

# GAZETA LEKARSKA.

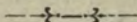
## I. PRZYZYNEK DO ROZPOZNAWANIA I LECZENIA

ZAPALEŃ W LINII PRZYROSTKOWEJ PANEWKI BIODROWEJ.

[Rzecz w streszczeniu wyłożona na posiedzeniu Tow. Lek. Krak. d. 5 go grudnia 1894].

Podał

**Prof. D-r A. Obaliński** w Krakowie.



Nie ulega dzisiaj już żadnej wątpliwości, że ostre zapalenie kości (*osteitis acuta*) jest chorobą, wywołaną przez drobnoustroje, a w szczególności przez gronkowce, paciorkowce i inne, które, czy to przez drogę oddechową, czy też pokarmową lub inne, dostawszy się do krwiobiegu, usadowiają się głównie tam, gdzie dała powód do tego albo okazyjonalna jakaś przyczyna, jak: przeziębienie lub uderzenie, albo fizyologiczne stosunki żywszej przemiany materii. Do tych ostatnich zaliczamy w kościach te trzy miejsca, w których odbywa się rozrost kości, t. j. okostna, szpik i linia przyrostkowa. Jeżeli zatem miejsce to, gdzie owa przyczyna chorobowa podziałała, leży dla zmysłów lekarza przystępnie, jak n. p. kolano, łokieć, goleń i t. p., wówczas rozpoznanie sprawy właściwej wobec dat anamnestycznych i miejscowego stanu, jak: obrzęku i bólu zwiększającego się przy ucisku, nie powinno ulegać trudnościom i po większej części im nie ulega, z wyjątkiem tych przypadków, w których wywiady są ujemne, a sprawa odbywa się w linii przyrostkowej, tak, że chorobę zapalną kości można wziąć za inne choroby, a przedewszystkiem za tego sfinksa lekarskiego, którego nazywamy reumatyzmem stawowym.

Pomyłka ta może być bardzo niefortunną dlatego, że zasadzie, od dawnych czasów przyjętej, a obecnie jeszcze bardziej przestrzeganej „ubi pus — ibi evacua“, nie staje się w takim razie zadość, gdyż w reumatyzmie nie myślimy zazwyczaj o ropie, a ta, pozostając w ustroju, do ciężkich prowadzi następstw. Skutki zaniedbanego takiego zapalenia w linii przyrostkowej są ogólnie znane.

Pomijając te przypadki, w których zakażenie jest tak gwałtownem, że w przeciągu kilku dni sprowadza zatrucie ustroju toksynami, a więc śmierć, dodać trzeba, że często przychodzi tutaj do rozległej martwiny kości (*necrosis*), do następczego zajęcia stawu, do oddzielenia przyrostka, do przerzutów na inne przyrostki, a po bardzo dolegliwym przebiegu choroby ostatecznie albo do śmierci z wycieńczenia, albo do stałego kalectwa.

To też nowocześni chirurdzy, w zaufaniu do świetnych wyników swej sztuki, coraz częściej odzywają się ze zdaniem, że w tych przypadkach nale-



ży wcześniej operować, a nadto o wiele doszczętniej, bo nie tylko radzą szukać ropy między i pod częściami miękkimi, lecz zachęcają, do wczesnego wykonania otwarcia szpiku kostnego, czyli t. z. trepanacyi kości, jak np. THELEN <sup>1)</sup>, KUESTER <sup>2)</sup>, OLLIER i LANNELONGUE <sup>3)</sup>.

Możnaby jeszcze nad tem dysputować, czy w każdym przypadku należałoby wykonywać tak bardzo radykalną operację, na to jednak każdy chirurg chętnie się zgodzi, że wcześniejsze poszukiwania ropy w tych przypadkach mogłyby uchronić od wielu nieprzyjemnych następstw i powikłań.

Jeżeli mimo powierzchownego położenia niektórych członków, jak: uda, kolana i goleni, sprawy zapalne w samych początkach nie tak łatwo bywają rozpoznawane, cóż więc dziwnego, że one tam, gdzie staw jest ukrytym wśród grubego pokładu mięśni, jak np. w stawie biodrowym, częstokroć wcale nie bywają rozpoznawane, a tem samem i należycie nie bywają leczone. Osobliwie dotyczy to zapalenia w linii przyrostkowej panewki biodrowej, o której to chorobie dokładniejszego nabraliśmy pojęcia dopiero od czasów pracy BARDENHEUER'a <sup>4)</sup>, w której tenże na jej objawy zwrócił uwagę, oraz wskazał, jaką drogą dążyć do rozpoznania, a wreszcie opisał metodę operacyjną, ułatwiającą dostanie się do ogniska ropnego.

Ponieważ kwestya ta jest prawie zupełnie nową i prócz autora jeszcze przez nikogo nie została poruszoną <sup>5)</sup>, przeto sądzę, że będzie to na czasie, jeżeli skorzystam ze sposobności i opiszę tej choroby dwa przypadki, które zdarzyło mi się w ostatnich kilku tygodniach spostrzegać i operować, a to tembardziej, że zwrócę przez to uwagę nie samych fachowych chirurgów, jak to się stało z pracą BARDENHEUER'a, ale uwagę ogółu lekarzy praktykujących, do których przedewszystkiem zgłaszają się tacy chorzy: od ogółu zatem lekarzy głównie zależy, aby właściwego czasu, do operacyi najodpowiedniejszego, nie zaniedbać.

Oto moje przypadki:

1) Franciszek H..., lat 14 mający, z zakładu sierot, zgłosił się do naszego ambulatoryum w dniu 10. IX. 1894 r., twierdząc, iż nieco kuleje i doznaje bólu w nodze prawej od dni trzech, a mianowicie skutkiem upadnięcia na bok prawy przy wywracaniu koziołków. Wówczas nie znaleziono, oprócz lekkiego obrzęku w okolicy biodrowej prawej, nic uwagi godniejszego; polecono okłady z octanu glinu i wypoczynek w łóżku.

W 3 dni później przywieziono go już na oddział chirurgiczny, gdzie przyjęty w dniu 13. IX. 1894 r., a następnego dnia zbadany, okazywał następujący stan. Chłopiec, dobrze zbudowany i odżywiony, z wyrazem twarzy bolesnym, leży z kończyną dolną prawą w biodrze zgiętą i tamże obrzękłą i skarży

<sup>1)</sup> Arch. f. klin. Chir. XXXVIII. 1.

<sup>2)</sup> Tamże. XLVIII. 4.

<sup>3)</sup> MAUCLAIRE. Osteomyélites de la croissance.

<sup>4)</sup> Arch. f. klin. Chir. XLI. 1. z r. 1891 i Verhandlungen des 20 Congresses der deutsch. Ges. f. Chirurgie.

<sup>5)</sup> MAUCLAIRE (l. c.) podaje wpawdzile, że *l'ostéomyélite aiguë du bassin* jest dokładnie przebadaną, lecz, jak się pokazuje, więcej w kierunku anatomo-patologicznym, niż klinicznym.



się na ból w górnej połowie uda i w prawym boku. Ciepłota ciała podniesiona do 39° C.

Wobec wywiadów, objawów opisanych i okoliczności, że przy ucisku w głębi brzucha po stronie prawej powyżej obrzęku, sięgającego aż do dołu biodrowego prawego, chory skarżył się także na ból, skłoniłem się do przypuszczenia, że w obecnym przypadku mam do czynienia z ropnym zapaleniem mięśnia lędźwiowego prawego i na tej zasadzie przystąpiłem w d. 17. IX. 1894 r. do operacji za pomocą cięcia biodrowego BARDENHEUER'a (*Iliumschnitt*), przyczem odsłoniłem fałdę otrzewnej, odsunąłem ją ku górze i dopiero teraz poszukiwałem ropy za pomocą strzykawki w różnych kierunkach, lecz jej nigdzie nie znalazłem. Tu muszę nadmienić, że w narkozie dała się kończyna zupełnie wyprostować, a przy ruchach w stawie biodrowym nie można było wyczuć żadnego chrupotania. Przyznaję się, że operacja ta przykre na mnie zrobiła wrażenie ujemnym swoim wynikiem; ranę zaszyłem i chorego do łóżka przenieść kazałem.

Po przyściu chorego do przytomności udo znowu się zgięło, ciepłota ciała utrzymywała się na wysokości, jak poprzednio, około 39° C., bóle również trwały.

Rozmyślając nad tym przypadkiem, przypomniałem sobie przytoczoną powyżej pracę BARDENHEUER'a o zapaleniu linii przyrostkowej w panewce biodrowej i możliwości wykazania nacieku od jej górnej powierzchni przez badanie za pomocą palca, wprowadzonego do odbyticy. W dniu 21. IX. 1894 r. stwierdziłem rzeczywiście w ten sposób nacieki bolesny, a następnego dnia przedłużyłem w narkozie poprzednie cięcie ku środkowi aż nad spójnię łonową (*Symphysisschnitt*), a odsunąwszy i tutaj ku górze fałdę otrzewnej, ku wewnątrz pęcherz moczowy, a ku zewnątrz naczynia biodrowe, natrafiłem w głębi na ropień, który naciąłem, a zbadawszy, po wypuszczeniu około 250 grm. ropy, dno jego palcem, znalazłem na dnie panewki odslój kostny wielkości fasoli. Odslój ten za pomocą elewatorów i cążków z głębi wydobyłem. Dalszy przebieg był bardzo pomyślny. Ciepłota ciała powróciła do normy, kończyna przybrała zwyczajną normalną pozycję, a rana goiła się tak szybko, że chłopiec w niespełna miesiąc powrócił do domu, skąd jeszcze do końca października przychodził dwa razy w tygodniu dla zmiany opatrunku.

2) Prawie równocześnie, bo w dniu 19. IX. 1894 r., przybył na oddział chorób wewnętrznych 15-letni Jędrzej D..., który opowiadał, że zaczęła go noga boleć przed kilkunastu dniami w udzie prawem z darciem, dochodzącym aż do kolana. Na podstawie obrzęku w okolicy pachwinowej prawej, ciepłoty ciała podwyższonej [do 39°] przypuszczano początkowo reumatyczne zajęcie stawu; gdy jednak objawy stawały się coraz groźniejszymi, przeniesiono chorego na oddział chirurgiczny w dniu 21. X. 1894. z rozpoznaniem ostrego zajęcia stawu biodrowego prawego.

Przy badaniu skonstatowałem: obrzęk górnej połowy uda prawego, sięgający aż powyżej więzła POUPART'a, toż udo zagięte w stawie biodrowym i odwrócone nieco na zewnątrz, ból znaczny przy najmniejszym poruszeniu kończyny. Mając ten przypadek tak samo, jak poprzedni, w podejrzeniu o to, że choroba wyszła tutaj z linii przyrostkowej panewki biodrowej, zbadalem



okolice jej przez wprowadzenie palca do odbytnicy, przyczem czułem po stronie prawej obrzęk, stojący w związku z obrzękiem, równocześnie lewą ręką w głębi nad więzłem POUPART'a wykazać się dającym.

Na tej zasadzie rozpoznałem zatem i w tym przypadku ropne zapalenie kości, stykających się w panewce biodrowej, nie wykluczając tym razem przebiecia się już ropy do stawu z powodu trwania choroby przeszło 6 tygodni. Dlatego też wykonałem tutaj, jak w poprzednim przypadku, cięcie równoległe do więzła POUPART'a [d. 23. X. 1894 r.], odsłoniłem fałdę otrzewnej, odsunąłem ją ku górze, otworzyłem ropień i wydobyłem kilka martwaków kostnych wielkości przepołowionych orzechów laskowych, przyczem się pokazało, że rzeczywiście staw biodrowy był już otwartym. Gdy jednak palec weń wprowadzony wykazał, że główka jest zupełnie nienaruszoną i gładką, nie miałem powodu przystępować do resekcji stawu biodrowego; zapewniłem tylko odpływ ropy przez nacięcie torebki stawowej od tyłu za krętarzem wielkim. Kończynę ułożono w „wyciążkach VOLKMANN'a“, a rany opatrzone antyseptycznie. Ku memu zdziwieniu przebieg był nadspodziewanie łagodnym: ropy odpływało coraz mniej, ciepłota ciała powróciła do normy, a bóle ustąpiły zupełnie. Jakkolwiek chory nie jest jeszcze wyleczonym, to jednak mogę go sumiennie zaliczyć do rekonwalescentów.

Sam BARDENHEUER (*l. c.*) spostrzegał i opisał cztery przypadki, tak, iż razem z moimi powyżej opisanymi dwoma posiada literatura lekarska właściwie tylko sześć przypadków jako tako obserwowanych, lecz napewno skontatowanych. Powiadam wyraźnie: „jako tako obserwowanych“, gdyż przeważną ich liczbę rozpoznano dopiero później po upływie 2 — 12 tygodni trwania choroby, przeto nie mamy wszędzie początkowego obrazu choroby. Najwcześniej rozpoznany został mój pierwszy przypadek, jakkolwiek i tu rozpoznanie nie szło gładko.

Ponieważ nigdzie w podręcznikach chirurgicznych <sup>1)</sup> nie znajduję opisu tej choroby, przeto widać, że przed BARDENHEUER'em nie rozpoznawano tej choroby, a zatem i nie obserwowano jej. Tem więcej zatem zdawało mi się słusznem, by zestawieć dotychczas znane przypadki i wydobyć z nich ogólny obraz chorobowy, aby, rozpowszechniwszy go nie tylko między specjalistami chirurgami, lecz, co ważniejsza, wogóle między praktykującymi lekarzami, ułatwić rozpoznanie tej, jak się zdaje, nie tak znów rzadkiej, tylko nie należyście poznawanej choroby, a tem samem, by ułatwić sposobność do zwalczania jej przez wczesne zastosowanie operacji.

W tym to celu podaję w krótkim wyciągu historię czterech przypadków BARDENHEUER'a.

1) Chłopak 14-letni, od 5 tygodni chory, mocno gorączkujący, cierpi na znaczne bóle w okolicy stawu biodrowego lewego, znaczne zgięcie uda. Gdy w narkozie nie można było wykazać przypuszczanego zapalenia której z linii przyrostkowych w górnym końcu kości udowej, zaczął B. podejrzewać

---

1) Nawet i w najnowszej, powyżej już przytoczonej, rozprawce MAUCLAIRE'a są wskazówki więcej anatomo-patologiczne, niż kliniczne.



panewkę biodrową. Dla wykazania tego wprowadzono palec do odbytnicy i natrafiono na obrzęk po stronie lewej. Cięcie nadłonowe (*Symphysischnitt*) odsłoniło ognisko ropne na samej panewce, której dno było przebite do stawu. Tampon z gazy jodoformowej. Wygojenie.

2) Dwunastoletnia dziewczyna gorączkuje już od 17 tygodni, wobec czego przypuszczano nawet tyfus. W 13-tym tygodniu wytworzył się w okolicy pachwinowej i biodrowej naciek, który w dwóch miejscach nacięto. Z otworu lała się obficie ropa, mimo to gorączka nie opadła. Dopiero B. wykazał przez odbytnicę naciek. Cięcie nadłonowe odkryło zbiernik ropy nad panewką, którą wydłutowano i oczyszczono—jednak bez skutku, gdyż nadzwyczaj wyniszczony organizm uległ wkrótce, bo w 6 tygodni po operacji.

3) U pięcioletniego dziecka, które przy objawach silnej gorączki prawie nagle zachorowało, wytworzył się po długim [?] czasie w okolicy biodrowej ropień, który otworzono. Gdy jednak ropienie po długim czasie nie ustawało, wykazał B., zawezwany do narady, istnienie ropnia w okolicy panewki biodrowej i otworzył go za pomocą cięcia nadłonowego, przyczem wyresekował panewkę. Główka kości udowej była już pokryta granulacjami, przeto dodano jeszcze resekcję stawu biodrowego. Wyleczenie.

4) Dziewiętnastoletnia mężatka dostaje po dosyć znacznym wysiłku dreszczu, potem trwałej gorączki i bólów w stawie biodrowym prawym, sięgającym wzdłuż uda; po kilku dniach wybitny obrzęk rozlany w tychże miejscach, a nieznaczne obrzęki w innych stawach, stąd rozpoznanie gośćca ostrego i odpowiednie lecz bezskuteczne leżenie przez 8 tygodni. W tym czasie B., obejmując leczenie, wobec znacznego upadku sił i stanu septycznego przypuszczał zajęcie którejś z linii przyrostkowych, t. j. albo jednego z krętarzy, albo w szyjce kości udowej, albo wreszcie w panewce z przebicciem się do stawu. Ponieważ najprawdopodobniejszym mu się wydawało to ostatnie, przeto otworzył staw biodrowy za pomocą cięcia na przednim brzegu krętarza wielkiego, a przekonawszy się, że w samej rzeczy sprawa wyszła z panewki, dodał cięcie nadłonowe, z którego panewkę dokładnie wydłutował, torebkę stawową wyciął prawie w całości, a z główki udowej zdjął tylko podkład chrząstkowy. Znaczna poprawa stanu ogólnego, a w końcu wyleczenie.

O ile zatem mi wiadomo, to mamy, jeżeli się nie mylę, tych tylko sześć przypadków, opisanych w literaturze lekarskiej; ze względu więc na ważność tej choroby pozwałam sobie z nich zestawić następujący przeciętny obraz chorobowy na podstawie wspólnych cech, w tych sześciu przypadkach spostrzeganych.

1) Choroba wzmiankowana wydarza się tylko w młodym wieku, t. j. przed upływem 20-go roku życia [w naszych przypadkach między 5-ym a 19-ym rokiem].

2) Występuje najczęściej samodzielnie, choć nie jest wykluczonym także uraz; w naszych przypadkach podziałał tenże na pewno 1 raz, podejrzywano go 1 raz, a samodzielnie choroba wystąpiła 4 razy.

3) Prawie zawsze choroba rozpoczyna się u osobników przedtem zupełnie zdrowych - od bólu i gorączki, która utrzymuje się na dosyć znacznej wysokości i staje się przyczyną szybkiego i bardzo wybitnego upadku sił.



4) Obrzęk rozlany w okolicy stawu biodrowego i to najczęściej sięgający, począwszy od kolca biodrowego górnego, aż do połowy uda.

5) Ból w okolicy stawu biodrowego, nie wzmagający się jednak przy ruchach kończyną. Taki stan bywa przynajmniej w początkach, tak, iż chorzy tacy nawet przez kilka dni chodzić mogą. Naturalnie, że od chwili, gdy nastąpi przebicie się ropy do stawu biodrowego, stają się chorzy nadzwyczaj wrażliwymi na najmniejsze dotknięcie zajętej kończyny.

6) Często, gdyż w połowie powyżej opisanych przypadków, spotykamy się z zajęciem kończyny w stawie biodrowym, co od gromadzenia się ropy w pobliżu mięśnia biodro-lędźwiowego pochodzi.

7) Jak w przebiegu zapalenia innych linii przyrostkowych, tak zdarza się i tutaj równoczesny wysięk i to albo ropny, albo tylko surowiczy w innych liniach przyrostkowych [w  $\frac{1}{3}$  opisanych przypadków, a mianowicie w moim drugim i w BARDENHEUER'a czwartym przypadku].

8) Najczęstszym, najwybitniejszym i jedynie o rozpoznaniu rozstrzygającym objawem jest naciek przypanewkowy od strony miednicy małej, dający się wykazać palcem, wprowadzonym przez odbytnicę już to jako twardy, już też jako chlebocący guz [według tego, czy badamy w początkach choroby, czy też w późniejszym okresie].

Wykrycie tego ostatniego szczegółu jest wyłączną zasługą BARDENHEUER'a, a brak wiadomości o nim był przyczyną, że nasze rozpoznawania w tym kierunku chybiały. Przeważnie rozpoznawano w tych przypadkach reumatyzm, zwłaszcza tam, gdzie równocześnie były zajęte inne stawy, lub zropienie mięśnia biodro-lędźwiowego, gdzie znów naprzód wysuwało się zagięcie kończyny w stawie biodrowym.

Jeżeli zatem będziemy mieli przed sobą chorego młodego, który zapadł nagle, odtąd gorączkuje i skarży się na ból w stawie biodrowym, nie zapomnijmyż wykonać badania palcem przez odbytnicę, gdyż ono najczęściej wyjaśni nam całą sprawę; a trzeba tutaj zaraz dodać, że nie jest to wszystko jedno, czy rozpoznajemy zapalenie linii przyrostkowej w pierwszych dwóch tygodniach jego przebiegu, czy też w czwartym lub piątym, albo gdy go wcale nie przypuszczamy.

Po wykazaniu wysięku ropnego nad panewką biodrową, leczenie polega na jak najrychlejszem wypuszczeniu tegoż i dokładnem zbadaniu stanu samejże panewki. Jeżeli to czynimy w początkach choroby [jak to było w moim pierwszym przypadku], kiedy zmiany w samej panewce jeszcze nie są tak znaczne, to wówczas zazwyczaj wystarczy nam wyskrobanie sklepienia tejsze, przyczem jakiś większy lub mniejszy kawałek martwiczej kości usuniemy. W późniejszych okresach należy przystąpić do wydłutowania kości w panewce, czyli do t. zw. resekcji panewki, przyczem albo już znajdujemy komunikację z wnętrzem stawu biodrowego, albo dopiero ją wytwarzamy. Moje doświadczenie poucza mnie, że tego ostatniego trzeba się naturalnie stanowczo wystrzeżać i dlatego w tym względzie nie zgodziłbym się ze zdaniem BARDENHEUER'a, który zaraz do wycięcia kości panewkowych przystępuje. Mojem zdaniem, wystarczy i w tych przypadkach wyłyżeczkowanie dna rany i usunię-



cie martwaków. Jeżeli zaś przytem się okaże, że staw biodrowy jest już otwartym, to dalsze postępowanie powinno zależeć od dalszego przebiegu. Mój drugi przypadek wykazuje dostatecznie, że, mimo otwarcia stawu wśród operacyi, przebieg dalszy był bardzo łagodny; nawet przeciw-otwór, w torebce stawowej zrobiony, okazał się zupełnie zbytecznym. Dlatego wszelkie otwieranie stawu biodrowego za pomocą cięć resekcyjnych, ogałacanie główki kości udowej z chrząstki, wreszcie wycinanie torebki, jak to uczynił BARDENHEUER w swoim czwartym przypadku, uważam za przedwczesne i dosyć na to czasu będzie, jeżeli wystąpią dalsze objawy, świadczące o ropieniu stawu, jak to zresztą najlepiej ilustruje jego trzeci przypadek. Zresztą za wielkie wydłużowania panewki mogą sprowadzić następcze zeszywnienie stawu biodrowego, jak to sam BARDENHEUER przy późniejszym omówieniu swego pierwszego przypadku wspomina i co go popchnęło do jeszcze dosztywniejszego postępowania w czwartym przypadku.

Ważniejszą jest rzeczą sposób, w jaki dostać się można do górnej ściany dna panewkowego. W tym celu używa BARDENHEUER swego cięcia nadłonowego (*Symphysisschnitt*), którego szczegóły brzmia, według jego własnego opisu <sup>1)</sup>, jak następuje: „Przecina się skórę i powięź brzucha powierzchowną cięciem poprzecznym, przebiegającym tuż nad spojeniem łonowym od połowy prawego więzła POUPART'a do połowy lewego. Po przecięciu mięśnia piramidального i prostego odsłania się fałdę otrzewnową na pęcherzu moczowym i tuż po nad więzłem POUPART'a, odsuwa ją ku górze, a sznurek nasienny i naczynia biodrowe ku zewnątrz, poczem z łatwością dostać się można do małej miednicy, a zatem i do dna panewki biodrowej“. Według mego doświadczenia, nie potrzeba wcale odsłaniać pęcherza, ani przecinać mięśnia prostego; wystarczy cięcie równoległe do więzła POUPART'a i postępowanie takie, jak do podwiązania tętnicy biodrowej w tem miejscu, a gdy się odsunie fałdę otrzewnową ku górze, a naczynia na zewnątrz, można śmiało dostać się do dna panewki.

Tak więc, rozpoznając wczesnie siedzibę ropy i wypuszczając ją rychło na zewnątrz, możemy ochronić ustrój od wielkich cierpień, od wyniszczenia, a wreszcie od znacznych zmian miejscowych, które wymagają ciężkich, a częstokroć kaleczących operacyi.

O wiele trudniejszym będzie rozpoznanie przewlekłej toczącej się sprawy w kościach panewki biodrowej, zwłaszcza jeżeli przebieg jest mało lub wcale niebolesnym. Mam tu na myśli sprawę gruźliczą, którą poruszył już sam BARDENHEUER, kładąc nacisk, że wczesne wykazanie takiego ogniska może doprowadzić na myśl wykonania wycięcia panewki, a tem samem zapobieżenia wycięciu samego stawu biodrowego, lub, gdyby sprawa już i tam się była rozszerzyła, zapewnienia lepszego przebiegu przez połączenie obu resekcyi ze sobą. Również radzi B. w tych przypadkach gruźlicy stawu biodrowego, w których po wykonaniu wycięcia tegoż stawu pozostały przetoki, dodać następczo wycięcie panewki biodrowej, co znakomicie ma wpływać na gojenie się takich przetok.

<sup>1)</sup> Prof. D-r BARDENHEUER. Der extraperitoneale Explorativschnitt. Stuttgart. 1887.



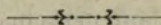
Nie mogę pominąć jeszcze jednej okoliczności, a mianowicie, że nie rzadko występują u młodych osobników bóle stawu biodrowego nadzwyczaj dolegliwe bez gorączki mimo tego, że niema typowych cech patognomonicznego ułożenia kończyny dolnej, zwykle napotykanych przy przewlekłym gruźliczym zapaleniu stawu biodrowego. Nie raz byłoby się skłonny do rozpoznania t. zw. *coxalgia nervosa*, o której pisali BRODIE, ESMARCH, WERNER<sup>1)</sup> i wielu innych, gdyby nie ta okoliczność, że znajdujemy znaczny obrzęk całego uda, a czasem i całej kończyny. Leczenie ciężarkami nie sprowadza albo żadnego skutku, albo tylko przemijający, a nawet resekcya, w stawie biodrowym wykonana, nie daje dobrych rezultatów; pozostają bowiem uporczywe przetoki, z których ciągle się ropa sączy. To zdają mi się być przypadki gruźlicy stawu biodrowego, które biorą początek w dniu panewki i które wymagałyby leczenia operacyjnego, przez BARDENHEUER'a proponowanego, t. j. najprzód wycięcia panewki biodrowej za pomocą jego cięcia nadłonowego, a ewentualnie w dodatku wycięcia główki wraz z szyjką kości udowej, lub przynajmniej obkrojenia główki i wycięcia torebki stawowej.

## II. ZAPALENIE PŁUC KOMÓRKOWE

### F II. ZAPALENIE PŁUC KOMÓRKOWE

pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym.

lekarz szpitala Tow. Sosnowickiego.



Do niedawna jeszcze jedynym kryterium w klasyfikacji ostrych spraw zapalnych płuc, podobnie jak i innych spraw chorobowych w ogólności, były znajduwane w tychże zmiany anatomiczne. A przekonanie o racjonalności tego jedynie kryterium było tak znanem, że podporządkowywano mu wszelkie inne kryteria, jakich dostarczały spostrzeżenia kliniczne i liczne, acz niezawsze może dostateczne, dane etyologiczne.

Tej to okoliczności zawdzięczać zapewne należy zjawisko, że do ostatniego prawie dziesiątka lat, tak pod względem klinicznym, jak i anatomicznym, rozróżniano dwa ściśle od siebie odgraniczone rodzaje zapalenia płuc ostrego: zapalenia płuc zrazikowe, czyli nieżytowe i zapalenie płuc zrazowe, czyli włóknikowe.

Pierwsze, ograniczające się prawie zawsze do pojedynczych zrazików lub ich grup, nie występujące nigdy jako choroba samoistna, lecz zawsze jako cierpienie wtórne, o przebiegu nietypowym; drugie—obejmujące zazwyczaj cały zraz płuca, lub większą część jego, występujące zawsze jako choroba pierwotna, o przebiegu typowym, cyklicznym.

A że zmiany anatomiczne tego rodzaju w odnośnych sprawach chorobowych spotykać się zdawały stale, powoli więc pojęcia: zrazikowy a nieży-

<sup>1)</sup> Deutsche Zeitschrift f. Chir. I. 1.



towy i zrazowy a włóknikowy tak się zlały ze sobą, że stały się prawie jednoznacznikami.

Badania, dotyczące przyczyn, wywołujących ostre sprawy zapalne w płucach, tak samoistne, jakoteż wtórne, wzbudziły pewne wątpliwości w tym względzie, a podjęte na nowo badania anatomo-patologiczne, w odnośnych przypadkach, wykazały, że pojęcia: zapalenie zrazikowe a nieżytowe i zapalenie zrazowe a włóknikowe nie pokrywają się wzajem całkowicie; że zapalenie płuc nieżytowe i włóknikowe wcale nie są sprawami tak ściśle od siebie odgraniczonymi, jak to dawniej przypuszczano, lecz, że pomiędzy dwiema krańcowymi postaciami obu rodzajów zapalenia płuc istnieje cały szereg postaci pośrednich, co do których trudno bywa nieraz postawić rozpoznanie, z jakiego rodzaju zapaleniem płuc mamy do czynienia; że następnie różnicom, czy to pod względem przebiegu klinicznego, czy też pod względem objawów w poszczególnych przypadkach, odpowiadają różnice anatomo-patologiczne; a dalej jeszcze, że różnaitość tak w obrazie klinicznym, jak i anatomicznym w pojedynczych przypadkach, a raczej grupach, tych spraw chorobowych pochodzi nie tylko ze szczególnych właściwości chorego ustroju, względnie swoistego oddziaływania na jedne i te same bodźce chorobowe, lecz, że zależą one w znacznej bardzo mierze od różnaitości w czynnikach chorobowych w pojedynczych przypadkach, względnie od rodzaju i swoistych własności tych drobno-ustrojów, które dane sprawy wywołują.

Fakty te, zdobyte w ostatnich czasach, a stanowiące niezmiernie cenny dobytek dla nauki o ostrych zapaleniach płuc, całkowicie zmieniły nasze poglądy na te sprawy chorobowe.

Do tej zmiany poglądów, jeśli nie całkowicie, to bardzo wiele przyczyniły się poszukiwania bakteriologiczne, odnośnie do etyologii ostrych spraw zapalnych w płucach.

Temu ożywczemu wpływowi, jaki wywarła bakteriologia na medycynę wogóle, zawdzięczamy wyosobnienie całej grupy ostrych zapaleń płuc, zajmujących pośrednie stanowisko pomiędzy zapaleniem płuc nieżyto- wem z jednej strony, a zapaleniem płuc włóknikowym — z drugiej.

Grupa ta otrzymała od D-ra FINKLER'a nazwę: zapalenia płuc komórkowe (*zelligen Pneumonien*). Chociaż nazwa ta nie jest zbyt szczęśliwie pomyślana, nie określa nam bowiem istoty sprawy, dla której jest przeznaczoną, zatrzymać ją jednak musimy dla braku innej lepszej.

Mając na uwadze zasłużone zresztą zainteresowanie, jakie budzą t. zw. zapalenia płuc komórkowe, chcę podać tutaj rezultaty swych poszukiwań w tym kierunku.

Spostrzeżenia moje dotyczą 25-ciu przypadków, z praktyki szpitalnej, zbadanych z możliwą dokładnością pod względem klinicznym, etyologicznym, a względnie anatomicznym [7 przyp.]; chociaż łatwo zrozumiałą jest rzeczą, że w wyprowadzeniu wniosków ogólnych opierałem się także na stosunkowo bardzo licznych spostrzeżeniach, dokonanych poza obrębem szpitala, w epoce panowania epidemii grypy i na spostrzeżeniach autorów.



Na 25 spostrzeganych w szpitalu przypadków zapalenia płuc komórkowego, 18 razy spostrzegałem je w przebiegu influenzy; jeden raz—jako powikłanie odry i 6 razy jako cierpienie samoistne, pierwotne.

Co się tyczy wieku chorych w tych przypadkach, to przedstawia się on jak następujący:

na wiek 15 — 20 lat	przypadało	8	przypadków
„ „ 21 — 25 „ „	5	„	
„ „ 26 — 30 „ „	4	„	
„ „ 31 — 35 „ „	4	„	
„ „ 36 — 40 „ „	0	„	
„ „ 41 — 45 „ „	1	„	
„ „ 46 — 50 „ „	0	„	
„ „ 51 — 55 „ „	0	„	
„ „ 56 — 60 „ „	3	„	

Podobne stosunki co do wieku chorych na omawiane tutaj cierpienie zauważyłem i w licznych spostrzeżeniach z praktyki poza-szpitalnej: w wieku dojrziałym [35 — 50 lat] spotyka się ono rzadko, częściej w wieku młodzieńczym, najczęściej zaś u dzieci [do lat 15] i u starców.

Co do natury cierpienia i przyczyn wywołujących je, to zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że jest ono chorobą natury zakaźnej, wywołowaną przez niektóre rodzaje drobnoustrojów chorobotwórczych, znanych skądinąd jako powodujące ostre sprawy zapalne w płucach.

W moich spostrzeżeniach następujące drobnoustroje były w płwocinie, a względnie w soku miąższowym płuca i w tkance płucnej <sup>1)</sup>.

<i>Bac. influenzae</i> w czystej hodowli . . . . .	w 2	przypadkach
<i>Bac. influenzae</i> i <i>diplococcus pneumoniae</i> FRAENKEL-WEICHSELB. „	9	„
<i>Bac. influenzae</i> i <i>bac. pneumoniae</i> FRIEDL. . . . .	3	„
<i>Bac. influenzae</i> i <i>streptococcus pyog.</i> . . . . .	5	„
<i>Diplococcus pneumoniae</i> FRAENKEL-WEICHSELB. w czystej hod. „	3	„
<i>Streptococcus pyog.</i> w czystej hodowli . . . . .	3	„

W naszych zatem spostrzeżeniach najczęstszą przyczyną, wywołującą zapalenie płuc komórkowe, był *diplococcus pneum.* [FRAENK.-WEICHSELB.], tak sam,

<sup>1)</sup> Przy poszukiwaniach bakteryologicznych we wszystkich przypadkach postępowalem w sposób następujący: płwocina była zbierana do wyjałowionych słoików, przyczem chorego zmuszano do mocnego odkaszlania, aby otrzymać płwocinę z dotkniętych sprawą chorobową odcinków płuca. Z tej płwociny następnie brałem cząstkę najbardziej ropną, przepłukiwałem w wodzie wyjałowionej i stąd dopiero brałem trochę płwociny do hodowli na płytkach żelatynowych, lub na agarze glicerynowym w probówkach. Biorąc w tym celu możliwie małą ilość płwociny, można za pomocą igły platynowej zaszcześcić na agarze w ten sposób, że otrzymujemy niewielką ilość pojedynczych kolonii dostatecznie oddalonych, a przez to przystępnych do badania, a potem do przeszczepiania na świeże odżywki.

W niektórych przypadkach badałem także sok miąższowy z dotkniętych sprawą zapalną odcinków płuca. Odpowiedni materiał wydobywałem za życia chorego za pomocą wyjałowionej szpryki PRAVAZ'a, przyczem nigdy nie widziałem złych następstw z tego powodu dla chorego.



jak i pospołu z *b. influenzae, streptococcus pyog.* zaś występował jako taki zaledwie w  $\frac{1}{3}$  części przypadków.

Wobec tego nie mogę zgodzić się ze zdaniem D. FINKLER'a, który uważa łańcuszkowca ropotwórczego niemal za jedyną przyczynę, wywołującą zapalenie płuc komórkowe; chociaż można było powątpiewać o tem już *a priori*, omawiane bowiem cierpienie ani pod względem klinicznym, ani pod względem anatomicznym nie przedstawia cech swoistej sprawy chorobowej.

Zmiany anatomiczne w płucach u osób zmarłych na zapalenie płuc komórkowe są tak charakterystyczne, że można je rozpoznać na zasadzie oględzin gołym okiem.

Po otwarciu klatki piersiowej, znajdujemy płuca miernie powiększonymi, nieco ciemniej zabarwionymi, niż w stanie prawidłowym. Opłucna ścienna i trzewowa często pokryta nieznaczną ilością świeżych złogów skrzepłego włókniaka. Płuco, zajęte przez sprawę chorobową, jest znacznie lżejsze, aniżeli przy zapaleniu płuc włóknikowem. Przy obmacywaniu często znajdujemy, że płuco nie jest jednakowej konsystencji w różnych miejscach, części płuca twardsze odpowiadają ogniskom zapalnym; w każdym jednak razie zajęta przez zapalenie tkanka płucna nie jest tak twardą i sprężystą, jak przy zapaleniu płuc włóknikowem. Co do konsystencji, to odpowiada ona więcej konsystencji śledziony, aniżeli wątroby. Przy krajaniu tkanki płuca rzadko uczuwamy wyraźne trzeszczenie. Powierzchnia przekroju najczęściej gładka, rzadziej niewyraźnie ziarnista; w częściach płuca, zajętych przez sprawę zapalną, powierzchnia przekroju pstro zabarwiona, przyczem kolor ciemno-czerwony lub brunatno-szary pomieszany w najrozmaitszy sposób z kolorem różowawym i szarawo-żółtym. Niejednolite zabarwienie zajętej przez sprawę zapalną tkanki płucnej zależy tak od rodzaju wysięku, jako też od tego, że sprawa zapalna nie zajmuje tu całkowicie całego zrazu płuca, lecz pojedyncze grupy zrazików, pomiędzy którymi tu i owdzie spotykamy obrzękłą, zawierającą powietrze, tkankę płucną. Tkanka łączna około oskrzeli i naczyń widocznie zgrubiała, oskrzela i oskrzeliki puste, nie zawierają w świetle czopków włókniaka lub ropnej plwociny, lecz, co najwyżej, mętny, brunatny, mazisty płyn, który zeskrobuje się także z powierzchni przekroju.

Często bardzo w jednym i tym samym płacie płuca, obok ognisk zapalnych pochodzenia świeżego, spotykamy ogniska starsze, przedstawiające się w postaci nieprawidłowo zarysowanych wysepek, więcej twardych na dotyk, jak gdyby suchych i szarawo-żółto zabarwionych a obok nich inne również formy nieprawidłowej, ciemno-brunatnego koloru, w środku mniej lub więcej rozmiękczonych. Te ostatnie spotykałem nie tylko na brzegach płatów płuc, lecz i w głębi miąższu, w środkowej części płatów, wśród obrzękłej tkanki płucnej, lub wśród tkanki nacieczonej, zajętej przez sprawę zapalną.

Ogniska zapalne, obejmujące większe lub mniejsze grupy zrazików, często tak się ze sobą zlewają, że zdaje nam się na pierwszy rzut oka, iż mamy do czynienia ze sprawą zapalną, obejmującą cały zraz płuca; bliższe jednak rozpatrzenie pozwala ocenić rzeczywisty stan rzeczy, że to pozornie zrazowe zapalenie płuc jest właściwie rozlanem zapaleniem zrazikowem.



Okoliczność ta odróżnia wyraźnie zapalenie płuc komórkowe od zapalenia płuc włóknikowego, a ułatwia nam zadanie w tym względzie i to jeszcze, że nawet w przypadkach pozornie zrazowego zapalenia płuc znajdujemy różne co do czasu ogniska zapalne.

O wiele trudniejszym jest różniczkowe rozpoznanie zapalenia płuc komórkowego od zapalenia płuc nieżyłowego, od którego odróżnia się zabarwieniem zajętych przez sprawę zapalną części płuca, pstrym wyglądem powierzchni przekroju, więcej wodnistym, brunatnym [a nie żółtawym], mętnym płynem, zeszkrobwanym z powierzchni przekroju, a także brakiem jednocześnie istniejącego nieżyłowego zapalenia oskrzeli, stanowiącego niezbędny objaw zapalenia płuc nieżyłowego, przy którym w oskrzelach znajdziemy zawsze ropną, mniej lub więcej, zawartość.

Zmiany anatomiczne drobnowidzowe różnie się przedstawiają nie tylko w rozmaitych, co do czasu, ogniskach zapalnych, lecz i w poszczególnych przypadkach.

W ogniskach stosunkowo świeżych znajdujemy tkankę łączną naokoło naczyń krwionośnych i oskrzeli, a także w przegrodach między pęcherzykami płuc, mocno zgrubiałą, nacieczoną leukocytami; szczeliny limfatyczne rozszerzone. Pęcherzyki płucne wypełnione skrzepłym włóknikiem, w większej lub mniejszej ilości, w okach siatki którego znajduje się obfita ilość leukocytów, tłuszczowo zwyrodniałych komórek nabłonkowych i czerwonych ciałek krwi; a pomiędzy komórkami spotykamy większą lub mniejszą ilość drobnoustrojów.

Głównem jednak siedliskiem tych ostatnich jest tkanka łączna; często bardzo spotkać można tego rodzaju obraz, jak drobnoustroje zbitą masą, jakby wieńcem, albo wypełniają szczeliny limfatyczne w tkance łącznej, gdy jednocześnie w samym pęcherzyku lub w świetle oskrzelika spotyka się pojedyncze zaledwie okazy tychże.

W innych znowu przypadkach również w ogniskach świeżych znajdujemy jedynie nacieczenie tkanki łącznej płuc, przepelnienie pęcherzyków płucnych komórkami rozmaitego rodzaju i wcale nie znajdujemy włóknika, a natomiast trochę surowiczego wysięku.

W ogniskach zapalnych, w których sprawa doszła do rozmięczenia [gangreny], znajdujemy jak gdyby drobnowidzowe jamy, powstałe wskutek zniszczenia przegród pomiędzy sąsiednimi pęcherzykami; te ostatnie przedstawiają się nieraz w postaci szczątków. Jamy te wypełnione są rozpadem, wśród którego pływają nieliczne, zwyrodniałe leukocyty i jądra nabłonków. Im dalej od środka rozmięczonego ogniska, tembardziej stosunki te stają się podobnymi do tych, jakie spotykamy w ogniskach świeżego pochodzenia.

W ogniskach zapalnych, o których wspomniałem wyżej, że odróżniają się od innych żółtawem zabarwieniem i pewnego rodzaju suchością, spotykałem zmiany anatomiczne tego rodzaju, jakie spotykamy we wczesnych okresach włóknistego zapalenia płuc: zbita tkanka łączna naokoło naczyń krwionośnych i oskrzeli; oskrzeliki i pęcherzyki płucne rozszerzone; przegrody między ostatnimi zgrubiałe; tkanka łączna nacieczona bardzo mało i tylko w po-



jedynczych miejscach; pęcherzyki płucne przeważnie pozbawione nabłonków całkowicie.

Opisane wyżej zmiany anatomiczne spotkać możemy w jednym i tym samym przypadku w najrozmaitszych kombinacjach; w każdym jednak razie pojedyncze przypadki tego cierpienia zachowują pewien typ, zależnie od tego, czy w danym razie przeważa zapalenie mięszu płuca, czy też jego tkanki śródmiąższowej.

Co się tyczy zejścia sprawy, to aczkolwiek na stole sekcyjnym spotykalem najczęściej zejście w gangrenę, przypuszczam jednak, że możliwym jest bardzo zejście w przewlekłe zapalenie płuc śródmiąższowe ze wszystkimi jego następstwami, przynajmniej ograniczające się do tych części płuc, które były zajęte przez sprawę zapalną ostrą.

Przypuszczenie to opieram nie tylko na danych anatomicznych, lecz i na danych badania fizykalnego płuc osób, które cierpiały na tego rodzaju zapalenia płuc.

W jednym przypadku choroby, zakończonej wyzdrowieniem, spostrzegalem zejście zapalenia płuc komórkowego w ropień płuca, który zajmował dolną część górnego płata płuca lewego. Ropień w tym przypadku opróżnił się przez oskrzela i nastąpiło wyzdrowienie chorego po kilku miesiącach choroby.

[C. d. n.]

## NOTATKI LEKARSKIE.

### I. Zupełne przerwanie dwunastnicy wskutek urazu bez naruszenia powłok.

Dnia 27 listopada przed południem przywieziono do szpitala Ś-go Ducha w Rawie [gub. Piotrkowska] ze wsi Kurzeszyna 16-to letniego chłopca, Stefana Wid..., który, powożąc końmi przy kieracie, o godzinie 8-ej rano został przygnieciony dyszlem kieratu do ściany budynku. Omdlałego przeniesiono do mieszkania. W mieszkaniu oraz w drodze do szpitala chory miał kilkakrotne obfite wymioty krwawe. Po przywiezieniu chłopca do szpitala znaleźliśmy z lekarzem szpitala, kol. PARCZEWSKIM, co następuje: Chory przytomny, ale w stanie ostrej niedokrwistości i silnego upadku sił, twarz blada, oczy zapadłe, tętno ledwie wyczuwalne, kończyny zimne, głos słaby. Chory od czasu do czasu wymiotuje; w wymiocinach pośród bezbarwnego śluzowo-wodnisteo płynu niewielka ilość czarnej krwi.

Przy oględzinach chorego na prawej stronie klatki piersiowej znaleźliśmy nieznaczne ślady stłuczenia w postaci świeżego siniaka. Żebra, mostek oraz kręgosłup nieuszkodzone. Brzuch w górnej połowie przy dotyku bolesny. W bocznych i dolnych częściach brzucha przy wypukiwaniu otrzymaliśmy ton tępy, przyczem figura tępości zmieniała się wraz ze zmianą położenia chorego z jednego boku na drugi; nie ulegało przeto wątpliwości, że w jamie otrzewnej chorego znajduje się zawartość płynna, a wobec zapaści chłopca i danych, otrzymanych z wywiadów, rozpoznaliśmy obfity wylew krwi do jamy brzusznej.



Jakich narządów uszkodzenie wywołało ten krwotok?

Wobec śladów kontuzji prawego boku, sądziliśmy na razie, że mamy do czynienia z urazem pęknięciem wątroby, ale wymioty krwawe zwróciły naszą uwagę i na żołądek.

Zastosowaliśmy okłady lodowe na brzuch, połykanie kawałków lodu i eter podskórnie. Chłopiec o godzinie 8-ej wieczorem zmarł. Oględziny pośmiertne wykazały zmiany następujące: Na prawej stronie klatki piersiowej, mianowicie na wysokości chrząstki VI i VII żebra okrągły siniak, mający  $3\frac{1}{2}$  ctm. średnicy. Klatka piersiowa nieuszkodzona. W sercu i płucach zmian niema. Przy otwarciu jamy brzusznej wylewa się ogromna ilość płynnej krwi. Wątroba i śledziona nieuszkodzone. Po za silnie wzdętą poprzeczną (*colon transversum*) znajdujemy żołądek zupełnie oderwany od przewodu kiszkiowego; nastąpiło całkowite przerwanie dwunastnicy (*duodenum*) w odległości 1 ctm. od odźwiernika (*pylorus*). Pod pokrywającą żołądek błoną surowiczą i w warstwie mięśniowej żołądka na całej prawie długości małej krzywizny (*curvatura minor*) obfite wynaczynienie krwi [skrzep]. Zawartość żołądka stanowi kilka skrzepów ciemnej krwi. Na tylnej ścianie żołądka tuż pod małą krzywizną spostrzegamy na przestrzeni, mającej 7 ctm. długości i  $5\frac{1}{2}$  ctm. szerokości, pozbawioną błony śluzowej warstwę mięśniową żołądka, silnie przekrwioną i upstrzoną wybroczynami krwi; strzępy oderwanej błony śluzowej wiszą wzdłuż brzegów tej rany. W tkance łącznej pomiędzy dwunastnicą i trzustką nieznaczny wylew krwi. Podobny wylew krwi w tkance otaczającej lewą nerkę. Po zdjęciu torebki nerkowej na tylnej powierzchni lewej nerki, okazało się ukośne nadpęknięcie substancji korowej, mające około 3 ctm. długości.

Wacław Wągrowski.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**I. Prof. P. Bruns. O leczeniu wola za pomocą odżywiania gruczołem tarczowym.**

Nader pomyślne wyniki, stwierdzone po czasowym podawaniu do wewnątrz zwierzęcego gruczołu tarczowego przy niedorozwoju, zaniku i przeistoczeniu tegoż gruczołu u człowieka, oraz przy leczeniu w ten sposób śluzozbręku i kretynizmu, skłoniły prof. Bruns'a do zastosowania środka tego w świeżych przypadkach wola mięszzowego. Podawano więc drobnitko posiekany, barani lub cielęcy gruczoł, bądź w opłatkach, bądź na kawałku bułki z masłem w ilości 5,0—10,0 stosownie do wieku chorego przez jedno lub dwutygodniowy przeciąg czasu i osiągnięto w ten sposób do chwili obecnej w dziewięciu spostrzeżeniach [na ogólną liczbę 12] wynik bardzo dodatni, a więc wyleczenie lub poprawę znaczną.

W 4 przypadkach u chorych, od 4—12 lat wieku liczących, już po 1—2 tygodniowym odżywianiu swoistem zauważono, prócz znacznie swobodniejszego oddechu wyraźne, zmniejszenie się dużego przedtem, jak kurze jajo, wola wraz z ustąpieniem w temże szmerów tętnicznych, których obecność u dwóch osobni-



ków przed leczeniem stwierdzono; wreszcie po jakimś czasie wole u wszystkich czterech chorych całkowicie znikło.

Spostrzeżenia, w których otrzymano tylko poprawę, dotyczą pięciu starszych osobników, u których rozmiary przerosłego gruczołu tarczowego zmalały znacznie, a obwód szyi zmniejszył się na 3—5 ctm.; jeden z tych chorych 14-letni chłopiec z wolem, wielkości pięści, już po czterotygodniowym leczeniu miał obwód szyi o 7 ctm. węższy w porównaniu ze stanem poprzednim, z samego zaś guza pozostała tylko nieznaczna resztką, składająca się z dwóch torbieli wielkości orzecha. Wielu chorych na oddziale B. leczy się dotąd jeszcze; z tych większość jest na drodze do wyzdrowienia. W końcu do powyższych, uwieńczonych pomyślnym skutkiem, spostrzeżeń należy jeszcze dodać przypadki psychiatry REINHOLD'a, który, próbując na swoich chorych działania omawianego środka, miał sposobność stwierdzić w pięciu przypadkach zupełny zanik istniejącego przedtem wola. Wobec nieznacznej dotąd liczby odpowiednich spostrzeżeń, nowości samego środka leczniczego, braku danych co do prawdopodobieństwa nawrotów, oraz zupełnej nieświadomości co do sposobu działania leku, nie można wysnuwać jeszcze wniosków ostatecznych. To jednak stało się już dziś pewnikiem, że przypadki zwykłego, krótkotrwałego i wolnego od powikłań [torbielowatość, zwyrodnienie szkliste i t. d.] wola za nader podatne do leczenia sposobem powyższym uważać należy zwłaszcza w młodym wieku chorego.

(*Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 41. 1894.*)

*K. Niedzielski.*

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Posiedzenie kliniczne z d. 4 XII, 1894.

1) SAWICKI przedstawił dziecko, które przed trzema tygodniami urodziło się ze znacznej wielkości bliznami, umiejscowionymi w obu podżebrzach i na bocznych powierzchniach powłok brzusznych. Blizny te wązkimi paskami przedłużały się na obu stronach ku tyłowi i ku górze do dolnych kątów łopatek. Prawostronna blizna miała w środku owrzodzenie, które w ciągu dwóch tygodni po urodzeniu się dziecka uległo zabliznieniu. Blizny te S. objaśnia zrostami z owodnią.

2) SZUMLAŃSKI przedstawił a) chłopca 7-letniego z obustronnem niekształceniem muszli usznych i zarosnięciem przewodów słuchowych. Na miejscu muszli znajdują się niekształtne wálki skórne, przyrosnięte na całej długości; w dolnej części od przodu widać z każdej strony małe zagłębienie w skórze, w które wprowadzić można bardzo cienki zgłębnik na 1—2 młm. w głąb. Obraz tych zmian wraz z poprzeczną brózdą poniżej prawego oczodołu naprowadza na myśl, że prawdopodobną ich przyczyną była obejmująca czaszkę i wywierająca ucisk pępowina; jednak danych pewnych w tym względzie od rodziców chłopca nie udało się zasięgnąć; to jedno twierdzą tylko, że chłopiec z takimi uszami się urodził i nigdy nie słyszał. D-r JAWUREK [z Żyrardowa], który skierował chorego



do szpitala D-tka Jezus, robił mu na próbną operację, mianowicie przeciął skórę w miejscach zagłębień, odpowiadających zewnętrznym otworom usznym i starał się ten sztuczny otwór utrzymać. Próba nie powiodła się, ale podaje J., że podczas istnienia otworów chory jakoby trochę słyszał i nauczył się wymawiać kilka wyrazów. Wobec tych danych postanowiono raz jeszcze spróbować, czy nie uda się za pomocą operacji chłopca z tak ciężkiego kalectwa wyleczyć i w tym celu kol. KRAJEWSKI ma zamiar wykonać operację plastyczną najsamprzód z jednej strony, a w razie pomyślnego wyniku następnie i z drugiej strony. Obecnie chłopiec jest głuchy zupełnie, nie mówi, nie zdradza ani radości, ani smutku; w szpitalu zachowuje się spokojnie, byle tylko mógł spać i aby dostał jeść, słowem: robi wrażenie małego zwierzątka. Przy badaniu kamertonem przez kość czaszki nie zdradza fizyognomią, aby cokolwiek bądź słyszał, chociaż należy przypuszczać, że słyszy, lecz sprawy sobie z tego zdać, ani też okazać nie potrafi. Następnie SZUMLAŃSKI okazał b) gałkę kościaną od zgłębnika przełykowego TROUSSAEU'Ą, połkniętą przez chorą przy sondowaniu i wydzieloną po 5 dniach przez odbytnicę. Gałka ta weszła białą, a wyszła ciemno-brunatną i niczem nie dała się odbarwić. Ciemne jej zabarwienie zależy ma, według zdania mówcy, prawdopodobnie od barwników żółciowych.

PRZEWOŚKI przedstawił: a) okaz prawego płuca, w którym znaleziono ciało obce przypadkiem na trupie 68-letniej kobiety. Kobieta ta skarżyła się za życia na ból w piersiach, duszność i mocny kaszel. Poprzednio bywały u niej krwioplucia i nadto dowiedziano się, że przed kilku laty połknęła jakieś ciało wielkości dużego ziarnka grochu, poczem nastąpił zaraz spazmatyczny kaszel i następnie wymienione wyżej przypadłości. Przy badaniu włók prawe płuco okazało się miejscami przyrośniętym za pomocą słabych błon fałszywych. Dolny zraz płuca był o połowę zmniejszony i przy obmacywaniu dawał uczucie, jakoby w środku jego znajdowało się okrągławe stwardnienie wielkości jaja kurzego. Po rozcięciu okazało się, że w głównym oskrzeli, prowadzącym do tego zrazu, znajdowało się ciało obce ciemno-brunatnawe, w postaci guzika, wielkości dużego grochu. Ciało to przy badaniu bliższym zdawało się być twardym kauczukiem. Oskrzele na miejscu, gdzie się znajdowało to ciało obce, jest szersze, niż zwykle, przynajmniej dwa razy. Ściany oskrzela mocno zgrubiałe, zaczerwienione i pokryte ropiastym śluzem. Dokoła tego rozszerzenia tkanka płuca zgrubiała prawie bliznowata.

b) Okaz raka macicy ze znaczną miejscową eozynofilią. Rak pochodził od 35 letniej kobiety i wyjęty był wraz z ciężarną macicą przez BORYSSOWICZA. Tkanka łączna podścieliska tego raka składała się z tkanki łącznej włóknistej, mocno nacieczonej leukocytami, pomiędzy którymi było bardzo wiele komórek eozynoflowych. Ilość komórek eozynoflowych we krwi nie była powiększoną. PRZEWOŚKI, opierając się na badaniu powyższego raka, jakoteż na badaniu rozmaitych szpików kostnych człowieka, np. przy niedokrwistości złośliwej, oraz na badaniu krwi zarodków człowieka i królików, dochodzi do postawienia hipotezy, że prawdopodobnie komórki eozynoflowe stanowią nierozwinięte hematoblasty. Mówca opiera swoje zdanie na następujących danych:

1) Najwięcej komórek eozynoflowych znajduje się w szpiku kostnym, t. j.



w tym właśnie narządzie, w którym podług ostatnich poszukiwań u dojrzałego ustroju wyłącznie tylko wytwarzają się czerwone krążki krwi.

2) Przy badaniu szpików kostnych, a także krwi u małych zarodków, widać postacie przejściowe od prawidłowych hematoblastów do komórek eozynofilowych. Postacie te w szpiku kostnym cechują się tem, że jądro pod względem formy, ilości chromatyny i w prawidłowych hematoblastach oraz w młodych komórkach eozynofilowych pozostaje identyczne, a nadto, że od jednostajnie zabarwionej protoplazmy hematoblastów do ziarnistego zabarwienia protoplazmy komórek eozynofilowych istnieje cały szereg postaci przejściowych. Te pośrednie postacie wyglądają tak, że najpierw w jednostajnym zabarwieniu zarodki hematoblastów widać jakby małe nieprawidłowe szczelinki, dalej można już odróżnić ziarna, ale tak blisko ułożone przy sobie, że prawie jeszcze zlewają się w jedną całość; nakoniec ziarenka zabarwione rozsuwają się coraz więcej tak, że w końcu występuje taka ziarnistość, jaką widać w komórkach eozynofilowych. Zupełnie coś podobnego powtarza się przy badaniu krwi młodego zarodka człowieka lub królika. Tu obok czerwonych krążków z jądrami, których zarodź jest zabarwioną zupełnie jednostajnie, widać cały szereg innych, w których zarodź nie jest zabarwiona w sposób rozlany. Tak samo widać najpierw w zabarwieniu rodzaj przerw drobnych, nieregularnych, a potem występuje zabarwienie w postaci ziarn, stopniowo coraz więcej rozsuniętych, aż nakoniec powstaje coś zupełnie takiego, jak w komórkach eozynofilowych. Wszystko to można spostrzegać na zarodkach żywych, bezpośrednio utrwalonych w sublimacie lub płynie FLEMING'a.

3) Ziarenka komórek eozynofilowych prawdopodobnie zabarwione są hemoglobina lub jej pochodniami. Zdaje się przemawiać za tem, najpierw, żółte zabarwienie ziarenek w zarodki komórek eozynofilowych, jeżeli ich nie barwi żadnym sztucznym barwnikiem; powtóre, sposób barwienia się ich za pomocą eozyny, kwaśnej fuksyny i innych barwników, które barwią hemoglobinę czerwonych krążków krwi. Nakoniec PRZEWOSKI starał się chemicznie przekonać, że ziarenka w zarodki komórek zabarwione są hemoglobina lub jej pochodniami. W tym celu brał ropę, która zawierała wiele komórek eozynofilowych i nie zawierała czerwonych krążków krwi i starał się z niej otrzymać kryształki heminy TEICHMANA. Naprzód więc barwił ropę eozyną w sposób zwykły na szkiełku pokrywkowym, następnie za pomocą stolika ruchomego przeglądał od początku do końca całe szkiełko, czy nie zawiera czerwonych krążków krwi i w końcu, gdy czerwonych krążków nie było, próbował w zwykły sposób otrzymać z wymienionej ropy kryształki TEICHMANA. Na kilkanaście szkiełek otrzymał drobnutki kryształki TEICHMANA tylko dwa razy; kryształki rozpoznano po ich charakterystycznej postaci, barwie i zachowaniu się w świetle polaryzowanym. Ponieważ czerwonych krążków krwi na szkiełkach nie było, przeto PRZEWOSKI skłonny jest do przypuszczenia, że kryształki otrzymane jednak zostały z ziarenek komórek eozynofilowych, a więc, że ziarna tych komórek zabarwione są hemoglobina lub jej pochodniami. PRZEWOSKI przypuszcza, że niedostateczne rozwinięcie się jądra w hematoblastach może być przyczyną zwichnięcia ich dalszego rozwoju. Takie nierozwinięte hematoblasty ze szpiku kostnego dostają się do krwi, zupełnie w ten sam sposób jak i prawidłowe hematoblasty przy niektórych stanach



chorobowych. We krwi zaś ulegają one dalszym zmianom, wyrażającym się głównie zmienioną postacią jądra i zmniejszoną ilością w niem chromatyny. Do czego dalej służą komórki eozynofilowe, powiedzieć trudno; w każdym razie niezawodnie nie wytwarzają się z nich czerwone krążki krwi. Są to poronione postacie hematoblastów, niezdolne do dalszego postępowego rozwoju. Przy pewnych warunkach hemotaktycznych mogą one występować z naczyń do tkanek i zbierać się w większej ilości w tych ostatnich, lub na ich powierzchni. Tak było niezawodnie i w przypadku przedstawionego raka.

Prof. Brodowski zwraca uwagę, że nie prof. HOYER pierwszy wypowiedział pogląd o istnieniu związku między hemoglobina i komórkami eozynofilowymi; prof. HOYER uważał ziarenka eozynofilowe za szczątki krążków krwi, a HAYEM i POUCHET zabarwienie komórek uważanych obecnie za eozynofilowe przypisywali hemoglobinie. Co się zaś tyczy poglądu PRZEWOŚKIEGO, że ciała eozynofilowe są to niedokształcone czerwone krąki krwi, to na to trudno się zgodzić. Jak widać z przedstawienia prelegenta, wraca on znów do poglądów mniej więcej HAYEM'a i POUCHET'a, jakkolwiek zmienia go w ten sposób, że ziarenka komórek eozynofilowych uważa po prostu za hemoglobinę, gdy tamci tylko zabarwienie przypisywali hemoglobinie. Zdawało by się, że powinien przede wszystkim zwrócić uwagę na dowody SCHWARTZE'go, który twierdzi, że ziarenka te nie są zabarwiane przez hemoglobinę. SCHWARTZE wskazuje różnice między innymi np. te, że jeżeli preparat ogrzewać do pewnego stopnia i zabarwić aurancją i eozyną, to ciała krwi barwią się pomarańczowo, a eozynofilowe czerwono; można przez nagrzewanie doprowadzić do tego, że ciała krwi przestają się barwić, a ziarenka komórek eozynofilowych barwią się wyraźnie. Prócz tego za pomocą wody i gliceryny łatwo daje się wyciągnąć w tymże samym preparacie hemoglobinę z krążków krwi i wtenczas krążki te wcale eozyną się nie barwią, a ziarnistość komórek eozynofilowych zabarwia się tak samo mocno, jak poprzednio. Pomijając inne argumenty SCHWARTZE'go, trzeba mieć na względzie to, że praca jego została pomieszczona w zbiorze prac EHRLICH'a i kilku jego uczniów, do których należał i SCHWARTZE, widocznie więc taka powaga w tego rodzaju badaniach, jak EHRLICH, podzielał poglądy SCHWARTZE'go; widocznie także, że przytoczone argumenty musiały trafić do przekonania innych, skoro te kwestye uważano już za stanowczo rozstrzygnięte aż do chwili obecnej. Co do dowodów, jakie P. czerpie z rozwoju, to i tu mogą być złudzenia. Sam P. zaznacza, że komórki eozynofilowe i hematoblasty różnią się tem, że ciało hematoblastów jest jednolite, a komórek eozynofilowych ziarniste, że barwią się odmiennie, że tam w jądrach jest dużo chromatyny, tu zaś mało; dalej P. mówi, że w zarodku można spotkać hematoblasty podobne do komórek eozynofilowych ale kto zaręczy, że to właśnie nie są komórki eozynofilowe; wiadomo bowiem, że spotykano je u zarodków nawet w pierwszych tygodniach. Co zaś do postaci przejściowych, to stopniowe zwiększanie się ziarnistości bynajmniej nie stanowi dowodu, żeby to były stopniowo zabarwiające się hematoblasty, gdyż to, co P. uważa za stopniowe zwiększanie się ziarnistości, łatwo się tłumaczy różną ilością ziarn w rozmaitych komórkach eozynofilowych, a zresztą i to przemawia jeszcze przeciwko zapatrywaniu się prelegenta na powstawanie w ten spo-



sób hematoblastów, że dotychczas nikt jeszcze nie spostrzegął, ażeby rozlane zabarwienie ich przychodziło do skutku za pośrednictwem stopniowego zwiększania się ilości barwnika ziarnistego; przeciwnie wszyscy zaznaczają to wyraźnie, że zabarwienie od samego początku jest rozlane i stopniowo posuwa się od obwodu ku środkowi tych pierwocin. Co do chemicznej próby [otrzymania heminy], to sam P. mówi, że to rzadko się udaje i otrzymuje się kryształki bardzo nielkie, a oprócz tego, czy można być pewnym, że krążki krwi nie zostały przeoczone przy badaniu, lub też, że pewna ich ilość nie została wyługowana, a w takim razie i z rozpuszczonego barwnika może się wydzielić hemina.

Prof. Hoyer nie rości pretensji do pierwszeństwa co do poglądu na ciała eozynofilowe; przedstawił on go jako hipotezę i przytoczył, jako fakty, barwienie się krwi za pomocą barwników eozynofilowych, oraz to, że zimą w śledzionie żaby są liczne komórki z ziarenkami, otaczające w wielkiej masie ciała MALPIGHI'ego; ziarenka ich są bardzo podobne do cząstek rozpadowych ciałek czerwonych i to właśnie naprowadziło na pogląd, że tu rozpadają się ciała czerwone. Co do poglądu PRZEWOSKIEGO, to prof. Hoyer nic nie wie, czy ma on podstawę. Prof. Hoyer widział dużo komórek eozynofilowych i przypuszcza, że może tylko niektóre z nich przemieniają się w ciała czerwone, przeważnie zaś komórki eozynofilowe są bardzo duże i nie mają podobieństwa do tworzących się ciałek czerwonych krwi. Prócz tego ciała eozynofilowe bardzo często zawierają po kilka rozpadających się jąder, wobec czego sprawa nie może mieć charakteru postępowego, lecz raczej rozpadowy. Na objaśnienie PRZEWOSKIEGO, że bynajmniej nie utrzymywał, ażeby z komórek eozynofilowych tworzyły się czerwone krążki krwi, lecz z hematoblastów należycie niewykształcających się powstają komórki eozynofiliwe, prof. Hoyer odpowiada, że w takim razie odpowiedniej byłoby badać nie szpik kostny, ale wątrobę, w której widać mnóstwo tworzących się ciałek czerwonych, które bynajmniej nie są ziarniste. Co do wartości barwienia, to przy kwaśnych barwnikach nie można polegać na różnicy, bo to zależy nie od własności barwnika, lecz od sposobów barwienia.

Prof. Brodowski objaśnia, że zwracał uwagę na zdanie SCHWARTZE'go, że w jednych i tych samych warunkach, przy jednakowych manipulacjach otrzymuje się różnicę w barwieniu. Protestuje nrzeczywko używaniu wyrażen eozynofilia miejscowa i ogólna, ponieważ zawsze komórki eozynofilowe pochodzą ze krwi i tylko dzięki miejscowym wpływom hemotaktycznym może ich w danem miejscu więcej występować.

PRZEWOSKI odpowiada, że pracę SCHWARTZE'go zna, nie chciał jej jednak szczegółowo tu rozbierać, a ograniczył się tylko na zaznaczeniu, że wszystkie teorie kolorystyczne mają małą wartość. Przy poglądzie swym bynajmniej się nią upiera, lecz wobec niewiedomości uważa, że każda chypoteza jest dobra i dlatego występuje z nową.

KRYSIŃSKI zaznacza, że barwienie nie jest sprawą chemiczną i dlatego na niem polegać nie można. Przy badaniu postaci przechodnich w bezkrwistości złośliwej ziarnistość niezmiernie przeszkadza w oryentowaniu się. Trzeci dowód prelegenta, gdyby był ścisłym, byłby bardzo ważnym, rozstrzygającym, wydaje się je-



dnak do przeprowadzenia niemożliwym, gdyż na dokładne przejrzanie kolejno wszystkich pól jednego preparatu potrzebaby, co najmniej, według jego zdania 10 godzin. [D. n.]

## Wiadomości terapeutyczne.

1. Nowy sposób leczenia otyłości. Gruzoł tarczowy zwierzęcy, w jakiej-bądź postaci podawany chorym na obrzęk śluzowy, wpływa, według jednomyślnego świadectwa autorów, na zmniejszenie wagi ciała <sup>1)</sup>. Podobne zmniejszenie wagi otrzymywano u osób otyłych [nie chorych na obrzęk śluzowy]. Tak np. PUTNAM podaje przypadki, w których waga zmniejszyła się o 33, a nawet o 47 funtów w ciągu 4-ch miesięcy bez zmiany diety, jedynie przez podawanie 5—10 gramów dziennie wysuszonego gruczolu tarczowego.

Opierając się na powyższych danych, LEICHTENSTERN <sup>2)</sup> przeprowadził szereg doświadczeń na ludziach i doszedł do wniosków nader interesujących; okazało się bowiem, że z 27 przypadków w 24 otrzymano mniej więcej znaczne zmniejszenie się wagi ciała bez zmiany w diecie, przez podawanie preparatów ze zwierzęcego gruczolu tarczowego. Ze szczegółowych danych, podanych przez WENDELSTADT'a <sup>3)</sup>, asystenta LEICHTENSTERN'a, okazuje się, że najwyższy spadek wagi otrzymano w jednym przypadku w ciągu 6 tygodni—9,5 kilo, w innym przypadku w ciągu 8 tygodni—7,5 kilo, jeszcze w innych przypadkach otrzymywano zmniejszenie wagi o 6, 5, 4 kilo, najmniejszy ubytek wynosił 1 kilo w ciągu 2 tygodni. Tylko w 3 przypadkach nie otrzymano zmniejszenia wagi ciała, u ludzi z ubogim podkładem tkanki tłuszczowej. Im większą jest otyłość, tem szybszy jest ubytek na wadze. Najsilniej oddziałują na leczenie ludzie anemiczni, z miękkim podkładem tłuszczowym, z twarzą nalaną—jednym słowem ludzie, przedstawiający odległe cechy obrzęku śluzowego. Tego rodzaju chora, ważąca 106,5 kilo, w ciągu pierwszego tygodnia straciła 5 kilo.

Zwykle największy ubytek na wadze ma miejsce w pierwszym tygodniu, po kilku tygodniach [zwykle po 6] waga pozostaje bez zmiany nawet przy dalszem leczeniu. Tak np. chora, która z 76,3 kilo doszła po 6 tygodniach do 68 kilo, już więcej nie chudła pomimo leczenia. Od samego początku leczenia występuje nader obfita diureza. Zmniejszenie wagi nie jest wynikiem utraty łaknienia, ani żadnych zaburzeń w trawieniu, gdyż chorzy czują się zupełnie dobrze, jedzą jak zwykle, w niczem nie zmieniając dawnego try-

<sup>1)</sup> A. PUŁAWSKI. Etiologia i leczenie obrzęku śluzowego. Streszcz. zbior. Gaz. Lek. 1884. Nr. 30—34.

<sup>2)</sup> O. LEICHTENSTERN. Ueber Myxoedem und über Entfettungsseuren mit Schilddrüsenfütterung. Aus dem Augusta-Hospital in Köln. Deut. med. Woch. 1894. Nr. 50.

<sup>3)</sup> WENDELSTADT. Ueber Entfettungsseuren mit Schilddrüsenfütterung. Deut. med. Woch. 1894. Nr. 50.



bu życia. Po dojściu do pewnego minimum, jak to było powiedziane wyżej, waga nie spada już więcej, pomimo dalszego leczenia.

LEICHTENSTERN podawał z początku gruczoł tarczowy barani na surowo, następnie w bardzo dogodnej formie pastylek, wyrabianych przez firmę *Borroughs, Wellcome & Co.* w Londynie (*Tabloids of Compressed dry Thyroid Gland powder*). Jedna taka pastylka odpowiada 0,3 substancji gruczołu tarczowego. W pierwszym tygodniu podawano po 1 — 2 pastylek dziennie, powiększając co tydzień o jedną pastylkę, aż do 4 pastylek *pro die*. LEICHTENSTERN nie zauważył przy takim leczeniu żadnego szkodliwego działania ubocznego, które jednakże przy leczeniu przetworami gruczołu tarczowego występuje i z którym się zawsze należy rachować [osłabienie działalności serca, bóle przypominające dusznicę bolesną, białkomocz, *urticaria*]. Objawy te (t. zw. *thyroidismus*) zwykle znikają po zmniejszeniu dawek, *resp.* zawieszeniu leczenia.

W doświadczeniach LEICHTENSTERN'a znajdują się wielkie braki, mianowicie nie robiono, a przynajmniej, nie podano żadnych badań nad przemianą materii. Nie wiemy przeto, o ile ubytek wagi ciała zależał od zwiększonego wydzielania azotu, *resp.* rozpadu białka. Nieliczne i niezupełnie ściśle badania VERMEHREN'a [azot oznaczano tylko w pożywieniu i w moczu] nad przemianą materii u chorych na obrzęk śluzowy, leczonych przetworami gruczołu tarczowego, wykazały, że u takich chorych występuje znaczne wzmoczenie wydzielania azotu. Czy to ostatnie miało miejsce w przypadkach LEICHTENSTERN'a, nie wiemy. Idealem leczenia odtłuszczającego byłoby uzyskanie rozpadu tłuszczu bez rozpadu białka, co, jak to wiemy z badań nad przemianą materii HIRSCHFELD'a, v. NOORDEN'a i DAPPER'a, jest rzeczą prawie niemożliwą.

*A priori* możnaby przypuścić, że nowy sposób leczenia otyłości bliższym jest tego ideału wobec tego, że nie zasadza się na zmniejszeniu dowozu pożywienia, co jest, bądź co bądź, podstawą wszelkich dotychczasowych metod leczenia otyłości [HARVEY BANTING'a, VOGEL'a, EBSTEIN'a, OERTEL'a]. Sposób ten nie wyklucza bynajmniej innych wypróbowanych empirycznie i uzasadnionych naukowo metod leczenia otyłości, tylko je uzupełnia. Ażeby utrzymać zmniejszenie wagi ciała, uzyskane za pomocą leczenia przetworami gruczołu tarczowego, należy zachowywać odpowiednią dietę, podaną przez którąkolwiek ze znanych metod leczenia otyłości<sup>1)</sup>. Nowa jednak metoda, o ile ją uzasadnią dalsze badania, miałaby niezmierną wyższość nad dotychczasowymi pod tym względem, że mogłaby być stosowaną tam, gdzie nie możemy, albo gdzie nie chcemy zmieniać diety, ani sposobu życia chorych.

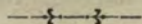
A. Puławski.

---

1) F. HIRSCHFELD. Leczenie otyłości. Odczyt kliniczny, wydany przez Gaz. Lek. Nr. 57.



## K O R E S P O N D E N C Y A.



## O surowicy antydyfterytycznej.

Na ostatnich 2-ch posiedzeniach berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego rozprawiano wyłącznie o surowicy antydyfterytycznej. Czy jednak ożywiona ta dyskusya, a właściwie polemika, doprowadziła do stałych wniosków, niezachwianych pewników — ujrzymy w końcu niniejszej korespondencji. Liczba mówców była tak znaczną, że prezydujący prof. VIRCHOW czuł się zmuszony ograniczyć czas trwania mowy do 5 minut. Ażeby nie zaginać w chaosie sprzecznych ze sobą zdań, uważam za stosowne podzielić wywody mówców na: 1) wywody, dotyczące teoretycznej strony kwestyi [etyologia dyfterytu]; 2) wywody, dotyczące strony praktycznej [działanie lecznicze surowicy, statystyka śmiertelności dyfterytu w zależności od stosowania lub też zaniechania wstrzykiwań surowicy, szkodliwość surowicy].

Teoretyczna dyskusya polegała na rozwiązaniu pytania: czy lasecznik LOEFFLER'a jest swoistym dla dyfterytu, czy też nim nie jest? Najzapaleńszym obrońcą swoistości tego lasecznika okazał się prof. BERGMANN; według jego statystyki w 100% przypadków dyfterytu odnaleźć można lasecznika LOEFFLER'a. Do obrońców swoistości lasecznika należy również prof. MAX WOLFF. Powołując się na statystykę BERGMANN'a i na własne doświadczenie, uznaje on swoistość lasecznika. Zdanie HANSEMANN'a, jakoby lasecznik dyfterytyczny można było odnaleźć w przypadkach zwykłej *rhinitidis fibrinosae*, a nawet u zdrowych ludzi — jest błędne. Badanie drobnowidzowe błon śluzowych zdrowych ludzi doprowadza do wniosków ujemnych. Oprócz tego, doświadczenia nad zwierzętami dowodzą swoistości lasecznika; nie tylko błony dyfterytyczne na miejscu, gdzie dokonano szczepienia, lecz choroba ogarniająca cały organizm i porażenia dyfterytyczne — są w zupełności podobne do dyfterytu ludzkiego. Prof. W. sądzi, że z czasem swoistość lasecznika dyfterytu będzie uznaną za fakt również pewny, jak swoistość innych mikroorganizmów [cholery, gruźlicy i innych]. Prof. BAGIŃSKY stanął również po stronie bakterjologów. Statystyka, dokonana w jego klinice, wykazała, że na 333 przypadków dyfterytu, w 332 odnaleziono lasecznika LOEFFLER'a. Lasecznik ten jest w stanie wywołać najłżejsze i najcięższe formy dyfterytu, zaczynając od zapalenia, kończąc na zgorzeli, lecz we wszystkich tych przypadkach lasecznik LOEFFLER'a jest jedyną przyczyną choroby. D-r MEYER podaje do wiadomości lekarzy, iż na 17 przypadków *rhinitidis fibrinosae* w 8 odnajdywał lasecznika LOEFFLER'a, w 9 zaś badanie drobnowidzowe wypadło negatywnie; jednakoż jeden z chłopców [należących do grupy 9] zaraził swoich kolegów, którzy zachorowali na dyfteryt, sądzi więc, że przypadki *rhinitidis fibrinosae*, w których lasecznika nie odnaleziono, spowodowane zostały przez zakażenie dyfterytyczne, które jednak dyfterytu u danego osobnika nie wywołało. D-r ARONSON zwraca uwagę na wielką śmiertelność, dającą się zauważyć w przypadkach dyfterytu [klinicznie rozpoznanych], w których odnaleziono lasecznika LOEFFLER'a i na małą śmiertelność pośród chorych, u których kliniczne rozpoznanie nie zostało potwierdzone przez badanie drobnowidzowe. Doświadczenia nad zwierzętami



upewniły go w przekonaniu, że zwierzęta przechodzą chorobę zupełnie podobną do dyfterytu ludzkiego. Badania drobnowidzowe nerwów obwodowych i rdzenia wykazały też same charakterystyczne dla dyfterytu zmiany, jakie MEYER i EICHHORST znaleźli u ludzi.

Przeciwko swoistości lasecznika LOEFFLER'a wystąpili HANSEMANN, VIRCHOW i LIEBREICH. Szczególniej energicznie wystąpił ten ostatni: nie tylko swoistość lasecznika LOEFFLER'a jest rzeczą wątpliwą, lecz również swoistość *bacilli anthracis* i *bacilli FILEHNE* nie należy do faktów stwierdzonych.

Co się tyczy praktycznego zastosowania surowicy antydyfterytycznej, to różnica zdań wystąpiła w sposób jeszcze jaskrawszy. Wszyscy mówcy oparli swe zdania na statystyce, — i wielu z nich doszło do wręcz sprzecznych ze sobą wniosków. D-r KOERTE powtórzył to, co już ogłosił w N-rze 46 *Berliner klin. Wochenschrift*. W „epokach z surowicą“ śmiertelność była mniejszą, aniżeli w „epokach bez surowicy“. Zastosowanie żadnego innego środka nie okazało tak pomyślnych rezultatów, jak wstrzykiwania surowicy. Szkodliwość tego środka jest nieznaczną. Zauważyć się wprawdzie daje większa liczba przypadków z białkomoczem, może to jednak zależeć od danej epidemii. Ostatecznego sądu o znaczeniu seroterapii D-r K. wydać nie może.

Jeszcze pomyślniejsze rezultaty otrzymał prof. BAGIŃSKY. Ze statystyki swej prof. B. wyciąga wniosek, że działanie surowicy jest nader pomyślne i usuwa wszelką odnośną wątpliwość. Zaznacza zarazem, że materiał kliniczny stanowiły przypadki ciężkiego dyfterytu, które on w okresie przed-surowiczym zwykł był zaliczać do rubryki śmiertelnej.

D-r ARONSON widział przy stosowaniu surowicy pomyślne rezultaty. Przy stosowaniu wielkich dawek śmiertelność wynosiła 15—16%, czyli o połowę mniej, aniżeli w innych szpitalach berlińskich. Gdy przestano wstrzykiwać surowicę, śmiertelność natychmiast wzrastała. D-r A. zwraca uwagę na fakt, że w ciężkich przypadkach dyfterytu stosować trzeba nie małe dawki [za jakie uważa 1000 jednostek immunizacyjnych], lecz duże = 4000—5000 jednostek, a więc 4—5 flaszeczek z fabryki w Höchst Nr. II.

Prof. HAHN sądzi, że tylko statystyka jest w stanie rozwiązać daną kwestję. Kliniczne badanie i wniosek zeń wypływający są zawsze mniej lub więcej subiektywne. Statystyczne zestawienia prof. H. są następujące:

W szpitalu Friedrichshain znajdowało się w r. 1880 — 4571 przypadków, z których 2150 wyleczono, śmiertelność wynosiła 53,3%. W pierwszych 10 latach śmiertelność wynosiła 54%—56%; w ostatnich 3 latach — 38%. W roku 1888—89 śmiertelność wynosiła 32%—34%. W r. 1894 stosowano surowicę od lutego do d. 22 listopada. Ogólna liczba przypadków wrzekomo należących do dyfterytu było 466. Z tych 36 odłączono, po bliższem zbadaniu, od chorych na dyfteryt (*angina*, *scarlatina*); pozostało więc 430 przypadków dyfterytu. Z tych zmarło 142 = 33% śmiertelności. Seroterapię zastosowano w 205 przypadkach, z których zmarło 49 = 24% śmiertelności, z pozostałych 225 [nie stosowano surowicy] zmarło 93 = 41% śmiertelności. Widzimy więc, że nie tylko ogólna śmiertelność się zmniejszyła [33%, podczas gdy w 3 ostatnich latach wynosiła 38%], lecz że śmiertelność pośród chorych, u których stosowano surowicę, była mniej-



szą, aniżeli wśród chorych, u których stosowano inne środki lecznicze [24% : 41%]. Prof. H. zwraca sam uwagę na bardzo doniosły fakt, mianowicie, że surowicę stosował w przypadkach lekkich i że w tych nawet szczególnie dobrych rezultatów nie zauważył. Szkodliwych skutków surowicy nie widział [białkomocz, *nephritis haemorrhagica*]. Statystykę szpitala *Kaiser und Kaiserin Friederich*, na podstawie której VIRCHOW doszedł do optymistycznych wniosków, podałem w korespondencji umieszczonej w N-rze 50 Gazety Lekarskiej.

Przeciwno temu wystąpił D-r GOTTSTEIN, który zebrał statystykę ogólną chorych i dyfterytu w szpitalach dla dzieci za r. 1891, 1892, 1893 i 1894.

Ze statystyki tej, według G. wynika, że śmiertelność w tych szpitalach mało się różniła od śmiertelności w innych szpitalach berlińskich.

Wniosek, który wyprowadzono ze statystyki, mianowicie, że procent śmiertelności w r. 1894 [18,4%] jest daleko mniejszy od procentu śmiertelności lat ubiegłych [38,7%—43,4%], jest pozornie prawdziwy. Absolutne cyfry śmiertelności w r. 1894 [131] nie różnią się od cyfr z lat ubiegłych. Procent śmiertelności zmniejszył się wskutek tego, że w r. 1894 przyjęto do szpitala 2 razy więcej chorych [712], aniżeli w r. 1890 [328]. Większość tych chorych należy zapewne do lekkich przypadków dyfterytu, zdrowiejących bez wstrzykiwań surowicznych.

Prof. LIEBREICH, powołując się na statystykę GOTTSTEIN'a, dochodzi do wniosku, że żadne z dotychczas nam znanych zestawień statystycznych nie uprawnia nas do uznania surowicy, jako środka swoistego.

Większa część poważnie myślącej publiczności lekarskiej z rozgoryczeniem mówi o prowadzonych debatach, od których spodziewano się rozwiązania tej ważnej sprawy. Charakterystycznym jest postępek VIRCHOW'a, który, widząc do czego prowadzą dyskusye, zaproponował zakończenie ich. Wniosek ten przyjęto większością głosów. Wtedy wystąpił D-r HANSEMANN i powtórzył to samo, co powiedział w pierwszym swym odczycie, mianowicie, że dane naukowe nie dowodzą, ani swoistości lasecznika LOEFFLER'a, ani też swoistego działania surowicy antydyfterytycznej, która może być szkodliwą.

Pierwszy odczyt HANSEMANN'a narobił wiele wrzawy; wogóle mówiąc, był nieprzychylnie przyjęty przez większą część prasy, która widziała w nim pewnego rodzaju osobisty odwet. Prof. LABORDE w Paryżu powiedział o tym odczycie „*On y sent une simple chicane sur les mots et les faits, un parti pris d'ignorer les faits les plus élémentaires*“. Jeżeli nie bacząc na to, D-r H. mógł w końcu dyskusyi wypowiedzieć to samo, co na początku, to widzimy, jaki charakter miały te roztrząsania. Mimowoli zachodzi pytanie, dlaczego ostateczne 2 wnioski okazały się tak wiotkie i nieokreślone? Sądzymy, że główną przyczynę stanowi brak dokładnego i zupełnie ustalonego pojęcia o patogenie dyfterytu. Istnieją dwa główne prądy, z których jeden dąży do uznania w tej chorobie jedynie rezultatu działania mikroorganizmu swoistego, inny znowu — skutku zmian anatomo-patologicznych. Dopóki zasadnicze to pytanie nie zostanie rozwiązane, teoretyczne rozwiązanie swoistości pewnego środka nie może być skuteczne. Co się tyczy różnicy zdań o praktycznym znaczeniu seroterapii, to wpływa ona z braku krytycyzmu przy zestawieniach statystycznych. D-r HANSEMANN zauważył, że niektórzy lekarze wyprowadzają wnioski statystyczne z kilku przy-



padków. Wiadomą jest rzeczą, że wielkość błędu możebnego będzie tem większą, im mniejszą była liczba użyta do zestawień statystycznych. Oprócz tego zasadniczego błędu, w wielu statystykach uderza brak jednolitości materyału, użytego do porównania. Najjaskrawiej dowiedli tego D-r GOTTSTEIN i prof. LIEBREICH.

Podwoje Towarzystwa Lekarskiego zostały tymczasowo zamknięte dla dalszego debatowania nad kwestyą surowicy antydyfterytycznej. Znaczenie całej tej kwestyi jest zbyt wielkie, aby usunięcie jej z porządku dziennego Towarzystwa miało wpłynąć ujemnie na dalsze badania, prowadzone przez dzielnych uczonych. Prasa lekarska śledzi z natężoną uwagą bieg tych badań. Miejmy nadzieję, że badania te po minionej gorączce wejdą na drogę krytyczno-naukową i doprowadzą do wniosków jasnych i stałych.

Berlin, d. 22 grudnia 1894 r.

Edward Flatau.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbytem d. 2 stycznia 1895 zostali wybrani: na prezesa Prof. D-r BARANOWSKI, na wiceprezesa D-r SOKOŁOWSKI na sekretarza dorocznego D-r RYCHLIŃSKI.

— W Towarzystwie Lekarskiem Krakowskim wybrani zostali na prezesa prof. WALENTOWICZ, na wiceprezesa docent BOSSOWSKI, na sekretarza dorocznego D-r KOZŁOWSKI.

— W Berlinie zaczęło w r. b. wychodzić nowe czasopismo p. t.: „*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*“ pod redakcją proff. MARTIN'a i SAENGER'a z Berlina. W zeszycie I-szym kol. NEUGEBAUER podaje obszerny referat z polskich prac ginekologicznych.

---

## Od Wydawcy.

---

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1895 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1895 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

---

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz**

Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wł. Gajkiewicz**.

Дозволено Цензурою, Варшава 24 Деклября 1894 г.

Друк. К. Ковалевского, Mazowiecka 8



Liquor Ferri albuminati 0,4<sup>o</sup>. Fe.

Liquor Ferri peptonati 0,4<sup>o</sup>. Fe.

Liquor Ferro-Mangani peptonati 0,6<sup>o</sup>. Fe i 0,1 Mn.

## Chloroformium purissimum

do operacyi

flaszki oranżowe, objętości 60, 90, 180 i 360 gramów.

## PREPARATY D<sup>ra</sup> HEBRA

Ungt. diachil. Hebrae, Tr Rusci v. Waldheim i Tr Rusci  
własna Ol., Rusci spissum i Ol. Rusci liquidum.

## Wszystkie wina lecznicze.

## TRANY LEKARSKIE

oprócz białego i żółtego Lofoden z następującymi  
środkami: z jodem, z jodkiem żelaza, z tlenkiem  
żelaza, z fosforem i z jodkiem potasu.

**Apteka H. BIERTÜMPFLA**

Marszałkowska róg Ś-to Krzyskiej.



## NADEŚLANO DO REDAKCYI:

**Jaworski.** Para jako środek hemostatyczny i aseptyczny przy operacjach na macicy. (Odb. z „Kron. Lek.“).

**Misiewicz.** Rozpoznawanie i leczenie rzeżączki w obecnym stanie nauki. (Odb. z „Kron. Lek.“).

**Biegański.** Logika medycyny czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa 1894.

**Higier.** Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci. (Odb. z „Medycyny“).

**De Buck i Walton.** L'europhène en chirurgie. (Odb. z „Flandre médicale“).

**Strauss.** Therapeutische Erfahrungen mit dem Europhen. (Odb. z „Deut. Med. Zeit.“).

**Heryng.** Fernere Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Larynxphtise. Klin. Zeit- und Streitfragen. Wien. 1894.

**Daniłło.** O wlijanii niekotorych jadow (spirt, opij, haszysz) na soznanie u czelowieka. Petersburg 1894.

**Tenże.** Opisanie i naznaczenie elektroterapewtyczeskago kabinotnago aparata sistemy D-ra Daniłło.

**Tenże.** Ob izmieniennii t. n. bolonnawo refleksa. Petersburg 1891.

**Tenże.** O kobaniach wnutriczerepnawo dawlenja u czelowieka pri boskowej paducezej i pri elektryzacji gołowy. Petersburg 1891.

**Tenże.** K woprosu o znaczenii kastracyi pri niewrozach u zenszczyn.

**Guranowski.** Przypadek gruźliczego zapalenia ucha średniego. Kilka uwag o sprawach gruźliczych ucha w ogóle. (Z „Medycyny“).

Opuścił prasę:

# KALENDARZ LEKARSKI

D-ra J Polaka

Treść stanowią: Spis środków lekarskich, ich postać, dawka i użycie. Taxa laborum. Nowa taksa aptekarska. Informacje ogólne kalendarzowo. Ratowanie pozornie zmarłych. Otrucia. Najwyższe dawki środków mocno działających. Rozpuszczalność przetworów chemicznych. Ilość kropeł różnych płynów w gramie i skrupule. Dawkowanie wstrzykiwań podskórnych. Kąpiele lecznicze. Tablica brzemienności. Taksa lekarska. *Nowe wiadomości terapeutyczne* (uzupełnione) wedle kategorii chorób. *Ludność gubernji i powiatów Król. Polskiego*, gęstość zaludnienia, podział według wyznań, liczba miast, osad i gmin w gubernjach. *Przestrzeń i ludność* wszystkich powiatów, miast i osad Królestwa, według wydanych w roku bieżącym danych statystycznych. Kalendarz z nowem oznaczeniem dni galowych. Notatnik z wykazaniem posiadzeń lekarskich: warszawskiego, lubelskiego, piotrkowskiego i kaliskiego. Listy lekarzy wszystkich gubernji oraz oddzielne lekarzy warszawskich i łódzkich (z adresami domów).

Cena egzempl. w ozdobnej oprawie w płótno angielskie r. 1 k. 20, z przesyłką rub. 1 kop. 40.

Najlepiej nabywać w redakcji „Zdrowia“ 25 Świętokrzyszka w Warszawie (można za zaliczeniem pocztowem), również nabywać można w księgarniach i za pośrednictwem „Gazety Lekarskiej“.

W redakcji „Zdrowia“, jest do nabycia mała liczba egzemplarzy drugiej części Kalendarza z roku zeszłego, zawierającą nową ustawę szpitalną i obowiązujące paragrafy dawnych ustaw. Cena kop. 40 (wraz z przesyłką).



## Wykłady Naukowe

# KURS SAMOKSZTAŁCENIA

Obejmujący: **Klasyfikację nauk** w opracowaniu Wł. M. Kozłowskiego, **Filozofię** — tegoż, **Psychologię** — J. Wł. Dawida, **Estetykę** — N. Hirszbanda, **Antropologię i Socyologię** — L. Krzywickiego, **Językoznawstwo porównawcze** — A. A. Kryńskiego, **Literaturę** — P. Chmielowskiego, **Historję** — T. Korzona, **Ekonomię Polityczną** — Z. Herynga, **Naukę o Ziemi** — W. Nałkowskiego, **Matematykę** — S. Dicksteina, **Biologję** — M. Flauma, **Botanikę** — Wł. M. Kozłowskiego, **Fizykę** — Wł. Połkotyckiego, — drukować się zacznie od 1 Stycz. 1895 r. w „Przeglądzie Pedagogicznym.“ W temże piśmie wychodzi:

## „Metodyczny Kurs Nauk”,

w którym podany jest plan, podręczniki i wskazówki do wykładu: religii, nauki o rzeczach, języków polskiego, francuskiego, niemieckiego i łaciny, arytmetyki, geometrii, geografii, nauk przyrodniczych i kaligrafii.

## „Ogródek Dziecięcy”,

który zawiera materyały i wskazówki do gier, śpiewów, pogadanek i zajęć z małemi dziećmi. Nadto artykuły ogólnej treści z psychologii, higieny, o postęпах wychowania za granicą „Poradnik Wychowawczy.“

Cena „Przeglądu Pedagog.“: Kwartalnie rs. 1,50; z przesyłką rs. 1,75.

ADRES: Warszawa Złota 26.

## WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii  
*naftaniej w składach fabrycznych*

# J. JODŁOWSKIEGO

**Białańska 5 i Marszałkowska 137.**

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą.

52-42

## WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

WYSZŁA Z DRUKU:

## DYAGNOSTYKA CHIRURGICZNA.

NAPISAŁ

### ROMAN JASIŃSKI

chirurg szpitala dla dzieci w Warszawie.

Cena rs. 3, z przesyłką rs. 3 k. 50.

Nabywać można w Administracyi Gazety Lekarskiej [Marszałkowska 119] oraz we wszystkich księgarniach w Warszawie.

Hoża № 19 róg Kruczej.

## SPRZEDAŻ ŚRODKÓW ODŻYWCZYCH W. HEBDY

*mianowicie:*

Sok mięsny, proszek mięsny, Maczka dziecienna (a la Nestlé'a), Kawa lecznicza, Kakao słodowe, Lipanin zastępujący tran, a nie mający wstrętnego zapachu tranu i t. p.,

przy Fabryce Wód Mineralnych  
Aptekarza **A. Erchardta.** 26-15

Hoża № 19 róg Kruczej.