

GAZETA LEKARSKA.

I. LECZENIE ROPNI ZIMNYCH I OPADOWYCH METODĄ MIKULICZA.

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

Przez

R. Jasińskiego,

chirurga warszawskiego szpitala dla dzieci.

MOSETIG-MOORHOF, zachęcony wynikami prac MOLESCHOTT'a, na wielką skalę zaczął stosować jodoform i doszedł do przekonania, że środek ten uważać można niemal za specyfik przeciw gruźlicy, tak zwanej chirurgicznej ¹⁾. Spostrzeżenia jego i wnioski stwierdzone zostały przez BUM'a ²⁾ i MIKULICZA ³⁾. Ten ostatni wszakże twierdził, że przy gruźlicy jodoform o tyle skutecznym być może, o ile wchodzi w bezpośrednie zetknięcie ze wszystkimi bez wyjątku miejscami, w których tkwi sprawa gruźlicza. To samo zauważono na klinice THIERSCH'a w Lipsku, z czego sprawę zdawał nam A. BEGER w 1881 r. ⁴⁾.

Od E. FALKSON'a ⁵⁾ dowiadujemy się, że w klinice SCHOENBORN'a, w Królewcu, z wielkim powodzeniem stosowano jodoform przy cierpieniach chirurgicznych gruźliczej natury. Wtóruije im LEISRINK z żydowskiego szpitala w Hamburgu ⁶⁾ i GUSSENBAUER z Pragi ⁷⁾. KOENIG stanowczo chwali wartość jodoformu, nie podziela jednak entuzjazmu MOSETIG-MOORHOF'a, sądząc, że środek ten nie ma tak pewnego, swoistego działania przeciwgruźliczego ⁸⁾. Znakomity ten chirurg powiada, że po wyskrobaniu i dokładnem usunięciu ognisk gruźliczych, jodoform tak dzielnie wpływa na gojenie się rany, że na niej powrót sprawy gruźliczej staje się nie tak łatwym.

¹⁾ Wiener medic. Wochenschrift 43, 44, 46, 49, 51 — 1880 i 20, 21, 41 — 1881, dalej u VOLK-MANN'a: Samml. klin. Vorträge N. 211. 1882.

²⁾ Wiener medic. Presse XXII. 24 25. 1881.

³⁾ „Ueber den Jodoformverband“ Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte, 27 Maj 1881 i na kongresie chirurgów niemieckich w 1881 [Kwiecień].

⁴⁾ BEGER. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XVI 1 i 2. 1881.

⁵⁾ FALKSON. Berliner klin. Wochenschrift. XVIII. 45. str. 659. 1881.

⁶⁾ LEISRINK. Berliner klin. Wochenschrift 47. str. 695. 1881.

⁷⁾ GUSSENBAUER. Erfahrungen üb. d. Jodoformbehandlung bei Knochentuberculose. Prager med. Wochenschrift. 1881. 33 i 35.

⁸⁾ KÖNIG. Centrallblatt für Chirurgie. 1881. str. 755.

Tegoż samego roku [1881] MIKULICZ ogłasza pracę nową ¹⁾, w której zdaje sprawę ze swych świeżych usiłowań, mających na celu leczenie gruźlicy ogniskowej za pomocą środka, o którym mówimy. Dochodzi on do tego przekonania, że nie można rachować na oddalone, ogólne działanie przeciwgruźlicze jodoformu, i że nie można, rachując na potęgę tego środka, leczyć konserwatywnie gruźlicy dużego stawu u wyniszczonego suchotnika. Z zezwolenia BILLROTH'a, którego wówczas był asystentem, przedsięwziął wówczas MIKULICZ próby leczenia jodoformem, nie ran, lecz nacieczeń gruźliczych. Pierwszy szereg prób polegał na wprowadzaniu śródmięzszowem jodoformu do tkanek, gruźlicą zajętych, a drugi — do jam ropni zimnych tejże natury.

A) Wstrzykiwał 2 razy tygodniowo po $\frac{1}{2}$ strzykawki PRAWAZ'a dwudziestoprocentowego roztworu jodoformu w eterze do guzów grzybowatych i do stawów. Wstrzykiwania te wywoływały dotkliwy, choć krótko trwający ból, obrzmienie i niezbyt silny odczyn miejscowy. W 4 przypadkach, już po 4-ch wstrzyknięciach nacieczenie i bolesności zmniejszały się znacznie, a po 4 lub 5 tygodniach następowało wyzdrowienie. Tak dobry wynik otrzymywał jednak tylko w przypadkach świeżych, gdzie masy gruźlicze nie uległy jeszcze rozmiękczeniu.

B) Ropnie zimne, szczególnie na nosie, zależne od gruźliczego cierpienia kośćca miednicy, dostarczyły MIKULICZOWI materiał do pierwszych prób metody, która tak obszerne zastosowanie znalazła w chirurgii.

Opróżniał ropnie przyrządem DIEULAFOY'a i nastrzykiwał mieszaninę: 10 części jodoformu z 80 cz. gliceryny i 40 cz. oliwy i otrzymał w dwóch przypadkach znaczne zmniejszenie ropnia.

MOSETIG w następnej pracy swojej ²⁾ twierdzi, że ziarninę grzybowatą należy usuwać lub wyskrobywać, o ile się da, gdyż tym sposobem skracamy przebieg gojenia pod jodoformem. Zabieg ten wszakże, zdaniem jego, nie jest bezwarunkowo koniecznym, z wyjątkiem grzybowatego próchnienia kości, przy którym wyskrobać należy wszystko, aż do zdrowej tkanki, gdyż tą tylko drogą zapewnia się ograniczenie ropienia i dobry wynik ostateczny.

Ostateczne zwycięstwo zapewnił jodoformowi MIKULICZ w pracy swej z 1882 r. ³⁾. We Francji MARC SÉE, TERILLON, TRÉLAT chętnie poszli za przykładem Niemców i na szeroką skalę jodoform stosować zaczęli, pomimo oratorskich popisów DESPRÈS'a, który na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu dnia 39 XI 1881 r. nie zarumienił się, wygłaszając następujące zdanie:

„Or je maintiens, que vous n'avez pas de meilleurs résultats avec les pansements dont vous vous montrez si enthousiastes, que moi avec les pansements sales (sic) que je continue à employer“ ⁴⁾.

1) MIKULICZ. Berliner klin. Wochenschr. 49, str. 721. 1881.

2) MOSETIG. „Weitere Mittheilungen über den Jodoformverband“. Wiener med. Wochenschrift. 1881. Nr. 41 i dalsze.

3) MIKULICZ. „Die Anwendung des Jodoforms in der Chirurgie“. Wiener Klinik. Heft 1. 1882, oraz: „Ueber die Verwendung des Jodoforms bei der Wundbehandlung und dessen Einfluss auf fungöse und verwandte Prozesse“. Archiv für Klinische Chirurgie. B. XXVII. H. I, str. 196. 1881.

4) Patrz: Gazette des hôpitaux r. 1881. str. 1111, kolumna pierwsza, wiersz 4, 5, 6 i 7 od góry.

Na tem samem posiedzeniu VERNEUIL mówił, że przy upartych owrzodzeniach „skrofulicznych“ z podminowanemi brzegami stosuje stale jodoform z cudoownym skutkiem (*merveilleux*).

Widzimy więc, że nie wszyscy francuzcy chirurgowie dzielili zdanie DESPRÈS'a, który zapomniiał, że rodak jego MAITRE w 1857 r. zalecał wymownie środek ten [między innemi] specjalnie przeciw cierpieniom skrofulicznym ¹⁾, a MOUZARD w tymże roku walczył za wyższość jodoformu nad innemi przetworami jodu ²⁾. Wreszcie jeżeli nie włos, RHIGINI, to BOUCHARDAT pierwszy wprowadził jodoform do leczenia wogóle, w roku 1836 ³⁾.

MOSETIG-MOORHOF boi się drażniącego działania eteru, w którym MIKULICZ i BIDDER rozpuszczali jodoform do zastrzykiwania w jamy i przetoki. Zaleca on ⁴⁾ następującą emulsyję:

Rp. Jodoform. pur. 50,00
tere cum Glycerini 40,00
Aq. destillatae 10,00
Gummi tragacant. 0,30
ut f. emulsio.

Bez wody, 50-cio-procentowa emulsyjka byłaby za gęstą, a w tej postaci przez najcieńsze strzykawki z łatwością przechodzi. MOSETIG, jak wiadomo, kazał sobie nawet specjalną zbudować strzykawkę, rachując wiele na śródmiąższowe nastrzykiwania jodoformu. Strzykawka ta ma na celu powolne a silne przepychanie płynu, i zbudowaną jest wedle tej samej zasady, co *lithotriporteur à écrou brisé* CIVIALE'a.

W tym samym 1882 r. w Paryżu HASSLER, komunikując francuzom wyniki prac niemieckich, dotyczących wartości jodoformu, dochodzi też do wniosku, że środek ten niezaprzeczenie wielkie usługi oddaje przy leczeniu miejscowem gruźlicy ⁵⁾.

W 1883 roku, w Towarzystwie lekarzy Wiedeńskich, gdzie LUDWIG, STRICKER, DITTEL, BUM i inni o wartości jodoformu debatowali, wygłosił HOFMOKL, między innemi, zdanie ⁶⁾, że jodoform chociaż leczy gruźlicze i zołzowe zmiany, nie strzeże jednak tkanek od powrotu choroby, oraz że wstrzykiwania emulsyjki jodoformowej do jam wpływa korzystnie na jakość i ilość wydzielanej w nich ropy. Wówczas też BILLROTH i WOELFLER gorącemi słowami podnosili wartość jodoformu, jako najlepszego środka do leczenia gruźlicy kostnej. Zdanie ich popierali na zasadzie własnego goświadczenia: PODRAZKY, SCHEFF i WERTHEIM.

1) *Annuaire de thérapie*. 1857.

2) *L'union médicale*. 1857.

3) BOUCHARDAT. *Recherches sur l'iodoforme, le chloroiodoforme le bromoiodoforme et le sulphoforme*. Mémoire présenté le 24 Octobre, 1836, à l'Académie des Sciences.

4) v. MOSETIG-MOORHOF. „Der Jodoform-Verband“. VOLKMANN's Sammlung klin. Vorträge Nr. 211, str. 1821, r. 1882.

5) HASSLER. *Gazette hebdomadaire*. 1882. Nr. 30 i 32.

6) *Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien*. 5—12 [3 Listopad 1882 do 4 Stycznia 1883].

Wogóle r. 1882 i 1883 możnaby w historii piśmiennictwa chirurgicznego nazwać latami jodoformowemi; tak wiele prac bowiem w roku tym ogłoszono o jodoformie [WEINLECHNER, HIRSZBERG, THIERSCH, ISRAEL, HEYDENREICH, WELJAMINOW, GREUSSING, WINIWARTER, oprócz przytoczonych już przezemnie powyżej, i bardzo, bardzo wielu innych].

Prac tych nie cytuję w tem miejscu, bo nie piszę historii jodoformu, wspominać muszę tylko te, w których ważne wskazówki co do specjalnego użycia środka tego przy ropniach gruźliczych znaleźć mogłem. Muszę więc pominąć takie prace, jak SCHINZINGER'a, HOEPFLA, SEMMOLA, RUMMO, BUFFALINI, ZELLER'a, FALKSON'a KORACH'a, SESEMANN'a, BEUZAN'a, WALL'a, VOJE, HERZ'a, FRUEHWALD'a, KOENIG'a, VOSSIUS'a, MARCHAND'a, KIRCHENBERGER'a, MYGIND'a, LUPO, MINICH'a, ECKELMAN'a, EHRENDORFER'a, PICK'a, MICHELSEN'a.

Wśród tego gradu prac o jodoformie pojawia się w 1884 r. sprawozdanie A. FRAENKEL'a z kliniki BILLROTH'a ¹⁾, z którego dowiadujemy się, że według propozycji MIKULICZA zastrzykiwano do jam ropni zimnych emulsję jodoformu 10% [aż do 100 gramów naraz]. W 2—3 tygodni znikął ropień taki, przy najlepszym przebiegu sprawy. W innych przypadkach powstawała dość szybko gojąca się przetoka w miejscu, gdzie dokonano przekłócia. W całym szeregu przypadków, przekłócie i nastrzyknięcie trzeba było co 4 tygodnie powtarzać, gdyż ropień na nowo się zbierał [na 20 chorych 18 wyzdrowiało zupełnie]. W 1886 r. C. ANDRASSY ²⁾ zdawał sprawę ze stosowania tej metody w klinice w Tübingen. Robiono tam po 2 lub 3 wstrzyknięcia co 2 tygodnie. Z 22-u ropni 20 zagoiło się doszczętnie; ani jednego przypadku zatrucia nie było.

Z polecenia prof. RANCKE'go napisał GIESLER ³⁾ rozprawę, w której czytamy, że badał 7 ropni zimnych, podskórnych u dzieci, wolnych od wszelkich innych objawów gruźlicy. W żadnym skrawku nie dostrzegł laseczników. Ziarnina grzybowata zawierała limfoidalne, wrzecionowate i olbrzymie komórki. Szczepienie mas tych na królikach pozostawało bez skutku.

Wspominam o tej pracy dlatego, żeby usprawiedliwić się, czemu poniżej, wyliczając własne spostrzeżenia, opuściłem całą masę ropni zimnych, podskórnych, leczonych przezemnie skutecznie nastrzykiwaniami jodoformu.

W 1884 roku VERNEUIL wprowadza do leczenia ropni zimnych roztwór jodoformu w eterze [5%, *maximum* 100 gramów] ⁴⁾. MATTEI ⁵⁾ w 1884 r. pisze o tem rozprawę, równie jak THIRION [1885] ⁶⁾, KIRMISSON ⁷⁾ QUÉNU i LEPLAT [1886],

¹⁾ A. FRAENKEL. Wiener medic. Wochenschrift. 1884. Nr. 26—28.

²⁾ C. ANDRASSY. Beiträge zur klin. Chirurgie, BRUNS'a Bd. II. H. 2. Str. 311 do 338. „Beiträge zur Behandlung der kalten Abscesse mittelst Jodoforminjectionen“.

³⁾ GIESSLER. Die subkutanen kalten Abscesse serofulöser Kinder in ihrer Beziehung zur Tuberculose. Inaug. Diss. München. 1885.

⁴⁾ VERNEUIL. Injections d'éther iodoformé dans les abcès froids. Revue de Chirurgie. 1885. Nr. 5, str. 404.

⁵⁾ MATTEI. Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. Thèse de Paris. 1887.

⁶⁾ THIRION. Traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme. Thèse de Nancy.

⁷⁾ KIRMISSON. Gazette hebdomad. 1886. Nr. 10.

VERCHÈRE [1886] ¹⁾ i PAUL RECLUS ²⁾, wreszcie de HOLSTEIN ³⁾ i C. ORECCHIA (*su la cura degli ascessi freddi con le iniezioni di etere i odoformizzato* — *Centralbl. für Chirurgie. 1888. str. 6*).

Ograniczam się tu na wyliczeniu prac tych bez ich streszczenia, z tego powodu, że dotyczą one metody VERNEUIL'a, pokrewnej tylko z metodą MIKULICZA, o której jest mowa.

Wspomnę tylko, że roztwór jodoformu w eterze chociaż daje równie dobre wyniki, to jednak przy wstrzykiwaniu jego powstają w jamie ropnia pary eteru, rozdmajają go, sprawiając ból nieznośny. Raz na szyi eter wywarł ucisk na tchawicę i objawy duszenia, drugi raz pękła pod ciśnieniem eteru ściana ropnia na głowie i nastąpiła rozedma pod czepcem ścięgnistym.

W numerze 11 Przeglądu Lekarskiego z r. 1887 kol. SONDERMAYER zdał sprawę z leczenia ropni wstrzykiwaniami jodoformu na klinice MIKULICZA. Sprawozdanie obejmuje okres 4-letni. Przez czas ten stosowano tę metodę w 21 przypadkach. Z tych ledwie 10 dało się pod względem przebiegu skontrolować: 2 pozostawiły po sobie przetokę, a 8 skończyło się zagojeniem. U 2 chorych trzeba było 3 razy wstrzykiwać, u 4 dwukrotne wstrzyknięcie wystarczyło, a u 2 jednokrotne.

BRUNS ⁴⁾ z Tübingen na Zjeździe XVI Chirurgów w Berlinie zdał sprawę z leczenia ropni zimnych za pomocą przekłócia i nastrzykiwań jodoformowych. Używał 30—50 gramów jodoformu z taką ilością gliceryny i alkoholu w 50 przeszło przypadkach. Nie widział ani jednego przypadku otrucia. Zazwyczaj wystarcza mu 1 wstrzyknięcie, czasem kilka, co 3 lub 4 tygodnie powtarzanych. Zmniejszenie ropnia ma miejsce po 5—6 tygodniach, a zupełne wyleczenie po kilku nieraz miesiącach. Z 54 przypadków 40 wyleczono. Ztąd wnosi, że metoda ta jest najlepszym dowodem przeciwgruźliczej wartości jodoformu. W 8 przypadkach udało się BRUNS'owi otrzymać preparaty z rozmaitych okresów gojenia i zbadać histologicznie pojedyncze zmiany aż do zupełnego zagojenia. Wyniki każą z prawdopodobieństwem wnosić, że jodoform jest w stanie niszczyć prątki gruźlicze, a gruzelki do rozpadu doprowadzić.

W dyskusyi nad tym przedmiotem odezwał się SAENGER, że próby szczepienia na zwierzętach pozwalają mu przyznać jodoformowi miejscowe działanie przeciwprątkowe. BRUNS i NEUWERCK ⁵⁾ ogłosili potem pracę pod tytułem: „*Ueber die antituberculöse Wirkung des Jodoforms*“. Doszli oni do przekonania, że jedyną drogą do rozstrzygnięcia tej wartości jodoformu jest wstrzykiwanie go przy ropniach zimnych.

Ten sposób leczenia ma niezmierną wyższość nad szerokimi przecięciami i skrobaniem, lub wycinaniem ścian ropnia. Ażeby przekonać się, czy jodoform

1) VERCHÈRE. *Revue de Chirurgie. 1886. Nr. 6.*

2) RECLUS. *Gazette hebdomadaire. 1887.*

3) DE HOLSTEIN. *Les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids. Thèse de Paris. 1887.*

4) *Wiener med. Presse. 1887. Nr. 22, str. 777.*

5) *Beiträge zur klin. Chirurgie. T. III, str. 133—136.* Streszczenie tej pracy pomieszczonem jest w *Gaz. lek. 1889. str. 81.*

działa w sposób swoisty na laseczniki gruźlicze, BRUNS wycinał tedy ściany ropnia po wstrzyknięciu jodoformu w rozmaitych okresach przebiegu pooperacyjnego i poddawał je w całości badaniu.

Na ścianie ropnia gruźliczego, nieleczzonego, grubości 0,5 i więcej, odróżnić można było 4 warstwy [idąc od obwodu do środka ropnia].

1-o. Warstwę sklerotyczną, tęgą, grubo-włóknistą, z mnóstwem naczyń, kierujących się ku środkowi ropnia i z dość znacznem nacieczeniem drobnokomórkowem. 2-o. Warstwę komórkowo-włóknistą: tu dużo naczyń, a wewnętrzną część złożoną jest z samych prawie komórek wrzecionowatych. 3-o. Warstwę ziarniny gruźliczej, złożonej z gruzelków o komórkach nabłonkowatych i olbrzymich z dzielącymi się jądrami. Komórek limfoidalnych mniej. 4-o. Ostro od poprzednich odcięta warstwę rozpadu tłuszczowego, komórek stłuszczałych. W obu warstwach ostatnich zrzadka spotkać można laseczniki.

W 6 tygodni po zastrzyknięciu jodoformu już warstwy 4-ej i 3-ej nie ma, nie ma też ani śladu laseczników. Warstwa 1-a bez zmiany. Warstwa 2-ga stanowi teraz wewnętrzną ścianę ropnia, jest rozpulchnioną, nacieczoną komórkami i włóknikiem. Ściany naczyń [tętnicznych] grubieją, światło się zwięża, i wreszcie ginie pod wpływem zapalenia tętnicy i zakrzepu szklatego. Wytwarza się tedy pod wpływem jodoformu zdrowa tkanka ziarninowa na miejsce niszczonej tkanki gruzelkowej, która ulega stłuszczeniu i obumarciu.

Kończąc w ten sposób pobieżne sprawozdanie ze stanu obecnego tej kwestyi, łączę doń opis wyników, osobiście przezemnie na tej drodze uzyskanych.

Stosowałem metodę MIKULICZA w 86 przypadkach ropni zimnych i opadłych. Przy tych ostatnich, o ile się to dało, starałem się opróżnić ropień wtedy dopiero, gdy tenże stał się ropniem rezydualnym, gdzie tedy można było przypuszczać, że pierwotne ognisko w kręgosłupie zagoiło się, lub od jamy ropnia oddzielone zostało.

Nie będę tutaj cytował 86 historyj chorób, ograniczę się na doniesieniu, iż wyniki miałem następujące:

1-o. Pewna ilość ropni, leczonych wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej, goi się po jednym zastrzyknięciu.

2-o. Dla wygojenia innych ropni potrzeba dwóch zastrzyknięć i więcej.

3-o. W wielu razach [11 przypadków] po jednym przekłóciu i zastrzyknięciu, przez otwór, a raczej przez bliznę, po trójgrańcu pozostała, pęka ropień samowolnie, wylewa ze siebie odrazu, lub przez jaki tydzień, znaczną ilość ropy zmieszanej z jodoformem i w końcu, bez żadnej interwencji chirurgicznej, prócz codziennych płukań 1:1000 roztworem sublimatu, następuje zupełne wygojenie.

4-o. Miałem szereg przypadków [19] takich, w których z powodu dużych strzępów, oddzielających się od ściany wewnętrznej ropnia i zatykających rurkę trójgrańca, wypompowanie ropy było niewykonalnem. W takich razach rozszerzałem otwór za pomocą cięcia, lub na tępo za pomocą kleszczyków hemostaticznych, jamę ropnia wypłukiwałem 3% roztworem karbolu, nalewałem emulsyi jodoformowej i ranę zaszywałem.

5-o. Kilka razy do takiej rany musiałem wstawić sączek, bo szew się nie udał. W takim przypadku rany nie rozszerzałem, tylko wlewania emulsji powtarzałem częściej, mianowicie co 4 dni.

6-o. Dwa przypadki z pośród 86-ciu były takie, że w kilka dni po zastrzyknięciu jodoformu zmuszony byłem porobić szerokie cięcia i przeciwcięcia oraz wyskrobywać jamę ropnia. Leczyłem je potem podług zwykłych prawideł chirurgii. Powodem do tej zmiany taktyki były następujące okoliczności. Opróżnienie ropnia było niezupełnie możliwe, gdyż ropnie były wielopiętrowe. Wązki przewód, łączący dolne piętro z górnymi, po opróżnieniu dolnego, zamykał się jakby wentylem. Pozostawała tedy część górna nieopróżniona. Po przekłóciu owa górna część ropnia uległa w jednym przypadku ostremu zapaleniu z podniesieniem ciepłoty, bólami i t. d..

W obu przypadkach po radykalnem [o ile się dało] oczyszczeniu chirurgicznem, gojenie szło bardzo wolno, ropienie z pozostałych przetok trwało bez końca i trwało aż do śmierci chorych, z których jeden umarł przy objawach ostrej gruźlicy ogólnej, a druga, dziewczynka, w 2 lata po operacji przy ciężkiem [pewno gruźliczem] zajęciu nerek.

Ponieważ jednak nawet w tych dwóch przypadkach przekonałem się, że jodoform, wstrzyknięty do ropnia, impregnuje ściany jego i miesza się z nowo tworzącą się ropą, postanowiłem więc jodoformować i takie ropnie, które bezwarunkowo skazane były na operację krwawą.

Duże ropnie okostnej, lub ropnie, w których ścianie na pewno spodziewałem się znaleźć chorą kość, kwalifikującą się do usunięcia, leczyłem w ten sposób że na kilka dni przed operacją, opróżniwszy jamę trójgrańcem, napelniałem ją emulsją jodoformową.

Przy operacji otwierałem już tedy jamę poprzednio zdezynfekowaną.

Nakoniec nadmienić muszę, że wstrzykując czasami naraz około 6-ciu uncyj dziesięcio-procentowej emulsji jodoformowej, nie widziałem ani razu przy stosowaniu tej metody objawów zatrucia.

II. XERODERMA PIGMENTOSUM.

Podał

Dr Med. Antoni Elsenberg,

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

[Dalszy ciąg.—Patrz Nr. 2].

Śledziona duża, na przekroju dosyć blada, twarda. Na przednim jej brzegu znajduje się kilka drobnych świeżych guziczków, wielkości ziarnka konopnego i trochę większych, biało-żółtawych, dosyć ostro odgraniczonych od mięszu śledziony. W jednym miejscu, gdzie guziczki docierają do powierzchni śledziony, otoczka jej pokryta jest na tej ograniczonej przestrzeni lekkim nalotem włóknikowym. Cała zaś otrzewna ma połysk prawidłowy i nie przedstawia żadnych zmian.

Wątroba nie powiększona, na przekroju blada, nieco stłuszczona, wreszcie żadnych ognisk w niej nie ma.

Otoczkę nerek zdziera się łatwo; powierzchnia ich gładka, blada, na przekroju nerki są również blade, niezmienione.

Nadnercza względnie bardzo duże, płaskie, szerokie, są wielkości takiej, jak średnio bywają u dorosłego mężczyzny, a nawet i większe. Na przekroju nie przedstawiają żadnych ognisk ograniczonych, żadnych zmian.

Pęcherz moczowy ściągnięty, prawidłowy.

Błona śluzowa żołądka i kiszek niezmieniona.

Narządy płciowe zewnętrzne i wewnętrzne nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Za ostateczną przyczynę, która przyspieszyła zgon chorej [już i tak podupadłej na odżywianiu i siłach, przez szybki wzrost i rozpad nowotworów, nieprzyjmowanie pokarmów], należy uważać ostrawne zapalenie osierdza z obfitym dosyć wysiękiem.

Przy sekcji wyciąłem kilkanaście guzów z różnych miejsc i z trzech miejsc kawałki skóry, na której tylko plamki barwnikowe były widoczne, albo też i nieznaczne ich nacieczenie. Nadto, jeszcze w miesiącu Maju, zaraz po przybyciu chorej do oddziału, wyciąłem jeden guzik z podbródka do badania drobnowidzowego. Ten ostatni guzik, wielkości dużej wiśni, był obnażony w wielu miejscach z naskórka, łatwo krwawił, na przekroju białoszary z lekkim różowawym odcieniem, bez barwnika, budowy siateczkowatej. Na skrawkach zabarwionych już gołem okiem odróżnić można smugi niteczkowate, które jakby w siatkę się splatają. Przy badaniu drobnowidzowym, warstwa naskórka tam, gdzie jest zachowana, okazuje się nieco zgrubiałą, a soplowate zagłębienia warstwy MALPIGHISZ'a sięgają głębiej, niż prawidłowo. Zwykle z zewnętrznej warstwy nabłonka torebki włosowej zaczyna się bujanie jego komórek, a dalej i nabłonka gruczołów łojowych. Komórki stożkowate, podobne do komórek najgłębszej warstwy MALPIGHISZ'a i do komórek zewnętrznej warstwy torebki włosowej i gruczołów łojowych, w dwa rzędy ułożone, w kształcie długich tworów, zapuszczają się głęboko w skórę właściwą, dają liczne wypustki i siatkowato się łączą z sąsiednimi podobnymi tworami; w miejscach połączenia twory te są o wiele znaczniejszej objętości, trójkątne, wielokątne, lub okrągławe i składają się z komórek obwodowych, stożkowatych, dosyć wysokich, a w dalszych rzędach ich, ku środkowi bardziej, komórki zbliżone są do owalnych, sześciennych, a nawet i wielokątnych. Ciało komórek jest zlekka ziarniste, jądro przeważnie owalne, rzadziej okrągłe, dosyć duże, ziarniste, z jednym lub kilku większymi ziarenkami, jakby z jąderkami, chociaż często brak tych ostatnich. Jądro barwi się bardzo mocno, jak również i protoplazma komórki, podobnie jak stożkowate komórki ostatniej warstwy MALPIGHISZ'a, komórki gruczołów łojowych i t. p. Dosyć często daje się widzieć na poprzecznym lub podłużnym przecięciu cieniutki włos, siedzący w niezmiernie rozrosłej torebce, od której rozchodzą się promienisto długie smugi komórek nabłonkowych, miejscami grubsze, kolbowate, łączące się z innymi podobnymi tworami.

Jakem tylko co wspomniał, warstwa naskórka jest zgrubiałą, a soplowate jego masy międzybrodawkowe dosyć głęboko wnikają do tkanki skóry właściwej, zachowując najczęściej swą typową budowę. Niekiedy jednak, ale należy

to już do rzadszych zjawisk, zdaje się, jakby wnikały w głąb guzika, rozgałęziały się jak w kankroidzie i wytwarzały ciała rakowe z *globes épidermiques*. Odróżnić je łatwo jeszcze i dlatego, że komórki tych ciał rakowych, oprócz obwodowej warstwy, są wielokątne, płaskie, duże, o dużym jądrze, i słabo się barwią, a w każdym razie o wiele słabiej od poprzednio opisanych ciał rakowych. Nie można jednak nie zauważyć, że i torebki włosowe dają początek podobnymże tworom, a nieraz i włos cienki jeszcze w ich środku daje się widzieć.

W wielu miejscach komórki tych ognisk nabłonkowych zaczynają ulegać zwyrodnieniu klejowatemu. Widzimy to *vacuolae* w ciałach komórek, to całe ciało komórki zamienia się na jednolitą masę, zlewa się z innymi, a jądra, jakby napęczniałe, przestają się barwić, lub też barwią się bardzo słabo; w końcu, zamiast ciała rakowego, widać ognisko jednolitej klejowatej masy z nielicznymi jądrami na obwodzie, bardzo słabo zabarwionymi. Ogniska te są pooddzielane tkanką mięsاکową, która z czasem prawdopodobnie takiej samej ulega zmianie, a wtedy wiele ognisk zlewa się w jedno, wielkości ziarnka konopnego, a nawet i soczewicy, tak, że nieuzbrojonym już okiem odróżnić je można. Brodawki skóry w miejscach, gdzie warstwa naskórka jest zgrubiałą, są wydłużone i szerokie; mają bardzo dużą ilość komórek owalnych, lub wrzecionowatych, dużych, barwiących się mocno, a istotę międzykomórkową prawie jednolitą, gdzieniegdzie zlekka włóknistą. Włókien sprężystych nie mają. Tak samo zmienioną jest i tkanka skóry pomiędzy tworami nabłonkowymi, a tylko w po wierzchovej warstwie nowotworu, jak i w brodawkach, widać miejscami i drobne komórki limfoidalne. Tkanekę tę należy już uważać za mięsاکową, tembardziej, że ścianki licznych w niej naczyń są złane z nią zupełnie. *Endothelium* w nich jest nabrzmiałe i wydatne. W głębszych częściach nowotworu przybiera ta tkanka wygląd mięsaka wrzecionowato-komórkowego, bardzo bogatego w te pierwiastki anatomiczne.

Barwnika w tym guziku nigdzie nie było.

Gruzoły potowe, gdzie je widać było, żadnym zmianom nie uległy, tylko naokoło nich było dosyć znaczne nacieczenie komórkowe.

Guz z brody, wycięty przy sekcji, przylegał do opisanego powyżej. Na przekroju w miejscach, nieuległych rozpadowi, był białawy, gładki, jednostajnej budowy. Pod drobnowidzem wykazuje budowę mięsaka wrzecionowato-komórkowego, a miejscami i okrągło-komórkowego. Komórki jego są duże, o dużych podłużno-owalnych, lub okrągłych jądrach, mocno się barwią. Pośród tego guza widać bardzo wiele dużych komórek, niekiedy wielkości komórek olbrzymich, ale najczęściej zawierają po jednym, dwa lub nieco więcej jąder; jądra te są duże, często większe od całej komórki nabłonka płaskiego, barwią się hematoksyliną prawie czarno, przeważnie ich część obwodowa, która jest gruboziarnistą. Ciało komórek jest niekształtnej, trójkątnej, lub wielokątnej postaci, albo nieprawidłowo owalne, lub okrągłe, o bardzo delikatnej ziarnistości — barwi się słabo. Skłonny bardzo jestem przyjąć te komórki za zmodyfikowane, lub zwyrodniałe komórki plazmatyczne (*Plasmazellen*), chociaż przekonujących na to dowodów w moich preparatach znaleźć nie mogłem. Prócz tych komórek, niekiedy widać i komórki podobne do tak zw. ma-

łych komórek olbrzymich. Istota międzykomórkowa jest prawie jednolita, rzadziej widać w niej lekką włóknistość.

Pośród tej tkanki mięsakowej porozrzucane są także tu i owdzie ogniska komórek nabłonkowych, podobne do tych, jakie w poprzednim guzie były opisane. A nadto w miejscach, blisko rozpadłych części guza leżących, znajdujemy i pewną ilość komórek limfoidalnych.

Guzik z czoła, wielkości orzecha laskowego, podłużno-owalny, miejscami ciemno-brunatnym barwnikiem zabarwiony, na przekroju zawiera jamę większą niż ziarnko grochu polnego, napełnioną gęstą, kleistą masą. Naskórek jest bardzo cienki, zanikły, a twory rakowe powstają z bujania komórek nabłonka torebek włosowych i gruczołów łojowych, a ile się zdawać może, niekiedy i z warstwy cylindrycznych komórek naskórka. Twory te nabłonkowe są różnej wielkości, podłużne i wąskie, łączące się z sobą w różnych kierunkach. Pozostała pomiędzy temi tworami tkanka skóry ma budowę tkanki mięsakowej, wrzecionowato-komórkowej. Naczyń zawiera niewiele. Gruczoły potowe niezmienione.

Z innego miejsca czoła guziczek, wielkości ziarnka grochu polnego, ma więcej barwnika brunatnego, prawie czarnego. Jest to mięsak olbrzymiokomórkowy i z budowy drobnowidzowej podobny jest nieco do *epulis*, tylko, że o wiele jest bogatszy w pierwiastki komórkowe, to wrzecionowate, to okrągłe; nadto, istoty międzykomórkowej ma niewiele i jest ona prawie jednolita, rzadko zaś przedstawia niewielką włóknistość. Komórki olbrzymie, których bardzo wiele widać na jednym polu drobnowidzowym, mają po kilkanaście i więcej jąder dużych, owalnych, zlekka ziarnistych, dosyć mocno zabarwionych; leżą zwykle w środku komórki w grupie, ekscentrycznego układu nigdy nie mają. Samo ciało komórki bardzo słabo się barwi, wątle, prawie jednolite, kształt ich najrozmaitszy, nie przedstawiają jednak żadnego podobieństwa do komórek olbrzymich LANGHANS'a, tak ze względu na kształt, jak wielkość i układ jąder.

W miejscach, gdzie guziczek przechodzi stopniowo w skórę niezmienioną nowotworowo, widać, że zaczyna się około naczyń, gruczołów łojowych i torebek włosowych, w miejscach, gdzie najwięcej i przeważnie bywa dużo barwnika żółto lub ciemno-brunatnego w komórkach łączno-tkankowych. W tych to miejscach odbywa się bujanie komórek i wytwarzanie tkanki sarkomatycznej.

Naskórek jest zcieńczały i zanikły prawie do $\frac{1}{4}$ swej grubości i ostatnia warstwa jego komórek, zewnętrzna warstwa nabłonka torebek włosowych, jak również i część tkanki skóry najpowierzchniwsza zawierają dużą ilość ciemno-brunatnego barwnika. W tem to miejscu z torebek włosowych i, może, z warstwy stożkowatych komórek naskórka, wychodzą długie, cylindryczne twory nabłonkowe, wytwarzające guziczek rakowy wielkości ziarnka konopnego, guziczek, znajdujący się pośród tkanki mięsakowej. Gdziekolwiek i w komórkach cylindrycznych tego raka znajduje się niewiele barwnika i także, jak w innych guzach, zwyrodnienie pewnej części tworów rakowych.

Guz nosa, owrzodzony, krwawiący, zrazikowaty, jest bardzo bogaty w szerokie naczynia, o cienkich ścianach. Guz ten stanowią głównie twory rakowe, budowy i genezy jak w poprzednich guzach. Pewna ilość ciał rakowych układa się w duże ogniska, otoczone tkanką sarkomatyczną wrzecionowato-ko-

mórkową. Zwyródnienie klejowate ciał rakowych przybiera tu bardzo rozległe rozmiary. Barwnika w guzie nie ma.

Naskórek, w miejscach gdzie się zachował, jest zanikły, bez barwnika.

Guziczki z policzka wraz z otaczającą skórą, wielkości ziarnka grochu i nieco mniejsze, mają budowę przeważnie raka, jak i pierwszy guz; pochodzenie tego nowotworu także, jak i powyżej opisanych guzów. Barwnika znajduje się bardzo dużo w tkance skóry, tuż pod naskórkiem; nagromadzony jest on w komórkach łączno-tkankowych naokoło naczyń dosyć licznych i szerokich; często i głębiej nawet sięga w tkankę skóry. W naskórku i tworach rakowych o wiele mniej go bywa, ale bujanie nabłonka tam się odbywa, gdzie naokoło torebek włosowych i t. d. i po części w ich nabłonku nagromadził się barwnik. Toż samo i w około naczyń, a właściwie miejsc, gdzie najwięcej barwnika, powstaje mnożenie się komórek dużych, wrzecionowatych lub owalnych, a ilość istoty międzykomórkowej znacznie się zmniejsza, staje się ona prawie jednolitą, słowem: tkanka przybiera cechy tkanki mięsakowej. Wogóle prawie wszędzie, gdzie barwnika więcej się nagromadza, zaczyna się rozwijać tkanka mięsakowa, lub nabłoniakowa. [D. n.]

III. O WYNIKACH CHIRURGICZNEGO LECZENIA SUCHOT KRTANI.

Podał

Tecdor Heryng,
ordynator szpitala Ś-go Rocha.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 2].

B. Spostrzeżenia nowe.

Przystępuję teraz do opisu chorych, dotkniętych suchotami krtani i płuc, których od roku 1887 leczyć miałem sposobność.

Ilość spostrzeganych od roku 1887 do 1889 włącznie przypadków wynosi 350, z których w praktyce prywatnej 200, w szpitalu 150. Leczeniu specjalnemu poddało się osób przeszło 60, gdyż uwzględniam tu tych tylko chorych, którzy przynajmniej miesiąc pozostawali w obserwacji. W osobnej tablicy podaję chorych leczonych za pomocą łyżeczowania i kwasu mlecznego, w osobnej zaś tych, u których tylko kwas mleczny był stosowany. Opis przypadków, w których użyłem elektrolizy do zniszczenia nasięzków gruźliczych, podany zostanie oddzielnie. Uważałem dziś już za możliwe nie obciążać tej pracy szczegółowymi opisami kazuistycznymi, a to z powodu, że dzięki publikacyjom innych autorów, potwierdzających wyniki leczenia chirurgicznego suchot krtani i po przełamaniu nareszcie panującego sceptycyzmu, dalsze przedstawianie aktów dowodowych jest zbytecznem. Podana poniżej tablica III zawiera 19 przypadków przez czas dłuższy obserwowanych, a ułożoną została w ten sam sposób, jak szereg spostrzeżeń, ogłoszonych w r. 1886 na 59 zjeździe naturalistów w Berlinie ¹⁾.

¹⁾ Odbitka z „Deutsch. Med. Wochschr. r. 1887“ nakład J. THIEME w Lipsku: „Ueber die Heilbarkeit und Therapie der Larynxphthiese. Vorträge gehalten von M. SCHMIDT, Th. HERYNG und H. KRAUSE.

Tablica III. Przypadki suchot krtani, lezone

Numer.	Data pierwszego badania	Nazwisko, imię i zajęcie	Wiek	Anamneza	Dziedziczność.	Krwioplucie.	Stan ogólny. Czynności.	Stan płuc.
1	29 I. 1887.	K...a.	25	Chrypka od Lipca 1886 r.. Duszność i ból przy łykaniu od Lipca 1887.	Matka zmarła z suchot.	—	Odżywianie dobre. Stan bezgorączkowy. Kaszel niewielki. Płwocina w niewielkiej ilości.	W lewym wierzchołku od tyłu oddech oskrzelowy.
2	25. V. 1887.	P. Ru.	30	Od 5 miesięcy chrypka, kaszel, wychudnienie, upadek sił, niedokrwistość.	—	—	Stan bezgorączkowy; kaszel męczący; brak łąknienia; przełykanie niebolesne.	W obu szczytach nieznaczne nasięki, które po 6 miesiącach dochodzą po lewej stronie do 3 żebra, po prawej do 2 żebra.
3	11. VII. 1887.	Panna Jądwiaga, Nauczycielka.	28	Przed laty 18-tu zapalenie płuc; przed 4 laty krwotoki płucne, odtąd kaszel, chrypka; od pół roku gorączka, upadek sił.	Matka i ojciec zmarli na suchoty.	Pluła krwią kilka razy.	Wychudnienie; wieczorna gorączka 38,5° C.. Poty nocne; łąknienie liche; kaszel krtaniowy. Miesiączkowanie nieregularne.	W obu szczytach nasięki, bardziej rozległe po stronie lewej.
4	20. XII. 1888.	Bronisław S. artysta dramatyczny.	30	Stan bezgorączkowy; dobre odżywianie; nie kaszle, nie pluje, chrypi od 5 miesięcy.	—	—	Siły i łąknienie dobre; schudł nieznacznie. Przełykanie nieco utrudnione.	Niewielki nasięk w lewym wierzchołku; tamże oddech nieokreślony.
5	5. I. 1889.	G. Szynkarz.	30	Od 2 miesięcy kaszel i chrypka.	Ojciec zmarł z raka krtani [?]	—	Stan bezgorączkowy. Odżywianie i siły umiarkowane.	Nasięk w prawym wierzchołku.

za pomocą łyżeczki (Curettement).

Badanie płwociny.	Zmiany w krtani.	Leczenie.	Przebieg. Wyniki.	Data ostatniego badania.	Czas trwania zabliźnienia.	Uwagi
Laseczniki Koch'a.	Owrodzenia brzeżne obu strun głosowych. Lewa struna fałszywa i tylna ściana nacieżone. Nasięk przeszedł później w owrodzenia o brzegach przerostych, pokrytych ziarniną; doprowadziły one do objawu zwężenia krtani.	Energiczne wy-skrabanie tylnej ściany i struny fałszywej.	Po 2-ch tygodniach poprawa zarówno głosu, jak i oddechu; przelykanie niebolesne; po dłuższym stosowaniu kwasu mlecznego częściowe zabliźnienie strun głosowych i tylnej ściany.	29. X. 1887.	?	Z poprawą znaczną, zarówno podmiotową i przedmiotową, usunęła się z pod dalszej obserwacji.
Laseczniki Koch'a.	Nagłośnia owrodzona z brzegu i na powierzchni krtaniowej; struna prawdziwa prawa na brzegu wyżarła. Grzybiasty nasięk tylnej ściany, który później przeszedł w owrodzenie.	Kilkakrotne wy-skrabanie tylnej ściany i strun prawdziwych. Kwas mleczny.	26 Maja 1888 r. nagłośnia, tylna ściana, struny głosowe i struna fałszywa lewa zabliźnione; nigdzie nie ma nasięków; głos silny, lecz nieczysty.	29. VI. 1888.	Od 5-u miesięcy.	Przeżył kurację klimatyczną w Sławucie, w Meranie, w San Remo. Badany przez MACKENZIEGO, którzy potwierdzili zupełne wyleczenie krtani i poprawę stanu ogólnego i płuc. Przed 4 miesiącami D-r WRÓBLEWSKI stwierdził powrót choroby krtani, pogorszenie stanu płuc, jednakże bez gorączki. W krtani świeże nasięki i stare blizny. Żadnych owrodzeń. Chory wyjechał do Mentony.
Laseczniki Koch'a.	Na ścianie tylnej, nad strunami głosowymi wyrosł grzybiasty na pół centymetra wysoka. Inne części krtani prawidłowe.	Wypalenie żegardłem galwanokaustycznym nasięku ściany tylnej. Później ze względu na niedostateczny skutek — kiureta.	Zupełne zabliźnienie tylnej ściany z wytworzeniem gładkiej blizny; głos czysty; znaczna poprawa stanu ogólnego i płuc; przybyło 8 kilo; siły i łąknienie wyborne.	29. VII. 1889.	Od 14-tu miesięcy.	Po kuracji w Szczawnicy, z powodu przebytej dysenterji, pogorszenie stanu ogólnego. Krtan prawidłowa. Nieliczne laseczniki w płwocinie. Wyjechała na wieś.
Nie ma laseczników.	Owrodzenie tylnej ściany, pokryte białą ziarniną; zgrubienie i owrodzenie lewej struny głosowej, rozszczepionej w pobliżu <i>proc. vocalis</i> .	Czterokrotne wy-skrabanie ziarniny i owrodzeń. Kwas mleczny.	Zupełne zabliźnienie owrodzeń z odzyskaniem czystego głosu.	26 VIII. 1889.	Od 6-ciu miesięcy.	Występuje ponownie na scenach prowincjonalnych.
Laseczniki w płwocinie.	Nasięk gruźliczy tylnej ściany i struny fałszywej prawej. Struna prawdziwa prawa zgrubiła, owrodzona, rozszczepiona.	Kiureta. Kwas mleczny.	Zupełne wyleczenie krtani z wytworzeniem wyraźnej blizny, głos czysty. Nie kaszle, nie odpluwa.	10. X. 1889.	Od 8 miesięcy.	Utył znacznie, wygląd zdrowego człowieka, w obu szczytach <i>respiratio aspera</i> bez rzężeń. <i>In fossa supraspin. sin. respir. indeterminata</i> . Na łopacie lewej wydech z podmuchem.

Numer.	Data pierwszego badania.	Nazwisko, imię i zajęcie.	Wiek.	Anamneza.	Dziedziczność.	Krwioplucie.	Stan ogólny. Czynności.	Stan płuc.
6	24. III. 1889.	Rz. Do-rożkarz.	40	Od 3 miesięcy duszność, chrypka. Przełykanie bolesne.	Matka zmarła z suchot.	—	Doskonale zbudowany i odżywiany.	Nasięk w prawym wierzchołku z nielicznymi rzężeniami.
7	9. III. 1889.	Du. Robotnik fabryczny.	19	Od 6 miesięcy kaszle, chrypi, chudnie, gorączkuje, traci siły.	Ojciec i siostra zmarli z suchot.	Płuł krwią przed rokiem.	Wyniszczony, gorączkuje, ma chrypkę i ból przy łykaniu.	Rozległy nasięk w lewym wierzchołku.
8	5. II. 1889.	Jan St. Apte-karz.	28	Od 3 lat kaszle. Od roku chudnie. Utrudnione połykanie.	Suchoty w rodzinie.	Płuł krwią dwa razy.	Siły i odżywianie względnie dobre; bez gorączki.	Nieznaczny nasięk w prawym wierzchołku; lewy szczyt silniej zajęty.
9	12. III. 1889.	Paulina N.	39	Od 1½ roku chrypi, kaszle, narzeka na duszność.	Matka zmarła z suchot.	—	Chudnie, gorączkuje, traci siły, kaszle.	W prawym wierzchołku stopienie od przodu i z tyłu. W dolnej części lewego płuca stopienie, oddech oskrzelowy.
10	2. I. 1889.	K. Fel-czer.	40	Od kilku miesięcy napady męczącego kaszlu; nieżyt żołądka i kiszek. Przed kilku laty operowany z powodu polipów nosa.	—	Płuł krwią 27. X. 1888.	Wyborne odżywianie, budowa ciała silna, kaszel, chrypka.	<i>Bronchitis diffusa</i> bez wyraźnego umiejscowienia.
11	30. VIII. 1889.	Kazi-miera F.	46	Z powodu chrypki i cierpienia płuc spędziła zimę w r. z. w San Remo; powróciła z poprawą; powrót cierpienia w krtani od Lipca tegoż roku.	Suchoty w rodzinie [brat].	—	Upadek sił, gorączka; jaknienie zmniejszone; przełykanie z powodu silnych bólów prawie niemożliwe.	Nasięki w obu płucach od przodu i od tyłu; wydawniejsze w prawym wierzchołku. <i>Pleuritis sinistra sicca</i> .
12	22. IX. 1889.	Aleksander B. Obywatel.	36	Od roku chrypka ból przy łykaniu; schudł nieco.	Suchoty dziedziczne. [Brat chorej Nr. 11].	Dwa razy płuł krwią.	Odżywianie dobre, stan bezgorączkowy; głos silny; przełykanie bolesne.	<i>Bronchitis suspecta in apicibus</i> .

Badanie płwociny.	Zmiany w krtani.	Leeczenie.	Przebieg. Wyniki.	Data ostatniego badania.	Czas trwania zabliźnienia.	Uwagi.
Dużo laseczników w płwocinie.	Nagłośnia nacieczona, zarówno jak ściana tylna, obie struny fałszywe i więzy boczne. Struny fałszywe owrzodzone przykrywają struny prawdziwe.	Trzykrotne wyskrobanie tylnej ściany i strun fałszywych.	Zupełne zabliźnienie krtani; łykanie bez bólu; oddech swobodny. [12. III. 1889].	16. III. 1889.	Od 4 miesięcy.	Wypisał się w Kwietniu i zajmuje się dawnym procederem.
Laseczniki.	Silny nasięk ściany tylnej, strun fałszywych i więzów bocznych; struny prawdziwe zgrubiałe, czerwone.	Dwukrotne wyskrobanie. Kwas mleczny.	Zupełne zabliźnienie owrzodzeń; głos czysty; łykanie bez bólu.	2. X. 1889.	Od 6 miesięcy.	Przed 3-ma tygodniami zgłosił się ponownie z powodu kaszlu i gorączki, krtani bez zmiany. Rokowanie złe z powodu młodzieńczego wieku i złych warunków materyjalnych.
Mało laseczników.	Nasięk nagłośni i strun fałszywych; tylna ściana obrznięta i owrzodzona.	Trzykrotne wyskrobanie. Kwas mleczny.	Zabliźnienie strun prawdziwych; tylna ściana jeszcze zgrubiała; głos znacznie lepszy.	5. III. 1889.	?	Wyjechał ze znaczną poprawą. Biało w moczu.
Nieliczne laseczniki.	Nagłośnia, więzy boczne, tylna ściana i struny fałszywe owrzodzone i gruboziarniste. Struny prawdziwe na brzegach owrzodzone.	Trzykrotne kiuretowanie. Kwas mleczny.	Zabliźnienie strun prawdziwych. Powrót na tylnej ścianie.	10. IV. 1889.	?	Znaczny upadek sił. <i>Cyanosis</i> . Sprawa w płucach szybko się rozprzestrzenia. Rokowanie złe.
Laseczników nie znaleziono.	Zarówno prawdziwe, jak fałszywe struny silnie zaczerwienione i obrzękłe. Tylna ściana nacieczona i owrzodzona. Nieco później owrzodzenia na <i>proc. vocal. sin.</i>	Kiuretowany w r. 1889 w Kwietniu przez D-ra WRÓBLEWSKIEGO. Z powodu powrotu choroby powtórzyłem energiczne wyskrobanie.	W Lipcu t. r. D-r WRÓBLEWSKI znalazł zupełne zabliźnienie krtani.	27. X. 1889.	Od 7 miesięcy.	Nałogowy pijak.
Laseczniki i włókna sprężyste w płwocinie.	Tylna ściana i chrząstki SANTORINI'ego pokryte rozległym owrzodzeniem kraterowem; <i>proc. voc. sin.</i> owrzodzony; struny fałszywe obrzękłe, czerwone; struny prawdziwe mało zmienione.	Dwukrotne energiczne wyskrobanie tylnej ściany. Kwas mleczny.	Po 6 tygodniach zabliźnienie ściany tylnej, głos silny, przełykanie bez bólu.	17. X. 1889.	?	Wyjechała na wieś ze znaczną poprawą zarówno krtani, jak i stanu ogólnego.
Liczne laseczniki w płwocinie.	Nagłośnia zgrubiała, w samym środku owrzodzona; poniżej owrzodzenia ziarnina w formie sopli; nasięk nagłośni twardy; inne części krtani prawidłowe; tylna ściana trochę zmętniona.	Dwukrotna elektroliza, potem kiureta.	Zabliźnienie zupełne.	8. X. 1889.	?	—

Numer.	Data pierw- szego bada- nia.	Nazwisko. Imię i zaję- cie.	Wiek.	Anamneza.	Dziedzicz- ność.	Krwio- plucie.	Stan ogólny. Czynności.	Stan płuc.
13	13. IV. 1885.	Karw. urzęd- nik.	30	Przed 7 laty przy- miot. Gumat na pod- niebieniu, który zni- szczył języczek. Przebył nasięk w prawym wierzchoł- ku. <i>Post curam spe- cificam</i> zablźnienie. Od Czerwca 1888 chrypka i utrudnio- ne przełykanie.	Ojciec zmarł z suchot.	—	Od Maja t. r. stan bezgorączkowy; po kuracyi w Szczaw- nicy znaczna popra- wa co do stanu płuc.	Nasięk w prawym wierz- chołku do 3 żebra; <i>respi- ratio indetermin.</i> ; w lewym wierzchołku <i>respir. aspera</i> .
14	15. VI. 1887.	Kapi- tan S.	29	Od półtora roku cierpi na płuca, od 6 tygodni chrypi i chudnie, przed laty 10 przebywał przy- miot.	—	—	Odżywianie umiar- kowane, stan bez- gorączkowy; kaszle, chrypi, narzeka na ból przy łykaniu.	<i>Bronch. susp. in apic. sin.</i> Rzeżenia nieliczne. We 2 miesiące później rozwinęło się także stępienie i od- dech oskrzelowy.
15	Lipiec 1888.	Kr. urzęd- nik.	61	Dotąd zdrowy, od Lipca 1888 r. go- rączka, wychudnie- nie, brak łaknienia, chrypka, kaszel.	Ojciec zmarł z suchot płucnych.	—	Chudnie; traci siły. <i>Status subfebrilis.</i> Kaszle.	W lewym wierzchołku <i>bronchitis suspecta</i> . Nad le- wą łopatką stępienie, od- dech oskrzelowy; poniżej <i>resp. indeterminata</i> .
16	27. IX. 1889.	Br. Tele- grafista.	26	Od pół roku chryp- ka, ból przy łykaniu, kaszel.	Brat zmarł z suchot.	—	Miernie odżywiany, nie gorączkuje, łak- nienie dobre, głos ochryply.	W prawym wierzchołku nieznaczne stępienie.
17	15. X. 1889.	Mag- dalena Geniusz.	50	Od 9 miesięcy chry- pi, kaszle, narzeka na ból przy łykaniu.	—	—	Miernie odżywiana, nie gorączkuje; siły ma dobre; głos ochryply.	W prawym wierzchołku oddech niewyraźny. W le- wym liczne rzeżenia trze- szczące. Pod prawą łopatką <i>respir. aspera</i> ; wydech przedłużony.
18	28. IX. 1889.	Anna B.	34	Od 2 miesięcy chry- pi, kaszle i dużo od- pluwa.	—	—	Dobrze odżywiana, bez gorączki, nar- zeka na brak sił, ból przy łykaniu, chrypkę. Jest w 7 miesiącu ciąży. <i>Tu- mor lienis</i> .	Nasięk gruzliczy pod lewą łopatką.

Badanie pośmiertne.	Zmiany w krtani.	Leczenie.	Przebieg. Wyniki.	Data ostat- niego bada- nia.	Czas trwania zablźnienia.	Uwagi.
Liczne lase- czniki w płwocinie.	Na tylnej ścianie nad stru- nami głosowemi znaczny nasięk i owrzodzenie głą- bokie o brzegach przero- śłych; struny fałszywe zgru- białe; struny prawdziwe prawidłowe.	Pięciokrotne wy- skrobanie ściany tylnej.	Zablźnienie zupeł- ne, głos czysty. W Maju 1889 r. stwier- dziłem trwałość po- prawy zarówno krta- ni, jak i płuc.	Wrze- sień, 1889.	Od 5 mie- sięcy.	Badanie drobnowidzowe kawałków tkanki usunię- tych kiuretą wykazało obecność typowych gru- zełków. Laseczników KOCH'a ani LUSTGAR- TEN'a wykryć nie można było [D-r ELSEMBERG]. Na wiosnę przyjmował jod, później kreozot w dużych dawkach.
Laseczniki w płwocinie.	Struna prawdziwa prawa zgrubiała, owrządzona na brzegu. Głęboki kraterowy wrzód na ścianie tylnej o dnie żółto-czerwone. Na- sięk jest sklerotyczny. <i>Cart.</i> SANT. gruszkowato nacie- czone; więzy boczne cien- kie; struny fałszywe obrzętałe.	Trzykrotne ki- retowanie; wcie- rania, jod.	Po 3-ch miesiącach zablźnienie zupełne, głos czysty, popra- wa odżywiania.	22. III. 1889.	—	W tkankach, usuniętych kiuretą, drobnowidzowe badanie wykazuje obec- ność gruzełków z komór- kami olbrzymiemi. W na- czyniach krwionośnych <i>endo-arteriitis et periarte- riitis sphyliatica</i> .
Laseczniki w płwocinie.	<i>Chorditis ulcerosa dextra</i> . Tyna ściana nieco zmę- tiona; inne części praw- idłowe.	Dwukrotnie ki- retowanie. Kwas mleczny.	Zupełne zablźnie- nie struny prawej z wyraźną blizną i zanikiem struny; głos czysty, nie kaszle, nie odpluwa.	3. XI. 1889.	Od 3 mie- sięcy.	W lewym płucu od tyłu <i>respir. aspera</i> z wydłużo- nym wydechem.
W płwocinie laseczników nie znalezio- no. [Patrz uwagi].	Twardawy nasięk powyżej strun. Na środku utrata substancji trójkątna; (<i>fissu- ra</i>); poniżej wyrosłe bro- dawkowe; lewa struna praw- dziwa zaczerwieniona, nieco zgrubiała.	Dwukrotne ki- retowanie.	Zablźnienie krtani zupełne, głos czysty.	2. XI. 1889.	—	Części, usunięte kiuretą, pod drobnowidzem przed- stawiają typową budowę gruzliczą; zawierają ol- brzymie komórki.
Laseczników w płwocinie nie wykryto [patrz uwa- gę].	Krtań blada, w przednim kącie i na obu strunach fałszywych liczne brodaw- kowe wyrosłe w formie po- lipów; lewa struna praw- dziwa trochę zgrubiała, ró- wnież <i>cartilago SANT. sin.</i> Struny prawdziwe praw- idłowe.	Za pomocą ki- rety usunąłem wszystkie naro- śle krtani na je- dnym posiedze- niu.	Zablźnienie po 3 tygodniach. Głos silniejszy, prawie czysty.	Pozo- staje w ob- serwa- cyi.	—	Badanie drobnowidzowe części, usuniętych kiuretą, wykazuje obecność gru- zliczego nasięku z licznymi komórkami olbrzymiemi. Zmarła w Grudniu na ostre krupowe zapale- nie płuc.
Laseczników nie znalezio- no.	Grzybiasty nasięk tylnej ściany krtani; inne części prawidłowe.	Energiczne wy- skrobanie tylnej ściany aż do ochrzęstnej.	Zablźnienie z wy- tworzeniem blizny. Głos jeszcze stłu- miony, przełykanie niebolesne.	—	—	Pozostaje w obserwacji.

Numer.	Dzień pierwszego badania.	Nazwisko. Imię i zajęcie.	Wiek.	Anamneza.	Dziedziczność.	Krwioplucie.	Stan ogólny. Czynności.	Stan płuc.
19	15. X. 1889.	Józef W. Stójkowy.	28	Od 8 miesięcy. Parastezyje krtani, lekkie utrudnienie połykania.	Matka zmarła z suchot.	—	Silnej budowy, dobrze odżywiany, bez gorączki, skarży się na chrypkę i zawadę przy łykaniu.	Z prawej strony poniżej łopatki wydech przedłużony, nieliczne rżenia. Z lewej strony pod łopatką i <i>in apice dextro respiratio aspera.</i>

Podany powyżej materiał obserwacyjny wypada nam teraz rozebrać szczegółowo.

Co do płci: na 19 spostrzeżeń przypada 13 mężczyzn, 6 kobiet.

Co do wieku: najmłodszy chory liczył lat 19, najstarszy 61.

Co do zajęcia: fizycznie pracujących było 4, pozostała liczba zajmowała się przeważnie pracą umysłową.

Dziedziczność stwierdzoną została w 13 przypadkach.

Krwotokom płucnym przed wybuchem suchot krtaniowych podlegało 5 osób.

U 15 chorych zmiany gruźlicze płuc były zupełnie rozwinięte; tylko u czterech chorych [NN. 10, 12, 16 i 19] znaleźliśmy objawy nieżytu oskrzeli, umiejscowionego w wierzchołkach, bez wyraźnego stępienia.

Laseczniki gruźlicze znaleźliśmy u 15 chorych, u trzech [NN. 16, 17 i 19] brakowało ich w płwocinie, natomiast wykryć się one dały w kawałkach tkanek, wydobytych kiuretą.

Szczegóły umiejscowienia sprawy gruźliczej w krtani podaję poniżej:

Na 19 przypadków suchot krtani zajęte były:

Nagłośnia	5 razy
Tylna ściana	16 „
Struny prawdziwe	13 „
Struny fałszywe	9 „

We wszystkich 19 przypadkach do usunięcia zwyrodnionych tkanek posługiwałem się ostrą łyżeczką. Kwas mleczny stosowałem zwykle przy owrzodzeniach strun prawdziwych, lub fałszywych, gdyż przy cierpieniach nagłośni i tylnej ściany okazywał się zwykle bezsilnym. Co do czasu trwania zabliznienia, szczegóły podane zostały w tablicy. W 9 przypadkach waha się on pomiędzy 3 a 14 miesiącami.

Badanie pośmiertne.	Zmiany w krtani.	Leczenie.	Przebieg. Wyniki.	Data ostat- niego bada- nia.	Czas trwania zabliźnienia.	Uwagi.
Laseczników nie ma.	Na tylnej ścianie nasięk szarawy w formie stożka na 1/2 ctm. wysoki. Inne części — zdrowe, struny prawdziwe czerwone.	Galwanokaustyczne zniszczenie nasięku bezskuteczne, potem kiureta dwukrotnie.	Wyleczenie krtani zupełne. Blizna gładka, głos czysty. Ogólny stan dobry.	28. XI. 1889.	—	W kawałkach tkanki, wziętych kiureta, wybitne zmiany gruczołowe: olbrzymie komórki z lasecznika mi KOCH'a. Przedstawiony w Towarzystwie Lekarskiem 3 Grudnia, zmarł w 10 dni później wskutek ostrego obustronnego krupowego zapalenia płuc. Wyniki sekcji, wykazujące zupełne zabliźnienie krtani, podane zostaną poniżej.

[C. d. n.]

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym, dodatkowym, d. 10. XII. 89. kol. JAWDYŃSKI opisał ciekawy przypadek rany kłótej pęcherza moczowego — ze szczęśliwym zejściem. Przypadek ten, szczegółowo opisany przez autora, znajdzie się w naszym piśmie.

Następnie kol. KRYSIŃSKI mówił obszernie o ciąży zamacicznej. Na początku przemówienia zastanawiał się nad budową błon doczesnych i łożyska ciąży prawidłowej, przyczem, na zasadzie własnych spostrzeżeń i badań, t. zw. komórkom decydualnym nie przypisuje żadnego charakterystycznego znaczenia dla ciąży. Następnie opisał szereg zmian, jakim ulegają macica i jej błona śluzowa przy ciąży zamacicznej; z postaci ciąży zamacicznej uważa ciążę jajowodową za względnie najczęstszą. Kol. K. opisał potem budowę drobnowidzową jajowodu u płodu i kobiety dojrzałej, przyczem dochodzi do wniosku, zgodnie z innymi badaczami, że trudno jest przyjąć, aby jajowód mógł się tak rozszerzyć, iżby zdołał pomieścić w sobie płód dojrzały, do czego w takim razie trzeba by powiększenia jego objętości 50—70 razy. Dlatego też trzeba przyjąć, że już we wczesnych okresach jajowód pęka, a płód nawet i w takich razach dalej rozwijać się może. Jeśli zaś podobny fakt nie jest koniecznym i ciąża jajowodowa zupełnie prawidłowo dochodzi do swego kresu, to zdaniem kol. Kr., następuje rozciągnięcie, nie całej ściany jajowodu, lecz jej części, tak, iż możnaby to rozciągnięcie uważać poniekąd za nowotwór torbielowy. Rozciągnięcie i wypuklenie iść może ku górze [ku jamie otrzewnej], lub ku dołowi [między listki *lig. lati*]. Następnie opisał kol. Kr. znane dotąd fakty co do budowy histologicznej worka i łożyska przy ciąży jajowodowej, poczem przeszedł do opisu szczegółów badania drobnowidzowego worka i łożyska w jednym przypadku, operowanym przez kol. MATLAKOWSKIEGO, opisanym w N. 41—43 GAZ. Lek. z r. z.. Co do worka płodowego, którego kol. Kr. zbadał 16 seryj skrawków, pokazało się, że budowa histologiczna różnych kawałków ściany, z pozoru niczem nieróżniących się od siebie, była bardzo rozmaita. Cechą jednak wspólną wszystkich kawałków było: a) nekroza koagulacyjna WEIGERT'a, b) zupełna nieprawidłowość układu oraz ilości komórek, c) brak zupełny jakiegobądź warstwy komórkowej, którąby można uważać za prawidłową błonę doczesną, d) roz-

rzucane po całym preparacie, gęściej lub rzadziej, komórki duże, wrzecionowate i e) bardzo mało komórek mięsnych, jakkolwiek ułożonych prawidłowo. Unaczynienie było bardzo rozmaite: raz naczyń prawie nie spotykał, to znów w innych skrawkach widział ich bardzo dużo, a ściany naczyń [tętnic] były mocno zgrubiałe, a głównie na koszt błony wewnętrznej; zgrubienie to miało wszystkie cechy: *endarteritis fibrosa obliterans*. W jednej seryi skrawków znalazł kol. Kr., mniej więcej w pośrodku skrawków, poprzeczne niemal przecięcie jajowodu. Zastanawiając się nad tym faktem i przyjmując, że worek płodowy w danym przypadku rozwinął się z jajowodu tak, że wzrastając zetknął się z macicą, którą wypchnął cokolwiek ku górze i przodowi i że na powierzchni tego worka znajdowano wązką „listewkę“, przebiegającą od dołu i przodu ku górze i tyłowi, i „listewka“ ta okazała się jajowodem, kol. Kr. dochodzi na zasadzie badania histologicznego do wniosku, że ściana worka, poprzednio cieńsza, zgrubiała z biegiem czasu i jajowód, przebiegający po jej powierzchni, obrósł tak, że ten na pewnej części przebiegu znajdował się w jej środku. Na tej zasadzie kol. Kr. wypowiada przypuszczenie o nowotworowym wytworzeniu się worka płodowego. Łożysko charakteryzowało się zupełnym zwyrodnieniem kosmków błony naczyniowej, nigdzie ani śladu nabłonka nie znaleziono; kanały po naczyniach kosmkowych wypełnione były ziarnami fosforanu wapnia, a zwapnienie to rozciągało się w części i na same kosmki. Zmiany wyżej opisane (*endoarter. fibr. obliterans*) i zwapnienie kosmków odpowiadają zmianom przy zakażeniu przymiotowem, jakkolwiek ani na matce, ani na dziecku śladów przymiotu nie wykryto. Różnorodność budowy worka płodowego w blizkich bardzo do siebie miejscach tłumaczy sprzeczność wyników dotychczasowych badań na tem polu.

W dyskusji prof. HOYER zaznaczył, że studia nad rozwojem łożyska u zwierząt wyjaśnić mogą niepewne kwestyje jego rozwoju u ludzi, gdyż różnicy wydatnej między rozwojem u ludzi i zwierząt wogóle nie ma i można się, porównując, przekonać, że przestrzeń, wypełniona krwią w łożysku ludzkim istotnie odpowiadają naczyniom krwionośnym. Co do możliwości rozszerzania się jajowodu przy ciąży jajowodowej, to doświadczenia na zwierzętach przekończyły, że rozwój zwierzęcia w jajowodzie jest całkiem możliwy, fałdowaty układ błony śluzowej jajowodu za tem przemawia: może się to więc dzieć i u człowieka.

W końcu kolega HEWELKE opisał przypadek pseudoleukemii z gorączką okresową. Przypadek przewlekły, którego głównymi cechami klinicznymi były okresy gorączkowe różnej długości [od paru do kilkunastu i więcej dni], naprzemian z lekkimi przerwami o ciepłocie prawidłowej, lub niżej prawidłowej. Zmian, tłumaczących gorączkę, nie wykryto; wogóle rozbiór przedmiotowy dawał skąpe wyniki (*bronchitis, anaemia, tumor lienis*). Pomimo rozmaitych zabiegów leczniczych osłabienie, a w końcu charłactwo wzmagało się. Śmierć nastąpiła po 8 miesiącach choroby. Napadów notowano pięć. Badanie pośmiertne wykryło powiększenie śledziony i gruczołów chłonnych przeważnie zaotrzewnowych. Na tej podstawie przy braku zmian ze strony krwi, należy opisaną sprawę odnieść do t. zw. pseudoleukemii. Kol. H. znalazł w literaturze 7 zupełnie podobnych opisów, tak co do strony klinicznej jak i anatomopatologicznej. Etyjologii choroby na podstawie dotychczasowego materiału wyprowadzić nie można. Dotykała ona mężczyzn, w sile wieku, rozmaitych zawodów. Kol. H. zwraca uwagę na znajdowane we wszystkich przypadkach przy sekcji powiększenia gruczołów zaotrzewnowych, stanowiących stałą i najwybitniejszą zmianę ze spotykanych na trupie. Zjawisko to wydaje mu się niemal patognomicznem dla danej sprawy. Gdyby dalsze spostrzeżenia potwierdziły ten związek zmian patologicznych z obrazem klinicznym, należałoby z mało określonej grupy pseudoleukemii wyróżnić tę postać [powiększenie gruczołów zaotrzewnowych, gorączka okresowa], podobnie jak w białaczce odróżniamy pewne odmiany, zależne od przeważających zmian w śledzionie, gruczołach chłonnych, lub szpiku kostnym.

Wiadomości bieżące.

- Liczbę współwłaścicieli Gazety Lekarskiej zwiększył kolega BRONISŁAW SAWICKI,
- **Dengue i influenza.**

Ostatni numer *Deutsche medicinische Wochenschr.* przynosi nam dwa artykuły, z których jeden traktuje o dengue, drugi zawiera dokładne sprawozdanie o panującej w Berlinie epidemii influenzy, zebrane podług protokółów posiedzenia Towarzystwa terapeutycznego z dn. 16 z. m. Pierwsza praca, pióra D-ra ORNSTEIN'a, generalnego lekarza armii greckiej — opartą jest na komunikatach kilku kolegów z Aten, Smyrny i Chios i przedstawia wyniki osobistych spostrzeżeń o epidemii dengue, w Grecyi w ostatnich czasach panującej.

Epidemija została prawdopodobnie przeniesioną z Bayrutu, gdzie panowała od Lutego z. r. aż do Września i ztamąd przeniosła się do Smyrny, gdzie dosięgła znacznego natężenia. W dalszym pochodzie rozszerzyła się w kierunku Konstantynopola, pojawiła się jednakże i w Chios i w Syra. W Atenach panuje ona od Października; przebieg jej był jednak łagodny: wypadków śmiertelnych bowiem nie obserwowano. Podobnie jak w obecnie panującej u nas epidemii influenzy, przebieg ciężki zdarzał się tylko u osób chorowitych, dotkniętych cierpieniami przewlekłemi, u osłabionych. Cierpienie zwykle rozwijało się bez okresu zwiastunnego, wyjątkowo tylko trwał on od 1—3 dni. Przeważnie rozpoczynała się nagłem wystąpieniem wysypki, zbliżonej do odry, szkarlatyny i pokrzywki, z początku na twarzy, później na całym ciele i na kończynach. Towarzyszyło jej nadzwyczajne pieczenie i palenie na skórze dłoni. Wysypka trwała 1—2 dni, potem ustępowała wraz z towarzyszącą gorączką. Powroty choroby często bywały obserwowane, a wraz z nimi i ponowne wystąpienie gorączki i bólów w kończynach. We wszystkich prawie przypadkach po jej ustąpieniu zauważono obfite łuszczenie się skóry z nieznośnem swędzeniem. Oprócz tych objawów, prawie zawsze występowały z początku gwałtowne bóle głowy w skroniach, w czole i w oczodołach, bóle w mięśniach, w krzyżu i w stawach, najsilniejsze — niemal typowe — w kolanach. Każdy ruch wpływał na powiększenie się bólów. Pomimo tego kolumna kręgową na ucisk nie była wrażliwa.

Jednocześnie z wystąpieniem gorączki pojawiały się mdłości, wymioty, bóle w żołądku, niesmak, nieprzyjemny zapach z ust, utrata łaknienia. Język był obłożony. Co do gorączki to ona z początku dochodziła 40°, 40,5° nawet 41° C. i stopniowo spadała do 39° C., czwartego dnia zwykle nie przechodziła 38° C.. W większości przypadków, w szóstym dniu choroby gorączka ustępowała zupełnie. Wyjątkowo obserwowano i zawroty głowy, osłabienie władz umysłowych, zmianę wyrazu twarzy, przedstawiającej cechę psychicznego wyczerpania i zupełną bezsenność, szczególnie z początku choroby. Interesującym było pojawianie się krwotoków z nosa, oskrzeli, dziąseł, macicy, pęcherza, kiszki, a nawet — zdaniem D-ra DASKALAKIS'a — rany zmieniały swój wygląd, stawały się atonicznymi i same przez się krwawiły.

D-r ORNSTEIN zwrócił również uwagę na dziwny antagonizm, jaki w Smyrnie pojawił się pomiędzy malaryją, a dengue. Pierwsza, w miarę rozwoju epidemii dengue coraz rzadziej bywała spostrzegana. Oprócz typowych przypadków, zauważono także wielką ilość form poronnych. Co do leczenia, autor przestrzega przed podaniem chininy, która wywoływała objawy gastryczne, powiększała naderżłość mięśni i bezsenność, najlepsze zaś skutki spostrzegal przy użyciu antypyryny, po której szybko ustępowały bóle głowy, mięśni i stawów.

Rozprawy o influenzy w Towarzystwie lekarzy berlińskich, prowadzone pod kierunkiem LEYDEN'a, nie przyczyniły się wiele do wyjaśnienia wątpliwości co do natury tego cierpienia i były tylko wiernem odbiciem różnorodności panujących w tym względzie poglądów. Rozpoczął je D-r RENVERS, asystent LEYDEN'a, treściwym opisem panującej w Berlinie epidemii i jej typowych odmian, występujących, podobnie jak u nas, w trzech głównych formach. Podobnie i wykład prof. NOTHNAGEL'a, wypowiedziany niedawno w Wiedniu, nie przyniósł nam nic w tym kierunku nowego.

Statystyczne dane, zebrane w różnych oddziałach szpitalnych Berlina, wykazały tylko, jak to podaje D-r FRENZEL o wiele częstsze przypadki choroby u mężczyzn, niż u kobiet. W szpitalu Friedrichsheim na 47 przypadków chorych na influenżę, tylko 7 przypadków obserwowano u kobiet. Naczelnym lekarzem tego szpitala, D-r FÜRBRINGER, skłonny jest uważać influenżę za chorobę miazmatyczną, i wyraża wątpliwość co do jej zaraźliwości bezpośredniej. Sądzi on jednak, że wiele przypadków lekkiego, poronnego zapalenia płuc i oskrzeli, poczytywanych było za influenżę, a na poparce swego

zdania przytacza spostrzeżenie GERHARDT'a, który dosyć często zauważył pojawienie się lekko rdzawej, lub z krwią zmieszanej płwociny. Na fakt ten w artykule o influenzy zwróciłem już uwagę. Przemówienia D-rów LOEWENSTEIN'a, KALISCHER'a, również nie ważnego nie zawierały. Największy interes przedstawiały uwagi LEYDEN'a, wypowiedziane w końcu dyskusji co do natury zapaleń płuc, do których influenza zdaje się usposabiać. W większości przypadków były to zapalenia płuc natury krupowej. Pogląd ten znalazł swe potwierdzenie i w dopiskach do protokółów, dostarczonych przez FÜRBRINGER'a. Zwraca on uwagę, że w ostatnim tygodniu zeszłego miesiąca pojawiały się przypadki zapalenia płuc o przebiegu niezmiernie ciężkim, nawet u osób młodych i silnych — śmiertelne. Liczba tych przypadków w szpitalu Friedrichsheim dochodzi blisko 20-ta. Sekcyjja wykazywała prawie zawsze obustronne zapalenie płuc: albo w formie *bronchopneumonia et bronchiolitis*, albo szczególną formę zapalenia oplucnej (*metapneumonische pleuritis*) z wysiękiem obfitym, bogatym we włóknik, przeważnie surowiczo-ropnym, podobnym do wody gliniastej.

W niektórych przypadkach znajdowano ropny rozpad pojedynczych ognisk zapalnych, bez śladu *sepsis*. Jakkolwiek trudno dowieść na drodze anatomicznej i drobnowidzowej, że przypadki te były następstwem influenzy, jednakże ze względu na anamnezę i niezwykłą jednostajność klinicznego i anatomicznego badania, przyczynowy stosunek tych dwóch spraw nie może ulegać wątpliwości.

FÜRBRINGER potwierdza zatem prawie w zupełności wypowiedziane przezemnie w poprzednim artykule uwagi co do jednoczesnego wystąpienia i doniosłości wspomnianych powyżej cierpień.

Ostatni numer [3] *Allg. med. Central. Zeitung* podaje w streszczeniu kliniczny wykład o influenzy D-ra LEYDEN'a, wypowiedziany w *Verein für innere Medizin* w dniu 16 b. m.

LEYDEN przyjmuje również podział na 3 oddzielne grupy, wydatniające się w obecnej epidemii influenzy, t. j. formę nerwową, kataralną i gastryczną, nadmieniana jednak o licznych od tej formy odmianach i powikłaniach. Oprócz dołączającego się zapalenia oskrzeli, spostrzegał i wystąpienie niekiedy zapalenia gardła i błony śluzowej krtań, wreszcie wspomnianą przez D-ra LOEWENSTEIN'a formę krwistego nasięku błon śluzowych, a także i pojawianie się zapaleń drobnych oskrzeli (*bronchiolitis*) i zapalenia płuc. Zwraca on również uwagę na częste pojawianie się w przebiegu influenzy krwotoków z nosa i z macicy. Spostrzegł on również, oprócz wyprysku wargowego, i formy wysypek podobne do szkarlatynowej. Co do objawów nerwowych, wzmiankuje o pojawieniu się nerwobólów nerwu kulszowego w 1 przypadku i 2 przypadkach nerwobólów nadoczodołowego.

LEYDEN potwierdza, że u rekonwalescentów, u osób dotkniętych wadami zastawek i u suchotników cierpienia pierwotne znacznie się pogarszały.

Co do zapaleń płuc, wikłających influenzę, lub występujących po niej bezpośrednio, L. zauważył, że w formie zapalenia krupowego płuc zwątrobie nie rozwijało się typowo, trzeszczenia były niewyraźne, płwocina nie miała charakteru wybitnie rdzawego; częściej była ona szklista.

Co do patogenii owych spraw zapalnych płuc, pewna część występowała w formie zapalenia krupowego, płwocina zawierała diplokokki FRÄNKEL'a, które szczepione królikom wywoływały septyczne zakażenie krwi.

LEYDEN widział również powroty cierpienia. Uważa on influenzę jako chorobę niezaraźliwą, która przeważnie pojawiała się u osób, zmuszonych skutkiem swego zajęcia do przebywania na powietrzu. W końcu wypowiada L. zdanie, że wobec kierunku, w jakim rozszerzała się obecna epidemia influenzy, nie można stanowczo zaprzeczać pokrewieństwa tej formy z panującą niedawno dengue.

Wzmiankę, podaną przezemnie w N. 2 *GAZ. LEK.* co do znalezionych przez SEIFERT'a mikrokokków przy influenzy w wydzielinie nosa i oskrzeli, uzupełniam dziś szczegółem, że znalezione drobnoustroje, barwiły się barwnikami anilinowemi, że leżały nie w komórkach lecz w śluzie, przedstawiały się zwykle w formie łańcuskowej [diplokokki]. Najlepiej barwiły się wazuwiną. S. nie znalazł tych form ani w wydzielinie zwykłego nieżyty nosa, ani w wydzielinie zwykłego zapalenia oskrzeli. Również nie znaleziono ich dotąd we krwi osób, dotkniętych influenzą. Próby szczepienia u królików nie dały wyników dodatnich, jakkolwiek u 2 zwierząt stwierdzono wystąpienie gorączki.

T. Heryng.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Numer próbny „Wiadomości Farmaceutycznych“.