

GAZETA LEKARSKA.

I. OSTRA PROSOWATA GRUŹLICA BEZ GORĄCZKI (W POSTACI ZADUSZAJĄCEJ).

Podał

D-r med. J. Pawiński,
ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Wiadomo, że rozpoznanie ostrej prosowatej gruźlicy przedstawia nawet dla doświadczonego lekarza częstokroć wielkie trudności. Jednym z najważniejszych objawów choroby tej bywa znaczne podniesienie ciepłoty ciała, ztąd podobieństwo do tyfusu, wrzodziejącego zapalenia wsierdza, zimnicy i t. p.. Przypadki ostrej prosowatej gruźlicy, przebiegające bez gorączki, należą do wielkich rzadkości; z tego też względu sędzę, iż podanie następującego spostrzeżenia nie będzie zbytecznem. Skłania mnie do tego i ta okoliczność, iż obraz chorobowy naprowadzał na myśl istnienie w danym razie cierpienia serca.

M., lat 20 licząca, służąca, przybyła do oddziału mego dnia 12 Września 1887 r., skarżąc się na duszność, dokuczliwe bicie serca i skłonność do omdlewań. Chora podaje, iż od roku miewa kaszel z nieobfitą śluzową plwociną, w ostatnich zaś kilku tygodniach zauważyła krwioplucie, pomimo tego jednak czuła się dość silną, chodziła i spełniała dość ciężkie obowiązki służbowe. Stanowcze pogorszenie w stanie jej zdrowia nastąpiło dopiero przed kilku dniami, a mianowicie zjawił się silny krwotok ustami i nosem i to bez widocznej przyczyny, wystąpił silny kaszel i ogólne wyczerpanie sił. Wskutek tego chora zmuszoną była położyć się do łóżka. Krwotok nie powtórzył się, lecz trzeciego dnia wystąpiła silna duszność i gwałtowne bicie serca. Po bezskutecznem próbowaniu różnych leków domowych, chora zwróciła się o pomoc do szpitala. O ile z opowiadania chorej wnosić można, objawom powyższym nie towarzyszyła gorączka, podobnie i w czasie poprzednich miesięcy nigdy ani gorączki, ani dreszczów nie miała. Pochodzi z rodziny zdrowej — ani u rodziców, ani u rodzeństwa nie zdarzały się suchoty. Sama chora, oprócz odry w dzieciństwie, żadnych chorób nie przechodziła, czuła się zawsze zdrową, od roku tylko, jak to już wyżej wspomnieliśmy, często zapadała na kaszel.

Stan obecny. Budowa i odżywianie dobre. Ilość tkanki tłuszczowej dość znaczna, mięśnie dobrze rozwinięte, błony śluzowe blade, kończyny dolne nieco chłodnawe, lecz bez obrzęku. Na twarzy maluje się niepokój.

Chora siedzi na łóżku z opuszczonymi nogami. Oddech niezmiernie przyspieszony, 60—80 razy na minutę, powierzchowny, mięśnie mostko-obończyko-sutkowe zarysowują się wyraźnie. Tętno częste, około 140 na minutę, słabe, miękkie trudno dające się wyczuć. Ciepłota ciała niepodwyższona: 37,4° C..

Budowa klatki piersiowej doskonała, u lewego wierzchołka z tyłu lekkie stłumienie odgłosu opukowego, w pozostałych częściach płuc odgłos nietętniczny. W miejscu stłumienia wydech nieco wydłużony i przewodnictwo głosu wzmożone, poniżej zaś, jak również i w pozostałych częściach lewego i prawego płuca z przodu i z tyłu klatki piersiowej, słychać zwykły oddech pęcherzykowy. Prócz tego słychać dużą ilość drobno-pęcherzykowych i grubo-pęcherzykowych rżężeń, rozsianych po całych płucach. Płwocina śluzowo-ropna, nieobfita, z domieszką krwi, odrywa się trudno.

Badanie drobnowidzowe płwociny wykryło bardzo liczne laseczki gruźlicze Koch'a.

Uderzenia wierzchołkowego ani dojrzyć, ani domacać niepodobna. Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym, a mianowicie prawa granica znajduje się na prawym brzegu mostka; tony wogóle czyste, tylko u wierzchołka pierwszy ton słaby. Drugi ton tętnicy płucnej wzmocniony.

Śledziona niepowiększona, wątroba wyczuwalna. Język wilgotny, wypróżnienia codzienne — wogóle przewód pokarmowy ani pod względem objawów podmiotowych, ani przedmiotowych żadnych zaburzeń nie przedstawia. Mocz wydziela się w ilości 800 ctm. sześć. na dobę, ciężaru właściwego 1016, ani białka, ani cukru, ani też cylindrów nerkowych nie zawiera.

Stan chorej w przeciągu pobytu w szpitalu, trwającego 7 dni, nie wiele się zmienił. Ze względu na ogromne osłabienie, częste omdlewania, podawano jej środki podniecające, jak: eter, kamforę, wino i waleryjanę i t. p., prócz tego stosowano bańki suche, gorczyczniki na klatkę piersiową. Chora doznawała tylko chwilowej ulgi po powyższych środkach, duszność, dochodząca do bardzo wysokiego stopnia — do *ortopnoë* — i dokuczliwe bicie serca trwały prawie bezustannie; chora całe dnie przepędzała w najstraszliwszych męczarniach, siedząc na łóżku z opuszczonymi nogami i mdlejąc co chwila. Starannie i kilkakrotnie w ciągu każdego dnia mierzenie ciepłoty nie wykazało ani razu podwyższenia ciepłoty ciała ponad stan prawidłowy. Chora wśród objawów duszności i słabnącej coraz bardziej działalności serca życie zakończyła d. 19 Września 1887 r..

Co się tyczy rozpoznania, to ze względu na obfity krwotok płucny, który miał miejsce przed przybyciem chorej do szpitala, dalej ze względu na stwardnienie w lewym wierzchołku płuca, wreszcie na mocy obecności laseczek gruźliczych w płwocinie, przyjęliśmy przewlekłe zapalenie płuc gruźliczej natury. To jednak rozpoznanie nie zadawało nas w zupełności, a mianowicie nie tłumaczyło nam strasznej duszności i niezwyklej nadruchliwości serca.

Co się tyczy pierwszej, to trudno ją było odnieść tylko do zmian, znalezionych w płucach. Oprócz zajęcia wierzchołka lewego, mieliśmy rozsiany nieżyty oskrzeli z dość znaczną ilością rzężeń, w każdym jednak razie powierzchnia oddechowa, a więc i wymiana gazów w płucach nie była upośledzoną do takiego stopnia, ażeby aż *ortopnoë* wywołać. Chora przedstawiała obraz niewyrównanej wady serca w okresie niedoskurczu, za czym i omdlewania i brak gorączki zdawały się przemawiać. Ścisłe badanie serca wykazało tylko pewne osłabienie mięśnia, wraz z nieznacznem rozciągnięciem tegoż w wymiarze poprzecznym. Anamneza nie wskazywała również, aby głównem siedliskiem choroby było serce. Na przypuszczenie choroby nerek, *resp.* mocznicy (*asthma uraemicum*), nie było dostatecznych danych. Wygląd chorej, jakkolwiek bladawy, nie pozwalał na objaśnienie wielkiej duszności ubytkiem krwi, jaki krwotok płucny mógł spowodować. Ponieważ wreszcie chorobę mózgową i histeryję, jak również cukrzycę, należało także wykluczyć, przeto przyszedłszy do wniosku, że mamy do czynienia z ostrą prosowatą gruźlicą. Za tem ostatniem przypuszczeniem zdawała się przemawiać niezwykle nadruchliwość serca, która stanowi, zdaniem mojem, obok duszności, najważniejszą cechę ostrej prosowatej gruźlicy, mianowicie jej postaci zaduszającej.

Jedna tylko okoliczność stawiała na przeszkodzie w przyjęciu takiego rozpoznania; mamy tu na myśli brak gorączki w całym przebiegu choroby: nie mniej jednak rozpoznanie ostrej prosowatej gruźlicy wydało nam się najbliższem prawdy.

Ku wielkiemu naszemu zadowoleniu badanie pośmiertne potwierdziło w zupełności rozpoznanie powyższe.

Na sekcji znaleziono: w lewym wierzchołku duża jama wielkości jaja kurzego, wypełniona śluzo-ropną zawartością. Ścianki jamy gładkie (*bronchiectasia*). W sąsiedztwie jamy znajdują się stwardnienia gruzelkowate. Prócz tego tak na powierzchni płuca, jak również na rozkroju widać liczne, drobne, wielkości ziarenka prosa guziczki. W odległości $1\frac{1}{2}$ cala od wspomnianej jamy w głębi miąższu znajduje się druga mniejsza, wielkości orzecha włoskiego. W górnej części jamy spostrzega się tętnicę, przechodzącą od jednej ścianki do drugiej w rodzaju mostu, druga zaś mniejsza wystaje do jamy. Na brzegach płuc widoczna rozedma. Błona śluzowa oskrzeli przedstawia oznaki przewlekłego nieżyty z dość znacznym rozrostem tkanki łącznej okołoskrzelowej (*peribronchitis fibrosa*).

Prawe płuco przedstawia się podobnie, brak tylko stwardnienia i jam.

W sercu — liczne skrzepy. Powiększenie poprzecznego wymiaru niewielkie. Mięsień lewej komórki bladawy. Zastawki nie przedstawiają żadnych zmian chorobowych. Wątroba przekrwiona, muszkatolowa, usiana małemi szaremi guziczkami. Na otoczce śledziony widać mnóstwo małych guziczków. W przewodzie pokarmowym, nerkach nic szczególnego nie znaleziono.

Epicrysis. Z powyższego okazuje się, że punktem wyjścia ostrej prosowatej gruźlicy były dawne zmiany gruźlicze.

Przy pierwszym badaniu chorej stwierdziliśmy istnienie zmian kondensacyjnych w lewym szczycie; dodać jednak należy, że choć stłumienie odgłosu opukowego było wydatne, wydech jednak nie był typowo oskrzelowym, lecz tylko wydłużonym. Zmniejszenie przewodnictwa szmerów oddechowych i głosu zależało prawdopodobnie od obecności jamy, wypełnionej śluzoropną zawartością, a znajdującą się w lewym wierzchołku w sąsiedztwie stwardnień gruźliczych. Jama zaś mniejsza, która powstała wskutek rozpadu nasięku gruźliczego, położoną była głęboko w miąższu płuca i tym sposobem nie była dostępną dla badania fizykalnego. Zmiany chorobowe, znalezione w oskrzelach, jak również jama, powstała wskutek rozszerzenia tychże (*bronchiectasia*), zdają się wskazywać, że sprawa rozpoczęła się od nieżyty i rozwoju tkanki łącznej, następnego rozszerzenia oskrzeli, poczem dopiero nastąpiło zakażenie gruźlicze. To ostatnie doprowadziło do stwardnień, a następnie do wytworzenia jamy, słowem do suchot. W ostatnim zaś tygodniu przyłączyła się ostra prosowata gruźlica, która stała się powodem strasznej duszności, bicia serca i chorą do śmierci doprowadziło.

Na szczególną uwagę zasługuje ta okoliczność, iż pomimo daleko posuniętych zmian gruźliczych w płucach, pomimo rozpadu, ogólny stan chorej był bardzo dobry: nie znać było żadnego wyniszczenia. Siły dopisywały także chorej, czego dowodem było wykonywanie bez przerwy swych dość ciężkich obowiązków służbowych. Do tego przyczynił się oczywiście przebieg bezgorączkowy, brak potów i jakichkolwiek też zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Nawet czyszczenia miesięczne, które zwykle pewnym zboczeniom w przebiegu suchot płucnych podlegają, odbywały się do ostatka w porządku. Stanowcze pogorszenie, znaczny upadek sił wystąpił dopiero na kilka dni przed przybyciem chorej do szpitala, po obfitym krwotoku. Przyczyną tego ostatniego było prawdopodobnie przeżarcie ścianek tętnicy, którą na sekcji widzieliśmy, jako wystającą do jamy. Większe zaś naczynie, które znajdowało się w górnej części jamy i w postaci mostka przechodziło od jednej ścianki do drugiej, mogłoby również stać się powodem krwotoku w najbliższej przyszłości, wobec dalszego szerzenia się sprawy rozpadowej w płucach.

Przypadki suchot płucnych o przebiegu bezgorączkowym należą wogóle do rzadkich; częściej zdarzają się w praktyce prywatnej, aniżeli w szpitalnej. W podręcznikach niemieckich, np. u EICHENORST'a, nie znajdujemy o nich żadnej wzmianki, natomiast francuzcy i angielscy autorowie uwzględniają podobne postacie. Prof. PETER ¹⁾ w swych odczytach klinicznych poświęca cały rozdział gruźlicy o przebiegu bezgorączkowym, przytacza liczne przykłady suchot, w których pomimo daleko posuniętych zmian w płucach, pomimo owrzodzeń i rozpadu, ciepłota ciała pozostawała prawidłową: chorzy tacy, o których PETER wspomina, wyglądają dobrze, niekiedy nawet tyją, uskarżają się tylko na nieznaczny kaszel, i doznają łatwo bicia serca i duszności przy chodzeniu, mówieniu i wogóle przy wysiłkach fizycznych.

¹⁾ Leçons de clinique médicale, Paris, 1880.

Na czem taka tolerancja ustroju polega, trudno ściśle określić. Szukać jej należy w warunkach konstytucjonalnych chorego. PETER twierdzi, że na tolerancję taką wpływa rozwój gruźlicy w wieku późniejszym, jak również konstytucja limfatyczna, lub skrofaliczna. Zdaje się, że brak dziedziczności, jak to miało miejsce w naszym przypadku, odgrywa tu bardzo ważną rolę. Nie jest to jednak wyłączną przyczyną.

Od czasu, kiedy angielski fizyjolog, D-r ANDREW CLARK, pierwszy opisał włóknistą postać suchot płócných (*fibroid-phthisis*), zaczęto zwracać uwagę na to, że te właśnie postacie gruźlicy przebiegają najczęściej bez gorączki. Cechują się one głównie rozwojem tkanki łącznej, która bierze przewagę nad sprawą rozpadową w płucach, ztąd nazwa BENEKE'go ¹⁾, „*die allgemeine Bindegewebs-hyperplasie (Fibromatosis)*“. U nas kol. SOKOŁOWSKI był pierwszym, który postać tę szczegółowo opisał i poparł własnymi spostrzeżeniami w pięknej i wyczerpującej pracy: O włóknistej postaci suchot płócných [Gazeta Lekarska r. 1885].

Zachodzi teraz pytanie: do jakiej postaci suchot zaliczyć opisany powyżej przypadek? Rozejrzawszy się szczegółowo w całym obrazie choroby i wzięwszy na uwagę dane, znalezione na sekcji, musimy przyjść do wniosku, że przypadek nasz zaliczyć należy do postaci włóknistej suchot. U chorej naszej mieliśmy wszystkie najważniejsze cechy z tej postaci, a mianowicie: 1) doskonały wygląd, dobre odżywianie, dostateczny pokład tkanki tłuszczowej, wyborną budowę klatki piersiowej, 2) brak gorączki w całym przebiegu choroby, 3) krwioplucie i obfity krwotok płucny. Co się zaś tyczy duszności, która również zaliczoną bywa do klasycznych objawów choroby, to z opowiadania chorej nie można było na pewno wnosić, czy przed przybyciem do szpitala dokuczała jej, czy też nie — w każdym razie nie była ona znaczną. Duszność zaś, która dochodziła do *ortopnoe* w czasie pobytu chorej w szpitalu, zaliczyliśmy na karb ostrej proso-watej gruźlicy. 4) Nieznaczny, przeważnie suchy kaszel, niekiedy ze śluzową plwociną, o jakim chora wspominała, przemawia również za włóknistą postacią suchot płócných. Samo się przez się rozumie, że w dalszym przebiegu sprawy gruźliczej, skoro rozpoczyna się rozpad, kaszel i plwocina przyjmują inny charakter. 5) Objawy fizyczne ze strony klatki piersiowej, otrzymywane w naszym przypadku, niczem się nie różnią od opisywanych we włóknistej postaci suchot, a mianowicie: stopień odgłosu opukowego i niezbyt jaskrawe objawy wysłuchowe [oddech nieokreślony, wydłużony — rzadko tylko oskrzelowy]. 6) Zmiany pośmierne przemawiają również za ścisłością rozpoznania. Wprawdzie zmiany anatomo-patologiczne nie można uważać za typowe w naszym przypadku, mieliśmy jednak niezbyt oskrzeli z zanikiem włókien sprężystych i rozwojem tkanki łącznej, rozszerzenie oskrzeli (*broncheectasia*), zserowaciałe gruzelkowe masy, jak również jamę, powstałą wskutek rozpadu mas serowatych.

Jak wiadomo, BENEKE uważa za punkt wyjścia włóknistych suchot bujanie tkanki łącznej. Otóż, rozwój tejże niezawsze bywa jednakowy: 1) W jednych razach istnieje nadmierny rozwój tkanki łącznej, która uciska płuco i do-

¹⁾ Deutsches Archiv für klin. Med. 1879.

prowadza je do zaniku, — wtedy ognisk serowatych nie ma. 2) W innych przypadkach rozwój tkanki łącznej jest słabszym, wytwarzają się obszerne rozszerzenia oskrzeli i jamy (*cavernae*), z nich powstałe, w otoczeniu zaś znajdują się mniejsze lub większe ogniska serowate. 3) W innych wreszcie przypadkach w górnych odcinkach płuc znajdują się obfite rozrosty łączno-tkankowe, a w dolnych ogniska serowate i gruzelki, lub też odwrotnie.

Przypadek więc nasz należałoby zaliczyć do kategorii 2-iej.

Co się tyczy przebiegu, to bywa on zwykle bardzo wolny: osoby, dotknięte suchotami włóknistymi, dosiegają często późnego wieku. W naszym przypadku przebieg był stosunkowo bardzo szybki, bo choroba trwała około roku. Na 40 spostrzeżeń kol. SOKOŁOWSKIEGO, tylko w jednym sprawa chorobowa ciągnęła się przeszło rok. W przypadku tym śmiertelne zejście nastąpiło wskutek rozległych owrzodzeń w kiszkiach. Szybki stosunkowo przebieg u naszej chorej należy odnieść do zakażenia ustroju gruźliczymi, rozpadającymi się pierwiastkami.

Co do istoty włóknistej postaci suchot płucnych, to CLARK, BENEKE twierdzą, że polega ona na skłonności ustroju do wytwarzania tkanki łącznej (*fibroid-phthisis, fibromatosis*). Na czym zaś taka skłonność polega — nie wiadomo; zapewne osnuta jest na pewnych warunkach konstytucyjnych, bliżej nam nieznanach: suchoty bowiem włókniste zdarzają się nie tylko u ludzi, w dobrobycie żyjących, ale i u biednych, ciężko pracujących, narażonych na różne zmiany temperatury.

Nad różnymi odmianami włóknistej postaci suchot, jak również ich leczeniu, nie mamy zamiaru zastanawiać się tu bliżej; znajdzie je każdy w wyczerpującej pracy kol. SOKOŁOWSKIEGO.

Tutaj wypada nam rozpatrzyć powikłanie tej postaci ostrą prosowatą gruźlicą.

Z pracy BENEKE'go, a mianowicie z przytoczonych wyników badań pośmiertnych okazuje się, że w kilku przypadkach autor ten znajdował prosowatą gruźlicę w sąsiedztwie zserowaciałych ognisk, a nawet w innych narządach. Czy to powikłanie zdarza się rzadziej we włóknistej postaci suchot, aniżeli w zwykłych suchotach, trudno na pewno powiedzieć; zdaje się jednak, że w pierwszej występuje rzadziej. W 4 przypadkach kolegi SOKOŁOWSKIEGO, zakończonych śmiercią, prosowatej gruźlicy nie znaleziono.

Co się tyczy pytania, czy ostra prosowata gruźlica, będąc powikłaniem suchot włóknistych, przebiega częściej bez gorączki, aniżeli z gorączką, na to trudno dać odpowiedź.

W pracy BENEKE'go nie podano klinicznego przebiegu choroby, a w pozostałej literaturze zamało na to danych znalazłem. Gdyby się jednak sprawdziło, iż powikłaniu, o którym mowa, nie towarzyszy gorączka [jak to miało miejsce w naszym przypadku], to odrębność włóknistej postaci suchot zyskałaby jeszcze jedną więcej racjonalną podstawę. Być nawet może, że te nieliczne przypadki ostrej prosowatej gruźlicy, które podawane są w literaturze, jako

przebiegające bez odczynu gorączkowego, należały do kategorii suchot z przewagą tkanki łącznej.

Co do rozpoznania takiej prosowatej gruźlicy o przebiegu bezgorączkowym, to sądzę, iż jest ono możliwem tylko w tym razie, skoro gruźlica występuje w postaci zaduszającej, a więc kiedy znaczna duszność i nadruchliwość serca zwracają uwagę lekarza.

Na zakończenie chciałbym dorzucić słów kilka o rozpoznaniu różniczkowem. Mam tu na myśli choroby serca. Jeśli ostra prosowata gruźlica, mianowicie postać jej zaduszająca o przebiegu gorączkowym, przedstawia częstokroć obraz zupełnie podobny do obrazu niewyrównanej wady serca, to wobec braku gorączki podobieństwo staje się jeszcze większem, a rozpoznanie trudniejszem.

Z chorób serca, które tutaj należy mieć na względzie, zaliczyłbym zwężenie otworu żylnego lewego, zwężenie lub zatkanie tętnic wieńcowych i nadruchliwość serca, występujące w postaci napadów.

Co do 1), to oczywiście mamy tu na myśli te przypadki zwężenia otworu żylnego lewego, w których szmer znika, a tony są czyste. W rozpoznaniu różniczkowem należy pamiętać, że skoro przy *sten. ostii ven. sinistri* przychodzi do tak znacznej duszności, jaka bywa w ostrej prosowatej gruźlicy, to zwykle przedtem zjawiały się już obrzęki kończyn, tętno choć przyspieszone, bywa zwykle niemiarowe — dalej w tylnych i dolnych częściach płuc bywają zwykle zastoje, niekiedy zaś stwierdzić można przesieki w jednej lub drugiej opłucnej, wreszcie w anamnezie najczęściej odszukać możemy wzmiankę o reumatyzmie. Zdwojenie 2 tonu u wierzchołka przemawia również za wadą serca.

Co do 2), zwężenie jednej lub obu tętnic wieńcowych serca może niekiedy przedstawiać obraz kliniczny zupełnie podobny do powyżej przytoczonego. Przypadek taki spostrzegałem w r. 1883 ¹⁾. Przyczyną zwężenia lewej tętnicy wieńcowej była w tym razie daleko posunięta sprawa miażdżycowa na błonie wewnętrznej. Dane fizyczne, dotyczące serca, były prawie takie same, jak w obecnym przypadku. Głównym objawem była straszna duszność.

W rozpoznaniu różniczkowem pewnym punktem oparcia może być sprawa miażdżycowa. Stwierdzenie tejże niezawsze jednak jest łatwem, a to z względu, iż miażdżycę tętnic wieńcowych niezawsze idzie w parze z miażdżycą tętnic powierzchownych. Wprawdzie stwierdzenie tętnic wieńcowych zdarza się najczęściej w wieku podeszłym, bywają jednak od tego pravidła bardzo częste wyjątki. Miało to miejsce w powyżej wspomnianym przypadku. Wreszcie dodać należy, iż częste, rytmiczne tętno przemawiać będzie więcej na korzyść ostrej prosowatej gruźlicy, aniżeli za zwyrodnieniem tętnic wieńcowych. Przy zwężeniu lub zatkaniu światła tych ostatnich naczyń tętno bywa zwykle niemiarowe raczej zwolnione, aniżeli przyspieszone, zwłaszcza skoro ma miejsce

¹⁾ Przypadek ostrej prosowatej gruźlicy płuc z niezwykle nadruchliwością serca, opisał D-r PAWIŃSKI. Gazeta Lekarska. 1888. Nr. 13.

zatkanie światła. Przy ostrej zaś prosowej gruźlicy częstość tętna bywa duża, niekiedy zaś dochodzi do wysokiego nawet stopnia (*tachycardia*).

Co do 3-go), *tachycardia paroxysmalis* wyraźnie różni się od ostrej prosowej gruźlicy [postaci zaduszającej] głównie tem, iż przebiega najczęściej bez podmiotowej, ani też przedmiotowej duszności.

II. O PRYSZCZYCY NA TLE SKAZY DNAWEJ

(*diathesis urica*),

NA PODSTAWIE WŁASNYCH SPOSTRZEŻEŃ

napisał

Stefan Filipkiewicz,

lekarz ordynujący w Cieplicach Trenczyńskich.

Z pomiędzy różnorodnych przyczyn wewnętrznych, wwołujących choroby skórne, zasługuje na uwagę s k a z a d n a w a (*diathesis urica*), wśród przebiegu której, obok objawów typowych patognomonicznych, występuje równocześnie, lub zastępczo, cały szereg zaburzeń w narządach wewnętrznych (*retrograde metastatische Gicht*), albo, co rzadziej, powłoki ogólne cierpieniu ulegają.

Z chorób skórnych na tle skazy dnawej, spostrzegałem trzy przypadki pryszczycy, w różnych odcieniach, które pokrótce nakreślę, zanim udowodnię tożsamości przyczyny chorobowej.

I. P. R., lat 64 licząca, miernie odżywiona, z rodziny dziedzicznie dną dotkniętej, podaje, iż od lat 14 przebywała ataki dnawej, ograniczające się do palców wielkich u nóg. Z początkiem 1885 r. wśród swędzenia skóry na grzbiecie obu stóp dostała pryszczycy, która, szerząc się ku górze, z początkiem 1886 r. obie kończyny dolne zajęła. Użycie leków miejscowych chwilową ulgę przynosiło.

Badanie wewnętrzne, oprócz zmian miażdżycowych w narządzie krążenia, ważniejszych zboczeń nie wykazało. Obie kończyny dolne obrzmiałe, pokryte z przodu od palców do pachwin, z tyłu do połowy pośladków, suchemi, brudno-żółtawymi, lub zielonawymi strupami, tu i owdzie domieszką krwi zabarwionymi. W okolicy stawów głębokie pęknięcia, z których dobywa się ciecz lepka, krwią zabarwiona (*eczema rhagadiforme*). Po odjęciu dosyć ściśle przylegających strupów, powstałych z obfitego zaschłego wycieku surowiczego, przedstawia się powierzchnia skóry, wilgotną, ciemno-czerwono zabarwioną, guzkowatą, fałda skóry zgrubiała, nacieczona. Jednym słowem, obraz przewlekłej pryszczycy sączącej (*eczema madidans*).

Przytem chora skarży się na nieznośne swędzenie, zwłaszcza w nocy, które po zdrapaniu i obfitszym wycieku zmniejsza się. Palce wielkie u nóg zgrubiałe, zbezkształnione, powierzchnie stawowe częściowo zrosłe, w okolicy tychże ślady denniaków (*tophi arthritici*).

W moczu kwas moczowy zwiększony.

Chorej, przybyłej dnia 7 Sierpnia 1886 r. do Cieplic Trenczyńskich, a więc w 1½ roku od powstania pryszczycy, zaleciłem kąpiele początkowo o 28° R., od 10—15 minut trwające, stopniowo obniżałem ciepłotę kąpeli aż do 26° R., prze-

dłużając czas trwania do godziny. Po kąpieli dokładne obsuszenie, zasypianie mączką ryżową i opaska. Po tygodniu powierzchnia ze strupów się oczyściła, po dwóch tygodniach wyciek i swędzenie mniejsze, brak strupów świeżych, pęknięcia się goją. Po 5 tygodniach a 28 kąpielach skóra bledo-różowa, miękka, o powierzchni prawie gładkiej, fałda teje łatwo się ująć daje, swędzenie ustąpiło.

W r. 1888, a więc w dwa lata po kuracji, D-r Sz. z Warszawy, który chorej leczenie w Cieplicach Trenczyńskich zalecił, powiadomił mnie, że pryszczycza się nie pojawiła, napadów dnawych nie było.

II. N. N., przebył w r. 1884 i 1885 dwa typowe napady dnawe, ograniczające się do stawu śródstopowego palca wielkiego nogi prawej.

W Lutym 1886 r. ponowny napad zaczął się od palców wielkich obu nóg, rozszerzył się na stawy sąsiednie i odległe. Po 8 tygodniach stan zapalny ustępuje.

U chorego, lat 52, który przybył do Cieplic w Maju tegoż roku, badanie wykazało: otyłość, nieżyt oskrzelowy przewlekły z następczą mierną rozedmą płuc, obrzęk wątroby, niedowład kiszek. Staw barkowy lewy przy ucisku nieco bolesny, ruchy ku górze, tyłowi i obrotowe ograniczone, drobne tarcie powierzchni stawowych wyczuwalne, stawy palców u rąk zgrubiałe, przy ucisku bolesne, w stawie kolanowym prawym wysięk surowiczy i tarcie wykazać się daje, bolesność mierna, obie stopy obrzmiałe, ucisk poprzeczny bolesny, palce wielkie zgrubiałe.

Po sześciotygodniowym leczeniu, obok użycia wewnętrznego wody gorzkiej i litowej i uregulowanej diety, obrzęki uległy wessaniu, poruszalność stawów prawidłowa.

W r. 1877 w Styczniu i w Marcu dwukrotny napad dny, wśród objawów zapalnych bardzo lekkich, pierwszy trwał dni 10, drugi 7. Z końcem Maja powtórne leczenie czterotygodniowe, po którym drobne i nieliczne trzeszczenia w stawach świadczyły o przebytem cierpieniu.

Z początkiem Grudnia tegoż roku po kilkodniowych bólach w stawach, dawniej zajętych, doznał chory swędzenia na skórze stóp; w krótkim czasie na grzbiecie obu stóp pojawiają się guziki, bóle ustają, swędzenie się wzmacnia, zwłaszcza w nocy.

W kilka miesięcy pryszczycza pojawia się na skórze w okolicy dawniej zajętych stawów. Użycie środków miejscowych chwilową ulgę sprowadza.

Dnia 28 Maja tegoż roku chory się zgłosił do mnie. Oględziny wykazały obraz pryszczycy guzikowatej (*eczema papulosum*), z przeobrażeniem teje w postaci następowe, które w miarę trwania rozmaicie się przedstawiają, i tak: w okolicy łędźwiowej i na brzuchu grupy guzików wielkości prosa, czerwonych, gęsto rozsianych na przestrzeni wielkości dłoni; na skórze, pokrywającej bark lewy i kolano prawe, guziki zdrapane, skóra nacieczona; na rękach przeobrażenie w pryszczycę sącząca; na stopach przejście z sączącej w suchą, łuszczącą się (*eczema squamosum*).

Leczenie tożsamo, co w przypadku pierwszym. Po 6 tygodniach a 36 kąpielach pozostałe plamy barwnikowe świadczą o przebytem cierpieniu. W 1888 r. jeszcze raz widziałem chorego: od ostatniego leczenia stan zupełnie doby, wyprysk się nie pojawił. Listownie zapytywany z końcem r. 1889 oświadczył, że z wyjątkiem krótkotrwałych bólów w stawach, dawniej zajętych, jest zupełnie zdrow.

Już z samego opisu wynika, że w obu przypadkach pryszczycza nie pojawiła się jako cierpienie samoistne, lecz że źródła tegoż szukać należy w chorobie ustrojowej, skazie dnawej, a dowodem tego: a) poprzedzenie pryszczycy obja-

wami typowemi dny, b) ustąpienie objawów pierwotnych z chwilą wybuchu choroby skórnej, c) usadowienie się pryszczycy początkowo w okolicy przedtem zajętych stawów (*locus minoris resistentiae*), d) szybkie i gruntowne usunięcie cierpienia przy użyciu leczenia swoistego dny, t. j. cieplic siarczanych, podczas gdy w cierpieniach innej natury takiego wyniku nie osiągnąłem. Pryszczycza podziałała tutaj dobroczynnie na zajęte stawy, zabezpieczyła chorych od nowych napadów dnawych, a wpływ tejże na cierpienie porównać można z środkami odciągającymi (*vesicans*).

Zupełne usunięcie pryszczycy i kilkoletni stan dobry, brak napadów dnawych, przemawia również przeciw mniemaniu, jakoby wyleczenie jej szkodziłoby na ustrój wpływało.

III. Przypadek następny, jakkolwiek nieleczonej w cieplicach Trenczyńskich, spostrzegałem przez szereg lat, a dotyczy mężczyzny, który nadmiernie używał pokarmów azotowych i starego węgryna. W rodzinie ojciec dny przebywał. Od roku 40 życia, t. j. od r. 1876, cierpiał na nawały krwi i bóle głowy, bóle mięśniowe w kończynach, przeplatane postrzałem. Przypadki te trwały lat cztery, wzmagając się i występując coraz częściej. W moczu zauważyłem osad ceglasty.

W r. 1880 po silnym postrzale doznał swędzenia w okolicy łędźwiowej, a w ślad za tem pryszczycy. Pryszczycza z biegiem czasu pojawiła się na czole, szerząc się na skórze włosom pokrytej, na zewnętrznych częściach ramion i ud, wreszcie w miejscach ograniczonych na klatce piersiowej i brzuchu. Pojawienie się pryszczycy poprzedzały silne bóle mięśniowe, które z wystąpieniem jej ustępowały. Bóle głowy i nawały nie powtarzały się. W tym czasie dostrzegam chory piasek, z moczem odchodzący.

Przez lat 5 pryszczycza jest objawem przeważającym, któremu od r. 1885 towarzyszy kolka nerkowa, która, raz lub dwukrotnie w roku występując, kończy się odejściem kamyczków moczowych (*nephrolithiasis*).

Chory zauważył, że ściślejsza dyjeta, użycie wód alkalicznych, wybitnie wstrzymuje szerzenie się pryszczycy, kamyczki rzadziej odchodzą, przy nadmiernej dyjecie objawy się wzmagają.

Stan obecny następujący [15. XII. 1889].

Otyłość, *plethora abdominalis*. Na skórze głowy ślady pryszczycy, na klatce piersiowej i brzuchu, udach i ramionach mniej lub więcej rozległa pryszczycza, która na grzbiecie sięga od łopatek do pośladków i przedstawia typowy obraz lata trwającej pryszczycy łuszczącej (*eczema squamosum*). Ciężar właściwy moczu 1023, kwas moczowy zwiększony, w osadzie liczne tegoż kryształki.

Chory ściśłemu leczeniu poddać się nie chce, lecz zbywa półśrodkami, w mniemaniu, że gubić pryszczycy nie może bez szkody dla swego zdrowia.

Przypadek ten, którego piętnastoletni przebieg skreśliłem, zaliczam do pryszczycy dnawej z przyczyn następujących: 1) dziedziczność, 2) zaburzenia w ustroju na tle skazy dnawej, 3) z pojawieniem się pryszczycy objawy pierwotne ustępują, 4) piasek moczowy i kamyczki moczowe, 5) od 3 miesięcy przy stosownej dyjecie, zaniechaniu picia ciężkiego wina, używaniu soli morszyńskiej i wody litynowej i raz w tydzień letniej kąpeli mydlanej, pryszczycza z głowy i kończyn ustąpiła, kolki nerkowej nie było, piasek rzadziej się wydzielał.

Lekarze francuscy, hołdujący nauce o cierpieniach ustrojowych, mają bardzo liczną literaturę kazuistyczną o skazie dnawej, a objawy skórne, temu cier-

pieniu towarzyszące, zebrał BAZIN, który w swym dziele (*Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique. Paris. 1868*), na 837 spostrzeżeń chorób skórnych, zalicza 565 do objawów skórnych dnawych, z tych w 264 przypadkach spostrzegał pryszczycę. Tenże autor, charakteryzując objawy skórne dnawe (*les arthritides*), podaje, że wśród napadu ostrego dny nigdy ich nie zauważył, zalicza je do wtórnych, stanowiących niekiedy jedyny objaw cierpienia ustrojowego. Tenże autor opisuje przypadki, w których spostrzegał kilka postaci chorób skórnych równocześnie (*multiplicité des formes*), lub następujących jedna po drugiej, przeważnie na małych przestrzeniach rozrzuconych.

GAILLETON (*Traité élémentaire des maladies de la peau. Paris. 1874.*) i inni lekarze francuzcy, chcąc udowodnić łączność chorób skórnych z dną, poddali badaniu chemicznemu wyciek lub łuszczący się naskórek pryszczycowy, lecz kwasu moczowego nie wykryli.

Według mego zdania, brak soli moczowych w wydzielinie pryszczycowej nie stanowi dowodu ujemnego; pryszczycy, jako taka, występuje zawsze w postaciach wybitnych (*stadium erythematosum, exsudationis, squamosum*); przebieg i przeobrażenia temu samemu prawidłu ulegają; a przyczyna powstania jest różnorodna i tej ze względów leczniczych szukać należy, a jeżeli w przypadkach dny obraz chorobowy zmienia się tak, że w zastępstwie objawów mniej lub więcej charakterystycznych zaburzenia w skórze występują, to mamy dowód dostateczny tożsamości cierpienia.

III. TAMPONADA DÜHRSEN'OWSKA PRZY KRWOTOKACH POŁOGOWYCH.

Opisał

Dr Mikołaj Warman [z Kiele].

DUEHRSEN, idąc za świetnymi wynikami, jakie otrzymali przy leczeniu krwawień mięśzowych w chirurgii, za pomocą tamponowania gazą jodoformową MIKULICZ, BERGMANN, BRAMANN ¹⁾, a w ginekologii FRITSCH ²⁾, zastosował w 1887 roku sposób ten i do krwotoków połogowych. Myśl ta przyszła mu do głowy, jak ustnie mi autor mówił, gdy w klinice prof. GUSSEROW'a w ciągu jednego tygodnia, pomimo energicznego wyzyskania wszelkich środków terapeutycznych, miały miejsce dwa zejścia śmiertelne od krwotoków połogowych.

Właściwie tamponada jamy macicy nie jest w położnictwie nowością. Znaną już ona była przed stu przeszło laty i po raz pierwszy użył jej LEROUX ³⁾ w 1776 r.. Sposobem tym posilkował się również w początku stule-

¹⁾ Arb. aus der chirurg. Klinik der Kgl. Univ. Berlin. 1887.

²⁾ Sammlung klinischer Vorträge [VOLKMANA]. Nr. 288.

³⁾ Cytowani w pracy DÜHRSEN'a: Ueber die Behandlung der Blutungen post partum. Saml. klin. Vortr. Nr. 347, str. 2500.

cia naszego WENDELSTAEDT ¹⁾, dalej ROUGET, SLYMANN, DIDAY, CHASSAGNY, HYATT i CHRISTIE ²⁾. Jeżeli w późniejszych latach tamponada została zarzuconą, to wina leży tylko po stronie przedmiotów, do niej używanych. Nie zapominajmy, że było to w owe czasy, kiedy antyseptyka była zupełnie jeszcze nieznaną; nie więc dziwnego, że mnóstwo położnic, które na razie nie ginęło od krwotoku, umierało następnie od zakażenia tamponami [płótno, pęcherze zwierzęce i t. d.], do drogi porodowej wprowadzonego. Na tę okoliczność zwrócił uwagę DUEHRSEN i posilując się postęпами antyseptyki, użył do tamponady swojej gazy jodoformowej [10—20%].

Do tamponady drogi porodowej DUEHRSEN stosuje kawał gazy długości od 3—4 metrów i szerokości od 3—4 dłoni, złożony w tym ostatnim wymiarze w troje albo w czworo. [Po poronieniach wystarczają mniejsze kawały, co zależy zawsze od objętości macicy].

Sposób tamponowania jest następujący.

Przeplukawszy jamę macicy [za pomocą dużego kateteru FRITSCH-BOZEHMANN'a, przez DUEHRSEN'a zmodyfikowanego] 0,3% roztworem kwasu salicylowego, a w przypadkach nagłych i bez tego, obniżamy i unieruchomiamy macicę za pomocą kulociągu (*Kugelzange*), doprowadzonego do wargi przedniej, i to o ile można najgłębiej, gdyż przy powierzchownem nałożeniu cienka warga maciczna, przez akt porodu zmieniona, łatwo rozrywa się. Powierzywszy trzymanie wystającego końca kulociągu komukolwiek z otaczających, najlepiej akuszerce, wprowadzamy pod kierunkiem palca, opartego przy ujściu macicznem, gazę jodoformową, ujętą w długą, 30 ctm. mającą, pincetę. Wprowadziwszy pierwszą część gazy, wyjmujemy palec z pochwy i całą rękę [ew. lewą] przykładamy przez powłoki brzuszne do dna macicy, kontrolując dalsze wprowadzenie gazy, którą w macicy układamy nakszałt wachlarza — *fächerförmig* — jak powiada FRITSCH. Wyjawszy kulociąg, układamy chorą i zawsze dobrze jest uprzedzić ją o bólach, jakie ją czekają podczas całego czasu pozostawiania gazy w macicy, na co potrzeba od 16—20 godzin. W przypadkach cięższych, a mianowicie przy rozerwaniach szyi macicznej, lub pochwy, należy oprócz jamy macicznej ściśle wytamponować pochwę watą salicyłową. Wyjęcie gazy przez pociąganie kawałka, z pochwy wystającego, nie przedstawia żadnej trudności: w praktyce wiejskiej powierzam to otaczającym. Ważną jest rzeczą pamiętać wtedy, jeżeli przedtem czasu nie było, o opróżnieniu pęcherza moczowego i odbytnicy, gdyż przepełnienie ich ujemnie działa na kurczenie się macicy.

Już w chwili, gdy przykładamy dłoń do dna macicznego, t. j. po wprowadzeniu pierwszej części gazy, przekonać się zawsze możemy, że macica, która dotychczas pozostawała miękką, wobec wszystkich naszych zabiegów terapeutycznych, momentalnie kurczy się i skurcz ten pozostaje trwałym nie tylko przez cały czas pozostawiania gazy, ale i po wyjęciu jej. Fakt ten czyni tamponadę jamy macicy środkiem pewnym i niezawodnym i zupełnie słusznym

^{1) 2)} Cytowani w pracy DÜHRSEN'a: Ueber die Behandlung der Blutungen post partum. Sami. klin. Vortr. Nr. 347, str. 2500.

powiada DUEHRSEN, że lekarz po tym rękoczynie może z c z y s t e m s u m i e n i e m opuścić chorą, będąc moralnie pewnym, że niebezpieczeństwo powtórnego krwotoku minęło. Tego samego zdania są i ci wszyscy, którzy posiłkują się metodą DUEHRSEN'a, a do których obecnie należą: FRAIPONT, AUVARD, ROSENTHAL, ECKERLEIN, DOHRN, MUENCHMEYER, ELITCHER, WALCHER, SIMON, VULLIET, KORTUEN, CHAZAN, BECKER, THOMSON, DEUTSCH, MOSES, a głównie prof. KUESTNER z Dorpatu, który używa sposobu DUEHRSEN'a z z u p e ł n e m p o w o d z e n i e m od 1½ roku. W końcu zeszłego roku KUESTNER gorąco zalecał metodę DUEHRSEN'a w Towarzystwie lekarzy liflandzkich w Wolmarze. Wykład swój ¹⁾ KUESTNER, mówiąc o leczeniu rozerwania szyi macicznej, przy którym nałożenie szwu lub ligatury na silnie krwawiącą tętnicę maciczną przedstawia, jak niżej zobaczymy, w prywatnej praktyce bardzo wiele trudności, kończy w ten sposób: „tamponować macicę można jednak w jaknajtrudniejszych warunkach od dna aż do ujścia; dlategoż metoda DUEHRSEN'a przydatną jest przede wszystkim w praktyce prywatnej i dlatego uważałem za stosowne polecić środek ten do należytego wypróbowania“.

W przypadkach ECKERLIN'a ²⁾, skutek po tamponadzie zawsze był szybki, gdy tymczasem inne zabiegi w celu opanowania krwotoku [masaż, gorące wstrzykiwania, ergotyna] pozostawały bez skutku.

BORN ³⁾ widzi w tamponadzie jamy macicznej środek niezawodny przy krwotokach z tegoż narządu, a CHAZAN ⁴⁾ dochodzi do wniosku, że przy tamponadzie „żadna kobieta nie powinna umrzeć wskutek utraty krwi (*post partum*)“. Dzięki tym wszystkim zwolennikom tamponady, DUEHRSEN ogłosił niedawno 79 przypadków krwotoków połogowych najrozmaitszego pochodzenia; wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie. Materyjał ten poważny [do którego w obecnej chwili zaliczyć mogę sześć moich własnych] znacznie zmniejszył zastęp przeciwników metody DUEHRSEN'a. Niektórzy ginekologowie, z początku nieprzychylnie dla tamponady usposobieni, stali się obecnie gorącymi jej zwolennikami. Do takich należy FRITSCH. Zawiodłszy się na tamponadzie w jednym przypadku krwotoku macicznego, niezmiernie skomplikowanego, gdyż dotyczył on zupełnej atonii macicy wraz z głębokiem rozerwaniem szyi macicznej, odzywał on się dość nieprzychylnie o sposobie DUEHRSEN'a, ale obecnie zmienił on zupełnie swój pogląd.

Niedawno wystąpił przeciwko tej metodzie D. GRAEFE ⁵⁾, ale w przypadku, przez tegoż opisanym, tamponada nie wydała pożądaných rezultatów dla tej prostej przyczyny, że była nienależycie wykonaną, a głównie, że G. nie użył tej dostatecznej ilości gazy jodoformowej, która w stanie byłaby, oprócz odruchowego skurczu macicy, wywołać i ucisk na wewnętrzną jej powierzchnię; kawał gazy,

¹⁾ Patrz prof. D-r O. KÜSTNER. Die Behandlung der Postpartum-Blutungen. Deutsch. med. Woch. 1890. Nr. 1.

²⁾ Centr. f. Gynaekologie. 1889. Nr. 26.

³⁾ Centr. f. Gynaek. 1889. Nr. 25.

⁴⁾ Centr. f. Gynaek. 1888. Nr. 36.

⁵⁾ GRAEFE. Zur Uterustamponade mit Jodoformgaze bei atonischen Postpartum-Blutungen. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 41. 1889.

jakiego użył G., był szerokości jednej dłoni, zamiast 3—4 dłoni: nie więc dziwnego, że tampon był za cienki i po 8 godzinach został przez skurcz wydany z macicy, nie wywoławszy należytego ucisku na krwawiącą powierzchnię ¹⁾).

Nie będę wyliczał zarzutów, dla których niektórzy, jak OLSHAUSEN, FEHLING, BATTLEHNER, VEIT, SCHATZ i SCHUEKING, odmawiają metodzie D. doniosłości terapeutycznej i przekładają sposoby, dotychczas używane. Wiemy dobrze z doświadczenia, że wszystkie te środki często nas zawodzą; niektóre z nich są zbyt trudne do należytego wykonania, a niektóre stają się wprost szkodliwymi, tworząc tło do zakażenia położnicy; wszystkim zaś sposobom tym właściwą jest wspólna cecha, a mianowicie ta, że one nigdy nas upewnić nie mogą, czy zatrzymany krwotok nie powtórzy się.

Pomijam nacieranie [masaż] macicy przez powłoki brzuszne, jako środek najslabiej działający, a wymagający jednakże wielkiego napięcia sił fizycznych ze strony lekarza. Środek ten nigdy nie jest w stanie wywołać jednostajnego skurczu całej macicy, a wywołuje tylko miejscowe kurczenie się, podczas gdy z pozostałych nieskurczowych części krew strumieniami odchodzi. W niektórych nawet przypadkach nacieranie powiększyć może krwawienie; dotyczy to krwotoków, najczęściej spotykanych, a zależnych od pozostałych w jamie macicznej resztek jaja płodowego, forsowne oddzielenie, *resp.* oderwanie się tych, gdy z zewnątrz nacieramy miejsca te ręką, często sprowadza znaczny strumień krwi.

Znacznie trudniejszym do wykonania jest ucisk, zalecany przez OLSHAUSEN'a, VEIT'a, BATTLEHNER'a, dwuręczny [bimanualny] na dno macicy z zewnątrz i na ujście maciczne ręką do pochwy wprowadzoną. Powierzyć tego akuszerce w żaden sposób nie można, bo chodzi tu o ręce aseptyczne [jeżeli już nie o należyście wydezynfekowane], czem nasze akuszerki pochwalić się, niestety, nie mogą. Cała zresztą wartość terapeutyczna zabiegu tego jest bardzo problematyczną, gdyż stałego skurczu wywołać nie możemy; w chwili gdy ręce odejmujemy, krwotok zbyt często powtarza się. Pewniej daleko działa „dynamiczny” wpływ niektórych środków farmaceutycznych, jak sporyszu i wszystkich jego przetworów, do których w ostatnich czasach przybyła kornutina [KÜESTNER]. Miesiąc temu FALK ²⁾ zalecił przetwory z wprowadzonego do leczenia w 1883 przez prof. SCHATZ'a — *Hydrastis canadensis*, a mianowicie hydrazynę i chlorek hydrazyny.

Hemostatyczne działanie środków tych jest pewnem i nie ma chyba krwotoku, ażeby bez nich obejść się można było; sam DUEHRSEN zaleca je przed użyciem tamponady i zaleca je głównie w formie podskórnych wstrzykiwań dla szybszego działania. Środkom tym można tylko to zarzucić, że, ulegając częstemu psuciu się, nie nadają się one akuszerowi do przechowywania ich w *armamentarium*, a za każdym razem trzeba sprowadzać je z apteki, co w przypadkach nagłych nie jest rzeczą pożądaną. Nie bez znaczenia jest także i ta okolicz-

¹⁾ DÜHRSEN. Ueber die Uterustamponade bei atonischen Postpartum-Blutungen. Berliner klin. Wochenschrift. 1889. Nr. 44.

²⁾ FALK. Ueber Hydrastuin und dessen Anwendung bei Uterusblutungen. Therap. Monatsheft. Nr. 1890.

ność, że środki te, podskórnice użyte, zbyt często dają na miejscach nakłócia zapalne stwardnienia skóry i ropnie.

Co się wreszcie tyczy leczenia krwotoków połogowych za pomocą wpływów termicznych, w postaci zimnych i od 10 lat używanych gorących wstrzykiwań do pochwy, to jedno i drugie uważałem zawsze za miecz obosieczny. Gdy zimna woda zawiedzie, na co długo w praktyce czekać nie potrzeba, i lekarz zastosuje, chociażby ze skutkiem wody gorącej [której, mówiąc nawiasem, niezawsze się ma pod ręką], wtedy laicy, widząc rozpaczliwy stan chorej po znacznej utracie krwi, mają żal do lekarza, dlaczego odrazu nie użył zamiast zimnych, gorących wstrzykiwań. Zbytecznym byłoby opisywać położenie lekarza, gdy i wstrzykiwania gorące go zawiodą, co także do rzadkich przypadków nie należy. W klinikach, gdzie wszystko jest pod ręką i dokąd chora przybywa z musu lub też z wyrobionem już zaufaniem, leczenie termiczne krwotoków połogowych daje się łatwo zastosować; w praktyce zaś prywatnej na lekarza często spadają ciosy za to jedynie, że postąpił podług litery nauki. Nie bez wielkiej doniosłości dla zdrowia i życia chorej są pozostałe w jamie macicznej i pochwie skrzepy krwi, tworzące się pod wpływem gorącej wody. Usunąć je, nie wiemy sami kiedy, a tymczasem tworzą one grunt dla przyjęcia i rozwoju zakażenia połogowego. Najważniejszy zarzut stawiają gorącym wstrzykiwaniom RUNGE ¹⁾ i SCHWARTZ ²⁾, którzy po nich widzieli wzmożenie się bezwładu [atonii] macicy, niczem opanować się nie dającego.

Wszystkie te środki, o których wspomniałem, oprócz zawodu, jakiego często przy użyciu ich doznajemy, tworzą zawsze chaos w umyśle lekarza. Nagłość przypadku i rozpacz otaczających zmuszają nas do przerzucania się z jednego środka do innego, które, razem wzięte, nie rzucają nam nigdy światła na różniczkowe rozpoznanie ogniska krwawiącego; w przypadkach zaś rozerwania jakiegokolwiek części drogi porodowej [szyi macicznej, pochwy, łechtaczki i kroczka] pozostają zawsze bez skutku.

Inaczej rzecz się ma z tamponadą o której BARTH ³⁾ mówi, że „*Die Tamponade reisst (den praktischen Arzt, den Landarzt), gleichzeitig aus jeder Verlegenheit bei einer unerwarteten Blutung und gewährt den sichersten Schutz gegen eine Nachblutung*”.

Już po wprowadzeniu pierwszej części gazy do dna macicznego, następuje momentalnie silny skurz narządu tego; krwawienie, z rozerwanej nawet szyi macicznej pochodzące, znacznie się zmniejsza, gdyż przy kurczu górnych gałązek tętnicy macicy, jak dowiedli HOFMEYER i BENCKISER ⁴⁾, mniej znacznie krwi dostaje się do rany, w dolnym odcinku macicy położonej. Jeżeli krwawienie pomimo silnego skurczu macicy, przez tamponadę wywołanego, dalej trwa [choć w znacznie mniejszym stopniu], mamy wtedy bez kwestyi uszkodzenie

¹⁾ Archiv f. Gynaek. T. 13.

²⁾ Centralbl. f. Gynaek. Nr. 16. 1884.

³⁾ ARTHUR BARTH. Ueber unsere Grundsätze in der Wundbehandlung. Deutsch. Med. Wochenschrift. Nr. 7. 1890.

⁴⁾ HOFMEYER und BENCKISER. Beiträge zur Anatomie des schwangeren und kreissenden Uterus. 1887.

części drogi porodowej, na zewnątrz od macicy położonej, gdyż gaza jodoformowa, w odpowiedniej ilości do jamy macicy wprowadzona, momentalnie [przez *contractio et compressio*] wstrzymuje krwotok, bądź z czystej *atonii uteri*, bądź ze zwyrodnienia tętnicy macicznej powstały, o czym bardzo łatwo przekonać się możemy. Zbytecznem byłoby dodać, jak łatwo możemy po zatamponowaniu rozpoznać krwotok, powstały od rozerwania łechtaczki lub krocza. Powstaje obecnie pytanie, czy w dwu tych ostatnich przypadkach tamponada DUEHRSEN'owska posiada bezpośrednią wartość terapeutyczną? Bynajmniej. W danym razie bez szwu, który z łatwością nałożyć tu możemy, obejść się nie można, ale tamponada, wyjaśniając ognisko krwawienia, oddaje nam bez kwestyi znakomite usługi.

Daleko ważniejszą jest metoda DUEHRSEN'a w przypadkach rozerwania szyi macicznej, do leczenia którego mamy kilka sposobów, lecz bardzo trudnych do wykonania w praktyce prywatnej. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

14. Senger. Nowa modyfikacja cholecystotomii.

Mając na względzie niepewność t. zw. „idealnej“ cholecystotomii ¹⁾, polegającej na wpuszczeniu pęcherzyka żółciowego napowrót do jamy brzusznej po uprzednim nałożeniu szwu na przeciętą ściankę pęcherzyka, gdyż może w danym razie nastąpić rozejście się szwów ze wszystkimi smutnymi następstwami wylewu żółci do jamy otrzewnej, autor podał swoją nową modyfikację operacyjną, mającą na celu zapobieżenie tej ewentualności. W tym celu wydobywa on na zewnątrz z jamy brzusznej cały pęcherzyk żółciowy i w takim stanie pozostawia go na jakie 48 godzin. W celu pewniejszego utrzymania go w tej pozycji, obszywa on ściany pęcherzyka ze skórą i owija wałkiem z gazy jodoformowej i nakłada odpowiedni opatrunek. Po 48 godzinach następuje zazwyczaj dość silny zrost i wtedy dopiero przecina się pęcherzyk, wydobywa zawartość i nakłada zwykły szew na przeciętą ściankę. Wtórna ta operacja odbywa się bez znieczulenia. Po zeszyciu pęcherzyka znów czeka się kilka dni, aż do upewnienia się o stałości szwu. Jeżeli w tym względzie nie mamy pewności, lub jeżeli on wogóle w zupełności się nie udał, *resp.* jeżeli pozostaje mała przetoka, w takim razie nakładamy szew powtórnie, wycinając w razie potrzeby klin ze ścianek pęcherzyka. Upewniwszy się co do stałości szwu, rozpruwa autor pierwotny szew ścianek pęcherzyka ze skórą i cały pęcherzyk opuszcza napowrót do jamy otrzewnej, zamykając jednocześnie i ranę brzuszną. W razie jeśli dla jakichkolwiek powodów nie decydujemy się na wpuszczenie pęcherzyka całego do jamy brzusznej, to postępujemy w ten sposób, że, usunawszy ten sam szew, co i poprzednio, lub też nie zdejmując go wcale, pozostawiamy pęcherzyk własnemu losowi. Po pewnym czasie zaczyna on stopniowo się kurczyć i wsuwać do jamy brzusznej.

Operacja ta ma wiele stron dodatnich, jak np. nie naraża chorego na tyle przykrości, ile sztucznie nałożona przetoka żółciowa, lub doraźna cholecystotomia — operacja tak niepewna! Z drugiej strony wykonana aseptycznie jest operacją pewną. Na poparcie swojej modyfikacji przytacza autor opis jedynego,

¹⁾ Patrz Gaz. Lek. Nr. 52 z r. 1889.

dotychczas niestety, przypadku, który operowany w powyższy sposób, zakończył się jaknajpomyślniej.

(Berl. klin. Wochenschr. 1890. N. 2. str. 90).

II. Oderfeld.

15. Rumpf. Przyczynek do symptomatologii krytycznej nerwicy urazowych (*commotio cerebro-spinalis*).

Tak zw. nerwice urazowe zyskały w ostatnich czasach samodzielne stanowisko w dziedzinie chorób układu nerwowego. MOELI, OPPENHEIM, THOMSON, STRUEMPELL ¹⁾ opracowali szczegółowo symptomatologię tego cierpienia i ułatwili jego rozpoznanie. Cała trudność rozpoznania nerwicy urazowej polega na tem, że w stosunku do nader licznych i różnorodnych objawów podmiotowych, objawy przedmiotowe, temu cierpieniu właściwe, są zwykle nader szczupłe, a nieraz nie ma ich wcale. Jeżeli weźmiemy pod uwagę okoliczność, że chorzy tego rodzaju mają pewien cel praktyczny do udawania, a przynajmniej do przesadzania swych cierpień [wynagrodzenie przez fabrykantów, towarzystw ubezpieczeń i t. d.], zrozumiemy łatwo, że wzbogacenie przedmiotowych danych rozpoznawczych w tym kierunku bardzo jest pożądanem.

Autor spostrzegał przypadek nerwicy urazowej u pewnego chorego, który, będąc poprzednio zupełnie zdrowym, wskutek urazu w okolicy kolumny kręgosłupowej doznawał bólów, w kręgosłupie i klatce piersiowej, osłabienia i drżenia w kończynach dolnych, co go uczyniło niezdolnym do pracy. Badanie przedmiotowe wykazało: pochylenie naprzód podczas chodzenia, padanie przy zamkniętych oczach, drżenie przy wzmoczonych ruchach, zmniejszenie siły mięśniowej wraz ze zmniejszeniem czucia [mianowicie ciepłoty]. Wszystkie te objawy nie posiadały, według autora, wartości niezaprzeczalnych objawów przedmiotowych, ponieważ mogły zależeć od woli chorego. Przy dłuższej obserwacji chorego autor zauważył, że po wszelkim zmęczeniu, a także pod wpływem zimna zjawiały się w obu mięśniach trójgłowych uda, samodzielne skurcze włókienkowe [fibrylarne], przypominające obraz falowania pokrytego zbożem pola. Takie falowanie masy mięśniowej udało się autorowi wywoływać na zawołanie przez ożębienie kończyny, a także przez faradyzację. Przy tej ostatniej stale spostrzegano następujące zjawisko: jeżeli wywołano za pomocą dość silnego prądu indukcyjnego tetaniczny skurcz mięśnia czworogłowego, to z przerwaniem prądu mięsień nie wracał do spokoju, jak to ma miejsce w mięśniach prawidłowych, lecz przez dłuższy jeszcze czas można było spostrzegać w nim włókienkowe faliste drgania, które występowały również i w mięśniu po stronie nieelektryzowanej. Podobne zjawisko na mięśniu kapturowym spostrzegał autor u innego chorego, u którego urazowi uległa tylna część karku. Ogółem w 10 przypadkach nerwicy urazowych udało się dotychczas autorowi spostrzegać wyżej opisane zjawisko w mięśniach kończyny dolnej, lub też górnej, a także w mięśniu piersiowym wielkim. Zjawiska te nie mają nic wspólnego ze skurczami mięśniowymi, występującymi przy zaniku postępowym mięśni [tu skurcze nie są tak częste, przytem występuje na pierwszy plan objaw główny, t. j. zanik], ani ze skurczami neurastenicznymi, które trwają długo i powstają bez widocznej przyczyny. Ów odczyn urazowy [odczyn traumatyczny] mięśni uważa autor za nader charakterystyczny i do tego za prawdziwie przedmiotowy objaw nerwicy urazowej. W powyższych przypadkach odczyn ten otrzymujemy przez zastosowanie silnego prądu faradycznego na kręgosłup.

¹⁾ Patrz 1 ser. „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redak. Gaz. Lek. [odeczyt 2].

Drugim momentem krytycznym w zakresie nerwic urazowych, jest t. zw. kontrola traumatycznych nerwobólów. Polega ona na tem, że przy ucisku punktów bolesnych otrzymujemy stale zwiększenie częstości tętna [z 80 np. do 120 uderzeń na minutę]. Objaw ten spotykał autor we wszystkich spostrzeganych przez siebie przypadkach nerwic urazowych, połączonych z nerwobólami, spotykał go również w przypadkach zwykłych nerwobólów nieurazowego pochodzenia. Raz nawet udało mu się za pomocą takiej kontroli wykryć udawanie. Chory uskarżał się na niesłyszany ból w dołku podsercowym, zjawiający się jakoby przy ucisku. Ucisk żadnej zmiany w tętnie nie wywoływał, autor oświadczył choremu, że tenże kłamie. Chory ze wstydem przyznał się do udawania.

Trzeci punkt, na który należy zwracać uwagę przy krytycznem ocenianiu nerwic urazowych, jest zmniejszenie pobudliwości galwanicznej nerwów ruchowych. Objaw ten występuje dopiero w dalszym przebiegu choroby, najwcześniej po miesiącu i później. Jak wiadomo, takie zmniejszenie pobudliwości elektrycznej bywa prostem następstwem nieużywania danej grupy mięśni i nerwów, ale wtedy nie jest ono znacznem. Przy zaniku i niedowładzie mięśni, występujących w następstwie cierpień stawów, zmniejszenie pobudliwości elektrycznej występuje w wyższym już stopniu. Jednakże w każdym danym przypadku łatwo jest przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe. Autor badał zachowanie się dwóch nerwów: łokciowego, jako przedstawiciela kończyny górnej i strzałkowego — dolnej. Prawdłowo otrzymywano tetaniczny skurcz przy zamknięciu katody [KaSTe] dla nerwów łokciowych przy 4 do 10 M. A., dla nerwów strzałkowych — przy 6—8 M. A.. Tymczasem autor spostrzegał takie przypadki nerwic urazowych, w których 20 a nawet 25 M. A. KaSTe nie wywoływało. Za to pobudliwość faradyczna pozostawała często bez zmiany. Tę właśnie nierówność w zmniejszeniu pobudliwości galwanicznej w stosunku do mało zmienionej pobudliwości faradycznej autor uważa za swoistą dla nerwic traumatycznych.

Objawom ze strony czucia autor przypisuje wtedy tylko pewną wartość, jeżeli występują stale w różnych odstępach czasu. To samo stosuje się do pola widzenia. W jednym i tym samym przypadku ten sam okulista znalazł zmniejszenie pola widzenia tam, gdzie po ośmiu dniach żadnej nieprawidłowości w tym kierunku wykryć nie mógł. Brak inteligencji i dobrej woli chorego utrudnia w wysokim stopniu tego rodzaju badania i odbiera im wartość.

Opierając się na wyżej przytoczonych danych, autor wyprowadza wniosek, że w następstwie urazu mogą pozostawać ciężkie cierpienia układu nerwowego, posiadające pewne przedmiotowe objawy. Te ostatnie właśnie pozwalają na wyróżnienie tych cierpień od histeryi i neurastenii, z czego bynajmniej nie wpływa, że histeryja i neurastenija nie mogą powstawać w następstwie urazu. Nazwy nerwic urazowych autor nie pochwala; za racjonalniejsze i lepiej rzecz malujące uważa stare miano mózgowo-rdzeniowego wstrząsu (*commotio cerebro-spinalis*).

W każdym danym przypadku nerwicy urazowej należy największą uwagę zwracać na objawy przedmiotowe, one tylko mogą ułatwić zadanie lekarza, jako rzeczoznawcy wobec sądu i uchronić go od błędów, jakie się już niejednokrotnie zdarzały. Ciężkie z pozoru nerwice urazowe zadziwiająco szybko znikają, po przyznaniu wynagrodzenia, jak również niektórzy o udawanie posądzani ludzie nigdy już zdrowia nie odzyskali.

(Deut. Med. Wochenschr. Nr. 9).

A. Puławski.

Wiadomości terapeutyczne.

7. Hypnalum, nowy środek nasenny. W roku zeszłym BLAINVILLE zwrócił uwagę, że przy dodaniu stężonego roztworu antypiryny do stężonego roztworu wodoru chloralu i zmieszaniu powstaje męt, barwy mlecznej. Po pewnym czasie męt osadza się na dnie naczynia w postaci płynu oleistego, który po kilku godzinach krzepnie i daje masę krystaliczną. Tworzy się wówczas nowy związek chemiczny wodoru chloralu z antypiryną, związek bardzo złożony (*trichloracetyldimethylphenylpyrazolon*), któremu BARDET nadał nazwę: *hypnalum*.

Zresztą, o ile się zdaje, woda chloralu z antypiryną może dawać kilka związków. I tak, BÉHAL opisał dwa takie związki: jeden jest połączeniem jednej cząsteczki chloralu z jedną cząsteczką antypiryny i krystalizuje w ośmiościany; drugi zaś jest połączeniem dwóch cząsteczek chloralu z jedną cząsteczką antypiryny i krystalizuje w długie igły pryzmatyczne.

W każdym razie tak zwany hypnal, powstający przy zmieszaniu jednakowych ilości stężonych roztworów chloralu i antypiryny, był przedmiotem badań w ostatnich czasach.

Hypnal trudniej rozpuszcza się w wodzie, aniżeli chloral. Nie ma żadnego zapachu. Nie posiada ani własności żrących, ani drażniących. Nie ma smaku drapiącego, tak, że nawet u dzieci bardzo łatwo można go stosować.

BONNET, a po nim BARDET przekonali się, że związek, o którym mowa, łączy w sobie własności usypiające wodoru chloralu z własnościami kojącymi antypiryny.

BARDET stosował hypnal u 22 różnych chorych, dotkniętych bezsennością. Po zażyciu jednego grama [gr. xvj] ma powstawać sen nawet w tych razach, w których bezsenność zależy od bólu, albo od kaszlu.

Godną uwagi jest mała dawka, wystarczająca do wywołania snu. Skutek ten nie może zależeć od chloralu samego, gdyż hypnal w jednym gramie zawiera tylko około 0,45 [gr. vij] chloralu.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Zgromadzenie lekarzy wiedeńskich II cyrkułu wystosowało do zarządu miasta *memorandum* w kwestyi istniejącego w tem mieście niewłaściwego sposobu oczyszczania schodów w domach i ulic. Zaleca się właścicielom domów jaknajczystsze utrzymywanie podwórz, schodów i korytarzy, oraz unikanie walania ścian i podłogi plwociną. W tym celu na podwórzach i schodach powinny się znajdować wszędzie spluwaczki z wodą. Pościel, dywany i zapyłone ścierki nie powinny być trzpane na schodach. Podwórza i schody należy w godzinach rannych codziennie oczyszczać przy pomocy wody, *resp.* mokrych trocin dla uniknięcia pyłu; futryny i inne przedmioty należy mokremi płatkami ścierać, zaś śmieci usuwać po zwilżeniu wodą, zarówno z domów jak i z ulic. Pożądane byłoby pouczenie służby i organów wykonawczych oraz publiczności o pożytkach, z zachowania czystości i ostrożności wynikających, gdyż w ten tylko sposób uchronić się można od najcięższych właśnie chorób. Przydałoby się bardzo dla Warszawy zaprowadzenie tych porządków.

Nadesłano do Redakcyi.

PENZOLDT [tóm. A. FABIAN]. Podręcznik farmakologii klinicznej dla użytku lekarzy i studentów. Zeszyt I. Warszawa. 1890. Wydawnictwo „Medycyny”.

J. MAJKOWSKI. Busko. Wody siarczano-słono-wapienne, jod i sól glauberską zawierające. Warszawa. 1890.

L. M. BUJKO. Tinakskija mineralnyja griazi. Diss. inaug. Petersburg. 1890.

FRANZOLINI ed SALVETTI. Sulla efficacia terapeutica della Catramina Bertelli nelle tubercolosi locali ed esplicitazioni morbose affini. Milano. 1890.

Do N-ru 21 Gazety Lekarskiej dodano bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Opis Nałęczowa” oraz „Opis wyciągu tytoniowego” Fabryki Bogdanowa w Moskwie. — Do bieżącego N-ru dodaje się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich” księgarni Wendego, — Prospekt na odczyty kliniczne, oraz prospekt na dzieło H. HAGER’a „Wykład chemii farmaceutycznej.”

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 17 Мая 1890 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.

Sklep z wodami mineralnemi w tymże domu.



Wyrobia wszelkie wody mineralne sztuczne, według najnowszych analiz z całą dokładnością, na wodzie dystylowanej przy pomocy ulepszonych maszyn i filtrów.

SKŁADY WÓD W NASTĘPUJĄCYCH APTEKACH.

- | | |
|--|---|
| 1) W. Borowski, Przejazd Nr. 8. | 6) Fr. Fijałkowski, Nowo-Senatorska. |
| 2) K. Dziechciński, apteka Dworu J. C. K. M.
Krak.-Przedmieście Nr. 59. | 7) Lewandowski i Heintze, Żelazna Nr. 65. |
| 3) Gessner, Aleja Jerozolimska róg Kruczej
Nr. 27. | 8) M. Lilpop i Treutler, Nowy-Świat Nr. 60. |
| 4) Górski, Podwałe Nr. 4. | 9) A. Łopaciński, Nowe Miasto (Freta) N. 2. |
| 5) I. Habielski, Stare Miasto Nr. 17. | 10) Mrozowski, Franciszkańska Nr. 18. |
| | 11) Olsztyński, Marszałkowska Nr. 99. |
| | 12) K. Lilpop, Solec Nr. 30. |

Wysła obstalunki do Królestwa i Cesarstwa, na drugi dzień po otrzymaniu zamówienia. Ekspedycje za przekazami (Nachnahme). Przesyłka do kolei bezpłatna. W Warszawie odsyła do domów prywatnych najmniej po 10 syfonów wód Mineralnych. Syfony wydaje na podpisanie kwitu, zamówienia przyjmuje Telefonem Nr. 6r3.

Adres dla telegramów *Dzierzkowski, Nowy-Świat 31.*

Woda Giesshübler, ceny zniżone, syfon 10 kop. Butelka mała 5 kop.

6—4