
GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. ELSENBERG. Zaszczepienie gruźlicy u dziecka. — II. A. SOKOŁOWSKI. Przyczynę k do kazuistyki raka pierwotnego krtani [Dokończenie]. — *Korespondencyja. Ze Sztrasburga.* K. CHEŁCHOWSKI. — *Dział sprawozdawczy.* 22. M. NENCKI. O parahemoglobinie (*Ueber das Parahemoglobin*). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. ZASZCZEPIENIE GRUŹLICY U DZIECKA.

Podał

D-r med. A. Elsenberg,

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

Niczem nieuzasadniony zwyczaj u niższych warstw żydów wysysania krwi ustami po obrzezaniu napletka noworodkowi bywa nieraz przyczyną ciężkiej choroby lub nawet śmierci dzieci. Operujący albo ktokolwiek z krewnych lub znajomych wysysa kilkakrotnie krew z rany „dla zatamowania krwawienia i zapobieżenia obrzmieniu.“ Zakorzeniło się bowiem przekonanie, że w ten sposób pewniej unika się krwotoków, a rana w kilka dni się zabliznia. Rok rocznie tą drogą zarażonych przymiotem dzieci miewam w samym tylko szpitalu do kilkunastu. Przy nieostrożnem zwykłym zachowaniu się matki, karmiącej dziecko, choroba i jej się udziela, a z niej na męża i pozostałe dzieci najczęściej przechodzi. W bieżącym roku spostrzegłem zaszczepienie gruźlicy tą drogą.

Chaim Tenenberg urodził się we Wrześniu r. 1885 [dokładnej daty urodzenia dowiedzieć się nie mogłem] z rodziców zdrowych. Ósmego dnia po urodzeniu obrzezany został przez M. E., który kilkakrotnie krew z rany wyssał. Jak rodzice dziecka opowiadają, rana nie zablizniała się wcale, lecz ciągle się jątrzyła, a po dwu mniej więcej miesiącach obrzmiały i gruczoły limfatyczne pachwinowe. Gdy rana coraz większe przybierała rozmiary, a gruczoły pachwinowe coraz bardziej obrzmiewały i w ogóle leczenie w domu było utrudnione, zapisała się matka wraz z dzieckiem do mego oddziału dnia 25 Lutego 1886 r.. Oto co wtedy zanotowałem: Dziecko płci męskiej, karmione piersią matki, duże, bardzo dobrze odżywiane, nie gorączkuje, ssie dobrze. Na prąciu, cała rana po obcięciu napletka przeszła w owrzodzenie, pokryte żółtawym nalotem, głęboko sięgającym i nie dającym się zeskrobać; koło wędzidelka napletek przedstawia naciek twardy w postaci guziczka wielkości ziarnka grochu polnego. Brzegi listków naplet-

ka oddzielone od siebie, odstają, są nierówne, zębiaste, a niektóre z zębów dosyć duże, twarde, czerwone, półkuliste. Po ujęciu listka zewnętrznego i odchyleniu go, widać, że jest on podminowany prawie na przestrzeni 1 ctm. i pokryty szaro-żółtawym nalotem. Zaczerwienienie i zgrubienie napletka sięga daleko po za owrzodzenie. Cała zajęta sprawą część napletka jest nader bolesną.

Gruczoły limfatyczne pachwinowe są niezmiernie powiększone, przedstawiają się jak guzy duże, wystające, z których prawy jest mniejszy od lewego. Skóra prawej pachwiny niezmieniona, lewej na wierzchołku guza zaczerwieniona, prawie fioletowa, zcieńczała i przedziurawiona. Zgłębnik wprowadzony przez ten otwór idzie głęboko w pachwinę i do góry, w ścianę brzuszną. Przy naciśnięciu wypływa wodnisty mętny płyn, zmieszany z kawałeczkami zserowaciałej tkanki gruczołowej.

Za uchem lewem, w okolicy wyrostka sutkowego i części łuskowej kości skroniowej, znajduje się rozległy, chlebocący ropień.

Inne gruczoły limfatyczne niepowiększone, na błonach śluzowych żadnych zmian nie widać. Płuca i przewód pokarmowy żadnych nieprawidłowości nie przedstawiają. Wysypki na skórze nie ma.

Opierając się na powyższych danych, przypuszczałem, że dziecko jest dotknięte pierwotnem owrzodzeniem przymiotowem po obrzezaniu, jak to często zdarza mi się widzieć, tylko że przybrało cechę owrzodzenia fagadenicznego, wskutek niedbałego opatrunku i ciągłego zanieczyszczania moczem i kałem. Brak wysypki na skórze lub lepiej na błonach śluzowych koło otworu stolcowego i t. d., bynajmniej wyżej powziętego przypuszczenia we mnie nie zachwiał. Mogły bowiem te lekkie objawy minąć, a niezbyt inteligentna matka mogła na nie uwagi nie zwrócić.

Gdy więc chorobę dziecka przyjąłem za chorobę przymiotowej natury, zastosowałem też i odpowiednie leczenie. Owrzodzenie na napletku opatrzywałem jodoformem lub sublimatem, kalomelem i podawałem do wewnątrz małe dawki kalomelu lub jodku rtęciowego. Co zaś do otwartej dymienicy w pachwinie lewej i ropnia za lewem uchem, to jedyną drogą do usunięcia ich była operacja.

28 Lutego kol. KRAUZE wyłuszczył z pachwiny lewej wszystkie gruczoły, mocno zserowaciałe i szerokiem cięciem otworzył ropień za uchem. Palec wprowadzony w jamę ropnia napotykał obnażoną z okostnej i nierówną kość skroniową, mianowicie część jej łuskową i wyrostek licowy, ropień szerzył się aż pod skulę. Obie rany pooperacyjne opatrzone jodoformem. Codzienna zmiana opatrunku.

Dnia 4 Marca ropienie ran bardzo obfite, ropa wypływa i przez zewnętrzny przewód słuchowy, którego ściana tylna w głębi jest przedziurawiona i łączy się z otworzoną jamą ropnia. Stan gorączkowy, wymioty, tętno drobne, przyspieszone, tak że go zliczyć niepodobna. Róża przyranna naokoło rany pachwiny lewej i na ścianie brzusznej, odpowiedniej strony.

Dnia 5 Marca czerwoność i napięcie skóry ściany brzusznej mniejsze, ale w głębi jej wyczuwa się rozległe stwardnienie, niezmiernie bolesne. Z rany w pachwinie idzie zatoka w kierunku ściany brzusznej.

Dnia 8 Marca. Stan bezgorączkowy, skóra ściany brzusznej powróciła do stanu normalnego, w ścianie brzusznej wyczuwa się ropień obszerny, komunikujący z pachwiną lewą.

Dnia 10 Marca otworzono ropień i przeprowadzono dren gruby przez otwór w ścianie brzusznej i ranę w pachwinie lewej; wypłynęła znaczna ilość cuchnącej ropy. W nocy tegoż dnia krwotok obfity z jamy ropnia, świeżo utworzonej.

Dnia 11 Marca. Ciepłota ciała dochodzi do 40°C ., tętno przyspieszone, wymioty, dziecko nie ssie, bledłość skóry i błon śluzowych bardzo znaczna, w płucach żadnych zmian nie ma.

Dnia 12 Marca. Dziecko zmarło przy objawach wysokiej niedokrwistości, drgawek (*trismus, opisthotonus*).

Rozbioru zwłok dokonać nie mogłem. Wyciąłem jednak kawałek owrzonego napletka i gruczoł z pachwiny prawej. Te więc tylko części zbadałem pod drobnowidzem.

Powierzchnia owrządzenia przedstawiała się pod drobnowidzem jako masa rozpadowa, drobnoziarnista, nie przyjmująca barwnika, głębiej zaś nacieczenie drobnokomórkowe, często ogniskowe, a pośród ognisk znajdowałem komórki olbrzymie, plazmatyczne, rzadziej epitelioidalne. Wiele z tych drobnych ognisk miało typową budowę zserowaciałego gruczelka: drobnoziarnista, nekrobiotyczna masa, z porozrzucaniami ku obwodowi jądrami zabarwionymi i z jedną lub dwiema, a nieraz i więcej komórkami olbrzymimi.

Gruczoł limfatyczny na przekroju okazał we środku jamę, powstałą z rozmiękczenia zserowaciałej tkanki gruczołowej i tą rozmiękłą masą napełnioną; ściany jamy stanowiła krucha, żółtawa serowata masa mająca w niektórych miejscach do 3 milim. grubości; tylko na obwodzie gruczoł nabierał cech zwykłych obrzmiałego gruczołu. Pod drobnowidzem część zserowaciała niczem się nie różni od powyżej opisanej powierzchni owrządzenia napletka: jest to jednostajna drobnoziarnista, niebarwiąca się masa. Dopiero w głębszej warstwie, bliżej obwodu gruczołu, rozsiane są drobne ogniska serowate z komórkami olbrzymimi i ze znaczną niekiedy ilością komórek epitelioidalnych. Najważniejsze jednak wyniki dało mi barwienie skrawków celem wykazania pasorzytów. Barwiąc je fuksyną rozpuszczoną w wodzie karbolowej i wysokoku, a następnie odbarwiając w kwasie azotnym, znalazłem ogromną ilość laseczników gruczeliczych przeważnie w zserowaciałej, bezkształtnej massie i w drobnych ogniskach serowatych. Im dalej w głąb, tem laseczników mniej, ale tu znajdują się i w komórkach; komórki olbrzymie również zawierają laseczniki. Na preparatach, w których i tło zabarwione było błękitem metylenowym, uwydatnia się mnóstwo kokków, już to rozsianych, lub w grupy pomiędzy komórkami ułożonych, rzadziej same ciała komórek, jak gonokoki, napełniające ¹⁾).

Wynik tych poszukiwań wzbudził we mnie naturalnie podejrzenie zakażenia gruczelicą przez osobę dokonywającą obrzezania. Dziecko bowiem zdrowe, ze zdrowych rodziców rodzone, nie mające żadnych objawów gruczelicy i do ostatniej

¹⁾ Prof. Hoyer na licznych skrawkach z tych preparatów wyniki moich badań w zupełności potwierdził.

nawet chwili nie przedstawiające zmian w płucach [przynajmniej przy badaniu fizykalnem], musiało nabyć tej choroby po urodzeniu, a wrotami do wprowadzenia zarazka gruźliczego do organizmu była rana po obrzezaniu. W niej to niewątpliwie poczęły się pasorzyty mnożyć i to z wielką szybkością, wniknęły następnie do gruczołów pachwinowych, a ztąd do całego ustroju, wywołując w nim te zmiany, które prędzej czy później o śmierć by dziecko przyprowadziły.

Dla potwierdzenia moich przypuszczeń należałoby jeszcze zbadać osobę, która obrzezała dziecko i wysysała krew z rany. Odszukałem więc owego operatora i wraz z kolegą GROSTERNEM i FREJDENSONEM poddaliśmy go ścisłemu badaniu. Przytoczę tu pokrótce nasze wyniki: Mężczyzna czterdziestokilkuletni, wysokiego wzrostu i dobrej budowy i odżywiania, dzieci ma zdrowe, nigdy nie kaszłał, od pewnego czasu dopiero rano pokasłuje, przyczem wyrzuca niewiele plwociny szarawej, chrypkę ma od niedawnego czasu, ale czyni ją zależną od palenia tytoniu i picia trunków, w umiarkowanej jednak ilości. Jama ustna i gardzieli normalna, struny głosowe zlekka zaczerwienione, *in spatio interarythaenoidea* znajduje się niewielkie półkuliste nacieczenie, a na niem kilka drobnych biało-szarawych guziczków, z których największy jest jak ziarnko prosa. Owrzodzeń żadnych nie ma. W wierzchołku lewego płuca stopienie odgłosu opukowego i znacznie zaostrożony oddech pęcherzykowy [wydech przedłużony], rzężeń nie ma.

Na moje żądanie, po wielokrotnem i natężonem odkaszlnięciu, dostarczył mi badany osobnik bardzo nieznaczłą ilość plwociny szarawej, w której, barwiąc sposobem EHRlich'a, znalazłem laseczniki gruźlicze. Było ich bardzo mało, pojedynczo lub grupkami, gdzienigdzie rozsiane.

Chociaż więc plwocina ta zawierała niewiele laseczników gruźliczych, prawdopodobnie jednak w plwocinie wydzielanej przez badanego z potrzeby, a nie pod naciskiem, jak to miało miejsce w danym razie, znalazłbym ich znacznie więcej. Sposób tedy zaszczepienia gruźlicy możemy sobie tak wyjaśnić: przy odpływaniu przez operatora plwociny, część lepkiego śluzu, zawierająca laseczniki, przylgnęła do warg jego lub języka, a przy kilkakrotnem wysysaniu krwi z rany napletka, śluz ten pozostał na ranie i wywołał w niej powyżej opisane zmiany i cały szereg zaburzeń w dziecięcym ustroju.

O ile sięgam pamięcią, przypadek ten nie musi być pierwszym, jaki mi w ręce wpada, niezawodnie niejedyn podobny mi się już przewinął, ale z powodu braku wszelkich środków badania w naszym szpitalu, przeszedł niepostrzeżenie, zaliczony może do rubryki „*ulcus primitivum post circumcisione*“.

I u dziecka, o którym mowa, owrzodzenie napletka niczem się nie różniło od pierwotnego owrzodzenia przymiotowego z charakterem rozpadowym. Kto często widuje takie owrzodzenia i w ogóle owrzodzenia przymiotowe i gruźlicze, przyzna, że nieraz odróżnienie ich dla najdoświadczeńszego klinicysty przedstawia znakomite trudności i tylko ścisłe badanie drobnowidzowe istotną naturę owrzodzenia nam odkryje. A choć zwykle w rozpoznaniu takim dużo nam są pomocne inne współczesne objawy, bardziej wybitne, przemawiające za jednym lub drugim cierpieniem, jednak nieraz i to nas nie uchroni od popełnienia błędu, bo widzujemy u jednego osobnika zmiany wywołane przez zarazki dwu tych chorób.

Gdy zaś przy takim owrzodzeniu brak jakichkolwiek objawów współczesnych, wtedy rozpoznanie bez badania drobnowidzowego nie ma trwałej, pewnej podstawy — jest raczej odgadywaniem.

Praktyczna doniosłość trafnego rozpoznania jest wszakże ogromną. Leczone preparatami rtęciowymi osobnik gruźliczy daleko szybciej podupada na siłach, aniżeli syfilityk przychodzi do zdrowia.

Podobnych powyższemu przypadków zaszczepienia gruźlicy przez obrzezanie opisano dotychczas 12. W roku 1873 LINDMANN ¹⁾ spostrzegał dwa przypadki zarażenia gruźlicą dzieci, na których suchotnik dokonał obrzezania i wyssania krwi, a ostatniemi czasy E. LEHMAN ²⁾ podał takich przypadków dziesięć, obserwowanych jeszcze w 1879 r.. U wszystkich tych dziesięciorga dzieci jedna i taż sama osobistość, która zmarła z suchot płucnych, dokonała aktu obrzezania i wyssania krwi, podczas gdy inne przez nią obrzezane dzieci, u których krew wyssał kto inny, były zupełnie zdrowe. Objawy u 10 tych dzieci były mniej więcej jedne i też same. Między 8 a 12 dniem po obrzezaniu na wędzidełku występował niewielki guziczek, z którego tworzyło się płaskie, suche, szarawe owrzodzenie, szerzące się i na całą powierzchnię jeszcze nie zabliźnioną rany. Po 3 tygodniach obrzmiewały gruczoły pachwinowe, które najczęściej ulegały zropieniu; następnie wytworzyły się w tkance podskórnej kończyn dolnych guziki (*gummata scrophulosa*), zawierające zgęszczoną ropę, albo też ropnie rozległe międzymięśniowe i w tkance łącznej jamy miednicy. W innych znów przypadkach występuje gruźlicze zapalenie opony mózgowej; u jednego nareszcie dziecka owrzodzenie przybrało charakter rozpadowego, drażyło w głąb i niszczyło całą żołądź. Ze wszystkich tych dzieci, troje, które dotychczas jeszcze żyją, po zabliźnieniu owrzodzenia na prąciu, mają wygląd dzieci *par excellence* żółzowatych, chociaż gruczoły limfatyczne u nich [i szyjowe] zmniejszyły się cokolwiek, a stan ogólny jest zadawalniający.

Wszystkim tym spostrzeżeniom LINDMANN'a i LEHMAN'a ten zarzut można zrobić, że nie są poparte badaniem drobnowidzowym produktów chorobowych, a o wykazaniu w nich laseczніка gruźliczego mowy być nie mogło, gdyż nie był on jeszcze wtedy znany.

Dlatego też nie mogą one być zaliczone do spostrzeżeń zupełnie przekonujących. Jedyny, o ile mi wiadomo, znany dotychczas przypadek zaszczepialności gruźlicy u człowieka podał TSCHERNING ³⁾: 24-letnia, zdrowa zupełnie służąca okaleczyła sobie pierwszy członek palca średniego stłuczonym naczyniem szklanem, w które chory suchotnik oddawał płwocinę, zawierającą mnóstwo laseczników gruźliczych.

W 14 dni po skaleczeniu wystąpiły objawy zastrzału, do ropienia jednak nie przyszło, a 8 dni później wytworzył się między skórą i pochwą ścięгна, składa-

¹⁾ Ein Beitrag zur Frage von der Contagiosität der Tuberculose (Deutsche Med. Woch. 1883. Nr. 30)

²⁾ Ueber einen Modus von Impftuberculose beim Menschen, die Aetiologie der Tuberculose und ihr Verhältnis zur Scrophulose. Deutsche Med. Woch. r. 1886. Nr. 9, 10, 11, 12 i 13.

³⁾ Fortschritte der Medicin r. 1885, Nr. III. Sprawozdanie W. MAYZLA w N-rze 21 Gazety Lekarskiej z roku 1885.

jący się z ziarniny guziczek, wielkości ziarnka grochu, który TSCHERNING wy-skrobał.

Po upływie kilku miesięcy pochwa ścięzna była zgrubiałą, wielce bolesną, a ruchy palca ograniczone; dwa gruczoły limfatyczne, łokciowy i pachowy, obrzmiały. TSCHERNING wyluszczył i palec i powiększone gruczoły. Badanie drobnowidzowe wykryło w tych częściach gruzelki z komórkami olbrzymimi, a metodą EHRLICH'a zabarwiły się laseczники gruzlicze.

Przypadek więc, który powyżej podaję, jest jednym z tych nielicznych do tej pory a niezbiecie wykazujących zaszczepialność gruzlicy u człowieka, w ten sposób, w jaki się dokonywa zaszczepienie przymiotu, karbunkułu i t. p.

SPOSTRZEŻENIA KAZUISTYCZNE ZE SZPITALA Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

II. PRZYCZYNE K DO KAZUISTYKI RAKA PIERWOTNEGO KRTANI

Podał

A. Sokołowski,

ordynator szpitala.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 17].

Dwa następujące przypadki mają mniejszą doniosłość, jako przedstawiające tylko materiał kazuistyczny, dla tego też opis ich podaję tylko pokrótce.

Spostrzeżenie III. Rak pierwotny nagłośni.

G., lat 65 mający, przybył na oddział dnia 31 Października r. z. z powodu utrudnionego i bolesnego polykania. Chory, szewc z profesyi, opowiada, że do ostatniej choroby był zupełnie zdrowym, żadnych chorób w życiu nie przechodził, przed 7-miu miesiącami bez żadnej widocznej przyczyny poczuł lekki ból w gardle przy polykaniu; ból stopniowo lecz powoli się wzmacniał, od trzech miesięcy stał się dosyć dotkliwym, polykanie bardzo trudnem; jednocześnie chory zauważył guz na szyi, stopniowo powiększający się. Ostatniemi czasy chory zaczął bardzo szybko spadać z ciała i tracić siły. Przy badaniu chorego, znaleźliśmy stan bezgorączkowy, ogólny stan lichey, na szyi z prawej strony pod kątem szczęki dolnej widać guz wielkości jaja kurzego, twardy, mało ruchomy, nieco bolesny przy dotykaniu. Z lewej strony szyi wyczuwa się również guzy, lecz mniej wielkie. Głos chorego dosyć czysty. W gardzieli zmian szczególnych nie znajdujemy. Badanie laryngoskopowe wykazuje: Nagłośnia



Fig. 2.

przedstawia się pod postacią grubego wydłużonego wału, koloru ciemno-czerwonego, zupełnie nieruchoma. Prawa połowa nagłośni przedstawia się w postaci wielkiego owrzodzenia, szerzącego się lewą stroną; dno wrzodu pokryte szaro-żółtawym brudnym nałotem. Zgrubiała owa i mocno nacieczona, nieruchoma nagłośnia utrudnia dojrzenie głębszych części krtani; tylna ścianka krtani jedynie tylko nieco widzialna, obrzmiała i zaczerwieniona. Zresztą obraz

krtaniowy, trudny do opisania, najlepiej przedstawia załączony rysunek [Fig. 2] zdjęty z natury. Przy badaniu chorego uderza w wysokim stopniu cuchnący oddech. Narządy wewnętrzne, t. j. płuca, serce i t. d. nie przedstawiają żadnych złożeń.

Chory w ciągu dwu tygodni znajdował się na oddziale, owrzodzenie wyżej opisane bardzo szybko szerzyło się, dążąc ku lewej stronie, wrzód głęboko idący jakby sekwestrował nagłośnię przy jej nasadzie, tak, że przy wypisaniu się chorego, zwyrodniona nagłośnia ledwo utrzymywała się skośnie, przeważnie z lewej strony. Stan ogólny chorego pogarszał się coraz bardziej. Miałem zamiar ułatwić na drodze sztucznej oddzielenie się zwyrodniałej części, chory jednakże na to się nie zgodził i wypisał się ze szpitala.

Rozpoznanie raka nagłośni w danym przypadku nie przedstawiało żadnych trudności. Późny wiek chorego, wysoki stopień ogólnego charłactwa, oddech cuchnący, gruczoły szyjowe zwyrodniałe, obok rozległego wrzodu szybko drążącego, nie pozwalały wątpić o rozpoznaniu, tembardziej, że wewnętrzne narządy nie przedstawiały żadnych zmian, a choroby przymiotowej chory wcale nie przebywał.

* * *

Spostrzeżenie IV. W połowie Września 1884 roku przybył na mój oddział 62-letni kupiec H., z powodu bezgłosu, utrudnionego oddechania i połykania. Chory do ostatniej choroby cieszył się zupełnem zdrowiem, przymiotu ani innych chorób nie przebywał; od kilku miesięcy powoli bez żadnej przyczyny zauważył występującą chrypkę, która w ciągu kilku miesięcy doprowadziła do zupełnego bezgłosu; ostatniemi czasy dołączył się utrudniony oddech, który powoli doprowadził do znacznego stopnia zaduszania się, szczególnie przy forsowniejszym ruchu i t. p.. Również ostatniemi czasy zaczęło występować utrudnienie połykania, stopniowo zwiększające się. Przy badaniu chorego znaleźliśmy ogólne wychudnienie i wyniszczenie [stan marantyczny]. Zupełny bezgłos, chory oddecha z trudnością, zdaleka słyszeć się daje dosyć znaczny stopień głośnego szmeru oddechowego (*stridor*). Wewnętrzne narządy nie przedstawiają żadnych ważniejszych złożeń, gruczoły szyjowe i pachwinowe niepowiększone. Badanie wzornikiem krtaniowym wykazało: Nagłośnia umiarkowanie zaczerwieniona. Na lewej chrząstce nalewkowej widać osadzony guz mocno czerwony [koloru wina Bordeaux] wielkości małej wiśni; guz ów zdaje się wychodzić z wnętrza lewej połowy krtani; lewa część tylnej ścianki krtani przy wdychaniu jest bardzo mało, prawie wcale nieruchomą, chrząstka nalewkowa prawa również zgrubiała i czerwona, lecz w nieznacznym stopniu. Wnętrze krtani zupełnie niewidzialne po części z powodu wielkiej wrażliwości chorego na badanie, poczęści z powodu silnej duszności, a wreszcie z powodu, że guza tylnej ścianki zakrywał wnętrze krtani. Przy sondowaniu guz przedstawia dosyć twardą konsystencję, przytem lekko krwawi. Obraz krtaniowy opisany najlepiej uwydatnia zdjęty z natury rysunek [Fig. 3].

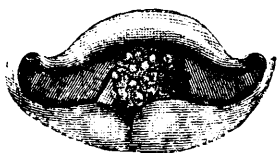


Fig. 3.

Dominującymi objawami u naszego chorego była silna duszność, wywołująca dość znaczny stopień zwężenia krtani. Zwężenie to zapewne było po części wywołane owym guzem lewej chrząstki nalewkowej [właściwiej zaś lewej połowy tylnej ścianki krtani] i jej prawie zupełną nieruchomością, jednakże zupełny bezgłos kazał się domyślać jeszcze głęboko położonych zmian, a więc zmian

strun głosowych, które musiały głównie się przyczyniać do wytworzenia tak silnego zwężenia.

Co się tyczy rozpoznania, to pozornie sądzić można by było, że mieliśmy do czynienia z jakimś ściśle ograniczonym guzem, biorącym początek na lewej chrząstce nalewkowej; guz ten przypominał w wysokim stopniu włókniaki lub włókno-mięśniaki opisywane przez autorów. Jednakże, jak to tylko co wzmiankowałem, duszność silna, *resp.* objawy zwiężenia krtani, obok bezgłosu, kazały się stanowczo domyślać współcześnie istniejących zmian w głębi krtani; przypuszczenie to tembardziej było uzasadnionem, że anamneza wykazywała, iż pierwotnym objawem u chorego była chrypka, stopniowo wzmagająca się, a dopiero ostatniemi czasy wystąpiło utrudnienie połykania, to jest objaw wywołany naciskiem guza na tylną ścianę. Tym sposobem rozpoznaliśmy nowotwór złośliwy krtani, rozwijający się pierwotnie na strunach, z następczem przejściem na tylną ściankę. Przypuszczenie nasze jeszcze bardziej stawało się uzasadnionem, ze względu na późny wiek chorego, wysoki stopień ogólnego wyniszczenia i brak zmian jakichkolwiek w innych narządach wewnętrznych.

Z powodu silnej duszności, istniało stanowcze wskazanie do przecięcia tchawicy i takowego dokonał 1-go Października prof. Kosiński. Chory zaczął oddechać swobodnie, pozostało jednakże utrudnienie połykania, które stopniowo powiększając się, zaczęło stawać się dominującym objawem. Obraz krtaniowy zmienił się o tyle, że na guzie wyżej opisanym zaczęły występować jakby wtórne drobne czerwone guziczki; stan ogólny chorego coraz bardziej podupadał. Wobec stopniowo coraz większej trudności przełykania, która wreszcie doprowadziła do prawie zupełnej dysfagii, pozostała tylko jedna ostateczność, to jest całkowite wycięcie krtani, na które chory z chęcią się zgodził, wobec grozy śmierci głodowej. W celu dokonania operacji, przepisałem chorego na oddział chirurgiczny i tamże w dniu 19 Listopada prof. Kosiński dokonał u chorego całkowitego wycięcia krtani ¹⁾. Chory operację i okres pooperacyjny wytrzymał szczęśliwie, podupadał jednakże stopniowo co do stanu ogólnego i wreszcie zmarł dnia 19 Stycznia 1885 r., t. j. w dwa miesiące po dokonanej operacji. Badanie pośmiertne wykazało tylko objawy marazmu i zapalenia obustronnego płuc charłacznej natury (*pneumonia cachecticorum*) bez recydywy raka. Co się tyczy wyciętej krtani, to wewnątrz jej było prawie *in toto* zajęte głębokimi wrzodami rakovymi, przechodzącymi na chrząstki. Badanie drobnowidzowe wykazało istnienie raka rogowego.

*

*

*

Na zakończenie niniejszej pracy, chciałem jeszcze parę słów powiedzieć o leczeniu. MACKENZIE, w znanym swoim podręczniku chorób krtani, z wielką słuszością powiada, „że nigdy nie powinniśmy ostatecznego rozpoznania raka krtani z całą stanowczością stawiać, zanim nawet najmniejsze wątpliwości nie usunięte zostały wynikiem ujemnym leczenia przeciwrzymiotowego“. Zdanie to ma dużo słuszości, nie należy jednakże hurtownie do wszystkich przypadków go stosować, są bowiem przypadki, w których niemal od początku rozpoznanie nie ulega wątpliwości, w tych więc razach leczenie przeciwrzymiotowe przyczynić się może tylko do szybszego upadku ogólnego stanu chorego. W naszych powyższych przypadkach tylko w jednym, t. j. pierwszym, gdzie rozpoznanie z początku przedstawiało pewne wątpliwości, stosowano bezskutecznie leczenie przeciwrzymiotowe i sędzę, że ono w części się przyczyniło do tak szybkiego zejścia śmiertelnego.

¹⁾ Prof. Kosiński ma zamiar sam szczegółowo operację opisać.

Leczenie w ścisłym słowa tego znaczenia przy raku krtani może być tylko jedno, t. j. o ile można wczesne wykonanie całkowitego wycięcia krtani. Niestety jednakże wyniki dotychczasowe pomienionej operacji nie są zbyt świetne, nie tylko bowiem wszyscy chorzy w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu giną wskutek powrotu raka, lecz nadto życie ich po szczęśliwie przebytej operacji jest tak nędzne i godne politowania, że wszystko to razem wzięte niezbyt zachęca do powyższego rękoczynu. Jest jednakże jedno wskazanie, które, zdaniem mojem, wymaga bezwarunkowo wycięcia krtani, to jest przejście raka na nagłośnię, w tych bowiem przypadkach obok duszności chorzy doznają bólu i niemożności przełykania, które stopniowo dojść może do zupełnej dysfagii, jak to miało miejsce w naszym przypadku 4-tym; w tym razie chory, po szczęśliwie przebytej operacji, ma o wiele znośniejszą, acz również smutną egzystencję, gdyż przynajmniej jeść może [naturalnie bardzo długo, a nieraz stale tylko drogą karmienia zgłębnikiem]. To samo co o zupełnem da się powiedzieć i o częściowem wycięciu krtani; w tych przypadkach zazwyczaj jeszcze szybciej przychodzi powrót, chociaż pod tym ostatnim względem znany mi jest ciekawy przypadek, w którym u chorego około 60-letniego, dotkniętego rakiem strun głosowych, BILLROTH wykonał tracheotomię z następczem wycięciem części krtani; chorego widywałem następnie od czasu do czasu przeszło dwa lata i dopiero w trzecim roku nastąpił powrót w postaci raka skóry naokoło otworu tracheotomicznego. W tym przypadku, chociaż egzystencja chorego była również bardzo smutną, był on jednakże w stanie do ostatka zajmować się pracą dosyć ciężką, utrzymując biedną rodzinę.

W przypadkach raka strun głosowych [co i w większości przypadków najczęściej ma miejsce] jednym z najracjonalniejszych środków paliatywnych jest dokonanie o ile można najwcześniej przecięcia tchawicy (*tracheotomia*). Z dokonaniem takowego nigdy nie należy długo zwlekać i wyczekiwać wyższego stopnia zwężenia krtani, czekanie bowiem może chorego niespodziewanie przyprawić o śmierć, wskutek nagle powstałego obrzęku już i tak zwężonej głośni.

Tracheotomię należy wykonywać nawet i w tych przypadkach, w których nawet rozpoznanie jeszcze w zupełności ustanowionem nie zostało, gdyby bowiem nawet sprawa była natury nie rakowej lecz gruźliczej, to przy istniejącem zwężeniu nawet i w tych przypadkach tracheotomija okazuje się pożyteczną, jak to miałem sposobność kilkakrotnie się przekonać; w jednym przypadku nawet chory dotknięty gruźlicą płuc i krtani, która go doprowadziła do objawów silnej duszności, po dokonanej tracheotomii żył jeszcze około dwóch lat.

Tracheotomija wcześniej dokonana działa przytem w wysokim stopniu uspakajająco na chorego, który żyjąc pod ciągłą grozą zaduszenia, upada znacznie na duchu, traci łaknienie i sen. Z chwilą zaś dokonanej tracheotomii, nb. jeśli takowa wcześniej była dokonana, chory zaczyna zazwyczaj szybko się poprawiać, co zawdzięcza głównie odzyskanemu spokojowi; następnie za tem po paru dniach idzie poprawa łaknienia i snu. Tym sposobem w rzeczywistości tracheotomija przyczynia się stanowczo do przedłużenia życia chorego, jak to zresztą nawet statystyczne dane FOWEL'a i S. COHEN'a wykazują.

Po dokonanej tracheotomii nie należy nigdy zaniedbywać stosowania metodycznego inhalacyj przeciwnieżylnych [kilka razy dziennie], najlepiej kwasu karbolowego; takowe oczyszczając owrzodzenia, nie tylko że wpływają na opóźnienie sprawy rozpadowej, ale jednocześnie usuwają nieprzyjemny w wysokim stopniu oddech chorego, który, obok zanieczyszczenia powietrza, pozbawia chorego nie-raz zupełnie łaknienia.

KORRESPONDENCYJA.

Sztrasburg, 23. II. 1886.

Lekarzowi, przybywającemu do Berlina, daleko bardziej imponują tak z zewnątrz, jak i co do wewnętrznej wartości, zakłady lekarskie czysto naukowe [instytuty: fizjologiczny, farmakologiczny, patologiczny, urząd zdrowia], aniżeli praktyczne kliniki i szpitale. Ostatnie istnieją oddawna, mieszczą się więc w starszych, często ciasno i niedogodnie zbudowanych gmachach, np. większość klinik w Charité. Przeciwnie zakład naukowy, prawie wszystkie nowo wzniesione, są obszerne i urządzone nie tylko wygodnie, ale i okazale, nawet z pewnym przepychem. Wyjątek stanowi tylko instytut higieniczny [pracownia prof. Koch'a], mieszczący się w starej ruderze.

O nim jednym mogę pisać, bo innych z tych zakładów bliżej nie poznałem, a i w tym jednym stykałem się głównie z oddziałem jego pedagogicznym, a nie właściwym naukowym.

Obok lekarzy zajmują się tu i inżynierowie. Głośniejszych nazwisk pomiędzy pracującymi nie ma. Dawni uczniowie Kocha: GAFFKY, LÖFLOER, HUEPPE, pozajmowali samodzielne stanowiska. Asystentów do bakteriologii Koch ma 4 [PLAGGE, WEISSER, FRANK i FRAENKEL, dwaj pierwsi lekarze wojskowi], piątego jeszcze chemika. Czem się tu teraz zajmują, dokładnie nie wiem. Najwięcej jednak, na każdym kroku prawie, słyszy się o bakteriologii wody.

Pedagogiczny oddział instytutu higienicznego opisał niedawno i szczegółowo kol. BURWID. Nie wiele się od tego czasu zmieniło. Są tu dwa kursa: jeden półroczny [100 marek] dla obeznanych już z bakteriologią, ci pracują samodzielnie pod kierunkiem samego Kocha. Podczas mego pobytu było ich 10; za poważniejszych pracowników uchodzili ESMARCH, PETER. Drugi kurs miesięczny elementarny prowadzą trzej młodzi asystenci Kocha. Liczba miejsc w nim w różnym czasie wynosiła 14 — 22, zwykle pozamawianych już z góry na jakie dwa miesiące. Zgłaszają się głównie cudzoziemcy [przy mnie Włosi, Francuzi, Japończycy, Szwed, Hiszpan], oraz lekarze rządowi, cywilni i wojskowi z różnych stron Niemiec; z Berlina natomiast uczęszcza tu niewielu. W Grudniu zapisał się na taki kurs elementarny osiwiśla już lekarz. Kurs kosztuje 60 marek; nieodłączne od niego wydatki [niektóre przynajmniej z podręcznych narzędzi, zwierzęta, żelatyna, alkohol itp.] około 20 marek. Mikroskop trzeba mieć swój; za wynajęcie odpowiedniego na miesiąc płaci się 30 marek. Ogólnie tu używają tanich mikroskopów LEITZ'a. Pewne obeznanie się z mikroskopem jest konieczne. Zajęcia odbywają się bardzo sumiennie. Asystenci pomagają od 9 do 1 lub 2-iej; w pracowni można siedzieć do 5-ej. Sam Koch tym kursem wcale się nie zajmuje. Przedmiot zajęć stanowią: barwienie pasorzytów na szkiełkach i w tkankach, hodowle ich na ośrodkach stałych [głównie na galarecie i na kartoflach], mniej już szczepienia. W ciągu miesiąca przy najusilniejszej nawet obustronnej pracy niepodobna przerobić całej bakteriologii, zwłaszcza

jeżeli jeszcze, jak to było w Grudniu, wypadnie kilka dni odtrącić na święta. Były więc pewne luki w kursie. Nie przygotowywał np. każdy z osobna agaru, surowicy; z wielu pasorzytów chorobotwórczych pokazywano tylko gotowe już preparaty lub hodowle [z cholery azjatyckiej mianowicie, nosacizny, trądu, przymiotu, trypra, gorączki powrotnej]. Hodowle gruźlicy dopiero zaczynały się rozwijać pod koniec kursu; nie można więc było sprawdzić ich szczepieniem. Jakkolwiek bądź uczą bardzo sumiennie i skorzystać można bardzo dużo nawet przez tak krótki czas.

Preparaty z zapalenia płuc włóknikowego bardzo często tu nie dopisują (*Diplokokki* FRIEDLAENDER'a); to też mocno powątpiewają o chorobotwórczem ich znaczeniu. Z równą nieufnością przyjmują tu wiadomości o szczepieniu ochronnem wścieklizny przez PASTEUR'a. Bronią za to LUSTGARTEN'a, którego laseczniki przymiotowe z kilku stron w ostatnim czasie zostały podane w wątpliwosć ¹⁾. O pracach NENCKIEGO, PRAŻMOWSKIEGO odzywają się tu z wielkiem uznaniem.

Wkrótce [z początkiem półrocza letniego] mają otworzyć trzeci jeszcze kurs bakteriologii praktycznej dla studentów [2 godziny tygodniowo]. Tymczasem prof. KOCH wyklada bakteriologię teoretyczną [1 godzina] i higienę [3 godziny tygodniowo]. Tylko pierwszy z tych przedmiotów [właściwie nie bakteriologija, ale metody badania pasorzytów] ma licznych słuchaczy. Na higienę uczęszcza ich nie więcej niż 30—40, i to przeważnie nie studentów, ale starszych już lekarzy. W porównaniu z innemi wykładami, cyfra ta jest bardzo niska i nie da się wytłomaczyć ani spóźnioną porą lekcji higieny [od 5—6], ani też znaczną odległością instytutu higienicznego od klinik. A jednak wykłady te odbywa prof. KOCH nadzwyczaj starannie. Wszystkie szczegóły objaśnia mnóstwem rysunków, tablic, preparatów, okazów i licznemi doświadczeniami. Do końca Stycznia przedmiot lekcji stanowiły powietrze i woda. Częste zboczenia w dziedzinę bakteriologii są tu nieuniknione. Nie wysuwa się jednak ona na pierwszy plan przed higieną. Rozbiór chemiczny wody jakościowy i ilościowy, przerabiany przed słuchaczami bardzo szczegółowo, zajął najwięcej czasu. Z wykładów tych przytoczę parę rzeczy, które mnie uderzyły, może i czytelników „Gazety Lekarskiej“ zainteresują.

KOCH utrzymuje, że bakteryje w przeciwstawieniu do właściwych grzybków [pleśniowych np.] niezdolne są same przez się wznosić się w powietrze. Wykazuje to bardzo prostem, a wymownem doświadczeniem. Na dnie cylindra leży czysta połówka przekrojonego kartofla. Tuż nad nią wisi druga połówka zwrócona na dół powierzchnią rozkroju, z obfitą hodowlą *micrococci prodigiosi*. Gdyby choć nieliczne mikrokokki opadały z górnej połówki na dolną, to na tej ostatniej rozwinęłyby się łatwo dostrzegalne purpurowe kolonie. Tymczasem upływa tydzień, dwa — dolna połówka wciąż pozostaje białą. To samo dotyczy wznoszenia się bakterij w powietrze z powierzchni płynów. Dwie kolby z buljonem, jedna z mętym od zawartych w nim bakterij, druga ze sterylizowanym łączą się ze sobą rurką, przechodzącą przez korki obydwóch. Można przeciągnąć znaczną ilość powietrza przez obie kolby i to w ten sposób, że musi

¹⁾ Natomiast z pasorzytów chorobotwórczych, odkrytych przez KOCH'a, o ile tyfusowe zyskują coraz więcej zwolenników i zewsząd znajdują potwierdzenie, o tyle choleryczne podlegają żywym zarzutom. chociaż w pracowni KOCH'a kwestyję uważają za rozstrzygniętą. Że EMMERICH obstate przy znalezionych przez siebie lasecznikach prostych, że można zjeść bezkarnie sporo wypróżnień cholerycznych, albo nawet parę milionów wyhodowanych laseczników przecinkowych, to jeszcze wielkiego znaczenia nie ma. Ważniejszym byłoby, że w Monachijum wyhodowano laseczniki przecinkowe z kału przy dyzenterji i innych biegunkach. Znajdował je w podobnych warunkach i KLEBS. [Wiadomość tę powtarzam za prof. REKLINGHAUSEN'em, na którego wykładzie ją słyszałem]. Sprawa ta więc pozostaje wciąż jeszcze w zawieszeniu.

ono przejść najprzód przez buljon zakażony, potem przez sterylizowany; pomimo tego ten ostatni pozostaje czystym. Zjawiska te tłumaczą się lepkością otoczek bakteryj. Ale dzięki tej samej własności, bakteryje łatwo się przylepiają do właściwych grzybków, cząsteczek pyłu, kurzu i unosząc się z niemi łatwo już mogą zanieczyszczać powietrze. Jasno ztąd wypływa, jakie znaczenie higieniczne ma usuwanie kurzu, polewanie ulic. Pod względem higienicznym ani procent kwasu węglanego w danem powietrzu, ani ilość zawieszonych w niem pasorzytów nie ma pierwszorzędного znaczenia. Wielka nawet ilość bakteryj w powietrzu może być całkiem obojętną dla zdrowia; nieliczne, ale chorobotwórcze będą bardzo zgubne. Trzeba więc szukać w powietrzu bakteryj chorobotwórczych. W tym kierunku dotąd zrobiono bardzo mało. Z pomiędzy wszystkich form [gatunków] bakteryj najwięcej jest chorobotwórczych pomiędzy mikrokokkami, a w powietrzu one właśnie przeważają nad innemi.

To samo dotyczy i wody. Jeżeli rozbiór chemiczny wykazuje w niej wysoki procent kwasu azotnego, albo soli kuchennej, jest to tylko pośrednim dowodem szkodliwości wody dla zdrowia; świadczy o znacznej do niej domieszcze produktów życia organicznego. Więcej już daje pewności ilość pasorzytów, zawartych w danej objętości [1 ctm. sześć.] wody. Liczba ich bez szkody dla zdrowia może dochodzić do 100. W tej samej rzece waha się ona w różnych porach roku [mniej w zimie, więcej w lecie]; w wielkich miastach poniżej ujścia ścieków dochodzi do 100,000 na 1 ctm. sześć. wody. Ostatecznie jednak i tu przedewszystkiem obecność chorobotwórczych pasorzytów [np. węglkowych, tyfusowych] w wodzie, albo brak takowych, stanowi o jej szkodliwości.

Bakteryje, zdaniem KOCH'a, grają ważną rolę przy zadziwiającem zjawisku — naturalnem oczyszczaniu się rzek. Woda w rzekach, tuż poniżej miast, zwłaszcza wielkich, zawiera olbrzymi procent substancyj organicznych i mnóstwo pasorzytów. Jednakże już o jakąś jedną, dwie mile poniżej miast traci ona te przymieszki i wraca do pierwotnej swej względnej czystości. Przypuszczano, że zanieczyszczenia organiczne podlegają utlenieniu [powietrze zawarte w wodzie posiada więcej tlenu, niż wolne]. KOCH objaśnia to zjawisko w ten sposób, że pasorzyty zużywają na pokarm dla siebie substancyje organiczne, zawieszone w wodzie, same zaś w miarę spożycia tego materiału opuszczają się coraz niżej, wreszcie opadają na dno rzeki; zupełnie tak samo, jak to czynią w probówkach bakteryje, rozpuszczające galaretę.

Jest rzeczą bardzo pożądaną mieć w miastach wodę rzeczną, wolną od pasorzytów. Do tego celu mają służyć filtry. Woda, filtrowana przez glinę, krążki azbestu, rzeczywiście nie zawiera zgoła bakteryj. Węgiel pod tym względem jest niedostatecznym. W wielkich miastach jednak trzeba się rachować i z kosztem materiału, i co ważniejsza, wobec olbrzymiego zapotrzebowania wody, filtry muszą spełniać swoją czynność bardzo szybko. Najwięcej się nadaje, a i pod względem higienicznym jest wystarczającym, filtrowanie wody przez żwir i piasek [właściwie przez warstwę szlamu, która się wkrótce tworzy ponad żwirem]. Filtry powinny być pod ciągłą kontrolą. Często bowiem nie przepuszczają one bakteryj przez jakiś czas, aż naraz w otrzymywanej z nich wodzie zjawia się odrazu mnóstwo pasorzytów, daleko więcej, niż w wodzie rzecznej niefiltrowanej. Warstwa szlamu stanowi dla nich wyborny materiał odżywczy; rozwijają się więc w niej bardzo obficie i również obficie dostają się do wody, skoro filtr zacznie je przepuszczać. A nie zdradza się to napozór, na oko niczem. Wszelkie większe cząsteczki, męty dostrzegalne okiem, filtr jeszcze może zatrzymywać, a tysiące i miliony pasorzytów już przepuszcza. Dostarczanie miastom lepszej wody do picia i gorszej do domowego gospodarskiego użytku jest zupełnie niewłaściwem.

Daru wymowy KOCH wcale nie posiada. Mówi cicho, niewyraźnie [nawet dla Niemców], trochę się zacina. I pod względem jasności wykładu jego szwan-

kują. Wobec mnóstwa drobnostek, szczegółów, a zwłaszcza cyfr, główna treść rzeczy zaciera się. W pracowni zato całkiem inaczej. Tu w kilku słowach, jasno jak na dłoni, odkrywa błędy, popełnione przy badaniu jakiejś kwestyi, wskazuje właściwą drogę postępowania. Wygląda staro; w obejściu grzeczny, uczynny, daleko bardziej niż zwykły profesor berliński lub jego asystent.

Przechodzę do klinik. Przyjrzałem się bliżej wewnętrznym, profesorów GERHARDT'a i LEYDEN'a. Każdy z nich ma pierwszego asystenta, także profesora [EHRlich ¹⁾, FRAENKEL]. Pomimo takich sił, wykłady kliniczne pozostawiają bardzo wiele do życzenia. GERHARDT cieszy się tu, i słusznie, większem uznaniem niż LEYDEN. Wybiera przypadki zwyczajne, rozbiera je krótko, ale gruntownie, poczem większą część lekcyi obraca na teoretyczny wykład o danej chorobie, do którego chory służy za ilustracyję. Bardzo często w wielu kwestiach wypowiada stanowczo osobiste poglądy i przekonania, powołując się na swoje doświadczenie. Zarzucić mu można, że za mało zajmuje się chorym, danym przypadkiem, jako też, że wykładając dla początkujących studentów, często bywa zbyt elementarnym. Profesor LEYDEN wybiera przypadki niezwykle; rozpoznaje nie tyle ściśle, ile śmiało; słów dużo, treści mało. W obu klinikach zdają słuchaczom sprawę z sekcji o tyle tylko, o ile te potwierdziły rozpoznanie [tak bywało przynajmniej przy mnie]. Materyjał mają ogromny i do tego wybierany z całego szpitala. Sale urządzone po staremu: duże, ułożone rzędem tak, że przechodzi się wprost z jednej do drugiej; jeden tylko rząd okien, a dwa łóżek: łóżka stoją ciasno obok siebie. Wentylacja tylko lepsza, niż u nas. Sale wykładowe, do których wtaczają łóżka z chorymi, są duże, ale zawsze jeszcze nie wystarczają dla mnóstwa [200—300] słuchaczy. Znaczna ich część musi stać a nawet czasami wprost nie znajduje miejsca w sali. Klinika nerwowa podczas mego pobytu była zamknięta z powodu choroby prof. WESTPHAL'a. Poliklinika chorób nerwowych i umysłowych MENDLA, bardzo licznie uczęszczana, mieści się w brudnym i ciasnym lokalu. Badanie chorych i rozpoznawanie odbywa się dziwnie szybko i powierzchownie, co tem dziwniejszem mi się wydawało, że wykłady MENDLA anatomii mózgu są bardzo gruntowne i sumienne.

Nihilizmu w terapii nie ma tu wcale: chwalą i gorąco zalecają nawet drugorzędne środki apteczne. Środków przeciwgorączkowych wprost nadużywają: 5 grm. antipiryny stanowi normę prawie w każdym przypadku tyfusu, często jeszcze obok kąpieli. Użycie antipiryny zachwalają bardzo [LEYDEN] w przypadkach ostrego gościa stawowego, nie ustępujących przed *natr. salicylicum*. Lanoliny probują z wielkim zapalem nawet w klinikach wewnętrznych. O poszukiwaniu bakterij w różnych chorobach także ciągle tu słychać ²⁾. Przypadki moczołki cukrowej, wrzodu okrągłego żołądka, niedokrwistości złośliwej trafiają się tu bez porównania częściej, niż u nas. Być może, że takie przypadki najchętniej biorą do klinik i przedstawiają słuchaczom. Że natomiast o zatruciu ołowiem u nas tak rzadko słychać w porównaniu z tutejszemi klinikami i szpitalami, to prawdopodobnie zależy od tego, że nie zwracamy na nie uwagi, nie pytamy się chorych o zajęcie, nie oglądamy działań i nie szukamy podejrzaných objawów w anamnezie. Tu takie przypadki spotyka się prawie na każdym kroku. Do rozpoznania lekarzowi wystarcza obok wiadomości, że dany chory ma do czynienia z ołowiem, parę albo nawet i jeden jakiś objaw zatrucia. Prawda że w Berlinie przemysł więcej jest rozwinięty, niż u nas, ale ostatecznie i u nas to zatrucie niewątpliwie

¹⁾ Zwracam uwagę Szanownych Panów na bardzo ciekawy artykuł EHRlich'a w *Deutsch. med. Woch.* Nr. 4 z r. b., jeżeli go już Panowie nie czytaliście.

²⁾ Prof. FRAENKEL, asystent LEYDEN'a, utrzymuje np., że w różnych przypadkach zapalenia ropnego opłucnej znajdował różne mikrokokki, i że rokowanie zależne od tego jest różne. Otok ropny mianowicie, powstający w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, ma często sam przez się podlegnąć wessaniu.

często się trafia, tylko go nie rozpoznajemy. Widziałem tu przypadek nowej choroby (*latah myriachit*), odkrytej najprzód w Ameryce i Syberyi, a teraz znalezionej i w Europie. Obraz jej składa się: 1) z kurczów klonicznych lub ruchów jakby choreatycznych w mniejszej lub większej liczbie mięśni ciała 2) koprofalii — nieprzestający popęd do używania wyrazów nieprzyzwoitych i obelżywych 3) echo-lali, powtarzanie słów usłyszanych lub ruchów spostrzeżonych. MENDEL w za-starzałych, rozpaczliwych przypadkach nerwobólu twarzowego używa z powodze-niem podskórnych wstrzykiwań 2% kwasu solnego.

Ogólne wrażenie z klinik wewnętrznych wyniosłem niekorzystne. Przyjeżdżać umyślnie, żeby z nich korzystać, nie warto; coś nowego rzadko się usły-szy. Prawdziwych wykładów klinicznych, któreby uczyły myśleć, rozpoznawać, rokować, trudno się doczekać; czasem się to trafi GERHARDTOWI. O całe niebo wyżej stoją pod tym względem lekcje HENOCH'a chorób dzieciennych. Powsze-chnie chwalą bardzo kliniki ginekologiczne [SCHROEDER, GUSSELOW] oraz chirur-giczną [BERGMAN], co i ja, o ile je widziałem, mógłbym tylko potwierdzić. Urzą-dzenie wewnętrzne mają bez porównania lepsze od klinik terapeutycznych.

Poduczyć się tu praktycznie w jakiejś klinice trudno; lekarz przyjezdny ko-rzysta tylko z wykładów w audytorjum na równi ze studentami. Jak ci ostatni, tak i on nie ma prawa wchodzić na sale. Jeżeli prosi o to profesor i otrzyma pozwolenie [a uprzejmością, uczynnością wcale tu nie grzeszą], to i to mu się na wiele nie przyda; przyjmą go niechętnie, nie będzie mógł badać chorych. To też obcych lekarzy do klinik przyjeżdża niewielu. Podczas wakacyj pomiędzy zimowem i letniem półroczem odbywają się tu bardzo liczne [około 60] kursy praktyczne dla lekarzy, 2—4 razy tygodniowo, za wynagrodzeniem 20 — 40 ma-rek. Prowadzą je prywatdocenci, docenci, niektórzy profesorowie. Pierwszo-rzędne siły nie biorą w tem udziału.

Prof. VIRCHOW [ze sposobu mówienia i postawy dziwnie przypominający prof. SZOKALSKIEGO, jak HIRSZ znowu prof. ŁUCZKIEWICZA] miewa wyborne dzięki bogactwu materiału wykłady kazuistyki anatomo-patologicznej, oraz o wiele gor-sze patologii. Każda miska z preparatem obiega całą salę, przechodząc z rąk do rąk, co dla słuchaczy o wiele jest korzystniejsze, niż przyjęty u nas zwyczaj pokazywania preparatów pojedynczym grupom po kolei. To samo się dzieje i z drobnowidzami. Każdy z nich ma podstawę z kółkami, na których objężdża całe audytorjum. Przez wszystkie ławki przebiega wyrzynięty w nich w tym celu rowek z szynami. Ławki zaginają się u końców, przechodząc jedna w drugą.

Ze szpitali bywałem w jednym tylko, *Allgemeines städtisches Krankenhaus*. Po-łożony w parku (*Friedrichshain*) na wschodnim krańcu miasta, zbudowany nieda-wno, tem samem już więcej, niż inne, odpowiada nowszym wymaganiom. Przy-pomina nieco szpital S-go Ducha. Składa się z 12 pawilonów, stanowiących każdy oddzielny budynek, przeznaczony dla 60—80 chorych. Sala zajmuje całą prawie długość i szerokość pawilonu, okna po obu stronach, łóżka luźno rozstawione, dwa olbrzymie wentylatory pośrodku [szerokie sklepienie kanały, prowadzące z sali na zewnątrz budynku, w samej sali ogrzewane rurami z gorącą wodą]. W każdym pawilonie są 2 pokoiki dla lekarza, drobnowidz, przyrządy i odczyn-niki do badania moczu, waga. Siostry miłosierdzia są tylko w oddziałach kobie-cych i dzieciennych, w męskich dozorczy, jeden na 12 chorych. Chorzy płacą bli-zko rubla dziennie [1 mark. 75 fen.], chociaż ten właśnie szpital przeznaczono dla uboższej ludności. Dyjety odróżniają 4. Większość chorych dostaje jeszcze jako dodatki: kawę, piwo, jaja i masło. Wino i wody mineralne daleko częściej tu dają, niż u nas; lekarstw za to o wiele mniej, w małych 100 grm. fiaskach, zwykle co 3 godz. łyżkę. Lekarzy głównych [dyrektorów] szpital ma dwóch, je-dnego [RIESS] dla oddziałów wewnętrznych, drugiego [HAIN] dla zewnętrznych. RIESS obchodzi codziennie wszystkich swoich [kilkuset] chorych, zna ich, pa-mięta, że dawniej leżeli w szpitalu, stawia dyagnozy, interesuje się prawie każdą

sekcją. Każdy pawilon [a więc 60—80 chorych] ma prócz tego swego lekarza [asystenta], który mieszka w szpitalu i po za nim praktykować nie może, za co prócz całkowitego utrzymania dostaje 900 — 1200 mar. rocznie. Odbywa on w swoim oddziale wizytę poranną i wieczorną, nie licząc tego, że obchodzi jeszcze chorych z prymaryjuszem. Chorych ważą, oznaczają ołówkiem granice organów, drobnowidzują potrosze, bardzo troskliwie badają moczu. Specjalizacja, przynajmniej w szpitalu, nie tyle się rozwinęła, co u nas. Odróżniają tylko oddziały wewnętrzne i zewnętrzne. W wewnętrznych lekarz sam rwie zęby, przecina ropnie, leczy choroby oczne, uszne, skórne, wyjmuje resztki łożyska. Materyjał ogromny nie zużytkowyywa się, jakby można było; chorych na każdego lekarza przypada wprost za dużo. Pomocników [naszych asystentów] mieć nie wolno, chyba za wyjątkowem pozwoleniem; nazywają ich famulusami. Chorzy w szpitalu całkiem różni od naszych: z taką cierpliwością, zaufaniem, z taką dokładną anamnezą u nas trudno się spotkać. Prosektorem jest FRIEDLAENDER, ma 2 liche, ciasne salki, jednego asystenta. Technika sekcji trochę inna, niż u nas.

W stosunku do ludności Berlin ma nieco mniej lekarzy, niż Warszawa. Płacą tu za pierwszą wizytę zwyczajnemu lekarzowi 3 marki, za następne po 2. Częściej jednak mają lekarzy domowych z wynagrodzeniem rocznem. Lecznice takich jak u nas nie ma; zastępują je bezpłatne polikliniki uniwersyteckie. W dziennikach lekarze nie ogłaszają się wcale, nawet tablice przed domami dość rzadko się spotyka. Raziło mnie z początku, że rozmawiając z sobą, tytułują się: panie doktorze, panie, wreszcie panie kolego. Może to zresztą słuszniejsze, niż nasze koleżeństwo, często rzekome. [Bliższe stosunki ogólnie zawiązują tu nie łatwo]. Do profesorów znowu [mających prawo po temu] mówi się: panie radco tajny (*Geheimrath*), godność widocznie poczytana za wyższą od profesorskiej. Felczerów od dawna niema, chociaż w ostatnim właśnie czasie w królestwie Saskiem proponowano ich przywrócenie.

Studenci polscy mają tu stowarzyszenie akademickie, do którego należą i uczniowie innych wyższych szkół tutejszych: technicy, chemicy, rolnicy. Posiedzenia tygodniowe, ogólne i specjalne, odbywają bardzo poważnie, może nawet za bardzo, jak na młodych. Panuje u nich pewien dziwny dla nas porządek i pewna karność. Bibliotekę mają dość bogatą [kilka tysięcy tomów], pism polskich dość dużo; przyjezdnych Polaków przyjmują bardzo gościnnie. Całe stowarzyszenie sprawia bardzo miłe wrażenie. Liczba wszystkich Polaków w wyższych szkołach tutejszych wynosi zaledwie 100. W całych Niemczech, jak mi mówiono, kształci się ich ze 400, a i od tej cyfry trzeba odtrącić nieco poddanych rosyjskich. Jest to liczba niezmiernie mała, prawie przerażająca. Ludność polska w Prusach jest równie liczna, jak w Austrii, a lud o wiele wyżej stoi umysłowo. Tymczasem tam dwa uniwersytety, każdy z .000 słuchaczy, nadtto szkoła techniczna, rolnicza i bardzo wielu studentów w Wiedniu, Pradze. Tu zaś tylko 400. Po części, ale tylko po części, tłumaczy to brak żydów Polaków w Prusach; dalej na Mazurach pruskich nie ma zupełnie średniej klasy polskiej, na Szląsku dopiero się ona tworzy. Jednakże i w Poznańskim, w gimnazyjach nawet, jak donoszą pisma miejscowe, chociaż w niższych klasach Polacy mają znaczną przewagę nad Niemcami, w 4 wyższych stosunek ten zmienia się na odwrotny. Muszą więc być inne jeszcze przyczyny, może zubożenie ludności, brak środków do wyższego kształcenia, może i brak chęci.

Studenci medycy za naukę płacą drogo. Nawet ten, co się urządza oszczędnie [to jest uczęszcza chyłkiem darmo na wykłady, za które powinienby płacić] wydaje 200—300 marek na półrocze za wykłady. Wykładających mnóstwo, po 2—4 do każdego przedmiotu, w ogóle na wydziale lekarskim blisko 100. Lekcje odbywają się do 7 nawet 8 wieczorem. Półrocze zimowe trwa od początku Listopada do 10—15 Marca; letnie od Maja do pierwszych dni Sierpnia. W klinikach

z chorymi stykają się studenci bardzo mało, najwięcej jeszcze w ginekologicznych. W wewnętrznych dostają ledwie po paru chorych w ciągu roku. Opukiwania, wysłuchiwanie uczą się po za kliniką. Wynagradzają im to wszystko po części polikliniki, gdzie zarazem obznajmiałą się ze zwyczajnem, szybkim badaniem chorych. Ma to jednak i ujemną stronę, bo przyzwyczajają do powierzchowności w badaniu, lekkomyślności w rozpoznaniu. Z chirurgią wreszcie najtrudniej im się praktycznie obeznać. W klinice nietylko do noża, ale i do opatrunków nie mogą się dostać. Burszowskich czapeczek w klinikach widać mało; dużo za to pokiereszowanych twarzy. Na kursach nie znają się i nie witają ci nawet, co już kilka lat siadają na jednej ławce. Życie koleżeńskie skupia się w stowarzyszeniach studenckich. Dziwnym mi się wydał zwyczaj ich witania ulubionych profesorów [DUBOIS-RAYMOND, KOCH] tupaniem i szuraniem nogami.

Miasto samo bardzo czyste, porządne. Ludność wygląda o wiele czerstwiej i silniej, a zresztą bardzo podobna do naszej; mnóstwo się widzi twarzy pomiędzy Niemcami, któreby można uznać za typowe polskie.

Rozporządzenia, dotyczące wydalenia poddanych rosyjskich, obowiązują i w Berlinie. Po przyjeździe trzeba się meldować w policyi, zkąd wydają pozwolenie na pewien czas pobytu „każdego dnia odwołalne (*jeden Tag widerrufliche*).“

K. Chelchowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

22. M. Nencki. O Parahemoglobinie (*Ueber das Parahaemoglobin*).

Badania prof. M. NENCKIEGO nad barwnikiem krwi wykazały, w jaki sposób łączy się on z białkiem w hemoglobinie, która podług STRUVE'go i LEHMANN'a jest tylko białkiem, zanieczyszczonem przez barwnik krwi, a podług HOPPE-SEYLER'a związkiem chemicznym białka z hemochromogenem, barwnikiem z łatwością przechodzącym wobec tlenu w hematynę, a w jego braku w hematoporfirynę. Hemoglobina jest związkiem dosyć stałym: daje ona związek z tlenem, tlenkiem węgla, tlenkiem azotu, przechodzi w metahemoglobinę bez rozszczepienia cząstki. Hemoglobina po dwukrotnem przekrystalizowaniu z ciepłej wody i przemyciu alkoholem, nie zawiera ani śladów chloru, lub kwasu fosforowego; nie jest więc ona związkiem chlorku, lub fosforanu heminy z białkiem. Kwas azotny dymiący utlenia hemoglobinę podobnie jak globinę, kazeinę i białko surowicy (*Serumeiweiss*) na kwas paranitrobensoenowy. Z hemoglobiny nieoczyszczonej, chlor zawierającej, kwasy, jak np. szczawiowy wydzielają nie sole odpowiednie heminy np. szczawian, lecz jej chlorek.

W celu rozszczepienia hemoglobiny, dla otrzymania soli jej barwnika, traktował prof. NENCKI oczyszczone przez krystalizację kryształy hemoglobiny 93%-owym alkoholem. Ku zdziwieniu swemu jednakowoż, a więc przeciwnie do wskazówek HOPPE-SEYLER'a, nie zauważył on przytem rozkładu hamoglobiny, lecz przemianę jej na kryształy nierozpuszczalne w wodzie, alkoholu i eterze, o ceglastej barwie hemoglobiny. Kryształy te mają zupełnie taki sam skład chemiczny, co i oksyhemoglobina, są więc jej izomerem lub polimerem i zostały nazwane przez prof. NENCKIEGO parahemoglobiną.

Parahemoglobina rozpuszcza się w rozcieńczonych wodnych roztworach stałych alkaliów i wówczas daje w widmie smugę absorbcyjną hematyny; z brunatnych roztworów alkalicznych kwasy strącają bezkształtny osad. Kwasy mineralne rozkładają też parahemoglobinę, lecz trudniej. Kwas siarczany lub solny, dodane do roztworu parahemoglobiny w alkoholu amyłowym, pozostawiają

większą jej część niezmienną i tylko częściowo rozkładają ją na produkty bezkształtne. Kryształy parahemoglobiny załamują podwójnie światło i dają w spektroskopie widmo o charakteryzujących oksyhemoglobinę smugach absorbcyjnych.

Parahemoglobina w nieobecności wody i powietrza rozpuszcza się w amonijaku alkoholycznym i daje się zeń przekrystalizować. Taki roztwór amonijakalowy koloru czerwonego czas jakiś bez zmiany się przechowuje, a widmo jego odznacza się jedną smugą absorbcyjną pomiędzy *D* i *E*. Po dłuższym jednakowoż staniu, nabiera on barwy niebieskawej i wówczas daje już widmo o dwu smugach absorbcyjnych.

W rozszczepieniu parahemoglobiny na białko i hematynę przyjmuje udział nie tylko powietrze, lecz i woda, jak tego bezpośrednie doświadczenie prof. NENCKIEGO dowodzi. Wprowadził on do eudyjometru z suchym tlenem kryształy parahemoglobiny, a następnie dodał alkoholu absolutnego, nasyconego amonijakiem. Powstały roztwór dawał widmo z jedną tylko sobie właściwą smugą absorbcyjną między *D* i *E*, i dopiero po zetknięciu z wodą tego roztworu, kolor jego się przemienił i w widmie zjawily się smugi absorbcyjne hematyny.

To samo doświadczenie powtórzono z alkoholycznym ługiem potażowym, i oznaczono ilość tlenu pochłanianego w sprawie rozszczepienia parahemoglobiny: 100 jej gramów absorbuje 6,08 gramów tlenu.

Parahemoglobina w wodzie pęcznieje, a jej kryształy tracą zdolność podwójnego załamывania światła, odyskują ją jednakowoż po wyschnięciu. Kryształy związku hemoglobiny z tlenkiem węgla, analogiczne oksyhemoglobinie i kryształy methemoglobiny dają się pod alkoholem i eterem przechowywać bez zmiany, nie przechodząc w odpowiednie związki parahemoglobiny. Wodny ciepły roztwór oksyhemoglobiny nie daje się przez klócenie z węglem kostnym odbarwić, jak to w pierw mylnie było podawanem, lecz wytwarza się przy tem methemoglobina; większe zaś masy węgla odbarwiają wprawdzie roztwór, lecz w skutek chłonięcia białka i ów bezbarwny płyn, przechodzący przez filtr z węgla kostnego, zawiera tylko jego ślady. Parahemoglobina, którą teraz dopiero prof. NENCKI wspólnie z panią D-r SIEBER'ową i D-r LACHOWICZEM zbadali, była po raz pierwszy otrzymaną przez REJCHERT'a, lecz zapomnianą.

Przejście oksyhemoglobiny w parahemoglobinę jest analogicznem do przejścia białka pod wpływem ciepła lub alkoholu z rozpuszczalnej w nierozpuszczalną odmianę, co znowu przypomina metamorfozy aldehydów, lub związków cyjanowych.

Ta zdolność ciał białkowatych istnienia w dwóch odmiennych stanach: niestałym i stałym jest nieskończenie dla biologii ważną. Odróżniać bowiem zawsze należy białko komórek żyjących od nieżywych, i różnice między nimi, na które pierwszy zwrócił uwagę PFLUEGER, mnożą się z dniem każdym i coraz wyraźniej zarysowują. Tak np. zjawiska fizjologicznego utlenienia w organizmie polegają właśnie na owej odróżniającej białko żywe od nieżywego własności odtleniania. Zdolność ta odtleniania komórki żywej wykazuje się zaniebieszczeniem tkanek tak roślinnych jak i zwierzęcych przez świeże soki roślinne i zwierzęce; dowodzą jej prace HEIDENHAIN'a z nabłonkiem (*epitelium*) kanałów moczowych i kwasem indygosiarczanym, EHRLICH'a z indofenolem i błękitem alizarynowym; a przede wszystkim LOEW'a i BOKORNY'ego, którzy dowiedli, że właśnie białko żyjące, a nie inne części składowe komórek posiadają tę własność odtleniania.

Przejście rozpuszczalnej oksyhemoglobiny w nierozpuszczalną parahemoglobinę objaśnia się podług prof. NENCKIEGO obecnością w jej cząstce grup aldehydowych [CHO] i jest skutkiem przestawienia atomów. Ze to przestawienie nie prowadzi za sobą zasadniczej przemiany w budowie cząstki, że być może zachodzi ono tylko w jakiej bocznej gałęzi, grupie, odchodzącej od zasadniczego jądra, za tem przemawia nadzwyczajnie ciekawy fakt, iż widmo parahemoglo-

biny jest identycznym z widmem oksyhemoglobiny, że się charakteryzuje temi samymi dwiema smugami absorbcyjnymi. Jedną jeszcze analogią pomiędzy białkiem w stanie bardzo niestałym, a aldehydami przytacza prof. NENCKI. Upatruje ją mianowicie w enzymach, fermentach nieorganizowanych, które są niczem innem, jak tylko białkami w stanie bardzo nie stałym łatwo zmiennym pod wpływem najrozmaitszych czynników, jak kwasów, alkali, soli, metalów, alkoholi, elektryczności, podwyższonej ciepłoty a nawet samego czasu. Prawdopodobnem się wydaje prof. NENCKIEMU, że działanie enzym polega na takim samem łączeniu się ich z węglowodami, lub białkami w produkty przejściowe, rozkładane przez wodę z regeneracją enzym, jak łączy się kwas siarczany z krochmalem w rozmaite przejściowe siarko-kwasy, które woda rozkłada na kwas siarczany i odpowiednie węglowodory. Otóż pod tym względem byłyby podobne enzymy do aldehydów, które, jak wiadomo, z łatwością łączą się z rozmaitemi innymi ciałami, jak amidami, uretanami i t. d. w związki niestałe, łatwo rozkładalne. Przejście odmiany białka stałej, martwej w niestałą, czyli, mówiąc językiem wyżej wyłożonych teoretycznych poglądów, regeneracja tych grup aldehydowych białka [*resp.* innych jakich łatwo zmiennych grup atomów] w skutek przemiany, których białko stało się martwym, inertnem, odbywa się podług przypuszczenia prof. NENCKIEGO, przez działanie enzym podobne do działania kwasów mineralnych, rozszczepiających produkty przyłączenia aldehydów np. etyildenmocznika, etyildenuretana na aldehyd etylowy i mocznik lub uretan.

Wawrzyniec Trzcinski—chemik.

Wiadomości bieżące.

Paryż. Ogłoszona w *Gazette hebdomadaire* z inicjatywy prof. VERNEUIL'a subskrypcja na instytut dla badania uleczalności suchot przyniosła dotychczas 31500 franków.

Petersburg. Zawiazaniem tu zostało Towarzystwo dla syfilidologii i dermatologii pod prezydencyją prof. TARNOWSKIEGO.

— Zmarły tu kupiec CHLUDOW zapisał testamentem sumę milion rubli i dom na założenie szpitala dla dzieci w Moskwie.

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, odbyć się mającego w dniu 5 Maja 1886, jest następujący:

1) Kol. FR. NEUGEBAUER. *Malformatio congenita systematis urogenitalis* z demonstracją preparatu.

2) Kol. MATLAKOWSKI. Dwa przypadki przepuklin, przy których można było podejrzewać zgorzel kiszek.

3) Kol. NUSSBAUM. O wnioskowaniu ze spostrzeżeń lekarskich i o znaczeniu doświadczenia w terapii.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski Nr. 17. TRZEBICKY. Przypadek przepukliny pachwinowo przedotrzewnowej (*hernia properitonealis*). — KACZOROWSKI. O środkach wypróżniających jelito, w szczególe o żwirze.

Medycyna Nr. 17. SKÓRCZEWSKI. Nerwowe kołatanie serca (*cardiopalms*).

Kronika lekarska Nr. 17. GOLDFLAM. O rozsianem wieloogniskowem stwardnieniu mózgu i rdzenia.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доведено Цензурою Варшава, 17 Апрѣля 1886 г. Друк К. Ковалевскаго. Крѣлевска. Nr. 29