

GAZETA LEKARSKA.

I. LIPOMATOSIS PERIMUSCULARIS CIRCUMSCRIPTA.

Podał

Jan Pruszyński,

b. asystent kliniki dyagnostycznej.

—•—•—

Dnia 18. X. 1892 r. przybył na klinikę dyagnostyczną mężczyzna lat 38, skarżąc się na bóle w bokach, suchy, męczący kaszel i ogólne osłabienie. Z powodu bliżej nieokreślonej choroby, połączonej z obrzękiem kończyn dolnych, przed dwoma laty leczyl się w szpitalu Dzieciątka Jezus, skąd wypisał się ze znaczną poprawą. Służąc w wojsku podczas kampanii tureckiej, nabawił się ciężkiej malarii, która nie opuszczała go przez następne cztery lata. Na trzy tygodnie przed przybyciem do kliniki zapadł nagle na zdrowiu, miał dreszcze i wymioty; w wymiocinach zauważył krew zmieszaną z gęstą żółtawą cieczą. Od tego czasu wystąpiło osłabienie, obrzęk kończyn dolnych, wzdęcie brzucha; chory, poprzednio dość tęgi, zaczął chudnąć i opadać na siłach. Chorób wenerycznych nie przechodził, był kawalerem, nadużył płciowych nie popełniał, napojów wysokowych używał w ilości nadmiernej. Z warunków bytu, w jakich się znajdował jako stróż w jednym z mniejszych domów w Warszawie, był zupełnie zadowolony. Rodziców nie pamiętał, rodziny nie miał.

Badanie dało wynik następujący: Chory wzrostu niskiego, słabo zbudowany i odżywiany. Twarz blada. Skóra mało elastyczna, sucha. Tkanki podskórnej w ogóle ilość skąpa, tylko w okolicy obu mięśni piersiowych większych podkład tłuszczowy znaczniejszy. Na nosie, uszach, rękach i nogach wybitna sinica; w okolicy nadbrzuszej i w dolnej części klatki piersiowej rozszerzone żyły podskórne (*caput Medusae*).

Część górna ciała wydaje się zbyt wielką w stosunku do pośladków i kończyn dolnych. Klatka piersiowa zbudowana prawidłowo. W dolnych ustępach płuc przesięk sięgający do 8 żebra przy kręgosłupie, nad przesiękiem porozrzucone rżenia trzeszczące, oddech pęcherzykowy. Płwocina śluzowa, skąpa, łaseczników gruźliczych nie zawierała. Kaszel suchy zjawiał się przeważnie z rana. Liczba oddechów 20 na minutę. Uderzenie końszeczkowe serca w 5 międzyżebżu pomiędzy linią przymostkową a sutkową lewą. Granice tępości serca prawidłowe. Tętno czyste, ton rozkurczowy nad aortą zaakcentowany. Tętno 88, miarowe, dość twarde i mocne. W ży-

wych wyraźne buczenie. Język nieco obłożony szarawym nalotem w gardzieli ani w krtani zmian niema; gruczoł tarczowy wyczuwa się wyraźnie. Łaknienie mierne. Brzuch znacznie powiększony, nie bolesny. Tak omacywanie jak i wypukiwanie przy zmianie położenia chorego wykazują w jamie otrzewnej znaczną ilość płynu. W otworze zewnętrznym odbytnicy niewielkie guzy hemoroidalne. Nawykowe zaparcie stolca.

Wątroba znacznie zmniejszona, daje przy wypukiwaniu od przodu pas tępości na 3 ctm. szeroki; na linii środkowej występuje na 2 ctm. poniżej wzrostka mieczykowatego. Śledziona dobrze wyczuwalna, przechodzi brzegiem przednim na 2 ctm. linią żebrowo-obojęzykową lewą. Mocz jasno-żółty, przezroczysty, o oddziaływaniu kwaśnem i ciężarze właściwym 1,012, białka, cukru, ani innych składników nieprawidłowych nie zawierał.

Chory mało inteligentny i apatyczny miewa zawroty i bóle głowy. Przy badaniu odruchy skórne i ścięgniste prawidłowe. Wrażliwość na uczucia bolesne osłabiona, na dotyk i zmiany temperatury prawidłowa. Zaburzeń w koordynacji ani objawów zwyrodnienia nie stwierdzono. Siła mięśniowa nieco osłabiona.

Jak wskazuje powyżej podana historia choroby, rozpoznanie zanikowej marskości wątroby było niewątpliwem; przypadek ten nie zasługiwałby na opisanie, gdyby nie dalszy niezwykle przebieg pozornie rokujący najlepsze nadzieje.

I w istocie jodek potasu w dawce 4 grm. *pro die* wywarł o tyle wpływ pomyślny, że już, po 5 dniach obrzęki widocznie się zmniejszyły a waga ciała z 64,8 kilo opadła do 61,3. Chory pocił się; mocz wydzielany w przeciętnej ilości 1 litra na dobę, posiadał ciężar właściwy 1,011—1,018 i zawierał stale 8—9 grm. mocznika.

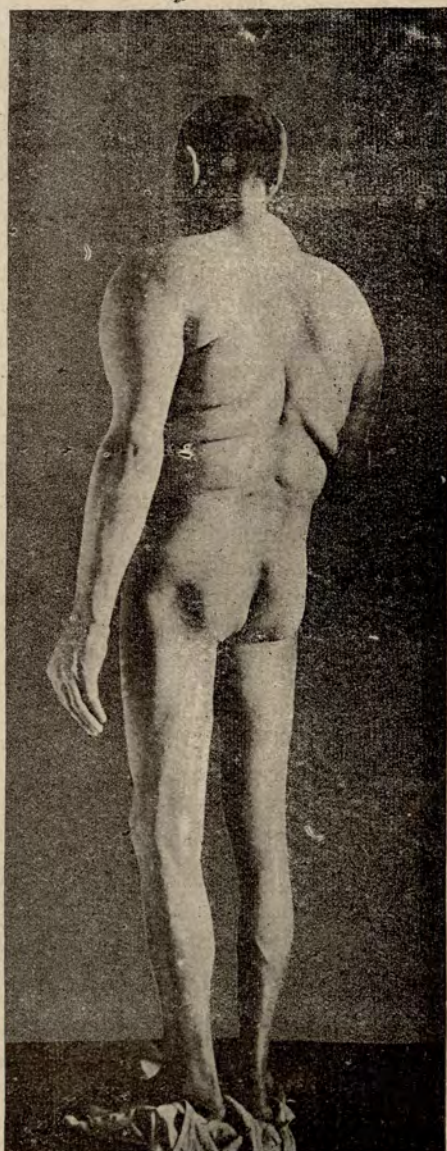
Ponieważ pod wpływem tego leku występowały silne napady kaszlu, w następstwie pozostawiono chorego bez środków farmaceutycznych, dodając do zwykłej porcji szpitalnej [t. zw. słabej pierwszej] 1 litr mleka na dzień, i zalecono codziennie kąpiele ciepłe. Od tego czasu wynik leczenia sprawdzany był codziennie w ciągu 5 miesięcy wagą ciała i od czasu do czasu mierzeniem objętości brzucha na wysokości pępka. Od d. 6. XII. do d. 21. XII. waga z 61,3 kilo opadła do 49,3, t. j. w ciągu dni 15 o 12 kilo, a obwód brzucha z 84,5 ctm. do 75 ctm., t. j. o 9,5 ctm.. Przez cały ten okres 15-dniowy chory pocił się, miewał napady duszności, bóle w kończynach dolnych i w dole brzucha. Od czasu do czasu występowało uczucie ziębienia przy ciepłocie nie przechodzącej ponad 37,4° C, tętnie 88—100, ilości oddechów 24—26 na minutę. U obu wierzchołków zjawily się rżenia świszczące; płwocina skąpa, śluzowa, laseczników gruzliczych nie zawierała. Łaknienie znacznie się poprawiło. Ilość wydzielanego moczu przeciętnie wynosiła 1250 ctm. sz. na dobę, przeciętna ilość mocznika 8,5 grm.. Pod koniec tego okresu obrzęki znikły, a płyn w jamie otrzewnej już nie dał się wykazać.

Poczawszy od dnia 22. XII. waga ciała zaczęła się podnosić, chory tył głównie w górnej części ciała przy zaniku tkanki podskórnej na kończynach dolnych i pośladkach. Nie był to rozlany rozrost tkanki tłuszczowej podskórnej; ograniczał się on do pewnych tylko okolic ciała i grup mięśniowych. Jak okazują

fig. 1 i 2, zdjęte d. 5. II. 1893 tłuszczzaki umiejscawiają się pod brodą, przechodząc nieznacznie na policzki. Twarz zresztą ma rysy dość kształtne. Szyja krótka. Okolice nadobojczykowe nieco zapadnięte. Po obu stronach okolica mięśnia

Fig. I.

Fig. II.



piersiowego większego jakby obrzękła i dzieli się od strony symetrycznej rowkiem trójkątnym na mostku, mając za podstawę jarzmo mostkowe (*jugulum sterni*), a za wierzchołek podstawę rękojeści mostka. Brzuch duży, na wyso-

kości pępka ma 90 ctm. obwodu i na tej linii posiada wgłębienie oddzielające dwie wyniosłości, które linia środkowa odgranicza od strony przeciwległej. Górna część karku zmian nie przedstawia. Poczynając dopiero od 6 kręgu szyjowego w dół i na boki rozprzestrzenia się obrzęk tłuszczowy, nagromadzając się w większej ilości w postaci guza wyniosłego półkulistego niewyraźnie odgraniczonego, na przestrzeni od 6 kręgu szyjowego do 4 kręgu grzbietowego, z jednej strony przechodząc na ramiona, z drugiej zaś na dolną część okolicy mięśnia kapturowego i na resztę powierzchni grzbietowej tułowia do grzebienia biodrowego. Górne $\frac{2}{3}$ części ramienia oraz przedramię po obu stronach przedstawia się w postaci poduszki o konsystencji puchu. Obrzękłą część odpowiada przyczepowi mięśnia kapturowego, mięśniowi naramiennemu, dwugłowemu i trójgłowemu; część tylna ramienia, odpowiadająca ścięgnu mięśnia trójgłowego, nie jest zgrubiałą, a przedramię i ręką posiada nadzwyczaj ubogie pokrycie tłuszczowe. Okolica mięśnia naramiennego od tyłu odgranicza się głęboką bruzdą od trzech wałów tłuszczowych, odchodzących łukowato od kręgosłupa na dół i ku przodowi odpowiednio do kierunku mięśnia najszerzego grzbietu. Pomiędzy dwoma górnymi wałami w zagłębieniu znajduje się słabo wyrażona wyniosłość tłuszczowa, a pomiędzy wałami dolnymi głębokie wcięcie na linii środkowej grzbietu. Kości miednicy stanowią granicę dolną obrzęku tłuszczowego. Miejsca zgrubiałe odznaczały się nadzwyczajną nieczułością. Dla ustalenia rozpoznania wycięto za zgodą chorego bez ogólnego ani miejscowego znieczulenia płat skórnny długości 10 ctm., szerokości 2 ctm. i grubości 6 centymetrów, nie wywołując tem najmniejszego bólu. Badanie mikroskopowe skrawków wykazało tkankę tłuszczową w postaci grudek, otoczonych dość zbitą tkanką łączną.

Ta otyłość częściowa w tych samych okolicach ciała z każdym dniem wzrastała tak, że waga chorego w dniu wypisania się jego ze szpitala d. 20. V. 1893 wynosiła 73 kilo, t. j. podniosła się od spadku jej po ustąpieniu przesięków prawie o 24 kilo. Stan ogólny chorego był bardzo dobry. Obrzęki nie powracały. Mocz nie zawierał ani białka ani cukru. U wierzchołków płuc wystąpiły skąpe rżenia trzeszczące.

Chory powrócił do poprzedniego zajęcia, dwa razy pokazał się w ambulatoryum klinicznym, następnie znikł bez śladu. Dopiero w listopadzie r. 1893 zjawia się w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale kol. CHEŁCHOWSKIEGO, który łaskawie raczył mi udzielić obserwacji z przebiegu choroby w przeciągu miesiąca, t. j. do czasu śmierci chorego.

Przyczyną ponownego zapisania się do szpitala było znaczne osłabienie, uniemożliwiające pracę fizyczną, obrzęk kończyn dolnych, częste wymioty i rozwolnienie, trwające od 6 tygodni. Przy badaniu stwierdzono lekkie stępienie okolicy nadobojczykowej i podobojczykowej oraz nadgrzebieniowej prawej z oddechem nieokreślonym i licznymi rżeniami drobnobańkowymi. Płwocina zawierała laseczniki gruźlicze, które z wielką trudnością raz wykryć się udało. Brzuch bolesny, wzdęty. Rano i wieczorem wymioty. Zaparcie stolca. Zrana dreszcze przy ciepłocie 39,5° C.. Mocz o ciężarze właści-

wym 1,008 składników nieprawidłowych nie zawierał. Inne narządy przedstawiały następstwo zanikowej marskości wątroby.

Co się tyczy tkanki podskórnej na zgrubiałych częściach ciała, to ilość jej znacznie się zmniejszyła bez zmiany ogólnych zarysów tułowia i odnóg górnych. Przy obmacywaniu tłuszczaki nie miały poduszkowatej konsystencji, w głębi wyczuć można było wyraźnie grudkowatą budowę podścieliska.

Po tygodniu pobytu chorego nastąpiło znaczne pogorszenie. Wystąpiły dreszcze po kilka razy dziennie, przy ciepocie 39° C., tętnie 96—108, liczbie oddechów 36—40, bóle i wdęcie brzucha, wyraźny płyn w jamie otrzewnej, częste wymioty i rozwolnienie. Nadto kilkakrotnie zjawily się krwawienia z nosa, wreszcie stwierdzono zapalenie lewego ucha średniego. Śmierć nastąpiła przy objawach osłabienia mięśnia sercowego.

Sekcyja dokonana po 24 godzinach wykazała zmiany następujące:

Trup wzrostu niskiego; ilość tkanki podskórnej wogóle nieznaczna, tylko na ramionach, grzbiecie i karku wyraźny jej rozrost. Znaczny obrzęk kończyn dolnych. Płuco lewe przyrośnięte, oddziela się bardzo trudno; u wierzchołka jego znajdują się dwa guziki zserowaciałe i po części skostniałe. Płuco prawe powiększone in filtrowane, w dolnych ustępach obrzękłe i rozdęte. Zraz górny usiany serowatymi guziczkami i drobnymi jamami, w wierzchołku jama wielkości jaja kurzego. Serce o $\frac{1}{3}$ część zmniejszone, pokryte jest na przedniej powierzchni w okolicy wielkich pni naczyniowych znacznym pokładem tłuszczu. Zastawka dwudzielna niezmieniona, otwór jej przepuszcza z wielką trudnością dwa palce, mięsień bladej grubości prawidłowej. Ściana komórki prawej nieco cieńsza, komórka nierozszerzona, zastawka trójdzielna zmian nie przedstawia. W części wstępującej aorty sprawa miażdżycowa w nieznanym stopniu; zastawki półksiężycowe aorty i tętnicy płucnej prawidłowe. Jama otrzewnej zawiera około 2 litrów jasno-żółtego płynu surowiczego. Śledziona barwy ciemno-czerwonej, $1\frac{1}{2}$ raza powiększona, bardzo miękka, łatwo rozrywalna. Wątroba o $\frac{1}{3}$ zmniejszona, szczególnie skureczony jest jej płat lewy; powierzchnia jej nierówna, brzeg ostry. Konsystencyja wątroby twarda, powierzchnia rozkroju żółta, ziarnista, ze znacznym rozwojem tkanki łącznej. Wielkie naczynia zawierają mało krwi. Nerki zmian nie przedstawiały. Błona śluzowa kiszki cienkich bladej i pokryta dość znaczną ilością śluzu. W części wstępującej i poprzecznej kiszki grubej owrzodzenia gruźlicze. Błona śluzowa żołądka obrzmiała i pokryta śluzem.

Wynik badania pośmiertnego okazuje przeto: *Pneumonia lobularis caseoidea*. *Adipositas et degeneratio adiposa cordis*. *Atheroma aortar.* *Cirrhosis hepatis atrophica*. *Tumor lienis acutus*. *Gastritis catarrhalis chronica*. *Enteritis et peritonitis tuberculosa*.

Badanie kliniczne, potwierdzone sekcyą, udowadnia, że częściowy rozrost tkanki podskórnej rozwijał się u chorego na gruncie skrytej gruźlicy, której widoczne objawy wystąpiły przy końcu życia przy wyraźnych cechach zanikowej marskości wątroby. Najbardziej jest uderzającą ta okoliczność, że zgrubienie tułowia i kończyn górnych nastąpiło po uregulowaniu się krą-

zenia w zakresie żyły wrotnej i rozwinęło się w ciągu kilku miesięcy w oczach badającego, tak, że można było cały przebieg tej ciekawej sprawy chorobowej obserwować z największą dokładnością. To, że tak nazwę otłuszczenie

Fig. III.



tkanki podskórnej zaczęło się rozwijać najprzód pod brodą i karku a ztąd stopniowo rozchodziło się na przyległe części nadramion i tułowia, ogarniając stale części symetryczne.

Jest to postać chorobowa, którą po raz pierwszy opisał CURSCHMANN w r. 1889 p. n. *Lipomatosis perimuscularis circumscripta* ¹⁾. W przypadku tym u mężczyzny 50-letniego część górna ciała o wiele więcej była rozwiniętą aniżeli część dolna, zwłaszcza pośladki i kończyny dolne. Podana poniżej rycina [fig. 3], odfotografona z atlasu CURSCHMANN'a ²⁾, uwidacznia zgrubienie karku, który głęboką bruzdą oddziela się od wypukłonej górnej części grzbietu. Rozrost tkanki tłuszczowej obejmuje następnie okolicę mięśni: najszerszego grzbietu (*m. latissimus dorsi*) naramiennego (*m. deltoideus*), trójgłowego ramienia (*m. triceps brachii*), piersiowego większego (*m. pectoralis major*), prostego brzucha (*m. rectus abdominis*) z trzema zagłębieniami, odpowiadającymi jego trzem poprzecznym pręgom ścięgnistym.

Drugi przypadek w tymże atlasie odrysowany i opisany ³⁾, dotyczył mężczyzny lat 47, u którego w ciągu roku rozwinął się rozrost tkanki tłuszczowej nad mięśniami: naramiennym, dwugłowym i trójgłowym ramienia, piersiowym większym i prostym brzucha; nadto na karku w postaci wystającego guza. Przedramio-

¹⁾ Sitzungsber. der Leipziger Med. Gesellschaft v. 29 Januar. 1889. SCHMIDT's Jahrb. 18 89. Bd. 222. S. 110 -111.

²⁾ H. CURSCHMANN. Klinische Abbildungen. Berlin. 1894. Tablica 13.

³⁾ L. c. Tablica 14.

na i kończyny dolne sprawą chorobową nie były dotknięte. Oprócz tych dwóch przypadków CURSCHMANN wspomina, że obserwował 5 innych, których opisu jednak nigdzie znaleźć nie mogłem.

W r. z. w pracy p. t. „Kilka uwag o obrzęku śluzakowym (*myxoedema*)“, wyszłej z kliniki lekarskiej prof. E. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie, L. KORCZYŃSKI¹⁾ opisuje bardzo szczegółowo przypadek rozrostu tkanki tłuszczowej podskórnej w okolicach grup mięśniowych, który wobec pomyslnego działania tyreoidyny uważa za pokrewny z obrzękiem śluzowym. Tym razem sprawa rozwijała się bardzo powolnie, bo w ciągu lat dwudziestu. Badanie wykazało: u mężczyzny lat 61 przy prawidłowej objętości rąk, stóp, przedramion, ud i goleni, znaczny rozrost tkanki podskórnej, podbródka i przedniej powierzchni szyi, okolice przyusznych, części karku, barków, ramion, klatki piersiowej, brzucha i grzbietu.

Przypadek, przezemnie opisany, jest czwartym z rzędu, a pierwszym po względem długości obserwacji; nadto jest to jedyny przypadek, na którym dokonane zostało badanie pośmiertne. Pod względem morfologicznym najbardziej zbliża się on do pierwszego przypadku CURSCHMANN'a; szkoda wielka jednak, że wzmiankowany autor nie zbyt obszernie go opisał, nie wiemy bowiem jakim zбочeniom ulegały w nim narządy wewnętrzne. Również o ile można sądzić z opisu, jest pewne podobieństwo pomiędzy moim chorym, a chorym obserwowanym przez L. KORCZYŃSKIEGO; w przypadku tym jednak gruczoł tarczowy nie dał się wymacać.

Być może, że owo stłuszczenie okołomięśniowe, które w porównaniu z obrzękiem śluzowym (*myxoedema*) wolalibyśmy nazwać obrzękiem tłuszczowym (*lipoe-dema*), zależy od pewnych zmian w gruczole tarczowym, gruczoł ten jednak w moim przypadku, ani makroskopowo ani mikroskopowo zбочeń nie przedstawiał. Gdybyśmy tutaj szukali źródła istoty sprawy chorobowej, podobnie jak przy otyłości, należałoby zastosować najdelikatniejsze odczynniki mikrochemiczne, które w najbliższej przyszłości prawdopodobnie będą odkryte, lub też oprzeć się na również uciążliwym rozbiórce chemicznej.

Że opisane powyżej zniepodobnienie może być w pewnym związku z obrzękiem śluzowym, dowodzi tego nie tylko pokrewieństwo tkanek [śluzowej i tłuszczowej] lecz i pokrewieństwo postaci klinicznych, do obrzęku tłuszczowego zbliżonych, w których zбочenia w gruczole tarczowym przynajmniej w części wykazane zostały. Mam tutaj na myśli rozlanego tłuszczaka szyi, któremu jako oddzielnej jednostce chorobowej nadał MADELUNG²⁾ nazwę „*Fetthals*“. Są to rozlane masy tłuszczowe, umiejscowione symetrycznie w różnych częściach szyi, lub otaczające w postaci pierścienia całą szyję na podkładzie skąpej tkanki podskórnej. Sprawa ta rozwija się najczęściej u ludzi wogóle zdrowych, chudych i ani do otyłości, ani też do nowotworów dziedzicznie nie obciążo-

¹⁾ Przegląd Lekarski. 1896, str. 57, 69, 83, 95, 108.

²⁾ MADELUNG. Ueber den Fetthals. LANGENBECK's Archiv f. klinische Chirurgie. 1833, Bd. 37, p. 105-130.

nych. Najczęściej nowotwory wspomniane, zwłaszcza na karku, leżą powierzchownie, czasami pod powięziami, wreszcie wypuszczają od siebie wyrostki pomiędzy naczyńia i nerwy, czyniąc wyłuszczenie nader niebezpiecznem. Bardzo często, bo według statystyki MADELUNG'a w 21 na 33 przypadki, jednocześnie powstaje rozrost tkanki tłuszczowej podskórnej w innych symetrycznych częściach ciała [w okolicy sutek, na brzuchu, ramionach, rzadziej na przedramieniu, w pachwinach].

Zdaje się, że niezbyt daleko posunę się w uogólnieniu, jeżeli do pokrewnych postaci zaliczę również liczne tłuszczaki skórne, rozwijające się u jednego osobnika, sądę bowiem, że tłuszczaki wogóle nie są następstwem tylko obrażeń mechanicznych. Zachodzić tutaj muszą przyczyny ogólniejszej natury, bez których nie można objaśnić sobie rozwoju 3 wielkich tłuszczaków u dziecka 12-letniego w przypadku JABŁOŃSKIEGO ¹⁾, ani też zebrania 214 tłuszczaków wielkości ziarnka grochu do główki nowonarodzonego dziecka u jednego osobnika w przypadku DERBEZ'a ²⁾.

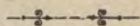
Sądę, że tylko rozwój badań chemicznych ustroju zwierzęcego z dążnością do otrzymania substancyi, najbardziej zbliżonych własnościami do ich stanu czynnego, stanowić będzie podstawę do ocenienia własności materyi, wydzielanych przez tkanki i gruczoły, dla fizyologicznej sprawności ustroju i jego zbroceń patologicznych.

Prawdopodobnie na tym gruncie dadzą się wydzielić pojedyncze składniki czynne gruczołów o różnych własnościach. A skoro poznamy istotę fermentów gruczołu tarczowego, łatwiej dadzą się wydzielić etyologicznie różne postacie chorobowe, przy których czynność tego gruczołu jakościowo lub ilościowo jest naruszoną, przez co również genetyczne ich pokrewieństwo na trwalszych będzie mogło oprzeć się podstawach.

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

Ocenil

Zygmunt Srebrny.



[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 34].

JURASZ (48) potwierdza pomyślny wpływ energicznych rękoczynów na zmiany gruźlicze krtani. Nie posiadając dokładnych cyfr, otrzymanych z leczonych tą metodą, gdyż materiał pochodzi z praktyki ambulatoryjnej, zaznacza, że w drobnej liczbie przypadków był w stanie spostrzegać sprawę zabliznienia się owrzodzeń i stwierdzić trwałość wyleczenia nawet po latach. Jako

¹⁾ JABLONSKY. Lipôme, operation, mort s'abite. *Gazette des hôpitaux*. 1867. Nr. 49.

²⁾ DERBEZ. Exemple remarquable d'un nombre infini de lipônes. *Gazette des hôpitaux*. 1866, p. 120.

środek radykalny, leczenie chirurgiczne wskazane jest w przypadkach miejscowej gruźlicy krtani lub powikłanej łagodną postacią gruźlicy płucnej; w przypadkach ciężkich, połączonych z upadkiem stanu ogólnego i gorączką trawiającą, najlepiej wyrzec się wszelkich rękoczynów lub wykonać je tylko w celu ulżenia choremu.

KRAUS (49) zaleca leczenie chirurgiczne.

KELLER (50, 51), podając metody leczenia gruźlicy krtani, stosowane w poliklinice KILLIAN'a, wyraża się dodatnio o łyżeczkowaniu. Jakkolwiek na 18 przypadków tylko 2 mają widoki trwałego wyleczenia, to jednak prawie u wszystkich chorych sprawa postępowała wolniej, a u niektórych na pewien czas przycichła; u innych uzyskano wyleczenie czasowe. Dzięki leczeniu chirurgicznemu, złagodzone chorą cierpienia [ból przy polykaniu, duszność], a jednocześnie skutkiem tego uzyskano czasową poprawę stanu ogólnego. Wszystko to razem wzięte przedłużyło wielu chorym życie. Gorącym zwolennikiem leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani jest KAFFMANN (52). „Leczenie gruźlicy krtani“, powiada, „w wielu przypadkach jest środkiem, uzupełniającym i wspierającym leczenie ogólne“. Badanie drobnowidzowe nacieków gruźliczych dowodzi, że dążenie do usunięcia ich za pomocą wcierań lub pędzlowań jest urojeniem. Jedyną racjonalną drogą jest wycięcie wszystkich guzów kleszczami ostremi i odpowiednimi łyżeczkami. Po usunięciu nacieczonej tkanki liczyć się wypada jeszcze ze spoczywającymi w głębi gruzełkami. W celu zniszczenia ich zalecam elektrolizę“... „Zarówno jak nacieczenia, wymagają rękoczynu i owrzodzenia, których dno i brzegi pokryte są wybujałą ziarniną“. Warunkami do skutecznego użycia łyżeczki są: początkowy okres choroby, chętne poddawanie się operacji ze strony chorego, dostateczny zapas sił u tego ostatniego. STOERK (53), który, jak niżej zobaczymy, należy raczej do przeciwników leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani, podaje przypadek, w którym za pomocą kleszczy ostrych usunął gruźliczo nacieczone części krtani. Wynik leczenia był pomyślny. W ogólnej części pracy swojej skłania się do leczenia chirurgicznego u ludzi dobrze odżywianych, z małym udziałem płuc w sprawie chorobowej.

W kilku pracach i lekcyach klinicznych zaznacza stanowisko swoje w leczeniu gruźlicy krtani SEMON (54). Odnosne metody leczenia miejscowego, stosowane w poliklinice jego, podaje nam DORMAN (54): owrzodzenia gruźlicze traktowane są kwasem mlecznym; w przypadkach, połączonych z obfitem bujaniem ziarniny, tę ostatnią należy wyskrobać przed wtrąceniem kwasu mlecznego. Nie można twierdzić, aby postępowanie takie [w połączeniu z wewnętrznym stosowaniem kreozotu] leczyło chorobę w zupełności i napewno, ale bez wątpienia daje ono wyborne wyniki, poprawia stan ogólny chorych, przedłuża życie i przynajmniej na pewien powstrzymuje postęp choroby. Ośm przypadków ilustruje pożytek takiego leczenia. SREBRNY (55), porywnywuając leczenie krwawe ze stosowaniem żegadła galwanicznego, wyprowadza wskazanie do użycia jednej i drugiej metody, które wzajemnie dopełniać się powinny. Oceniając wartość chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, dochodzi do wniosku, że jako środek, usuwający zaburzenia czynnościowe, ma ono wielką doniosłość

przy sprzyjających zaś okolicznościach [dobry stan ogólny, przewlekły ze skłonnością do wytwarzania tkanki łącznej charakter sprawy płucnej] jest w stanie radykalnie wyleczyć gruźlicę krtani.

HÉLARY (56) rozpatruje paliatywne i radykalne działanie łyżeczkowania. Paliatywne ma na celu: 1) usunięcie duszności. Pod tym względem łyżeczkowanie stoi daleko wyżej, niż tracheotomia i intubacja, gdyż, dając wolny dostęp powietrzu, jednocześnie usuwa części, chorobą dotknięte. Tracheotomia i intubacja mają na celu tylko pierwsze, będąc przytem połączone z niebezpieczeństwami dla chorego: wdechanie zimnego i nieczystego powietrza, możliwość zapalenia płuc po tracheotomii, drażnienie chorego narządu wprowadzoną rurką przy intubacji. Naturalnie, że łyżeczkowanie tylko tam może być zastosowane, gdzie duszność nie doszła do wysokiego stopnia; w przeciwnym razie tracheotomia jest niezbędna. 2) usunięcie bólu przy połykaniu. Porównywując z łyżeczkowaniem środki kojące, przychodzi H. do wniosku, że tylko łyżeczkowanie może znieść ból radykalnie: kokaina i morfina działają krótki czas, nacięcia chorych części połączone bywają z krwotokiem [tu autor zapomina, że i łyżeczkowanie nie obchodzi się bez krwawienia, a i krwotok jest możliwy], a przytem nie usuwają chorych tkanek; łyżeczkowanie zaś uwalnia od tego, co przeszkadza w połykaniu; 3) usunięcie chryпки. Po wyskrobaniu lub wycięciu chorych tkanek często głos się poprawia. Radykalny wpływ łyżeczkowania widzimy: 1) w przypadkach pierwotnej gruźlicy krtani; 2) w spostrzeżeniach, dowodzących zupełnego zagojenia się owrzodzeń. Co się tyczy kwestyi, czy wskutek leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani nie może rozwinąć się gruźlica ostra lub pogorszenie się stanu płuc, to przypadki tego rodzaju należą do wielkich rzadkości. HÉLARY przytacza tylko jedno takie spostrzeżenie z praktyki LERMAYER'a. W końcu H. podaje 33 spostrzeżenia gruźlicy krtani, leczone metodą chirurgiczną, z których w 3-ch nastąpiło wyleczenie [usunięto nacieczenie części międzynałekowej], w 28-u poprawa, w 2-ch śmierć.

CATEX (57) uważa leczenie chirurgiczne za wskazane tam, gdzie środki farmaceutyczne nie wystarczają, jeżeli przytem stan miejscowy jest odpowiedni i i niema przeciwwskazań ze strony stanu ogólnego. W takich razach należy przedewszystkiem zastosować łyżeczkowanie, jeżeli zaś to nie wystarcza, wykonać przecięcie krtani. Tego rodzaju leczenie może być radykalne w przypadkach gruźlicy pierwotnej i ograniczonej, oraz paliatywne, gdzie usunięcie wszystkiego, co chore, jest niemożliwe. GAREL (58), mówiąc o leczeniu środkami farmaceutycznymi, wspomina o korzystnych stronach łyżeczkowania. Głównie jednak znaczenie w przypadkach wyleczonych przypisuje leczeniu ogólnemu oraz odporności ustroju; leczenie miejscowe gra drugorzędną rolę. PRICE BROWNE (59) widział raz tylko zagojenie gruźliczego nacieczenia i owrzodzenia krtani. Stosował w tym razie żegadło galwaniczne, potem łyżeczkę ostrą.

W Atlasie SCHNITZLER'a (60) znajdujemy o leczeniu chirurgicznym następujący sąd: „Łyżeczkowanie gruźliczej krtani ma bezwątpienia dużą wartość tam, gdzie sprawa nie rozszerzyła się zanadto lub gdzie cała część nacieczona może być usunięta. Jeżeli chorobą zajęty jest duży obszar, jeżeli

przytem i płuca dotknięte są w wysokim stopniu, to i od tej metody niewiele można oczekiwać.

HAJEK (60a) zaleca leczenie chirurgiczne w przypadkach guzów gruzliczych krtani, o ile są one ograniczone i dostępne dla rękoczynu wewnątrzkrtańowego. W 4 przypadkach guzy zostały tą drogą usunięte [bądź pętlicą, bądź kleszczami]; w 3 z nich na miejscu guzów i w ich sąsiedztwie rozwijała się mniej lub więcej rozległa sprawa gruzlicza, która 2 razy metodą chirurgiczną pomyślnie była leczona.

Na 11 międzynarodowym zjeździe lekarskim kwestya chirurgicznego leczenia gruzlicy krtani była traktowana bardzo obszernie. Pierwszy referent, GOUGUENHEIM (61) zaznaczył, iż złe usposobienie dla tej metody wynikło z fałszywego postawienia kwestyi, że, ponieważ gruzlicy krtani zawsze towarzyszy cierpienie płuc, a więc nawet zupełne wyleczenie gruzlicy krtani nie może uratować suchotnika. Nie w ten sposób należy zapatrywać się na to leczenie, które ma na celu dopomożenie ustrojowi do powrócenia do warunków normalnych. Leczenie chirurgiczne znosi bolesne połykanie i duszność, a przez to ułatwia wyzdrowienie lub przynajmniej przedłuża życie. Zdaniem G., już nazajutrz po operacyi znika ból wzupełności, i chorzy są w stanie swobodnie łykać. Zwykle nie zachodzi potrzeba ponawiania rękoczynu. Jakkolwiek znajdujemy w literaturze dowody możliwości radykalnego wyleczenia gruzlicy krtani, są to jednak przypadki bardzo rzadkie. Głównym celem G. jest usunięcie objawów bólu przy połykaniu, duszności i chrypki. Większość chorych, leczonych przez referenta, opuszczała szpital w stanie znacznej poprawy, pewna część zmuszona była powrócić po upływie dłuższego lub krótszego przeciągu czasu, bardzo mała ilość zmarła wkrótce po operacyi. W pięciu przypadkach stwierdził G. trwałość poprawy więcej, niż po upływie roku. W powyższych wywodach GOUGUENHEIM'a uderza każdego, kto przedsiębrał operacye w gruzliczej krtani, twierdzenie, jakoby nazajutrz po łyżeczkowaniu już znikał całkowicie ból przy łykaniu. Po większej części tak nie jest, już sama bowiem rana, zrobiona w celu leczniczym, musi się stać źródłem bólu dla chorego. Trudno też zgodzić się ze zdaniem, że zwykle jednorazowy rękoczyn wystarcza do usunięcia zmian miejscowych w krtani. Zależy to od rozległości sprawy i wytrzymałości chorego.

Drugi referent, LENNOX BROWNE (62) uznając istnienie pierwotnej gruzlicy krtani, przemawia za możliwością radykalnego wyleczenia gruzlicy krtani; zgadza się wogóle z poglądami HERYNGA na istotę leczenia gruzlicy krtani, sądzi jednak, że właściwemi wskazaniem do łyżeczkania są: 1) przerosty błony śluzowej, 2) tkanki zmartwiałe. W innych razach referent stosuje środki przeciwgruzlicze. W dyskusyi nad tym tematem przemawiali: MOURE (63), który uważa leczenie chirurgiczne za przeciwwskazane w rozległych, ostrych i przewlekłych sprawach wrzodziejących. Główne wskazanie stanowią postaci ograniczone.

Chirurgia wewnątrzkrtańowa w gruzlicy krtani według MOURE'a nie jest zupełnie bezpieczna: dwa razy przy takich rękoczynach musiał niezwłocznie wykonać tracheotomię. MASSEI (64) przyznaje, że w ostatnich czasach nawró-

cił się do leczenia chirurgicznego. GAREL (65) przypisuje w przypadkach, leczonych pomyślnie, główną rolę leczeniu ogólnemu; leczenie chirurgiczne jest tylko dodatkiem, bezwątpienia potrzebnym.

B. FRAENKEL (66) zaznacza, że jakkolwiek istnieją niezaprzeczone dowody skuteczności leczenia chirurgicznego w spostrzeżeniach HERYNGA i innych autorów, to jednak niekażdy przypadek gruźlicy krtani może i powinien być leczony chirurgicznie. Nie należy zapominać, że czasami i ciężkie nawet przypadki same przez się kończą się pomyślnie. W każdym razie powinniśmy mieć ściśle wskazania i przeciwwskazania do stosowania tej metody.

MASSNEI (67) jest przeświadczony o pożyteczności leczenia chirurgicznego. BERLINER (68) na 26 przypadków, leczonych chirurgicznie, otrzymał 11 względnych wyzdrowień. CHIARI (69) operuje tylko wtenczas, kiedy istnieją stanowcze wskazania: ból, trudność w połykaniu i duszność. Głównym warunkiem powodzenia jest leczenie ogólne.

HOPPMANN (70) często stosował łyżeczkowanie gruźliczej krtani z dobrym skutkiem. SCHMIDT (70a) radzi przedewszystkiem wcierania kwasu mlecznego; jeżeli środek ten okazuje się niewystarczającym, to należy uciec się do zabiegów chirurgicznych. Przy takim leczeniu otrzymał w $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków względne wyleczenia.

Tak przedstawiały się obrady zjazdu międzynarodowego nad interesującą nas kwestyą. Z obrad tych łyżeczkowanie krtani wyszło wogóle zwycięsko.

W dalszym ciągu rok 1894 przynosi nam jeszcze kilka prac, dodatnio znaczących wartość leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani.

LERMOYEZ (71) opisuje dwie postaci gruźlicy krtani, połączonej z bólem: 1) rozległe owrzodzenia nagłośni i wejścia do krtani; postać tę spostrzega się w daleko posuniętych sprawach; leczenie polega na wdmuchiowaniu morfiny; 2) nacieczenia gruźlicze tkanki naokoło stawu obrączkowo-nalewkowego; postać ta stanowi wczesny okres choroby i przedstawia się jako guz okrągły natury obrzękowej; najlepszym środkiem usunięcia bólu jest tu wycięcie guza łyżeczką KRAUSE'go lub kleszczami GOUGUENHEIM'a. HAJEK (72) przedstawił w Towarzystwie lekarskiem Wiedeńskim chorego, któremu pętlącą usunął gruźliczą nagłośnię i wyłyżeczował struny rzekome, poczem wcierał kwas mleczny. Nastąpiła wybitna poprawa. CROSSFIELD (73) opisuje dwa przypadki, ilustrujące pożytek łyżeczki i kwasu mlecznego. KRIEG (74) przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wiele okazów gruźlicy, leczonych miejscowo. Pomiędzy leczonymi łyżeczką ostrą znajdowały się: 1) przypadek wyleczonego wilka skóry nosa oraz warg; 2) zablźnienie wrzodziejących brzegów przedziurawienia przegrody nosa, powstałego wskutek wilka; 3) zagojenie ogniska wilka na nosie, dziąsłach, podniebieniu twardem, języczku i tylnej ścianie gardzieli. Oprócz łyżeczki zastowany był tutaj kwas mleczny; 4) nacieczenie tylnej ściany krtani, wzupełności usunięte za pomocą kleszczy ostrych i żegadła galwanicznego; 5) bardzo znaczne nacieczenia i owrzodzenia strun rzekomych, usunięte za pomocą kleszczy ostrych i żegadła galwanicznego. Jeżeli leczenie miejscowe nie jest w stanie w zupełności usunąć cierpienia, to przynajmniej łagodzi dotkliwe objawy. K. wspomina o chorych

którzy, nie mogąc poddać się leczeniu systematycznemu, przybywali do niego w przerwach kilkotygodniowych lub kilkumiesięcznych dla poddania się łyżeczkowaniu, aby w ten sposób choć na pewien czas uwolnić się od trapiących ich objawów.

W przypadkach gruźlicy krtani daleko posuniętej: zapalenia ochrzęstnej z jego następstwami, powstaniem ropni lub ognisk zmartwiałych, leczenie chirurgiczne niewiele zdziała. Jednak i tu jeszcze ulgę przynieść możemy za pomocą nacięć w przypadkach obrzęku, otworzenia ropnia, usunięcia zmartwiałych chrząstek.

W przypadkach silnej duszności wszystkie te rękoczynny mogą być zrobione po dokonaniu tracheotomii. Przeciwwskazanie do leczenia chirurgicznego widzi K. tylko w wysokim stopniu upadku sił. W możliwość uogólnienia się gruźlicy wskutek rękoczynu w krtani K. nie wierzy. „Niewątpliwie każdy laryngolog“, tak kończy pracę swą K., „z upragnieniem wygląda czasu, kiedy gruźlicę krtani można będzie leczyć szybciej i pewniej środkiem wewnętrznym lub wstrzykiwaniami podskórnymi albo do żył; chętnie wówczas wyrzekniemy się swoich żegadeł, kleszczy i łyżeczek. Dzisiaj jednak tak daleko jeszcze nie zaszliśmy, musimy przeto, i do tego zniwala nas miłość bliźniego, stosować leczenie miejscowe“.

DUNDAS GRAUT (75) przedstawił w towarzystwie Lekarskiem londyńskim przypadek wilka nosa i krtani, w którym po łyżeczkowaniu i wcieraniu kwasu mlecznego obok wewnętrznego stosowania arseniku nastąpiła poprawa. GLEITSMAN (76) na zebraniu sekcji laryngologicznej New-Yorskiej akademii lekarskiej w dniu 25. X. 1894 r. przedstawił chorego, u którego z dobrym skutkiem usunął gruźliczy naciek struny rzekomej za pomocą łyżeczki ostrej. W dyskusji BOSWORTH (77) zaznaczył, że nie stosował metody HERINGA. VULPIUS (77a) potwierdził dobry wynik operacji, a DELAVAN (78) zauważył, że jakkolwiek nieliczni tylko chorzy zostają drogą chirurgiczną zupełnie wyleczeni, to jednak zadziwiająca jest poprawa czasowa, jaką się u mnóstwa chorych spostrzega. Jeżeli można ciężkie objawy chociaż na pewien czas usunąć, to warto wykonać nie tylko jeden, ale nawet cały szereg rękoczynów. D. spodziewa się, że leczenie chirurgiczne gruźlicy krtani znajdzie szerokie zastosowanie. GLEITSMAN zakończył dyskusję uwagą, że chociaż nie można liczyć na wyleczenie wielu chorych omawianą drogą, to już i ocalenie od pewnej śmierci jednego albo dwóch ludzi stanowić powinno dostateczną zachętę do stosowania metody chirurgicznej. W innych przypadkach warto dokonać operacji chociażby dla osiągnięcia poprawy.

Jednym z przeciwwskazań do operacji jest gorączka trawiąca, wszelako i na nią zważać nie należy w przypadkach, gdzie sprawa ze względu na umiejscowienie wywołuje niemożność łykania. Wreszcie G. wspomina o przypadku, przedstawionym sekcji w listopadzie 1888 r., dotyczącym kobiety z licznymi owrzodzeniami nagłośni oraz migdałków, leczonej z dobrym skutkiem łyżeczką, żegadłem i kwasem mlecznym. Kobieta ta dotychczas jest zdrowa.

SYMONDS (79) podaje przypadek gruźliczego owrzodzenia nagłośni, leczony pomyślnie łyżeczką i kwasem mlecznym. BERGENGRUEN (80) z siedmiu

pomyślnie zakończonych przypadków gruźlicy krtani w jednym tylko zastoso-
sował łyżeczkowanie, po którym na drugi dzień bezpośrednio wystąpił obrzęk
chrząstki nalewkowej i więzu nagłośnio-nalewkowego po przeciwnej stronie.
Powoli obrzęk ten przeszedł w twarde nacieczenie, które rozszerzyło się na
część międzynalewkową i na drugą połowę krtani.

Jakkolwiek w przypadku tym operowana struna rzekoma na powierzchni
szybko się zabiłżniła, to jednak zdaniem B. łyżeczkowanie tutaj raczej za-
szkodziło choremu, gdyż inne okolice krtani na tem ucierpiały. Wprawdzie
po operacyi wtarty był kwas mleczny, możnaby więc jemu to niekorzystne
działanie przypisać; wszelako przeczy temu fakt, że B. wielokrotnie stoso-
wał kwas mleczny na świeże rany w krtani, a takiego działania nie widział.
Wogóle zaś we wszystkich opisanych przez B. przypadkach główny wpływ
lecniczy przypisać należy leczeniu ogólnemu.

M. SCHMIDT (80a) podaje następujące wyniki, otrzymane przy stoso-
waniu leczenia miejscowego [w ilu przypadkach użył łyżeczki, nie wspomina]:

w r. 1888	ze 181 chorych	34 wyleczonych,	czyli 19%
„ „	1889 „ 179	„ 30	„ „ 16%
„ „	1890 „ 155	„ 32	„ „ 20%
„ „	1891 „ 195	„ 36	„ „ 18%
„ „	1892 „ 188	„ 39	„ „ 20%.

Za wyleczonych uważa S. takich chorych, u których w końcu danego roku
krtan była zdrowa. U wielu z tych chorych zagojenie stwierdzone zostało
i później, wielu jednak w następnych latach znowu zachorowało. Wskaza-
nia do operacyi niezawsze szukać należy w przypadkach, dających nadzieję
wyleczenia: nieraz ból przy łykaniu dostatecznie usprawiedliwia rękoczyn.
Przeciwwskazania stanowią: późny okres suchot płucnych, bojaźliwość chorego,
powracające szybko jedne po drugich owrzodzenia i wysoki stopień zwężenia
krtani, gdyż operacya wewnątrz-krtaniowa wywołuje przemijający obrzęk.

W przeglądzie krytycznym prac laryngologicznych J. WRIGHT (81), nie ma-
jący, jak się zdaje własnego doświadczenia na punkcie interesującej nas kwe-
styj, wyraża się o niej w następujący sposób: „Sprawozdanie HERYNGA o 20
przypadkach [z 252 operowanych], które wyleczone zostały wzupełności, spra-
wia wrażenie imponujące.

Ażeby jednak wyrobić sobie istotny sąd o rzeczy, potrzeba byłoby rów-
nież dokładnie przestudować historję pozostałych 232 przypadków, które
były operowane i niewyleczone. Większość z nas, czytając tę pracę, pra-
gnęła zapewne widzieć osobiście HERYNGA i KRAUSE'go, operujących swojemi
łyżeczkami, nauczyć się, jak ci autorowie odróżniają, co jeszcze jest chore
w krtani, a co już nie jest chore, a przedewszystkiem w jaki sposób, chociażby
w przybliżeniu, przekonywują się, że usunęli wszystko, chorobą dotknięte. Uzna-
jemy chętnie uczciwość przekonania HERYNGA, jak również jego energję, wątpli-
wem jednak się nam wydaje, czy za pomocą takich sprawozdań zachęci innych
laryngologów do naśladownictwa. Tylko osobiste przypatrzenie się może nas
przekonać, że pomimo 9 złych wyników na 10 przypadków nie należy tracić
odwagi“. Coprawda, żądanie WRIGHT'a nie należy do łatwo wykonalnych,

aby mu bowiem zadosyć uczynić, musiałby HERYNG jeździć od miasta do miasta, operować wobec tamtejszych lekarzy i czekać na wynik swoich operacji. KEIMER (82), powołując się na przypadki zabliznienia owrzodzeń gruźliczych, stwierdzone przez anatomo-patologów, utrzymuje, że prawdopodobne, a w niektórych razach pewne wyleczenie gruźlicy krtani obecnie nie ulega wątpliwości, jeżeli leczenie rozpoczęte zostało wcześniej. Z pomiędzy 11-tu przypadków gruźlicy, pomyślnie leczonych i opisanych w pracy z roku 1888, K. obecnie zdaje sprawę z 5-iu, które dotychczas cieszą się wybornem zdrowiem; u dwóch z nich, mianowicie u jednego po upływie $\frac{1}{2}$ roku, u drugiego po 2-ach latach wystąpiły powroty choroby, które jednak szybko i trwale usunięte zostały. Sześć pozostałych z owych 11-tu przypadków zmarło.

Przypadki wyleczone są następujące:

1) z roku 1886—owrzodzenie brzeżne, przez całą długość struny prawdziwej lewej; wyrostek głosowy lewy owrzodzony; w części międzynałwkowej głębokie owrzodzenie. Zabliznienie po użyciu łyżeczki ostrej i kwasu mlecznego nastąpiło w przeciągu 10 tygodni. Po pół roku powrót choroby. Zastosowano kwas mleczny, poczem nastąpiło trwałe wyleczenie;

2) z roku 1886—utrata tkanki na nagłośni z obnażeniem chrząstki, lekkie nacieczenie i utrata nabłonka na strunie rzekomej. Przy pomocy łyżeczki i kwasu mlecznego uzyskano trwałe wyleczenie po upływie 6 tygodni;

3) z roku 1887—duże owrzodzenie części międzynałwkowej, nacieczenie okolicy chrząstek nalewkowych. Przy użyciu łyżeczki i kwasu mlecznego, wyleczenie nastąpiło w 8 tygodni [zmiany w płucach nieznaczne].

4) z r. 1887—zaczerwienienie jednej połowy krtani, jedna struna prawdziwa zgrubiała, miejscami owrzodzona. W tym przypadku użyto tylko kwasu mlecznego z dobrym skutkiem [właściwie nie należy zatem do przypadków operowanych].

5) z r. 1887—owrzodzenie części międzynałwkowej, nacieczenie jednej struny rzekomej, owrzodzenie jednej struny prawdziwej po tej samej stronie, lekkie obrzmienie szczytu chrząstki SANTORINI'ego i sąsiedniej części więzu nagłośnio-nalewkowego. W płucach zmiany wyraźne. Wyleczenie po zastosowaniu łyżeczki i kwasu mlecznego.

Dalej podaje K. jeszcze 5 przypadków, w których wyleczenie trwa więcej, niż 3 lata: 1) owrzodzenie części międzynałwkowej; tylna część struny prawdziwej w rozpadzie, przednia nacieczona; zmiany rozpadowe w płucach, wysięk opłucnej; 2) nacieczenie części międzynałwkowej, obrzęk okolicy chrząstek nalewkowych; w płucach zmian nie wykryto; 3) nadżarcia [nabłonka] na wyrostkach głosowych i w części międzynałwkowej; płuca zdrowe; 4) owrzodzenie guza nagłośni, struny prawdziwej lewej i nacieczonej rzekomej lewej; 5) prawie zupełne zniszczenie jednej struny prawdziwej; zmiany w płucach wydadne. W przypadkach rozległych nacieczeń krtani i przy udziale w sprawie chrząstek K. nie stosuje chirurgicznego leczenia, gdyż trudno przypuścić, aby tu można było usunąć wszystko, chorobą dotknięte. CAPART (83) odzywa się o metodzie chirurgicznej dodatnio. Nacięcia [wykonywa] w przypadkach obrzęku, skrobanie łyżeczką zwyczajną w przypadkach owrzodzeń strun praw-

dziwych i rzekomych oraz tylnej ściany, wycinanie gruzliczych części nagłośni, więzów nagłośnio-nalewkowych oraz chrząstek nalewkowych łyżeczką podwójną lub kleszczami ostremi. Wynik dodatni pod względem czynnościowym jest niewątpliwy.

LEVY (84) uważa za najlepsze środki paliatywne w leczeniu gruzlicy krtani: kwas mleczny, łyżeczkowanie i kombinację jednego z drugim. Ino M. MACKENZIE (85) przychodzi do następujących wniosków: leczenie chirurgiczne gruzlicy krtani może przedłużyć życie chorego; powroty choroby przy tem leczeniu zdarzają się; gorączka trawiąca i rozlane postacie stanowią przeciwwskazania. PARKER (86) przedstawił na posiedzeniu Londyńskiego Towarzystwa laryngologicznego chorego z owrzodzeniem gruzliczem błony śluzowej nosa i gardzieli, którego stan po łyżeczkowaniu i stosowaniu kwasu mlecznego uległ wybitnej poprawie. STÖERK (87) w swoim podręczniku chorób krtani, pomimo wyżej wspomnianego przypadku, leczonego pomyślnie metodą chirurgiczną, zachowuje się jednak względem niej sceptycznie. „Niechęć moja do leczenia chirurgicznego gruzlicy krtani“, powiada, „nie jest zasadnicza, lecz oparta na doświadczeniu. Corocznie zdarza mi się ponawiać próby leczenia chirurgicznego gruzlicy krtani u chorych, znajdujących się przypuszczalnie w dobrych warunkach. Czynię to poczęści dla słuchaczy, poczęści dla asystentów, aby wyrobili sobie osobiste zdanie o wartości tych rękoczynów. Wobec ogromnego materiału, specjalnie suchotników, łatwo jest wybrać przypadki, które zgóry zdają się dawać większe szanse wyleczenia; w przypadkach tych stale tylko tam operacji dokonywałem, gdzie nawet przy niepewnym wyniku żadna szkoda choremu nie groziła, mianowicie tam, gdzie owrzodzenia lub ziarnina znajdowały się wewnątrz krtani. Ostremi kleszczami i łyżeczką ostrą można przy odpowiednim znieczuleniu i wprawie chore części usunąć, co też wielokrotnie robiłem. Że po takich rękoczynach następuje chwilowy skutek [poprawa w oddechaniu], to nie ulega wątpliwości; ale pomimo wszelkich ostrożności i dokładności w operowaniu zawsze następuje powrót choroby“... „Że wyleczenie przy szczególnie sprzyjających warunkach [dobrobyt] tą drogą może być osiągnięte, dowodzi ogłoszony przeze mnie przypadek. Ale pan W. P. z Łodzi przybył do mnie do operacji nie z powodu objawów, lecz skutków gruzlicy [wybijała ziarnina w krtani, wywołująca duszność]; przytem przebieg choroby był niezwykle, stosunkowo pomyślny“... „Jeżeli pomimo to powstają przeciwko leczeniu chirurgicznemu gruzlicy krtani, to czynię to z powodu wielkiej liczby rozpaczliwych przypadków, jakie corocznie widuję po operacjach, dokonywanych przez innych lekarzy“... „Zabliźnienia przez innych operowanych owrzodzeń nigdy nie widziałem“... „W przypadkach takich najfatalniejsze jest zniszczenie błony śluzowej wewnątrz krtani, gdyż od chwili, kiedy operacja tutaj się odbywa, połykanie, a ztąd przyjmowanie pokarmów staje się utrudnione“... „W ostatnich latach ogłoszono wiele tak operowanych przypadków, po większej części z zejściem śmiertelnem; skutek był tylko przemijający“...

„W roku 1891 asystent prof. M. SCHMIDT'a, AVELLIS ogłosił szereg operowanych guzów gruzliczych krtani. Z dołączonych rysunków łatwo się prze-

konać, że operacya dotyczyła wnętrza krtani, t. j. miejsce, których zranienie nie wywołuje u chorych trudności w połykaniu. Dalej widać, że guzy były dosyć ograniczone, a pomimo to i tutaj w wielu przypadkach nastąpiły powroty i przypadki te zakończyły się śmiercią“.

Zdanie więc SROERK'a o metodzie chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani jest stanowczo nieprzychylnie, a opiera się głównie na mniemaniu, że operowanie zewnątrz krtani, to znaczy w okolicy wejścia do krtani, naraża chorego na długotrwały ból, utrudniający mu przyjmowanie pokarmów. Trudno to pogodzić ze zdaniem innych operatorów, którzy zaznaczają przeciwnie szybkie ustępowanie bólu przy łykaniu po operacyi, a trudniej jeszcze mnie osobiście było znaleźć w literaturze opis tych „tak operowanych i śmiercią zakończonych przypadków“.

[D. n.].

NOTATKI LEKARSKIE.

13. Zupełne wyłysienie ogólne u dotkniętego wolem.

D. 2. IX. 1896 r. przybył na oddział D-ra CHEŁCHOWSKIEGO 46-letni szewc suchotnik, zupełnie wyłysiały. Tylko gdzieniegdzie na głowie można było dostrzedz drobny, delikatny meszek, zresztą włosów nigdzie nie było: ani na głowie, ani na twarzy, brodzie, ani pod pachami, na narządach płciowych zewnętrznych i na reszcie ciała, ani rzes, ani brwi. Skóra wyłysiałych miejsc była niezmiernie delikatna, na dotknięcie jakby aksamitna. Czucie skórne zupełnie prawidłowe. Paznokcie u rąk i nóg zachowane dobrze. Nadto chory ten miał na szyi wielkie sprężyste wole, spychające krtani nieco naprawo. Wymiar poprzeczny wola wynosił 20 ctm., pionowy 13 ctm.; obwód szyi 44 ctm..

Chory, rodem z gub. Grodzieńskiej, odznaczał się dawniej bujnym porostem włosów, nie tylko na głowie i twarzy, ale i na piersiach i reszcie ciała. Do 25 roku życia mieszkał na wsi; pracował zawsze dużo, po 12 i 14 godzin na dobę. Z rodziny zdrowej, sam żadnym chorobom nie podlegał, tylko od dziecka odznaczał się wielką wrażliwością na wszelkie przykrości i niepewodzenia. W 32 roku życia przybył do Warszawy i tu warunki życia były bardzo trudne, czem się gryzł i martwił. We 2 lata potem zjawilo się wole, rosnące powoli ale bezustannie. Przed 8 laty wśród dotkliwych bólów głowy i obfitych potów zaczęły mu wypadać włosy: naprzód kolisto tylko z tyłogłowia, następnie jednostajnie z całej głowy i reszty ciała tak, że po roku włosów już nigdzie nie było. Jednocześnie upadek siły płciowej i wychudnienie. Włosy nie odrastały wcale; wspomniany wyżej meszek na głowie zjawil się przed paru laty po wcieraniach cebuli.

Chory przybył do szpitala z początkowymi objawami suchot. Suchoty szybko postępowały i doprowadziły do śmierci d. 17. XI. 1896. Prócz głównego cierpienia uskarżał się na bóle głowy, bezsenność, bóle rąk i nóg. Badanie układu nerwowego nie wykazało zбоcezeń. Pamięć i inteligencya doskonałe były zachowane.

W ostatnich tygodniach życia duszność i bezgłós.

Na sekcji znaleziono [prof. Brodowski]: rozległą gruźlicę płuc (*phtisis indurativa*) mianowicie prawego, *hydrothorax dext.*, przerost prawego i lewego serca, *hydropericardium*, zastoinową nerkę i wątrobę. Co do gruczołu tarczowego, to prawy jego zraz był zupełnie dobrze zachowany, lewy natomiast tworzył jedną wielką torbiel; na ścianach tu i owdzie widać było ślady istoty gruczołu oraz miejsca skostniałe. Kol. Kozerski badał drobnowidzowo skórę z głowy i z *mons Veneris*; znalazł w niej zupełny zanik cebulek włosowych,

Z przytoczonej historii choroby możnaby wnosić, że pomiędzy wolem a wyłysieniem zachodził jakiś związek, bodaj pośredni. W dostępnej mi literaturze wola nie znalazłem wzmianek o wyłysieniu ogólnem. Zato w chorobie BASEDOW'a często spostrzegano zupełne wyłysienie ogólne¹⁾. Za życia naszego chorego przypuszczaliśmy, że może zwyrodnienie gruczołu tarczowego, a więc brak istoty tego gruczołu, oddziało zabójczo na odżywianie cebulek włosowych. Sekcyja nie potwierdziła tego przypuszczenia, bo cały zraz gruczołu okazał się nietkniętym.

W naszej literaturze przypadek zupełnego wyłysienia ogólnego opisał LE-BRUN [Pam. Tow. Lek. Warsz., 1859 r., t. 42, str. 194.]: chory w ciągu 2 tygodni stracił włosy i paznokcie przy bólach artrytycznych i swędzeniu skóry. Wyłysieniu ogólnemu wszyscy jednoznacznie przypisują pochodzenie nerwowe. Inaczej się rzeczy mają z wyłysieniem częściowem (*area Celsi*). Cierpienie to bardzo często występowało epidemicznie; często też znajdowano przy niem paszożyty [u nas prof. HOYER jeszcze w 1885 r. (Pam. Tow. Lek. Warsz., str. 675)].

A. Stevenson.

14. Z ambulatoryum dla chorób gardła i nosa D-ra Wróblewskiego w szpitalu Ewangelickim. Przypadek gruźlicy błony śluzowej nosa.

Do niedawna gruźlica błony śluzowej nosa należała do cierpień rzadkich, prawdopodobnie wskutek tego, że rzadko była rozpoznawaną, od czasu bowiem, gdy zaczęto baczniejszą w tym kierunku zwracać uwagę, ilość przypadków tego cierpienia znacznie wzrosła; jednakże opisano ich tak mało, iż niektóre zasługują jeszcze na szczegółowsze uwzględnienie. Do tych zaliczyć należy charakterystyczny przypadek, obserwowany i operowany przez D-ra WRÓBLEWSKIEGO.

Dnia 3. VI. 1897 zgłosiła się do ambulatoryum Bajla M., uskarżając się na zatkanie nosa i zupełną niemożność oddechania przy zamkniętych ustach. Chora mieszka w Sochocinie, ma lat 52; zamężna od lat 32, miała siedmioro dzieci; nie miesiączkuje już od lat kilku. Była zawsze zdrowa i pochodzi z rodziny zdrowej; dzieci również zdrowe. Mąż jej od 30 lat kaszle, dużo pluje, poci się w nocy i jest bardzo wycieńczony. Od 4 lat chora zauważyła w nosie po prawej stronie przegrody guzik, który jej jednak dolegliwości żadnej nie sprawiał. Wydlubywała go często nożyczkami aż do roku zeszłego; od dwóch lat jednakże czuła, iż guz ów zatyka jej przewód nosowy. Przy wydlubowaniu krwawiło bardzo mało. Od zeszłej zimy pokazał się guzik i z drugiej strony nosa, t. j. z lewej.

Guziki owe odrastały pomimo wydlubowania i doszły wreszcie do takiej wielkości, iż objętością swoją zatykają przewody nosowe i uniemożliwiają oddechanie nosem, co też skłoniło chorą do szukania pomocy lekarskiej.

Przy badaniu przedmiotowem znaleźliśmy co następuje: chora jest niskiego wzrostu, z normalnym układem kostnym; tkanki tłuszczowej mało, złe odżywianie. Barwa skóry blado-żółtawa, z wyjątkiem końca nosa z prawej strony, w którym to miejscu skóra jest zgrubiała nieco i zaczerwiona na przestrzeni srebrnej 20-kopiejkówki; guziczków w skórze nosa niema. Krtań i płuca zdrowe, gruczoły chłonne niepowiększone, w narządach wewnętrznych nic patologicznego nie zauważyliśmy.

Przy badaniu nosa wziernikiem widać z lewej strony guzik wielkości orzecha laskowego na przedniej części chrzęstnej przegrody nosowej, na wysokości dolnej muszli i na 1½ ctm. od przedniego otworu nosa. W prawym przewodzie nosa, w tem miejscu przegrody, które odpowiada wyżej wymienione-

¹⁾ MÖBIUS w podręczniku NOTHAGEL'a [t. XXII, str. 44.]. DUBRENIH [De la pèlade, Bordeaux. 1889]. LABLÉ. [Les pseudo-pèlades des nervenses. Gaz. des hôpitaux. 1896. Nr. 138], wreszcie kilka przytoczonych przypadków w Therapeutische Wochenschr. z. I. XI. 1896.

mu, znajduje się guzik większy, wielkości małego orzecha włoskiego. Guziki są nieruchome, niebolesne, nie krwawią przy dotykaniu zgłębnikiem, przylegają do bocznych skrzydeł nosa, ale nie są z nimi zrosnięte. Powierzchnia ich jest nierówna, ziarninowa, koloru różowego, miąższ twardy. Zatykają one prawie zupełnie przewody nosowe, szczególnie z prawej strony.

4-go czerwca r. b. D r WRÓBLEWSKI wyciął ostremi kleszczykami guzik z lewej strony, podstawę wyskrobał ostrą łyżką, przyczem krwawienie było nieznaczne. Ranę traktowano kwasem mlecznym. Po tygodniu zimną pętlą odciął D-r W. guzik prawy, resztę wyskrobano łyżeczką. Okazało się, jak to zwykle w takich przypadkach bywa, że przegroda nosowa zajęta jest tkanką nowotworową, wskutek czego łatwo się poddała łyżce i została przedziurawioną. Tu także wtarto kwas mleczny, następnie zaś rana była codziennie traktowana pyoktaniną.

Chora zjawiała się po raz ostatni 25 czerwca. Doskonale oddecha nosem; w przegrodzie nosowej jest otwór wielkości srebrnej 15-kopiejkówki; brzegi przedziurawienia gładko zagojone; tylko z lewej strony w górnym obwodzie defektu widoczne jest nieznaczne nacieczenie.

Przypadek ten zasługuje na wyróżnienie z paru względów, a mianowicie: przedstawia on typową formę guza gruźliczego w nosie (*tuberculoma*) do tego stopnia, iż D-r WRÓBLEWSKI na pierwszy rzut oka postawił rozpoznanie właściwe, potwierdzone następnie przez badanie drobnowidzowe wyciętych guzików, którego dokonał prof. PRZEWOSKI. Protokół tego badania orzeka dosłownie: „wszystkie przysłane kawałki są więcej lub mniej zbitą tkanką ziarninową, w której wiele anatomicznych gruzełków (*tubercula*). W środku każdego prawie gruzełka jest typowa komórka obrzymia z wieloma przyścieniami jądrami. Laseczników gruźliczych znaleziono stosunkowo bardzo mało“.

Zasługuje na bliższą uwagę ów przypadek i dlatego jeszcze, że choroba ta pozostawała przez dłuższy czas w okresie guzików, bez owrzodzeń, zwykle zaś występuje ona w obu postaciach, lub też pierwsza forma przechodzi w drugą.

Czerwonosć skóry nosa nie może być uważana za *lupus*, gdyż w tkance nie znaleziono żadnych guzików, ani owrzodzeń lub blizn; jest to prawdopodobnie objaw zastoinowy, skutek ucisku guzika większego na naczynia końca nosa.

Nakoniec zwrócić należy uwagę na dobry stosunkowo stan ogólny, wskutek czego przyjąć trzeba cierpienie to za pierwotne, przeniesione zapewne palcami, zabrudzonymi płociną chorego na gruźlicę męża.

W końcu dodam kilka słów o przypadku takiegoż cierpienia, opisanym przez D-ra WRÓBLEWSKIEGO w „Gazecie Lekarskiej“ z r. 1893.

Ów Emil K. przedstawił się znowu w maju b. r.. W nosie zmiany stałe pooperacyjne, żadnych objawów nawrotu choroby. W krani znaleziono wodniste nacieczenie chrząstki nalewkowej i więzu nalewkowo-nagłośniowego lewego. Chory czuje się źle, kaszle dużo, chrypka i osłabienie ogólne. Pojechał do Sławuty.

S. Oppenheim.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 1 = 3 —

91. W. Kühnau i F. Weiss. W sprawie wydzielania kwasu moczowego przy leukocytozie i hypoleukocytozie, oraz przyczynę do patologii białaczki.

W jednej ze swych poprzednich prac KUEHNAU doszedł do następujących wniosków: 1) w wielu chorobach, przebiegających z leukocytozą, istnieje wzmożone wydzielanie kwasu moczowego; 2) zwiększenie ilości kwasu moczowego

pozostaje w zależności nie tylko od gorączki, gdyż występuje także w tych chorobach, które przebiegają bez gorączki; 3) zmniejszeniu ilości leukocytów, następującemu po zwiększeniu tychże, odpowiada wzmocnienie wydzielania kwasu moczowego; 4) leukocyty stanowią, jeśli nie jedyny, to w każdym razie główny materiał, który daje początek kwasowi moczowemu. We wzmiankowanej pracy nie zostały uwzględnione 2 pytania: 1) jak zachowuje się u człowieka kwas moczowy przy „doświadczalnej“ leukocytozie? 2) czy w chorobach, przebiegających ze zmniejszeniem ilości leukocytów (*hypoleukocytosis*), wydzielanie kwasu moczowego jest również zmniejszone? Niniejsza praca autorów ma dostarczyć odpowiedzi na te pytania. Do kategorii leukocytozy doświadczalnej zaliczają autorowie przede wszystkim 2 przypadki gruźlicy płuc, traktowane tuberkuliną. Ten wyciąg bakteryjny stanowi jeden z najdzielniejszych środków leukofaktycznych [t. j. wywołujących leukocytozę] i jako taki w zupełności odpowiada wyciągowi z hodowli lasecznika zielonej ropy (*b. pyocyaneus*), o którego wpływie na leukocytozę i wzmoczone wydzielanie kwasu moczowego była mowa we wzmiankowanej pracy KUEHNAU'a. Z przytoczonych protokołów widać, że każde wstrzyknięcie tuberkuliny wywołuje silną leukocytozę, za którą idzie znacznie zwiększone wydzielanie kwasu moczowego. Ponieważ, według obecnie panujących poglądów, ciała grupy ksantynowej pochodzą z tego samego źródła, co i kwas moczowy, mianowicie z nukleiny białych ciałek krwi, to w poszukiwaniach autotów zostały uwzględnione także i te substancje. Jak widać z przytoczonych tablic, wydzielanie ciał ksantynowych idzie równoległe z wydzielaniem kwasu moczowego. Ciała alloksurowe [nazwa zbiorowa dla ciał ksantynowych i kwasu moczowego] występują w większej ilości w moczu przeciętnie dopiero drugiego dnia po dokonaniem wstrzyknięcia tuberkuliny, utrzymują się na wysokich cyfrach po większej części do 39 dnia, a następnie wracają do normy. Już z tego zachowania się kwasu moczowego widać, że wzmoczone wydzielanie jego jest bezpośrednim następstwem nie wyciągu bakteryjnego, lecz wywołanej przez ten ostatni leukocytozy. Nadto godną uwagi jest ta okoliczność, że wydzielanie ciał alloksurowych dosięga najwyższego punktu dopiero po zniknięciu leukocytozy. Że tuberkulina sama przez się nie potęguje wydzielania ciał alloksurowych, dowodzą także te przypadki, w których nastąpiło pewne przyzwyczajenie ustroju do tuberkuliny, gdy stosunkowo duże dawki tej ostatniej już nie wywołują ani ogólnego, ani miejscowego odczynu, a zatem także leukocytozy. W podobnych przypadkach, jak jak nas poucza następna tablica, wydzielanie kwasu moczowego i ciał ksantynowych nie ulega zwiększeniu.

Wyciąg z hodowli lasecznika zielonej ropy (*b. pyocyaneus*) ma podobne do tuberkuliny działanie na leukocytozę i wydzielanie kwasu moczowego. Dowiódł tego KUEHNAU w jednej ze swych poprzednich prac za pomocą doświadczeń na psach. Obecnie autorowie przytaczają przypadek kliniczny, który w zupełności potwierdza rzeczoną wpływ zakażenia lasecznikiem zielonej ropy.

Dalsze spostrzeżenia autorów dołączają chorych, dotkniętych białaczką wrzekomą (*pseudoleukaemia lymphatica*), inaczaj chorobą HODGKINS'a zwaną. W tej chorobie oprócz arsenu ostatnimi czasy zalecone zostało stosowanie pilokarpiny. WALDSTEIN, który przy stosowaniu tego środka otrzymał dobre wyniki w chorobach gruczołów chłonnych, zaleca go [podskórnie] w dawkach dziennych od 0,0015 do 0,005. Działanie pilokarpiny WALDSTEIN przedstawia sobie w sposób następujący: środek ten wywołuje podrażnienie czynników limfatycznych i pobudza je do „wysyłania“ białych ciałek krwi do układu naczyniowego, przez co, w myśl teorii MIECZNIKOW'a, zwiększa się odporność ustroju względem szkodliwości, które doń wtargnęły. Jakkolwiek wartość przy-

pisywać będziemy tym wywodom teoretycznym, uznać musimy za fakt, że pilokarpina należy do najdzielniejszych środków leukofaktycznych.

W 2 przytoczonych przez autorów przypadkach białaczki wrzekowej, traktowanych pilokarpiną, zależność zwiększonego wydzielania kwasu moczowego od wywołanej pilokarpiną leukocytozy jasno wynika z odnośnych protokółów. Z obu tablic widać, że leukocytoza stale wyprzedza występowanie wzmożonej sekrecji kwasu moczowego. Trzeci przypadek choroby HODGKINS'a ze wszystkimi cechującymi tę chorobę objawami: powiększeniem gruczołów chłonnych, normalną ilością leukocytów, niezwiększonym wydzielaniem kwasu moczowego jest niezmiernie ciekawy z tego względu, że pod wpływem stosowania niewielkich dawek pilokarpiny nagle przeszedł w prawdziwą białaczkę gruczolowo-śledzionową ze wszystkimi właściwymi dla tej choroby zmianami krwi i wymiany materji. Przebieg tego przypadku, który w ciągu krótkiego czasu zakończył się śmiercią, wymownie świadczy o słuszności poglądów tych autorów, którzy w białaczkę rzekomej nie widzą choroby, co do istoty swej odmiennej od białaczki prawdziwej, lecz w obu cierpieniach upatrują następstwa jednego i tego samego czynnika chorobotwórczego. W miarę doskonalenia się naszych metod technicznych, w miarę rozszerzenia i pogłębienia naszych wiadomości anatomicznych oraz klinicznych, przekonujemy się coraz dowodniej, że nie tylko zmiany narządów są identyczne w białaczkę rzekomej i prawdziwej, lecz że nawet zmiany krwi, przynajmniej w początkowych okresach białaczki, nie wykazują istotnych różnic jakościowych. Przy każdej białaczkę rzekomej można obawiać się przejścia cierpienia w białaczkę prawdziwą. Prof. KAST zarówno dawniej w szpitalu EPPENDORF w Hamburgu, jak i później w klinice Wrocławskiej, spostrzegł dużo przypadków, w których początki czysto gruczolowe, początki gruczolowo-śledzionowe postaci białaczki rzekomej przechodziły w jego oczach w białaczkę wierutną. Przytoczony tu przypadek zasługuje z tego względu na uwagę, że to raptowne przejście zostało wywołane pilokarpiną, stosowaną w małych dawkach w celu leczniczym. Jako jedyne możliwe objaśnienie tego faktu przytoczyć można tylko to, że środek leukofaktyczny [pilokarpina] zastał układ krwiotwórczy w stanie równowagi niestabilnej, która wkrótce została doszczętnie zburzoną; z szybkością katastrofy wtargnęły w stanie niedość przygotowanym leukocyty masami do krwioobiegu i niedostateczność aparatu krwiotwórczego szybko doszła do zupełnego jego porażenia. W zupełnej zgodzie z tem objaśnieniem pozostają dane drobnowidzowego badania narządów *post mortem*: w tych ostatnich stwierdzono nacieczenia, składające się z komórek zupełnie młodych.

Ostatnia część pracy poświęcona jest badaniom stosunków, jakie zachodzą między ilością leukocytów we krwi, a wydzielaniem kwasu moczowego w chorobach, przebiegających z hypoleukocytozą. Autorowie badali stosunki te przedewszystkiem w 3 przypadkach tyfusu brzuszego. We wszystkich tych przypadkach została stwierdzona obecność lasecznika tyfusowego we krwi. Jak widać z odnośnych tablic, wydzielanie kwasu moczowego pozostawało pomimo wysokiej gorączki stale subnormalne, odpowiednio do zmniejszonej ilości leukocytów we krwi. Musimy więc przyjąć, że pod wpływem „ujemnie hemotaktycznej“ toksyny tyfusowej występuje hypoleukocytoza, która drogą rozpadu leukocytów dostarcza mało materjału dla wytwarzania kwasu moczowego i ciał ksantynowych. Do chorób, przebiegających z hypoleukocytozą, należą także ciężkie postaci niedokrwistości, a zwłaszcza postaci, połączone z dyatezą krwotoczną. Autorowie badali 3 przypadki niedokrwistości: w jednym były objawy *m. macul. Werlhofii*, w drugim krwawiączka (*haemophilia*) z dużemi wynaczynieniami podskórnymi i krwotokami nosowymi, w trzecim ciężka niedokrwistość esencjalna niewiadomego pochodzenia. Cyfry, przytoczone przez autorów, dowodzą, że małym ilościom leukocytów we krwi odpo-

wiadają małe ilości kwasu moczowego i ciał ksantynowych, wydzielonych z moczem. W miarę jak, pod wpływem arsenu, obok ilości erytrocytów, wzrastała, ilość białych ciałek krwi, zwiększało się także wydzielanie kwasu moczowego.

Ze wszystkich wyżej przytoczonych spostrzeżeń i doświadczeń autorów wynika, że między leukocytozą a wydzielaniem kwasu moczowego istnieje tak w zdrowym, jak i w chorym ustroju bardzo ścisły związek.

(*Zeitschr. f. klin. Med. Tom 32. Zeszyt 5 i 6, 1897*). Stan. Pechkranc.

92. A. Bickel. Doświadczenia nad wpływem żółci i soli żółciowych na mózg.

Autor, w celu poznania wpływu żółci i soli żółciowych na mózg, trepanował pod narkozą u zwierząt czaszkę w któremkolwiek miejscu, na niewielkiej przestrzeni i odsłaniał mózg; po obudzeniu się zwierząt z narkozy i zatrzymaniu krwawienia, nakładał na obnażony mózg małą ilość żółci krów lub psów, albo też posypywał proszkiem *natrii taurocholicæ* lub *glycocholicæ*. Do doświadczeń służyły psy, koty, króliki, świnki morskie, myszy, gołębie i żaby.

U zwierząt ssących w 10—15 minut po zadziałaniu żółcią lub solami żółciowymi zaczynał się *trismus* żwaczy, poczem następowały kurcze toniczne i kloniczne kolejno we wszystkich kończynach, najsilniej jednak po stronie przeciwnej; wyjątek stanowiły świnki morskie, u których najsilniejsze objawy występowały po stronie jednoimiennnej. Często bywały drgania mięśni mimicznych twarzy. Prawie zawsze dawał się spostrzegać silny ślinotok. W niektórych razach [przeważnie u królików, świnek morskich i myszy] spostrzegano ruchy musowe (*Zwangsbewegungen*); ruchy manewrowe, ruchy koło podłużnej osi ciała, dążenie w tył. Również bywały kurcze w mięśniach podłużnych szyi i tułowia.

U zwierząt, które przetrzymały napad, obraz chorobowy można było podzielić na trzy okresy: okres 1-szy—*trismus*, kurcze w kończynach, przytomność zachowana; okres 2-gi—silny, długotrwały *trismus*, kurcze w całym ciele, rozszerzenie źrenic, silny ślinotok, ruchy musowe, utrata przytomności; okres 3-ci—napady zmniejszają się co do siły i częstości, zwierzęta znajdują się w stanie zapaści, ale po kilku godzinach wracają do stanu normalnego.

Ptaki i gady nie oddziaływały wcale na drażnienie mózgu żółcią.

Z powyższych doświadczeń wynika, że żółć, a szczególnie obiedwie sole żółciowe stanowią silną truciznę na mózg niektórych zwierząt, a mianowicie mogą wywołać utratę przytomności, drgawki, ślinotok.

Możebnem jest, że spostrzegane przy ciężkiej żółtacze objawy nerwowe zależne są od działania zatrzymujących się w ciele soli żółciowych na mózg.

(*Münch. Medic. Woch., 1897, Nr. 21*).

M. Rozental.

93. H. Senator. Związek między moczówką cukrową i moczówką prostą.

Liczne doświadczenia na zwierzętach wykazały, że zapomocą ukłue (*piqûre*) miejsc mózgowia, blisko siebie położonych, można wywołać sztuczną moczówkę wraz z wydzielaniem cukru lub bez takowego. BOCK, HOFFMANN, KUELZ i inni dowiedli też na zwierzętach, że przy sztucznie wywołanej moczówce zwiększa się w pewnych warunkach i ilość cukru, tą drogą wydalana z organizmu; cukromocz więc jest w pewnej zależności od moczówki. Klinicznie związek między moczówką cukrową i moczówką prostą dotychczas nie został poparty dokładnymi obserwacjami, prócz luźnych wzmianek o konstataowaniu obu tych form chorobowych u jednej i tej samej rodziny lub o przejściu moczówki cukrowej w prostą i odwrotnie. Autor uzupełnia te luźne wzmianki własnymi obserwacjami i twierdzi, że, jak między sztucznie wywołaną moczówką i cukromoczem, tak i między klinicznymi formami: moczówką cukro-

wą i moczówką prostą istnieje ścisły związek. Przedewszystkiem należy tu zwrócić uwagę na etylogię obu tych cierpień. Moczówka prosta rozwija się w przeważającej ilości przypadków u osobników z wrodzonymi lub nabytymi cierpieniami układu nerwowego, psychopatycznych lub neuropatycznych; moczówka cukrowa nader często zależy od zбочeń w czynności mózgowia (*neurogene Formen*). W wielu rodzinach moczówka cukrowa i moczówka prosta, a przynajmniej niektóre jej formy [dość liczne nb] były zauważone u bliskich krewnych [TROUSSEAU, REITH, SEEGEN, FISK, GEIGEL, QUIST] To dziedziczne usposobienie do obu form moczówki zauważono w rodzinach, obarczonych jednocześnie skłonnościami do padaczki, macinnictwa i innych cierpień nerwowych.

Z własnej obserwacji przytacza autor następujący przypadek: osobnik 24-letni, już w 3 roku życia o tyle nadużywał picia wody, że mu ją zupełnie odebrano; podczas zapalenia opłucnej, które przechodził w 22 roku życia, oddał, podobno, w przeciągu doby 20 litrów moczu; matka chorego umarła wskutek moczówki cukrowej. W 1879 roku skonał autor u tegoż chorego moczówkę prostą, która po odpowiednim leczeniu czasowo ustąpiła. Rzadkość takich przypadków według autora objaśnić należy tem, że z jednej strony objawy moczówki prostej bardzo łatwo przeoczyć, a z drugiej strony, chorzy często nie wiedzą, jakie choroby przechodzili ich krewni, nawet najbliżsi.

W kwestyi związku między moczówką cukrową i prostą ważną rolę odgrywa fakt przechodzenia jednej formy moczówki w drugą, lub nawet czasowego ich zjawiania się u jednego i tego samego osobnika. Konstatowanie takich przypadków należy do rzeczy trudnych, gdyż moczówka cukrowa, przechodzi w prostą dopiero po wielu latach; stąd wynika, że obserwacje takie należy prowadzić bardzo długo. Najczęściej przejście moczówki cukrowej w prostą bywa oznaczane jako uleczenie chorego na zasadzie zniknięcia cukru z moczu, przyczem naprzód znika cukier, ilość zaś i inne własności moczu z czasem też wracają do normy; zostaje więc w takich przypadkach pominiętym okres czasu, kiedy moczówka istniała w formie prostej.

Takie przypadki z częściowym wyleczeniem były opisane w literaturze przez SZOKALSKIEGO, PLAGGE'go, KAEMNITZ'a, VIGL'a, CANTAN'iego, FREITCKS'a i innych.

Z własnej obserwacji przytacza autor 2 przypadki [miał ich więcej], w których moczówka cukrowa przeszła w prostą i jako taka trwała do śmierci chorych. W pewnym stosunku do omawianej kwestyi stoi bardzo rzadki, prawie wyjątkowy przypadek autora, w którym na miejscu moczówki cukrowej zjawił się białkomocz (*nephritis*), a następnie po zniknięciu białka — moczówka prosta; w obu przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie. Nie od rzeczy będzie nadmienić, że często podczas moczówki cukrowej zjawia się białkomocz ze zwiększonym wydalaniem moczu i silnem łaknieniem [objawy t. zw. *Schrumpfniere*], co może być powodem pomyłki w rozpoznaniu u takich chorych moczówki prostej, która się zjawia po moczówce cukrowej. Daleko rzadziej, niż przejście moczówki cukrowej w prostą, [bez poprzedzającego ostatnią białkomoczu] notowano przechodzenie moczówki prostej w cukrową; w literaturze mamy takie 2 przypadki [HADRA, MIELECKI] z kliniki FRERICHS'a; autor przytacza swój jeden.

Co się tyczy okresowego zjawiania się to tej, to drugiej formy moczówki u jednego i tego samego chorego, to należy tu ściśle odróżniać te formy moczówki cukrowej, które dają czasowe polepszenie przy odpowiednim leczeniu. Zupełnie wolnym od zarzutu jest według autora tylko jeden taki przypadek WESTPFA'L'a, w którym moczówka była skombinowana z cierpieniem rdzenia. Objaśnić związek między moczówką cukrową i prostą, ewentualnie zaś białkomoczem, można, według autora, w ten sposób, że ośrodki mózgo-

od których stanu patologicznego zależą wyżej wzmiankowane choroby, podlegają cierpieniu nie odrazu, lecz jeden po drugim. Dalej, ze względu na przebieg choroby w niektórych przypadkach należy rozumieć działanie czynnika patologicznego na ośrodki w ten sposób, że po zupełnej *restitutio ad integrum* uprzednio dotkniętego ośrodka zaczyna czynnik ów działać na drugi ośrodek. Przypuśćmy, np., że moczówka cukrowa w danym jakimkolwiek przypadku zależy od działania szkodliwego czynnika na pewne miejsce czwartej komory. Jeżeli cukiery w moczu znika, a natomiast zjawia się moczówka prosta, to przyjąć należy, że zachorował drugi ośrodek, od którego zależy tylko zwiększone wydalanie moczu; wszak moczówka przy *diabetes mellitus* mogła być zależną od zwiększenia ilości cukru we krwi i powinna była zniknąć wraz z cukrzycą. [Przypuszczenie to zostało stwierdzone badaniami na zwierzętach]. Musimy więc przyjąć, że poprzedni ośrodek zupełnie wrócił do normalnego stanu, a zachorował inny.

Inaczej objaśnia omawiany przez nas fakt CANTANI; twierdzi on, że po wyleczeniu chorego na moczówkę cukrową pozostaje zwiększony dopływ krwi do nerek lub nawet rozszerzenie *vasa afferentia*. Nie zgadza się jednak z tem objaśnieniem zmniejszanie się ilości moczu przy cukrzycy wraz ze znikaniem cukru. Nakoniec, co do zjawienia się cukrzycy po moczówce prostej, to prócz wyżej wzmiankowanego ogólnego objaśnienia autora, można myśleć jeszcze o innym. Mianowicie doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że cukrzycę można wywołać, działając li tylko na zwiększenie ilości moczu. W jaki sposób to się dzieje, trudno orzec, faktem jednak jest, że w doświadczeniach za moczówką bezpośrednio zjawia się cukrzyca; klinika zaś [tylko 3 przypadki są znane w literaturze] poucza, że dopiero po kilku, a nawet po kilkunastu latach do moczówki dołącza się cukrzyca. Przy obecnym stanie rzeczy niepodobna objaśnić tych faktów.

(*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, Nr. 24. 1897).

Ant. J. Goldman.

94. Masius i Beco. Przyczynek do nauki o postaciach posocznicowych zakażenia gronkowcowego (*staphylococcie*).

Ostatniemi laty sprawy ropnico-posocznicowe o niewiadomym punkcie wyjścia zakażenia były przedmiotem wielu badań [JUERGENSEN, DENNIG, ETIENNE]. Od niedawna też zaczęto klasyfikować zakażenia ogólne zależnie od wywołujących je drobnoustrojów: łańcuszkowców, pneumokokków, laseczników okrężnicy, gronkowców i t. d. (*streptococcie, pneumococcie, colibacillose, staphylococcie*). Przypadki posocznicy gronkowcowej są bardzo nieliczne [HAUSHALTER, ROUX i LANNOIS, RENDU i CHAILLON, MIRCOLI, CANON, SITTMANN, PETRUSCHKY]. W niektórych z nich rozpoznanie bakteryologiczne postawione zostało dopiero przy badaniu pośmiertnem; w innych istnienie prawdziwej posocznicy jest co najmniej możliwe.

MASIOUS i BECO podają bardzo szczegółowy opis 2 przypadków posocznicy, wywołanej przez zakażenie gronkowcami. W obu przypadkach wrota, któremi wtargnęły gronkowce do ustroju, pozostały niewykryte. W pierwszym przypadku, który dotyczył młodego człowieka, dotąd zawsze zdrowego, bez wszelkich momentów dziedzicznych, zbiór objawów początkowo przemawiał za tyfusem brzuszny z przebiegiem adynamicznym, za ciężkim zapaleniem płuc lub za ostrą gruźlicą prosówkową. Za ropnico-posocznicą przemawiały tylko objawy rozsianego zapalenia mięśni i ukazanie się na kończynach dolnych wysypki, składającej się z grudek i małych ropni. Krew w ilości 2 ctm., otrzymaną za pomocą wyjałowionej szprycy STRAUS'a z żyły środkowej w przegubie łokciowym, przeniesiono na żelatynę i bulion. Po 48 go-

dzinach przy 37° C., rozwinęło się na płytkach około 150 kolonii li tylko gronkowca ropotwórczego złościstego. Taki sam wynik otrzymano po śmierci chorego, przy szczepieniu krwi z obu jam serca, płynu surowiczego z jamy osierdzia, mięszu wątroby, śledziony i nerek, soku wziętego z różnych miejsc płuc. Ciężkie posocznice, zależne od gronkowca ropotwórczego w rodzaju tej, jaka istniała u wzmiankowanego chorego, należą do rzadkich wyjątków. Gronkowiec złościsty jest, jak wiadomo, jednym z najbardziej rozpowszechnionych drobnoustrojów. Zamieszkując zazwyczaj przewód pokarmowy, początek dróg oddechowych, powłoki ciała, wywołuje on mnóstwo spraw ropnych bez znaczenia, jak czyraki, *acne pustul.*, *impetigo*.

Zastanawiając się nad przyczyną tak ciężkiego przebiegu sprawy posocznicowej w omawianym przypadku, autor, jak to się zwykle czyni w takich razach, zwraca uwagę na właściwości terenu i czynnika zakażającego. Nie znalazłszy ze strony pierwszego żadnych warunków, które mogłyby sprzyjać ciężkości zakażenia [jak np. włośność wrodzona lub nabyta, zaziębienie, przeciążenie, zatrucie, asocjacje bakteryjne...], autor studjuje jadowitość gronkowca, który był winowajcą zakażenia posocznicowego. Jadowitość ta, jak się przekonał, jest niezmiernie wielką: 5 kropeł jednodniowej hodowli bulionowej, wstrzyknięte do żyły brzeżnej ucha (*v. marginalis*) królika, ważącego 1700 grm., po 18 godzinach wywołały śmierć zwierzęcia. Narządy nie wykazały zmian widocznych, lecz zaszczerpione, dały czystą i obfitą hodowlę gronkowca.

Drugi przypadek dotyczył kobiety, obarczonej gruźlicą dziedziczną, cierpiącej już od kilku tygodni na zapalenie surowiczo-włóknikowe lewej opłucnej. Przy nakłuciu próbnym otrzymano płyn surowiczo-włóknikowy, zlekką zabarwiony krwią. Zaszczepienie tego płynu dało czystą hodowlę gronkowca ropotwórczego białego. Gdy chora nie zgodziła się na wypuszczenie wysięku, zalecono jej dyetę mleczną, wilgotne owijanie klatki piersiowej oraz środki moczopędne (*kalium aceticum*). Pod wpływem tego leczenia wysięk począł szybko się wchłaniać, lecz wkrótce wystąpiły objawy ciężkiej posocznicy z silnymi i nieprawidłowymi wahaniami ciepłoty. Po kilku dniach wystąpiło zapalenie wsierdzia. Przy badaniu bakteriologicznym krwi, wziętej, jak w pierwszym przypadku, z żyły przegubu łokciowego, otrzymano we wszystkich [4] próbkach z żelatyną czystą hodowlę gronkowca ropotwórczego białego. Po kilku dniach chora zmarła przy objawach śpiączki i upadku czynności serca. Krew z komór serca oraz cząstki różnych narządów dały czystą hodowlę gronkowca białego, którego złośliwość, jak to wykazały odnośne doświadczenia, była niewielka. Autorowie upatrują tu źródło zakażenia gronkowiecowego w szybkim wessaniu płynu septycznego z jamy opłucnej. Szybkość i złośliwość przebiegu zakażenia tłumaczy się przedewszystkiem tem, że chora, dotknięta gruźlicą i wyczerpana długotrwałą gorączką, przedstawiała małą odporność; powtóre, pamiętać należy o fakcie, dowiedzionym przez Courmont'a i polegającym na tem, że gronkowiec wyrabia w środowiskach, w których się rozwija, substancje, sprzyjające zakażeniu. Płyn opłucnowy zawierał dużą ilość gronkowców, które się tam rozwijały od kilku tygodni; możliwym więc jest, że masowe przeniknięcie do krwiobiegu wytworów rozpuszczalnych, zawartych w opłucnej, odegrało wielką rolę w wywołaniu tej ciężkiej posocznicy.

Badanie bakteriologiczne krwi ma doniosłe znaczenie dla dyagnostyki ropnico-posocznicy. Zostało ono wprowadzone do patologii przez Eiselsberg'a. Lecz technika zalecona przez tego badacza, szczepienie kilku kropeł krwi, otrzymanych przez nakłucie palca, jest niedostateczna, gdyż popierwsze, materiał szczepienny jest zbyt skąpy, powtóre, często następuje zanieczyszczenie.

W roku 1894 Sittmann, Petruschky i Straus zalecili nakłucie żyły w zgięciu łokciowym za pomocą wyjąłowanej szprycy. Tą drogą otrzymuje

się znacznie większą ilość krwi, którą poddaje się zwykłym metodom hodowania i szczepienia.

W dalszym ciągu autorowie stawiają bardzo ważne pytanie: czy wykazanie obecności gronkowca we krwi krążącej niezależnie od ilości tegoż i czasu, w ciągu którego wykazać go tam można, upoważnia do rozpoznawania posocznicy? Odpowiedź wypada przecząca. Wprawdzie prace PASTEUR'a dowiodły, że krew i mocz, wzięte aseptycznie, nawet w dużych ilościach, od zwierzęcia zdrowego, przechowują się do nieskończoności, nie podlegając gniciu; jednak poszukiwania z lat ostatnich niezbicie dowiodły, że nieznaczne wahania w stanie zdrowia mogą wywołać zakażenie tych płynów. KANNENBERG i ESQUIVEZ znaleźli drobnoustroje chorobotwórcze w moczu ludzi napozór zdrowych. CHVOSTEK i EGGER dowiedli, że pod wpływem poruszeń gorączkowych, wywołanych wstrzykiwaniami tuberkuliny, i podczas napadów zimnicy gronkowiec ropotwórczy wydziela się z moczem. Przy sprawach zapalnych, wywołanych przez drobnoustroje ropotwórcze te ostatnie mogą przeniknąć do krwiobiegu, a krew, szczepiona wówczas w dużych ilościach, może dać hodowle tych drobnoustrojów. Wyniki podobne spotykamy w pracach SITTMANN'a, PETRUSCHKY'ego i WETRANI'ego.

Ze wszystkiego tego wynika, że niezawsze mamy do czynienia z posocznicą tam, gdzie ze krwi uda się wyhodować drobnoustroje ropotwórcze. Zgodnie z Koch'em i CANON'em należy rozpoznawać posocznicę, a zwłaszcza ogólne zakażenie gronkowcowe tylko tam, gdzie we krwi ma miejsce rozmnażanie się drobnoustrojów. Dowodem rozwijania się we krwi bakterji jest ilość drobnoustrojów w tej cieczy, ewentualnie zwiększanie się tej ilości w miarę postępu choroby.

W końcu swej pracy autorowie zwracają uwagę na szczególny wygląd otrzymanych przez nich hodowli gronkowca w środowiskach płynnych [bulion]. Świeża hodowla bulionowa gronkowca jest, jak wiadomo, jednostajnie mętna; po pewnym czasie otrzymuje się osad na dnie próbówki, reszta zaś bulionu pozostaje w dalszym ciągu mętna. Zaszczepiwszy krew i wysięk opłucnowy dwóch swoich chorych na bulionie, autorowie zauważyli, że po 24-godzinnem, a nawet i dłuższem pozostawianiu próbek w termostacie hodowle nie mętniały; wśród zupełnie przezroczystego płynu pływały tylko dość duże kłaczki, białe lub żółte, stosownie do postaci gronkowca. Kłaczki te składały się z koków zupełnie niezmiennych ani morfologicznie, ani pod względem swej żywotności i jadowitości. Opisany wygląd hodowli bulionowych zależał od aglutynacyi gronkowca, wywołanej przez ciecz ciała chorych, zakażonych tymże drobnoustrojem. Ta własność aglutynacyjna nie jest bynajmniej swoista. Można ją stwierdzić we krwi i surowicy chorych tyfusowych, jak to wykazał COURMONT; MASIUS i BECO spostrzegli aglutynację gronkowca, wywołaną przez krew chorych na gruźlicę i na zapalenie płuc. Wobec bezwzględного braku swoistości, odczyn aglutynacyjny odnośnie gronkowca ropotwórczego nie posiada żadnego praktycznego znaczenia.

(*Revue de médecine*, Nr. 7, 1897).

Stanisław Pechkranc.

95. Dürck. Badania nad etyologią i histologią zapalenń płuc u dzieci i zapalenń płuc wogóle.

Autor w mozolnej i wszechstronnej swej pracy przychodzi do następujących wniosków:

1) Przy zapaleniu płuc samoistnem, zarówno jak i przy zapaleniach wtórnych wieku dziecięcego, znajdujemy w płucach mniej lub więcej złożoną mieszaninę bakterji, wśród których dwuziarniak zapalenia płuc (*diploc. pn.*) najczęściej się napotyka.

2) Zresztą, skład mieszaniny bakteryi nie zdradza jakiejś wyraźnej zależności od gatunków, powodujących chorobę pierwotną [wyjątek—lasecznik błonicy, znajduwanej przy zapaleniu płuc podczas błonicy gardzieli].

3) Skład mieszaniny bakteryi nie wywiera pochwytnego dla badacza wpływu na budowę histologiczną wysięku pneumonicznego.

4) Odgraniczenie histologiczne zapalenia płuc zrazikowego lub rzekomo zrazikowego od płatowego jest rzeczą niemożliwą.

5) Wyrażenie „*bronchopneumonia*“ daje się usprawiedliwić jedynie stwierdzeniem histologicznym upowszechnienia się zapalenia z zakończeń oskrzelowych na tkankę okołoskrzelową.

6) Płuco, zupełnie zapaleniem niedotknięte, dzieci, zmarłych od najróżnorodniejszych chorób, zawiera mieszaninę bakteryi takąż samą, jak płuco, zapaleniu uległe. I tu dominuje dwuziarniak zapalenia płuc.

7) Płuco świeżo zabitych zwierząt zdrowych [świni, konia, wołu] zawiera również zarazki, pomiędzy którymi znajdujemy gatunki chorobotwórcze (*pneumo bacillus Friedlaenderi*, *staph. pyog.*, *diploc. pneum.*).

8) Wolno więc wnioskować, że płuco człowieka zdrowego stale zawiera różną w różnym czasie mieszaninę bakteryi. Obecność ich nie wystarcza do wywołania zapalenia płuc. Postronne wpływy, ujemnie na ustrój działające, sprzyjać muszą ich rozmnażaniu się i rozwinięciu działalności chorobotwórczej.

9) Sztuczne stosowanie zwierzętom przez tchawicę tych drobnoustrojów, jakie przy zapaleniu płuc znajdowano, nie wywołuje u nich zapalenia płuc.

10) Jednoczesne stosowanie pyłu drażniącego i bakteryi wywoływało zapalenie płuc u zwierząt.

11) Stosowanie wyłącznie tylko pyłu drażniącego wystarcza do spowodowania zapalenia płuc.

12) Udaje się wywoływać u zwierząt zapalenie płuc prawdziwe, zrazowe, włóknikowe, zakaźne — przez poddanie ich sztucznemu zaziębieniu.

13) Te zapalenia płuc „pyłowe i z zaziębienia“ zależą od uszkodzenia tkanki płuc, które to uszkodzenie umożliwia drobnoustrojom, w tkance już przedtem obecnym, rozwinięcie własności chorobotwórczych.

14) Wpływ szkodliwy zaziębienia zależy, z wielkiem prawdopodobieństwem, od ostrego, silnego przekrwienia płuc.

15) Fakt znalezienia bakteryi chorobotwórczych w płucach zbliża nas do zrozumienia t. z. „zakażeń mieszanych lub wtórnych“ przy gruźlicy płuc.

(*Deut. Arch. f. klin. Med.* 58. Z. 4/5. 1897).

Š. Sterling.

96. A. Wassermann. O hodowli i jadzie gonokoków.

A. WASSERMANN podaje skład podłoża do hodowli gonokoków, z łatwością dającego się przygotować. Do 15 ctm. sześć. surowicy krwi świńskiej dodaje się w kolbce ERLÉNMEYER'a 30—40 ctm. sz. wody, 2—3 ctm. sz. gliceryny i 0,8 gm., a więc około 2% fosforanu sodu i kazeiny, znanego w handlu pod mianem *nutroz y*. Ten ostatni dodatek ma na celu zapobieżenie ścinaniu się zawartej w surowicy serumalbuminy. Płyn, wyjąłowany przez zagotowanie na płomieniu lampki [można następnie poddać go działaniu pary w sterylizatorze, sterylizowanie jednak parą bez uprzedniego zagotowania na ogniu może wywołać ścinanie się serumalbuminy], przechowywać można dość długo. Dla przygotowania hodowli na płytce PETRI'ego należy odpowiednią część przygotowanej w sposób powyższy surowicy zmieszać z równą ilością 2%-go pepton-agaru, rozpuszczonego przez ogrzanie najwyżej do 60° C. Na podłożu powyższem gonokoki rozmnażają się równie dobrze, jak na mieszaninie WERTHEIM'a [pepton-agar i surowica krwi ludzkiej].

Badanie otrzymanych przez WASSERMANN'a hodowli płynnych gonokoka [do surowicy należy dodać w tym celu bulionu peptonowego] przekonało go, że pasożyt ten wytwarza swoisty jad, nieprzechodzący jednak do podłoża, lecz pozostający w ciele drobnoustrojów. Nawet niewielka ilość zabitych gonokoków wywołuje gorączkę, objawy zapalne, obrzmienie najbliższych gruczołów chłonnych, silne bóle mięśniowe i stawowe.

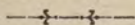
Według mniemania autora, objawy t. zw. reumatyzmu tryprowego: zająęcia stawów w przebiegu rzeżączki, gdzie pasożytów wykryć niepodobna, zależą od wessania jadu gonokokowego. Ta sama przyczyna wywołuje również te najczęściej napotymane przypadki zapaleń przewlekłych narządów rodnych u kobiet, gdzie niema żywych gonokoków w wytworach zapalnych.

Poszukiwania autora nad uodpornieniem ustroju na jad gonokoka nie zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem.

(*Berliner klin. Wochenschr.* 1897. Nr. 32).

A. Kuczyński.

Wiadomości drobne.



— S. FLATAU wykonał u chorej na osteomalacyę obustronną owariotomię. Po 4 tygodniach chora była w stanie wstać z łóżka. Po 2³/₄ latach stan zupełnie dobry. nigdzie bolesności w kościach; żadnych dolegliwości wskutek utraty miesiączki.

(*Münch. medic. Woch.* 1897. Nr. 7).

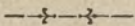
M. R.

— D-r KRONACHER implantował kość cielejącą na miejsce I falangi palca wskazującego, zniszczonego wskutek *spinae ventosae*. Implantowana kość miała 3,8 ctm. długości, 8 milim. szerokości i 3¹/₂ milim. grubości.

(*Münch. med. Woch.* 1897. Nr. 16).

M. R.

Wiadomości bieżące.



— Pisma codzienne skwapliwie notują wszystkie wypadki, w jakich Pogotowie ratunkowe niosło pomoc poszkodowanym. Nieby nie było niewłaściwego w takim reklamowaniu wielce pożytecznej instytucji, gdyby dzienniki zaprzestały podawania nazwisk przygodnych klientów Towarzystwa ratunkowego i tem samem uwolniły tych ostatnich od niejednej przykrości, a lekarzy Pogotowia od mogącego ich spotkać zarzutu niezachowania tajemnicy lekarskiej.

— Przed trzema dniami zamknięto XII zjazd międzynarodowy lekarzy, który zgromadził do Moskwy 7300 uczestników. Na drugim posiedzeniu ogólnem ogłoszono, że następny kongres odbędzie się w r. 1900 w Paryżu.

— Paryż przystępuje do budowy dwu nowych szpitali dla dzieci; instytucje te mają zastąpić zakwalifikowany do zamknięcia szpital TROUSSEAU.

— Sędziwy prof. KOELLIKER w Würzburgu zrzekł się katedry anatomii opisowej i prowadzenia instytutu anatomicznego, pozostawiając sobie wykłady histologii i embryologii. Anatomię wykladać ma prof. СТОВНН z Zurychu.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ki za m. lipiec 1897.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 15 Августа 1897. Друк Ковалевського, Warszawa, Мизowiecka 8