

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O urojeniach wstecznych jako o odrębnej postaci urojeń. Przyczynę do nauki o obłąkaniu ostrem halucynacyjnem (paranoia acuta hallucinatoria). Napisał Adam Wizel. — O delirium, podał Seweryn Sterling. — Patologia i terapia przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, oraz uwagi o leczeniu neurastenii płciowej, napisał S. Groszlik. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 32. Zimnica wierzchołków płuc. 33. a) O stosowaniu lecniczem gruczołu tarczowego. b) O leczeniu wola przetworami gruczołu tarczowego. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 18 lutego r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
 GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
 destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Wizel — Du delirium retrograde comme forme particuliere du delirium. 2) D-r S. Sterling — Sur la dulcinie. 3) D-r S. Groszlik — Pathologie et therapie de la prostatite chronique et remarques concernant le traitement de la neurasthenie sexuelle.

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

„Medycyna“
 MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Wizel — Ueber eine specielle Form von Wahnideen. 2) D-r S. Sterling — Ueber das Dulcin. 3) D-r S. Groszlik — Pathologie und Therapie der Prostatitis chronica und Bemerkungen über die Behandlung der sexuellen Neurasthenie.

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

O urojeniach wstecznych jako o odrębnej postaci urojeń.

Przyczynę do nauki o obłąkaniu ostrem halucynacyjnem

(*paranoia acuta hallucinatoria*).

Napisał **Adam Wizel**, ordynator klin. psychiatrycznej w szpitalu Ś-go Jana Bożego.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 10).

Jużemy kilkakrotnie wyżej wspominali o głosach, jakie chory słyszał. Głosy te z czasem stały się o wiele częstsze i prawie nieustannie chorego prześladowały. Chory nazywa je głosami wewnętrznymi, albowiem słyszał je w swej głowie. Głosy, o których mowa, były dlań zazwyczaj nieprzyjemnie usposobione i bądź drwiły z niego, bądź spór z nim wiodły. Chory nie mógł się żadną miarą im opędzić,—do wszystkiego się wtrącały, w każdej chwili uwagę jakąś czyniły. Częstość uwagi taka nie miała żadnego związku z rzeczywistością. Tak np., pewnego razu zachciało się choremu pić,—nalewa sobie tedy wody i podnosi kubek do ust, gdy wtem głos się odzywa: „czy przyjmiesz prawosławie? bo, jeżeli nie, to staniesz się czarny, jak murzyn“,—i w tejże chwili ujrzał własną postać czarną, niby węgiel.

Ale nie tylko głosy wewnętrzne dręczyły go; jeszcze więcej cierpiał wskutek halucynacji,—halucynacji okropnych, przerażających, od których dusza jego drętwiała. Poniższa opowieść posłuży za wymowną ilustrację cierpień, jakie przechodził chory z powodu halucynacji.

Pewnego dnia głos wewnętrzny powiedział choremu: „jesteś przez wszystkich uważany za nihilistę i musisz śmierć ponieść w szpitalu“. Odtąd chory był przekonany, że go lada dzień życia pozbawią. I gdy tak wciąż o śmierci swej przemyślał, nagle usłyszał nad sobą, jakgdyby o piętro wyżej, jęki zarzynanego człowieka. W pierwszej chwili sądził był, że się omylono i że, zamiast niego, niewinną ofiarę mordują. Dopiero potem głos wewnętrzny objaśnił go, że tym, którego zarzynają, jest jego własny brat. Tenże głos dodał, że cała jego rodzina zostanie w ten sam sposób wyrżnięta i że jedyna rzecz tylko mogłaby ją ocalić, a mianowicie jego własna śmierć.

To, co głosy mówiły, ziściło się istotnie, wkrótce bowiem usłyszał on jęki i krzyki całej swej rodziny. Ojciec, bracia, siostry wołali naprzemian: „ratuj nas, ratuj! Czemu nas nie ratujesz? Nas tu mordują, nas zarzynają“. Słyszając podobne lamenty, chory cierpiał nadludzkie męki.

Nad rodziną jego okrutnie się znęcano. Jednym podrzynano gardła, drugich pakowano do wielkich kołysek, najeżonych wewnątrz kolcami, i kołaskami teni wstrząsano. Tortury te trwały całe tygodnie, —i nie było ani jednej chwili, w którejby chory nie słyszał rozpaczliwych wołań rodziny. Wielokrotnie prosił on, błagał lekarzy, by mu pozwolili pójść na górę i rodzinę swą po raz ostatni zobaczyć; lekarze jednak, zamiast się nad nim ulitować, ironicznie się tylko uśmiechali.

I gdy tak okrucieństwa te nieustannie się powtarzały, głos wewnętrzny nagle powiedział mu pewnego dnia, iż przyczyną znęcania się nad jego rodziną jest okoliczność całkiem inna, aniżeli ta, którą dotąd przypuszczał. Chrześcijanie potrzebują dla swych celów religijnych krwi żyda, i dlatego corok zarzynają oni jednego żyda, a co siedm lat całą rodzinę żydowską. Obecnie przypadała kolej na całą rodzinę, a w tym celu rodzina jego została wybrana.

Chory nie mógł dłużej pozostać obojętnym widzem nadludzkich cierpień rodziny. Zrozumiał, że musi nareszcie życie sobie odebrać. Schwycił tedy scyzoryk i zaczął nim podrzynać sobie gardło,—następnie wkłул go sobie w okolicę serca i wątroby. Wszystko to jednak napróżno,—rany były powierzchowne i prędko się zagoiły (jeszcze dotąd widoczna jest blizna na szyi). Po tych nieudanych próbach, głos wewnętrzny rzekł doń drwiąco: „aha, myślałeś, że sobie scyzorykiem życie odbierzesz. O, toby zbyt lekka była śmierć dla ciebie. Nie tak prędko z życiem się rozstaniesz. Musisz się dłużej pomęczyć. My ci każemy teraz rzucić się z okna“. I gdy to chory usłyszał, wnet powziął zamiar wyskoczenia z okna, ale w tejże chwili zdjął go strach i chory zamiaru swego nie wykonał.

Takie to męczarnie przechodził chory podczas pobytu swego w szpitalu L. Po dwóch miesiącach został on znów przepisany do szpitala W. U. Gdy chory jechał koleją do miasta W., przez cały czas podróży słyszał wyraźnie jęki rodziny, tak, iż był przekonany, że razem z nim jadą jego krewni, zamknięci w sąsiednim wagonie. Położenie chorego w szpitalu W. U., gdzie został umieszczony w oddziale psychiatrycznym, bynajmniej się nie poprawiło. Te same męczarnie powtórzyły się i tutaj. Rodzinę jego znowu ułożono o piętro wyżej i znowu zaczęto ją w straszny sposób katować. Chory cierpiał bezgranicznie, cierpiał nie tylko z powodu znęcania się nad nim lekarzy, ale i z powodu ich drwin i naigrawań. Ilekroć dostrzegali w nim większy smutek i większe przygnębienie, natychmiast zaczynali kpić sobie i podżartowywać z niego. Tak np., pewnego dnia lekarz kazał jakiemuś żołnierzowi

rozebrać się do naga i płaszać oraz gestykulować pociesznie. Chory miał duszę pełną łez, a musiał się śmiać z zabawnego widoku. Było to dlań okropne. Podobnych przykładów mógłby opowiedzieć znacznie więcej. Tak np., innym znów razem chory z powodu wielkiego rozdrażnienia został przeniesiony do separatki. Otóż, gdy siedział już w ciemnej komórcie, lekarz kilkakrotnie podchodził do okienka, aby mu się przyjrzeć, — i uśmiechał się ironicznie.

W szpitalu W. U. chory męczył się aż cały miesiąc. Nie sądzonem mu jednak było zginąć w murach szpitalnych; pół roku opierał się energicznie wszelkim torturom, aż wreszcie lekarze, widząc, że żadne męki nie mogą go złamać, darowali mu wolność i do domu odesłali. W maju r. z. chory został ostatecznie wypisany ze szpitala i z wojska.

Gdy przybył do domu, zdziwił się niepomieranie, że rodzinę całą widzi żywą. Toć był przedtem najmocniej przekonany, że wszyscy już dawno zostali pomordowani. Zdziwił się, ale się bynajmniej nie ucieszył, przebyte bowiem cierpienia tak go strasznie zgłębiły, iż nie miał wcale siły cieszyć się i radować.

Teraz dopiero zrozumiał, że rodziny jego bynajmniej nie zarzynano, — i że wszystko, co mniemał o rzezi i katowaniu rodzeństwa, było wynikiem chorobliwych złudzeń i przywidzeń. Teraz powziął myśl także, że te złudzenia i przywidzenia musiały mu być przez lekarzy suggestyjonowane, i że sugestyi tej lekarze użyli zapewne, jako jednego z licznych sposobów pastwienia się i znęcania nad nim.

Pobywszy pewien czas w domu, chory postanowił wreszcie znowu wziąć się do pracy. Zaczął tedy znów pełnić obowiązki felczera, odwiedzać chorych, załatwiać rozmaite posługi felcherskie i t. p., i byłby z swego położenia obecnego całkiem zadowolony, gdyby nie to, że w dalszym ciągu dokuczają mu ciągle halucynacje. To, co sztucznie wywołano, to trwa w dalszym ciągu. Oto, dlaczego chory przybywa z prośbą o leczenie go hypnotyzmem.

Co do trapiących go obecnie halucynacji, to są one w zupełności podobne do tych, jakie chory niewał dawniej. Ciągłe jeszcze teraz słyszy jęki i rozpaczliwe wołania ojca, braci i sióstr. Póki jest zajęty pracą lub rozmową, głosów nie słyszy; lecz jak tylko zostanie sam na sam ze sobą, natychmiast wśród ciszy zaczynają się rozlegać głośne i żalosne wołania. Tak np., głos ojca mówi doń: „ratuj nas, synu, ratuj! Na tom ja cię spłodził, na tom wychował, abyś teraz dozwolił znęcać się nademną? Nas tu mordują, nas zarzynają,—ratuj nas, ratuj, synu”!

Ale omamy słuchowe nie są jedynym objawem, zakłócającym mu spokój. Prócz tego nieustannie dokuczają mu głosy wewnętrzne (pseudohalucynacje).

Jest ich bez liku, — ciągle prawie chory słyszy w głowie głosy, którym się żadną miarą opędzić nie może. Głosy te są jakgdyby słowami, podszeptowanymi mu przez drugą osobę. Głosy te bądź aprobuja jego czyny i zamiary, bądź drwią z nich, bądź krytykują je ostro. Chce np. pójść dokąd, — wówczas głos wewnętrzny odzywa się doń w te słowa: „nie, nie chodź tam”; a gdy się chory wskutek tego zaczyna gniewać, wówczas głos powiada: „no, no, to idź sobie, idź”, przyczem wydaje mu się, jakgdyby jakaś niewidzialna

postać obejmowała go czule, lub kładła mu ręce na ramiona. Ten dyalog wewnętrzny w straszny sposób męczy i denerwuje chorego.

Prócz halucynacyi i pseudohalucynacyi, chory doznaje nadto licznych złudzeń (iluzyi). Tak np., w turkocie, dzwonieniu i t. p. słyszy często stereotypowe błagania rodziny (ratuj nas, ratuj, i t. d.).

Wszystkie powyższe omamy i złudzenia odnosily się do zmysłu słuchu, ale, prócz ułud słuchowych, chory miewa nieraz i ułudy wzrokowe. Tak np., o czem tylko chory pomyśli, zaraz to widzi. Coprawda, obrazy te nie są tak wyraźne, jak halucynacje, są jednak nieskończenie żywsze i jaskrawsze od zwykłych wyobrażeń (pseudohalucynacje wzrokowe,—przyp aut.). Obrazy wzrokowe chorego częstokroć nie pozostają w żadnym związku z jego myślami. Gdy siedzi sam w pokoju, odrazu zdaje mu się, że jakaś nieznana postać przesuwa się przez pokój i t. p.

Tak brzmi historia choroby, opowiedziana przez samego chorego. Zachował on jaknajdokładniej w pamięci to wszystko, co przeczuł i przemyślał podczas choroby, a dzięki swej inteligencji, umiał zręcznie obraz przebytych cierpień odtworzyć.

Zauważyć tu winienem, że chcąc się przekonać, o ile opowieść chorego znajduje się w zgodzie z rzeczywistością, prosiłem jednego z ordynatorów oddziału psychiatrycznego szpitala W. U. o udzielenie mi informacji odnośnie do naszego chorego. Z łaskawie dostarczonych mi notatek dowiedziałem się, iż obraz kliniczny, przedstawiony przez chorego, najzupełniej odpowiada temu, co lekarze w rzeczywistości spostrzegali.

Po tej uwadze winniśmy z kolei przejść do rozbioru opisanego przypadku; w tym celu postaramy się w kilku słowach streścić historię choroby.

Młody człowiek, lat 25, dziedziczością nie obciążony, cierpiąc na neurastenię, spowodowaną samogwałtem, dostaje się do wojska. Nie mając ochoty do służby, postanawia uwolnić się z wojska. W tym celu podejmuje szereg odpowiednich starań,—starania te wszakże kończą się zupełnem niepowodzeniem. Okoliczność ta drażni chorego w najwyższym stopniu; w przystępie gniewu i oburzenia rzuca potwarz na władze i wypowiada słowa brutalnej groźby. Powoli wszakże zaczyna się w nim budzić obawa skutków, mogących wyniknąć z jego zuchwalstwa oraz nieogłędnych pogroźek. Chory wpada w przygnębienie i rozpacz, i oto wśród podobnych afektów zaczynają w nim kiełkować idee paranoiczne. Chory zaczyna roić, że zwierchność zemści się nad nim i ukarze go za jego przewinienie. Ziarno idei paranoicznych, raz zrodzone w jego umyśle, nader szybko się rozwija i wkrótce wyrasta w bujną i okazałą psychozę.

Psychoza ta charakteryzuje się głównie dwoma objawami: z jednej strony ułudami zmysłowemi — halucynacyami, pseudohalucynacyami oraz iluzjami; z drugiej — ideami błędnymi, urojeniami. Ułudy zmysłowe stosownie do treści wywołują w chorym najrozmaitsze uczucia i powodują szereg czynności, będących naturalną reakcją przeciw chorobliwym podszeptom wyobraźni; kilkakrotnie nawet chory usiłował pozbawić się życia. Co zaś do urojeń, to te posiadają charakter wyłącznie prześladowczy: choremu zdaje się, że lekarze zapomocą całego szeregu środków występnych dręczą go i katują.

Idee błędne chorego odznaczają się pewną zmiennością i ruchliwością. Z początku wydaje mu się, że on sam tylko jest ofiarą prześladowań lekarzy; następnie zaczyna bredzić o czynach prześladowczych, podjętych przeciw całej jego rodzinie, i wówczas z roli prześladowanego przechodzi do roli odkupiciela; co zaś do motywów akcji prześladowczej, skierowanej przeciw rodzinie, to z początku wydaje mu się, że on sam jest przyczyną niehumanitarnego znęcania się nad jego rodzeństwem; później znów sądzi, że krewni jego cierpią dlatego, iż są żydami. Widzimy więc, że w wyobrażeniach błędnych chorego istnieje pewien zamęt,—mimo to jednak, na ogół biorąc, wiążą się one w jakąś taką całość, w jakiś taki system. System ten, co prawda, nie jest tak logiczny i konsekwentny, jak to bywa w obłąkaniu przewlekłym (*paranoia chronica*), niemniej jednak dalekim on jest od chaosu wyobrażeń i urojeń, jaki spostrzegamy np. w amencji.

Mając na względzie wszystkie powyższe fakty, nie trudno już rozpoznać chorobę.

Nagły wybuch urojeń i ułud zmysłowych po okresie zwiastunowym, który się cechował obecnością przykrych afektów, brak ścisłej konsekwencji w urojeniach, ostry przebieg cierpienia oraz pomyślnie zejście,—wszystkie te dane przemawiają za tem, że w przypadku naszym mieliśmy do czynienia z obłąkaniem ostrem o m a m o w e m (*paranoia acuta hallucinatoria*). Takie też rozpoznanie zrobili lekarze szpitala W. U.

Obłąkanie ostre, nie bacząc na liczne badania cierpieniu temu poświęcone, dotąd jeszcze stanowi sprawę sporną w psychiatrii. Gdy jedni psychiatrzy uważają je za psychozę, pokrewną obłąkaniu przewlekłemu (*paranoia chronica*), różniąc się od tego ostatniego tylko swym przebiegiem i mogącą przy dłuższem trwaniu przejść w paranoję przewlekłą, inni zapatrują się na obłąkanie ostre, jako na cierpienie całkiem samodzielne i ściśle je od paranoi przewlekłej odgraniczają; inni wreszcie, nie tylko, że obłąkania ostrego od przewlekłego nie odgraniczają, ale nawet utożsamiają je z amencją.

Pierwszym, który zwrócił uwagę psychiatrów na obłąkanie ostre, był WESTPHAL. W pracy WESTPHAL'a o obłąkaniu przewlekłym¹⁾ znajdujemy krótką wzmiankę, że obłąkanie niekiedy rozwija się i przebiega ostro i że w takich razach kończy się wyzdrowieniem. Czem się jednak cechuje ta ostro przebiegająca paranoja i jaki obraz kliniczny przedstawia, tego autor bliżej nie określa.

Dopiero badania innych uczonych znacznie rozszerzają pojęcie o paranoi ostrej.

Tak, MEYNERT²⁾, przyznając również istnienie „acute primäre Verrücktheit”, twierdzi, iż cierpienie to zasadniczo się różni od „primäre Verrücktheit”, tak, iż jest zdania, że dwa te cierpienia należy koniecznie odgraniczać. Według MEYNERT'a, obłąkanie przewlekłe różni się od ostrego głównie tem, że przy pierwszym chory mniej lub więcej logicznie urojenia swe uzasadnia i potrafi o nich rozumować, gdy przy drugim—istnieje wprost jakieś bezładne majaczenie (ein directes Irrreden).

(D. n.).

¹⁾ Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 34.

²⁾ MEYNERT. Die acute (hallucinatorische) Form des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrb. f. Psych. Bd. II.

O dulcynie,

podał Seweryn Sterling (Łódź).

Powszechne stosowanie sacharyny, pomimo głosów dla przetworu tego nieprzychylnych (że wspomnę tylko SCHMIEDEBERG'a ¹⁾ i LEVIN'a ²⁾), jest dowodem, że istnieje wyraźna potrzeba środków zastępujących cukier, choćby środki te żadnej wartości odżywczej nie posiadały. Dlatego ośmielałem się zwrócić uwagę szanownych kolegów na środek, sacharynę zastąpić mogący, a mający nad nią pewną przewagę, jak to z danych poniżej przytoczonych jasnym się staje.

Dulcyna jest związkiem, po raz pierwszy w r. 1884 przez Józefa BERLINERBLAU (z Warszawy) otrzymanym ³⁾; ze względu na swą budowę chemiczną, nazwaną być ona musi *Para-Phenetol-Karbamid*. Wybitną własność związku tego stanowi jego smak, przyjemnie lecz silnie słodki, którego intensywność ocenia Hermann HAGER ⁴⁾, jako 250-kroć przewyższającą słodycz cukru. Dulcyna jest krystalicznym, śnieżnej białości ⁵⁾ proszkiem, łatwo rozpylającym się, topniejącym przy 173 – 174°. Rozpuszcza się w 800 częściach wody o ciepłocie 15° C., w 50 częściach wody wrzącej i 25 częściach wysoku 90% (lub eteru).

Dulcyna nie jest, jak cukier, pożywieniem, lecz tylko i jedynie używką, nadającą pokarmom smak słodki.

Co się tyczy działania fizyologicznego, to dokonano następujących prac farmakologicznych z dulcyną. Prof. KOSSEL ⁶⁾, pracując z polecenia prof. Du Bois-REYMOND'a, znalazł, że nadmiernie wielkie dawki dulcyny (do 4 gramów dziennie psom wagi 20 i 25 kilo, czyli na 1 kilo wagi ciała 0,2 dulcyny) pozbawiały zwierzęta zupełnie chęci do jadła, zmniejszały przez to wagę ciała i powodowały, 14-go dnia, występowanie barwników żółciowych w moczu; po zaprzestaniu podawania dulcyny zwierzęta dość prędko do zdrowia powracały. Ale, powiada K., niema chyba używki, któraby, nadmiernie spożywana, nie wywoływała objawów chorobowych. To też średnie (2 gramy dziennie, czyli 0,1 na kilo wagi psa) dawki były zupełnie bezkarnie przez zwierzęta znoszone. Króliki okazały się wogóle o wiele mniej wrażliwe t. j. znosiły bez szkody dawki większe. STAHL ⁷⁾ wprowadzał zwierzętom wewnętrznie, podskórnie i wprost do żył dulcynę i doszedł do wniosku, że dulcyna, nawet przy dłuższym użyciu i dość znacznych dawkach, żadnych zaburzeń w ustroju nie powoduje. ALDEHOFF, stosując preparat HEYDEN'a, znalazł, że mały pies wagi 3,5 kilo, otrzymując 1 grm. dulcyny (t. j. 0,3 na kilo wagi ciała), zdechł po 20 dniach przy objawach żółtaczki. Króliki dobrze znosiły

¹⁾ SCHMIEDEBERG, Grundr. der Arzneimitt. Wyd. III. 1895, str. 193.

²⁾ LEVIN, Die Nebenwirk. der Arznelm. Wyd. II. 1893. Również i Berlin. Kl. Woch. 1895—przy ocenianiu farmakologii SCHMIEDEBERG'a.

³⁾ Od r. 1891 zaczęto drogą fabryczną wyrabiać dulcynę.

⁴⁾ H. HAGER, Dulcin ein neuer Süßstoff, Pharmaceut. Post. 1893 N. 19.

⁵⁾ W pierwszych czasach, kiedy dulcynę wyrabiała firma Dr. v. HEYDEN's Nachfolger pod nazwą: *sucrol*, preparat nie był zupełnie czysty i miał barwę żółtawą. Obecnie wyrabia dulcynę czystą firma J. D. RIEDEL.

⁶⁾ A. KOSSEL, Ueber das Dulcin. Odczyt w Tow. fizyolog. w Berlinie, 7 IV. 1893.

⁷⁾ STAHL, Ueber Dulcin. Berichte der Pharm. Ges. 1893. Zeszyt 5.

duże dawki ⁸⁾). Prof. KOBERT ⁹⁾), sprawdzając prace powyższych autorów, dochodzi do wniosku, że jedynie nadmierne zadawanie dulcyny może szkodę wyrządzić, małe zaś (w stosunku do wagi ciała) dawki, a o takich tylko, ze względu na przeznaczenie dulcyny, może być mowa, są zupełnie nieszkodliwe. Przeczy jednocześnie wnioskowi, jakie możnaby z pracy ALDEHOFF'a wyprowadzić, by dulcyna, w nadmiarze zwierzętom podawana, trucizną krwi być miała; otrucie dulcyną wywołuje raczej objawy porażenia mózgowego. H. HAGER (l. c.) zwraca uwagę na to, że zwierzęta bardzo niechętnie przyjmują pożywienie sacharyną słodzone, gdy przeciwnie dulcynę bez żadnego wstrętu spożywają.

Co się tyczy doświadczenia klinicznego, to prof. EWALD ¹⁰⁾ dawał chorym („bo sacharyna prędzej lub później obrzydnie i nie chcą o niej słyszeć“) do 1,5 dulcyny dziennie bez wywołania objawów ubocznych, nawet przy współistnieniu objawów dyspeptycznych. Wogóle, uznaje przewagę dulcyny nad sacharyną, ponieważ pierwsza smakuje „mniej sztucznie“, niż druga. H. HAGER (l. c.) mówi, że dulcyna jest *antizymoticum* (choć nie *antisepticum*) i jako taka nie tylko do słodzenia leków i pożywienia dla dyabetyków się nadaje, lecz i do lemoniad, napojów musujących i t. p., podlegających dłuższemu przechowywaniu. Dalej, gdy sacharyna zwalnia sprawę trawienia, dulcyna nie czyni tego. Spożywając samą dulcynę, doszedł H. do wniosku, że ilość dzienna do 2 gramów bez szkody wszelkiej znoszona być może. PASCHKIS ¹¹⁾ powiada, że dulcyna jest bezwzględnie nieszkodliwą i jako używka powinna być w przypadkach odpowiednich zalecana. KOBERT (l. c.) widzi wartość dulcyny w jej więcej „czysto słodkim“ smaku, niż smak sacharyny, która po dłuższem użyciu staje się dla wielu wstrętną. „Jak cukier w zbyt wielkich dawkach czyni ludzi i zwierzęta chorymi, tak też czyni to i dulcyna; w dawkach, jakie rozsądnie mogą być tu używane, jest dulcyna dla ludzi, o ile dotąd wiemy, nieszkodliwą i stanowi postęp w porównaniu z sacharyną“. WENGHÖFFER ¹²⁾ po półrocznem używaniu dulcyny nie widział żadnych objawów ubocznych.

Osobiście miałem możność polecenia dulcyny czterem pacjentom, chorym na moczówkę cukrową. Jednego z nich obserwuję już prawie od roku i przez ten cały przeciąg czasu chory, któremu sam dulcyny dostarczam i który po nią chętnie się zgłasza, nie miał żadnych przypadłości, któreby dulcynie przypisać można. Dwu innych chorych straciłem z oczu; używali oni pod moją obserwacją dulcynę: jeden przez parę tygodni, drugi przez 3 miesiące z górą (każdy z nich *maximum* 0,75 dziennie ¹³⁾) bez szkody. Czwarty

⁸⁾ Therapeutische Monatshefte, Zeszyt 2, str. 71: „Zur Kenntniss des Dulcins“. Praca wykonana pod kierunkiem v. MERING'a. Temu przypisać należy, że v. MERING w pracy swej, o leczeniu moczówki cukrowej (Terapia szczegółowa PENZOLDT-STINTZING'a, r. 1895) nie radzi używania dulcyny, powołując się na ALDEHOFF'a, który dowiódł, że „dulcyna wywołuje żółtaczkę“. Nie wspomina M. przytem, że były to doświadczenia, w których małym zwierzętom wielkie dawki preparatu dawano; również zapomina, że prócz A. pisali jeszcze o dulcynie: KOSSEL, HAGER, STAHL, KOBERT, EWALD, PASCHKIS, WANGHÖFFER. Nie jest więc zdanie M. bezstronnem.

⁹⁾ R. KOBERT. Ueber Dulcin. Centr. für inn. Med. 1894. N. 16. Patrz również: W. GROSTERN. Dulcinum v. Sucrolum. Gazeta Lekarska, 1894. str. 595.

¹⁰⁾ Posiedzenie Tow. fizyolog. w Berlinie. Protokoły z r. 1893. N. 11.

¹¹⁾ PASCHKIS. Sucrol, ein neuer Süsstoff. Therapeut. Blätter, 1893 N. 3.

¹²⁾ WENGHÖFFER. Therap. u. Blätter, 1894. N. 3.

¹³⁾ Co stanowiło około 0,01 dulcyny na kilo wagi ciała, 0,75 dulcyny dziennie jest to ilość aż nadto wystarczająca, ponieważ odpowiada 150 grm. cukru, przyjmując stosunek słodczy cukru do dulcyny, jak 1:200.

chory niedawno zaczął używać dulcyny; poprzednio używał sacharyny, która mu się przejadła. Dulcynę każę chorym używać w postaci pastylek, zawierających po 0,025 dulcyny każda, co odpowiada kawałkowi cukru wagi 5,0. Jednocześnie jednak kupować dulcynę w proszku do słodzenia potraw gotowanych (np. sosów, sałat, galaret, ryb). Do leków (opium) zapisuję również zamiast cukru — dulcynę (choć w tym razie, wobec małej ilości tej ostatniej, dodać wypada jeszcze np. *natr. bicarbonicum*. Firma Riedel wyrabia pastylki z dulcyny i mannitu; ten ostatni przetwór wywołuje czasem bóle brzucha, to też stosowniej jest używać pastylek dulcynowych obojętnie zarobionych. Cena dulcyny nie różni się od ceny sacharyny ¹⁴⁾).

Prócz zalecania chorym na moczówkę, używam od paru miesięcy dulcyny do słodzenia tranu dla dzieci, które go w tej postaci chętniej przyjmują. Przepisuję przy tem na 100,0 tranu—4,0 czteroprocentowego roztworu dulcyny w wysoku. Ilość wysoku, do tranu domieszana, szkodliwą być nie może, nie widziałem też złych skutków od tych minimalnych ilości dulcyny, jakie przytem dzieci spożywają (przy użyciu 1—3 łyżeczek tranu na dobę).

Wogóle więc dulcyna posiada wyższość nad sacharyną, ponieważ: 1) sacharyna ma dla wielu osób smak nieprzyjemny, gdy dulcyna ma smak bardziej „naturalny”, t. j. zbliżony do smaku cukru; 2) spożywanie sacharyny nie jest podług zdania poważnych farmakologów dla zdrowia obojętne, kiedy o dulcynie zarówno farmakolodzy, jak klinicyści twierdzą, że, w odpowiednich dawkach zażywana, jest dla ustroju obojętna ¹⁵⁾.

PATOLOGIA I TERAPIA

przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego,

oraz uwagi

o leczeniu neurastenii płciowej.

Napisał S. Groszlik.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 10).

V. Rozpoznanie różniczkowe.

Istnieją stany chorobowe, które stanowią częstokroć źródło omyłek dyagnostycznych i dają powód do rozpoznawania zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego w przypadkach, gdzie ono nie istnieje wcale. Z tego względu uważam za konieczne ze sprawami temi czytelnika bliżej zaznajomić, oraz dać szereg wskazówek, służących do ścisłego odróżniania spraw tych od zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego.

Sprawy chorobowe, które dawać mogą powód do rozpoznania błędnego, podzielić można na dwie grupy.

¹⁴⁾ Różne gatunki sacharyny mają różną cenę; niedawno w handlu zjawił się preparat sacharyny czystej (dotąd sacharyna była pół na pół zmieszana z jakimś olejem niesłodkłym), o wiele droższy od dulcyny.

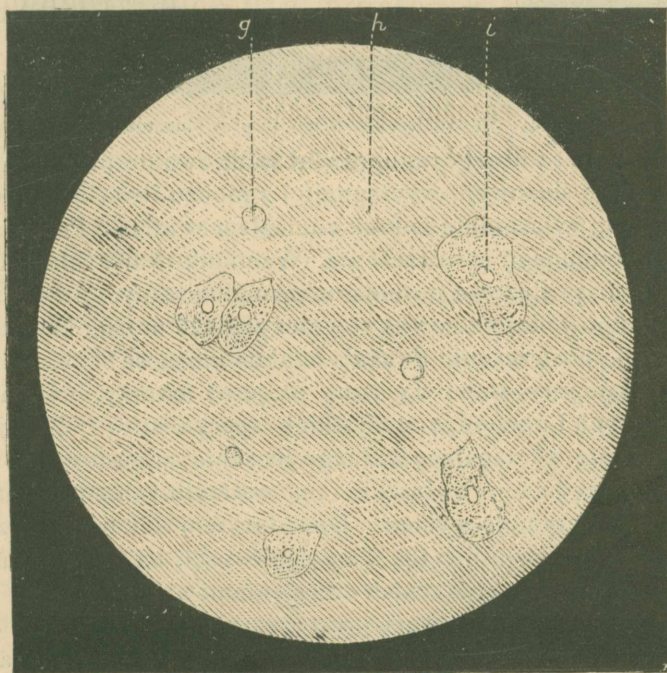
¹⁵⁾ Jakkolwiek za taką dulcynę uważać już można, protestować gorąco należy przeciw używaniu tego przetworu do przygotowywania ciast, konfitur i t. p.—dla powszechnego użytku (do czego używają w niektórych państwach sacharyny). Pomijając już inne względy, pamiętać należy, że cukier jest środkiem pokarmowym, sacharyna zaś i dulcyna—tylko używką, nie zawierającą żadnej materii pokarmowej.

Do pierwszej grupy należą stany chorobowe, które nic wspólnego z gruczołem krokowym nie mają i tylko towarzysząca im wydzielina bywa często mylnie przyjmowana za wydzielinę gruczołu krokowego.

W drugiej grupie mamy wprawdzie do czynienia z zachorzeniem gruczołu krokowego, lecz zupełnie innego charakteru.

A. Do pierwszej grupy należą:

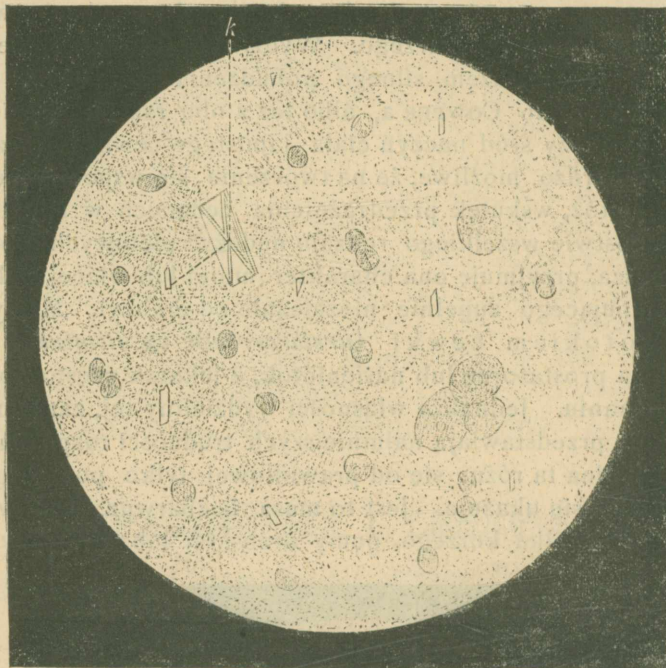
1. *Urethrorrhoea ex libidine*. Wiadomo powszechnie, iż przy długotrwałej, silnej erekcji, zwłaszcza zaś bez zadowolenia popędu płciowego, ukazuje się nie-raz z otworu zewnętrznego cewki wydzielina bardzo skąpa, bezbarwna, bezwonna, szklista, podobna do białka kurzego. Wydzielina ta występuje u osobników zupełnie zdrowych i jest wyrazem silnego pobudzenia płciowego. Pochodzi ona z gruczołów LITTRÉ'go lub COWPER'a, albo też z obu razem. Ponieważ większa część tych gruczołów leży wśród naczyń ciała jamistego cewki i otoczona jest mięśniami, jest przeto bardzo możliwe, że na tworzenie się wspomnianej wydzieliny wpływa erekcja. Otóż, wskutek przedrażnienia będących w mowie gruczołów, oczywiście w następstwie wszelkiego rodzaju nadużyć płciowych, ilość wydzieliny znacznie się zwiększa; przyjmuje ona charakter mniej lub więcej stałego wypływu cewkowego, występującego zupełnie niezależnie od erekcji. Mamy wówczas do czynienia z śluzotokiem cewki (*urethrorrhoea ex libidine*). Śluzotok ten chorzy przyjmują za prostatoreę lub nasieniotoke, a lekarze częstokroć podtrzymują ich w tem mniemaniu. Jednakże własności wydzieliny tej, zarówno makro- jak i mikroskopowe, nie przedstawiają najmniejszych trudności rozpoznawczych. Makroskopowo wydzielina ta różni się od prawidłowej tylko pod względem ilości i warunków, w jakich się ukazuje. Jest to masa bezbarwna, bez woni, szklista, ciągliwa, podobna do białka kurzego, gumy arabskiej lub gliceryny, posiada od



Rys. 3. Wydzielina przy śluzotoku (*urethrorrhoea*).

czyn alkaliczny. Badanie mikroskopowe (rys. 3) wykazuje, że masa ta składa się przeważnie ze śluzu (*h*), tu i owdzie znajdujemy komórkę nabłonkową płaską lub

okrągłą (*i*), niekiedy ciało śluzowe (*g*). Kulek lecytynowych, detrytu, nitek nasiennych ani śladu, kryształów BOETCHER'a również niema, nawet po dodaniu fosforanu amonu. Niekiedy wydzielinę tego rodzaju znaleźć można przypadkowo w moczu osób, oddających się nadużyciom płciowym. Na dnie naczynia zbiera się masa szklista, ciągliwa, którą przy szukaniu osadu pipetą wyciągamy w postaci długiej nitki śluzowej, przedstawiającej wszelkie cechy w mowie będącej wydzieliny. W jednym przypadku znalazłem w takiej nitce, obok składników wyżej podanych, jeszcze drobne kryształy trójfosforanu (rys. 4, *k*). Mocz był kwaśny, pochodził



Rys. 4. Śluz znaleziony w moczu przy śluzotoku.

zaś od lekarza, który przez długi czas uprawiał spółkowanie przerywane. Obecność trójfosforanów w masie śluzowej, wyciągniętej z moczu kwaśnego, wydawała mi się rzeczą zagadkową, wyjaśnienie jednak znalazłem w atlasie PEYER'a⁸⁾, który podaje opis zupełnie podobnego spostrzeżenia. Wzmiankowany fakt tłumaczy PEYER tą okolicznością, że masa śluzowa posiada odczyn alkaliczny, i utrzymuje, że w wydzielinie, wziętej bezpośrednio z cewki, również znaleźć można kryształy trójfosforanu. Wrzeczy samej, spostrzeżenie PEYER'a miałem możność stwierdzić dwukrotnie.

Osobniki tej kategorii stanowią istną plagę na lekarzy, uważają się oni bowiem za ciężko chorych i obchodzą wszystkich specjalistów. Tymczasem jest to cierpienie niewinne, nie wymagające żadnego leczenia miejscowego. Owszem, leczenie rozmaitemi narzędziami, zwłaszcza zaś wstrzykiwaniami drażniącemi, pogarsza tylko stan i podtrzymuje wyciek. Obowiązkiem lekarza jest oświecić chorych pod tym względem i wyjaśnić im, że dolegliwości, na które się uskarżają, nie wspólnego z podejrzywanymi przez nich cierpieniami nie mają.

Dla dokładnego rozpoznania ważną jest rzeczą upewnić się, czy dany osobnik nie miał bezpośrednio przed badaniem polucyi. W takim bowiem razie wydzielina zawiera dość liczne nitki nasienne, które mogą naprowadzić na myśl o istnieniu nasieniotołu.

⁸⁾ PEYER. Atlas der Mikroskopie am Krankenbette, Stuttgart. 1891. (Wyd. 3).

W każdym poszczególnym przypadku, gdzie stwierdzono śluzotok cewki, należy jeszcze mieć na uwadze, że jednocześnie istnieć może zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego. Wyłączyć cierpienie to możemy dopiero po dokładnem zbadaniu wyciśniętej z gruczołu wydzieliny.

2. Nasieniotok (*spermatorrhoea et azoospermatorrhoea*). W zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego dość często przyłącza się, jako powikłanie, nasieniotok, który może maskować cierpienie zasadnicze. Pomijamy tu wszelkie, niezależne od woli naszej wytryski nasienia, mianowicie pulucyjeienne i nocne; te bowiem nie przedstawiają żadnych trudności rozpoznawczych. Ograniczymy się tylko do tej postaci nasieniotoku, która niezależnie od polucyi występuje podczas oddawania stolca lub moczu przy braku erekcyi, i dlatego posiada pozornie cechy prostatorei. Zadaniem naszym będzie rozpoznać w tych razach, czy dana wydzielina przedstawia nasieniotok, czy też prostatoreę, oraz, czy w razie stwierdzenia nasieniotoku, tenże stanowi powikłanie zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, czy też zależy od innych przyczyn. Wiadomo, iż przyczyny nasieniotoku są liczne. Obok przyczyn natury ogólnej (chorobliwy stan układu nerwowego), ważną rolę w powstawaniu nasieniotoku odgrywają zaburzenia miejscowe, zależne od stanu zapalnego pęcherzyków nasiennych i przewodów wytryskowych, części krokowej cewki, gruczołu krokowego i t. d. Pierwsze z pytań powyższych rozstrzygnąć można bardzo łatwo drogą badania mikroskopowego wydzieliny, otrzymanej przy stolcu lub mokrzyeniu. Obfita zawartość w wydzielinie ciałek nasiennych usuwa wszelkie co do jej natury wątpliwości. Chcąc zaś rozstrzygnąć pytanie, czy obok nasieniotoku istnieje zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego, musimy, gwoi uniknięcia możliwej omyłki, wypłukać starannie pęcherz i cewkę po oddaniu moczu i ucisnąć gruczoł krokowy, otrzymaną zaś w ten sposób wydzielinę zbadać pod mikroskopem. Brak ciałek ropnych wyłącza stanowczo współudział gruczołu krokowego, natomiast obecność ropy w wydzielinie wcale jeszcze nie dowodzi, że gruczoł krokowy znajduje się w stanie zapalnym. Ropa ta bowiem może również dobrze pochodzić z przewodów wytryskowych, jeżeli te dotknięte są sprawą zapalną, jak i z gruczołu krokowego. Wiadomo, że przewody wytryskowe przebiegają w samej istocie gruczołu krokowego, ucisk zatem na ten ostatni wyprowadza na świat nie tylko wydzielinę gruczołu, lecz ewentualnie i wydzielinę błony śluzowej przewodów wytryskowych, otrzymany zaś wytwór przedstawia mieszaninę obu wydzielin, w której niesposób rozpoznać, czy elementy zapalne kłasc należy na karb zapalenia gruczołu krokowego, czy też przewodów wytryskowych. W tych razach rozpoznanie jest trudne, przy pewnych jednak staraniach daje się ono osiągnąć. Cenne wskazówki daje nam badanie nasienia. Zapaleniu przewodów wytryskowych i jednoczesnemu zazwyczaj zapaleniu pęcherzyków nasiennych towarzyszy zawsze nasieniotok, który między innemi występuje pod koniec wydalania moczu. W moczu nasienie zjawia się w postaci kulek galaretowatych, podobnych do ziarn sago i składających się wyłącznie z nitek nasiennych oraz wydzieliny błony śluzowej pęcherzyków nasiennych. Otóż, przy sprawie zapalnej w pęcherzykach nasiennych lub przewodach wytryskowych, wspomniane ciałka galaretowate zawierają leukocyty. Brak zatem leukocytów w nasieniu, a obecność ropy w wydzielinie gruczołu krokowego, wyłącza sprawę zapalną przewodów wytryskowych i pęcherzyków nasiennych, dowodzi zaś istnienia sprawy zapalnej gruczołu krokowego. Jeżeli leukocyty występują w nasieniu i w wydzielinie gruczołu krokowego, wówczas rozpoznajemy zapalenie przewodów wytryskowych i pęcherzyków nasiennych, rozpoznanie zaś zapalenia gruczołu krokowego pozostaje wątpliwem.

Również wielkie trudności nasuwają się przy rozpoznaniu różniczkowem, gdy mamy do czynienia z nasieniotokiem, którego produktu nie zawierają nitek na-

siennych, czyli t. zw. *azoospermatorrhoea*. *Azoospermia* czyli brak nitek nasiennych w wytrysku jest zjawiskiem dość częstem, acz mało znanem. Poszukiwania BUSCH'a, KEHRER'a, FUERBRINGER'a i innych, wykazały, że około 30% małżeństw bezdzietnych zawdzięcza bezpłodność bezwzględnemu brakowi nitek nasiennych w wytrysku. Częstość napotykamy azoospermie w przypadkach, gdzie zarówno badanie narządów płciowych, jak i makroskopowe badanie nasienia nie budzi żadnych podejrzeń istnienia tego cierpienia, gdzie spółkowanie odbywa się zupełnie prawidłowo, a wytrysk pod względem obfitości nie ustępuje prawidłowemu. Badanie mikroskopowe jednak przekonywa nas, że w nasieniu nie brakuje nic, prócz nitek nasiennych! Nie wdając się tu bliżej w przyczyny tego cierpienia (najczęstszą przyczyną ma być zanik światła przewodów nasiennych w następstwie zapalenia przyjądrzy), chcę tu tylko zwrócić uwagę na to, że osobniki, dotknięte wspomnianą wadą, mogą równie dobrze, jak osobniki z nasieniem prawidłowym, cierpieć na nasieniotok, ujawniający się przy wydalaniu stolca i moczu. Ważną przeto jest rzeczą umieć odróżniać *azoospermatorrhoeam* od wydzieliny gruczołu krokowego. Jedyną wskazówkę w tym względzie daje nam badanie makro- i mikroskopowe danej wydzieliny. Jeżeli zawiera ona charakterystyczne dla wydzieliny pęcherzyków nasiennych ciała galaretowate, podobne do ziarn sago, badanie zaś drobnowidzowe nie wykazuje w ciałkach tych nitek nasiennych—rozpoznajemy *azoospermatorrhoeam*; brak ciał galaretowatych cierpienie to wyłącza. Naturalnie, zarówno tu, jak i przy zwykłym nasieniotoku, musimy jeszcze osobno zbadać wydzielinę gruczołu krokowego w sposób wyżej podany, jeżeli podejrzujemy zapalenie tego narządu, oraz zwrócić uwagę na zawartość leukocytów w wydzielinie pęcherzyków nasiennych, ażeby można było z całą pewnością wyłączyć współdział przewodów wytryskowych w cierpieniu.

3. Zapalenie przewlekłe cewki tylnej częstość towarzyszy zapaleniu przewlekłemu gruczołu, niezawsze jednak oba te cierpienia istnieją jednocześnie. Spostrzegałem przypadki zajęcia cewki tylnej przy zupełnie zdrowym gruczole krokowym; z drugiej znów strony niejednokrotnie widziałem zapalenie przewlekłe gruczołu bez współdziału błony śluzowej cewki. W każdym przeto przypadku należy ściśle rozpoznać źródło pochodzenia wydzieliny, bez względu na to, czy objawia się ona jako wyciek z cewki, czy też w postaci nitek cewkowych, występujących w moczu. Orzeczenie nie przedstawia tu żadnych trudności; jeżeli kierować się będziemy stale podanemi wyżej wskazówkami, dotyczące ni sposobu otrzymywania wydzieliny z gruczołu krokowego. Badając wydzielinę tę po starannem przemyciu cewki, jesteśmy zawsze w możności zrobienia ścisłego rozpoznania.

4. Kapanie moczu po urynowaniu jest objawem zarówno zmian organicznych cewki (zweżenia), jak i zmian czynnościowych (neurastenia płciowa). Samo stwierdzenie faktu kapania moczu nie przedstawia zazwyczaj trudności, jeżeli weźmiemy pod uwagę, iż występuje ono bezpośrednio po wydalaniu moczu. W razach wątpliwych należy zebrać będącą w mowie wydzielinę i poddać badaniu chemicznemu na mocznik. Ostrożność ta jest niezbędną, jeżeli kapanie moczu ma miejsce przy sprawach ropnych w cewce i pęcherzu, wówczas bowiem krople moczu są mniej lub więcej mętne i badanie mikroskopowe nie może wyjaśnić dyagnozy. Tylko reakcja chemiczna na mocznik daje nam możność ścisłego rozpoznania. Stwierdziwszy, iż w samej rzeczy mamy do czynienia z kapaniem moczu, pozostaje jeszcze bliżej określić, od czego zjawisko to zależy. Jeżeli możemy wyłączyć zweżenie, co jest rzeczą bardzo łatwą, w takim razie zjawisko to możemy przypisywać neurastenii płciowej, zależnej bądź od zapalenia przewlekłego cewki tylnej

lub gruczołu krokowego, bądź też od nadużyć płciowych. Rozpoznanie różniczkowe tych spraw chorobowych nie przedstawia zazwyczaj żadnych trudności.

B. Co się tyczy rozpoznania różniczkowego między zapaleniem przewlekłym a innymi cierpieniami gruczołu krokowego, to jedynie początkowe okresy przerostu oraz gruczlicy tego narządu stanowić mogą źródło omyłek rozpoznawczych. Objawy tych spraw chorobowych w okresach późniejszych są tak charakterystyczne, że tylko gruba nieznajomość patologii gruczołu krokowego dać może powód do fałszywego rozpoznania. W początkowych okresach przerostu gruczołu krokowego, przejawiających się wyłącznie częstą potrzebą mokrzeń, należy przede wszystkim wziąć pod uwagę wiek chorego. U osób starszych nad lat 55 częściej bywa przerost, aniżeli zapalenie przewlekłe gruczołu; jeżeli zaś badanie gruczołu palcem nie daje dostatecznych rękojmi ścisłego rozpoznania, należy zawartość gruczołu wycisnąć palcem i zbadać pod mikroskopem. Brak elementów zapalnych w wyciśniętej wydzielinie przemawia za przerostem gruczołu; w tem bowiem cierpieniu błona śluzowa pęcherzyków gruczołowych udziału żadnego nie przyjmuje i wydzielina nie różni się niczem od wydzieliny gruczołu prawidłowego, chyba tylko obecnością w niektórych razach większej ilości ciał skrobiowatych. Trudniej niekiedy odróżniać początkowe okresy gruczlicy od zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, zwłaszcza, że i w gruczlicy otrzymana przy ucisku gruczołu krokowego wydzielina zawierać może pierwiastki zapalne, niczem nie różniące się od podobnych elementów przy zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego. Bywa to mianowicie wówczas, gdy sprawa gruczlicza zajmuje samą tkankę gruczołową. Jeżeli mamy w tych razach do czynienia z pierwotną grzlicą gruczołu krokowego, rozpoznanie różniczkowe musimy oprzeć na wynikach badania bakteriologicznego wydzieliny oraz na zmianach anatomicznych w gruczole. Co się tyczy badania bakteriologicznego, to nieraz udaje się wykryć w wydzielinie laseczniki grzlicze, co usuwa wszelkie wątpliwości co do natury cierpienia. Brak wszakże laseczników grzliczych, nawet w razie wielokrotnego badania wydzieliny, cierpienia grzliczego nie wyłącza, i wówczas rozpoznanie opieramy wyłącznie na danych, otrzymywanych przy badaniu gruczołu palcem. Gruczoł usiany jest licznymi gruzelkami, dostępnymi zazwyczaj dla palca badającego, oczywiście jeżeli do cierpienia zasadniczego nie dołączyło się wtórne zapalenie gruczołu, które zaciera obraz pierwotny. W tych razach z rozpoznaniem musimy się wstrzymać aż do wystąpienia typowych objawów gruczlicy.

Trudności tego rodzaju zdarzają się bardzo rzadko, ponieważ grzlica gruczołu krokowego rzadko kiedy występuje pierwotnie. Częściej można ognisko pierwotne wykryć w przyjadrzach lub innych narządach i to wystarcza do ścisłego rozpoznania różniczkowego.

VI. Rokowanie.

O ile rokowanie dotyczy wyleczenia całkowitego, jest ono zdaniem mojem niepomysłne. Dotychczas nie widziałem ani jednego przypadku zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, w którymby cierpienie zasadnicze, mianowicie sprawa zapalna błony śluzowej pęcherzyków gruczołowych, ustąpiło całkowicie; nie jestem też w możności przytoczyć podobnego przypadku z literatury danego przedmiotu. Natomiast zaznaczyć muszę, że przy odpowiednim leczeniu widziałem nieraz znaczne zmniejszenie natężenia sprawy chorobowej, z ustąpieniem poważnej ilości przykrych objawów podmiotowych. Co się tyczy rokowania *quoad vitam*, jest ono zdaniem mojem pomyslnie. Nie mogę się zgodzić z zapatrywaniem niektórych autorów, według których zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego

może dać powód do powstawania ropni w mięszu gruczołu krokowego i do powikłań niebezpiecznych, połączonych nieraz z podobną sprawą. W tych razach autorowie mieli raczej do czynienia z nierozpoznaną grzłicą gruczołu krokowego, która w rzeczy samej daje niekiedy powód do powstawania ropni. Podobnego zakończenia się sprawy przewlekłej niegrzłicznej nie widziałem nigdy.

VII. Leczenie.

Szereg środków, zachwalanych różnymi czasy przeciwko zapaleniu przewlekłemu gruczołu krokowego, jest tak znaczny, że pod względem ilości konkurować może chyba ze środkami, zalecanymi przeciw rzeżączce przewlekłej. Już to samo dowodzi wartości problematycznej naszego arsenału leczniczego, zwłaszcza, jeżeli bezkrytycznie chwycimy się tego lub owego środka i nie będziemy sobie jasno zdawali sprawy z tego, czy w danym przypadku leczenie wogóle jest wskazane, czy leczenie to ma być miejscowe czy ogólne, tudzież, co mianowicie czynić należy dla ulżenia choremu. Widzieliśmy, że objawy zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego są wielce różnorodne; różnorodne też są powikłania, cierpieniu temu towarzyszące. Wydawałoby się napozór rzeczą słuszną, że skoro objawy te mają swe źródło w gruczole krokowym, do zwalczania ich przedewszystkiem leczenie tego narządu powinniśmy mieć na względzie. Jednakże, zważywszy z całą bezstronnością wyniki, jakie osiągamy przez leczenie miejscowe, musimy dojść do wniosku, że leczenie przyczynowe niezawsze może tu znaleźć zastosowanie i że nieraz musimy uciekać się do leczenia objawowego, pozostawiając gruczoł krokowy w bezwzględny spokoju. Zastanówmy się bowiem nad pytaniem, co nam leczenie miejscowe daje? Łudzą się ci, którzy mniemają, że może ono doprowadzić sprawę zapalną do wygaśnięcia. Najbardziej energiczne i systematyczne leczenie miejscowe, skierowane do usunięcia sprawy zapalnej, zamierzonego wyniku nie dawało mi nigdy, a i zwolennicy tego sposobu leczenia nie przytaczają wcale dowodów na to, aby byli w swych usiłowaniach szczęśliwsi. Jedyny wynik, jaki osiągamy przez leczenie miejscowe, racjonalnie prowadzone, — to zmniejszenie, czasami nawet prawie zupełne zniknięcie objawów podmiotowych. Natomiast pamiętać się godzi, że nadużywanie leczenia miejscowego sprowadza nieraz opłakane skutki, potęguje bowiem natężenie objawów i wywołuje rozmaite powikłania, które tylko na karb zbytecznego hołdowania leczeniu instrumentalnemu kłaść należy. Chorzy mianowicie, dotknięci daleko posuniętą neurastenią, rzadko kiedy osiągną pożytek z leczenia miejscowego, które może tylko do reszty nerwy ich rozstroić; osobniki zaś z wrażliwszą cewką reagują na wszelkie wprowadzenie narzędzia wypływem z cewki, zwłaszcza zaś, jeżeli przechowali ślady dawno przebytej rzeżączki. Jeszcze gorzej, jeżeli chory, dzięki leczeniu miejscowemu, nabędzie zapalenia przyądrzy lub pęcherza, jeżeli sprawa zapalna przejdzie na przewody wytryskowe i sprowadzi nasieniotok.

Nie twierdzę bynajmniej, że w zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego należy zaniechać wszelkiego leczenia miejscowego. Owszem, jakkolwiek wielką wagę przywiązuję do oddziaływania na układ nerwowy, potrzebę leczenia miejscowego w niektórych przypadkach uznaję stanowczo. W powyższych uwagach chciałem tylko zaznaczyć, że brak zmysłu krytycznego w wyborze metody postępowania może być wysoce szkodliwy, że przystępując do leczenia zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, należy ściśle czynić zadość wskazaniom, wymagany w danym przypadku, w przeciwnym bowiem razie rękoczynny nasze będą miały raczej charakter bezcelowego znęcania się nad chorym, aniżeli racjonalnego leczenia.

Wskazanie do leczenia daje nam staranny rozbiór objawów, spostrzeganych w każdym poszczególnym przypadku. W przypadkach o przebiegu łagodnym, gdzie na pierwszy plan występują objawy ogólne ze strony układu nerwowego, gdzie jedynym objawem miejscowym jest tylko nieco częstsza, niż prawidłowo, potrzeba mokrzeń, — a przypadki takie zdarzają się dość często —, należy się wystrzegać wszelkiej interwencji miejscowej i ograniczyć wyłącznie do leczenia ogólnego. W tych razach winniśmy przede wszystkim dbać o uregulowanie diety, która w leczeniu chorób narządów moczowych wogóle, zaś chorób gruczołu krokowego w szczególności, ważną odgrywa rolę. Wielokrotnie miałem możność stwierdzenia ścisłej łączności między stanem narządów trawienia, a stanem gruczołu krokowego, łączności, polegającej na nagłym natężeniu objawów miejscowych, przy najłżejszym rozstroju żołądka lub kiszek. Chorem zalecać należy umiarkowanie w jedzeniu i napojach, unikanie pokarmów ciężko strawnych, pokarmów zbyt słonych lub pieprznych, piwa, wódki, wina szampańskiego, oraz wód gazowych. Jeżeli chorzy stale używają przy stole wina, należy ilość ograniczyć do *minimum*, zwłaszcza zaś wina białego. Jako napój przy stole, należy zalecać wodę z winem czerwonym. Również ograniczyć należy ilość herbaty i kawy, natomiast zachęcać do przyjmowania wzamian większej ilości mleka we wszelkiej postaci.

Chorzy powinni dbać o regularne i łatwe stolce. W razie zaparcia nawykowego zalecamy irygacje kiszek, gdzie zaś te pożądanego skutku nie odnoszą, należy wywoływać stolce łagodnymi środkami przeczyszczającymi.

Ważną jest rzeczą unikanie o ile możności siedzącego trybu życia oraz nadmiernej pracy umysłowej. Ruch na świeżem powietrzu, umiarkowana, niezbyt męcząca jazda na rowerze, gimnastyka i tym podobne sporty są w stanie zdziałać dużo dobrego, odciągają bowiem umysł chorego od ciągłego kontrolowania czynności narządów moczopłciowych i w ten sposób krzepią ducha i ciało. W tym celu również zalecamy podróże, pobyt na wsi lub w górach. Kąpiele zimne, zarówno rzeczne jak i morskie, umiarkowane wodolecznictwo metodyczne, również wielką przynoszą korzyść.

W wielu razach powyższe wskazówki dyetetyczne i higieniczne wystarczają najzupełniej, aby zapewnić choremu spokój zarówno cielesny, jak i moralny. Co najwyżej, będziemy zmuszeni od czasu do czasu leczenie to uzupełniać stosowaniem środków uspokajających, przede wszystkim zaś związków bromowych, które chwilowe natężenie objawów doskonale nieraz łagodzą. Należy o ile możności unikać morfiny oraz innych przetworów makowca i stosować je tylko w razie istotnej potrzeby.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

32. H. de BRUN. **Zimnica wierzchołków płuc.** Autor w następujący sposób szkicuje obraz kliniczny mało dotychczas znanego cierpienia: u chorego niedokrwiłego z zimnicą typową, olbrzymią śledzioną i wątrobą, zjawia się kaszel, najbardziej dokuczliwy podczas napadów gorączki. Przy badaniu płuc znajdujemy niezaprzeczone oznaki zgęszczenia płuc, atoli bez rzeżeń i t. d.; objawy te pod wpływem chininy znikają wcześniej lub później, stosownie do natężenia sprawy chorobowej. Po przytoczeniu ciekawszych spostrzeżeń (wszystkiego spostrzegaliśmy 143 przypadki), autor przechodzi do rozbioru objawów.

Ze strony płuc znajdujemy wzmocnienie drgań kl. piersiowej, przeważnie w okolicy wierzchołków z przodu, stopienie odgłosu opukowego oraz wydech oskrzelo wy,

który w okresie zdrowienia przechodzi w zaostrzony. Jednocześnie występuje wzmożenie drgań głosowych, a nawet czysta bronchofonia bez egofonii. Najciekawszym jest brak zupełny rzężeń. Wszystkie te objawy są dowodem, iż mamy tu do czynienia z istotnem zgęszczeniem płuc. Pewna liczba chorych wcale nie kaszle; tem się tłumaczy, iż cierpienie bywa często przeoczone. Niekiedy jednak istnieje mniej lub więcej męczący kaszel, zawsze suchy. Bardzo często chorzy kaszlą tylko podczas napadu.

Wszyscy chorzy wykazują objawy zimnicy przewlekłej lub charłactwa zimniczego, zawsze z obrzmieniem wątroby i śledziony. Objawów podrażnienia opłucnej autor nigdy nie widział; często natomiast występuje białkomocz. Skóra i błony śluzowe są niedokrwiste, na twarzy i tylnej powierzchni dłoni występuje ciemnoziemiste zabarwienie. We krwi znajdował autor zawsze nader znaczne zmniejszenie ilości krążków czerwonych oraz grudki barwnika i plasmodye zimnicze podczas napadu. Prawie wszyscy chorzy mają gorączkę, z wyjątkiem znajdujących się w okresie charłactwa zimniczego. Gorączka ma typ przepuszczający, codzienny lub trzeciankowy, i zjawia się zwykle rano; gorączka ta nie zależy od zmian w płucach, lecz jest jednym z objawów zakażenia zimniczego. Z drugiej znów strony zimnica wierzchołków płuc nie wywołuje odczynu ogólnego, jak np. włóknikowe zapalenie płuc.

Cierpienie zaczyna się zwykle skrycie, bez bólów, bez duszności, bez dreszczów, a niekiedy i bez kaszlu. Zawsze jednak znajdujemy w narządach wewnętrznych objawy ciężkiej zimnicy, czy to w postaci przekrwienia, nawału, czy też w postaci stwardnienia. Cierpienie występować może albo w postaci ostrej, albo też w przewlekłej.

W postaci ostrej występuje mniej lub więcej silne przekrwienie, wywołujące zmiany w wierzchołkach, powyżej opisane. Autor przytacza przypadki, gdzie zmiany te zniknęły w ciągu 24-ch godzin po użyciu chininy. Przekrwienie prowadzi niekiedy do krwotoków płucnych, z typem zimniczym, ustępujących pod wpływem chininy. Na korzyść przekrwienia przemawiają oględziny pośmiertne, przy których, pomimo objawów fizycznych, miąższ płucny okazuje się niezmiennym.

W postaci przewlekłej wspomniane objawy fizyczne trwają znacznie dłużej i ustępują również pod wpływem chininy. Niekiedy jednak są nie do uleczenia; zdarza się to wtedy, gdy miąższ płucny uległ karnifikacji albo nawet stwardnieniu, wskutek następczego rozwinięcia się tkanki łącznej.

Autor dochodzi do wniosku, iż w spostrzeganych przezeń przypadkach ani razu nie było objawów zapalenia płuc włóknikowego lub nieżyłowego, albo zapalenia opłucny. Laseczników gruzliczych również nigdy nie było. Za zimniczym charakterem przytoczonych zmian przemawia zdaniem autora podobieństwo zmian w płucach do zmian w wątrobie i śledzionie, a także obecność innych objawów zimnicy, wreszcie dobroczynne działanie chininy. Nie idzie za tem, ażeby zmiany w wierzchołkach mogły być miarą porażenia ustroju. Przy znacznych zmianach w płucach mogą wystąpić małe stosunkowo zmiany w śledzionie, wątrobie i nerkach, i odwrotnie. Co do umiejscowienia cierpienia, zajmuje ono zawsze wierzchołki płuc, inne części rzadko, i tylko następczo. Najczęściej zapadają na nie dzieci, oraz młodzież do 25 roku.

Niekiedy cierpienie zimnicze wierzchołków powikłane bywa zapaleniem oskrzeli. W takim przypadku zjawia się już kaszel z plwociną, rzężenia suche, albo trzeszczenia, umiejscowione jednak u podstawy i w średnich częściach płuc, gdy u wierzchołka słyszymy tylko wyżej wspomniany podmuch oskrzelowy. Jeżeli jednak znajdujemy je w wierzchołkach, tedy, wskutek zgęszczenia płuc,

przybierają one cechy swoiste i mogą robić wrażenie przelewania i symulować gruźlicę wierzchołkową; omyłka jednak wkrótce się wyjaśnia, ponieważ oba te cierpienia mają przebieg zupełnie odmienny.

Ta niezależność zmian zimniczych od innych zmian płucnych stanowi odrębną cechę cierpienia. Autor sądzi, że nawal lub stwardnienie zimnicze ochrania miąższ płucny od zagnieżdżenia się w nim drobnoustrojów, nawet gruźliczych, na dowód czego przytacza spostrzeżenie, gdzie u chorej, dotkniętej charłactwem zimniczym, znaleziono po śmierci mnóstwo ognisk gruźliczych w całych płucach, prócz wierzchołków, które znajdowały się w stanie stwardnienia zimniczego.

Przy rozpoznawaniu należy wyłączyć: zapalenie płuc włóknikowe, zapalenie suche opłucnej oraz gruźlicę.

Zapalenie płuc różni się nagłym i wyraznym początkiem, gorączką, bólem w boku, oraz charakterystyczną wydzieliną. U osób charłacznych początek może być skryty, gorączka umiarkowana, lecz wtedy mamy dane wysłuchowe, właściwe temu cierpieniu. Zapalenie płuc t. zw. zimnicze, jest albo mniej więcej zbliżone do opisywanego tu cierpienia, albo też jest zwykłym zapaleniem płuc na gruncie zimniczym.

Ostre suche zapalenie opłucnej dostatecznie odróżnimy dzięki tarcu.

Gruźlica trudniej daje się odróżnić, ponieważ w obu przypadkach zajęte są wierzchołki, w obu mamy stwardnienie; trudność tę zwiększa jeszcze przyłączające się zapalenie oskrzeli, tak, że często jedynie badanie bakteriologiczne rozstrzyga.

Rozpoznanie różniczkowe:

Zimnica wierzchołka płuc.

Brak danych dziedzicznych. Zapadają dzieci i młodzież. Początek zawsze skryty.

Wygląd ogólny chorego na zimnicę: bezbarwność błon śluzowych, bledność i charakterystyczne zabarwienie skóry, obrzmienie wątroby i śledziony, częsty białkomocz.

Kaszel suchy, męczący i tylko podczas napadu gorączki.

Brak wydzieliny, lub wydzielina bezbarwna, nieznaczna, bez laseczników KOCH'a.

Objawy miejscowe.

Stopienie, opór przy opukiwaniu palcem, wzmożenie drgań głosowych, oddech oskrzelowy, *bronchophonia*. Brak rzężeń, trzeszczeń i tarcia. Przy współczesnym zapaleniu oskrzeli subkrepitacje wszędzie prócz wierzchołka; czasami w wierzchołkach, lecz bez trzeszczeń.

Gruźlica płuc.

Dziedziczność. Częściej zapada młodzież i osoby dorosłe. Zaczyna się od zapalenia oskrzeli lub krwiopłucia, albo od zapalenia opłucnej, lub od objawów ogólnego zakażenia (*typho-bacillose pré-tuberculeuse* LANDOUZY). Rzadko zdarza się początek skryty.

Wygląd: oczy ożywione i często błyszczące, skóra delikatna, palce o końcach zgrubiałych, brak obrzmienia wątroby i śledziony; białkomocz rzadko występuje.

Kaszel zmienny, rzadko suchy i męczący, często silniejszy nocą.

Wydzielina charakterystyczna, ropna, często monetowa, zawiera włókna sprężyste i laseczniki KOCH'a.

Stopienie, opór przy opukiwaniu palcem, wzmożenie drgań głosowych, oddech oskrzelowy, *bronchophonia*; trzeszczenia, następnie rzężenia subkrepitacyjne. Często tarcie opłucnej.

Brak odgłosu rozbitego garnka oraz oddechu jamistego. Przy jednoczesnym ostrym nieżycie oskrzeli możemy słyszeć jakby przelewanie.

Rozwój szybki przy nawale; wyleczenie w kilka dni przy pomocy chininy lub cinchonidyny. W przypadkach przewlekłych przebieg powolny, niekiedy z zejściem w stwardnienie.

Krtań i opłucna zawsze wolne.

Gorączka przerywana, okres bezgorączkowy stały z wyjątkiem przypadków silnego charłactwa. Napad możliwy o każdej porze, często rano.

We krwi znaczne zmniejszenie ilości czerwonych ciałek; grudki barwnika wolne i w ciałkach białych. Hemoplasmodye LAVERAN'a.

Później szmer rozbitego garnka, oddech jamisty, przelewanie.

Rozwój powolny i prawie zawsze postępujący, kończy się rozpadem i jamami po okresie stwardnienia. Chinina zupełnie bez wpływu.

Krtań i opłucna często zajęte.

Gorączka objawowa, brak okresu bezgorączkowego, podniesienia gorączkowe zawsze wieczorem lub w nocy.

Bardzo umiarkowane zmniejszenie ilości ciałek czerwonych; brak barwnika we krwi, brak hemoplasmody.

(*Revue de Médecine*. N. 5 i 11. 1895).

Wacław Sterling.

33. a) STABEL. O zastosowaniu lecniczem gruczołu tarczowego.

b) ANGERER. O leczeniu wola przetworami gruczołu tarczowego.

a) STABEL na posiedzeniu berl. towarzystwa lekarskiego przedstawił wyniki, otrzymane przez niego przy stosowaniu przetworów gruczołu tarczowego u chorych dotkniętych wolem. S. stosował gruczoł drobno posiekany i tabletki z fabryki Drezdeńskiej, które jednak wywierały mniej dodatni wpływ na samo cierpienie, wywołując przytem często zaburzenia, zazwyczaj nie występujące przy stosowaniu gruczołu świeżego. Objawy gastryczne, które niekiedy występują przy stosowaniu świeżego gruczołu, S. czyni zależnymi od idiosynkrazy, lub też uważa je za lekkie otrucie ptomainami, wobec szybkiego rozkładu gruczołu. Dorośli chorzy otrzymywali dwa razy tygodniowo po 8 — 15 grm., dzieci zaś po 4 — 10 grm. na dawkę. Z 25-iu przypadków zupełne wyleczenie otrzymał S. w dwóch tylko, reszta doznała znacznej poprawy, t. j. gruczoł zmniejszał się i zaburzenia podmiotowe znikwały. W tych ostatnich przypadkach już po kilku tygodniach przerwy wracały wszystkie początkowe zaburzenia i gruczoł stopniowo się zwiększał; w każdym razie nawroty występowały tem później, im dłużej chorzy poddawali się leczeniu; dlatego też radzi S. nawet przy zupełnem zniknięciu wola prowadzić dalej leczenie jeszcze przez parę tygodni. Przy stosowaniu przetworów gruczołu występuje stale wzmożona częstość tętna, a przy stosowaniu tabletek wzmożona działalność serca przyjmowała niekiedy charakter groźny; szczególnie dawało się to zauważyć u dziewcząt chorych na błędnicę, u których częstość tętna dochodziła do 150 uderzeń na minutę; jednakże ostrej niedomogi serca nigdy autor nie widział. Cukier w moczu prawie nigdy nie występował. Jeżeli przy ostrożnem dawkowaniu poboczne objawy szkodliwe rzadko występowały, to przy nadużyciu tego środka były one dość częste. Autor spostrzegał chorego, który w celu pozbawienia się nadmiernej otyłości zażywał w coraz większych dawkach tabletki tyreoidynowe. Chory ten nagle uległ obłądowi prześladowczemu, a po kilku dniach zmarł. Badanie pośmiertne wykazało obrzęk mózgu. W chorobie BASEDOW'a STABEL stosował tyreoidynę w 3-ch przypadkach, z których w dwóch, z powodu silnych zaburzeń nerwowych, stosowanie gruczołu wkrótce musiało być przerwane; u trzeciej chorej, pomimo trzymiesięcznego leczenia, żadnego wpływu nie zauważono.

W wywiązanej dyskusji EWALD zaznacza, że lepsze wyniki otrzymywał, stosując tabletki z fabryki angielskiej, zupełnego jednakże wyleczenia nigdy nie obserwował. KLEIST podaje, jako przyczynek do etyologii wola, ciekawy fakt wystąpienia wola u wszystkich członków jego rodziny po przesiedleniu się ich z Prus do Schwarzburg - Rudolstadt — ojczyzny wola. Pod wpływem jodu i jodku potasu objawy wola prędko znikły. MENDEL w chorobie BASEDOW'a nie widział żadnego wpływu tyreoidyny; to samo zaznacza SENATOR.

(*Berlin. klin. Wochenschr. N. 5. 1896*).

δ) Karmienie chorych, dotkniętych wolem, przetworami gruczołu tarczowego, zalecone przez EMINGHAUS'a, REINHOLD'a i BRUNS'a, wyprobowane było przez wielu badaczy i prawie przez wszystkich nowa metoda leczenia uznana została za swoistą. Dopóki skład chemiczny tego gruczołu nie był dokładnie zbadany, wszelkie teorie działania przetworów gruczołu nie wychodziły po za obręb hipotez. Zauważono, co prawda, w działaniu tych przetworów podobieństwo z działaniem jodu, lecz przeprowadzone przez THIERSCH'a badania chemiczne nie wykryły nawet śladów jodu w gruczole. Niewiele również przyczyniły się do wyjaśnienia tej sprawy doświadczenia NOTKIN'a. Autor ten wykrył w gruczole tarczowym 2 substancje: zaczyn i thyreoproteidę. Zdaniem N. zaczyn jest produktem samego gruczołu, thyreoproteida zaś powstaje w ustroju i odkłada się w substancji gruczołu, gdzie zapomocą zaczynu ulega przemianie, a następnie już jako substancja nieszkodliwa przechodzi do krwiobiegu. Zaczyn ma poniekąd zobojętniać własności trujące thyreoproteidy; brak zaczynu przy zwyrodnieniu gruczołu lub po jego wycięciu powoduje otrucie ustroju; powstaje wtedy *cachexia thyreopriva* lub *myxoedema*; przy nadmiernem zaś wytwarzaniu się zaczynu powstaje choroba BASEDOW'a. Dopiero w ostatnich tygodniach BAUMAN'owi udało się wykryć w gruczole tarczowym związek jodowy, w którym jód zawiera się w dość znacznej ilości, a mianowicie, na 1 grm. substancji gruczolowej przypada 0,001 jodu. Wykrytą przez siebie substancję BAUMAN nazwał tyreojodyną. Wobec niewątpliwego dodatniego wpływu jodu przy wolem, należy związek ten przyjąć za główny czynnik, od którego zależy swoistość przetworów gruczołu tarczowego w leczeniu wola.

ANGERER stosował gruczoł tarczowy w 100 przypadkach, z których 78 przypada na wolem. Używał gruczołu świeżego, drobno posiekanego, w którym dokładne badanie nie wykrywało żadnych zmian chorobowych; chorym zaś, nie mogącym przezwyteżyć wstrętu do tego przetworu, dawano tabletki tyreoidynowe. Te ostatnie, zdaniem A., będąc często przyrządzane z gruczołów, uległych rozkładowi, wywołują objawy otrucia, niesłusznie przepisywane działaniu swoistemu gruczołu. Wyniki, otrzymane przez A., były zadawalające, z wyjątkiem tych przypadków, w których stosowanie gruczołu musiało być przerwane z powodu różnych zaburzeń. Najlepsze wyniki dawały wolem miękkie, które znikły już po kilku małych dawkach; wolem torbielowe, jakkolwiek sama torbiel się nie zmniejszała, łatwiej się ograniczały, z powodu zaniku przerosłej tkanki gruczolowej, i stawały się w ten sposób dostępniejsze dla zabiegów chirurgicznych. Jedynie tylko twarde wolem nie ulegały żadnym zmianom pod wpływem przetworów gruczołu.

W większości przypadków występowały przy tej metodzie leczenia następujące objawy. Już po pierwszej dawce oddech był lżejszy, szyja więcej ruchoma i wogóle polepszenie podmiotowe występowało już wtedy, kiedy zmniejszenia gruczołu nie można było jeszcze zauważyć. W rzadkich przypadkach występowały: zawrót i ból głowy, bicie serca, bóle w kończynach, senność, brak łaknienia; objawy te znikły z chwilą przerwania leczenia. A. radzi, wobec niedającego się *a priori* określić stopnia odczynu ustroju na przetwory gruczolowe, rozpocząć leczenie od mniej-

szych dawek i stopniowo przechodzić do większych. Dyureza nieznacznie się powiększa, rzadko występują ślady białka w moczu, cukier zaś nigdy się nie pojawia. Waga ciała początkowo nieznacznie się zmniejsza, następnie nawet się powiększa. Od nawrotów przetwory gruczołowe nie zabezpieczają. Podczas narkozy i po operacyi u chorych, którzy poprzednio przyjmowali przetwory gruczołu tarczowego, często występuje nadzwyczajne, czasem nawet śmiertelne osłabienie działalności serca.

(*Münch. med. Wochschrft.* 1896. N. 4).

M. Fraenkel.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 18 lutego r. b.

TREŚĆ: 1) SZTEYNER—przedstawienie chorego po wycięciu kiszki ślepej i biodrowej. 2) P. Wiktor BIERNACKI—przedstawienie fotografii, otrzymanych zapomocą promieni RÖNTGEN'a. 3) STANKIEWICZ—przypadek torbieli jamy brzusznej. 4) BREGMAN i GRUŻEWSKI—przedstawienie chorej ze zgorzelą skóry i znieczuleniem wskutek zacczadzenia i ucisku. 5) ORZEŁ—przedstawienie preparatów otrzymanych z psów metodą MURPHY'ego operowanych.

1) Kol. SZTEYNER przedstawił chorego, wyleczonego po wycięciu kiszki ślepej i biodrowej. Przed miesiącem przedstawił mówca w Tow. preparat, wycięty z powodu zwężenia kiszki w otworze biodrowo-kątniczym. Po dokonaniu cięcia po linii środkowej brzucha, udało się odszukać miejsce zwężone, ale nie można było wydobyć kątnicy. Dla zaradzenia temu, kol. S. wykonał 2-gie cięcie boczne skośne i wtedy wydobył kiszkę ślepą. Przed wycięciem jelita naciął S. rozdętą pętlę i wypuścił znaczną ilość na pół płynnego kału i gazów, i wtedy dopiero wyciął 15 ctm. kiszki biodrowej i 10 ctm. kiszki grubej. Przecięte końce połączył szwem dwupiętrowym. Chory jest zupełnie wyleczony.

2) P. Wiktor BIERNACKI bliżej zaznajomił zebranych ze sprawą otrzymywania zdjęć metodą ROENTGEN'a. Mówca przedewszystkiem objaśnił znaczenie promieni X, które należą do rzędu nieprzewidzianych odkryć w nauce. Wychodzą one ze ścian rurki szklanej, zawierającej znacznie rozrzedzony gaz, przy przepuszczaniu przez nią wyładowań elektrycznych o bardzo wysokiem napięciu. Promienie ROENTGEN'a otrzymywać można tylko z rurek CROOKES'a, nie nadają się bowiem do tego celu rurki GEISLER'a. Prąd indukcyjny winien posiadać znaczne napięcie. Nowe promienie posiadają własność przenikania ciał nieprzezroczystych, jak np. drzewo, miękkie części ciała zwierzęcego, tektura i t. p., nie przechodzą zaś przez kość, metale. Ostatnie zresztą przepuszczają je w pewnej mierze, lepiej lub gorzej, zależnie od jakości metalu i grubości jego warstwy. Długość ekspozycji, zdaniem mówcy, wogóle jest dosyć znaczna, wynosi bowiem $\frac{1}{2}$ godz. lub nawet więcej. Przedstawienie rurek, klisz ze zdjęciami, wypełniło ciekawy odczyt szanownego prelegenta, który pierwszy w Warszawie zajął się zbadaniem nowego odkrycia.

W dyskusyi kol. M. BRUNER zaznaczył, że do otrzymania promieni ROENTGEN'a firma SIEMENS i HALSKE używa już zwyczajnych lamp żarowych z tą zmianą, że za jeden biegun służy całe włókno wewnątrz lampki, drugi zaś biegun ze staniolu znajduje się na jej powierzchni. Zapomocą maszyn statycznych otrzymywano podobno z lampek żarowych promienie ROENTGEN'a. Kol. WOŁKOWICZ zwraca uwagę na pracę prof. DOBRZYŃSKIEGO ze Lwowa, który w r. 1890 przekonał się, że fale elektro-magnetyczne działają na czułą płytę fotograficzną. Odpowiedni komunikat złożył prof. D. Akademii nauk w Wiedniu 9 października 1890 r. Tytuł pracy brzmi: „*Ueber die photographische Wirkung der elektro-magnetischen Wel-*

len". W końcu kol. WOŁKOWICZ pokazuje cały szereg fotografii, wykonanych sposobem ROENTGEN'a w pracowni fizycznej w Hamburgu.

3) Kol. STANKIEWICZ, przypomniawszy w krótkości przebieg choroby pacjentki, którą przedstawił w roku zeszłym i u której dokonał wycięcia torbieli z warstwy mięśniowej brzucha, zaznacza, że chora ta zgłosiła się ponownie w grudniu r. z., skarżąc się, iż od czasu wyjazdu otwór w bliźnie nie zamknął się i że ciągle wydobywał się zeń płyn bledy, kleisty. Mówca znalazł w środku blizny otwór, idący wgłąb ku górze i ku wewnątrz jamy brzusznej. Nic wątpiąc, że ma doczynienia z otworem, komunikującym z jamą brzuszną, S. rozszerzył ranę i doszedł aż do otrzewnej, lecz na otwór prowadzący głębiej natrafić nie mógł. Następnego dnia znów zaczął poszukiwania i znalazł nareszcie otwór, prowadzący wewnątrz i ku górze. Z otworu tego sączył się wspomniany powyżej płyn. Pierwotnie sądził mówca, że ma do czynienia z torbielą trzustki, zewnętrzną część której usunął, głębiej zaś leżąca pozostała nietkniętą i daje obecnie wyciek swej zawartości. Badanie płynu przekonało jednak S., że płyn ów nie pochodzi z trzustki i dlatego zaczął szukać innej drogi. Rozszerzając otwór, przy badaniu zgłębnikiem wyczuł obecność kamienia. Po uśpieniu chorej wydobył S. kamień, złożony z cholesteroliny, odznaczający się niezwykle białością i kulistym kształtem. Badając jamę, w której się znajdował kamień, zapomocą palca, przekonał się, że ściana przednia zrośnięta jest ze ścianą brzuszną ku górze, zaś kanał zwęża się tak znacznie, że tylko zgłębnik może być wsunięty na głębokość 2 cm.

Wobec powyższych danych kol. S. sądzi, że kamień w pęcherzyku żółciowym był przyczyną bólów, na które cierpiała chora przed 2-ma laty, prawdopodobnie wskutek zatkania przewodu (*ductus cysticus*), następnie wskutek niewiadomych mu przyczyn nastąpiło zrośnięcie rozdętego pęcherzyka ze ścianą brzuszną i przedziurawienie miejsca zrośniętego, skąd zawartość pęcherzyka powoli utorowała sobie drogę przez ściany brzuszne pod skórę, gdzie utworzyło się coś w rodzaju torbieli, komunikującej z pęcherzykiem żółciowym zapomocą nadzwyczaj wąskiej przetoki.

4) Kol. BREGMAN w imieniu swoim i kol. GRUŻEWSKIEGO przedstawił chorą, która jako jedna z 3 ofiar zaccadzenia pozostała przy życiu. Chora ta, obudzwszy się, z trudnością wyciągnęła swą prawą rękę z pod ciała nieżyjącej już wtedy swej bratowej i zaraz zauważyła, że cała kończyna aż do barku obrzękła, że palców wyprostować nie może. Na przedniej powierzchni przedramienia w 2 miejscach utworzyła się zgorzel. W okolicach, unerwionych przez nerw łokciowy i pośrodkowy, znieczulenie, w obrębie zaś nerwu promieniowego czucie zachowane. Oprócz tego na tylnej powierzchni uda daje się zauważyć znieczulenie w obrębie rozgałęzienia *n. cutanei femoris posterioris*. Znieczulenia owe B. czyni zależnymi od zaccadzenia i ucisku.

5) Kol. ORZEŁ wreszcie zdał sprawę z doświadczeń, czynionych w celu wypróbowania guzika MURPHY'ego, mającego zastąpić szew kiszkowy. Nakładanie szwów kiszkowych wymaga znacznej wprawy i zabiera dużo czasu, nic dziwnego przeto, że niedogodności te pomysłowi amerykańskie starają się usunąć, wprowadzając w podobnych razach guzik MURPHY'ego. Wynalazca tego przyrządu w roku zeszłym zebrał 170 przypadków stosowania swej metody na ludziach, i wykazał, że odsetka śmiertelności wynosi tylko 2,3%.

Kol. ORZEŁ doświadczenia swoje przeprowadzał na 10 psach, którym wykonał w dwóch przypadkach boczną entero-anastomozę, enteroanastomozę według metody BRAUN'a, enterotomię, resekcję jelita i gastroenterostomię. Z 10-u operowanych psów padło 3: dwa wskutek zapalenia otrzewnej i jeden wskutek przedziurawienia jelita w sąsiedztwie założonego guzika (w danym razie z powodu zbyt

szerokiego cięcia musiano oprócz guzika nałożyć szew zwykły). Psy znosiły operację dobrze; na trzeci dzień otrzymywały zwykły swój pokarm, kał oddawały bez przeszkody, a guziki wychodziły na 3–12 dzień po operacji. Sekcje wykazały trwały zrost w postaci wąskiej blizny.

Na zasadzie własnych doświadczeń, mówca wypowiada następujące wnioski: *a)* zakładanie guzika MURPHY'ego trwa bardzo krótko, bo zaledwie 10 minut; *b)* technika nakładania guzika jest łatwa i nie wymaga długich ćwiczeń; *c)* na miejscu zrostu nie powstaje nigdy zwężenie światła jelita; *d)* zgorzeli ulegają tylko części jelita, uciśnięte przez dwie połowy guzika; *e)* wydalenie przyrządu, względnie nekrotyzacja następuje tem prędzej, im mocniej zaciśnięto guzik; *f)* psy nawet bezpośrednio po operacji mogą dostawać pokarmy stałe. Porównawcze operacje z nakładaniem szwów, zdaniem mówcy, dawały gorsze wyniki. Kol. ORZEŁ zachęca w końcu do stosowania metody MURPHY'ego u ludzi, szczególnie w tych przypadkach, gdzie idzie o pośpiech.

W dyskusyi zabrał głos kol. JASIŃSKI, i zaznaczywszy niezgodność statystyki europejskiej i amerykańskiej, względnie do proponowanej metody, wypowiada zdanie, że ujemną stronę metody MURPHY'ego widzi w tem, iż powodzenie operacji zależy nietylko od chirurga, ile od mechanika, z pod rąk którego wychodzi guzik proponowany. Nieszczęśliwie zakończone przypadki starano się objaśnić tem, że europejskie guziki mają zbyt ostre brzegi, przez co przecinają kışkę. Powoławszy się na trzy przypadki, opisane w literaturze polskiej (ZIELEWICZA, ODERFELDA i SZUMANA), mówca stara się uzasadnić przyczynę zgorzeli, którą często po zastosowaniu guzika MURPHY'ego widzimy. Zgorzel owa powstaje, zdaniem J., 1) dla tego, że ściany łączonych odcinków kışek nie są jednakowej grubości, i 2) że guzik wywołuje znaczny ucisk naczyń. Ręczne nakładanie szwów przy pewnej wprawie również szybko może być dokonane, a posiada tę przewagę, że przy niem chirurg może nadawać różny kierunek łączonym odcinkom.

Następnie kol. WOŁKOWICZ, zaznaczywszy, że każdy chirurg, nim przystąpi do nowej operacji na człowieku, winien wypróbować technikę na trupie lub zwierzęciu, zwraca uwagę na budowę guzików i sądzi, że amerykańskie są lepsze, gdyż mają brzegi więcej zaokrąglone, przez co zrost bywa obszerniejszy. Nie sądzi mówca, by racjonalne było nakładanie szwów po założeniu guzika, kiedy ściany kışek są napięte; najpierw wypada nakładać szwy, a następnie zakładać guzik. Wreszcie W. zwraca uwagę na to, że kol. ORZEŁ nie określił miejsc jelit, w których zakładał guzik. Stosowanie tego przyrządu w kışce grubej uważa W. za mniej racjonalne, gdyż kał bywa w nich zbyt obfity, otwory zaś guzika zbyt małe, by swobodnie i prawidłowo mogły się odbywać czynności naturalne.

Kol. KIJEWSKI zaznacza, że istnieje różnica warunków operowania na zwierzętach i na ludziach. U ludzi operuje się na kışkach chorobowo zmienionych, często o silnie rozrosłych ścianach. W razie potrzeby połączenia kışki rozszerzonej z jelitem o szczupłym świetle i cienkiej ścianie, guzik MURPHY'ego nie dałby się zastosować, należałoby bowiem kışkę rozszerzoną i zgrubiałą sfałdować zbyt silnie, co by wpłynęło ujemnie na krążenie.

Kol. JASIŃSKI jednak sądzi, że w przypadkach, o których wspomina kol. KIJEWSKI, możnaby koniec kışki rozszerzonej zaszyć na ślepo, a z otworem w jej bocznej ścianie połączyć zapomocą guzika odcinek kışki o mniejszym promieniu; na czasie jednak nie wygrywałoby się w tych razach.

Prof. KOSIŃSKI zaznacza braki statystyki. Do osądzenia, która metoda daje lepsze wyniki, niezbędne jest ściśle określenie miejsca, na którym operowano, sprawy patologicznej, która wywołała cierpienie, i innych warunków, w jakich

operowano. Prof. K. zaznacza np., że przy raku kiszki statystyka wykazuje lepsze wyniki, niż przy resekcjach z powodu *hernia incarcerata*.

Kol. WOŁKOWICZ gorąco przemawia za metodą MURPHY'ego. Co się zaś tyczy statystyki kol. ORLA, sądzi mówca, że jest ona wielce przekonywającą, gdyż wykazuje, że pomimo nieprzyjaznych warunków miejscowych (w pracowni, gdzie przerabiane są operacje na trupach), w jakich robiono doświadczenia, metoda M. wyszła zwycięsko.

Kol. ORZEŁ odpowiada, że z 3 przypadków śmiertelnych po stosowaniu metody MURPHY'ego, u 2 psów rozwinęło się zapalenie otrzewnej wskutek dostania się do jamy brzusznej włosów, u jednego zaś puścił szew, nałożony na ścianę kiszki niezależnie od guzika.

W końcu prof. BRODOWSKI, porównyując zgorzel, wywołaną przez guzik, z tem, co bywa przy wgłobieniu kiszki do odbytnicy, sądzi, że niepomysłne zejścia wpochwienia jelit, t. j. przedziurawienie i zgorzel po założeniu guzika M., zależą od zniszczenia świeżej blizny przez zapalenie ropne, wskutek obecności *bac. coli communis* powstać mogące. O wiele trudniej, zdaniem mówcy, o podobne wyniki w razie stosowania szwu kiszkowego, gdzie niema zgorzeli.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Jeden z chorych, według komunikatu MATHIEU, dotknięty nadmierną kwasnością soku żołądkowego, wyżył w ciągu 80 dni 1.600 gramów podsaełtrzanu bismutu (*bism. subnitricum*). Żadnych wyraźniejszych objawów zatrucia olbrzymia ta ilość bismutu nie wywołała. Chory ten miał wprawdzie lekkie zapalenie jamy ustnej i zabarwienie skóry na twarzy, przypominające otrucie arsenikiem. Dodać należy, że bismut w tej potężnej ilości nie wywołał żadnych prawie zmian w czynnościach żołądka. HAYEM dodaje w dyskusyi, że jest to środek niewinny, że jest on jedynie paliatywnym środkiem w leczeniu nadkwasności i sokotoku; w każdym razie nie drażni on żołądka w tym stopniu, jak soda, którą się tak chętnie lekarze w tych razach posługują, i dla tego przekłada bismut nad sodę. MATHIEU wreszcie dodaje, że udało mu się w kilku przypadkach zmniejszyć wydzielanie soku żołądkowego zapomocą nieco większych dawek siarczanu atropiny. (Semaine médicale. 61. 95). *I. Gr.*

— Wbrew zdaniu MORAX'a i PFUNGEN'a utrzymuje DEROTO z Genewy, że bismut w ilości 6 do 8 grm. *pro die* zmniejsza znacznie ilość kwasu siarczanego sprzężonego u osobników żywionych głównie pokarmami białkowymi. DEROTO zauważył, że jednocześnie zmniejszał się lub zniżał w moczu indykan. Dwa te fakty mają ważne znaczenie, gdyż wskazują, że

gnicie w kiszkiach zmniejsza się znacznie pod wpływem bismutu, pomimo zmniejszenia energii ruchów robaczkowych przewodu pokarmowego, jakie bismut wywołuje. (Semaine méd. 54. 95). *I. Gr.*

— Według BINET'a, bardzo nawet krótko, lecz natężona praca umysłowa wywołuje znaczne zmiany w oddychaniu i krążeniu krwi. Dopóki uwaga jest skupiona, oddech jest bardziej powierzchowny i szybki. Przy końcu pracy krążenie tętnicze wskazuje zwiększenie częstości skurczów serca, co trwa jeszcze czas pewien po przerwaniu pracy. Początkowo, przeciwnie, daje się spostrzegać wzmoczenie siły oddzielnych skurczów serca i zwolnienie tętna. (La Revue Médic. 5, 1. 96.). *W. M.*

— Przeciwno odmrożeniu zalecają nacieranie miejsc odmrożonych spirytusem kamforowym, a następnie zasypywanie proszkiem: *bismuth. salicyl.* 10,0, *amyl.* 90,0. W razie przykrego swędzenia, smarować należy: *glycerini, aq. rosar. aa* 50,0, *tannini* 0,10. Jeżeli miejsca odmrożone poczynają się jężyć, należy po nacieraniu spirytusem kamforowym zastosować jeden ze środków poniższych: Rp. 1) *camph. pulveris.* 0,50, *zinci oxydat., bals. peruv. aa* 1,0, *vaselini* 30,0 *MDS* (LE GENDRE); 2) *alum., ac. boric. aa* 5,0, *aquae rosarum* 300,0 *MDS* (LIEBREICH); 3) *arg. nitric.* 1,0, *aq. destill.* 150,0 *MDS*; 4) *kalii jodati, ammon. hydrochlor. aa* 1,0, *spirit.*

camphorat. 40,0 *MDS* (BROCQ). Następnie 2—3 razy nacierać lekko należy jednym z poniżej przytoczonych środków: 1) *sacch. saturni, spir. camphor. aa* 30,0 *MDS* (MIALHE); 2) *ac. carbol.* 1,0, *jodi puri, tannini puri aa* 2,0, *unguenti simplic.* 50,0 *MDS*; 3) *arg. nitric.* 0,10, *unguent. ros.* 10,0. (*Gazette des Hopitaux.* 1896. N. 4).

W. M.

— MATTISON przytacza trzy przypadki zejścia śmiertelnego skutkiem stosowania kokainy w 4% roztworze. W dwóch przypadkach zwężenia cewki moczowej przed operacją wprowadzono do kanału 4% roztwór kokainy (w 1-ym drachmę, w 2-im 20 kropel). W parę minut wystąpiły gwałtowne drgawki, poczem chorzy wkrótce zmarli. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono silne przekrwienie w płucach. W trzecim przypadku również przed operacją zastosowano 4% roztwór kokainy zewnętrznie i podskórnie (w ilości 20 kropel). W 3 minuty nastąpiło omdlenie, drgawki i śmierć. Badanie pośmiertne w tym przypadku nie było dokonane. (*La Revue Medic.* N. 86. 1896).

W. M.

— BORDIER ogłasza przypadek wyleczenia nader uporczywej pryszczycy (*eczema*) zapomocą elektryczności statycznej (franklinizacji). Przypadek ten dotyczył kobiety 29-letniej, która od dziewięciu lat chorowała na pryszczycę.

Z licznych miejsc, dotkniętych pryszczycą, większość została wyleczona zwykłymi środkami; pozostały wszakże jeszcze trzy ogniska, których w żaden sposób nie można było wyleczyć. Cały arsenał środków został wyczerpany—na próżno. Autor tedy, mając na względzie badania prof. DOUMER'a (z Lille) i MONELL'a (z New-Yorku), postanowił spróbować elektryczności statycznej,—i oto chora w ciągu 40 posiedzeń została wyleczona całkowicie z pryszczycy. Z początku autor stosował kąpiel (bain) dodatnią oraz wiatr (*souffle*) ujemny, wynik jednak był słaby; wówczas zaczął stosować kąpiel ujemną oraz wiatr dodatni, i odtąd poprawa szybko zaczęła postępować. Przy sposobności autor zauważył, że franklinizacja wywołała wpływ leczniczy i na ogólny stan chorej: dzięki franklinizacji chora odzyskała sen oraz prawidłowe miesiączkowanie.

(*Lyon médical*, 1896, N 5). *Ad. W.*

— FERRAUD jako środek przeciwczerwiowy u dzieci podaje: *Rp. benzonaphtoli* 2,0, *semina cinæ* 1,0, *sacchari* 0,5, *Mfp. divid. in part.* XX. S. 3—5 proszków dziennie. Po odejściu robaków, celem uchronienia od ponownego pojawienia się, podaje przez 2—4 tygodni benzonaftol czysty lub z magnezją. (*Therapeut.* Monatsh. N. 1. 96 r.).

J. Sz.

Wiadomości bieżące.

— W Paryżu zaczęło wychodzić nowe czasopismo: „*La semaine gynecologique*“, pod redakcją D-ra RICHEVIN'a.

— Droga żelazna Warszawsko-Terespolska ma zamiar urządzić własny szpital dla chorych, do służby drogi żelaznej należących.

— Jeden ze szpitali w Filadelfii otrzymał zapis, wynoszący 3 miliony dolarów. Stosownie do życzeń ofiarodawczyni, pieniądze te winny być użyte na bezpłatne leczenie kobiet i dzieci sierot.

— Prof. REID zbadał przenikliwość promieni X (promieni ROENTGEN'a) dla rozmaitych tkanek jednego i tego samego zwierzęcia. Badał on pod tym względem tkanki: kostną, chrzęstną, tłuszczową, również wątrobę, mięśnie, nerki i mózg. Najmniej przenikliwą okazała

się tkanka kostna, najwięcej zaś chrzęstna. W nerkach substancja korowa przepuszcza promienie lepiej, niż rdzeniowa, w mózgu zaś lepiej substancja biała, niż szara.

— Amerykański związek lekarzy w maju roku bieżącego ma zamiar poświęcić jedno ze swoich posiedzeń podczas zjazdu uroczystemu obchodowi stuletniej rocznicy pierwszego szczepienia ospy przez JENNER'a.

— Studenci uniwersytetów szwajcarskich przystali do studentów francuskich zaproszenie do przyjęcia udziału w walce z alkoholizmem. Wskutek tego na zebraniu studentów w Paryżu postanowiono utworzyć stowarzyszenie przeciwko używaniu alkoholu, pod przewodnictwem D-ra LEGRAIN'a.