

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1875 do 1 lipca 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1875 r. rsr. 158 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Łuszczące zapalenie płuc (*pneumonia desquamativa*). Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Płockiego d. 6 Lutego 1875 r. przez Dra J. Hoene. Notatki ze szpitala. Podał Dr Kazimierz Gurbcki, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku. — Kronika zagraniczna. O leczeniu miejscowem przewlekłego guza śledziony (*Tumor lienis chronicus*). Przez prof. Dra Mosler'a. Streścił Dr Kurcysz. — Wiadomości bieżące. O porze dnia, w której najczęściej zachodzi wypadków śmierci. Porównawcze spostrzeżenia co do działania wodoru chlorału, wodoru bromalu i jodoformu. O metodzie doprowadzania płynów do pęcherza moczowego u mężczyzny bez cewnika. O nadzwyczaj szybkim rozwinięciu się zęba u dziecka sześciotygodniowego. Thymol jako antisepticum i antifermentativum. Dramat jako środek leczniczy w domach obłąkanych. — Dodatek. Anatomii opisowój T. II. ark. 10 i 11. Madycyny Sądowój T. II. ark. 32.

Łuszczące zapalenie płuc (*Pneumonia desquamativa*).

Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Płockiego d. 6 Lutego 1875 r.
Przez Dra J. Hoene.

Od czasu gdy specyficznosc suchot płucnych pracami Reinhardta i Virchow'a w wątpliwosc podana została, anatomia patologiczna płuc stała się ulubionym tematem, opracowywanym przez wszystkich prawie anatomo-patologów i klinicystów. Dawna teoria Laenneca do niedawnych jeszcze czasów za niewzruszoną uważana, upaść musiała, a natomiast wszystkie prace w tym względzie podjęte, stwierdziły zapalne pochodzenie rozpadów płucnych. Pomimo lieznego zastępu opracowujących te zawikłane kwestye, wiadomości nasze ograniczają się jeszcze do minimum. To wiemy jednak, że tak gruźelki jak też i inne zmiany znajduwane przy suchotach płucnych są produktami zapalnymi, że wytworzenie się takowych jest warunkowanem procesami objawiającymi dążność z jednej strony do wytwarzania, z drugiej zaś do rozpadu,

a takimi to dążnościami charakteryzują się przede wszystkim procesa zapalne. Przewrót ten w teorii rozpadów płucnych jest bezwątpienia jednym z najświetniejszych tryumfów nowszej nauki, ma on bowiem niezmierne znaczenie w praktycznej medycynie, tym najwyższym szczeblu, do którego zdążać powinna wszelka teoria i prace naukowe. Tylko na takiej podstawie naukowej może lekarz bez przecenienia sił własnych wystąpić do zwalczania rozgałęzionej choroby, przynoszącej olbrzymią daninę śmierci, albowiem według obliczenia Hirta $\frac{1}{7}$ wypadków śmiertelnych odnosi się do suchot płucnych.

W obec takich danych nie dziwnego, że z gorączkowym pośpiechem rzucono się do zbadania drogi, na której dochodzą do skutku przemiany rozpadowe w płucach. Podjęte prace nie pozostały bez rezultatu. Podaję tu Sz. Kolegom opis zapoznawanej dotąd formy zapalenia płuc, dany nam przez Monachijskiego profesora B u h l'a, charakteryzującej się przeważnie anatomiczną odrębnością swoją i budzącej tem samem żywe zajęcie tak anatomów jak i klinicystów. Mając sposobność zapoznania się z tem cierpieniem przy łóżku chorego i przekonawszy się o samodzielności jego, ośmieliłem się zająć dzisiejsze zebranie Sz. kolegów opisem łuszczącego zapalenia płuc, co czynię tem chętniej, że dalsza dyskusya nad tym przedmiotem posłużyć może do rozszerzenia wiadomości moich w tym kierunku.

Długi spór histologów nad istnieniem nabłonka płucnego należy uważać za skończony. Nie ulega obecnie wątpliwości, że wewnętrzna ściana pęcherzyka płucnego pokryta jest warstwą nabłonka, składającą się z nieregularnie owalnych spłaszczonych komórek o jednym lub więcej ziarnach. Nabłonek ten jest tak ułożony, że pomiędzy komórkami pozostają szczeliny, za pośrednictwem których naczynia włoskowate wprost komunikują z zawartością pęcherzyków t. j. z powietrzem. Już ze względu przeto na fizyologiczną ich działalność, a mianowicie na podrzędną rolę, którą odgrywają przy przemianie gazów we krwi, nie mają te komórki znaczenia zwykłego nabłonka. Według B u h l'a i R i n d f l e i s c h'a należy je uważać za *endothelium*. Taką naturę komórek pęcherzykowych dowodzą ich przemiany patologiczne identyczne z przemianami spostrzeganymi w endotheliach błon surowiczych i peritheliach naczyń mózgowych. Zasadniczą więc ich własnością byłaby zwiększona produktywność i drażliwość w stosunku do komórek czysto nabłonkowych.

Po tém krótkim określeniu natury nabłonka płucnego podaję streszczony opis B u h l'a łuszczącej pneumonii. Odróżnia on 3 formy charakteryzujące się przebiegiem i anatomicznymi zmianami.

Pierwsza forma najmniej wybitna spostrzegać się daje jako powikłanie następcze ogólnych gorączkowo-zakaźnych procesów. Analogicznie do przemian spostrzeganych w takich razach w tkance mięśni, mięszu wątroby, nerek i innych organów znajdujemy i w płucach odpowiednie przemiany. Następcza pneumonia łuszcząca występuje zwykle obustronnie, rozszerza się po całym organie, zajmuje więc całe płaty płucne i może być powikłaną następczem zapaleniem oskrzeli. To następcze zajęcie oskrzeli odróżnia tę formę od kataralnego zapalenia czyli zrazikowego, w téj bowiem chorobie pierwotnem siedli-

skiem zapalnym są oskrzela. Zajęte płuca są powiększone, nie opadają, naczynia przepelnione krwią, pod opłucną i wśród mięszu widzimy małe kropkowane wylewy krwiste, tkanka płucna obrzęknięta. Te anatomiczne oznaki nie zawierają w sobie jeszcze nie charakterystycznego, — dopiero mikroskop wyjaśnia nam właściwy stan rzeczy. Tu okazują się pęcherzyki płucne przepelnione nabłonkiem. Komórki nabłonkowe są obrzęknięte, zaokrąglone, zawierają w sobie ziarnistą masę, składającą się pierwiastkowo z ciał białkowych i tłuszczowych, następnie zaś przeważnie z tłuszczu. Tak przeistoczone komórki oddzielają się jedne od drugich i przechodzą w tłuszczenie. Mamy więc tutaj zajęcie właściwego mięszu płucnego, objawiające się z jednej strony wstecznymi przemianami nabłonka, z drugiej zaś strony międzypęcherzykowym wysiękiem. Przy pneumonii zaś kataralnej i krupowej, procesa zapalne są natury więcej powierzchownej i zasadzają się na ilościowych i jakościowych przemianach wydzielin. Tkanka płucna jest tu dopiero następczo zajęta.

W wyjątkowych tylko razach staje się następcza pneumonia łuszcząca przyczyną śmierci, następującej skutkiem utrudnionego oddechania. Najczęściej, jeżeli ogólne zakażenie organizmu nie zabija chorego, płuca wracają do zwykłego stanu, stłuszczone nabłonki oddzielają się, na ich miejsce powstają nowe komórki, przekrwienie i obrzęknięcie znika, następuje zupełne *restitutio ad integrum*. Nie wszystkie jednak wypadki mają tak szczęśliwe zakończenie. Wyczerpane ogólną chorobą siły organizmu nie zawsze zdołają wyrównać pozostałości chorobliwe, może nastąpić przewlekłe stłuszczenie albo ostry zanik płuc. Przewlekłe stłuszczenie może się ograniczyć na pojedynczych tylko częściach zajętego organu i najczęściej górne siedliska zapalenia ulegają tej przemianie. Płuca w takich razach okazują się blademi, przybierają jaśniejszy kolor skutkiem częściowego zaniku naczyń, na przecięciu widzimy małe rozrzucone białe punkta pochodzące z zapełnienia pęcherzyków płucnych stłuszczonego nabłonkiem. Mięsz obrzękły, nie elastyczny, ulega także stłuszczeniu. Do tego przyłącza się jeszcze mączkowa przemiana. Chorzy umierają wśród oznak suchot płucnych i wycieńczenia.

Druga forma pn. łuszczącej, występuje jako cierpienie samodzielne. Miejscowe przemiany warunkują zajęcie całego organizmu. Już pierwsze objawy kliniczne zdradzają ważne zajęcie płuc. Początek stanowią powtarzające się dreszcze, podwyższenie temperatury, wkrótce przyłącza się uczucie ciężkości w pierśsiach, dochodzące do mniej lub więcej silnego bólu. Oddech utrudniony, częsty. Stopień odgłosu niewyraźne, często tympaniczne, po całych płucach rozlane, szczególnie zaś w wierzchołkach występują suche, drobno pęcherzykowane rżenia, niekiedy połączone z krepitacją i z nieokreślonym albo wyraźnie oskrzelowym oddechem. I tu znowu daje nam mikroskop możliwość postawienia różniczkowej diagnozy, znajdujemy bowiem w płwocinach w wielkiej ilości nabłonek pęcherzykowy, czego nie mamy przy zapaleniu krupowym albo kataralnym. Im dłużej trwa choroba, tem obficie są nagromadzone komórki nabłonkowe, w części stłuszczone, w części zaś napelnione barwnikiem. Oprócz nabłonkowych komórek znajdujemy jeszcze w płwocinach komórki tłuszczowe

i swobodne jądra komórkowe powstałe z rozpadu komórek. Ważną dalej cechą nabłonka jest regeneracya takowego, charakteryzująca się zwiększoną ilością jąder komórkowych, a następnie wielkością i kształtem komórek. Plastyczna ta działalność nabłonka objawia się już w pierwszych początkach choroby. Okoliczność ta może nam również służyć do odróżnienia pn. łuszczącej od pn. krupowej i kataralnej, w których to chorobach regeneracya jest dopiero końcowym procesem. Znacznie utrudniony oddech, cyanoza i kaszel towarzyszą tej chorobie. W dalszym ciągu przyłącza się stłuszczenie następcze wszystkich prawie organów, a mianowicie serca, które bywa też rozszerzonym. Śmierć następuje wśród objawów ogólnego wyniszczenia.

Zajęcie płuc może być częściowem albo też rozszerza się na cały organ, zawsze jednak znajdujemy największe przemiany w górnych częściach, co dowodzi rozszerzanie się procesu od góry ku dołowi. Tylko w bardzo wyjątkowych wypadkach znaleźć można jednakowe zmiany we wszystkich płatach i w obu płucach. W 6 lub 8 tygodniu trwania choroby znajdujemy zwiększoną objętość zajętego płuca z równą powierzchnią. Opłucna obrzęknięta z młemi wybroczynami, zwłaszcza na dolnych płatach. Tkanka płucna mało elastyczna, łamliwa, zgrubiała. Przecięcie okazuje płatowe zajęcie płuc i słaby ziarnisty wygląd. Ziarnistość ta znacznie się różni od znajduwaną przy zapaleniu krupowem, tu bowiem granulacye pochodzą z wystających z pojedynczych pęcherzyków czopków włóknikowych (Fibrinröpfe). Przy łuszczącym zapaleniu mamy zupełnie przeciwny proces. Skutkiem obrzęknięcia spowodowanego wysiękiem w ściany międzypęcherzykowe i zgrubienia tych ostatnich, nie mogą się one po przecięciu ściągać a wystając nad powierzchnię, nadają wygląd granulacyi. Płuca są przytem przekrwione i zawierają przy dłuższem trwaniu choroby znaczne ilości barwika. Tkanka płucna jest przez to rozmięczona, ciemno-szarawa, przechodząca w kolor czarny. Pomimo silnego obrzęknięcia nie otrzymujemy na przecięciu znaczniejszych ilości wyciekającej surowicy. Tylko przy silnem naciskaniu wydziela się niewiele kleistego galaretowatego płynu zamąconego krwią i komórkami. Wysięk ten stanowi podstawową różnicę od następczej pn. łuszcz., w której obrzęknięcie spowodowane jest zwykłym surowieczym wysiękiem, podczas gdy tutaj mamy do czynienia z wysiękiem uorganizowanym.

Mikroskop pokazuje nam przepelnienie pęcherzyków płucnych a nawet i drobnych oskrzeli komórkami nabłonkowemi, znajdującymi się w stanie stłuszczenia, oraz młodemii komórkami o niejednostajnych kształtach. Nie spostrzegamy zupełnie ciałek ropy, śluzu albo też skrzepów włóknikowych. W oskrzelach również nie mamy kataralnego, śluzowego lub ropiastego wysięku, a natomiast ściany oskrzeli są pokryte klejowatym, gęstym płynem, zawierającym w sobie oddzielone stłuszczone komórki. Wspominaliśmy już poprzednio o regeneracyjnych własnościach śródmiąższowego wysięku. Oprócz nowowytworzonych komórek znajdujemy także i miąższ płucny zgrubiałym, skutkiem zwiększonego wytworzenia się tkanki łącznej zwłaszcza w otoczeniu oskrzeli. Naczynia płucne okazują się rozszerzonymi.

Zejsście śmiertelne nie jest bezwarunkowym atrybutem pn. łuszczącej. Buhl przypuszcza nawet możliwość zupełnego wyzdrowienia, jakkolwiek w bardzo rzadkich wypadkach. W razach gdzie śmierć nie jest bezpośrednim następstwem pierwotnego zapalenia, wywiązują się zmiany mięszowe płuc, które w następstwie wśród objawów suchot płucnych powodują zejście śmiertelne. Do takich następnych przemian należy chroniczne stłuszczenie, o którym już była mowa, i marskość płuc.

Tak nazwana chroniczna śródmiąższowa pneumonia (*pn. interstitialis*) jest właśnie tém ostatnim zejściem pn. łuszc. Skutkiem bowiem plastyczności wysięku śródmiąższowego następuje przerost tkanki łącznej, wytwarzają się włókniste guzowatości, powodujące zanik miąższu płucnego i drobnych oskrzeli. Bliźnowate te guzowatości składają się z nowo wytworzonej tkanki łącznej, nie obfitują w naczynia i są ciemno zabarwione. Przyczynę tego zabarwienia należy szukać w pierwotnym procesie. Odpowiednio do sposobu rozszerzania się procesu zapalnego, znajdujemy też najczęściej najwięcej rozwinięte guzowatości w wierzchołkach płucnych.

Pomijam dalsze przemiany do których marskość płuc doprowadza. Są to rzeczy bardziej już znane. Dla nas miał szczególniejszą ważność stosunek genetyczny pomiędzy temi dwoma stanami. Wytwarzanie się bronchiektazyj, stwardnienie i kostnienie guzowatości, rozkład zawartości rozszerzonych oskrzeli i ztąd wynikające zaostrzenia chronicznego procesu i t. d. są to stany następcze, łatwe do zrozumienia.

Pozostaje nam jeszcze uwzględnić opłucną, która będąc ściśle złączona z tkanką płucną, naturalnie nie może się zachować obojętnie w obec tak ważnych przemian płucnych. Jakoż już w ostrym peryodzie pn. łuszc. zauważyć można pewną obrzękłość i matowość opłucnej. I tu zachodzą także przemiany analogiczne przemianom nabłonka i miąższu płucnego,— stłuszczenie i oddzielanie nabłonka opłucnej, wytworzenie tkanki łącznej w podnabłonkowych warstwach. Wkrótce przychodzi do powierzchownego wysięku doprowadzającego do zrośnięcia obu blaszek opłucnej. Ztąd też mamy tak częste, przy głębszych zmianach płucnych, zrośnięcia wierzchołkowe.

Najwyższą formą pneumonii łuszczącej jest *pneumonia caseosa*, wywiązująca się z dopiero co opisaną idiopatyczną formą. Serowacenie tkanek nie jest wyłączną właściwością danej formy zapalenia. Każde zapalenie może przybrać nazwę serowatego, jeżeli produkta zapalne natrafiają na warunki przyjazne serowaceniu. Szczególniej dogodnymi są warunki te przy pn. łuszczącej, serowacenie bowiem jest tylko wyższym stopniem stłuszczenia, wywołanym zastojem w odżywianiu i zwiększonym wchłonięciem części płynnych. Serowacenie więc jest procesem następczym, wynikającym z obumarcia tkanek. Tak więc pod nazwą zapalenia płuc serowatego rozumieć musimy dwa procesa wynikające jeden z drugiego, najprzód obumarcie a następnie serowacenie. Odpowiednio do tego musimy odróżnić dwa okresy zapalenia płuc serowatego.

Ostry okres pn. serowatej opisuje Buhl w następujący sposób: zwiększenie objętości i ciężaru płuc, na przecięciu spostrzegamy niejednostajne mozaikowe

zabarwienia, widzimy bowiem na czerwonym tle białe, żółtawe, rozsiane po całych płucach mniejsze lub większe, pojedyncze albo też zlewające się mięszone nasieki. Tkanka płucna jest przekrwiona, rozszerzone zaś naczynia warunkują wyżej wspomniane czerwone tło. Płuca zawierają mało powietrza, zwłaszcza części białe. Za naciśnięciem wydziela się z przecięcia dosyć obficie galaretowato-kleisty, przezroczysty i opalizujący płyn, zawierający obok ciałek krwi, duże okrągłe spłaszczone, wyraźnie konturowane, przezroczyste i silnie światło łamiące komórki o jednym lub więcej jądrach. Niektóre z tych komórek są strączkowate a nawet gwiazdkowate. Po bliższym rozpatrzeniu można się przekonać, że są to nabłonki w części obrzękłe, stłuszczone a w części świeżo wytworzone. Biało-żółtawe wdrażenia (*Einlagerungen*) nie zawierają powietrza, są bezkrwiste, łamliwe i składają się, jak mikroskop nas uczy, z rozpadłych nabłonek i nekrotycznych cząstek tkanki płucnej. Wielkością swoją odpowiadają one albo pojedynczym pęcherzykom płucnym, albo też całym zrazikom i nie są wyraźnie odgraniczone ale powoli przechodzą w otaczające czerwone tło. Ropy nie znajdujemy weale w mięszu płucnym, — wyjątkowo tylko w otoczeniu oskrzeli.

Porównawszy ten wygląd płuc z opisanym poprzednio przy idiopatycznej pneumonii łuszczącej, łatwo zauważyć można identyczność przemian; czerwono zabarwione miejsca dają nam zupełnie taki obraz, jak przy drugiej formie pneumonii łuszczącej, biało zabarwione zaś cząstki są nekrotycznymi ogniskami rozszaniami w tak zmienionych płucach. Skonstatowawszy tym sposobem identyczność pierwotnego procesu, nie trudnem będzie wyprowadzić genetyczny związek rozpadowych części płuc.

Podany był poprzednio jako cecha charakteryzująca drugą formę pn. łuszczącej wysięk śródtkankowy, powodujący obrzęknięcie. Przy zwiększonym wysięku, obrzęknięcie musi być naturalnie zwiększonym, naczynia włoskowate doznają ucisku, rozwija się częściowa ograniczona bezkrwistość z ubocznem rozszerzeniem naczyń. Raptowne wytwarzanie się tkanki łącznej jest także ważnym czynnikiem, utrudniającym odżywianie się tkanek. Właściwości te pn. łuszczącej, wystarczające już do wywołania obumarcia, potęgują się jeszcze przy pn. serowatej. Jak wiadomo wysięk śródtkankowy odznacza się plastycznością swoją; przy silnem natężeniu procesu chorobliwego obok obrzęknięcia właściwego mięszu płucnego i ścianki naczyń ulegają takiemu losowi. W pochwach więc naczyń wytwarzają się małokomórkowe, mniej lub więcej naokoło naczyń rozlane guzowatości, ścieśniające światło naczyń. Guzowatości te stanowią charakterystyczną cechę pn. serowatej, albowiem one to przeważnie wywołują obumarcie i serowacenie tkanek.

Zestawiając opisany ostry okres pn. serowatej, możemy ją podprowadzić pod pn. łuszczącą ze spotęgowanemi zjawiskami i dążnością do obumarcia tkanek. Buhl przypisuje tylko pn. łuszczącej możność wytworzenia pn. serowatej. Twierdzenie to jest może zanadto apodyktycznem. Przewlekły okres pneumonii serowatej charakteryzuje się procesami wstecznymi. Natężenie czynników zapalnych ustaje, nekrotyczne cząstki odgraniczają się i zamieniają w zserowaciałe masy stłuszczające się i tracące części płynne. Ota-

czająca tkanka płucna może także na drodze stłuszczenia odzyskać swoje pierwotne własności i takim sposobem mielibyśmy w pośród normalnej tkanki płucnej zserowaciałe masy, mniej lub więcej rozsiane, otaczające drobne oskrzela. Byłoby to pierwsze najdogodniejsze zejście pn. serowatej; możemy się go też spodziewać tylko przy małej objętości obumarłych ognisk, nie przechodzących wielkością swoją ziarnka grochu.

Daliej może tu także wywiązać się przewlekłe stłuszczenie i marskość. Niekiedy trzy te stany kombinują się wzajemnie, a wówczas płuca takie mają charakterystyczny mozaikowy wygląd, spowodowany różną pigmentacją, wynikającą z tych przemian.

W obec takiego stanu rzeczy biało-żółtawe punkta odpowiadające zserowaciałej tkance, łatwo mogą być brane za gruźelki. Badając jednak dokładnie warunki powstawania takowych, nie trudnem będzie ustrzedz się pomyłki.

Przy silnem nateżeniu procesu zapalnego i rozleglejszem obumarciu tkanki, tak że pojedyncze ogniska przechodzą objętością swoją wielkość ziarnka prosowego, wytwarzają się w płucach jamy. Obumarła bowiem tkanka, działając jako ciało obce, wywołuje w otoczeniu zapalenie odgraniczające, skutkiem którego następuje utrata substancji i wytworzenie jamy. Rozmiary takiej jamy odpowiadają zwykle objętości obumarłej tkanki. Tak więc pn. łuszcząca wytwarza dwojakiego rodzaju jamy: jedne z nich są natury bronchiektatycznej spowodowane marskością, drugie zaś są czystymi jamami płucnymi, powstałymi przez rozpad tkanki płucnej.

Skutkiem rozszerzania się procesu zapalnego pn. łuszczącej z góry ku dołowi, jamy tak powstałe, mają zwykle siedlisko swoje w górnym płacie. Okoliczność ta jest ważną wskazówką przy określaniu natury jam płucnych, albowiem jamy powstałe z ropni płucnych i zgorzeli, skutkiem infarktów lub działania ciał obcych, leżą najczęściej w dolnych częściach, a płuca takie nie okazują pozostałości pierwotnych procesów zapalnych górnego płatu. Przy pn. łuszczącej przeciwnie, jeżelibyśmy nawet znaleźli jamy w dolnych częściach, to zawsze im będą towarzyszyć przemiany górnego płatu.

Wyłożone tutaj w ogólnych zarysach poglądy B u h l'a na zapalne procesa płuc, a w szczególności na pneumonię łuszczącą, doznały wiele zarzutów od innych badaczy, zajmujących się tą sprawą. Wprawdzie anatomiczne dane, opisane przez B u h l'a, zostały stwierdzonemi,—wyłączność jednak i samodzielność pneumonii łuszczącej przez autora listów o zapaleniach płucnych tak stanowczo utrzymywane, nie znalazły poparcia. Daliej stosunek jej do pn. serowatej a wreszcie i wytwarzanie się jam płucnych z łuszczącej pneumonii zostały zakwestyonowanemi. J ü r g e n s e n —dzisiejszy mistrz na polu pneumonii powiada, że pomimo starannych badań i zwróconej uwagi na mogące się pojawiać samodzielne łuszczące zapalenie płuc, nie spostrzegął wypadku dającego się podprowadzić pod czystą formę pn. łuszczącej. Nie zaprzecza on istnienia takowej, uważa ją jednak jako stan następczy, przyłączający się do innych zapaleń płucnych. R i n d f l e i s c h również występuje przeciwko samodzielności pn. łuszczącej. Pneumonię serowatą uważa on jako dalszy rozwój

suchot płucnych i wyprowadza z gruźliczego zapalenia płuc, wyraźnie kwestyonując inny początek pneumonii serowatej, jak gruźliczy. Według niego składa się pn. serowata z trzech następujących mniej lub więcej samodzielnych procesów: 1) z gruźliczego rozpadu błony śluzowej oskrzeli (*tuberculöse Verschwärung der Bronchialschleimhaut*); 2) z gruźliczego zapalenia okołoskrzelowego (*peribronchitis tuberculosa*) i 3) w zółwowato-serowatej pneumonii czyli tak zwaną pn. łuszczącą. Procesy te uzupełniają się wzajemnie i wywołują szereg zmian właściwych bronchopneumonii serowatej. Dwa pierwsze są zawsze jej stałymi czynnikami, pneumonia zaś łuszcząca występuje bardzo zmiennie i zajmuje częstokroć bardzo podrzędne stanowisko w tej chorobie. Odnośnie do idiopatycznej czyli samodzielnej formy pneumonii łuszczącej powiada Rindfleisch, że spostrzegał ją tylko jako towarzyszącą wytwarzaniu się gruźliczków ziarnkowatych, zapalenia okołoskrzelowego lub jam płucnych i to występującą następczo. Przypuszcza on jednak możliwość istnienia takowej, a w takim razie uważałby pneumonię łuszczącą jako zółwowe zapalenie mięszu płucnego, mające jednakowe znaczenie co *bronchitis, arthritis, ostitis, encephalitis* lub *orchitis scrophulosa*. (Dokończenie nastąpi).

Notatki ze szpitala.

Podał Dr Kazimierz Gurb ski, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku.

I. Wilk przerosły twarzy. (*Lupus hypertrophicus faciei*).

T. Sz. mężczyzna lat 20 z miasta Mławy, przybywszy do szpitala, przedstawił się w stanie następującym: wzrostu dobrego, budowy ciała silnej, mięśnie doskonale rozwinięte, żadnych ciężkich chorób ostrych, jak również choroby zółwowej i przymiotowej nie przechodził, wszystkie czynności ustroju odbywają się prawidłowo. Przy lewym kącie oka blizna twarda, pociągająca powiekę dolną w stronę nosa; kość nosowa lewa w części zniszczona, część pozostała zrosnięta z obszerną blizną, ciągnącą się od korzenia nosa w dół na przestrzeni dwóch centymetrów; jama nosowa zajęta przewlekłym nieżytem, wydzielina błony śluzowej nosa śluzoropiastego charakteru. Pod przegrodą nosową wrzód średnicy prawie jednego centymetra, o brzegach ostrych, dnie czerwonawem, pokrytym strupem, w około wrzodu tkanka nacieczona; owrzodzenie przegryzło rynienkę (*philtrum*), tak że warga górna w środku rozdzielona na dwie połowy. Policzek lewy nieco obrzmiały, konsystencji twardszej od prawego, w bliskości kąta żuchwy wrzód podobny do wyżej opisanego, lecz o wiele większy, w bliskości niego kilka guziczków miękkich, rozmaitej wielkości, w niektórych widocznie poczynają się już przemiany wsteczne, gdyż wierzchołek guziczka poczyną wrzodzić; niektóre guziczki są brunatnawej barwy. Na tymże policzku w miejscu, odpowiadającym środkowi mięśnia żwacza, również spotykamy się z wrzodem wielkości pięciu srebrnych kopiejek, pokrytym suchym strupem. Oprócz tego na policzku widać liczne blizny rozmaitego

kształtu, pociągające skórę w rozmaitych kierunkach, przyczyniające się tym sposobem do zniepodobnienia twarzy. Kąta lewy ust zupełnie zniszczony, policzek rozdzielony od kąta w kierunku brody aż prawie do samego brzegu żuchwy, tak że część łuku zębodołowego dolnego strony, o której mowa, odsłonięta. Błona śluzowa jamy ustnej przy brzegach zrosła z blizną, cały mięsz policzkowy przy brzegach nacieczony, rozpulchniony i miękki. Z tego powodu ślina wycieka bezustannie przy brzegu żuchwy, a ściekając na owrzodzenie poniżej się znajdujące, sprawia choremu ciągle nieprzyjemne szczypanie. Gruczoły limfatyczne szyjowe nie powiększone.

Chory opowiada, że cierpienie jego ciągnie się już od lat blisko dwóch; początkowo na skrzydle nosa pojawiły się małe guziczki, które powoli rosnąć, zaczęły następnie wrzodzić. W podobny sposób owrzodzenie przegryzło część policzka od kąta lewego ust, o której wyżej wspomnieliśmy. Chory widząc, że środki dotąd używane nie są w stanie nietylko przynieść mu pożądaną pomocy, ale nawet powstrzymać dalszego przebiegu choroby, prosił o radę i objawił chęć wstąpienia do szpitala.

Rozpoznanie sprawy nie przedstawiało trudności; szczegółowe badanie chorego kazało wykluczyć przymiot. Opisany powyżej obraz jasno przedstawia, że mieliśmy do czynienia z wilkiem przerosłym i wrzodziejącym, dlatego wykluczyliśmy od razu i inne choroby skórne, jak ekceme łuskową (*eczema squamosum*), łuszczycę (*psoriasis*) i trądzik (*acne rosacea*). Największe podobieństwo mogła sprawa przedstawiać do raka skórniego (*carcinoma cutaneum*), przeciw temu ostatniemu przemawiała nieobecność stwardniałego obwodu wrzodów, nacieczenia chrząstkowatego, stan prawidłowy gruczołów limfatycznych szyjowych. Siedlisko sprawy, guziczki miękkie różnej wielkości w różnych widocznie okresach rozwoju, przechodzenie takowych w charakterystyczne owrzodzenia zdawały się potwierdzać nasze rozpoznanie. Ponieważ, jak chory twierdzi, rodzice jego cieszą się dobrem zdrowiem jak również i jego rodzeństwo, on zaś sam choroby żółzowej i przymiotowej nie przechodził, zatem idąc za Willan'em i Alibert'em uważaliśmy sprawę w mowie będącą za wilka idiopatycznego (*lupus idiopathicus*), czyli inaczej mówiąc nazwą tą dlatego ochrzcziliśmy dany wypadek, gdyż nie byliśmy w stanie dościsnąć przyczyny wybuchu i rozwoju choroby. Podobne wypadki wilka do naszego są ogólnie znane; Cazenave i Schedel¹⁾ wyraźnie mówią: „il est constant, que dans un assez grand nombre de cas le lupus se manifeste chez des personnes dans la force de l'âge, robustes, et qui ont toujours joui d'une excellente santé.“

Rokowania choremu nie postawiliśmy dobrego, nie odnośnie do życia, gdyż wiadomo, że wilk całe lata się ciągnąć może bez sprowadzenia śmiertelnego zejścia, ale odnośnie do samej sprawy, bacząc, że zniszczenia już były dość znaczne, a powtóre że mieliśmy do czynienia z wilkiem przerosłym, na-

1) Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris 1833 pg. 410.

koniec że nawet w najlepszym razie, to jest gdyby istniejące owrzodzenia się zablizniły, sprawa prawdopodobnie może wybuchnąć na nowo, coraz większe szerząc spustoszenia.

Leczenie o tyle wydawało się nam trudnem, ile że trzeba było przede-wszystkiem przystąpić do zaleczenia istniejących owrzodzeń, a następnie dopiero przy pomocy operacyi plastycznej połączyć rozdzieloną wargę górną i część policzka wyżej opisaną. Obszerna terapia wilka, usiłująca w części przeistoczyć cały ustrój chorego, a następnie przez rozmaitych od wielu lat pod różną formą stosowana, a usiłująca wywołać bądź zanik lub wessanie wilka, bądź jego zniszczenie lub zupełne usunięcie, dowodzi, ile rzeczona sprawa chorobowa jest upartą i ile rzeczywiście nasze leczenie w większej liczbie wypadków mało lub wcale nie przynosi choremu korzyści. Bacząc na tę okoliczność, że w danym wypadku istota wilka nie polegała na gruncie zołzowym, wyklucziliśmy podawanie tranu, zalecone w podobnych razach przez Ben n e t'a¹⁾, Val é r i u s'a²⁾, E m é r y e g o³⁾, M a r e s k a'ę⁴⁾, H e b r a'ę⁵⁾ i innych. Tem bardziej były nie na miejscu inne środki dawniej jako specyfiki do wewnątrz podawane, jak węglan żelaza⁶⁾, tlenik rtęci⁷⁾, proszek Plum m e r'a⁸⁾; całą uwagę raczej zwró-ciliśmy na leczenie miejscowe, mając na celu wywołanie zniszczenia owrzodzeń przez środki żrące i tym sposobem sprowadzenie ich zabliznienia. W tym kie-runku rozporządzamy licznemi środkami, do których należą kwasy, arsenik, chlerek cynku, saletran srebra, złoto rozpuszczone w wodzie królewskiej, subli-mat i t. d. Niedawne czasy, kiedy pomiędzy lekarzami francuzkiemi panowa-ła rzeczywiście moda leczenia nie tylko wilka ale i innych spraw chorobowych tak zwanym „caustique doré.“ Ch a u v a n n e⁹⁾, F o l t z¹⁰⁾, P é t r e q u i n¹¹⁾ liczne w tym kierunku ogłosili spostrzeżenia, zachwalając środek o którym mo-wa. Do leczenia innych spraw chorobowych używali naówczas złota Ch r e -s t i e n, N i e l, L e g r a n d, D u h a m e l, R é c a m i e r i G a u t h i e r. O te-rapii téj w swym czasie dowcipnie odezwał się R i e o r d: il vaut mieux, que l'or et l'argent aillent du malade au médecin, que du médecin au malade.“

1) Edinburgh medical Journal 1858.

2) Annales de la Société de Médecine de Gand. 1857.

3) Révue de thérapeutique médico-chirurgicale 1853.

4) Archives belges de médecine militaire 1853.

5) Annales de la Société médicale d'Emulation 1851.

6) Key w G e r s o n'a i J u l i u s'a Magaz. f. ausl. Literat. d. gesam. Heilkde. 1828 pg. 266.

7) S t a r k i S u c c o w. Jahresbericht nebst praktischen Bemerkungen über die im J. 1829 in dem Landkrankenhaus u. der ambulatorischen Klinik zu Jena be-handelten Krankheiten 1831.

8) Ungar. Zeit. f. Vat. u. Heilkde 1857.

9) Révue médicale 1848.

10) Gazette médicale de Milan 1850.

11) Nouvelles recherches sur l'emploi du caustique doré dans le lupus et cer-tains cas des dartreuses ulcéreuses. Révue de thérapeutique médico-chirurgicale 1854. pg. 626.

Ponieważ najlepsze rezultata miałem sposobność kilka razy postrzegać stosując na miejsca oznaczone chlorek cynku, zatem kazałem rzeczone miejsca smarować kilka razy dziennie roztworem stężonym tego środka.

Wyływ śliny był znakomicie zmniejszony przy podawaniu choremu do wewnątrz dwa razy dziennie po $\frac{1}{120}$ gr. siarczanu atropiny. Po upływie miesiąca nie zauważyłem żadnej poprawy, z tą różnicą, że nie powstawały nowe ogniska. Zmieniłem sposób postępowania o tyle, że chlorek cynku zacząłem stosować w postaci ciasta (ciasto C a n q u o i n'a) przede wszystkim przyłożyłem takowe na dwa owrzodzenia, znajdujące się w bliskości zniszczonego policzka. Ciasto pozostawiono godzin cztery. Chory uskarżał się na gwałtowne bóle, po odpadnięciu strupka wrzody dość szybko się zabiżniły. W ten sposób postąpiłem i z pozostałymi owrzodzeniami. Po pięciu tygodniach o tyle miejscowo stan się poprawił, że wrzody pokryły się bliznami, połowa jednak twarzy chorego była szkaradnie zeszpecona przez rozdzielenie wargi górnej i zniszczenie części policzka. Postanowiłem o ile się da poprawić zniepodobnienie przez operację plastyczną. Najprzód chciałem uformować lewy kąt ust i zespolić rozdzielony policzek, w tym celu obraniłem brzegi rany, i takowe zeszyłem, błonę śluzową przy kacie od wewnątrz w części odseperowałem i przyszyłem do brzegów z pomocą szwów oddzielnych. Rana zagoiła się *per primam*. W tydzień potem wykonałem na wardze górnej operację plastyczną, która się również udała. Cieszyłem się z tak pomyślnego zejścia jak również z radości chorego, który oświadczył mi, że cel jego marzeń t. j. taka poprawa jego stanu, została osiągnięta i że teraz pojedzie do domu by wstąpić w związki małżeńskie, na co już od roku z niecierpliwością oczekuje. Inna jednak okoliczność zmusiła chorego pozostać w szpitalu. W tym czasie (w Kwietniu) panowała w Płocku epidemia tyfusu, w szpitalu wówczas leżało jedenastu tyfusowych, epidemia ogarnęła i naszego chorego, tak że przez tydzień życie jego znajdowało się w niebezpieczeństwie. Obawiałem się w okresie zdrowienia czy nie pojawiły się nowe owrzodzenia, by jednym słowem cała sprawa na nowo nie wybuchła; miejsca to jednak nie miało i chory po czteromiesięcznym pobycie w szpitalu został wypisany względnie zdrów. Na początku bieżącego roku dowiedziałem się (chorego sam nie widziałem), że choroba znowu powróciła i na nowo zajęła nos i policzek lewy, czas zatem zaleczenia owrzodzeń nie trwał więcéj jak pół roku.

(Dalszy ciąg nastąpi).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

O leczeniu miejscowem przewlekłego guza śledziony (*Tumor lienis chronicus*).

Przez Professora D-ra Mosler'a.

Streścił Dr. Kurcyusz.

Z pomiędzy środków miejscowych przeciw cierpieniom śledziony, zalecano wielokrotnie wyluszczenie tego gruczołu (*exstirpatio lienis*). Ponieważ rękoczyn ten (*splenoto-*

nia) udaje się wyśmienicie na zwierzętach, roztrząsano przeto nieraz a nawet poddano doświadczeniu pytanie, czyby nie można było zastosować go i u człowieka. Wypadki wyluszczenia śledziony, najdokładniej zebrane i zestawione ze sobą, znajdujemy u Kühnemeister'a (*Die wandernde Milz. Leipzig 1856*) i Magdela'y'n'a (*L'Union 146--147 1867*).

Jak wiadomo, jest to wielką różnicą, czy rzecz idzie o częściowe czy też o całkowite wyluszczenie śledziony. Z pomiędzy wypadków częściowego wyluszczenia takowej, znamy dziewięć uwieńczonych pomyślnem zejściem. W wypadkach tych, wskazanie do operacyi stanowiły zranienia lewej strony brzucha z wypadnięciem śledziony. Oddzielenie wypadłej śledziony dokonaniem zostało już to wprost, bez uprzedniego podwiązania, już też po podwiązaniu, już nakoniec przez samo podwiązanie (ligatura), bez użycia noża. Doświadczenie naucza, że nie mniej dobrze znoszone mi bywają i całkowite wyluszczenia śledziony a nawet guzów śledzionowych, które wskutek zranień brzucha, uległy wypadnięciu na zewnątrz jego jamy.

Inaczej zgoła przedstawia się rokowanie w obec wyluszczenia śledziony, przedsiębranego z przyczyny chorób wewnętrznych tego gruczołu. Z pomiędzy dziewięciu wypadków wyluszczenia śledziony całkowitego, z powodu guza takowej przedsięwziętych, sześć zakończyło się śmiercią. Zasługuje na baczną uwagę to, iż w dwóch wypadkach (Köberle—Bryant) z pomiędzy ostatnich, śmierć nastąpiła podczas operacyi lub bezpośrednio po takowej, w trzech zaś innych zaledwie kilka godzin oddzielało to smutne zakończenie, od chwili rękoczynu. W wypadku Bryant'a który wyluszczył śledzionę u pewnej 40-letniej kobiety, dotkniętej białaczkę śledzionową, podwiązanie i odcięcie szypuły śledzionowej (*pedunculus*) odbyło się pomyślnie i bez znacznego krwotoku; wkrótce jednak okazało się silne krwawienie z naczyń włosowatych (*Haemorrhagia capillaris*) w miejscu przyrostu (*adhaesio*) śledziony do przepony. Krwawienie to, mimo najusilniejszych starań, powstrzymanem być nie mogło i chora niebawem zakończyła życie. Podobnyż los był udziałem chorej Köberle'ego, który przedsięwziął w mowie będącą operację również z przyczyny białaczki śledzionowej (*Leukemia lienalis*). Przyczyną śmierci i tu był obfity krwotok podczas samej operacyi. Oba zatem powyższe wypadki, w których wyluszczenie śledziony z przyczyny białaczki śledzionowej przedsięwziętem zostało, dały najbardziej niepomyślne wyniki. Nikt też następnie nie powążył się na ponowienie powyższych usiłowań, w obec rozpoznanej białaczki.

Jeśli teraz weźmiemy pod uwagę: pamiętny wypadek Péan'a, który rozpoznał u chorej wielką torbiel surowiczą jajnika lewego (*Hydrops ovarii sinistri*), a podczas operacyi wyluszczył jednokomorową torbiel śledziony wraz z narzędziem które jej dało początek; jeśli zważymy jak wielką jest trudność i chwiejność rozpoznania natury guzów brzusznych, a bardziej jeszcze niebezpieczeństwa wszelkich nad takowemi operacyi; jeśli przedsięwzięte te ostatnie, z góry przygotowani będziemy na niespodzianki w rodzaju tych, jakie spotkały Quittenbama i Köhler'a, którzy przy sekcyi swoich operowanych znaleźli poczynającą się marskość wątroby (*Cirrhosis hepatis*); a wreszcie, co najważniejsza, jeśli należycie ocenimy grozę, niepodobnego do uniknięcia krwotoku podczas operacyi,—to wyluszczenie tak błędzących (*Tumor lienis migrans*) jak ustalonych guzów śledziony, wyda nam się przedsięwzięciem zbyt śmiałym, do którego nigdy nieznajdziemy dostatecznych wskazań.

Przy niepomyślnych wynikach powyższych usiłowań, nie pozostaje nam nic innego, w obec rozpoznanych guzów śledziony, jak postarać się o wynalezienie środków, działających również miejscowo, a których zastosowanie byłoby wolnym od wyszczególnionych wyżej niebezpieczeństw. Przedewszystkiem nasuwa się pytanie, czyby za pomocą operacyi i głowej, zastosowanej przez Simona do leczenia ziarnowców wątroby (*Echinococcus hepatis*), nie można było spowodować wytwarzania się ropnia (*abscessus*) w śledzionie i następczego bliznowego zaniku całego narzędzia. Dalej, w obec pomyślnych wyników z nastrzykiwania nalewki jodowej przy guzach gruczołowych, można by pomyśleć o zastosowaniu tej metody i do śledziony. U zwierząt wstrzykiwałem wielokrotnie nalewkę jodową do śledziony (vid. Mosler „Pathologie und Therapie der Leukaemie str. 277) wciągnąwszy poprzednio rzeczzone narzędzie w ranę otworzoną na linii białej brzucha. Psy i króliki wytrzymały tę operację bez silnego zapalenia otrzewnej. U człowieka jednak nie stosowałem dotąd tego środ-

ka przy guzach śledziony. Przeciwnie, w przytoczonym poniżej wypadku, wybrałem do zastrzykiwań rozcieńczony kwas karbолоwy, a następnie roztwór arsenikowy Fowlera.

Heneryetta S. z Berlina, lat 33 wieku licząca, przebywała w młodości zwykle choroby wieku dzieciennego. Miesiączka pojawiła się u niej po raz pierwszy w 14 roku życia i odtąd powtarzała się prawidłowo. W 18 roku życia chora wyszła za mąż i porodziła dwoje dzieci, z których ostatnie przed ośmiu laty. Tak porody jak i powagi przebiegały prawidłowo. Przed czterema laty cierpiała na zimnicę (*Febris intermittens*) która trwała półtora roku i odznaczała się nader nieprawidłowym przebiegiem. Przed dwoma laty przebyła dur brzuszny (*Typhus abdominal.*) i od tego czasu jest już stale cierpiącą. W rozmaitych odcinkach ciała pojawiają się obrznięcia. W sierpniu zeszłego roku, obrzęk surowicy kończyn dolnych dochodził aż do brzucha. Do tego przyłączyło się zatrzymanie moczu, wymioty i rozwolnienie. Z przyczyny tego cierpienia leczyła się ona 6 tygodni w Berlińskim szpitalu *Charié*. Zimą z 1873—74 r. wystąpiły nowe objawy, bezustanne dreszcze, bóle w brzuchu, wymioty, osłabienie, duszność, brak apetytu, pragnienie i t. d. Z przyczyny tych cierpień, 20 Stycznia 1874 r. chora przyjęta została do mojej kliniki.

Chora średniego wzrostu, o bladłej skórze i błonach śluzowych, w chwili przyjęcia uskarżała się przede wszystkim na wyżej wymienione przypadłości. Stan był bezgorączkowy. Brzuch, zwłaszcza w podżebrzu lewym był mocno wystającym. W miejscu tem łatwo można było wymacać śledzionę, której koniec przedni można było łatwo objąć ręką, w okolicy żołądkowej. Opukiwanie wykazało, iż tępość śledziony w kierunku prostopadłym zajmuje 15 cm., po za linię zaś pachową (*linea axillaris*) wystaje na 13 cm. Wątroba również była powiększona, nie w tym jednakże stopniu co śledziona. Gruczoły nigdzie nie okazały się obrzmiałymi. Badanie płuc, nie wykazało żadnych złożeń chorobowych w tych narządach. Badanie serca za to wykryło obecność szmerów krwistych w takowem. Ciepłota ciała w jamie pachowej wynosiła 37,6, częstość tętna 84, ilość oddechów 24 na minutę. Mocz nie zawierał żadnych składników nieprawidłowych, zatem ani białka, ani barwników żółci. Badanie krwi przekonało, iż ilość ciałek białych w tej cieczy niebyła wcale powiększona.

Jako leczenie zalecono: do wewnątrz pigułki *Blauda* i sól karlsbadzka, oraz dwa razy dziennie zastrzykiwanie podskórne roztworu (1:5) bezkształtnego chlorku chininy (*Chininum hydrochloricum amorphum*). Bezpośrednio po każdym zastrzyknięciu, na miejsce takowego, przez kilka godzin stosowano pęcherze z lodem. Dzięki zapewne temu ostatniemu postępowaniu, w miejscach owych występował nader umiarkowany tylko odczyn zapalny, do czego przyczyniło się w części i to, że bacznie zwracano uwagę, by nader ostro igła strzykawkki *Prawa*'s, wchodziła głęboko w tkankę łączną podskórną.

Tym sposobem, w ciągu dni 16, udało się wykonać 32 zastrzyknięcia podskórne w rozmaitych okolicach ciała; po czem można było zaznaczyć wyraźne pomniejszenie się śledziony. Przedni koniec tego narzędnia cofnął się na trzy palce w tył, po za pępek, po za linię pachową wystawał już tylko na 8 cm., wymiar zaś jego z góry ku dołowi wynosił 11 cm.

Wówczas leczenie powyższe zostało zawieszonem, a z przyczyny coraz częściej występujących wymiotów i upartego zaparcia stołców, zalecono łagodny środek wypróżniający.

W połowie Lutego wystąpiło mało znaczne obrznięcie gruczołów pachwinowych, połączone jednak z pewną bolesnością. Nie mniej, uskarżała się często chora na bicie serca połączone z dusznością i bóle w kolumnie kręgowej. Prócz środków wypróżniających zalecono także przetwory żelaza.

W połowie Marca, pojawił się obfity krwotok z nosa (*Epistaxis*). I teraz nie można było wykryć we krwi powiększenia się ilości ciałek białych. Do wewnętrznego użycia zalecono chorą *Liquor Ferri sesquichlor.* pod postacią kropel. Po utracie krwi chora szybko przyszła do siebie.

Ponieważ nie spodziewałem się już przy dalszem zadawaniu chininy, spróbować szybsze zmniejszenie się śledziony, przeto w dniu 21 Marca 1874 r. postanowiłem przystąpić, do poprzednio już zamierzonego, miejscowego leczenia tego narzędnia.

Przedewszystkiem zastosowano na okolicę śledzionową pęcherz z lodem, aby przez wywołany tem skurecz mięśni śledzionowych, zmniejszyć zawartość krwi w rzeczonym narzędziu. Następnie ująwszy silnie ręką koniec przedni takowego, starałem się, o ile można najdokładniej, przycisnąć jego powierzchnię do ścianki brzusznej. Wtedy, przez ściankę brzucha wkłułem w mięsz śledziony nader ostrą igielkę strzykawki *P r a v a z a* i całą rzeczoną strzykawkę, zawierającą 22 kropeł 2 procentowego roztworu kwasu karbolowego, wypróżniłem w mięsz śledzionowy. Wyraźnie dało się uczuć, przy wykonaniu tego rękoczynu, iż mięsz śledziony stawiał nader silny opór wstrzykiwanemu płynowi. Niemniej też, uskarżała się chora na gwałtowny ból podczas trwania rękoczynu i po takowym, z przyczyny którego, zastrzyknięto zaraz pod skórę 0,02 grm. morfiny i położono na dobę całą worek z lodem na okolicę śledzionową.

Po operacyi, nie wystąpiło ani znaczne wzdęcie brzucha, ani podwyższenie ciepoty ciała. Bolesność okolicy śledzionowej już 23 Marca prawie zupełnie ustąpiła. Tego dnia chora nie leżała już wcale w łóżku. Jako leczenie, przyjmowała do wewnątrz pigułki z żelazem, nalewkę chinową i wcieranie wzdłuż kolumny kręgowój olejku terpentynowego z olejem makowym. Zdawało mi się, iż po zastrzyknięciu, dostrzegam zmniejszenie się śledziony. W ciągu Kwietnia stan chorój był znośny ale obrzmienie śledziony trwało dalej, a dalsze użycie żelaza i chinu zdawało się pozostawać bez żadnego wpływu na jój stan ogólny.

W dniu 22 Kwietnia, postanowiłem przystąpić ponownie do opisanego powyżej rękoczynu. Aby przekonać się, czy mięszkowe zastrzykiwanie do śledziony roztworów *a r s e n u* również dobrze będzie znoszonem, tym razem użyłem mieszaniny 1 części solutio arsenic. Fowleri z 10 częściami wody (około 10%).

Postępowanie operacyjne, było także samo jak poprzednio. Bolesność przy tém okazała się znacznie mniejszą niż przy kwasie karbolowym, tak że przykładanie lodu, tylko przez 12 godzin okazało się potrzebnem. To też nie wahałem się zgoła powyższe postępowanie powtórzyć jeszcze razy kilka.

W połowie Maja, chora przedstawiała wygląd daleko lepszy, szmery z niedokrwistości pochodzące już nie dawały się słyszeć. Głównie uskarżała się jeszcze na zaburzenia w trawieniu i nieregularność wypróżnień stołcowych. Śledziona już na 4½ cala ustąpiła po za pępek, tylko na 5 cm. wystawała przed linię pachową, a wysokość jój nie przenosiła 10 cm. Brzuch był jeszcze wzdętym, wątroba jeszcze nieco powiększona, zwłaszcza też w zrazie lewym. Gruczoły pachwinowe miernie obrzmiące i w małym tylko stopniu bolesne. Przy tem wszystkiem pozostała jeszcze pewna skłonność do wymiotów.

Zalecono: *Pill. aloetic. ferrat.*

W połowie Czerwca, chora wypisała się ze znaczną poprawą. Na kilka dni przed wypisaniem, przedstawiłem ją na posiedzeniu tutejszego towarzystwa lekarskiego.

Śledziona była wtedy jeszcze znacznie powiększona, a przedni jój koniec można było wymacać na trzy palce pod łukiem żebrowym. Powierzchnia narzędzia przedstawiała się nierówną, w niektórych miejscach można było wymacać wyraźne zagłębienia, prawdopodobnie odpowiadające miejscom zakłucia. Przy obmacywaniu, narzędzie nie okazywało się zgoła bolesnem. W każdym razie, mogłem stanowczo wykazać *z n a k o m i t e* pomniejszenie się śledziony, które wystąpiło bezpośrednio po zastrzykiwaniach mięszkowych, a któremu towarzyszyła wyraźna poprawa w stanie ogólnym chorój.

Przytoczone spostrzeżenie kliniczne stanowi niewątpliwie dostateczny dowód, iż zastrzykiwanie środków leczniczych do mięszu śledziony jest możliwem i wyrabia poniekąd, dla rzeczonej metody leczenia, prawo obywatelstwa w nauce. Rozumie się, iż niezbędnem tu jest zachowanie pewnych środków ostrożności. Potrzebnem jest przedewszystkiem uprzednie stosowanie przez czas dłuższy środków nasłodziennych (*Miltz mitteln*), aby drogą skureczu ściągliwych pierwiastków narzędzia, zmniejszyć o ile można, zawartość krwi w takowym. W tym celu, według moich postrzeżeń, przetwory chininy zasługują na pierwszeństwo przed wszelkimi innemi środkami. W przytoczonym przez nas wypadku, wskazaniu powyższemu uczyniono zadość przez zastrzykiwanie podskórne roztworu bezkształtnego chlorku chininy (*Chininum muraticum amorphum* — *Z i m m e r*). Na kilka godzin przed zastrzykiwaniem mięszkowem, na okolicę

śledzionową położyć należy pęcherz z lodem. Zastrzykiwanie w mięsz śledziony w ogóle w tych tylko wypadkach mogą mieć miejsce, w których guz śledzionowy ściśle do ścianek brzusznych przylega, albo przynajmniej, gdy udaje się, przez pochycenie przedniego końca śledziony, takową dostatecznie do ściany brzusznej przybliżyć. Wykonaniu samego rękoczynu towarzyszy zwykle znaczny ból. Jeśli zaś zanosi się na dłuższe trwanie takowego, tam w krótko po ukończeniu rękoczynu, należy zastrzyknąć pod skórę roztwór morfiny.

Zamiast nalewki jodowej, do pierwszego doświadczenia użyłem 2 procentowego roztworu kwasu karbolowego i stwierdziłem nowym faktem, zdanie kolegi H u e t t e r a, iż słabe roztwory kwasu karbolowego mogą być bez szkody zastrzykiwane do tkanek. Mięsz śledziony jak się z doświadczenia mego okazało, znosi również dobrze powyższe roztwory. W dalszym ciągu powyższych doświadczeń, wypadało by wypróbować najgłówniejszy ze środków nasłodziennych, t. j. chininę. Od zastrzykiwania jednak roztworów tej ostatniej wstrzymywałem się dotąd z obawy zbyt silnego podrażnienia.

W monograficznej pracy mojej o białaczce (str. 280) zalecałem, przeciwko przewlekłemu guzowi śledziony, zastrzykiwania podskórne arsenu. Ponieważ takowe bywają znoszone dobrze, nie wywołując zbyt silnego odczynu miejscowego, bez obawy przeto wybrałem ten środek do zastrzykiwań w mięsz śledziony. Powyższe doświadczenia przekonały mię, iż ten ostatni znosi doskonale wstrzykiwania roztworów arseniku.

Wkrótce po tem dowiedziałem się, iż C z e r n y, otrzymał nader pomyślne wyniki w złośliwej natury guzach gruczołów chłonnych (*Lymphomata maligna*) przy stosowaniu r o z t w o r u F o w l e r'a, naprzemian do wewnątrz i w postaci zastrzykiwań mięszowych. W ciągu 7 miesięcy, u pewnej chorób, która przyjęła do wewnątrz 746 kropel rzeczzonego roztworu i 76 zastrzykiwań podskórnych, po 10 kropel każde, nastąpiło zupełne wyleczenie (Fr. T h a l e n. Inaugural dissert. 1874).

W opisanym przez nas wypadku, zastrzykiwania roztworu arsenu w mięsz śledziony sprowadziły znakomite pomniejszenie się guza téjże. Przy częstszem powtarzaniu powyższego rękoczynu, nastąpiło by niewątpliwie jeszcze zupełniejsze skurczenie się narzędzia, którego powiększenie chorobowe polegało w znacznej zapewne części na zmniejszonej kurczliwości, obdarzonych nią pierwiastków histologicznych. Otóż, mięszowe zastrzykiwanie środków nasłodziennych zdaje się daleko silniej pobudzać do kurczenia się pierwiastki mięśniowe śledziony, niż użycie tychże środków do wewnątrz. W obec tego przypuszczenia, częstsze poddawanie doświadczeniu powyższej metody byłoby nader pożądanem. Doświadczenia te powinny by wykazać, przeciw jakim mianowicie guzom śledziony metoda powyższa najskuteczniejszą być może — i na ogólne zastosowanie zasługuje. Niestety jednak, od powyższego wypadku nie zdarzył mi się żaden inny, w którymby rzeczoną metodę można było zastosować. Dalsze przeto badania w zakresie poruszonej przezemnie kwestyi, zmuszony jestem zastrzedz sobie na przyszłość.

Wiadomości bieżące.

— O porze dnia, w której najwięcej zachodzi wypadków śmierci. Dr L a w s o n, kontynuując badania S c h n e i d e r a i innych znalazł, że w przewlekłych cierpieniach wypadki śmierci następują najczęściej pomiędzy 8—10 godziną rano, a najrzadziej pomiędzy 8—10 godziną wieczorem. Co się tyczy ostrych chorób, to pokazało się, że największa część wypadków śmierci następuje albo rycło rano, albo późno w noc. Spostrzeżenia te zgadzają się jak najzupełniej z teorią. Ponieważ rycło rano czynność życiowa jest najmniejszą i wzrasta po południu, przeto jasnym jest ten fakt, że przewlecznie chorzy umierają najczęściej rano, a najrzadziej wieczorem. Że w ostrych chorobach śmierć następuje najczęściej wieczorem, wyjaśnia się z téj okoliczności, że w godzinach wieczornych wzrasta regularnie gorączka i tym sposobem niszczy najwięcej siły życiowe.

Dr S. J.

— Porównawcze spostrzeżenia co do działania wodanu chloralu, wodanu bromalu i jodoformu. (M. K e n d r i e k, Centralbl. f. d. med. Wiss. Nr 56. 1874). Rezultaty swych doświadczeń porównawczych zestawia autor, jak następuje: wodań bromalu działa daleko silniej, aniżeli wodań chloralu. Ostatni po krótkim okresie przekrwienia sprawia głębokie znieczulenie, z którego zwierzę może powrócić do prawidłowego stanu. Przy wodań bromalu znieczulenie to następuje tylko w takim okresie, w którym nie można już myśleć o uratowaniu zwierzęcia. Wodań bromalu sprawia zawsze silny skurcz żrenicy, wodań chloralu zazwyczaj tego nie czyni. Wodań chloralu wpływa przeważnie na wielkie połowy mózgu i nigdy nie wywołuje kurczów, wodańowi zaś bromalu przypisuje autor więcej wpływu na zwoje podstawy mózgu. Śmierć następuje często w stanie tęcza tylnego (*opisthotonus*). Wodań chloralu wydzielenia śliny nie podnieca w takim stopniu, jak wodań bromalu. Wpływ jodoformu, którego autor używa w roztworze wodnisto-wyskokowym, równa się według niego wpływowi wodań chloralu. Wywołuje on długi, głęboki sen, z którego zwierzęta mogą powrócić do stanu prawidłowego. Przećmienia i kurcze nie pojawiają się wcale. Dawka śmiertelna jest mniejszą, aniżeli dawka wodań chloralu.

Dr S. J.

— O metodzie doprowadzania płynów do pęcherza moczowego u mężczyzny bez cewnika. (H. Z e i s s l. Wien. med. Woch. 1874. 51 i 52). Koniec zwilżacza (*irrigator*) wprowadza się do ujścia cewki moczowej, unosi się zwilżacz jak najwyżej, przez co tylko pod wpływem hydrostatycznego ciśnienia płyn dostaje się do pęcherza moczowego. Zważając na niebezpieczeństwa, jakie przy niektórych cierpieniach (np. wieńwiorze) łączą się zawsze w pewnym stopniu z wprowadzaniem cewnika, metodę powyższą musimy uważać za bardzo przydatną.

Dr S. J.

— O nadzwyczaj szybkim rozwinięciu się zęba u dziecka sześciotygodniowego. (H a s s e. Bull. gén. de thérap. LXXXVII. 1874. II). Autor opisuje zajmujący wypadek, w którym u 6-tygodniowego dziecka prawy górny ząb sieczny rozwinął się tak szybko, że od pierwszego tegoż pojawienia się aż do zupełnego rozwinięcia się minęło tylko 6 godzin. Ponieważ ząb ten, dochodzący do znacznej wielkości, jak u dziecka trzyletniego, był bardzo luźno ustalony i należało się obawiać, że go dziecko może połknąć, przeto wyciągnięto go. Wyglądał on zupełnie jak zwyczajny ząb mleczny, brakowało mu tylko emalii.

Dr S. J.

— Thymol jako antisepticum i antifermentativum. Obok kwasu karbolowego i salicylowego, które weszły już w powszechne użycie,—jako środki przeciwnie, postawić trzeba i T h y m o l ($C_{10}H_{14}O$) otrzymany z olejku tymionowego przez destylację. Thymol przedstawia białe kryształki, aromatycznego zapachu; roztwór jego (1:1000 części) wodny wzięty do ust sprawia uczucie lekkiego palenia, a na błony śluzowe działa ściągająco; zmieszany z posoką (*ic hor*) pozbawia ją nieprzyjemnej woni, wstrzymuje dalszy jej rozpad i zabójcze działanie na organizm zwierzęcy; trzy do czterech łyżek roztworu tymolowego użyte wewnątrz (*pro die*) żołądek znosi wybornie, a przy tem fermentacja w nim zostaje w wysokim stopniu wstrzymana, trawienie zaś bynajmniej nie upośledzone.

— Dramat jako środek leczniczy w domach obłąkanych. W z. m. kwietniu w szpitalu obłąkanych West Riding Asylum w Londynie grano Pygmalion a i Galateę ku zabawie i rozrywce obłąkanych. G i l b e r t, autor sztuki i jeden z lepszych dramaturgów Anglii, grał główną rolę. Gazety Lekarskie Anglii szeroko rozpisują się o pożyteczności scenicznych przedstawień dla obłąkanych i stawiają wniosek urządzenia teatru we wszystkich szpitalach dla obłąkanych, rokując najlepsze stąd skutki dla chorych. We Francji przedstawienia podobne były już nie raz dawane, skutek jednak nie odpowiedział pokładanym nadziejom.

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka Nr 9. Дозволено Цензурою, Варшава 1 (13) мая 1875.