

GAZETA LEKARSKA.

I. LECZENIE NOWOTWORÓW ZA POMOCĄ PRĄDU STAŁEGO, STOSOWANEGO ZEWNĘTRZNIE.

Podał

Aleksander Jaworowski,

Prezes Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

I.

Brak jakiejkolwiek wzmianki w piśmiennictwie naszym o usiłowaniach lub próbach, czynionych u nas w tym kierunku, skłania mnie do ogłoszenia kilku własnych spostrzeżeń. Pobudką dla mnie do prób powyższych były dodatnie wyniki, otrzymywane za pomocą prądu stałego w obrzmieniach gruczolów chłonnych najrozmaitszego pochodzenia; pragnąłem więc przekonać się, czy i o ile tkanki heterologiczne poddawać się zechcą działaniu prądu stałego, podobnie jak zwykła hyperplazyja. Z ogłoszeniem otrzymanych dodatnich wyników wstrzymywałem się dotąd: 1-o, chcąc zebrać większą ilość spostrzeżeń; 2-o, pragnąłem się upewnić w spostrzeganych już przypadkach o trwałości wyniku leczenia; 3-o, lękałem się zarzutu optymizmu co do przeceniania otrzymanych przezemnie wyników, w które sam wierzyć nie śmiałem, a jednak uwierzyć byłem zmuszonym, gdy przeszły moje oczekiwania.

Spostrzeżenia moje, komunikowane na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego w d. 4. III. i 6. XII. 1887 r., są następujące:

I. N. Z., lat 19 licząca, panna, dobrze zbudowana i odżywiana, nieco bladej, zgłosiła się do mnie w Styczniu 1887 r., z powodu guza, umiejscowionego na prawej stronie szyi, w okolicy dolnego przyczepienia mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, którego nóżkę zewnętrzną obejmował i wypełniał cały kąt, utworzony przez tenże mięsień i obojczyk, wnikając w głąb dołu nadobojęczykowego. Guz o konsystencji bardzo twardej, zupełnie nieruchomy, wielkości jaja kurzego, urosł do tych rozmiarów w ciągu lat dwóch i zaczął chorej dokuczać na dobre ograniczeniem ruchów i bolesnością, co ją skłoniło do szukania porady. Ponieważ chora na rękoczyn operacyjny, bądź co bądź bardzo poważny, stanowczo się nie zgadzała, przeto próbowano przez czas dłuższy stosowania środków chłonących, jakoto: jodu, jodoformu, mydła szarego i t. p., lecz gdy pozostały one bez skutku, postanowiłem spróbować działania prądu stałego. Używałem z początku strumieni słabszych [5—8 miliamperów]; następnie, ponieważ chora doskonale galwanizację znosiła, podniosłem siłę prądu do 10—12—14 M. A. Elektrody ustawiałem na krawędziach nowotworu [z dwóch stron], a w trakcie posiedzenia kilkakrotnie zmieniałem kierunek prądu. Po kilku tygodniach codziennych po-

siedzeń 10-cio minutowych, nowotwór uległ znacznemu zmniejszeniu, przyczem wydawał się więcej zrazikowatym; po dwóch miesiącach znikł prawie całkowicie; pozostała tylko mała wypukłość za obojczykiem i jakby zgrubienie obojczyka, a po $2\frac{1}{2}$ miesiącach z guza nie pozostało ani śladu. Dziś, po upływie prawie $2\frac{1}{2}$ lat, chora, znana kolegom OLECHNOWICZOWI i JACZEWSKIEMU, jest zupełnie zdrową.

II. M. P., panna, lat 20 licząca, doskonale zbudowana i odżywiana, spostrzegła po raz pierwszy przed 3-ma miesiącami guzik w piersi prawej, który, szybko rosnąc, skłonił ją do szukania porady.

W dniu 14 Maja 1887 r. [po 3-ch miesiącach trwania choroby] znalazłem w piersi prawej guz wielkości średniego jaja kurzego, nieco bolesny przy nagniataniu, zupełnie ruchomy, oraz dobrze twardy, gruczoły pachowe nieobrzmiałe i niestwardniałe. Z wywiadów nie okazało się, ażeby ktokolwiek z rodziny na raka piersi chorował.

Gdy środki wchłaniające pozostały bez skutku, chora zaś o poddaniu się operacji słyszeć nie chciała, postanowiłem po raz drugi wypróbować działania prądu stałego. Skutek nie kazał długo czekać na siebie: już po dwóch tygodniach codziennego stosowania prądu [w sposób i o sile, jak w I-em spostrzeżeniu] dało się dostrzedz pewne ścięnczenie guza; po 30 posiedzeniach guz się zmniejszył do połowy; po 45 zmniejszenie było jeszcze znaczniejsze; po 70 zaś pozostałość guza przedstawiała się w formie soczewki dwuwypukłej, pozwalającej ująć się doskonale w dwa palce i oddalić od klatki piersiowej. Sądząc z otrzymanego dotąd wyniku, można było mieć nadzieję, że i ta soczewkowata pozostałość ulegnie wessaniu; chora jednak, zadowolona ze swego stanu, znikła mi z oczu. We dwa lata dopiero, z powodu innego cierpienia, zgłosiła się do mnie i wtedy mogłem skonstatować, że gruczoł prawy niczem prawie nie różni się od prawidłowego lewego.

III. P-ni H., lat około 40 licząca, wdowa, matka kilkorga dzieci, zauważyła po raz pierwszy na wiosnę 1887 r. guzik w piersi lewej, wielkości małego orzeszka laskowego. Po upływie 6-ciu miesięcy od powyższej daty, przy badaniu znalazłem, że guz urósł do wielkości orzecha włoskiego; przy obmacywaniu przedstawiał się bardzo twardym, ruchomym; od pewnego czasu chora doznawała w nim bólów dotkliwych, które, rozpromieniając się na bark, plecy, ramię i kończynę lewą, uniemożliwiały wszelkie zajęcia, nawet ubieranie się. W dole pachowym lewym, w bliskości linii pachowej przedniej, wyczuć można gruczoł stwardniały, ruchomy, nieco bolesny przy ucisku, wielkości małego orzecha laskowego, zauważony na parę tygodni przed badaniem. Chora zaniepokojona do najwyższego stopnia, ponieważ przed niedawnym czasem straciła siostrę starszą na raka piersi [po trzechkrotnem wyłuszczeniu nowotworu], prosiła o radę, z góry stanowczo zastrzegając, że nie podda się operacji, która siostrze nie uratowała życia. Gdy wszelkie przełożenia co do operacji, tak z mojej, jak i ze strony kol. JANISZEWSKIEGO, okazały się daremnymi, mając już dwa dodatnie wyniki, otrzymane za pomocą strumienia galwanicznego, zaproponowałem i zastosowałem tę metodę. Po 2-ch tygodniach codziennych, 10–15 minutowych posiedzeń o sile 10—15 M. A., chora zauważyła znaczne zmniejszenie bólów w całej lewej kończynie i lewej połowie klatki piersiowej. Po 4-ch tygodniach guz się zmniejszył, lub właściwie spłaszczył się widocznie, po 6-ciu tygodniach zmalał więcej, aniżeli o połowę, po 10-ciu tygodniach zmniejszył się do $\frac{1}{4}$ swej wielkości, po 12-tu tygodniach zaledwie wyczuwałem ślad, w formie nierówności na miejscu dawnego guza. Gruczoł pod pachą jednak przez ten czas nietylko się nie zmniejszył, lecz nawet doszedł do wielkości orzecha tureckiego. Na powiększenie to, może być, wpłynęła i wrzodzianka, która się utworzyła w dole pachowym na miejscu przykładania elektrody. Bóle w barku i kończynie górnej jeszcze się czasami zjawiają, bez tego jednak charakteru przeszywającego, który je poprzednio cechował. Leczenie dalsze miało na celu

doszczętnie usunięcie bólów i gruczołu pachowego, co udało się dopiero po 165 posiedzeniach.

Dziś po upływie $1\frac{1}{2}$ roku chora czuje się najzupełniej zdrową, może zajmować się pracą domową, a z guza i z gruczołu nie pozostało najmniejszego śladu.

Jeżeli wyłączymy dwa pierwsze przypadki, których natura wydawała się więcej dobrotliwą, aczkolwiek wzrost drugiego guza był bardzo szybkim, to w III-cim przypadku wszystko przemawiać się zdaje za złośliwym charakterem nowotworu, gdyż nie brakowało ani zajęcia gruczołów, ani bólów, ani nareszcie, co najważniejsza, obecności raka w rodzinie. Brak badania drobnowidzowego, którego nie można było przedsięwziąć, nie pozwala na stanowcze pod tym względem twierdzenie. Pozwolę sobie jednak zacytować w tem miejscu przypadek, opisany na Czerwcowem posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiem przez kol. OLECHNOWICZA, który, zachęcony mojami wynikami, zastosował w r. b. podobne leczenie przy guzie piersi, mającym wszelkie cechy raka.

Po 15 posiedzeniach guz zmniejszył się do $\frac{1}{3}$ części swej wielkości, poczem nastąpiła przerwa w leczeniu, po której, gdy na nowo guz zaczął wzrastać, chora poddała się operacyi, wykonanej przez kol. JANISZEWSKIEGO, a badanie drobnowidzowe, dokonane przez kol. OLECHNOWICZA i sprawdzone przez kilku kolegów, wykazało budowę guza rakowatą. W tym więc przypadku nabrać można przeświadczenia, że i nowotwór niewątpliwie złośliwy może się zmniejszać pod działaniem prądu, jak również rodzi się przypuszczenie słuszne, czyby nie znikł on całkowicie, gdyby chora cierpliwie dłużej stosowaniu prądu stałego poddać się chciała.

W dostępnej mi literaturze ani zachęty, ani wskazania do podobnego leczenia nie znajduję; jedni bowiem autorzy, jak: DOMAŃSKI, ONIMUS ¹⁾, ROSENTHAL i BERNHARDT ²⁾, ERB, ZIEMSEN, WATTEWILLE ³⁾, albo nie poświęcają w swoich podręcznikach żadnej wzmianki omawianej kwestyi, albo zalecają elektrolizę, ROSSBACH ⁴⁾ zaś sceptycznie usposobiony, z jednej strony ostrzega, że niewinny włókniak pod wpływem galwanopunktury zmienił się w nowotwór złośliwy [przypadek COMEGYS'a], z drugiej uważa za zabawkę niemal leczenie elektrycznością obrzmiałych gruczołów, a w końcu powiada, że w przypadku NEFTEL'a wyleczeniu nowotworu wprost nie wierzy. Jedyną, zdaje się, pracą, zachęcającą do dalszych prób w tym kierunku, jest praca D-ra GARRET'a z Bostonu. Dowiedziałem się o niej ze sprawozdania z kongresu w Waszyngtonie ⁵⁾, już w końcu 1887 r. po zakomunikowaniu Towarzystwu Lekarskiemu moich spostrzeżeń. Wynik leczenia D-ra GARRET'a można nazwać świetnym; gdyż osiągnął on na 186 guzów leczonych 157 wyleczeń.

II.

W blizkim związku z omawianem przezemnie leczeniem guzów za pomocą prądu stałego — stoi metoda jednobiegunowa APOSTOLI'ego leczenia guzów ma-

¹⁾ Guide pratique d'électrothérapie. 1882.

²⁾ Uczenie ob elektricestwie dla wraczej. 1885.

³⁾ Grundriss der Electrotherapie. 1886.

⁴⁾ Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden. 1882.

⁵⁾ Progrès Médical. Nr. 41. 1887.

cicy w szczególności. Metoda powyższa zyskała już dziś wielu żarliwych zwolenników i przeciwników i posiada już dość pokaźną literaturę, o czym można nabrać przekonania choćby z pracy MOEBIUS'a ¹⁾, według którego, metoda robi furorę przedewszystkiem w Anglii i Ameryce.

W naszym piśmiennictwie pierwszą króciutką wzmiankę podał o niej Przegląd Lekarski [Nr. 7. 1888], lecz wyczerpujący i dokładny referat ukazał się nieco później w Gazecie Lekarskiej [Nr. 30. 1888.], w r. b. zaś w N. 35 tejże Gazety podane zostało sprawozdanie z doświadczeń LUCAS-CHAMPIONNIERE'a i DAMON'a, którzy stosowali elektryczność, lecz sposobem odmiennym od APOSTOLI'ego. Ponieważ o wartości metody możemy wnioskować dopiero po zebraniu większego materiału, sędzę, że każdy przyczynek powinien być skrzętnie notowanym i brany pod rachubę: to mnie właśnie skłania do ogłoszenia kilku własnych obserwacyj. Nadmienię mi tu wypada, że przy opisywaniem leczenia trzymałem się ściśle wskazówek, podanych przez APOSTOLI'ego [których nie powtarzam ze względu na dokładny referat Gazety Lekarskiej] z tem odstępstwem, że strumienia używałem słabszego [60 M. A.], [lecz i ten wystarczył do otrzymania dodatnich wyników], że czasami, zamiast podkładu z gliny, używałem grubego i dużego wilgotnego okładu pod elektrodę zewnętrzną i na koniec, że stosując [w razie potrzeby] anodę do wnętrza macicy, jako zgłębnik, starałem się ją zamienić przed wyjęciem na katodę [osłabiwszy uprzednio całkowicie strumień] i jako taką utrzymać przez kilka minut w jamie macicy. Powyższe zmiany powprowadzałem pod wpływem uwag BENEDIKT'a. Ostatnia szczególnie ułatwia wyjęcie zgłębnika i zabezpiecza chore od przykrego uczucia i od następczego po wyjęciu zgłębnika krwawienia. Chore zwykle po posiedzeniu doświadczały w krzyżu i w guzie dość silnych bólów, trwających po kilka i więcej godzin. Zmiana kierunku prądu [nawet niesilnego] wywoływała bardzo silne i bolesne wstrząśnienia.

Spostrzeżenia moje są następujące: ²⁾

I. Chora M. L., 29-letnia mężatka, bezdzietna, cierpi już od lat 8-miu na guz, umiejscowiony w jamie brzusznej, który, rosnąc stopniowo, doszedł do rozmiarów podanych poniżej. Chora niegdyś dobrze odżywiana i pełna, obecnie zeschupiała, a barwa jej skóry przybrała odcień bladego ziemisty.

Miesiączkowanie rozpoczęło się u niej w 15-tym roku życia i odbywało się prawidłowo. Od lat 8-iu miesiączkowanie stawało się stopniowo coraz obfitszem i częstszem, tak, że w ostatnich kilku latach równało się obfitym i groźnym krwotokom, przychodzącym co dwa tygodnie i trwającym przez 8—10—12 dni. Miesiączkowanie to, połączone zwykle z ogromnymi bólami, wymagającymi użycia środków kojących w znacznych dawkach, przedstawiały często obraz rozlanego zapalenia otrzewnej, tem bardziej, że w ostatnich latach towarzyszyła im zwykle gorączka z ciepłotą dochodzącą do 40° C. i wyżej.

Guz, dostrzeżony przez chorą po raz pierwszy przed 8-iu laty, był z początku brany za macicę ciężarną, wkrótce jednak brak dalszych objawów rzeczywistej ciąży rozpoznanie wyjaśnił. Wszelkie środki, stosowane tu na miejscu, tak przemennie, jak i przez wielu innych kolegów, oraz w Warszawie w oddziale

¹⁾ Ueber neuere elektrotherapeutische Arbeiten von P. I. MÖBIUS. SCHMIDT's Jahrb. Bd. 221. Heft 1.

²⁾ Komunikowane na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego. 4. II. 1889.

prof. NEUGEBAUERA, pozostały na wzrost guza bez wpływu, co najwyżej przynosiły przejściową ulgę w ogromnych bólach, oraz w nadmiernem krwawieniu.

Chora propozycje operacji, stawiane w ciągu tych lat, stale odrzucała, a guz doszedł nareszcie do rozmiarów kolosalnych; wypełnił bowiem całkowicie jamę brzuszną: od wyrostka miczykowatego do spojenia łonowego i od kości bezimiennej jednej strony do odpowiedniej z drugiej strony, powodując przez to duszność, niemożność leżenia wznak i t. p. przypadłości.

Guz przy obmacywaniu przedstawiał na całej przestrzeni konsystencję twardą, zbitą, zupełnie poruszać się nie pozwalał i nadawał brzuchowi formę i objętość, odpowiadającą 8-mu miesiącowi ciąży. Ton wypukowy wszędzie tępy, z wyjątkiem okolic lędźwiowych. Badanie przez pochwę wykazywało tylko wysokie ustawienie prawidłowej zresztą części pochwowej, pociągniętej ku górze przez guz rozparty w wielkiej miednicy i zwrócenie jej ustami ku tyłowi. Wymiary brzucha w dniu 20 Września r. z. były następujące: obwód brzucha największy przez pępek 93 cm., odległość od *proc. xyphoid.* do pępka 17 cm., odległość od pępka do spojenia łonowego 23 centymetry.

W dniu tym rozpocząłem stosowanie metody APOSTOLI'ego: prądu użyłem na początek siły 20—30 miliamperów, przy następnych posiedzeniach doszedłem do 40, a następnie do 60 M. A., t. j. do najwyższej siły, jaką dać mogła moja maszyna, a z drugiej strony jaką chora zaledwie i to przez krótki czas znosić mogła. Katodę, jako czynną elektrodę, wprowadzałem tylko do kanału szyjki; kanał bowiem macicy, zgięty z powodu ucisku guza, był dla zgłębnika niedostępnym.

Od dnia 20 Września do 4 Października odbyto posiedzeń 9, w trakcie których już chora poczuła się podmiotowo lepiej, miesiączkowanie jednak, jakie po tych 9-ciu posiedzeniach przyszło, przekonało dopiero chorą i mnie o stopniu poprawy, gdyż było umiarkowanym co do ilości, trwało dni 4 i przeszło bez najmniejszych boleści, tak, że chora przyzwyczajona dawniej leżeć w łóżku, obecnie chodziła przez cały czas, nie kładąc się ani na chwilę. Do następnego miesiączkowania, które było zupełnie podobnem do poprzedniego, było nowych posiedzeń pięć. Trzecie i czwarte miesiączkowanie [w trakcie leczenia] trwało nawet jeszcze krócej, gdyż po 3 dni, tak samo było niebolesnem i nie nadmiernie obfitem. Po 30 posiedzeniach wygląd chorej i cera wyraźnie uległy poprawie, a oprócz tego wymiary guza znacznemu uległy zmniejszeniu, i tak: gdy górna granica poprzednio dosięgała wyrostka miczykowatego — obecnie wyczuwa się ją na dwa palce nad pępkiem, pomiędzy bocznymi krawędziami guza i kolecami biodrowymi górnymi, obecnie są wolne przestrzenie na szerokość 2—3 palców i guz cały stał się ruchomym. Wymiary brzucha uległy następującemu zmniejszeniu:

Obwód przez pępek poprzednio największy = 82 cm., obwód obecnie największy [4 palce nad pępkiem] = 92 cm., odległość od *proc. xyph.* do pępka = 17 cm., odległość od pępka do *symph. pub.* = 18 centymetrów.

W ciągu 3-ch następnych miesięcy [do końca Marca] wzięto jeszcze 30 posiedzeń, następstwem których było zmniejszenie obwodu brzucha jeszcze o 3 cm.. Chora, pomimo że jeszcze nosi guz, dorównywiający wielkością głowie dorosłego człowieka, czuje się nad wyraz szczęśliwą, że została uwolnioną od krwotoków i od towarzyszących im stale szalonych cierpień i dalszego leczenia zaprzestala.

II. Drugi przypadek włókno-mięśniaka macicy, dotyczy chorej I. B., mężatki 30-letniej, bezdzietnej, od 11 lat zamężnej. Miesiączkowanie rozpoczęło się w 14-tym roku życia, przychodziło co 28 dni i trwało 8 dni przed zamążciem, a po 4 dni po zamążpójściu, było dawniej bardzo obfitem. Choroba rozpoczęła się zaraz prawie po ślubie, gdyż pierwsze spółkowanie wywołało

krwawienie obfite, trwające przez 9 tygodni. Następnie pojawiły się obfite, ciągle upławy i krwawe plamy w przerwach miesięczkowych.

W d. 11. XI. 88 r., chora blada, mało krwista i osłabiona. Objętość macicy powiększona, dno wyczuć się daje nad spojeniem łonowym na 2—3 palców, część pochwowa twarda i duża. Przez sklepienie przednie znajdujemy przy podwójnem badaniu zwiększone ciało macicy we wskazanem miejscu, przez sklepienie zaś tylne czuć drugie ciało okrągławe, jakby ciało tyłozgiętej macicy, tylko nieco mniejsze od pierwszego, odbywające z niem ruchy współczesne przy podnoszeniu. Badanie przez kyszkę stolcową potwierdza wynik badania przez pochwę.

Zastosowana metoda Apostoli'ego po 3-ch posiedzeniach wydała już wynik, gdyż miesięczkowanie, które przyszło w swoim czasie, było mniej obfitem. Po 5-ciu posiedzeniach upławy znikły, po 6-em wstrzymałem galwanizację, spodziewając się miesięczkowania, lecz to spóźniło się o dni kilkanaście [bez żadnych dolegliwości], czego dotąd nigdy nie bywało. Następne posiedzenia [do 10-ciu] sprowadziły względne wyleczenie, mianowicie ustanie krwawień [co chorą skłoniło do zaprzestania kuracji — po pozbyciu się najdokuczliwszego objawu] i zmniejszenie guza. Badając chorą po 8-iu miesiącach, guza w tylnem sklepieniu nie znalazłem.

*

*

*

Rozszerzenie przez Apostoli'ego wskazań do użycia jego metody i przy „pewnych torbielach jajników i jajowodów“ [w okresach początkowych] — skłoniło mnie do zastosowania jej *experimenti gratia* i w następującym przypadku, który pozwalam sobie przytoczyć.

III. Chora K. Z., 29-letnia mężatka, matka 5-ga dzieci, zgłosiła się do mnie w d. 20. X. 1888. w trzy miesiące po ostatnim porodzie, skarżąc się na wielką objętość brzucha, która wprawdzie i przed zejściem w ciążę jej dokuczała, lecz obecnie znacznie wzrosła. Chora przytem nadmienia, że przed 3-ma laty po raz pierwszy zauważyła w jamie brzusznej, ciało okrągławe wielkości główki noworodka, nie sprawiające żadnych dolegliwości. Ostatnia dopiero ciąża, dobiegając końca, wskutek kolosalnego powiększenia brzucha bardzo chorej dokuczała.

W chwili badania rozmiary brzucha były następujące: obwód 99 ctm., odległość od *proc. xyph.* do *symph.* = 47 ctm.. W jamie brzusznej wyczuwa się guz ruchomy, okrągły, ściśle ograniczony, elastyczny, z wyraźnem chęłbotaniem, górną granicą dosięgający do połowy odległości między dołkiem a pępkiem. Część pochwowa napęczniała, ujście nieco otwarte, oprócz tego wybitne *endometritis chr. et retroversio uteri*. Miesięczkowanie, rozpoczęte w 15-tym roku życia, odbywa się w prawidłowych terminach [co $\frac{28}{5}$ dni] i zwykle jest obfitem. Dla dokładniejszego zbadania opróżniłem torbiel za pomocą przekłócia, przyczem zawartość okazała się surowiczą, jasną, bardzo przezroczystą o ciężarze właściwym = 1004. Objętość brzucha po przekłóciu wynosiła 84 ctm., odległość zaś od *proc. xyph.* do *symph. pub.* = 34 ctm.. Od 20. X. do 5. XII. r. z. było posiedzeń 16, o sile 30—60 M. A..

Po 4-ch posiedzeniach upławy [przedtem bardzo obfite] znacznie się zmniejszyły, po 16-tu zaś ustały, chora czuje się zupełnie dobrze, a rozmiary brzucha po upływie $1\frac{1}{2}$ miesiąca o jeden centimetr są mniejsze. Po trzech miesiącach nic w brzuchu wyczuć się nie dawało, po upływie jednak 11-tu miesięcy [od daty wypuszczenia płynu], znalazłem torbiel w postaci guza chęłbotającego wielkości główki noworodka, a zatem powrót cierpienia.

W pierwszym przypadku, cechującym się ogromnemi rozmiarami nowotworu, rozmiary te uległy wprawdzie tylko zmniejszeniu, lecz wszystkie dolegli-

wości związane z cierpieniem znikły całkowicie. Gdyby można było stosować leczenie dłużej — być może, że i rozmiary guza uległyby dalszemu zmniejszeniu. W drugim przypadku wyleczenie nastąpiło zupełne, chociaż po pewnym dopiero czasie [APOSTOLI wspomina również o podobnej możliwości]; w trzecim nareszcie leczenie zawiodło, ale też możnaby zarzut postawić, że było bardzo krótkim, aczkolwiek *endometritis* przeszło bez śladu i chora jest obecnie w ciąży.

W ogóle leczenie za pomocą elektryczności nie jest przykrem, nie przedstawia [przy zachowaniu ostrożności] żadnego niebezpieczeństwa, szybko usuwa najbardziej dolegliwe przypadłości, i gdyby nawet doszczętnie wielkich guzów nie usuwało, już mu się należy duże uznanie i prawo obywatelstwa. Jeszcze jeden wzgląd podnieść również wypada, że dla chorych bojaźliwych, lękających się noża, leczenie powyższe będzie dobrodziejstwem, a oprócz tego i lekarz, praktyk, może być nieraz wybawionym z niemałego kłopotu, gdy będzie mógł uniknąć operacji, z wielkimi nieraz trudnościami połączonej. Nakoniec wypróbować by je należało w przypadkach, wobec których najśmielszy nawet chirurg skazany był dotąd na jałową bezczynność.

II. PRZESADZENIE BŁONY ŚLUZOWEJ UST NA SPOJÓWKĘ, JAKO SPOSÓB DOSZCZĘTNEGO LECZENIA JAGLICY PRZEWLEKŁEJ.

Napisał

Kazimierz Noiszewski [Dynaburg].

Zdaje się, że pierwszy E. von MILLINGEN ¹⁾ zaczął przesadzać cienkie skrawki błony śluzowej ust przy rżęs-podwinięciu. [Skrawki skóry przesadzano wcześniej]. Nietylko on, ale i inni ²⁾, przykładem jego i powodzeniem zachęcani, otrzymywali równie zadawalające wyniki.

W 5-ciu przypadkach rżęs-podwinięcia używałem E. von MILLINGEN'a sposobu ³⁾, a już pierwszy przypadek zachęcił mnie do następnych.

A. BENSAN, W. SMITH, SIMEON SNELL przesadzali błonę śluzową ust przy *symblepharon*, ale, o ile wiem, nikt nie używał jeszcze przesadzania błony śluzowej ust dla zamiany zwyrodnionej przewlekłą jaglicą spojówki.

Łatwość przyrastania błony śluzowej ust do brzegu powiekowego przy rżęs-podwinięciu nasunęła mi myśl przesadzenia zdrowej błony śluzowej dla zamiany zwyrodnionej jaglicą.

Postępowanie moje było następującem:

U 12-letniej, D. F., odwinąwszy górną powiekę oka lewego, porażonego cztery lata trwającą jaglicą wraz z dziwomięsną łuszczką (*pannus carnos.*) rogówki, z a z n a c z y ł e m p o l e o s a d z e n i a s k r a w k a n a s p o j ó w c e, n a -

¹⁾ Triannual Repport. 1877.

²⁾ Prof. CHODIN. III zjazd lekarzy ruskich w Petersburgu. 1889. Styczeń.

³⁾ Centralblatt. f. Augenheilkunde. Juli. 1889.

stępnie zeszkrobałem w granicach tego pola wszystko aż do chrząstki. Wyciąwszy z dolnej zawargowej części ¹⁾ odpowiedniej wielkości i formy skrawek ²⁾, przeniósłem go na pozbawione błony śluzowej miejsce na spojówce, umocowawszy go za pomocą czterech szwów do chrząstki w odległości 4 milim. od swobodnego brzegu powieki, t. j. przypuszczalnie w miejscu, gdzie zwykł się po ustąpieniu jaglicy formować rowek jaglicowy (*sulcus posttrachomatosis*).

Dzień 2-gi [2-go Września]. Skóra na powiece trochę zaczerwieniona, obrzęku nie ma, wydzielina śluzowa znacznej ilości, nieznaczna maceracja skrawka. Oko opatrzone roztworem sublimatu 1:5000.

Dzień 3-ci. Obrzęku nie ma. Wydzieliny mniej.

Dzień 4-ty. Na skrawku błony śluzowej liczne czerwone kropki świadczą, że skrawek jest już ukrwionym.

Dzień 6-ty. W miejscu przesadzonem co raz mocniej różowieje, skrawek przybiera wygląd spojówki, powieka cienka. Górne szwy zdjęto.

Nie przesądzając, jaki owo przesadzenie będzie miało wpływ na łuszczkę, sądzę, że już samo jednorazowe doszczętne usunięcie przewlekłej sprawy jaglicowej na powiece zasługuje na dalsze w tym kierunku próby.

III. PRZYMIOT I GRUŻLICA.

Podał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

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

[Dokończenie. — Patrz Nr. 39].

Taka sama mniej więcej jest budowa i guza, znajdującego się na prawej stronie klatki piersiowej: po przecięciu go w środku znajdujemy rozplywającą się masę serowatą, a obwodowa część składa się z guzików serowatych, białozółtawych, kruchych, wielkości orzecha laskowego do jaja gołębiego. Cała ta masa obrasta dokoła część chrząstki i żebra V-go, zwyrodnia serowato ich ochrzęstną i okostną, wskutek czego kość i chrząstka są obnażone, nadżarte, a nadto część żebra jest znekrotyzowaną na przestrzeni pół centymetra, a chrząstka przeszło na 3 ctm.. Taż masa szerzy się dalej na 5-tą przestrzeń międzyżebrową, infiltruje mięśnie, zjawia się pod samą opłucną, otacza górną i tylną powierzchnię VI żebra i chrząstki żebrowej, które są powierzchownie nadżarte.

Po otwarciu klatki piersiowej lewe płuco opada dosyć znacznie, prawe słabiej. W obydwu jamach opłucnej znajduje się po 3—4 łyżek wysięku surowiczego, mętnego z niewielką ilością pływających kłaczek włókienka. Opłucna ścienna i pokrywająca płuco, jest mocno przekrwiona, gęsto zasiana białozółtawymi lub szarawymi guziczkami wielkości ziarenka konopnego i większemi; oto-

¹⁾ Używam zawsze głębiej położonych zawargowych części błony śluzowej ust, jako wilgotniejsze.

²⁾ Długi 1½ ctm., szeroki u wewnętrznego kąta na 8 milim., u zewnętrznego 10 milimetrów.

czone są silnie przekrwioną tkanką, a nawet drobnymi wylewami krwawymi. Prawe płuco jest dosyć luźno przyrośnięte w tylnych częściach i u podstawy; na przekroju widać w niem gęsto ułożone guziczki wielkości ziarnka konopnego do ziarnka soczewicy, lub nawet grochu polnego, biało-szarawe, w środku żółtawe, niekiedy rozmiękczające się. Lewe płuco przyrośnięte dosyć mocno przy wierzchołku i w tylnej i górnej połowie. Wierzchołek płuca jest zajęty przez stare ogniska serowate, wielkości ziarnka grochu lub większe, otoczone brunatną, prawie czarną, bliznowatą tkanką, docierającą do samej powierzchni płuca. Pozostałe części miąższu płucnego są usiane guziczkami, jak i w płucu prawem. Błona śluzowa oskrzeli przekrwiona, zgrubiała i pokryta obfitą ilością śluzopy. Krtąń prawidłowa.

Serce zwykłych rozmiarów, mięsień dosyć blady i wiotki. Zastawki i wielkie naczynia niezmiennione.

Śledziona dosyć znacznie powiększona, niezbyt twarda, rozrywa się łatwo. Na przekroju jej widać mnóstwo drobnych szarawych guziczków, wielkości ziarnka prosa lub mniejszych jeszcze.

Wątroba niewiele powiększona, nieco stłuszczona, muszkatolowa. Pęcherzyk żółciowy żółcią wypełniony, przewody drożne.

Nerki na przekroju przedstawiają zmiany daleko posuniętego zmętnienia miąższowego. Miedniczki, kielichy, pęcherz i cewka niezmiennione.

Jądro lewe wraz z moszną, jak wspomniałem, wielkości dużej pomarańczy; po przecięciu błony pochwowej wypłynęło do 50 gram. wysięku różowego, mętnego, z obfitą ilością pływających w nim skrzepów włóknikowych; sama błona mocno zaczerwieniona, pokryta wylewami krwawymi i świeżym nalotem włóknikowym, tylko w tylnej części zrośnięta z przyjadrzem. Guziczków na niej nie ma. Samo jądro jest podobne do dużego owalu, z dwu stron nieco spłaszczonego; z przyjadrzem jest zlane tak, że granic ich ani dojrzeć, ani wyczuć nie można; dopiero na przekroju odróżnić się dają. Ogon przyjadrza jest znacznie powiększony i cały stanowi serowatą, rozmiękczającą się masę, tworzącą w środku jamę dosyć rozległą; tak samo się przedstawia ciało i głowa przyjadrza. Ich błona biała jest zgrubiała bardzo, ale serowatych ognisk w niej gołym okiem nie widać. Jądro jest z kilkanaście razy większe od jądra zdrowego. Na powierzchni przekroju błona biała jest zgrubiałą, a z jej głębokiej warstwy do miąższu jądra wnikają guziki biało-szarawe lub żółtawe serowate, wielkości ziarnka grochu polnego do orzecha laskowego. Nadto, cały miąższ jądra jest zajęty przez także same guziki, leżące tak blisko siebie, że się wzajemnie uciskają, chociaż zarysy każdego z nich pozostają wydatne. Tylko w dolnej części jądra guziki te są nieco rzadziej ułożone, tak, że odległość pomiędzy nimi wynosi do kilku milimetrów, zajętych przez silnie przekrwiony miąższ jądra. Guziki te są dosyć wilgotne, niezbyt kruche i niełatwo z nich było zeskrobać nożem kawałeczki ich tkanki. Z większych kanalików przy lekkim ucisku wydobywał się gęsty, mętny płyn, prawie mleczny ¹⁾.

¹⁾ Opisany preparat jest zachowany w Muzeum anatomo-patologicznem prof. BRODOWSKIEGO.

Przewód nasienny jest zgrubiały, na wysokości obrączki pachwinowej dochodzi do grubości pióra gęsiego, a im bliżej przyjądrza, tem grubszy; nacieczenie przewodu nie zwiększa się jednak tak jednostajnie, bo miejscami bywa to znaczniejsze, to mniejsze tak, że przewód nabiera wyglądu paciorkowatego. Na przekroju ściany przewodu zgrubiałe, serowato nacieczone, a światło jego jest zaledwie takiej grubości, jak koniec szpilki.

Jądro i przyjądrze prawe, gruczoł krokowy niezmiennione.

Jama ustna i gardzieli, przełyk i żołądek zmian żadnych nie przedstawiają. Cała kiszka biodrowa, ślepa i *colon ascendens* są pokryte typowymi owrzodzeniami gruzliczemi; w kiszce biodrowej w bliskości zastawki BAUHIN'a dwa owrzodzenia dotarły do otrzewnej, przedziurawiły ją i wywołały rozlane ropne zapalenie otrzewnej z dosyć obfitym wysiękiem ropnym. Otrzewna, oprócz zmian właściwych ostremu zapaleniu, w miejscach, odpowiadających owrzodzeniom, była pokryta guziczkami szarawemi lub żółtawemi, podobnie jak i opłucna. Gruczoły krezkowe powiększone i serowato zwyrodniałe.

Wynik rozbioru zwłok utwierdził mnie w mojem uprzedniem rozpoznaniu. Uważałem przypadek ten za zwykłą dosyć postać przymiotu, który wikła już istniejącą gruzlicę.

Poszukując wszakże laseczników LUSTGARTEN'a w owych tworach przymiotowych, znalazłem wszędzie prawie olbrzymią ilość laseczników gruzliczych. Przynajmniej tak sądzę z wyników barwienia najrozmaitszemi sposobami. Sposobem LUSTGARTEN'a, DOUTRELEPONT'a, GIACOMI'ego i in., barwiły się laseczniki bardzo mocno, ale również dobrze się barwiły i taka sama ich była ilość przy barwieniu sposobem EHRLICH'a, NELSEN'a, a od długiego nawet [1—1½ minuty] działania 20% kwasu azotnego, lub 10% kwasu siarczanego, laseczniki te się nieodbarwiała.

W masach serowatych guza z okolicy krtani i klatki piersiowej, z przyjądrza, a nawet w masie, zeszkrobanej z powierzchni rozciętego jądra, było ich takie mnóstwo, że często w polu drobnowidza tylko same laseczniki gruzlicze były widoczne! Skrawków z guzów podskórnych nie udało mi się przygotować z powodu daleko posuniętego ich rozpadu i kruchości stwardzonych kawałków. Nie różniły się wszakże niczem od zwykle napotykanych rozpadłych mas serowatych: drobinki proteinowe i tłuszczowe, gdzieś jądra jeszcze, lub cała komórka zwyrodniała, barwiąca się bardzo słabo. Na skrawkach z płuc, w nacieczeniu tkanki śródmiąższowej, po części zserowaciałem, znajdują się gruzelki, posiadające komórki olbrzymie i epitelioidalne; nadto same pęcherzyki zapełnione są zwyrodniałym wysiękiem komórkowym. W tych to gruzelkach i nacieczeniach było bardzo dużo laseczników gruzliczych, nietylko pomiędzy komórkami, ale w samych komórkach, a przedewszystkiem w komórkach olbrzymich. Toż samo i w gruzelkach opłucnej.

W śledzienie i wątrobie znalazłem również typowe gruzelki, tylko niezmiernie drobne, jak np. w wątrobie, gdzie były mniejsze od ziarnka piasku, tak, że ich gołem okiem dojrzeć nie można; każdy jednak posiadał jedną lub kilka typowych olbrzymich komórek z lasecznikami gruzliczemi, nietylko w tychże komórkach, ale i rozrzuconemi po całym gruzelku.

W nerkach znaczne zmętnienie nabłonka kanalików skręconych; gruzełków nie było. Mączkowatego zwyrodnienia w żadnym z tych narządów nie wykryłem.

W dnie i brzegach owrzodzeń kiszek, jak i w gruczołach kręzkowych, widać bardzo liczne gruzełki z lasecznikami gruzliczemi.

Guziki w jądrze przedstawiają na skrawkach obfite nacieczenie tkanki śródmiąższowej drobnymi komórkami, po części zwyrodniałemi, pośród których znajduje się bardzo wiele typowych komórek olbrzymich i komórek epiteloidalnych. Kanaliki nasienne są wypełnione gęstą masą, składającą się z komórek limfoidalnych i ze zwyrodniałych i rozpadających się komórek nabłonka kanalików. W ciele HIGHMOR'a i w główce przyjądrza nacieczenie zajmuje i same ścianki kanalików, tak jak i w przewodzie nasiennym. W około naczyń jest bardzo znaczne nacieczenie komórkowe, zmian w ich ścianach nie ma. Błona biała (*albuginea*) nie jest zmienioną. Przy barwieniu skrawków na laseczники gruzlicze zupełnie inaczej się przedstawiały preparaty. Taka olbrzymia ilość laseczników gruzliczych zalegała pole preparatu, że miejscami komórek wcale widać nie było; głównie miało to miejsce w kanalikach nasiennych: całe światło ich wypełnione lasecznikami, jakby było niemi nastrzyknięte.

Na skrawkach z owrzodzeń skóry widać głęboko w owrzodzenie wrzynający się strup, składający się przeważnie z wyschłych komórek ropnych i czerwonych krążków krwi; samo dno i brzegi owrzodzenia, jak i dosyć znaczna przestrzeń skóry, do nich przylegająca, przedstawiają jednostajne prawie nacieczenie drobnymi komórkami i dużą ilością komórek plazmatycznych. Nacieczenie to zajmuje warstwę brodawkową i tuż pod nią leżącą głębszą warstwę skóry, najsilniej zaś wyrażone około naczyń, gruczołów łojowych, mniej wzdłuż mięśni skóry (*mm. arrectores pilorum*), a najmniej wokoło przewodów gruczołów potowych i ich kłębków. Tylko najpowierzchniejsza warstwa dna i brzegów pokryta jest rozpadem drobnoziarnistym, niebarwiącym się, pośród którego widać szczątki jąder, lub też same jądra z jąderkami. Komórek olbrzymich, ani też gruzełków w owrzodzeniach tych nie znajdowałem.

Barwione skrawki wszystkimi niemal znanymi sposobami na laseczники gruzlicze i przymiotowe wykazały ogromną ilość laseczników gruzliczych. Niektóre skrawki, po odbarwieniu ich kwasem azotnym lub siarczanym i podbarwieniu błękitem metylenowym, pozostawały prawie zupełnie czerwonymi od mnóstwa zabarwionych laseczników KOCH'owskich. Nawet głębsze warstwy strupa zawierały ich niezliczoną ilość, a i znaczną część laseczników paciorkowatych. Takie ilości pasorzytów znajdowały się tylko w warstwach skóry mocniej nacieczonych, głębiej zaś, z przebiegiem gruczołów potowych, i w miejscach mniej nacieczonych wcale ich nie było.

Zestawiając wyniki obserwacji przyżyciowej z wynikiem rozbioru zwłok i badania drobnowidzowego, trudno zrazu pogodzić te różnorodne, a tak niezgodne ze sobą wyniki.

Klinicznie przypadek ten przedstawiał się bardzo zwykle. Osobnik gruzliczy, z dawnymi zmianami w lewym wierzchołku płuc, zaraża się przymiotem, lecz się niedostatecznie wstrzykiwaniami podskórnymi; następuje powrót cier-

pienia i, jak u człowieka, już przedtem dotkniętego chorobą ustrojową, występuje w formie cięższej: owrzodzeń ektymatycznych, ziarniniaków podskórnych, *sarcocèle*. Pod wpływem przymiotu, nowego bodźca, gruzlica płuc się rozwija, tworzą się zmiany gruzlicze w kiszkiach i przy objawach wysokiej gorączki, biegunki i t. d., chory umiera.

Tymczasem badanie drobnowidzowe wykrywa niezliczoną ilość laseczników gruzliczych we wszystkich tworach patologicznych. W płucach i kiszkiach należało się tego spodziewać, bo już za życia chorego znajdowałem laseczniki gruzlicze w płwocinie. Już pewną niespodzianką były gruzelki w wątrobie i śledzionie, chociaż podobnej budowy bywają i ziarniniaki przymiotowe prosówkowate, jak np. w śledzionie, opisane przez BAUMGARTEN'a. Co do guzów podskórnych w okolicy krtani, klatki piersiowej, po przekraczaniu ich nawet, zdawało się, że są to twory przymiotowe. Budowa drobnowidzowa tej wątpliwości rozstrzygnąć nie mogła. I jedne i drugie twory bardzo często mają budowę niemal analogiczną; jedne i drugie są sprawami zapalnymi, swoistymi, wywołanymi przez działanie właściwego pasorzyta.

Że zmiany serowate przyjądrza i przewodu nasienne go były dosyć stare i gruzliczego pochodzenia, jest to wielce prawdopodobnem, ale zmiany samego jądra są bardzo niedawne, a nawet można powiedzieć, że ostro wystąpiły. Takie zmiany jądra, jak w danym przypadku, gruzliczego pochodzenia, należą do niezmiernych rzadkości, a przymiotowe bywają dosyć częste. RICORD (*Atlas iconographique*) opisał podobne przypadki, ostro występujące z bolesnością, wysiękiem i t. d., a potem już coraz częściej pojawiają się podobne fakty, podane przez LETOURNEUR'a, GUYON'a, DUPLAY'a, RECLUS'a, CASSINE-FOURNIER'a, a ostatnio wspomina o tem w swej monografii TERILLON i MONOD ¹⁾. A w danym razie i wygląd makroskopijny i drobnowidzowy nie pomoże nam bynajmniej do odróżnienia jednego stanu chorobowego od drugiego. O tych trudnościach rozpoznawczych wspomina już KOCHER ²⁾, a badania BRISSAUD'a, BAUMGARTEN'a i innych dowodnie to wykazały.

Jestem przekonany, że niejeden z najwytrawniejszych anatomo-patologów przyjąłby jądro takie za przymiotowe, w którem sprawa przymiotowa rozwinęła się właśnie dlatego, że przedtem już istniały złogi gruzlicze, a przez to jądro stawało się skłonnem i do umiejscowiania w sobie i innych spraw chorobowych. Wykryte jednak laseczniki gruzlicze mogłyby tem zdaniem zachwiać.

Jeden wszakże fakt pozostaje wielce znaczącym. Chory dostaje niewątpliwej wysypki przymiotowej wrzodziejącej, która się zaczęła jako zwykłe krosty (*pustulae*) przymiotowe i pod wpływem leczenia swoistego [ogólnego] znaczna część jej znika, pozostawiając zabarwione cienkie blizny. Kilka tylko owrzodzeń na czole, łopatkach i goleniach nie zabliznia się, ale przedstawia typowe owrzodzenia ektymatyczne, od początku do końca noszące cechy tworów przymiotowych. Gdy i w tych owrzodzeniach, nie mających nic wspólnego z owrzodzeniami gruzliczemi, znajduję laseczniki gruzlicze i to w takiej ilości, w jakiej nigdy w owrzodzeniach gruzliczych na skórze nie widywałem, zrodziło

¹⁾ Traité des maladies du testicule et de ses annexes. Paris. 1889, str. 439 i 447.

²⁾ PITHA i BILLROTH Chirurgie, III Bd., II Abth. 7 Lief., str. 297.

się przypuszczenie, że jest to mieszana forma owrzodzeń przymiotowych z do-mieszką i pierwiastka gruźliczego. A objaśnić to można tylko w ten sposób, że owrzodzenia owe, będąc jeszcze czysto przymiotowymi, z powodu czy późniejszego wystąpienia, czy większej swej rozległości, nie zdołały się jeszcze zbliżyć w chwili, gdy nastąpiła generalizacja gruźlicy — a wtedy owrzodzenia te przedstawiały i miejsce, gdzie podrażnienie ciągle istniało, wskutek czego pasorzyty gruźlicze w nich się ze krwi gromadziły, a powtóre, że widocznie produkty przymiotowe przedstawiają grunt dobry do rozwoju i mnożenia się laseczników gruźliczych; zwykle bowiem skóra jest jaknajgorszym gruntem dla ich rozwoju, o czym wnosić można choćby już z tego, że tak rzadko bywają na skórze owrzodzenia i inne twory gruźlicze. A dalej wiemy, że owrzodzenia gruźlicze np. skóry, graniczącej z błonami śluzowymi, zazwyczaj niewiele laseczników zawierają, przy zaszczepieniu gruźlicy noworodkom na napletku, w całych dzieciątkach przypadków znajdowałem najczęściej po kilka zaledwie laseczników gruźliczych w jednym polu, rzadko więcej, wtedy gdy w gruczołach limfatycznych pachwinowych znaczna ich bywa liczba; następnie, w gruzelku anatomicznym (*tuberculum anatomicum*), gruźlicy brodawczakowej (*tuberculosis verrucosa cutis*) bardzo mało, a w guziczkach wilka i ziarniniakach podskórnych gruźliczych (*gummata tuberculosa*) prawie wcale ich nie znajdujemy. Te dane skłaniają mnie więc do przypuszczenia, że produkty przymiotowe są dobrym gruntem do rozwoju laseczników gruźliczych.

Taki sam mniej więcej pogląd wygłasza CANTANI. Opisuje on syfilityka, u którego przy różnych objawach przymiotu rozwinęły się i objawy płucne, ale laseczników gruźliczych w płwocinie nie znajdował. Później, gdy nastąpiło wyniszczenie i osłabienie chorego, przy tychże samych objawach dawały się wykazać w płwocinie laseczniczki gruźlicze. Przypuszcza więc CANTANI, że z początku były zmiany przymiotowe w płucach, a zakażenie gruźlicze nastąpiło dopiero później w płucu, zmienionem już przez produkty przymiotu. Również i POTAIN stara się wykazać, że przebyty przymiot płuc ułatwia wnikanie laseczników gruźliczych w zmienioną tkankę i sprzyja ich rozwojowi.

Wreszcie możliwość mieszanych owrzodzeń, przymiotowych i gruźliczych, dla krtani jest przyjętą i spostrzeżenia takie nie należą już do rzadkości, odkąd SCHNITZLER wykazał, że na owrzodzeniach przymiotowych rozwijają się gruźlicze, lub jak GRUENWALD opisuje jednoczesne cierpienie przymiotowe i gruźlicze w krtani.

Z drugiej znów strony wiemy, że bardzo często przy świeżych formach przymiotu drażnienie, choćby sztucznie podtrzymywane, daje bardzo charakterystyczne owrzodzenie przymiotowe [TARNOWSKI i inni], że twory przymiotowe, tak wczesne, jak i późnego okresu, najczęściej powstają w miejscach, ulegających ciągłym urazom lub drażnieniom, a BAMBERGER, FRONMUELLER i inni widzieli przeistoczenie krost ospowych na płaskie łepieże u syfilityków. Należy więc przyjąć, że wskutek podrażnień częstych, lub długotrwałych, jak powyższe, gromadzą się pasorzyty przymiotu w danem miejscu i wytwarzają produkt przymiotowy, lub też już istniejącym innym tworom nadają charakter tworów przymiotowych. Gdy więc dla przymiotu przyjmujemy taką możliwość, czemużby

nie przyjąć, że owrzodzenia, lub inne zmiany przymiotowe, jako bodziec, przyciągają do miejsc przez się zajętych laseczniczki gruźlicze, przy istniejącej gruźlicy ostrej lub ostrawej, a tem samem, że nadają owrzodzeniom lub innym twórcom przymiotowym po części i charakter gruźliczy.

Teoretycznie jest to bardzo jasne i prawdopodobne. A jestem przekonany, że przy baczem zwracaniu uwagi na te formy, gdy tak często widzieć można przymiot u osobników gruźliczych, namnoży się coraz więcej podobnych obserwacyj, którym nadto udoskonalone barwienie pasorzytów przymiotu może nadać trwałą i niewzruszoną podstawę.

IV. KILKA UWAG NAD PRZYMIOTEM UKŁADU NERWOWEGO.

Skreślił

Aleksander Fabian.

[Rzecz, czytana na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 38].

Nie mogę tu, oczywiście, szczegółowo rozbiierać umiejscowień ruchowych i czuciowych wogóle ani nerwów zmysłowych po szczególe — są to rzeczy dość już znane, a zresztą nieraz i w naszym towarzystwie wyczerpująco a świetnie roztrząsane, nadmienić tylko winienem, że z pomiędzy porażeń okoruchowych przedewszystkiem za znamienne dla przymiotu uważać można klinicznie, jako najczęściej z tej właśnie przyczyny pochodzącą: jednostronną lub obustronną oftalmoplegię wewnętrzną, ze współczesnemi zmianami w polu widzenia, lub bez nich, oraz ze zmianami w samym dnie ocznem, lub bez tychże, jakoteż odosobnione porażenie samego tylko nerwu rozocznego; z pomiędzy dotyczących zaś samego nerwu wzrokowego: hemianopsyję nuklearną [bez zmian w samej tarczy nerwu] i to przedewszystkiem nie stałą, lecz przemijającą hemianopsyję skroniową. Ograniczenie pola widzenia, oraz skotomaty różnego kształtu mogą, oczywiście, zależeć również od samych cierpień siatkówki i tarczy wzrokowej, a także od zmian w naczyniach ośrodkowych siatkówki, że wspomnę tylko o *scotoma annulare*, polegającym na *chorioretinitis* najczęściej syfilitycznej i stanowiącem częstokroć jeden z najwcześniejszych objawów przymiotu dna ocznego. Zmiany w samym dnie ocznem, *neuritis optica*, zarówno jako brodawka zastoinowa, jakoteż jako *neuritis descendens*, albo *atrophia nervi* nie są same przez się dla przymiotu cechujące, gdyż są one raczej objawem umiejscowienia, niżeli charakteru sprawy mózgowej. Cokolwiek inaczej zapatrywać się należy na wybroczyny krwawe³⁸⁾. Przy gruźlicy i chorobie BRIGHT'a częste, są one na-

³⁸⁾ Porównaj przedewszystkiem: FÖRSTER'a „Beziehungen der Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu Veränderungen des Sehorgans“ 1887, MAUTHNER'a „Die syphilitischen Erkrankungen des Auges“ 1884, ALEXANDER'a „Syphilis und Auge“ 1888, SEEGL'a „Ophthalmoscopische Kennzeichen der Hirnsyphilis“ Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 44. 1889. UTHOFF'a „Zur diagnostischen Be-

der rzadkie przy przymiocie, w danym więc razie mogą służyć za moment różniczkowo-rozpoznawczy. Podobnież na uwagę zasługuje niewrażliwość źrenicy na światło, często dostrzegana już w początkach porażenia postępowego, na tle przymiotowem powstającego.

Wskutek charakteru zmian anatomicznych, wytworom przymiotowym właściwych, o których mówiliśmy powyżej, wszelkie objawy nerwowe bywają zrazu jakby niezupełne: raczej niedowłady, niżeli bezwłady, raczej zamroczenie umysłu, niżeli zupełna nieprzytomność i t. p., a później dopiero w stateczniejsze zmiany przechodzą.

Tak się przedstawiają ogniskowe objawy zależne od przymiotowych zmian w naczyniach i tkankach. Ich rozpoznanie, jak widzimy, oprzeć możemy jedynie na uwzględnieniu rozmaitych warunków im towarzyszących, sposobu powstawania, a zwłaszcza na dłuższej obserwacji przebiegu chorobowej sprawy, która jedynie może dostarczyć jako tako pewnych wskazówek, gdyż, jak to mówiliśmy tylokrotnie, nie ma takich zjawisk nerwowych, któreby same przez się, jako takie, dla przymiotu charakterystycznymi były.

Przymiotowe zmiany w rdzeniu zdarzają się o wiele rzadziej, niżeli w mózgowiu. Powiada wprawdzie WUNDERLICH (*loc. cit.*) „że cierpienia mózgowia, przez przymiot wywołane, należą do zjawisk częstych, przypadki przeze mnie widziane liczą się na setki, zaś przymiotowe choroby rdzenia nie są przynajmniej rzadkie“ a FOURNIER (*La syphilis de cerveau*), mówiąc o zdumiewającym zwiększaniu się liczby przypadków przymiotu nerwowego, wogóle pod tym względem nie czyni żadnej różnicy między przymiotem mózgu i rdzenia, uważając, że jedno i drugie zaliczyć wypada do zjawisk zupełnie powszechnych i zwykłych“. Te twierdzenia zdają się atoli przeczyć na pozór istotnie spostrzeganemu stanowi rzeczy; gdy bowiem celem porównania zbierać zechcemy liczbę ogłoszonych przypadków, to zwłaszcza, o ile chodzi o przypadki ściśle anatomicznie stwierdzone, należałoby przymiot rdzenia do rzadkości, natomiast przymiot mózgu pomiędzy częste zdarzenia policzyć. To też większość autorów w tym duchu się wyraża, a między innemi CORNIL³⁹⁾ mówi wprost: „że gdyby się chciał ograniczyć jedynie do tych przypadków, w których sekcją naturę sprawy potwierdziła, toby o przymiotowych cierpieniach mlecza bardzo niewiele miał do powiedzenia“. Jeżeli wszakże zrzekniemy się ścisłego wymagania charakterystycznych anatomo-patologicznych zmian pośmiertnych, to w każdym razie odszukać można w literaturze dość poważną, aczkolwiek istotnie w po-

deutung der Pupillenstarre“ Berl. klin. Wochen. 1886, HOCK'a „Die syphilitischen Augenkrankheiten“ Wiener Klinik. 1876, a dalej rozliczne prace: JACOBSON'a, OLE B. BULLA, KNAPP'a, LEBER'a, NETHLESHPF'a, OSTWALD'a „Ueber retinitis syphilitica“ Wiesbaden 1888, HIRSCHBERG'a „Ueber specifische Netzhautentzündungen“ Berl. klin. Wochenschr. 1888. N. 46, MACEWEN'a „The pupil in its semiological aspetes“ Amer. Journ. of med. sciencis 1887 July, FIEDLER'a „Beiträge zur Lehre von der Lähmung des oculomotorius. Dresden 1886/87, OPPENHEIM'a „Die oscillirende Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis. Berl. klin. Wochenschr. 1887.

³⁹⁾ CORNIL: „Leçons sur la syphilis“. Paris 1879.

równaniu z przymiotem mózgu skąpą, liczbę przymiotowych cierpień rdzenia, że tylko wspomnimy z dawniejszych spostrzeżenia: ZAMBACO, WILKS'a, WAGNER'a WILSON'a, MOXON'a, HEUBNER'a, z nowszych zaś: CHARCOT-GOMBAULT'a, WINGE'go, HOMOLLE'a, SCHULTZE'go, WESTPHAHL'a, JUILLARD'a, LEYDEN'a, GREIFF'a, RUMPF'a, EISENLOHR'a, JUERGENSEN'a, BUTTERSACK'a, PUTZEL'a, ZIEMSEN'a, SIEMERLING'a; nie mówiąc już o tem, że liczba ta wzrosła niepomniernie, jeżeli całą grupę cierpień, pod ogólnem klinicznem mianem wiądku zebraną, w myśl nauki FOURNIER-ERB'a w przeważnej części uważać zechcemy za skutek przymiotowych zmian w rdzeniu, jako: *tabes syphilitica*.

Z różnych stron widzimy, jak wiadomo, ciągłe usiłowania bliższej klasyfikacji cierpień rdzeniowych; dopóki wszakże co do znaczenia i rozciągłości samego pojęcia różnych odmian zapalenia rdzenia nie osiągnięto zupełnej zgody, trudno będzie znany nam, by tak powiedzieć, jedynie ułamkowo przymiot rdzenia oddzielić od niego, jako odrębną postać chorobową, do pewnego przynajmniej stopnia typową, opartą na odpowiedniej anatomicznej podstawie.

Wobec ścisłego związku, jaki zachodzi między mózgiem a rdzeniem, oraz wobec podobieństwa ich anatomicznego utkania, bliską była myśl, że i sprawy przymiotowe odbywać się w nich będą w sposób analogiczny.

Jak w mózgowiu, tak i w rdzeniu, wspólnym punktem wyjścia dla nowotworzenia przymiotowego będzie drobnokomórkowe nacieczenie, którego glebę macierzystą tutaj, jak wszędzie, stanowi tkanka łączna — a więc, podobnie jak w mózgu, tak i w rdzeniu: opony, ściany naczyń i neuroglia stają się siedliskiem nacieczenia. Sam wytwór chorobowy, stosownie do tego, o ile komórkowe pierwiastki okazywać będą więcej skłonności do organizowania się, lub też wcześniej do rozkładu się skłonia, przedstawiać się będzie już to pod postacią przerostu i stwardnienia [sklerozy], już też jako gumat. Odgraniczone gumaty w samym rdzeniu i jego oponach należą wszakże do rzadkości, a i rozlane nowotwory gumatyczne nie spotykają się tu bynajmniej często.

Natomiast u badaczów, opisujących przymiot rdzenia, zarówno dawniejszych, jakoteż i najnowszych, spotykamy dokładne opisy spraw zapalno-wysiękowych w oponach, przyczem wielu autorów wspomina wyraźnie o zmianach w naczyniach krwionośnych, których ściany były zgrubiałe, komórkowato nacieczone. HOMOLLE, CHARCOT-GOMBAULT, HEUBNER, RUMPF i SIEMERLING, a zwłaszcza też SCHULTZE, który na podstawie ogłoszonych przez siebie przypadków, podnosi, jako cechę szczególnie charakterystyczną dla przymiotowego cierpienia mleczka, silny udział opon rdzeniowych, oraz układu naczyniowego, nie przyznając jednak, podobnie jak inni uczeni, zmianom tu napotykanym charakteru specyficznego.

Tymczasem JUILLARD ⁴⁰⁾ pojmuje właśnie rzecz w ten sposób i oparty na dwóch własnych spostrzeżeniach oraz na badaniach PIERRET'a, wypowiada zdanie, że współczesne występowanie spraw zapalnych w oponach oraz wysiękowych spraw w naczyniach i ich pochwach, z następczem bujaniem i rozmna-

⁴⁰⁾ JUILLARD, Étude critique sur les localisations spinales de la syphilis. Paris 1879.

żaniem n e n r o g l i i, wraz ze skutkami wynikającymi ztąd dla pierwiastków nerwowych, stanowi z n a m ię c e c h u j ą c e dla przymiotu rdzenia.

Zdanie rzeczone ostatnimi czasy znalazło poważne poparcie w przypadkach GREIFF'a ⁴¹⁾, w których istniało mniej lub więcej obszerne zapalenie opony miękkiej ze zgrubieniem jej łączno-tkankowego rusztowania: wychodząc od najmocniej zgrubiałych miejsc opony i z kąd naczynia do samego rdzenia wnikały, można było w rozpromieniających się wśród rdzenia przegrodach łącznotkankowych wysledzić również znaczne obrzmienie i zgrubienie, łączące się z innymi podobnymi krokiewkami w rodzaju s i a t k i, pośród której elementy nerwowe się mieściły — w innym odcinku rdzenia sama substancja nerwowa zupełnie była uciśnięta i zastąpiona sklerotyczną tkaniną. Szczególniej ciekawym i ważnym wydaje się udział z m i a n n a c z y n i o w y c h: ściany naczyń były zgrubiałe wskutek nacieczenia komórkowego, a ich okołonacyniowe przestwory [pod adwentycją] były wypełnione masą komórek; w wielu miejscach można było wykryć bezpośredni związek tego nacieczenia drobnokomórkowego [granulacyjnego] w błonie okołonacyniowej, ze sprawami zapalnymi w oponie miękkiej. Nadto, w przypadku GREIFF'a znaleziono w dwóch żyłach rdzenia zmiany chorobowe, wiodące do ich obliteracji (*Phlebitis obliterans*).

Co się tyczy zmian w samych pierwiastkach nerwowych, to o ile istniały w danym razie, bywały oczywiście natury w t ó r n e j, następcej i uważać je trzeba jako wyniki pierwotnego cierpienia opon i naczyń.

Nie ulega wątpliwości, że sprawa opisana, pojmowana jako całość, posiada pewne osobliwsze znamiona. Gdyby się okazało przy liczniejszych obserwacjach, że spotyka się ją często wspólnie z objawami wtórnego, lub późniejszego przymiotu, lub przeważnie u ludzi niedawno przymiot przebywających, to trudno by zaprzeczyć, że stanowi ona, aczkolwiek nie swoisty, ale zawsze dość wybitny obraz anatomiczny tego cierpienia, które „*myelitis syphilitica*“ zowiemy. Otóż, JUILLIARD (*loc. cit.*) sądzi, że tak jest na pewno.

Winniśmy przypomnieć, o czem zresztą już powyżej przy przymiocie mózgu mówiliśmy, że ze względu na badanie przypadków mózgowych BAUMGARTEN dochodzi do przekonania, iż oprócz p r o s t e j chronicznie interstycjalnej postaci zapalnej, t. j. przymiotowego cierpienia tętnic mózgowych w duchu HEUBNER'a, istnieje jeszcze ziarninowe, gumatyczne zapalenie tętnic, którego wytwory występują jużto pod postacią więcej rozlaną, już też bardziej guzowatą lub przynajmniej guziczkowatą i odznaczają się, podobnie jak inne gumaty, skłonnością do serowatego rozpadu.

Tak więc, podobnie jak np. w wątrobie, jądrze i t. p., sprawa przymiotowa przebiegałaby i w tętnicach mózgowych dwojakim sposobem, raz jako *arteriitis luetica* w znaczeniu HEUBNER'a, wiodąca do tych wszystkich zmian, o których mówiliśmy [rozmiękczenie, zatkanie naczynia, wylew i t. p.], drugi raz jako *arteriitis gummosa*; lecz obie zaczynałyby się jako zapalenie ziarninowe b ł o n y z e w n ę t r z n e j, do którego dopiero później w obu razach przyłącza się bujanie błony wewnętrznej.

[C. d. n.]

⁴¹⁾ GREIFF, Ueber Rückenmarkssyphilis. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XII. 1882. 3 Heft..

Wiadomości terapeutyczne.

19. Zachowanie się wstrzykniętej podskórnie morfiny w ustroju. Jeszcze do niedawna kwestja zachowania się morfiny w ustroju wcale jasną nie była. Ponieważ po wstrzykiwaniach podskórnych morfiny zaledwie małą ilość jej zdołano odnajdywać w moczu, przeto wielu badaczy wyrażało przypuszczenie, że morfina prawdopodobnie we krwi ulega zmianie i dlatego z taką trudnością daje się wykazać. Inni badacze wprost otwarcie przyznają się do tego, że o losie wstrzykniętej morfiny w ustroju nie wiedzą.

Wźmy dla przykładu jedno z dzieł najnowszych i to jednego z najznamienszych toksykologów; mam tu na myśli dzieło prof. KOBERT'a: „Compendium prakticzekoj toksykologii“, wydane w Dorpacie w roku zeszłym.

„Na co zamienia się morfina w ustroju — powiada KOBERT — nie wiadomo; przynajmniej w moczu znajdujemy minimalną ilość jej“.

W innem miejscu tenże sam badacz powiada: „Wykazanie otrucia, wywołanego podskórnem wstrzyknięciem morfiny, jest rzeczą prawie niemożliwą“.

Wprawdzie w r. 1883 LEINWEBER i MARMÉ, szczególnie pierwszy, w pracach swoich wspominają o tem, że podskórnie wstrzyknięta morfina w części wydziela się przez żołądek; jednakże na razie ani oni sami szczególnego nacisku na to zjawisko nie położyli, ani inni na fakt ten uwagi nie zwrócili.

Przypadek zrządził, że kwestja roli morfiny w ustroju na nowo została podjęta i poddana ściślemu badaniu doświadczalnemu.

Prof. HITZIG, w Halli, przy rozmaitych doświadczeniach nad psami przypadkowo zwrócił uwagę na fakt następujący: jeżeli pies zupełnie zdrowy połknie masy, zwymiotowane przez innego psa, któremu przed kilku minutami wstrzyknięto morfinę pod skórę, to wkrótce sam także zaczyna wymiotować. Otóż, to zupełnie przypadkowe doświadczenie naprowadziło prof. HITZIG'a na myśl, że w masach, zwymiotowanych przez pierwszego psa, któremu dopiero co wstrzyknięto morfinę, musi znajdować się dość znaczna ilość wydzielonej morfiny, jeżeliż ona wystarcza do wywołania pewnych objawów morfinizmu u drugiego psa zdrowego.

Szło przedewszystkiem o ściśle naukowe sprawdzenie wzmiankowanego zjawiska, a w dalszym ciągu — o dokładne przekonanie się: kiedy wstrzyknięta morfina zaczyna się wydzielać do żołądka, jak długo owo wydzielanie się trwa i wreszcie w jakiej ilości rzeczony alkaloid wydziela się przez żołądek.

Pracę tę wykonał D-r ALT, asystent kliniki prof. HITZIG'a, częścią w pracowni fizjologicznej prof. BERNSTEIN'a, częścią w samej klinice.

Nie będą tu powtarzał szczegółów z owych niezmiernie ciekawych doświadczeń; każdy potrzebujący bliższych wskazówek powinien je koniecznie czerpać z oryginału (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 25. 1889). Ograniczę się tylko na podaniu wyników, bardzo cennych — nawet pod względem terapeutycznym.

Przedewszystkiem udowodnionem zostało, że morfina, po podskórnem wstrzyknięciu, istotnie wydziela się przez żołądek.

W dalszym ciągu przekonano się, że owo wydzielanie się morfiny przez żołądek, rozpoczyna się już we $2\frac{1}{2}$ minuty po wstrzyknięciu podskórnem, że ono trwa przez $\frac{1}{2}$ godziny, że następnie słabnie, i że w godzinę zupełnie ustaje.

Ilość morfiny, wydzielającej się przez żołądek, jest bardzo znaczną; wynosi bowiem połowę całej ilości wstrzykniętej.

Pobudzenie do wymiotów po wstrzyknięciu podskórnem morfiny następuje dopiero wówczas, kiedy morfina wydzieliła się już do żołądka. Jeżeli po wstrzyknięciu morfiny pod skórę, kilkakrotnie za pomocą zgębnika opróżniano żołądek z zawartości, to pobudzenie wymiotne wcale do skutku nie przychodziło. Na mocy tego wyniku D-r ALT przypuszcza, że pierwsze wymioty, występujące po wstrzyknięciu morfiny, nie zależą od bezpośredniego centralnego podrażnienia ośrodka wymiotnego (*Brechcentrum*), ale są raczej objawem zwrotnym, powstającym wskutek podrażnienia nerwów końcowych żołądka.

Wskutek przepłukiwań żołądka, wykonywanych przez dłuższy czas, objawy otrucia morfinowego w wysokim stopniu są mniejsze, tak, że dawki zabójcze śmiało można bez szkody wstrzykiwać

podskórnie psom, jeżeli tylko zaraz zastosuje się przepłukiwanie żołądka. Dość przytoczyć przykład następujący: dwóm psom ALT wstrzyknął 24 granów morfiny, a pomimo to psy przy życiu pozostały jedynie wskutek ciągłego przepłukiwania żołądka. Wprawdzie psy, jak już z dawna wiadomo, znoszą morfinę w daleko większych dawkach, aniżeli ludzie; jednakże taka dawka jest i dla nich zabójczą. Zresztą i doświadczenia ALT'a o tem przekonały, gdyż także same, albo nawet i mniejsze dawki wstrzyknięte, bez jednoczesnego zastosowania przepłukiwań żołądka, zawsze śmierć zwierzęcia sprowadzały.

Dodać tu wreszcie muszę, że przepłukiwania żołądka okazywały także sam skutek i w tych razach, w których morfinę stosowano przez odbytnicę.

O ile inne narządy wydzielnicze, a szczególnie ślinianki, przyjmują udział w wydalaniu morfiny, podskórnie wstrzykniętej — tego dotąd nie wiemy z powodu braku odnośnych doświadczeń. Kwestya ta zresztą ma być dalszym ciągiem pracy ALT'a.

Wszystkie te wyniki, o których wspominałem, nie tyczą się bynajmniej tylko zwierząt. Przeciwnie, zupełnie też same wyniki otrzymywał ALT przy doświadczeniach swych u ludzi.

Z tego wszystkiego, co powiedziano, łatwo zrozumieć, jakie znaczenie terapeutyczne mogą mieć wyniki, otrzymane przez ALT'a.

Lekarz, dość wcześnie zawezwany do przypadku, w którym z jakiegokolwiek względu [omyłka, zabójstwo, samobójstwo] wstrzyknięto zbyt dużą ilość morfiny, może usunąć grożące niebezpieczeństwo, może życie uratować, przez zastosowanie przepłukiwań żołądka.

W końcu dodać trzeba, że odtąd przy poszukiwaniach sądowo-lekarskich w razie podejrzenia otrucia wstrzykniętą morfiną baczniejszą zwracać będą uwagę na zawartość przewodu pokarmowego, a nie, jak dotąd czyniono, jedynie na krew, w której, według DRAGENDORFF'a, już w bardzo krótkim czasie po wstrzyknięciu morfiny niepodobna rzeczonoego alkaloidu wykazać.

Praca ta, mojem zdaniem, nie zamyka jeszcze aktów co do roli morfiny w ustroju: dotąd bowiem dalej nie wiemy, czy się dzieje z wielką częścią morfiny, która do żołądka się nie wydzieliła i co się znowu dzieje z tą dużą ilością morfiny, która do żołądka już się wydzieliła. W każdym razie to przyznać trzeba, że badania ALT'a stanowią niezmiernie cenny przyczynek do bardzo ważnego pytania farmakologicznego.

20. Natrium dithiosalicylum II. Dwusiarkosalicylan sodu II, jako środek przeciwgoścowy. BAUM, chemik, otrzymał dwa związki izomeryczne dwusiarkosalicylanu sodu, z których jeden oznaczył cyfrą I, a drugi — cyfrą II.

O ile sądzić mogę z pracy prof. LIEBREICH'a (*Therap. Monat. Heft 7. 1889*), budowa chemiczna wzmiankowanych związków dotąd dokładnie jeszcze nie została zbadana. Zdaje się wszakże, że każdy z tych związków składa się z dwóch molekuł kwasu salicyłowego złączonych z dwoma molekułami siarki.

D-r LINDENBORN (*Berlin. Klin. Woch. 25. 1889*) robił w szpitalu frankfurckim spostrzeżenia nad działaniem związku, oznaczonego cyfrą II.

Dwusiarkosalicylan sodu II jest proszkiem szarawym, bardzo hygroskopijnym i rozpuszczającym się z wielką łatwością w wodzie.

Roztwór wodny wzmiankowanej soli daje z półtorachlorkiem żelaza słabe zabarwienie fioletowe. W jakim stanie wydzieli się z ustroju, dotąd jeszcze nie wiadomo; przynajmniej w moczu niepodobna go było wykazać, i to np. u chorego, który przez ośm dni ciągle rzeczony przetwór przyjmował.

Według poszukiwań HÜPPE'go, roztwór 20% dwusiarkosalicylanu sodu zabija zarodniki karbunkulowe w ciągu 45 minut, gdy tymczasem salicylan sodu w tych samych warunkach nie okazuje wydatnego działania. Równą wyższość nad salicylanem przedstawia ów nowy środek w działaniu na bakteryje cholery, tyfusu, ropy zielonej i na *staphylococcus aureus*. Jednem słowem: działanie dezynfekcyjne i antyseptyczne dwusiarkosalicylanu sodu jest daleko silniejsze, aniżeli salicylanu sodu.

Spostrzeżenia kliniczne D-ra LINDENBORN'a tyczą się 4 przypadków gościa wielostawowego, 1 przypadku gościa jednostawowego i 1 przypadku zapalenia kolana natury tryprowej z powikłaniem zapalenia tęczówki i naczyńówki.

Przypadki lekkie kończyły się pomyślnie w ciągu dwóch dni, cięższe — najdalej w ciągu sześciu dni. Nudności, szumu w uszach ani razu nie zauważono. Silny pot występował tylko po większej dawce [0,8 *pro die*].

W porównaniu z salicylanem sodu nowy środek leczniczy posiada cechy następujące: działa o wiele silniej, a zatem względnie bardzo małe dawki są wystarczające; nie drażni żołądka; nie działa szkodliwie na serce i naczynia, t. j. nie wywołuje upadku sił, szumu w uszach.

Co się tyczy dawki, to LINDENBORN podaje w cięższych przypadkach zrana i wieczorem po 0,2 [gr. jijj]; w cięższych zaś przypadkach zrana 0,2, a wieczorem co godzina 0,2—dwa, trzy, lub cztery razy.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— W Szpitalu Dzieciątka Jezus lekarzami miejscowymi mianowani zostali kol. PUŁAWSKI i ŚWIĄTECKI.

— Na jednym z posiedzeń odbytego w Paryżu zjazdu międzynarodowego laryngologów na prezydującego wybrano kol. HERYNGA.

— Woda kolońska według dochodzeń towarzystw wstrzemięźliwości, zarówno w Europie jak i w Ameryce bywa używana w wielkiej ilości z a na pój. Używają jej zwłaszcza damy wyższych sfer towarzyskich jako *stimulans*. Zaczynają od kropli i dochodzą do nałogowego upijania się; często podlegają temu nałogowi morfinistki, kokainistki, lub osoby, odzwyczajające się od zwykłych napojów wysokowych. Nowa ta forma alkoholizmu od wody kolońskiej daje obraz chorobowy podobny do zwykłego, lecz zaburzenia odżywiania, bezsenność i *delirium* mają występować częściej i prędeż, zwłaszcza z powodu, że używaniem bywa do fabrykacji wody kolońskiej, w Stanach Zjednoczonych naprzykład — nieczysty alkohol.

— Na 57 dorocznem zebraniu „*Brit. medic. Associat.*“ D-r INGLIS PARSONS mówił o leczeniu raka elektrycznością. Dotychczasowe niepomyślne wyniki tej metody przypisuje P. tej okoliczności, że używano prądu stałego, który wywiera słabe niszczące działanie, umiejscowione głównie przy biegunach, a nadto niszczy nie tylko tkanki chorobowe, lecz i zdrowe. Tymczasem strumień indukcyjny działa w sposób odpowiedni. Przy jednym biegunie tworzą się kwasy, przy drugim alkalijska, działające kaustycznie. W strumieniu stałym produkty nagromadzają się, zaś w przerywanym nie ma to miejsca; u każdego z biegunów tworzą się raz kwasy, to znów alkalijska, przemiany, które się wzajemnie zobojętniają. Nadto przy użyciu strumienia indukcyjnego między biegunami odbywa się żwawy rozkład molekularny. P. używa strumieni dochodzących do 600 miliampierów, przeprowadzając strumień przez guz i tkanki otaczające za pomocą dwóch cienkich igieł. Przy stosowaniu prądu na klatkę piersiową należy pilnować oddechania i tętna, ze względu na silne skurcze serca, niebezpieczne przy przewlekłych cierpieniach tego narządu. Pod wpływem elektryczności guz przestaje rosnąć, zanika, bóle znikają i stan ogólny widocznie się poprawia. Wyniki leczenia P. otrzymał bardzo pomyślne; w niektórych przypadkach „od roku nie nastąpiła recydywa“.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie 240 rs., imienia TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1893, za najlepszą pracę oryginalną, z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych, w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 Kwiecia 1888 roku do 31 Grudnia 1892 roku. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłając pracę do Towarzystwa, napisać wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1889, 1890, 1891, 1892 i w ciągu Stycznia roku 1893, na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w kancelaryi Towarzystwa [ulica Niecała Nr. 7] przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały, D-r Szokalski.

Sprostowanie. W zamian stron wierzchnich poprzedniego numeru Gazety Lekarskiej, gdzie zamiast Nr. 39 wydrukowano drugi raz Nr. 38 Gaz. Lek., dołączamy obecnie przedrukowane z właściwym numerem.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

Wyszły z druku:

Tablice poglądowe działania niektórych środków lekarskich.

Nabywać można po kop. 40, z przesyłką po kop. 50

w księgarni W-go Wende i S-ki jakoteż w Administracyi Kroniki Lekarskiej Marszałkowska 116 i we wszystkich księgarniach.

Дозволено Цензурою. Варшава, 21 Сентября 1889 г. Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 29.