

# GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH D-RA LEONA NENCKIEGO.

## I. TENONITIS, CZYLI ZAPALENIE TOREBKI TENONA, A TAK ZWANĄ NOSACIZNĄ PSÓW.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 20. III. 1894].

Podali

**Edward W. Zieliński, Leon Nencki i Józef Karpiński.**

Dnia 7 listopada 1892 roku jeden z nas [Ed. ZIELIŃSKI] zawezwany został do chorego Jana B., mężczyzny, lat 32 liczącego. Choroba zaczęła się wieczorem dnia poprzedniego dreszczykami, bólem głowy w skroniach i bólami w oczodołach przy najmniejszym poruszeniu oczami.

Przy badaniu zwrócił na siebie uwagę niezwykle wygląd twarzy chorego: powieki obrzękłe, lekko zaczerwienione, brzegi kostne oczodołów prawie nie zarysowują się wcale, przez co płaszczyzny czoła i policzków wydają się leżącymi na jednym poziomie, co nadaje twarzy wygląd płaskiej maski starożytnej (*larvae*).

Brzegi powiek nie nabrzmiałe. Łącznica powiekowa nie zaczerwieniona, fałda przejściowa nieco surowiczo-nabrzękła; również i pod łącznicą oka, szczególniej dokoła rogówki widać żółtawy, surowiczy podbieg. Żrenice, nie zwężone, oddziałują na światło i akkomodację; światło jednak razi nieco chorego. Sama gałka wypchnięta nieco ku przodowi, mało ruchoma wskutek bólu, towarzyszącego ruchom, dzięki czemu wyraz oczu jest jakby osłupiały. Badanie wziernikiem dna oka zmian widocznych nie wykazuje. Zmianom tym w oczodołach towarzyszy podniesienie ciepłoty do  $38,3^{\circ}$  C., przyspieszenie tętna do 96 uderzeń na minutę, brak łaknienia, apatya i osłabienie ogólne. Cały ten zbiór objawów oczywiście w zupełności odpowiada tej jednostce chorobowej, jaką okuliści opisali pod nazwą: *Tenonitis* lub zapalenia torebki BONNET'a. Jak sama nazwa wskazuje, sprawa zapalna umiejscawia się w torebce oka zwanej *capsula TENONI s. BONNETI, s. capsula albuginea bulbi s. tunica vaginalis*. Torebka ta przedstawia się jako łączno-tkankowa, luźna, nieco przeświecająca powięź, która obejmuje trzy czwarte powierzchni gałki ocznej od tyłu, przyczepiając się do białkówki z jednej strony, do brzegów zaś oczodołowych z drugiej. Tym sposobem tworzy rodzaj prze-

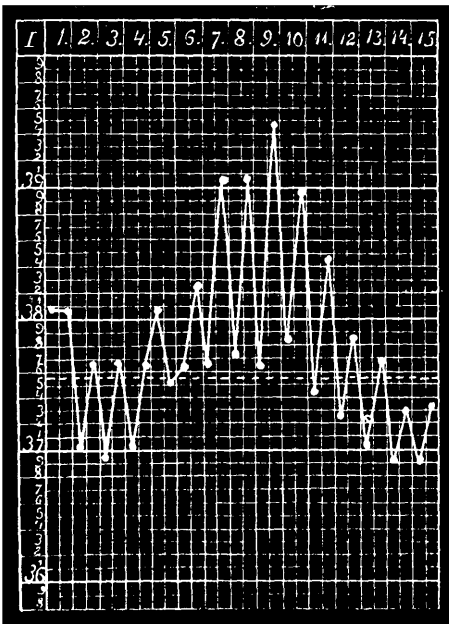
pony, dzielącej oczodół na część przednią, zawierającą samą gałkę i część tylną, wypełnioną tłuszczem, nerwami, naczyniami i mięśniami. Oczywiście te ostatnie muszą przebijać przegrodę, jaką stanowi torebka TENON'a, przyczem otrzymują od niej stożkowate wydłużenia w rodzaju pochewek. Pomiędzy zaś otoczką i białkówką dokoła nerwu wzrokowego roztacza się t. zw. przestrzeń chłonna TENON'a. Powyższe dane anatomiczne objaśniają wiele objawów chorobowych. Wypełnienie wysiękiem przestrzeni chłonnej TENON'a oraz obrzmienie samej torebki oczywiście musi spowodować wypchnięcie gałki w kierunku mniejszego oporu, t. j. ku przodowi. Fakt zaś, że mięśnie oczne przechodzą przez torebkę i otrzymują pochewki, tłumaczy znów, dlaczego przy stanie zapalnym ruchy gałki ocznej torebki stają się bolesnymi, ucisk zaś żył tłumaczy obrzęk powiek. Skąd jednak zjawia się zapalenie tej torebki, jaka je powoduje przyczyna, to pozostało ciemnem do dziś dnia. „*Ihre Uhrsachen sind dunkel*“, powiada E. FUCHS. Aliści dnia następnego [8 listopada] zapada w takiż sam sposób siostra chorego, Marya B. i uczeń, stojący na stancyi u rodziców obojga chorych, Jan H., wobec czego cierpienie przedstawia się już jako sprawa zakaźna i endemiczna przytem; zachęca to do zbadania bakteriologicznie wysięku surowiczego, jaki w dniu trzecim choroby, nieobficie zresztą, wydziela się z łącznicy na fałdzie przejściowej. Wysięk ten lepki [według określenia chorej: jak by jej kto żelatyny rozpuszczonej do oczu nalał], łatwo krzepnący w nitki, składa się z surowicy krwi i nielicznych ciałek białych, zawierających w sobie koki, bądź pojedyncze, bądź leżące po kilka razem, barwiące się barwnikami anilinowymi w wodnych roztworach i metodą GRAM'a, a identyczne z drobnoustrojami, wyhodowanymi z tegoż wysięku na agarze i w bulionie. Przytem we wszystkich trzech przypadkach otrzymuje się hodowle czyste jednego i tegoż samego drobnoustroju. Opisana powyżej endemia nie kończy się jeszcze, gdyż zapadają w takiż sam zupełnie sposób: 10-go listopada drugi uczeń Karol R., 13 listopada druga siostra Stefania B., 14-go zaś matka chorych Eleonora B.. Listownie zaś rodzina B. zawiadomioną zostaje z Gostynina, że bawiąca u nich przez czas jakiś Walerya G. zapadła 8-go listopada na „obrzmienie powiek, ból w oczach, ból głowy i gorączkę“, że po dniach trzech zachorował też i piesek chorej mały mops i przez dwa dni leżał jak rozpalony ze spuchniętymi oczami, nic jeść nie chciał. Następnie po 10 dniach zachorował p. G., ojciec Waleryi G., staruszek 76-letni.

Wszystko to pozwalało wnioskować, że sprawa obserwowana jest nie tylko zakaźną, lecz i zaraźliwą, przenoszącą się z człowieka na człowieka i z człowieka na psy, że wyhodowany drobnoustrój prawdopodobnie jest owym czynnikiem zakaźnym, skoro występował oddzielnie od innych drobnoustrojów, skoro był identycznym u trzech chorych, przebywających w różnych mieszkaniach, na różnych ulicach. Wnioski te znalazły potwierdzenie po 9 miesiącach. W dniu 2-go sierpnia 1893 r. zapadł na takież cierpienie czasowo zamieszkały w mieszkaniu pierwszego naszego chorego Jana B. i śpiący w jego łóżku Stanisław I.. Hodowle otrzymane z wysięku i od tegoż chorego wykazały też same drobnoustroje, co u poprzednich chorych, pomimo że tyle miesięcy upłynęło od czasu pierwszego przypadku, pomimo że wówczas

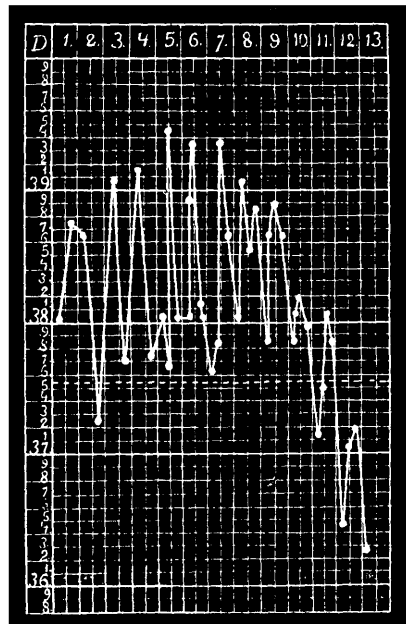
przeprowadzono dezynfekcję mieszkania, pomimo innej pory roku, a więc sprzyjającej rozwojowi innych drobnoustrojów, o ile by te poprzednie były naleciałością przypadkową.

Fakt ten, prócz potwierdzenia powyższych wniosków, uzupełniał jeszcze wiadomości nasze o pewnych biologicznych własnościach zarazka, mianowicie: że jest oporny bardzo na wpływy zewnętrzne; że nie traci swych chorobotwórczych własności nawet po wielu miesiącach po za ustrojem ludzkim; że prawdopodobnie jednorazowe nim zakażenie daje pewną długotrwałą, a może nawet zupełną odporność; trudno bowiem przypuścić, aby spijający w swoim łóżku przez tyle miesięcy chory poprzednio Jan B. przez cały ten czas ani razu nie zetknął się ze znajdującymi się w łóżku zarazkami. Dokładna obserwacja siedmiu chorych, dotkniętych tenonitem, wykazała, że nie jest to choroba wcale miejscowa, jak ją traktują okulisci, że przeciwnie jest to cierpienie ogólne, z ogólnym zakażeniem ustroju; objawy chorobowe bowiem nie ograniczają się li tylko do oczu, przeciwnie nie ma prawie systemu, któryby nie podlegał pewnym zaburzeniom. Tak już ciepłota, notowana przez niektórych okulistów [SZOKALSKI, VOSSIUS, O'FERRALL], nie zawsze opada po ustąpieniu objawów ocznych; te we wszystkich obserwowanych przypadkach ginęły około dnia trzeciego, jako to: obrzęk, ból silny w skroniach, *protrusio bulbi*, podbieg surowiczy łąznicy; pozostawała tylko długo w okresie zdrowienia pewna bolesność przy ruchach gałkami ocznymi.

Jan B.



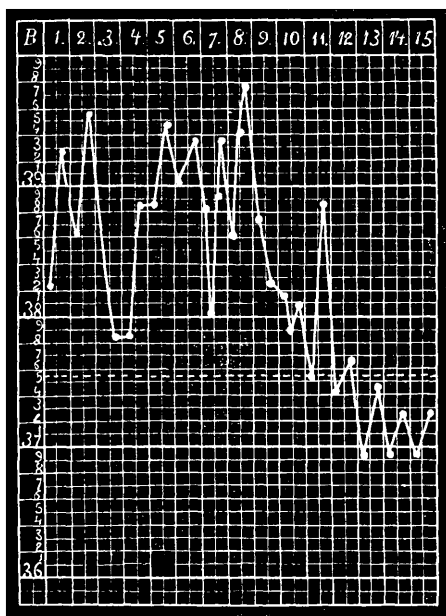
Marya B.



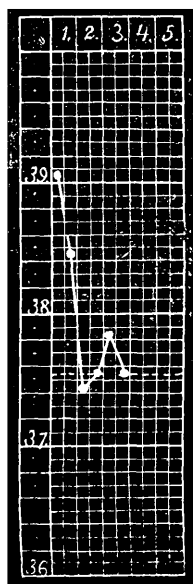
Często też, bo w 4 przypadkach, wraz z ustąpieniem objawów ocznych spadała i ciepłota do stanu normalnego i nie podnosiła się już więcej

[I—II—III—IV], w trzech jednak przypadkach, mianowicie: u chorego Jana B., Marji B. i Stanisława I. po spadku dnia trzeciego podnosiła się już wie-

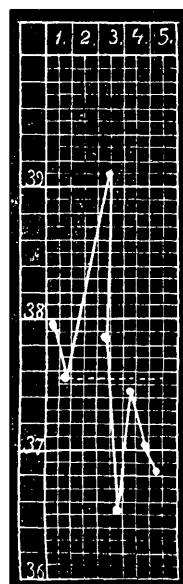
Stanisław I.



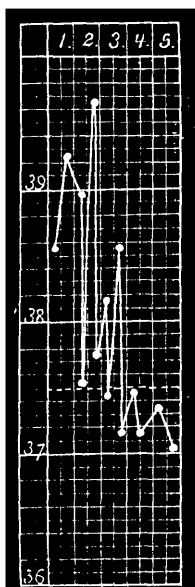
Jan H.



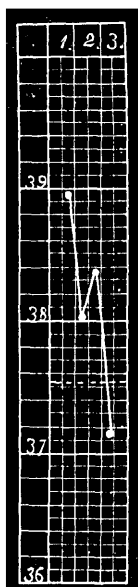
Stefania B.



Eleonora B.



Karol B.



czorem tegoż dnia ponownie, sięgała dzień po dniu coraz to wyższych cyfr, wreszcie w początku drugiego tygodnia [chorzy J. B. i St. I.] lub w końcu pierwszego [chora M. B.] dosięgała swego *acme* [39,6° C., 39,4°—39,6° C.], aby spaść z końcem drugiego tygodnia litycznie do normy. Zresztą innego jakiegoś określonego typu krzywa ciepłoty nie przedstawiała, łamiąc się w najfantastyczniejsze kształty; tylko u chorego St. I. zbliżała się do typu przepuszczającego, niekiedy z półtora-stopniowymi spadkami; niekiedy jednak z  $\frac{1}{2}$  stopniowemi tylko wahaniami. Gdy ciepłota różnie się u różnych chorych przedstawiała, tętno natomiast stale pozostawało pomiędzy 90—96 uderzeniami. Prócz tego u wszystkich chorych obserwowano brak zupełny łaknienia, niesmak, język obłożony, częste odbijania, przelewanie w okolicy kiszki ślepej, burczenie, zatwardzenie. U chorej Maryi B. miały miejsce dwukrotne wymioty 11 i 14 listopada i jednorazo-

przelewanie w okolicy kiszki ślepej, burczenie, zatwardzenie. U chorej Maryi B. miały miejsce dwukrotne wymioty 11 i 14 listopada i jednorazo-

we u Eleonory B. dnia 17 listopada. Śledzionę nieco powiększoną wyczuwało się u chorego Jana B., Stanisława I. i Maryi B.

Ze strony narządów oddechowych wystąpiły u dwu chorych: u Stefanii B. *tracheo-laryngitis* i u Maryi B. na razie *bronchitis diffusa*, a następnie zaś *pneumonia*. Ze strony systemu nerwowego u wszystkich zauważyć się dała apatya, przygnębienie i osłabienie, długo przeciągający się w okres zdrowienia, bóle głowy i brak snu.

U chorego Jana B. i Maryi B. były silne bóle mięśniowe w całym ciele. Szereg tych objawów ogólnych, nie notowanych przez specjalistów chorób ocznych, stawiał lekarzy, odwiedzających chorych, w dość przykrem położeniu i nasuwał mnóstwo najrozmaitszych przypuszczeń co do istoty cierpienia, a więc stawiano przypuszczenia: grypy, tyfusu, malaryi, gruźlicy, zapalenia nerek, a nawet trychinozy. Badano przeto krew i mocz chorych na odpowiednie drobnoustroje lub składniki, ale zawsze z ujemnym wynikiem.

Zresztą, jakkolwiek pewna ilość objawów przemawiała za każdym z tych przypuszczeń, całokształt wszakże cierpienia robił wrażenie jakiejś nieznaney zakaźnej choroby. I sami chorzy, przechodzący w swoim czasie niektóre z tych cierpień, jako to: tyfus, grypę, zimnicę, subiektywnie mieli obecnie inne wrażenie, niż w czasie przebiegu poprzednich cierpień. Wszystko to razem wzięte po zapadnięciu na toż samo cierpienie Stanisława I. kazało odgrzebać stare kilkumiesięczne powysychane hodowle, przeszczepić je na świeże podłoża i zająć się zbadaniem dokładnem otrzymanych drobnoustrojów.

W czasie tej pracy przybył jednak fakt nowy, dopełniający dotychczasowe nasze wiadomości i rzucający nowe światło na omawianą sprawę. Dnia 5-go października 1893 r. kol. ZIELIŃSKI zawiadomionym został, że w mieszkaniu pp. B. zapadł szczeniak mops na chorobę podobną do przebytej przez licznych członków rodziny B.. Przypomniano sobie przytem, że na jakieś 3–4 tygodnie przed wybuchem zeszłorocznej endemii chorowała tak samo matka obecnie chorego szczeniaka. Dodano także, że mimo to, iż obecnie suczka ta liże chore swe szczenię, jest zupełnie zdrową, choć choroba szczeniaka trwa już około tygodnia i choć w sąsiedztwie na tych samych schodach zdechł przed paru dniami mops po miesiącu cierpienia na taką samą chorobę.

Przy oględzinach chorego szczeniaka znaleziono: obrzęk nieznaczny powiek, łzawienie z oczu dokoła szpary ocznej, na sierści powiek białawe przezroczyste strzępki [podobne do wysięku u naszych chorych w dniu 3-cim cierpienia], wyciek z obu nozdrzy, kichanie, nieruchawość, niechęć do figłów, wysypkę wielopostaciową w pachwinach i pod pachami; branie na rękę psa wywołuje skurcz skóry grzbietu, jeżenie się sierści, odrzucanie głowy w tył, drgawki kloniczne w kończynach przy jednoczesnem bolesnem skowyczeniu. Otoczenie konstatuje brak łaknienia, wymioty i rozwolnienie z poprzedzającym zatwardzeniem. Hodowle, otrzymane z wysięku worka łącznicowego i z nozdrzy, wykazały obecność drobnoustroju identycznego ze znalezionym u ludzi, co pozwoliło wnioskować, że cierpienie obserwowane u psa jest analogicznem z tem, jakieśmy obserwowali u ludzi i że prawdopodobnie ci ostatni zarażeni zostali

przez wydzieliny starej suczki, matki obecnie chorego szczeniaka. Być może, że porządki domowe, jakie robiono w mieszkaniu, rozpyliły zaschłe zarodki z wydzieliną oczną i nosową, obficie po podłodze i meblach przez psa pozostawione i wywołały tak jednorazowo liczne zapadnięcia u pp. B.. Przypomnijmy bowiem sobie, że w przeciągu dni czterech zapada pięć osób z tej rodziny; te pięć zapadnięć, sądzimy, trzeba odnieść do wspólnego, w jednym czasie mającego miejsce, zakażenia.

Stawiając kwestyę tak, t. j. upatrując źródło endemii w pierwotnej chorobie psa, a więc zapatrując się na całą sprawę jak na zoonozę, pozostawało tylko określić rodzaj choroby u psów i porównać obraz chorobowy obserwowany u ludzi z obrazem nozologicznym u zwierząt. Rzecz rozstrzygnęła się łatwo: prof. ŻURAWSKI rozpoznał chorobę u psa jako tak zwaną nosacizną psią (*die Staupe, die Hundeseuche, il cimmurro del cano*) i użyzył nam podręcznika weterynaryi FRIEDBERGER'a i FROEHNER'a<sup>1)</sup>, z którego dowiadujemy się, co następuje. Nosacizna psów przeniesioną została, według HEISINGER'a, z Peru do Europy w połowie zeszłego stulecia najprzód do Hiszpanii, stamtąd zaś do Francji [1740], Niemiec [1748], Włoch [1764], Anglii [1760] i Rosji [1770]. Rozszerzała się drogą zarazy, jak to odnotowali w swoim czasie WALDINGER [1818], v. GEMMEREN i MECKE [1833], DELABERE-BLAIN [1834] i inni. Dla bliższego zbadania zarazka przedsięwzięto wówczas liczne doświadczenia. Pierwsze dodatnie wyniki ze szczepień otrzymał ROENNER i KARLE. TRAEBOT z pomyślnym rezultatem szczepił szczeniętom, wprowadzając w ściankę brzucha wysięk z nosa psów chorych. Po dniach ośmiu występowały pierwsze objawy chorobowe. VENUTA drogą szczepień wykazał, że *contagium* tak jest odporne, iż nie traci swych chorobotwórczych własności nawet po wysuszeniu na powietrzu. Okres wylęgania autor ten oznaczył jako 4--6 dni. KRAJEWSKI dokonał u 36 psów szczepień, z tych jednak więcej niż połowa nie uległa zarażeniu. Niepomyślny ten rezultat kładzie on na karb tego, że niektóre ze zwierząt, którym zaszczepiono zarazek, przeszły już przedtem chorobę; jednorazowe bowiem przebycie choroby daje odporność na ponowne zakażenie. Zarazek, zdaniem autora, znajduje się w wypływie z oczu i nosa, a także we krwi. Wysuszenie i zamrożenie go do 20° C. nie niszczy zarazka. LAOSSON wykonał 98 doświadczeń na psach i kotach i dowiódł, że nosacizna psów i kotów są identyczne. Okres wylęgania oznaczył na dni 4—7. FRIEDBERGER wreszcie zauważył, że choroba szczepiona odznacza się krótszym okresem wylęgania [dni 4], nieznacznem natężeniem i szybkim przebiegiem. [D. n.]

---

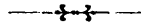
<sup>1)</sup> Lehrbuch der spec. Pathologie und Therapie der Haustiere. III Auflage. II Baud. str. 390—400.

## II. PORÓWNAWCZE BAKTERYOLOGICZNO-CHEMICZNE BADANIA nad stosunkiem lasecznika cholery Massawskiej (*cholera Massaua*)

DO WIBRYONA PTASIEGO MIECZNIKOWA I PRZECINKOWCA KOCH'A.

Napisał

**D-r Med. Stefan Routhaler.**



[Dokończenie. — Patrz Nr. 21].

### B. Wibryon ptasi.

Wibryon ptasi rozkładał cukier, tworząc wielką ilość kwasów tłuszczowych. Z kolby dwulitrowej można było otrzymać 5 gramów soli srebrnej kwasów tłuszczowych.

	Hodowle przy dostępie powietrza.		Hodowle bez dostępu powietrza.	
Wzięto do rozbioru soli srebrnej . . . . .	2,3842 grm.	1,1677 grm.	0,4468 grm.	0,6924 grm.
Po spaleniu otrzymano srebra . . . . .	1,4351 grm.	0,7078 grm.	0,2817 grm.	0,4342 grm.
Srebro . . . . .	6,19%	60,61%	63,04%	61,84%

Rozbiory te wskazują na mieszanie kwasu octowego i masłowego; kwasu mlecznego nie wykryto.

Ilość cukru rozłożonego była następująca:

	Hodowle przy dostępie powietrza.		Hodowle bez dostępu powietrza.	
Ilość dni, w ciągu których kolby stały w termostacie . . . . .	36	38	41	47
Mianowaniem oznaczono cukru . . . . .	4,25%	4,11%	3,73%	3,2%
Stąd ilość cukru rozłożonego . . . . .	0,75%	0,89%	1,27%	1,8%

Gołębie znosiły dobrze wstrzyknięcie 1 ctm. sześć. hodowli [tak aerobiotycznej, jakoteż anaerobiotycznej]. Hodowle te były żywotne, o czym świadczą szczepienia na agarze, żelatynie i t. d..

### C. Lasecznik Koch'a.

Obie hodowle dały wyniki jednakowe; otrzymano ślady kwasów tłuszczowych i kwas mleczny.

Wzięto do rozbioru soli cynkowej kwasu mlecznego . . . . .	0,7176	0,3516	0,2144	0,1334
Po wysuszeniu przy 100° . . . . .	0,5877	0,2876	0,1755	0,1091
Utrata wody krystalizacyjnej . . . . .	0,1299	0,0640	0,0389	0,0243
Utrata wody krystalizacyjnej w % . . . . .	18,24%	18,2%	18,14%	18,21%
Po spaleniu, ZnO . . . . .	0,1960	0,0959	0,0587	0,0372
ZnO w % . . . . .	27,29%	27,3%	27,37%	27,87%

Cyfry te odpowiadają nieczynnemu optycznie kwasowi mlecznemu. Teorya wymaga dla soli cynkowej tego kwasu 18,18% H<sub>2</sub>O i 27,17% ZnO; badanie za pomocą przyrządu polaryzacyjnego wynik powyższy potwierdziło.

Przy określeniu ilości cukru otrzymano wyniki następujące:

	Hodowla BLACHSTEIN'a.		Hodowla KOCH'a.	
	jako aeroby	jako anaeroby.	jako aeroby.	jako anaeroby.
Ilość dni, w ciągu których kolby stały w termostacie. . . . .	30	38	30	32
Mianowaniem oznaczono cukru . . . . .	3,12%	3,09%	2,47%	3,13%
Stąd ilość cukru rozłożonego . . . . .	1,88%	1,91%	2,53%	1,87%

KITASATO i WEIL <sup>1)</sup> wykryli indol w hodowlach spiryllów KOCH'a, fenolu natomiast nie znaleźli. LEWANDOWSKI <sup>2)</sup> stwierdził obecność indolu w środowiskach, w których rozwijały się spirylle KOCH'a lub wibryon ptasi; fenolu nie było, skatolu autor ten nie poszukiwał.

VIQUERAT <sup>3)</sup> dowiódł, że laseczniki FINKLER-PRIOR'a i DENEKE'go nie wytwarzają indolu; faktem tym objaśnić można brak reakcyi na czerwien cholelaryczną u tych dwu ostatnich pasożytów.

Z doświadczeń moich wynika, że na glebie odżywczej, zawierającej cukier i pepton, rozkład tego ostatniego jest bardzo nieznaczny: na obecność indolu zapach tylko wskazywał.

HIRSCHLER <sup>4)</sup> twierdzi, że w razie obecności jednoczesnej wodorów węgla i substancyi białkowych, przy fermentacyi tych ostatnich nie dochodzi do wydzielania oksykwasów, indolu i t. p.; w tych razach brak również i produktów aromatycznych, które zwykle wytwarzają się przy fermentacyi białka. SCLAVO <sup>5)</sup>

<sup>1)</sup> Zeitsch. f. Hyg. 1890. VIII, str. 410.

<sup>2)</sup> Deut. med. Woch. 1890. Nr. 51.

<sup>3)</sup> Revue médic. de la Suisse Romande. Dec. 1893.

<sup>4)</sup> Zeit. f. phys. Chem. X. 1893, str. 906.

<sup>5)</sup> Riv. d'Igiene e Sanita publica. Roma. 1892. III, str. 509.



zaznacza, że laseczniki choleryczne wytwarzają indol w znacznie mniejszej ilości w środowiskach, składających się z cukru i białka, GORINI <sup>1)</sup> zaś twierdzi, że laseczniki KOCH'a i wibryon ptasi w tych razach nie wytwarzają indolu.

HIRSCHLER <sup>2)</sup> objaśnia brak produktów aromatycznych we wspomnianych powyżej środowiskach tem, że przy tworzeniu się kwasu mlecznego ten ostatni, zobojętniany z obecnym w odżywece węglanem wapnia, tworzy mleczan wapnia, który tamuje rozkład białka.

Doświadczenia moje nad lasecznikami cholery massawskiej i wibryonem ptasim okazują, że hodowle, rozwijające się na gruntach, zawierających cukier, są daleko mniej trujące, aniżeli te, które wyrastały na glebach, zawierających białko. Aerobiotyczne i anaerobiotyczne hodowle na cukrze gołębi nie zabijały. Również anaerobiotyczne hodowle, rozwijające się na białkowym podłożu, były znacznie mniej trujące. I ctm. sześć. aerobiotycznej białkowej hodowli cholery massawskiej i wibryona ptasiego, zabijał zawsze świnki morskie przy wstrzykiwaniu do jamy otrzewnej, a gołębie—przy zaszczepieniu w mięsz mięśnia piersiowego; gdy tymczasem tak gołębie, jakoteż i świnki morskie znosiły dobrze także dawki anaerobiotycznych hodowli białkowych,

Podobny fakt stwierdzili DZIERZGOWSKI i REKOWSKI <sup>3)</sup>, którzy zauważyli, że hodowle laseczników dyfterytycznych na cukrze są mało trujące. Co się zaś tyczy spiryllów KOCH'a, to fakt osłabienia ich hodowli przy anaerobiozie zauważyli GRUBER i WIENER <sup>4)</sup>, a odnośnie do wibryona ptasiego na świnkach morskich stwierdził WOŁKOW <sup>5)</sup>.

O tworzeniu się kwasów tłuszczowych pod wpływem laseczników KOCH'a wspominają PETRI <sup>6)</sup> i BRIEGER <sup>7)</sup>; kwasy określone jednak nie zostały.

W roku zeszłym FERRAN <sup>8)</sup> zauważył, że laseczniki KOCH'a wytwarzają z cukru mlecznego optycznie czynny kwas mleczny (*acidum paralacticum*). Autor ten jednak nie zaznacza, czy kwas ten skręcał płaszczyznę polaryzacji na prawo, czy na lewo.

Faktu tego stwierdzić nie mogłem, być może wskutek tego, że hodowle moje rozwijały się na cukrze gronowym.

Ptomainów i toksalbuminów nie poszukiwałem, gdyż produkty te, otrzymane przez różnych autorów, były różne. POUCHET <sup>9)</sup> i VILIERIS <sup>10)</sup> wykryli w kale cholerycznych ptomainy zupełnie do siebie nie podobne. KUNZ <sup>11)</sup> otrzymał

1) Centr. f. Bact. 1893. XIII, str.

2) L. c. str. 313.

3) Arch. des sc. biol. 1892. V. L, str. 179.

4) Arch. f. Hyg. 1892. XV, str. 241.

5) Arch. de méd. exper. 1892, str. 660.

6) Arb. aus dem Kais. Gesundheitsamte. 1890. VI, str. 374.

7) Zur Kenntniss der Stoffwechselprodukte des Cholera-bacillus. Berl. klin. Woch. 1887, str. 819.

8) Compt. rend. 115. 1892, str. 361, La sem. méd. 1892, str. 351.

9) Compt. rend. 99. 1884, str. 848.

10) Compt. rend. 100. 1885, str. 91.

11) Monatshefte f. Chemie. IX. 1888, str. 361.



z hodowli laseczników cholerycznych zasadę podobną do sperminy; BARDEZ <sup>1)</sup> natomiast ptomainę, którą napotyka się w hodowlach lasecznika siennego (*bacillus subtilis*) i lasecznika FINKLER-PRIOR'a; ALT <sup>2)</sup> zaś wydzielił z wymiocin także albuminę do materyi powyższych nie podobną, z drugiej strony zaś z hodowli na sztucznych glebach odżywczych HUEPPE <sup>3)</sup>, SCHOLL <sup>4)</sup>, PETRI <sup>5)</sup>, BRIEGER i FRAENKEL <sup>6)</sup> otrzymali toksalbuminy zupełnie do siebie niepodobne.

Słuszne jest pod tym względem zdanie GRUBER'a <sup>7)</sup>, który twierdzi, że różnica w materyach trujących zależy od sposobu przeprowadzania hodowli i od metody chemicznej. Stąd też nie mogłem się spodziewać przy badaniu na obecność ptomainów i toksalbuminów otrzymania wyników, któreby dały punkt oparcia do rozstrzygnięcia kwestyi o identyczności lub różnorodności badanych pasożytów. Stąd też w celu rozpoznania różniczkowego starałem się zbadać tylko te produkty, które łatwo można wykryć i łatwo określić.

Produkty te są następujące:

	Lasecznik cholery massawskiej.	Wibryon ptasi.	Przecinkowiec KOCH'a.
I. Produkty rozkładu białka.	Indol i skatol w większych ilościach, aniżeli w hodowli lasecznika KOCH'a, a w znacznie większych, aniżeli w hodowli wibryonu ptasiego.	Indol i skatol w mniejszych ilościach, aniżeli, w hodowlach laseczników KOCH'a, a w jeszcze mniejszych, aniżeli w hodowlach laseczników cholery massawskiej.	Indol i skatol w mniejszych ilościach, aniżeli w hodowlach laseczników cholery massawskiej, lecz w większych, aniżeli w hodowlach wibryonu ptasiego.
	Kwas octowy.	Kwas masłowy.	Ślady kwasów tłuszczowych.
II. Produkty rozkładu cukru.	Optycznie nieczynny kwas mleczny.	Kwasu mlecznego nie wytwarza; znaczne ilości kwasów tłuszczowych.	Optycznie nieczynny kwas mleczny.

Lasecznik cholery massawskiej i przecinkowiec KOCH'a, które wytwarzają optycznie nieczynny kwas mleczny, bardzo się do siebie zbliżają; różnica polega tylko na ilości wytworzonego przy fermentacji indolu, skatolu i kwasów tłuszczowych. Wogóle gleby odżywcze, na których rozwija się lasecznik cholery massawskiej, szybciej się rozkładają, aniżeli też same gleby, służące dla hodowli lasecznika KOCH'a. Faktu tego jednak nie można przyjąć pod uwagę dla odróżnienia tych laseczników, gdyż te same laseczniki z różnych epidemii mogą szybciej lub wolniej wywoływać fermentacje, jednakże większa zakaźność

<sup>1)</sup> Britsh. med. Journ. 1885. Nr. 1247.

<sup>2)</sup> Deut. med. Woch. 1892, Nr. 42.

<sup>3)</sup> Deut. med. Woch. 1891. Nr. 53.

<sup>4)</sup> Arch. f. Hyg. XV. 1892, str. 172.

<sup>5)</sup> Arb. aus d. Kais. Gesund. 1890, str. 374.

<sup>6)</sup> Berl. klin. Woch. 1890. N-ra 11 i 12.

<sup>7)</sup> Ueber wirkliche u. vermeintliche Cholera gifte. Intern. klin. Rundschau. Wien. 1892, str. 1989, 1991.

laseczników cholery massawskiej dla świnek morskich nawet przy wstrzyknięciu podskórnem, jakoteż i własności chorobotwórcze w stosunku do gołębi nie pozwalają ich identyfikować z lasecznikami Kocni'a; stąd też wniosków kategorycznych co do kwestyi identityczności tych pasożytów na razie postawić nie można.

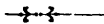
Co się zaś tyczy wibryona ptasiego, to wyżej wspomniane doświadczenia okazują, że nie ma on nic wspólnego ani z przecinkowcem Kocni'a, ani z lasecznikiem cholery massawskiej.

### III. PRZYCZYNEK DO PATOLOGII I TERAPII PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA PRZEROSTOWEGO KRTANI, (*laryngitis chronica hypertrophica, laryngitis hypoglottica chronica*).

[Praca niniejsza w streszczeniu komunikowaną była w dn. 31 marca r. b. w seceky laryngologicznej XI Zjazdu międzynarodowego w Rzymie].

Podał

**D-r med. Alfred Sokołowski,**  
ordynator szp. Ś-go Ducha w Warszawie.



[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 21].

**Przypadek IV.** Dnia 10 października roku przeszłego przybyła na nasz oddział Franciszka O., włościanka, lat 20, z powiatu Lubartowskiego, skarżąc się na silną duszność, kaszel napadowy, występujący ze szczególną gwałtownością przeważnie zrana, chrypkę i na zatkanie lewego kanału nosowego, zupełnie nie przepuszczającego powietrza. Wywiady dostarczyły nam następujących danych: 3 lata temu chora, przeziębwszy się w czasie robót polnych, wiosennych, dostała chrypki. Chrypka ta po paru tygodniach ustąpiła, natomiast poczęły występować duszność i kaszel od czasu do czasu. To jednak nie przeszkadzało chorej zajmować się nieraz dość uciążliwą pracą. Dopiero w zimie r. 1892 duszność poczęła szybko wzrastać, kaszel również wzmógł się, tak, że z tego powodu wszelkie roboty, szczególnie w kurzu, stawały się dla niej niemożliwymi. Stan ten, trwając prawie 10 miesięcy, do tego stopnia dokuczył naszej chorej, że postanowiła szukać pomocy i w tym celu przybyła do Warszawy na oddział kol. PAWIŃSKIEGO.

Badanie wykazało: Chora doskonale odżywiana, dobrze zbudowana. Organy wewnętrzne zmian żadnych nie przedstawiają.

**J a m a n o s o w a.** Błona śluzowa prawego przewodu nosowego nieco zaczerwieniona, pokryta zaschniętym śluzem, pod którym miejscami spotykamy złuszczenie nabłonka. Błona śluzowa lewego przewodu nosowego zaczerwieniona nieco; w przedniej części dolnej muszli widzimy, że światło przewodu zostało zamknięte nowowytworzoną tkanką o wyglądzie ziarninowym, dość jednak twardą przy dotykaniu zgłębnikiem i nie krwawiącą. Górna część tej nowowytworzonej tkanki przedstawia wyrostek w kształcie polipa, wystający ku przodowi. Tylne końce muszli nieco zgrubiałe. Tylna ściana

gardzieli blade różowa, miejscami pokryta śluzem. Błona śluzowa stropu nie zmieniona.

K r t a ń. Błona śluzowa krtani blade różowa. Na swobodnym brzegu nagłośni, w części środkowej, widzimy dwa blade żółtawe guziczki, wielkości ziarnka konopnego. Błona śluzowa strun fałszywych zgrubiała; struna fałszywa lewa przedstawia się zgrubiałą, jakby nacieczoną, nacieczenia te przedstawiają się w postaci węzłkowatych zgrubień, wielkości od ziarnka konopnego do ziarnka grochu, przyczem widać na nich zaschnięty śluz.

Struny prawdziwe przy głębokim wdechu przykryte są strunami fałszywymi, przy fonacji poruszają się swobodnie, są koloru lśniaco-białego. Poniżej strun prawdziwych w głębi już w tchawicy widać zwężenie pierścieniowate, spowodowane błoną, wystającą do światła tchawicy. Błonka ta, blade czerwonego koloru, powodowała duszność i trudność w oddechaniu, gdyż wyżej opisane zmiany w krtani nie mogły ich wywoływać.

Co do istoty sprawy, to przyjąwszy pod uwagę jej potrójne i przytem nadzwyczaj charakterystyczne umiejscowienie, t. j. w nosie, na nagłośni, strunach fałszywych i głęboko w tchawicy, przyjąwszy następnie pod uwagę zupełny brak owrzodzeń, przebieg bardzo powolny, doskonały stan ogólny, brak jakichkolwiek danych, przemawiających za syfilisem lub też gruźlicą, sprawę całą jedynie jako twardziel rozpoznać mogliśmy.

Co się tyczy terapii, to nowowytworzoną tkankę w nosie zniszczyliśmy za pomocą stopniowych przyżęgań parachlorfenolem, a następnie żegadłem galwanokaustycznym. Drożność potem wróciła w zupełności. Zwężoną okolicę podgłośniową staraliśmy się rozszerzyć za pośrednictwem metodycznego wprowadzania Schrötterowskich dilatatorów. Pomimo jednak, żeśmy doszli do № 7-go, chora nie przestała się uskarżać na duszność i napady mocnego napadowego kaszlu, który ją w wysokim stopniu męczył i osłabiał.

Postanowiliśmy wtedy uciec się do radykalnego leczenia za pomocą otwarcia krtani i tchawicy i wycięcia błon, tamujących swobodny przepływ powietrza do płuc. Dnia 9-go listopada operacji tej łaskawie dokonał kol. K I J E W S K I przy naszej asystencji. Po otwarciu krtani znaleziono: struna lewa mocno zgrubiała, blade różowa, przedstawia w swej środkowej części półokrągłe narośle takiegoż koloru, dość twardej konsystencji, wielkości mniej więcej półkuli grochu polnego. Pod strunami prawdziwymi nie zauważyliśmy zmian żadnych, dopiero w tchawicy tuż przy miejscu rozgałęzienia spostrzegliśmy cieniutką błonkę, idącą w postaci pierścienia na około tchawicy i zwężającą światło t c h a w i c y. Narośle i błona zostały wycięte, rana zaszyta, chorej założoną rurkę tracheotomijną. Chora po operacji czuła się zupełnie dobrze, oddechać mogła swobodnie; napadowy kaszel ustąpił. Rurka po tygodniu została wyjęta, a po dwóch tygodniach chora, czując się zupełnie dobrze, wypisała się ze szpitala. Jak się dowiadujemy, dotychczas czuje się doskonale i jest w stanie wykonywać wszelkie roboty, mniej lub więcej ciężkie, które od 3-ch lat były dla niej niedostępne.

Badanie anatomo-patologiczne wyciętych kawałków dało wynik następujący. Całość składa się z dwóch warstw: powierzchownej nabłonkowej i głę-

bszej łącznotkankowej. Nabłonek trójwarstwowy, dość rozrosły, w postaci niewielkich wyrostków przenika w leżącą pod nim tkankę łączną. Tkanka łączna w górnych warstwach mocno nacieczona i robiąca wskutek tego wrażenie tkanki granulacyjnej, w głębszych przedstawia się włóknistą, twardą. Włókna tkanki łącznej tak ściśle przylegają do siebie, że robią wrażenie tkanki bliznowatej. Wyraźnie to widać przeważnie naokoło gruczołów. Gruczoły, ułożone w grupy, wystają są nabłonkiem cylindrycznym z jądrami u podstawy, mocno barwiącemi się hematoksyliną. Gruczoły również są nacieczone, chociaż w znacznie mniejszym stopniu. Pośród komórek tkanki granulacyjnej spotykamy miejscami ciała okrągłe, znacznie większe od leukocytów, z protoplazmą jednorodną, silnie zabarwioną eozyną, z jądrami niewielkimi, zwykle znajdującymi się u obwodu. Miejscami komórki te utraciły już jądra. Są to tak zwane ciała MIKULICZA. Specyficzne mikroorganizmy w tym przypadku wykryliśmy chociaż w stopniu nieznacznym. Sprawa więc ta jest natury zapalnej. Wobec zaś ograniczonych ognisk zapalnych, wobec znalezienia ciałek MIKULICZA i swoistych pasożytów skłonni byłibyśmy uznać tę sprawę za specyficzną, twardełową.

**Przypadek V.** Dnia 27 października r. b. wstąpił na oddział Tymoteusz D., wieśniak z okolic Kowla, skarżąc się na mocną duszność i uporczywą chrypkę. Początek choroby datuje on od lat 3-ich po przebytych tyfusie; od czasu bowiem tej choroby zjawiała się chrypka, wzmagająca się stopniowo, od roku zaś przyłączyła się do niej duszność, zjawiająca się niekiedy w postaci napadów, w czasie których choremu zdaje się, że się udusi. Chory, prócz tyfusu, nigdy na nic nie chorował, syfilisu nie przebywał, trunków nie nadużywał, pochodzi z rodziny zdrowej, dziedzicznie nie obciążonej.

Badanie wykazało: mężczyzna średniego wzrostu, doskonale zbudowany, niezłe odżywiany. W organach wewnętrznych zmian żadnych nie znajdujemy, gruczoły limfatyczne niepowiększone, na skórze śladów przebytego syfilisu nie znajdujemy. Jama nosowa i nosogardzielowa: błona śluzowa jam nosowych sucha, pokryta strupami, wydziela woń nieprzyjemną: *rhinitis atrophica laevi gradis*. Błona śluzowa stropu umiarkowanie sucha. Już zdaleka słychać głośny stenotyczny oddech chorego.

Krtani: fałszywe struny mocno zgrubiałe, przedstawiają wały ściśle przylegające do siebie i zasłaniające struny prawdziwe i wnętrze krtani; w tylnej części krtani otwór wielkości pióra gęsiego, przepuszczający powietrze. Jak się więc przedstawiały głębiej leżące części, trudno było powiedzieć coś pewniejszego z powodu mocnej duszności, występującej przy badaniu, która i zmusiła nas do dokonania tracheotomii tegoż samego dnia, poczem chory oddechał dobrze; następnie wewnątrznie zaleciliśmy mu jod w większych dawkach. Po kilku dniach próbowaliśmy wprowadzić do światła głośni dilatator SCHROETER'a № 1, przy wprowadzeniu którego zaraz przy wejściu do głośni napotkaliśmy twardą przeszkodę, nie pozwalającą mu wejść dalej. Widocznie więc poniżej mieliśmy do czynienia z rozrostową sprawą podgłośniową, lub nawet z wytworzeniem tak zwanej przepony.

Na podstawie tego rozpoznaliśmy zwężenie krtani, spowodowane rozro-

stem błony śluzowej podgłośniowej i strun fałszywych. O naturze sprawy rozrostowej nic na razie powiedzieć nie mogliśmy; stanowczo tylko mogliśmy wykluczyć syfilis i gruźlicę, albowiem ani badanie płwociny, ani anamneza, ani też leczenie przeciwsyfilityczne za sprawami temi nie przemawiały. Opierając się na tych samych wskazaniach co i w poprzednio opisanym przypadkach, postanowiliśmy i tutaj nie tamować dalej leczenia za pomocą rozszerzeń, lecz od razu przystąpić do laryngofissury, której 27 listopada dokonał kol. KŁJEWSKI w naszej asystencji.

Po otwarciu krtani znaleźliśmy: pod strunami prawdziwymi dwa grube czerwone wały, idące równolegle do strun. Wały te jedynie zgrubieniem różnią się od sąsiedniej błony śluzowej i stopniowo się zmniejszając w dolnych częściach, przechodzą w niezmienioną błonę śluzową. W stanie przerostu znaleźliśmy również i struny prawdziwe, i struny fałszywe i część przerostej błony śluzowej, pokrywającej lewą nalewkę. Jednym słowem, mieliśmy do czynienia z rozrostem nie tylko okolicy podgłośniowej, lecz także i strun prawdziwych i fałszywych. Wszystkie te przeroste części wycięto, ranę zaszyto, włożono rurkę tracheotomijną. Po 2-ch dniach rurkę wyjęto, poczem chory oddechał zupełnie dobrze. Po zagojeniu rany po tracheotomii chory oddechał zupełnie dobrze i czując się zdrowym, wypisał się 30 grudnia 1893 r., t. j. w miesiąc po dokonanej tracheotomii. Przy wypisaniu, badając krtani, znaleźliśmy: struny fałszywe zgrubiałe zasłaniają w znacznej części prawdziwe, przedstawiające się również jako czerwone wałki, głośnia wązka, w tylnej jedynie części rozszerzająca się swobodnie przy inspiracji z powodu częściowej nieruchomości obu chrząstek nalewkowych. Jednakże oddech zupełnie swobodny. Tym sposobem w danym przypadku mieliśmy nie tylko do czynienia ze zmianami rozrostowymi, lecz i z zapaleniem ochrzęstnej, unieruchomiejącej oba stawy pierścienio-nalewkowe.

W tym przypadku badanie anatomo-patologiczne dało też same wyniki, co i w przypadku Franciszki O., z tą różnicą, że nie znaleźliśmy w preparatach pasożytów. W każdym razie skłonni jesteśmy uznać i tu też samą pierwotną przyczynę zapalenia, co i w poprzednim przypadku.

**Przypadek VI.** K., robotnica fabryczna z Łodzi, przybyła do szpitala dnia 2 lutego 1889. Chora przed półtora rokiem zapadła na tyfus. W 3-m tygodniu tyfusu wystąpiła duszność, w końcu 4-go tygodnia dokonano tracheotomii, poczem chora wyzdrowiała, duszność jednakże pozostała, tak, że pacjentka musiała wciąż używać rurki tracheotomijnej. Chora pochodzi z rodziny zdrowej, dotychczas żadnych innych cierpień nie przeżywała.

Stan ogólny dobry, wewnętrzne organy zmian żadnych nie przedstawiają. Badanie krtani dało wynik następujący: Nagłośnia i więzy nagłośnio-nalewkowe nie zmienione. Prawa chrząstka nalewkowa, jako też i reszta prawej połowy tylnej ścianki krtani mniej ruchome w porównaniu z odpowiednią częścią strony lewej. Struny prawdziwe dość szerokie, jakby rozrośnięte, koloru białoszarego, prawa struna mało ruchoma przy fonacji. Przy głębokim wdechu widać poniżej strun prawdziwych lejkowato zstępującą jakby przeponę, koloru blado-różowego, idącą z góry na dół z przodu

ku tyłowi. Dno lejka stanowił niewielki otwór, w który z trudnością dał się wprowadzić rozszerzacz SCHROETTER'a № 1. Jama nosogardzielowa: tylna ściana gardzieli zgrubiała, jednakże połyskująca, przedstawia typowy obraz tak zwanego suchego nieżyty gardzieli (*pharyngitis sicca*); w nosie umiarkowany przerost błony śluzowej obu muszel dolnych, szczególnie końców tylnych. Przypuszczałem początkowo, że mamy w tym przypadku do czynienia z nowowytworzoną przeponą poniżej-strunową, będącą objawem syfilisu dziedzicznego. Postanowiłem przeto błonę tę rozszczepić, a następnie rozszerzać światło krtani dilatatorami SCHROETTER'a. Jednak przecięcie wewnątrz-krtaniowe i następcze rozszerzanie nie dawały pożądaných rezultatów. Po 10 miesiącach chora mogła oddechać swobodnie nawet bez rurki, jednak już po tygodniu duszność wystąpiła na nowo i chora znowu musiała powrócić do rurki tracheotomijnej. Postanowiliśmy wtedy dokonać radykalnej operacji laryngofissury z wycięciem przerośniętych części; operacja ta dokonana została 22 stycznia 1890 przez kol. BUKOWSKIEGO. Po otwarciu krtani znaleźliśmy, że błona śluzowa tuż pod strunami była grubą i twardą i tworzyła tam rodzaj grubych fałd, znacznie zwiężających światło krtani. Same struny, jako też błona śluzowa nadgłośniowej części krtani były niezmienione. Fałdy te i błonę wycięto; na miejscach wyciętych powstało mocne krwawienie, które zostało wstrzymane za pomocą żegadła PAQUELIN'a. Założono kaniulę dilatacyjną KOEL'a i ranę zaszyto. Po 4-ch tygodniach rurkę wyjęliśmy, oddechanie jednakże było niemożliwem przy zatkanii rany tracheotomijnej. Postanowiliśmy przeto w dalszym ciągu znowu rozpocząć rozszerzanie krtani rozszerzaczami SCHROETTER'a, z których od razu można było wprowadzić № 7. Po 4-ch miesiącach metodycznego rozszerzania chora mogła oddechać zupełnie swobodnie przy zatkanej rurce tracheotomijnej i zupełnie zadowolona ze swego stanu wypisała się ze szpitala.

Badanie wyciętych kawałków dało wynik następujący:

Badane pod drobnowidzem kawałki przedstawiają części tkanki odcięte u podstawy. Całość składa się z dwóch części: jednej głębszej, łącznotkankowej i drugiej powierzchownej, pokrytej nabłonkiem. Ten ostatni w górnej części jest wysoki, cylindryczny, zwyczajny, w dolnej migawkowy. Tkanka łączna części głębszej jest nacieczona, w części bliższej do swobodnej powierzchni ciążkami podobnymi do bezbarwnych krążków krwi, w części zaś głębszej, odpowiadającej miejscu odcięcia, czerwonymi krążkami krwi. Wszędzie pośród tkanki łącznej widać mnóstwo gruczołów, wysłanych wysokim, cylindrycznym nabłonkiem, którego komórki, zawierające jądra u podstawy, są w części dolnej ziarniste, w górnej zaś bardziej przezroczyste, miejscami pokryte wydzielającym się śluzem. Od tych gruczołów idą przewody aż do swobodnej, pokrytej nabłonkiem powierzchni.

Wobec tego można powiedzieć, że wycięta część jest tylko mocno przerosłą. Jeżeli zaś wystawała znacznie na swobodnej powierzchni błony śluzowej krtani, to możnaby ją nazwać *fibro-adenoma*

Dla lepszego zorientowania się w całości przedstawionych przypadków posłużyć może następująca tablica.

Numer.	Dzień przyjęcia do szpitala.	Wiek.	Płeć.	Miejsce urodzenia.	Zajęcie.	Momenty etyologiczne.	Początek choroby.	Objawy.	Obraz wziernikowy
1	18. VIII. 1892.	21	Mężczyzna; żonaty, jedno dziecko.	Powiat Włodawski.	Rolnik. Ost....	Tyfus Przeziębienie przy robocie.	1½ roku.	Duszność. Chrypka. Kaszel napadowy. Oddech stenotyczny.	Nagłośnia, struny fałszywe nie zmienione. Struny prawdziwe w postaci grubych i szerokich wałów, w utworzeniu których przyjęła udział i błona śluzowa okolicy podgłośniowej. Struny prawdziwe mało ruchome.
2	27. X. 1892.	27	Mężczyzna, kawaler.	Warszawa.	Strażak. Brzo...	Tyfus.	1 rok.	Kaszel napadowy. Napady duszności. Chrypka.	Nagłośnia, struny fałszywe nie zmienione. Struny prawdziwe nie zmienione. Ruchy ich nieco ograniczone. Pod strunami cieniutka, blade różowa przepona, w kształcie pierścienia okalająca wejście do części podgłośniowej, wychodząca z pod strun, zwężająca światło głośni.
3	10. XI. 1893,	26	Kobieta. Mężatka. Bezdziecina.	Warszawa.	Żona urzędnika kolei W. W. B...	Silne przeziębienie.	3 miesiące.	Silna duszność. Oddech stenotyczny. Chrypka.	Nagłośnia i struny fałszywe zaczerwienione; struny prawdziwe również przekrwione; ruchy ograniczone. Chrypka [prawie bezgłos]. Pod strunami równoległe do nich dwa grube, czerwone wały, zwężają <i>rimam glottidis</i> do rozmiarów wąskiej szczeliny.
4	27. X. 1893.	29	Mężczyzna Żonaty. Dzietny.	Powiat Włodawski.	Rolnik. Dyr....	Tyfus.	3 lata.	Duszność. Oddech stenotyczny. Chrypka, dochodząca prawie do bezgłosu. Kaszel.	Nagłośnia niezmienniona; fałszywe struny mocno zgrubiałe w postaci wałów, ściśle przylegających do siebie i zasłaniających struny prawdziwe i wnętrze krtani. W tylnej części krtani otwór wielkości pióra gęsiego. Przy wprowadzaniu dilatatora przy wejściu do głośni twarda przeszkoda.
5	2. II. 1888.	22	Pauua.	Łódź.	Robotnica fabryczna. K.	Tyfus.	1½ roku.	Duszność. Oddech stenotyczny. Chrypka.	Nagłośnia nie zmieniona. Struny fałszywe nieco zaczerwienione i zgrubiałe. Struny prawdziwe dosyć szerokie, jak gdyby rozwinięte, koloru białoszarego, struna prawa mała, ruchoma. Pod strunami prawdziwymi blade różowa, lekko kowata przepona.





Tracheofo- mia.	Leczenie.	Wynik leczenia.	Anatomia patologiczna.	Data wypi- sania.	Uwagi.
21. XII. 1892.	Wewnątrz jod, wzięwania rozmięczających słuź środków, dilatacja rozszerzaczami SCHRÖTTER'a od Nr. 1—3. Laryngofissura 27. XII. 1892.	Pomyślny: duszność ustąpiła, kaszel pozostał, chociaż znacznie słabszego natężenia. Chrypka pozostała jednak słabsza.	Tkanka składa się z dwóch części: powierzchownej nabłonkowej i głębokiej łączno-tkankowej. Nabłonek wielowarstwowy przedstawia miejscami rozrosty w postaci długich odnóg. Tkanka łączna zbita, bliznowata. Miejscami nacieczenia, przeważnie w powierzchownych częściach, naokoło naczyń i gruczołów, których w danym przypadku ilość niewielka.	14. III 1893.	—
10. I. 1893.	Wewnątrz jod, pedzlowanie krtani jodem, wzięwanie środków rozmięczających. Laryngofissura 10. I. 1893. Następce endolaryngealne wypalanie pozostałych części rozrostowych.	Pomyślny: duszność ustąpiła; w pewnych odstępach czasu występuje kaszel [przy zanieżbieniu]; chrypka znacznie zmniejszyła się.	Tkanka składa się z dwóch części: powierzchownej nabłonkowej i głębokiej łącznotkankowej. Prerosty nabłonek w postaci odnóg przenika w tkankę łączną, która jest zbita bliznowata, miejscami nacieczona. Nacieczenia te występują naokoło naczyń i gruczołów. Mnóstwo gruczołów wysłanych cylindrycznym nabłonkiem. Gruczoły nacieczone i otoczone zbitą tkanką.	14. II. 1893.	Badany ostatni raz 20. II. 1894. Oddecha swobodnie, głos dość czysty i głośny. W krtani żadnych śladów regeneracyi.
10. XI. 1893.	Laryngofissurą 17. XI. 1893. Następce wypalanie pozostałych części przerostowych pod przednim kątem azotanem srebra.	Pomyślny: duszność znikła, chrypka ustąpiła, chociaż jeszcze niezupełnie. Kaszel występujący od czasu do czasu, ustąpił.	Dwie części: 1) Nabłonek wielowarstwowy; miejscami odszczerpienie wierzchniej warstwy z pozostawieniem tylko warstwy bazalnej. 2) Tkanka łączna obrzmiała; włókna porozsuwane, w szelinach osad ściętego białka. Gruczoły w znacznej ilości mocno nacieczone, komórki gruczołowe słuzowo zwyrodniałe.	8. XII. 1893.	Badana ostatni raz 25. II. 18 4. Oddecha swobodnie, głos wyraźny, czysty. Śladów regeneracyi niema.
27. X. 1893.	Wewnątrz jod w dużych dawkach. Laryngofissura d. 27. XI. 1893. Wycięcie przerostłych strun fałszywych, części prawdziwych, przerostłej błony śluzowej podgłośniowej.	Pomyślny: oddecha dobrze; chrypka pozostała, obraz krtaniowy niewiele się zmienił; szpara głosowa znacznie szersza, chrypka pozostała.	Tkanka składa się z dwóch części: wierzchnia nabłonkowa i nabłonek wielowarstwowy, miejscami nacieczony. Pod nabłonkiem tkanka łączna w górnych częściach robiąca wrażenie ziarninowej, w głębszych zbita, włóknista. Gruczoły w znacznej ilości wysłane cylindrycznym nabłonkiem. Komórki MİKULICZA.	30. XII.	—
15. IX. 1888.	Rozszerzenie dilatorówami SCHRÖTTER'a przez 10 miesięcy bez efektu; następnie laryngofissura i wycięcie przepony. Następnie ponowne rozszerzania.	Pomyślny: oddecha zupełnie prawidłowo, głos o wiele czystszy.	Tkanka składa się z dwóch części: jedna głębsza łącznotkankowa, druga powierzchowna nabłonkowa. Nabłonek w górnej części stożkowaty, w dolnej migawkowy. Tkanka łączna nacieczona w górnej części leukocytami, w dolnej czerwonymi krążkami. Pośród tkanki łącznej mnóstwo gruczołów wysłanych cylindrycznym nabłonkiem, od gruczołów idą przewody do swobodnej powierzchni.	28. V. 1889.	—

Numer.	Dzień przyjęcia do szpitala.	Wiek.	Płeć.	Miejsce urodzenia.	Zajęcie.	Momenty etyologiczne.	Początek choroby.	Objawy.	Obraz wziernikowy.
6	10. X. 1893.	20	Panna.	Powiat Lubartowski.	Córka rolnika. Fr. Ozon.	Przeziębienie.	3 lata	Duszność. Kaszel napadowy.	W nosie nowoutwarzanie tkanki, podobnej do ziarninowej, dość jednak elastycznej; zniesienie przewodu nosowego lewego. Krtań: Na swobodnym brzegu nagłośni, dwa blado-żółtawe guziczki, okrągłe wielkości konopnego ziarnka. Struna fałszywa lewa jakby nacieczona, zgrubiała. Nacieczenia w postaci węzłkowatych zgrubień, wielkości od konopnego ziarnka do ziarnka grochu. Struny prawdziwe, przykryte strunami fałszywymi, poruszają się swobodnie, lśniące białe. Już w tchawicy pierścieniowate zwężenie spowodowane cieniutką błoną.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

50. A. Siegmund. O leczeniu naczyniaka tętniczego rozgałęzionego (*Angioma arteriale racemosum*), zwłaszcza głowy.

Pochop do niniejszej pracy dało autorowi pięć spostrzeganych przez siebie, a szczegółowo opisanych przypadków naczyniaka tętniczego, gałęzistego, z których jeden tyczył się naczyniaka, zajmującego dolną część muszli usznej, okolicę zauszną oraz skroniową, w drugim naczyniak zajmował prawą połowę czoła, w trzecim dolną wargę i część podbródka, w czwartym usadowił się na karku, wreszcie w piątym na grzbietowej stronie stopy.

S. w obszernej swej pracy opisuje w krótkości i ocenia przypadki, jakie znalazł w dostępnej mu literaturze; opierając się na tychże oraz na swoich własnych, wyprowadza wnioski co do wartości poszczególnych sposobów leczenia.

Pokażną ilość zabiegów leczniczych S. dzieli na trzy grupy:

I) Zabiegi, zmierzające do skurczenia rozszerzonych dróg krwionośnych przez ograniczenie dopływu krwi.

1. Stosowanie ucisku na naczynia; środek ten, aczkolwiek bezpieczny, powszechnie zarzucono.

2. Podwiązanie doprowadzających tętnic; wyniki otrzymywano niedostateczne: pod wpływem ciśnienia krwi układy naczyniowe drożność odzyskiwały.

3. Podwiązanie wielkich pni tętniczych szyjowych; wyniki jednak i tu zadawalającymi nie są, zwłaszcza po podwiązaniu tętnicy szyjowej zewnętrznej.

Tracheotomia.	Leczenie.	Wynik leczenia.	Anatomia patologiczna.	Dzień wypisania.	Uwagi.
9. XI. 1893.	Początkowo rozszerzanie dilatatorami SCHRÖTTER'a do Nr. 7. Wewnątrznie jod i wżewanie środków rozmięczających. Bezskutecznie. Laryngofissura 10. XI. 1893. Wycięcie narośli na strunach fałszywych i pierścieniowatej błonki w tchawicy. Wypalanie w nosie.	Pomyślny: oddech nosowy swobodny. Duszność i napady kaszlu ustąpiły.	Tkanka składa się z dwóch części: powierzchniowej, którą formuje nabłonek wielowarstwowy, nieco przerosły infiltrowany. Tkanka łączna w wierzchnich pokładach pod nabłonkiem robiąca wrażenie granulacyjnej, w głębszych zbita bliznowata. Gruczoły nacieczone, otoczone bliznowatą tkanką, wystające nabłonkiem cylindrycznym. Nieliczne laseczniki, ciała Mikulicza.	6. XII. 1893.	—

[D. n.]

trzonej krążenie bardzo łatwo wyrównywa się dzięki licznym połączeniom pomiędzy tętnicami potylicowymi, zauszniemi, skroniowemi stron obu, jak również pomiędzy tętnicą potylicową i kręgową i t. d.. Próbowano podwiązywać obie tętnice szyjowe zewnętrzne, lecz i tutaj wyniki były nader różnorodne i niepewne: rzadko bardzo bowiem guz i jego okolica odżywiana bywa przez jedną tętnicę, o podwiązaniu zaś wszystkich doprowadzających dróg krwionośnych, zwłaszcza głębokich, mowy być nie może, a taki tylko rękoczyn mógłby mieć istotną wartość leczniczą. Samo zresztą podwiązanie tętnicy szyjowej zewnętrznej następcza pewne niebezpieczeństwa; do tych należą po części obfite krwawienia następcze, głównie zaś zwiększony przyływ krwi do mózgu, a więc podwyższenie tu ciśnienia, które bądź wyraża się przez kilkudniowy ból głowy, senność, wymioty, bądź też wywołuje mniej lub więcej trwałe porażenia połowiczne, tworzenie się skrzepów z następczem rozmiękczeniem tkanki mózgowej. Podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej z jednej lub obu stron pociąga za sobą niedokrwistość mózgu wraz z zastojem żylnym, który zależy od braku ciśnienia.

II) Zabiegi, zmierzające ku zamknięciu światła naczyń przez wywołanie krzepnięcia krwi.

1. Wprowadzanie igieł (*acupressura*) znaleźć może zastosowanie jedynie przy małych guzach, a nie pozbawione jest możliwości zakażenia.

2. Wstrzykiwanie płynów sprowadzających krzepnięcie; użycie półtora chlorku żelaza jest niebezpieczne, ergotyny zaś i garbnika bezskuteczne.

3. Elektropunktura jest środkiem cennym w tych zwłaszcza razach, gdy wycięcie chorego nie pozwala na zabieg krwawy, lub też gdy tego wykonać nie można ze względu na wielkość guza. Sposób ten jednak nie zawsze daje trwałe wyniki; nawroty bowiem cierpienia widzieć po nim można dość często.

4. Do tejże grupy środków leczniczych zalicza autor w ostatnich czasach zalecane wstrzykiwania 30—75% alkoholu pomiędzy naczynia celem wywołania zapalenia i skurczenia się tkanek, a tem samem zamknięcia światła naczyń.

III) Zabiegi, zmierzające do gruntownego zniszczenia lub też usunięcia guza naczyniowego. Rękoczynu dokonywać należy za pomocą noża, unikać natomiast pętlicy galwanokaustycznej oraz massowego podwiązania, te bowiem często powodują krwawienia gwałtowne i nie niszczą całkowicie drobnych, lecz nie mniej niebezpiecznych dróg krwionośnych na obwodzie naczyniaka, pozostawiając zarazem zniekształniające blizny.

Dla uniknięcia krwawienia przy wycinaniu guza zastosować można: 1-o ucisk palcem na naczynia podczas operacji, co wykonać się udaje w tych tylko razach, gdy tkanki przycisnąć można do kości; 2-o podwiązanie naczyń doprowadzających, np. obu tętnic szyjowych zewnętrznych obok upustu krwi z żył, a to dla uniknięcia groźnych objawów mózgowych; 3-o opaskę ESMARCH'a, jeżeli naczyniak usadowił się na kończynie, lub w takim miejscu głowy, że założenie opaski jest możliwe, chociażby za pośrednictwem płytek gumowych, wzmagających ucisk, wywołany przez opaskę; autor użył tego środka w jednym przypadku z powodzeniem; 4-o szwy głębokie po operacji.

Co się tyczy blizn zniekształniających, a stanowiących stronę ujemną wycięcia, to tych łatwo uniknąć można przez operacje plastyczne lub też przeszczepienie naskórka. Rozumie się, że całkowite wycięcie guza wykonane być nie może w tych przypadkach, w których naczyniak zajmuje przestrzenie wielkie, np. powłoki czaszki w całości. W tych razach o prawo swoje upominają się przede wszystkim elektropunktura oraz wstrzykiwania alkoholu pomiędzy naczynia.

*(Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1893. Bd. 37. H. 3 u. 4). W. Łapiński.*

### 51. Prof. Ernest Fraenkel [Wrocław]. Nieznana postać cierpienia części pochwowej macicy.

Do miejscowej kliniki zapisała się 34-letnia wdowa, cierpiąca na upławy.

Chora rodziła dwa razy, ostatnio przed 12 laty; obecnie małokrwiśta, z niezbyt wybitnymi objawami choroby BASEDOW'a; miesięczkę ma prawidłową, nieobfitą.

Na obu wargach macicznych znajduje się obszerne zaczerwienienie, pokryte niedającą się zmyć lub zetrzeć białą grubą powłoką z wyglądem chropawym i ziarnistym. Obraz ten przypomina folikularne nadzarcie i w pierwszej chwili sprawia wrażenie strupa po przyżeganiu azotanem srebra lub chlorkiem cynku. Chora stanowczo zapewnia, że, prócz słabego rozczyynu

kwasu bornego z alunem do szprycowania, żadnych środków nie używała. Owa gruba biała powłoczka pozostała bez zmiany jeszcze przez 2 miesiące wobec obojętnego leczenia w klinice [szprycowania przegotowaną wodą]. Na miejscach próbnych wycięć lub zeszkrobania następowała regeneracja po 14 dniach, gdy zaś po zeszkrobaniu wykonano przyżeganie żegadłem PAQUELIN'a, wówczas rozwinął się prawidłowy nabłonek. Przy badaniu drobnowidzowym stwierdzono, co następuje:

Nabłonek zgrubiałą części pochwowej składa się z dwóch prawie jednakowej grubości warstw, z których górna układa się falisto na dolnej.

Dolna warstwa nabłonka i leżąca poniżej tkanka łączna są niezmienione, górna zaś nie przyjmuje barwnika i wygląda jako jednolita masa. Na preparacie rozszczepionemi igiełkami w warstwie dolnej nabłonka występują niewyraźne jądra; miejscami jest on oddzielony od podścieliska lub niema go wcale. Niżej leżąca tkanka łączna na miejscach odwarstwienia nabłonka, a szczególnie tam, gdzie go niema, jest mocno nastrzyknięta, drobnokomórkowo nacieczona.

Staranne poszukiwania wykluczyły pasożytnicze pochodzenie cierpienia. Sprawa zdaje się ograniczać jedynie zewnętrzną powierzchnią części pochwowej.

W danym przypadku można stanowczo wykluczyć krup, gdyż nie mamy do czynienia z błonami, dającemi się łatwo oderwać; zarówno syfilis wykluczyć należy wobec braku wszelkich objawów.

Zatem cierpienie to części pochwowej określić wypadałoby jako przewlekłe zapalenie tkanki łącznej wraz z pewnym przerostem i obumieraniem warstw nabłonka płaskiego.

(*Wien. med. Woch. Nr. 3.*).

*L. Kozicki.*

## **52. Hirschberg [Poznań]. Przypadek wypadnięcia odbytnicy, spowodowany urazem.**

34-letni robotnik, przygnieciony do ściany wrotami śpichrza, obok złamania ramienia i strzaskania stawu barkowego, odniósł znaczne obrażenie kości krzyżowej. Zaraz po wypadku zaczął doświadczać bólów w krzyżu, i skarżył się na mimowolne, zbyt częste wypróżnienia, wraz z wypadnięciem kiszki. Przed przypadkiem był zupełnie zdrow i nigdy rozwolnienia nie miał.

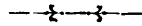
Po dwóch miesiącach stwierdzono: lewe ramię zniekształcone, a staw barkowy jeszcze nie zupełnie ruchomy; prócz tego wypadnięcie odbytnicy długości 10 ctm., która równie łatwo wypada, jak i daje odprowadzić się na miejsce. Po 6½ miesiącach ramię jeszcze zniekształcone, lecz ruchy poprawiły się znacznie. Chory, dziwnie przygnębiony na duchu, domagał się koniecznie usunięcia wypadnięcia odbytnicy na drodze operacyjnej. Na klinice BARDELEBEN'a w 10 miesięcy po wypadku znaleziono zupełne wpochwienie prostnicy i wypadnięcie nie tylko błony śluzowej, lecz całej grubości ściany kiszki. Po przypaleniu energicznem błony śluzowej odbytnicy wypadnięcie kiszki wraz z przygnębieniem ducha znikło, poczem chory powrócił do pracy. ESMARCH jest zdania, że wypadnięcie w powyższym przypadku zależało od częściowego bezwładu zwieracza odbytu, bezwład zaś mógł powstać wskutek

silnego urazu kości krzyżowej; nerwy bowiem zwieracza (*nervi haemorrhoid. ext. s. inferiores*) wychodzą ze splotu kości krzyżowej (*pubendus communis*) i przechodzą przez jej otwory. Dalej E. przypuszcza, że mogło być złamanie kości krzyżowej, którego jednak z zewnątrz nie wyczuwano, gdyż przemieszczenia odłamków nie było; możliwą również była szczelina w kości, która przeszła przez drugi lub trzeci otwór z jednej strony kości krzyżowej. Mogły także, według E., wskutek przygniecenia, powstać wybroczyny na wewnętrznej powierzchni kości krzyżowej, które opuściły się w tkance prostnicy i wyparły fałdy błony śluzowej z odbytu. Nakoniec E. zwraca uwagę na to, że wskutek silnych wstrząśnień ciała powstają nieraz znaczne rozerwania, które znajdowano dopiero przy oględzinach pośmiertnych.

(Berl. klin. Woch. Nr. 14. 1894).

J. Weisblat.

## Przegląd bibliograficzny.



Nauka o operacjach położniczych. Napisał Prof. Dr. ANTONI MARS. Część I. Zabiegi położnicze pomniejsze. W Krakowie. Nakładem autora. 1894. Stronic 58.

Do szeregu zabiegów położniczych pomniejszych zalicza autor: wstrzykiwania do pochwy, przebicie błon płodowych w przypadkach opóźniającego się ich pęknięcia, podtrzymywanie międzykroczka, odprowadzenie okręconej około szyi płodu pępowiny, wydobywanie barków płodu w położeniach główkowych, podwiązanie pępowiny, podtrzymywanie łożyska występującego, utrzymywanie i nacieranie dna macicy po porodzie i wreszcie tamponowanie pochwy. Za wstępem i rozdziałem o sposobach postępowania przeciwnilnego i bezgnilnego następuje szczegółowy opis wszystkich tych zabiegów po kolei. W następnych częściach swego dzieła zapowiada autor wykład o rękoczynach położniczych właściwych i o rękoczynach chirurgicznych, w położnictwie używanych. Jest to układ oryginalny, od zwykłego szablonu tego rodzaju podręczników wybitnie i dodatnio odskakujący. Wykład jest wogóle zwięzły, przystępny i jasny: zalety podręcznika naukowego bardzo ważne. Zwłaszcza opis najtrudniejszego z tych zabiegów, mianowicie podtrzymywania międzykroczka, wypadł bardzo udatnie, objaśniony sześcioma dobrymi rysunkami.

W rozdziale jednak o przebicciu pęcherza płodowego znajdują się dwa ustępy niejasne, które, ze względu na sprzeczności w nich zawarte, pozwolimy tu sobie przytoczyć. Na str. 35 pisze autor: „Wrazie, gdy znajdujemy błony grube podatne, elastyczne... używamy [do przebiccia pęcherza] instrumentów“. Gruba błona nie może być podatną i elastyczną. Na str. 26 czytamy: „Zazwyczaj palec wystarcza do przebiccia pęcherza płodowego, jeśli jednak nie wystarcza, a niema pióra pod ręką [pióra gęsiego do przebiccia pęcherza], nie posiadamy właściwie stosownego przyrządu. Wobec tego sądzę, że aczkolwiek osobnego narzędzia do dokonania zabiegu nie potrzeba, to przecież dobrzeby było, takowe wprowadzić“. Ile zdań tyle sprzeczności.

Mówiąc o wstrzykiwaniu do pochwy, nie wspomniał autor o lizolu, który jednak w ostatnich czasach doczekał się rozpowszechnienia.

Innych niedokładności w zeszycie tym nie zauważyliśmy, a natomiast w wykładzie prof. MARSA spotykamy się często ze wskazówkami praktycznymi bardzo pożytecznymi.

Co się tyczy języka, to, wogóle biorąc, pierwsza ta część nauki o operacjach położniczych napisana jest poprawnie i czyta się gładko. Podkreśliśmy jednak kilka małoważnych błędów językowych, których w następnych częściach będzie można łatwo się ustrzedz i dla tego tylko o nich wzmiankę tu czynimy. Na str. 3 pisze autor: „Operacje położnicze... muszą być najczęściej wykonywane w mieszkaniu rodzącej, jak i e m b y o n o n i e b y ł o“. Na str. 9: „położnik... musi się o d r a ż a ć“. Na str. 33: „... potylicca... im dalej od podstawy czaszki, tem jest p ł a ś c i e j s z ą“. Posługuje się też wyrażeniami takimi, jak: „n a c z y n i a s z y j n e“ [str. 43] zamiast szyjowe, „o d p ę p i a n i e“ [str. 46] w znaczeniu podwiązki pępowiny, „s k r w a w i e n i e“ [str. 49] w znaczeniu całkowitego ujścia krwi. Razi też bardzo tak często powtarzany, a tak szpetny wyraz „p o ł o ż n i k“, określać mający lekarza, zajmującego się położnictwem, a właściwie oznaczający tylko... położnicę rodzaju męskiego.

Na str. 39 w wierszu 15 od dołu poprawić by należało koniecznie omyłkę drukarską następującą: „zagrożonem jest w pierwszej linii płód“.

Pomijając te małoznaczne usterki, część I nauki o operacjach położniczych prof. MARSA pozwala spodziewać się całości poważnej i pożytecznej, której też z niecierpliwością oczekujemy.

M. Zweigbaum.

## Wiadomości terapeutyczne.

20. Dulcinum, s. Sucrolosum. Dulcyna, czyli Sukrol. Jest to związek chemiczny, para-fenetol-karbamid,  $\text{CO} \begin{matrix} \text{NH}_2 \\ \text{NH} \cdot \text{C}_6\text{H}_4 \cdot \text{O} \cdot \text{C}_2\text{H}_5 \end{matrix}$  mogący zastąpić cukier zwyczajny przy osładzaniu pokarmów, napojów i leków, przeznaczonych dla chorych na cukrzycę i na otyłość; ale wartości pożywej dulcyna — podobnie jak i sacharyna — nie posiada żadnej.

Dulcyna jest 200—250 razy słodsza od cukru. Sacharyna, jak wiadomo, pomimo swego smaku słodkiego posiada jednak jakiś przykry odbrzask, którego wielu chorych znieść nie może, szczególnie po dłuższym używaniu tego przetworu; dulcyna zaś ma tę wyższość nad sacharyną, że jej smak jest czysto-słodki bez żadnego odbrzasku.

Nowy ten przetwór chemiczny [firmy RIEDEL'a] przedstawia się pod postacią proszku krystalicznego, białego, trudno rozpuszczalnego w wodzie, alkoholu i glicerynie: rozpuszcza się w 800 częściach wody zimnej, w 50 częściach wody wrzącej, w 80 częściach 45% alkoholu, w 25 częściach zimnego 90% alkoholu, w 460—480 częściach gliceryny. Przy dłuższym gotowaniu z wodą dul-

cyna rozpada się na węglan amonu i na dipara-fenetol-karbamid. Ten ostatni przetwórcz już nie posiada smaku słodkiego.

Co się tyczy działania fizyologicznego, to D-r ALDEHOFF, asystent prof. MERING'a, na mocy doświadczeń na zwierzętach doszedł do wyników wcale nie zachęcających do wewnętrznego stosowania dulcyny (*Therap. Monatsh.* 1894. II). Zwierzęta, które otrzymywały po 1,0 dulcyny na dobę, już w pierwszych dniach zaczęły chorować: pojawiały się wymioty, łaknienie zmalało, zwierzęta stawały się apatycznymi i chudły. Mocz stawał się ciemnym, następnie ciemno-brunatnym, a piana jego przybierała odcień żółtawy, przyczem jednocześnie u niektórych zwierząt i żółtaczka wyraźna występowała, wszelako obok stolców prawidłowo zabarwionych. Po trzech tygodniach zwierzęta zdechały. Przy oględzinach pośmiertnych znajdowano w tych razach wszystkie narządy mocno przeziąknięte barwnikami żółciowymi.

Zdawałoby się, że po takich wynikach rola nowego przetworu jest już chyba skończoną; ale z drugiej strony posiadamy już badania bardzo poważne prof. KOSSEL'a, STAMM'a i prof. KOBERT'a (*Centblt. f. innere Med.* 1894. 16), które prostują wyniki wyżej przytoczone, a nawet do pewnego stopnia im przeczą. Według tych doświadczeń, małe dawki [0,3], nawet przez długi czas stosowane, nie wywołują żadnych zaburzeń; duże zaś dawki [1,0—2,0 *pro die*] wywołują u zwierząt groźne objawy [ślinienie, nudności, wymioty, rozwolnienie, odurzenie, a po dłuższem stosowaniu — śmierć], jednak przytem ani rozkładu krwi, ani żółtaczki nigdy nie znajdowano. Oprócz tego i ściśle badania w probówce wykazały, że dulcyna nie rozkłada krwi, że więc nie jest trucizną krwi: krew rozmaitych zwierząt, zmieszana z dulcyną, może stać przez cały dzień, a pomimo to nie wytwarza się ani methemoglobina, ani hematyna, ani inne produkty rozkładu hemoglobiny.

Z tego też powodu KOBERT dochodzi do wniosku, że dulcynę w małych dawkach—a tylko takie dawki są potrzebne—można zupełnie śmiało stosować u człowieka, i że przetwórcz ten może okazać się bardzo pożytecznym przy cukrzycy.

W istocie spostrzeżenia kliniczne, przeprowadzone przez prof. EWALD'a (*Allgem. medic. Centralzeitg.* 1893. 43), przekonały, że chorzy bez żadnej szkody znoszą do 1,5 grm. dziennie. W ten sam sposób wyrażają się i niektórzy inni badacze, jak: HERMANN HAGER, PASCHIKIS i LUDWIG WENGHOEFFER. Ten ostatni donosi (*Therapeut. Blätter.* 1894. 3), że nawet sześciomiesięczne stosowanie dulcyny w dawkach umiarkowanych nie dawało żadnych objawów nieprzyjemnych.

RIEDEL wprowadził do handlu pastylki dulcynowe, z których każda waży 0,25 grm. i zawiera 0,025 grm. dulcyny. Pastylki te rozpuszczają się łatwo w wodzie i mogą być używane do słodzenia pokarmów i napojów dla chorych cukrzycowych. Jedna pastylka odpowiada 5,0 cukru zwyczajnego.

Wiktor Grostern.



## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Po przeczytaniu zamieszczonego w Nr-ze 19 „Gazety Lekarskiej“ artykułu kol. NIEDZIELSKIEGO p. t.: „Przypadek posokowatego zapalenia szpiku piszczeli“ nasunęło mi się kilka uwag; mam więc honor prosić Szan. Redaktora o pomieszczenie w swem piśmie kilku słów w kwestyi rzeczonego artykułu.

Dla umotywowania swego poglądu na istotę i przyczynę danej sprawy chorobowej kol. NIEDZIELSKI przytacza przykłady podobnego rodzaju cierpień, które znalazł w dostępnej mu literaturze. O ile mogłem zrozumieć, kol. NIEDZIELSKI uważa zażalenie, pochodzące z zewnątrz, jako jedyny czynnik, który mógł spowodować nawrót przebytego przed kilkunastu laty cierpienia. Jako potwierdzenie swego przypuszczenia zestawia autor poszukiwania LANNELONGUE'a i VERNEUIL'a, którzy nie przypuszczają możliwości powstawania zapalenia szpiku kostnego bez [maloznaczącego lub niedostrzegalnego] obrażenia skóry. Następnie przytacza kol. NIEDZIELSKI zdanie BERGER'a, poparte przez KUESTER'a, że przebyte w dziecięctwie cierpienia szpiku kostnego czynią kość skłoną do wtórnych spraw zapalnych. Nie mam zamiaru twierdzić, żeby powyższe poglądy były błędnymi, lecz chciałbym tylko zaznaczyć, że nowsi badacze nieco inaczej objaśniają nawroty zapalenia szpiku kostnego, które zdarzają się po upływie kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat. Mianowicie Jul. SCHNITZLER opisuje w (*Centralblt. f. Bakt. u. Paras. Ad. XV. Nr. 8 i 9; refer. D-ra W. ORŁOWSKIEGO w Nr. 15 Przegl. Lek. z r. b.*) znalezienie złośliwych gronkowców [w dwóch przypadkach złościstych] w zamkniętem ognisku osteomyelitycznem, powstałem przed 35 laty. Wzmiankowany autor przytacza tam podobne przypadki, obserwowane przez KRAUSE'go, RESSEMANN'a [recydywy po latach 30] i MUELLER'a. Przeczy twierdzeniu KRASKE'go o konieczności następczej reinfekcyi we wszystkich piorunująco przebiegających przypadkach zapalenia szpiku kostnego; twierdzi, że gronkowce mogą żyć „w martwych jamach“ wewnątrz tkanek ludzkich, nie sprawiając przytem żadnego klinicznie objawiającego się odczynu; przyjmuje, że pewne urazy, jakoteż małe krwotoki, mogą wyprowadzić tkankę i zawarte w niej drobnoustroje z równowagi, w jakiej dotychczas przebywały; opierając się zaś na doświadczeniach BUCHNER'a i KLEIN'a, przypuszcza, że nawet pewne zboczenia w przemianie materyi mogą wywołać ten sam skutek.

Z punktu widzenia SCHNITZLER'a nie trudno byłoby wytłómaczyć sobie przebieg cierpienia w podanym przez kol. NIEDZIELSKIEGO przypadku, zwłaszcza, gdyby autor przy wywiadach uwzględnił niektóre czynniki, które w danym przypadku mogłyby, w myśl SCHNITZLER'a, grać rolę *agents provocateurs*. W takim razie nie należałoby może dziwić się „nader złośliwemu charakterowi cierpienia, niesłychanie szybko postępującej zgorzeli kości i wczesnemu powikłaniu przez ropnicę“. Co do ostatniego punktu, pozwolę sobie zwrócić uwagę kol. NIEDZ., że objawy ropnicy trzynastego dnia po operacyi [a którego dnia od początku choroby?] nie zdają się przemawiać za zbyt wczesnem powikłaniem tego rodzaju, zwłaszcza, że stan, w jakim znaleziona została żyła udowa, zdaje się przemawiać za tem, że sprawa chorobowa przebiegała niezbyt szybko. W mojej praktyce miałem chorego, który uległ zmiążdżeniu palucha i zmarł dziesiątego dnia po tym wypadku wśród objawów ropnicy, nie zgodziwszy się na operacyę.

Sądzę, że kilka tych uwag nie wydadzą się zbytecznemi wobec dzisiejszego ogólnego zainteresowania, jakie budzą wszelkiego rodzaju sprawy zakaźne ze względu na ich źródło i pochodzenie.

Leonów. 16. V. 1894.

Z głębokim szacunkiem.

K. Zaleski.

## Wiadomości bieżące.

— W Warszawie w d. 11 r. b. odbyła się uroczystość położenia kamienia węgielnego pod budowę nowego szpitala dla starozakonných, na Czystem, za rogatką Wolską, przy ulicy Dworskiej.

— Przy ulicy Bielańskiej Nr. 18 otwarty został zakład dla chorych na oczy, prowadzony przez kol. KĘPIŃSKIEGO i GARLIŃSKIEGO.

— Od 23. IV <sup>1)</sup> do 23. V. do pozostałych w oddziale cholerycznym 12 chorych przybyło:

z Warszawy . . . . .	31	chorych na cholere	
z Ochoty i Grójeckiej drogi . . . . .	15	" " "	
z Woli . . . . .	6	" " "	
ze wsi Koło gmina Czyste . . . . .	1	" " "	
ze wsi Izabelin, gm. Młociny . . . . .	1	" " "	
z Pruszkowa . . . . .	1	" " "	
	Razem . 55	zmarło	wyodr. pozost.
Wraz z pozostałymi . . . . .	67	34	19 14

Warszawscy chorzy pochodzą z następujących ulic: Stawki Nr. 43 przybyło 2 chorych, z pod N-ru 45 przyb. 2 chor.; Miedziana Nr. 14 przyb. 1 ch.; Nr. 7 przyb. 5 chor.; Plac Krasińskich Nr. 1 przyb. 1 chor.; Wolska Nr. 57 przyb. 1 chor.; Pawia Nr. 81 przyb. 2 chor.; Moskiewska [Praga] Nr. 3 przyb. 1 chor.; Olszowa [Praga] Nr. 8 przyb. 1 chor.; Grzybowska Nr. 78 przyb. 1 ch.; Karmelicka Nr. 3 przyb. 1 ch.; z nad Wisły [przystanek dla statków parowych] przyb. 1 chory; Browarna Nr. 20 przyb. 1 ch.; Łucka Nr. 25 przyb. 1 ch.; Tarczyńska Nr. 20 przyb. 1 ch.; Sosnowa Nr. 3 przyb. 1 ch.; Solec Nr. 62 przyb. 1 ch.; Śliska Nr. 22 przyb. 1 ch.; Furmańska Nr. 4 przyb. 1 ch.; Miła Nr. 24 przyb. 1 ch.; Długa Nr. 41 przyb. 1 chory; Żelazna Nr. 48 przyb. 1 ch.; Pańska Nr. 86 przyb. 1 ch.; Hoża Nr. 11 przybył 1 ch..

W liczbie przybyłych z Ochoty znalazł się i D-r KAJETAN SZCZENIOWSKI, który gorliwie pełniąc obowiązki lekarza sanitarnego w tej wsi, zaraził się cholera i o mało życiem nie przeplacił swej gorliwości. Szczęściem wyzdrowiał.

Wielu z chorych, których przywożą do Oddziału, mieszka w okolicznych wsiach i codziennie przychodzi do Warszawy na zarobek; tutaj niektórzy przy pracy zapadli i z miasta przywiezieni zostali.

Stosunkowo znaczna śmiertelność tłumaczy się tem, że wielu chorych przybywa w stanie konania, a większość tych, którzy zmarli przywieziono w okresie daleko posuniętego okresu zamartwiczego. Z drugiej strony przyczyna leży w gwałtowności *genii epidemii* w obecnym czasie. Tak na mieście jak i w Oddziale umierają chorzy, po kilku lub kilkunastu godzinach od chwili zapadnięcia. D-r Wł. Świątecki.

— **Zmarli:** w Warszawie — D-r LUDWIK BIBERSTEIN; w Siedlcach — D-r FRANCISZEK ZIENCINA.

**Sprostowanie.** Nr. 20 Gaz. Lek. na str. 513, wiersz 17 od dołu, po wyrazach „na tylnym brzegu”. wypuszczone: „a to z uwagi na szypułę kręzkową, która zasłaniała pole operacyi. Chcąc ułatwić sobie postępowanie autor poezynał szycie na tylnym brzegu”.

— W Nrze 21 na str. 500, wiersz 21 zamiast „anaerobiotycznej” powinno być: „aerobiotycznej”.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc kwiecień 1894.

<sup>1)</sup> Patrz Nr. 17 Gaz. Lek., w którym są dane o przebiegu epidemii cholery do wyżej oznaczonego czasu.

Wydawca, D-r M. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 20 Мая 1894 г.

Druk K. Kowalevskiego, Królewska Nr. 29.