

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 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (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. Notatki ze szpitala. Podał Dr *Kazimierz Gurbcki*, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku. *Cynanche sublingualis s. angina Ludwigi*. Spostrzeżenie Dra *Ed. Bertels'a* z Petersburga. Kronika zagraniczna. O przetaczaniu krwi (*transfusio sanguinis*). Przez Dra *O. F. Heyfelder'a*. Podał Dr *Antoni Skorkowski*. Przyczynę do nauki o słoniowaciznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terapeutycznym i patologicznym. Przez Dra *Wernher'a* w Giessen.—Wiadomości bieżące. Studya nad suchotami Dra *Pidoux*. Przypadek pęknięcia pęcherza moczowego. Niezwykła choroba. Szczególny wypadek cierpienia Basedowa.—Dodatek. Anatomii Patologicznej ark. 28. Chemii Lekarskiej ark. 13. Medycyny Sądowej ark. 40. Termometrii ark. 8. Wody Mineralne—dodatek V.

Notatki ze szpitala.

Podał Dr *Kazimierz Gurbcki*, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku.

Przedziurawienie podniebienia miękkiego.

(*Perforatio palati mollis*).

R. Sz. kobieta lat 50 licząca, z m. Mławy, przybyła na ambulans do szpitala i oświadczyła, że przy połykaniu napoju takowy wylewa się przez jamę nosową, co za każdą razą sprawia jęj przykre palenie i szczypanie. Badanie przekonało, że na powierzchni podniebienia miękkiego znajdował się otwór okrągły, na wskrós takowe przenikający. średnicy około 3 ctm. Brzegi otworu zazębione i więcej zaczerwienione jak pozostała część błony śluzowej podniebienia. Języczek zupełnie zniszczony, śluzu jego nawet dopatrzeć nie można; tylna część podniebienia miękkiego nie zrośnięta jednak z tylną ścianą gardzieli. Głos choręj ma brzmienie nosowe lecz nie chrypliwe. Z jam nosowych sączy się płyn śluzoropny, błona śluzowa jam nosowych silnie zaczerwieniona, w niektórych miejscach widać na nięj drobne owrzodzenia, szaro-

żółtym wysiękiem pokryte. Przy połykaniu wody takowa obficie wylewała się przez jamy nosowe.

Chora zapytywana, jakimby sposobem cierpienie w mowie będące u niej się rozwinęło, odpowiedziała, że parę lat temu (dokładnie czasu oznaczyć nie umiała) miała wysypkę na skórze, potem bóle w głowie i kończynach dolnych, w końcu zaś, w obec gorączki, zrobił się jój guz w ustach, który pękł, i od téj właśnie chwili płyny przy połykaniu wychodzą przez jamy nosowe. Nie pamięta czyby w owym czasie cierpiały i części płciowe. Chora twierdzi, że z poprzedniej choroby się wyleczyła, gdyż czuje się być teraz zdrową i silniejszą i żadnych przypadłości, jakie ją dawniej dręczyły, obecnie nie doznaje. Chociaż opowiadanie chorój nie było zupełnie dokładne, łatwo przecież można było przyjść do wniosku, że przedziurawienie podniebienia miękkiego było skutkiem sprawy przymiotowej. Po ścisłym zbadaniu przekonałem się, że z wyjątkiem nieżyty błony śluzowej nosa, stan zdrowia chorój był zupełnie zadowalniający i że przynajmniej w chwili obecnej sprawa przymiotowa pod żadną formą nie występowała.

Przedstawiłem chorój, że nie może być inaczej uleczoną jak drogą operacyi i dla tego zaproponowałem jój zapisać się do szpitala, na co się zgodziła.

Ponieważ stosunkowo przedziurawienie podniebienia nie było wielkie, zatem najprzód uciekłem się do przyżegania brzegów przedziurawienia saletranem srebra. W niektórych razach, jak podają Graefe, Lisieux, Cloquet, przyżeganie środkami żrącymi lub jak twierdzą Ebel, Wernecke i Donigès żelazem rozpalonem wydaje dobre rezultata. Przez trzy tygodnie przyżegałem brzegi przedziurawienia saletranem srebra, jednak zupełnie bezskutecznie, gdyż nie dostrzegłem żadnej skłonności do zabliznienia; składały się prawdopodobnie na to dwa warunki, raz zbiednienie ustroju chorój przez leczenie przeciwprzymiotowe, wskutku czego przyżeganie nie mogło ożywić dostatecznie brzegów, z drugiej strony znowu widocznie wielkość przedziurawienia była zbyt znaczną, by tą drogą wywołać zarośnięcie. Bacząc na nieżyt jam nosowych, kazałem takowe kilka razy dziennie przestrzykiwać roztworem wodnym nadmanganianu potażu; stan o tyle się polepszył, że owrzodzenia się zablizniły, błona śluzowa zawsze jednak była dosyć zaczerwieniona. Widząc bezskuteczność dotychczasowego postępowania, nie pozostawało nic innego, jak przystąpić do zaszycia przedziurawionego podniebienia. Przy wykonaniu operacyi starałem się trzymać sposobu opisanego przez Velpeau, który zdawał mi się najpraktyczniejszym. Posadziwszy chorą na krześle, po otworzeniu ust nacisnąłem język i keratotomem (gdyż odpowiedniego więcej nożyka pod ręką nie miałem) starałem się najdokładniej okrwawić (*à la manière d'une petite scie*) brzegi, tym sposobem zamieniłem otwór okrągły na podługowaty z brzegami dosyć równoległymi. Następnie przy pomocy zwyczajnego, długiego korncanga i krzywój igły z uszkiem przeprowadziłem sześć podwiązek; podwiązki zaprowadzałem od ust ku gardzieli, czyli od przodu ku tyłowi, jak

to za najlepsze uważa B é r a r d ¹⁾); zresztą chociaż ten sposób jest arcy możny, inaczej postępować nie mogłem, gdyż narzędzia Depierris'a lub jemu podobnego nie miałem wcale. Dla powstrzymania krwawienie wstrzykiwałem do jamy ustnej zimną wodę, po pewnym też czasie krwawienie prawie zupełnie ustało. Rozpoczynając akt wiązania przekonałem się, że podniebienie będzie zbyt napięte; chcąc tego uniknąć, wykonałem według Dieffenbach'a dwa cięcia podłużne, oddalone prawie na cal od przedziurawienia a do tegoż równoległe i dopiero nitki po kolei od dolnej zacząwszy związałem. Choręj kazałem się położyć do łóżka, zachować spokój, nie rozmawiać i do dnia następnego wstrzymać się o ile możności od przyjmowania nawet pokarmów płynnych. Po pięciu dniach odjąłem pierwszy szew środkowy, i przekonałem się, że nastąpiło sklejenie brzegów rany. Następnie w przeciągu ośmiu dni odjąłem i pozostałe podwiązki, rana zablizniła się w całości, połykane płyny więc przez jamy nosowe nie wypływały, a głos przybrał brzmienie prawidłowe, tracąc charakter nosowy.

Wypadek powyższy podaję dla tego, że w wieku późniejszym i u osób wyniszczonych stafilorafia rzadko lub wcale się nie udaje, ma to także niekiedy miejsce i u osobników młodych. Velpeau za ostatnią granicę wieku, w którym możemy przedsięwziąć wykonanie operacji w mowie będącej, uważa lat 50. Moja chora prawdopodobnie miała więcej, o ile mi się wydaje, w przyniesionem przez siebie świadectwie wiek jój podany był, jak wyżej wspomnieliśmy, chora dokładnie sama oznaczyć go nie umiała; zwracam tutaj uwagę, że ludność starozakonna biedna rzadko kiedy umie podać swój wiek, a piszący kwalifikację do szpitala (zwykle pisarz miejscowego dozoru bóżniczego) oznacza go zwykle wedle swego widzi mi się; w ostatnich dopiero latach metryki nowych pokoleń dokładniej są prowadzone.

R o u x, który wykonał około stu stafilorafij, sam opowiada o pewnej młodej dziewczynie, której w szpitalu Hôtel-Dieu pięć razy bezskutecznie wykonał operację w mowie będącą. Zresztą Velpeau opowiada o kilku osobnikach, operowanych przez Roux bezskutecznie; przytacza także kilka wypadków z praktyki tegoż chirurga, które się zakończyły nawet śmiercią operowanych. W praktyce prywatnej miałem następujący wypadek: czteroletnie dziecko, chodząc z ołówkiem, upadło i przebiło sobie podniebienie miękkie; podniebienie było nierówno rozszarpane od podstawy języczka ku górze i w stronę prawa na przestrzeni prawie dwóch centymetrów. Założyłem jeden szew, gdyż więcej z powodu krzyku dziecka i zaciskania szczękami nie byłem w stanie. Po dwóch tygodniach zabliznienie było zupełne—objaśniam to wielką żywotnością tkanek w wieku dziecięcym.

1) Arch. gén. de méd. 2-e série, t. IV. pag. 629.

Cynanche sublingualis s. angina Ludwiggii.

Spostrzeżenie Dra Ed. Bertels z Petersburga.

Wieśniak, silnej budowy ciała, 23 lat wieku liczący, przyjęty został do szpitala dnia 19 Stycznia r. b. Pacjent skarży się, że już od 6 dni cierpi ból głowy i chwilowe napady ziębienia, obok czego mowa, połykanie i żucie sprawiają bolesność tak, że zaledwie jest w możności przyjmować cokolwiek płynnego pożywienia. Twarz cyanotyczna z wyrazem wielkiego przestachu; oddech sapiący, z dala słyszalny; zęby i usta na wpół otwarte; język cokolwiek wysunięty naprzód, niebolesny, mocno przylega do podniebienia twardego; błona śluzowa obrzmiała; wypływ śliny zbyt obfity. Począwszy od dolnego brzegu żuchwy daje się spostrzedz na szyi obrzmienie rozlane, bezbolesne, ciemno-czerwonego koloru, konsystencyi chrząstki, które na prawo od szczęki dolnej dosięga okolicy obojczykowej, z lewej strony zaś już na wysokości chrząstki obrączkowej (*cart. cricoidea*), tak jak i przy zewnętrznym brzegu mięśnia podskórnego szyi (*platysma myoides*) nieznacznie przechodzi w tkankę normalną. Tętno małe—120 uderzeń na minutę. Temperatura 40^o5 C. Płuca i serce prawidłowe; śledziona i wątroba nie powiększone (w mieście panuje tyfus wysypkowy i powrotny); wypróżnienia normalne.

Ponieważ nie można było w danym wypadku wykazać ani skorbutu, ani próchnienia kości, tyfusu, lub też innej jakiegobądź choroby zakaźnej, rozpoznanie więc oznaczone było jako *Cynanche sublingualis* albo *pseudoerysipelas colli*, bez wiadomej przyczyny wynikłe i natychmiast przystąpiono do terapii miąższowej, przez Huetera zalecaniej. W tym celu zaszprycowano pod skórę za pomocą szpryki Pravatz'a dwuprocentowego roztworu kwasu karbolowego z prawej strony przy dolnym, z lewej zaś przy górnym brzegu m. mostko-obojczyko-sutkowego (*m. sternocleidomastoideus*), oprócz tego ciepłe wilgotne okłady na szyję i kawałki lodu do wewnątrz. Z powodu utrudnionego oddechania miano nawet na widoku przystąpić do tracheotomii; lecz oto, po upływie 8—10 god., pacjent zmienił się do niepoznania: oddechanie stało się swobodnem, tętno 100 na minutę, temperatura 37^o5, ani śladu cyanozy, zęby do siebie zbliżone, język w swém właściwem położeniu, chociaż ruchy jego niezupełnie jeszcze swobodne. Granice zapalnego nacieczenia (*infiltratio*) ostro i wyraźnie się odznaczyły; przytem nie można było nigdzie wykryć chełbotania, lub też otworzenia się ropnia ani na szyi, ani w gardzieli.

W obec takiego stanu rzeczy powtórzono jeszcze raz powyższą metodę leczenia—dwie pełne szpryki Pravatz'a roztworu kw. karbolowego podskórnie i środek rozwalniający, z powodu zaparcia stolca. Potem granice nacieczenia widocznie coraz bardziej się zmniejszały, skóra straciła swą czerwoną barwę i swobodniej mogła być poruszana aż do okolicy nadgnykowej (*reg. suprahyoidea*), gdzie jeszcze przedstawiała się twardawą i jakby przyrosłą do głębszych tkanek; po zastosowaniu jednak iniekcji 2½ szprycek w tę okolice 21 i 23 Stycznia,—po upływie 5-ciu dni, nie można było nigdzie wykryć obrzmienia

ani stwardnienia. Skóra wszędzie prawidłowa i przesuwalna; połykanie i żucie zupełnie wolne.

Widzimy tu więc, że użycie podskórne 3 gran kwasu karbolowego w roztworze dostatecznym było dla powstrzymania całego procesu bez ropienia, i zgorzeli i dla doprowadzenia do szybkiego i pomyślnego zejścia choroby, która według *Wernher'a* w połowie wypadków doprowadza do śmierci.

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

O przetaczaniu krwi (*Transfusio sanguinis*).

Przez Dra O. F. Heyfelder'a.

Podał Dr Antoni Skorkowski.

Do schyłku XV wieku myśl o wprowadzeniu krwi do naczynia żyjącego ustroju zostawała w dziedzinie pobożnych życzeń; dopiero lekarze Papieża Innocentego VIII pierwsi dokonali na nim przelania krwi, wziętej ze zdrowych młodzieńców, chętnie ofiarujących swą krew dla ocalenia życia Ojca Świętego; lecz ten w pięć dni po operacji zmarł. Po odkryciach *Harvey'a*, *Folli* we Włoszech i *Benedictin* we Francyi znów wzięli się do transfuzyi. Przy końcu 17 wieku angielscy lekarze dokonywali próby przetaczania na zwierzętach, zastosowując ją od czasu do czasu u ludzi, z małym atoli powodzeniem. W tymże czasie *Denis* podjął myśl zastosowania transfuzyi w Montpellier na pewnym obłąkanym, która uwieczoną została pomyślnym skutkiem; lecz bullą papieżką wstrzymane zostało rozpowszechnienie téj bezbożnej operacji, a fakultet Paryzki surowo przestrzegał najwyższej woli stolicy apostolskiej—i dopiero w 1819 r. *Blandl* odgrzebał ją z zapomnienia i nadał impuls do licznych doświadczeń i szerokich dyskusyj, które do dziś się toczą. Z bogatęj dosyć literatury o transfuzyi autor niniejszego cytuje następujące dzieła:

Literatura: 1) *Mosles*. Transfusion bei Anämie und Leucämie. Berlin 1866. 2) *Hueter*. Die arterielle Transfusion. Archiv für Klin. Chir. v. *Langenbeck* Bd. XII, Heft 1. Berlin 1870. 3) *Albin*. Relazione sulla transfusione diretta di sangue d'agnello. Estratto del Rendiconto d. R. Acad. d. sc. Napoli 1872. 4) *Leisring*. Vier Fälle von Transfusio sanguinis. Berl. Klin. Wochenschrift Nr 7. 1872. 5) *Gesellius*. Die Transfusion des Blutes. St.-Petersburg 1873. 6) *Peters*. Die Arterielle Transfusion und ihre Anwendung bei Erfrierung. Diss. Greifswalde 1874. 7) *Heyfelder*. Zur Lehre von der Transfusion. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. IV und V, 1874. 8) *Hasse*. Die Lammbhuttransfusion beim Menschen. St.-Peterburg 1874. 9) *Albin*. Nuova cannula per la transfusione diretta del Sangue Napoli 1874. 10) *Berni*. Beiträge zur Transfusionslehre. Freiburg 1874. 11) *Hasse*. Ueber das Operationsverfahren bei der directen Thierblut. Transfusion. Arch. f. Klin. Chir. v. *Langenbeck*. Bd. XVII. 1874. 12) *Sander*. Zur Lammbhuttransfusion. Berl. Kl. Wochenschr. str. 173—189. 1874. 13) *Schliep*. Fall von arterieller Thierbluttransfusion Berl. Kl. Wochenschr. str. 25. 1874. 14) *Ponfick*. Ueber die Wandlungen des Lammbluts innerhalb des menschl. Organismus. Ein Beitrag zur Lehre v. d. Transf. Berlin Kl. Wochenschr. str. 333. 1874. 15) *Landois*. Ueber Thierbluttransf. Med. Centralblat. Nr 1. 1875, dodać do tego możemy prace *J. Russella*, *Pawła Postempskiego* z Rzymu etc.

Druga połowa bieżącego stulecia stanowi erę, w której transfuzya wchodzi w nową naukową fazę; w czasach nam najbliższych tacy uczeni jak *Dieffenbach*, *Martin*, *Brown-Sequard* zajęli się wymotywowaniem fizyologicznęj doniosłości transfuzyi, wynalezieniem dla nięj wskazań racjonalnych, udoskonaleniem metody i przyrządów do jęj wykonania etc. Poszukiwania najnowszych autorów mają to wspólnego, że traktują o przetaczaniu krwi w jej składzie całkowitym nie zaś o krwi odwłóknionęj. Co do sposobów przetaczania krwi, to te, według podziału autora niniejszego, przyjętego przez *Russella*, w jego dziele „Sur la transfusion du sang. Arch.

Générales“ i innych poważnych autorów, odnoszą się do czterech następujących kategorii: 1) Przetaczanie żyłne (venalis) t. j. wprowadzenie krwi żyłnej do żyły; 2) Przetaczanie żyłno-tętnicze—z żyły do tętnicy; 3) Tętnicze (arteryalne) z tętnicy do tętnicy, i 4) Tętniczo-żyłne—z tętnicy do żyły. Czynny udział w podniesieniu i zastosowaniu transfuzji przyjęli: Prof. H u e t e r z Greifswaldu, Dr A l b i n i z Neapolu, H a a s e z Nordhausen, R u s s e l z Genewy, G e s e l l i u s, R a u t e n b e r g i H e y f e l d e r z Petersburga, Dr P a w e ł P o s t e m p s k i z Rzymu i inni. Poważna dosyć cyfra operacji transfuzji wykonana przez autora, jego obszerna korespondencja i rozległe stosunki z pierwszorzędnymi powagami lekarskimi w tym przedmiocie i imię, dają rękojmiej przedstawienia czytelnikom obraz dzisiejszego stanu tej kwestyi wszechstronnie i wyczerpująco. Przetaczanie krwi jednorodnej, raczej jednogatunkowej np. krwi ludzkiej w naczynia człowieka, wylęcza z góry wszelkie wątpliwości i niedogodności, wskazując metodę najprostszą i najracjonalniejszą, chociaż przetaczanie krwi odmienniej np. jagnięcej do naczyń człowieka nie odrzuca bezwarunkowo. Jeszcze D i e f f e n b a c h przeczył skuteczności przetaczania krwi różnogatunkowej. Najnowsze poszukiwania Prof. P o n f i c k ' a z Rostoku dowiodły, że czerwone ciała jagnięcej krwi w naczyniach człowieka ulegają rozpadowi, a ztąd skuteczność przelania jagnięcej krwi jest tylko krótkotrwała; potwierdzają to również spostrzeżenia autora i Dra S a n d e r ' a. Z drugiej strony własność lecznicza jagnięcej krwi nie może być bezwarunkowo odrzucona, jak tego dowodzą pacjenci A l b i n i e g o, H a a s e i jego uczniów. Odmówić tedy racji bytu w terapii przetaczaniu krwi różnorodnej nie mamy prawa; ma ono swoje wskazanie żywotne, gdzie chodzi o szybkie przywrócenie ilości krwi w zagrożonym jęj utratą ustroju; przy podobnych warunkach skuteczność jęj prowizoryjna daje możność, nim rozpad kulek nastąpi, dostarczyć krew ustrojowi naturalnemi drogami t. j. przez kanał pokarmowy, drogą przyswojenia (assymilacji) i t. d. Nie zostaniemy w sprzeczności z rzeczywistością, przyznając krwi różnogatunkowej skuteczność tymczasową zastąpienia krwi własnej ustroju, tymczasowego odżywiania histologicznych elementów tkanek, słowem podtrzymania życia. Pogląd ten prowadzi nas do racjonalnych pojęć, chroniąc od pomyłek fanatyków i laików, oczekujących cudownych skutków transfuzji, urojonych wpływów mistycznych w skutek czego stają w kolizyi z najelementarniejszemi zasadami i prawami fizjologii. Dla rzetelnych uczonych przedmiot studyów sprowadza się wte dy tylko na grunt krytycznych badań i pozytywnych spekulacji, gdy poczynają gasnąć wybuchy entuzjazyzmu ogółu i agitacye nowatorów i zapaleńców. Nie zrażając się obojętnością opinii publicznej i niechęcią niektórych zkadınąd wielce zasłużonych i szanownych uczonych, odmawiających transfuzji przyszłości, rozpatrzmy przedmiot ten ze stanowiska dzisiejszej nauki.

1) Przetaczanie krwi żyłnej t. j. z żyły do żyły, oparte jest przeważnie na przyrządzie R u s s e l a z Genewy ¹⁾. Przyrządy A b e l i n g a i innych są tylko słabem i nieudatnem naśladownictwem przyrządu R u s s e l a, gdyż on tylko jeden skupia w sobie warunki dla przetaczania krwi z żyły do żyły, w nim albowiem działa siła popychająca (*vis a tergo*), która przy przelewaniu tętniczem wykonuje samo serce. Wzorem tego genialnego przyrządu służy sam mechanizm układu naczyniowego: sprężysta pompka rozszerzająca układ rurek odpowiada sercu, rozszerzenie i spadanie objętości światła sprężystych rurek odpowiada rytmicznym skurczom i rozkurczom (*systole et diastole*) jego, a skórzyste klapy grają rolę zastawek żylnych, zapobiegając wstecznym prądom strumieni krwi. Przyrząd ogrzany do temperatury właściwej, uwolniony od powietrza i napełniony wodą alkaliczną, przystawia się i umocowuje do naczynia dającego i odbierającego krew. Ważny moment tej operacji stanowi odszukanie i otworzenie żyły, który nieraz i najbiegłym chirurgom przedstawia nie małe trudności np. przy znacznej utracie krwi i wysokim stopniu niedokrewności, gdy ściany naczyń są spadłe. Autor nie robiąc znacznych obrażeń jak H a a s e i B e h i e r, cięciem podłużnym na kilka ctm. obnaża żyłę z powięzi i tkanek okolicznych, następnie otwiera naczynie przy pomocy krzywych nożyczek, unosząc go cienką pincetą lub haczykiem. Zwykle otwie-

1) Opis przyrządu R u s s e l a podany był poraz pierwszy w „Gaz. de hôpitaux. Paris 1865.“ Patrz czasopismo „Medycyna“ T. II Nr 7. 1874 r. opis przyrządu R u s s e l a przez Dra E. M o d r z e j e w s k i e g o.

ra się żyła odpromieniowa, zbawcza lub pośrodkowa (*vena cephalica, v. mediana*) w przegubie łokciowym, czasem powyżej lub poniżej takowego. Żyła zaskórna uda czyli wielka (*v. saphena magna*) otwiera się nierównie rzadziej. Objętość, przebieg i rozgałęzienia naczyń ulegają pewnym modyfikacyom i zбочeniom odnośnie do wieku, płci i indywidualności pacyenta. Częstość zamiast jednego większego pnia znajdujemy kilka gałęzi równoległych a punkt ich zlania zbacza się od miejsca wskazanego przez nasze podręczniki anatomii opisowej; dobrowolnie nie wybiera się nigdy anastomozy ani miejsca za któremi bezpośrednio przypada kąt zgięcia naczynia; należy zwrócić baczną uwagę nie tylko na wielkość lecz i na kierunek przebiegu naczynia. Gdy cewka jest wprowadzoną do żyły niedaleko kąta zgięcia, tedy strumień krwi napotyka opór i wzrokiem możemy przesledzić na pewnej przestrzeni jego wahania; opór powstały skutkiem krętego przebiegu naczynia ujawnia się i w transfuzorze, ujawniając wsteczny prąd fali krwi (*regurgitatio*). Objaw ten ma miejsce i wtedy, gdy cewka zbyt głęboko tkwi w naczyniu i dotyka jego ścian sprężystych; nie należy atoli wdrażać takową zbyt powierzchownie. Gdy żyły górnej kończyny nie przedstawiają wszystkich warunków pomyślniej operacyi, dają się pierwszeństwo żyły zaskórnej wielkiej (*v. saph. mag.*). Przygotowawcze ocenienie wszystkich szczegółów i momentów operacyi winno być uwzględnione z największą ścisłością. Miejscowe znieczulenie przyrządem *Richardsona* sprowadzając skutkiem oziębienia stwardnienie mięszu tkanek i niedokrewność naczyń, utrudniają operacyę lub czynią ją wprost niewykonalną. Długość i ruchliwość transfuzora *Russella* ułatwiają stosunek między dającym i odbierającym krew; uregulowanie wzajemnej operowanych i operujących pozycyi stanowi ważny warunek operacyi, na który autor nacisk kładzie. Otworzywszy pod wodą naczynie lancetem, wytłacza się wodę, a zaczyna przybierać barwę krwawą coraz mocniejszą, wreszcie zastępuje się czystą krwią; gdy ta przy przejściu z transfuzora do żyły napotyka przeszkody, to one się natychmiast objawiają oporem w tłoczni, w takim razie nie powiększając siły mechanicznej lepiej jest natychmiast zwolnić nacisk palca i ubrania, lub nawet wyjąwszy kaniulę na nowo ją wstawić. Do rzędu ewentualności zaliczają niemożność mocniejszego przytwierdzenia przyrządu na powierzchni skóry, lecz w praktyce przypadek podobny zdarzył się raz tylko i to wskutek nieostrożności operatora, pomimo, że operowani nie zawsze zachowują spokój w czasie przetaczania. Obawy krzepnięcia krwi i uformowania włóknistych skrzepów były przesadzone, jak pokazało doświadczenie. Gdy przypływ krwi się zwalnia lub przyrząd nie jest dostatecznie ocieplony, to cała masa krwi w transfuzorze zgęszcza się na podobieństwo trzęsiny i żadna ciecz nie może się z niego wydostać na zewnątrz. Gdy najmniejsza część powietrza pozostałego w przyrządzie wtłoczy się w żyły górnej lub dolnej kończyny, to takawe pochłania się samą krwią, nim dojdzie serca; wszelako większa ilość jego wprowadzona do układu naczyniowego, nie jest tak obojętna dla ustroju jak tego dowieść chcieli *Behier* i inni. Zetknięcie powietrza z krwią w pniach większych naczyń i ośrodku krążenia, ułatwia jęj krzepnięcie i sprowadzić może zejście śmiertelne. Hermetyczność przyrządu *Russella* daje mu przeważającą wartość przed wszystkimi innymi. Drugą ewentualnością, komplikującą operacyę transfuzyi jest krwawienie z obwodowej części rany. Z czterdziestu wiadomych autorowi operacyj, krwawienie miało miejsce trzy razy. Momentem uspasabiającym do krwawienia jest chwila podniesionego krążenia pod wpływem dowozu krwi; gdy krwawienie nieznaczne, to równoważy nadmiar dowozu na podobieństwo krytycznych wydzielin—zwiększając się, daje ujemny rezultat operacyi; przy wystąpieniu zatrważających objawów: duszności, sinicy, kongestyi do głowy, niewielkie ujęcie krwi przez wenesekcyę służy wyborym środkiem wspomagawczym. Niektórzy chirurgowie zapobiegając następczym krwotokom, używają podwiązania żyły (ligaturę); autor z obawy zapalenia żył (*phlebitis*), które spostrzegął kilka razy po podwiązaniu, manipulacyi tęg nie używa, a zadawalnia się nakładaniem szwu karlsbadzkimi szpilkami, których nacisk ułatwia zbliżanie się brzegów rany i jęj zabliźnienie.

Ilość krwi. Ilość krwi przetoczonej mierzy się w transfuzorze *Russella* objętością pompki; każdy nacisk wtłacza 10 grm. krwi; liczba ich przypada w przeciągu minuty od 6 do 8 razy w skutek czego wtłacza się w przeciągu minuty od 60—80 grm., w 3 minuty 240 grm., w 4 minuty 320 i t. d. Bardzo niepomyślnym a nawet niebezpiecznym dla operacyi jest wypadek wstrzymania się odpływu krwi; autor spostrzegł je w swęj praktyce trzy razy: w pierwszym i drugim rana skórna i naczyniowa były za

małe,—w trzecim operowany (dający krew, zemdlal). W podobnych zdarzeniach należy zdjąć przyrząd i oczyściwszy go, wprowadzić na nowo, lub też metodą *Russela* otwiera się kranik rurki przywodzącej i wpuszcza się ciepła woda alkaliczna (rozczynek *natr. carbon.*)—tym sposobem zapobiega się krzepnięciu krwi bez żadnej szkody dla operowanego, dowodem czego jest wypadek cholery przez autora podany, w którym on zastrzyknął krew w połowie wodą rozcieńczoną, a objawy w czasie transfuzji i w okresie pooperacyjnym niczem się nie różniły od towarzyszących zwykłym przetaczaniom normalnej, raczej czystej krwi. (Dalszy ciąg nastąpi).

Przyczynek do nauki o słoniowacznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terapeutycznym i patologicznym.

Przez Dra *Wernher'a* w *Giessen*.

Słoniowaczna (*elephantiasis arabum*), jakkolwiek od najdawniejszych czasów niesłychanie często bywała przedmiotem prac już to kazuistycznych już systematycznych, zawsze jednak pozostaje dotąd nierozwiązaną zagadką. Pomroka, jaka jeszcze panuje nad poznaniem istotnych jej przyczyn, oraz potworność jej zjawisk stanowiły zawsze przedmiot szczególnej uwagi tak dla lekarzy jak i dla ogółu. Dla tego posiadamy niezwykle obfity materiał dotyczący spostrzeżeń tej choroby a rozproszony po większej części w czasopismach i oddzielnych rozprawach; materiał ten głównie się odnosi do tego okresu dziejów naszej nauki, w którym całą wartość spostrzeżenia stanowiła bardziej niezwykłość zjawisk choroby niż wniknięcie w istotę choroby i leczenie takowej. Niemożemy przeto twierdzić aby wartość tego materiału odpowiadała jego ilości i oszerności. Zawsze jeszcze panują sprzeczne pojęcia co do głównej przyczyny cierpienia i jego powstawania. Skutkiem tego wiele takich stanów, które tylko w następstwach swych okazywały podobieństwo do obrznięcia cechującej słoniowacznię, bez różnicy brano za tę ostatnią; tu należy: obrzęk, mięsak (*Huetter*), przerosty spowodowane żyłakami, przewlekłe stwardnienia zapalne—że pominiemy już ciągle jeszcze trwający zamęt i mieszanie w mowie będącej choroby z *elephantiasis graecorum* i trędem (*lepra*). Niejedno co się uważa za całkiem zbadane, jest jeszcze wcale nie dowiedzionem i prawdopodobnie nie uzasadnionem; szczególnie dotyczy to powszechnie przyjmowanego zapalnego zamknięcia naczyń limfatycznych lub ich gruczołów mającego stanowić ogólną i pierwszą przyczynę zastoju limfy. Również niewiele posunęliśmy się naprzód pod względem racjonalnego i skutecznego leczenia. Aż dotąd nie udało się powstrzymać chorobę w jej przebiegu a tembardziej całkiem ją usunąć za pomocą jakichkolwiek środków leczniczych. Chociaż niektórzy idąc jak się zdaje śladem *Hardy'ego*, wyrażają nadzieję, że mogą leczyć skutecznie słoniowacznię w pierwszych jej początkach, jednakże twierdzeniu temu ten można zarzut uczynić, że dopiero dalsze spostrzeżenia mogą wykazać, czy napady róży w istocie prowadzą do trwałej słoniowaczny, nie zaś do prostego przemijającego obrzęku. W naszym klimacie północnym, jak wiadomo, choroba ta następuje stosunkowo rzadko wśród objawów gorączkowych i zapalnych a zresztą i w ogóle należy do cierpień rzadkich. Dlatego mniej jeszcze mamy pewności pod względem pomyślnego leczenia zjawisk zwiastunnych, niż to ma miejsce w okolicach gdzie endemiczne rozszerzenie choroby pozwala z łatwością ocenić właściwe znaczenie początkowych objawów. Opierając się wszelkiemu leczeniu ogólnemu, choroba postępuje swym biegiem przyrodzonym, prowadząc nieuchronnie do przewlekłego wyniszczenia a po długotrwałych często nieznośnych cierpieniach i do śmierci. Stosowane dawniej środki chirurgiczne jak: opaska uciskająca, poziome położenie, nacięcia i t. d. działały bardziej na stany następne niż na samą chorobę, na jej główną przyczynę i zwykle pozostawały bez trwałego skutku. *Dieffenbach* zalecał czynić powtarzane wycięcia długich pasów skóry oraz ich blizn, by tym sposobem wpłynąć na zmniejszenie pachy-

dermatycznej obrzmałości. Ale w ręku innych chirurgów metoda ta nie usprawiedliwiła wcale pochwał, oddawanych jej przez *Leberta* (*Abhandlungen aus dem Gebiete der pract. Chirurgie*), a zresztą i sam ten sposób oprócz *Dieffenbacha*, mało przez kogo był stosowany.

Oprócz tego wiele wypadków opisywanych pod imieniem słoniowacizny z pewnością do téj choroby się nie odnosiły. A przytem jak to później zobaczymy, metoda powyższa z przyczyny nagłej i obfitój utraty limfy lub też długo trwałego ropienia jakiego stać się może powodem, może być używana tylko w pewnych granicach i nie zupełnie jest pozbawioną niebezpieczeństw a przy kolosalnem obrzmieniu całych członków wcale się nie da zastosować. Tym sposobem nie pozostawało nic więcej, jak tylko łagodzić objawy choroby środkami palliatywnemi, lub też w razie zbyt uciążliwych dolegliwości, przystąpić do wyluszczenia lub odjęcia, skutki których, przynajmniej w naszych północnych krajach, w zupełności przekonywają, że choroba ta powstaje wskutek czysto miejscowych przyczyn i po zabliźnieniu nie powraca, nawet w razie niedokładnego oddalenia części chorobliwych; gdy tymczasem w krajach podzwrotnikowych często po wyluszczeniach zjawiają się jej powroty.

W obec tak mało zadawalniającego stanu rzeczy, pierwszy skutek, jaki otrzymał *Carnochan* w r. 1859 przez podwiązanie głównej tętnicy obrzmiącego członka, przyjęty został z zapalem. Pomysł powyższy podobny był do owych szczęśliwych natchnień, wskutek których tak często okryta pomroką widoczna prawda nagle wyjaśnioną i wszystkim tym, którzy jej nie mogli dojrzeć jasno przed oczy postawioną została. Chociaż przypuszczenie, które było punktem wyjścia dla *Carnochana*, mianowicie że tętnica jest rozszerzoną było błędem, a przynajmniej przytrafiało się w nielicznych tylko przypadkach, (*Chelius* (*Heidelberger Annalen*) utrzymywał również, że znalazł rozszerzoną tętnicę piszczelową) i nie miało żadnej wartości dla wyjaśnienia powstawania choroby, mimo to skutek ten zdawał się spoczywać na niewątpliwiej i racjonalnej myśli, że zaburzenie w równowadze między przybytkiem, nagromadzeniem się i krążeniem płynów odżywczych wyrównywa się przez zmniejszenie przyływu.

Na nieszczęście nawet nie zbyt głęboka rozważa okazuje, że przypuszczenie to jest nieuzasadnionem, a doświadczenia, nawet w praktyce samego *Carnochana*, zbyt przygnębiły początkowe gorące nadzieje. Tam gdzie tętnice rzeczywiście są rozszerzone jak np. przy tętniakach (*aneurisma cirsoideum*) nie rozwija się słoniowacizna, przy rozwinięciu się zaś téj choroby tętnice wcale, lub też tylko następczo i to w wyjątkowych tylko razach są rozszerzone. Tkanki, przynajmniej w formach, jakie dają się spostrzegać w północnym klimacie i na kończynach są względnie w krew ubogie. W podzwrotnikowych tylko krajach, gdzie rozwój choroby często przyjmuje ostry przebieg, tkanki bywają zaczerwienione, żyły rozszerzone; to samo ma miejsce i w worku mosznowym, jeżeli takowy w wysokim stopniu jest obrzmiły.

Do dziś dnia posiadamy dość znaczny materiał spostrzeżeń skutków podwiązania tętnicy głównej przy słoniowaciznie, dla wykazania wartości téj operacji, a chociaż nie możemy bezwzględnie polegać na niej, to jednakże niepewność ta nie stanowi jeszcze jej wady. Jesteśmy w możności z materiału jaki obecnie mamy pod ręką, porównać tak niebezpieczeństwa jak i możliwe korzyści i wypowiedzieć opinię naszą w tym przedmiocie.

Zdania nowszych niemieckich chirurgów co do względnej wartości podwiązania tętnicy przy słoniowaciznie są jeszcze bardzo rozdzielone. Najbardziej stanowczo przeciwno temu oświadczył się *Simon* (*Chirurgie der Nieren. T. I*), wychodząc z niezupełnie dokładnego punktu widzenia. Uważa, on podwiązanie jako wcale bezużyteczne wystawianie na niebezpieczeństwo życia chorego, ponieważ wyzdrowienie lub znaczne polepszenie daje się wykazać w zbyt nielicznych tylko przypadkach. Możliwe korzyści nie mogą iść w żadnym stosunku z niebezpieczeństwem i nie zależą one od zamknięcia naczynia, lecz od ogólnego wychudzenia ciała w obec gorączki. To ostatnie pojęcie bez wątpienia jest mylne, gdyż nagle i bezpośrednio zmniejszenie członka, tętnica którego podwiazaną została, przypisać należy jedynie zamknięciu tętnicy i miejscowemu działaniu takowego na członka. Do tego nieprzychylnego zdania przyłączyło się bardzo wielu niemieckich chirurgów, a między niemi *Baum*, który przyjmuje dwie formy słoniowacizny: jedną napływową, przy której operacja może pomódz i drugą, będącą w związku z ubóstwem krwi, przy której operacja szkodzi. Niemogłem

jednakże takiej zasadniczej różnicy uznać, ponieważ prawdziwa słoniowaczna nie polega w ogóle na zastoju krwi.

Z cudzoziemców *S y m e* wyraża się w ten sposób, że nie może uważać podwiązanie tętnicy przy słoniowacznie za operację, polegającą na zdrowych zasadach. Doświadczenia jego budzą interes ze względu, że wstrzymał przechodnio, po odjęciu moszny, na kończynę rozszerzającą się słoniowacznie; mimo to w trzy lata później, podwiązaną została przez *B a u e r'a* tętnica udowa na téjże kończynie, lecz również bez trwałego skutku. *F i s c h e r*¹⁾ dawniejszy asystent *B a u m'a*, wcale nie jest zwolennikiem ligatury, utrzymuje jednak, że należałoby przeprowadzić doświadczenia z takąową, jak niemniej z uciskiem palcowym. W każdym razie należałoby próbować ją przed amputacją. Liczne środki, które pierwiastkowo zbyt gorąco były przyjęte należałoby sprowadzić do ograniczonej liczby, w obrębie której jednakże niech pozostanie dla chirurga ten pełen wartości środek i niech zajmie swe miejsce w chirurgii zachowawczej. Cokolwiek dalej zachodzi jeden z nowszych badaczy²⁾, którzy odbywali próby, podwiązania tętnicy przy słoniowacznie. *L e i s r i n k* aczkolwiek zapoznał się z nieprzyjaznymi okolicznościami w związku będącemi z tą operacją, mimo to zwrócił uwagę, że radykalna operacja—odjęcie daje jeszcze gorsze rezultaty. Wywody jego prowadzą do tego, że w pewnych określonych wypadkach nie tylko pozwala się, lecz prosto nakazaniem jest podwiązanie tętnicy piszczelowej, albowiem „jakaż inna pomoc dawać może lepszą rękojmię? albo czy możemy pozostać beczynnymi i pozwolić chorobie dalej się rozwijać?“ Również przychylnie wyraża się *R o t t e r*³⁾ o skutkach podwiązania tętnicy; utrzymuje on, że należy przyznać jej wprost racjonalne i odpowiadające celowi działanie. Nakoniec *K a p e l l e r*⁴⁾ zwraca szczególniejszą uwagę na bezwzględne bezpieczeństwo téj operacji i na możliwość wywołania trwałego skutku przy pomocy unieruchamiającego opatrunku.

W obec takiego rozdzielenia, w dalszym ciągu doświadczeń wartości operacji, postawiono kwestyę, czyby za pomocą bezwzględnie nie przedstawiającego niebezpieczeństwa—bezkrawawego narzędzia, czyli ucisku palcowego nie można było osiągnąć tego samego skutku co i za pomocą krwawej operacji. W 32 znanych mi wypadkach operacji, tętnica udowa 23 razy była podwiązaną. W 6 wypadkach t. biodrowa zewnętrzna (*art. iliaca externa*) bezpośrednio podwiązaną została, i jeden raz następczo z powodu zjawienia się następczych niebezpiecznych krwotoków po pierwotnem podwiązaniu t. udowej (*art. femoralis*). Raz nawet podwiązane zostały t. piszczelowa, ramieniowa i obie t. szyjowe—ostatnie w krótkich odstępach czasu.

Z 23 wypadków podwiązania t. udowej, trzy tylko, a więc prawie jak 1:8, było zejście śmiertelnych wskutek ropnicy i róży.

W jednym wypadku (*B a u m*), po założeniu ligatury, stopa uległa zgorzeli, co zmusiło do odjęcia jej powyżej kostek; w innym jeszcze wypadku również powstała zgorzel i była wskazana amputacja. W pierwszym z nich zejście poamputacyjne było pomyślne; czy w ostatnim amputacja dokonana była i jaki był jej przebieg, nie jest mi wiadomem.

Nakoniec w wielu innych wypadkach występowały bardzo niebezpieczne przypadki i tylko szczególniejszym okolicznościom należy przypisać, że można było uniknąć ostateczności.

Już *C a r n o c h a n*, wkrótce po podwiązaniu t. udowej bezpośrednio pod t. udową głęboką (*art. femoralis profunda*), musiał zwalczać ciężkie krwotoki następcze. Był on spowodowanym do dodatkowego podwiązania t. biodrowej zewnętrznej, a gdy i to nie uspokoiło krwawienia, próbował zamknąć za pomocą turnikietu najprzód górny, na-

1) *Virch w's Archiv* Bd. 46. Die Behandlung der Elephantiasis 1869 und Mittheilungen aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Göttingen. 1871.

2) *L e i s r i n k*, Mittheilungen aus der poliklinischen und privaten Praxis. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie IV. 1873. Busch l. c. p. 61. *P o l l o c k*, *Virch o w's Jahrbücher* 1870. Bd. 2. T. 480.

3) Deutsche Zeitschrift Bd. IV. H. 4. 1874.

4) Chirurgische Beobachtungen aus dem Thurgauischen Cantonspitale. 1874.

stępnie zaś dolny koniec naczynia. Niemniej spostrzegł Simon ciężkie następce krwotoki, po podwiązaniu t. biodrowej zewnętrznej, z powodu których chory jego znajdował się w wielkim niebezpieczeństwie utraty życia. Baum widział podczas operacji niebezpieczne krwotoki, źródła których niemógł rozpoznać z powodu głębokości rany i wypływającej krwi w wielkiej ilości; musiał więc z tego powodu podwiązać tętnicę, posiłkując się jedynie czuciem. Hueter znalazł wielką przeszkodę w podwiązaniu t. biodrowej przez znaczny pokład tłuszczowy, co spowodowało go, według doniesień Fische'a, dla zabezpieczenia się od redycywy, do podwiązania t. udowej. Leisrink spostrzegł podczas operacji nadzwyczaj silny wypływ limfy (*lymphorrhoea*) z brzegów rany, wielce utrudniający połączenie ich z sobą. Nakoniec lekkie objawy zapalenia otrzewnej spostrzegł Hueter po podwiązaniu t. biodrowej zewnętrznej.

Wylączając więc pojedyncze przypadki podwiązania t. ramieniowej, piszczelowej i szyjowej, z 29 operowanych trzech umarło, u dwóch stopa uległa zgorzeli, a u trzech wystąpiły niebezpieczne krwotoki, które w części były powodem następnych operacyj; przemileczą zaś o innych małoznacznych przypadłościach.

Wyż wzmiankowane przypadłości nie posiadałyby poniekąd zbyt wielkiej doniosłości, a przez lepszy wybór wypadków i miejsca operacji, w pewnej odległości od początku t. udowej głębszej, można byłoby nierównie pomyślniejszy osiągnąć rezultat, jeśliby tylko cel leczniczy, z powodu którego chory wystawiony jest na niebezpieczeństwo, z większą pewnością mógł być osiągnięty. Pod tym względem jednak pozostaje jeszcze wiele do życzenia, tymbardziej, że brak ten w istocie nierównie jest znaczniejszym, jak przedstawia się on w podanych przez nas wypadkach, gdyż o wielu z nich nie dostaje dokładnych wiadomości, lub też każą powątpiewać o sobie. W wypadkach przez Baum'a obserwowanych, operacja ta miała zawsze pomyślny wpływ na zmniejszenie obrzmienia członka, z wyjątkiem jednego, w którym zgoła nie spostrzegł zmniejszenie się obwodu; wpływ ten jednak rzadko był trwałym i po większej części zjawiały się powroty już po upływie pierwszego kwartału. Musimy więc przyjąć za pewne, że nieprzyjazne okoliczności w nierównie większym muszą występować stosunku, jak je zazwyczaj podają, nawet jeślibyśmy przemilczeli o fałszywych często doniesieniach, jak i o tej okoliczności, że często niepomyślne, lub też nie dające żadnego rezultatu, operacje pozostają w ukryciu.

W przedstawionych przez nas wypadkach niemniej widocznym jest, że nawet w razach, w których pozornie osiągniętym został pomyślny skutek, występowały powroty, często nawet bardzo późno — bo po upływie roku lub później, skoro tylko kollateralne krążenie krwi mniej więcej wyrównanym zostało, lub też gdy operowany wstrzymał się lub zaniedbał następczego leczenia za pomocą uciskających opasek.

Nie mamy bynajmniej zamiaru zbyt surowo traktować tę operację; w każdym razie jednak dla przeświadczenia się o trwałych i skutecznych jej następstwach, pożądanym jest przeprowadzenie obserwacji, przynajmniej w ciągu jednego roku, po jej skutecznieniu. Życzeniu temu, jednorocznej przynajmniej obserwacji, odpowiadają zaledwie dwa wypadki podwiązania tętnicy na dolnych kończynach, jako też podwiązanie obu tętnic szyjowych; lecz w wypadkach tych, oprócz podwiązania tętnicy, wycinane były także wielkie grube pasy skóry. W innych trzech wypadkach pożądaný stan utrzymał się w przeciągu 8—9 miesięcy, a w jednym z nich przy pomocy starannie założonego, unieruchamiającego opatrunku. Nie można jednakże zaręczyć czy bez zastosowania uciskającego bandaża nie pojawiłaby się recydywa.

Według więc tego, co się powiedziało, bilans dla operacji przedstawia się bardzo niezadawalniającym: zaledwie dwa wyleczenia, przeciwko zupełności i trwałości których nie można nie zarzucić i inne dwa z wątpliwym skutkiem na przyszłość; z drugiej zaś strony mamy trzy wypadki z zejściem śmiertelnym, dwa z rozwinięciem się zgorzeli i trzy wypadki z ciężkimi krwotokami. Liczba więc spostrzeżeń z niepomyślnym zejściem dwa razy jest większą od pomyślnych i wątpliwych. Z pozostałych wypadków, chorzy w przeważającej liczbie ulegli operacji nie przynoszącej im jakiegokolwiek korzyści.

Przeglądając więc w zestawieniu rezultaty, pokazuje się, że zamknięcie światła tętnicy głównej w skutek zmiany w mocy i rozdzieleniu krwi, dążącej do części obwodowych, może bez wątpienia spowodować zmniejszenie nabrzmienia członka. Na-

stępuje to niekiedy tak bezpośrednio i nagle, a w wielu wypadkach w pierwszych chwilach tak wyraźnie daje się spostrzegać, że niemożliwem jest, aby zmniejszenie to miało zależeć od wstecznej przemiany i wessania stałych i uformowanych elementów tkanekowych. Przyczyna zjawiska tego spoczywa raczej w tej okoliczności, że przepelnione naczynia limfatyczne mają czas wypróżnić się, podobnie jak zmniejszają się tego rodzaju nabrzmienia, lub też rozwój ich wstrzymanym zostaje, jeśli dobrowolnie lub sztucznie otworzone zostaną przepelnione naczynia i w skutek obfitego wylania się limfy zastój i przepelnienie ich zniesionem zostanie. Dalsze jednakże spostrzeżenia wykazują, że z zamknięciem tętnicy, zmniejszeniem ciśnienia i ze zmianą w rozdzieleniu krwi tętniczej nie znoszą się istotne przyczyny słoniowacizny, i że ta napowrót zjawia się z rozwinięciem się obocznego (*collateratis*) tętniczego krwi obiegu.

Wkrótce się przekonano, że przypuszczenie, z którym *Carnochan* przy pierwszym swoim podwiązaniu t. udowej wystąpił, t. j. o rozszerzaniu się światła naczynia, było błędne. Dla tego też trudno zrozumieć dla czego tak uporcezywie trzymano się tego sposobu postępowania, które obok wielkiej niepewności pomyślnego skutku łączy w sobie pewne niebezpieczeństwa, podczas gdy ucisk za pomocą palców lub narzędzi, nie tylko że obiecuje te same korzyści, lecz jednocześnie bezwzględnie nie przedstawia niebezpieczeństwa i stosownie do upodobania może być bez przerwy zastosowywanym, lub też odpowiednio do potrzeby powtarzanym. Do dziś jednak bardzo nie wielu poszło tą drogą.

Pomysł osiągnięcia celu w tym kierunku wypowiedziany był jeszcze przez *Dufour'a*, jeszcze przed podwiązaniem przez *Carnochan'a* t. udowej.

Według wiadomości u *Fischera* podanych, *Dufour* miał leczyć pięć wypadków słoniowacizny, mianowicie u dwóch mężczyzn i trzech kobiet za pomocą odpowiedniego naciskacza, podobnego do pasa przepuklinowego, i cztery z tych wypadków zostały wyleczone.

Nieliczne w dalszym ciągu idące spostrzeżenia pomyślnego leczenia słoniowacizny za pomocą ucisku naczynia są następujące:

Vanzetti (*Gaz. des hôp.* 1867. Dec.): U 24 letniej kobiety w następstwie licznych gorączkowych napadów róży, pozostało nabrzmienie prawej dolnej kończyny. Nabrzmienie to było bardzo znaczne; zmniejszało się ono podczas nocnego spoczynku, przy poziomem ułożeniu kończyny, powiększało się zaś stale podczas dnia. Skóra twarda, tak że ucisk palcowy nie pozostawia po sobie zagłębienia. Od dwóch miesięcy dało się zauważyć gwałtownie zwiększające się nabrzmienie. W ciągu 24 dni starano się usunąć nabrzmienie przez owinięcie kończyny bandażem i ułożenie jej na równi pochyłej (*planum inclinatum*); mimo to zmniejszenie objętości nie było znaczniejszem nad to, jakie osiągało się podczas nocnego spoczynku. Prócz tego chora nie znosiła ucisku płaszczyzny na piętę.—W marcu 1867 r. rozpoczęto leczenie za pomocą ucisku palcowego, który dokonywany był w dzień w ciągu około 12 godzin. Już po upływie 9 godzin polepszenie okazało się bardzo znacznem i utrzymało się nawet po przerwaniu nacisku w przeciągu dwóch dni. Po upływie 1½ miesiąca chora, jako uleczona, wypuszczona, a trwałość wyleczenia sprawdzoną została po upływie 1-go i 3-ich lat. Kończyna poprzednio nabrzmiała, przedstawiała nawet cokolwiek mniejszą objętość, jak zdrowa.

Pockle i Hill (*Case of Elephantiasis arab. cured by Compression of the femoral artery.* 1868. Calcutta) spostrzegali u mężczyzny, 29 lat wieku, bardzo silne nabrzmienie nogi. Żyły rozszerzone i wężykowato przebiegające, gruczoły pachwinowe stwardniałe. Wskutek ustawicznego poziomego ułożenia w łóżku w przeciągu 8 dni, objętość nogi z 24 do 22½ cali się zmniejszyła. Następnie zastosowano na tętnicę umiarkowany nacisk, tak aby krążenie krwi nie zupełnie było przerwane i założono na członek kłajstrowy opatrunek. Nabrzmienie potem bardzo szybko i w zupełności zniknęło, tak że po upływie roku obie kończyny wcale nie różniły się między sobą.

Do tych obcych spostrzeżeń mogę dołączyć cztery własnych. Nie wiele przywiązuje wagi do tego, żem postanowił zastąpić podwiązanie tętnicy przez ucisk, wprzódym nim powyższe postrzeżenia były mi znanymi:

P. S. 22 lat wieku liczący, urodzony w okolicy bardzo zdrowej, podaje, że do r. 1868 cieszył się w ogóle dobrém zdrowiem. Odtąd datuje początek swojej choroby. W tym czasie zajmował się on jako uczeń kucharki przy kąpielach w Ems i tutaj po raz pierwszy, gdy będąc bardzo rozgrzanym udał się do lodowni, uczuł osłabienie i ból w prawej nodze, tak że zmuszony był przez pewien czas pozostać w łóżku. Noga znacznie nabrzmiała i pokryła się czerwonymi plamami. Pojedyncze czerwone bolesne miejsca były połączone z sobą za pomocą pręg czerwonych. Około 7-go dnia bolesność ustąpiła; również zniknęło obrzmienie i czerwoność, z wyjątkiem tylko nieznacznego obrzmienia goleni. S. mógł znowu oddawać się swemu zatrudnieniu bez przeszkody. Jednakże napady powtarzały się corocznie około 4—5 razy i po każdym napadzie pozostałe nabrzmienie stawało się coraz znaczniejszem i podnosiło się do góry aż na udo. W 1871 r. przy jednym z takich napadów obrzmiały także i gruczoły limfatyczne i od tego czasu nabrzmienie poczęło rozszerzać się na skórę moszen i prącia. Od listopada 1873 r. pacjent zauważył tworzenie się małych pęknięć na skórze goleni, z których wypływała ciecz mleczna. Chód z powodu sztywności i ciężkości nogi był bardzo utrudnionym.

Różnice w obwodzie obu nóg są następujące:

Szerokość stopy ze strony podeszwy	8	przeciw	7 $\frac{1}{4}$	ctm.
Obwód na wysokości kostek	31	„	29	„
Obwód kolana	40	„	33	„
Obwód łydki	44	„	29	„
Obwód uda	52	„	48	„

Cała noga przedstawia się napiętą i twardą, z wyjątkiem tylko grzbietu stopy gdzie nabrzmienie jest miękkie, obrzękowe. Skóra nie daje się ujmować w fałdy i na goleni pokryta jest brudnymi łuskami naskórka. Również tutaj dają się zauważyć maleńkie blizny. Znacznie stężone moszna również się przedstawiają napiętymi i twardymi; pokryte są pewną liczbą brodawkowatych narostów wielkości grochu. Nawet skóra na prąciu jest znacznie zgrubiałą i bardzo wydłużony napletek jest tak obrzmiały, że chory nie może oddawać uryny strumieniem. Tętnienie pod łukiem łonowym za ledwie daje się wyczuć, w każdym razie światło tętnicy nie jest zwiększone. Nigdzie nie spostrzega się rozszerzenia żył. Gruczoły pachwinowe nie są obrzmiałe. Ogólny stan chorego i odżywianie są w stanie zadawalniającym. Co się tyczy leczenia, przeprowadzono najprzód próbę, jak wielką da się osiągnąć korzyść za pomocą owinięcia kończyny miękkim elastycznym bandażem, ułożenia jej na zwyczajnej płaszczyźnie pochyłej, kąpeli i nacierań jodowych. Po upływie 10 dni zmniejszenie nabrzmienia było takie, jakie się osiąga po każdym nocnym spoczynku.

Przystąpiliśmy więc do ucisku tętnicy udowej, położenie której mogło być określone nie za pomocą uczucia tętnienia, lecz na podstawie anatomicznej. Ucisk z początku wykonywany był za pomocą turnikietu śrubowego *Petit'a*, lecz, z powodu zbyt ciężkiego wciskania się rzemienia w nogę, takowy zastąpiony przyrządem *Pitha* i rękoczyn ten powierzono intelligentnemu choremu. Ucisk przez chorego wybornie był znoszony, tak że nawet nie miał powodu odejmować naciskacza nawet podczas nocy. W dalszym ciągu, skoro skóra stała się cieńszą, tak że tętnienie wyraźnie dało się wyczuć, ucisk za pomocą przyrządu zastępowany był od czasu do czasu przez nacisk palcowy. Aby nie przeszkadzać obserwacyi, inneśrodku tymczasem nie były użyte. Bezpośredni skutek był zadziwiająco pomyslny; już następnego dnia ubytek nabrzmienia był bardzo widoczny a skóra o wiele miększą. Po upływie 3 dni leczenie spowodowało w wymiarach następującą różnicę:

Szerokość stopy ze strony podeszwy	7 $\frac{1}{2}$	przeciw	7 $\frac{1}{4}$	ctm.
Obwód na wysokości kosteczek	28	„	24	„
„ „ kolana	36	„	33	„
„ „ łydki :	36	„	29	„
„ „ uda	51,5	„	48	„

W 14 dni później otrzymaliśmy następujący rezultat:

Szerokość stopy ze strony podeszwy	$7\frac{1}{2}$	przeciw	$7\frac{1}{4}$	ctm.
Obwód na wysokości kosteczek	27,5	„	24	„
„ „ kolana	35,5	„	33	„
„ „ łydki	35,4	„	29	„
„ „ uda	51,5	„	48	„

Widocznym jest z tego zarazem, że objętość zdrowej kończyny pozostała niezmienną, tak jak w ogóle żadne zmiany nie wystąpiły w pomyślnym stanie odżywiania chorego, że dalej, zmniejszanie się nabrzmienia rozpoczęło się bezpośrednio z początkiem zastosowania ucisku na tętnicę, w żadnym zaś razie nie można go było przypisać wzniesionemu i poziomemu ułożeniu kończyny, i że zmniejszenie się to w pierwszych dniach było najznaczniejszym i odtąd codziennie chociaż powoli postępowało.

Jednocześnie ze zmniejszeniem się objętość nogi, skóra powoli przyjmować zaczęły cechy prawidłowe—stała się miękka, pozwalala się ujmować w zmarszczki i brudne łuski naskórka zaczęły znikać. Począwszy od trzeciego tygodnia, kiedy przekonaliśmy się o skutkach, jakie powyższe leczenie przynieść może, i obserwacya w tym przedmiocie była wystarczającą, postanowiliśmy zastosować inne środki, któreby wspierały skutek leczenia. Chory miał zalecone 3 razy dziennie ciepłe łągowe kąpiele nożne, wcierania maści jodowej i w dalszym ciągu obwinęto stopę bandażem elastycznym. Nie było jednakże widocznem; aby środki te wywierały istotny wpływ na przyspieszenie zmniejszenia się nabrzmienia, mimo to postępowało ono powoli i skóra stawała się coraz miększą. W dole podkolanowym skóra wkrótce nie różniła się wcale od zdrowej kończyny.

Wymiary dokonane 1-go czerwca dały następujący rezultat:

Szerokość strony podeszwowej stopy	$7\frac{1}{2}$	przeciw	$7\frac{1}{4}$	ctm.
Obwód na wysokości kostek	27	„	24	„
„ „ kolana	$34\frac{1}{2}$	„	33	„
„ „ łydki	32	„	29	„
„ „ uda	49	„	48	„

Obie więc kończyny nie były w zupełności równe sobie, różnica jednakże między nimi była bardzo nieznaczną, przymioty skóry prawidłowe i używalność stawu w bardzo nieznacznym stopniu utrudniona. Chory jednakże, pomimo, że apetyt i odżywianie znajdowały się w pomyślnym stanie, stał się cokolwiek bladym, a stąd powstała obawa, aby wskutek cofnięcia się wielkiej ilości limfy nie rozwinął się ogólny stan leukemiczny.

Powtarzane mikroskopijne dochodzenia krwi nie mogły jednakże żadnych zmian w niej wykryć. Pomimo tego, dozwolono teraz choremu przechadzać się po ogrodzie, a to po mocnem obwinieniu kończyny wilgotnym bandażem; dostawał on wino i żelazo, oraz dostatecznie obfitą żywność. Chora kończyna wprawdzie nie nabrzmiewała powtórnie, ale objętość jej bardzo się powoli zmniejszała. Tym sposobem chory oświadczył, że jest zadowolony z leczenia i w końcu lipca opuścił szpital, mają nogę mocno zabandażowaną. Zaleciliśmy mu, aby w dalszym ciągu nie zaniedbywał uciskać tętnicę (w czem się wydoskonalił), tak często i długo, ile tylko okoliczności na to pozwolą, oraz aby nosił i nadal bandaż.—W końcu września otrzymaliśmy wiadomość, że stan kończyny jest zadawalniający i obrzmiałość jeszcze bardziej się zmniejszyła. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

Wiadomości bieżące.

— Studya nad suchotami Dra Pidoux. Opowiedział w streszczeniu Dr. Adam Buckiewicz. (Warszawa, 1875 r., str. 236). Oto treść rzeczy zawartej w przy-

toczoném powyżej dziele: „W roku 1873 doktor P i d o u x napisał rozprawę konkursową pod tytułem B a d a n i a o g ó l n e i p r a k t y c z n e S u c h o t (Études générales et pratiques sur la Phthisie). Praca ta uwieńczoną została przez fakultet lekarski w Paryżu nagrodą 10,000 franków, ofiarowaną przez Dra L a c a z a. W roku bieżącym 1874, wyszła druga edycja tegoż dzieła poprawna i powiększona. Otóż tę to pracę przedstawiamy tu w skróceniu. P. P i d o u x studia swoje nad suchotami podzielił na pięć części. W pierwszej z nich wyklada A n a t o m i ę P a t o l o g i c z n ą i tę podzielił na o g ó l n ą i s z c z e g ó l n ą. Ogólna przedstawia porównanie ropy z produktami serowatemi, albo nabłonkowemi, i z tak zwaném właściwie zgruzleniem się ziarnkowatém, albo granulacją (*granulation tuberculeuse*). W specjalnej zaś anatomii patologicznej bierze pod uwagę też same wyroby chorobne, ale umiejscowione, śledzi ich rozwijanie się, tak w płucach jako i w innych organach—właśnie te to produkta najczęściej spotykamy w suchotach. Drugiej części studyów dano tytuł: K l i n i k a i O g ó l n a P a t o l o g i a S u c h o t. Tu autor rzuciwszy okiem na warunki konieczne do kształcenia się gruźelka, zapuszcza się w etiologię ogólną, a następnie rozbiera specjalne przyczyny gruźelków, tak wewnętrzne jako i zewnętrzne. Z wielką starannością traktuje ważną kwestyę w suchotach o usposobieniu chorobnem, czyli diatezie suchotniczej (*diathese*), o dziedzictwie, to jest spadkobierstwie chorobném (*haereditas*) — o roli jaką gra zapalenie w suchotach — o różnicach zapaleń i ich formach, o stosunku tych form i tych różnic do różnicy przyczyn lub ich początku. W tej samej części porównywa skrofule z suchotami i wyjaśnia tak ich podobieństwo jak i różnice. Też same porównania robi z rakiem i wyprowadza na scenę nową, swego pomysłu, kwestę o chorobach sprzeciwiających się suchotom, tak zwanych, antagonistycznych z suchotami. Nowe to zadanie rozbiera szczegółowo, a następnie występuje przeciw nauce dualistów, odróżniającej gruźlicę od suchot. W tejże drugiej części spotykamy uwagi i bardzo zajmującą, pod względem teoretycznym dyskusyę nad szczepieniem gruźelków, nad specjalnością i zarazkiem suchot. Ostatecznie rzuca pogląd na dawną i nową medycynę, i wyświetla, o ile w upływie ostatnich 20 lat pojęcia lekarskie o suchotach zmieniły się, i o ile tak zwana Phthisiologia postąpiła naprzód. W trzeciej części studyów noszącej tytuł: K l i n i k a s p e c y a l n a s u c h o t, stawia obok siebie i porównywa dawną i nową naukę o suchotach, czyli phthisiologią — zwraca uwagę ku sceptycyzmowi i fatalizmowi szkoły L a ë n n e c a, sposobem klinicznym wyluszcza objawy, czyli głównejsze symptomata suchot, mogące posłużyć do uformowania wskazań, tak przy rokowaniu, jako i leczeniu tej choroby. Tu się opisują: zewnętrzne wejście (*habitus phthisicus*), wycieńczenie, krwiplucie, gorączka, kaszel, duszność, pot, wypróżnienia stolcowe, komplikacye już to pogorszające stan chorego, już opóźniające, lub też zatrzymujące na pewien czas bieg choroby. Rzucony jest pogląd na suchoty ukryte, suchoty nieregularne, suchoty z cukromoczem; robi się też wzmianka o sprzeciwieństwie gorączek tyfoidalnych z suchotami, o wpływie ciąży na bieg suchot i t. p. W dalszym ciągu p. P i d o u x nasuwa swoje uwagi nad wysłuchiwanem dokonywanem przez lekarzy (*auscultatio*) i cały rozdział poświęca wartości porównawczej miejscowych objawów z ogólnemi, które tak są wielkiego znaczenia przy rokowaniu o tej chorobie. Bardzo szczegółowy i pewnego znaczenia jest wykład T e r a p i i s u c h o t, który zajmuje czwartą część studyów. W terapii mamy wyłożone osobno, każdy ze środków zalecanych w medycynie przeciw suchotom, a mający rzeczywistą wartość przy łóżku chorego. Ze środków tego rodzaju, jedne są przeciw ogólnej chorobie, drugie wyłącznie przeznaczone do złagodzenia lub usmierzania przemagających, a groźnych objawów. Autor wyświetla ich wskazania i przeciwwskazania: bierze pod rozbiór natężenie, czyli stopień choroby i moc objawów szczegółowych trapiących przemożnie chorego. W tej części studyów spotykamy wiele uwag, wiele pomysłów autora, liczne rozumowania i wnioski wsparte wieloletniemi i na wielu chorych doświadczeniami. Szczegółowo wykazuje naturę wody mineralnej zalecanej przeciw chorobom piersiowym u źródła Eaux-Bonnes, przy którym autor jako Inspektor Lekarski, przez wiele lat miał sposobność obserwować nie tylko chorych na suchoty (których liczy przeszło 10,000), ale i potomstwa z suchotników spłodzone. Cześć tę terapeutyczną kończą przestrogi, odnoszące się do higieny suchotników, mając na względzie klimat i wybór miejsc najwłaściwszych dla suchotników do przepędzenia zimy. W piątej i ostatniej części studyów wyluszczone są zasady: jak

zabezpieczać usposobionych do suchot, od téj tak strasznej a tak powszechnej choroby. Tę część phtyzyologii zowią *prophylaxis*. Autor sposoby zabezpieczające dzieli na jedne, odnoszące się do osobistości (*prophylaxie de l'individu*), i drugie, należące do gatunku (*prophylaxie de l'espèce*) albo raczej do społeczeństwa. Przy końcu studyów spotykamy jeszcze ważniejsze obserwacye autora, w których wytknięte są fakta, mające na celu wesprzeć wyłożoną w studyach naukę o suchotach.

Dzieło to jest do nabycia we wszystkich księgarniach w Warszawie. Cena 75 kop.

— Przypadek pęknięcia pęcherza moczowego. (Weisbach. Deutsche militärärztl. Ztschr. 10. Heft. 1874). Pewien żołnierz podczas ćwiczeń gimnastycznych upadł podbrzuszem na kąt pudła do skakania mając wypełniony pęcherz moczowy, w chwili, gdy przez takowe chciał przeskoczyć. Natychmiast wystąpiły silne kuczowe bóle w brzuchu i parcie do oddania moczu, którego samowolnie nie mógł oddać; do tego przyłączyło się osłabienie i wystąpiły silne wymioty. Po wprowadzeniu cewnika do skurczonego pęcherza moczowego wyszło tylko cokolwiek krwi. Następnego dnia można było wykazać stłumienie odgłosu opukowego od spojenia łonowego aż do wysokości kolca biodrowego. Zwracając nieco w lewo cewnik do pęcherza wprowadzony, koniec takowego z łatwością wniknął w lewo i do góry poczem wypłynęło około 800 grm. krwawego moczu, i wyż wzmiankowane stłumienie natychmiast znikło. Zaszprycowano jednoprocetowy roztwór kwasu karbolowego. Mocz wypuszczony dnia następnego zawierał cokolwiek ropy, był cuchnący i oddziaływał alkalicznie. Temperatura tylko jednorazowo była gorączkową; 5-go dnia spadła do 36°, ósmego—35°,6. Dziewiątego dnia, przy obniżeniu się temperatury do 35°, nastąpiła śmierć. Tętno spadło powoli ze 112 na 100. Przy rozczłonkowaniu znaleziono zapalenie ropiaste otrzewnej począwszy od pępka ku dołowi. W dniu pęcherza moczowego przebiegała poziomo od linii środkowej do więzu bocznego pęcherza (*Lig. lat. ves.*) rozstępująca się szczelina.

— Dr Gore opisuje (*The med. and surg. Rep.* 1875. XXXII. Nr 6) chorobę panującą nad wschodnim brzegiem Afryki, a rozpoczynającą się od tego, iż obrzmiewają gruczoły szyjne i coraz większa wyradza się skłonność do spania, tak iż chorzy przy każdym zatrudnieniu zasypiają i przebudzają się tylko na czas krótki. Niekiedy zaraz z początku nabrzmiewa całe ciało, w innych razach dopiero w przebiegu choroby, skóra staje się suchą, siły upadają znacznie. Po 6 — 12 miesięcznym trwaniu następuje pospolicie śmierć, przyczem krótki czas przedtem chory przestają spać. Z oględzin pośmiertnych, dokonanych w jednym wypadku, wykazało się, że błona twarda i miękka mózgu były zdrowe, błona zaś pajęczynowata była czerwona i posiadała wiele naczyń, zresztą mózg był niedokrwistym; żołądek i jelita krwią nabiegłe i jelita nadto były mocno skurczone (*Centralbl. d. med. Wochenschr.* 1875. Nr 28). Dr S. J.

— Szczególny wypadek cierpienia Basedowa (*Féréol — L'union méd.* 1874, Nr. 153). U 41 letniego mężczyzny, z objawami choroby Basedowa, po kilkomiesięcznym trwaniu cierpienia, ukazały się jeszcze następujące objawy: bóleści w głowie, niepewny chód, brak koordynacyi w poruszeniach, słabość w całej połowie prawej, podwójne widzenie (zajęcie prawego nerwu bloczkowego (*trochlearis*)) i trudne moczenie (*dysuria*). Prócz tego istniał popęd zwracania się ciągle ku stronie prawej, ogólne drżenie, przeczulica w całej połowie prawej i zmniejszona czułość na różnice pod względem temperatury. Ostatnia jako też zmysł czucia pozostały niezmienione po lewej stronie, ale wrażliwość bólów zmniejszyła się znacznie. Pobudliwość odruchowa była po obu stronach podwyższoną, elektryczna pobudliwość pozostała. Tego powikłania wymienionych zjawisk z objawami cierpienia Basedowa autor nie mógł sobie wytłómaczyć. (*Centralblatt f. die med. Wissenschaft.* N. 27. 1875). Dr S. J.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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 21 Іюня (3 Іюля) 1875.