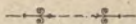


# GAZETA LEKARSKA

## I. O WARTOŚCI LECZENIA CHIRURGICZNEGO GRUŹLICY KRTANI I GADRZIELI. NA ZASADZIE STATYSTYKI

Ocenii

Zygmunt Srebrny.



Gdy przed 6 laty sprawa leczenia gruźlicy zdawała się być rozwiązana, ileż to pięknych nadziei zagościło w sercach tysięcy nieszczęśliwych, którym do owego czasu nie byliśmy w stanie dać niezawodnego przeciw suchotom środka. Nadzieje jednak szybko ustąpiły miejsca rozczarowaniu, a konieczność zmusiła nas do ograniczania się nadal na leczeniu dyetetyczno-klimatycznym, na wzmacnianiu ustroju i usuwaniu, o ile to jest możliwe, ognisk gruźlicy miejscowej. I przy takim leczeniu w pewnej, acz małej, odsetce przypadków udaje nam się nie tylko życie chorym znośnem uczynić, ale nawet przywrócić im zdrowie zupełne, rozumiejąc pod tem stan, w którym stwierdzone niegdyś ogniska gruźlicze zablizniły się, przestały być szkodliwemi.

Że w tych pomysłnych wynikach naszego leczenia wielką odgrywa rolę sam charakter cierpienia i odporność ustroju, tego dowodzą liczne przykłady znajdujących przy badaniu zwłok zabliznionych ognisk gruźliczych u ludzi, którzy żyli w najgorszych warunkach zdrowotnych, których życiu inne choroby kres położyły. Taki stan rzeczy zagnała nas do uznania faktu, że w walce z pasożytem gruźlicy mniejsze znaczenie mieć będą środki osłabiające jego żywotność, niż drogi, dążące do wzmocnienia wystawionej na niebezpieczeństwo tkanki: wogóle w naszej „pasożytniczej“ erze należałoby jednak nie zapominać, że komórka ustroju ludzkiego w sprawach chorobowych ważniejszą gra rolę, niż napastujący ją pasożyt, że wróg ten prędzej osłabnie i zginie, gdy gleba, którą toczy, weźmie nad nim górę, niż przy staraniach zabicia go lekami, które mało albo wcale nań nie działają, a być może, niszczą lub podkopują tkankę, którą właśnie ocalić pragniemy. Dlatego też sądzę, że zarówno jak dotychczas próbowane środki, których celem być miało osiągnięcie pasożyta gruźlicy na drodze krwi, okazały się bezskutecznymi, tak i usiłowania walki z nim przez bezpośrednie nań działanie za pomocą wlewań do tchawicy płynów przeciwnilnych [co zresztą przed kilku laty wydawało mi się metodą wiele obiecującą (1)] prawdopodobnie do celu nie doprowadzą. To też w leczeniu gruźlicy, pomimo zachwalanych od czasu do czasu środków farmakolo-

gicznych, jako jedynie uzasadnione uznajemy ciągle jeszcze dążenie do wzmocnienia ustroju, do poprawienia jakości komórki przez stosowanie zasad higieny, dyetetyki i klimato-terapii. Na czem jednak polega owa sprawność komórki, zwycięsko opierającej się wtargnięciu zarazka, lub zwalczającej go skutecznie po wtargnięciu do ustroju?

Według obecnych poglądów sprawę tę możeby wyobrażać sobie należało w ten sposób, że albo ustrój zaopatrzony jest w ciała [antytoksyny], mające własność zubożniania trucizn [toksyn], wytwarzanych przez pasożyty, że zatem w ustroju zdrowym owe ciała nie dopuszczają do wybuchu choroby (*immunitas*); albo, że pod wpływem napastującego już pasożyta ustrój wyrabia dopiero owe ciała. Od dostatecznej zaś ilości tych antytoksyn zależeć będzie pomyślnie zakończenie walki ustroju z wytworami pasożyta. Wynika więc stąd, że jeżeli człowiek, dotknięty chorobą zakaźną, nie jest w stanie poradzić sobie z nagromadzonemi we krwi toksynami, to należy mu sztucznie dostarczyć potrzebnej do zwycięskiej walki ilości antytoksyny. Oto myśl przewodnia, tkwiąca w sprawie leczenia chorób zakaźnych surowicą swoistą [seroterapia]. Już w stosowaniu tuberkuliny dopatrzyć się można tej myśli, jakkolwiek sam KOCH inaczej jej działanie tłumaczył. Według niego tuberkulina, mając działanie elektywne na miejsca dotknięte gruźlicą, w których otoczeniu wywołuje zapalenie, miała tylko pod tym względem naśladować przyrodę, t. j. wytwarzać wał ochronny naokoło ogniska gruźliczego, przyczem samo ognisko [pod wpływem tuberkuliny] ulega obumarciu i eliminacji.

Tymczasem zgodnie z wyluszczoneym wyżej poglądem możemy rozumować w następujący sposób: pod wpływem wytwarzanych przez laseczniki gruźlicy toksyn ustrój dla samoobrony wyrabia antytoksyny, których ilość powinna być w ustroju niezbyt osłabionym mniej więcej proporcjonalna do ilości toksyn. Wprowadzając zatem do krwiobiegu tuberkulinę, t. j. toksynę lasecznika gruźlicy, dostarczamy ustrojowi bodźca do wytwarzania antytoksyny. Jeżeli zaś siły ustroju nie wystarczają już do podobnej reakcji, to należałoby zaopatrzyć go w gotowe antytoksyny, czyli według metody BEHRING'a wprowadzić do krwi surowicę zwierząt, szczepionych toksyną gruźliczą. Drogę tę obrał MARAGLIANO (2), któremu udało się otrzymać surowicę przeciwgruźliczą za pomocą szczepienia zwierzętom tuberkuliny. W ostatnich zaś znowu czasach dowiadujemy się o otrzymaniu przez BEHRING'a antytoksyny gruźliczej, której jednak w celach leczniczych u ludzi jeszcze nie stosowano <sup>1)</sup>.

Nie przesądzając wartości tego środka, ani nie zapuszczając się w dociekania teoretyczne, czy seroterapia w gruźlicy może mieć widoki powodzenia, zaznaczmy tylko, że gruźlica, jako choroba przewlekła, nie może być pod względem ewentualnych wyników leczenia surowicą postawiona w jednym rzędzie z błonią, chorobą ostrą. Trzeba pamiętać, że suchotnik, w danej chwili wyleczony, ma zawsze pewne usposobienie do powtórnego przyjęcia zarazka, że ognisko gruźlicze w danej chwili nieszkodliwe [zabliźnione], zawierając

---

<sup>1)</sup> O działaniu nowych przetworów tuberkuliny KOCH'a dotychczas żadnych spostrzeżeń klinicznych nie mamy.

jednak w sobie laseczniki, może się kiedyś w przyszłości stać źródłem nowego wybuchu choroby. To ostatnie niebezpieczeństwo stanowi racjonalne wskazanie do doszczętnego usuwania na drodze operacyjnej złogów gruczliczych, naturalnie tam, gdzie to jest możliwe.

W ten sposób od dziesiątków lat usuwamy cierpienia gruczliczej kości, stawów, gruczołów chłonnych, jądra i t. d.. Dziwnem wobec tego wydawać się musi, że idea chirurgicznego leczenia dostępnej dla tych rękoczynów krtani dopiero w 30 lat prawie po narodzeniu się laryngoskopii znalazła swego rzecznika. Jeżeli już w kilka lat po odkryciu lustra krtaniowego operowano na drodze naturalnej guzy krtani, to dlaczego tak późno i zawsze z pewnem niedowierzaniem zwrócono się do operacyjnego leczenia gruczlicy tego narządu? Czyż wyżej wymienione postaci gruczlicy częściej występują jako sprawa miejscowa? do pewnego stopnia można powiedzieć to o gruczlicy gruczołów chłonnych, ale cierpienia gruczlicze stawów, kości, jąder zwykle tak samo wnikają suchoty płucne, jak gruczlica krtani. Czyżby technika operowania złogów gruczliczych krtani była tak niedostępna dla ogółu laryngologów?

Nie sądzę. Lekarz, obeznany z techniką wewnątrzkrtańową, da sobie radę i z łyżeczkowaniem krtani, nabywając, rzecz prosta, stopniowo coraz większej wprawy. Czy chirurgiczne leczenie gruczlicy krtani połączone jest z jakimiś specjalnemi niebezpieczeństwami dla operowanych? I to nie. A może względ, powstrzymujący od łyżeczkowania krtani, polega na niemożności usunięcia wszystkiego, co jest chore? Zapewne, w wielu razach tak jest, ale niezawsze. Bywają przecież przypadki gruczlicy krtani ograniczonej, gdzie doszczętnie usunąć można wszystko, co jest chorobą dotknięte. Gdzież zatem szukać należy źródła niechęci do chirurgicznego leczenia gruczlicy krtani? Niechęć ta zawsze, acz niesłusznie, tkwi w przekonaniu, że gdyby nawet udało się doszczętnie usunąć cierpienie krtani, to suchoty płucne zniweczą dobry wynik leczenia operacyjnego, bądź same przez się prowadząc do śmierci, bądź stając się przyczyną powrotów choroby w krtani. A jednak, gdy idzie o operację na gruczliczej kości, naprzykład, nie mówimy tego i operujemy. A zresztą, jak słusznie powiada KURTNER(3), przecież i przy raku odźwiernika, cierpieniu nieuleczalnem, robimy gastroenterostomię pomimo to, że rękoczymem tym uratować chorego nie możemy; pragniemy tylko ocalić go od śmierci głodowej. Jeżeli już nie inne, to takie same wskazanie upoważniać nas powinno do operacyjnego leczenia gruczlicy krtani.

Wszakże w przypadkach beznadziejnych gruczlicy rękoczym wewnątrzkrtańowy przywraca nieraz suchotnikowi możność łykania i drożność krtani. Racjonalnej tedy przyczyny do zarzucenia metody leczenia chirurgicznego gruczlicy krtani nie widzę, gdyż w przypadkach rozpaczliwych łagodzi ona przynajmniej męki chorych, w przypadkach zaś, mających skłonność do gojenia się, przyspiesza i ułatwia tę sprawę.

Dziesięć lat minęło od chwili, kiedy HERYNG rozpoczął swe operacje w gruczliczej krtani; jest to przeciąg czasu dostateczny do oceny wartości tej metody miejscowego leczenia suchot krtaniowych. Tą myślą powodowany, starałem się zebrać wszystkie do lipca r. 1896 ogłoszone spostrzeżenia

oraz zestawić wszelakie w tej kwestyi wypowiedziane zdania. Ze statystyki tej wyłączam spostrzeżenia i sądy znanych na tem polu szermierzy, KRAUSE'go i HERYNG'a, aby statystyka ta straciła w ten sposób wszelkie cechy stronności.

Na zjeździe lekarzy w Waszyngtonie w r. 1887 zakomunikował LENNOX BROWNE (4) spostrzeżenie, dotyczące 20-letniej kobiety z owrzodzeniem gruźliczem gardzieli, wyleczonej za pomocą wyskrobania owrzodzenia i następczego stosowania kwasu mlecznego. Jak długo trwało wyleczenie, nie podano. Tenże autor ostrzega jednak przed zbyt niemiernym operowaniem w gruźliczej krtani. Na tym samym zjeździe STOCKTON (5) wyraził się ujemnie o łyżeczkowaniu krtani gruźliczej; nie widział on ani jednego wyniku pomyślnego przy stosowaniu tej metody. Jeżeli zwrócimy uwagę na okoliczność, że zdanie to wypowiedziane zostało już wkrótce po ukazaniu się pracy HERYNG'a o chirurgicznym leczeniu gruźlicy krtani, to przyjdziemy do wniosku, że STOCKTON w tym razie może nieco zbyt pospiesznie wystąpił ze zdaniem kategorycznym. WRÓBLEWSKI (6) podaje pomiędzy przypadkami, leczonymi pomyślnie kwasem mlecznym, jeden, w którym łyżeczkowanie [dokonane przez HERYNG'a] przyspieszyło wyleczenie. Tenże autor (6a) radzi używać skrobaczki w przypadkach ograniczonej gruźlicy gardzieli. PRZEDBORSKI (7), zastosowawszy w jednym przypadku łyżeczkowanie z następczem wcieraniem kwasu mlecznego, uzyskał zabliznienie owrzodzenia tylnej ściany krtani; zabliznienie to do chwili ogłoszenia spostrzeżenia trwało 5 miesięcy.

OLRUSZEWSKI (8) w szeregu przypadków, leczonych kwasem mlecznym, przytacza jeden, w którym z pomyślnym skutkiem zastosowana była łyżeczka ostra.

ROSENBERG (9) zaleca łyżeczkowanie przy owrzodzeniach z dnem nacieczonem oraz przy naciekach gruźliczych tylnej ściany krtani. „Wprowadzone przez HERYNG'a łyżeczkowanie“, powiada: „nietylko z powodu teoretycznego uzasadnienia, lecz i dzięki wynikom praktycznym zasługuje na rozpowszechnienie“.

SCHROETTER (9a) nie przypuszcza, aby można było usunąć z gruźliczej krtani wszystko, co jest chore.

SREBRNY (1), upatrując główne niebezpieczeństwo w towarzyszących gruźlicy krtani suchotach płucnych, przyznaje leczeniu miejscowemu krtani znaczenie drugorzędne. Leczenia tego jednak lekceważyć nie należy; przeciwnie, każdy laryngolog obowiązany jest do energicznego traktowania sprawy miejscowej. Jako najskuteczniejszą metodę podaje leczenie krwawe oraz galwanokaustykę, jakoteż kwas mleczny.

Na 5-ym zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie w roku 1888 mówił o miejscowem leczeniu gruźlicy krtani SOKOŁOWSKI (10), podnosząc ważność zabiegów chirurgicznych [łyżeczkowania, nacięć i galwanokaustyki]. łyżeczkowanie stosowane było w trzech przypadkach i sprowadzało zawsze poprawę zarówno podmiotową jak i przedmiotową. Ostateczny wynik jednak szedł zawsze w parze z charakterem sprawy gruźliczej: w postaciach przewlekłych zagojenie było trwałe, w postaciach rozpadowych następowała śmierć,

przyczem badanie pośmiertne w 2 przypadkach, leczonych łyżeczkowaniem, wykazało bliznę na miejscu poprzednich owrzodzeń krtani. SOKOŁOWSKI jest zwolennikiem leczenia miejscowego i za najpewniejsze uważa: kwas mleczny, łyżeczkowanie i galwanokaustykę. BESCHORNER (11) uważa leczenie chirurgiczne za odpowiednie w oddziałach szpitalnych, nie zaś w prywatnym mieszkaniu lekarza. W przypadkach, gdzie sprawa gruźlicza krtani jest ograniczona, a cierpienie płuc niedaleko posunięte, leczenie chirurgiczne w połączeniu ze stosowaniem kwasu mlecznego daje wyniki pomyślne. KEIMER (12) w kwestyi leczenia gruźlicy krtani stoi w zupełności na stanowisku HERYNGA. Na 12 przypadków, miejscowo leczonych, w 4 użył łyżeczki ostrej i kwasu mlecznego z dobrym skutkiem. Powroty choroby zdarzać się mogą. Nie należy wymagać, aby wyleczenie gruźliczej krtani leczyło i suchoty płucne i aby zawsze ocalało chorych.

Na 62 zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w r. 1883 [Heidelberg] przemawiał za stosowaniem łyżeczki ostrej oraz galwanokaustyki w leczeniu gruźlicy krtani SCHNITZLER (13).

SĘDZIAK (14) w szczegółowym zestawieniu przedstawionego przez SOKOŁOWSKIEGO na 5 zjeździe lekarzy i przyrodników polskich [patrz wyżej] materiału uważa stosowanie kwasu mlecznego i metodę HERYNGA za wielki krok naprzód w leczeniu gruźlicy krtani.

W obszernej pracy o gruźlicy krtani GOUGUENHEIM i TISSIER (15) pokrótce poruszają sprawę łyżeczkowania krtani gruźliczej. Wogóle, nie mając pod dostatkiem odpowiedniego materiału, autorowie ci zastosowali powyższe leczenie tylko w 2-ch przypadkach gruźlicy krtani, połączonych z obfitem bujaniem ziarniny (*deux cas des végétations confluentes—forme pseudopolipeuse*); w obu razach wystąpiły powroty choroby. SHERRY (16) wypowiada zdanie, że leczenie operacyjne gruźlicy krtani przyspiesza zejście pomyślne. BATTLE (16a) podaje przypadek owrzodzenia gruźliczego twardego podniebienia, pomyślnie leczony łyżeczką i kwasem mlecznym.

Na zjeździe międzynarodowym laryngologów i otyatrów w Paryżu w r. 1889 LUC (17) mówił o przypadku twardych mas gruźliczych w części międzyna-lewkowej krtani, które wywoływały zwężenie. Przy próbie usunięcia ich za pomocą łyżeczkowania wystąpił napad zaduszania, który zmusił do wykonania tracheotomii. Po tej operacji złogi gruźlicze zostały za pomocą łyżeczki doszczętnie usunięte. Recydywy nie było. Tenże sam autor (18) do opisu przypadku owrzodzeń gruźliczych gardzieli i nosa, leczonych pomyślnie łyżeczkowaniem i żegadłem, dodaje następującą uwagę: „Jestem przekonany, że wielu chorych, skazanych obecnie na śmierć niechybną, będzie mogło być uratowanym i w chwili, kiedy u większości lekarzy wyrobi się przekonanie o potrzebie niszczenia w porę ognisk gruźliczych, jakiegokolwiek byłoby ich siedlisko: kość, jądro, krtan lub nos. Nie należy oszczędzać tych ognisk, lecz zwalczać je chirurgicznie zaraz po ich ukazaniu się“. Na posiedzeniu *British Med. Association* w Birminghamie SYMONDS (19) przytaczał przypadki wyleczenia lub poprawy gruźlicy krtani po łyżeczkowaniu. Na temże posiedzeniu oświadczył HUNTER

**MACKENZIE** (20), że w przypadkach odpowiednich stosuje leczenie chirurgiczne, guzy usuwa pętlą lub kleszczami, owrzodzenia zaś traktuje rozpylaniem środków przeciwnilnych, a **LENNOX BROWNE** (21) znowu przemawiał za łyżeczkowaniem i kwasem mlecznym. **JONQUIÈRE** (22) podnosi pomyślne działanie kwasu mlecznego i łyżeczkowania, które ilustruje na leczonych przez siebie w ten sposób przypadkach.

**GOUQUENHEIM** i **GLOWER** (23) stosowali łyżeczkowanie gruźliczej krtani w celu usunięcia bólu przy łykaniu, duszności i bezgłosu. W podanych przez nich czterech spostrzeżeniach wynik czynnościowy był doskonały. **SCHAEFFER** (24) na 7 przypadków, leczonych chirurgicznie, miał 2 zejścia śmiertelne [w jednym z nich owrzodzenie krtani było zagojone, w drugim chory doznał wybitnej ulgi], 4 względnie wyleczone żyły jeszcze po upływie dwóch lat, jeden przypadek był świeżo operowany. **SCHAEFFER** stosuje łyżeczkowanie:

1) w przypadkach, w których wskutek bujania ziarniny występują objawy zwężenia krtani;

2) tam, gdzie sam kwas mleczny nie wystarcza do zagojenia;

3) u chorych, którzy mają dostateczny zapas sił i energii do zniesienia rękoczynu. „Jeżeliby“, powiada **SCH.**, „łyżeczkowanie wprowadzone zostało do praktyki przed zaleceniem kwasu mlecznego, dającego bezspornie wyniki pomyślne, to metoda powyższa miałaby z pewnością więcej zwolenników. Ponieważ kwas mleczny sam daje często wyniki dobre, powstrzymuje więc wielu od leczenia chirurgicznego“. **NEUMANN** (25) uważa łyżeczkowanie za metodę bardzo pożyteczną w odpowiednich przypadkach. **SIMANOWSKI** (26), rozpatrując wyniki, jakie otrzymał w leczeniu gruźlicy krtani przy stosowaniu rozmaitych środków, zaznacza, że najskuteczniej działało łyżeczkowanie z następczem wcieraniem kwasu mlecznego.

Na 10 międzynarodowym zjeździe lekarskim kwestya leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani stanowiła przedmiot ożywionej dyskusji. **SCHNEIMANN** (27) zalecał łyżeczkowanie w przypadkach rozległych nacieczeń i głębokich owrzodzeń z wybujalą ziarniną. W tym ostatnim razie za pomocą łyżeczki obnażamy dno owrzodzenia i ułatwiamy dostęp do niego środkom przeciwnilnym. Twarde nacieczenia, na których wchłonięcie liczyć nie można, powinny być drogą chirurgiczną usuwane. Tym sposobem zapobiegamy późniejszemu rozpadowi owych nacieczeń, a tem samem usuwamy niebezpieczeństwo, jakim rozpad taki ustrojowi grozi. Nacięcia ułatwiają lekowi dostęp do miąższu chorej tkanki. Nie należy wszelako w każdym, nawet nadającym się do tego przypadku, zaraz uciekać się do leczenia chirurgicznego: tylko tam, gdzie metody łagodniejsze nie wystarczają, wstępuje w prawa swoje metoda chirurgiczna, naturalnie przy braku przeciwwskazań do niej. **SCHNITZLER** (28) przyznał, że w niektórych przypadkach łyżeczkowanie daje wyniki dobre, przy rozlanych jednak naciekach i rozległym zajęciu płuc i tą metodą niewiele da się zrobić. **MASSEI** (29) nie widział przy łyżeczkowaniu wyników pomyślnych, a kilkakrotnie zmuszony był nawet leczenie powyższe zarzucić z powodu pogorszenia się stanu miejscowego i ogólnego.

Wogóle leczenie gruźlicy krtani porównywa z gaszeniem pożaru na wyższym piętrze w chwili, gdy niższe bez ratunku płonie: jeżeli nawet wyleczymy gruźlicę krtani, to chorzy giną skutkiem tegoż cierpienia płuc. Jak dalsze doświadczenie a bezstronne i wytrwałe badanie wpłynęło po kilku latach na zmianę sądu MASSEI'ego, niżej zobaczymy. SCHECH (30) otrzymał bardzo piękne wyniki przy leczeniu gruźlicy krtani kwasem mlecznym i łyżeczką ostrą, ale w większości przypadków wyleczenie trwało krótko. Szybko po zagojeniu jednego owrzodzenia ukazywało się drugie w miejscach już poprzednio zakażonych, ale dla oka naszego jako takie nierozpoznawalnych. W przypadkach nacieczeń tylnej ściany krtani wynik był zawsze njemny: po łyżeczkowaniu tych miejsc występowały silne bóle, które zmuszały do zarzucenia metody. Wogóle jednak rąk opuszczać nie należy: trzeba energicznie zwalczać chorobę, czyniąc przytem ścisły wybór. I ten autor później o wiele życzliwiej, jak to zobaczymy, o łyżeczkowaniu krtani się wyraził.

ONODI (31) przyznał leczeniu chirurgicznemu gruźlicy krtani więcej prawa obywatelstwa, niż metodzie przeciwnilnej, zaznaczył też wyraźnie, że jest gorącym zwolennikiem łyżeczkowania. W przypadkach, gdzie zrezygnować wypada z radykalnego wyleczenia, można jeszcze za pomocą rękoczynu usunąć bolesne połykanie i duszność. Zdaniem ONODI'ego dużo jest przypadków, w których za jedynie racjonalne i skuteczne leczenie uważać należy łyżeczkowanie. ROSENBERG (32) stosował leczenie chirurgiczne przy głębokich nacieczeniach, przy sprawach zaś powierzchownych metodę przeciwnilną. BERNARD FRAENKEL (33) porównał leczenie chirurgiczne gruźlicy krtani z usuwaniem raka tegoż narządu na drodze naturalnej: jeżeli przeciwnicy tej metody leczenia raka krtani wątpią, aby można było w ten sposób usunąć wszystkie złośliwe nowotwory, znajdujące się w otoczeniu guza, to tembardziej stosuje się to do gruźlicy. PRZEDBORSKI (34) podał jeden przypadek, wyleczony metodą HERYNGA i KRAUSE'go. GLEITSMANN (35) zdał sprawę z przypadku pierwotnej gruźlicy nasady języka, nagłośni, migdałka i łuku przedniego, wyleczonej łyżeczkowaniem i żegadłem galwanicznym. LUC (36) sformułował zdanie swoje w ten sposób, że leczenie chirurgiczne gruźlicy krtani należy stosować tylko w dobranych przypadkach u osobników, nadających się do takiego leczenia. SCHROETTER (37), jak dawniej, bronił swego sceptycznego stanowiska wobec leczenia chirurgicznego. Pojmując łyżeczkowanie, jako wrywanie kawałków naciezionej tkanki, uważa metodę taką za bezużyteczną, nieprowadzącą do celu.

„Jeżeli“, powiada, „uda się nawet zagoić owrzodzenie, to zabliznienie jest tylko powierzchowne, wgłębi zaś spoczywają gruźelki, które dają powód do nawrotów cierpienia“. M. SCHMIDT (37a) w miarę częstszego stosowania kwasu mlecznego i łyżeczki, coraz bardziej przekonywał się o wybornych wynikach, jakie leczenie to daje. Tkanki naciezione wycina podwójną łyżeczką KRAUSE'go.

Na 63 zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich wygłosił SCHAEFFER (24) odczyt o leczeniu chirurgicznym gruźlicy krtani. Zdaniem większości uczestników tego zjazdu metoda ta nie tylko pozwala uniknąć tracheoto-

mi, lecz umożliwia radykalne wyleczenie gruźlicy krtani. HALBEIS (38) w dyskusji zauważył, że widział raz po łyżeczkowaniu obrzęk krtani, sądzi jednak, że był to tylko przypadkowy zbieg okoliczności. GOTTSTEIN (39) w bardzo popularnym swoim podręczniku chorób krtani wyraża się, że jakkolwiek może nie we wszystkich przypadkach gruźlicy krtani jesteśmy w stanie usunąć za pomocą łyżeczki wszystko, co jest chorobą dotknięte, jednak posiadamy w metodzie tej środek ułatwiający wyleczenie tej, niestety, tak częstej choroby. W podobny sposób wyraża się G. w późniejszym wydaniu swego podręcznika. DIDIER (40) zaleca szerokie stosowanie leczenia chirurgicznego, które jako środek paliatywny, mający na celu usunięcie zaburzeń czynnościowych, daje jaknajlepsze wyniki. SPRENGER (41) podaje przypadek gruźlicy krtani, operowany przez STRUEBING'a. Na trzech posiedzeniach usunięto nacieki wolnego brzegu nagłośni, więzów nagłośnio-nalewkowych i struny rzekomej lewej. Następstwem tego było wybitne zmniejszenie się bólu przy połykaniu oraz ułatwienie oddechania. Chory zmarł wskutek daleko posuniętej sprawy płucnej.

LUC (42) opisuje przypadek zabliznienia owrzodzenia gruźliczego części międzynalewkowej po łyżeczkowaniu i kwasie mlecznym. Jak poprzednio, tak i teraz LUC przypomina, że do leczenia chirurgicznego wybierać należy przypadki odpowiednie. BRYSON DELAWAN (43) przytacza pomyślne wyniki leczenia chirurgicznego. UCHERMAN (44) leczył 10 chorych według zasad KRAUSE'go i HERYNGA. W 3-ch przypadkach uzyskał zupełne zabliznienie owrzodzeń. W przypadkach nieżytu stosuje azotan srebra, przy owrzodzeniach kwas mleczny lub  $\frac{1}{2}$ % glicerynę kreozotową; wyrosła ziarninowe usuwa za pomocą łyżeczki ostrej. SCHWENDT (45) na 5 leczonych chirurgicznie przypadków gruźlicy krtani otrzymał 3 wyleczenia:

- 1) nacieczenie tylnego końca prawej struny prawdziwej, [wyleczone za pomocą nakłuc galwanokaustycznych];
- 2) małe nacieczenie części międzynalewkowej;
- 3) większy naciek tejże okolicy.

O dwóch ostatnich przypadkach bliższych wiadomości co do użytych środków w referacie, z którego wiadomość tę czerpię, niema. Sądząc jednak z tytułu, gdzie jest mowa o leczeniu chirurgicznym, i ze specjalnego zaznaczenia, że pierwszy przypadek leczony był za pomocą żegadła, przypuszczam, że w dwóch innych użyta była łyżeczka. W pracy czysto anatomicznej treści zaznacza E. FRAENKEL (46), że zapatrywał się sceptycznie na kwestję miejscowego leczenia gruźlicy krtani dopóty, aż nie został przekonany o skuteczności tego leczenia przez nadesłany mu przez HERYNGA okaz, w którym znalazł zdrową bliznę na miejscach, niegdyś gruźlicą dotkniętych. AVELLIS (47) radzi operowanie guzów gruźliczych na drodze naturalnej. Daje to wynik zupełnie zadawalający, w niektórych przypadkach zakończony wyzdrowieniem.

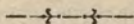
[C. d. n.]



## II. O ATETOZIE OBUSTRONNEJ.

Napisał

Konstanty Strózewski.



Znaczna większość prac, poświęconych symptomatologii i patogenezie atetozy obustronnej, oparta jest na materiale wyłącznie klinicznym; badań pośmiertnych według statystyki EICHHORST'a <sup>1)</sup> dokonano zaledwie w 9 przypadkach. O patogenezie tego cierpienia wygłoszono wiele różnorodnych zdań. Niektórzy autorowie uważali atetozę obustronną za chorobę *sui generis*. CHARCOT podawał za przyczynę anatomiczną atetozy cierpienie wzgórka wzrokowego oraz tylnej części torebki wewnętrznej. EULENBURG jest zwolennikiem korowego pochodzenia atetozy. EICHHORST utrzymuje, że istotną przyczyną atetozy są zmiany anatomiczne we wzgórku wzrokowym i prążkowanym (*thalamus opticus et nucleus caudatus*), a mianowicie podrażnienie włókien ruchowych, przez te części mózgu, przebiegających. Powołuje się on na własny przypadek atetozy, w którym stwierdził torbiel w lewym jądrze soczewicowatym (*nucleus lenticularis*); torbiel owa poczęści zajmowała torebkę wewnętrzną i zewnętrzną.

Przeciwno tym hipotezom przemawiają, po pierwsze, przypadki, w których nie znaleziono wzmiankowanych wyżej zmian, lecz inne, mianowicie: zapalenie opon mózgowych, wylewy krwawe do substancji mózgowej, skrzepy w naczyniach mózgowych, zaniki zawojów mózgowych, braki wrodzone mózgu (*porencephalia*) i wiele innych; po drugie, fakt, że spostrzegano atetozę obustronną wyłącznie przy cierpieniach rdzenia [ROSENBERG, BERGER, AUDRY, LAQUER, MASSALONGO] i przy rozsianem zapaleniu nerwów [LOEWENFELD] Fakty te doprowadzają do wniosku, że atetozą obustronną nie jest chorobą *sui generis*, lecz zbiorem objawów (*syndrome*), właściwym różnorodnym cierpieniom mózgu, rdzenia i nerwów obwodowych. Wspomnę tu jeszcze o ogłoszonych przypadkach histeryi, symulującej atetozę.

Pozwolę sobie przytoczyć przypadek atetozy obustronnej, jaki spostrzegłem na oddziale D-ra GAJKIEWICZA.

Dotyczy on J. E., chłopca 13-letniego, który zapisał się na oddział 6. XI. 1894 r.. Według słów matki chorego w rodzinie chorób nerwowych nie było. chłopiec ma troje rodzeństwa zdrowego. Ani chory, ani matka jego nie umieją nic powiedzieć o przyczynie choroby i nie wiedzą dokładnie, w jakim czasie i porządku występowały objawy. Choroba zaczęła się przed 3 laty bez widocznej przyczyny tonicznymi drgawkami w prawej kończynie górnej, potem w lewej dolnej. W miarę, jak cierpienie się rozszerzało, stanie i chodzenie

<sup>1)</sup> Ueber Athetose. VIRCHOW'S Archiv. 137 Bd.

stawało się trudniejszym; przy usiłowaniu chodzenia chorego „pchało“ naprzód. Od roku przestał uczęszczać do szkoły z powodu niemożności chodzenia. Od 7 miesięcy stan chorego bez zmiany.

*Status praesens.* Chłopiec, dobrze zbudowany i odżywiany, nie przedstawia żadnych zbożeń rozwojowych. W pozycji leżącej choremu bardzo ciężko pozostawać, następują co chwila kloniczne lub toniczne drgawki we wszystkich 4 kończynach, lecz nie symetrycznie. Głowa skrzyta w prawo, drgawki w niej kloniczne; kończyna górna prawa zgięta i przyciągnięta do tułowia, lewa odprowadzona i wyciągnięta; kończyna dolna lewa wyciągnięta z silnie wyrażonym *pes varus*, prawa zgięta w stawie biodrowym i kolanowym. Tułów zgięty w prawo. W pozycji siedzącej: najczęściej prawa noga przykurczona w stawie kolanowym i biodrowym, lewa wyciągnięta, *pes varus*, paluch nadmiernie wyprostowany, inne palce zgięte; napięcie (*tonus*) w mięśniach prawej kończyny dolnej nieznaczne, w lewej silnie zwiększone. Prawa kończyna górna wyciągnięta, odprowadzona i podniesiona do linii poziomej; dłoń w nadmiernej *pronatio*. Tułów zgięty ku przodowi i w lewo. Głowa najczęściej przechylona do lewego ramienia. Przy chodzeniu: głowa pochylona na dół; tułów zgięty ku przodowi i wlewo; kończyny dolne zgięte w kolanach i stawie biodrowym; *pes varus* z lewej strony; chory co chwila pada na ręce w prawą stronę. Wyprostować się nawet przy obcej pomocy nie może. Mięśnie twarzowe wolne od drgawek, prócz mięśnia czołowego, który jest prawie w ciągłym skurczu tonicznym, wskutek czego czoło pokryte zmarszczkami. Prócz powyższych skurczów tonicznych spostrzegamy ruchy zginania i wyprostowywania w palcach rąk i nóg; od czasu do czasu ogólny tężec. Dowolne ruchy zachowane, o ile im nie przeszkadzają drgawki, najmniej w lewej dolnej kończynie, której chory nie może zgiąć. Najwygodniej choremu leżeć na ziemi, szczególnie zaś kłęczyć przy fotelu; wtedy leży całym tułowiem na fotelu z głową, przechyloną do lewego ramienia. Jeść i pić może sam: chwytając lewą ręką, zgiętą w łokciu, i głowę szybko przytula do kubka; ręka wtedy mało drży, tylko głowa od czasu do czasu bywa odrzucana w bok lub wstecz. Prawą ręką nie może ani jeść, ani pić. Choremu zawsze jest gorąco; z tego powodu nigdy nie nakrywa się kołdrą, przeciwnie—nawet odrzuca kołdrę; najlepiej mu jest na zimnej podłodze. Ciało jego pokryte potem. Podczas snu drgawki znikają, po przebudzeniu się powracają w dawnej sile. Nerwy czaszkowe nie przedstawiają zaburzeń żadnych. Mowa nieutrudniona. Czynności mózgowe w zupełności zachowane. Natrętnych idei niema. Zaniżków ani przerostów mięśniowych niema. Odruchy rzepkowe zwiększone z obu stron; drżenia stopy. Zaburzeń odbyticy i pęcherza niema. Narządy oddechowe i krążenia w porządku.

Mamy więc przypadek cierpienia, które dotknęło 10 letniego chłopca, nieobciążonego dziedzicznie, bez widocznej przyczyny i charakteryzuje się nieustannymi drgawkami klonicznymi i tonicznymi w mięśniach kończyn, tułowia, karku i mięśniach czołowych. Przy różniczkowym rozpoznaniu z łatwością możemy wykluczyć wiele cierpień, charakteryzujących się drgawkami mięśniowymi, jak: *maladie des tics*, *paramyoclonus multiplex*, *chorea hereditaria* HUNTING-

TON'a, *ataxia* FRIEDREICH'a, gdyż nie spostrzegaliśmy w naszym przypadku wielu objawów, charakterystycznych dla tych cierpień, mianowicie: objawu WESTPHAL'a, ROMBERG'a, zaburzeń psychicznych, obciążenia dziedzicznego i innych. Największą trudność rozpoznawczą przedstawia płasawica, gdyż ma wiele wspólnych cech z atetozą obustronną. Pamiętać należy, że płasawica (*chorea Sydenhami*) ma zwykle dość ścisły związek z gościeniem i zapaleniem wsierdza, jest przytem uleczalna; co zaś do charakteru ruchów płasawicowych, są one więcej nagłe, nieprzewidziane, zwinne, gdy tymczasem ruchy u naszego chorego są więcej sztywne, powolne, równomierne, co jest właściwem ruchom atetotycznym. W naszym przypadku mamy do czynienia z atetozą obustronną prawdopodobnie mózgowego pochodzenia, gdyż brak zupełny jakiegokolwiek cierpienia rdzenia, nerwów obwodowych lub nerwicy. Brak jednak danych dla określenia natury i umiejscowienia w mózgu zmian.

Przypadek ten ciekawym jest z wielu względów. Cierpienie powstało bez widocznej przyczyny, bez obciążenia dziedzicznego. Zwykle przypisują wielki wpływ na powstawanie atetozy obustronnej ciężkim porodom, urazom, przeziębieniom, chorobom zakaźnym. W większości przypadków notowano obciążenie dziedziczne, jak różnorodne choroby nerwowe, syfisy, alkoholizm u rodziców. Przed ogłoszeniem pracy OPPENHEIM'a <sup>1)</sup>, w której autor opisał atetozę obustronną u matki i córki, nie spostrzegano dziedziczności t. zw. *similaire*. Rodziny charakter cierpienia opisany był niejednokrotnie: MASSALONGO np. spostrzegał atetozę u 3 braci i jednej siostry. W naszym przypadku cierpienie wystąpiło dopiero w 10 roku życia, gdy zazwyczaj występuje wcześniej. Mowa była utrudniona, zwykle zaś bywa skandowana, przypominając mowę przy rozsianem stwardnieniu; w 2 przypadkach OPPENHEIM'a chore wcale nie mogły mówić, dobrze słysząc i rozumiejąc mowę. Inteligencya w przypadku, opisanym przeze mnie, zupełnie była zachowana. Większość autorów [OULMONT, BERGER, SEELIGMUELLER, MASSALONGO i inni] jest zdania, że atetozą obustronną właściwą jest idiotom; CLAY SCHAW nie znajdował fizycznych cech idiotyzmu u dotkniętych atetozą, przeciwnie, utrzymuje, że jeśli się zająć wykształceniem takich chorych, to osłabienie umysłowe łatwo przeobraża się w istotną inteligencyę. Podobnego zdania jest GIBOTTEAU. Ta widoczna sprzeczność nie zdziwi nas, gdy przypomnimy sobie patogenezę atetozy obustronnej. KURELLA opisuje przypadek atetozy z wyjątkowo utrudnionem chodzeniem: chory jego co parę kroków padał na ziemię, robiąc dziwaczne ruchy. W moim przypadku chory nawet przy obcej pomocy nie mógł zrobić żadnego kroku, ani nawet stanąć. Zamiast chodzić, czołgał się na 4 kończynach. Ciekawemi są jeszcze u naszego chorego obfite i ciągłe poty i dodatni wpływ zimna na zmniejszanie się ruchów.

Na zakończenie nadmienię, że leczenie atetozy obustronnej daje wyniki bardzo nikłe. Naszemu choremu stosowano bezskutecznie różne środki uspokajające, zabiegi wodolecznicze, a także wstrzykiwano pod skórę eserynę; ta ostatnia uspakajała ruchy na pewien czas.

<sup>1)</sup> Berl. kl. W. Nr. 34. 1895.

Wreszcie kilka słów o stosunku, jaki zachodzi pomiędzy atetozą obustronną a płasawicą przewlekłą dzieci i płasawicą ciężką. Spostrzegać się dają niejednokrotnie przypadki, w których niemożliwym jest dokładne rozpoznanie, z czem właściwie mamy do czynienia: czy z atetozą obustronną, czy płasawicą przewlekłą dzieci; przytoczę na dowód przypadki, opisane przez SITTLE'a, EISENLOHR'a, ROSS'a, GOWERS'a, OSLER'a. I przypuszczalna przyczyna cierpienia, i rozwój, i nawet charakter ruchów w tych przypadkach z jednakową siłą przemawiają jak za jednym, tak i za drugim cierpieniem. Spostrzegano także, że atetotyczne ruchy w pewnych warunkach przyjmowały chwilowo charakter płasawicowy i odwrotnie, ruchy atetotyczne następowały po płasawicowych.

LEUBE opisał przypadek płasawicy, która nastąpiła po atetozie; przeciwny przypadek spostrzegali BERNHARDT i OLLIVIER. Według zdania SEELIGMUELLER'a to, co dla jednego neurologa jest atetozą, dla innego jest płasawicą przewlekłą, zwłaszcza, że i badania pośmiertne [GOWERS, BECHTEREW <sup>1)</sup>] wykazują u osób, zmarłych na płasawicę ciężką, także same zmiany anatomiczne, jakie stwierdzano przy atetozie obustronnej, mianowicie: zapalenie opon, przekrwienie mózgu, skrzepy w naczyniach mózgowych, rozlane stwardnienia i inne. Opierając się na spostrzeżeniach klinicznych i na badaniach pośmiertnych, można więc przyjść do wniosku, że atetozą obustronną, płasawicą przewlekłą dzieci i płasawicą ciężką nie różnią się niczem między sobą i są rezultatem różnorodnego podrażnienia ośrodków i dróg ruchowych.

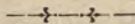
### III. DWA PRZYPADKI

## PEČHERZYCY NOWORODKÓW ZŁOŚLIWEJ

(*Pemphigus neonatorum foliaceus*)

Opisał

**Stanisław Łagowski** [Białobrzegi].



Choroby skóry w praktyce lekarzy prowincjonalnych, niespecjalistów, bywają częstokroć, że się tak wyrażę, piętą Achilleśa, dlatego też mniemam że opis dwóch przypadków pęcherzycy noworodków złośliwej, jakie w krótkim okresie czasu jeden po drugim spostrzegać mi się dało, z wielu względów może być użytecznym. Nie bez interesu zapewne będzie ów opis i dla specjalistów, gdyż spostrzeżeń odnośnych w literaturze naszej lekarskiej, jak to wykazał kol. SZADEK w tylko co ogłoszonej drukiem swej pracy p. t.: „Rokowanie w pęcherzycy przewlekłej“, posiadamy bardzo niewiele.

**Przypadek I.** W nocy z dnia 25 na 26 stycznia r. b. byłem wezwany do porodu, do żony pisarza gminnego N. N.. Poród, który, nawiasem mówiąc, ro-

<sup>1)</sup> Ueber Chorea gravis. Therapeut. Woch. 1896.

dząca odbywała po raz pierwszy, zastałem już na ukończeniu, a odbył się on, jak mi mówiono, z zachowaniem pewnych przepisów antyseptyki, t. j. akuszerka przed przystąpieniem do czynności kilkakrotnie wymyła sobie ręce w 3% roztworze kwasu karbolowego. Noworodek płci żeńskiej, niewielkich rozmiarów [wagi pod ręką nie miałem], wyglądał zdrowo.

D. 30. I., a więc 5-go po urodzeniu dziecka, wezwano mnie do noworodka. Na wstępie dowiedziałem się, że dnia poprzedniego dostał on jakieś wysypki, że w ciągu ubiegłych kilku dni ssał chętnie i dobrze, ponieważ jednak stołeczki bywały raz na dzień i niezbyt obfite, podano mu z porady akuszerki aż dwukrotnie po łyżeczce oleju rącznikowego.

Przyjrawszy się dobrze wysypce, zauważyłem na plecach, piersiach i w pachwinach kilka miejsc od wielkości srebrnej dziesiątki do wielkości 15- lub 20-kopiejkówki, czerwonych, lśniących, na których naskórek był popękany i jak gdyby pływał w cieczy surowiczej; obok tych miejsc rozrzucone były tu i ówdzie plamy, wielkości soczewicy, barwy czerwonej, nie wystające nad powierzchnię otaczającej je skóry: pomiędzy plamami znajdowały się pęcherzyki wielkości małego grochu, przezroczyste lub mętne z żółto-zielonawym odcieniem, obwódka ich ciemno-czerwona. Wywiady odnośnie syfilisu u rodziców dały rezultat ujemny. Kąpiel dziecka codziennie mierzona była termometrem i miała 28° R.. Wobec takich danych na razie nie mogłem sobie zdać sprawy z charakteru wysypki i zaleciłem kąpać niemowlę i nadal, a po kąpeli miejsca zajęte wysypką posypywać *magist. bismuthi*.

Dnia 31. I. wysypka rozszerzyła się znacznie: zajęła całe plecy, piersi, brzuch i pachwiny, a nadto zaczęła się pokazywać na szyi, kończynach górnych i dolnych, a prócz wyżej wymienionych cech, t. j. prócz miejsc czerwonych lśniących, z popękaniem naskórki, prócz pęcherzyków przezroczystych i mętnych, spostrzedz można było pęcherzyki opadnięte, w których płyn posuwał się coraz dalej pod naskórkiem. Zażądałem konsylium.

Wezwany z Radomia kol. PAPIEWSKI przyjechał dopiero I II. późnym wieczorem, a wtedy cała już prawie powierzchnia ciała dziecka przedstawiała jeden straszliwy, jak gdyby na czerwono polakierowany, lśniący wrzód; z naskórka pozostały tylko strzępki; podczas płaczu i krzyku dziecka, *resp.* przy naprężeniu odnośnych mięśni, barwa jasno-czerwona przechodziła w siną, ciemno-wiśniową. Niezajętymi przez wysypkę pozostawały tylko: twarz, z wyjątkiem podbródka, dłonie i podeszwy. Niemowlę w ciągu ostatniej doby prawie że nie spało, przestało ssać, stołeczków miało 6 wodnistych, żółtawych. Ciepłota w odbytnicy 37,7°, tętno 140, oddech 50.

Zważywszy na przebieg choroby: na występowanie naprzód pęcherzykowych wykwitów, następne ich opadanie i nieustające pęknięcie naskórka, przyszedłszy do przekonania, że w danym przypadku mamy do czynienia z ostro przebiegającą pęcherzycą złośliwą (*pemph. foliaceus*), a rozpoznanie mogło się wahać tylko pomiędzy *pemph. syphiliticus* i *pemph. idiopathicus*. Ulubionymi miejscami, od których zaczynać się zwykła pęcherzyca pochodzenia syfilitycznego, są przedewszystkiem dłonie i podeszwy, a te w naszym przypadku wcale zajęte nie były.

Dzieci z syfilisem rodzą się już z pęcherzycą, a jeżeli nie, to wkrótce po urodzeniu zdradzają wraz z nią i inne cechy syfilisu, jako to: sapkę, kondylomaty i t. d., czego tu brakowało. To tylko jedno przemawiałoby za syfilisem, że pęcherzyki były względnie niewielkich rozmiarów i nieliczne, wywiady jednak powtórne, a nawet badanie rodziców, dokonane wspólnie z kol. PAPIEWSKIM, dały nam wynik ujemny. Zaleciliśmy tedy 10-minutową kąpiel ciepłoty 28° R. z dodatkiem *kalii hypermanganici* [1:4000], po kąpeli radzieliśmy nie wycierać dziecka, a ułożyć je w watę hygroskopijną, po kilku zaś godzinach, gdy ciało obeschnie, posypywać pudrem z *ac. salicyl. c. amylo aa.*

Dnia 2. II. o godzinie 11-ej zrana zastałem niemowlę bardzo zmienione; twarzyczka zmniejszyła się o połowę; spało ubiegłej doby niewiele, a ssać wcale nie mogło, gdyż i wargi zajęte już były wysypką; karmiono je sztucznie. Po kąpeli ułożyłem je w watę, a o 4-ej popołudniu posypałem wyżej wzmiankowanym pudrem, przyczem spostrzegłem, że wata mocno przylegała do owrzodzonych powierzchni.

Dnia 3. II. o godz. 6-ej zrana dziecicę umarło. Matka, dotychczas zdrowa, pomimo zachowywania wszelkich przepisów, wskazanych przy pielęgnowaniu położnic, tego samego dnia dostała gorączki połogowej, która trwała prawie dwa miesiące i skończyła się wyzdrowieniem.

**Przypadek 2.** W tem samym miasteczku, niedaleko, bo zaledwie tylko o trzy domy od miejsca pierwszego przypadku, wezwano mnie w dn. 1 kwietnia r. b. do dziecka kupca chrześcianina. Matka, która już była wstała z łóżka, oznajmiła mi, że w nocy z dnia 24 na 25 marca powiła dziecicę, płci męskiej, zdrowe; poród odbywała po raz drugi w życiu, prawidłowo; noworodek ssał chętnie, stołeczki miewał kilka razy dziennie, żółtawe, dość gęste, kąpany był codziennie, ciepłota jednak kąpeli termometrem nie była mierzona. 4-go dnia po urodzeniu, t. j. 28 marca zauważono na wskazującym palcu prawej ręki, jako też i na przedniej powierzchni przedramienia dziecka kilka pęcherzy, które następnie opadły, pozostawiając czerwone dno i popękany naskórek. Dnia 29. III. także pęcherze ukazały się na plecach i piersiach, a 30 i 31 w pachwinach i na kończynach dolnych. Ojciec i matka zdrowi, syfilisu nie przechodzili.

Przystąpiwszy do badania dziecka, miałem możność obserwować tym razem na jego skórze wszystkie okresy pęcherzycy: przedewszystkiem rzucały się w oczy plamy czerwone, okrągłe, wielkości 5-kopiejkówki srebrnej, nie wystające po nad otaczającą je skórę; dalej szły liczne pęcherze wielkości wiśni lub włoskiego orzecha; czyniły one wrażenie pęcherzy, powstających po oparzeniu lub po wezykatoryach; niektóre z tych pęcherzy były przezroczyste, inne znowu mętne i serwatkowate z żółto-zielonawym odcieniem zawartości; następnie widać było pęcherze popękane i miejsca ogołoczone z naskórka, a także pęcherze zlewające się, w których płyn posuwał się coraz dalej pod naskórkiem; w pachwinach i na szyi ogołoczone z naskórka czerwone miejsca polane były płynem surowicznym. Powierzchnia czaszki i cała twarz wolne od wysypki, a ta ostatnia ma kwitnące wejrzanie. Waga ciała dziecka wynosiła 11 fun-

tów. Ciepłota w odbytnicy 37,8°, tętno 130, oddech 41. Zaleciłem tak, jak i w poprzednim przypadku, kąpiele 10-minutowe, ciepłoty 28° R. dwa razy dziennie z dodatkiem *kalii hypermang.* [1:4000] i 1-szą taką kąpiel przyrządziłem dziecku sam; po wyjęciu z niej twarz niemowlęcia posiniała i oddech został jak gdyby zatamowany; objawy te jednak wkrótce ustąpiły; po kąpeli owiniętem dziecko w zwyczajną gazę, zauważyłem już bowiem przedtem, że układanie w watę jest wysoce niedogodne z tego względu, iż wata przysycha do wilgotnych powierzchni ciała i może je przez to drażnić; gazę przed użyciem posypałem pudrem, składającym się z *zinci oxyd. albi* 4,0, *amyli* 40,0, przyczem oddzielny opatrunek nałożyłem na tułów i oddzielny na każdą z kończyn.

Dnia 2. IV. Noworodek po kąpeli spał prawie trzy godziny, noc jednak całą był niespokojny, ssać nie chciał, stołeczków miał 6 wodnistych, żółtawych. Ciepłota 37,8°, pęcherze tylko gdzieś, za to cała prawie powierzchnia ciała, prócz dłoni i podeszew, doszczętnie ogołocoła z naskórka, czerwona, lśniąca, a podczas krzyku przybiera barwę ciemno-wiśniową. Plamy i pęcherze zaczynają się ukazywać na podbródku, wargach i policzkach. Zaleciłem zmienić ciepłotę kąpeli, a mianowicie zmniejszyć ją o stopień [27° R.], a zamiast *kalii hypermang.* postanowiłem użyć *ac. tannicum* w tym samym prawie stosunku, t. j. 1 grm. na 5 do 6-ciu kwart wody. Do opatrunku z gazy po kąpeli zamiast pudru, który mocno przysychał, uważałem za odpowiedniejszą maść (*Ungt. zinci benzoatum*, t. j.: Rp. *Gum. resin. benzoës* 0,60. *Azung. porci* 30,0. *M. bene, digere et cola, adde Zinci oxyd. albi* 4,0]. Kąpiele owe, jako też i opatrunek z maści dziecię znosiło bardzo dobrze, natychmiast po nich uspakajało się i spało od 2-ch do 3 ch godzin. Po kilku dniach takiego postępowania powierzchnia cała w pewnych miejscach zaczęła bieleć i pokrywać się nowym naskórkiem bez uprzedniego tworzenia się strupa. Na twarzy pęcherze poopadały, a wolnemi od wysypki na niej były tylko powierzchnie nosa i czoła.

Dnia 9. IV. znaczne polepszenie: coraz więcej nowego naskórka; na brodzie i policzkach szeroka warstwa brunatnego strupa.

Dnia 17. IV. cała powierzchnia ciała pokryła się nowym naskórkiem; w miejscach, na których siedziały pęcherze, widać ciemno zabarwione plamy.

Dnia 23. IV. strup z twarzy odpadł; pod nim biały naskórek; na czole luzszenie się; na karku, pod brodą i w okolicy stosu kręgowego kilka wrzodziarek; pomiędzy włosami czaszki ropne pęcherze.

Obecnie wszystkie objawy choroby zniknęły; widać tylko w okolicach pachwin i na szyi ciemno zabarwione miejsca wielkości soczewicy; stan ogólny zadawalający. Waga ciała niemowlęcia 11 funtów.

Większość autorów, którzy dotychczas o pęcherzycy noworodków pisali, jest zdania, iż choroba owa ma charakter zakaźny; HERVIEUX, OLSHAUSEN i MEKAS, KLEMM, KOCH, AHLFELD i inni opisują występowanie pęcherzycy noworodków nagminne, czyli endemie i epidemie tej choroby: w Paryżu, Halli, Lipsku, Wiesbaden i t. d.; szczególny przytem kładą nacisk na okoliczność, iż pojawia się ona najczęściej w okręgu działalności jednej jakiejś akuszerki,

Choroba może być zaraźliwą, notowano bowiem przypadki, w których udzielała się ona otoczeniu dziecka, a mianowicie matkom, karmiącym je i niańkom; u pierwszych zaczynała się zwykle w takich razach od skóry sutek. Jakiej natury jest sam zarazek, niewiadomo.

DEMME, robiąc poszukiwania u dzieci w wieku starszym, chorych na pęcherzycę, znajdował w zawartości pęcherzy wśród innych drobnoustrojów pewnego diplokokka, któremu przypisywał swoiste własności. STRELITO wydzielił z zawartości pęcherzy 15-dniowego dziecka żółte i białe kokki, bardzo do wyżwspomnianego podobne.

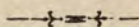
W każdym jednak razie, jak dotąd, jest to kwestya otwarta. Odrębnie zapatrują się na przyczyny choroby BOHN i DOHRN, a mianowicie mniemają, że pęcherzycę noworodków powodują takie bodźce ogólnej natury, jak zbyt gorące kąpiele, nieogłędne rękoczyny przy powijaniu dziecka, chropowate pieluszki i t. p..

Co do rokowania, to wszyscy jednomyślnie twierdzą, że pęcherzyca zwyczajna po upływie 2-eh tygodni kończy się wyzdrowieniem, pęcherzyca złośliwa (*pemph. foliaceus*) prawie zawsze śmiercią. (*Die Krankheiten der ersten Lebensstage von D-r MAX RUUGE*. 1893. Stuttgart.

Dwa spostrzegane przeze mnie przypadki pod względem przyczyn powstania choroby są nader niejasne. Wprawdzie, podczas przyjścia na świat jednego i drugiego noworodka akuszerka była ta sama, a gorączka połogowa matki w pierwszym przypadku wraz z pęcherzycą jej dziecka zdawałyby się przemawiać za charakterem choroby zakaźnym, równocześnie jednak w miasteczku i okolicy przy pomocy tej samej akuszerki odbyło się kilkanaście porodów, po których zarówno matki, jak i niemowlęta były i są dotychczas zdrowe. Co do drugiego przypadku, to w części potwierdza on zapatrywania BOHN'a i DOHRN'a, gdym bowiem pieczołowitej babce, która dziecięciu w ciągu pierwszych dni jego życia kąpiele przyrządzała i ciepłotę ich własną mierzyła ręką, polecił, by w mojej obecności zechciała ową ciepłotę określić, przekonałem się, że kąpiel powyżej 35° R. wydawała się jej jeszcze zbyt zimną. Przypadek ten ważny jest także i ze względu na rokowanie, ponieważ pozwala przypuszczać, że nawet straszliwe postacie pęcherzycy noworodków złośliwej mogą przebiegać pomyślnie i kończyć się wyzdrowieniem. Trudno tylko przewidzieć, czy i tu nie będzie nawrotów choroby, gdyż wyżej wymienieni autorowie dowodzą, że pęcherzyca noworodków tak samo, jak i pęcherzyca dzieci w wieku starszym, może się powtarzać, a wtedy powodem zejścia śmiertelnego najczęściej bywa następcze wycieńczenie i chłactwo.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 85. Ferré. Błonica ludzka i ptasia.

Pod nazwą błonicy ptasiej autor rozumie chorobę drobiu, cechującą się pojawieniem błon wrzekomych, mniej lub więcej twardych, białawych lub żółtawych, na końcu języka, pod językiem, w jamie ustnej i gardzielowej, w drogach oddechowych i na błonie śluzowej oczu. O stosunku błonicy ptasiej do ludzkiej pisano już dość dużo. Autor wspomina o pracach LOIR'a i DUCLOUX'a, GALLEZ'a, FAGUET'a, jak również o swych poprzednich pracach w tej kwestyi. LOIR i DUCLOUX wykryli przy błonicy ptasiej szczególnego lasecznika, zupełnie odmiennego od lasecznika LOEFFLER'a. Na mocy swych poszukiwań autor dochodzi do wniosku, że w błonicy drobiu, występującej bądź w postaci nieżyty łącznicy, bądź jako nieżyt nosa lub jako t. zw. pypeć, często wykryć można laseczniki LOEFFLER'a. Zasiewając naloty z błonicy ptasiej, znaleźć można następujące drobnoustroje: laseczniki LOEFFLER'a, laseczniki okrężnicy, laseczniki FRIEDLAENDER'a, łańcuszkowce, gronkowce, mikrokokki i t. d.. Drobnoustroje te występują w najróżnorodniejszych kombinacjach. Autorowi ani razu nie udało się znaleźć laseczników LOEFFLER'a w stanie czystym. Z badań swych poprzedników i swoich autor wyprowadza następujące wnioski: 1) błonica ptasia jest etyologicznie tak samo zawilą, jak błonica ludzka; 2) u drobiu istnieją tak samo, jak u człowieka, postaci błonicy, wywołane przez laseczniki LOEFFLER'a, laseczniki okrężnicy, laseczniki FRIEDLAENDER'a, łańcuszkowce i t. d.. Najcięższą postacią błonicy, napotykaną u drobiu, postacią wikłającą się z porażeniami, powodującą najprawdopodobniej laseczniki LOEFFLER'a. Wynika to między innymi z poszukiwań GALLEZ'a, FAGUET'a, jak również autora. Istnienie laseczników LOEFFLER'a w pewnych postaciach błonicy ptasiej rzuca światło na stosunek, zachodzący między nią a błonicą ludzką. Autorowi znane są spostrzeżenia jego kolegów z okolic Bordeaux, dowodzące, że błonica drobiu może udzielić się człowiekowi. Na poparcie tego poglądu autor szczegółowo przytacza jedno swoje spostrzeżenie z r. 1896, które tu w streszczeniu podaje.

Jedno z dzieci przyjaciela autora zachorowało na zapalenie gardzieli. Autor, zawezwany przez przyjaciela, zamieszkałego w okolicach Bordeaux, stwierdził u dziecka białoszarawe, grube, silnie przylegające błony na obu migdałach. Ogólny stan dziecka dobry; nie było ani gorączki, ani powikłań krtaniowych. W kilka godzin po zaszczepieniu błon na surowicy [z żelatyną] rozwinęły się hodowle lasecznika błonicowego [laseczniki długie]. Po zastrzyknięciu surowicy przeciwbłonicowej [15 ctm.] błony zniknęły w 43 godz. Wyzdrowienie. Chcąc wykryć źródło zakażenia, autor zebrał szczegółowe wywiady, które wykazały, że żaden z kolegów i przyjaciół chłopca nie chorował na gardło, że nie było przypadku błonicy ani w szkole, do której uczęszczał chłopiec, ani w okolicy, w której mieszkał. Na zapytanie, czy niema w domu żywego drobiu, odpowiedziano autorowi, że w ogrodzie jest klatka, w której znajdują się kogut i kura. Dalej dowiedział się autor, że kogut przed 2 tygodniami miał pypeć i coś białego na oczach, że pypeć został zerwany i że ptak tak był osłabiony, że ledwo stał na nogach. Dzieci, korzystając z tego, że kogut był bardzo osłabiony, wrywały mu pióra, które były bardzo ładne. Autor znalazł koguta w stanie niedowładu i zarządził natychmiastowe przeniesienie go do swej pracowni. Niedowład kończyn zamienił się wkrótce na zupełny bezwład, i po kilku dniach kogut zdechł. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono w kiszkaach twarde żółte guziki, stwierdzone przez

wielu autorów w przebiegu błonicy ptasiej. Założone jeszcze za życia kognata hodowle dały 3 rodzaje drobnoustrojów: 1) laseczniki barwiące się sposobem GRAM-KUEHNE'go, 2) laseczniki nie barwiące się tą metodą, 3) mikrokokki. Po izolowaniu tych gatunków okazało się, że pierwszy z nich jest lasecznikiem LOEFFLER'a, był on chorobotwórczym dla gołębi, świnek morskich i królików, wywoływał niedowład kończyn i tworzenie się błon wrzekomych na błonach śluzowych. Autor przytacza jeszcze jeden dowód tożsamości błonicy ptasiej i ludzkiej. Wstrzykując podskórnie ptakom, dotkniętym błonicą, [błony wrzekome, porażenia] surowicę przeciwbłonicową, otrzymaną przez uodpornianie konia za pomocą toksyny lasecznika błonicy [LOEFFLER'a] ludzkiej, autor przekonał się, że wstrzykiwania te okazują energiczne działanie lecznicze.

Z faktów wyżej przytoczonych można wyciągnąć wniosek, że błonica ptasia jest, z punktu widzenia bakteriologicznego, bardzo zbliżoną, jeśli nie identyczną z błonicą ludzką i że może być przeniesioną z drobiu na człowieka, gdyż błony wrzekome, szczególnie w postaci porażeniowej błonicy ptasiej, zawierają lasecznika LOEFFLER'a, który u człowieka wywołuje prawdziwą błonicę. Pod względem praktycznym i zapobiegawczym dobrze jest pamiętać zawsze o możliwości zarażenia się błonicą od drobiu. W każdym razie należy błony niszczyć, najlepiej za pomocą ognia, a zwierzęta chore izolować. Pod względem praktycznym ważnym jest także fakt, że przy leczeniu chorych ptaków, zwłaszcza w ciężkich przypadkach błonicy porażeniowej, można z wielkim pożytkiem stosować wstrzykiwania surowicy przeciwbłonicowej zwyczajnej. Dawka, wynosząca  $\frac{1}{4}$  ctm. sześć, stosowana co 3 dni, daje po największej części bardzo dobre wyniki. Wstrzykiwania te, dla których najlepszym miejscem jest okolica międzyłopatkowa, między skrzydłami, można stosować aż do zupełnego wyzdrowienia chorego ptaka. Co się tyczy ptaków, które znajdowały się w styczności z choremi zwierzętami, to 1 ctm. sześć, wystarczy do uodpornienia. Przytem należy, rzecz naturalna, zwierzęta zdrowe izolować.

(Archives cliniques de Bordeaux. Lipiec. 1897). Stanisław Pechkranc.

### 86. A. Hennig. O błonicy przewlekłej.

Sprawy miejscowe przy błonicy górnych dróg oddechowych w największej części przypadków kończą się w ciągu 5—14 dni; stosunkowo rzadko błony wrzekome oddzielają się po upływie 2—4 dni albo przeciwnie, dopiero po kilku tygodniach lub miesiącach. Autor w pracy swej uwzględnia tylko te ostatnie postacie, gdyż są one mało znane i przez to często źle rozpoznawane. CADET de GASSICOURT niesłusznie uchodził dotychczas za pierwszego, który opisał tę postać chorobową pod nazwą: *diphthérie à forme prolongée* (w *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. 1883). Pierwszeństwo należy się VIESSEUX'owi, który jeszcze w r. 1812 opisał 9 przypadków, którym nadał miano „le croup prolongé“.

W 40 lat później opisał EMPIS przypadek błonicy z 27-dniowym trwaniem objawów miejscowych. Następnie pisali o błonicy przewlekłej ISAMBERT i BARTHEZ [po 1 przypadku]. Podczas dyskusji w Towarzystwie Lekarskiem Berlińskim wspomina WALDENBURG o chorym, u którego błony wrzekome na podniebieniu, w gardzieli i krtani trzymały się przez kilka miesięcy, znikając w jednym miejscu i pojawiając się w innych. HYBRE i GARCIA RIJO piszą w 1875 i 1878 r. rozprawę w tym przedmiocie.

W kilka lat później ogłasza w tej kwestyi (*Diphtherite prolongata*) pracę COZZOLINO. Ciekawe są spostrzeżenia WALB'a [1882], dotyczące chorych z umiejscowieniem błon w górnej jamie gardzielowej. Zdaniem WALB'a, już samo siedlisko błon w tych przypadkach warunkuje powolne oddzielanie się ich, przebieg przewlekły i rozprzestrzenienie się sprawy błonicowej na jamy

nosowe, ucho środkowe i t. d.. Przypadki te, przypominające często owrozdzenia syfilityczne, wywołują nierazko silne bóle w uchu i czole. Często sprawa wyświeśla się dopiero po długim trwaniu, gdy błony stają się dostępne dla oka. Chorzy WALB'a byli dotknięci gruźlicą, zozłami lub syfilisem dziedzicznym. WALB odróżnia błonicę przewlekłą, która dopiero po kilkotygodniowym istnieniu w jamie nosogardzielowej rozszerza się na jamy nosowe i ucho środkowe, i wrzodziejącą postać błonicy przewlekłej, która rozwija się na tle dziedzicznego syfilisu, gruźlicy lub zozłów, bądź pierwotnie w jamie nosogardzielowej lub nosie, bądź przechodzi tu wtórnie z innych okolic. WALB podaje 12 przypadków z trwaniem objawów miejscowych od kilku tygodni do 3—5 miesięcy.

Kilka przypadków błonicy przewlekłej podaje także HENOCH. Praca wyżej wzmiankowanego CADER de GASSICOURT'a pochodzi z roku 1883. Stosownie do umiejscowienia sprawy odróżnia GASSICOURT *croup à forme prolongée* i *diphthérie à forme prolongée sans croup*, gdzie zajęte są tylko: gardziel, nos lub jama nosogardzielowa, a krtąń pozostaje wolna. Według BLANQUINQUE'a, błonica przewlekła może być niebezpieczną tylko wskutek umiejscowienia sprawy w krtani. Cechują ją, zdaniem tego autora, następujące oznaki: 1) może zostać ukrytą i przebiegać pod postacią *laryngitidis subacutae*; 2) trwanie jej może być bardzo długie [70 dni]; 3) nigdy nie jest zaraźliwą; 4) nie powoduje żadnych objawów ogólnych. Ostatnie spostrzeżenia w sprawie błonicy przewlekłej należą do JAKUBOWICZA.

W swej pierwszej pracy o błonicy [1889] odróżnia autor przewlekłą postać tej choroby od ostrej i zaznacza, że na 1054 przypadków błonicy tylko w 7 [0,66%] miejscowa sprawa błonicowa istniała dłużej nad 3 tygodnie: 27 dni, 29 [2 razy], 34, 45, 47, 54. Wszyscy chorzy, w wieku od 3 do 7 lat, podmiotowo czuli się, nie licząc pierwszych dni choroby, stosunkowo dobrze, nie mieli ani gorączki, ani bólów, jedli i pili jak wśród najlepszego zdrowia, nie przebywali w łóżku; od czasu do czasu jednak zdarzały się godziny i dnie, w których zjawiały się objawy ogólne, jak gorączka, dreszcze, utrata łaknienia, bóle głowy, zaburzenia w łykaniu, osłabienie, niechęć do zabaw i t. d.. W gardzieli, nosie lub jamie nosogardzielowej naloty bądź to trzymały się tygodniami w jednym miejscu, bądź też znikaly w jednym miejscu, aby ukazać się w innym. Już w pierwszej pracy uczynił autor wzmiankę o nawrotowej postaci błonicy. W ostatnim lat dziesiątku nie pojawiła się żadna godna uwagi praca w kwestyi błonicy przewlekłej, natomiast dość często opisują autorzy nieżytowe i włóknikowe zapalenia błony śluzowej nosa z kilkotygodniowym lub kilkumiesięcznym trwaniem, nie uwzględniając i nie oceniając dostatecznie związku tych cierpień z prawdziwą błonicą.

Przechodząc do rozpatrzenia swego materiału, autor zaznacza, że na 2135 przypadków błonicy, spostrzeganych przezeń do ostatnich dni, było 23, t. j. 1,04% [a przy doliżeniu przypadku *rhinitidis fibrinosae* — 1,49%] przypadków błonicy przewlekłej. Nazwą tą autor obejmuje te przypadki, w których miejscowe objawy błonicowe istniały dłużej nad 3 tygodnie. Według obliczeń autora, błony rzekome oddzielają się w przeważnej większości przypadków w 4—10 dni, a cały obraz chorobowy kończy się po upływie około 20 dni.

Przypadki, w których naloty istnieją 24—20 dni, są już rzadkie, jeszcze zaś dłuższe trwanie objawów miejscowych należy do wyjątków. Wskutek tego autor określa nazwą błonicy przewlekłej wszystkie te przypadki, w których istnieje skłonność do wytwarzania błon w ciągu czasu, przebiegującego 3 tygodnie. Błonica przewlekła górnych dróg oddechowych ma, ogólnie biorąc, przebieg następujący:

W większości przypadków początek choroby jest ostry, z wysokiem lub umiarkowanym podniesieniem ciepłoty lub nawet bez gorączki, z udziałem sąsiednich gruczołów chłonnych lub bez niego, z większemi lub mniejszemi dolegliwościami, przyczem natężenie i rozprzestrzenienie sprawy miejscowej bywa różne. Po kilku [4—5] dniach następuje polepszenie, lecz błony zamiast zniknąć bezpowrotnie, ukazują się po pewnym czasie w tem samym miejscu lub w sąsiednich, dotąd niezajętych częściach błony śluzowej. Skłonność do wytwarzania się błon może trwać tygodniami i miesiącami. Objawy ogólne, jak gorączka, mogą przez cały ten czas wcale nie występować; albo umiarkowanie wysoka ciepłota trzyma się tygodniami na jednej wysokości, albo też mamy ranne spadki i wieczorne nasilenia ciepłoty; wśród długich okresów bezgorączkowych zdarzają się czasem dni z różnego natężenia gorączką. Takim samym wahaniem, jak miejscowa sprawa błonicowa i gorączka, ulegają także inne objawy: białkomocz, obrzmienie gruczołów, wypływ z nosa i uszu.

W niektórych przypadkach występują ciężkie powikłania i choroby następne, jak ropienie gruczołów, migdałów lub naokoło tychże, długotrwały białkomocz, porażenia, zajęcie krtani, które zniewala czasem do zabiegu chirurgicznego; w pojedynczych przypadkach następuje nawet śmierć. Rzadziej błonica przewlekła zaczyna się bez objawów ostrych, alarmujących, powoli, a czasem zupełnie skrycie. Chory czuje się względnie dobrze, czasem uskarża się na podrażnienie w gardle, nieznaczne utrudnienie przy łykaniu, uczucie obcego ciała w gardle. Przy zajęciu nosa zjawia się niewielki wypływ z jamy nosowej, przykra woń wydechanego powietrza, przy zajęciu krtani suchy, krupowy kaszel i t. d. Dalszy przebieg niczem nie różni się od poprzednio naszkicowanego.

Przypadków, należących do pierwszej kategorii, t. j. z ostrym początkiem, autor obserwował 9. Trwanie pojedynczych przypadków: 31, 39 [2 razy], 41, 47, 53, 54 i 73 dni. W niektórych przypadkach błonica udzieliła się otoczeniu, tak, że zdanie BLANQUIQUE'a o niezaraźliwości błonicy przewlekłej okazuje się mylnem. Również mylnem jest twierdzenie BL., że błonica przewlekła nie powoduje żadnych objawów ogólnych. Trzy przypadki tej grupy przedstawiają t. zw. przez GASSICOURT'a *croups à forme prolongée* z zejściem w wyzdrowienie bez tracheotomii.

W tem miejscu autor przytacza także przypadki przewlekłego zapalenia wrzekomo-błoniastego górnych dróg oddechowych w przebiegu odry i płonicy, jakkolwiek sam zaznacza różnicę, zachodzącą między tą sprawą a prawdziwą błonicą BRÉTONNEAU'a (*genuine Diphtherie*).

Druga grupa przypadków błonicy przewlekłej, w której sprawa od początku postępuje powoli, skrycie, prawie bez objawów, zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na mogące wystąpić nagle groźne objawy, lecz i ze względu na otoczenie, któremu przez cały czas grozi niebezpieczeństwo zarażenia się od chorego. Te właśnie przypadki bardzo często bywają fałszywie rozpoznawane. Dla ilustracyi autor przytacza dość szczegółowo 2 przypadki, z których drugi ciekawy jest, jako typowy przypadek wstępującej błonicy z pierwotnym zajęciem krtani. Do omawianej grupy należą dalej te przypadki, w których sprawa miejscowa zaczyna się w jamie nosogardzielowej lub w nosie i albo zostaje ograniczoną do tych okolic, albo rozszerza się ztąd na przegrodę nosa, przednie odcinki muszeli i ucho środkowe, albo też rozprzestrzenia się ku dołowi.

Rozpoznanie tych przypadków jest dość trudne, wskutek czego autor zaleca dokładne badanie rynoskopowe wszędzie, gdzie istnieje wypływ z nosa lub uczucie obcego ciała w gardzieli albo bóle promieniujące w kierunku czoła lub uszu. Przewlekły przebieg sprawy błonicy w tych przypadkach objaśnia WALB [patrz wyżej] jej siedliskiem.

Autor przytacza tu przypadek błonicy nosa, uszu, gardzieli i krtani, gdzie rozpoznawanie wahało się z początku przez kilka tygodni między zółzami a błonicą, a rzecz wyświeśliła się dopiero po przejściu sprawy na gardziel i krtani. Ciekawe są przypadki błonicy przewlekłej, na które pierwszy zwrócił uwagę WALB [1882] i które zostały przez niego opisane, jako wrzodząca postać błonicy przewlekłej. Zdarza się ona wyjątkowo u osobników dziecinnie obarczonych, gruźliczych, zółzowatych lub syfilitycznych. Trzy takie przypadki spostrzegł autor, który podziela zdanie WALB'a, że punktem wyjścia sprawy błonicy jest tu strop gardzieli, rzadziej nos. Po dłuższym czasie dopiero, po 4—10 tygodniach, sprawa przechodzi na tkanki sąsiednie.

We wzmiankowanych miejscach tworzą się mniej lub więcej głębokie wrzody z nacieczonymi, twardymi brzegami, czasem wrzody zlewają się; dno wrzodów pokryte jest brudnymi nalotami, ciemno-szarymi strupami. Objawy ogólne są zwykle małego natężenia, czasem występuje gorączka, zaburzenia w łykaniu, bóle w przedniej części głowy, w uszach i t. d. Przypadków *rhinitis fibrinosae* autor spostrzegł 18, z tych w 9 sprawa trwała przeszło 3 tygodnie.

Do czynników, warunkujących przewlekły przebieg błonicy, autor zalicza następujące: 1) umiejscowienie sprawy: jama nosogardzielowa, strop gardzieli, tylny odcinek nosa i głębiej leżące *laminae* migdałów podniebiennych i gardzielowego; 2) pewne choroby ogólne: gruźlica, zółzy, przymiot, choroba angielska; 3) choroby ostre: płonica, odra; 4) skłonność osobnicza czasowa i miejscowa; 5) nieżyty przewlekłe górnych dróg oddechowych i ich następstwa, jak przerost migdałów podniebiennych, limfatycznego pierścienia gardzielowego i migdała gardzielowego, kamienie migdałów, ropnie migdałów i naokoło tychże. Wszystkie te stany chorobowe należy bardzo starannie leczyć, gdyż w większości przypadków wywołują usposobienie do błonicy i podtrzymują przewlekły przebieg tej ostatniej.

Wszystkie przypadki błonicy przewlekłej, spostrzegane przez autora, poddane zostały bardzo starannemu badaniu bakteryologicznemu. W niektórych tylko przypadkach został wykryty lasecznik LOEFFLER'a bądź w początku choroby, bądź w dalszym przebiegu; w większości przypadków wynik badania był ujemny. Autor nie uważa lasecznika LOEFFLER'a za jedyne winowajcę błonicy (patrz jego odczyt: „*Welchen Werth hat der Diphtherie-Bacillus in der Praxis?*”) i formuluje zdanie swoje w tej kwestyi tak: lasecznik LOEFFLER'a jest tylko niewinnym saprofitem i rozpoznanie błonicy może i powinno się opierać li tylko na danych badania klinicznego. Słowa G. v. HOFFMANN'a, wypowiedziane 60 kongresie przyrodników w Wiesbaden: „Znaczenie laseczników LOEFFLER'a dla błonicy winno zostać jak i przedtem rzeczą wiary” autor zmienia w następującą formułkę: „Znaczenie laseczników LOEFFLER'a dla błonicy winno być zakwestyowane”.

(*Sammlung klin. Vortr. Nr. 187. 1897.*)

Stanisław Pechkranc.

### 87. Ch. Abadie. Natura jaskry. Wyjaśnienie leczniczego działania irydektomii.

Niepodobna zaprzeczyć, że pomimo całego szeregu badań klinicznych, anatomicznych i doświadczalnych dalecy jesteście od teorii jaskry, któraby nam wyświeśliła nie pojedyncze objawy, lecz prawdziwą istotę tej, jak dotąd, zagadkowej choroby. Do danych, z którymi każda nowopowstająca teoria przedewszystkiem liczyć się winna, należy niewątpliwie lecznicze działanie irydektomii i środków zwężających źrenicę; możliwość wyjaśnienia tegoż stanowi poniekąd probierz wartości nowej teorii.

W odczycie, wygłoszonym na ostatnim zjeździe francuskich oftalmologów, kładzie ABADIE nacisk na okoliczność, że żadne stałe zmiany w okolicy ro-

gówkowo-białkówkowej—ani zaciśnięcie kąta rogówkowo-tęczówkowego, ani też więzu grzebieniastego, nie mogą stanowić przyczyn przemijających bez śladu napadów ostrej i podostrej jaskry. Stałe zmiany wywołują stałe objawy; dla powstawania przemijających objawów niezbędnym jest wpływ układu nerwowego.

Autor odrzuca jednak wpływ nerwu trójdzielnego, przyjmowany przez wszystkie dotychczasowe teorie. Troficzny wpływ na odżywianie oka nerw ten zawdzięcza według badań SPALLITY (*Annales d'oculistique*, lipiec 1896) wyłącznie włóknom spótczulnym, przebiegającym wzdłuż jego pnia w jamie czaszkowej i udającym się do gałki ocznej za pośrednictwem nerwów rzęskowych. Zaburzenia w odżywianiu oka przy wewnątrzczaszkowym przecięciu nerwu trójdzielnego nie występują wcale lub też powstrzymane zostają przez jednoczesne przecięcie części szyjowej nerwu spótczelnego tej samej strony.

Punktem wyjścia jaskry jest według autora podrażnienie włókien rozszerzających naczynia oka, już to przemijające w postaci ostrej, już to trwałe — w przewlekłej.

Powiększenie ciśnienia śródocznego jest prostym następstwem przepelnienia naczyń, co zaś idzie za tem, i powiększonego wydzielania płynów śródocznych.

Środki rozszerzające i zwężające źrenicę działają zarazem w odpowiedni sposób na naczynia oka; nie może nas to dziwić, jeżeli uwzględnimy, że według badań FRANCK'a włókna rozszerzające źrenicę mają ten sam początek w rdzeniu i ten sam przebieg, co włókna rozszerzające naczynia oka. Stosując na przemian atropinę i ezerynę, możemy już to wywoływać napady jaskry w oczach do niej usposobionych, już też przerywać je.

Lecznicze działanie irydektomii w ostrej i podostrej jaskrze, występującej napadami, nie polega zdaniem autora bynajmniej na sklerotomii i otworzeniu okolorogówkowej przestrzeni filtracyjnej, lecz na przecięciu spłotu nerwowego, zawartego w środkowym pasie tęczówki, przez co znosimy działanie bodźców, wywołujących nadmierne rozszerzenie naczyń oka i otrzymujemy średni stan ich rozszerzenia. Dlatego też wycięcie ani samego zwieracza źrenicy, ani też rzęskowej części tęczówki, połączone z prawidłową irydektomią nie leczy jaskry; koniecznym jest, aby przeciętą została cała szerokość tęczówki. Autor twierdzi nawet, że wycinanie tęczówki jest zgoła zbyt czerne: wystarczać powinno proste jej przecięcie.

Irydektomia zawodzi w jaskrze przewlekłej; nie dlatego jednak, abyostać ta była różną co do swej istoty od jaskry ostrej, środki bowiem rozszerzające źrenicę a zarazem i naczynia oka są i w tym razie zgubne, lecz dlatego, że mamy tu do czynienia z działaniem trwałych wpływów rozszerzających naczynia w naczyniówce samej, nie zaś w przednim odcinku oka tylko, jak w jaskrze ostrej. Łatwo przeto zrozumieć, że przecięcie spłotu włókien naczynio-ruchowych w tęczówce, *resp.* irydektomia, pozostaje w tym razie bezskutecznem. Zrozumiałem natomiast jest, dlaczego w leczeniu jaskry przewlekłej niezbędnem jest systematyczne używanie środków zwężających źrenicę wobec przemijającego ich działania zwężającego naczynia, a trwałości bodźców, wywołujących ich chorobliwe rozszerzenie. Gdyby istota jaskry przewlekłej polegała na materialnych zmianach w pokrywach oka lub w nerwie wzrokowym, wyjaśnienie działania środków zwężających lub rozszerzających źrenicę byłoby zgoła niemożliwem.

W przypadkach jaskry przewlekłej prostej, które pomimo sklerotomii, irydektomii i systematycznego stosowania środków zwężających źrenicę zdają niepomahowanie ku utracie wzroku, wróży autor wielką przyszłość przecięciu szyjowej części nerwu spótczelnego, zawierającej włókna naczynio-

chove. Wycięcie zwoju ocznego (*ganglion ophthalmicum*) mogłoby mieć ten sam wpływ leczniczy, stanowi jednak zabieg owiele trudniejszy.

(*Arch. d'ophthalm. Czerwiec. 1897.*)

W. Kamocki.

**88. Dufour [z Fécamp]. O nowej metodzie humanizowania mleka krowiego.**

Myśl „humanizowania“ mleka krowiego, czyli upodobnienia go pod względem ilościowym składników do mleka kobiecego, od dość dawna zajmowała pediatrów francuskich. MARCHAND w r. 1874 w swej rozprawie „O mleku i karmieniu“ podał tablicę części składowych mleka w odsetkach, najbardziej odpowiadających potrzebom organizmu dziecięcego. Nieco później VIGLIER widział w Anglii próby na tej drodze czynione [choć we Francji odpowiedniego echa nie znalazły]. Chemik VANDIN z Fécamp w ciągu lat kilku czynił podobne doświadczenia, choć z niezbyt pomyślnym skutkiem.

Tymczasem w Austrii od lat dwóch GAERTNER w klinice D-ra FRUCHWALD'a badał wyniki prób z mlekiem humanizowanym („*lait maternelisé*“) za pomocą centryfugi i doszedł do rezultatów bardzo dodatnich. BOISSARD w gazecie „*France médicale*“ oddaje pierwszeństwo mleku humanizowanemu przed mlekiem sterylizowanym. Przekonany, że humanizacja mleka może dawać bardzo dodatnie rezultaty, DUFOUR wynalazł sposób, prosty w zastosowaniu i prowadzący wprost do pożądanego celu; od lat dwóch stosowany, dał nader zachęcające wyniki: w pierwszym np. roku [1894] z 73 pensjonarzów zakładu „*Oerre de la goutte de lait*“ ani jedno dziecko nie zmarło wskutek nieżytu kiszek, tak częstego wśród dzieci, niekarmionych piersią; w roku następnym, podczas największych upałów w sierpniu i wrześniu na 73 dzieci tylko pięcioro padło ofiarą nieżytu. Stosunek śmierci w zakładzie w porównaniu do ilości przypadków śmiertelnych w mieście wynosił w pierwszym roku stosowania sposobu DUFOUR'a zero do 25, w drugim 5 do 78. Ale nie tylko śmiertelność, zależna od nieżytu kiszek, lecz i od innych przyczyn, znacznie też mniejszą była w Zakładzie, gdzie stosowano mleko humanizowane, niż w mieście, gdzie dzieci odżywiano mlekiem krowim zwykłym lub sterylizowanym tylko.

Dokładne i systematycznie prowadzone ważenie dzieci, żywionych w Zakładzie D-ra DUFOUR'a mlekiem humanizowanym, dowodzi znaczenia tej metody.

Powracając do wspomnianej na wstępie tablicy MARCHAND'a, przytoczymy pokrótce odsetki składowych części mleka krowiego i kobiecego i ilość mleka, potrzebną dla dziecka w ciągu doby, poczynając od trzeciego dnia życia do końca pierwszego roku.

	Mleko kobiece w 100 częściach	Mleko krowie zawiera:
Tłuszczu . . . . .	3,68	3,72
Cukru mlecznego . . .	7,11	5,03
Materyi białkowych .	1,70	2,31
Soli . . . . .	0,20	3,71

Resztę 87,31 i 38,23 stanowi woda.

Z tablicy powyższej widzimy, że mleko krowie zawiera za dużo ciał białkowych i soli, a zamało cukru. A zatem ilość pierwszych dwóch składników należy zmniejszyć, a ilość trzeciego podnieść w mleku krowim, aby je zbliżyć do kobiecego, czyli „zhumanizować“.

Metoda, jaką do tego celu dochodzi autor artykułu streszczanego, jest następująca. Do naczynia szklanego, formy walcowatej, które w dolnej części posiada otwór zamykany korkiem kauczukowym, wlewa się ilość mleka, potrzebną na cały dzień. Ilość ta według tablicy MARCHAND'a wynosi dla dziecka;

w 3-im dniu . . . . .	480 grm.
„ 4-ym „ do 1 miesiąca . . . . .	600 „
„ 2-im i 3-im miesiącu . . . . .	720 „
„ 4-ym „ . . . . .	800 „
„ 5-ym „ . . . . .	900 „
„ 6-ym, 7 i 8 „ . . . . .	1020 „
„ 9-ym i 10 „ . . . . .	1140 „
„ 11-ym i 12 „ . . . . .	1200 „

Mleko winno być możliwie najświeższe, a więc najlepiej, po dokładnem obmyciu wymion krowy, doić mleko wprost do wspomnianego naczynia i wypełnić je 1000 grm. mleka; naczynie przykrywamy kauczukowym czepcem i stawiamy w miejscu chłodnem w lecie, a latniem w zimie. Latem dobrze jest wstawić naczynie z mlekiem do innego z wodą zimną, często zmienianą. Po czterech godzinach utworzą się dwie warstwy: górna śmietanka, dolna mleko „zbierane“. Ostrożnie, nie poruszając naczynia, wyjmujemy korek i do butelki lub innego naczynia zlewamy trzecią część dolnej warstwy. Tym sposobem zmniejszamy o  $\frac{1}{3}$  ilość ciał białkowych i soli, lecz równocześnie zmniejszamy też i ilość cukru. Chcąc ją zwiększyć w pożądanym przez nas sposób, bierzemy ilość wody, odpowiadającą ściśle ilości odlanego mleka i w niej rozpuszczamy 35 grm. cukru mlecznego [20 gramów tego cukru odpowiada różnicy między 70 grm. cukru, zawartego w mleku kobicem, i 50 grm.—w mleku krowiem, a 15 grm.—owej  $\frac{1}{3}$  części odlanego mleka]. Prócz laktozy dodajemy jeszcze soli kuchennej w stosunku 1 grm. na 1 litr. Mieszaniinę tę dodajemy do mleka w naczyniu walcowatym, kłócimy naleźycie i przelewamy w ten sposób otrzymane zhumanizowane już mleko do flaszek sterylizacyjnych SOXLET'a.

Dzieciom, których waga powoli się zwiększa, dobrze jest, zdaniem autora, do codziennej dorecy dodawać [przed sterylizacją] do humanizowanego mleka jeszcze jedną lub dwie łyżeczki od kawy świeżej śmietanki.

Obecnie Durour dla wszystkich dzieci dodaje po 15—20 grm. czystej śmietanki na litr swego mleka.

(*Revue des maladies de l'enfance*. Wrzesień 1896).

A. Majewski.

### 89. Łukasiewicz. O wartości wewnątrzmięśniowych 5% sublimatowych wstrzykiwań w leczeniu syfilisu.

Wstrzykiwania sublimatu i wogóle rozpuszczalnych soli rtęci ustąpiły na pewien czas wstrzykiwaniom nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych, gdyż tą drogą jesteśmy w stanie wprowadzić odrazu do ustroju większą ilość środka leczniczego i, co za tem idzie, sam zabieg stosować rzadziej. Nowa ta metoda ma jednak poważne zarzuty: 1) wobec tego, że środek skupia się na jednym miejscu, skąd dopiero do ustroju przechodzi i wobec tego, że wesłanie odbywa się nader nierównomiernie, nie mamy możności ścisłego dawkowania i panowania nad działaniem [czasami toksycznym] zadanego środka; 2) często względnie bywały śmiertelne przypadki, zależne od kumulacyjnego działania środka lub od powikłań ze strony płuc [*embolia naczyń płucnych*]. Te więc względy skłoniły autora do powrócenia do sublimatu, który z zadowoleniem od lat 7 stosuje w roztworze 5% z dodatkiem soli kuchennej [żeby nie ścinać białka], który to roztwór uważa za najodpowiedniejszy.

Posługuje się autor przepisem:

Rp. *Hydr. bichlor corros.*  
*Natrii chlor. aa* 5,0  
*Aj. dest.* 100,0

Co tydzień, w razie potrzeby zaś co 5 dni, wstrzykuje się strzykawką PRAVAZ'a 1 ctm. sz.. Pierwsze wstrzyknięcie stosuje się w wyższą część le-



wej okolicy pośladowej, drugie w odpowiednie miejsce prawej strony, następnie zaś w tym samym porządku, w punktach nieco oddalonych od siebie. Podczas samego wstrzykiwania ciężar całego ciała powinien opierać się na tej kończynie, w której pośladek robimy wstrzykiwanie, dokonywane ściśle aseptycznie. Ucisk na tłok powinien być równomierny i nieszybki, poczem igłę szybko należy wyciągnąć, w przeciwnym bowiem razie wstrzykiwany płyn może się dostać do tkanki podskórnej i wywołać rozlane zapalne obrzmienie. Miejsce ukłucia pokrywamy *colodio c. jodoformio*.

Przy stosowaniu tej metody autor nie miał żadnych poważnych powikłań, bolesność zaś jej wyrównywa bolesności przy stosowaniu podskórnem 1%  $HgCl_2$ . Autor posilkował się tą metodą, o ile nie było wskazań do energicznego rtęciowego leczenia, a na 2535 wstrzyknięć nie było ani razu ropnia lub nacieczenia. Ilość potrzebnych wstrzyknięć bardzo jest rozmaita. Przy lekkich nawrotach stosuje autor 4—6 wstrzyknięć, przy leczeniu wykwitów pierwotnych 10—12, przyczem ostatnie stosuje po 1—4 tygodniowej przerwie ze względu na łatwe przyzwyczajanie się ustroju do rtęci. W przypadkach cięższych prócz tego dodaje leczenie, pobudzające przemianę materii, jakoto: wanny, odwar ZITTMANN'a po jakimś 7—8 wstrzyknięciu, a po 2—4 tygodniach następują pozostałe 5—4. Godnem jest uwagi, że prawie zawsze na 2—3 dzień po pierwszym wstrzyknięciu istniejąca wysypka [a zwłaszcza plamy różyczki syfilitycznej] staje się widoczniejszą, wyraźniejszą, niknąc zaś zaczyna na 4—7 dzień. Rzadziej objaw ten daje się widzieć po pierwszych wcieraniach, nigdy jednak nie zauważył go autor po stosowaniu nierozpuszczalnych soli Hg. Wstrzyknięcie rtęci przed wystąpieniem wysypki nie przyspiesza jej. O skuteczności swej metody autor przekonał się nie tylko przy wszelkich postaciach wykwitów skórnych, lecz i przy bólach kostnych, stawowych, mięśniowych, nerwowych, głowy, a nawet i przy zajęciu okostnej

(*Wiener klin. Wochenschr.* 1897. Nr. 16).

Wacław Sterling.

## 90. W. Zinn. Przemlana materii przy otyłości pod wpływem gruczołu tarczowego.

Działanie terapii gruczołem tarczowym polega na wzmożeniu spraw utleniających w ustroju. MAGNUS-LEVY dowiódł, że zwiększa się ilość pobieranego tlenu oraz wydechanego dwutlenku węgla; cały szereg innych badaczy wykazał, że zachodzi jednocześnie większy rozkład białka. Autor w klinice GERHARDT'a wykonał doświadczenie z tabletkami tyradenowymi. Tyraden składa się z ciał białkowych gruczołu tarczowego, zawierających jod. Według zapewnień firmy, wyrabiającej ten przetwór, tabletki mają w sobie jodotyrynę i tyreoantytoksynę w całkowitej ilości, w jakiej ciała te są zawarte w świeżym gruczole. Stała zawartość jodu wynosi 0,7 miligr. w 1,0 gram. tyradenu. Tyraden jest suchym proszkiem, który utarty z cukrem mlecznym obliczony jest na podwójną zawartość gruczołu. Jeden gram tyradenu odpowiada dwóm gramom świeżego gruczołu; jedna tabletka odpowiada 0,3 gram. gruczołu. W klinice GERHARDT'a stosują tabletki w ilości 6—10 sztuk dziennie. Autor opisuje swój przypadek i podaje dokładnie liczby, ilustrujące całą przebieg materii, w czasie okresu doświadczalnego. Okazuje się ztąd, że bilans azotowy, jakkolwiek w bardzo słabym stopniu, był jednakże dodatni. Ciężar ciała jednak w przeciągu 5 dni zmniejszył się o 1,5 kilograma. Diureza była powiększona. Strata w wadze nastąpiła zatem, przy oszczędzaniu białka, wskutek zwiększonej utraty wody i zanikania tłuszczu. Co się tyczy sprawności przewodu pokarmowego, to chłonięcie zarówno białka jak i tłuszczów było doskonałe. Wyniki swe sprawdził autor na innych jeszcze dwu przypadkach w tejże klinice.

(*Berliner klinische Wochenschr.* 1897. Nr. 27).

Flaura.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

—\*—\*—

### Z powodu odpowiedzi D-ra MISIEWICZA.

W N-rze 22 i 23 Gazety Lekarskiej z r. b. pomieścił kol. GROSGLIK surową ocenę pracy D-ra MISIEWICZA p. t. *Andrologia*. Na tę krytykę Dr. MISIEWICZ wydał i rozesłał lekarzom „Odpowiedź“<sup>1)</sup>, w której nietylko usiłuje odeprzeć zarzuty kol. GROSGLIKA, lecz poddaje krytyce jego prace, zarzuca mu plagiat, jakoteż stronność i złą wolę.

Kol. GROSGLIK, nie chcąc, aby na nim podobne ciążyły zarzuty, prosił nas o przejrzenie całego materiału dowodowego i wypowiedzenie swego zdania w tej sprawie. Uważając, iż nie mamy prawa odmówić naszej pomocy kol. G., który, pisząc ocenę *Andrologii*, dużo czasu poświęcił jedynie dla dobra i honoru naszej nauki, przejrzelśmy cały materiał, porównali wszystkie cytaty i doszliśmy do następujących wniosków faktycznych.

1-o Oba wydania *Andrologii* są absolutnie identyczne. Stem-pel cenzury nosi tę samą datę, ilość stronic jest ta sama, errata identyczne. Cała różnica polega tylko na wklejeniu innej karty tytułowej z przedmową. Ponieważ trudno przypuścić, ażeby ktoś jednego dnia wypuszczał dwa wydania, a jeszcze trudniej, ażeby w obu zecer popełnił też same omyłki, przeto musimy uznać, iż kol. GROSGLIK miał prawo twierdzić, iż oba wydania są jednym i tem samem wydaniem tylko ze zmienioną kartą tytułową i przedmową.

2-o Rozdział w *Andrologii* p. t. *Sprawy rzeźączkowe* jest istotnie plagiatem pracy JANET'a, drukowanej w *Annales des maladies génito-urinaires* r. 1892 zeszyt 4 i 6. Cały układ, klasyfikacja, poglądy i leczenie są identyczne. Całe stronic są tłumaczone dosłownie lub z małemi opuszczeniami. W rozdziale, mającym 28 stronic, znaleźliśmy zaledwie następujące ustępy, których nie ma u JANET'a [na większość z nich zwrócił uwagę kol. G. w swej ocenie]: połowa str. 148 i 149, połowa str. 154 i 155, na str. 158—4 wiersze, na str. 164—wiersz, połowa str. 167, nareszcie 3 ostatnie strony, czyli na 28 str. 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> stanowi własność D-ra MISIEWICZA, reszta wzięta została z JANET'a. Aby uniknąć zarzutu, Dr. M. powinien był wyraźnie zaznaczyć, iż rozdział, o którym mowa, wzięty został lub co najmniej opracowany według JANET'a. Tego jednak nie zrobił, a nazwisko autora wymienia kilka razy okolicznościowo wraz z innymi nazwiskami, cytowanemi w pracy JANET'a.

3-o D-r MISIEWICZ zarzuca plagiat kol. GROSGLIKOWI i przytacza w swej „Odpowiedzi“ 7 ustępów, mających jakoby dowodzić, że kol. G. zapożyczał się u innych autorów. Przedewszystkiem przekonałiśmy się, że żaden z przytoczonych ustępów nie zawiera więcej nad 6 wierszy, a wszystkie siedem razem zaledwie 28 wierszy; że nie ma tu mowy o zapożyczeniu poglądów, klasyfikacji lub sposobów leczenia. Co do szczegółów, to ustęp 1 i 2 dotyczy opisu przyrządu lub sposobu jego użycia, co we wszystkich dziełach mniej więcej jednemi słowy bywa wypowiadane. Ustęp 3 zawiera niespełna 2 wiersze, w których jest mowa, że zapalenie gruczołu krokowego stanowi częste powikłanie rzeźączki. W ustępie 4, 5 i 6 tekst polski zaledwie odlegle przedstawia podobieństwo z tekstem niemieckim, z którego jakoby miał być wzięty. Wreszcie ustęp 7 w dwóch wierszach zawiera opis reakcyi chemicznej, który znowu w wielu dziełach dosłownie się powtarza. Zarzut zatem plagiatu, uczyniony kol. GROSGLIKOWI przez D-ra MISIEWICZA, musimy uważać wprost za śmieszny.

4-o Na str. 7 „Odpowiedzi“ krytykuje D-r M. ustęp z pracy kol. G., dotyczący mięsienia gruczołu krokowego, i powiada, że żaden chory nie mógł zabiegu tego

<sup>1)</sup> „Odpowiedź“, ta przysłana do Redakcyi naszego czasopisma, nie została zakwalifikowaną do druku, gdyż w niej D-r M. zbyt odbiegł od głównego przedmiotu, a nie odpowiedział na postawione mu przez kol. G. zarzuty.

znieść „z powodu“, a dalej przytacza D-r M. w cudzysłowie i knrswą następujące słowa, jakoby wypowiedziane przez kol. G.: „*krwawej wydzieliny z cewki, wskutek rozzerwania błony śluzowej*“. Ustępu powyższego w pracy kol. Groszlika wcale nie ma, jest tylko następujące zdanie: „wydzielina była różowa i zawierała dość liczne ciała krwi“ [Medycyna, 1895, str. 278].

5-o Na str. 9 „Odpowiedzi“ znajdujemy następujący ustęp, odnoszący się do pracy kol. G. p. t. Aseptyka w katetyzowaniu, w którym to artykule kol. G. podaje opis własnego przyrządu: „Jestto więc raczej artykuł techniczny, znajdujemy tam bowiem szczegółowe podanie cen, a w końcu nacisk tego rodzaju: „*powinien przyrząd ten znajdować się w ręku każdego chorego, który sam się musi cewnikować*“. Każdy, przeczytawszy powyższy ustęp memoriału D-ra MISIEWICZA, sądziłby, iż kol. G. w ten sposób zachwała swój własny przyrząd, kiedy w istocie przytoczone słowa stosuje kol. G. nie do swego aparatu, lecz do aparatu KUTNER'a.

6-o Na str. 10 „Odpowiedzi“, mówiąc o aparacie kol. G., D-r MISIEWICZ pisze, „iż pomysł do owego sterylizatora nie należy się D-rowi G., w kwietniowym bowiem numerze Centralbl. f. Harn und Sexualorg. (Bd. VIII. Heft 4) upomina się o niego D-r Robert Kutner“. Wypadałoby z powyższego, że kol. Groszlik pomysł do swego przyrządu wziął od KUTNER'a, nie o tem nie wspominając. Tymczasem kol. G. w pracy swej [Medycyna, str. 486] powiada: „starałem się zasadę przyrządu KUTNER'a zastosować w sterylizatorze własnego pomysłu“. Że KUTNER nie ma pretensji do kol. G, dowodzi następujący ustęp jego pracy: „Ich beschränke mich darauf, das Urteil eines unparteiischen Beobachters, Groszlik, an dieser Stelle wiederzugeben“.

7-o W cytacie z pracy kol. G., dotyczącej aseptycznego cewnikowania, D-r M. twierdzi, iż kol. G. pozwala zajmować się cewnikowaniem tylko tym, którzy posiadają „*gabinet urologiczny*“, „*w przeciwnym razie nastąpią smutne powikłania, jakich niestety zbyt często jesteśmy świadkami*“. Pomijając to, iż cytata powyższa nie jest zgodna z rzeczywistością, musimy zaznaczyć, iż D-r M. opuszcza pomiędzy obu cudzysłowami cały wielki ustęp, w którym znajdujemy między innymi: „nie mniej przeto przy odpowiedniej dozie dobrych chęci i zrozumieniu ciężących na nas obowiązków jesteśmy w stanie i u chorego na miesście wszystko tak urządzić, ażeby zabiegi nasze pod względem ścisłości aseptyki stały na wysokości zadania“.

8-o Na zarzut kol. G., iż D-r M. nie mógł wyhodować laseczników gruzliczych, tenże w swojej „Odpowiedzi“ przytacza tylko sposób przyrządzania płynu PASTEUR'a, jak również wspomina, iż hodowle swoje robił przy zachowaniu ostrożności aseptycznych. W kwestyi tej musimy stanąć po stronie kol. Groszlika. Nikt bowiem z obznajmionych cokolwiek z bakteriologią nie może przypuścić, aby w r. 1885 udało się D-rowi M. wyhodować laseczniki gruzlicze i to na gruncie płynnym, a co więcej z wydzieliny cewki moczowej, gdy tymczasem wiadomo, że hodowanie laseczników gruzliczych do dziś stanowi najtrudniejszą część techniki bakteriologicznej, dostępną tylko najwprawniejszym bakteriologom. W r. 1885 prawdopodobnie prócz Koch'a nikt jeszcze laseczników gruzliczych nie hodował.

9-o Na str. 12 „Odpowiedzi“ D-r MISIEWICZ wypiera się, jakoby miał twierdzić, iż hodowle ziarnowca rozpuszczają żelatynę, tymczasem na str. 137 Andrologii znajdujemy zdanie: „Na żelatynie hodowle ziarnowca powodują prędkie rozplywanie się teje“.

10-o Na uczyniony przez kol. G. zarzut, że laseczniki gruzlicze nie rozkładają mocznika, jak to twierdzi w swojej Andrologii D-r MISIEWICZ, tenże powołuje się w „Odpowiedzi“ na pracę MARCELL SÉE (*Gaz. des hôpitaux. 1894. Nr. 130*), który jakoby „potwierdza pogląd ROVSING'a i nazywa je: „*ferment énergique de l'urée*“. W cytowanej pracy MARCELL SÉE, poświęconej gonokokkom, podobnego zdania wcale nie ma, co zaś do ROVSING'a, to ten w danej kwestyi tak się wyraża: „Der Tuberkelbacillus bringt während seines Wachstums im Harn niemals in diesem eine Zersetzung des Harnstoffs zu Kohlensaurem Ammoniak her-

vor. Nie mógł więc S<sup>ts</sup> „potwierdzić“ zdania, którego ROVSING wcale nie wypowiedział.

11-o Na str. 103 Andrologii mówiąc o określaniu indykanu, D-r MISIEWICZ wyraża się w następujący sposób: „wykonałem więc próbę JAFFE'go, t. j. 10 ctm. sz. osadu moczowego zmieszałem z taką objętością wody chlorowej i dodałem 2 krople chloroformu, przyczem na dnie próbowki osadził się indykan w postaci fioletowego proszku“. Każdy cokolwiek znający chemię wie, że w ten sposób indykanu wykryć nie można. D-r M. w odpowiedzi swej [str. 13] twierdzi, że zaszła tu omyłka drukarska, która pomieszała wyrazy chloroform i chlorek wapnia. Gdybyśmy nawet przypuścili tę nieprawdopodobną pomyłkę drukarską, to i za pomocą tak skorygowanej próby niktby indykanu wykryć nie mógł, miesza się bowiem mocz nie z równą ilością wody chlorowej, lecz kwasu solnego. Na dowód, że dobrze robił, przytacza D-r M. opis tej próby według ULTMANN'a. Opis ten podany jest dobrze w brzmieniu niemieckim, tylko D-r M. „Chlorwasserstoffsäure“ przetłumaczył jako „woda chlorowa“, kiedy wyraz ten oznacza kwas solny. Wynika z tego wszakże, że robiąc próbę tak, jak ją opisał, D-r M. indykanu wykryć nie mógł. Dla uniknięcia nieporozumienia dodać winniśmy, iż zamiast podchlorku wapnia można użyć wody chlorowej, zawsze jednak kwas solny jest nieodzowny do wywołania reakcyi na indykan.

Nie przytaczamy tu szczegółowo wszystkich zarzutów, jakie kol. GROSLIK uczynił D-rowi MISIEWICZOWI, musimy jednak stwierdzić, iż rozebrawszy je szczegółowo, doszliśmy do przekonania, iż wszystkie one były zupełnie usprawiedliwione.

Ostateczne wnioski, do jakich doszliśmy, są następujące.

1) *Wszystkie zarzuty, które kol. GROSLIK uczynił Andrologii są zupełnie słuszne.*

2) *Ani jednego z tych zarzutów D-r MISIEWICZ w swej „Odpowiedzi“ nie odparł.*

3) *Zarówno jak w obronie własnej, tak też w krytykowaniu prac kol. GROSLIKA uciekł się D-r MISIEWICZ do niedozwolonej metody, polegającej na przeistaczaniu cytat oraz zestawianiu ich w sposób zmieniający zasadniczo myśl autora.*

W końcu swego memoriału D-r MISIEWICZ powołuje się na to, iż prasa zagraniczna, mianowicie SCHMIDT's Jahrbücher i Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, pochlebnie oceniła jego pracę. Co do SCHMIDT's Jahrbücher, to te istotnie pomieściły o Andrologii wzmiankę pochlebną, napisaną przez D-ra W. GLASSA z Tomaszowa Rawskiego. Natomiast ocena w Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, napisana przez D-ra KURELLĘ z Wrocławia w wysokim stopniu nieprzychylna jest dla autora Andrologii. Oto co pisze D-r KURELLA [Nr. 89]: „Dabei tritt mehr Fleiss als Kritik und Nachdenken, gelegentlich auch ein grober Schnitzer hervor; woher in aller Welt hat M. die Notiz, dass das centrum ejaculationis und das centrum spermiparum in der Höhe des 4. Lendenwirbels liegen? Hat ihm vielleicht das 4. Sacralsegment vorgeschwebt? Aehnliche Zeichen flüchtigster Compilation trägt vor Allem die Casuistik, die er mittheilt“.

A. Ciechomski.  
Teodor Dunin.  
A. Karczewski.

W. Krajewski.  
Br. Sawicki.  
J. Skłodowski.

**Sprostowanie.** W Nr-ze 30 Gaz. Lek. str. 819 wiersz 2 od góry zamiast: „zarazka“ powinno być: „wzrasta“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 8 Августа 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8