafiła bowiem do przekonania SCH., który przyznaje, że przy wrzodach głębokich łyżeczkowanie stosował, aby ułatwić następne działanie bądź kreolinie, bądź balsamowi peruwijańskiemu.

Ponieważ jednak, jak tego dowodzą podane w tej pracy nowe obserwacje, uzyskałem zabliznienie przy pomocy samego wyłącznie kiuretowania, bez uciekania się ani do kwasu mlecznego, ani do innych przez niego używanych środków, przyzna chyba SCHNITZ., że środki owe nie stanowią jeszcze terapeutycznej podstawy do uzyskania zabliznienia i pozostawione być muszą osobistej sympatii lekarza. Nie wątpię na chwilę, że zalecany przez LANDERER'a balsam peruwijański wywiera, jak to potwierdza SCH., pomyslnie działanie na powierzchowne owrzodzenia gruźlicze, i sam próby w tym kierunku obecnie rozpocząłem.

Chodzi tu teraz o kwestyję zasadniczą, a mianowicie: czy każdym ze środków, wymienionych przez SCH., można uzyskać i uzyskano zabliznienie owrzodzeń gruźliczych. Odpowiedź na to wypadnie chyba przecząca. Zgadzam się ze SCHN., że zabliznienie samowolne dochodzi do skutku i nie należy, jak wielu sądzi, do nadzwyczajnych rzadkości, a warunkowane jest poprawą odżywiania i stanu

ogólnego chorego. Wszystko, co w tym kierunku działa pomyślnie, a więc zarówno klimatyczne kuracje jak i pewne leki, mogą je przyspieszyć i utrwalić. Lecz zasada ta ma jednak swe granice. W początkowych okresach owrzodzenie strun prawdziwych lub powierzchowne nadżarcia tylnej ściany zagajają się przy dobrym stanie ogólnym i nieznacznych zmianach w płucach, bez względu na to, czy zastosowujemy jodoform, jodol, mentol, czy też kwas mleczny. Różnica w takich przypadkach polegać będzie na różnej długości okresu leczenia. Po dług mojego doświadczenia, stosując kwas mleczny, uzyskamy wyleczenie wcześniej, niż stosując którykolwiek inny z podanych środków. Nie o to tu chodzi. Mam tu na myśli najcięższe przypadki suchot krtaniowych: rozległe nasięki nagłośni, strun, głębokie owrzodzenia tylnej ściany, sklerotyczne złogi brodawkowe, zwięzające krtani wyrosłe gruzlicze, owe formy suchot, będące męczarnią dla chorego, męczarnią dla lekarza i otoczenia, wobec których setki lat staliśmy zupełnie bezsilni, gdyż szkoła wiedeńska uznała je jako *noli me tangere*.

W tych przypadkach, uważanych za obsolutnie niewyleczalne, dziś jeszcze zyskujemy długotrwałe poprawy, czasami zaś kilka lat trwające wyzdrowienia. Jako przykład przytoczyć mogę podane już powyżej spostrzeżenia Goldschall, Żaboklickiej i innych.

Nie mam prawa wątpić, że wyniki lecznicze jakie uzyskał SCHNITZLER w suchotach krtani, stosując jodoform, octan ołowiu, kwas karbolowy, kreolinę, lub balsam peruwijański, były bardzo pomyślne. Lecz ponieważ dotąd kazuistycznych obserwacji żadnych nie ogłosił; ponieważ brak mi danych do osądzenia, jakie to formy owrzodzeń zabiżniały się pod wpływem używanych przez niego lekarstw, jaki był stan ogólny owych chorych, jak się przedstawiała sprawa umiejscowiona w płucach; ponieważ nie wiem również, czy płwocina zawierała laseczniki i włókna sprężyste: nie mogę więc osądzić, czy były to formy suchot krtani, zbliżone do tych, w których udało mi się jeszcze, pomimo złośliwości i rozległości sprawy, uzyskać zabiżnienie na drodze chirurgicznego leczenia. Brak mi tutaj wszelkiej miary do porównania; nic więc dziwnego, że do chwili, póki SCHNITZLER materiału obserwacyjnego, na którym osnuł swe wnioski, nie ogłosi, do stosowania środków, przez niego podanych, mnie nie zachęci i przy własnym doświadczeniu zostać mi się pozwoli. Skoro się przekonam, że bolesny w użyciu kwas mleczny istotnie z równą korzyścią zastąpionym być może środkiem mniej bolesnym, a równie energicznym w działaniu, jaknajchętniej wyższość metody SCHNITZLER'a uznam i od zdania swego odstąpię. Co się tyczy łyżeczowania owrzodzeń, to metodę tę SCHNITZLER na klinice swej stosuje. Nie będę więc tu powtórnie poruszał kwestyi, czy uzyskane zabiżnienie jej wyłącznie, czy też następczemu użyciu pomocniczych jeszcze środków [balsam peruwijański] przypisać należy. Rozstrzygnięcie tej kwestyi pozostawiam tym z kolegów, którzy posiadają już własne w tym kierunku doświadczenie. Ponieważ jednak na ostatnich kongresach laryngologów w Paryżu i Heidelbergu prof. SCHNITZLER ostrzegał przed zbyt daleko dzisiaj posuniętym optymizmem w kwestyi wyleczalności suchot krtani, przeto podałem powyżej cały szereg obserwacyj, których wyniki każdego bezstronnego obserwatora przekonają, że przestroga ta była zbyteczną i na faktycznym gruncie nie opartą. Z moich przynajmniej

prac podstawy do optymizmu prof. SCHNITZLER nie czerpał. Jak dziś tak i trzy lata temu, przy pierwszym ogłoszeniu mojej metody, sam przestrzegałem, aby zabliznienia owrzodzeń gruźliczych nie uważać za wyleczenie suchot krtańowych, zawsze połączonych z cierpieniem płuc. Wyniki ujemne sam akcentowałem¹⁾; o możności powrotu wspominałem wielokrotnie. Nie przesądzałem znaczenia podanej tu metody i zbijałem nawet zbyt optymistyczne o niej poglądy BREHMER'a. Staralem się również wykazać, że pomyślne szanse zależne są nie tylko od formy cierpienia, od okresu, w którym rozpoczynamy leczenie, od konstytucji chorego, rozległości sprawy w płucach, od warunków materialnych chorego, ale także od momentów zupełnie nam jeszcze nieznanych i pod względem rokowania określić się nie dających. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

3. Christoyanakis. O gorączce, zwanej „dengue“.

Choroba ta²⁾, panująca codziennie w Indyjach, Ameryce, Persyi i Egipcie, po raz pierwszy tego lata została przeniesioną do Smyrny, gdzie panowała z nadzwyczajną siłą. Autor w czasie swego pobytu w Smyrnie spostrzegał bardzo wiele przypadków tej choroby i na mocy własnych spostrzeżeń kreśli jej obraz. Choroba najczęściej zaczyna się nagle [choć nierazko bywają zwiastuny: ogólne niedomaganie, brak łaknienia] od lekkich dreszczyków. Ciepłota ciała dosięga 39°—40° C., a nawet 41° C.. Występuje bardzo silny ból głowy, bóle w mięśniach i bóle we wszystkich stawach, mianowicie w stawie kolanowym. Nie ma obrzęków, ani zaczerwienienia, ani podniesienia ciepłoty około stawu. Bóle są tak silne, że chorzy krzyczą i jęczą. Łącznice są zaczerwienione, gałki oczne bolesne na dotyk. Język suchy, pokryty białym, lub żółtym nalotem; oddech, według autora, posiada jakiś nieprzyjemny zapach *sui generis*. Często zdarzają się wymioty, lub mdłości. Zaparcie stolca stałym jest objawem. Mocz zwykle białka nie zawiera. Z objawów nerwowych stale spostrzegano bezsenność, niepokój i osłabienie. Po 2—3 dniach takiego stanu zjawia się wysypka, podobna do szkarlatynowej. Wysypka nie ma znaczenia krytycznego: gorączka trwa dalej. Wysypka zjawia się najpierw na twarzy, czole, szyi i górnej części tułowia, jest swędząca i zostawia po sobie luszczanie. Z powikłań zdarzały się ostre zapalenia oskrzeli, krwotoki nosowe, kiszkowe i maciczne; u dzieci [które rzadko zresztą podlegały chorobie] zdarzały się drgawki. Choroba trwa w przypadkach lekkich od 3—5 dni; spadek ciepłoty bywa nagły. W przypadkach cięższych trwała choroba od 10—15 dni. Zdrowienie jest długie i trudne. Chorzy długo są jeszcze przygnębieni, nie mają apetytu i sił. Jednorazowe przebycie choroby nie uwalnia od powtórnego zachorowania.

Rokowanie co do życia jest dobre. Na jakie sto tysięcy przypadków spostrzegano w Smyrnie d w a przypadki śmierci: w jednym śmierć nastąpiła wskutek krwotoku kiszkowego (? Spr.), w drugim, u dziecka trzyletniego, wskutek drga-

¹⁾ W ostatnich dniach dowiedziałem się, że chorzy oznaczeni w tablicy III-ciej Nr. 2, a IV-ciej Nr. 8 zmarli z suchot płuc, zaś u p. Zaboklickiej, stan ogólny i płuc znacznie się pogorszył, ze strony krtań zaś zmian żadnych nie ma.

²⁾ Synonimy: dengue [słowo hiszpańskie = dandy], *dandy fever*, *knockelkoorts* [gorączka stawowa], *la piadosa* [wzbudzająca litość], *la pantomina*, *aburuka bah* [ojciec kolana, po arabsku], *fièvre des dattes* [wybuchala podczas zbioru daktyliów]. Powszechnie przyjęto słowo *dengue*, lub *dandy fever* [chorzy wskutek bólu przyjmują wymuszone pozy dandysów]. [Przyp. spraw. podług ZUELZER'a w ZIEMS. T. II. 2 Ab.].

wiek (?Spr.). Co się tyczy leczenia, autor nie widział obniżenia ciepłoty po zadawaniu chininy. Natomiast antypiryna, mianowicie wstrzykiwana podskórnie, zmniejszała bóle w stawach.

(*Bulletin médical*. 1889. 9 Déc.)

A. Puławski.

4. Stosunek dengue do influenzy.

W paryżkiej Akademii Medycznej d. 17 b. m. odbyło się posiedzenie, którego przedmiotem były obrady nad gorączką zwaną dengue i jej stosunkiem do obecnie panującej epidemii. D-r Proust zakomunikował sprawozdanie d-ra BRUN'a, profesora szkoły lekarskiej w Beyrouth, o gorączce dengue w r. 1889. Epidemia dotknęła Cypr, Rodos, wyspy archipelagu greckiego, wybuchła w Smyrnie, a przeszedłszy granicę europejską, grasowała w Konstantynopolu, Salonice i Atenach. W Smyrnie na 200,000 mieszkańców zachorowało 150,000. W 1872 r. w Indostanie liczono chorych na miliony. Obniżenie temperatury atmosferycznej nie miało wpływu na zmniejszenie epidemii. D-r BRUN robi uwagę, że dengue, wprost przeciwnie niż cholera, stale powraca do miejscowości, w których się ukazała. Tak np. w Beyrouth dengue zjawiała się od roku 1801 po raz czternasty. Z objawów zasługuje na uwagę: nagły początek, wysoka gorączka, cuchnący oddech i obłożenie języka, nieznosne bóle, mianowicie w kończynach dolnych, cuchnące poty, wysypka podobna do szkarlatynowej, swędzenie skóry, łuszczenie w postaci otrąb. Zdrowienie trwa do 10 dni.

Dengue jest zaraźliwą. W Alep np. skonstatowano wyraźnie przeniesienie zarazy przez jedną osobę, przybyłą z Aleksandryi. D-r VODERMANN szczepił dengue małpie bez rezultatu [nie wiadomo, co mianowicie było szczepione. Sprawozdawca]. Porównując dengue z chorobą gorączkową, panującą epidemicznie obecnie u paryżan i w całej Europie, Proust dochodzi do przekonania, że nie można jej uważać za dengue, jak to przypuszczają niektórzy lekarze, tylko za grypę, lub influenzę. Wprawdzie w obecnej epidemii influenzy często jest brak charakterystycznych objawów ze strony narządów oddechowych, ale znane są już z przeszłości epidemie influenzy, w których te objawy również słabo były wyrażone. Za to obecna epidemia wybitnie różni się od dengue: 1-o, brakiem bólów w stawach kolanowych; 2-o, brakiem silnego obłożenia języka i cuchnącego oddechu; 3-o, brakiem cuchnących potów; 4-o, brakiem wysypki, swędzenia i łuszczenia na skórze; 5-o, dość szybkim powrotem. Wreszcie dengue, zjawiwszy się po raz pierwszy na kontynencie Europy, odznaczałaby się większą siłą objawów, jak to ma miejsce ze wszystkimi chorobami zakaźnymi, które po raz pierwszy nawiedzają jaką miejscowość. Trudno nie przyznać, że dwie te choroby mają wiele podobieństwa. Niektórzy epidemiologowie [LEON COLIN] nazywają dengue influenzą krajów gorących. Zdanie Prousta podziela BROUARDEL, przypominając, że w poprzednich epidemiach influenzy [1580, 1762] nieżyty oskrzeli nie były również zbyt silnie wyrażone, a epidemii influenzy w r. 1775 dość często towarzyszyła wysypka. ROCHARD, który miał sposobność spostrzegać dengue w Senegalu, utrzymuje, że brak wysypki jest w tej chorobie rzadkością. COLIN zaznacza niezależność szerzenia się influenzy od dróg komunikacyjnych. Zaraza przed stu laty nie szerzyła się wolniej, niż obecnie. Reszta komunikatów na posiedzeniu tyczyła kazuistyki samej epidemii w Paryżu. Wogóle zaznaczono wielką różnorodność objawów, brak objawów ze strony dróg oddechowych, to znów wielkie ich natężenie. W dość znacznej liczbie przypadków spotykano wysypkę. Tegoroczną epidemiję influenzy obecni uważają za łagodną i dla tego nie uważają za potrzebne zamknięcia szkół, jak to proponowali niektórzy. O profilaktycznych środkach nie ma co myśleć. Leczenie może być czysto objawowe.

(*Bulletin médical*. 1889. 18 Décembre)

A. Puławski.

Wiadomości bieżące.

— Na stanowisko inspektora szpitali cywilnych po zmarłym prof. WALTERZE powołany został D-r CZAUSOW, profesor anatomii opisowej w Ces. Warsz. Uniwers. [i zarazem dziekan wydziału lekarskiego].

— Zarząd funduszu naukowego imienia *Elisabeth Thompson science fund board of Trustees* z Bostonu zawiadomił prof. MARCELEGO NENCKIEGO w Bernie, że fundusz rzeczony, wynoszący 250 dolarów [1250 franków], został przyznany prof. NENCKIEMU na prowadzenie dalszych badań nad rozkładem białka przez bakteryje.

— W 1-szym numerze Przeglądu lekarskiego z r. b. znajdujemy artykuł redaktora prof. BLUMENSTOKA, dotyczący Wydziału lekarskiego na uniwersytecie lwowskim. Mimo, że już przed 10 laty ś. p. protomedyk prof. BIESIADECKI przedstawił kandydatów, którym katedry na proponowanym wydziale lekarskim we Lwowie przeznaczyć by można, sprawa niewiele postąpiła naprzód, a nawet odzywały się głosy, zaprzeczające potrzeby utworzenia drugiego wydziału lekarskiego w Galicyi, lub widzące w tem szkodę dla Krakowa, z uwagi na to, że wydział lekarski w Krakowie nie jest dostatecznie wyposażony, dla braku funduszków. W Lipcu r. z. obecny p. Minister oświaty znów zażądał od wydziału lekarskiego w Krakowie orzeczenia fachowego w przedmiocie projektowanego wydziału we Lwowie. Wydział lekarski krakowski w odpowiedzi wyraził swą radość z powodu owego projektu, uważając utworzenie drugiego wydziału lekarskiego za pożyteczne ze względu na życzenia i potrzeby kraju, a także pod względem dydaktycznym. Z uwagi jednak na ustęp odezwę Ministra, z którego możnaby sądzić, jakoby potrzeby wydziału lekarskiego w Krakowie były już w zupełności zaspokojone, wydział dał wymowny wyraz licznym niezbędnym potrzebom, niecierpiącym zwłoki, w przekonaniu, że z rozpoczęciem przygotowań około nowego wydziału lekarskiego we Lwowie, wszelkie wymagania Wszechnicy Jagiellońskiej pójdą w odwłokę, finanse bowiem państwa austriackiego nie wystarczą na potrzeby dwóch wydziałów lekarskich. Rozliczne braki w urządzeniach, klinikach i laboratorjach wydziału lekarskiego krakowskiego skłaniają mimo wszystkiego ten wydział, aby stał na straży interesów miejscowych. Prof. BLUMENSTOK, przytoczywszy wyczerpująco rozmaite względy, przemawiające na korzyść utworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie, kończy swój najsympatyczniej dla tej sprawy technący artykuł: odwołaniem się do ofiar pieniężnych Galicyi, na wzór Tyrolu, Styryi i Bukowiny i powiada: „dotąd nie słyszeliśmy, aby kraj nasz [Galicyja] z podobną odezwą się ofertą; a jeżeli władza autonomiczna ciągle ma do walczenia z biedą w kraju panującą, a na ofiarę pieniędzy na ten cel zdobyć się nie może, to Sejm w inny sposób, jak przez ofiarowanie gruntów bezpłatnych pod budowę, a gmina lwowska przeznaczeniem pokażnej sumy pieniężnej powinnyby zamifestować rzeczywiste pragnienie posiadania Wydziału lekarskiego w stolicy kraju“.

Zmarli: w Warszawie D-r KOBYLAŃSKI, naczelny lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.
w Wiedniu: D-r ROSENTHAL, prof. neuropatologii.

Nadesłano do Redakcyi.

M. NENCKI. Untersuchungen über die Zersetzung des Eiweisses durch anaërobe Spaltpilze. [Odb. z Sitzungsber. d. Akad. der Wissensch. in Wien].

M. NENCKI u. N. SIEBER. Ueber die Bildung der Paramilchsäure durch Gähmung des Zuckers. [Ibidem].

M. NENCKI u. N. SIEBER. Zur Kenntniss der bei der Eiweissgähmung auftretenden Gase [ibid.].

E. HEUSS. Ueber das Vorkommen von Milchsäure im menschlichen Harne. Leipzig. 1889.

V. COVET. De l'antisepsie des matériaux de construction. [Odb. z Annales de micrographie].

HEWELKE. Przypadek pseudoleukemii z gorączką okresową.