

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsca.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. DROBNIK. O charaictwie śluzowo-opuchlinowem. — II. I. GRUNDZACH. Przyczynę do rozpoznawania chorób żołądka. — III. WŁADYSŁAW MATLAKOWSKI. Przyczynę do chirurgii żołądka [Dokończenie]. — *Notatki lekarskie.* 2. S. KRYSIŃSKI. Wylew krwi do mózgu u zupełnie zdrowej 29-letniej dziewczyny. — *Wiadomości bieżące.* — Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrażam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabliczkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnie szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dnem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-ch do 3-ch tabliczek 3 do 4-ch razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko bólesci duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zapobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak nie mniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemicrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

APTEKA SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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

52—7

Lipanium (Kahlbaum.)

Peptonum Carnis spissum (Kemmerich).

Peptonum Carnis spissum (Kochs).

poleca

Apteka J. RUTKOWSKIEGO dawn. E. Wernera.

w Warszawie, ul. Długa N. 16.

52—3

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, **Dr. L. Nencki** dokonywa wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p., materyjłów spożywczych i przedmiotów codziennego, użytku, oraz przedmiotów, mających zastosowanie w handlu i przemyśle.

0—3

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą, od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach.

0—3

GAZETA LEKARSKA.

I. O CHARŁACTWIE ŚLUZOWO-OPUCHLINOWEM

(*myxoedema*)

Studyjum doświadczalne z pracowni kliniki chirurgicznej
prof. Mikulicza w Królewcu.

Podał

Dr. Drobniak

asystent kliniki.

I.

Odkąd REVERDIN w 1883 pierwszy zwrócił uwagę na tak zwane przez niego „*Myxoedème par extirpation de la thyroïde*“, a KOCHER opisał szczegółowo swą „*Cachexia strumipriva*“, t. j. charłactwo pozostałe po operacyjnem usunięciu wola, na porządku dziennym stanęło pytanie o zależności przyczynowej „charłactwa śluzowo-opuchlinowego“ od wyłuszczenia gruczołu tarczowego. Lecz nie tylko chirurgowie, ze względu na praktyczną doniosłość tej sprawy, zajęli się gromadzeniem skrzętnem odnośnych spostrzeżeń, i wśród patologów i fizjologów obudził się żywy popęd do wiwisekcyjnego i doświadczalnego zbadania znaczenia fizjologicznego tego drobnego narządu dla całego ustrojowego gospodarstwa. Z badań tych wyłonił się cały szereg różniących się od siebie poglądów, hipotez, których tu dotknę tylko probieżnie, gdyż szczegółowy przegląd literatury tego przedmiotu oraz rozbiór rozlicznych teoryj pomieściłem w drukującej się współcześnie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego obszerniejszej pracy.

Dla dania jednakże czytelnikowi możności ocenienia wyników swoich własnych doświadczalnych badań, winienem ważniejsze dane przez innych badaczy osiągnięte i na tem miejscu przedstawić.

KOCHER szuka przyczyny objawów występujących po operacyjnem usunięciu wola, z jednej strony w powolnym zaniku tchawicy wskutek podwiązania tętnic zasilających górną część tego narządu; z powodu, że zanik odbywa się zwolna, stopniowo, duszność nie występuje. Drugą przyczyną charłactwa ma być zmiana regulacyi w obiegu krwi wewnątrzczaszkowym, do której w stanie normalnym służą naczynia gruczołu tarczowego, osłabiające [podług LIEBERMEISTER'a] silny prąd krwi, rzucony po linii niemal zupełnie prostej z serca przez tętnice szyjowe i kręgowe do jamy czaszkowej. Tętnice gruczołowe podwiązane tej czynności regulującej już spełniać nie mogą, przez co wzmacnia się ciśnienie na mózg i ztąd objawy charłactwa opuchlinowego.

SCHIFF na zasadzie swych badań dochodzi do wniosku, że gruczoł tarczowy ma ważne znaczenie dla ustroju, wytwarza bowiem jakąś substancję niezbędną narządowi nerwowemu do prawidłowej czynności.

Zdaniem wielu innych autorów gruczoł tarczowy nie posiada żadnej wytwórczej własności, lecz za to ma zdolność pochłaniania i tym sposobem unieszkodliwiania pewnych substancyj dla istoty nerwowej szkodliwych, a wytworzonych bądź to w samym ustroju przy przeróbce materii, bądź też wprowadzonych z zewnątrz z jadłem, napojem i t. d.. Inni upatrują przyczynę charłactwa śluzowo-opuchlinowego w uszkodzeniu nerwów podczas operacji, nie mówiąc zresztą jasno, które nerwy mają na myśli, wreszcie bardzo nieliczni badacze zaprzeczają zupełnie związku przyczynowego między charłactwem w mowie będącem, a wyluszczeniem wola [między innymi MAAS]. To ostatnie zdanie znalazło, o ile się zdawać mogło, ścisłą doświadczalną podstawę w badaniach KAUFMANN'a [potwierdzonych przez KLEBS'a], z których wynikło, że podobnie jak króliki, świnki morskie i szczury, tak też i psy znoszą całkowite wyluszczenie gruczołu tarczowego zupełnie spokojnie bez jakichkolwiek groźnych objawów.

FUHR, tymczasem zajmąwszy się bardzo szczegółowo anatomią szyi psa, wykazał że pewnie KAUFMANN ani razu nie wyluszczył gruczołu tarczowego lecz albo śliniankę podżuchwową lub gruczoł limfatyczny obok chrząstki tarczowej położony, wyniki więc jego żadnego nie mają znaczenia.

W jego własnych doświadczeniach psy wszystkie [w liczbie 9-u] pozbawione operacyjnie gruczołu tarczowego pozdechały, z wyjątkiem jednego posiadającego uboczny [dodatkowy] gruczołek tarczowy, znaleziony dopiero w kilka miesięcy przy sekcji. Te spostrzeżenia każą FUHR'owi przyjąć mniemanie, że gruczoł tarczowy [jego substancja gruczołowa] posiada istotne znaczenie dla ustroju, a zwłaszcza dla układu nerwowego, skoro stosunkowo mała jej ilość w postaci gruczołka dodatkowego wystarczyła dla posiadającego ją psa do utrzymania go przy życiu i w równowadze czynnościowej.

Dla kontroli i wykluczenia innych możliwych przyczyn, któreby zasłoniły jasność skutków ekstirpacji, FUHR przedewszystkiem zwrócił uwagę na nerwy. Drażnił więc chemicznie lub mechanicznie [kamieniem piekielnym lub podwiązaniem] przedewszystkiem odnogę zewnętrzną nerwu krtaniowego górnego, rozgałęzienia pierwszego nerwu szyjowego, gałęzie zwoju górnego nerwu współczulnego na szyi, języko gardzielowego, wreszcie nerwy wsteczne. Otrzymywał on przytem zapalenia ropne rogówki i łącznicy oka, zboczenia czucia (*paraesthesiae*) w zakresie nerwu trójdzielnego i ciężkie zaburzenia w czynnościach oddechania i połykania, ale objawy kurczu, spostrzegane powszechnie po wyluszczeniu gruczołu tarczowego, nie pojawiły się wcale. Badał FUHR dalej ile istoty gruczołowej potrzeba do utrzymania życia operowanego zwierzęcia; odejmując psom po kawałku dolnej części gruczoły, $\frac{1}{3}$, połowę i t. d. i przekonał się że $\frac{1}{3}$ część całej istoty gruczołowej wystarcza do utrzymania równowagi w gospodarstwie ustrojowym, a mianowicie w czynnościach układu nerwowego. Dla udowodnienia, że gruczoł tarczowy nie służy do regulacji obiegu krwi wewnętrzzaszkowego, podwiązał u psa wszystkie naczynia tego gruczołu bez

żadnych następstw ogólnych dla życia i zdrowia zwierzęcia. Dla tego też twierdzi, że i 1) Wyłuszczenie gruczołu tarczowego u psa w każdym razie powoduje śmierć po 21 dniach, przyczem występują objawy zaburzeń w ośrodkach układu nerwowego. 2) Objawy te nie są wynikiem zakłucenia regulacji krążenia wewnątrz-czaszkowego. 3) Obraz choroby u psów pozbawionych gruczołu przez wyłuszczenie nie może być wywołany ani ubocznymi uszkodzeniami [nerwów] ani zakażeniem. 4) W razie utrzymania życia po operacji najmniej $\frac{1}{3}$ część istoty gruczołowej w ustroju pozostać musiała.

SCHIFF, który, jak mówiliśmy, jest zwolennikiem istotnego czynnościowego znaczenia gruczołu tarczowego, twierdzi na zasadzie swych badań, że czynność tego gruczołu przejętą być może przez inne narządy, np. nadnercza. Uprawniając go do tego twierdzenia wyłuszczenia gruczołu dokonane w dwóch odstępach czasu [najmniej trzy tygodnie]. Wyłuszcza on jeden zraz, a we trzy tygodnie drugi. Przez ten czas ustrój się przyzwyczaja powoli do braku czynności istoty gruczołowej, gdy tymczasem inne narządy, jak SCHIFF twierdzi, między innymi nadnercza, zaczynają wytwarzać więcej nieznaney substancyi, służyć mającej w niepojęty dotąd sposób czynnościom układu nerwowego, tak, że po wyłuszczeniu drugiego zrazu gruczołu, ustrój już dostatecznie przygotowany znosi brak jego bez szwanku. Teorię zastępstwa czynnościowego, o którym mowa, SCHIFF popiera za pomocą sposobu arcyoryginalnego. Na czas wymagalny [trzy tygodniowy] do przejścia czynności gruczołu tarczowego przez inne narządy przeszczepia on gruczoł tarczowy jednego psa do jamy otrzewnej drugiego. Poczem dopiero po trzech tygodniach psu noszącemu w brzuchu cudzy gruczoł tarczowy wyłuszcza na szyi jego własny, przyczem stwierdził, że tym sposobem ochronił zwierzę od zgubnych następstw ekstyrpacji.

Fakt ten objaśnia sobie SCHIFF w ten sposób: gruczoł do otrzewnej wszczepiony przyrasta tamże do ściany brzusznej i zyskuje możność wytwarzania choć w szczuplejszym zakresie przypuszczalnej substancyi służącej do prawidłowego odżywiania [czy pobudzania] układu nerwowego. Że jednak gruczoł tarczowy w jamie brzusznej zawsze musi być uważany jako ciało obce, ulega on z czasem temu samemu losowi co inne ciała białkowate obce do otrzewnej lub gdziekolwiek indziej w tkankę łączną wniesione, t. j. zostaje przez otaczające je tkanki—białe ciała krwi czy też komórki wędrujące—spożytem, strawionem w szerszem znaczeniu tego wyrazu i przez ustrój wchłoniętem. Podczas tej pracy inne, nie wskazane bliżej, narządy mają czas przyjąć na siebie czynność gruczołu tarczowego po wyłuszczeniu tegoż, gdyż przypuszczać należy, zdaniem SCHIFF'a, że zrośnięty z otrzewną gruczoł tarczowy pełni swą istotną [swoistą] czynność w ilości wystarczającej dla układu nerwowego coraz słabiej, aż zupełnie nie wyjaławieje, jednakże dopiero wówczas, gdy już inne narządy zdołały się przystosować do nowej, przekazanej im przez gruczoł tarczowy czynności.

Nie wchodzę narazie w to czy podobne objaśnienie jest możliwem, ale też całkiem niedowiedzionem jest też twierdzenie [bez doświadczalnego sprawdzenia] wypowiedziane w tym względzie przez SCHIFF'a, że w rzeczonem przypadku,

gruczoł przeszczepiony do brzucha przyrasta tam na stałe i swobodnie dalej swe przypuszczalne czynności odbywa. Śmiało to mniemanie co najmniej wątpliwem wydać się musi, gdy przypomnimy, że dla normalnej [ważnej] przypisywanej gruczołowi wydzielniczej czynności potrzebnym jest koniecznie sprawnie działający aparat naczyniowy i nerwowy regulujący, o subtelnem działaniu. A zkąd się on miałby znaleźć na razie dla przeszczepionego w nieswoje miejsce gruczołu?

Tak tedy stała kwestyja czynności gruczołu tarczowego i skutków jego wyluszczenia, kiedy, zachęcony przez prof. MIKULICZA, przystępowałem do jej doświadczalnego opracowania w Lipcu 1887 r., aby najprzód sprawdzić badania poprzedników, a potem rozświecić, o ile się da, powstawanie charłactwa śluzowo-opuchlinowego. Do doświadczeń wybrałem psy, gdyż wszyscy badacze zgadzają się na to, że króliki, świnki morskie i szczury znoszą całkowite wyluszczenie gruczołu tarczowego bez żadnej szkody i bez żadnych wybitnych objawów.

Postawiłem sobie następujące pytania:

1) Czy psy znoszą wyluszczenie gruczołu tarczowego bez szkody? 2) Czy objawy spostrzegane po wyluszczeniu gruczołu tarczowego są spowodowane brakiem istotnej czynności tego narządu? 3) Jaka jest ta czynność gruczołu tarczowego? 4) Czy objawy spostrzegane u psów są równoważne charłactwu śluzowo-opuchlinowemu? 5) Czem się dadzą wytłómaczyć objawy spostrzegane u psa pozbawionego gruczołu tarczowego?

Nie będę na tem miejscu powtarzał szczegółowo topografii anatomicznej szyi u psa, ani też opisywał drobiazgowo metody operacyjnej użytej przy wyluszczeniu gruczołu tarczowego. Co do pierwszej bowiem to, o ile chodzi o stosunki nerwów szyjowych, których uszkodzenie tu głównie mieć należy na uwadze, psia szyja nie różni się wiele od ludzkiej, a jej opis szczegółowy pod tym względem podałem w dwóch już poprzednio wydanych pracach ¹⁾. Jedyłą ważniejszą różnicę stanowią włókna pochodzące z nerwu języko-gardzielowego, rozsiane dość obficie w tkance łącznej i torebce okalającej gruczoł. U psa gałązki z tego źródła spotykałem dość często — kiedy u człowieka na tem miejscu ich nie znajdowałem. Włókna rzeczone dążą tu jedynie do zespolenia pni nerwu współczulnego z języko-gardzielowym z jednej, oraz tego ostatniego z nerwem błędnym z drugiej strony. Oprócz tych włókien nerwowych z różnych źródeł pochodzących a rozpostartych w torebce i sam gruczoł jest sownie zaopatrzony w nerwy pochodzące u psa z nerwu języko-gardzielowego, błędnego i współczulnego. U człowieka gruczoł tarczowy sam nie otrzymuje ani włókien wprost z nerwu języko-gardzielowego, ani też za pomocą zespołań na szyi dających się wypreparować.

Włókna nerwowe wspomniane są w znacznej części włóknami czuciowymi, oprócz więc nitek współczulnych, uważanych za jedynie unerwiające gruczołową

¹⁾ Topograficzno-anatomiczne spostrzeżenia w zakresie nerwu współczulnego szyi. [Przegląd Lekarski. 1888. Nr. 44 i Nr. 45], oraz *Topografisch-anatomische Studien über den Halsympathicus*. [Archiv für Anatomie und Physiologie r. 1888], gdzie też dołączyłem stosowne rysunki anatomiczne.

miazgę, posiada ona również nerwy czuciowe. Oprócz włókien nerwowych pozostających, jak widzimy, w bezpośrednim stosunku z mięszem gruczołu, wspomnieć należy jeszcze o tych nerwach, które leżąc w pobliżu, mogą być narażone podczas operacyi na obrażenia, lub też wystawione na niebezpieczeństwo spraw zapalnych podczas gojenia rany zadanej w celu wyluszczenia gruczołu tarczowego. Spotykamy więc przedewszystkiem na zewnętrznej stronie tchawicy pień nerwu krtaniowego dolnego, oddzielony od gruczołu jedynie luźną tkanką łączną, ale bacząc dobrze na to jego położenie uniknąć łatwo jego uszkodzenia. Dalej na zewnętrznym brzegu gruczołu przebiega jedna lub kilka gałęzi [2—3] pierwszego nerwu szyjowego, zespolonego w rzadkich przypadkach z pniem nerwu podjęzykowego [a więc ruchowego]. Odnogi te unerwiają mięśnie mostko-gnykowe i mostko-tarczowy.

Postępowanie operacyjne opisuję obszerniej w pracy drukującej się w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego, tu zaś tylko nadmienię, że starałem się zawsze o najściślejszą antyseptykę podczas samej operacyi, co zaś do aseptycznego przeprowadzenia sprawy gojenia za pomocą stosownych opatrunków, to podobnie jak inni badacze, musiałem po kilku nieudanych próbach od ich stosowania odstąpić, gdyż pies, tarzając się po operacyi, wszelki opatrunek zdiera i ranę sobie zanieczyszcza. Mimo tego ani podczas życia, ani przy sekcjach nie dostrzegłem u moich psów żadnych oznak zakażenia ogólnego, co zapewne zawdzięczałem możliwie ściślej dezynfekcyi podczas samej operacyi.

Z uwagi na wspomniane powyżej spostrzeżenie FÜHR'a o znaczeniu znanego przezeń dodatkowego gruczołu tarczowego, który jednego z jego operowanych psów ocalił od skutków wyluszczenia, oraz na pogląd WOELFLER'a, który temu przydatkowemu narządowi wielką przypisuje wagę, wspomnieć winniem, że w blisko 30 przypadkach badanych przezemnie w tym kierunku, dwa razy tylko spotkałem dodatkowe gruczoły i to u jednego zwierzęcia aż dwa na raz po jednej stronie.

Przystępuję do odpowiedzi na postawione powyżej pytania. Przedewszystkiem dla sprawdzenia wyników otrzymanych przez innych badaczy, oraz dokładnego poznania objawów występujących u psa po wyluszczeniu gruczołu tarczowego, wykonałem tę operacyję u 8-iu silnych i zdrowych zwierząt w wieku od 2—4 lat [jedna tylko suczka miała pół roku]; 5 z nich zabito w przeciągu 11 do 14 dni, trzy pozostały przy życiu; jeden z tych trzech przez kilka miesięcy nie przedstawiał żadnych objawów, jeden po ciężkich, a rozlicznych zboczeniach czynnościowych wyzdrowiał zupełnie, suczka zaś we trzy miesiące po operacyi zdechła na panujące podówczas wśród psów laboratoryjnych zapalenie ropne płuc. Po wyluszczeniu gruczołu [u większej części zwierząt tak się rzeczy mają] przez 48 godzin pies jest zdrowy, łyka dobrze i biega swobodnie. Kręci wszakże łbem i głaszcze łapą przednią pysk [objaw zwykły przy bólu]. Na trzeci dzień włókienkowe drgania w mięśniach karku, czoła, a potem kończyn i tułowia. Pies pokłada się, ale na głos wabiący go odpowiada dość sprawnie, istnieje wszakże pewna sztywność łap tylnych, szczególnie przy skakaniu przez przeszkody. Łaknienie jakby podniecone. Niekiedy bez tych zapowiedzi, nagle na 4-ty lub 5-ty dzień zwierzę rozciąga się na ziemi i przednią część szyi tuli

do chłodnych przedmiotów. Drgania włókienkowe widoczne i wyczuwalne dla ręki we wszystkich niemal mięśniach. Prócz tego kark i kończyny w stanie skurczu [kończyny sztywne z trudnością zgiąć się dają] przerywanego raz po raz drgawkami tego lub owego mięśnia. Te drgawkowe [kloniczne] skurcze najgwałtowniej występują w mięśniach karku. Najbardziej wszakże męczą psa wtedy skurcze mięśni unerwionych przez nerw twarzowy: zwierzę ani żuć, ani jeść, ani pić nie może, szczęki latają jakby w napadzie zimnicy, kołacząc jedna o drugą z głośnym łoskotem i kalecząc wysunięty język. W końcu z obawy przed ponowieniem się skurczów oddala się ze wstrętem od podawanego mu jadła i napoju pomimo nie zniesionego wcale uczucia głodu i pragnienia. Nawet kęs miękkiego pożywienia [twaróg, mięso siekane] wepchnięty przemocą głęboko w paszczę nie bywa połknięty lecz wśród gwałtownych skurczów wyrzucony.

Podniesione na nogi psy, w tym stanie chwieją się i niepodtrzymane przewracają, popchnięte zataczając się biegają sztywno w zakrętach i zygzakach, zawadzają o przeszkody. Równocześnie z kurczem i rodzajem tęcza zapada i gałka oczna w oczodole zwrócona nieco ku górze i na wewnątrz. Oko w pół przymknięte, dolna powieka opada, górna skośno uniesiona. Przyłączają się do tego zбочzenia w oddechaniu, mianowicie utrudnienie wdechu, choć [jak się o tem za pomocą rozcięcia krtani przekonałem] przeszkoda nie leży w samej tylko krtani, gdyż przecięcie nie uspokoiło kurczów, oddechowych przyczem struny głosowe były napięte ale prawie wcale się nie poruszały. Zjawiają się tu zaburzenia w czynnościach serca. Równocześnie ze skurczami drgawkowemi, zapadnięciem gałki ocznej, z utrudnieniem wydechu, liczba uderzeń serca znacznie się zmniejsza [ze 100 do 60], kurczenie staje się nierównem i przestankowem, na podobieństwo przerywanego oddechu przy zjawisku CHEYNE-STOKES'a. Objaw ten sercowy nie u wszystkich wszakże zwierząt po operacji występował.

Oprócz powyższych, mniej więcej stałych objawów po wyluszczeniu, zjawiają się też inne, aczkolwiek rzadziej spotykane. Do nich należą nader ciekawe zбочzenia w zakresie nerwu trójdzielnego. Jestto prawdopodobnie uczucie wzmagającego się gwałtownie swędzenia, szczególnie umiejscowionego około paszczy, nosa i oczu, [zdradzające się jeszcze przed ogólnymi kurczami, wspomnianem już zmiataniem łapą przednią]. Dochodzi ono do takiej nieznośnej gwałtowności, że biedne zwierzę trąć się o mury i ostre przedmioty na podłodze, kaleczy się straszliwie. Z tem to uczuciem swędzenia, a względnego przez to znieczulenia na cięższe obrażenia i bóle, mojem zdaniem, zostaje w przyczynowem związku ropne zapalenie rogówki i łącznicy oka, doprowadzające do owrzodzeń głębokich, a wreszcie aż do przedziurawień rogówki.

Dość często, ale jedynie w późniejszych okresach choroby, zauważyć można ruchy wymiotne i same wymioty, co, zważywszy na małą wogóle skłonność psów do wymiot, naprowadza na myśl, że bodźce wywołujące je u zwierząt pozbawionych gruczołu tarczowego muszą być bardzo silne, zwłaszcza, że żołądek jest u nich skutek kilkodniowego postu całkiem pusty a masy wyrzucone składają się jedynie ze śluzu i soku żołądkowego.

Tracą też psy w tym czasie chęć i możność szczekania. U jednego psa zauważyłem też opisany przez SCHIFF'a, a przez innych nie wspomniany objaw

mianowicie t. zw. odetchnięcie sercowe (*respiration cardiaque*). Jak wiadomo, polega ono na tem, że podczas każdorazowego uderzenia serca przy bardzo zwolnionem tętnie występuje silne skurczenie przepony, wstrząsające całym ciałem zwierzęcia. Wszystkie opisane powyżej objawy występowały nagle i niespodzianie wśród zupełnego napozór zdrowia, zachowanego po wyłuszczeniu gruczołu. Tylko nieco drgań włókienkowych, wyczuwanych raczej ręką gładzącą kark zwierzęcia, niżeli widzialnych, trochę niepokoju zdradzającego się tarciem pyska łapą i niejaki pośpiech przy połykaniu strawy, oraz wzmożona jakby żarłoczność, dla baczniej patrzącego zapowiada nadejście napadów skurczowych, które po kilku godzinach ciężkiego udręczenia zwierzęcia ustępują miejsca pozornemu spokojowi i apatii; najmniejsze wszakże poruszenie, np. chęć połknięcia podanej strawy, natychmiast wywołuje kurcze żwaczy gwałtowne. Taka naprzemienna gra gwałtownych kurczów i pozornego spokoju trwa aż do końca życia, nadchodzącego po 10—14 dniach. Raz tylko jeden zauważyłem, w przypadku zakończonym wyzdrowieniem, że 9-go dnia po operacji udało się wsunąć głęboko w paszczę pożywienie i zmusić zwierzę do jego połknięcia. Od tej chwili zaczęła się poprawa stanu ogólnego. U innych podobna procedura nie udawała się nigdy. Wspomniana powyżej suczka [szczenię półroczne] zachowywała się nieco odmiennie. Przez 7 dni po operacji żadnych zбоcezeń chorobowych. Siódmego dnia posmutnienie, niechęć do igrania z innymi psami. Nagle ósmego dnia rano gwałtowne kurcze i wstrząsające odetchnięcia sercowe, oraz duszność. Po bezustannem trwaniu tych objawów przez dni 6, podczas czego wywiązało się ciężkie zapalenie rogówki, zdołała suczka połknąć wepchnięty jej w paszczę kasek, wstała i przez parę tygodni była jakby zupełnie zdrową, tylko nadzwyczaj żarłoczną; po kilku tygodniach ponowny, kilkodniowy napad, który również minął. Zdechła wreszcie na zapalenie płuc.

Wszystkie wyłuszczone gruczoły poddawałem ścisłemu badaniu drobnowidzowemu, a wszystkie zwierzęta najdokładniejszym oględzinom pośmiertnym. Wynik tych pośmiertnych poszukiwań był nader skromny. Przedewszystkiem stwierdziłem we wszystkich przypadkach zupełny brak gruczołów tarczowych i t. z. dodatkowych na szyi. U zwierząt zdechłych na 10—14 dzień po operacji uderzało nadzwyczajne wysuszenie tkanek i błądź mięśni, a zresztą zupełnie prawidłowe stosunki we wszystkich narządach. Badanie nerwów szyi najbliższej rany gojącej się *per secundam*, wykazało tylko wrzecionowate zgrubienie nerwu zwrotnego w miejscu odpowiadającem siedliskowi wyłuszczonego gruczołu i niezwykle przepełnienie naczyń nerwu błędno-sympatycznego [u psa na szyi, jak wiadomo, złączonych w pień wspólny (*vago-sympaticus*)]. Dużo drobnych gałęzi nerwowych wyżej opisanych, uwięzionych w ziarninie wypełniającej ranę oraz gałęzie nerwu szyjowego pierwszego. Przy sekcji w parę miesięcy po operacji [u zwierząt, które już przeżyły bez szwanku] żadnych zmian w narządach, rany na szyi zagojone zupełnie, blizny niewielkie, luźno z otoczeniem złączone.

Ogólny przeto wynik tego szeregu doświadczeń: za życia rozliczne i ważne objawy, jako to: 1) Włókienkowe drgania i kurcze drgawkowe w wszystkich dla oka i ręki dostępnych mięśni; 2) Zbocze-

nia w oddechaniu, zrazu trudność wdechu, później utrudnione wydechanie; 3) Zwolnienie ruchów serca i nieprawidłowe ich skutki [odetchnięcie sercowe] 4) Zapadnięcie gałki ocznej, zmniejszenie ciśnienia wewnątrz-ocznego i skoszenie oka ku górze i ku zewnątrz; 5) Zboczenia w zakresie nerwu trójdzielnego; 6) Dławienie i wymioty. Pośmiertne zaś anatomiczne zmiany: 1) Obrzmienie wrzecionowate nerwu zwrotnego; 2) Zrost z bliźną gałązek nerwowych łączących nerw krtaniowy dolny z górnym, jakoteż cienkich gałązek nerwu współczulnego i języko-gardzielowego oraz szyjowego pierwszego; 3) Przepętnienie krwią naczyń pnia nerwu współczulno-błędnego. Drobnowidzowych zmian żadnych w pniach nerwów: trójdzielnego, błędnego, współczulnego, języko-gardzielowego, nigdzie nie wykryłem, mianowicie też żadnych oznak *neuritidis ascendents*.

Tak więc z pomiędzy 8-u psów u siedmiu po wyluszczeniu gruczołu tarczowego wystąpiły ciężkie bardzo zaburzenia czynnościowe, u jednego zupełny brak objawów chorobowych, śmierć u 6-u, powrót do zdrowia u dwóch [jeśli i sukczkę zdechłą później tu zaliczymy]. Wnioskować z powyższego należy że: 1) u przeważnej liczby psów po operacji wyluszczenia gruczołu tarczowego następują rozmaite zboczenia w ważnych czynnościach ustroju, sprowadzające nawet śmierć za sobą i 2) jednakże wyluszczenie gruczołu tarczowego u psa nie sprowadza bezwzględnie śmierci lub istotnych zmian w czynnościach ustroju. [D. c. n.]

II. PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWANIA CHORÓB ŻOŁĄDKA.

Napisał

Ignacy Grundzach.

1. JAKIM POKARMEM BADAĆ NALEŻY CZYNNOŚĆ ZDROWEGO I CHOREGO ŻOŁĄDKA?
2. JAKIE WNIOSKI WYSNUWAĆ MOŻNA PRZY STOSOWANIU „POKARMU MIESZANEGO“ W CELACH ROZPOZNAWCZYCH?

W obecnej chwili, bardziej może niż kiedykolwiek, właściwą jest rzeczą zająć się metodami badania czynności żołądka, ich techniką, wynikami, przez nie w dziedzinie rozpoznawania chorób żołądka zdobytymi, wreszcie ich oceną krytyczną. Postarajmy się zdanie powyższe uzasadnić. Nauka o chorobach żołądka w ciągu ostatnich lat kilku takie zrobiła postępy, że obecnie w wielu bardzo przypadkach chorobowych zdajemy sobie sprawę zupełną z faktów, zachodzących w tej tak ciemnej dla nas dotąd dziedzinie zmian czynnościowych żołądka. Stosując ściśle metody badania, zawsze jesteśmy w możności lepsze

wydawać sądy, niż na zasadzie jedynie t. z. „objawów“; nie chodzimy już poomacku, a działamy pewnie i stanowczo zawsze w jednym kierunku, przez co możemy osiągnąć lepsze wyniki leczenia: znać nieprzyjaciela i mieć go na oku — to pierwsze zadanie walczącego. Względ, w tej chwili przemennie poruszony, jest niezmiernie ważny dla całego szeregu lekarzy, których te metody mniej mogły interesować w okresie, *sit venia verbo*, czysto „naukowym“, w okresie, gdy poglądy na rozmaite sprawy chorobowe, zachodzące w żołądku, dopiero się urabiały i krystalizowały. Okres ten przeminął. Obecnie, gdy za sprawą wielkiej liczby badaczy poznano całą gamę zaburzeń czynnościowych w sferze wydzielniczej, od „sokotoku“ do „zniesionego wydzielania soku żołądkowego“, gdy poznano najrozmaitsze anomalije w sferze ruchowej i chłonniczej, coraz częściej lekarze zmuszeni są stosować nowe metody badania i zastanawiać się nad wyborem takowych.

Drugim również ważnym względem pojawienia się tych słów kilku, jest istotna walka, jaka wre ostatnimi czasy w literaturze niemieckiej na polu rozpoznawania chorób żołądka. Prace idą za pracami, polemika kwitnie w najlepsze. Dość niewłaściwy zresztą ton tej polemiki, wkraczającej na pole osobistych docinków, zaciemnia nieco sprawę samą; zasługą jednakże tej polemiki jest poruszenie kwestyi, która, jakkolwiek utajona przez czas długi, wyłonić się w końcu musiała.

Musi bowiem być rozstrzygniętem pytanie: „za pomocą jakiego pokarmu [w szerokim znaczeniu tego wyrazu] powinniśmy badać czynność żołądka w sposób możliwie najprostszy i najlepszy?

Byłoby rzeczą poprostu nieocenioną, gdyby pomiędzy badającymi zaprowadzić się dały z czasem ład i karność, któreby umożliwiły szerokie i powszechne stosowanie metody badania, zahartowanej w ogniu wszechstronnej krytyki. Dla nauki samej skutki takiego faktu byłyby, mojem zdaniem, doniosłe, dotąd bowiem materyjał naukowy w znacznej części przepada lub niedostatecznie bywa uwzględnionym, jedynie z powodu różnaitości stosowanych metod rozpoznawczych, z powodu anarchii, jaka w tej dziedzinie panuje. Jeżeli wyraziłem życzenie, aby metoda badania była stosowaną powszechnie, winniem dodać, że powinna ona być dogodną, łatwo dostarczać lekarzowi wniosków pewnych i ważnych i być przystępną dla każdego lekarza w warunkach praktyki; zawiłych bowiem metod lekarz nigdy stosować szerzej nie będzie. Idzie więc o sposób badania możliwie najdokładniejszy i jednocześnie najprostszy.

I. Sposób, w jaki należy badać czynność zdrowego i chorego żołądka, stanowi obecnie, gdy posiadamy już duży materyjał kliniczny, kwestyję sporną. I nic dziwnego. Odnaleźć bodziec, któryby pobudzał jedynie wydzielanie soku żołądkowego, jest rzeczą nietrudną, wiemy bowiem, że błonę śluzową żołądka pobudzają do wydzielania bodźce natury termicznej, mechanicznej, chemicznej, a nareszcie t. z. bodźce fizjologiczne, które stanowią rozmaitego rodzaju pokarmy i napoje. Lecz kwestyja rozpoczyna się od chwili, gdy zastanawiać się zaczniemy, jakiego mianowicie bodźca używać należy w celu łatwe-

go otrzymywania wyników stosunkowo najlepszych, najdokładniej malujących nam pełną czynność żołądka: wydzielniczą, ruchową, chłonną. Tu dopiero rozpoczyna się różnorodność zdań i metod, w tym celu przez różnych badaczy wprowadzonych i stosowanych.

Kwestyi tej jednakże szerzej nikt dotąd nie poruszał i postulatu, w tej chwili przytoczonego, nie sformułował. Spróbujmy więc o to się pokusić, przedstawivszy krótki krytyczny rozbiór metod, w tym celu stosowanych.

LEUBE ¹⁾, któremu zawdzięczamy stosowanie zgłębnika do celów rozpoznawczych, pierwszy zastosował dla zbadania czynności wydzielniczej bodziec mechaniczno-termiczny, jaki stanowi woda o niskiej ciepłocie (*Eiswassermethode*)— „woda lodowa“. LEUBE pominął bodźce mechaniczne [np. drażnienie zgłębnikiem], chemiczne [początkowo stosował roztwór węglanu sodu], jako mniej właściwe. Technika tej metody jest następująca. Przez zgłębnik wlewa się do czczego żołądka 100 ctm. sześciennych „wody lodowej“, po upływie 10 minut wlewa się 300 ctm. sześciennych wody przekroplonej o ciepłocie pokojowej i zawartość następnie wydobywa. Zawartość tę, po przesączeniu, bada się na 1) odczyn za pomocą nalewki lakmusowej, 2) na dzielność trawienną. W tym ostatnim celu używa się pewnej ilości przesączu [zawsze jednakowej] i po odpowiednim zakwaszeniu takowego kwasem solnym [lub bez zakwaszenia] dodaje się kawałek białka z jaja kurzego [zawsze jednakowy], wstawia w termostat [37°—40° C.] i bada czas całkowitego strawienia białka.

Mechaniczną czynność żołądka bada LEUBE w sposób następujący: badany osobnik zjada o godzinie 12 obiad, złożony z rosółu lub kleiku, befsztyku i chleba, poczem o godzinie 7-mej, a więc w 7 godzin, wprowadza się zgłębnik, aby wydobyć resztki niestrawionych pokarmów lub ewentualnie przekonać się, że żołądek jest pusty, co odpowiada warunkom prawidłowym. Z obecności lub nieobecności cząstek pokarmowych robiono wnioski co do natury cierpienia. Oto pokrótce wyniki, do jakich doszedł LEUBE:

1) Zdrowy żołądek przy wprowadzeniu doń „wody lodowej“ energicznie wydziela sok żołądkowy; nie zawsze bodziec ten wystarcza do wywołania sekrecyi [2 przypadki].

2) We wszystkich przypadkach ciężkiej niestrawności, z wyjątkiem cierpienia na gruncie nerwowym (*dyspepsia nervosa*), trawienie obiadu trwa znacznie dłużej, a badanie za pomocą „wody lodowej“ nie wykrywa nigdy kwasu solnego i pepsyny. Zdanie to, jak wiadomo, upadło.

JAWORSKI i GŁUZIŃSKI ²⁾ przekonali się, że 1) bodziec LEUBE'go jest w stanie pobudzać żołądek do czynności wydzielniczej, 2) że 10 minut jest czasem najodpowiedniejszym, po upływie którego badać należy, gdyż wtedy błona śluzowa najenergiczniej wydziela sok żołądkowy [lub że do tej chwili gromadzi się sok żołądkowy, co również, mojem zdaniem, jest prawdopodobnem], 3) że jednakże rozwadnianie 300 ctm. sześciennymi wody przekroplonej jest

¹⁾ Zur Diagnostik d. Magenkrankheiten. Deut. Arch. f. klin. Med. T. XXXIII.

²⁾ Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. KORCZYŃSKIEGO. Kraków. 1885,

zbyteczne, bo wprowadzanie do żołądka 200 ctm. sześciennych „wody lodowej“ bez następnego rozcieńczania byłoby najprostszem. Dalej, 4) że oznaczanie jedynie odczynu do celu nie prowadzi. Należy określać przyrodę kwasu, stopień kwaśności i dzielność trawienną. Wyniki, do jakich doszła klinika KORCZYŃSKIEGO, są następujące: 1) sok [wydobytą zawartość] osób zdrowych posiada średnią kwaśność 4—6 ctm. sześciennych ługu $\frac{1}{10}$ normalnego; cyfry te odpowiadają 0,015—0,02% ¹⁾, jeżeli obliczać na kwas solny. [Dodać winienem, że autorowie stosowali rozcieńczanie 300 ctm. sześciennymi wody przekroplonej w celu otrzymania wyników, zgodnych z poprzednimi badaniami]. 2) Czas całkowitego strawienia białka w termostacie [próba sztucznego trawienia] wynosi średnio 4 do 8 godzin. 3) Jakość soku zawisła od odżywiania i budowy ustroju. W stanie chorobowym rozróżniamy następujące zaburzenia: a) wydobyta zawartość posiada zmniejszoną kwaśność, lecz trawi, b) kwaśność może być nadmierną, a przesącz trawi wolniej, c) może być zupełny brak kwasu solnego, przesącz zawiera jednak pepsynę i trawi po odpowiednim zakwaszeniu. Metoda ta stosowaną była na licznych chorych w pracowni D-ra REICHMANA; modyfikacja badań, robionych w naszej pracowni, polegała na tem, że zamiast „wody lodowej“ stosowano 200 ctm. sześciennych wody przekroplonej o ciepłocie pokojowej [16° R.], która również bardzo dobrze pobudza sprawę wydzielania, a jest w użyciu dogodniejszą, i następnie nierozcieńczoną zawartość po upływie 10 minut wydobywano. Takie postępowanie okazało się, jak zauważyli GLUZIŃSKI i JAWORSKI, praktyczniejszem, otrzymywaliśmy bowiem stopnie kwaśności w warunkach fizjologicznych znaczniejsze, niż przy pomocy rozcieńczania, co było zresztą *à priori* do przewidzenia. Stopnie te wynosiły od 0,03% do 0,06% kwasu solnego, a sztuczne trawienie w termostacie przebiegało żywiej. Zresztą wnioski, przez nas otrzymywane, zgadzają się z wnioskami krakowskich autorów.

Nieco odmienną metodę stanowi zastosowanie przez LEUBE'GO badania za pomocą pewnej ilości kleiku jęczmiennego (*Görstensusuppe*). Jak widzimy, jest to już pewien postęp na drodze badania, tu bowiem już autor posuwa się do stosowania pokarmu, będącego bardziej właściwym bodźcem do wydzielania soku żołądkowego. Rezultaty jednakże tej metody tak niewiele odbiegają od wyników metody wyżej opisanej, tu bowiem również otrzymujemy mniej lub więcej rozcieńczony sok żołądkowy, że roztrząsać tej metody osobno nie widzimy potrzeby.

Co się tyczy wartości „metody LEUBE'go“, zauważymy, że pozwala ona zbadać sok żołądkowy danego osobnika, rozcieńczony znaczną ilością [100, 200, 300 ctm. sześciennych] wody przekroplonej, możliwie czysty, bo nie zawierający stałych cząstek pokarmowych i produktów trawiennej przemiany białka, wodoru węgla i t. d.. Jest to do pewnego stopnia zaletą owej metody; innej bowiem w celu wydobycia możliwie czystego soku żołądkowego dotąd nie wynaleziono. Bodźce mechaniczne, które w tym celu wydawałyby się najwła-

¹⁾ Szczegóły wykonywania badań znajdzie polski czytelnik w pracy PACANOWSKIEGO „O sposobach badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka“. Odb. z Kron. Lekar. 1885 i 1887.

ściwszemi, są nie na miejscu ze względu na charakter bodźca, inaczej zgoła wpływającego na wydzielanie soku, niż np. bodziec termiczno-mechaniczny, jakim jest woda o dość niskiej ciepłocie. Fizyologom dobrze znany jest fakt, że wskutek mechanicznego drażnienia błony śluzowej żołądka powodujemy raczej wydzielanie znaczniejszej ilości śluzu i płynu surowiczego, niż właściwego soku żołądkowego z jego głównymi składowymi częściami: kwasem solnym i fermentami trawiennymi. Wadą metody tej jest rozcieńczanie badanego soku żołądkowego, pozwalające jedynie na wnioski porównawcze, z wielu badań wynikające, a więc wnioski względne. Pominąwszy wzgląd, że nie jesteśmy często w możności posiadania pod ręką „wody lodowej“, tę bowiem doskonale, jak widzieliśmy, zastępuje woda o ciepłocie pokojowej, zauważymy, że kardynalną wadą metody tej jest zupełna nieświadomość z naszej strony co do warunków, w jakich odbywa się wydzielanie pod wpływem zwykłych pokarmów; drugą wadą niemniejszej wagi jest fakt, że przy stosowaniu tej metody nie można wyrobić sobie jakiegokolwiek pojęcia o przebiegu trawienia w żołądku. Zawartość sprawy trawienia nie polega jedynie na wydzielaniu soku o pewnym składzie chemicznym; w żołądku w czasie trawienia zachodzą liczne sprawy chemiczne, mechaniczne i chłonnice, o których żadnego pojęcia w tych warunkach badania mieć nie możemy. Zbytecznem byłoby z mej strony dodawać, że zarzuty te tyczą się pierwszej części metody LEUBE'go, druga jej część [badanie po upływie 7 godzin od chwili spożycia obiadu] nie może uleść krytyce krzywdzącej, daje bowiem nam bardzo dokładne pojęcie o mechanicznej sprawności żołądka pod względem wydalenia pokarmów do przewodu pokarmowego.

Drugą metodę badania podała szkoła krakowska ¹⁾ [KORCZYŃSKI, JAWORSKI, GLUZIŃSKI]. W celu zbadania czynności żołądka stosowano białko z jaja kurzego, na twardo ugotowanego, z pewną ilością wody przekroplonej. Jest to tak zwana „metoda białkowa“ (*Eiweissmethode*), stanowiąca znaczny postęp na drodze badania. Wielu też autorów poczęło metodę tę stosować i, jak zobaczymy niżej, posiada ona duże zalety, dla których niektórzy klinicyści lekarze dotąd jeszcze jej używają.

Badanie odbywa się w sposób następujący: badany osobnik naczczo zrana zjada 1 białko z jaja kurzego, ugotowanego na twardo, które przegryza na drobne cząstki i zapija 100 ctm. sześciennemi wody przekroplonej. Badanie odbywa się po upływie 30 lub 60 minut jednego dnia, drugiego zaś po upływie 90 minut, gdyż doświadczenie uczy, że po upływie 90 minut w warunkach fizjologicznych białka w żołądku już nie znajdujemy, chwila ta bowiem jest chwilą całkowitego opróżnienia żołądka z tego pokarmu. W pierwszym dniu badamy więc niejako chemizm trawienia, w drugim mechanizm, a ewentualnie i chemizm, jeżeli nieprawidłową zawartość znajdziemy. Po upływie 30 minut wydobywamy za pomocą zgłębnika zawartość nierozcieńczoną lub rozcieńczoną 100 ctm. sześciennemi wody przekroplonej. Zwykle zmuszeni jesteśmy rozcieńczać zawartość, gdyż w ciągu pół godziny woda, z białkiem do żołądka wprowadzona, znika już niemal całkowicie [wchłania się i przechodzi do kiszek], zawartość

¹⁾ Zbiór prac z Kliniki Lekarskiej KORCZYŃSKIEGO. Kraków. 1885.

jest skąpą i gęstą, zawiera bowiem jeszcze dość liczne i duże kawałki niedotrawionego białka, produkty trawienia, śluz i t. d.. Zawsze rozcieńczamy jednakową ilością wody dla otrzymania wyników porównawczych. Wydobytą w ten sposób zawartość badamy co do wyglądu drobnowidzowego, ilości i wielkości kawałków niedotrawionego białka, barwy i gęstości cieczy; po przesączeniu zaś badamy odczyn, ewentualnie określamy stopień kwaśności, przyrodę kwasu, wchodzącego w skład tego przesączu, obecność i ilość przybliżoną peptonu, produktów przejściowych, powstałych z trawienia białka (*parapecton*, *propepton*), nareszcie obecność rozpuszczonego śluzu. Po upływie 90 minut [drugiego dnia] wprowadzamy zgłębnik, starając się zawartość wydobyć. Jeżeli nam się nie udaje wydobyć zawartości, co należy do zjawisk zwykłych, natenczas wlewamy przez zgłębnik 100 ctm. sześciennych wody przekroplonej i zawartość aspirujemy; następnie przepłukujemy kilka razy żołądek. Celem tego badania jest przekonanie się o obecności lub nieobecności w żołądku kawałków białka i produktów trawienia. W razie obecności kawałków białka, badamy ich ilość, wygląd, wielkość i z danych tych wnioskujemy o stopniu mechanicznej niesprawności. Jeżeli udaje nam się wydobyć po upływie 90 minut zawartość płynną, wtenczas badamy ją, jak wyżej, gdyż i tu wnioski co do chemizmu trawienia po upływie 1 1/2 godziny również są cenne.

[C. d. n.]

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO ŻEŃSKIEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

II. PRZYZYNEK DO CHIRURGII ŻOŁĄDKA.

Podał

Władysław Matlakowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 6].

3-o DWA PRZYPADKI GASTROENTEROSTOMII.

Spostrzeżenie VI. *Carcinoma pylori; gastroenterostomia.*

Widłaszevska Katarzyna 50-letnia, wyrobnica z Jadowa, przybyła do szpitala d. 26. X. 1888. Do Marca tegoż roku czuła się zupełnie zdrową, zdolną do pracy, nie doznawała żadnych dolegliwości; wtedy dopiero pojawiły się bóleści w brzuchu oraz wymioty, zdarzające się po jedzeniu w pewien czas, z początku rzadziej, potem codziennie, lub kilka razy na dzień, które trwają aż dotychczas i nigdy krwi nie zawierały. Około pół roku temu przypadkowo wymacała sobie w brzuchu guz wielkości jaja. Od tej pory guz ciągle wzrasta, bóleści stają się bardziej dojmującymi nietylko w brzuchu lecz i między łopatkami, a wychudnienie doszło do najwyższego stopnia. Pod wpływem rad proboszcza udała się po pomoc do Warszawy.

Średniego wzrostu, krańcowo wychudła kobieta, ważąca 77 funtów, ze skórą suchą, prawie zupełnie nieelastyczną, mimo to białą-różową, bez śladu zabarwienia żółtawego, słowem bez cech charłactwa rakowego.

Brzuch zapadły, miękki; okiem zdawała zauważyć można guz zajmujący okolicę pod prawym mięśniem prostym brzucha ponad linią pępkową; zresztą położenie jego jest zmienne, gdyż jest bardzo ruchomy; można go przesunąć jeszcze

bardziej na prawo, poniżej pępka, w podżebrze lewe; jest on twardy, nierówny, płaskawy, szerszy w lewą stronę niż w prawą, jakby klinowaty. Palcami z powodu wiotkości ściany brzusznej objąć go można niemal w całości. Nadto wyczuwa się w brzuchu kulki zeschniętego kału w jelicie grubym. Wątroba nie powiększona. Inne narządy zdrowe; białka nie ma w moczu. Od czasu do czasu, lecz wogóle rzadko, chora doznaje uczucia kurczów, brzuch jak się wyraża twardnieje; wtedy widać słaby ruch robaczkowy żołądka, zarysowywującego się w kształcie spłaszczonej kuli. Po nadęciu kwasem węglanym, żołądek wyraźnie się ukazuje, ma kształt prawie prawidłowy, z wcięciem od góry; granica dolna zachodzi na 2—3 palców pod linię pępkową, guz zajmuje prawą i węższą część żołądka; widać przytem ruchy robaczkowe bardzo energiczne, żołądek twardnieje, jakby przepoławia się przewężeniem, potem następują ruchy przeciworkaczkowe, węższa się prawa strona, wreszcie pojawia się odbicie i żołądek mięknie.

Z tego daje się wyciągnąć ważny wniosek, że mimo rozszzerzenia, żołądek zachował jeszcze we wcale dobrym stanie swoją energię mięśniową. W masie wydobytej z żołądka, zbadanej przez kol. SKŁODOWSKIEGO, nie znaleziono wcale HCl, lecz dużo peptonu; za dodaniem HCl sok żołądkowy trawi białko; zatem żołądek nie stracił jeszcze w zupełności siły trawiennej.

D. 31. X. 1888 kol. CIECHOMSKI wypłukał zrana żołądek, najprzód za pomocą roztworu dwuwęglanu sodu, a potem 2:1000 roztworem chloroformu; tegoż dnia o 11 1/4 chora została zachloroformowaną i w obecności oraz przy pomocy kol. JASIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, WITKOWSKIEGO, HERYNGA, STĘPIŃSKIEGO, GULIŃSKIEGO, WINAWERA, BORSUKA oraz naczelnego lekarza KOBYLAŃSKIEGO otworzyłem brzuch w smudze białej, poczem zaraz wydobyłem guz, oraz żołądek na zewnątrz; rak w kształcie dużego guza zajmuje całą część odźwierniczą i przyległe terytoryja żołądka, a wzdłuż krzywizny małej sięga na lewo bardzo daleko aż prawie do wpustu i daleko mniej szerzy się po krzywiznie wielkiej. Granica od strony dwunastnicy bardzo wyraźna, natomiast od strony żołądka granica nie wyraźna; na błonie surowiczej żołądka widać bliznowate smugi, cętki i zmarszczki, tem wydatniejsze im bliżej odźwiernika, w okolicy zaś tego ostatniego rak przeistoczył i *m. serosam* i tu wyrasta na zewnętrzną powierzchnię jako grzebieczek. Guz jest bardzo ruchomy i z tej strony nie ma żadnej przeszkody do wycięcia, lecz w obu sieciach wyczuwa się liczne gruczołki, a nadto wzdłuż krzywizny dużej ciągnie się wałek grubości cienkiego palca, powstały z obrzękłej tkanki otaczającej i *coronariam*, która, ogromnie rozszerzona, widocznie musi mieć utrudniony odpływ krwi ku żyłom wrotowej; stąd rozszzerzenie i obrzęk; w okolicy samego odźwiernika, poprzecznicą przyciągnięta do guza. Chcąc zatem wyjąć guz, należałoby: 1-o wyciąć 3/4 żołądka, 2-o razem z nim szeroki pas sieci dużej na znacznej przestrzeni, czyli 3-o jednocześnie wyciąć i *colon transversum*, co w wobec nadzwyczajnego wyniszczenia, chorej wydało mi się za ryzykownem, a przeto niezwłocznie przystąpiłem do gastroenterostomii. Ażeby otrzymać pętlę jak najbliżej dwunastnicy, wydobyłem *caecum* i idąc od niego przebieżono w palcach całą długość jelita cienkiego i w ten sposób dostawszy się do początku *jejuni*, to ostatnie wybrałem do połączenia z żołądkiem. Samo połączenie uskuteczniłem w ten sposób: szew kuśnierski spajający surowiczą + mięśniową żołądka i kiszki, wtedy przeciąłem tuż wzdłuż ściegu ścianę kiszki i żołądka, jamy których były puste i nic z nich nie wypłynęło; 2-o teraz szew kuśnierski spajający błonę śluzową żołądka z błoną śluzową kiszki od tyłu; 3-o szew kuśnierski łączący błonę śluzową żołądka z błoną śluzową kiszki od przodu. 4-o szew węzełkowy drugorzędny na *muscularis* i *serosa*. Cięcie w kiszce zrobiono wzdłuż jej osi i przy brzegu przeciwnym przyczepowi kręzkowemu; cięcie w żołądku wzdłuż krzywizny wielkiej odstąpiwszy na jeden palec od tętnicy wieńcowej, w części najniższej opuszczającej się żołądka, zatem mniej więcej w środku krzywizny dużej [między odźwiernikiem i wpustem]. Szyłem [jak

zawsze] najcieńszym jedwabiem. Operacja trwała $1\frac{3}{4}$ godziny. Szew na ścianę brzuszna. Chora szybko przyszła do siebie; tętno po operacji 104; w czasie operacji kilkakrotnie wymioty.

Przebieg po operacji nadzwyczaj pomyślny, bez gorączki, wymiotów, lub czkawki; chora spokojnie leży i żali się jedynie na zjawiające się zrzadka kurcze; przez pierwsze kilka dni chora dostawała jedynie wodę przez usta, i lawatywy odżywcze; od 4-go dnia zaczęła dostawać mleko + HCl, oraz koniak; 9-go dnia chora miała obfite wypróżnienie zeszlęmi kawałkami kału, wyczuwanemi i przed operacją w kiszce grubej; było to pierwsze wypróżnienie dobrowolne od kilku tygodni.

10-go dnia zdjąłem szwy; nastąpiła zupełna *prima intentio*. Tętno stale trzymało się od 88—108. Od tej pory chora czuła się dobrze i spodziewała się zobaczyć znowu swoje dzieci. W dwa tygodnie jednak po operacji dostała po zjedzeniu mięsa rozwolnienia, które z małemi przerwami trwało aż do śmierci i nie mogło być powstrzymane żadnemi środkami. Rozbiór wypróżnień wykazał, że pokarmy szybko przechodząc przez kanał pokarmowy wychodzą mało zmienne ze śluzem. Wśród objawów wycieńczenia chora zmarła.

Badanie pośmiertne dokonane przez D-ra PRZEWÓSKIEGO wykazało oprócz ogromnego rozszerzenia żołądka, niżyty jelit; otwór prowadzący z żołądka do кишки czczej, przepuszcza dwa palce; błona śluzowa jednego narządu przechodzi w błonę śluzową drugiego.

Spostrzeżenie VII. *Stricture cicatricialis pylori post ulcus rotundum; gastroenterostomia.*

Józef G. wiejski parobczak, z pod Łowicza, 19-letni; choroba obecna rozpoczęła się przed czterema laty, od silnego bólu w dołku, przejmującego na wyłot, w kierunku kręgosłupa; ból ten, niesłychanie dotkliwy, zwiększał się przy dotknięciu skóry w podbrzuszu, zjawiał się po kilkanaście minut [„parę pacierzy“], wzrastał się przy staniu i chodzeniu i trwał przez $\frac{1}{2}$ roku; oprócz tego chory prawie stale doznawał tępego bólu i palenia w dołku zarówno naczczo jak i po jedzeniu. Jednocześnie chory zauważył obfite wydzielanie śliny, którą połykał, oraz pragnienie, które gasił wodą w obfitości; sprawiało mu to wprawdzie chwilową ulgę, lecz natomiast występowało niemiłe uczucie pełności, rozsadzania, które z wolna nauczył się usuwać, wprowadzając palec do gardła i sztucznie wywołując wymioty. Dopiero po obfitych wymiotach doznawał największej ulgi i uspokojenia na kilka godzin, lub dni. W wymiocinach oprócz spożytych pokarmów, kwaśnych lub gorzkawych, spostrzegał prawie zawsze rudawe zabarwienie, którego sobie wytłumaczyć nie umiał. Przytem wszystkiemi cieszył się dobrem łaknieniem. Z wolna wystąpiło wychudnięcie i osłabienie. Obecnie jedynemi objawami, oprócz uczucia niemocy, są przepełnienie brzucha, przelewanie się w brzuchu przy przewracaniu się w łóżku z boku na bok, odbijanie się czasami cuchnące, zwracanie pokarmów, wreszcie kurcze robaczkowe żołądka, które chory malowniczo nazywa „bałwanami“.

Status praesens. Prawidłowej, wątłej budowy; skóra i mięśnie wiotkie i cienkie, błony śluzowe blade; brak tkanki tłuszczowej; ogólny niedorozwój ustroju, sprawiający, że chory 19-letni wygląda na 14-letniego chłopaka. Tętno słabe od 92—100; kończyny chłodne, waga 28·1 kil.. Płuca i serce zdrowe.

Brzuch powiększony, część nadpępkowa rozdęta; w kącie między zbiegającemi się przy wyrostku mieczykowatym łukami żebrowymi, zakłębłość ograniczona od dołu, ostro zarysowana wypukłością odpowiadającą krzywiznie małej. Od czasu do czasu sam przez się, albo też po głaskaniu i ugniataniu brzucha, zjawia się kurcz żołądka, przyczem wyraźnie przez ścięcioną ścianę zarysowuje się dolna granica żołądka w kształcie łuku na 5 ctm. poniżej pępka. Skurcz żołądka zjawia się w kształcie niewyraźnego wygórowania w podżebrzu lewym,

zkład w kształcie fali, bałwana, o coraz wyraźniejszych konturach posuwa się szybko ku dołowi, poczem doszedłszy mniej więcej do pępka zjawia się mocne przewężenie, rozdzielające dwa kłęby, z których jeden energicznie dąży ku górze w podżebrze prawe z bardzo wyraźnymi konturami, drugi cofa się od pępka ku górze na lewo i ginie w podżebrzu lewym. Po jednej takiej fazie następuje nieraz nowa w ten sam sposób. Przy macaniu w okolicy żołądka otrzymuje się uczucie jakby nadętej poduszki powietrznej; przy wstrząsaniu słychać plusk i chębotanie. Wypuk w połączeniu z wysłuchiowaniem pozwala określić ściśle granicę żołądka.

Płyn wydobyty naczcho bez poprzedniego płukania, tworzy po ustaniu się trzy warstwy: pienista brunatna górna, mętnawa średnia i gęsta dolna z kawałkami bułki i kaszą. Zapach kwasów tłuszczowych; odczyn mocno kwaśny; stopień kwaśności 0,4—0,5%; na HCl wypada 0,25—0,5%. Kwas solny bardzo wyraźny, badany za pomocą błękitu metylowego, tropeoliny, kongo, odczynnika GINZBURG'a. Obok HCl, kwas masłowy, mleczny, peptony, cukier gronowy. Płyn wydobyty przesącza się trudno, zawiera dużo śluzu; pod drobnostwem znajdują się w nim: resztki pokarmów [nieco mięsa, bardzo dużo ciał krochmalowych, sarcyna, grzybki drożdżowe, ciała śluzowe]. Płyn wydobyty naczcho po uprzednim przepłukaniu jest kwaśny i daje bardzo wyraźny odczyn na HCl [0,15—0,28%]. Wypróżnienia skąpe, suche, bobkowate, co 3—4 dni. Mocz ilość od 345—1050 na dobę, odczynu stale obojętnego, ciężar gatunkowy 1016—1011; chlorków 4—4,6, fosforanów 1,07, siarczanów 0,6; mocznika 13,76, 20,08, 21,23.

Na podstawie tego badania kol. GRABOWSKI, któremu zawdzięczam powyżej wymienione dane i ich opis, postawił rozpoznanie zwężenia odźwiernika skutkiem wrzodu okrągłego. Na wspólnej naradzie postanowiliśmy szukać ratunku na drodze operacyjnej i po otwarciu brzucha wykonać albo operację HERNECKE'go [rozciecie w podłuż zwężonego odźwiernika i zeszyte rany w poprzek], albo palcowe rozszerzenie sposobem LORETTY, albo wycięcie, albo w razie gdyby wszystkie powyższe operacje okazały się niemożliwymi poprzestać na gastroenterostomii.

D. 20. XII. 1888 przy pomocy kol. JAWDYŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, BORSUKA, GRABOWSKIEGO i PUŁAWSKIEGO w Domu Zdrowia kol. DOBRSKIEGO po uspieniu chorego chloroformem, otworzyłem jamę otrzewnej i natrafiłem na żołądek, lecz wnet przekonawszy się, że przez to cięcie nie można swobodnie manipulować na odźwierniku przeciągniętym na prawo i schowanym pod wątrobę, dodałem cięcie poprzeczne przez prawy mięsień prosty brzucha; wtedy okazało się, że odźwiernik jest ściśle i szeroko zrośnięty z pęcherzykiem żółciowym, który naciągnięty tworzy rodzaj mostu, a nadto zwężony odźwiernik i dwunastnica, porastane nieruchomo z otaczającymi częściami, są głęboko wciągnięte pod wątrobę; zwężenie obejmuje nie tylko odźwiernik lecz i górną część dwunastnicy prawdopodobnie do wysokości ujścia przewodu żółciowego [gdyż żółtaczką nie było]. W takim położeniu rzeczy, gdy inne operacje okazały się niemożliwymi, uskuteczniłem gastroenterostomię. przyszywszy jej *jejunum* do przedniej ściany żołądka, tuż około krzywizny dużej, jak najbliższej odźwiernika.

Chory zmarł 4-go dnia po operacji wśród silnych boleści i nadzwyczajnego osłabienia; d. 24 D-r PRZEWOSKI dokonał badania zwłok. Po otwarciu jamy brzusznej okazuje się, że szew w listku ściennym przedstawia się czysto, otrzewna jest gładka, błyszcząca, a w jamie jej bardzo niewiele płynu surowiczego. Żołądek mocno rozszerzony w stosunku do wzrostu mniej więcej 3 razy większy. Powiększenie dotyczy całego żołądka, a nadto widać, że ściana żołądka jest bardzo twarda. Po rozcięciu okazuje się, że zależy to rozrostu wszystkich składowych części żołądka. Błona śluzowa jest o połowę zgrubiała; błona mięsna wszędzie 3 razy grubsza, z bardzo wyraźną włóknistością; najwięcej to zgrubie-

nie uderza w okolicy odźwiernika; błona śluzowa prócz przerostu nie przedstawia zmian uderzających. Odźwiernikowa część na zewnątrz przyrośnięta silnemi błonami fałszywemi do dolnej powierzchni pęcherzyka żółciowego, do dolnej powierzchni wątroby, a także od przodu i dołu do poprzecznicy i sieci. Sam odźwiernik tak zwężony, że z trudnością przepuszcza wierzchołek małego palca; także same zwężenie spostrzega się na tej części dwunastnicy, która bezpośrednio stanowi ciąg odźwiernika; dalej dwunastnica nie przedstawia zmian. W okolicy samej zastawki odźwiernikowej znajduje się stary wrzód okrągły zajmujący ścianę górną i tylną, który tylny odcinek zastawki przecina skośnie w kierunku z góry na dół i z prawa na lewo, tak, że górna część wrzodu mieści się w dwunastnicy, a dolna na tylnej ścianie żołądka. Wrzód ma brzegi i dno gładkie, twarde, bliznowate i w dolnej części przedstawia się w postaci linijnej grubej blizny. Ściąganie się blizny zagajającego się wrzodu jako też okoliczne zrosty spowodowały zwężenie odźwiernika. Na 3 poprzeczne palce od odźwiernika na wielkiej krzywiznie spostrzega się otwór chirurgiczny na 2 palec szeroki w kierunku dużej krzywizny, do brzegów którego przyszyty jest brzeg wolny górnej części *jejunum* w odległości mniej więcej 12 ctm. od dolnego końca dwunastnicy. Szew na trupie trzyma się doskonale, niepokryty wysiękiem i przejście od żołądka do jelita czczego swobodne.

4-o DWA PRZYPADKI GASTROSTOMII.

Spostrzeżenie VIII. *Stricture cicatricialis oesophagi; gastrostomia; pleuro-pneumonia.*

Kowalewska Maryjanna, służąca, 70 lat, przybyła do mojego oddziału d. 30. IX. 1884. Na dwa miesiące przedtem w nocy przez omyłkę napiła się ługu, zamiast piwa, które ktoś jej zabrał; natychmiast uczuła ból w ustach, gardzieli, tak że ani połykać, ani mówić nie mogła; leżała wtedy w szpitalu, gdzie widział ją kolega ANDERS.

Status praesens. Dobrego wzrostu i budowy, nadzwyczaj wychudła; [przedtem była otyła], blada, z odcieniem żółtawym, bardzo osłabiona. Brzuch zapadły, szczególnie w nadbrzuszu i podbrzuszu lewem. Chora wcale nie przełyka pokarmów stałych, a płynne z trudnością i niezawsze; czasami płyn się zatrzymuje, wtedy ból na wysokości mostka, bekanie, krztuszenie się i wymioty. Tętno 100; szmer skurczowy podmuchowy, bardzo mocny u wierzchołka serca. Przy badaniu zgłębnikami stwierdza się obecność zwężenia w dolnym końcu przełyku, przepuszczającego najcieńszą gałkę, na której po wyjęciu widać ślad krwi. Gdy w ciągu miesiąca dokonywane rozszerzanie zgłębnikami miękkimi nie dało żadnej poprawy w połykaniu, a chora coraz bardziej upadała na siłach i chudła, [d. 18. XI. ważyła 54 kilo], 27 Listopada przystąpiłem do gastrostomii: cięcie na dwa palce poniżej łuku zębowego lewego, idąc w ukos równoległe do tegoż łuku, począwszy na 2 ctm. od smugi białej; przecięcie mięśnia prostego lewego w kierunku cięcia skórniego, otwarcie jamy otrzewnej, przyszycie tej ostatniej do skóry. W ranie ukazało się trzewo gładkie, różowe, o którym chcąc się przeświadczyć, czy jest napewno żołądkiem, palcami szedłem ku górze, aby określić stosunek do wątroby, to ku górze i na lewo w celu dojścia do wpustu i do śledziony, wszystkie te śledzenia nie upewniły mnie jednak, a zabrały dużo czasu; przekonałem się wówczas, że najpewniejszym środkiem jest pociągac za widziany w ranie twór do góry dopóty, póki nie okaże się sieć duża i poprzeczna, słowem sposób podany przez TRENDLENBURG'a. W samej rzeczy to, co widać było w ranie, było nie co innego tylko żołądek. Wtedy przyszyłem jego ściankę przednią, wybierając miejsce o ile można bliżej wpustu kilkunastu szwami przechodzącymi przez samą błonę surowiczą i mięsną, nie zajmując błony śluzowej, do brzegów rany brzusznej i nałożyłem opatrunek z gazy jodoformowej. Miałem zamiar po 4 dniach przeciąć przerosłą ścianę żołądka.

Przebieg, wieczorem tegoż dnia tętno 106, oddech przyśpieszony, ból bardzo silny w lewym barku; język suchy, ciepłota 38° C.. Ani wymiotów, ani czkawki, ani bólu w brzuchu. Następnego dnia te same objawy tylko tętno 120, oddech 40; 29. XI. gwałtowne klucie w prawym boku w okolicy 5 dolnych żeber i od tyłu; oddech powierzchowny; objawy fizykalne zapalenia prawego płuca: 2 Grudnia chora zmarła. Przy sekcji D-r Przewoński znalazł: *Pleuritis serosofibrinosa bilateralis*; wysięku bardzo dużo; *emphysema pulmonum, compressio pulmonis sinistri in parte inferiori; pneumonia cachecticorum dextra; bronchitis chronica; stenosis ostii aortici*; w jamie otrzewnej między żołądkiem i przeponą nieznaczna ilość wysięku surowiczego, zresztą w całej otrzewnej ani śladu zapalenia w rodzaju nastrzyknięcia naczyń, rozdęcia jelit i t.; *carcinoma primitivum vesicae felleae; carcinomata secundaria hepatis; nephritis parenchymatosa chronica; strictura cicatricialis oesophagi* na znacznej przestrzeni; żołądek przyrosły mocno do brzegów rany brzusznej.

Spostrzeżenie IX. *Carcinoma oesophagi; strictura, gastrostomia.*

Niesiołowska Barbara, 53 lat, akuszerka; od roku zauważyła trudność przy połykaniu, powstała bez żadnej widocznej przyczyny; nigdy nie połknęła jakiegos kwasu, lub ługu, ani zbyt gorącego pokarmu. W Lipcu Dr. SOMMER stwierdził zwięźnienie przełyku; we Wrześniu pierwszy raz widziałem chorą, która pomimo trudności przy połykaniu znajdowała się w kwitnącym stanie zdrowia; wówczas już, znalazłszy wysoki stopień zwięźnienia, radziłem chorej operację, na którą się nie zgodziła. Od tej pory straciłem ją z oczu i dopiero w d. 8. XI wezwała mnie, błagając o pomoc operacyjną. Niestety chora znajdowała się w takim stanie upadku sił, że sama chodzić już nie mogła. Ulegając jej prośbom, poleciłem przenieść ją do mojego oddziału d. 9. XI. 1885. Chora od tygodnia nie przyjmowała już żadnego pokarmu.

Status praesens. Dobrej budowy; skóra biała, pokład tłuszczu na brzuchu jeszcze spory; oczy zapadłe, wargi sine, głos słaby, głuchy; tętno 84 słabe, kończyny ciepłe. Po połknięciu nawet wody następują męczące ruchy wymiotne, wreszcie same wymioty i odbijanie gazami cuchnącemi. Nawet najmniejsza oliwka zgłębnika TROUSSEAU nie przechodzi do środka, lecz zatrzymuje się na głębokości 23 ctm. od zębów górnych. Zresztą najszczegółowsze badanie nie wykryło nic szczególnego w narządach oddechania, krążenia i nerkach. Brzuch mały, zapadły, podżebrza miękkie, wyraźne tętnienie aorty brzusznej.

D. 11. XI. z niechęcią, z powodu upadku sił chorej, przystąpiłem do gastrostomii i wykonałem ją zupełnie jak w poprzednim przypadku; żołądek odnalazłem szybko i łatwo, wyszukawszy poprzecznice. Przez cały czas operacji chora źle spała, miała ciągłe ruchy wymiotne; po operacji z wielkim mozolem po półgodzinnem cuceniu udało się nam ją otrzeźwić, poczem nieustanne ruchy wymiotne. Stan ten, bez względu na ławatywy odżywcze, na wstrzykiwanie eteru pod skórę trwał bez przerwy i chora zmarła po 36 godzinach [d. 13. XI. 1885]. Badanie zwłok wykazało na znacznej przestrzeni zwięźnienie przełyku rakowatej natury; śmierć nastąpiła z upadku sił.

NOTATKI LEKARSKIE.

2. Wylew krwi do mózgu, u zupełnie zdrowej 29-letniej dziewczyny.

Wypadek, który poniżej opisać zamierzam, zasługuje, o ile mi się zdaje, na szczególną uwagę, już to ze względu na swoją rzadkość, jużto na dziwną niezgodność spostrzeganych za życia objawów z rezultatem badania anatomicznego.

W dniu 16 b. m. wezwany zostałem przez mieszkającego w jednym ze mna domu pana W. do jego służącej, która gwałtownie zachorować miała. Dziewczyna ta zawsze zupełnie zdrowa, posłaną została po chleb do obiadu, a gdy po krótkiej chwili powróciła i chleb do stołu podała, powracając do kuchni, zawołać miała, że jej się czarno robi przed oczyma i że dalej iść nie może. Odprawiona do łóżka, zaczęła wymiotować, żądała natychmiastowego sprowadzenia księdza i użalała się na nieznośny ból głowy. Kiedym w parę minut po wystąpieniu opisanych symptomów do pacjentki przybył, zastałem dziewczynę lat, jak mi się zdawało około 25 mieć mogącą [rzeczywiście miała lat 29], doskonale zbudowaną i dobrze odżywiąną, wymiotującą co chwila bez najmniejszego wysilenia i wołającą donośnym głosem: „umieram, moja głowa, księdza!“ Łóżko pacjentki otoczone było ze wszech stron przez kobiety, niosące jej pomoc, tak że w pierwszej chwili zbliżyć się do niej nie mogłem.

Wrażenie, jakie cały ten obraz na mnie sprawił było raczej obrazem skutków ostrej niestrawności u histeryczki, aniżeli rzeczywistego niebezpieczeństwa. Gdy jednak do łóżka pacjentki przystąpić mi się udało, skonstatowałem zaledwie 30 uderzeń nader nieregularnego i niknącego tętna, brak zupełny drugiego tonu serca, oddech swobodny średnio głęboki, około 18 razy na minutę, źrenice równe, niewężone, nie rozszerzone, skórę raczej bladą, jak zaczerwienioną, normalnie wilgotną. Po natychmiastowym wleciu kieliszka wódki do ust wzbraniającej się pacjentki i położeniu na głowę zimnych okładów, napięcie tętna podnosić się zaczęło przyczem i szybkość dochodziła już do 48 uderzeń na minutę. Poprawa ta jednak trwała zaledwie 5—6 minut, po których upływie tętno znacznie słabnąć i zwalniać się zaczęło (*Vaguspulse*) i jednocześnie spostrzegłem wydatne zwięźenie lewej źrenicy. Po wstrzyknięciu podskórnem paru szprycek olejku kamforowego, tętno znów się trochę podniosło, drugiego tonu serca jednak ani u wierzchołka tego organu, ani w miejscach największego zbliżenia wielkich naczyń do przedniej ściany klatki piersiowej wysłyszeć nie mogłem. Oddech pozostał ciągle zupełnie spokojny, chora podnosiła od czasu ręce do głowy, przesuwała sobie okład na niej leżący, użalała się na nieznośny ból, przyczem najmniejszych objawów bezwładu spostrzedz mi się nie udało, pomimo ustawicznie na ten punkt zwróconej uwagi. Po kwadransie chora uspokoiła się, zapadła w śpiączkę, z której jednak przez wołanie na nią po imieniu nie trudno ją było rozbudzić. Na zadawane sobie w tym stanie pytania, odpowiadała bez żadnej trudności, zupełnie przytomnie, lubo z oczywistą niechęcią: np., czyś czego nie zjadła: „nic a nic“, cóż cię boli, „ależ głowa“, czyś nie upadła, nie uderzyła się gdzie, „a może“; poczem znów zapadła w śpiączkę. Przez drażnienia skóry, kłócia i t. d. z tego stanu rozbudzić jej nie można było, a nawet przy dotykaniu rogówki ani śladu odruchu powiekowego już nie było, kiedy na głos dobrze reagowała. Stan opisany trwał prawie bez zmiany do 7 wieczorem.

Z anamnezy, zebranej przez ten czas od domowników, nic zgoła, jakiegokolwiek światła na wypadek rzucającego, dowiedzieć się nie mogłem. Pacjentka przeszła od dwu lat, pozostając w obowiązku u pp. W. była zawsze zdrową i najlepszego prowadzenia. W dniu zaślabnięcia wypila rano szklankę herbaty z bułką, drugiego śniadania dotąd nie ruszyła. Podczas wydawania obiadu wybiegła po zapomniany chleb do stołu, wróciła bardzo prędko, o upadnięciu, potłuczeniu się nic nie wspominała, żadnych ran albo plam na ciele lub odzieży chorej nie spostrzeżono. Przy badaniu, o ile na takowe ciągle groźny stan pacjentki pozwalał, żadnego śladu zranienia lub uszkodzenia odnaleźć nie mogłem. O 7-ej nastąpiła pozorna poprawa. Tętno, dotąd fatalnie nierówne i zwolnione [32], cokolwiek się wyrównało, drugi ton serca, lubo bardzo słaby, można było wyraźnie wysłyszeć, odruch rogówkowy powrócił, źrenice się wyrównały, na światło jednak pozostały bez odczynu.

Tegoż dnia widziałem chorą jeszcze 3 razy: o 9-ej, 11-ej i 12-ej w północ. Stan jej w niczem się nie zmienił. O g. 10-ej wieczorem chora zażądać miała herbaty, której jednak parę tylko łyżeczek wypila.

Nazajutrz o godzinie 7½ rano wezwano mię znowuż do chorej, która jako-by przed chwilą umrzeć miała. Za przybyciem [ledwo po paru minutach od wezwania] mogłem już tylko śmierć skonstatować.

Na parę minut przed śmiercią chora użalać się jeszcze miała na straszny ból głowy, następnie głośno jęczyć poczęła, poczem odwróciła się spokojnie na bok i oddychać przestała. Gdy wszelkie sposoby ratunku, długo podtrzymywane sztuczne oddychanie i t. d. pokazały się bezowocnymi, ciało zmarłej zabezpieczyłem do przybycia właściwej władzy.

Od chwili, w której chorą po raz pierwszy za tętno ująłem, przypuszczałem, że mam przed sobą objawy wstrząśnienia (*commotio*) albo ucisku (*compressio*) mózgu, a lubo zachowana świadomość, energija ruchów, silny głos i t. d. przeciwko temu przypuszczeniu przemawiać się zdawały, a niewysłyszalność drugiego tonu serca przez nie wyjaśnioną być nie mogła, pozostałem jednak przy niem. Młody wiek pacjentki, stan zupełnego zdrowia, którym aż do wystąpienia opisanych objawów cieszyć się miała, brak zresztą zupełny wszelkich objawów połowicznego bezwładu, spokojny oddech, silny głos i t. d. zdawałby się przypuszczenie pęknięcia jakiegoś naczynia i wylew krwi do mózgu stanowczo wykluczać. A ponieważ opisany zbiór objawów przez mało prawdopodobne przypuszczenie otrucia również wyjaśnionym by być nie mógł, pozostałem do końca przy mojem rozpoznaniu, jako najprawdopodobniejszym.

O g. 12-tej w południe tegoż dnia przyszedł kol. SKABICZEWSKI, lekarz miejski właściwego okręgu do mnie, celem dowiedzenia się przyczyny śmierci i mojego rozpoznania choroby, a czyniąc zadość mojej prośbie, po dokładnem obejrzeniu zmarłej wobec przedstawicieli policyi postanowił w dniu następnym wykonać właściwą sekcję sądową.

Przy oględzinach zewnętrznych skonstatowaliśmy: sztywność trupa mocno rozwiniętą, brak zupełny jakichkolwiek śladów obrażenia na skórze głowy i ciała, na kosczi w okolicy części płciowych od przodu i tyłu niewielkie plamy krwawe niesztynne, wargi sromne wielkie i małe zamknięte, nieuszkodzone, błona śluzowa biała, błona dziewicza nieuszkodzona, z otworem półksiężycowatym, palec z trudnością przepuszczającym, w pochwie po za tą błoną niewielka ilość krwi płynnej. Szyjka maciczna wyraźnie powiększona, usta zewnętrzne kształtu owalnego, zupełnie gładkie, obie źrenice równe, średnio rozszerzone.

Z rezultatu sekcji, wykonanej nazajutrz przez kol. SKABICZEWSKIEGO w pracowni medycyny sądowej uniwersytetu, podnoszę jedynie następujące punkty:

Skóra głowy nigdzie nie uszkodzona, czaszka symetryczna, jej wierzch stosunkowo cienki, nieuszkodzony. Opona twarda niezmienniona, jej zatoki próżne.

Zwoje mózgowe zupełnie spłaszczone, na prawej półkuli, poczynając od *gyr. centralis posterior* aż do *gyr. occipitalis* II włącznie, istota mózgowa ciemnoczerwona, prawie czarno zabarwiona. Plama ta przez niezmiennioną oponę miękką przeświecająca, ani przesunąć się, ani zmyć nie pozwoliła; przy dalszej sekcji zresztą bezkrwistego, mocno suchego mózgu pokazało się, iż rzeczone zabarwienie istoty korowej spowodowanem było przez wylew krwi do dolnej części prawej bocznej komory mózgowej. Skrzep krwi co najmniej 120 ctm. kubicznych objętości mający, zmiażdżył zupełnie istotę mózgową rogu tylnego, *calcar avis*, *cornu ammonis*, spłaszczył odpowiedni *thalamus opticus* i ograniczony był od góry przez ledwo 1½ mm. grubą warstwę czarno zabarwionej istoty korowej. Opisany skrzep, dobrej konsystencji, twardy, ciągnął się wzdłuż *plexus choroides* przez *foramen Monroi* do komory III i wzdłuż *aquaeductus Sylvii* do komory IV,

gdzie jednak znajdował się tylko cienki, sznureczkowaty skrzep, sięgający zaledwo do *chordae acusticae*.

Plexus choroidei po obu stronach mocno blade, na końcach zgrubiałe. Wielkie ganglia bez widocznych zmian, naczynia mózgu zupełnie puste, pozornie zupełnie niezmienione. Poszukiwania pękniętego naczynia pozostały bezowocnymi. Serce w roskurczu. W prawej komórce mała ilość krwi płynnej. Kłapy wszystkie normalnie domykalne, całe wsierdzie normalnie połyskujące i niezgrubiałe. Wszystkie inne organy bez żadnych zmian chorobliwych w stanie średniego zastój żylnej. Macica powiększona [9 ctm.] rozpulchniona, w stanie regularności miesięcznej. W lewym jajniku świeże *corpus luteum*. We krwi i śluzie pochwy spermatozoiów nie dostrzeżono. Najmniejszych śladów przebytego albo kwitającego przymiotu nie odkryto. *S. Krysiński.*

Wiadomości bieżące.

- Zjazd VIII niemieckich terapeutów odbędzie się między 15 i 18 Kwietnia w Wiesbaden pod przewodnictwem prof. *LIEBERMEISTER'a*.
- Na odbytych w Petersburgu zjeździe lekarskim znajdowało się 1648 uczestników, a w tej liczbie przeszło 120 lekarzy-kobiet. Następny zjazd naznaczony został na r. 1891 w Moskwie.
- Znana broszura *MORELA MACKENZIE* o chorobie Cesarza Fryderyka wywołała znów d. 10 Stycznia r. b. protestację lekarzy angielskich *Royal College of Surgeons*, w liczbie których znajdują się takie powagi jak: *SPENCER WELLS*, *A. PAGET*, *MARSHALL*, *MAC CORMAC* i inni. Zgromadzenie wyraziło ubolewanie swe z powodu treści i formy tej broszury.
- *Brit. med. Journ.* z d. 19 Stycznia przytacza przypadek zarażenia się gruźlicą 14-letniej dziewczyny, wskutek noszenia kolczyków pozostałych po osobie zmarłej na tę chorobę.
- Zalecony przez *HERARD'a* do wdychań przy gruźlicy kwas fluorowodorkowy okazał się według badań *GRANCHER'a* i *CHANTARD'a* niedziałającym na hodowle laseczników gruźliczych.
- Według *D-ra FÉRÉ* najczęściej napady u epileptyków zdarzają się około godziny 9 wieczorem i między 3—5 zrana, co ma być w związku ze snami. *BROWN-SÉQUARD* zauważył napady przed przebudzeniem się, lub gdy chory na nowo zasypia. Dlatego radził nie usypiać po przebudzeniu.
- W miasteczku saskim *Oberkunewald* panowała w roku zeszłym epidemia trychinozy. Zapadło 235 osób, z których zmarło 34, czyli 14,5%; większość przypadków śmierci przypadała w pierwszych 4 tygodniach choroby.
- Według wiadomości z Australii, usiłowania [za radą *PASTEUR'a*] wygubienia królików zbyt rozmnażających się, zapomocą przeniesienia cholery kur, nie zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem.
- W Rymburgu *D-r LITTLEJOHN* przytacza statystyczne cyfry wykazujące, że śmiertelność w domach jest odwrotnie proporcjonalna do wysokości ceny najmu lokali.
- Na zebraniu zwolenników „nowego powszechnego języka“, które ma się odbyć w Paryżu podczas wystawy, lekarze francuzcy mają wystąpić z propozycją, aby ich język został uznany za międzynarodowy naukowy język lekarski.
- W Ameryce skarżą się na coraz wzrastający napływ lekarzy obcych, zwłaszcza z Niemiec, wskutek czego radzą zabronić praktykowania przybyłym.
- W uniwersytetach niemieckich na bieżące półrocze zapisanych jest 28,923 studentów, z liczby których 8,668 na wydział lekarski.
- Zmarł w Warszawie d. 9 Lutego w 80 roku życia *D-r DAWID ROSENTHAL*, wieloletni lekarz naczelny szpitala starozakonných.

Komitet kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym, imienia J. Mianowskiego, podaje do wiadomości, że z zapisu *JAKÓBA NATANSONA* przyznane zostaną w roku bieżącym dwie nagrody pieniężne.

Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych [matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi], ogłoszoną drukiem w języku polskim między 14 Września 1884 roku, a 31 Grudnia 1888; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych, historycznych lub tym podobnych.

Zgodnie z ustawą kasy pomocy i stosownie do zastrzeżeń uczynionych przez zapisodawcę powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie: poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym.

Komitet zarządzający kasą, własnem staraniem usiłuje zebrać dla poddania ocenie, prace ogłoszone w wymienionym okresie; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu [Bank handlowy], lub na rękę jednego z członków komitetu, przed końcem Lutego bieżącego roku.

Prezes Komitetu: *D-r J. Baranowski.*

Członek Komitetu, sekretarz: *Konrad Dobrski.*

Wydawca *D-r St. Kondratowicz.*

Redaktor odpowiedzialny *D-r Wł. Gajkiewicz.*

Доволено Цензурою, Варшава 2 Февраля 1889 г.

Друк К. Ковалевського, Крѣлевска № 29.

MATTONI'EGO

GISSHÜBLERnajczystsza
SZCZAWA
· a l k a l i c z n a ·

Wybornie wypróbowana przy:

Chorobach narządów oddechania i trawienia przy pedogrze, niezycie żołądka i pęcherza,
a przedewszystkiem przy chorobach dzieci.

Używana przed i po kuracyi Karlsbadzkiej

MATTONI'EGO

WYCIĄGI BOROWINOWESÓL
BOROWINOWA
ŁUG BOROWINOWYnajdogodniejszy środek do przygotowywania
kąpieli borowinowych i żelaznych w domu,

Wypróbowane od wielu lat przy:

Zapaleniu macicy i jajników, zapaleniu otrzewnej, blednicy, żołąch. krzywicy, upławach,
usposobieniu do poronień, porażeniach, parezach, małokrwistości, goścu, pedogrze, rwie
kulszowej i hemoroidach.

MATTONI'EGO

Woda Gorzka z Buda-PesztuWYBORNY
ŚRODEK PRZECZYSZCZAJĄCYWYSYŁA wszystkie naturalne WODY MINERALNE
i produkta źródłowe**HEINRICH MATTONI**

FRANCENSBAD, — WIEDEŃ, — KARLSBAD.

MATTONI & WILLE, BUDA-PESZT.

26—4