

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O cięciu nadłonowem i wytworzeniu przetoki u chorych dotkniętych chorobami pęcherza, (operacya Poncet'a). Napisał Bolesław Motz. Pierwsza serya chorych na blonię, leczonych surowicą przeciwbłoniczą, podał Adolf Koral. (Dokończenie). — **Kazuistyka.** Przyczynę do leczenia gorączki pługowej, podał Tadeusz Pawłowicz. Przypadek posocznicy pługowej wyleczony sztucznem wywołaniem ropnia, opisał Aleksander Zaleski (z Lęczyca). — **Streszczenia i wyciągi.** 82. Zaburzenia w rozwoju u zwierząt po wczesnem wycięciu gruczołu tarczowego. 83. Obrzęk sługowy. 84. Wartość lecznicza przetworów gruczołu tarczowego w obrzęku sługowym (myxoedema), otyłości i innych cierpieniach. 85. Choroby złośliwe trzustki. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — Zmarli. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. Motz — Sur la taille hypogastrique et l'établissement d'une fistule chez des malades atteints des affections de la vessie. 2) D-r A. Koral — Première serie de malades diphtéritiques traités par le sérum antidiphtérique. 3) D-r T. Pawłowicz — Contribution au traitement de la fièvre puerpérale. 4) D-r A. Zaleski — Un cas de pyohémie puerpérale traité avec succès par l'établissement d'un abcès artificiel.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r B. Motz — Ueber den hohen Blasenschnitt und die Bildung einer Fistel bei Blasenkranken. (Poncet'sche Operation). 2) D-r A. Koral — Erste Serie der mit dem Diphterie - Serum (behandelten Diphteriekranken. 3) D-r T. Pawłowicz — Beitrag zur Behandlung des Puerperalfiebers. 4) D-r A. Zaleski — Ein Fall von puerperaler Pyämie geheilt durch die Bildung eines künstlichen Eiterherdes.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str., 5.

Z KLINIKI CHORÓB DRÓG MOCZOWYCH PROF. GUYON'a W PARYŻU.

O cięciu nadłonowem i wytworzeniu przetoki u chorych dotkniętych chorobami pęcherza

(operacya PONCET'a).

Napisał **Bolesław Motz**, preparator Kliniki.

Od pięciu lat przeszło prof. PONCET z Lyonu słowem i piórem walczy o rozpowszechnienie operacyi, polegającej na utworzeniu przetoki nadłonowej u osób, dotkniętych chorobami pęcherza.

Zdaniem jego, „jeżeli cewnikowanie jest niemożliwe lub bardzo trudne; jeżeli wywołuje ono krwawienie z cewki lub też jest źle znoszone, jakoteż jeżeli chory bardzo go się lęka, co wszystko czyni je niebezpiecznem; jeżeli istnieją drogi fałszywe, lub niczem nie dające się zatrzymać krwotoki; jeżeli skrzepy krwi pomimo cewnika stanowią przeszkodę w oddawaniu moczu i t. d., — należy u starców, dotkniętych przerostem gruczołu krokowego odrzucić użycie cewnika, jakoteż cewnika na stałe (*sonde à demeure*) i przełożyć po nad przekłucie pęcherza utworzenie przetoki nadłonowej — stosownie do okoliczności — czasowej lub też stałej“.

Wyżej powiedziane dotyczy chorych, których pęcherz jest w stanie aseptycznym. Co się zaś tyczy tych, których drogi moczowe są w mniejszym lub większym stopniu zakażone, to prof. PONCET radzi, ażeby robić cięcie nadłonowe z wytworzeniem przetoki „u chorych z przerostem gruczołu krokowego, dotkniętych zakażeniem czyto ostrem, czy przewlekłym, lecz silnym, jakoteż w ostrych lub upartych zapaleniach pęcherza, niedających się wyleczyć innymi środkami“¹⁾).

Jak widzimy, pole, które się otwiera przed tą operacją, jest nadzwyczaj szerokie. W praktyce jednak, jak to niżej zobaczymy, prof. PONCET znacznie je jeszcze rozszerzył. Punktem wyjścia tej operacji było przekonanie PONCET'a o nadzwyczajnym niebezpieczeństwie przekłuwania pęcherza²⁾. Jakakolwiekby była, powiada on, metoda dostania się do pęcherza, czyto za pomocą trójgrańca, czy też igły włosowatej, zawsze będzie to rękoczyn ślepy, niedający tej pewności, jaką mamy, operując na przestrzeni otwartej. Przekłucie może być przyczyną zapalenia otrzewnej lub też nacieczenia moczu naokoło pęcherza. Należy więc je uważać jako pierwszy krok do cięcia nadłonowego.

Postaramy się rozpatrzyć, czy rzeczywiście wskazania do tej operacji są tak liczne, jak je prof. PONCET przedstawia.

Wychowani w odmiennej od lyońskiej szkole, ze zdumieniem czytaliśmy cały szereg komunikatów, artykułów i dyskusji, jakie PONCET ze swymi uczniami wywołał. Klinika tutejsza posiada materiał, jakiego nigdzie na świecie niema. Z jednej strony przeszło dwumilionowe miasto, z drugiej imię GUYON'a wpływają na zebranie materiału, który nietylko co do ilości, lecz i co do jakości poważnie się przedstawia. Sądzićby należało, że jeżeli gdzie, to tutaj operacja podobna powinna być robiona przynajmniej kilka razy na tydzień. Tymczasem czytelnicy prawdopodobnie ze zdumieniem się dowiedzą, że w przeciągu kilku lat ostatnich cięcie nadłonowe w przypadkach, wskazanych przez PONCET'a, zaledwie 7 razy dokonane zostało. On zaś w przeciągu tego samego czasu zdążył zrobić około sześćdziesięciu. Ażeby sobie wyrobić w tej sprawie własne zdanie, przestudowałem 188 historii chorób osób, dotkniętych przerostem gruczołu krokowego, którzy przyjęci zostali do kliniki w ostatnim półtoraroczu. Materiał ten jest główną podstawą tych wszystkich uwag, które niżej wypowiem. Zauważę przytem, że na salę są przyjmowani tylko prostatycy z poważnemi zaburzeniami, jak gorączka, zatrzymanie moczu, zakażenie ogólne; inni leczeni są ambulatoryjnie.

Przejdźmy teraz do szczegółowego rozebrania wskazań do tej operacji, jakie prof. PONCET podaje.

Cięcie nadłonowe z utworzeniem przetoki jest wskazane, „gdy cewnikowanie jest niemożliwe“. Rzeczywiście, czytając historie chorych, operowanych przez prof. PONCET'a, widzimy, że w znacznej większości przypadków nie mógł on się dostać przez cewkę do pęcherza. Coprawda, przypadki te zdarzały mu się za często, jeżeli zważymy, że w tutejszej klinice, gdzie materiał jest conajmniej dziesięć razy większy, już od pięciu lat nic podobnego nie miało miejsca. Bądźco bądź istnieją jednak przypadki nadzwyczaj trudne, gdzie nawet najwprawniejsi chirurdzy dostać się do pęcherza nie mogą, a gdzie lekarz musi coś robić, aby uratować życie choremu. Prof. PONCET, jak to wyżej zazna-

¹⁾ PONCET. *Gazette hebdomadaire*. 1894.

²⁾ PONCET. *Les dangers de la ponction hypogastrique*. *Mercredi médical*. 1891.

czyliśmy, z całą stanowczością twierdzi, że natychmiast należy robić cięcie nadłonowe, i tylko jako *malum necessarium* przyjmuje przekłucie pęcherza, które pozwala na doczekanie się operacji. Mówi on ciągle, jak to wyżej zaznaczyliśmy, o grożącym zapaleniu otrzewnej, o nacieczeniu moczowym i t. p. rzeczach. Rzecz dziwna, od pięciu już lat poszukuje on przypadków śmierci, spowodowanych tym rękoczynem, i znaleźć ich nie może. Dotychczas znajdujemy u niego tylko jeden przypadek zapalenia okołopęcherzowego — i to, zdaje się, wszystko. W artykule zaś jego o „Niebezpieczeństwach przekłuwania pęcherza“ znajdujemy tylko gołosłowne, niczem nieuzasadnione ogólniki. LEJARS, który również ma ogromną praktykę szpitalną, gdyż jako docent ciągle zastępuje profesorów, nie mógł przytoczyć ani jednego przypadku śmierci, w ten sposób wywołanej, i zmuszony jest ograniczyć się na jedynym przypadku BRAUN'a z Jeny. Świadczy to wyraźnie, jak rzadkie są podobne przypadki. Dodając statystykę DENEFFE'a, VAN VETHER'a i BRON'a ³⁾, otrzymamy, że na 344 chorych było 7 przypadków śmierci z powodu nacieczenia moczowego, co stanowi 2%. Jest to zawsze śmiertelność dość znaczna, lecz rodzi się pytanie, czy cystotomia nie jest w danych warunkach niebezpieczniejsza? Należy niezapominać, że mamy do czynienia z osobami, mającemi zwykle więcej, aniżeli 60 lat, i których nerki zwykle znajdują się w bardzo opłakanym stanie. Wobec tego nie potrzeba wielkiego powodu, ażeby zachwiać dotychczasową chwiejną równowagę i do zejścia śmiertelnego doprowadzić. Prof. PONCET ani na chwilę nie przypuszcza, że ogromna odsetka śmiertelności jego statystyki zależeć może w pewnym stopniu od samej operacji, t. j. od wstrząśnienia, któremu ulega wiekiem zmęczony ustrój. Sądzi on, że ci, co umarli, umarliby w każdym razie. Na 63 chorych, w ten sposób operowanych, 15-tu (24%) zmarło w przeciągu pierwszych 15-tu dni, ośmiu (13%) w przeciągu trzech miesięcy. Sądzę, że nie przesadzę, przypuszczając, że w tych 24% jest conajmniej 2% zależnych od samej operacji.

PONCET twierdzi, że daleko częściej zdarzają się przypadki, w których potrzeba robić kilkakrotnie przekłucie, aniżeli takie, kiedy wydzielanie moczu staje się możliwe po pierwszym przekłuciu. Zebranie statystyki w podobnych razach jest bardzo trudne, gdyż w szpitalu widzimy tylko przypadki trudniejsze. Nie ulega żadnej wątpliwości, że jeżeli się ma do czynienia z przypadkiem, gdzie przekłuwanie musi być stosowane bardzo długo, w takim razie trzeba przystąpić do operacji. W każdym jednak razie przedewszystkiem należy wiedzieć, z jakiego rodzaju moczem ma się do czynienia, i w tym celu zaraz po pierwszym przekłuciu należy zastrzyknąć kilka centymetrów sześciennych moczu do otrzewnej królika. Jeżeli się okaże, że bakterye są złośliwe, w takim razie operację jaknajprędzej robić należy. Nie trzeba jednak nigdy wnioskować o złośliwości mikrobów na zasadzie tego, że mocz jest mniej lub więcej mętny. Bardzo często widzimy mocz nadzwyczaj brudny, który pomimo to żadnego odczynu w otrzewnej królika nie wywołuje, gdy nieraz naodwrot, mocz, zaledwie cokolwiek mętny, zawiera drobnoustroje złośliwe.

(D. n.).

³⁾ BRON. Lyon médical. Mai, 1894.

Pierwsza serya chorych na błonicę, leczonych surowicą przeciwbłoniczą,

podał **Adolf Koral**, Ordynator oddziału chorób zakaźnych tegoż szpitala.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 26.)

Zanim przystąpię do niektórych uwag, mogących się nasunąć przy naszym, co prawda, niezbyt licznym materiale szpitalnym, nie od rzeczy będzie dodać słów parę o samej metodzie postępowania przy leczeniu surowicą. Każdy chory, przybyły do szpitala, był dokładnie wymyty ciepłą wodą z mydłem. Przed zastrzyknięciem powierzchnia skóry była raz jeszcze w oznaczonym miejscu wyszorowana zapomocą szczotki wodą z mydłem i następnie zmyta eterem. Miejscem zastrzyknięcia była klatka piersiowa w okolicy linii pachowej lewej, a niekiedy (przy drugim lub trzecim zastrzykiwaniu) i prawej. Samo zastrzyknięcie zazwyczaj nie sprawiało dzieciom zbyt wielkiego bólu. Po wyjęciu igły nakładaliśmy na ranę kawałek gazy jodoformowej i opatrywaliśmy miękkim bandażem. Do zastrzyknięć używałem strzykawki ARONSON'a, z której byłem wogóle zadowolony; należy mieć w zapasie kilka igieł, gdyż pomimo odkażania i starannego utrzymywania, igła po kilkunastu lub więcej zastrzyknięciach rdzewieje i łatwo może się złamać podczas zastrzykiwania, co też w jednym przypadku miało u nas miejsce. W każdym zaś razie igła cokolwiek grubsza wydaje mi się odpowiedniejszą.

W przypadkach naszych posiłkowaliśmy się surowicą niemiecką (ARONSON'a) u 7 chorych i francuską (Roux) u 20 chorych. Z liczby 7, szczepionych surowicą ARONSON'a, zmarło 3; z pozostałych zaś 20, leczonych surowicą Roux'a, również troje. Jakkolwiek cyfry nasze zbyt są małe, by wyprowadzić z nich pewne wnioski stanowcze, sądzę jednak, że wprowadzenie do ustroju w znaczniejszej ilości środka takiego, jak trójkrezol, który znajduje się w surowicy ARONSON'a, nie może być dlań obojętne. I rzeczywiście, przeważnie po zastrzyknięciu tejże surowicy spostrzegałem w trzech przypadkach nader groźne objawy zapaści. Muszę jednak w tem miejscu zauważyć, że BAGINSKY, posiłkujący się w swej klinice wyłącznie surowicą ARONSON'a, miał tylko 14,3% śmiertelności. Surowica Roux'a ma według mnie tę dobrą stronę, że połączona jest z kamforą, wprowadzenie której do ustroju przy ostrych chorobach zakaźnych bardzo często jest pożądane. Niedogodną ze względów technicznych stroną tejże surowicy jest okoliczność, że jest ona prawie dwa razy słabsza od surowicy ARONSON'a,—przynajmniej taką była w miesiącach zimowych,—musieliśmy więc zastrzykiwać jednorazowo dość znaczną, względnie podwójną ilość.

Co się tyczy dawko w a n i a, to najmniejsza ilość wprowadzonej u jednego chorego surowicy wynosiła 10 ctm szśc. surowicy ARONSON'a lub 15—20 ctm szśc. surowicy Roux'a³⁾ czyli 1000 jednostek uodparniających, bez względu na wiek dziecka. W przypadkach lżejszych ilość ta wystarczała najzupełniej, w cięższych zaś przy znacznem zajęciu gardzieli sprawą błoniczą lub też przy objawach zwężenia krtani (przyp. 10, 13, 16, 19, 21, 22, 23, 27)

³⁾ Flaszeczki z surowicą Roux były niejednakowej objętości i zawierały 15 do 20 ctm. szśc.

zastrzykiwano od razu podwójną dawkę, mianowicie 20 ctm. surowicy ARONSON'a lub 35—40 ctm. surowicy Roux'a. W 10 przypadkach poprzestaliśmy na jednorazowym zastrzyknięciu, bądź wskutek widocznej poprawy, bądź też w przypadkach rozpaczliwych, w których środek powyższy zastosowano więcej *experimenti gratia*. W innych przypadkach powtarzaliśmy nazajutrz zastrzyknięcie jeszcze połowy dawki, całej lub nawet podwójnej, a tylko w jednym przypadku zastosowaliśmy w ciągu trzech dni 35 ctm surowicy ARONSON'a, czyli że najwyższa cyfra nie przewyższała 3,500 jednostek uodparniających. Ogólny pogląd, że im wcześniej rozpoczyna się leczenie surowicą, tem pożądaniszy i szybszy wynik otrzymujemy, w praktyce szpitalnej niezawsze da się zastosować. Być może, że z czasem, gdy ogół publiczności uboższej, stanowiącej materiał szpitalny, nabierze większego zaufania do wzmiankowanego środka, używać go będziemy zaraz w początkach choroby; tymczasem przypadki nasze wykazują, co następuje:

2-go dnia choroby zastrzyknięto	4 dzieciom (1 przyp. śmierci).
3-go „ „ „ „	8 „ (3 „ „).
4-go „ „ „ „	6 „ (2 „ „).
5-go „ „ „ „	5 „ —
6-go „ „ „ „	2 „ —
7-go „ „ „ „	2 „ —

Badanie bakteryologiczne, dokonane w 24 przypadkach przez kolegę W. JANOWSKIEGO, dało wyniki następujące. Lasecznik LÖFFLER'a sam jeden znaleziono w 5 przypadkach, w pozostałych zaś stwierdzono zakażenie mieszane (*infectio mixta*) z przewagą to paciorkowców, to lasecznika LÖFFLER'a.

Z ogólnej liczby 27 przypadków zmarło 6, czyli 22%⁴⁾; ze względu atoli na zbyt małą liczbę spostrzeżeń i zbyt krótki przeciąg czasu, uważałbym za niewłaściwe wyprowadzanie stąd jakichkolwiek wniosków. Bezpośrednią przyczyną śmierci było: porażenie serca (przyp. 22), zapalenie płuc obustronne, wklajające chorobę od samego początku (przyp. 14), przejście sprawy błonniczej na tchawicę i oskrzela (przyp. 25) i wreszcie zapalenie opon mózgowych (gruźlicze?) (przyp. 15, 16, 26)⁵⁾. Rozbiór zwłok, wobec stanowczego oporu rodziców, których nie chcieliśmy zniechęcać do nowego środka leczniczego, w żadnym na nieszczęście przypadku dokonany nie był. Co się tyczy przypadków, zakończonych pomyślnie, to najkrótszy czas leczenia wynosił 6 dni, najdłuższy z różnorodnemi powikłaniami (przyp. 20) około 7 tygodni.

Jak już wyżej wspomniałem, trudno z tak małej liczby chorych wyprowadzić pewne, stanowcze wnioski, trzymać się więc będę jedynie faktów, wpływających bezpośrednio ze ścisłego klinicznego spostrzegania naszego materiału.

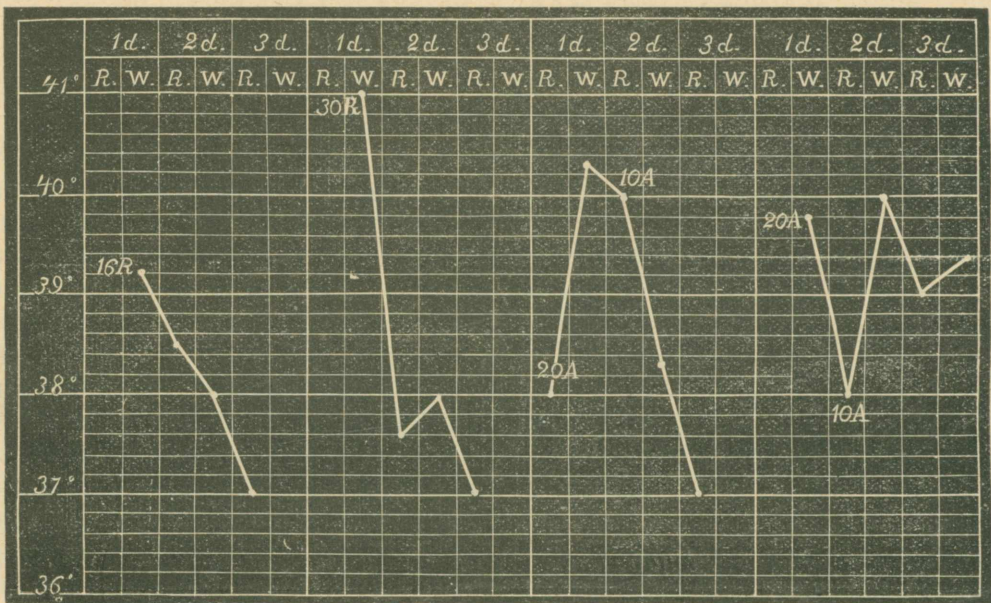
Ogólny stan chorych po zastrzyknięciu surowicy w ogólności nie zmieniał się, niekiedy tylko poprawiał się, nawet w cięższych przypadkach ze

⁴⁾ W latach poprzednich przeciętna odsetka śmiertelności przy błonicy w naszym szpitalu wynosiła 47,5%.

⁵⁾ Pytanie, czy istnieje związek bezpośredni pomiędzy surowicą a gruźlicą prosówkową, rozstrzygnął BAGINSKY wbrew zdaniu HANSEMANN'a przeczając (*Die Serumtherapie der Diphtherie*, Berlin. 1895). Na 25 seceji dzieci leczonych antytoksyną ARONSON miał tylko 2 przypadki gruźlicy prosówkowej, w jednym zaś przypadku wspomina o *meningitis purulenta*, prawdopodobnie więc zapalenie opon mózgowych w naszych przypadkach było przypadkowe, powstałe na tle gruźliczem wrodzonym, któremu brakowało tylko bodźca pod postacią jakiegokolwiek ostrej choroby zakaźnej.

znacznym nalotem w gardzieli lub zwężeniem krtani. W godzinę po zastrzykiwaniu zauważyłem kilkakrotnie, że dziecko ze znaczną gorączką siedziało spokojnie na łóżeczku, bawiło się, a nawet domagało jada. Wyjątek stanowiły 3 przypadki (16, 20 i 22), gdzie po zastrzyknięciu surowicy (ARONSON'a) dzieci stały się apatyczne, senne i przedstawiały objawy znacznego upadku sił.

Ciepłota w większości przypadków nie podnosiła się po zastrzykiwaniach. W przypadkach, w których chory przybył już z gorączką do szpitala, można było po zastrzyknięciu odróżnić niejako 4 typy: 1) ciepłota po pierwszym zastrzyknięciu zmniejsza się o 1° — $1,5^{\circ}$, po drugim spada do normy; 2) ciepłota w kilka lub kilkanaście godzin po zastrzykiwaniu staje się prawidłową; 3) ciepłota po pierwszym zastrzyknięciu podnosi się, po drugim spada i 4) pomimo zastrzyknięcia, ciepłota chwilowo opada, poczem nanowo się podnosi. Naturalnie, mowa tu wyłącznie o przypadkach bez powikłań, te ostatnie bowiem niezależnie od działania surowicy wpływały w tym lub owym przypadku na przebieg ciepłoty.



Typ 1 (przyp. 6). Typ 2 (przyp. 21). Typ 3 (przyp. 16). Typ 4 (przyp. 22).

Tętno po zastrzyknięciu surowicy po największej części odpowiadało pod względem częstości ciepłocie. Co się zaś tyczy jego napięcia, pełności i t. p., to spostrzegaliśmy pewne różnice, zależnie od ustroju dziecka, ciężkości przypadku i t. d. Zazwyczaj tętno było pełne, lecz miękkie, dające się łatwo uciskać. Wyjątek stanowiły tu trzy przypadki (№ 16, 20 i 22), gdzie tętno po zastrzyknięciu surowicy (ARONSON'a) od samego początku było nikle, słabe, niemiernowe, co w połączeniu z sinicą i znacznym oziębieniem kończyn wskazywało na znaczne osłabienie działalności serca, zależne zapewne od zmian zwyrodniających w mięśniu sercowym (*myocarditis*). Dodać należy, że dwa z powyższych przypadków miały zejście śmiertelne.

Zmiany miejscowe. Po zastrzyknięciu surowicy, w kilka godzin lub następnego dnia można było zauważyć jedno stałe zjawisko: nalot tracił skłonność do rozszerzania się. Najwidoczniej okazało się to przy sprawie błonicy w gardzieli, na migdałkach i języczku. Mniejsze błony już

nazajutrz po zastrzyknięciu zmniejszały się do *minimum*, a 3-go lub najpóźniej 4-go dnia znikwały w zupełności, grubsze zaś i większe błony rozpułchniały się niejako, stawały się miękkie, papkowate, przybierając niekiedy barwę brudno-szarawą, przyczem na granicy pomiędzy błoną a obrzmiąłą błoną śluzową tworzyła się wyraźnie zarysowana linia graniczna, błona miała wygląd, jak gdyby była podminowana z brzegów. Zjawisko to 3-go dnia stawało się już mniej wyraźne, pod wpływem bowiem częstych przestrzykiwań nalot tracił stopniowo swe zarysy i najpóźniej 4-go dnia znikał w zupełności. Co się tyczy nalotu w nosie, to przedstawiał się on po paru dniach w postaci obfitego śluzo-ropnego wycieku, równocześnie zaś wracała drożność nosa, co miało ten skutek, że dzieci zaczynały lżej oddychać i sypiać z zamkniętymi ustami, co poprzednio przy zajęciu nosa sprawą błoniczą było rzeczą dla nich niemożliwą. Wraz z zanikiem sprawy błoniczej ustępowało i obrzmienie gruczołów podszczękowych.

Podobne zmiany, jakkolwiek nie tak wybitne, zauważyć się dawały w przypadkach zwężenia krtani. Na 18 przypadków, w których zwężenie owo występowało w mniejszym lub większym stopniu, w 11 oddech poprawił się już następnego dnia, najpóźniej zaś w ciągu 2—3 dni. Równocześnie kaszel suchy, bezdźwięczny t. zw. krupowy przybierał dźwięk łagodniejszy, stawał się wilgotniejszy, wykrztuszanie odbywało się łatwiej, chrypka lub bezgłos znikwały,—słowem należało i tu przypuszczać też same zmiany, jakie spostrzegano w gardzieli i nosie.

Operacji przecięcia krtani (*tracheotomia*) wykonano 7⁶⁾, a mianowicie u 5-ga dzieci w kilka lub w kilkanaście godzin po przyjęciu do szpitala, względnie po zastrzyknięciu surowicy, u 2-ga zaś następnego dnia. Z liczby tej zmarło 3—jeden (przyp. 16) przy objawach zapalenia opon mózgowych, jeden (przyp. 22) wskutek porażenia serca, trzeci wreszcie (przyp. 25) wskutek przejścia sprawy błoniczej na tchawicę i oskrzela. U pozostałych przy życiu przebieg pooperacyjny był wogóle dobry, a wyjęcie rurki po kilku dniach (4—10) nie przedstawiało żadnej trudności.

Z powikłań, spostrzeganych u naszych chorych, na pierwszym miejscu postawić należy białkomocz bez innych objawów klinicznych zapalenia nerek, spostrzegano go bowiem u 5 chorych (nie licząc nieznacznego zmętnienia w niektórych przypadkach). Ilość białka, określana zapomocą albuminometru ESSBACH'a, wahała się w granicach od 0,05% do 2,5% Białkomocz występował zazwyczaj w 2—3 dni po zastrzyknięciu i po upływie 3—5 dni znikał. W jednym tylko przypadku (20) trwał on przeszło 3 tygodnie, utrzymując się w granicach 0,7%—2,5%.

Wysypki na skórze, spostrzegane u niektórych chorych, przedstawiały się najczęściej w postaci rozlanego po tułowiu i kończynach zaczerwienienia, podobnego do niezbyt silnej wysypki szkarlatynowej (przyp. 10, 22 i 26); występowały około 3-go dnia po zastrzyknięciu. Wysypka owa, której towarzyszyła nieznaczna gorączka (37,5°—39,0°), drugiego dnia stawała się bledszą, a 3-go znikwała w zupełności, nie pozostawiając po sobie żadnego śladu. Oprócz rzeczonyj wysypki, u 2 chorych (przyp. 10 i 21) w dwa tygodnie po zastrzyknięciu wystąpiła wysypka podobna do wysypki odry lub raczej różyczki (*rubeola*), której towarzyszył kaszel suchy, katar i nieznaczne za-

⁶⁾ Kol. A. POZNAŃSKI ordynator oddziału chirurgicznego i kol. J. SPIELREIN lekarz miejscowy.

palenie powiek; gorączka trwała tu zaledwie dzień jeden, dochodząc do 39,0°. Następnego dnia wysypka zbladła, a 3-go znikła zupełnie. Wreszcie u 1-go chorego (przyp. 17) w końcu drugiego tygodnia wystąpiła pokrzywka (*urticaria*), trwająca dwa dni.

Stwardnienie (*induratio*) w miejscu zastrzyknięcia spostrzegano w 4 przypadkach. W 2 z nich (przyp. 4 i 8) stwardnienie owo wielkości włoskiego orzecha znikło po 3 dniach, w dwóch zaś pozostałych (przyp. 15 i 26) doszło do utworzenia się głębokich ropni wielkości pomarańczy, po przecięciu których wypłynęła ropa barwy brunatno-czekoladowej z niewielką domieszką niezupełnie wessanej surowicy (Roux). Ze względu, że zastrzyknięcia dokonane były z zachowaniem możliwie ścisłej antyseptyki, należałoby przypuścić, iż głównym powodem utworzenia się ropni było prawdopodobnie zastrzyknięcie w jednym miejscu zbyt wielkiej ilości surowicy (32 Roux), która nie mogąc tak szybko uleść wessaniu, drażniła, jako ciało obce, tkanki okoliczne. W następnych przypadkach przestrzegałem zasady, aby guz tworzący się natychmiast po zastrzyknięciu zlekka masować w celu przyspieszenia wessania. Wreszcie *foetorem ex ore*, o którym niektórzy autorzy wspominają, spostrzegałem w 2 przypadkach (8 i 20); w pierwszym z nich trwał on około tygodnia, w drugim 2 dni.

Inne powikłania, jak: *pneumonia*, *enteritis*, *paralysis palati mollis* (przyp. 20), jako niepozostające w bezpośrednim związku z leczeniem surowicą, pomijam.

Na zakończenie dodam parę słów o leczeniu dodatkowem, czyli, właściwie mówiąc, pomocniczem. Jedni, jak wiadomo, zadawałają się przy leczeniu surowicą jedynie przestrzykiwaniami wodą przegotowaną lub przekroploną i środkami pobudzającymi, jak wyskok pod rozmaitemi postaciami; inni, jak BAGINSKY, stosują cały arsenał środków pomocniczych i farmaceutycznych, jak: lodowe okłady na szyję, kamfora, kwas będzwinowy, napar chinowy z wodą chlorową, żelazo i t. p. Co się tyczy naszych chorych, to w przypadkach niepowikłanych wystarczało przestrzykiwanie kilka razy dziennie rozmiękłych błon 2% roztworem kwasu bornego, w przypadkach zaś powikłanych pewne usługi przynosiły rozmaite leki, jak: *senega c. liq. ammonii anisati* dla ułatwienia wykrztuszania, następnie kamfora sama lub z kofeiną (*coffeinum natrobenzoicum*) i wino przy osłabieniu działalności serca, białkan żelaza przy białkomoczu, wziewania przy objawach zwężenia krtani i suchym kaszlu i t. d. Dyeta składała się przeważnie z mleka, mięsa, jaj i pieczywa.

KAZUISTYKA.

Przyczynek do leczenia gorączki połogowej

podał Tadeusz Pawłowicz.

Ordynator Szpitala Maryjskiego w Siedlcach.

W dużych ogniskach cywilizacji, w miastach uniwersyteckich, posocznica i ropnica, dzięki zasadom antyseptyki i aseptyki, coraz rzadsze stanowi zjawisko; natomiast na prowincyi, szczególnie w praktyce akuszerskiej t. zw. gorączka połogowa należy do chorób, z którymi lekarz praktykujący często się spotyka. Nie w tem zresztą dziwnego: o aseptyce na prowincyi oczywiście mowy być nie może; antyseptyka zasadza się nieraz na wlewniu kilku kropel karbolu do brudnego irygatora, z którym

akuszerki, ubrane w suknię jedwabną lub wełnianą, bez fartucha, wędrują od jednej rodzącej do drugiej. Dostyc spojrzeć na ręce t. zw. babek wiejskich, aby się upewnić, że każde ich dotknięcie się chorej może wywołać zakażenie, i dziwić się tylko należy odporności ustroju, który z tych zabiegów wychodzi nieraz obronną ręką.

Leczenie chorych z gorączką połogową było dotychczas przeważnie objawowe; lekarz rozpoczynał zwykle od odkażenia macicy i pochwy, a następnie zalecał wewnętrznie chininę i wyskok w dużych dawkach i przy tego rodzaju leczeniu poszczycić się nie mógł wielkimi odsetkami wyzdrowień. Przeczytawszy w Przeglądzie Chirurgicznym (T. II. Z. II, z r. 1894) ciekawą pracę kol. A. KARCZEWSKIEGO „Przyczynę do leczenia posocznicy“ i zachęcony dobrymi wynikami, jakie daje leczenie zakażeń połogowych zapomocą wywoływania ropni podskórnych, postanowiłem skorzystać z pierwszej sposobności, aby zastosować tę nową metodę. Jakoż przypadek odpowiedni zdarzył się niebawem i opis jego podaję do wiadomości czytelników „Medycyny.“

Antonina K. niezamężna, z gub. Siedleckiej, wstąpiła do szpitala d. 14 maja r. b. Kobieta ta przed tygodniem rodziła po raz pierwszy na czasie, poród odbył się łatwo, trwał niecałe 20 godzin i ukończył się siłami natury. Po porodzie chora czuła się dobrze przez dni kilka, nie gorączkowała, odchody połogowe były obfite; czwartego dnia dopiero dostała dreszczów, gorączki, bólów niezbyt silnych w dole brzucha i udach, a gdy stan chorej z dniem każdym stawał się gorszym, rodzina odstawiła ją do szpitala. Przy badaniu okazało się: chora, 30 lat wieku mająca, dobrej budowy i odżywiania, bardzo osłabiona, napół przytomna, apatyczna, na pytania nie odpowiada, c. 39,2, tętno 110, słabe, język suchy, błony śluzowe blade, brzuch silnie wzdęty, dosyć bolesny; nad spojeniem łonowem wyczuwa się macicę; nieznaczne pęknięcie krocza, brzegi pęknięcia nierówne, pokryte brudno szarym nalotem; macica powiększona, ujście jej rozwarłe o tyle, że z łatwością przepuszcza palec; z jamy macicznej wydziela się brudny, smrodliwy wypływ, okołomacicze (*parametrium*) swobodne. W płucach i sercu nie wykryto żadnych zmian wyraźnych, moczu ilość zmniejszona, a w nim ślady białka; wydalanie moczu bolesne; bezsenność. Tegoż dnia wieczorem c. 40,6°, chora silnie pobudzona, krzyczy, zrywa się; po dawce chloralu uspokoiła się i zasnęła.

Dnia 16-go chora spała spokojnie, ciepłota ciała po obfitych potach spadła rano do 36,8°, tętno 84; chora przytomna, bardzo osłabiona; wieczorem c. 39,6°, tętno 120.

Dnia 17-go rano c. 39,6°, tętno 120, bardzo słabe, odpływ z macicy obfitszy cuchnący. Wieczorem c. 40,2°, skóra wilgotna, język suchy.

Dnia 18-go stan chorej bez zmiany, c. 38,6°, tętno 100; pocila się nad ranem; skarży się na silny ból w dole brzucha; wieczorem c. 40,2°.

Dnia 19-go poty niezmiernie obfite, c. 37,0°, znaczny upadek sił, tętno słabo, zaledwieo wyczuwalne. Wieczorem c. 39,4°. Język suchy jak kolek, chora stolce i moczu wydala pod siebie.

Dnia 20-go poty obfite, c. 36,8°, język suchy, ból brzucha silniejszy; przy badaniu przez powłoki brzuszne i przez pochwę w prawem sklepieniu wyczuwa się guz, odchody mniej cuchnące. Ciepłota wieczorem zamiast się podnieść, jak to było dotychczas, spadła jeszcze bardziej i o godzinie 8-oj wieczorem dochodziła zaledwie 36,4°, tętno drobno.

Dnia 21-go rano c. 37,0°, wieczorem 38,2°, stan ogólny bez zmiany.

Dnia 22-go rano c. 39,0°, wieczorem 39,6°.

Dnia 23-go rano poty, c. 38,0°, wieczorem 39,2°, wymioty.

Dziewięć dni spostrzegania chorej utwierdziło nas w przekonaniu, że mamy do czynienia z bardzo ciężką postacią zakażenia połogowego; zakażenie nastąpiło prawdopodobnie podczas porodu. Przedtem chora nie chorowała nigdy, miesiączkowała pra-

widlowo, w ciąży czuła się zupełnie dobrze; podczas porodu obsługiwała ją jakaś babka wiejska i ona to prawdopodobnie zakaziła rodzącą. Po przybyciu chorej do szpitala macica została starannie przemyta ciepłym roztworem lysolu, rana krocza zasypa jodoformem, podawano kalomel i wino. W następnych dniach przemywanie macicy odbywało się jaknajakuratniej, podawano chorej chininę i wyskok w dużych dawkach, enemy wypróżniające prawie codziennie, okłady na brzuch i t. p.; jednym słowem puszczono w ruch cały aparat szablonowego leczenia gorączki połogowej. Ponieważ jednak wyniki tego leczenia, jak to widać z podanej historii choroby, były niepomysłne, albowiem stan chorej codziennie pogarszał się i rokowanie stawało się coraz wątpliwsem, postanowiłem przeto spróbować jeszcze zastrzyknięcia pod skórę olejku terpentynowego. Dnia 24-go rano zastrzyknąłem chorej pełną strzykawkę *PRAVAZ'a* w zewnętrzną część prawego uda. Przy zastrzykiwaniu zachowane zostały wszystkie przepisy, jakio są wskazane w pracy kol. KARCZEWSKIEGO, a zatem olejek terpentynowy został ogrzany do 100°, strzykawka wyjałowiona, udo starannie wymyte. W dzień zastrzyknięcia ciepłota rano była 38,6°, zresztą stan bez zmiany.

Dnia 25-go, c. 38,4°, wieczorem 39,0°, tętno 120, drobne, chora skarży się na uczucie palenia w miejscu dokonanego zastrzyknięcia, guz w prawym sklepieniu mniejszy i mniej bolesny.

Dnia 26-go, c. 37,2°, wieczorem 38,2°, tętno 100, nieznaczna czerwoność skóry na miejscu zastrzyknięcia.

Dnia 27-go, c. 37,4°, wieczorem 37,8°, język wilgotniejszy, chora chętniej przyjmuje wino i rosół; na miejscu zastrzyknięcia naciecenie twarde.

Dnia 28-go, c. 37,8°, wieczorem znów podskoczyła do 39,0°, stan ogólny bez zmiany, stwardnienie miejscowe powiększa się.

Dnia 29-go rano c. 38,2°, wieczorem 39,9°.

Dnia 30-go rano c. 38,0°, wieczorem, 38,6°.

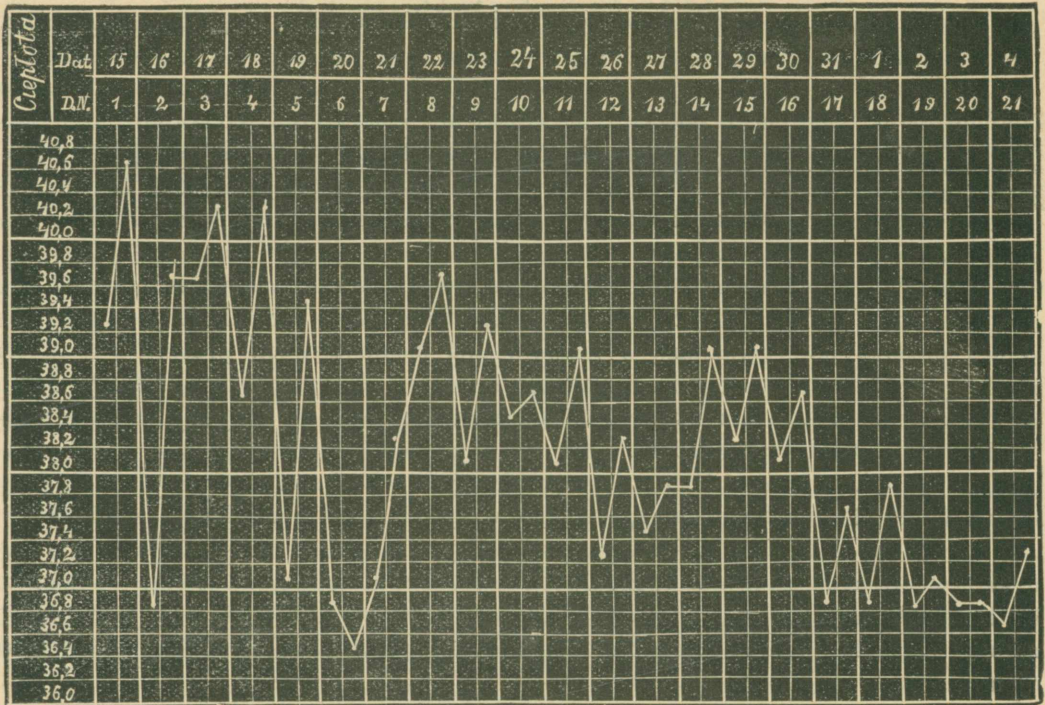
Dnia 31-go c. 36,8°, na miejscu stwardnienia wyraźne chębotanie, stan ogólny znacznie lepszy, tętno 96, miarowe.

Dnia 1-go czerwca szerokiem cięciem otworzono ropień, ropa barwy uderzająco białej, bez zapachu, niezmiernie gęsta, nie wypływa z otwartej rany, tak, że ją zmywać trzeba było wodą; badania bakteriologicznego ropy nie robiono. Od tego czasu ciepłota ciała ani razu nie podniosła się, chora powoli przychodziła do zdrowia, rana prawidłowo się zagoiła i jakkolwiek w chwili, gdy to piszę (koniec czerwca), chora nie opuściła jeszcze szpitala, ma się jednak zupełnie dobrze.

Na załączonej tablicy podany jest przebieg gorączki u naszej chorej w czasie zwykłego leczenia, po zastrzyknięciu olejku terpentynowego i po wytworzeniu się ropnia. (Tabl. patrz str. 611).

Nie czuję się upoważnionym, pamiętając szczególnie starożytną maksymę, że *post hoc* niezawsze jest *propter hoc*, do wyprowadzenia ogólnych wniosków na zasadzie jednego spostrzeganego przypadku. Mogę się tylko z czytelnikami podzielić ogólnem wrażeniem, jakiego doznałem, stosując nową metodę, a to wrażenie było takie, że olejek terpentynowy uratował mojej chorej życie. Do 24-go maja, t. j. do chwili dokonania zastrzyknięcia, stan chorej był poprostu rozpaczliwy: chora leżała jak kłoda w łóżku, wyniszczona ciągłą gorączką, tętno drobne, ledwo wyczuwalne, zupełna prostracya, moczu i stolce wydalała bezwiednie pod siebie; oprócz wina, które niemal gwałtem w nią wlewano, nie przyjmowała żadnych pokarmów. Od dnia zaś zastrzyknięcia olejku terpentynowego stan chorej zaczął z wolna się poprawiać; z chwilą zaś otwarcia wytworzonego ropnia nastąpił stanowczy zwrot ku lepszemu. U mojej chorej od chwili zastrzyknięcia olejku terpentynowego gorączka okazuje widoczną skłonność do spadku; największą ona była d. 28 i 29 wieczorem, kiedy dochodziła do 39°.

Opisany zatem przypadek jest podobny do przypadku FERRAUD'a, w którym spostrzegano też samo, a różni się od przypadku kol. KARCZEWSKIEGO, spostrzeganego na oddziale dr. KRAJEWSKIEGO, gdzie przeciwnie po zastrzyknięciu terpentyny trzeciego dnia gorączka dochodziła do niebывałej przedtem wysokości,—i od tej chwili dopiero spada stopniowo *per lysin*.



Metoda FOCHIER'a leczenia zakażeń pógowych zapomocą wywoływania ropni podskórnych ma jeszcze tę dobrą stronę, że jest niezmiernie prosta, łatwa do zastosowania wszędzie, najgoręcej więc ją polecam kolegom, szczególniejszym mieszkałym w prowincyi, gdzie o odpowiedni materyał nie trudno, albowiem tylko na zasadzie licznych spostrzeżeń nabrać będzie można przekonania o jej rzeczywistej wartości leczniczej.

Przypadek posocznicy pógowej, wyleczony sztucznem wywołaniem ropnia

opisał Aleksander Zaleski (z Łęczycy).

FOCHIER podał w r. 1892 sposób leczenia zakażeń pógowych zapomocą wywoływania sztucznych ropni podskórnych. Na pomysł ten naprowadziło F. kliniczne spostrzeganie przypadków zakażeń pógowych, w przebiegu których rozwijało się miejscowe ropienie, z wystąpieniem którego następowało często szybkie polepszenie stanu chorej i wyzdrowienie. Na zasadzie tego F. zaczął w przypadkach zakażeń pógowych wywoływać ropnie podskórne przez zastrzykiwanie olejku terpentynowego. Działanie lecznicze tych ropni F. objaśnia w ten sposób, że wytwarzają się tu jakieś substancje, ustrój chorej uodparniające. Za przykładem F. poszli THIERRY, FERRAUD, ŚWIECICKI i KARCZEWSKI, który w zeszycie 2, t. II „Przeglądu Chirurgicznego“ podaje opis przypadku bardzo ciężkiego zakażenia pógowego, w którym także użyto tego sposobu. W przypadku tym jednak gorączka trwała w ciągu kilku dni po za-

strzyknięciu olejku terpentynowego, a nawet na 3-ci dzień dosięgła najwyższego natężenia; przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem.

Spostrzeżenie to uzupełnione jest bakteriologicznem badaniem krwi, w której wykryto gronkowca białego i złocistego; w ropie zaś ropnia terpentynowego hodowla na drobnoustroje dała wyniki ujemne.

Już w r. 1893 w jednym rozpaczliwym przypadku zakażenia płożowego u chorej, będącej *in extremis*, zrobiłem zastrzyknięcie podskórne olejku terpentynowego; chora bez wystąpienia objawów podrażnienia w miejscu zastrzyknięcia — po 12 godz. zmarła.

Przed kilku miesiącami, w bardzo ciężkim przypadku zakażenia płożowego nżyłem tegoż sposobu z pomyślnym skutkiem, szczegółowy jednak przebieg choroby nie jest mi znany. Świeżo za to mam do zanotowania przypadek, który tu pokrótce opiszę, ze względu na to, że dotąd niewiele jeszcze takich spostrzeżeń ogłoszono, — a ogół lekarzy, o ile sądzić mogę, dosyć sceptycznie na ten sposób leczenia się zapatruje.

Chora F. K., wieku lat około 30 mająca, rodziła już 4 czy 5 razy; w nocy z d. 9 na 10 kwietnia r. b. urodziła dziecko donoszone bez pomocy sztuki, jedynie przy obsłudze przez akuszerkę, znaną z lekceważenia elementarnych przepisów czystości i przywykłą do nieustannego wewnętrznego badania rodzących; łożysko odeszło samo wkrótce po porodzie. Dnia 12 tegoż miesiąca ciepłota ciała po silnych dreszczach podniosła się do 39,0° C., przy tętnie około 90 kilku uderzeń, oraz ogólnem niedomaganiu. Gorączka przez tydzień utrzymywała się na wysokości 39,0° do 40,0° C., przy tętnie 100 do 112, opadając do 37,0° C., pod wpływem podawanej fenacetyny.

Wezwany d. 18-go t. m. na naradę lekarską, nie znalazłem na częściach sromnych zewnętrznych żadnych owrzodzeń, *parametria* niezajęte, wydzieliny płożowe bardzo skąpe, nie cuchnące. Ciepłota 39,2°, tętno 112, chora niespokojna; skarżyła się na brak chęci do jedła i bezsenność; badanie narządów wewnętrznych dało wyniki ujemne.

Rozpoznanie w tym przypadku nie mogło ulegać wątpliwości; po wyłączeniu wszelkich chorób gorączkowych, należało przyjąć posocznicę płożową z niezbyt ciężkim przebiegiem.

Tegoż dnia dokonane przemycie pochwy i jamy macicznej 1% roztworem lysolu nie wywarło wpływu żadnego na gorączkę, czego zresztą spodziewać się należało ze względu na tygodniowe już trwanie sprawy chorobowej. Wobec tego dnia 20-go b. m. przed wieczorem zastrzyknąłem w zewnętrzną okolicę lewego uda 2 cm. sz. olejku terpentynowego, co sprawiło chorej dosyć żywy ból, trwający kilka godzin. Ciepłota wieczorem 39,0° C. Następnego dnia żywe zaczerwienienie skóry w miejscu zastrzyknięcia, ból mniejszy, cały dzień ciepłota w granicach 37,0° do 38,0° C.

Dnia 22-go cały dzień ciepłota 37,0°, tętno 88, wieczorem 38,2°. Przez następne dwa dni ciepłota tylko na parę godzin podnosiła się do 38,0°; stan ogólny lepszy.

Dnia 26-go zebrany ropień przeciąłem cięciem długiem na 10 ctm., ropa gęsta. Po przecięciu ciepłota podskoczyła do 39,0° C. i utrzymała się na tej wysokości w ciągu 24 godzin, po podaniu jednak środka czyszczącego, z powodu zaparcia, ciepłota ciała opadła, by więcej już się nie podnieść. Chora odzyskała sen i chęć do jedła; w tydzień po otwarciu ropnia zaczęła się podnosić z łóżka, a w niespełna 4 tygodnie ropień był zagojony i chora szybko do sił wróciła.

Skutek po wywołaniu ropnia terpentynowego w naszym przypadku, choć niezbyt ciężkim, wydaje mi się dość wyraźnym, a byłby jeszcze wyraźniejszy i niewątpliwszy, gdyby nie podawanie w dalszym ciągu, już po zastrzyknięciu olejku terpentynowego, fenacetyny, do czego, ze względu na wyjątkowo niecierpliwie otoczenie chorej, byliśmy zmuszeni. Pożądanem, naturalnie, byłoby badanie bakteriologiczne, co ze wzglę-

dów technicznych uskuteczniłoby nie mogło; sądzą jednak, że wobec bardzo nielicznych dotąd odnośnych spostrzeżeń i sceptycznego usposobienia ogółu lekarzy, i takie niezupełne spostrzeżenie może choć w części przyczynić się do częstszego, niż dotąd, stosowania tego sposobu leczenia oraz dokładniejszego spostrzegania i badania.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

82 A. EISELSBERG. **Zaburzenia w rozwoju zwierząt po wczesnem wycięciu gruczołu tarczowego.** Autor, znany z poprzednich swoich prac nad patologią gruczołu tarczowego, wycinał ten gruczoł bardzo młodym (w 7—8 dniu od urodzenia) roślinożernym zwierzętom (owce, kozy), które do niedawnego czasu jeszcze uchodziły za odporne i niewrażliwe na cierpienia, występujące zwykle u mięsożernych, pozbawionych gruczołu tarczowego (*tetania*, *cachexia strumipriva*). Doświadczenia EISELSBERG'a wykazują, że jakkolwiek u roślinożernych nie występuje burzliwa, śmiertelnem zejściem kończąca się tężyczka (*tetania*), to jednakże pozbawienie ich gruczołu tarczowego wywołuje u nich cały szereg głębokich zmian, które przez analogię można określić ogólną nazwą kretynizmu. Pozbawione gruczołu jagnię ważyło w 6 miesięcy po operacji tylko 10 kilo, gdy pozostawione dla kontroli ważyło 35 kilo. Długość głowy u pierwszego 17, u drugiego 23 cm. *Os humeri* u pierwszego 8,5, u drugiego zaś 17 cm. itd. Rogi bardzo małe. Brzuch stale wzdęty (atonía kiszek). Jądra widocznie zmniejszone. Ciepłota 37,6—38, u jagnięcia zaś, niepozbawionego gruczołu tarczowego, ciepłota wynosiła przecięciowo 39,7—39,9. Szmer skurczowy. Przytem ogólne zachowanie się pozbawionych gruczołu zwierząt wykazało, że i sfera psychiczna uległa pewnym zmianom. Ruchy są powolne i niezręczne. Jagnię w stadzie zachowuje się apatycznie, łaknienie jednak wyborne. Takie same mniej więcej stosunki spostrzegał autor i u innych, pozbawionych gruczołu tarczowego, zwierząt, z tą różnicą, że u owiec porost wełny był znacznie słabszy, u kóz zaś sierść była 2 razy dłuższa, aniżeli zwykle. W dwóch przypadkach autor dostrzegał znaczne miażdżycowe zwyrodnienie aorty. Nadmienić należy, że u jednej kozy, u której wycięcie gruczołu tarczowego nie wywołało żadnych zmian, badanie zwłok wykazało obecność dodatkowego, nie spostrzeżonego podczas operacji, gruczołu tarczowego. Oczywiście więc rzecz, że sama operacja, jako taka, do opisanych zaburzeń się nie przyczyniła.

Spostrzegane u operowanych zwierząt objawy zupełnie odpowiadają znanemu obrazowi, który opisał WAGNER u kretynów: tak samo mało oddziałują na wrażenia zewnętrznego świata, ten sam niezręczny chód z częstą skłonnością do padania naprzód i t. d.

EISELSBERG'owi więc udało się wywołać sztuczny kretynizm zapomocą wycięcia gruczołu tarczowego i tym sposobem potwierdzić wypowiedziane już dawno przypuszczenie, że kretynizm jest w związku z brakiem gruczołu tarczowego, że jest to obrzęk śluzowy wieku dziecięcego (*myxoedema infantile*). Na zasadzie badań własnych oraz innych autorów E. proponuje następującą klasyfikację cierpień, zależnych od gruczołu tarczowego: 1) *Myxoedema foetale intrauterinum*. (Do tej grupy należą przypadki t. z. wrodzonej krzywicy i wrodzonego kretynizmu). 2) *Myxoedema infantile*. (Typowy kretynizm endemicznie w wielu miejscowościach w Alpach). 3) *Myxoedema spontaneum* dorosłych. (Sporadyczny kretynizm, *Cachexie pachydermique*). 4) *Myxoedema operativum*. (Skutki, występujące po wycięciu gruczołu tarczowego, mają albo przebieg przewlekły (*Myxoedeme operateire* REVERDIN'a, *cachexia strumipriva* KOCHER'a) albo zaś ostry w postaci tężyczki.

(*Archiv für klinische Chirurgie* T. 49, Z. 1).

Bychowski.

83. P. K. PEL. **Obrzęk śluzowy.** Pierwszy przedstawiał przypadek tej choroby GULL w Londyńskim Towarzystwie Klinicznem w r. 1873. W 4 lata potem ORD opisał dwa przypadki choroby, której nadał miano „*myxoedema*,” a za cechy której podawał znaczny zanik gruczołu tarczowego i rozlane nacieczenie śluzowe skóry i tkanki podskórnej. W r. 1880 REVERDIN i KOCHER zakomunikowali, że po zupełnem usunięciu wola rozwija się często obraz chorobowy, niezmiernie zbliżony

do obrzęku śluzowego ORD'a. Wtedy SCHIFF przeprowadził doświadczenia swoje, które wykazały, że psy, pozbowione gruczołu tarczowego, giną przy objawach, spotykanych przy obrzęku śluzowym; że jednak można je utrzymać przy życiu, przeszczepiając im gruczoł tarczowy do jamy otrzewnowej; że zatem gruczoł tarczowy prawdopodobnie wydziela do krwi jakąś substancję, konieczną do prawidłowej czynności ustroju wogóle, a narządu nerwowego w szczególności. BRUNS w r. 1884 pierwszy wypowiedział zdanie, że obrzęk śluzowy powstaje wskutek braku swoistej czynności gruczołu tarczowego. W tym samym roku Londyńskie *Clinical Society* wyznaczyło do zbadania tej sprawy komisję, wynikami prac której były następujące fakty: 1) po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego we krwi (małp, psów i kotów) znajduje się mucyna (prawidłowo jej niema), co dowodzi, że gruczoł tarczowy zapobiega nagromadzeniu się mucyny w ustroju; zmieniony przez to skład krwi wpływa ujemnie przede wszystkim na ośrodkowy układ nerwowy (HORSLEY); 2) obrzęk śluzowy nie zależy od nieuniknionych przy tyreoidiektomii obrażeń nerwów szyjowych (twierdzenie MUNCK'a), ponieważ nie spotyka się po żadnej innej operacji na szyi (SEMON); 3) obrzęk śluzowy nie zjawia się po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego wtedy, kiedy pozostałe resztki gruczołu albo gruczoły dodatkowe szybko przeraśstają i biorą na siebie czynność wyłuszczonego gruczołu (SEMON). Już w r. 1889 te wyniki doświadczeń znalazły potwierdzenie i zastosowanie w lecznictwie. BIRCHER otrzymał znaczne polepszenie u chorej, cierpiącej na *myxoedema operativum*, przez przeszczepienie w jamę otrzewną gruczołu tarczowego innej kobiety. Niezależnie od niego HORSLEY poleca tę samą metodę i wielu lekarzy stosuje ją z dobrym skutkiem, szczepiąc gruczoły do jamy brzusznej lub pod skórę. Stwierdzono, że dobre wyniki trwają dopóty, dopóki wszczepiona tkanka gruczołowa całkowicie się nie wessie. VASSALE leczy zwierzęta zastrzykiwaniami do żył soku z gruczołu tarczowego, MURRAY i inni otrzymują wyborne wyniki u ludzi przez zastrzykiwanie podskórne glicerynowego wyciągu z gruczołu tarczowego owcy. HORWITZ i inni otrzymują takie same wyniki przez podawanie wewnętrznie gruczołu tarczowego świeżego lub gotowanego. WHITE przygotował tabletki, zawierające po 0.30 wysuszonego i sproszkowanego gruczołu tarczowego; zjawia się zresztą dużo innych przetworów. Fakty zatem, otrzymane przez klinikę, doświadczenia i leczenie, zgodnie wykazały, że obrzęk śluzowy wywołany jest przez brak pewnej specyficznej czynności gruczołu tarczowego.

Na powstawanie obrzęku śluzowego pewien wpływ wywierają: 1) Płeć. Na 6 chorych kobiet spotyka się 1-go tylko mężczyznę. Czy i jaki wpływ na powstawanie tego cierpienia wywiera życie płciowe kobiet, wiadomo; faktem jest jednak, że na 5 kobiet, dotkniętych obrzękiem śluzowym, są 4 zameżne i dietne; że poród pobudza rozwój cierpienia; że zatrzymanie miesiączki u dotkniętych obrzękiem śluzowym spotyka się nader często. 2) Wiek. Najczęściej pomiędzy 30 a 50 rokiem życia, spotyka się jednak i u dzieci w pierwszych latach ich życia. Tę wczesną postać nazywano dawniej kretynizmem sporadycznym. 3) W pewnych miejscowościach cierpienie to spotyka się o wiele częściej, niż w innych; przyczyny potemu nieznanne: przypuszczano pochodzenie miazmatyczne, ale poszukiwania drobnoustrojów dały wyniki ujemne; prawdopodobniejszym jest wpływ klimatu: wiadomo, że cierpiący na obrzęk śluzowy bardzo źle znoszą zimno i że pod zwrotnikiem cierpienie to prawie się nie zdarza. 4) Cierpienie to występuje u osób, usposobionych do chorób nerwowych; autor nie wątpi, że wzruszenia sprzyjają rozwojowi choroby. 5) Zastanawiającą jest częstość gruźlicy w rodzinach dotkniętych obrzękiem śluzowym. W jaki mianowicie sposób wpływają wymienione czynniki na gruczoł tarczowy, względnie na powstawanie obrzęku śluzowego, nie wiemy zupełnie.

Objawy choroby dają się podzielić na dwie grupy: 1) Czynnościowe zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego o charakterze przygnębienia: chorzy są ciężcy, leniwi, apatyczni, pamięć osłabiona, pewne stopienie umysłowe; w późniejszych okresach cierpienia dojść może do poważniejszych zaburzeń: omamów, manii, zadumy. 2) Organiczne zmiany w narządach wewnętrznych i zewnętrznych. Skóra jest sucha, łuszcząca się, obrzmiała, napięta, twarda, nie dająca się ująć w fałdę, niebolesna; obrzmienie skóry jest tak znaczne, że objętość całego ciała jest wyraźnie zwiększona. Ucisk palca na skórę nie pozostawia na niej dołka, przy przekłuciu skóry nie wypływa z niej surowica, położenie chorego nie wpływa

na umiejscowienie obrzęku; nie jest to więc obrzęk prawdziwy. Obrzęk ten może zajmować całe ciało lub też oddzielne jego części, z czasem może się wzmacniać lub słabnąć. Najwcześniej i najwyraźniej obrzęk ten występuje na twarzy, później na kończynach, następnie na tułowie (rzadko bywa inny porządek). Obrzęk śluzowy nadaje twarzy charakterystyczny wygląd: obwisłe, zgrubiałe, sine (u dzieci tego nie bywa) z przeświecającymi żyłami policzki, ostro odcinające się od przeczerniałej i żółtawo-błędnej cery; gruby, spleaszczony nos z kulistym, sinym, zimnym końcem i szerokimi nozdrzami; grube, wywiniete, czerwone wargi; powieki przez pół tylko otwarte, obrzmiałe; czoło pomarszczone, fałda nosowargowa zniesiona, cała twarz zaokrąglona, o apatycznym, leniwym, nieco głupkowatym wyrazie i ograniczonej bardzo mimice. Wszystko to czyni dotkniętych obrzękiem śluzowym podobnymi do siebie. Mowa i wszystkie inne ruchy powolne, artykulacja niewyraźna, głos bezdźwięczny i monotony, z odcieniem nosowym; należy to poczęści od zaburzeń nerwowych, poczęści od obrzęku błony śluzowej języka, jamy ustnej i gardzielowej. Palce u rąk i nóg krótkie, zgrubiałe, o wygładzonych marszczkach, brzuch wielki z wypukłym pępkiem (szczególniej u dzieci), kark krótki, gruby. Włosy i paznokcie są suche, łamliwe i łatwo wypadają, zęby się psują i wypadają. Tkanka podskórna również ulega obrzękowi i u dzieci tworzy wypuklenia w okolicy nadobojczykowej i nadgrzebieniowej. Wydzielanie potu jest zmniejszone, łez, śliny i śluzu nosowego znacznie wzmożone. Czucie skórne i odruchy bywają często osłabione. Mięśnie bywają rozwinęte słabo, chociaż czasem, szczególnie u dzieci, zdarza się coś w rodzaju pseudohypertrofii (mięśni języka, łydek, ściany brzusznej i piersiowej). Często bywa stwardnienie naczyń z jego następstwami. Ciężota ciała bywa zwykle niższa od prawidłowej, chorzy się uskarżają na zimno. Czynności trawienne są opieszale; godnym uwagi jest zupełny brak pragnienia. Czynności płciowe prawie zniesione, bardzo często bywa zatrzymanie miesiączki. Sen bywa niedobry, niepokrzepiający. Często skłonność do krwawień. Dobowa ilość moczu (o niskim ciężarze gatunkowym) zmniejszona, także ilość mocznika; zdarza się białkomocz (nawet przy zdrowych nerkach); po zastosowaniu tabletek z gruczołu tarczowego występował cukromocz. Zawartość hemoglobiny we krwi oraz ciałek czerwonych bywa zmniejszona (nie stale). Do tego obrazu chorobowego u dzieci dodać należy: zmniejszenie wzrostu wzdłuż, powiększenie wzrostu wszerej, grube, krótkie, częstokroć pokrzywione członki ze zgrubiałymi (jak przy krzywicy) stawami i obrzękami, sinaweni pięściami i stopami, podniesione w górę i nieco abduktowane ramiona, lordotyczne skrzywienie kręgosłupa w okolicy lędźwiowej, bardzo długo otwarte ciemię. Stale dotknięty jest, chociaż w różnym stopniu, gruczoł tarczowy, co jednak za życia określić bywa trudno. Zmiany anatomiczne w gruczole polegają w początku na drobnokomórkowym nacieczeniu tkanki łącznej, połączonym z bujaniem komórek gruczolowych, później na rozroście tkanki łącznej wraz z zanikiem tkanki gruczolowej (marskość). Zmiany anatomiczne w skórze i tkance podskórnej polegają na powiększeniu ilości istoty podstawowej (*stroma*) tkanki łącznej i zawartości w niej mucyny, bujaniu nabłonków gruczolów potowych i łojowych z początku, później na powiększeniu ilości tkanki tłuszczowej, bujaniu tkanki łącznej włóknistej, zaniku gruczolów skórnych i cebulek włosowych. Zresztą kwestya zmian anatomicznych w skórze nie jest jeszcze zamknięta; PRUDDEN np. nie mógł znaleźć nagromadzenia się śluzu w skórze, a obrzmienie jej uważa za obrzęk prawdziwy, tem tylko różniący się od zwykłych obrzęków, że płynurowiczy zbiera się przy nim w powierzchownych warstwach skóry, gdzie przestrzenie międzytkankowe są tak ciasne, że płyn tylko z trudnością przechodzić może z miejsca na miejsce.

Przebieg choroby jest bardzo przewlekły, początek powolny, niewyraźny, choroba ciągnie się dziesiątki lat; zdarzają się samoistne polepszenia i pogorszenia lub te ostatnie powstają pod wpływem przypadkowych chorób ostrych, porodów i t. p. Ostrzejszy przebieg cierpienia miewa niekiedy po zupełnym wyluszczeniu gruczołu tarczowego; na pierwszy plan wtedy występują objawy niedokrwistości i objawy nerwowe.

Leczenie. Dawniej stosowano *tonica i diaphoretica* z miernymi wynikami. Pobyt w ciepłym klimacie wpływa korzystnie na chorych. Teraz mamy w wewnętrznym podawaniu gruczołu tarczowego pewny środek przeciwko obrzękowi śluzowemu, chociaż nie sprowadzający, zdaje się, trwałego wyleczenia. Pod jego

wpływem nawet w bardzo długotrwałych przypadkach skóra powraca do stanu prawidłowego, włosy porastają nanowo, ciepłota ciała podnosi się do normy, ilość wydzielanego moczu i mocznika wzrasta, zawartość hemoglobiny i czerwonych ciałek we krwi podnosi się, chory czuje się jakby nanowo urodzony, apatia i lenistwo nikną. Leczenie należy prowadzić długo (rok i dłużej), ale z wielką ostrożnością (chory powinien z początku leżeć w łóżku pod stałą obserwacją lekarską). U niektórych osobników już niewielkie dawki gruczołu tarczowego spowodują objawy zatrucia: ból głowy, parestezje, przyspieszenie tętna, kołatanie serca, omdlenia, erytemy; zdarza się szybki upadek na wadze; mówią nawet o śmiertelnym wyczerpaniu serca po dużej dawce. Z tego powodu zaczynać zawsze należy od dawek małych. Autor podaje dzieciom po 0.05 suchego proszku dwa razy dziennie co drugi dzień, dorosłym podwójną albo potrójną dawkę; dobre są w użyciu i tabletki WHITE'a od BORROUGH, WELCOME a Co. w Londynie. Można używać i surowych (albo lekko pieczonych) siekanych gruczołów tarczowych cielęcia lub owcy, trzy razy na tydzień po $\frac{1}{2}$ gruczołu. Baczyć tylko należy, aby zwierzęta były zdrowe; autor ostrzega przed gruźlicą.

(*Volkmann's Samml. Kl. Vortr. Nr. 123.*)

Fr. Bellon.

84. C. A. EWALD. **Wartość lecznicza przetworów gruczołu tarczowego w obrzęku śluzowym (Myxoedema), otyłości i innych cierpieniach.** Anglię i Amerykę należy uważać za ojczyznę obrzęku śluzowego. Stamtąd pochodzą pierwsze o nim wzmianki GULL'a i dokładne opisy ORD'a, tam też zdarza on się bezwzględnie częściej, niż w innych krajach. Niemcy zaczynają rozpoznawać i skrzętniej opisywać przypadki powyższego cierpienia, odkąd przed siedmiu laty VIRCHOW pierwszy polecił je baczniejszej uwadze niemieckich lekarzy.

U nas, o ile się zdaje, nie rozpoznawano jeszcze obrzęku śluzowego, jeżeli nie liczyć przypadku z Poznania, opisanego w r. 1887 przez ZIELEWICZA w *Berliner klinische Wochenschrift*. Jak bezskuteczną była do ostatnich czasów terapia obrzęku śluzowego, widać z następujących słów BIEGAŃSKIEGO, wypowiedzianych w jego Dyagnostyce: „przebieg choroby bywa niezmiernie długi i kończy się zawsze śmiercią z wyniszczenia”. Na szczęście, odkąd zastosowano w leczeniu obrzęku śluzowego gruczoł tarczowy, powyższe zdanie stało się anachronizmem.

Przetwory gruczołu tarczowego uważa EWALD za środek tak specyficznie i nieomylnie skuteczny w obrzęku śluzowym i charłactwie, po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego powstałem („*cachexia strumipriva*” KOCHER'a), że je można porównać chyba do działania chininy w zimnicy. Obrzęk i suchosć skóry, ogólne osłabienie, chorobliwie zmieniony głos, wypadanie włosów, apatia i przytycie umyślowe z zadziwiającą niekiedy szybkością ustępują. Coprawda, zawsze należy być przygotowanym do nawrotów, które jednakże nie opierają się działaniu gruczołu.

Powyższe leczenie zasługuje na tem większe zaufanie, że nie jest przypadkowe, empiryczne, lecz opiera się na klinicznych spostrzeżeniach i fizjologicznych doświadczeniach, na współczesnych poglądach na działalność gruczołu tarczowego.

Odkąd SCHIFF, KOCHER i BIRCHER z wybornym skutkiem przeszczepiali gruczoł tarczowy ludziom i zwierzętom, dotkniętym charłactwem wskutek tyreoidektomii, a SERRANO z Lizbony pierwszy przeszczepiał, również z dobrym skutkiem, owczy gruczoł 36 letniej kobiecie, oddawna cierpiącej na obrzęk śluzowy, próbowano różnych metod wprowadzania go do ustroju ludzkiego.

Największem powodzeniem cieszy się obecnie najprostszy sposób postępowania, mianowicie przyjmowanie gruczołu *per os*, zalecone przez HORWITZ'a. Można go podawać w stanie surowym, gotowanym lub smażonym. Za najlepszy przetwór uważać należy tabletki z suszonego i sproszkowanego owczego gruczołu, jak je obecnie kilka fabryk dostarcza, np. firma BORROUGH, WELCOME a. Co. w Londynie. Zawierają one po 0,3 grm. surowego gruczołu tarczowego. Co się tyczy dawkowania, to nie jest ono i nie może być obecnie ściśle, gdyż różnorodne gruczoły zawierają swoście działającą substancję różnego natężenia i w różnej ilości, a izolować jej jeszcze nie potrafimy, chociaż VERMEHREN starał się wydobyć tyreoidynę, poddając wyciąg glicerynowy gotowanego gruczołu działaniu alkoholu. Pomimo niepomyślnych dotychczas prób, nie należy wyrzekać się nadziei powodzenia pod tym względem. W każdym razie dziwnem jest, że ani sok żołądkowy, ani ciepłota nie pozbawiają gruczołu jego własności leczniczych. Z dawkowaniem należy być ostrożnym; lepiej zaczynać od małych dawek; 1—2 pastylek dziennie, stopniowo

podając 4 do *maximum* 7 przez kilka tygodni i znacznie dłużej. Pamiętajmy, że nie jest to bynajmniej środek niewinny. Pomimo to, że zastosowano go niedawno, niejednokrotnie spostrzegano objawy zatrucia wskutek zbyt wielkiej początkowej dawki, które ustępowały po jej zmniejszeniu. W takich razach występowały omdlenia, mdłości, bóle głowy i mięśni, drgawki, a niekiedy nawet utrata przytomności, duszność, zapaść i porażenie serca, oczywiście z zejściem śmiertelnym. Wogóle przypuścić należy, że sok gruczołu działa na serce w podobny sposób, jak jady sercowe, przytem, jak i tamte, posiada działanie zbiorowe. Dlatego też podczas leczenia, zwłaszcza z początku, należy choremu zalecić koniecznie spokój, a jeżeli można, leżenie w łóżku, leczenie prowadzić z przerwami dla uniknięcia działania zbiorowego. Zamiast pastylek niektórzy stosują podskórne zastrzykiwania wyciągu glicerynowego gruczołu owczego. Baranie, wołowe i cielęce gruczoły są równie skuteczne, jak i owcze. EWALD sprawdził swoje poglądy na chorej, której nadzwyczaj szczegółową historję choroby, opatrzoną kilku dobrymi wizerunkami z różnych okresów choroby, podaje.

U 50-letniej panny, bez widocznego powodu zwolna zaczęły występować objawy typowego obrzęku śluzowego: suchość, łuszczenie i charakterystyczny obrzęk skóry, ogólne osłabienie, apatja, niepokój, senność, wypadanie włosów, bezdźwięczny głos. Chora wpadała, pomimo wzmacniającego leczenia, w coraz większe charłactwo, dopóki podwuletniem bezskutecznem błędzeniu nie rozpoznano (przez EWALD'a) obrzęku śluzowego i nie zalecono swoistego leczenia. Z początku stosowano przez 8 miesięcy z małemi przerwami podskórne zastrzykiwania wyciągu glicerynowego gruczołu tarczowego. Wszystkiego zastrzyknięto 675 gramów; z początku codziennie, później, gdy wystąpiły objawy zatrucia, co 2 i więcej dni po strzykawce PRAVAZ'a. Jednocześnie chora piła dużo mleka. Ponieważ skutek leczenia nie całkowicie był zadowalający, zalecono przyjmowanie przez 3 tygodnie po 3 tabletki gruczołu, poczem objawy obrzęku szybko całkowicie ustąpiły. Po przerwaniu leczenia stan znów się pogorszył tak, że, nim nastąpiło całkowite wyleczenie, wracano kilkakrotnie do tabletek. Przykrych zjawisk ubocznych przytem nie zauważono. Ścisłe spostrzeganie wspomnianego przypadku doprowadza autora do wniosków następujących: 1) jeżeli po dłuższem podawaniu pewnego przetworu gruczołu tarczowego skutku nie widzimy, należy zastosować inny. MENDEL widział dobre wyniki po wyciągu, EWALD po tabletkach; 2) po dłuższem użyciu tabletek zauważył EWALD u swojej pacjentki czasowe występowanie cukru w moczu i to w znacznej ilości—do 5%. Po przerwaniu leczenia tabletkami cukromocz ustępował. Innych objawów cukrzycy nie było. Spostrzeżenie EWALD'a stoi odosobnione w literaturze.

Doniosłe skutki, zauważone po użyciu gruczołu tarczowego w obrzęku śluzowym, zachęciły badaczy do wypróbowania go w innych cierpieniach. Otoż przedewszystkiem wobec blizkiego stosunku, zachodzącego pomiędzy obrzękiem śluzowym a kretynizmem, stosowano nowy środek w podobnych przypadkach. Jakkolwiek prób robiono niewiele, spostrzegano niekiedy zadziwiająca poprawę, zachęcającą do ich powtarzania. Ostatnimi czasy wprowadzono gruczoł tarczowy i do skarbniicy terapii chorób skórnych. Użyto go do leczenia łuszczycy na tej zasadzie, że wywołuje silne łuszczenie skóry i poprawia jej odżywianie. Poprawę nie często spostrzegano, np. ABRAHAM na 17 w ten sposób leczonych przypadków zaznaczył ją tylko w siedmiu. Za wątpliwe i nienależycie wypróbowane należy też uważać działanie gruczołu w pokrzywce przewlekłej, wilku, pryszczycy, *lichen planus*, *prurigo senilis*.

Dodajmy do powyżej wyliczonych chorób: trąd, akromegalię, chorobę BASEDOW'a, wole i otyłość, a otrzymamy długi szereg cierpień, przy których szukano ratunku przy pomocy gruczołu tarczowego.

Dobroczynnego wpływu na chorobę BASEDOW'a nie spostrzegano; zato samoistnie rozwijające się wole (*struma simplex*) do pewnego stopnia się zmniejszało, zwłaszcza u osobników młodych i to w pierwszym tygodniu leczenia. Większem powodzeniem może się poszczycić gruczoł tarczowy w leczeniu otyłości. Dość znaczna ilość spostrzeżeń badaczy angielskich i amerykańskich, a zwłaszcza spostrzeżenia LEICHTENSTERN'a (25 przypadków), zdają się stanowczo przemawiać na korzyść tyreoidyny. Podawać należy pastylki przez czas dłuższy w ilości od 3—5 dziennie (stopniowo powiększając dawkę). Spadek na wadze jest największy

w pierwszym i drugim tygodniu (od kilku do kilkunastu i więcej kilo). Ubocznych zjawisk nie zauważono. Na niektóre jednostki środek nie wywiera żadnego wpływu.

EWALD zgodnie z LEICHTENSTERN'em przypisuje gruczołowi tarczowemu wpływ na ilość zawartego w skórze tłuszczu i wody.

Oto choroby, w których stosowano gruczoł tarczowy.

Jeżeli w większości ich, pomimo wyraźnej niekiedy poprawy, niemożna go uznać za środek należyte wypróbowany i oceniony, to w obręku śluzowym i charakteractwie po wycięciu gruczołu tarczowego należy mu przyznać swoiste, zdumiewające dobroczynne działanie. Czy i doświadczenie innych badaczy potwierdzi ten pogląd, przyszłość pokaże.

(*Berliner klinische Wochenschrift* № 2, 3. 1895).

A. Simon.

85. GUTHRIE RANKIN. **Choroby złośliwe trzustki.** Cierpienia trzustki pierwotne były dotąd uważane raczej za wyjątek, aniżeli za правило. Zmiany chorobowe natury złośliwej, znajduwane w trzustce, uważano za pochodzące od takichże spraw w żołądku, dwunastnicy, wątrobie lub pęcherzyku żółciowym. Opisy 2-ch przypadków, przytoczone przez R., pouczają nas, że trzustka również może być siedliskiem pierwotnej sprawy chorobowej. Objawy tego cierpienia za życia następczały dużo wątpliwości pod względem rozpoznawczym. Tylko dzięki badaniu pośmiertnemu można było wyjaśnić sobie wiele ciemnych stron tych objawów i uzupełnić braki w piśmiennictwie odnośnem. Z pomiędzy objawów, dostrzeganych w obu tych przypadkach, do wybitnych należą: znaczne wychudnienie, nadzwyczajny upadek sił, napady bólów w brzuchu, a w późniejszych okresach—głęboko umiejscowiona bolesność w dołku. W jednym przypadku w okolicy nadbrzuszej dawał się wy czuć twardy guz, którego dolna granica wychodziła z poza wyrostka mieczykowatego. Stwierdzono przytem zupełny brak tłuszczu w wypróżnieniach, cukru w moczu, wydatnych zaburzeń w trawieniu, długotrwałej żółtaczki lub dziedzicznej skłonności do nowotworów złośliwych. Mocz zawierał wielką ilość barwników żółciowych. Kał był niekiedy pozbawiony barwy swoistej, zawsze cuchnący. Zwykle było zaparcie stolca, przy końcu tylko choroby nastąpiła biegunka. Wymioty lub nudności niezawsze miały miejsce. Łaknienie upośledzone. Chorzy miewali czasem napady kaszlu, doprowadzające do zupełnego wyczerpania. Przy opukiwaniu znajdowano zwykle powiększenie tępości wątroby. Działalność serca od czasu do czasu przyspieszona; tętno prędkie, miękkie, nikłe, w jednym przypadku nawet nieprawidłowe. W trzustce, badanej po śmierci chorych, znaleziono w jednym i drugim przypadku powiększenie objętości przeważnie główki trzustki, skąd widocznie choroba brała początek. Trzustka usiana guzikami różnej wielkości, twardymi, jak skóra, na przekroju szarymi; główka trzustki—to jedna zbita masa tych tworów, przedstawiająca się w postaci dużego węzła (*nodular*). Z innymi narządami sąsiednimi łączyły trzustkę dość silne zrosty. W żołądku zauważono w jednym przypadku ścięczenie ścian i rozszerzenie; ściany zaś odzwierniaka tak w jednym, jak i w drugim przypadku były zgrubiałe i nacieczone, lecz przejście do dwunastnicy było wolne. Już z powyższego pobieżnego opisu objawów widać, czem różni się zbiór tychże od poprzednio ustalonych w literaturze. Znadto znaczenia przypisywano obecności tłuszczu w wypróżnieniach, jako cechy choroby trzustki. Również bezbarwność kału, po wyłączeniu choroby wątroby, miała wskazywać udział wydzieliny trzustkowej. Podług Cl. BERNARD'a sok trzustkowy właśnie dostarcza barwy wypróżnieniom, a nowsze badania podobnie doprowadziły WALKER'a do wniosku, że brak soku trzustkowego, jak również żółci, powoduje gliniaste wydzieliny kałowe. A przecież w żadnym z tych przypadków tłuszczu w kale nie było, a wypróżnienia niezawsze były pozbawione barwnika. Mało też polegać można na wytwarzaniu przez trzustkę zaczynu glikolitycznego (*glycolitic*), albowiem w przebiegu obu przypadków ani razu cukru w moczu nie odkryto. Brak wyraźnych zaburzeń w trawieniu i uporczywej żółtaczki wskazuje wyłącznie pewne postacie cierpienia trzustki. Prawdopodobnem wytłomaczeniem tego zjawiska jest to, że tłuszcz w postaci zawiesiny został bezpośrednio wchłonięty, a przewód żółciowy uniknął takiego ze strony trzustki ucisku, jaki mogłyby spowodować zupełne jego zamknięcie i trwałą żółtaczkę. Napady kolki R. przypisuje również uciskowi lub zaburzeniom zapalnym, szerzącym się z trzustki na sąsiedni spłot brzuszy, z czem w związku znajduje się brak przemijający żółtaczki przy obecności kolek. Z tegoż

splotu podrażnienie widocznie przeszło na nerw błędny i wywołało napad kaszlu. Zmieniona działalność serca mogła też być zależną bądź od udziału splotu sercowego przez pośrednictwo nerwu błędnego, bądź od nerwów współczulnych. Nareszcie, szybkie wychudnienie, jak również wczesne uwydatnienie wyczerpania sił, stanowiącą znamioną cechę cierpienia, przemawia za złośliwością sprawy. Otoż spotkany u człowieka powyżej lat 40, przeważnie mężczyzny, taki objaw, łącznie z bolesnością w dołku, zdaniem R., każe podejrzewać chorobę trzustki. Jeżeli zachodzą jeszcze zaburzenia nerwowe, które mogą być przypisywane nerwowi błędnemu lub współczulnemu, to prawdopodobieństwo udziału trzustki jest jeszcze większe. Rozpoznanie będzie już zupełnie pewne, jeżeli się wyczuwa guz w okolicy nadbrzusza i jeżeli, po wykluczeniu udziału wątroby i pęcherzyka żółciowego, pozostają wyżej wspomniane objawy ogólne.

(*Brit. Medic. Journal* N. 1793. May 11, 1895.)

H. Wasserman.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= D-r MC. CALLY stosuje przy przeroście gruczołu krokowego zastrzykiwanie kokainy do miąższu jąder. C. przekonał się, że zastrzykiwanie te, robione 2 razy na tydzień, mogą zupełnie zastąpić kastrację. U dwóch chorych ustąpiły szybko dolegliwości, zależne od przerostu gruczołu krokowego; sam gruczoł się zmniejszył, zdolność spółkowania powstała, ciała nasienne przestały się wytwarzać. (*La sem. méd.* N. 28).

= CANEVA barwił preparaty szkiełkowe z rosy rzeżączkowej alkoholowym roztworem eozyny i przekonał się, że są dwa rodzaje ciałek eozynofilowych. Jedne, średniej wielkości, pospolicie jednojądrowe, zawierają ziarna zbliżone wielkością do gonokoków; spotykają się one przy postaciach ostrych nader rzadko. Inne, jedno lub wielojądrowe, zawierają ziarenka delikatne, kuliste lub pałeczkowate. Stanowią one przy ostrych postaciach ogromną większość. Tylko one właśnie zawierają gonokoki, gdy w pierwszych nigdy pasorzytów znaleźć nie można. W postaciach przewlekłych razem z ilością luźnych gonokoków, zwiększa się ilość komórek pierwszego gatunku. (*La Rif. med.* 1894. N. 25).

= CAMUS i GLEY dokonali ciekawych badań nad wpływem układu nerwowego na obieg limfy. Czynność *cisternae chyli* i przewodu piersiowego zależy od włókien nerwowych w lewym nerwie trzewowym i współczelnym piersiowym. Oba nerwy zawierają włókna zwężające i rozszerzające; te ostatnie znajdują się w ilości przeważającej. Kurczliwość naczyń chłonnych ma ogromny wpływ na obieg limfy, co widać z doświadczeń, w których zmieniające się kurczenie i rozszerzanie zbiornika i przewodu były zupełnie podobne do ruchów t. zw. serc limfatycznych u niższych kręgowców. Z doświadczeń autorów tych wynika, że obieg w naczyniach chłonnych jest podobny do krwiobiegu. (*Prog. méd.* 1895 r. № 15). Ż.

= KEATING HART stosował u chorych z przewlekłym zapaleniem nerek, dotkniętych bezmoczem, prąd zstępujący (moczopędne jego działanie wykazali ONIMUS i LEGROS). Biegun dodatni małych wymiarów stawiano na karku tuż pod wyniosłością potylicową, biegunem zaś ujemnym bardzo szerokim (15×20 cm.) posuwano po okolicy lędźwiowej. Oba bieguny maczano w roztworze nasycenym soli kuchennej. Posiedzenie powtarzano 3 lub 4 razy na tydzień, przynajmniej po pół godziny. Chorzy znosili takie postępowanie doskonale i to bez wyjątku; we wszystkich przypadkach następowało stopniowo wydzielanie moczu i zmniejszenie ilości białka; obrzęk i objawy mocznicowe znikały. Tak pomyślne wyniki otrzymano nawet u takich chorych, którym żadne leki już nie pomagały. (*Sem. méd.* 1895 r. № 29).

Ż.

= NICAISE przy leczeniu wodosteku jąder (*hydrocele*) zastrzykiwaniami nalewki jodowej znieczuliła osłonę pochwową w sposób następujący. Przy zachowaniu wszystkich przepisów przeciwnieństw wypuszcza trójgranicem płyn surowiczy, dopóki nie zostanie się go jeszcze około trzeciej części; wtedy przez tę samą rurkę zastrzykuje 3--4 cm. sz. 1%-ego roztworu kokainy, a po 4--5 minutach działania wypuszcza resztę płynu z worka. Następnie zastrzykuje nalewkę jodową bądź czystą, bądź rozcieńczoną (stosownie do wieku chorego) i po pięciu minutach także ją wypuszcza. Rękoczyn, dokonany w tych warunkach, jest bezbolesny i znacznie bezpieczniejszy pod względem powikłań, mogących towarzyszyć użyciu kokainy, wprowadzonej do worka zupełnie opróżnionego. (*Sem. méd.* 1895 r. № 29).

= DORIA wykrył w trzech przypadkach *endometritidis chronicae glandularis* pewne twory bądź w świetle rozszerzonych gruczołów, bądź w komórkach, gruczoły te otaczających. Twory powyższe uważa D. za ameby; są one 5—8

razy większe od czerwonego ciłka krwi, pospolicie kuliste, rzadziej owalne lub jajowate. Jądro maleńkie leży w zarodku w wodniczce; w preparatach świeżych widać ruch tych tworów. D. sądzi, że ameby te muszą wywierać wpływ swoisty na tkankę, tembardziej, że w jednym przypadku nie udało mu się wcale wykryć bakteryi. Ponieważ pomiędzy *endometritis glandularis* a *adenoma benignum* i *malignum* istnieją przejścia stopniowe, więc, być może, ameby owe są wspólną tych cierpień przyczyną. (Arch. f. Gynaek. T. 47. Z. 1).

== Przeciwno dychawicy oskrzelowej: Rp. Chloral. hydrat. Kalii jodati aa 2,00, Aquae dest. 150,00; syrup. cort. aurant. 20,00. MDS. 2—5 łyżek dziennie. (Rev. int. de méd. et de chir. N. 2).

== MIRON SIGALEA spostrzegł pięć przypadków dusznicy bolesnej, która wystąpiła po napadach zimnicy. Objawy znikły pod wpływem chininy. (Prog. méd. 1895 r. № 15).

== STEWART przychodzi na zasadzie 16 spostrzeganych przypadków do wniosku, że cały szereg drgawek, dochodzących do padaczki, może być skutkiem zatrucia ołowiowego. Niekiedy zbiór objawów wystarcza do rozpoznania, kiedy indziej zaś dane wywiadowcze, np. uży-

wanie ciastek barwionych chromgelbem t. j. chromianem ołowiu, malowanie farbami, zawierającymi ołów i t. p. Dość często wykazywał S. ołów w moczu w ilościach dość znacznych. Z.

== Przeciwno przeszywającym bólom tabetyków BLONDEL zaleca następujący zabieg: leżącemu pacjentowi poleca się zbliżyć możliwie najmocniej uda do przedniej powierzchni ciała, kolana do podbródka, i przez nałożenie pasa na kark i pod kolana utrzymuje go się w takim położeniu przez 5 minut. Chory może leżeć przytem na plecach albo na boku. Autor przez takie mocne zgięcie kręgosłupa naprzód ma na celu wyciąganie mleczu pancerzowego. Zasada więc ta sama, co przy zawieszaniu chorych, ale metoda autora jest bezpieczniejsza i łatwiejsza do wykonania. Uda należy zginać w lekkim odproszaniu, ażeby uniknąć zbytniego ucisku brzucha i utrudnienia oddychania. W jednym przypadku wiadu z nadzwyczaj uporeczywymi bólami przeszywającymi, leczonymi bez skutku antypiryną, fenacetyną, saletranem srebra, bóle te ustąpiły po tygodniu powyższego leczenia, aby zresztą po miesiącu powrócić. Powtórnie stosowane w ciągu 2-ch tygodni leczenie usunęło bóle zupełnie (czas spostrzegania 2 lata). (Revue de thérap. № 7).

Wiadomości bieżące.

— III międzynarodowy zjazd Dermatologów odbędzie się w Londynie od 4 do 8 sierpnia 1896 r.

— Na pytanie berlińskiej gazety „Berl. Lokalanzeiger“ co do kwestyi codziennego odwiedzania chorych w szpitalach, 6 dyrektorów wieńskich szpitali odpowiedziało, że codzienne odwiedzanie chorych szpitalnych w pewnych określonych godzinach nie wywoływało żadnego szkodliwego wpływu, lecz przeciwnie oddziaływało w jak najlepszy sposób na psychiczny nastrój chorych.

— Francuski minister oświaty ustanowił komisję, w celu zabezpieczania młodzieży od wpływu alkoholu; do komisyi tej należą nauczyciele, lekarze i osoby prywatne. Jeden z lekarzy na żądanie ministra miał w niektórych szkołach odczyt o szkodliwym wpływie alkoholu.

— Na miejsce zmarłego prof. LUDWIG'a w Lipsku na katedrę fizjologii powołany został prof. HERING, znany ze swych prac uczony, zwłaszcza w dziedzinie badań wzroku i pocucia barw.

— Zmarli. W Burgdorfie w Szwajcarii w dniu 12 maja zmarł d-r Józef STUPNICKI, wychowanec b. Szkoły Głównej Warszawskiej i Uniwersytetu Berneńskiego. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte poświęcił zmarłemu bardzo gorące wspomnienie.

— W Warszawie zmarł d-r Antoni TYMIŃSKI, w 59 roku życia.

Odpowiedzi od Redakcyi.

Koledze A. Z. Wzmianka o rutynie i oszczędności na str. 562 naszego pisma dotyczy oczywiście ówczesnego zarządu lekarskiego.

Доводжено Ценаурою. Варшава. 29 Іюня 1895 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.