

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na piowineyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. WŁ. LESSER. O pierwotnem zakażeniu gruźliczem skóry. — II. JAN SĘDZIAK. Wstrzykiwania miąższowe kreozotu w suchotach płucnych [Dalszy ciąg]. — III. BRONISŁAW CHROSTOWSKI i MARYJAN JAKOWSKI. Epidemiczne włóknikowe zapalenie płuc i wyniki badań bakteryjologicznych w endemii spozrzeganej w Warszawie. [Dokończenie]. — *Przegląd bibliograficzny.* — *Wiadomości bieżące.* — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemanu'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma est przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnic szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dziem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-ch do 3-ch tabletek 3 do 4-ch razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnież zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko bólesci duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zapobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak niemniej okazała się skuteczną w formie mi-reny tak zwanej *hemicrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI.

Właściciel Apteki. Nowy-Swiat Nr. 18.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—26

D-r med. Stanisław Bęklewski

ordynuje, jak zwykle, w PIATYGORSKU i na grupach

w ciągu całego sezonu.

6—6

D-r MAJKOWSKI

praktykować będzie przez całą porę kuracyjną

w Busku.

12—12

KAMIONKA nad DNIESTREM

Własność Księcia Wittgenstejna

35 wiorst od stacyi południowo-zachodniej Kolei żelaznej „Popieluchy“.

Ekonomija wynajmuje na sezon winogronowej kuracyi, zaczynającej się 25 Sierpnia—pokoje umeblowane z usługą lub bez takowej. Cena za pokój od 10—15 rubli miesięcznie, z usługą trzy ruble więcej od każdej osoby. Zakład ma swoją kuchnię, cena obiadów przy ogólnym stole sześć rubli miesięcznie za każdą potrawę. W czasie winotłoczenia można mieć wanny z wycłoczyn winogronowych. Kamionka ma ładny Park, przyjemne i łagodne powietrze i malownicze okolice; w czasie kuracyi winogronowej gra w Parku muzyka. Bliższych informacyj udziela zarząd dóbr Kamionki.

Adres: Kamionka — gubernia Podolska.

3—1

GAZETA LEKARSKA.

I. O PIERWOTNEM ZAKAŻENIU GRUŻLICZEM SKÓRY.

Skreślił

D-r Władysław baron Lesser,

docent chirurgii w Lipsku.

W N-rze 10 pisma „*Deutsch. medic. Wochenschrift*“ z r. b. podaje STEINTHAL z kliniki chirurgicznej w Heidelbergu przypadek zaszczepienia gruźlicy, posiadający niektóre podobieństwa z tym, który mam zamiar podać w tem miejscu. Chociaż spostrzeżenie niniejsze ogłoszonym już było w sprawozdaniu z mojej działalności poliklinicznej (*Fünf Jahre polikl. Thätigkeit. F. C. W. Vogel, Leipzig 1883*), mało jest jednak znanem, jak zwykle mało bywa znaną kazuistyka, pomieszczana w specjalnych sprawozdaniach.

Maryja Hedel, praczka, lat 48 mająca, przybyła do mnie z guzem wielkości wiśni, znajdującym się na dolnym odcinku przedramienia prawego tuż ponad powierzchnią dłoniową stawu przedramienia-napięstkowego, i graniczącym ze stroną łokciową mięśnia zginacza palców wspólnego powierzchownego.

Dnia 3 Maja 1882 guz wycięto; przedstawiał się on jako guz podskórny zrazikowatej budowy z masami serowatemi pośrodku, przylegał mocno do powięzi przedramienia; od guza do właściwej skóry ciągnęły się serowate smugi. Przy badaniu drobnowidzowem skóra okazała się niezmienioną, lecz w głębi około gruczołów potowych było znaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Pod gruczołami w luźnej tkance łącznej znajdują się liczne czopy, w których zauważyć można olbrzymie komórki i ogniska zserowaciałe.

Po nałożeniu trzech szwów rana szybko się zablizniła.

Po upływie 17 dnia, t. j. 20 Maja, na środkowej części blizny ukazała się serowata ziarnina, jaka często widzieć się daje po sprawach serowatych, po wyżeczkowaniu której nastąpiło ostateczne zabliznienie rany.

Gruczoły chłonne przegubu łokciowego z obu stron dochodzą do wielkości pestki wiśniowej, twarde.

Dnia 10 Maja, t. j. w ośm dni po operacji chorea przyszła ze świeżą *perionychia tuberculosa* na członku paznogciowym lewego palca pierścieniowego. Skóra w wielu miejscach wyglądała jakby otoczona przez robaki i podminowa masami serowatemi. Po wyskrobaniu nastąpiło szybkie zagojenie.

Prócz nie obfitych rzeżeń w wierzchołku prawego płuca nie znajdujemy żadnych zmian w ustroju chorej. Kobieta ta twierdzi, że nigdy nie chorowała, wszystkie dzieci jej są zupełnie zdrowe. Mąż chorej od pół roku ciągle cierpi na jakąś chorobę piersiową ze znacznym kaszlem i obfitą wydzieliną. Podczas leczenia chorej, mąż jej zmarł w szpitalu i sekcya wykazała ciężką postać ostrej gruźlicy prosówkowej (*tuberculosis miliaris acuta*). Chora dużo bielizny męża swego sama prała.

Makroskopowe i drobnowidzowe badania były stwierdzone przez osoby kompetentne, poszukiwania zaś na laseczniki gruźlicze w tkankach otaczających gruczoły potowe w ogniskach podskórnych nie dokonano, ale nowość jeszcze podówczas metody badania brak ten wytłómaczy dostatecznie.

W przypadku opisanym przez STEINTHAL'a dotyczącym pani Knapp, wykazano charakter gruźliczy cierpienia nietylko histologicznie lecz i bakteryjologicznie. Tu, jak i w moim przypadku mamy do czynienia ze specjalną postacią zastrzału. Lecz podczas gdy STEINTHAL opisuje u p. Knapp na tylnej powierzchni ręki gruźlicze owrzodzenie, pełzające, z charakterystycznym dnem i brzegami, w moim przypadku znajdujemy podskórny gruźliczy guz, który powstanie swe zawdzięcza przeniknięciu zarazka gruźliczego przez gruczoły potowe i w tem, mojem zdaniem, leży cała ważność danego przypadku.

Samozakażenie skóry przez wydzieliny u osobników gruźliczych i skrofulicznych jest faktem oddawna znanym, lecz przez możność wykazania laseczników gruźliczych, rzecz ta obecnie w innem przedstawia się świetle. Często zdarza się, że nawet pod opatrunkiem antyseptycznym można wykazać szerzenie się różnych spraw na sąsiednie zdrowe części skóry, np. przy cierpieniach kości, przy przetokach stawowych, które stoją w związku z ogniskami gruźliczemi, zwłaszcza gdy wzmożone drażnienie ognisk zapalnych wywołuje wpływ na sąsiednie części; zależnem także to bywa od pory roku [wiosna, jesień]. Toż samo zauważyć można przy cierpieniach pryszczycowatych i wilkowych. Zdarza się to prawie tak często, jak owe nadżarcia skóry na ustach, przy otworze zewnętrznym ucha, przy otworach nosowych, napotykanne u żółzowatych osobników.

Zakażeń przez przeniknięcie do skóry zarazka gruźliczego z zewnątrz u osobników zupełnie zdrowych, dotychczas opisanych jest niewielka ilość z całą możliwą dokładnością. Szczególne muszą być warunki, któreby umożliwiły przeniknięcie zarazków gruźliczych przez zdrową skórę. Według drobnowidzowych poszukiwań w moim przypadku, zdaje się, jakoby jad gruźliczy przeniknął drogą gruczołów potowych. Aby poprzeć to przypuszczenie, potrzebne będą jeszcze dalsze poszukiwania drobnowidzowe w podobnych przypadkach u ludzi, a także doświadczalne próbné szczepienia. Twierdzenie powyższe będzie poniekąd usprawiedliwionem, gdy rozpatrzemy jakiemi drogami inne pasorzyty przenikają przez skórę. Przy t. z. *folliculitis abscedens infantum* tworzą się mnogie ropne najsamprzód na części głowy pokrytej włosami. Najczęściej zdarza się to u dzieci atroficznych. Jeśli choroba ta ma miejsce u zdrowych przedtem dzieci, ostatnie chudną prędko i mają wygląd charłaczy, jak po ciężkich gorączkach lub długiem ropieniu. W tych przypadkach *folliculitidis*

LANGARD (*Arch. für Kinderheilkunde 1887. Band. 8. Heft V*) wskazał na stafylokokki ropne, jako na przyczynę cierpienia. Toż samo wykazał przed nim jeszcze BAGINSKY. Punktem wyjścia dla tego cierpienia są gruczoly potowe, podczas gdy same ropnie rozwijają się pod skórą. Ciekawym też jest fakt, że zarazki chorobotwórcze znajdują się, jak to wykazano, w pieluszkach i dostają się do ustroju wskutek tego, że skóra główki dziecka długi czas trze się o pieluchy zakażone i przesiąknięte potem i moczem.

Długie maczanie rąk w płynach, zawierających laseczniki gruźlicze, zdaje się, warunkuje przeniknięcie jadu gruźliczego do skóry. W tym właśnie sensie godnym jest przedewszystkiem zanotowania przypadek STEINTHAL'a (*l. c.*), ponieważ w obu przypadkach miało miejsce przeniknięcie jadu gruźliczego u zupełnie zdrowych dotąd kobiet przy praniu bielizny mężów ich, ciężko chorych na gruźlicę. Zanotować tu wypada też przypadek STEINTHAL'a dotyczący MERKLEN'a (*Gaz. hebdom. de méd. et chir. 1885. Nr. 27*) 26-cio letniej kobiety, wolnej od gruźlicy. Pielęgnowała ona przez 6 miesięcy męża swego, chorego na suchoty, prała jego bieliznę i myła szklanki od płwociny. W dwa miesiące po śmierci męża utworzyły się u niej na tylnej powierzchni drugiego palca guziczki gruźlicze. Po 4 tygodniach wzdłuż naczyń chłonnych ramienia zaczęły tworzyć się ropnie, w zawartości których wykazano obecność laseczników gruźliczych. Badanie płuc wykazało nacieczenia w obu wierzchołkach. Wskażę jeszcze na przypadek M. B. SCHMIDT'a cytowany przez STEINTHAL'a, dotyczący [porów. prace: *Die Arbeiten aus d. chir. poliklinik Leipzig 1888*], kobiety 44-letniej, pochodzącej ze zdrowej rodziny. Mąż jej zmarł z suchot płucnych w roku 1885. Pielęgnowała go ona i przed śmiercią swoją pocałował ją w górną wargę. Na tem to miejscu rozwinął się potem guz gruźliczy. Początkowo zaś utworzyły się charakterystyczne trzy guziki gruźlicze na łokciowej stronie piątego palca, na dłoni i na napiętku. Po wycięciu tych guzików wykazano w nich obecność komórek olbrzymich i laseczników gruźliczych.

Wspomnę tu jeszcze o powstawaniu t. z. guzików anatomicznych (*tubercula anatomica*), które wyjaśnionem zostało dzięki badaniom bakteryjologicznym. I tu zapewne przeciągłe zwilżanie rąk przy sekcjach wpływa na przenikanie zarazka; czy i usposobienie odgrywa tu jakąkolwiek rolę, nie będę rozstrzygać. Spostrzeżenia, poczynione przez kolegów z Instytutu patologicznego, upoważniają mnie poniekąd do uważania za jedno t. z. guziczków anatomicznych z gruźlicą.

Przed niedawnym czasem zmarł jeden z kolegów na suchoty, a rok cały miał t. z. guzik anatomiczny, podczas gdy inni koledzy, którzy pracowali przy tym samym materyjale i posługacze przy sekcjach byli zupełnie wolni lub bardzo rzadko guzików takich dostawali. [Od czasu zaprowadzenia ścisłej dezynfekcyi rąk przy sekcjach w ogóle rzadko zdarzają się już teraz owe guziczki]. Tak samo wspomnieć muszę o guzikach skórnych, napotykanym dość często u dzieci na twarzy i przyjmuję je jako guziki zakaźne, gruźlicze. Najczęściej znajdują się one na policzkach, na podbródku i na końcu nosa. Jestem zdania, że są to pierwsze objawy nieuwytatuionych jeszcze ogólnych spraw gruźliczych. Jako przykład podam tu dwa następujące przypadki. Pierwszy dotyczy chłopca, który przybył do mnie przed 4-ma laty z guzem wielkości pestki wiśni, sino-czer-

wonego koloru, miękkawym i znajdującym się na koniuszku nosa. Prócz tego żadnych innych zmian u tego 3-letniego, świetnie wyglądającego chłopca nie znalazłem. Po wyskrobaniu, rana szybko się zabiłiła. Po 8—9 miesiącach przyniosła mi znów matka to dziecko, które było blade i tak źle wyglądało, że je z trudnością poznał. Rozpoznałem: *caries florida tarsi dextri*.

Drugi dotyczy chłopca, który jeszcze teraz znajduje się u mnie w leczeniu z kyfotyczną klatką piersiową, wskutek zapalenia gruźliczego odpowiednich kręgów. Jednocześnie znajdujemy u niego na lewej stronie podbródka guzik wielkości srebrnej dziesiątki, który się począł wytwarzać w 4—6 tygodni przed porażeniem kręgosłupa i do tego czasu jeszcze się nie zagoił. Matka dziecka wskazuje na ów guzik jako na początek choroby. Tak często zdarzające się guziki gruźlicze na policzkach u dzieci, tworzą się na tym policzku, który odpowiada ramieniu matki lub niańki, na którym dziecko bywa noszonem. Prawdopodobnym też jest, że ustawiczne całowanie policzków dziecka szkodliwie działa, przypuściwszy, że osobnik noszący na rękę dziecko dotknięty jest cierpieniem gruźliczem płuc. Z drugiej strony słabość tkanek organizmu dziecięcego wpływa dodatnio na pochłanianie zarazka gruźliczego. Wreszcie dziedziczność należy przyjąć jako trzeci warunek ułatwiający zaszczipialność zarazka gruźliczego na skórę. Ale czy pod dziedzicznością należy pojmować zmniejszoną odporność tkanki, większą jej wrażliwość, to jeszcze jest kwestyją nierozjaśnioną.

Jeśli dowiedzionem będzie przenikanie jadu gruźliczego przez gruczoły potowe, oczekiwać należy wyjaśnienia niektórych anatomicznych i fizyologicznych osobliwości i własności tych narządów.

W przypadkach zaszczipienia jadu gruźliczego przy ranach operacyjnych lub po wrzodach, jako przyczynę podają zwykle dziedziczność. Przy samozaszczipieniu jadu gruźliczego u osobników pochodzących z rodzin gruźliczych dowiedzionem jest, że skóra ich jest bardzo podatną i łatwo przyjmuje zaszczipienie. Dodać tylko należy, że wskutek ustawicznego zetknięcia z płynami rozkładającymi się i zawierającymi zarazki gruźlicze, grunt [*resp.* skóra] staje się podatniejszym do wchłaniania zarazków.

Większość badaczy przyznaje dziś pochłanianie zarazka gruźliczego przy przewlekłych pryszczycach, np. przy pryszczycy na głowie u dzieci. Przytem zauważyć można, że zetknięcie się skóry z produktami rozmiękczonych ognisk gruźliczych kości lub gruczołów chłonnych mniej jest zaraźliwe, niż zetknięcie się z płynami ciągnącymi się w nitki lub do mazi (*synovia*) podobnemi. Takie płyny wyciekają przez przetoki kostne lub od gruczołów idące, lub też wydobywają się jako śluz z nosa, lub ślina, ciekła wydzielina z ucha i im to zawdzięczają swe powstawanie rozliczne t. z. skrofuliczne wypryski ust, nosa i ucha zewnętrznego. Lecz w jaki sposób następuje ogólne zakażenie organizmu przy gruźliczem porażeniu skóry? Znikąd jad gruźliczy nie przenika do ustroju z taką trudnością, jak ze skóry.

Dlatego też guziki anatomo-tuberkuliczne, guzy skóry, a nawet owrzodzenia gruźlicze często goją się i znikają zupełnie bez uszkodzenia całego organizmu, a nawet często nie zarażają pobliskich gruczołów chłonnych. Jak często

się zdarza, że jad gruźliczy przenika do pobliskich gruczołów chłonnych i zatrzymuje się tam całe miesiące, lata, a nawet całe życie, nie wywołując ogólnego zakażenia ustroju! Jak często widzimy ludzi z gruźliczemi gruczołami potylicowemi, karkowemi lub jeszcze częściej podżuchwowemi, *resp.* z nacieczeniami na szyi, u których jednak nie ma ogólnego zakażenia gruźliczego.

Opisane dotychczas przypadki ściśle dowiedzionego pierwotnego gruźliczego zakażenia skóry wskazują na taki sam prawie stosunek.

Pierwotne zakażenie gruźlicze skóry pouczająco wskazuje na miejscowe, że tak powiem, trujące własności jadu gruźliczego w porównaniu z szybko do ustroju wnikającym jadem przymiotowym. W ten sposób siła zakażająca jadu gruźliczego ze skóry pręcej podobną jest, co do szybkości działania swego na organizm, do t. z. prawdziwych guzów *resp.* raków skórnych, o których wiemy, że lata całe mijać mogą, nim one ujawnią swój charakter. To podobieństwo guzików gruźliczych skóry do raków skórnych wskazuje nam, że nie w charakterze zarazka gruźliczego szukać należy przyczyny trudnego zakażenia ustroju, lecz we własnościach skóry, która dąży do wydalenia zarazka. Wszak wiemy z jaką szybkością następuje często wessanie jadu gruźliczego z powierzchni narządów oddechowych lub z błony śluzowej kiszek.

Ponieważ dla ogólnego zakażenia ustroju zarazek powinien dostać się do krwiobiegu, wynika z tego, że naczynia krwionośne skóry ściśle oddzielone są od naczyń chłonnych, tak, że potrzeba bardzo znacznej ilości krwi zawierającej zarazki gruźlicze, aby ze skóry pierwotnie zakażonej nastąpiło ogólne zakażenie. Wiadomości nasze o drogach naczyń chłonnych, a zwłaszcza o początkach takowych są jeszcze bardzo skąpe. Stosunek ich do małych naczyń krwionośnych wyświetla nam poniekąd przebieg kliniczny niektórych zakażeń jako to: róży i zapalenia naczyń chłonnych (*lymphangitis, perilymphangitis*). Tak samo przy żylakach np. kończyn dolnych znajdujemy, obok znacznego nowotworzenia drobnych naczyń żylnych, jednocześnie przerost naczyń chłonnych nic wspólnego ze sobą nie mających.

Przenikanie jadu gruźliczego ze skóry do krwiobiegu i tem samem szybsze ogólne gruźlicze zakażenie będzie wtedy miało miejsce, gdy skutek urazań guzika gruźliczego wywołanym zostanie rozpad takowego, lub gdy rozpad jego spowodowanym będzie przez przenikanie do ogniska produktów zapalnych, które zarazem utworzą drogę dla zarazka gruźliczego. W tym razie ma miejsce zakażenie mieszane, na które w ostatnich czasach wskazał KRASKE i inni, a o którym my oddawna wiemy, że [z gruczołów, stawów lub kości] nadzwyczaj szybko wywołuje ogólne zakażenie gruźlicze.

Z ODDZIAŁU D-RA SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU Ś-GO DUCHA.

WSTRZYKIWANIA MIĄSZOWE KREOZOTU W SUCHOTACH PŁUCNYCH.

Napisał

Jan Sędziak

asystent oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 29].

V przypadek [D-ra SOKOŁOWSKIEGO]. Wojtanowski Józef, lat 26, piekarz, przybył do szpitala d. 14. II. wypisał się z pogorszeniem na własne żądanie dnia 28. III. przebywszy 1½ miesiąca.

Ilość dokonanych wstrzyknień wynosi 5.

Bez usposobienia dziedzicznego, od 2 lat kaszel. Od 9 miesięcy objawy hektyczne [dreszcze, poty, gorączka, wychudnienie]. Przed 7 miesiącami krwiotłucie. W 8 roku zapalenie płuc, nadużycia [?].

Przy badaniu znaleziono: stan podgorączkowy. Odżywianie liche, kaszel mocny, u obu szczytów płuc [więcej u prawego] rozległe zgęszczenia z począynającym się rozpadem [stępienie, oddech oskrzelowy, u lewego nie określony, bronchofonija, *subcrepitationes*]. W krtani nacieczenie tylnej ścianki, owrzodzenia w tylnej części strun prawdziwych.

Rozpoznano: *Bronchopneumonia in stadio destructionis incipientis. Ulcera tuberculosa laryngis.*

Na 3-ci dzień po przybyciu przystąpiono do wstrzykiwań kreozotowych.

Dzień.		Płwocina ct. sz.	Tętno.	Ciężar.	Ciepłota.		
					rano.	w poł.	wiecz.
14. II.	Kaszel mocny	—	—	—	—	37,8	
15	Znaleziono [metoda NEELSEN'a] łaseczniki gruźl.	—	—	37,0	—	38,0	
16	I Wstrzyknięto 3% kreozotu [1 szpr.] w prawy szczyt od przodu. [2-gie międzyżebrze]	100	76	28	37,0	— 37,4	
17	Wieczorem dnia poprzedniego wymioty. Poty obfite, kaszel częsty, przy kaszlu na miejscu wstrzyknięcia lekki ból	80	80	28	37,0	— 37,2	
18	Stan bez zmiany	80	80	30	37,0	— 37,6	
19	II Wstrzyknięto kreozotu 3% [1 szprykę] w prawy szczyt od przodu	100	92	28	37,4	37,0 37,8	
20	III Wstrzyknięto kreozotu 3% [1 szp.] w prawy szczyt od przodu	80	84	28	36,6	37,1 37,9	
21	Dreszcze, poty, kaszel męczący	60	80	—	37,4	37,5 38,2	
22	<i>In pulmonibus progressio</i> [u lewego szczytu od tyłu resp. bronch]	80	84	—	37,8	37,5 38,4	
23	IV Wstrzyknięto 3% kreozotu [1 szpr.] w prawy szczyt od przodu.	100	80	—	38,0	37,2 39,4	
24	Rozwolnienie. Na miejscu wstrzyknięcia nabrzmiało ście i ból	60	80	—	37,6	38,4 38,0	
25	Ból w lewym boku [bez zmian podmiotowych].	150	80	—	38,0	38,2 38,0	
26	V Wstrzyknięto 3% kreozotu [1 szpr.] w prawy szczyt od przodu	100	84	—	38,0	38,1 39,0	
27. II.	Dreszcze, poty, ból głowy, ból w prawej połowie języka [bez zmian]	100	84	—	38,1	37,9 39,0	

Powrócono odtąd do kapsulek kreozotowych [z balsamem toluzańskim]. Gorączka o typie stałym do 39° C. i wyżej. W płucach pogorszenie się sprawy [u lewego szczytu rżenia dźwięczne, *ronchi consonantes*]. Od czasu do czasu drgawki w palcach lewej ręki, bóle głowy. W końcu bezgłós, ból przy łykaniu. W moczu biało; d. 28. III. 1888 r. chory wypisał się, z pogorszeniem, na własne żądanie.

VI przypadek [kol. STRZESZEWSKIEGO]. Pietrusiewicz Stanisław, lat 17, przy rodzinie, przybył do szpitala Ś-go Ducha 19. II. 1888 r., wypisany na własne żądanie, z pogorszeniem, 20. IV. 88 r. przebywszy 2 miesiące.

Ilość dokonanych wstrzyknień wynosi 5.

Wymioty. Bez dyjatezy, kaszel od ½ roku. Przedtem zdrów, nadużyć nie było.

Przy badaniu znaleziono stan bezgorączkowy: [38,4° C.]. Odżywianie liche. Kaszel mocny, plwocina śluzopna. W płucach, u obu szczytów objawy indu-racji [stępienie, oddech oskrzelowy, bronchofonija], wyraźniej u prawego szczytu od tyłu i lewego od przodu. Prócz tego u prawego szczytu słychać rżenia wilgotne (*subcrepitationes*). Inne narządy zmian żadnych nie przedstawiają.

Rozpoznano: *Bronchopneumonia tuberculosa in stadio destructionis incipientis*.

Choremu zalecono: *terpin. hydrat.* w proszkach po 4 gr. [*pro die* 12 gr.].

Przebieg cierpienia: gorączka o typie stałym, kaszel mocny. Poty nocne, u lewego szczytu objawy znacznego rozpadu (*gargouillement*).

Dzień.		Waga klgr.	Tętno.	Od- dech.	Ciepłota.	
					rano.	wiecz.
29. II.	Kaszel mocny, osłabienie	—	120	45	38,3	38,9
1. III.	W nocy poty	—	114	45	37,8	39,3
2	I Wstrzyknięto kreozot 3% [1 szpr.] w lewy szczyt od tyłu	—	112	54	38,4	38,2
3	Zaraz po wstrzyknięciu chory czuł smak i zapach kreozotu w ustach	—	102	48	36,8	33,4
4	Stan ogólny nieco lepszy, poty	—	114	45	38,4	38,6
5	Rozwolnienie, kaszel bez zmiany	26,8	120	45	38,5	39,4
6	II Wstrzyknięto kreozot 3% [1 szprycka] w prawy szczyt od tyłu	—	138	48	39,5	38,9
7	Subiektywnie czuje się nieco lepiej	—	120	48	38,4	38,5
8	III Wstrzyknięto kreozotu 3% [1 szprycka] w lewy szczyt od tyłu	—	120	36	38,8	38,7
9	W nocy silny kaszel	—	120	30	38,3	38,4
10	Rozwolnienie. Kaszel bez zmiany	—	130	36	37,7	39,0
	IV Wstrzyknięto kreozot 3% [1 szpr.] w prawy szczyt od tyłu	—	—	—	—	—
11	<i>Status idem</i>	—	105	42	37,4	38,4
12	XII Wstrzyknięto kreozot 3% [1 szpr.] w lewy szczyt od tyłu	—	105	36	38,4	38,6
13	Bezsennaść, kaszel męczący	—	120	48	37,5	39,4
14	<i>Otorrhoea dextra</i>	—	120	36	38,6	38,3
15	Ból <i>in epigastrio</i> , wymioty kilkakrotne	—	120	36	38,2	38,5
16. III.	Wymioty	26,4	120	48	38,2	37,8

W ciągu następnego tygodnia prawie codziennie wymioty, gorączka większego natężenia. Wymioty trwały do 20. IV. 1888, w którym to dniu chory na własne żądanie ze szpitala wypisany został. W płucach znaczne pogorszenie; objawy obustronnego rozpadu, zwłaszcza z lewej strony odgłos stłuczonego granka (*bruit de pôt fêlé, respiratio amphorica, ronchi consonantes*).

Przy badaniu znaleziono: stan gorączkowy [38,4° C.], odżywianie dość liche. Kaszel częsty, mocny, płwocina śluzoropna. W płucach: w okolicy nadgrzebieniowej prawej i międzyłopatkowej prawej stępienie, oddech oskrzelowy, bronchofonia, rżenia dźwięczne, od przodu z prawej strony od 1—3 żebra odgłos bębniasty [tympanityczny], wyraźna zmiana odgłosu WINTRICHA, oddech oskrzelowy, *gargouillement*, jednym słowem objawy wielkiej jamy. W pozostałych częściach prawego płuca wiele rżeń wilgotnych (*subcrepitationes*). U lewego szczytu od przodu i od tyłu stępienie, wydech nieokreślony, rżenia drobne wilgotne. Inne narządy bez zmiany.

Rozpoznano: *Bronchopneumonia tuberculosa in stadio destructionis*.

Choremu zalecono kreozot do wewnątrz [w kapsułkach z balsamem tołtańskim] [3 gr. *pro die*].

Przebieg cierpienia: gorączka o typie stałym, wieczorne nasilenia wyżej 39,0° C., kaszel, poty małe.

Dzień.		Płwocina. et. sz.	Ciepłota.		
			rano	w poł.	wiecz.
16. III.	W płwocinie metodą NELSEN'a znaleziono dość dużo laseczników gruźliczych. <i>Pondus</i> 49,9 kgr. Stan ogólny niezły [łaknienie dobre, stolce prawidłowe]. Wstrzymane od paru dni leki	130	39,0	—	39,8
17	I Wstrzyknięto 3% kreozotu [po 1/2 szpr.] [0,015] obustronnie od tyłu <i>in fossa supra spin.</i> Zaraz po wstrzyknięciu w lewy szczyt, kaszel z wykrztuszeniem płwociny [zapach kreozotu]	120	38,8	—	39,0
18	Kaszel większy. Przez cały dzień chory czuje zapach smoły	180	39,2	—	39,0
19	II Wstrzyknięto 3% kreozotu [po 1/2 szpr. [0,015] obustronnie od przodu [2 międzyżebrze]. Ból dość silny w miejscu 1-go wstrzyknięcia i w okolicy lewego obojczyka	140	39,6	39,2	39,4
20	Obrzmienie lekkie kończyn dolnych [w moczu ani śladu białka]. Ból w lewym boku [bez zmian podmiotowych]	140	39,0	[w 2 g. po inj.]	38,6
21	Stan ogólny gorszy, kaszel mocny, poty. Obrzmienia większe	120	39,0	—	38,6
22	III Wstrzyknięto kreozot 3% po 3/4 szpr. [0,025] obustronnie od tyłu. Chory z trudnością dał się namówić na operację	140	39,0	38,0	38,2
23	Oslabienie większe, chorego nie można zważyć	120	38,8	—	39,0
24	<i>Marasmus progređitur</i>	130	38,4	—	38,9

Odtąd gorączka stała [wieczorne nasilenia do 39,0° C.]. Coraz większe osłabienie, obrzęki, w płucach objawy znacznego, zwłaszcza z prawej strony, zniszczenia, d. 2. V. 1888 śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało: *Oedema faciei parva, extremitatum inferiorum major, ascites. Synechia utriusque pleurae, praecipue ad apicibus. Indurationes totius utriusque pulmonum. Peribronchitis, caverna (15 ctm. in diametro) in apice pulmonis dextri. Bronchiectasiae parvae multiplices ad apicem pulmonis sinistri. Infiltratio caseoidea utriusque pulmonum. In partibus inferioribus tubercula disseminata. Cor in diastole, valvulae normales. Hepar adiposum. Tumor lienis acutus modicus. Nephritis parenchymatosa (renes albi, magni). Gastritis chronica. Ulcera tuberculosa intestinum parva, praecipue ad valvulam Bauhini. Ulcus tuberculosum infra partem anteriorem chordarum vocalium verarum (1 ctm. in diametro).*

IX przypadek [D-ra SOKOŁOWSKIEGO]. Kaczyński Teodor, lat 26, urzędnik, przybył do szpitala d. 11. II. 1888 r., wypisał się na własne żądanie bez zmiany d. 16. II. przebywszy dni 5.

Ilość dokonanych wstrzyknień wynosi 3.

Bez usposobienia dziedzicznego. Umiarkowane krwioplucie przed 4 laty. Kaszel jakoby od roku, chrypka od roku, od miesiąca trudności i ból przy łykaniu, zwłaszcza płynów. Od miesiąca objawy hektyczne [gorączka, poty, dreszcze]. Wychudnienie. Przedtem zdrow. Nadużyć żadnych nie było. Przymiotu nie przechodził.

Przy badaniu znaleziono: stan gorączkowy klatka piersiowa płaska, odżywianie dość liche. Kaszel mocny, płwocina śluzo-ropna. U obu szczytów płucnych od przodu i od tyłu [więcej ze strony prawej], rozległe zgęszczenia z począynającym się rozpadem [stępienie, oddech oskrzelowy], *bronchophonia*, rzeżenia drobne wilgotne. Chrypka umiarkowana. Nieco utrudnione łykanie. W krtani na tylnej ścianie i w tylnych częściach strun prawdziwych rozległe owrzodzenia.

Rozpoznano: *Bronchopneumonia tuberculosa in stadio destructionis incipientis*, *Ulcera tuberculosa laryngis*.

Dzień.		Tętno.	Ciepłota.		
			rano	w poł.	wiecz.
12. II.	Stan ogólny niezły. Żadnych lekarstw do wewnątrz. W płwocinie znaleziono bardzo wiele laseczników gruźliczych	100	38,8	39,0	39,0
13	I Wstrzyknięto 3% kreozotu [1/2 szpryki] w prawy szczyt od przodu	96	39,1	39,4	38,5
14	II Wstrzyknięto 3% kreozotu [1 szpryka] w prawy szczyt od przodu	88	39,8	38,0	38,6
15	Chory z trudnością dał się namówić na operacyję. III Wstrzyknięto kreozot 3% [1 szpr.] prawy szczyt od przodu	96	37,7	38,1	39,0
16	Zaraz po wstrzyknięciu, 5 minut trwający silny napad duszności, ból w prawym boku [bez zmian podmiotowych]. Chory nie chce się zgodzić na dalsze wstrzykiwania . . . Stan ogólny bez zmiany, toż samo w płucach i w krtani. Wypisał się na własne żądanie.	95	39,0	—	—

X przypadek [kol. DRZEWIECKIEGO]. Friedman Enta, lat 19, przy rodzicach, przybyła do szpitala d. 8. XII. 1887 r., wypisała się bez zmiany d. 1. III. 1888 r. przebywszy około 3 miesiące.

Ilość wstrzyknień dokonanych wynosi 3.

Od 5 miesięcy kaszel, [początek choroby krwotok płucny]. Usposobienie dziedziczne wątpliwe [jeden z braci kaszle]. W 15 roku prawidłowo przebiegająca *menstruatio*.

Przy badaniu znaleziono: Gorączka umiarkowana. W płucach obniżenie granic dolnych, u prawego szczytu stępienie, oddech zaostrozony, głos wzmożony, nieco rzeżeń wilgotnych (*subcrepitationes*). Inne narządy zmian wybitnych nie przedstawiają.

Rozpoznano: *Bronchopneumonia tuberculosa in stadio destructionis incipientis*.

Choremu zalecono: Wodan terpinu w pigułkach granowych [6 grn. *pro die*].

Przebieg cierpienia: Stan pod i bezgorączkowy, poczem znowu gorączka [wieczorne nasilenia do 39,0° C.]. Kaszel mocny, poty.

Dzień.		Ciepłota.	
		rano.	wiecz.
23. II.	Stan ogólny niezły	39,0	39,3
24	Kaszel mocny	38,7	39,5
25	I Wstrzyknięto kreozot 3% [1 szpr.] obustronnie od tyłu w szczyty.	38,6	39,5
26	Kaszel nieco mniejszy	38,2	39,8
27	II Wstrzyknięto kreozot 3% [1 szpr.] obustronnie od tyłu w szczyty.	38,7	39,7
28	Kaszel bez zmiany, rozwolnienie	38,0	38,2
29	III Wstrzyknięto kreozotu 3% [1 szpr.] obustronnie od tyłu w szczyty.	37,7	39,2
1. III.	Chora nie zgadza się na dalsze wstrzykiwania, wypisała się <i>in statu quo</i> na własne żądanie	38,6	38,1

XI przypadek [D-r SOKOŁOWSKIEGO]. Burzyński Wojciech, lat 24, tapicer, przybył do szpitala d. 27. I. 1888 r., wypisał się na własne żądanie bez poprawy d. 18. II. 1888 r. przebywszy 3 tygodnie.

Ilość dokonanych wstrzyknięć wynosi 2.

Wywiady: Bez usposobienia dziedzicznego. Od 7 lat kaszel. Przed rokiem umiarkowane krwioplucie, od 4 miesięcy objawy hektyczne [dreszcze, gorączka, poty nocne]. Wychudnienia. Przedtem zdrów. Nadużyć nie było.

Przy badaniu znaleziono: Stan gorączkowy [ciepłota 38,8° C.]. W płucach rozległe, zwłaszcza od tyłu zgęszczenia u obu szczytów, u lewego poczynający się rozpad [stępień, wydech nieokreślony, *bronchoponia*, rzężenia drobne wilgotne]. Inne narządy zmian nie wykazują.

Rozpoznano: *Bronchopneumonia tuberculosa in stadio destructionis incipientis*.

Choremu zalecono: Kreozot do wewnątrz [3 grn. *pro die* w pigułkach]. środki wykrztuśne [będzwinian sodu].

Przebieg cierpienia: Gorączka o typie stałym, [wieczorem do 39,0° C. i wyżej], antyfebrinę podawano bez skutku. Poty. W płucach i pod lewą łopatką ognisko gruźlicze [stępień, wydech nieokreślony, *subcrepitationes*].

Dzień.		Płwocina.	Puls.	Oddech.	Ciepłota.		
					rano.	w poł.	wiecz.
13. II.	Poty w nocy. W płwocinie znaleziono łaseczniki gruźlicze	—	120	—	37,8	—	38,6
14	I Wstrzyknięto 3% kreozotu [1 szpr.] w lewy szczyt od przodu	20	88	24	37,6	39,1	38,4
	Kaszel zaraz po wstrzyknięciu większy, ślady krwi w płwocinie.						
15	II Wstrzyknięto kreozot 3% w prawy szczyt od przodu	40	80	28	38,3	38,1	37,5
	Wkrótce po wstrzyknięciu wystąpiły bóle kłujące w prawym boku. Poty obfite	40	120	28	37,0	37,8	38,5
16	Ból w prawym boku bez zmiany. Poty	—	112	28	37,2	37,6	38,5
17	Ból w boku mniejszy. Rozwolnienie	40	100	28	37,3	—	—
18	Chory na własne żądanie wypisuje się <i>in statu quo</i> .						

Przedstawiwszy mniej lub więcej szczegółowo obserwowane przez nas przypadki, wypada nam obecnie zastanowić się bliżej nad nimi, mianowicie rozebrać krytycznie wpływ miąższowych wstrzykiwań kreozotu na przebieg gorączki, poty, kaszel, ilość wykrztuszonej płwociny, wreszcie na stan ogólny, oraz na sprawę chorobową w płucach. [D. n.]

III. EPIDEMICZNE WŁÓKNIKOWE ZAPALENIE PŁUC

i wyniki badań bakteryjologicznych w endemicji spostrzeganej w Warszawie.

Podali

Bronisław Chrostowski [Część I],
ordynator szpitala Ś-go Rocha w Warszawie.

i

Maryjan Jakowski, [Część II i III]
zarządz. prac. bakteryjol. w szpitalu Dzieciątka Jezus.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

III.

Wobec całego szeregu nowszych spostrzeżeń i doświadczeń na polu etyologii zapalenia płuc, o których w wydanej w r. 1886 pracy swej p. t. „Grzybki chorobotwórcze“ wspomnieć mogłem zaledwo w krótkości, gdy prace A. FRAENKEL'a [4, 5, 6], WEICHELBAUM'a [7], BAUMGARTEN'a [20], albo znacznie ograniczają zależność zapalenia płuc od bakteryj odkrytych przez FRIEDLAENDER'a, lub też wreszcie zaprzeczają im najzupełniej znaczenia chorobotwórczego, dziwnem wydać się może, że występuję na tem miejscu z opisem obserwacyi, w której przyczynę epidemii upatruję w zakaźnym działaniu drobnoustrojów FRIEDLAENDER'owskich. Krótkiemu rozbirowi tej kwestyi, a zarazem opisowi wyników, ogłoszonych przez ostatnich na tem polu badaczy, chcę poświęcić z kolei słów kilka.

Wkrótce po ogłoszeniu przez FRIEDLAENDER'a wyników pracy nad zarazkiem zapalenia płuc, zjawily się głosy [TALAMON, SALVIOLI, AFFANASIEFF, KLEIN] autorów, którzy już to opisują inną postać drobnoustrojów, napotykanych w tem cierpieniu, już to zaznaczają, że widywali po kilka rodzajów bakteryj, już też wreszcie odmienne niżli FRIEDLAENDER otrzymali wyniki doświadczeń na zwierzętach. Głównie jednak zachwiały wyłączone znaczenie pneumokoków FRIEDLAENDER'a badania A. FRAENKEL'a i WEICHELBAUM'a.

Jeszcze na III kongresie w Wiesbaden w r. 1884 A. FRAENKEL opisał [4] bakteryje w ślinie ludzi zdrowych, a zwłaszcza obficie występujące w płwocinie rdzawej przy zapaleniu płuc. Te to drobnoustroje, którym FRAENKEL z początku ostrożnie i z zastrzeżeniem a stopniowo w następnych pracach, z coraz większą pewnością [5] i wyłącznością [6] przypisuje znaczenie bakteryj swoistych dla ostrego zapalenia płuc i występujących przy takowem powikłań, są głównymi, że się tak wyrażę, współzawodnikami mikrobów FRIEDLAENDER'a. WEICHELBAUM [7], w pracy opartej na obserwacyi wielu przypadków zapalenia płuc, również przypisuje tenże sam, jakkolwiek nie wyłącznie im tylko, wpływ chorobotwórczy.

Micrococcus pneumoniae według FRAENKEL'a, *diplococcus pneumoniae* według WEICHELBAUM'a, który równocześnie z FRAENKEL'em nad niemi pracował, są to owalne diplokokki, oddzielne członki których mają jakby kształt lancetowaty; bakteryje te ruchu nie mają i otoczone są otoczką, występującą tylko na osob-

nikach znajdujących się wśród tkanek żywego ustroju ludzkiego i zwierzęcego, obejmującą oba oddzielne koki. Co do postaci ich jednak C. FRAENKEL [19] zauważył, że nie można ich brać za koki, lecz również jak bakteryje FRIEDLAENDER'a należy im się słusznie nazwa laseczników, gdyż wymiar podłużny przewyższa sporo wymiar poprzeczny. Na żelatynie nie rosną w zwykłych warunkach, potrzeba na to żelatyny 15% i ciepłoty 24° C., wówczas na płytkach wytwarzają małe, okrągławe, białawe kolonie, w próbkach zaś wzdłuż linii nakłócia widać drobne białawe ziarenka oddzielone jedno od drugich i nigdy nie zlewające się w jedną smugę; żelatyny nie rozpuszczają. Na agarowych płytkach tworzą białawe delikatne, błyszczące przezroczyste punkciki, podobne do kropel rosy, w próbkach zaś, zarówno jak w próbkach z surowicą, tworzą przezroczysty, białawy, błyszczący pokład na powierzchni gruntu odżywczego. Rosną w ogóle dość powolnie najlepiej w ciepłocie około 35° C., w zwykłej pokojowej i wyżej 42° C., nie rosną wcale; szybko przy tem [w 4—5 dni] tracą swą żywotność, zwłaszcza gdy gleba odżywcza jest chociaż trochę kwaśną i przeciwnie przy wyraźnej alkaliczności gruntu żyć mogą kilka [3—4] tygodni.

Wprowadzone pod skórę królikom, świnkom morskim i myszom wywołują posocznicę i zwierzęta zdechają w 24—48 godzin, a na sekcji zwykle znajduje się brak wszelkiego lub bardzo nieznaczny odczyn na miejscu szczepienia, powiększenie znaczne śledziony i bardzo liczne we krwi i we wszystkich narządach diplokoki w otoczkach. U człowieka FRAENKEL, WEICHELBAUM i cały szereg innych autorów [SALVOLI, FATICKI, FOA i BORDOIN-UFFREUZZI] oprócz w zapaleniu płuc widywali te drobnoustroje w towarzyszących temuż cierpieniu zapaleniu opłucnej, opon mózgowych, wsierdzia i w innych zapaleniach błon surowicznych. Ważną cechą odróżniającą diplokoki FRAENKEL'a, WEICHELBAUM'a od diplokoków FRIEDLAENDER'a jest to, że pierwsze barwią się dobrze według metody GRAM'a, drugich zaś, jak wiemy, nie udaje się tym sposobem zabarwić.

A. FRAENKEL w 21 ogółem przypadkach ostrego zapalenia płuc znalazł swe koki 17 razy [80,9%]; innych drobnoustrojów nie znajdował. WEICHELBAUM na 129 przypadków zapalenia płuc, z czego wypada 102 ostrego pierwotnego zapalenia i 27 wtórnego przyczem spostrzeżenia jego obejmują ostre włóknikowe zapalenie, zapalenia nieżytowe, *peripneumonia*, znalazł 94 razy diplokoki FRAENKEL-WEICHELBAUM'a [72,9%], 21 razy opisany przez się *streptoc. pneumoniae* ¹⁾, 5 razy *staph. pyog. aur.* i 9 razy pneumokoki [bacylle] FRIEDLAENDER'a [5,5%], a niekiedy po dwa rodzaje tych drobnoustrojów razem, u jednego osobnika.

A. FRAENKEL z początku [4,5] uważający swe drobnoustroje za możliwe, obok bakteryj FRIEDLAENDER'a, czynnik do wywołania zapalenia płuc, w trzeciej swej pracy [6] twierdzi, i to z całą stanowczością, że jego tylko bakteryje są charakterystycznymi dlatego cierpienia. Za autorem tym oświadcza się również i BAUMGARTEN [20], który twierdzi, że istotną przyczyną zapalenia płuc mogą

¹⁾ *Streptococcus pneumoniae* WEICHELBAUM'a różni się tem tylko od *strept. pyog.*, że na miejscu szczepienia nie wywołuje żadnego odczynu, zresztą postać i hodowle są jednakie.

być tylko diplokokki FRAENKEL'a i WEICHELBAUM'a, wszelkie zaś inne napotykanie w płucach przy tem cierpieniu bakteryje są tylko przypadkowemi domieszkami, które mogły osiąść na gruncie przygotowanym przez swoiste pasorzyty, lecz żadną miarą domieszkom tym [*resp.* diplokokom FRIEDLAENDER'a, *strep. pneumoniae*] nie można nadawać roli drobnoustrojów charakterystycznych dla zapalenia płuc.

Czy przy obecnym stanie i ciągłym postępie bakteryjologii możliwą jest rzeczą stawiać kwestyję tak kategorycznie, a zwłaszcza kategorycznie w sensie zaprzeczającym?

Na poparcie zdania swego BAUMGARTEN przytacza, że diplokokki FRIEDLAENDER'a są stałemi mieszkańcami jamy ustnej, czemu nikt nie zaprzeczy, lecz z drugiej strony takimiż mieszkańcami jamy ust są i diplokokki FRAENKEL'a i WEICHELBAUM'a, boć sam FRAENKEL tam je znajdował, a jeszcze znacznie wcześniej STERNBERG [1881] toż samo opisał. Mogą więc, sądzę i jedne i drugie dostać się łatwo do dróg oddechowych i w warunkach dla siebie dogodnych stać się przyczyną zapalenia płuc. Inna rzecz co do częstosci. Już to same, że A. FRAENKEL ani razu nie widział bakteryj FRIEDLAENDER'a, WEICHELBAUM zaś znalazł je zaledwo w 5,5%, gdy swoje w 72,9%, dowodzi, że te ostatnie są częściej występującą przyczyną zapalenia płuc niżli pierwsze i temu zaprzeczyć nie sposób.

Fakty opisywane przez niektórych badaczów [TOST, KLAMANN, PALTAUF i EISELSBERG], że bakteryje FRIEDLAENDER'a są przyczyną przewlekłych niezżytów, *chordites vocal. hypertroph.* wreszcie twardzieli nosa, przeczą również, według BAUMGARTEN'a, ich swoistemu wpływowi przy zapaleniu płuc. W tym względzie powiedzieć mogę słów kilka co do ostatnio wymienionego cierpienia [18]. Na zasadzie dwóch przez się spostrzeganych przypadków twardzieli, zbadanych ściśle pod względem bakteryjologicznym ¹⁾, doszedłem do wniosku, że PALTAUF i EISELSBERG pospieszyli się nieco, uogólniając wpływ chorobotwórczy bakteryj FRIEDLAENDER'a na cały przebieg dróg oddechowych, dodając przytem, że wpływ ten różnie się przejawia, *resp.* różne wywołuje stany patologiczne względnie do odcinka przewodu oddechowego na który działa. Przekonałem się, że bakteryje twardzieli są identyczne co do postaci morfologicznej i zewnętrznych cech hodowli z bakteryjami FRIEDLAENDER'a, lecz wcale z nimi nie jednako co do szczegółów zachowania się w tkankach i hodowlach i wpływu chorobotwórczego na zwierzęta.

Nietylko zresztą sam FRIEDLAENDER znajdował swe drobnoustroje w przypadkach zapalenia płuc. Pomijając już innych autorów [SENGER, AFFANASIEFF i t. d.], nawet WEICHELBAUM, równoczesny odkrywca diplokoków FRAENKEL'a, WEICHELBAUM'a widział je w tem cierpieniu i na zasadzie doświadczeń nie odrzuca ich działania chorobotwórczego. Słuszniejszem więc o wiele, według mego widzenia, opierając się na pracach wspomnianych autorów i wynikach niniejszego spotrzeżenia jest—przyjąć, że i jedne i drugie t. j. i diplokokki FRIEDLAENDER'a i diplokokki FRAENKEL'a—WEICHELBAUM'a mogą wywołać w do-

¹⁾ Jeden z przypadków jeszcze nie ogłoszony.

godnych dla rozwoju swego warunkach zapalenia płuc, jakkolwiek drugie są znacznie częstszą niżli pierwsze jego przyczyną. C. FRAENKEL [19], w pracy swej pisanej pod autorytetem KOCH'a, przypuszcza, że i jedne i drugie mogą być przyczyną zapalenia płuc, zaznacza jednak obok tego, że bardzo jest prawdopodobnem, iż znajdą się jeszcze i inne drobnoustroje, które być może grają ważną rolę przy powstawaniu tego cierpienia.

L I T E R A T U R A .

1) JÜRGENSEN. Specielle Pathol. u. Ther. v. ZIEMSEN. T. V. cz. I. 1887. — 2) MENDELSON. Die infectiöse Natur der Pneumonie. Zeitschr. f. klin. Med. T. VII. z. 2. 1883. — 3) FRIEDLÄNDER. a) Die Micrococcen der Pneumonie. Fortschr. d. Med. Nr. 22. 1883. — b) Weitere Bemerkungen über Pneum. Microc. F. d. M. Nr. 10. 1884. — A. FRÄNKEL. Bacteriolog. Mittheilungen. I. cz. Zeitschr. f. kl. Med. T. X. — 5) A. FRÄNKEL. Ueber einen Bacterienbefund bei Meningit. cerebr-spinal, nebst Bemerkungen über die Pneumoniemicroc. Deutsch. med. Woch. Nr. 13. 1886. — 6) A. FRÄNKEL. Weitere Beiträge zur Lehre von den Micrococcen d. genuinen fibrinösen Pneumonie. Zeit. f. k. Med. T. XI. Zesz. 5 i 6. — 7) WEICHELBAUM. Ueber die Aetiologie der acuten Lungen — und Rippenfellentzündungen. Wien. med. Jahrb. 1886. — 8) EMMERICH. Pneumoniococcen in den Zwischendeckenfüllung als Ursache einer Pneumonie. Fort. d. Med. Nr. 5. 1884. 9) DRESCHFELD. Ueber Wanderpneumonie und ihre Beziehung zur epidemisch. Pneumonie. Fort. d. Med. Nr. 12. 1885. — 10) LEICHTENSTERN. Ueber asthenische Pneumonie. Samml. klin. Vortr. VOLKMANN'a. Nr. 82. — 11) FLINDT, według pracy JÜRGENSEN'a cytow. pod Nr. 1. — 12) UFFELMANN. Friedländer's Pneumonie Bacillen, gefunden in der Luft eines Kellerraumes. Berl. kl. Wochen. Mr. 39. 1887. — 13) PAWŁOWSKI. Ueber das Vorkommen der Pneumonie — Microben in d. Luft. Berl. kl. Woch. Nr. 14. 1885. — KÜHN. Rudimentäre und larvirte Pneumonien nebst ätiologischen Bemerkungen über Pneumonie - Infection. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Z. XLI, z. 4, 5 i 6. 1887. — 15) BLANC. Epidémie de pneumonie dans les prisons de Lyon. [1786], z Centr. f. Bact. u. Parasit. T. II. Nr. 9. 1887. — 16) CORNIL et BABES. Les bactéries etc. Paris. 1885. — 17) NETTER. Contagion de la pneumonie. Arch. génér. de médecine. Nai. 1888. — 18) JAKOWSKI i MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa. Gaz. Lek. [osobn. odb.] 1887. — 19) C. FRÄNKEL. Grundriss der Bakterienkunde. Berlin. 1887. — BAUMGARTEN. Lehrbuch der pathologischen Mykologie. T. I. cz. 2. Braunschweig. 1887.

Przegląd biblijograficzny.

Verneuil. Badania doświadczalne i kliniczne nad gruźlicą. (*Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de M. le prof. Verneuil etc. Tome premier. Paris. 1887. str. 686 in 8-vo*).

Grono lekarzy francuzkich, pod przewodnictwem VERNEUIL'a, zebrało drogą składek publicznych fundusz, wynoszący około 50 tysięcy franków, przeznaczając go na popieranie badań nad gruźlicą, mianowicie nad jej leczeniem. Obecnie mamy przed sobą owoce tych badań w postaci dwu zeszytowego tomu, zawierającego 40 prac oryginalnych. Prace te nie mają między sobą żadnego organicznego związku, ani z góry obmyślanego planu. Każdy pracuje, nad czym i jak mu się podoba, „sans plan ni discipline“, jak mówią sami wydawcy w przedmowie. Co prawda, dla czytelników byłoby nierównie przyjemniej i pożyteczniej, gdyby praca, dość duża na objętość, posiadała właśnie ów pominięty plan i dyscyplinę: nie potrzebowalibyśmy wtedy błąkać się wśród powodzi luźnych artykułów, często błahych, nieraz rozwlekłych i wzajemnie się powtarzających.

Nie zatrzymując się po szczególe nad każdym artykułem, przejrzymy tylko te, które zasługują na uwagę ze względu na poruszane kwestyje.

Do takich bez zaprzeczenia należą prace, poświęcone badaniom sposobów odziedziczania gruźlicy. Dotychczas cieszyła się uznaniem opinija COHNHEIM'a, dosadnie wyrażona przez PETER'a: „*on ne nait pas tuberculeux mais tuberculisable*“. Tymczasem prace i doświadczenia LANDOUZY'ego, MARTIN'a i LANNELONGUE'a doprowadzają do następujących wniosków:

1-o Jad gruźliczy może dość długo przebywać w ustroju, nie wywołując żadnych zmian i nie tracąc nic na sile. MARTIN ¹⁾ szczepił gruźlicę zwierzętom, które w ogóle są mało wrażliwe na zarazek gruźliczy ²⁾, mianowicie kurom i gołębiom. Po pewnym czasie niekiedy po kilku miesiącach, krew tych zwierząt szczepiono królikom z zachowaniem wszelkich możliwych ostrożności, na co M. kładzie szczególny nacisk i otrzymywano typową gruźlicę. W ten sposób 41 świnkom morskim szczepiono krew 10 kur i 2 gołębi, a 5-ciu mózg i cząstki wątroby, ogółem wykonano 46 szczepień: w 10 wynik był niewątpliwie dodatni, w 2 wątpliwy. GOSSELIN ³⁾ w celu zmniejszenia siły zarazka szczepił go psom a z nich innym zwierzętom — zarazek nie na sile nie tracił. A zatem nie ma w tem nic niepodobnego, że zarazek, udzielony bezpośrednio w życiu płodowym, może długo ukrywać się w ustroju, nie wywołując żadnych zmian, dopóki nie znajdzie dla siebie odpowiednich warunków rozwoju.

2-o Zawartość pęcherzyków nasiennych zwierząt gruźliczych ale mających zdrowe narządy płciowe, zaszczepiona innym zwierzętom, może wywołać gruźlicę. W doświadczeniach LANDOUZY'ego i MARTIN'a ⁴⁾ w ten sposób otrzymano gruźlicę u trzeciej części osobników, użytych do doświadczeń. Sposób otrzymywania takiego nasienia jest rzeczywiście nader mozolny i mogą łatwo wkraść się błędy co do czystości roboty, ale z drugiej strony nie mamy prawa odrzucać tych doświadczeń, skoro autorowie zapewniają nas na każdym kroku, że robota była czystą. Nasienie nie było przed wstrzyknięciem badane na laseczniki ani pod drobnowidzem, ani na gruntach odżywczych. Zarzut, że nasienie zawierające laseczniki lub ich zarodki może nie być zdolne do zapłodnienia, autorowie odpierają w ten sposób, że z praktyki codziennej wiemy, iż suchotnicy w ogóle należą do osobników płodnych.

3-o Gruźlica wieku dzieciennego nie należy bynajmniej do rzadkości. LANNELONGUE ⁵⁾ zebrał w ciągu 2 lat 1005 przypadków gruźlicy miejscowej u dzieci [ropnie zimne, zapalenia gruczołów limfatycznych, *epididymitis etc.*], gdzie w 87 przypadkach dzieci miały po roku i mniej. Doświadczenia powyższe, w połączeniu z faktem spostrzeganym przez JOHN'E'go [w wątrobie płodu pochodzącego od krowy gruźliczej znalazł gruzełki i laseczniki], może rzucić wreszcie światło na sposób odziedziczania gruźlicy i pozwolą wyjść z błędnego koła hipotez o odziedziczaniu słabości tkanek, przekazywaniu gruntu i t. p. metafizycznych pojęć.

W dziedzinie środków i metod leczenia gruźlicy, pierwsze miejsce należałoby się tym, które zabezpieczyłyby ustrój od wtargnięcia zarazka. Posiadając

1) Virulence des microbes tuberculeux.

2) Od czasu odkrycia KOCH'a upadła teoria zupełnej niewrażliwości ptaków na zarazek gruźlicy. Jeszcze w r. 1873 BÖLLINGER zanotował 8 przyp. gruźlicy u gołębi. KOCH, RIBBERT, BABÉS utrzymują, że gruźlica istnieje u kur, że jest nawet dość częsta. NOCARD wywoływał gruźlicę u kur, bażantów i t. d. przez szczepienie mas gruźliczych i czystych hodowli już to pod skórę, już to do jamy otrzewnej. MARTIN jednak w swoich doświadczeniach nie otrzymywał gruźlicy u kur i gołębi, prawie nigdy. Dla tego też nie kury w ogólności, ale te kury, które służyły MARTIN'owi do doświadczeń trzeba uważać za niewrażliwe, a raczej mało wrażliwe na zarazek gruźliczy.

3) Sur l'atténuation du virus de la tuberculose.

4) Sur quelques faits expérimentaux relatifs à l'histoire de l'hérédotuberculose.

5) De la tuberculose externe congénitale et précoce.

fakty, w gruncie niezrozumiałe, a jednak empirycznie prawdziwe co do szczepień ochronnych, t. j. szczepień osłabionych zarazków dla zabezpieczenia od niektórych chorób zakaźnych [ospa, wścieklizna], mimowoli zwracamy oczy w tę stronę: czy możliwym jest osłabienie zarazka gruźliczego? GOSSELIN (*l. c.*) próbował osłabić jad gruźliczy przeprowadzając go przez organizmy nie poddające się gruźlicy, a więc będące złym gruntem dla lasecznika. Za takie uważane były psy i ptaki. Przedewszystkiem, hipoteza o niewrażliwości tych zwierząt upadła, a następnie, jak widzieliśmy, zarazek pomimo chwilowego uspienia nic na sile nie tracił i rozwijał się, gdy znalazł dla siebie odpowiednią glebę. Dalej przekonano się, że przebycie miejscowej gruźlicy wraz z usunięciem zakażonego ogniska, nie zwiększa odporności ustroju na zarazek. Królik, któremu GOSSELIN zaszczylił gruźlicę do stawu kolanowego i następnie amputował kończynę, po zaszczylieniu jadu gruźliczego, padł na gruźlicę 29 dnia. Nawet jeden z autorów DAREMBERG ¹⁾, opierając się na swoim spostrzeżeniu, niezmiernie ciekawem, że rdzeń zwierząt gruźliczych zaszczyliony pod skórę wywołuje gruźlicę, a po 40 dniowym wysuszeniu traci własności zabójcze, próbował robić szczepienia ochronne rdzenia *à la Pasteur*. Na nieszczęście jednak wyniki były zawsze ujemne.

Próby osłabienia zarazka za pomocą wysokiej ciepłoty [51° C.], robione przez MARTIN'a ²⁾ nie doprowadziły do celu. Ujemne wyniki w kierunku złagodzenia jadu, zwróciły usiłowania niektórych autorów w stronę „sterylizowania“ samego ustroju. W tym celu GOSSELIN (*l. c.*) próbował sublimatu i jodoformu. Królikowi wstrzykiwano codziennie po 5 kropel roztworu sublimatu 0,1%. Po 12 dniach zwierzę zaczęło zdradzać objawy otrucia; zaszczyliono wtedy gruźlicę i zaprzestano wstrzykiwań sublimatu: po 8 dniach królik zaczął się poprawiać, po 30 zdechł na gruźlicę. Lepsze wyniki otrzymano przez nasycając zwierząt jodoformem: gruźlica rozwijała się dopiero wtedy, kiedy przestano podawać jodoform. Ale działanie jodoformu jest krótkie: po kilku dniach znikają jego ślady z ustroju. REYMOND i ARTHAUD ³⁾ również w tym celu podawali jodoform, siarek węgla i taninę. O ile pierwsze dwa środki okazały się bezsilnymi, o tyle tanina dała zadziwiające wyniki: króliki, którym podawano w dużej ilości taninę z pokarmem [1 grm. dziennie], nie zdechły pomimo zaszczylienia gruźlicy. To zachęciło nawet autorów do podawania taniny suchotnikom. Podawano im od 1—5 grm. taniny dziennie. Podobno było polepszenie: zmniejszenie kaszlu, ustąpienie potów, przybytek na wadze; ubocznego żadnego działania nie było.

CAVAGNIS ⁴⁾ próbował również w tym celu nasycać ustrój jodkiem sodu, arsenikiem, sublimatem, fenolem, eukaliptolem. Dając przez 50 dni po 0,03 jodku potasu dwom świnkom morskim i wstrzykawszy 0,10 plwociny zawierającej wielką ilość laseczników, przez następne 35 dni podawał im dalej jodek potasu w dawkach wyżej wymienionych. Po upływie tego czasu zwierzęta zabito, nie znajdując ani śladu gruźlicy. Inne środki, nawet jodek sodu, dały wyniki ujemne. Spostrzeżenia tak nieliczne nie dają prawa do żadnego wniosku.

JEANNEL ⁵⁾ w bardzo długim traktacie dochodzi do przekonania, że miejscowe i bardzo wczesne [zaraz po zaszczylieniu jadu gruźliczego] leczenie wstrzykiwaniami roztworu jodoformu w eterze nie daje żadnych owoców. Niezmiernie interesujące i jedyne w swoim rodzaju są spostrzeżenia tegoż autora, co do czasu, jaki jest potrzebnym do tego, aby gruźlica po zaszczylieniu podskórnem stała się chorobą ogólną aczkolwiek nie wywołującą jeszcze żadnych objawów

¹⁾ Notes sur la tuberculose expérimentale.

²⁾ Essais de vaccination anti-tuberculeuse.

³⁾ Moyens de rendre l'organisme réfractaire à la tuberculose.

⁴⁾ Sur l'immunité de la tuberculose obtenue artificiellement.

⁵⁾ Nouvelles recherches expérimentales sur la tuberculose et sa curabilité.

(*parasitisme microbique latent*, jak mówi autor). Jad gruźliczy [płuco usiane gruzełkami] zastrzykiwano królikowi do muszli usznej, ucho po pewnym czasie amputowano. Otóż były przypadki, że jeżeli amputacja miała miejsce później jak po 10 minutach, zwierzę dostawało gruźlicę ogólną. Za *maximum* czasu, w którym udawało się zwierzę ocalić przez usunięcie ogniska gruźlicy, JEANNEL dla królika uważa 24 godziny; krew królika w ten sposób zaszczeplonego, okazywała najwięcej siły 3-go dnia po wstrzyknięciu zarazka.

Tak się przedstawia w świetle najnowszych badań doświadczalnych profilaktyka gruźlicy. Zarazek jest niesłychanie trwały, długo może pozostawać w uśpieniu, nie tracąc nic na sile; nie znaleziono dotychczas żadnego sposobu osłabienia zarazka, tak, ażeby można było liczyć na szczepienia ochronne. Nie posiadamy żadnego środka, aby uczynić ustrój nie wrażliwym na zarazek, ani żeby już istniejący zniszczyć. Szybkość z jaką zarazek gruźliczy opanowuje ustrój równa się niemal szybkości przechodzenia do krwi jądów chemicznych, o wiele przechodząc jad wścieklizny.

Przechodzimy teraz do kwestyi leczenia gruźlicy już istniejącej. A przede wszystkim, czy gruźlica jest uleczalna?

Odpowiedz na to, mianowicie co do gruźlicy płuc, znajdujemy w bardzo króciutkiej ale niezmiernie interesującej pracy VIBERT'a ¹⁾. Autor od 8 lat dokonywa sekcj sądowych w paryskiej *morgue*, dokąd, jak wiadomo, dostarczają ciała ludzi zmarłych nagle na ulicy, samobójców lub zabitych, często w pełni sił i zdrowia. Otóż na 131 ludzi dorosłych i młodych [między 22 i 55 rokiem życia] znaleziono w 25 przypadkach istnienie sprawy gruźliczej w płucach. U 17 z nich sprawa gruźlicza mogła być uważaną za skończoną *resp.* wyleczoną: ogniska gruźlicze znajdowały się w stanie włóknistym lub zwapnionym (*fibreuse ou cretacés*). Fakty te są ważnym przyczyńkiem do tak zw. samowyleczalności gruźlicy płuc, z drugiej zaś strony świadczą, że ustrój ludzki jest o wiele wrażliwszym na lasecznika gruźliczego, aniżeli powszechnie sądzimy.

Ze środków przeciwnilnych zalecanych przeciwko gruźlicy spotkaliśmy się już wyżej z tanią, jodoformem i jodkiem potasu.

W dalszym ciągu VERCHERÉ ²⁾ proponuje wstrzykiwania 10% roztworu jodoformu w eterze w tkankę gruczołów limfatycznych uległych gruźlicy. Jeżeli gruczoł już ropieje, wyciągamy wrzód ropę; jeżeli do ropienia nie doszło, wstrzykujemy do gruczołu pół szpryki PRAVAZ'a powyższego roztworu. Ból po wstrzyknięciu jest znaczny i trwa cały dzień. Gruczoł staje się twardszym i powoli znika. Każdy gruczoł leczy się oddzielnie. Wstrzykiwania robiono co tydzień. Autor opisuje 5 przypadków zakończonych zupełnem wyzdrowieniem [raz po jednorazowem wstrzyknięciu].

RÉCLUS ³⁾ podaje cały szereg wyleczeń ropni zimnych za pomocą wstrzykiwań jodoformu w eterze sposobem VERNEUIL'a. Z 19 przypadków metoda ta okazała się bezskuteczną w 2-ch, w 8 nastąpiło polepszenie, a w 9-iu zupełnie wyleczenie.

Na tem miejscu przypominamy doświadczenia JEANNEL'a, który wstrzykiwał królikom jodoform w eterze do miejsca, gdzie przedtem zaszczeplił gruźlicę i nigdy nie udało mu się zapobiedz rozwojowi gruźlicy.

PÉTRÉ ⁴⁾, a także BERGEON ⁵⁾ opisali bardzo dokładnie działanie wlewań siarkowodoru metodą BERGEON-MOREL'a. Opis tej metody, wskazania i przeciwwskazania tylokrotnie już były opisywane w różnych pismach lekarskich,

1) Statistique, relative á la fréquence de la tuberculose pulmonaire et de sa guérison.

2) D'un nouveau traitement des adénopathies tuberculeuse de la région cervicale.

3) Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé.

4) Sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les injections rectales gazeuses.

5) Contre-indications des injections rectales gazeuses.

że nie warto nad tym przedmiotem dłużej się zatrzymywać. Dodam tylko, że w oddziale D-ra DUNINA w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie urządziliśmy aparat BERGEON-MOREL'a, dokładnie funkcyjonyjący i stosowaliśmy niejednokrotnie tę metodę, używając za źródło siarkowodoru wodę buską [bogatszą w siarkowodór od zalecanej przez francuzów EAUX BONNES]. Chorzy znosili to leczenie nadspodziewanie dobrze, ale polepszenia nie widzieliśmy żadnego, nawet zmniejszenia kaszlu, co ma mieć miejsce po pierwszych wlewaniach.

DE SOUZ'a ¹⁾ robił doświadczenia z dwoma nowymi środkami przeciwnie. Wobec wyników absolutnie ujemnych nie uważam za potrzebne o nich wspominać.

W rozpatrywaniem przez nas dziele spotykamy kilka prac, dotyczących przedmiotu mało dotychczas poruszanego, prac oryginalnych ze względu na wnioski, jakieby z nich należało wyprowadzić. Mówimy tu o pracy VERNEUIL'a i jego uczniów. Jeden z nich DEMARS ²⁾ opisuje kilka przypadków kastracyi z powodu gruźlicy jądra, gdzie w krótkim czasie po operacyi wybuchła gruźlica ogólna z szybkim przebiegiem, chociaż operowani nie zdradzali przedtem objawów gruźlicy płuc. Autor przychyła się do zdania TERRILLON'a, który w podobnych przypadkach nie radzi robić kastracyi, zalecając tylko zwalczanie oddzielnych objawów, jak ropni i przetok za pomocą przyżegań, wstrzykiwań jodoformu i t. d. Kiedy operacyja staje się nieodzowną, [a kiedy to ma mieć miejsce, autor nie objawia], radzi poprzednio poddać chorego leczeniu ogólnemu, a przedewszystkiem idąc za radą VERNEUIL'a podawać do wewnątrz jodoform.

Gorącego poplecznika swoich poglądów znalazł DEMARS w osobie VERNEUIL'a, który ze swej strony ³⁾ przytacza 17 przypadków gruźlicy miejscowej, traktowanej drogą operacyjną z najgorszymi następstwami: chorzy albo zapadali na gruźlicę ogólną, albo doznawali znacznego pogorszenia sprawy gruźliczej już istniejącej. Czemu to przypisać należy? Autor objaśnia sobie ten fakt w taki sposób, że pasorzyty gruźlicze w czasie samej operacyi muszą się dostawać z ogniska do krwiobiegu i wywoływać samo zakażenie ustroju.

Jeszcze bogatszym we wspomnianym kierunku jest materiały podany przez METAXAS'a i VERCHÉRE'a ⁴⁾, którzy zebrali 55 przypadków zapalenia opon gruźliczego po operacyjnem leczeniu ognisk gruźliczych [resekcyje, amputacyje, *évidement*, wycięcie gruczolu i t. d.]. Gruźlica opon zjawiała się najczęściej między 10—25 dniem po operacyi, w niektórych razach chorzy zapadali we 24 godziny i wcześniej. Autorowie notują, że *meningitis tuberculosa* u osobników gruźliczych zjawia się nie tylko po operacyi w ognisku gruźliczem, ale wszelkiej traumie, tak chirurgicznej jak każdej innej, dotyczącej albo miejsce zajęte miejscową sprawą gruźliczą, albo też części zdrowe. Dla objaśnienia tego faktu, autorzy ci, w braku wszelkiej innej, stawiają hipotezę t. z. *la théorie du coup de fouet* t. j. popędzenia, przyspieszenia sprawy gruźliczej przez uraz. Jakiż ztąd wyprowadzić wniosek praktyczny? Nie usuwać dostępnych ognisk gruźliczych, uważać je za *noli me tangere*? Tego nie śmiał wypowiedzieć nawet sam VERNEUIL i uważał ten pogląd za nie mający sensu (*une grosse absurdité*). Ale za to, powiada VERNEUIL, należy każdego operowanego poddawać uprzednio leczeniu przeciw gruźliczemu, gdyż owe fatalne zejścia zanotowano przeważnie w tych przypadkach, gdzie do operacyi przystąpiono natychmiast [na drugi dzień po przyjęciu do szpitala, jak się wyraża obrazowo autor].

¹⁾ Notes sur quelques antiséptiques nouveaux. [Benzoates d'éthyle et de méthyle et mercurethyle].

²⁾ De la génération tuberculeuse après l'ablation d'un tubercule local initial.

³⁾ Remarques sur le même sujet. Addition de nouveaux faits.

⁴⁾ Méningite tuberculeuse poste-traumatique.

Na nieszczęście leczenia przeciw gruźliczego dotychczas jeszcze nie mamy, a przynajmniej owo leczenie przedoperacyjne ¹⁾ musiałyby trwać za długo i sprzeciwiałoby się zasadzie dotychczas przyjętej, a zdaje się racjonalnej, że usunięcie ogniska miejscowego zakażenia wpływa pomyślnie na stan ogólny chorego i zwlekać z niem nie należy. W każdym razie wartoby poddać ściślej krytyce poglądy VERNEUIL'a i sprostować je lub potwierdzić przez odpowiednią ilość dobrych obserwacji, ze względu na praktyczną doniosłość tej kwestyi.

Za ważną również pod względem praktycznym, choć grzeszącą zbyt pospiesznem uogólnianiem, uważamy pracę RICOCHON'a ²⁾ w której autor dowodzi, że samoistne zapalenie opłucnej t. z. *pleuritis a frigore* wcale nie istnieje. Każdy wysięk do jamy opłucnej autor podejrzewa o pochodzenie gruźlicze. Spostrzeżenia były robione w praktyce wiejskiej. W ciągu 13 lat autor spostrzegał 32 przypadki zapalenia opłucnej u ludzi młodych dotychczas zdrowych. Z tych 32 przypadków autor w jednym tylko i to wątpliwym widzi t. z. *pleurésie franche*, reszta miała charakter gruźliczy. Charakter ten autor określa na podstawie dalszych losów chorego i danych dziedzicznych. Nie poddając nawet w wątpliwość obserwacji autora, trudno jest zgodzić się z tak szerokiem uogólnieniem, wobec powszechnie wiadomych faktów, obserwowanych przez innych badaczów, że zapalenie opłucnej z dużym wysiękiem zdarza się u ludzi dotychczas zdrowych i żyjących następnie długo w najlepszym zdrowiu bez śladu cierpienia gruźliczego.

Z powstałych prac zwracamy uwagę na artykuł CORNIL'a ³⁾ o zjawiskach karyjokinezy spostrzeganych w gruźlicy. Opierając się na spostrzeżeniach BAUMGARTEN'a i swoich własnych, autor opisuje zmiany w komórkach różnych tkanek, zachodzące pod wpływem lasecznika gruźliczego. Zmiany te polegają początkowo na mnożeniu się komórek, przyczem udaje się pochwyć sposób tego rozmnażania t. j., dzielenie się jąder z następczym podziałem protoplazmy. CORNIL utrzymuje, że sprawę karyjokinezy spotyka się przy gruźlicy w komórkach wszystkich tkanek, osiągalnych dla lasecznika, nie ograniczając się do komórek tkanki łącznej, jak chce VIRCHOW ani do ciałek białych i komórek wędrujących, jak utrzymywał COHNHEIM. BRISAUT i TOUPER ⁴⁾ opisują anatomiczno-patologiczny obraz gruźlicy wątroby, zasługujący na uwagę z tego względu, że chociaż w wątrobie znajdowano typowe gruczolku, obfitujące w wielką ilość komórek olbrzymich, nigdy się nie udało wykazać laseczników KOCH'a. Prawdopodobnie żółć ludzka niszczy powinowactwo lasecznika do powszechnie używanych barwników anilinowych.

HANOT i LAUTH ⁵⁾ podali obszerną pracę o stłuszczeniu wątroby u suchotników. Ostateczne wyniki tej ciekawej pracy są następujące: 1) Gruźlica jest najglówniejszą przyczyną stłuszczenia wątroby, [a zatem jest to potwierdzenie dawnych poglądów LONIS'a i ANDRAL'a]. Ani tak często, ani w takim stopniu nie spotykamy stłuszczenia wątroby w żadnej innej chorobie. 2) Tłuszcz gromadzi się zawsze na około gruzełków i rozgałęzień żyły wrotnej. Gruzełek *resp.* lasecznik gruźliczy zdaje się wywierać wpływ tłuszczorodny (*action stéatogène*) na sąsiednie komórki wątrobowe.

Nakoniec nie możemy pominąć milczeniem dwóch prac VALUDE'a. Jedna z nich ⁶⁾ jest to obszerny traktat o gruźlicy narządu wzrokowego z bardzo szczegółowem wykazaniem literatury przedmiotu. W drugiej ⁷⁾ autor, uderzony

¹⁾ Du traitement pré-opérateur.

²⁾ De la pleurésie dite à frigore.

³⁾ Sur les phénomènes de karyokinère observés dans la tuberculose.

⁴⁾ Sur la tuberculose du foie.

⁵⁾ Sur le foie gras des tuberculeux.

⁶⁾ Sur la tuberculose oculaire.

⁷⁾ Études expérimentale sur l'inoculation tuberculeuse des parties de Voil, baignées par les

niezwykłą rzadkością gruźlicy łącznicy i dróg łzowych, przeprowadził szereg doświadczeń na zwierzętach w celu przekonania się, o ile szczepienie lasecznika gruźliczego do worka łącznicy i do gruczołu łzowego wyda jakiegokolwiek owoce. Doświadczenia te wykazały, że zarazek gruźliczy nie rozwija się ani w worku łącznicy, ani w mięszu gruczołu łzowego. Płyn łzowy, powiada VALUDE, zdaje się działać hamująco na rozwój lasecznika, gdyż szczepienia udawały się wtedy, gdy były robione do tkanki podłącznicowej albo około gruczołowej, t. j. po za obrębem działania płynu łzowego. Zauważyliśmy, że VALUDE jest jedynym ze wszystkich wspomnianych w niniejszem sprawozdaniu badaczy, który robił szczepienia hodowli zarazka gruźliczego. Wszyscy inni szczepili twory zawierające laseczniki, jak gruzelki, cząstki płuc, plwocinę.

O jednej jeszcze pracy powiemy słów kilka; nie ma ona absolutnie żadnego naukowego znaczenia, jest to prosta i do tego pojedyncza obserwacja kliniczna, nie pozbawiona jednak praktycznego interesu. GUINARD ¹⁾, szef kliniki chirurgicznej w szpitalu PRIÉ, miał chorego suchotnika, który dostał bardzo silnego krwotoku płucnego. Wszystkie używane w tych razach środki pozostały bez skutku. Krwotok z małemi przerwami trwał przeszło 4 doby, chory był już blizkim śmierci. Wtedy GUINARD jako *ultimum remedium* zalecił postawić choremu wizykatoryje w okolicy wątroby [co jeszcze w r. 1880 zalecał VERNEUIL]. Krwotok ustał i więcej się nie powtórzył, a chory względnie przynajmniej wyzdrowiał.

A. Puławski.

¹⁾ Traitement de l'hémoptysie par la révulsion hépatique.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dowiadujemy się, iż D-r S. S. ZALESKI prywat docent przy instytucie weterynaryjnym w Dorpacie, otrzymać ma katedrę chemii lekarskiej na wydziale lekarskim w nowo tworzącym się uniwersytecie w Tomsku.

Zmarli. BUDGE b. profesor anatomii i fizjologii w Greifswald, znany między innymi z klasycznych badań nad innerwacją pęcherza moczowego; RÜHLE dyrektor kliniki lekarskiej w Bonn, autor między innymi znanego dzieła o suchotach płucnych w ZIEMSEN'a podręczniku. WALERYLAN LASZKIEWICZ profesor kliniki w Charkowie; TOMMASSI profesor kliniki w Neapolu.

Przeniesieni zostali w stan spoczynku:

DONDERS były profesor fizjologii w Utrechcie; PREYER b. prof. fizjologii w Jena; GRUBER były profesor anatomii w Petersburgu; SIECZENOW znany fizjolog.

Montpellier. W roku przyszłym będzie tu obchodzoną uroczystości 600 letnia rocznica założenia tutejszego uniwersytetu.

Manchester. Zawiązało się tu towarzystwo palenia ciał zmarłych.

Nadesłano do Redakcyi.

Sekcja fizyczno-chemiczna wystawy higienicznej w Warszawie w r. 1887. Zeszyt I. Warszawa. 1888.

GOLDFLAM. Zur Lehre von der multiplen Neuritis. [Odbitka z Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VII].

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 22 Юля 1888 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.

FABRYKA WÓD MINERALNYCH

MAGISTRA FARMACYI

W. Karpińskiego

w WARSZAWIE

poleca

**WODY ŻELAZO-ARSENICALNE
LEVICO I RONCEGNO.**

Używa się ich podług wskazań lekarza od jednej do 5 łyżek dziennie, a sprzedaje się tylko za receptami Doktorów.

UWAGA.

Każda łyżka wody Levico z awiera tyle soli arsenikalnej co 10 kropeł Liquor. arsenicalis Pearsonii, a Roncegno tyle co 15 kropeł — buteleczka zawiera 18 do 20 łyżek stołowych — Cena 40 kop.

10—8

KEFIR

naszego wyrobu, nagrodzony listem pochwalnym I klasy na tegorocznej wystawie higienicznej dostać można w następujących aptekach:

Biehlera ul. Nalewki
Borowskiego ul. Przejazd
Grabowskiego ul. Bielańska
Habielskiego ul. Stare-Miasto
D-ra Heinricha pl. Teatralny
Karpińskiego ul. Elektoralna
Kucharzewskiego ul. Miodowa
Lerowskiego ul. Marszałkowska

Liłpopa ul. Nowy-Świat
Rutkowskiego ul. Długa
Sobolewskiego ul. Długa
Turskiego ul. Karmielicka
Wendy i Wiorogórskiego ul. Krak.-Przedm.
Wróblewskiego ul. Krakowskie-Przedmieście
Ziemieńskiego ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL I GESSNER

Właściciele apteki Jerozolimska 27.

Uwaga. Grzybki do robienia kefiru sprowadzane wprost z Kaukazu apteka posiada stale świeże. Zapotrzebowania z prowincyi (na grzybki z informacją przygotowywania) natychmiast załatwiamy.

12—12

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kdbiego i t. d.. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7. (od Marszałkowskiej 142).

0—7

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI
dla celów dyjagnostyki lekarskiej

D-ra E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia kału i t. d. (Chmielna 32).

0—2

Księgarnia **GEBETHNERA I WOLFFA** w Warszawie

poleca dzieło D-ra Zieleniewskiego

RYS BALNEOTERAPII

8 maj, str. 395. Cena rs. 4 k. 50.

obejmujące: balneoterapeutyczną dyjetetykę i farmakodynamikę, balneoterapię w ścisłym znaczeniu, klimatoterapię i hydroterapię — nadto opis zakładów: zdrojowo-kąpielnych, hydropatycznych, klimatycznych i stacyj sanitarnych — zasady terapeutycznego zastosowania wód i kąpiei mineralnych, tudzież leczniczego użycia: mleka serwatki, żółtocy, kumysu, kefiru, winogron i owoców.

Друковано Цензурою, Варшава. 22 Июля 1888 г.

Dr uk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr. 29