

# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYCZYNEK DO PATOLOGII TOREBKI SOCZEWKI I BŁONY DESCEMETA.

Podał

**B. Gepner** [syn].

### I.

W pokojowym akwaryjum żył od 7-miu mniej więcej lat lin pospolicie (*Cyprinus tinea*), około 10 ctm. długości mający. Już trzy lata temu zauważyłem w środku obu jego źrenic niewielkie, szarawe, ostro odgraniczone zmętnienie, które, powoli się rozszerzając, stawało się coraz bielszem. Z czasem przekonałem się, że to zmętnienie wielkości ziarnka maku leży w soczewce, a mianowicie u jej bieguna przedniego; miałem więc do czynienia z zaćmą, którą przyjąć należało za przednią zaćmę biegunową (*cataracta polaris anterior*). W Sierpniu r. zaprz. lin usnął i został przechowany w 70% alkoholu; w kilka miesięcy potem, w czasie pobytu mego w klinice ocznej Heidelbergskiej, miałem sposobność zbadać drobnowidzowo jego oczy, do czego szczególnie przez prof. O. BECKER'a zostałem zachęcony.

Oto w krótkości wynik tych badań.

Oba oczy lina przedstawiały jednakowe zmiany. U przedniego bieguna soczewki widać małą półkulistą wyniosłość, składającą się z komórek i substancji międzykomórkowej, siedzących pod wypukłą w tem miejscu torebką. Konglomerat tych komórek, badany przy słabem powiększeniu, robi na pierwszy rzut oka wrażenie tkanki łącznej, a oddzielony od masy samej soczewki cienką jednolitą błoną, do torebki z wyglądu bardzo podobną, wydaje się być zamkniętym w samej torebce.

Nabłonek torebki pod opisanym wyżej wytworem przedstawia wyraźne cechy bujania komórek; niedaleko poza granicą nowoutworzonej tkanki przechodzi on stopniowo w nabłonek prawidłowy.

Soczewka, w przednim odcinku zmętniała, przedstawia zmiany właściwe zaćmie korowej.

Przy silniejszym powiększeniu spostrzegamy pomiędzy torebką i tylną błoną liczne belecзки substancji jednolitej, przebiegające między przeciwległymi punktami wewnętrznej powierzchni torebki. Belecзки te, połączone między sobą

przy pomocy poprzecznych rozgałęzień, tworzą rodzaj sieci, w oczach której siedzą komórki, których kształt sprawia wrażenie, jak gdyby były spłaszczone przez jakąś od przodu i od tyłu działającą siłę. Jądra, w większości komórek bardzo dobrze widzialne, kształtem odpowiadają komórkom. Belecзки substancji międzykomórkowej są w znacznej części równoległe do tylnej błony odgraniczającej i na wygląd z tą ostatnią identyczne.

Substancja międzykomórkowa i błona tylna barwią się hematoksyliną trochę ciemniej, niż torebka, a tę samą różnicę barwienia okazuje wewnętrzny brzeg torebki, przylegający do nowoutworzonej tkanki. W tem miejscu, gdzie błona tylna łączy się z torebką, nie kończy się ona jeszcze, lecz przebiega wraz z nią dalej ku równikowi, oddzielona od niej dość wyraźną linijką; ciemniejsze zabarwienie powoli znika, ale linię odgraniczającą można widzieć na niektórych preparatach aż poza równikiem soczewki. Ta część tej błony, która leży pod nowopowstałą tkanką, jest najgrubsza w obwodzie, ku środkowi cienieje, aż wreszcie jest zaledwo widoczną, jako wązki bardzo pasek. Na torebce samej, niejednostajnie grubej, widać wyraźne poprzeczne prążkowanie, które staje się jeszcze widoczniejszym na skrawkach macerowanych w roztworze nadmanganianu potasu [5 do 8 kropel 5% roztworu na 35 ctm. sześć. wody w ciągu 6—10 dni].

Nabłonek torebki, jak to już wyżej wspomniałem, jest pod nową tkanką ułożony w kilka warstw, wybujął; w innych miejscach prawidłowy i raz tylko jeszcze w odległości mniej więcej jednego milimetra od brzegu nowotworu tworzy wyniosłość, z nieprawidłowo bujających komórek złożoną.

Ten krótki, ale możliwie dokładny opis obrazu, jaki znalazłem, badając drobnowidzowo soczewki lina, przekonywa nas, że mamy tu do czynienia z przypadkiem zaćmy torebkowej, a obraz ten jest prawie identyczny z tym, który widzimy przy odpowiedniej sprawie w oku ludzkim. Wiadomo, że bujanie nabłonka torebki jest własnością zaćmy torebkowej, zastanowić się jednak musimy nad pochodzeniem beleczek substancji międzykomórkowej i błony, odgraniczającej zaćmę od właściwej soczewki.

Już **LEBER** <sup>1)</sup>, a po nim **WAGENMANN** <sup>2)</sup> i **SCHIRMER** <sup>3)</sup> przyjęli błonę tylną za wytwór kutikularny komórek nabłonka torebki. W opisach budowy zaćmy torebkowej spotykamy też wzmianki o jednolitej substancji międzykomórkowej; jeżeli zaś pozwalam sobie wrócić raz jeszcze do tego przedmiotu, to czynię to dlatego, że stosunki anatomiczne są tak proste w moim przypadku, iż kwestyję, nas zajmującą, czynią bardzo zrozumiałą.

Musimy przyjąć, że belecзки substancji międzykomórkowej i tylna błona są jednakowego pochodzenia; różnica w barwieniu się hematoksyliną tych utworów w porównaniu z barwieniem się torebki może tu posłużyć za jeden dowódów. W miejscach, gdzie te belecзки schodzą się z torebką, zlewają się z nią one całko-

<sup>1)</sup> Sitzungsbericht der Ophthalmolog. Gesellschaft. 1878, str. 37.

<sup>2)</sup> A. WAGENMANN. Neubildung von glashautiger Substanz an der Linsenkapsel und an der DESCOMET'schen Membran. Archiw GRAEFE'go. XXXV. 1.

<sup>3)</sup> O. SCHIRMER. Histologische und histochem. Untersuchungen über Kapselnarbe und Kapselstaar etc. Arch. GRAEFE'go XXXV. 1.

wicie i tylko dzięki tej różnicy w przyjmowaniu barwnika można poznać, gdzie się kończy torebka, a gdzie zaczyna nowa substancja. Jeżeli więc przyjmiemy wraz z O. BECKER'em, że tylna błona jest częścią torebki, oddzieloną przez wrastające w nią komórki, musielibyśmy przyjąć nie pojedyncze, lecz wielokrotne rozszczenie jej, odpowiednio do liczby ók sieci, co byłoby trudnem do zrozumienia. Wymiary nie mają w tym przypadku wartości przekonywującej, gdyż nieznaną jest właściwa grubość torebki soczewki lina; a powtóre, cała nasza soczewka wraz z torebką jest nieprawidłowa, skurczona. Wymiary te podaję tutaj tylko dla całości obrazu. Grubość torebki ponad zaćmą wynosi 0,028 milim.; błona tylna w obwodzie wynosi 0,0054 milim.. Dodać tu jeszcze chciałbym, że belecзки, leżące więcej ku przodowi, są znacznie grubsze, niż tylne i nieraz przenoszą co do grubości błonę tylną.

Powstanie tej zaćmy torebkowej tłómaczę sobie w następujący sposób. Bujające i prawdopodobnie rozmnożone komórki nabłonka torebki, doszedłszy do pewnego stadyum przemiany, pozostały na takim i rozpoczęły czynność wydzielania substancji kutikularnej, która pod postacią błony oddzieliła je od tkanki soczewki. Z boków nabłonek torebki pokrył nowoutworzoną błonę, ale w następstwie uległ tym samym zmianom, co i pierwszy. Powstała nowa błona i z kolei też nabłonkiem pokrytą została i t. d.. Tymczasem komórki, zamknięte między torebką i pierwszą błoną, jak też między tą i następną, nie utraciły swojej siły wytwórczej, a wskutek dalszego wydzielania substancji kutikularnej, belecзки [przecięcia błon] grubiały coraz więcej. W ten sposób możemy sobie wytłómaczyć, dlaczego belecзки te leżą równolegle do siebie i obejmują pewne grupy komórek. Dlaczego jednak każda pojedyncza komórka nie otoczyła się kutikulą? Że komórka nabłonka torebki posiada tę własność, dowodzi fig. 9 lit. *k* cytowanej wyżej pracy WAGENMANN'a: tam komórka taka otoczona jest całkowicie jednolitym pierścieniem. Stosunki jej są tam wszakże całkiem odrębne. W prawidłowych warunkach komórka nabłonka torebki dotyka od zewnątrz torebki, od wewnątrz włókien soczewki, po bokach sąsiednich komórek. W naszym przypadku komórki te przylegają z wewnątrz do zmienionej substancji soczewki, a stan ten włókien jej uważać tu chcę za powód, który dał początek przemianom w nabłonku. Podług hipotezy SCHIRMER'a (*l. c.*), komórki nabłonka i w prawidłowych warunkach wydzielają jednolitą substancję, tutaj czynność ta wzmożona jest przez podrażnienie ze strony zmienionej soczewki. Wydzielanie idzie szybciej, niż w prawidłowych warunkach i, być może, dlatego nowa ta substancja, jako mniej ścisła, inaczej przyjmuje barwnik hematoksyliny, niż torebka. Po bokach stosunki komórek nie są zmienione, przylegają one do sąsiednich, to też tylko ku zewnątrz i wewnątrz odbywa się wydzielanie substancji jednolitej. W moich preparatach widziałem rozmaitą ilość komórek w okach sieci substancji międzykomórkowej, ale tam, gdzie komórki ze sobą się stykają, wydzielanie nie ma miejsca. Sprawy tej nie można przyjąć za ukończoną; albowiem nabłonek, pokrywający błonę tylną, jest wybujający, czyli przedstawia początek tworzenia się nowej zaćmy torebkowej.

Przyjmując ten sposób tworzenia się tej zaćmy torebkowej, jesteśmy w stanie wytłómaczyć wypukłość danego miejsca torebki i bardziej spłaszczoną postać

komórek, leżących ku przodowi: przyczyna obu leży we wzrastającym ciągle ucisku od wewnątrz, wskutek powiększania się liczby bujających komórek.

By mózdz sobie w ten sposób wytłómaczyć powstawanie tej zaćmy torebkowej, przyjąć muszę, że bodziec do zmian w nabłonku wyszedł od wewnątrz, to jest ze strony włókien soczewki.

## II.

Porównywając błonę DESCOMET'a wraz z jej śródbłonkiem z torebką soczewki i jej nabłonkiem, łatwo zauważymy, że pomiędzy temi dwiema błonami istnieje nietylko powierzchowne podobieństwo. Już oddawna wiadomo, że błona DESCOMET'a jest wytworem kutikularnym komórek, stanowiących w następstwie jej śródbłonek [SCHWALBE <sup>1)</sup>]. Z drugiej znów strony badania ostatnich czasów, a szczególnie już wyżej wspomniana praca SCHIRMER'a nad torebką soczewki, pozwalają na wniosek, że i ta błona jest produktem jej nabłonka. Rana torebki, czy to chirurgiczna, czy przypadkowa goi się właśnie dzięki wytwórczej działalności nabłonka. *A priori* możnaby oczekiwać, że rana błony DESCOMET'a może być w podobny sposób zagojona, a jednak fakt podobny, o ile mi wiadomo, nie był dotąd spostrzegany. Według dotychczasowych badań, gdy rana rogówki zabliźnioną już została, w błonie DESCOMET'a istnieje ciągle przerwa w jej ciągłości, wtedy nawet, gdy śródbłonek pokrył całkowicie to miejsce od wewnątrz. Właściwe zagojenie rany błony DESCOMET'a nie było notowane, albo też spostrzegano tylko włókniste połączenie jej brzegów [NEESE <sup>2)</sup>]. Często zato spotkać się można z notatką, że przecięte części błony DESCOMET'a są przykurczone i na zewnątrz wywinięte. Że jednak połączenie rany błony DESCOMET'a przy pomocy identycznej z nią jednolitej substancji jest możebne, dowodzi niżej opisane spostrzeżenie.

W. O. był zupełnie zdrów na oczy do roku 1871; w tym roku [wówczas 11-letni] zachorował na zapalenie tęczówki, wskutek którego miał zrobioną na obu oczach irydektomię. W r. 1876 i 1877 był ponownie w leczeniu i, jak twierdzi, znów podlegał operacyi na obu oczach. W ciągu następnych 2 lat prawe oko utraciło w zupełności siłę widzenia. W lecie roku 1880 został w to samo oko uderzony; w kilka miesięcy później zauważył czarniawą wyniosłość na tejsze gałce, która ciągle się zwiększała. Z czasem pojawiły się silne bóle w tem oku, wskutek których O. udał się po poradę do kliniki ocznej Heidelbergskiej, gdzie mu w Kwietniu r. 1881 wyjęto prawe oko z powodu jaskry następczej. Gałkę tę, stwardnioną w płynie MUELLER'a, otrzymałem do zbadania drobnowidzowego. Wynik tego badania był następujący. W górnej części rogówki widać bliznę, idącą skośnie od przodu i od góry ku wewnątrz i ku dołowi; blizna ta przebiega przez całą substancję właściwą rogówki, a od śródbłonka błony DESCOMET'a oddzielona jest cienką jednolitą błoną, która z błony DESCOMET'a tworzy nieprzerwaną nigdzie całość. Ta jednolita błona jest cieńszą od błony

1) SCHWALBE. Anatomie der Sinnesorgane. Str. 149.

2) E. NEESE. Ueber das Verhalten des Epithels bei der Heilung von Linear- und Langenmesserwunden in der Hornhaut. Arch. GRAEFK'go. XXXIII. 1.

DESCEMET'a, a w miejscu jej połączenia z takową, od tej ostatniej oddzielają się dwa wązkie paski i idą ku górze w tkankę rogówki, zaginając się następnie na boki. Paski te po obu stronach blizny są jednakowo grube i od reszty błony DESCEMET'a niczem się nie różnią. W tem miejscu, gdzie te dwa paski łączą się z błoną DESCEMET'a, widać linię, odgraniczającą je od części błony, bardziej ku wewnątrz, *resp.* zewnątrz, leżącej. W odległości mniej więcej 1—2 milim. po obu stronach linija ta niknie, by znów dalej stać się widoczną. Grubość błony pod blizną wynosi 0,018 milim., grubość obu wysoków około 0,01 milim.. Tam, gdzie one łączą się z błoną DESCEMET'a, ostatnia jest 0,026 milim. grubą. W innych miejscach błona DESCEMET'a, oprócz kilku niewielkich brodawek, nie przedstawia nic szczególnego, śródbłonek jej jest też zupełnie prawidłowy.

Jeżeli porównamy moją fig. 2 z fig. 6 i 7 pracy SCHIRMER'a (*l. c.*), przedstawiającymi bliznę torebki, spostrzeżemy wielkie podobieństwo między temi obrazami. Kawałki starej torebki odpowiadają tam w zupełności opisanym wyżej wysokom błony DESCEMET'a. Rana torebki zakryta jest od wewnątrz nowowytworzoną błoną, odgraniczoną od torebki właściwej wyraźną linią. Zupełnie coś podobnego widzimy na moim rysunku.

W jaki sposób możemy sobie obraz ten wytłómaczyć? Rana, zadana rogówce przy irydektomii, podziałała jako bodziec na śródbłonek błony DESCEMET'a i wywołała w nim bujanie i mnożenie się komórek, wskutek czego śródbłonek był w stanie pokryć zlepioną już ranę rogówki. Śródbłonek dotykał tu do tkanki właściwej rogówki (*substantia propria*) zupełnie tak samo, jak u zarodka, gdy błona DESCEMET'a jeszcze utworzoną nie została. Nieprawidłowy ten stosunek wraz z bodźcem traumatycznym podniósł wytwórczą działalność komórek, mającą na celu przywrócenie warunków prawidłowych, t. j. oddzielanie się od tkanki rogówki za pomocą błony jednolitej kutikularnego pochodzenia — błony DESCEMET'a.

Wobec zaznaczonej już poprzednio wysokiego podobieństwa między błoną DESCEMET'a i torebką soczewki, sądzę, że mam prawo tłómaczyć sprawę gojenia się pierwszej w ten sposób, jak wytłómaczył to samo SCHIRMER dla torebki, t. j. że to, co leży pod linią graniczącą jest nowoutworzoną kutikularną substancją. Cała mniej więcej błona DESCEMET'a przedstawia dość wyraźne prążkowanie, nie udało mi się jednak stwierdzić, czy która z tych prążek jest przedłużeniem linii graniczącej; gdyby tak było, możnaby zdecydować, jak daleko jeszcze od blizny śródbłonek został pobudzony do wydzielania substancji kutikularnej. Że jednak to wydzielanie podniesione zostało nietylko pod blizną, dowodzi nieodpowiednia do wieku chorego grubość błony DESCEMET'a. Według H. MUELLER'a i innych, grubość błony DESCEMET'a wzrasta z wiekiem, co dowodzi, że śródbłonek jej i w prawidłowych warunkach stale wydziela substancję kutikularną. WAGENMANN <sup>1)</sup> zauważył, że po zniszczeniu mechanicznem śródbłonek na znacznej przestrzeni, na błonie DESCEMET'a odkłada się od wewnątrz nowa powłoka takiejże samej substancji; to samo zjawisko w stanach patologicznych, jako to: przy *iridocyclitis*, *iridochorioiditis* i przewlekłym zapaleniu tęczy, oddawna już jest znane [MICHEL, BECKER]. Moje preparaty dowodzą, że wytwórcza ta działalność

<sup>1)</sup> Archiw GRAEFE'go. XXXIV. 1. Str. 262. [1888 r.].

śródbłonka może być bardzo wielkiej wagi, gdyż dzięki niej gojenie się ran błony DESCOMET'a jest możliwe. By wytlómaczyć dotychczasowy brak odpowiednich spostrzeżeń, pozwolę sobie zwrócić uwagę na dwa punkty anamnezy chorego. Przedewszystkiem, od operacyi irydektomii do wyjęcia oka, czyli do końca życia, upłynęło 10, względnie 5 lat. Być może, że do wytworzenia tak stosunkowo znacznej warstwy substancyi kutikularnej potrzeba długiego czasu. Prace doświadczalne nieraz dla rozwiązania tej kwestyi przedsiębiorano, ale wtedy poddawano badaniu blizny, niewiele dni lub miesięcy mającej; być też może, że i młody wiek chorego [11—15 lat] może mieć tu swe znaczenie. W każdym razie przypadek tak pozytywny, jak wyżej opisany, nie pozostawia wątpliwości, że gojenie się ran błony DESCOMET'a jest możliwe i że ma ono miejsce dzięki produkcyjnej działalności jej śródbłonka. Mam nadzieję, że moje spostrzeżenie niedługo pozostanie pojedynczem, jeżeli gałki wyjęte w lat kilka po przecięciu błony DESCOMET'a zostaną poddane szczegółowemu badaniu w kierunku zajmującego nas przedmiotu.

### OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

Fig. 1. Cięcie przez zaćmę torebkową oka rybiego.

HARTNACK. Obj. 7. Ok. 3.

a) Torebka soczewki. b) Wewnętrzna nowoutworzona błona. c) Linija graniczna między a i b. d) Beleczyki substancyi jednolitej, tworzące sieć, z zawartemi w jej okach komórkami e<sub>1</sub>) Normalny. e<sub>2</sub>) Wybujały nabłonek torebki.

Fig. 2. Dolna część blizny rogówki.

HARTNACK. Obj. 7. Ok. 2.

a) Blizna. b) Niezmieniona tkanka rogówki. c) Kawałki przeciętej błony DESCOMET'a. d) Nowoutworzona błona.

## II. KILKA SŁÓW O DZIAŁANIU KANTARYDYNIANU POTASU (METODA LIEBREICH'A) W SUCHOTACH PŁUCNO-KRTANIOWYCH.

Podał

**D-r Alfred Sokołowski.**

Primum non nocere.

HIPPOCRATES.

Dzięki uprzejmości jednego z kolegów berlińskich, otrzymałem oryginalny preparat LIEBREICH'a zaraz w początkach Marca i rozpocząłem bezwzględnie stosować go u moich chorych szpitalnych, zachęcony wielce wynikami dodatkami, jakoby otrzymanymi w Berlinie przez LIEBREICH'a i kilku innych lekarzy [FRAENKEL, HEYMANN i t. d.]. Doświadczenie moje dotyczy 6 chorych, spostrzeganych przez przeciąg 6 tygodni; byli oni szczegółowo bardzo obserwowani, wynik zaś wyników terapeutycznych poprzedzam krótkimi historyjami choroby tychże.

**Spostrzeżenie I.** C., lat 35 mająca, z usposobieniem dziedzicznym, kaszle od roku, od 2-ch miesięcy gorączka, chrypka i stopniowo wzmagające się objawy utrudnionego łykania. Stan ogólny bardzo nędzny. Gorączka wieczorna dochodzi do 39° C.. U obu szczytów płucnych znajdujemy zgęszczenia, z objawami poczynającego się rozpadu. W krtani znaczny nasiek tylnej ścianki, owrządzenie rozległe na przedniej powierzchni tamże, owrządzenie mniejsze na tylnym końcu lewej struny. łykanie bardzo trudne. W moczu białka nie ma. D. 10. III. wstrzyknięto 0,0001 kantarydyny, nazajutrz chora skarży się na znaczny ból w miejscu wstrzyknięcia; w moczu białka nie ma; w krtani zmiany też same, łykanie trudne. 12. III. wstrzyknięto 0,0002; tegoż dnia wieczorem chora skarży się na ból i częste napieranie przy oddawaniu moczu. Mocz, badany dnia następnego, wykazuje dość znaczne ilości, t. j. 0,025% białka, w osadzie ani ciałek krwi, ani cylindrów nie znaleziono. Podmiotowo chora czuje się bez zmiany. Zmiany w krtani *in statu quo*. Białkomocz stopniowo się zmniejszał, trwał jednakże dni trzy. 20. III. dokonano wstrzyknięcia w ilości 0,0001. Nazajutrz wystąpił znów białkomocz, lecz w mniejszym niż poprzednio stopniu, jednocześnie istniały objawy napierania i parcia przy oddawaniu moczu i tym razem w osadzie ani ciałek krwi, ani cylindrów nie znaleziono. Białkomocz tym razem szybko się zmniejszał, trwał jednakże trzy dni.

Stan ogólny chorej zaczął podupadać wyraźnie, gorączka przyjęła charakter bardziej natężony [prawie *continua*]. łykanie pozostawało wciąż trudnym. Na tylnej ściance krtani wystąpił bardziej wyraźny obrzęk, owrządzenia pozostały *in statu quo*; nigdzie nie zauważono śladu jakiegokolwiek tendencji do zagojenia.

Powyższy ujemny wynik skłonił nas do zaprzestania dalszego stosowania w mowie będącego środka.

Chorą w ciągu całego czasu stosowania metody LIEBREICH'a obserwowaliśmy wspólnie z kol. KWIETNIEWSKIM i SZUMLAŃSKIM. Stosowanie zaś kantarydyny rozpoczęte zostało na usilne żądanie chorej i jej otoczenia.

**Spostrzeżenie II.** B. agent, lat 30, przyjęty na oddział d. 1. III., z rodziny zdrowej, nie przechodził żadnej cięższej choroby, skarży się na kaszel i duszność, od 3-ch miesięcy trwające. W ostatnich czasach wystąpiła lekka chrypka i ból gardła. Przy badaniu znaleziono: u obu szczytów rozległe zgęszczenia z objawami rozpadu [kawerna wyraźna pod prawym obojczykiem]. W płwocinie dużo laseczników. W krtani struny prawdziwe blade, lewa fałszywa nieco zgrubiła, na niej niezbyt wyraźne niewielkie owrządzenia, pokryte szarawym nalotem. Stan ogólny chorego przedstawia się bardzo nędznie, chory poci się obficie, wieczorami gorączkuje z nasileniami do 39° C.. W ciągu dwutygodniowego pobytu na oddziale stan chorego pozostawał mniej więcej bez zmiany. D. 14. III. zrobiono pierwsze wstrzyknięcie 0,0001 kantarydyny. Uprzednie tegoż dnia badanie moczu nie wykryło ani śladu białka. 15. III. chory skarży się na mocne bóle w miejscu wstrzyknięcia. Mocz nie zawiera białka. W krtani owrządzenie pozostaje bez zmiany. Dnia 16-go dokonano wstrzyknięcia w niewielkiej ilości, t. j. 0,0001. Dnia następnego wystąpił wyraźny białkomocz w niewielkiej ilości. Chory uskarża się na mocny ból przy łykaniu; badanie wziernikiem krtaniowym wykazuje znaczny obrzęk nagłośni i tylnej ściany krtani, oraz więzów bocznych. Miejsca te przedstawiają się białoprzeczyste, wewnątrz krtani z trudnością jest widzialne. Jednocześnie i podniebienie miękkie przedstawia się nieco obrzękniętem, a szczególniej języczek. Chory, dotychczas łykający swobodnie, zaledwie płyny z trudnością przetyka. Gorączka wieczorna bez zmiany, stan ogólny podupadł widocznie. 19-go białkomocz w nieznacznej ilości pozostaje. Obrzęk języczka wyraźniejszy, na nim, jakoteż na podniebieniu miękkim, występują wyraźne białoszarawe naloty, przypominające powierzchowną zgorzel nabłonka przy sprawach kachektycznych. Obrzęk tylnej ścianki i nagłośni nieco mniejszy. Kaszel dość

mocny, plwocina zlekką krwią zabarwiona. W ciągu 3-ch dni następnych [20, 21, 22] naloty i obrzęk pozostają bez zmiany. Obrzęki w krtani zmniejszają się. Ślady białka w moczu pozostają. Chory gorączkuje stale; miejscowo stosowano pędzlowanie kokainą z mentolem, co do pewnego stopnia zmniejszało ból i ułatwiało łykanie. W ciągu następującego tygodnia zaczęła występować w gardzieli stopniowa poprawa. Obrzęk zniknął powoli, toż samo naloty. Chory łykał coraz swobodniej. Natomiast zmiany w krtani ustępowały bardzo nieznacznie. Objawy obrzękowe zmniejszały się, tylna jednakże ściana i brzeg swobodny nagłośni przedstawiały w rezultacie obraz w zupełności przypominający sprawy nasiękowe natury gruźliczej. Owrzodzenie na strunie fałszywej pozostawało bez zmiany. Ten sam mniej więcej obraz krtani pozostawał aż do samej śmierci chorego, która nastąpiła w dniu 12. IV. przy objawach stopniowego wyniszczenia. Chory do ostatka gorączkował mocno. Białko acz w niewielkich ilościach pozostawało stale, w osadzie, wielokrotnie badanym, ani ciałek krwi ani cylindrów nie znaleziono. Badanie pośmiertne <sup>1)</sup> wykazało, obok zmian zwykłych rozpadowych rozległych w obu płucach [znaczne kawerny u obu szczytów], owrzodzenia rozległe w kiszczak; w krtani błona śluzowa blada, nacieczona i obrzękła na chrząstkach nalewkowych, tylnej ścianie i strunach fałszywych.

Szczególne uwagę zwróciliśmy na nerki, których badanie dało następujący wynik: nerka prawa [długość 10 cm., szerokość 5 cm., grubość  $2\frac{1}{2}$  cm.], istota korowa 7 milim., granica pomiędzy piramidami i istotą korową zatarta; naczynia słabo nastrożone, lecz grube. Powierzchnia zmatowana i jakby pokryta piaskiem. Otoczkę zdejmuje się łatwo, pozostają przytem liczne wklęsłości. Naokoło wklęsłości naczynia mocno ponastrożone. Lewa nerka [ $11\frac{1}{2} \times 6\frac{1}{2} \times 3$ ]. Istota korowa 9 milim., granica między istotą korową a piramidami zupełnie niewyraźna. Otoczkę zdiera się łatwo, poczem pozostaje biała powierzchnia.

Następujące cztery przypadki przedstawiają się o wiele korzystniej, aniżeli dwa poprzedzające.

**Spostrzeżenie III.** S., lat 60 liczący, kupiec, pochodzi z rodziny zdrowej, nigdy ciężko nie chorował; skarży się na ból gardła od 4-ch miesięcy [zwłaszcza przy łykaniu], oraz na kaszel najdokuczliwszy zrana, przeszło od miesiąca trwający. Badanie wykazało: stan ogólny niezły, chory nie gorączkuje; w płucach u obu wierzchołków nieznaczne stępienie, tamże, a szczególnie u wierzchołka prawego, oddech mocno zaostrozony. W plwocinie laseczniki w niewielkiej ilości [badanie trzykrotne]. W krtani dość znaczny nasięk tylnej ścianki, oraz lewej struny fałszywej, nieruchomość w stawie nalewko-obręczkowym lewym. Mocz prawidłowy, białka nie zawiera. 14. III. dokonano pierwszego wstrzyknięcia w ilości 0,0001. 16-go chory podmiotowo jakoby czuje się lepiej, przedmiotowo *status idem*. Mocz nie zawiera białka. Wstrzyknięto dnia tegoż 0,0002. 18-go nacieczenie tylnej ściany nieco wyraźniejsze, białka nie ma, wstrzyknięto 0,0002. 20-go podmiotowo nieco lepiej, po ostatnim wstrzyknięciu chory wieczorem gorączkował; białka nie ma; wstrzyknięto 0,0002.

22-go w krtani obrzęk mniejszy; chory odpluwa nieco lżej, białka nie ma; wstrzyknięto 0,0002.

24-go chory subiektywnie czuje się dobrze, kaszle nieco w nocy, obiektywnie *status idem*. *Injectio* 0,0002.

25-go brak łaknienia i ogólne osłabienie, mocz zawiera dużo moczanów.

26-go, 1. IV. — 5 i 9-go dokonano wstrzykiwań po 0,0002, razem dokonano 10 wstrzykiwań w ilości 0,0019. Białko nie wystąpiło wcale. Chory ani pod

<sup>1)</sup> Preparaty demonstrowane były D-rowi PRZEWOSKIEMU.



względem przedmiotowym, ani też podmiotowym żadnych zmian nie doznał, obraz krtaniowy pozostał też sam. Dalszego leczenia zaniechano.

**Spostrzeżenie IV.** O., lat 35 liczący, rolnik, pochodzący z rodziny suchotniczej, przebywał zapalenie płuc i tyfus płamisty, skarży się na kaszel od lat kilku i chrypkę, trwającą od roku.

Badanie wykazało: stan ogólny bardzo dobry, bezgorączkowy, u prawego szczytu płucnego wykryto nieznaczne stopienie, tamże oddech nieokreślony; w płwocinie wykryto liczne laseczniki gruzlicze. W krtani wykryto: obie struny fałszywe zgrubiałe, prawdziwa lewa w tylnej  $\frac{1}{3}$  części owrzodziła, prawdziwa prawa na całej przestrzeni nacieczona, nacieczenie umiarkowane tylnej ścianki. Bezgłos zupełny, moczu nie zawiera białka.

18. III. pierwsze wstrzyknięcie 0,0002. 19-go. Tylna ścianka krtani nieco bardziej obrzęknięta. Chory odpluwa lżej, białka nie ma; wstrzyknięto 0,0001.

20-go. Mocz prawidłowy, łykanie swobodniejsze.

21-go. Stan bez zmiany. Wstrzyknięto 0,0002. Wieczorem dnia tegoż ciepłota podniosła się do  $41,5^{\circ}$  C..

22-go. Stan bezgorączkowy, podmiotowo chory czuje się niezłe.

24-go. Wstrzyknięto 0,0002. Wieczorem dnia tegoż o godzinie 7-ej ciepłota  $40,5^{\circ}$ . Następnie w nocy obfite poty i dreszcze.

25-go. Stan bezgorączkowy, w moczu dużo moczanów.

26-go. Przedmiotowo *status idem*, wstrzyknięto 0,0001. Wieczorem ciepłota  $38,6^{\circ}$  C..

28-go. Stan bezgorączkowy, kaszel mocny, suchy. Wstrzyknięto 0,0002.

30-go. Podmiotowo chory czuje się jakoby lepiej. Odpluwa lżej, wstrzyknięto 0,0002. Kaszel silniejszy, chory skarży się na brak łaknienia. Stan bezgorączkowy, wstrzyknięto 0,0002.

2. IV. Nacieczenie struny prawdziwej prawej zwiększyło się. Ogólny stan gorszy. Leczenie za pomocą wstrzykiwań przerwano.

Razem dokonano u chorego 8 wstrzyknięć w ilości 0,0014. Po 3, 4 i 5 wstrzyknięciu wystąpił znaczny odczyn gorączkowy. Białkomocz nie wystąpił wcale. W stanie krtani jakoteż i w stanie ogólnym wystąpiło pewne pogorszenie.

**Spostrzeżenie V.** S., urzędnik, lat 44 liczący, od lat 3-ich objawy przewlekłej gruźlicy płucno-krtaniowej, o przebiegu bardzo powolnym. Przy badaniu znaleziono: stan ogólny nędzny, chory nie gorączkuje, w moczu białka nie ma, u obu szczytów płucnych, a szczególnie u prawego, wykryto rozległe zgęszczenia bez objawów rozpadowych. W krtani nagłośnia, znacznie nacieczona, przedstawia się pod postacią grubego wału; tylna ściana oraz więzy boczne znacznie nacieczone; struny fałszywe mocno zgrubiałe, tak, że zaledwie część prawej prawdziwej nieco widzialna.

Na wewnętrznej powierzchni lewego policzka w odległości 1 ctm. od kąta ust rozległe owrzodzenie wielkości złotówki srebrnej z nieczystym dnem. Powtórnie na średniej części grzbietu języka owrzodzenie gruzlicze o 2 milim. długości i około 5 milim. szerokości, również z nieczystym dnem. W płwocinie znaleziono dużo laseczników gruzliczych.

17 Marca wykonano pierwsze wstrzyknięcie 0,0001.

19-go chory skarży się na osłabienie ogólne i ból na miejscu wstrzyknięcia. Białka nie ma. Obiektywnie *status idem*, wstrzyknięto 0,0001.

21-go. Chory subiektywnie czuje się gorzej, poty i osłabienie. *In larynge*: struna fałszywa prawa zdaje się być mniej zgrubiałą, prawdziwa lepiej widzialną.

22-go. Kaszel mniejszy, w nocy były dreszcze, białka nie ma, wstrzyknięto 0,0001.

24-go. Podmiotowo chory czuje się znacznie lepiej. Kaszel lżejszy, gorączki i potów nie było. Przedmiotowo *status idem*. Wstrzyknięto 0,0001.

GAZ. LEK. NR. 18.

28-go. Stan ten sam. Białka nie ma. Wstrzyknięto 0,0001.

31. Chory czuje się lepiej, łykanie swobodniejsze, miejscowo stan ten sam. Wstrzyknięto 0,0001.

2. IV. Stan ten sam, wstrzyknięto 0,0001.

4-go. Stan ten sam, wstrzyknięcie 0,0001.

7-go. Chory skarży się na kaszel i bóle w piersiach. W krtani i ustach stan bez zmiany.

9-go. Chory skarży się na bóle w miejscu wstrzyknięcia. Przedmiotowo stan ten sam. Wstrzyknięto 0,0001.

Razem wstrzyknięto choremu 0,0009. Białkomocz nie wystąpił. Chory zaznaczał pewną poprawę przy łykaniu. Przedmiotowo żadnych zmian ani ku lepszemu, ani ku gorszemu nie wykryto. 13. IV. U chorego wystąpiły świeże owrzodzenia w bocznej części lewej języka, zresztą stan jego pozostaje bez zmiany.

**Spostrzeżenie VI.** K., kupiec, lat 39 liczący, kaszle i ochrypl jakoby od 3-ch miesięcy. Przy badaniu znaleziono: stan ogólny niezły, chory nie gorączkuje. W płucach wykryto zgęszczenie u obu szczytów. W płwocinie znaleziono liczne laseczniki Koch'a. W krtani nasięk umiarkowany tylnej ścianki, oraz obu strun fałszywych. Struny prawdziwe mało widzialne. Bezgłos znaczny. Mocz nie zawiera białka.

18. III. wstrzyknięto 0,0002.

20-go. Obrzęk w krtani nieco się powiększył. Wstrzyknięto 0,0002.

22-go. Chory czuje się nieco lepiej, tylna ścianka jakby nieco mniej nacieczona. Lewa struna prawdziwa nieco widzialna. Białka nie ma. Wstrzyknięto 0,0002.

25-go. Stan bez zmiany, białka nie ma; wstrzyknięto 0,0002.

26-go. Szpara głosowa jakby nieco szersza, białka nie ma.

31-go. Chory zaznacza, iż wogóle czuje się lepiej: Wstrzyknięto 0,0002.

2. IV., 4-go, 7-go wykonano wstrzykiwania po 0,0002; białka nie było. Stan przedmiotowy i podmiotowy pozostawał bez zmiany.

9-go. Wstrzyknięto 0,0002. Nacieczenie tylnej ścianki i strun fałszywych zwiększyło się wyraźnie.

11-go-go. Wstrzyknięto 0,0002. Stan ten sam.

Razem wstrzyknięto choremu 10 razy, 0,002 w ogólnej ilości. Białkomocz nie wystąpił wcale. U chorego z początku zauważono zmniejszenie nasięku, który pod koniec leczenia wyraźnie się zwiększył. Chory zaznaczał w ciągu leczenia przemijające poprawy w stanie ogólnym.

---

Powyższe przypadki nastroczają mi kilka uwag. W ocenianiu działalności nowego środka na przebieg tak przewlekłej sprawy, jakimi są *par excellence* suchoty płucno-krtaniowe, w przebiegu których wielokrotnie daje się zauważyć i w prawidłowym przebiegu czasowe, a czasami i trwale poprawy, przy stosowaniu nowego środka rozstrzygnięte powinno być przedewszystkiem drogą klinicznych spostrzeżeń kardynalne pytanie: czy środek ten nie wywołuje z jakiegokolwiek względu szkodliwego wpływu na ustrój i czy tem samym nie będzie przeszkodą przy prawidłowej tendencji ustroju do wyrównania zaburzeń.

Spostrzeżenia moje, wyżej cytowane, są zbyt szczupłe, aby coś stanowczego w tej kwestyi powiedzieć. Sądzę jednakże, iż w przypadku 2-gim, zakończonym śmiercią, zapalenie nerek świeże może być z pewnem prawdopodobieństwem odniesione do wstrzykiwań kantarydyny. Wprawdzie przed rozpoczęciem leczenia stan chorego był bardzo nędznym: gorączka ciągła, zmiany w płucach

rozległe, białka jednakże nie wykrywaliśmy; wystąpiło ono jednakże na jaw po drugim wstrzyknięciu i pozostało stale acz w niewielkiej ilości do śmierci.

W przypadku 1-ym po drugim wstrzyknięciu wystąpił obfity białkomocz  $\frac{1}{4}$ , *pro mille*, który jednakże w kilka dni ustąpił w zupełności, toż samo miało miejsce i po drugim wstrzyknięciu. Tak wielka ilość białka była niechybnym dowodem znacznego podrażnienia nerek, od którego przejście do sprawy prawdziwej zapalnej jest już drogą bardzo bliską. Czy więc wywoływanie podrażnienia nerek [o wystąpieniu którego nigdy z góry nie jesteśmy w stanie wiedzieć] jest rzeczą bezkarną u osobnika już i tak podupadłego w ogólnym odżywianiu — trudno ostatecznie twierdzić, sądząc jednakże, że prędzej ono szkodę, aniżeli pożytek przynieść jest w stanie, wobec wielce problematycznych dodatnich wyników środka.

Powtóre. U jednego z chorych zauważyłem po 3-ch wstrzyknięciach mocny odczyn gorączkowy do  $41^{\circ}$  C. z dreszczami, z towarzyszeniem następujących obfitych potów. Odczyn ów w wysokim stopniu przypominał odczyn Koch'owski, przechodził on jednakże szybko, pozostawiając po sobie dość znaczne ogólne osłabienie.

Potrzenie. Niektórzy chorzy doświadczali, przy dłuższem stosowaniu środka, ogólnego osłabienia i utraty łaknienia; objaw ten spostrzegałem nietylko u moich chorych, lecz i u kilku chorych, leczonych przez innych kolegów na mieście. Ogólne osłabienie dochodziło do tego stopnia, że chorzy nie chcieli się więcej poddawać leczeniu powyższą metodą. I ten objaw upadku ogólnego odżywiania należy uważać za wysoce ujemny w działaniu kantarydyny.

Poczwarte. Z objawów przedmiotowych należy zanotować występujące szybko objawy obrzękowe w krtani, zwiększenie nacieczeń. Obrzęki te w niektórych przypadkach ustępowały, w innych [przypadek 2-gi] pozostawały bez zmiany, wywołując tym sposobem znaczne pogorszenie sprawy miejscowej w krtani. Wreszcie z objawów, któreby w sensie dodatnim za środkiem przemawiać mogły, zanotowałem w 2-ch przypadkach uczucie podmiotowej poprawy [zmniejszenie bólu], notowane przez chorych. Być jednakże może, że poprawę tę możnaby odnieść na karb sugestyi chorych [byli to ludzie inteligentni], tembardziej, że zmiany przedmiotowe bynajmniej na korzyść poprawy nie przemawiały.

Na zakończenie winienem dodać, że ilość moich spostrzeżeń jest zbyt mała; być więc może, że liczniejsze spostrzeżenia innych obserwatorów zmienią moje powyższe, może zbyt sceptyczne poglądy.

---

Badanie drobnowidzowe [wykonane już po oddaniu artykułu do redakcyi] wykazało: protoplazma nabłonka w kanałach zwiniętych jest nieco zmętniała, tak, że jądra są mniej widoczne; tkanka interstycyjalna w substancji korowej miejscami mocno jest rozrośniętą i znacznie nacieczoną ciałkami limfatycznymi; w kanałach prostych nabłonek w wielu miejscach jest złuszczone. Tkanka interstycyjalna jest również przerośniętą, lecz słabiej nacieczoną. (*Nephritis diffusa chronica exacerbata*).

Badanie powyższe histologiczne wykazało, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia za życia z wielce powoli przebiegającą sprawą przewlekłą zapale-

nia nerek, przebiegającego zupełnie skrycie [bez białkomoczu i innych objawów właściwych przewlekłemu zapaleniu nerek], a dopiero pod wpływem wstrzykiwań wystąpiło szybkie zaostrzenie sprawy. Tym sposobem przypadek ten jest o tyle jeszcze ważnym, że wykazuje, iż nawet gdzie nie ma białkomoczu u suchotników, może istnieć forma skryta cierpienia i pod wpływem wstrzykiwań kantarydyny przybrać groźny zaostrzony przebieg.

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 4. Przypadek grzybicy włoskowcowej gardzieli (*Mycosis pharyngis leptothricia*).

Mała ilość ogłoszonych spostrzeżeń grzybicy włoskowcowej gardzieli skłania mnie do opisu poniższego przypadku, obserwowanego przezemnie wraz z D-rem DYMNICIM, lekarzem zdrojowym w Busku.

Historycja choroby następująca:

Panna Barbara Zag...a, 20 lat mająca, dobrej budowy i dobrego odżywiania, pochodzi z rodziny zdrowej. Według słów matki, w dzieciństwie u chorej pokazywały się od czasu do czasu „dyfterytyczne plamy“ w gardle. Pacjentka trzy razy chorowała na chorobę wysypkową, którą matka mianuje szkarlatyną, raz w piątym roku życia, drugi raz w 13-ym, a ostatni raz w 16-ym, pierwsza i ostatnia choroba z dyfterytem, druga zaś bez żadnych powikłań.

Uspodobienie do chrypek zauważyć się daje od wczesnej młodości i chrypka występuje po najmniejszym zaziębieniu. W 18 roku życia chorowała na tyfus brzuszny, powikłany bardzo złośliwą sprawą płucną, według zdania leczących ją wtedy lekarzy — „sprawą gruźliczą lewego szczytu“.

Miesiączkowanie pojawiło się w 14 roku życia i dotąd prawidłowo występuje.

Dnia 11 Grudnia 1889 r. widziałem pierwszy raz chorą, która była zaniepokojona białymi plamami w gardle, uporczywie trzymającymi się od miesiąca, pomimo stosowania dość energicznych środków (*acidum lacticum, sublimatum*). Przy badaniu znaleźliśmy: na migdałkach, w zaulkach pomiędzy łukami ponad migdałkami, na nasadzie języka i w jamie noso-gardzielowej biało-szarawe guziczki. W okolicy tych grudek żadnego odczynu zapalnego. W narządach wewnętrznych nic godnego uwagi. Ciepłota ciała prawidłowa. Chora na żadne dolegliwości nie skarża się.

Na zasadzie umiejscowienia sprawy chorobowej, wyglądu guziczków, braku odczynu miejscowego i ogólnego, uporczywego przebiegu choroby, pomimo stosowania dość energicznych środków, rozpoznaliśmy *mycosis pharyngis* i chorą wysłaliśmy na kurację do Krakowa, do prof. D-ra PIENIAŻKA, u którego chora pozostawała przez 4 miesiące.

Wobec braku drobnowidzowego badania i sztucznej hodowli grzybka, nie byliśmy pewni, czy mamy do czynienia z włoskowcem. Na listowne zapytanie moje, co do natury grzybka, Szanowny prof. PIENIAŻEK łaskawie doniósł mi, co następuje:

„Co do *mycosis*, okazała się ona istotnie jako *leptothrix*. Hodowle z niej bardzo się łatwo udają, dość puścić kawałek na żelatynę, a w tydzień cała pokryje się grzybkami“.

Według słów prof. PIENIAŻKA, miejscem, gdzie uparcie grzybki wracały, były zaulki między łukami ponad migdałkiem po obu stronach. Dalej wspomina prof. PIENIAŻEK, że w r. 1890 widział aż 5 przypadków grzybicy, z poprzednich zaś lat przypomina ich sobie 3, także podobno w jednym roku.

Leczenie polegało na wrywaniu wytworów chorobowych za pomocą kle-szczyków, na niszczeniu galwanokauterem, przytem chorej zalecono pędzlowanie sublimatowe  $\frac{1}{2}$ —2%.

Kilkakrotnie badana przezemnie po tej kuracyi chora, ostatni raz 19 Gru-dnia 1890 r., okazała się zupełnie z tej choroby uleczoną.

Dotychczas z dostępnej mi literatury znane mi są dwie prace w kwestyi grzybicy włoskowcowej gardzieli: praca D-ra HERYNGA <sup>1)</sup> i D-ra OŁTUSZEWSKIE-GO <sup>2)</sup>. HERYNG przytacza w swojej pracy 7 własnych spostrzeżeń i 8 innych autorów, co razem z przypadkiem D-ra OŁTUSZEWSKIEGO i niniejszym, stanowi 17 ogłoszonych dotąd przypadków. Z liczby tej, na 6 przypadków u mężczyzn mamy 11 u kobiet. Wiek chorych przeważnie między 20 a 30 rokiem.

Siedliskiem choroby w naszym przypadku były migdałki, nasada języka, zaułki między łukami ponad migdałkami i *cavum pharyngo-nasale*. Najuporczy-wiej grzybki trzymały się w zaułkach między łukami.

W trzech przypadkach, mianowicie w jednym D-ra HERYNGA [opis choroby D-ra DEMBICKIEGO], w przypadku D-ra OŁTUSZEWSKIEGO i niniejszym, zazna-czona jest skłonność do chorób gardzieli od lat wielu. Sądzę, że moment ten od-grywa pewną rolę przy rozwoju włoskowca. *Jakób Puterman* [Koszyce].

### 5. Influenza w Czerdyniu [gub. Permska] w roku 1890 <sup>3)</sup>.

W Marcu roku 1890 przesałem Redakcyi „Gazety Lekarskiej“ swoje sprawozdanie o byłej w roku 1889-ym epidemii grypy na północy Rosyi Wscho-dniej, wydrukowane w N-rze 29 z dnia 7. VII. 1890 roku. W 1890 r., w miejsco-wości obecnego mego pobytu, spostrzegałem znowu grypę, chociaż chyba już nie epidemiczną i nieco odmienną od zeszłorocznej; jako dodatek więc do mojej pierwszej pracy posyłam niniejszą, zawierającą kilka uwag co do influenzy roku 1890. Zacząłem notować przypadki influenzy już od 15-ego Września, głów-nie zaś one tłumnie się zjawiały między 20-ym dniem Września, a 5 Paździer-nika i [zgodnie z obserwacją roku zeszłego] w czasie pochmurnej dżdżystej po-gody i wiatru południowego; jednakże zjawienie się choroby nie miało chyba ze-szłorocznej cechy epidemii, chociaż między 20-ym Września a 5-ym Października spostrzegałem niezwykle wiele przypadków krtaniowej influenzy (*infl. laryngitica*). Nie było ani zeszłorocznego napastowania całych wsi, ani takiego przepelnienia miastowego ambulatoryjum, ani też obłożnie leżących całych domów i rodzin. Napotykało się tylko sporadyczne przypadki w oddzielnych domach i rodzinach często bez równoczesnego zapadania nawet dwóch mieszkańców lub dwóch człon-ków rodziny, ale ponieważ przypadki te, bądź co bądź, były dość liczne i odmienne od zeszłorocznych, przeto o nich piszę. W tym roku mieliśmy grypę nie tak silną, jak roku zeszłego, bez powikłań i nie tak obfitą w objawy chorobowe. Prawie wyłącznie napotykałem grypę krtaniową, tchawicową i oskrzelową, także nerwową. Szczególnie uderzającym jest, że między 20-ym Września a 5 Pa-ździernika spostrzegałem prawie tylko krtaniową influencję, w dość znacznej ilo-ści przypadków, co dawało do myślenia, że w tym roku będziemy mieli epidemię jakiejś odmiennej influenzy. Przypadki tej krtaniowej grypy przedstawiały się, jak następuje: nagle chorzy [jak mówią, po przeziębieniu] dostawali silnej chrypki dochodzącej do zupełnego bezgłosu, ogólnego rozłamania, latających bólów ca-łego ciała, dreszczyków, uskarżali się na poty, ogólne osłabienie, stan apatyi. Ba-danie wykazywało: ciepłota prawidłowa nawet wieczorami, wyższa tylko w czasie napadów potu na kilka dziesiątych stopnia, tętno 80—90 dosyć małe i słabo na-pięte, silne zaczerwienienie spojówki gałek ocznych, niezbyt nosa, gardzieli. Przy

<sup>1)</sup> HERYNG. Grzybica gardzieli włoskowcowa. Gaz. Lek. 1884, str. 163, 191.

<sup>2)</sup> OŁTUSZEWSKI. Przypadek grzybicy gardzieli włoskowcowej. Gaz. Lek. 1888. str. 83.

<sup>3)</sup> Dodatek do pracy: „Influenza na północy Rosseyi wschodniej“; patrz „Gazeta Lekarska“ N. 29 z dnia 19. VII. 1890.

badaniu krtani — struny głosowe silnie zaczerwienione, przytem struny fałszywe dosyć obrzęknięte, struny prawdziwe zaś, oprócz zaczerwienienia, wykazują jeszcze niezupełną zamykalność przy fonacyj (*paresis muscul. rimae respirat.*). Język obłożony. Śledziona i wątroba nie powiększone, w płucach trochę suchych rżężeń, kaszel nadzwyczaj silny, piskliwy, spazmatyczny. Przez dobę ogólne rozłamanie i latające bóle przechodziły, chorzy się tylko uskarżali na brak łaknienia, na silne poty często po dwa razy dziennie, ogólne osłabienie przy prawidłowej ciepłocie, co przez dni pięć też zupełnie przechodziło, a zostawał tylko nieżyty krtani i porażenie strun głosowych, które to objawy mniej więcej przez dni dziesięć ustępowały po przyżeganiu azotanem srebra. O przypadkach typowej tchawicowej i oskrzelowej grypy nie będę mówił [przypadki te, mówiąc nawiasem, były bardzo nieliczne], a przejdę do grypy nerwowej, reprezentowanej 1890 roku dość licznie. Chorzy nagle dostawali poczucia ciepła, napadu potu, uskarżali się na rozłamanie ciała, lekkie dreszcze, ogólne osłabienie, silny gdzieś na podstawie mózgu ból głowy, o kaszlu prawie nie wspominali. Rezultaty badania były następujące: ciepłota zwyczajna, czasami tylko w czasie napadów potu podwyższona na kilka dziesiątych stopnia, tętno 80—90 małe, słabo napięte, język pokryty białawym osadem, wątroba i śledziona nie powiększone, w płucach, co najwyżej bardzo niewiele suchych rżężeń, małe zaczerwienienie gardzieli, czasami lekki nieżyty krtani, przytomność umysłu zachowana, u jednych apatya, u innych zaś silne rozdrażnienie nerwowe.

Podmiotowo chorzy odczuwali silny ból przy dotyku niektórych grup mięśni [mięśni oddechowych, mięśni tłoczni brzusznej, mięśni tułowia], uskarżali się na brak łaknienia, na poty, ogólne osłabienie, przyczem zaznaczali, że choroba nawiedza ich jakby oddzielnymi napadami, czasami nawet dwa razy dziennie: wczesnym rankiem i w południe. W czasie napadów chorzy potnieją i uskarżają się na wyżej opisane podmiotowe objawy, po napadach zaś mieliby siebie za zupełnie zdrowych, gdyby nie silne osłabienie. Dalszy bieg choroby był następujący: bóle mięśniowe przechodziły przez dobę, również jak i łamanie ciała, ogólne zaś wyzdrowienie następowało po 5—6 dniach. Sumując wszystko to, co opisałem, przychodzę do wniosku, że epidemii grypy w tym roku w Czerdyńskim powiecie nie było, że w przypadkach, przezemnie spostrzeganych, przejawił się chyba zarazek pozostały z roku zeszłego i że przypadki te, niby iskry gasnącego płomienia, jak bywa i po innych epidemijach, były stosunkowo małego natężenia. Charakterystyczną cechą z r. 1890 grypy było to, że mieliśmy ją w znacznej większości przypadków prawie bez podwyższonej ciepłoty ciała, zakaźny zaś jej pierwiastek wyrażał się prawidłowo co do czasu następującymi napadami choroby: nagle prawie następującem ogólnem osłabieniem, porażeniem nerwów wogóle i psychy w szczególności.

W końcu, uchylając się od wniosków, chcę zwrócić uwagę kolegów na prawie wyjątkowe w owym roku w wielu przypadkach porażenie krtani (*i. laryngitica*) w zestawieniu ze zeszłorocznem tak częstem w mojej praktyce podczas epidemii grypy ogniskowem krupowem zapaleniem i ogniskowym też nieżytem oskrzeli.

*Szczęśny Bronowski* [lekarz ziemski w Czerdyniu].

## 6. Kłęb włosów, wydobyty z kiszki odchodowej.

[Rzecz zakomunikowana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Łódzkich w dniu 8. X. 1890 r., przez wiceprezesa tegoż Towarzystwa, K. JONSZERA].

Hana Fried..., lat 17, wzrostu średniego, szatynka, była od urodzenia zawsze zdrową, dzielnie zbudowaną i pysznie odżywianą dziewczyną. Miesiączkować zaczęła w 13 r. życia.

W dniu 1 Maja r. b. poczuła bóle cisnące w brzuchu, połączone z parciem i nadymaniami; przy każdym nadymaniu oddawała pewną ilość [jak sama określała] szmalcu, *respect.* śluzu. Prócz tego i zwykle stolce miewała codziennie, raz

na dobę. Ciepłota ciała nie dochodziła do 39° C.. W końcu Maja chora dostała rozwolnienia; stolce zawsze w związku z silnem parciem i nadymaniami odchodziły kilka do kilkunastu razy dziennie, wodniste, bez osobliwej woni, żółtawe. Trwało to aż do połowy Czerwca. W tym czasie rozwolnienie ustało i w stolcach zauważyć się dał brak kału; składały się one teraz przeważnie ze śluzu i ropy, były białawe, cuchnące, odchodziły z silniejszym, niż przedtem, parciem i nadymaniami. Śluz i ropa mieszały się także i z moczem podczas każdego oddawania moczu. Bóle w brzuchu stały się więcej ciszące, gwałtowne. Po 6-ciu tygodniach takiego stanu, w początkach Sierpnia, bóle osobliwie w okolicy kiszki odchodowej wzrosły do potęgi, a do wyżej wymienionych objawów przyłączyły się wymioty najprzód zielonkowatemi, potem zielonawo-brunatnemi masami, czasami z domieszką krwi. Chora nie mogła używać żadnych pokarmów.

Przez ten prawie 4-ro miesięczny okres czasu chorą obserwowało kilku kolegów; podawane przez nich środki nie przynosiły ulgi i choroba z dniem każdym widocznie większe przybierała rozmiary. Wezwany w dniu 26 Sierpnia kol. JONSCHEK znalazł chorą w stanie zupełnego wycieńczenia: oczy zapadłe, skóra blada, chłodna, tkanka tłuszczowa zanikła, ciepłota 36,5° C., tętno małe i częste [130 na minutę]. Serce i płuca w porządku. Brzuch wklęsły, przy uciskaniu nie bolesny; odporność ścianek brzusznych nie wielka; ani nadmiernego przepętnienia kiszki, ani jakiegokolwiek nieprawidłowej w nich zawartości przez powłoki brzuszne wyczuć nie można było. Język obłożony; stolce śluzowe ropne, cuchnące; w wymiotach zielonkawo-brunatne masy, brudne, ze złowrobnym zapachem. Badając *per anum* wskazicielem, z trudnością dosięgnął jakichś strzępów, które przy dotykaniu czyniły wrażenie gąbki. Można więc było przypuszczać, że mamy w danym przypadku do czynienia albo z wgłobieniem się kiszki, a wyczuwane strzępy należy uważać, jako kawałki zgorzelinowo-obumarłej wgłobionej kiszki, albo też z niedrożnością kiszki odchodowej, spowodowaną zamknięciem jej światła przez uwięźle ciało obce. Chcąc się o tem dokładnie przekonać, kol. JONSCHEK w dniu 30 Sierpnia ponowił badanie *per anum*. Wprowadziwszy dwa palce: wielki i wskaźnicel, uchwylił niemi wyczuwane, jak mu się zdawało, strzępy, a ciągnąc ku sobie, uczuł dość znaczny opór; podwoił więc siłę i ku ogromnemu swemu i otaczających zdumieniu wyciągnął cały kłęb włosów.

Kłęb ten tworzy zbitą masę włosów, zlepionych za pomocą śluzu i cuchnącej ropy; ma on formę butelki, w górnym końcu zwężonej, 18 ctm. długiej, a 8 ctm. szerokiej. Na obu końcach kłębu gołym okiem rozpoznać można rozstrzępione, rzeczywiste blond włosy. Środek kłębu jest tak zbity i twardy, że czyni raczej wrażenie jakiegoś filcu, niż włosów. Każdy włos oddzielnie wzięty ma do 40 ctm. długości.

Po wydobyciu kłębu z kiszki stolcowej, połała się cuchnąca ropa ze śluzem, odchodziła ona przez cały tydzień masami, również i wymioty zielonkawe trwały nadal, zmniejszyły się tylko bóle w brzuchu. Po upływie tygodnia stan chorej znacznie się polepszył; w stolcach zaczęły się pokazywać żółtawe masy kałowe, pozbawione owej charakterystycznej przedtem woni; wymioty i bóle w brzuchu zniknęły. W 5 tygodni po wydobyciu kłębu miałem możność sam widzieć chorą; znalazłem jeszcze ślady ogromnego wycieńczenia: błądź skóry, zanik tkanki tłuszczowej, tętno małe i częste [120 na minutę]. Natomiast regularny stolec, zadawalający sen i łaknienie wskazywały na postępującą poprawę.

Przypadek nasz znacznie się różni od przypadków podobnego rodzaju, opisanych w literaturze lekarskiej lat ostatnich. Wiadomą jest rzeczą, że histeryczki, umysłowo chore kobiety, a nawet i zdrowe, przez swawolę lub wskutek dziwnego nałogu, lata całe połykają najróżnorodniejsze ciała obce, nie należące do kategorii pokarmów; z pomiędzy nich na ostatnim planie stoją takie ciała, jak: włosy, wełna, lub przedza. Długotrwałe ich połykanie daje powód tworzeniu się kłębow (*cheveux enchevêtrés*). Kłęby owe, jak głoszą opisy, najczęściej wyczuć można w okolicy

podbrzusza, w postaci guzów znacznej wielkości. Czynności trawienia ustają wtedy zupełnie, i wśród objawów ogólnego wycieńczenia i przewlekłych wymiotów następuje śmierć z powodu przedziurawienia ściany kiszek i następczego zapalenia otrzewnej, albo też wskutek wytworzonej takim sposobem niedrożności jakiegokolwiek odcinka kiszek [najczęściej *duodenum*, *ileum*, lub *coecum*] <sup>1)</sup>).

Przypadków, w którychby kłęb włosów dostał się aż do kiszek odchodowej, odszukać nie mogłem. Był to więc szczęśliwy traf, że u naszej chorej pewna, prawdopodobnie dość znaczna ilość włosów przedostała się do *rectum* i to dało podstawę powolnemu tworzeniu się kłębu przy napływie ciągle nowych ich mas. Cały przebieg choroby potwierdza to przypuszczenie; w początkach zbiór objawów przypominał ostre zapalenie kiszek lub dyzenteryję, nic więc dziwnego, że koledzy, którzy obserwowali chorą w tym okresie, nie przypuszczali możliwości istnienia w kiszce ciała obcego. Z wystąpieniem nawet objawów niedrożności prędzej myśleć było można, zważywszy na obraz chorobowy, że mamy tu do czynienia z wgłobieniem się kiszek, niż z ciałem obcym w nich uwiecznym. Tak myślał i kol. JONSZER, przystępując do powtórnego badania *per anum*; chora zaś nie chciała widocznie w tym kierunku rozjaśnić sprawy, nietylko bowiem żadnemu z kolegów nie wspomniała o swoim osobliwym nałogu, ale nawet i obecnie po wydobyciu kłębu, stanowczo zaprzecza, by kiedykolwiek włosy łykała. Sądząc z długości włosów i drobnowidzowej ich własności, na pewno twierdzić możemy, że są to włosy kobiece, najprawdopodobniej włosy samej chorej; chociaż jest ona szatynką, włosy jej mogły pod wpływem kwasu żołądkowego i soków trawiennych utracić właściwą sobie barwę i zamienić się na blond. *K. Jonszer.*

[Przy omówieniu powyższego przypadku szanowny sprawozdawca nie uwzględnił jednej możliwości, a mianowicie torbieli skórzastej jajnika. Wiadomo, że torbiele skórzaste stosunkowo często otwierają się do narządów sąsiednich, a przede wszystkim do odbytnicy i pęcherza moczowego, rzadziej otwierają się one przez ściany brzuszne, a jeszcze rzadziej przez pochwę. Rozumie się, że podobne otwarcie poprzedza stan zapalny torbieli i zrost jej z częściami sąsiednimi. Przebieg kliniczny w powyższym przypadku bardzoby przemawiał za przypuszczeniem torbieli; przeciwko niemu przemawiałyby tylko długość i dobre wykształcenie włosów, w torbielach skórzastych bywają one najczęściej niedokształcone, chociaż z drugiej strony sprawozdawca wyraźnie zaznacza, że zbita masa robiła wrażenie raczej filcu, niż włosów. Co się tyczy objaśnienia sprawozdawcy względem przemiany włosów ciemnych na blond, to jest ono bardzo problematycznym].

*Przypisek Redakcyi.*

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 15. Wskazanie do całkowitego wyłuszczenia macicy przez pochwę.

Na X-tym kongresie lekarskim w Berlinie była podniesioną kwestyja wskazówek do zupełnego wyłuszczenia macicy przez pochwę; zdania były rozmaite:

WILIAMS [z Londynu] był zdania, że główne wskazanie dla wyłuszczenia macicy bywa przy rakach teźże; rozróżnia: raka ciała, raka szyjki i raka pochwy. W przypadku raka ciała macicy wskazówki zależą: a) od wielkości macicy, b) ruchomości jej i c) od rozszerzenia się raka na sąsiednie części. Przy zajęciu przez raka szyjki macicy lub części pochwowej (*portionis supravaginalis*) operacyja też

<sup>1)</sup> ZIEMSEN'S. Pathologie und Therapie der Darmverschlüssen, Obturationen durch Fremdkörper.



jest wskazaną; trzeba tylko zwrócić uwagę na: 1-o trwanie raka, 2-o na punkt jego wyjścia i 3-o na kierunek jego rozwoju. Po amputacji szyjki, jeżeli powstaje powrót choroby, to miejsce powrotu odpowiada zawsze kierunkowi rozwoju raka przed amputacją.

SCHAUTA [Praga] zaleca wyluszczać macicę głównie przy raku, jeżeli tylko rozpoznanie jest pewne; radzi zawsze wykonywać wyluszczenia całkowite, niż amputacje częściowe. Przy głębokiem rozszerzeniu się nowotworu, gdzie nacieczona cała macica, nie radzi przystępować do operacji; zajęcie częściowe pochwy, lub kiszki stolcowej, lub też pęcherza nie wyklucza operacji. Dla pewnego rozpoznania trzeba określić, czy stwardnienie więzów szerokich jest natury zapalnej, czy też rakowatej; przed przystąpieniem do operacji radzi wyskrobać rozpadowe części i zbadać chorą dokładnie przez kiszkę stolcową. Prof. SCHAUTA wykonywa wyluszczenia macicy nie tylko przy raku, ale też przy mięsakach macicy [niezbyt wielkich], przy wypadnięciu macicy [niezawsze] i przy często powtarzających się zapaleniach (*endométrite glandulaire*).

Pozzi [Paryż] wyluszcza macicę, jak tylko rozpozna zajęcie rakowate szyjki macicy; radzi operować jak najwcześniej, uważa za lepszą histeroktorafię, niż amputację szyjki macicznej z tego względu, że nigdy nie można za pomocą badania klinicznego dowieść, że ogniska rakowate nie znajdują się głębiej i wyżej; nie radzi przystępować do operacji w tych przypadkach, jeżeli rozpoznano nacieczenie rakowate w więzach szerokich lub też w przyległych częściach, dlatego, że wtedy powroty są bardzo szybkie. Podczas operacji trzeba się wystrzegać bardzo przewrócenia macicy do rany, aby zapobiedz zakażeniu; szwy nakładać z biegiem operacji, *pincets à demeure* używa tylko w wyjątkowych przypadkach.

OLSHAUSEN [Berlin] zaznacza, że wyskrobywanie macicy jest operacją bardzo pożyteczną, która nie powinna nigdy zniknąć z ginekologii, lecz najczęściej spóźnione rozpoznanie nie pozwala jej wykonywać, chyba tylko w małej ilości przypadków. Śmiertelność po operacji nawet w spóźnionym okresie nie wynosi więcej nad 10—15%; chociaż pomyślność rezultatu zależy głównie od wczesnego operowania. W każdym razie kobiety operowane cierpią znacznie mniej z powodu usunięcia krwotoków, bólu i wydzielin śluzowych. Dalej zaznacza, że powrót widział rzadko w pochwie, najczęściej w szerokich więzach i w narządach małej miednicy, że całkowite wyluszczenie macicy przez pochwę jest najlepszą operacją, daleko lepszą niż operowanie drogą krzyżową, lub boczną, lub krokową; metoda krzyżowa [ZUCKERKANDL] ma pierwszeństwo przed pochwową w przypadku wielkiego rozszerzenia się nowotworu w pochwie. Dalej opisuje sposób swego operowania: dezynfekuje dokładnie pole operacji; rozcina jak najwyżej pochwę dla określenia granicy raka; oddziela szybko tępem narzędziem szyjkę; używa jak najmniej szwów, odkrywa jamę DOUGLAS'a dla umieszczenia pierwszej ligatury *en masse* [wpierw na bardziej zajętej stronie], wyjmuje macicę i zakrywa ją na otrzewnej za pomocą szwów tylko katgutowych zstępujących; otrzymuje zawsze zagojenie *per primam intentionem*.

LANDAU operuje wszystkie raki i radzi używać przy operacji uciskającej pincety.

MARTIN radzi operację we wszystkich chorobach nieuleczalnych macicy, ponieważ tem przynosi się ulgę chorej i przedłuża się życie, np. przy częstych krwotokach macicznych.

Na końcu Pozzi zaznacza, że wielki nacisk kładzie na wykonywanie całkowitego wyluszczenia macicy nad amputację szyjki [co czynią zwykle wszyscy prawie chirurdzy]; różnica w śmiertelności jest niewielka, przy amputacji śmiertelność 10%, przy wyluszczeniu 14%; nie radzi usuwać więzów szerokich i jajników, jeżeli one są zdrowe; dla uniknięcia przecięcia moczowodów podczas operacji, można do nich wprowadzać katetery [PENOLI].

(*Le semaine médicale* Nr. 33. 1890).

Stanisław Kurtz.

## 16. S. Preobraschensky. O óśrodkach oddechowych w korze mózgowej.

Pierwsze badania nad óśrodkami korowymi dla oddechania zawdzięczamy MUNK'owi. Uczony ten, na mocy doświadczeń, czynionych na psach i małpach, przyszedł do wniosku, iż istnieją dwa óśrodki oddechowe w korze: przy drażnieniu strumieniem elektrycznym jednego [w górnej części zrazu czołowego] otrzymywał przerwę w oddechaniu przy maksymalnym rozszerzeniu wdechowym klatki piersiowej i tetanicznym skurczu przepony; przy drażnieniu drugiego [w dolnej części zrazu czołowego], otrzymywał skurcz tetaniczny mięśni brzusznych [t. j. wydechowych]. Przeciw MUNK'owi wystąpił FRANÇOIS-FRANCK, który dowodził, że nie ma punktu w pasie ruchowym kory, którego drażnienie nie wpływałoby w pewien sposób na ruchy oddechowe. Pogląd MUNK'a został w ostatnich czasach na nowo podjęty przez dwóch uczonych: UNVERRICHT'a i PREOBRASCHENSKY'ego. Obaj doszli do jednakowych wniosków, jakkolwiek pracowali niezależnie jeden od drugiego.

PREOBRASCHENSKY robił swe doświadczenia na psach i kotach, przyczem zauważył, że te ostatnie lepiej się nadają do podobnych eksperymentów.

Metoda badania polegała na drażnieniu kory mózgowej strumieniem elektrycznym i jednoczesnym notowaniu graficznym [przy pomocy odpowiedniego przyrządu] ruchów przepony.

PREOBRASCHENSKY znalazł również, jak i MUNK, dwa óśrodki: wydechowy i wdechowy. Przy drażnieniu óśrodka wydechowego otrzymywał przerwę oddechania w fazie ekspiracji; ósrodek ten znajduje się u kota w obrębie przedniego i jednocześnie bocznego odcinka rowka, dzielącego drugi główny zawój od trzeciego. Tylko drażnienie tego miejsca powoduje wspomniany efekt; oddalenie elektrod w jakimkolwiek kierunku, choćby na kilka milimetrów, niszczy zjawisko.

Ósrodek wdechowy leży tuż poza óśrodkiem wydechowym, drażnienie jego wywołuje u kotów tężec wdechowy przepony. U psów nie udało się wykazać óśrodka wdechowego, atoli w niektórych wypadkach przy drażnieniu kory zauważyć można było, iż oddech stawał się częstszym i głębszym.

A. Wizel.

(Wien. klin. Wochenschrift. 1890. Nr. 41, 43).

## 17. Herczel [z kliniki CZERNY'ego]. O operacjach na nerkach.

Od roku 1878 CZERNY wykonał 33 razy wycięcie nerki, 7 razy nefrotomię, 3 razy nefrolitomię, 2 razy pyelolitotomię, 3 razy przyszcycie nerki, 8 razy robił nakłucie wodonercza, 2 razy wyłuszczał z dobrym wynikiem śluzotłuszczak na torebce tłuszczowej nerki.

Co do wycięcia [wiek wahał się pomiędzy 11 miesiącem, a 50 rokiem życia], operacja była pomyslną w 47%, pomimo to sam powiada, że cyfra ta nie tylko nie upoważnia, ale przeciwnie zmusza go do oddzielnego obserwowania rozmaitych rodzajów chorób nerek, przy których wskazanem jest wycięcie. Z powodu wodonercza były operowane 4 przypadki; w jednym cel został osiągnięty, w 3-ch nastąpiło zejście śmiertelne [w jednym mocznicza z braku działalności drugiej nerki, w 2-gim zapalenie otrzewnej po laparotomii, w 3-cim zakrzep żyły nerkowej].

Wyniki przy wycięciu złośliwych nowotworów pozostawiają jeszcze wiele do życzenia [według najnowszej statystyki SIEGRIST'a, tyczącej się wycięcia nerek przy nowotworach złośliwych, z 61 chorych 52,45% zmarło]; z 12 przypadków operowanych [1 gruczolak, 2 raki, 6 wrzcionowatych mięsaków, 3 angijosarkomaty], wyzdrowienie nastąpiło w 3-ch, co stanowi 25%; z tych 3-ch zmarło 2-ch, w ciągu lat dwóch po operacji, jeden wskutek przerzutów, drugi wskutek miejscowego powrotu, pomimo wtórnie wyciętej w całości torebki tłuszczowej nerki.

Największy procent śmierci [w 5-ciu] z zapaści, jeden z zapalenia otrzewnej, jeden z obrzęku płuc, jeden z tężca.

Tak wielkie straty tłómaczą się po części niezwykle trudnemi warunkami w pojedynczych przypadkach, po części tem, że do roku 1883 częściej przystępo-

wano do wycinania drogą transperytonealną, w końcu tem, że zwykle cierpienie postąpiło o wiele bardziej naprzód, niż z początku przypuszczano, gdyż badanie pośmiertne w 4-ch przypadkach wykazało przerzuty. To daje wyraźną wskazówkę, że guzy nerek złośliwe trzeba wyłuszczać wraz z torebką, o ile można, najwcześniej. Z wyjątkiem 11-miesięcznego dziecka, czas cierpienia trwał od jednego do czterech i pół lat.

Pomyślniejsze wyniki otrzymano przy sprawach ropnych w nerkach; w przeważającej liczbie przypadków zajęcie nerki jest pierwotne, ropień zaś okołonerkowy jest sprawą wtórną; przy ropniu i gruzlicy nerki otrzymać można najświetniejsze i zadziwiające wyniki przez wycięcie chorej nerki. Z pomiędzy 11 przypadków otrzymano wyzdrowienie w 9-ciu, z tych 7-miu chorych doszło już do ostatecznych granic wyniszczenia; w jednym nawet przypadku, chora, której amputowano nogę z powodu próchnienia, zawdzięczać może wyzdrowienie wycięciu nerki; jeden chory zmarł wskutek zakażenia rany z szypuły, drugi w 8 dni po operacji skutkiem wrodzonego braku drugiej nerki.

Bardziej niezadawalające są wyniki przecięcia nerki przy roponerczu. Operowano 7 przypadków: z tych w 2-ch z zejściem śmiertelnem, w 4-ch miesiano potem wykonać wycięcie, a w jednym tylko uzyskano stałą poprawę. Autor jest zdania, że przecięcie może być zawsze wykonane, nawet przy bardzo osłabionym stanie sił, jako wstęp do wycięcia nerki. Nefrolitotomija była wykonana 3 razy, wszystkie przypadki skończyły się śmiercią, we wszystkich 3-ech obie nerki były zajęte.

Z powodu zwykłego *pyelitis* nie był operowany żaden przypadek, zato 5 razy przy *pyelitis calculosa* z obfitą ilością złogów, rozszerzeniem miedniczek i nerki, przy znacznym zaniku substancji wycięto nerkę, w 2-ch przypadkach z dobrym wynikiem; 3-ch chorych zmarło [jeden z krwotoku po laparotomii, drugi z mocznicy, trzeci z *coma diabeticum*]. Z powodu przypuszczalnej obecności kamieni w miedniczkach nerkowych przedsięwzięto 4 razy pyelotomiję; w 2-ch tylko znaleziono oddzielne kamienie w miedniczce, wielkości jaja gołębiego; po wyłuszczeniu cięża rana miedniczki była zaszyta katgutem [szew kiszkowy CZERNY'ego]. Raz uzyskano rychłozrost, mocznik przez ranę nie odpływał i już po dniach 14 pacjentka opuściła zakład, będąc zupełnie zdrową. Drugi raz szew trzymał tylko częśćciowo; skrzepy bowiem krwi zatkały światło moczowodu. 8-go dnia wyszedł skrzep i wkrótce mocz zaczął wydzielać się przez pęcherz.

Dwa razy nie znaleziono żadnych złogów, pomimo że w obu przypadkach zjawiała się typowa kolka i moczenie krwawe; w 1-ym przypadku chodziło o esowate skrzywienie i zagięcie moczowodu z chwilowem wodonerczem, w drugim było gruzlicze zapalenie miedniczek; w obu wykonano wycięcie, ponieważ zatoki miedniczek nie goiły się.

Przez wyłuszczenie dużego [11 klgrm.] śluzotłuszczaka torebki tłuszczowej nerki, za pomocą cięcia pośredniego brzucha, udało się w 2-ch przypadkach pozostawić nieuszkodzone nerki.

Co się tyczy samej techniki wycięcia, to autor używa bez wyjątku cięcia lędźwiowego [cięcie t. zw. CZERNY'ego]. Cięcie to niezaprzeczenie wygodniejsze i mniej niebezpieczne, niż transperytonealne. Przy przedłużeniu skośnego cięcia [w razie potrzeby] do wewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha, można wycinać największe guzy bez dodatkowego cięcia bocznego i wycięcia żeber. *Caeteris paribus*, wyłuszczenie podtorebkowe jest o wiele łatwiejsze, niż wycięcie wraz z torebką; do tego ostatniego musimy się uciekać przy guzach złośliwych, ponieważ tkanka okołonerkowa bywa najczęściej siedliskiem powrotu.

Co się tyczy szypuły, to najbezpieczniej jest nałożyć podwiązkę elastyczną, poza którą podwiązujemy szypułę (*en masse*) mocną nitką jedwabną. Po dwóch lub trzech tygodniach oddzielają się obie, albo same przez się [częściej], albo za lekiem pociągającym. Ranę tamponujemy knotem z gazy jodoformowej, co daj-

dobre wyniki, mięśnie łączymy kilkoma szwami z katgutem, skórę zaś nad nimi jedwabiem i pozostawiamy knot stosownie do potrzeby 2—7 dni.

Najważniejszym zadaniem będzie zawsze dla chirurga, przed przystąpieniem do operacji, uzyskać, o ile można, dokładne zbadanie stanu drugiej nerki. Dlatego musimy się przyznać, że dotychczas nie udało się ani przez ucisk, ani za pomocą oddzielnej metody katetyzowania zebrać należytą ilość moczku do zbadania od pojedynczo izolowanej nerki. Nie możemy się zadowolić przeciętną 24 godzinną ilością moczu, lecz trzeba się starać o dostanie go z każdej nerki z osobna, ażeby wnioskować, czy druga nerka jest dostatecznie sprawną, jak również, czy chora nerka ma jakikolwiek współdziałanie w wytwarzaniu moczu. Dlatego nie pozostaje nic innego w wątpliwych i trudnych przypadkach, jak tylko ograniczyć się pierwotną propozycją CZERNY'ego, mianowicie utorować z miedniczek nerki zatokę brzusznią, co nietylko nie utrudni, lecz nawet ułatwi późniejsze jej wycięcie.

W końcu wspomina HERCZEL o częściowem wycięciu nerki. Doświadczenia, robione na zwierzętach przez THIRIAR'a, BARDENHEUER'a, dowodzą aż nadto dostatecznie, że wycięcie części nerki, w kształcie klina, jest rzeczą możliwą, a nawet udaje się uzyskać w tym razie rychłozrost. Pierwsze udane, częściowe wycięcie nerki robił CZERNY w Listopadzie roku 1877, którą autor w streszczeniu podaje: 30-letni mężczyzna otrzymał ciężki uraz w prawą okolicę lędźwiową w początkach Marca r. 1886. Od tego czasu zaczęło się moczenie krwawe, wraz z częstymi silnymi wymiotami i napadami bólu. Przy badaniu w narkozie znaleziono prawą nerkę powiększoną, szczególnie dolny jej biegun. 16-go Listopada 1887 r. CZERNY zrobił skośne cięcie 20 ctm. długości; wyłuszczył prawą nerkę, a na jej powierzchni znalazł sprężysty guz, pomiędzy górną, a środkową  $\frac{1}{3}$ , wielkości bursztuwki, sinawo błyszczący; zrobił brzeżne cięcie 6 ctm. długości i ostrą łyżeczką wy dostał kruchą zawartość guza, przytem palcem można było wejść łatwo do rozszerzonej miedniczki nerkowej, a w górnym i dolnym kielichu dotknąć prawidłowej substancji nerkowej. Po eliptycznem wycięciu brzegów, ranę nieco zmniejszył pięcioma szwami z katgutem, wytamponował gazą jodoformową, a nerkę napowrót wpuścił. Samą jamę wytamponował gazą i włożył w nią 2 sączki. Przy badaniu drobnowidzowem guza, znaleziono naczynio-mięsak [?]. Przebieg był zupełnie zadawalający; już 3-go dnia ilość moczu wynosiła 1550 ctm. szecz. o ciężarze właściwym 1020; 9 dnia po uprzedniem wyjęciu gazy pokazał się mocz w ranie, wolny od białka, kwaśny. Chory jakiś czas chorował na biegunkę i prawostronny wysięk w opłucnej, pomimo to wkrótce powrócił do siebie, przybierał na wadze, a w Styczeniu roku 1888 wyszedł z oddziału z małą zatoką, która zarosła po kilku tygodniach. Moczenie krwawe i bóle zniknęły, od czasu do czasu ucuwał tylko ból w bliźnie, przy napadzie kaszlu. Niestety, chory w ostatnich czasach znikł z pod obserwacji.

Na tegorocznym zjeździe chirurgów JULIUSZ SCHMIDT z Kolonii przedstawił torbiel, operowaną przez profesora BARDENHEUER'a z częściowem wycięciem nerki. Przebieg w tym przypadku był mniej zadawalający, potem bowiem musiano wykonać całkowite wycięcie. Przypuszczał, że przyczyną niepowodzenia było otwarcie kielicha. Przypadek autora dowodzi przeciwnie, że nawet większy brak, obejmujący piramidy nerkowe, może skończyć się zupełnem wyzdrowieniem przez tworzenie się ziarniny.

Czy szew utrzyma się w miększu nerkowym u ludzi, jak by się zdawało, to przyszłość dopiero pokaże. W każdym razie szew może być tylko tam nałożony, gdzie mocz jest prawidłowy, a więc głównie przy małych guzach, które siedzą w korze nerkowej.

(*Ueber Nierenoperationen*).

## Wiadomości bieżące.

— W d. 28 Kwietnia odbył się w szpitalu Dzieciątka Jezus konkurs na posadę płatnego ordynatora przy oddziale chorób wewnętrznych i ordynatora nadetatowego. Z 5 kandydatów [kol. CHEŁCZOWSKI, CHEŁMOŃSKI, HEWELKE, POŁAWSKI, ZIELIŃSKI], z których wszyscy otrzymali dostateczną ilość głosów, posadę płatnego ordynatora uzyskał kol. CHEŁMOŃSKI, nadetatowego kol. CHEŁCZOWSKI.

— W Krynicy od połowy Maja r. b. D-r EBERS, kierownik zakładu wodoleczniczego tamże, otwiera pensjonat [internat] dla chorych.

— Prof. ADAMKIEWICZ, zajmując się od „lat kilku“ kwestyją jadowności raków, pomieścił w Przeglądzie Lekarskim dotychczas 4 krótkie doniesienia, z których trzy zatytułowane były jak następuje: 1) O jadowności nowotworów złośliwych [raków] [Przegl. Lek. 1890. Nr. 26]. 2) Dalsze spostrzeżenia nad jadownością nowotworów złośliwych [raków]. [Przegl. Lek. 1891. Nr. 4]. 3) O jądzie i o komórkach nowotworów złośliwych [raków]. [P. L. 1891. Nr. 12]. Czwarte doniesienie [P. L. 1891. Nr. 14] nosi tytuł odmienny, sensacyjny, mianowicie: „Zasady racjonalnego leczenia nowotworów złośliwych“ [raków].

Wyniki poszukiwań prof. ADAMKIEWICZA dadzą się streścić w ten sposób, że raki właściwe, atypowe i kankroidy, zawierają jad, działający na króliki na podobieństwo jadu trupiego, specjalnie na układ nerwowy [nerwy błędne i rdzeń przedłużony] w sposób porażający. Jad, którego działanie noszą środki antyseptyczne i wysoka ciepłota, nie zależy od mikrobow, znajdujących się w raku. Jad wywołuje z początku przyspieszenie oddechania i uderzeń serca, zwięźlenie zrenic, ślinotok i kurcze (*opisthotonus*), następnie odurzenie, wreszcie objawy porażenia. Przy dużych dawkach występują odrazu porażenia i śmierć. Jad działa drogą krwi bezporównania energicznej, aniżeli za pośrednictwem naczyń limfatycznych; do krwi wprowadzony zabija natychmiast, przez naczynia limfatyczne po kilku dniach.

Tyle co do samego „jadu“ rakowego.

Dalej zastanawia się prof. Ad. nad różnicą, jaka zachodzi przy szczepieniu zwierzętom raka i nabłonków prawidłowych. W pierwszym razie komórki zaszczipione w raku znikają, a za to pojawiają się ogniska przerzutowe w odległych miejscach, „w wolnych przestrzeniach międzytkankowych i w istocie tkanki“, szerząc się obwodowo a zanikając w środku. Natomiast nabłonki zdrowe przeszczepione „nie opuszczają miejsca“ i nie dają przerzutów. Prof. A. dochodzi do wniosku, że komórki rakowe różnią się, „przez bogactwo postaci, sposób rozmnażania się, ułożenia i ostateczny los, od komórek nabłonkowych i nie mają „dużo“ wspólnego ani z komórkami nabłonkowymi, z którymi je teoria COHNHEIM'a sprowadza w związek, ani „z elementami normalnych komórek“ wogóle. Są więc tworamı właściwego rodzaju, mającemi odrębne znaczenie patologiczne.—W ostatnim wreszcie artykule [przedstawionym również Akad. Umiej. w Wiedniu, a zatytułowanym, jak wspominaliśmy, sensacyjnie] zapoznaje nas prof. ADAMKIEWICZ z działaniem nieopisanego bliżej sposobu leczenia raka, które prof. Ad. nazywa „czyszczącym niejako“, skierowanym przeciwko „rakowemu zakażeniu“. Ma to być środek, który wprowadzony w soki organizmu „niszczy zawiązki i doprowadza do zauiku przerzuty rakowe, znosi charłactwo, powiększa wagę ciała chorych“. Dowiadujemy się, że musi się zmienić dotychczas praktykowana zasada leczenia raków i że leczyć je trzeba „nie z zewnątrz ku wewnątrz, lecz odwrotnie od środka ku obwodowi“. Przy zastosowaniu nowej metody leczenia raków występują charakterystyczne zmiany miejscowe [reakcyjne] w nowotworze pierwotnym, który przy objawach pewnego bólu [rwania, kłócia] obrzmiewa, czerwienieje, ulega obumarciu, dzieląc się stopniowo, albo wydzielając białą masę cuchnącą, zapada się i niszczeje. [Przytaczamy prawie wszędzie dosłownie]. Badania kliniczne prof. Ad. przeprowadzone były dotychczas na 3 [wyraźnie trzech] chorych z rakiem wargi dolnej [z kliniki prof. OBALIŃSKIEGO i KORCZYŃSKIEGO], leczonych w szpitalu i ambulatoryjnie. Pod wpływem „leczenia“ zmniejszył się nowotwór pierwotny, a przedewszystkiem znikaly do śladów gruczoły limfatyczne powiększone [które u chorego Gabuły, 68 lat, dochodziły w liczbie 13 do wielkości śliwki i grochu]. Waga ciała w ciągu 5 tygodni podniosła się o 4,2 kilogramy.

Mamy tedy nowy, znów tajemniczy, przynajmniej dotychczas, sposób leczenia raka...

Zobaczmy, co nam przyniosą dalsze zapowiedziane publikacje prof. Ad., tymczasem jednak musimy zanotować, że w N. 15 Przeglądu Lekarskiego, prof. KORCZYŃSKI i OBALIŃSKI w liście do redakcyi tegoż pisma, zastrzegają się, iż „odstąpili wprawdzie prof. Ad. odpowiedni materjał do doświadczeń, że jednak za wnioski, wysnute z tych doświadczeń, nie biorą żadnej odpowiedzialności.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów tablicę litografowaną do pracy B. ГЕРНЕРА p. t.: „Przyczynek do patologii turebki soczewki i błony DESCEMET'a“, oraz „Katalog nowych ksiązek“ księgarni W-go Wengedo za miesiąc Marzec 1891.

Apteka, poczta 2  
razy dziennie, 2 re-  
stauracje.

Zakład zdrojowy

**SOLEC**

Droga do Kiele ko-  
leja, zkaąd mil 8  
wygodnym powoz.

w zdrowej i malowniczej miejscowości powiatu Stopnickiego gub. Kieleckiej.

**Wody siarczano-słone, jod i brom zawierające.**

Środki lecznicze: 1-o Kąpiele mineralne, mułowe, —2-o leczenie elektrycz-  
nością, massażem, wodami mineralnymi innych źródeł.

**Sezon od 20 Maja do 15 Września.**

Całodzienne utrzymanie wraz z kosztami kuracyi od 2-ch rubli dziennie  
i taniej. Bliższych objaśnień w Warszawie udziela lekarz Zakładowy W. Da-  
niewski, Żurawia № 24, od 4—6 po południu.

4—1

94

Gilliard, P. Monnet et Cartier

w **Lyonie.**

**CHLÓREK ETYLU**

do znieczulania

do użytku chirurgów i dentystów.

Reprezentacja na Królestwo Polskie i Skład w Aptece

3—3

**WENDY i WIOROGORSKIEGO, w Warszawie.**

**ZAKOPANE JASZCZURÓWKA.**

Z dniem 1 Czerwca, otwartym zostanie zakład wodoleczniczy i gimna-  
styczno leczniczy, stosowane będzie także elektroterapija i masaż.

kierownik zakładu

4—4

**D-r CHWISTEK,** lekarz stacyi klimatycznej.

**C. K. ZAKŁAD ZDROJOWY**

Stacja kolei  
**MUSZYNA-KRYNICA**  
z Krakowa . 8 godzin  
ze Lwowa . 12 „  
z Budapesztu 12 „

**KRYNICA**

(W GALICJI)

w miejscu:  
poczta 3 razy dziennie,  
telegraf, apteka.

**najobfitsza SZCZAWA żelazista.**

Położenie górskie w Karpatach 590 metrów nad pow. morza. Od stacyi kolejowej godzina  
drogi, znakomicie utrzymanej.

**Środki lecznicze:** Obok klimatycznych warunków, kąpiele mineralne żelaziste, nader obfi-  
tujące w kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwarza (w r. 1890 wydano ich przeszło 35,000).

Kąpiele borowinowe, parą ogrzewane (w r. 1890 wydano ich 14,000).

Dotychczasowa ilość gabinetów w łaźniakach mineralnych została pomnożoną; połowa gabi-  
netów w łaźniakach borowinowych ogrzewa się parą dalej, picie wód Krynickiej i Słotwińskiej,  
żentycy, kefiru, gymnastyka w nowym na ten cel w parku urządzonym budynku i t. d.

**Mieszkania:** Przeszło 1400 pokojów z większym i mniejszym komfortem umeblowanych,  
z pościelą i usługą, po większej części zaopatrzonych w piece. „Hotel pod 3-ma różami“ i dom gośc-  
cinny „pod Zamkiem“ służą do tymczasowego umieszczenia osób świeżo przybywających.

W maju, czerwcu i wrześniu ceny pomieszczeń jako też kąpiele są niższe.

**Spacery:** wielki park świerkowy z wygodnymi ścieżkami, licznymi ławkami i miejscami do  
spoczynku i zabaw, rozliczne bliższe i dalsze spacery po równi i po górach wycieczki w uroczą  
bliższą i dalszą okolicę.

**Zaspokojenie potrzeb i rozrywki:** Kilka restauracyj, kilka mleczarń, 2 cukiernie, wspaniały  
dom zdrojowy z salami balowymi, restauracja, salą bilardową i dla gier, kręgielnia, kasyno, 2 wy-  
poczynalnie książek, teatr ze Lwowa, orkiestra zdrojowa A. Wrońskiego od 21-go maja, fotograf,  
sklepy i rękodzielnicy wszelkiego rodzaju z głównych miast przybywający i t. d. Prócz stale przez  
cały sezon ordynującego lekarza rządowego D-ra Kopffa praktykuje 7-łu lekarzy.

Frekwencja roczna wynosi przeszło 4,500.

W samem zdrojowisku znajduje się według najnowszych zasad umiejętności urządzony:  
**C. K. ZAKŁAD WODOLECZNICZY** (hydropatyczny) pod kierunkiem specjalisty D-ra Ebersa  
(w r. 1890 wykonano 24,000 procedur hydropatycznych). Osoby, leczące się w e. k. Zakładzie  
wodoleczniczym mogą znaleźć pomieszczenie w świeżo otwartym prywatnym pensjonacie D-ra  
Ebersa, zastosowanym do potrzeb hydropatii.

Sezon otwarty od 15 Maja do końca Września. Na żądanie udziela wyjaśnień.

6—1

**C. K. ZAKŁAD ZDROJOWY W KRYNICY.**

Fig. 1.



Fig. 2.

