

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. O BĄBLOWCU SIECI Z PUNKTU CHIRURGICZNEGO, Z OPISANIEM WŁASNEGO PRZYPADKU BĄBLOWCA POJEDYNCZEGO SIECI I KRÉZKI.

Podał

Władysław Matlakowski.

Ustępy, traktujące o bąbłowcu sieci lub krézki, zarówno w podręcznikach anatomii patologicznej jak i w dziełach chirurgicznych ograniczają się do zwięzłych wzmianek, jeżeli kwestyja ta nie jest zupełnie pominięta. W klasycznych podręcznikach ROKITANSKY'ego, FOERSTER'a, ORTH'a i wielu innych, przedmiot ten dotknięty jest mimochodem, co się tłumaczy tem, iż z punktu widzenia anatomicznego bąbłowca sieci i krézki nie przedstawiają żadnego osobliwego interesu, gdyż nie różnią się wogóle od bąbłowców innych narządów, *resp.* wątroby i płuc, przy których bywają obszerniej opisane. Zgoła atoli inaczej rzecz się mieć powinna z podręcznikami chirurgicznymi, w których z chwilą, gdy bąbłowce sieci stały się przedmiotem zabiegów operacyjnych, przy wszechstronnym rozwoju dzisiaj chirurgii brzusznej, uwzględniane być powinny narówni z innymi guzami jamy brzusznej; temu na przeszkodzie dotychczas stawał brak dostatecznego materiału klinicznego, na podstawie którego dałoby się skreślić historję tej choroby i wstawić ją jako osobną jednostkę kliniczną między inne guzy brzucha. Nawet w obszernych dziełach encyklopedycznych, jak *Real-Encyclopaedie*, w *Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie*, wydanej pod redakcyją BILLROTH'a i PITHY, jak w *Dictionnaire des sciences médicales* DÉCHAMBRE'a [T. XXIII, p. 433 i T. XXXII, p. 65], w *International cyclopaedia of Surgery*, w *Dictionary of practical Surgery* HEATH'a, napotykaemy zaledwie krótkie napomknięcia, lub nawet o bąbłowcu sieci wcale nie ma wzmianki.

Bąbłowiec sieci, bądźcobądź, nie należy do częstych chorób, przynajmniej w Europie. Według zestawienia FREY'a z 1882 ~), siedliskiem pasorzyta była wątroba w 47%, płuco w 12%, nerka w 10%, jama czaszkowa w 9%, mała miednica, śledziona i kości w 4,5%, części płciowe kobiece w 3,5%, sutka i oko w 2%, rdzeń pacierzowy w 1,5%, części płciowe męskie w 1%; w spisie tym, jak widzimy, bąbłowiec krézki i sieci wcale nie figuruje jako samoistna rubryka. SPILLMANN

~) Real Encyclopaedie. Praca EWALD'a, str. 523.

i. GANZINOTTY ▲) ogólnikowo wspominają, że bąblowce sieci zdarzają się dość często, przyczem powołują się na prace BUDD'a, OGLE'a, MEISMER'a, LIVOIS, CADET de GASSICOURT'a, które wszystkie należą do dzieł starszych, lecz nie podają liczbowego stosunku do ogromnej cyfry bąblowców w innych narządach. Zresztą, wogóle wzięwszy, choroba ta geograficznie jest rozmieszczoną bardzo niejednostajnie; oddawna wiadomo, że w Islandyi i Australii należy do najczęstszych, podczas gdy u nas stanowi prawdziwą rzadkość nie tylko w sieci, lecz w całym ustroju, co widać już choćby z rzadkich wzmianek o bąblowcach wątroby u nas w porównaniu z nieprzeliczonemi obserwacyjami, ogłaszanemi na zachodzie Europy. Lecz nawet i tam pasorzyt w sieci napotyka się rzadko; według MOSLER'a ◡), na 27 przypadków, zebranych w jego klinice w ciągu 20 lat, nie było ani jednego bąblowca w sieci. Na 196 spostrzeżeń, zestawionych przez MADELUNG'a ◫), w trzech znaleziono bąblowca sieci i otrzewnej. Dalej na 17 chorych, operowanych w Augusta-Hospital z powodu bąblowca narządów brzusznych w ciągu czasu od 1878—1886, nie było ani jednego przypadku pasorzyta w kręzce lub sieci ◬). O rzadkości tego umiejscowienia wreszcie świadczy fakt, że nawet najwziętsi operatorowie naszych czasów, liczący laparotomię na setki i tysiące, rzadko tylko wspominają o bąblowcu sieci. Tak: SPENCER WELLS wspomina o dwóch przypadkach, PÉAN o jednym, L. TAIT w drugim tysiącu laparotomij o czterech.

Szczupłość kazuistyki jest powodem, że nie tylko w chirurgicznych podręcznikach mało znajdujemy o bąblowcu sieci, lecz że wogóle prawie nie ma obszer-

▲) Dictionnaire des sciences médicales de Déchambre. T. XXIII, str. 433.

◡) Ueber endemisches Vorkommen der Echinococcuskrankheit in Neuorpommern. Streszczenie w Centrblt. f. Chir. 1886, str. 604.

◫) Beitrage mecklenburgischer Aerzte zur Lehre von der Echinokokkenkrankheit. Streszczenie w Ctblatt f. Chir. 1885, str. 641.

◬) ZIEGE. Beitrag zur operativen Behandlung der Echinococcen in den Organen der Bauchhöhle. Streszczenie w Jahresbericht VIRCHOW et HIRSCH za rok 1887, str. 495.

O USUNIĘCIU PĘDZELKÓW Z PRAKTYKI OKULISTYCZNEJ.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5].

W ostatnich czasach niektórzy lekarze próbowali używać fiaszeczek, dzióbkiem zakończonych i zaopatrzonych w otworek z boku. Fiaszeczki te, bardzo dogodne do liczenia kropel, nie nadają się do wkraplań w oczy; bo krople spadają wolno i już wyłącznie siłą ciężkości — pionowo: chory więc musi przez długą chwilę głowę trzymać w niewygodnej pozycji, mocno ku tyłowi przechyloną.

Jedną bardzo dobrą stroną ma taka fiaszeczka: niepotrzeba jej za każdym razem otwierać, zanurzać w niej rurki i zamykać znowu; zyskuje się przy tem na czasie i płynu się nie marnuje. Oba te względy są ważne, mianowicie w praktyce szpitalnej; bo ambulatoryja oczne bardzo liczne bywają, a w postaci kropel używa się najczęściej alkaloidów, lekarstw w ogóle drogich. Łatwo jest wreszcie, przy zwykłym sposobie, pomieszać pipetki, dla różnych lekarstw przeznaczone, co może wielką nieraz przynieść szkodę.

niejszych monografiach o tym przedmiocie. Nie może za taką być uważana rozprawa GÉRARD'a □); zawiera bowiem jedynie materyjał surowy i to bardzo niejednostajnej wartości nawet pod względem anatomo-patologicznym, małej zaś z punktu widzenia chirurgicznego, tak, że jedyne krytyczne opracowanie stanowi praca WITZEL'a ▴), która wszelako nie uwzględnia wszystkich ogłoszonych faktów, i to usprawiedliwia mnie, że podejmuję ten przedmiot na nowo.

W pracy niniejszej starałem się zebrać wszystkie pomieszczone w dostępnych mi źródłach przypadki bąblowca, w których była dokonana operacja, a przez to sam przypadek wszedł w zakres chirurgii; nie ulega bowiem wątpliwości, że przy sekcji niejednokrotnie bywają spostrzegane bąblowce, które nie mają żadnego znaczenia pod względem praktycznym, jaki jedynie mamy na oku. Za punkt wyjścia posłuży nam następujący przypadek, przez nas operowany.

Przypadek I. R. Elżbieta, 43 lat licząca, gospodyni wiejska, skierowana do nas przez kol. JANISZEWSKIEGO z Lublina, wstąpiła do oddziału naszego w szpitalu Dzieciątka Jezus d. 9. Lipca 1889 r.. Chora urodziła siedmiorgo dzieci, ostatnie przed ośmiu laty bez pomocy położniczej; oddawna miewa miesiączkę, trwającą po 7—8 dni, połączoną z pewnem niedomaganiem, które zwolna, zdaniem chorej, na skutek ciężkiej pracy wzmagало się tak, że od kilku miesięcy zjawiają się podczas miesiączki silne bólesci, pozbawiające ją możliwości praco-wania; nakoniec podczas ostatniej miesiączki przed kilku tygodniami chora do-stała tak silnych bólesci, że „aż ziemię gryzła“, i musiała położyć się do łóżka. Bóle te pojawiły się w dole biodrowym prawym, poczem odbiły się w całym pra-wym boku aż do prawego obojczyka. Chora oddawna cierpi na upławy, o guzie poraz pierwszy dowiedziała się przed pół rokiem, gdy podczas bólu badano ją i powiedziano jej, że ma nerkę „latającą“. Zresztą była i jest zdrową, nigdy nie miała żółtaczk, wymiotów, lub objawów niedrożności kiszek.

Średniego wzrostu, dobrze odżywiana, blada; pokład tłuszczowy na brzuchu gruby; brzuch średniej wielkości; pomiędzy smugą, linią poziomą przeprowadzo-ną przez pępek, oraz prawym więzłem POUPART'a, wyczuwa się guz twardy z ma-

□) Des kystes hydatiques du péritoine. Thèse. 1886.

▴) Beitrage zur Chirurgie der Bauchorgane. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 1884, str. 139.

Można te wszystkie korzyści mieć i z pipetek, które stale we flaszeczkach są umieszczone i szczelnie je zamykają; pipetka stanowi zarazem szlifowaną za-tyczkę. W szpitalu i w gabinecie lekarza należy koniecznie takich flaszeczek używać. Flaszki odmiennej barwy służyć mogą dla różnych środków leczni-czych; po pewnem przyzwyczajeniu łatwiej jest wtedy żądane lekarstwo odna-leźć, a pomylić się trudniej. Flaszeczki takie kolorowe, zamówione przez D-ra GERNERA, znajdują się na składzie u p. Berenta.

Chociaż koniec rurki nigdy łącznicy dotknąć nie powinien, dobrze jest mieć oddzielne flaszeczki dla chorych zaraźliwych; podwójne powinny być zwa-szczą flaszeczki dla atropiny i kokainy. Flaszeczki, które mają służyć dla cho-rych zaraźliwych, powinny być wyraźnie oznaczone.

Mówiąc o oddzielnych flaszeczkach dla chorych zaraźliwych, mam na my-śli dotkniętych katarami łącznicy, jaglicą, w ogóle lżejszymi formami chorób za-raźliwych. Każdy chory z obfitym śluzotokiem, albo dyfterytem, powinien bez-warunkowo oddzielną mieć pipetkę. W domowym ambulatoryjum najlepiej jest nie przyjmować takich chorych, a jeżeli po raz pierwszy przychodzących obej-rzeć koniecznie potrzeba, to należy obywać się bez wszelkich narzędzi.

łemi nierównościami, nie chełbocący, płaskawo okrągły, gładki, wielkości dwóch pięści, przesuwalny bardzo znacznie we wszystkie strony, niedający się wyżej przesunąć, niż do łuku żebrowego prawego, nie dający się odprowadzić i schować w okolicy lędźwiowej, jak nerka ruchoma; ku dołowi guz daje się nieco zepchnąć przez spojenie łonowe; przy macaniu guz mało bolesny. Część pochwo- wa gruba, krótka; *ovula Nabothi*; macica mało ruchoma; przy napchnięciu guza ku dołowi, niewyraźnie wyczuwa się go przez sklepienie prawe i przednie; przy poruszaniu go do góry i na boki nie można wymacać ruchów macicy w odpowiednim kierunku; skutkiem pewnej odporności sklepień niepodobna jest oznaczyć blizkiego stosunku guza do macicy, ani też wymacać jajników, lub szypuły.

Rozpoznanie wydało nam się niezwykle trudne: musieliśmy zupełnie wypuścić z uwagi guzy nerki, pęcherzyka żółciowego, kiszki ślepej, odźwiernika, z powodu zupełnego braku zaburzeń w czynnościach tych narządów; pozosta- wało najprawdopodobniejszym, że mamy do czynienia z nowotworem jajnika pra- wego, lub mięśniakiem podsurowiczym macicy, chociaż zgola niezwykłą rzeczą były dla nas straszne bóle, rozpromieniające się aż do obojczyka; ruchomość guza nie była też zwykle napotykaną przy guzach tych narządów. Dnia 12 Lipca 1889 po zachloroformowaniu chorej przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, SŁUPECKIEGO, ODERFELDA, BRUNERA, WINIARSKIEGO, oraz OBRĘBSKIEGO, otwo- rzyłem jamę brzuszną w smudze białej i natrafiłem na guz zupełnie od przodu pokryty siecią, ściśle z guzem zrośniętą. Okoliczność ta niezwykła przy mię- śniakach macicy wnet się wyjaśniła, gdy, wprowadziwszy rękę do jamy miednicy, znalazłem, że guz ani z macicą ani z jajnikami nie ma żadnego związku. Wy- dobywszy go wraz z siecią, z przyrośłemi pętlcami kiszek nazewnątrż, przeko- naliśmy się, że sieć podzielona na bardzo liczne pasemka i beleczki obrasta guz z przodu i po bokach, tak, że ten ostatni wygląda, jak ser okrągły, zawinięty w sieć rybacką. Ujmując po kolei każde pasemko w kleszczyki SPENCER WELLS'a, z wolna oddzieliłem sieć od guza twardego, białawego; poczem pozostała jeszcze delikatniejsza i moźolniejsza robota z oddzielaniem go od krezki kiszki cienkiej, oraz od licznych *appendices epiploicae* poprzecznic. W jednym miejscu, gdzie guz łączył się ze ścianą tej ostatniej bardzo ściśle, celem oszczędzenia jelita, wolałem ściąć blaszkę z warstwy zewnętrznej guza, a wtedy przez tę szczelinę wypuczył się nakszałt przepukliny pęcherz, przezroczysty, biały i wtedy ujawniła się zaraz natura guza: było bąblowiec. Po wyłuszczeniu go, nałożyłem kilkadziesiąt podwiązek na pęczki sieci pochwytnane w kleszczyki,

Wszystkie prawie zastosowania pędzelka, o których dotychczas mówiłem, już z powszechnego użycia zostały usunięte i chyba tylko maruder jaki do tego celu ulubionego sobie używa narzędzia: zastosowania te mają znaczenie przeważnie historyczne, walczący już z nimi nie potrzeba.

Ale nie historyczne tylko znaczenie ma pędzelek dla wtrzępywania prosz- ków do oka, bo zdaje się dziś jeszcze powszechnie do tego celu być używanym. Wprawdzie przy tej czynności pędzelek nie tyle może przynieść szkody, bo zda- leka zawsze od oka się znajduje i nie dotyka jego błony śluzowej, a więc nie może przeniesić zarazy z jednego oka na drugie. Pomimo to za czystość pędzel- ka nigdy ręczyć nie można, bo zawiera on może niepotrzebne przymieszki z po- wietrza. Przytem otwieranie za każdym razem flaszeczki, zanurzanie pędzelka, strzepnięcie zbytecznego proszku i zamknięcie flaszeczki, wymaga pewnego cza- su, który zaoszczędzić można. Już dawno chirurdzy i inni specjaliści zar- zucili pędzelek do proszków — zastąpili go insuflatorem; tymczasem okuliści uporczywie przy pędzelku trwają. Wyższość insuflatora nad pędzelkiem pod wszystkimi względami jest widoczną. Proszek znajduje się stale w naczyniu ściśle zamkniętem, a więc bezpieczny jest od przypadkowego zanieczyszczenia pyłem powietrznym i od wilgocenia. Za pociśnięciem piłki gumowej wydobywa

zacerowałem ranę, powstała w listku otrzewnej krézki i na ścianach jelita i wtedy kiszki i sieć odprowadziłem do jamy brzusznej. Mając w pamięci przypadłości maciczne chorej, zbadałem staranniej macicę i jej dodatki i znalazłem, że oba jajniki są obrośnięte błonami wrzekomemi, jajowód lewy gruby i skręcony, macica w dole DOUGLAS'a umocowana; wobec tego chciałem wyciąć dodatki, gdy atoli ani wydzwignąć macicy z jej dodatkami do rany, ani oswobodzić jajników pomimo użycia znacznej siły nie zdołałem, gdy nadto powstało żywe krwawienie z ugniecionej macicy i porozrywanych błon wrzekomych, odstąpiłem od zamiaru i ranę w ścianie brzusznej zaszyłem.

Chora wyżyła niezwykłą ilość chloroformu, z tego powodu późno przyszła do siebie; wieczorem zastałem ją wijącą się od strasznych bólów w brzuchu, jęczącą i wymiotującą; po zastrzyknięciu morfiny ból zmniejszył się, chora uspokoiła się; inne objawy [brak podniesienia ciepłoty, tętno 104, moczu ilość dostateczna i prawidłowego składu] świadczyły, że chorej nic nie zagraża. Jakoż przebieg dalszy był wyborny i ani razu ciepłota nie doszła do 38° C. 29 Lipca chora opuściła szpital zdrową. [C. d. n.]

II. Uwagi nad charakterem panującej w końcu roku zeszłego w Warszawie epidemii

INFLUENZY,

ze szczególnem uwzględnieniem objawów i powikłań ze strony
dróg oddechowych.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem dnia 28. I. 1890].

Na podstawie własnych spostrzeżeń

podał

D-r Med. Alfred Sokołowski.

[Dalszy ciąg.—Patrz Nr. 5].

Po 7-e. W górnym odcinku dróg oddechowych spostrzegaliśmy również w przebiegu influenzy cały szereg różnorodnych zaburzeń. I tak:

się natychmiast pył kalomelowy, a więc cała manipulacja prostszą jest i mniej czasu wymaga. Wreszcie proszek daleko delikatniej i bardziej jednostajnie jest rozpylonym, a więc jednostajną, dowolnej grubości warstwą, pokrywa łącznie. Potrzeba tylko uważać, ażeby proszek, mianowicie kalomel w niezbyt wielkiej ilości mieścił się w zbiorniku, ażeby nie za bardzo był zbitym; bo wtedy, zamiast pyłu, gęstą po naciśnięciu balonika wysypuje się masę: należy więc zawsze po napełnieniu naczynia kalomelem wypróbować przyrząd i uregulować. Zdarza się także, że insuflator, już dawniej kalomelem napełniony, który przez czas pewien swe zadanie spełniał należycie, niespodzianie zamiast mgły rozpylonej, wysypie gęsty strumień proszku, co zależy od zatkania kalomelem rurki wylotowej. Ażeby tego uniknąć, dobrze jest zawsze przed użyciem przyrządu zwrócić w bok naprzód jego otworek i działanie skontrolować.

Piłki insuflatorów posiadają otworek, przez który powietrze do wnętrza ich się dostaje. Jest zasadą przy używaniu przyrządu — otworek ten zatykać, bo w ten sposób cała ilość zamkniętego w piłce powietrza do rurki przechodzi i proszek, w naczyniu pomiędzy piłką a rurką wylotową zawarty, ze sobą porywa. Ponieważ w praktyce okulistycznej potrzeba zawsze tylko małych ilości proszku, a więc jest lepiej otworka tego nie zatykać.

a) U wielu chorych początek grypy, obok objawów ze strony stanu ogólnego [dreszcze, ból krzyża i t. p.], stanowił mocny nieżyt nosa z objawami mocnego zatkania nosa, połączonego z silnym bólem w okolicach nadoczodołowych. Badając w tym okresie nos, znajdowaliśmy mocne zaczerwienienie całej błony śluzowej z obrzękiem znacznym muszli, a szczególnie muszli dolnych, warunkujących zatkanie mocne nosa, niezwykle dolegliwe dla chorych. Toż samo daje się powiedzieć i o bólu nadoczodołowym, przemawiającym za przejściem nieżyty obrzękowego na zatoki czołowe. Obok bólu nadoczodołowego, w niektórych przypadkach spostrzegałem jeszcze jednocześnie istniejące nerwobóle różnych gałęzi nerwu trójdzielnego [zębowych i innych]. Obok zatkania, występowało często mocne kichanie, nieraz również chorem wielce dokuczliwe, głównie ze względu na połączone jednocześnie silne łzawienie oczu. W niektórych razach występowały jednocześnie mniej lub więcej obfite krwawienia nosowe, o czym już wyżej wspomniałem. W większości przypadków wszystkie owe dolegliwe objawy ze strony nosa zazwyczaj w dni kilka ustępowały, a pozostawał nieżyt z bardzo obfłą wydzieliną śluzowo-ropną, w niektórych razach przeszło tydzień trwający. W niektórych przypadkach cała sprawa grypowa na tem się tylko ograniczała, bez opuszczenia się niżej, a *priori* więc sądzić-by można, że były to tylko przypadki zwykłego, ostrego, o silnem natężeniu, nieżyty nosowego, który tak często w naszym klimacie spotykamy. Przeciwnie jednakże takiemu przypuszczeniu przemawia ta okoliczność, że nawet w podobnych przypadkach, t. j. w stosunkowo bardzo lekko przebiegającej grypie, zauważyć się dawało znaczne ogólne osłabienie, brak zupełny łaknienia wiele dni z rzędu trwający, wieczorne, acz nieznaczne nasilenia gorączkowe—jednym słowem: objawy, które przy zwykłych nieżytach nosa spotykać nie zwykliśmy.

b) W szeregu innych przypadków nieżyt jam nosowych szybko opuszczał się na części przyległe gardzieli, wywołując ich mocne zaczerwienienie i obrzęk. U tych to chorych, obok zatkania nosa, występowało bardzo nieprzy-

Używam już przez czas dosyć długi insuflatora kauczukowego z małym zbiornikiem, który pomieścić może ilość kalomelu, wystarczającą na kilka tygodni. Dla pewniejszego uchronienia proszku od zanieczyszczeń, a przedewszystkiem od zwilżenia, zamykać należy otwór rurki rodzajem kapelusika. Przed bardzo niedawnym czasem otrzymałem zamówione przez siebie insuflatory szklane. Prócz piłki z przyrządem u jej wylotu do rozdmuchiwania kalomelu, całą pozostałą część przyrządu stanowi jedna sztuka szklana. Jest to, banieczka, zawierająca kalomel, wyciągnięta następnie w dosyć długą rurkę. Śrubka dla umocowania bańki w pilce jest w samem szkłe wyłobioną. Przyrząd ten jest bezwarunkowo od kauczukowego dogodniejszym: bo można zawsze kontrolować ilość i wygląd kalomelu; można zawsze widzieć, kiedy rurka wylotowa kalomel jest zatkaną, a więc uniknąć zbytku przy wdmuchiowaniu w oko. Wreszcie, zdaje się, że kalomel nie tak silnie do szkła, jak do kauczuku, przylega, bo szklana rurka wogóle się nie zapycha. Insuflatory szklane znajdują się na składzie u p. Balukiewicza.

Najbardziej szkodliwym jest użycie pędzelków przy tuszowaniu łącznie płynnymi lekami, a mianowicie roztworem azotanu srebra, jak również przy zmywaniu zbytnej ilości azotanu srebra, siarczanu miedzi, czy jakichkolwiek

jemne uczucie suchości i drapania w gardle, zmuszające ich do ciągłego odchrząkiwania; w innych razach chorzy doświadczali uczucia dławienia, zachłystywania się ciągłego; wielokrotnie zaś tym uczuciom towarzyszył krótki, suchy kaszel, noszący wyraźnie typ kaszlu gardzielowego.

W kilku przypadkach spostrzegałem, obok równomiernego zaczerwienienia gardzieli, dość znaczny obrzęk języczka, wywołujący uczucie ciągłej przy połykaniu zawady. Obrzęk ten jednakże w kilka dni przechodził jednocześnie z ustąpieniem zaczerwienienia. W trzech przypadkach objawy ze strony gardzieli umiejscawiały się głównie na migdałach, wywołując ich zaczerwienienie i obrzęk i z tem związane uczucie zawady.

Wszystkie powyżej skreślone zaburzenia ze strony jamy gardzielowej zazwyczaj przechodziły szybko, ustępując najczęściej miejsca dalszym objawom ze strony dróg oddechowych. Uparciej trwające objawy gardzielowe występowały tylko u tych indywiduów, które już przedtem przedstawiały objawy przewlekłych spraw noso-gardzielowych [nieżyty gardzieli suche, granulacje, przerosty migdałów i t. d.].

e) Błona śluzowa k r t a n i przyjmowała równie czynny udział u bardzo wielu chorych, dotkniętych influenżą w spostrzeganych przeze mnie przypadkach.

W wielu razach, a szczególnie w przypadkach o formie oskrzelowej, istniała z początku lekka chrypka, która ustępowała szybko w miarę występujących na pierwszy plan objawów ze strony oskrzeli. W kilku jednakże przypadkach spostrzegałem zjawisko odwrotne, t. j. po wystąpieniu objawów ze strony stanu ogólnego zjawiał się krótki, suchy kaszel, który ustępował w dni kilka, na miejscu zaś jego zjawiała się chrypka dość znacznego natężenia, przechodząca szybko w zupełny bezgłos. Badanie wziernikiem krtaniowym, dokonywane u tych chorych, wykazywało objawy zwykłe, właściwe ostremu nieżytowi krtani, a więc równomierne zaczerwienienie całej błony śluzowej z obrzękiem strun głosowych fałszywych i zaczerwienieniem prawdziwych. Nieżyty owe krtani zazwyczaj przechodziły pomyślnie w przeciągu 8 do 14 dni.

wreszcie, na łącznicę stosowanych, środków; w tym razie bowiem pędzelek bezpośrednio łącznicy dotyka. Rzecz dziwna, że właśnie dla tych czynności okuliści z największym uporem trzymają się pędzelka. Potrzeba przyznać, że w samym sposobie używania pędzelka nastąpiły pewne reformy w porównaniu z czasami dawniejszemi; ale wszystkie reformy potrzeba uważać za niedostateczne, dopóki zupełnie pędzelki zarzucone nie będą.

Dla tuszowania oczu potrzeba, prócz pędzelków, jeszcze i naczyń, w których mieszczą się płynne lekarstwa i woda do ich zmywania. Każde ambulatoryjum oczne posiadało małą, podługowatą tacę z porcelany, blachy, lub kauczuku, którą przy tuszowaniu podstawiano choremu pod brodę, aby go nie oblać, jak to czynią balwierze przy spełnianiu swojej czynności. Na tej tacy stały 3 kieliszki: w jednym znajdował się roztwór azotanu srebra, w drugim roztwór soli, w trzecim czysta, to znaczy zwykła, studzienna woda. Płyn nabierało się pędzelkiem. Mógłby wprowadzić jeden pędzelek służyć dla wszystkich trzech płynów, lecz tego unikano; skoro bowiem pędzelek, azotanem srebra zmoczony, dostaje się do roztworu soli, roztwór się mąci, a następnie i woda się zanieczyszcza. Przez sam już wzgląd estetyczny należało od czasu do czasu zmieniać te płyny, co niepotrzebną sprawiało fatygę. Tymczasem, mając oddzielne 2 pę-

Chrypka stopniowo ustępowała, a objawy zaczerwienia i obrzęku błony śluzowej znikały przy zachowaniu spokoju i odpowiednim lekkim przeciwniężytowym leczeniu. W kilku jednakże przypadkach nieżyt krtani przyjmował charakter bardzo uparty, trwając całe tygodnie, mimo stosowania odpowiedniego leczenia miejscowego. Były to jednakże te przypadki, w których chorzy już przedtem wielokrotnie przebywali sprawy nieżytowe krtani; u nich więc błona śluzowa krtani stanowiła *locus minoris resistentiae*.

W ten sposób przedstawiały się w ogólnym zarysie objawy ze strony klatki piersiowej u chorych, dotkniętych influenżą o formie oskrzelowej, którzy przedtem nie przedstawiali ważniejszych złożeń ze strony dróg oddechowych. Nieco inaczej przebiegały objawy u chorych, dotkniętych przewlekłymi sprawami płuc, lub też oskrzeli. O zaburzeniach u nich parę słów wspomnieć obecnie chciałem.

Chorzy, dotknięci przewlekłym nieżytem oskrzeli, a szczególnie r o z e d m ą p ł u c, w większości przypadków podpadali sprawie influenżowej.

U osobników, kaszlących oddawna i obficie odpluwających, pod wpływem grypy powstawała silna duszność, warunkowana ostrem obrzmieniem błony śluzowej całego przewodu oddechowego. Kaszel zmieniał charakter: poprzedni ich słaby, lekki kaszel, połączony z łatwym odpluwaniem, stawał się ciężkim, głośnym, z trudno wydzielającą się plwociną. Chorzy doznawali, obok silnej duszności, mocnych bólów w różnych okolicach klatki piersiowej. Jeśli do tego dodamy: silną gorączkę, a nieraz nawet krwawo-zabarwioną plwocinę, to z łatwością stany takie za zapalenia ostre płuc mogły być poczytywane. W większości przypadków gorączka ustępowała szybko, kaszel jednak duszący pozostawał dość długo, a w niektórych przypadkach całe tygodnie czekać trzeba było, zanim chorzy odzyskiwali swój zwykły, lekki kaszel. Zazwyczaj stan ogólny chorych podupadał, co zależnem było nietyle od gorączki influenżo-

dzelki, można było śmiało dla wielkiej liczby chorych tych samych płynów używać. Pędzelki naturalnie były daleko jeszcze trwalsze. Kto pamięta niezbyt dawne czasy, ten przyzna, że w pierwszorzędnym nawet zakładach i klinikach używano tego samego pędzelka dla całego szeregu chorych, dopóki pod wpływem azotanu srebra włosy jego kruszyć się nie zaczęły. A dosyć spojrzeć na ryciny, w starych książkach umieszczone, aby się przekonać, że pędzelek całą szerokością dotykał łącznicy i po niej był przesuwany. Jedną zapewne częścią zachowywano ostrożność: dla dotkniętych dyfterytem i pokrewnymi formami chorobowymi znajdowały się oddzielne pędzelki, a w bogato uposażonych zakładach — może — i oddzielne kieliszki.

Skoro wobec badań bakteriologicznych kwestyja zaraźliwości, a zatem i antyseptyka w leczeniu, coraz bardziej na pierwszorzędne wysuwała się stanowisko, ta praktyka pędzelkowa musiała pewnym uległ modyfikacyjom. Ważnym już było postępowaniem, gdy każdemu choremu oddzielne dano pędzelki, a wreszcie i oddzielne naczynia. Nie wszyscy może, ale większa część okulistów, wprowadziła tę reformę do swojej praktyki. Zmniejszyła się niewątpliwie w ten sposób możność przeniesienia zarazy, ale pozostały nieczyste zawsze pędzelki; bo przedewszystkiem pędzelek nigdy zapewne nie jest wolnym od różnych na-

wej, ile od kaszlu męczącego, który wielokrotnie przerywał sen chorym w nocy. Co się dotyczy objawów obiektywnych, to, podobnie jak w zwykłych formach oskrzelowych, badanie wysłuchowe wykazywało z obu stron klatki piersiowej liczne rżenia świszczące, uparcie trzymające się całemi nieraz tygodniami.

U chorych, dotkniętych przewlekłym nieżytem oskrzeli, u których obok tego w jednym ze szczytów płucnych istniały stare łączno-tkankowe zmiany, pod wpływem grypy, obok rozrzuconych świstów w całej klatce piersiowej, występowały w tymże szczycie płucnym mniej lub więcej obfite drobno-pęcherzykowe rżenia. Jeśli do tego dodamy obecność mocnej gorączki, dreszczy, nieraz w połączeniu z obfitymi potami, męczącego, duszącego kaszlu, a nawet lekkiego krwioplucia, to pojmiemy łatwo, że sprawy takie z początku z wielką łatwością za początek gruźlicy mogły być brane. Z ustąpieniem gorączki zwykle obraz chorobowy znakomicie się zmieniał: rżenia u szczytu w kilka dni znikwały, natomiast pozostawał dość uparty suchy kaszel, który, podobnie jak u poprzedzającej kategorii chorych, trwał nieraz całe tygodnie, zanim chorzy powrócili do stanu pierwotnego. Podobnie jak i u poprzedniej grupy chorych, stan ich ogólny również zazwyczaj znacznie podupadał.

Chorzy, dotknięci nieżytem przewlekłym w połączeniu z rozedmą płuc, pod wpływem grypy doznawali niezwykle silnego pogorszenia swego stanu. I tak zazwyczaj suchy ich kaszel nabierał mocnego natężenia; u niektórych występowały objawy niedostateczności mięśnia sercowego (*insufficiencia muscularis cordis*), a więc: mocna sinica, objawy obrzękowe w dolnych ustępach płuc, duszność, dochodząca do ataków zaduszania, niemiarkowatość tętna, ogólny niepokój, uczucie przestachu i t. p. objawy. Zazwyczaj w dni kilka z ustaniem gorączki groźne objawy ze strony serca powoli ustępowały. Kaszel atakowy zmniejszał się powoli, a stan ogólny chorych, zazwyczaj i tak lichy, ulegał znakomitemu pogorszeniu. U kilku chorych, dotkniętych rozedmą, spostrzegałem pod wpływem grypy rozwój napadów astmatycznych, których przedtem albo wcale nie miewali, lub też dawno ich nie doświadczali. Obiektywne objawy u tej kate-

leciałości, a dalej dla tego samego chorego przez cały czas leczenia tego samego używano pędzelka: co więc przy pierwszym użyciu z łącznicy do pędzelka się dostało, to przy użyciu powtórkiem znowu wracało na łącznicę. Ścisłość w przeprowadzeniu tej zasady, że każdy chory musi mieć pędzelek oddzielny, zależała od sumienności chorych, bo zwykle chory był stróżem swego pędzelka i swoich naczyń. Można być pewnym, że nieraz mimowoli pędzelki zamieniano, a nieraz zapewne chore, zgubiwszy pędzelek, pożyczali od swego towarzysza; bo niekoniecznie o potrzebie aseptyki równie mocno musiał być przekonany, jak lekarz. Wreszcie w większych szpitalach wydatek na pędzelki był bardzo znacznym, bo dobre pędzelki są drogie.

W praktyce prywatnej lekarz albo miał zapas pędzelków u siebie, albo chorym przynosić je polecał. W pierwszym razie chory z pewnością stale zapominał pędzelka i przy każdej wizycie potrzeba było obdarzać go nowym. W drugim razie przy pierwszej wizycie nie można było zatuszować łącznicy; z powodu zgubienia, lub zapomnienia pędzelka chore narażony był na ciągłe wydatki i mitręgę, albo także ratował się pożyczką w poczekalni od innego chorego.

[D. n.]

Zygmunt Kramsztyk.

goryi chorych ograniczały się również na występowaniu na całej przestrzeni klatki piersiowej z przodu i z tyłu licznych rzężeń świszczących, trzeszczeń w dolnych częściach płuc i oddechu mocno przyspieszonego.

Jak to już zauważono w wielu epidemijach poprzednich, influenza wywiera wielce niekorzystny wpływ na przebieg przewlekłych suchot płucnych. To samo spostrzegałem i w moich przypadkach. Na 16 przypadków suchotników, znajdujących się w różnych okresach suchot, którzy dotknięci byli mniej lub więcej ciężką influenzą, u dziesięciu z nich nastąpiło mniejsze lub większe pogorszenie sprawy, trzech zaś z nich zmarło. U dwóch z nich mieliśmy do czynienia z daleko posuniętą sprawą od wielu lat trwającą, z przeważającym typem włóknistym choroby; nie gorączkowali oni wcale, a mimo ogólnie lichego stanu byli w możności jeszcze jakotako spełniać obowiązki swego zawodu [ślusarz, siodlarz]. Influenza wystąpiła u nich z mocną gorączką, dreszczami, bólem w krzyżu i t. p. objawami. Kaszel z wilgotnego stał się suchym, niezwykle męczącym chorych; gorączka, jak zazwyczaj, ustąpiła w dni kilka, pozostawiając po sobie nadzwyczaj mocne osłabienie i zupełny brak łaknienia. Osłabienie powiększał jeszcze duszący kaszel, pozbawiający niemal snu chorych. Wszystko to razem szybko wyniszczało ich, tak, że jeden z nich w tydzień, drugi w 3-cim tygodniu zmarł przy objawach ostatecznego wyniszczenia. Objawy obiektywne istniejących dawnych zmian w płucach nie uległy widocznej zmianie; dołączyły się tylko objawy ostrego nieżytu oskrzelowego, to jest: liczne rzężenia świszczące, rozrzucone po całej klatce piersiowej.

Trzeci przypadek dotyczył 40-kilkoletniego mężczyzny, u którego od wielu lat istniały objawy dość rozległego zgęszczenia w szczycie prawym. Sprawa w ciągu kilku lat ostatnich przyjęła charakter spokoju: chory kaszlał bardzo niewiele i był w stanie zajmować się dosyć uciążliwą pracą, uważając się pod względem płuc mniej więcej za zdrowego. W pierwszych dniach Grudnia doznał dreszczy, bólu w krzyżu i mocnej gorączki, jednocześnie wystąpił suchy, dość męczący kaszel. Chory nie pozostał w domu, lecz mimo gorączki i duszności chodził i zajmował się dużo wśród dosyć mroźnego powietrza. Około 4-go dnia choroby, czując się coraz gorzej, przyszedł do mnie w celu zasięgnięcia porady. Znalazłem go w stanie mocnej gorączki [około 40° C.], ze znaczną dusznością, z trudnością pozwalającą mu mówić. Przy badaniu obiektywnem klatki piersiowej, obok objawów rozlanego nieżytu oskrzelowego, wykryłem w okolicy nadgrzebieniowej prawej oddech nieokreślony, pokryty znaczną ilością rzężeń wilgotnych, prawie z charakterem dźwięcznym. Choremu zaleciłem udać się do domu, przepisawszy mu odpowiednie środki. Na trzeci dzień widziałem go znowu: stan był bezgorączkowy, chory oddechał swobodniej, kaszlał mniej, nieco odpluwając; w płucach zmiany obiektywne pozostawały *in statu quo*. Odtąd nie widziałem go; dowiedziałem się jednakże, że 6-go dnia od czasu, jakem go poraz pierwszy u siebie widział, wystąpił obfity krwotok płucny, który raptownie położył kres życiu chorego. Sądzę, że w danym przypadku na miejscu istniejącego starego stwardnienia wystąpiło ostre zapalenie płuc, natury gruźli-

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

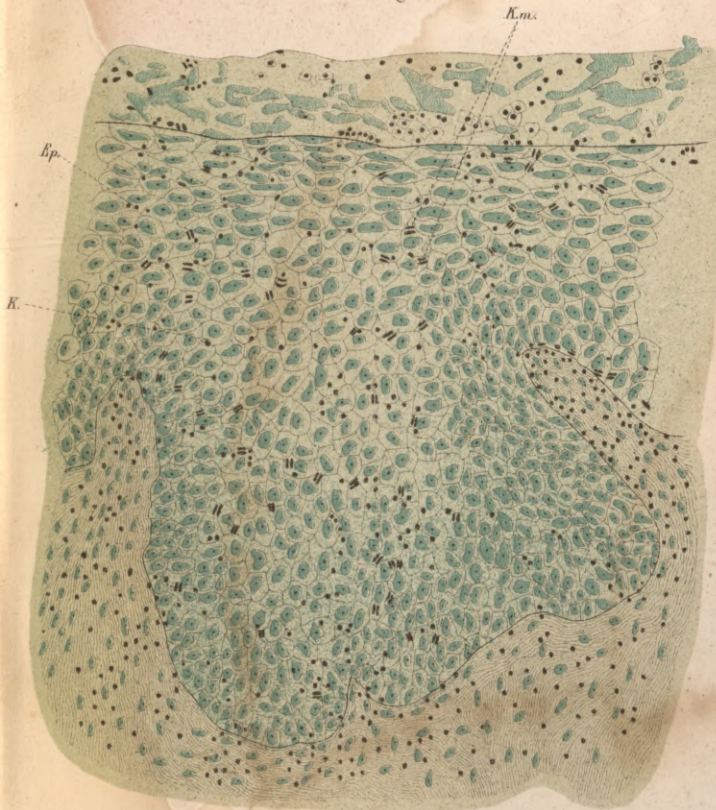


Fig. 4.



czej, które, ulegając szybkiemu rozpadowi, wywołało zabójcze krwawienie, co się nieraz spostrzega w przebiegu szybko postępującej sprawy gruźliczej płuc [AUFRECHT], lub też, że krwotok miał źródło w starej jamie, istniejącej w głębi mocno włóknisto-zwyrodnionej tkanki, co również dość często w sprawach wielce przewlekłych, natury włóknistej, daje się spostrzegać. Wobec braku badania pośmiertnego trudno w tej kwestyi coś stanowczego orzec. Sądziłbym tylko, że wobec mocnego krwotoku końcowego sprawy w szczycie płuca za zwykłe krupowe zapalenie przyjąć w żaden sposób nie można.

Jak to już wzmiankowałem, z ogólnej liczby 16-u suchotników, dotkniętych influencją, u 10 nastąpiło pogorszenie się sprawy. W większości przypadków dotyczyło ono głównie stanu ogólnego chorych; w niektórych przypadkach jednakże i miejscowe, szczytowe objawy znacznie posunęły się naprzód; w jednym zaś chora, dotychczas nie gorączkująca, po przebytej typowej influenzy zaczęła gorączkować wieczorami stale, a sprawa płucna, która dotychczas przez wiele lat przebiegała z charakterem włóknistym, przyjęła wyraźne cechy sprawy rozpadowej, szybko postępującej naprzód. U wszystkich chorych pogorszenie dotyczyło i charakteru kaszlu: stawał się on wogóle suchym, męczącym, a nieraz dopiero po kilku tygodniach chorzy odzyskiwali swój dawny, połączony z obfitą plwociną, kaszel. U 2 suchotników suchy duszący kaszel wywołał obfite krwotoki płucne: u jednego z tych chorych, przedstawiającego dość rozległe zmiany w obu szczytach, krwawienie płucne dość obfite wystąpiło trzykrotnie w ciągu jednego tygodnia, już po ustąpieniu gorączki i dreszczy. Chory dopiero w kilka tygodni poprawił się nieco; zmiany w szczytach nie uległy wyraźniejszemu pogorszeniu. U trzech innych chorych wreszcie wystąpiło w okresie suchego kaszlu dość obfite krwioplucie, dzień jeden trwające, które jednakże nie pociągnęło za sobą ważniejszych następstw, oprócz mniej lub więcej znacznego pogorszenia się stanu ogólnego.

[C. d. n.]

III. O WYNIKACH CHIRURGICZNEGO LECZENIA SUCHOT KRTANI.

Podał

Teodor Heryng,

ordynator szpitala Ś-go Rocha.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5].

Przyczynek do anatomii patologicznej wyleczalności suchot krtani.

Ponieważ dopełnienie, które obecnie ogłaszam jest poniekąd dalszym ciągiem podanych w mej książce zarówno anatomo-patologicznych poszukiwań, jak i leczniczych wyników, przeto uzupełnić je muszę uwzględnieniem obu tych działów, a także i uwzględnieniem częstości t. zw. pierwotnych suchot krtani.

Co do histologii krtani, zanotować tu winienem, że obecność gruczołów śluzowych, wykrytych przezemnie w okolicy wyrostków głosowych, została już

stwierdzoną przez HEIMANN'a ¹⁾, który skonstatował również wykazane przez prof. HOYERA ampułkowe rozszerzenia przewodów gruczołów śluzowych. Drugi fakt etjologicznie ważny, ogłoszony po raz pierwszy przeze mnie w tejże pracy [str. 16], a mianowicie: wnikanie laseczników gruczliczych do przewodów gruczołów śluzowych, *resp.* do komórek nabłonka, wyściełających ich wnętrza, potwierdzić mogłem w przypadku grzlicy krtani, ciekawym z tego względu, że stanowił t. zw. formę *tuberculosis vegetans* i wogóle niezwykle przedstawiał interes. Szczegółowy opis tego przypadku podany zostanie poniżej.

W uzupełnieniu omówionej już kwestyi pierwotnej grzlicy krtani, jestem w możności zarówno na drodze klinicznej obserwacyi, jak i badań anatomo-patologicznych, poprzeć zaznaczony już pogląd, że sprawa ta nie jest tak rzadką, jak to dotąd powszechnie sądzono. Kilka odnośnych spostrzeżeń znajdzie Czytelnik zebranych w tablicy III [spostrzeżenia Nr. 16, 17, 18, 19]. U wszystkich tych chorych zmiany w płucach były nieznaczne. Stau ogólny, odżywianie i wygląd względnie dobre; dziedziczność nie dała się wykazać. Chorzy ci nie gorączkowali, płwocina nieobfita, badana wielokrotnie nigdy nie wykazywała obecności laseczników. U trzech chorych [N. 16, 18, 19] cierpienie rozpoczęło się na tylnej ścianie krtani w formie ograniczonego nasięku, t. j. bądź płaskiego, bądź stożkowego wzniesienia. Inne części krtani były zupełnie prawidłowe. Tymczasem, postawiwszy rozpoznanie pomimo minimalnych lub niedających się stwierdzić zmian płuc na grzlicę krtani — w myśl zasady niszczenia grzliczego nasięku w samym jego początku, nasięk ten kiuretą usunąłem. W badanych pod drobnowidzem u tych trzech chorych produktach znalazłem zmiany typowe dla grzlicy, charakteryzujące się bądź rozlanym nasiękiem, bądź obecnością gruzelków z komórkami olbrzymiemi. Zarówno w samej tkance, jak i w komórkach olbrzymich, wykryłem obecność laseczników KOCH'a.

Wobec tego rodzaju faktów, anatomiczne poszukiwania i teoretyczne wywody KORKUNOW'a ²⁾, złożone w pracy jego: „O powstawaniu grzliczych owrzodzeń krtani“, jakoby zakażenie przychodziło do skutku drogą zakażenia z płuc, pierwotnie zajętych, przez krew lub limfę, mocno zostają zachwiane. Dla mnie przyjęcie zakażenia pierwotnego za pośrednictwem gruczołów śluzowych tylnej ściany krtani, staje się coraz więcej prawdopodobnem, jakkolwiek nie wykluczam możności wnikania laseczników przez pozornie mało zmieniony nabłonek tej części krtani, o której wiadomo, że bywa ulubionem siedliskiem przewlekłych, nieżytych zapaleń, a pod względem anatomicznym — wyborne dla rozwoju laseczników przedstawia warunki [stagnacyja wydzieliny, erozyje, luźna tkanka podśluzowa, obfitość gruczołów o względnie szerokich ujściach]. Szczegółowy rozbiór pracy KORKUNOW'a odkładam do innego miejsca, poprzestając na uwadze, że studyja jego literackie nad anatomiją patologiczną suchot krtani nie były, zdaje się, zbyt gruntowne, skoro o poszukiwaniach moich, ogłoszonych nad tym samym przedmiotem, zupełnie zdaje się nie wiedzieć.

Kwestyja pierwotnego zakażenia krtani, jako następczego źródła powstawania suchot płucnych, rozstrzygnąć się tylko daje na drodze poszukiwań ana-

¹⁾ VIRCHOW's Archiv. Tom 118. Zesz. 2-gi. r. 1889.

²⁾ Deutsch. Archiv für klinische Med. T. 45. Zesz. 1 i 2-gi.

tomo-patologicznych i bakteryjologicznych. Potrzeba nam zbadać: czy błona śluzowa kataralnie zmieniona tylnej ściany krtani, u osób pozornie zdrowych, zarówno jak i u osób, dotkniętych wyłączenie suchotami płuc, nie zawiera w częściach głębszych, t. j. w wylotach gruczołów, laseczników gruczliczych Koch'a i wykazać, czy one w innych warstwach błony śluzowej się nie gnieżdżą. Obecnie, o ile mi wiadomo, w instytucie patologicznym prof. BRODOWSKIEGO jeden ze studentów 5-go kursu pod kierunkiem D-ra PRZEWOSKIEGO poszukiwania odnośnie rozpoczął.

Podaję teraz wyniki sekcji chorego, którego historję choroby pomieściłem już w streszczeniu w tablicy III pod Nr. 19. Znajdzie w niej czytelnik dowody histologiczne i anatomiczne, dowodzące zablżnienie nasięku gruczliczego, słowem: doszczętnego wyleczenia suchot krtani.

Suchoty krtani i płuc.

Wyleczenie zupełne krtani. Śmierć wskutek obustronnego zapalenia płuc.

S e k c y j a .

Józef Wo...in, stójkowy, lat 28, przedstawiony został na posiedzeniu laryngologów dnia 14 Czerwca 1889 r. przez jednego z kolegów z cierpieniem krtani, celem demonstracji choroby, jego zdaniem dość zawilej i niezwykłej. Chory zgłosił się do niego przed 2 miesiącami, skarżąc się na uczucie obcego ciała w gardle i lekką przeszkodę przy łykaniu. Opowiedział przytem, że pochodzi z rodziny zdrowej i że żadnych chorób ważniejszych nie przebywał, że jednak w ostatnich czasach schudł i traci siły. Przy pierwszym badaniu znaleziono wtedy ograniczony twardy nasięk tylnej ściany krtani, w formie stożka na $\frac{1}{2}$ ctm. wysokiego. Sądząc, że cierpienie to może być natury przymiotowej, zalecono wówczas jodek potasu, miejscowo zaś stosowano nalewkę jodową. Gdy po 3-ch tygodniach nie nastąpiła żadna poprawa, kolega nasz skłonny był przyjąć owo wzniesienie za nowotwór (*enchondroma*), gdyż cierpienie gruczlicze nie zdawało mu się być prawdopodobnem, wobec ujemnego wyniku badania płuc.

Po zbadaniu chorego lusterkiem rozpoznałem gruczlicę krtani; znalazłem bowiem, oprócz zmian w krtani, tak samo jak i kol. SOKOŁOWSKI, w lewym wierzchołku zmiany gruczlicze, jakkolwiek były one nieznaczne. Stwierdziliśmy obecność lekkiego stłumienia nad i pod lewym obojczykiem i obniżenie wierzchołka lewego. Motywa te i rozpoznanie nasze uznanem zostało za słuszne.

W 3 miesiące później chory zgłosił się do ambulatorjum szpitala św. Rocha, skarżąc się na lekką chrypkę i zawadę przy połykaniu. Zapisał się jednak na oddział dopiero 15 Października 1889 r.. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że choroba trwa od 8 miesięcy, że rozpoczęła się od drażnienia i stawienia w gardle, że chory nie pluł krwią, w ostatnich czasach chudnie nieco i widać siły. Dokładniejsza informacja dostarczyła nam ważnych danych; chory bowiem przypomniał sobie, że matka jego zmarła z suchot płucnych.

Chory wysokiego wzrostu, silnie zbudowany, odżywianie średnie, klatka piersiowa prawidłowej budowy, mięśnie silnie rozwinięte, tkanki tłuszczowej podskórnej mało. Ciepłota i tętno prawidłowe; niedokrwistość badzo nieznaczna, łaknienie dobre, kaszel niewielki, plwocina nieobfita, kilkakrotnie badana nie zawierała ani razu laseczników Koch'a. Gardziel, prócz pewnej bladeści błony śluzowej, zmian nie przedstawia. W krtani zmiany ograniczają się tylko do ściany tylnej. Pomiędzy chrząstkami nalewkowemi, prawidłowej budowy i barwy, widać przy wdechaniu wzniesienie stożkowe, na $\frac{1}{2}$ ctm. wysokie,

dochodzące do poziomu strun głosowych, bladoróżowe, na wierzchołku nierówne, pokryte warstwą białawą łuszczącego się nabłonka. Górny brzeg tego nasięku, który przy dotykaniu sondą okazuje się być dosyć twardym, nie dochodzi do czubków chrząstki SANTORINI'ego, gdyż brzeg jego dolny znajduje się o kilka milimetrów niżej. Szerokość nasięku wynosi około 10 milimetrów. Struny głosowe, zupełnie prawidłowej barwy, przy wydawaniu głosu schodzą się niezupełnie, gdyż obrzmienie tylnej ściany zdaje się przeszkadzać ich dokładnemu zbliżeniu. Struny fałszywe, więzy boczne, nagłośnia, pokryte błoną śluzową nieco czerwienią od prawidłowej, zresztą zmian innych nie przedstawiają. Głos donośny, nieco ochrypły.

Badanie wykazało w prawym wierzchołku odddech zaostrozony z wydechem przedłużonym bez żadnych rzężeń, w lewym wierzchołku lekkie stępienie nad i pod obojczykiem. Górna jego granica znajduje się niżej od wierzchołka płuca prawego, tamże oddech zaostrozony, z wydechem jakby lekko podmuchowym, rezonancja głosu wzmożona.

Serce i narządy wewnętrzne żadnych zmian nie przedstawiają. Rozpoznanie postawiono na suchoty krtani prawdopodobnie pierwotne, z następczem dopiero cierpieniem płuc.

Ze względu na ściśle ograniczone siedlisko sprawy, postanowiłem dla zniszczenia nasięku użyć galwanokaustyki aby mieć możność raz jeszcze wartość tej metody dokładnie wypróbować. Za pomocą płaskiego żegadła przypaliłem wyniosłość na całej przestrzeni, aż do pojawienia się grubego mięsistego strupa. Ból po przypaleniu był dotkliwy, pomimo uprzedniego stosowania kokainy, i trwał, nie zmniejszając się, przez kilka dni. Narzekał przytem chory na ciągłe uczucie palenia i pieczenia w gardle, pobudzające do kaszlu, które wymagało codziennego użycia kokainy. Strup wytworzony bardzo silnie przylegał do błony śluzowej, która już na drugi dzień okazała się zapalnie obrzmiałą. Strup ten oddzielił się dopiero 15-go dnia i to niezupełnie, a nieprzyjemne uczucie w krtani pomimo to trwało dalej. Gdy w 18 dni po pierwszym przypaleniu nasięk nie okazywał się mniejszym, zmuszony byłem dla usunięcia cierpienia wykonać łyżeczkowanie. Zostało ono skuteczzone na jednym posiedzeniu i kilka dość sporych kawałków nacieczonej tkanki łyżeczką wyjąłem. Badanie drobnowidzowe [Fig. 1.] wykazało w wyjętych kawałkach, oprócz przerostu nabłonka i rozlanego pod nim gruczkowego nasięku, obecność głębiej położonych pojedynczych gruczków z komórkami olbrzymiemi [Fig. 4], a w nich dość nieliczne laseczniki KOCH'a [F. 1].

W nabłonku na preparatach barwionych haematoksyliną udało mi się potwierdzić spostrzeżenia KORKUNOW'a co do przenikania białych ciałek krwi pomiędzy jego przestwory, które KORKUNOW uważa za limfatyczne przestrzenie. Jak to przedstawia załączona w końcu tej pracy figura Nr. 3. Widać na niej również i figury karyjokinetyczne, oznaczone literą *K. m.*. Owo przenikanie białych ciałek krwi ma, zdaniem KORKUNOW'a, odbywać się i w prawidłowej błonie śluzowej krtani. W moich preparatach obecność karyjomitozy dowodzi w każdym razie, że nabłonek był zmieniony, przerosły jakkolwiek gruczeki znajdowały się jeszcze w warstwach bardzo głębokich, jak to widać z rysunku, oznaczonego na figurze 1, lit. *t.*

Odtąd poprawa szybkim szła krokiem: drażnienie w gardle i kaszel zmniejszyły się, obrzęk ustąpił, po 2-ch tygodniach rana zaczęła pokrywać się blizną. Stan ogólny poprawił się znacznie i chory wypisał się 29 Listopada. We dwa dni później zgłosił się do szpitala i skarżył się na znaczne bardzo osłabienie, brak łaknienia, bóle w krzyżu i kończynach. Opowiedział przytem, że nazajutrz po opuszczeniu szpitala przeleżał dzień jeden z powodu gorączki i dreszczy. Następnego dnia czuł się trochę lepiej, gorączka minęła, narzekał jednak na bardzo znaczne osłabienie. Nie ulega kwestyi, że przebył influencję, której nabawił się w szpitalu, gdzie wówczas pojawiła się ona

u kilku chorych. W dniu 3 Grudnia przedstawiłem go na posiedzeniu klinicznym towarzystwa lekarskiego, i wówczas to kilku kolegów stwierdziło zupełne zabliźnienie tylnej ściany i obecność tamże gładkiej białawej blizny. Już przed demonstracją chory skarżył się na szczególne osłabienie, brak łaknienia i opowiedział, że rano miał silne dreszcze. Wygląd twarzy istotnie zdradzał poważne cierpienie; kazałem choremu zapisać się do szpitala, gdzie tegoż dnia postawiono rozpoznanie na lewostronne zapalenie płuc.

Chory z ciepłotą ranną $40,6^{\circ}$ wieczorną $40,9^{\circ}$, tętnem pełnym, twardem [120], z sinicą wydatną na twarzy, z sinemi wargami — narzekał na duszność, uczucie opresji na bóle kłujące w piersiach i kaszel. W lewym płucu od tyłu na łopatkę stępienie, oddech nieokreślony — rezonancja głosu wzmożona, kaszel krótki, bolesny. Język obłożony podsycający. Brak łaknienia.

5. XII. Po nocy prawie bezsennej przy wizycie rannej ciepłota 40° C., w płucu lewym wyraźne znaki szzerzenia się sprawy, plwocina rdzawa, lepka, miejscami żółtawo-różowa. Badanie drobnowidzowe wykazuje w niej obecność ogromnej ilości diplokoków FRIEDLAENDER'a. *Meteorismus*. Język zaczyna podsycać. Osłabienie ogromne.

6. XII. Ciepłota ranna $39,8^{\circ}$ C., wieczorna 40° C.. Duszność nieco mniejsza, również sinica. Upadek sił bardzo znaczny.

7. XII. Ciepłota ranna $39,5^{\circ}$ C., wieczorem $40,2^{\circ}$ C.. Stępienie w lewym płucu od przodu coraz wydatniejsze. *Tumor lienis*. Badanie stwierdza objawy rozpoczynającej się zapalnej sprawy w prawym płucu.

8. XII. Ciepłota ranna $38,9^{\circ}$ C., wieczorem 40° C.. Coraz wydatniejszy upadek sił i czynności serca. Oddech powierzchowny, prędky; język pokryty brudnym nalotem, suchy. Sprawa w płucu lewym zajmuje coraz większą przestrzeń.

Przytomność chwilami niepełna. Na pytania odpowiada niechętnie, niczego nie żąda; moc oddaje pod siebie.

9. XII. Ciepłota ranna $36,5^{\circ}$ C., wieczorna 38° C.. Nastąpił przełom (*crisis*) z objawami silnego upadku sił, bez znaków podmiotowej poprawy. Tętno miękkie, małe, nieregularne. Język ciągle suchy. W nocy bredził. Oddech częsty, powierzchowny. Plwociny wyrzuca chory nadzwyczaj mało. W płucu lewym od przodu i od tyłu pojawiają się obfite głośnie rżenia trzeszczące.

10. XII. Ciepłota ranna $36,9^{\circ}$ C., wieczorna $37,5^{\circ}$ C.. Język ciągle suchy, obłożony; coraz silniejszy upadek sił; w płucach liczne wilgotne rżenia; znaki obrzęku dolnej części lewego płuca.

12. V. Ciepłota ranna $37,5^{\circ}$ C., wieczorem $36,6^{\circ}$ C.. *Subsultus tendinum*. Chory coraz więcej traci siły; oddech zupełnie powierzchowny; tętno 120; sinica warg i policzków wydatna; w prawym wierzchołku pojawiają się znaki nasięku miąższu; *prognosis pessima*. Tegoż dnia za pomocą wyjałowionej strzykawki wyciągnąłem z lewego wierzchołka kilka kropel żółtego, surowiczego płynu, który przez D-ra BUJWIDĄ użytym został do hodowli. Chory w nocy o 4-ej życie zakończył.

Sekcja. Sekcja, dokonana w dniu 14 Grudnia przy łaskawej pomocy D-ra ELSENBERGA, wykazała:

Trup męczyzny wysokiego wzrostu, silnej budowy. Skóra biała, tkanki tłuszczowej mało; mięśnie czerwone dobrze rozwinięte.

Klatka piersiowa. Położenie narządów prawidłowe.

Płuco prawe u wierzchołka zrosnięte z klatką piersiową miękkimi, łatwo oddzielającymi się błonami. Po otwarciu klatki płuco nie opada. Objętość jego powiększona. Wierzchołek i zraz średni w stanie rozedmy. W wierzchołku wyczuwa się nieliczne twarde guziki, gdzieniegdzie zlewające się ze sobą. Dolny zraz prawie dwa razy większy od prawidłowego, na całej przestrzeni, prócz brzegów, zawiera rozlane nasięki. Na przekroju miąższ szaro-czerwony,

ziarnisty, miękki, kruchy, rozrywa się bardzo łatwo. W górnej części dolnego płatu, tuż pod opłucną znajduje się guzik wielkości włoskiego orzecha, nieforemny, na przekroju barwy ciemno-szarej, złożony z pojedynczych, szarawych guziczków (*peribronchitis chronica*).

Płat średni bez zmian. U wierzchołka znajdują się podobne ogniska zapalenia okołoskrzelowego (*peribronchitis*). Składają się one z licznych szaro-żółtych guziczków od wielkości ziarna konopnego do ziarnka prosa, połączone są ze sobą smugami ciemno-szarej tkanki łącznej. Do powierzchni płuca dochodzą tylko pojedyncze drobne guziczki, oddzielone jednakże od powierzchni opłucnej warstwą tkanki prawidłowej, grubą na $1\frac{1}{2}$ ctm..

Lewy płuc — tak samo nie opada; przyrosłe bardzo silnie na całej przestrzeni do opłucnej ściennej za pomocą tkanko-łącznowych twardych błon; powiększone co do swej objętości głównie w górnym zrazie. Wierzchołek płuca mieści w sobie prawie na całej przestrzeni liczne guziczki od wielkości włoskiego orzecha do jaja kurzego, zlewające się ze sobą. Na przecięciu niektóre z tych stwardnień okazują się być starymi złogami gruzliczemi, podobnie jak w prawym wierzchołku. Inne znowu przedstawiają ogniska ostrego zrazowego zapalenia (*hepatisatio rubra*). Wśród nich jednak znajdują się i ogniska wielkości od ziarna soczewicy do orzecha leśnego, na przekroju szarawe, miękkie, rozplywające się w masę ropną. W części tylnej na znacznej przestrzeni od tyłu widać i ogniska, w których z rozpadu rozmiękłego nasięku powstały już jamki wielkości orzecha laskowego blisko siebie położone, tak, iż płuco ma wygląd nieco gąbczasty. Gdzieś w dolnych częściach znajdują się jeszcze ogniska szaro-żółte peribronchityczne starsze. Błona śluzowa oskrzeli mocno przekrwiona, śluzem pokryta.

Gruczoły oskrzelowe powiększone nieznacznie — pigmentowane. Niektóre z nich na przekroju przedstawiają drobne żółte zserowaciałe ogniska.

Serce prawidłowej wielkości — nie przedstawia zmian żadnych, również jak i aorta.

Wątroba zdeformowana co do kształtu. Wielkość prawidłowa. Płat prawy połączony z lewym za pomocą mostka tkanki wątrobowej, długiego na $9\frac{1}{2}$ ctm., grubego na 4 ctm., szerokiego na 9 ctm.. Górna powierzchnia przesmyku wypukła, gładka; na przekroju wątroba lekko stłuszczona. Pęcherzyk żółciowy rozdęty żółcią.

Śledziona powiększona, krucha, miękka, formy cokolwiek nieregularnej; powłoczka jej pomarszczona.

Nerki. Prawa nieco powiększona. Powłoczka złuszcza się łatwo; istota korowa zgrubiała, bladawa; substancja rdzeniowa przekrwiona; w lewej nerce te same zmiany.

Kiszk. Błona śluzowa кишки silnie przekrwiona, pokryta drobnymi wybroczynami krwi od wielkości ziarna piasku do ziarna soczewicy, zajmującemi zarówno błonę śluzową, jak i podśluzową. Sama błona silnie rozpulchniona. W kieszce ślepej te same zmiany jeszcze w wyższym stopniu. Gruczoły krezkowe nieco powiększone.

Pęcherz i gruczoł krokowy prawidłowe.

Mózg i błony mózgowe, prócz przekrwienia, nie przedstawiają nic godnego uwagi.

Krtani dobrze rozwinięta, nagłośnia szeroka, więzy boczne, struny fałszywe i struny prawdziwe nie są zmienione, lecz przekrwione. Chrzastki Santorini'ego i Wrisberg'a prawidłowej formy; pomiędzy nimi na ścianie tylnej biaława, cienka blizna, szeroka na 8 milimetrów, długa na centymetr, gładka, połyskująca. Nigdzie śladu nasięku, ani owrzodzeń.

Gruczoł tarczowy duży, twardawy, na przekroju czerwony, połyskujący. Pomiędzy gruczołem tarczowym, a przełykiem od przodu z obu stron

kilka powiększonych gruczołów limfatycznych, podłużnych; niektóre z nich na przekroju zupełnie zserowaciałe, suche, inne niżej położone rozmiękczone, przechodzące w rozpad.

W przełyku żadnych zmian nie znaleziono.

Zachowano do badania drobnowidzowego kawałki prawego i lewego płuca, zarówno zasiane starymi ogniskami peribronchitycznymi, jakoteż nasiękiem zapalnym, świeżym — niektóre w okresie zwłóknienia czerwonego, inne szarego (*hepatisatio grisea*). Zachowano również gruczoły oskrzelowe, zserowaciałe gruczoły szyjowe, kawałki nerki, wątroby i całą krtani.

Ta ostatnia została oddzieloną od chrząstki tarczowej, przeciętą na powierzchni przedniej tchawicy, i część tylna krtani z blizną i z chrząstkami nalewkowemi odciętą od strun głosowych w okolicy *filtrum laryngis*. Każda z tych części, odpowiednio stwardniona w alkoholu, poddana została drobnowidzowemu badaniu.

W tem miejscu podam tylko opis zmian, znalezionych w krtani; gdyż zmiany drobnowidzowe zapalenia płuc, wikłającego influenzę, w innem miejscu podane zostaną. Tu ograniczę się do wzmianki, że obok starych ognisk gruczyliczych, przeważnie naokoło oskrzeli i w tkance międzyzrazikowej położonych, rzadziej umiejscowionych w pęcherzykach, znalazłem rozlane zapalenie płuc zrazowe, z wysiękiem komórkowym, włóknistym, w którym jednak, jak w przypadkach RIBBERT'a i FINKLER'a, włókniaka było bardzo mało, a przeważały komórki okrągłe. W starych ogniskach znajdowały się gruzelki z licznymi olbrzymiami komórkami.

Badanie drobnowidzowe ściany tylnej.

W miejscach, zajętych poprzednio nasiękiem gruczyliczym, znalazłem nabłonek płaski, wielowarstwowy, który blisko dwa razy cieńszy od prawidłowego, i który wszędzie zapuszczał kolbiaste odnogi wgłąb tkanki [fig. 2]. W warstwie śluzowej znalazłem tuż pod nabłonkiem obfity, lecz luźny nasięk drobnokomórkowy, bez śladu gruzelków, komórek epiteloidalnych, lub komórek olbrzymich. Błona śluzowa, dość luźna, zawiera gdzieniegdzie smugi okrągłych limfoidalnych komórek i bardzo znaczną ilość włóknistej istoty międzykomórkowej, obok nie licznych rozrzuconych w niej wrzecionowatych komórek. Zmiany w gruczołach (*gl. muc.*) są bardzo nieznaczne: głównie widać naokoło gruczołów drobne okrągłe komórki, jak również w tkance międzyzrazikowej nieznaczne nacieczenie.

Opisane tu zmiany są ze wszech miar ciekawe. Pomijam już sprawę zabliźnienia, t. j. wytworzenie się blizny, na ścianie tylnej, stwierdzonej zarówno makroskopijnie, jak i drobnowidzowo, lecz zwracam główną uwagę na fakt niezwyklej doniosłości, że w głębi pod blizną drobnowidz nie wykazał ani śladu nasięku gruczyliczego, co badaniem bakteriologicznem [t. j. brakiem laseczników] potwierdzonem zostało. Co do zmian w strunach głosowych, znalazłem tylko, obok nieznacznego nasięku zapalnego drobnokomórkowego pod nabłonkiem, obecność limfatycznej torebki, powyżej struny prawdziwej, w miejscu, w którym one przez HEYMANN'a opisane i odrysowane zostały [l. c.]. W gruczołach limfatycznych szyjowych i oskrzelowych — drobnowidz wykazał obecność gruzelków zserowaciałych z wyraźnymi komórkami olbrzymimi.

OBJAŚNIENIE TABLICY.

Fig. 1. Kawałek tkanki usuniętej kłutą z tylnej ściany krtani, zawierający gruzelki. Ep. Nabłonek. Tbc. gruzelki. Cl. gig. Komórki olbrzymie. Pow. $\frac{1}{13}$.

Fig. 2. Cięcia pionowe przez zabliźnioną tylną ścianę. *Ep.* Nabłonek odrodzony. *Gł. muc.* Gruczoły śluzowe. *M. c.* Mięśnie. *V.* Naczynia. Pow. $\frac{1}{18}$.

Fig. 3. Część nabłonka z preparatu, przedstawionego na Fig. 1, z figurami karyjomitozy *K. m.* wykazująca wdrażanie do nabłonka *Ep.* białych ciałek krwi *K.* Pow. $\frac{1}{110}$.

Fig. 4. Komórka olbrzymia *Cl. gig.* z preparatu, podanego na Fig. V. Preparaty barwione zostały hematoksyliną. [C. d. n.]

Wiadomości bieżące.

— Opuścił prasę Zeszyt I-szy drugiej seryi „Odczytów klinicznych“, p. t.: „O skrytych postaciach suchot płucnych. Studium kliniczne. Napisał ALFRED SOKOŁOWSKI“. Zeszyt ten zawiera trzy arkusze druku. Inne odczyty wychodzić będą w regularnych odstępach miesięcznych.

— Jako dalszy ciąg wydawnictwa dzieł lekarskich mamy już w druku dzieło D-ra BIEGAŃSKIEGO [z Częstochowy] p. t.: „O różniczkowym rozpoznawaniu chorób wewnętrznych“.

— Równocześnie z doniesieniami o słabnięciu i wygasaniu influenzy w Entropie, mnożą się wiadomości o badaniach bakteriologicznych nad influenzą. W Wiedniu WEICHSELBAUM zapowiedział wykład w tym przedmiocie, zaś D-r JOLLES [również w Wiedniu] doniósł tymczasowo do *Wien. med. Woch.*, że wykrył w płwocinie i w moczu chorych na influenzę, a także w wodzie ze źródeł górskich, koki bardzo podobne do FRIEDLÄNDER'owskich zarówno pod względem morfologicznym, jak i w hodowlach. Koki te przy słabnięciu epidemii miały nie znajdować się już w wodzie.

Odpowiedzi Redakcyi.

Koledze T.... w P.... Że Szanowny Kolega nie jest laryngologiem, i że prace w dziedzinie laryngologii zupełnie Go nie obchodzą — to rzecz osobistego zamiłowania, a raczej, powiedzielibyśmy, rzecz osobistej indyjosynkrazyi.

Chcielibyśmy tylko zwrócić uwagę Szan. Kolegi na trzy inne okoliczności.

Okoliczność pierwsza. Czy Szan. Kolega zadał też sobie kiedyś trud i rozpatrzył chociaż o bjętość tomu „Gazety Lekarskiej“ z całego roku? Czy też Szan. Koledze nie przyszło nigdy na myśl, że grono kolegów, dające za rs. sześć, a ewentualnie za rs. pięć, księgę takiej objętości z mnożstwem rycin, tablic, chromolitografii, robi istotnie wysiłek finansowy? Czy też Szan. Koledze nie nasunęła się ta prosta uwaga, że wydawnictwo takie wymaga bardzo... bardzo dużej pracy i niemałego nakładu i że w naszych smutnych warunkach zbytu wydawnictw, czego dowodem jest i Szan. Kolega, praca taka nie ma chyba na widoku zysków materyjalnych, a tylko idee ogólne i naukowe? Jesteśmy głęboko przekonani, że gdyby Szanowny Kolega zadał sobie owe pytania, to doszedłby do wniosku, który nie dozwoliłby Mu zostać autorem listu, do nas przysłanego.

Okoliczność druga. „Gazeta Lekarska, pismo poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich“, obok praktycznych potrzeb każdego lekarza, musi, co do treści, trzymać się zawsze przede wszystkim drogi naukowej i zaznajamiać swych Czytelników z całym postępem wiedzy. Zdaje się nam, że wierni temu zadaniu, spełnialiśmy i spełniamy je, o ile można, sumiennie. Czy Szan. Kolega zna jaką ważną kwestyję medycyny postępowej, którejbyśmy nie uwzględnili w naszym piśmie? Bardzobyśmy byli radzi i wdzięczni Szan. Koledze, gdyby właśnie na tym punkcie zechciał udzielić nam swych rad i uwag. Pozwolimy sobie tylko przypomnieć Szan. Koledze, że takie podstawowe kwestyje dzisiejszej medycyny, jakimi są: bakteriologia i antyseptyka, właśnie w naszym piśmie od samego początku znalazły gorące poparcie i biegłych krzewicieli. A ile to uwag sarkastycznych w swoim czasie dochodziło do uszu naszych: „gazeta lekarska to istne rojowisko bakteryj“, „gazetę lekarską już zdala czuć karbolem, jodoformem i tym podobnymi perfumami“ — mawiali zwolennicy dorywczych wiadomości i stosu gotowych recept. Czas pokazał, że kwestyje, które tak gorąco popieraliśmy i któremi całe szpalty naszej gazety zapelnialiśmy, wcale nie należą do mrzonek, że one dzisiaj stały się — bodaj czy nie najważniejszymi z praktycznej wiedzy lekarskiej.

Przy układaniu numeru staramy się głównie o prace oryginalne, których jeśli Szan. Kolega na to zwrócił uwagę, znajduje się prawie w każdym numerze — aż trzy. Nie zaniedbujemy i działu sprawozdawczego z literatury zagranicznej. W ostatnich latach wprowadziliśmy dział Notatek lekarskich, a oprócz tego regularnie w osobnym dziale dajemy Sprawozdania z ruchu naukowego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Idąc za szybkim rozwojem samej terapii, wprowadziliśmy też od dwóch lat osobny dział Wiadomości terapeutycznych.

Ze czasami zbieganiem okoliczności gazeta więcej obfituje w materyjał z dziedziny laryngologii, chirurgii, lub chorób żołądka, toć to nie wina redakcyi, ale poprostu wynik nadsyłania prac i większej gorliwości w pisaniu pewnej grupy lekarzy. Czemuż, pozwolimy się zapytać, utyskujący sami nie piszą i nie nadsyłają nam swych prac? Otworzyliśmy dział Notatek lekarskich, mając głównie

na względzie krótkie ważne i porządnie zestawione pojedyncze spostrzeżenia. Czemuż Koledzy, szczególnie z prowincyi, nie raczą wzbogacać tego działu?

Prawda... nie znajdzie Szan. Kolega w naszym piśmie suchego i bezzmyslnego zbioru recept na różne dolegliwości rodu ludzkiego, jak na odciski i t. p., ależ takiego zadania pismo nasze sobie wcale nie postawiło i starannie tego unika. W Wiadomościach terapeutycznych, obok mocnego uwzględnienia praktycznych potrzeb lekarza, zawsze ważne miejsce zajmuje i strona naukowa. Może, któremuś z lekarzy dziwnem się wydaje, że przy rozpatrzeniu np. jakiegoś środka leczniczego lub metody uwzględnioną zostaje i strona fizjologiczna i chemiczna. Ależ takie traktowanie kwestyi chyba nikomu na szkodę wyjść nie może: jeden zachowa sobie w pamięci tylko stronę praktyczną danego środka leczniczego; dla innego zaś zapewne przyjemną i pożyteczną będzie rzeczą odświeżyć sobie w pamięci, lub na nowo się dowiedzieć o wielu szczegółach naukowych, dotyczących się albo środka leczniczego, albo metody leczniczej, bez czego, naszym zdaniem, dokładne zrozumienie danej kwestyi zawsze przedstawiać będzie pewne braki.

Gdyby Szan. Kolega raczył na chwilę zająć się chociaż powierzchowną oceną treści naszych poprzednich tomów gazety, to ręczymy za to, że nie obdarzyliby nas takim listem, jaki nam przesłał.

Okoliczność trzecia. Wiemy o tem bardzo dobrze, że nie wszystkie działy wiedzy lekarskiej jednakowo konieczne są dla każdego lekarza. Ależ redakcyja tem kierować się nie może, wydając gazetę, nie dla pewnej grupy lekarzy, lecz dla wszystkich lekarzy wogóle. Szan. Kolega czuje wstręt do laryngologii ale są inni gorąco nią się zajmujący, a przynajmniej interesujący. Innego lekarza nie obchodzi chirurgija, która za to może być umiłowanym przedmiotem Szan. Kolegi. A zresztą, czyż takie wszechstronne i ciągłe opracowywanie pewnych kwestyj nie kształci lekarzy wogóle? Czy Szan. Kolega ręczył może za to, że wskutek ciągłego pisania w kwestyjach laryngologii, chorób żołądka, i t. d. wielu a wielu lekarzy na prowincyi nie zabrało się do stosowania danych wskazówek dyagnostycznych, lub leczniczych? Czyż zawsze, szczególnie lekarze na prowincyi mają pozostawać na tej błędnej drodze, że rola ich ma się ograniczać do rozsyłania chorych do rozmaitych specjalistów, jednego od żołądka, drugiego od kiszek, trzeciego od krtani, a jeszcze innego od nosa, uszu i t. d. i t. d..

Wiemy o tem bardzo dobrze, że niektóre prace albo przez swoją obszerność, albo przez swoją zbytnią specjalność stanowią pewną stronę niedogodną dla tygodnika lekarskiego. Za granicą tego rodzaju prace jednak ciągle się pojawiają i nikt nie sarka z tego powodu, a zresztą za granicą tego rodzaju prace w ostateczności doskonale pomieszczenie znajdują w miesięcznikach, w archiwach, które są równie rozchwytywane, jak same tygodniki. U nas znajduje się jeden archiw, a mianowicie: „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego“. Rocznik ten, wychodzący w czterech zeszytach, a wydawany kosztem Tow. Lek. Warsz., mieści w sobie, obok protokołów z dyskusyj naukowych, bardzo wiele cennych prac i, śmiało powiedzieć można, prawie darmo oddawany jest prenumeratorom, boć za przeszło 60 arkuszy druku z dodatkiem rycin Towarzystwo pobiera tylko rs. trzy. A dowiedział się też kiedy Szan. Kolega, ilu prenumeratorów ma ów archiw, Pamiętnik Tow. Lek.. Trudno uwierzyć temu, co powiem.... stu kilkudziesięciu! Wskutek tak małej poczynności onego rocznika, autorzy, pomieszczać w nich swe prace, nieraz owoc długoletnich mozołów, robią poprostu poświęcenie. Cóż w tem dziwnego, że większość autorów, chcących, aby praca ich znalazła, o ile można, najobszerniejsze rozpowszechnienie, chętniej, zamiast Pamiętnika, wybiera albo jedno z pism zagranicznych, albo jeden z tygodników krajowych? Czyż Szan. Kolega wołałby, aby prace naszych lekarzy figurowały tylko w dziennikach niemieckich, i abyśmy ztamtąd dopiero dowiedzieli się, że wogóle u nas się coś robi pożytecznego i samodzielnego? A teraz wyobraźcie sobie, Szan. Kolego, że zajęliście się pewną kwestyją lekarską, mozoliliście się nad nią miesiące, lub lata — i doszliście nareszcie do pewnego wyniku; opracowujecie tedy z zamiłowaniem nagromadzony materiał i chcecie przedewszystkiem ze swoimi podzielić się owocem swego trudu. Co też powiecie, gdy pomimo wartości pracy, odmówią jej przyjęcia — dla tak błahego powodu, że praca jest za specjalną, lub nieco obszerniej napisaną? Były, niestety, czasy, kiedy większość istotnie cennych prac naszych lekarzy figurowała tylko w literaturze niemieckiej dla tego, że u nas uważano je za zbyt naukowe, za nadto ciężkie, za nadto nudne. Mamyż znowu zmusić HOYERÓW, NENCKICH i wielu innych do uciekania się pod skrzydła opiekuńcze niemieckie?

Kolega pierwszy, jesteście tego przekonania, byłby głosował przeciw temu. My też oddawna jesteśmy tego zdania i wszelkie prace wartościowe, chociażby i zbyt specjalne [chemija fizyologiczna, bakteriologia, histologia, anatomija patologiczna i t. d. i t. d.], w piśmie naszym pomieszczamy.

Tą samą zasadą kierując się i w wydawnictwie dzieł lekarskich, chętnie puszczamy w świat dzieła oryginalne, odczyty oryginalne. Spełniamy więc zadanie nasze, ile sił na to nam starczy. Jak zaś ogół lekarzy te usiłowania nasze popiera, niechaj każdy lekarz sam sobie na to odpowie.

W każdym razie, gdyby Szan. Kolega nieco poważniej zastanowił się nad tą kwestyją, nie napisałbyś podobnego listu, jaki od niego otrzymaliśmy.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów tablicę litograficzną do pracy D-ra T. HERYNGA p. t.: „O wynikach chirurgicznego leczenia suchoć krtani“ oraz Katalog nowych książek za miesiąc Grudzień księgarni T. Paprockiego.

APTEKA SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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

52-6

MARŁĘ HYGROSKOPIJNĄ

poleca dom Handlowy

WŁAD. MUTTERMILCH,

S-to Jerska 34.

12-4

LIQUOR FERRI ALBUMINATI GRÜNING

(Natrium ferri albuminicum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór odznacza się doskonałymi własnościami terapeutycznymi. Nie psuje się, zawiera 0.5% tlenku żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a. NB. Z powodu istnienia licznych przetworów z białkanem żelaza, należy zapisywać:

LIQUOR FERRI ALBUMINATI GRÜNING

Skład główny na Królestwo w aptece Wendy i Wiorogórskiego, 43 Krakowskie-Przedmieście w Warszawie.

W. GRÜNING, Mag. farm. w Połdze.

0-3

Tran z żelazem zawierający żelaza 0,3 — łyżka stołowa odpowiada 0,045.

Tran z jodem zawierający jodu 0,1 — łyżka stołowa odpowiada 0,015.

Tran z jodkiem żelaza zawierający jodku żelaza 0,3 — łyżka stołowa odpowiada 0,045.

Tran z fosforem zawierający fosforu 0,01 — łyżka stołowa odpowiada 0,0015

na świeżym tegorocznym tranie z ściśle oznaczoną procentowością posiada

Apteka H. BIERTÜMPFLA.

Marszałkowska róg Ś-to Krzyskiej.