

# GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO W WARSZAWIE.

## I. O PNEUMOTOMIACH PRZY ROPNIACH PŁUC.

[Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 24. XII. 1896].

Podał

**Dr. Franciszek Kijewski,**  
ordynator kliniki chirurgicznej.

Pneumotomia należy do rzędu tych operacji, które w ostatnich latach znajdują coraz szersze zastosowanie, dzięki ogólnym postępom chirurgii. Myśl otwierania płuc w celu ułatwienia odpływu ropy i wydzieliny z ognisk ropadowych nie jest bynajmniej dobytkiem nowych czasów, sięga ona zamierchłej przeszłości, aż HIPPOKRATES'a. Minęły jednak całe wieki, a nie znaleźli się zwolennicy idei HIPPOKRATES'a, którzy by myśl jego o pneumotomii zamienili w czyn, a przynajmniej jeżeli w rzeczywistości i wykonywano ten zabieg, to nie znajdujemy śladów tych usiłowań. Pod koniec XVI i na początku XVII wieku myśl o pneumotomii zaczyna na seryo zajmować lekarzy; starano się teoretycznie wykazać potrzebę tego rodzaju operacji, jednak nie pokuszono się o jej wykonanie. Dopiero w roku 1763 E. BARRY ogłosił pracę, w której opisał przypadki otwierania jam w mięszu płuc, nawet z zejściem pomyslnem<sup>1)</sup>. Postępowanie BARRY'ego gorąco popierali SHARPE, POUTEAU, DAVID i RICHTER, który nawet próbował ustalić pewne wskazania do pneumotomii. Pierwsza połowa bieżącego stulecia miała kilku zwolenników pneumotomii, wymieniam tu BELL'a, VAN SWIETEN'a, KRIMER'a, HERFF'a, COLLINS'a, STORKS'a. Od roku 1844 do 1873 nie znajdujemy prac, dotyczących pneumotomii; zdawałoby się że chirurdzy zapomnieli zupełnie o tym zabiegu.

Od roku 1873 pod osłoną antyseptyki MOSLER i HUETER dali początek prawdziwej pracy w tym kierunku. Dwa ostatnie dziesiątki bieżącego stulecia przynoszą nam szereg spostrzeżeń pneumotomii mniej lub więcej pomyslnych, lecz liczba spostrzeżeń tych nie jest zbyt wielka i operacje te, jak obecnie, należą jeszcze do względnie rzadkich zabiegów. Wyniki tych ope-

<sup>1)</sup> W. KOCH. Historisches über die chirurgische Behandlung der Lungencavernen. Berliner klin. Wochenschrift. 1874. Nr. 16.

racyi [pneumotomii], wykonanych w czasach przedantyseptycznych, nie mają dla nas zbyt wielkiego znaczenia, jednak w szeregu spostrzeżeń znajdujemy już i wtedy zejścia pomyślne, co stanowi wymowny dowód racjonalności tego rodzaju postępowania.

Brak ścisłych wskazań, trudność rozpoznawania samej sprawy, oraz obawa powikłań groźnych ze strony opłucnej często bardzo wstrzymywały lekarzy od wykonania pneumotomii. Z drugiej znów strony, jeżeli weźmiemy pod uwagę tę okoliczność, że znane są przypadki wyleczenia spraw ropnych w płucach bez pomocy chirurga, to da się poniekąd usprawiedliwić owo wanie lekarzy i owa niezbyt wielka pohopność do stosowania starej maksymy *ubi pus—ibi incisio*.

W statystyce HEITLER'a z roku 1886 znajdujemy 29 pneumotomii skutkiem: ropni płucnych (8), jam bronchiectatycznych (13), jam gruźliczych (2), zgorzeli (6), oraz 32 razy skutkiem bąblowca. Jednak nie są to wszystkie przypadki do tego czasu zebrane, gdyż już wtedy DE CERENVILLE 4 razy operował jamy gruźlicze, a po nim także kilku innych <sup>1)</sup>.

W rok potem (1887) RUNEBERG <sup>2)</sup> przedstawił 43 przypadki pneumotomii—11 przy ropniach płuc, 18 przy zgorzeli płuc, 2 przy bąblowcu, 6 razy skutkiem bronchiectazji i 6 razy przy jamach gruźliczych. RUNEBERG również nie zebrał wszystkich operowanych przypadków, gdyż, jak sam zaznacza, na międzynarodowym zjeździe lekarzy w Kopenhadze w dyskusji nad chirurgią płuc F. TRIER komunikował swoje własne przypadki, operowane skutkiem zgorzeli płuc, a spostrzeżenia te nie są włączone do statystyki RUNEBERG'a.

TRZEBICKY <sup>3)</sup> w r. 1892 zestawił nader starannie wszystkie dostępne mu pneumotomie: zebrał on 148 przypadków, z których przypada 42—pneumotomie przy ropniach płuc, 24—pneumotomie przy zgorzeli, 25—przy jamach gruźliczych, 12— przy jamach rozstrzeniowych (*bronchiectasiae*) 45— przy bąblowcach.

FABRIKANT <sup>4)</sup> od 1878—1893 r. zebrał 62 przypadki pneumotomii wyłącznie przy ropniach i zgorzeli płuc, a QUINCKE <sup>5)</sup> podaje 54 pneumotomie skutkiem tych samych przyczyn z ostatnich lat. We wszystkich tych statystykach, jak sam sprawdziłem, są pewne braki, a stąd też liczba pneumotomii, podawana przez powyższych badaczy, nie jest dokładną.

Na zabiegi chirurgiczne przy cierpieniach płuc coraz większą zwracają uwagę, stąd też w ostatnich czasach coraz częściej spotykamy się z pneumo-

---

<sup>1)</sup> ZIELEWICZ. Chirurgia w usługach medycyny wewnętrznej. Przegląd Lekarski. 1897, str. 144.

<sup>2)</sup> RUNEBERG. Ueber operative Behandlung von Lungenkrankheiten. Deutsches Archiv f. klinische Medicin. 1887.

<sup>3)</sup> TRZEBICKY. O operacyjnem leczeniu chorób płuc i opłucnej. Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej. 1892. Ser. II, Zeszyt 13.

<sup>4)</sup> FABRIKANT. O chirurg. wnieaszatelstwie pri legocznych zaboliewaniach. Chirurg. Wiestnik. 1894. str. 763—828.

<sup>5)</sup> QUINCKE. Ueber Pneumotomie. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie MIKULICZ u. NAUNYN. 1895. Bd. I, Heft I.

tomiami dokonanemi z tej lub innej przyczyny. Pod koniec r. 1895 na zjeździe chirurgów francuskich w Paryżu sprawa ta stanowiła przedmiot oddzielnego referatu, przedstawionego przez RECLUS'a <sup>1)</sup>.

Na zjeździe tym przytaczali swoje przypadki pneumotomii:

BAZY.—1 przypadek przy zgorzeli płuc, wyleczenie;

MICHAUX.—2 przypadki przy gruźliczych jamach, zejście śmiertelne;

WALTER.—1 przypadek przy rozszerzeniu oskrzeli z wyzdrowieniem;

DOYEN.—2 przypadki: jeden skutkiem bąblowca, śmierć; drugi przy jamach gruźliczych, śmierć;

DELAGENIÈRE.—3 przypadki: 1 przy zgorzeli, 1 przy bąblowcu zropiałym, 1 przy ropniu, wszystkie z pomyślnem zejściem;

IONNESCO z Bukaresztu.—1 przypadek przy bąblowcu, wyleczenie.

Oprócz tych znane mi są przypadki pneumotomii, podane w r. b.: jeden przez SOKOLSKIEGO <sup>2)</sup> przy zgorzeli z wyleczeniem i jeden przez LENZ'a <sup>3)</sup> również przy zgorzeli, jednak z zejściem śmiertelnem.

W naszej literaturze kwestya leczenia operacyjnego chorób płuc była kilkakrotnie poruszana. Wymieniam tutaj prace:

RADKA. „Ropień w płucu niezwykłej wielkości“. [Przegląd Lekarski 1878 r. № 23 str. 285].

KACZOROWSKIEGO. „Przyczynek do rękoźycznego leczenia suchot płucnych“. [Przegląd Lekarski 1883 r. str. 174].

ZIĘLEWICZA. „Chirurgia w usługach medycyny wewnętrznej“. [Przegląd Lekarski 1887 r. № 10 i 11].

BLĄŻEJEWSKIEGO. „Terapia niektórych chorób płucnych“. [Nowiny Lekarskie 1890. № 1 i 2].

TRZEBICKY'ego. „O operacyjnem leczeniu chorób płuc i opłucnej“. [Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej. 1892. Zeszyt 13. Ser. II].

Badacze ci podają łącznie 6 przypadków pneumotomii.

W czasie 10-letniego mojego pobytu na klinice prof. KOSIŃSKIEGO, mając sposobność korzystania z nader bogatego materiału nie tylko klinicznego, ale i prywatnego, tak samego profesora, jak i kolegów asystentów, uczestniczyłem zaledwie w 4 przypadkach pneumotomii. Z tych jedna była wykonana przez kol. BUKOWSKIEGO, a trzy przez prof. KOSIŃSKIEGO.

Liczba zatem naszych pneumotomii urosnie do 10. Nie wątpię ani na chwilę, że chirurdowie polscy znacznie więcej wykonać musieli pneumotomii, ale na nieszczęście spostrzeżeń swoich nie ogłaszali.

### *Abscessus pulmonis post influen zam*

Panna M. J., lat 32 mająca, intendentka szpitala fabrycznego, pochodzi z rodziny zdrowej. W dzieciństwie przebyła ospę, przed 8 laty chorowała na

<sup>1)</sup> Revue de chirurgie. 1895. p. 871. Congrès français de chirurgie. La chirurgie des poumons.

<sup>2)</sup> SOKOLSKI. Sluczaj omertwienia legkawo izliczonnyj operatiwnym putiom. Wraoz. 1896. Nr. 8.

<sup>3)</sup> LENZ. Ein Fall von Pneumotomie. Centralblatt f. Chirurgie. 1896. Nr. 29.

tyfus brzuszny; często przy zmianach pogody zapadała na zapalenie oskrzeli. Pod koniec sierpnia r. 1895 przebyła influenżę, po której pozostał kaszel uporczywy. W listopadzie r. z. po wycieczce kilkawiorstowej, odbytej pieszo w niepogodę, znowu zapadła na influenżę, wtedy jednocześnie wystąpił ból w prawym boku. Chora w ciągu kilkunastu dni gorączkowała, miała przytem chrypkę i kaszel, nader ją męczący. Gdy stan zdrowia chorej mało się poprawiał, panna J. udała się do Krakowa i zasięgała porady prof. PAREŃSKIEGO, który wtedy, oprócz zapalenia kataralnego kratni, nieżytu rozlanego oskrzeli, oraz dość wybitnej niedokrwistości, innych zmian nie znalazł. Podejrzewano początki gruźlicy, jednak badanie kilkakrotne płwociny laseczników gruźliczych nie wykazało. Stan chorej wogóle cokolwiek się poprawił, lecz w pierwszych dniach grudnia ponownie zaczęła gorączkować i wystąpił wyraźnie ból w boku prawym. Dnia 8 grudnia miejscowi lekarze zaopiniowali, że chora ma zapalenie płuc i opłucnej z prawej strony; po kilku dniach przekłucie próbne klatki piersiowej wykazało w opłucnej obecność wysięku mętne-go. Wówczas objawy opukowe i wysłuchowe wskazywały na wysięk w jamie opłucnej, ograniczony w formie trójkąta, z podstawą zwróconą ku dołowi; na miejscu stłumienia brak szmerów oddechowych. Ciepłota wahała się pomiędzy 38,5°—39,5° C., przy tętnie 100—120. Osłabienie znaczne, duszność niezmiernie wielka, sinica, ból poniżej łopatki, niezmiernie gwałtowny kaszel, płwocina ropiasta, ale bez przymieszki krwi. W stanie opłakanym d. 16 grudnia 1895 chorą przywieziono do Warszawy. Wtedy widzieli ją zaraz koledzy Sokołowski i Zieliński. Po 2 dniach prof. Kosiński w miejscu stłumienia zrobił dwukrotne przekłucie klatki piersiowej, lecz z ujemnym wynikiem. W ciągu następnych dziewięciu dni jeszcze kilkakrotnie robiono przekłucia próbne, lecz zawsze bez wyniku. Gorączka przez cały ten czas była wysoka, z rannymi spadkami i wieczornymi nasileniami, tętno 120—140, bredzenie. Płwocina obfita, ropna, od czasu do czasu cuchnąca.

Dnia 26 grudnia prof. Kosiński jeszcze raz wykonał przekłucie próbne w VII międzyżebżu z prawej strony na linii pachowej tylnej i otrzymał gęstą zawartość ropną.

Następnego też dnia 27 grudnia przystąpił do operacji. Cięciem podłużnym, równoległym do żebra dotarł do X żebra, na linii, idącej od kąta łopatki, resekował 4—5 ctm. X żebra. Opłucna w tem miejscu zgrubiła, nacieczona i ściśle zrosnięta z płucem. Prof. Kosiński stopniowo nożem przecinał płuco, które było mocno nacieczone i usiane drobnymi ropniami; kiedy na znacznej już głębokości nie można było dotrzeć do jamy ropnej większych rozmiarów, całe to naciekle ognisko wyskrobano łyżeczką, a następnie zatamponowano gazą jodoformową, obok której założono do jamy sączek.

Podczas operacji chora dostała kaszlu i wykrztusiła dosyć obficie ropną wydzielinę, zmieszaną ze znaczną przymieszką krwi.

Ciepłota po operacji nie obniżyła się ani tego samego dnia, ani nazajutrz. *Haemoptoe* utrzymywało się w ciągu 3 dni po operacji. Trzeciego dnia opatrunkiem zmieniono, ranę przemyto fizyologicznym roztworem soli kuchennej,

przyczem były napady kaszlu. Ciepłota pomimo to nie obniżyła się, wieczorami dochodziła do 39,0° i wyżej.

Zmiany opatrunku codzienne. Ropienie obfite, jama przemywana. Kiedy po każdym przemyciu występował kaszel mocny, po 2 tygodniach przemywań zupełnie zaniechano. Wykrztuszenie było zawsze niewielkie, kaszel się zmniejszał, niekiedy w płwocinie przymieszka krwi. Stan taki trwał w ciągu 4 tygodni po operacji; chora dopiero po upływie takiego długiego czasu przestała gorączkować. Do jamy w płucu wprowadzano i tampon jodoformowy i dren; po 6 tygodniu dopiero usunięto dren i założono tylko pasek gazy jodoformowej. Opatrunki były z płynem Burrow'a; wydzielina stopniowo się zmniejszała, przybrała charakter śluzowo-ropny. Łączność jamy z oskrzelem trwała w ciągu 2 miesięcy. Naokoło rany było stłumienie wielkości dłoni. Siły chorej szybko wracały. Po 3 miesiącach rana zupełnie się zagoiła. Chora przepezdziła jakiś czas w Zakopanem i obecnie czuje się zupełnie dobrze.

[C. d. n.]

## II. O WPŁYWIE (SUCHEGO) ZAPALENIA OSIERDZIA

NA POWSTAWANIE STENOKARDYI<sup>1)</sup> I DYCHAWICY SERCOWEJ

Napisał

**D-r med. J. Pawiński,**

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— 1 — 1 —

Anatomia patologiczna wykazuje, iż zapalenie osierdzia odgrywa bardzo ważną rolę w etyologii chorób mięśnia sercowego, gdy tymczasem klinicyści, przy ocenianiu zaburzeń cyrkulacyjnych nie kładą zwykle dostatecznego nacisku na przebyte zapalenie osierdzia. Ta różnica w zapatrywaniu się pochodzi głównie stąd, iż zapalenia osierdzia, zwłaszcza te, w których wysięk płynny nie dochodzi do znacznych rozmiarów, lub też brak go zupełnie, przebiegają często skrycie, bez wydatnych znaków fizykalnych ze strony serca. W tych razach mamy tylko do czynienia z objawami podmiotowymi, które ograniczają się głównie do uczucia bólu, niepokoju, ciężkości w piersiach i t. p.

Z drugiej znowu strony zdarza się, iż zapalenie osierdzia manifestuje się pewnymi znakami obiektywnymi, lecz trwają krótko, tak, że lekarzowi rzadko się udaje w odpowiedniej chwili badać chorego i stwierdzić ich istnienie. Nawet i wtedy, kiedy znajdujemy się przy łóżku pacjenta w stosownej porze, łatwo można niektóre ważne rzeczy pominąć, jeżeli osłuchiwanie odbywać będziemy szybko, a stetoskop przyłożymy tylko w pewnych miejscach *praecordii*, przyjętych dla oznaczania szmerów wsierdzia. Tem się też tłoma-

<sup>1)</sup> Ponieważ wyrażenie polskie: dusznica bolesna nie jest dokładnem tłumaczeniem wyrazu: *angina pectoris, stenocardia* i może być tylko odpowiedniem dla pewnych postaci tego cierpienia, a mianowicie tych, w których rzeczywiście obok bólu, występuje uczucie duszności, wolałem więc posilkować się wyrazem *stenokardya, resp. angina pectoris*.

czy, dlaczego dość często przy badaniu zwłok znajdujemy, ku wielkiemu naszemu zdziwieniu, bardzo wydatne zmiany, jak np. znaczne zrosty listków osierdzia, niekiedy zupełną ich obliterację i t. p., których istnienia za życia chorego nigdy nie przypuszczano.

Jako potwierdzenie tylko co powiedzianego może posłużyć świeżo ogłoszona praca D-ra Pick'a <sup>1)</sup> „O przewlekłym zapaleniu osierdzia, przebiegającym w postaci marskości wątroby“. W pracy tej autor wykazuje, że zdarzają się przypadki, które pod względem klinicznym przedstawiają obraz marskości wątroby (*resp. ascites*), gdy tymczasem badanie pośmiertne wykazuje, iż zmiany w wątrobie są tylko następstwem przewlekłego zapalenia wsierdzia, a więc są zastoinowego pochodzenia i powinny być odniesione do kategorii t. zw. zanikowej muszkatołowej wątroby. Z wcześniejszych prac, dotyczących skrytego przebiegu *pericarditis* wspomnieć należy monografię LERUL'a <sup>2)</sup>. Autor ten przytacza liczne spostrzeżenia chorób płuc i serca, które zacierają objawy właściwe zapaleniu osierdzia. W naszej literaturze posiadamy obszerną rozprawę kol. STRZESZEWSKIEGO <sup>3)</sup>: „O zrostach serca z osierdziem i o kostniakach osierdzia“. Za główny jej wątek posłużyły 3 przypadki zupełnego zrostu i skostnienia listków osierdzia, rozpoznane dopiero po śmierci. Za życia nie było żadnych objawów, na mocy których możnaby istnienie podobnych zmian podejrzewać.

O takich właśnie zapaleniach skrytych, w których mamy do czynienia przeważnie z wysiękiem stałym, w postaci większej lub mniejszej ilości włókniaka, zamierzamy tutaj pomówić. Na mocy własnych, dość licznych spostrzeżeń chcielibyśmy uwzględnić dwa główne momenty: 1) znaczenie tychże zapaleń w patogenezie pewnych postaci stenokardyi i 2) dychawicy sercowej, jako bardzo ważnych dla lekarza-praktyka.

## D Z I A Ł I.

**Spostrzeżenie I.** Do p. P. wezwany zostałem w końcu maja r. p. z powodu silnych bólów, jakich doświadcza w okolicy serca. Bóle te wystąpiły przed tygodniem, bez widocznej przyczyny, najprzód w okolicy wierzchołka, skąd rozpromieniały się ku mostkowi, na lewą kończynę górną, a zwłaszcza ku lewej łopacie. Były zaś tak silne i łączyły się z takim uczuciem niepokoju, że chory zmuszony był położyć się do łóżka. Wezwany lekarz nie był w stanie stwierdzić wówczas żadnych zmian chorobowych przy zwykłym badaniu fizykalnem, zapisał fenacetynę i pastylki nitroglicerynowe, przypuszczając, że ma do czynienia z dusznicą bolesną. Leki te żadnej ulgi choremu nie przyniosły. Zostałem go jeszcze mocno zaniepokojonego o swoje zdrowie. Noce spędzał bezsennie, nie mogąc sobie obrać odpowiedniej pozycyi w łóżku, wszelkie poru-

<sup>1)</sup> „Ueber chronische unter dem Bilde der Lebercirrhose verlaufende Pericarditis (pericarditische Pseudolebercirrhose)“. Zeitschrift für klin. Med. Bd. 29, pag. 385. Berlin. 1896.

<sup>2)</sup> Recherches sur les péricardites. Gazette Médicale de Paris. 1879, 1880.

<sup>3)</sup> Kronika Lekarska. 1886. Nr. 9, 16, 11.

szenie, a zwłaszcza głębsze oddechanie, powiększało ból, z tego też powodu starał się oddechać powierzchownie.

Z danych anamnestycznych zasługują na uwagę: *diathesis urica*, zjawiająca się od czasu do czasu cukrzyca [słabego natężenia] i nastrój neurasteniczny. Z powyższych względów chory odbywał kilka razy kurację w Karlsbadzie. Syfilisu nie przechodził, napojów wysokowych nie nadużywał.

*Status praesens.* Budowa dobra. Odżywianie średnie. Stan bezgorączkowy. Tętno 72, średniej siły, umiarkowanie napięte. Oddech około 30 na minutę, powierzchowny. W płucach niepodobna wykryć nic nieprawidłowego. Uderzenie wierzchołkowe w V międzyżebrow w linii sutkowej lewej.

Tępość serca niepowiększona. Tętno czyste, choć słabe. Przy lewej, a w części i wzdłuż dolnej granicy serca słyhać słaby szmer tarcia, odpowiadający ruchom serca, a mianowicie skurczowi. Zatrzymanie oddechu nie wywiera wyraźnego wpływu na natężenie szmeru. Ucisk stetoskopem klatki piersiowej, w miejscach występowania tarcia, zdaje się powiększać jego wyrazistość, jak również sprawia choremu ból. Ucisk w innych miejscach *praecordii* jest również bolesnym. Dodać wszakże należy, iż dla wywołania obu objawów trzeba było użyć większej siły. Innych zmian, przy zwykłym badaniu czucia skórniego w okolicy serca, nie byliśmy w stanie stwierdzić, jak również i t. zw. punktów bolesnych w przebiegu nerwów międzyżebrowych odpowiedniej strony klatki piersiowej. W narządach jamy brzusznej nic osobliwego nie znaleziono.

Wobec bezskuteczności środków poprzednio użytych, zaleciłem przystawienie 6 pijawek na okolicę serca, a następnie gorący okład. Rezultat był bardzo pomyślnym, gdyż wkrótce bóle zaczęły się zmniejszać, a po upływie kilku godzin, pozostał już tylko ból w okolicy lewej łopatki. Chory noc przespał spokojnie, a nazajutrz mógł już swobodnie oddechać, poruszać się w łóżku. Szmeru tarcia już wtedy, pomimo bardzo starannego badania, nie byliśmy w stanie usłyszeć. Po kilku dniach chory, choć jeszcze osłabiony, mógł powrócić do zwykłych zajęć, bólów żadnych nie czuł, uskarżał się tylko na lekką duszność przy chodzeniu, ubieraniu się. Wymiary tępości serca nie uległy zwiększeniu, tętno tylko przez pewien czas było nieco rzadszem [około 60], mniej napiętem. W końcu października r. p. chory po kilku dniach jakiegoś ogólnego niedomagania, którego bliżej określić nie mógł, dostał znowu bardzo silnego bólu w klatce piersiowej, podobnego jak w maju, z tą tylko różnicą, iż główne siedlisko bólu znajdowało się nie z lewej, lecz z prawej strony mostka pomiędzy 2—4 żebrem. Stąd ból rozpromieniał się ku wierzchołkowi serca, a zwłaszcza ku górze—ku podstawie, do obojczyka, zajmował prawą stronę szyi, dochodził aż do dolnego kąta żuchwy i jakby przenikał do prawego ucha. W prawej kończynie górnej chory uczuwał jakieś zdrętwienie. Bólowi temu towarzyszyło uczucie wielkiego niepokoju (*anxietas*) i przyspieszenie tętna [około 110—120]. Ciepłota ciała wydawała mi się, sądząc z dotyku, znacznie podniesioną, termometr jednak nie wykazywał więcej, niż 37,8° C., oddech przyspieszony około 40 na minutę, dość powierzchowny, gdyż chory z powodu bólu unika głębszych ruchów klatki piersiowej. Granice serca prawidłowe. Tętno czyste,

Na mostku, na dość ograniczonym miejscu, odpowiadającym 2 żebru, jak również w 2 międzyżebrzu prawem, w odległości 2 ctm. od prawego brzegu mostka, słyhać wyraźny szmer skurczowy i rozkurczowy. Szmer te szybko po sobie następują, przerwa pomiędzy nimi jest bardzo nieznaczna. Za źródło ich należało uważać tarcie listków osierdzia, otaczającego głównie pnie naczyńowe, wychodzące z serca.

Choremu zaleciłem okłady gorące na miejsca bólu, zastrzegłszy sobie zastosowanie baniek ciętych w razie, gdyby bóle nie ustępowały. Po upływie 3 godzin wezwano mnie znowu do pacyenta i pomimo, iż dopiero co wspomnianych szmerów nie byłem już w stanie usłyszeć, bóle dosięgły silnego natężenia, tętno stało się małym, częstym, słabo napiętym. Wkrótce po podskórnym zastosowaniu kofeiny, przystawiono kilka baniek ciętych z prawej strony mostka. I tym razem bóle zaczęły stopniowo ustępować, tętno stało się pełniejszym, oddech swobodniejszym. Noc przepędził chory lepiej, choć ciepłomierz wskazywał o godzinie 2 po północy 39,4° C., a nad ranem o godz. 5-ej 38,4° C. Później, pomimo starannego mierzenia ciepłoty, niepodobna było wykazać podwyższenia tejże ponad zwykłą normę.

Jeszcze przez 3 dni istniał ból stenokardyalny, choć w znacznie słabszym stopniu; chory czuł się jeszcze w ciągu całego tygodnia mocno osłabionym, przygnębionym, a tętno było rzadszem [około 58—60]; żadnych jednak zmian w wymiarach tępości serca, ani też w zjawiskach wysłuchowych nie byliśmy w stanie wykazać, obserwując przez dłuższy czas pacyenta.

*Epicrisis.* Z powyższego okazuje się, iż u człowieka, poprzednio względnie zdrowego z usposobieniem artrytycznym, wystąpiły dwukrotnie silne napady bólów, które miały niewątpliwie charakter stenokardyi i to bardzo gwałtownej. Po ustąpieniu tych napadów, chory żadnych bólów stenokardyalnych nie doświadczał, narzekał tylko przez pewien jeszcze czas na jakieś nieprzyjemne uczucie w okolicy mostka, które „gmeraniem“ nazywał. Szmer tarcia trwały bardzo krótko. *Pericarditis sicca* było, zdaniem naszym, przyczyną *ang. pectoris*.

**Spostrzeżenie 2.** Pan Ł., lat 54 liczący, dotychczas zdrowy, zachorował nagle 27 stycznia 1896 r.. Po powrocie z uczty, na której pił dość dużo różnych napojów wysokowych i z której wyszedł, będąc mocno rozgrzany na mroźne powietrze w lekkim ubraniu, zaczął uskarżać się na silne bóle w okolicy serca i dolka podsercowego. Bóle te rozpromieniały się na brzuch, przednią część klatki piersiowej, a nawet i na kończyny górne, zwłaszcza na lewą. Przy najmniejszym poruszeniu się, przy głębszem oddechaniu bóle wzmagaly się znacznie. Pomimo zastosowania różnych środków uspakajających, a nawet wstrzyknięcia morfiny, bóle nie zmniejszały się i trwały do samego rana, przytem tętno było bardzo słabe, niekiedy niewymacalne, co skłoniło wówczas lekarza do wstrzyknięcia choremu eteru z kamforą pod skórę.

Następnego dnia widziałem pacyenta. Zastałem go w bardzo ciężkim stanie, jęczał z bólu, wskazując na okolicę serca. Leżał na wznak, nieco przechylony ku lewej stronie, mając głowę dość wysoko opartą o poduszki. Na twarzy znać było niepokój i cierpienie. Tętno słabe, miękkie, zaledwie wyczuwalne, uderzało około 100 razy na minutę. Oddech był niejednostajnym, prze-



ważnie powierzchownym, raczej zwolnionym, niż przyspieszonym. Stan bezgorączkowy.

Granice płuc umiarkowanie obniżone. Oddech pęcherzykowy, z powodu słabych ruchów klatki piersiowej, zwłaszcza wdechowych, mało wydatny. Tępość serca nieco zmniejszona i opuszczona ku dołowi w skutek istnienia rozedmy płuc. Uderzenia wierzchołkowego niepodobna wymacać. Tętno głucho, słabe, zaledwie słyszalne. Rytm zbliżony do płodowego (*embryocardie*). Cała lewa połowa klatki piersiowej, a zwłaszcza okolica serca, jak również *epigastrium*, niezmiernie wrażliwa na ucisk, z tego powodu osłuchiwanie bardzo utrudnione. Sam jednak chory trzyma rękę na sercu, lekko ją przyciskając do klatki piersiowej, gdyż mu to pewną ulgę sprawia. Język obłożony, brzuch nieco wzdęty. Mocz skąpy, dość mocno nasycony, białka, ani cukru nie zawiera.

Bóle są prawie stałe, przedstawiają tylko pewne nasilenia i zwolnienia.

Na razie postawiliśmy rozpoznanie: *angina pectoris*, za którym przemawiała i ta okoliczność, iż chory był namiętym palaczem, używając dziennie około 60 papierosów i kilkanaście mocnych cygar.

Ze względu na bardzo słabe tętno, upadek sił, wstrzyknęliśmy choremu w ciągu 3 godzin 4 szpryki będzwinianu kofeiny [około 12 gr.], a skoro czynność serca wzmożła się, zastosowaliśmy pod skórę morfinę [ $\frac{1}{4}$  gr.]. Efekt był nieznacznym. To samo można powiedzieć o pastylkach nitroglicerynowych, wobec czego nazajutrz, przy silniejszym tętnie, zdecydowaliśmy się na przystawienie w okolicy serca kilku pijawek. Tym razem bóle zmniejszyły się znacznie, choć jeszcze w ciągu 3 następných dni dokuczały choremu. Jednocześnie z ustępowaniem bólów chory zaczął się coraz częściej uskarżać na krótki oddech, w skutek czego przyjmował chętnie pozycję siedzącą w łóżku, przenosił się na fotel. Jakkolwiek ani częstość, ani jakość oddechów nie uległy znacznej zmianie, jednakże wyrażenie pacjenta, że czułby się najlepiej, gdyby go noszono po powietrzu, lub gdyby go umieszczono z łóżkiem na szczycie domu wskazywały na pewne uczucie duszności, na niedostateczne utlenianie krwi. Wieczorami skarżył się na bicie serca, niepokój, czemu jakby lekkie majaczenie towarzyszyło.

Tętno serca ciągle słabe, głucho, dopiero 5 dnia można było stwierdzić wzmoczenie czynności serca, zwiększenie fali tętna, szóstego zaś dnia, ku wielkiemu memu zdziwieniu, usłyszeliśmy wyraźny szmer tarcia w okolicy wierzchołka i przy podstawie serca. Szmer ten występował głównie w czasie skurczu, a fazy oddechania nieznacznym wpływem na jego natężenie wywierały. Te i inne cechy skłoniły nas do przyjęcia go za szmer zależny od nierówności powstałych w listkach osierdzia (*pericarditis sicca*). W następných dniach tarcie występowało i w innych miejscach *praecordii*, a nawet jeszcze w ciągu 3—1 tygodni można je było, przy starannem osłuchiwaniu serca, stwierdzić, choć w znacznie słabszym stopniu, lecz nie tylko w czasie skurczu, ale i rozkurczu. Zmian w tępości serca, właściwych wysiękowemu zapaleniu (*pericarditis exsudativa*) osierdzia, nie byliśmy w stanie zauważyć.

Jakkolwiek bóle ustąpiły zupełnie, jednakże z powodu zjawiającej się od czasu do czasu duszności, zwłaszcza przy pewnych ruchach ciała, zatrzymałem

chorego w domu do początku kwietnia. W połowie tegoż miesiąca, kiedy już mniejsze odbywał spacery pieszo, zauważyłem, że uderzenie wierzchołkowe, którego poprzednio nigdy wymacać nie można było, zaczęło występować coraz wyraźniej w V międzyżebżu nieco na lewo od *l. m. s.*. Wreszcie w połowie maja stało się już widocznem dla oka, dość rozległem, unosząc palec badającego. Jednocześnie tępość serca zwiększyła się w wymiarze podłużnym i nieco w poprzecznym, w kierunku na lewo. Tętno zyskały na sile i wyrazistości, a zwłaszcza 2 ton aorty; tętno stało się silniejszym; chory czuł się przytem nieźle, mógł większe odbywać przechadzki, miewał tylko noce niezbyt spokojne, często się budził z powodu ciężkości w oddechu. W celu wzmocnienia ustroju wyjechał chory w początku lipca na wieś, gdzie po upływie 2 tygodni wystąpiły objawy znacznego osłabienia serca, jakoby w skutek przestrawu. Zjawiała się duszność, sinica, obrzęk kończyn dolnych, znaczne rozszerzenie serca, słabe tętno. Następnie stwierdzono zastój w dolnych częściach płuc z obrzękiem, przesięk w jamie brzusznej. W moczu wystąpiło białko. Sprawa ta przebiegała bardzo szybko, a skoro do tak już ciężkiego stanu przyłączył się ostry niezbyt dolnego odcinka kiszek, połączony z silnem rozwolnieniem i parciem w stolcu, siły nikły bardzo szybko, tętno stało się niemiarowem, częstem do 140 na minutę, wreszcie niewymacalnem. Wszelkie *cardiaca, excitantia* nie były już w stanie zapobiedz katastrofie. Chory w końcu lipca życie zakończył.

*Epicrisis.* W przebiegu powyżej podanym zasługują na zaznaczenie następujące okoliczności:

1) Wystąpienie bardzo gwałtownych bólów stenokardyalnych u osobnika, który nigdy podobnych bólów nie miewał, przy objawach znacznego upadku działalności serca.

2) Bóle zjawily się wkrótce po mocnem rozgrzaniu ciała i następnem ochłodzeniu tegoż.

3) Tarcie listków osierdzia wystąpiło dopiero 5 dnia choroby.

4) Stopniowy rozwój przerostu serca i szybka utrata zrównowazenia, bez udziału wysiłków fizycznych. [C. d. n.]

---

ZE SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

### III. PROMIENICA PŁUC I OPŁUCNEJ.

Podał

**M. J a k o w s k i,**

ordynator oddziału wewnętrznego kobiecego tegoż szpitala.

— † — † —

Gdy istota promienicy została bliżej określoną i gdy, głównie od czasu obszernej pracy POFICK'a <sup>1)</sup> [1882], ogólnie przyjęto, że choroba ta może zda-

---

<sup>1)</sup> POFICK. Die Actinomykose des Menschen. 1882 r.

rać się i u ludzi, spostrzeżenia kliniczne w tym kierunku zaczęły się zjawiać coraz częściej. Słusznie twierdzi w monografii swej KIJEWSKI <sup>1)</sup>, że, skrzętnie badając ropę w każdym przypadku ropienia klinicznego, przekonamy się, iż promienica nie jest tak znów rzadko napotykanem cierpieniem. W ostatnich latach coraz częściej spotykamy się z opisami i z przypadkami pierwotnej promienicy w narządach wewnętrznych <sup>2)</sup>. Nie mam zamiaru rozwodzić się o istocie tego cierpienia. Uważam to za całkiem zbyteczne tembardziej, że już w przedmiocie tym pisałem w swych „Grzybkach chorobotwórczych“, a zwłaszcza, że w języku polskim posiadamy wzmiankowaną już monografię KIJEWSKIEGO, wyczerpującą rzecz prawie całkowicie. Dzięki badaniom BOLLINGER'a <sup>3)</sup>, PONFICK'a, BOSTROEM'a <sup>4)</sup> i AFANASIEW'a <sup>5)</sup> ustaliło się już zupełnie pojęcie zarówno o istocie pasożyta, wywołującego promienicę, jak i o jego warunkach życia, sztucznej hodowli i t. p.. Dodam tylko od siebie w myśl twierdzenia KIJEWSKIEGO, że na 99 rozbiórów ropy w przypadkach przewlekłego ropienia znalazłem promienicę 18 razy, a więc prawie w 20% przypadków. Badania te, t. j. wogóle badania ropy [ogółem 350 przypadków] będą wkrótce oddzielnie ogłoszone, a stanowią one materiał, otrzymany w ciągu lat 10 [t. j. od r. 1886 do 1896] w pracowni mojej przy szpitalu Dzieciątka Jezus.

Tutaj chcę podać do wiadomości przypadek pierwotnej promienicy dróg oddechowych, obserwowany przezemnie na sali VIII szpitala Dzieciątka Jezus jeszcze w roku 1894. Przypadek ten, dość wcześnie operowany przez ś. p. JAWDYŃSKIEGO, zakończył się zupełnem wyzdrowieniem.

W dniu 21 lipca 1894 r. przybyła na mój oddział Paulina Dług..., 29 lat, żona rolnika z gub. Łomżyńskiej. Pracowała zawsze ciężko, a zajęcie jej, tak przed zamążpójściem, jak i obecnie, polegało na pracy przy gospodarce rolnej—młóciła, miała często do czynienia ze zbożem, doglądała bydła i t. p.. Dzieci urodziła troje, porody i pологи odbyły się prawidłowo; dzieci zdrowe żyją wszystkie. Chora twierdzi, że nigdy nie chorowała dawniej. Obecna choroba rozpoczęła się przed rokiem „we żniwa“. Jak mówi chora, zaziębiła się, dostała dreszczów, zaczęła kaszlać, pluć nieco krwią, a wkrótce zaczęła uczuwać silny ból, przy oddechu i kaszlu, w prawym boku. Po dwóch mniej więcej tygodniach poczuła się lepiej, zaczęła pracować, lecz już „na jesieni“ zaczęła nanowo kaszlać, plwocina znowu zaczęła się zjawiać z domieszką krwi. Mniej więcej od „Nowego Roku“ stan się pogorszył: prawdopodobnie gorączkować zaczęła, osłabła, zaczął się zjawiać od czasu do czasu ból kłujący w boku prawym, w ostatnich kilku tygodniach zauważyła, że bok ten zaczyna jej „puchnąć“. Skargi chorej w chwili przybycia na oddział były głównie: kaszel, ból stały i opuchnięcie po stronie prawej klatki piersiowej przeważnie z tyłu.

<sup>1)</sup> KIJEWSKI. Promienica u człowieka. Odczyty kliniczne. S. III. Nr. 30 i 31. 1891.

<sup>2)</sup> CANALI, CONTI, MOOSBRUGGER, LACHER, BARĄCZ, JAKIMOWICZ, WOLFF, KIJEWSKI, HALBAN i inni. W ostatnich czasach u nas MIKŁASZEWSKI [Kronika Lekarska. Nr. 16 i 17. 1896].

<sup>3)</sup> BOLLINGER. Ueber eine neue Pilzkrankheit beim Rinde. Centr. f. m. Wiss. Nr. 27. 1878.

<sup>4)</sup> BOSTROEM. Ueber Actinomykose. C. f. k. Med. Nr. 20. 1885.

<sup>5)</sup> AFANASIEW. Dziennik III zjazdu lekarzy rosyjskich. 1891.

Wzrost chorej średni, budowa dość krzepka, odżywianie upośledzone. Lekkie skrzywienie kręgosłupa ku stronie lewej. Na stronie prawej od połowy łopatki aż do okolicy lędźwiowej, a ku bokowi od linii łopatkowej aż po za linią pachową średnią, obrzęk bolesny, niechełbocący, ze skórą niezaróżowioną. Ciepłota ciała w dniu przybycia do szpitala rano 37,8° C., wieczorem 38,5° C., tętno 96, dość drobne i miękkie, oddechów 20 na minutę. Od połowy łopatki prawej aż do samego dołu przy opukiwaniu, dość bolesnym w tem miejscu, otrzymuje się całkowicie tępy odgłos wypukowy; tępość ta, idąc ku przodowi, na linii pachowej średniej, sięga do VI żebra, a dalej jeszcze ku przodowi na linii sutkowej—do V. Na całej przestrzeni tego objawu wypukowego oddechu prawie nie słychać, miejscami [u kąta łopatki] słychać z głębi kilka pojedynczych trzeszczeń; na całej tej przestrzeni wyraźna egofonia. Powyżej tępego odgłosu oddech mocno zaostrowany, rozrzucone grube rżężenia suche i wilgotne. Drżenie głosowe klatki piersiowej po stronie prawej prawie zniesione. Zresztą w innych ustępach dróg oddechowych zmian wypukowych i wysłuchowych żadnych. Płwocina śluzo-ropna, z dodatkiem krwi; zawiera dużo ciątek ropnych, złuszczonych nabłonków alweolarnych, pojedyncze włókna sprężyste; laseczników Koch'a nie wykryto. Wymiary serca prawidłowe, tony dość głuche. Wątroba nieco powiększona, wyczuwalna. Śledziona na VIII żebrze, wymacać się nie daje. Zęby zdrowe. Żadnych czynnościowych zaburzeń ze strony dróg trawienia niema. Gruczoły chłonne niepowiększone. Mocz ilość 1200 ctm. sześć., odczyn kwaśny, ciężar właściwy = 1020. Białka nie wykryto, cukru również. Jak zwykle w moczu gorączkowym, ilość moczanów widocznie zwiększona.

Jasnym było, że mieliśmy do czynienia z prawostronnem zapaleniem opłucnej i płuc, szło zaś tylko o określenie natury cierpienia.

Na oddziale moim chora przeleżała do 28. VII. 1894. Przez ten czas ciepłota wahała się w granicach od 37,5° rano do 38,6° C. wieczorem. Kaszel trwał ciągle. Płwocina niekiedy przyjmowała cechy więcej ropne, nic jednak w niej nie wykryto takiego, co by mogło potwierdzić rozpoznanie promienicy, jakkolwiek przypuszczenie to stawało się racjonalnem wobec braku pasożytów grzyźliczych w płwocinie przy kilkakrotnem badaniu, wobec przebiegu choroby, oraz obrzęku bolesnego na prawej stronie klatki piersiowej. Wreszcie zajęcie chorej, przy którym ciągle miewała do czynienia ze zbożem, słomą i sianem, nasuwać mogło również podejrzenie, że istota choroby musi tu polegać na zakażeniu dróg oddechowych przez twory promienicy.

Dokonane w dniu 26. VII. 1894 roku próbne przekłucie klatki piersiowej podejrzenie to uzasadniło. Po przebicciu skóry długą igłą strzykawki Pravaz'a uczuwało się silny opór, który z trudnością dało się pokonać. Dopiero po przejściu tej zapory czuć było, że igła rusza się swobodnie; w strzykawkę wciągnięto ciecz krwawo-ropną, brudno zieloną, w której po staranem szukaniu udało się wykryć kilka charakterystycznych grudek; w grudkach tych pod drobnowidzem znaleziono oblepione ropą, gwiazdzisto ułożone, rozgałęziające się nitki grzybka promienicy.

Wobec ustalenia rozpoznania i konieczności zabiegu operacyjnego, na co chora od razu się zgodziła, poprosiłem o zobaczenie jej ś. p. kol. JAWDYŃSKIĘGO, który chętnie przeniósł ją na swój oddział, gdzie w dniu 30. VII. 1894 dokonana została radykalna operacja. W guzie wyczuć już było można chębotanie, przeważnie około linii pachowej, skóra jednak nie była zaczerwienioną. Notatkę o operacji zawdzięczam kol. NIEDZIELSKIEMU, za co mu najuprzejmiej na tem miejscu dziękuję.

Operacji dokonał ś. p. kol. JAWDYŃSKI pod uspianiem chloroformowem, jak to wyżej nadmienilem, dnia 30. VII. 1894. Szerokiem cięciem, sięgającym od linii pachowej tylnej aż prawie do linii sutkowej z pod skóry i tkanki tłuszczowej wypuszczono z jamy ropnia znaczną ilość gęstej, szaro-zielonawej ropy i natychmiast wyskrobano tkanki nacieczone tak już znekrotyzowane, leżące powierzchownie i stanowiące ściany ropnia. Ropę niezwłocznie zbadano pod drobnowidzem i zaleziono w niej także grudki, zawierające twory grzybka promienicowego, jakie my już widzieliśmy po próbnem przekłuciu opłucnej. Ponieważ przy ucisku na żebra otrzymywano ciągle wypływającą z pod tychże ropę, dokonano resekcji VII, VIII i IX żebra na dużej przestrzeni, t. j. od linii pachowej tylnej aż do końca, a więc do przejścia w część chrzęstną. Potem dla lepszego rozejrzenia się w polu operacyjnem usunięto w ten sposób i VI żebro. Same żebra nie były zmienione, mięśnie jednak międzyżebrowe były bardzo znacznie nacieczone i zawierały liczne drobne zatoki, wypełnione taką samą ropą, jaką wypuszczono po otworzeniu ropnia.

Powierzchnię utworzonego po usunięciu żeber pola operacyjnego znowu wyskrobano, zauważono jednak, że przez zgrubiałą mocno opłucną na wysokości VII żebra w kilku miejscach sączyła się ciągle przy ucisku taka sama, jak wyżej powiedziano, ropa. Wobec tego więc, że potwierdziło się przypuszczenie istnienia takiego samego ogniska w płucu, kol. JAWDYŃSKI zaczął wycinać skalpelem kawałki z mięsistej, białawej i na 2 ctm. grubej błony opłucnej, aż dotarł do samego prawego płuca, w którym na wysokości VI i VII żebra na przestrzeni między przednią i tylną linią pachową prawą znalazł jakby jamę, wypełnioną wyżej tylkrotnie wzmiankowaną, brudno zielonawą ropą z domieszką krwi i zawierającą charakterystyczne grudki promienicowe. Na skutek tego kol. JAWDYŃSKI usunął cały kawałek chorego płuca aż do tkanki zdrowej, a krwawienie z niej od razu udało się opanować przypaleniem żegadłem PAQUELIN'a. Po usunięciu kawałka płuca można było w ranie widzieć dokładnie boczny płat prawego płuca wraz z opłucną, przyrośniętą, lecz niezgrubiałą, i boczny brzeg przepony. Ranę przemyto roztworem sublimatu, wytamponowano gazą jodoformową, po uprzednim podwiązaniu naczyń i pokryto opatrunkiem.

Wycięte kawałki opłucnej zbadalem w kilka dni potem i znalazłem bardzo znaczny rozrost tkanki łącznej, zupełny prawie, oraz zanik komórek endotelialnych. Wśród zgrubiałej i nacieczonej opłucnej widać było miejscami szaro-żółtawe, drobne punkciki, wypełnione charakterystycznymi grudkami promienicy.

Z dalszego przebiegu choroby po operacji, podczas którego zmieniano opatrunek co drugi dzień, wypada zaznaczyć, że chora gorączkowała jeszcze przez 9 dni, ciepłota wahała się między  $37,5^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$  C., przeważnie z wieczornymi podskokami, lecz nie zawsze o jednym typie, gdyż bywały dni takie, w których podskok ciepłoty dawał się zauważyć rano. Wydzielina z rany nie była obfita. Kaszel się stopniowo zmniejszał. Objawy wysłuchowe [trzeszczenia i rżenia wilgotne] stopniowo znikaly. Stan ogólny już w 5 dni po operacji zaczął się poprawiać, chora nabrała łaknienia, zaczęła lepiej wyglądać.

W 10-ym dniu po operacji, gdy wydzieliny już prawie nie było, a ciepłota spadała do normy, nałożono na ranę szwy, które dobrze się utrzymały. Zdjęto je w 7 dni po założeniu; brzegi rany trzymały zupełnie dobrze, z otworu niezasytego u dołu cięcia wydzielala się tylko bardzo nieznaczna ilość gęstej, niecuchnącej ropy. Kaszel ustał, objawy wysłuchowe w płucach zupełnie znikły.

Stan ogólny poprawiał się ciągle i dość szybko. Chora utyla, nabrała cery, sypiała dobrze, łaknienie miała dobre; wydzielina z otworu ustala. Wreszcie w 8 dni potem, a w 25 dni po operacji, t. j. 23. VIII. 1894 wypisano ją jako zdrową ze szpitala z ziarninującą jeszcze w niektórych miejscach raną pooperacyjną.

W tylko co opisanym przypadku najprawdopodobniejszem wydaje mi się przypuszczenie, że punktem wyjścia sprawy promienicowej były oskrzela, *resp.* płuco prawe, skąd cierpienie przeszło na opłucną, a wreszcie na ścianę klatki piersiowej, jak to zazwyczaj w takich razach bywa. Czy cierpienie wystąpiło od razu jako promienica, czy też początkowo chora przeszła zwykle zapalenie płuc, które podeszło ku powierzchni, a potem dopiero nastąpiło wtórne zakażenie grzybkami promienicowymi w tkance, która tylko co przeszła sprawę patologiczną, a więc była do zakażenia podatną—rozstrzygnąć trudno. Jakkolwiek bądź jasną jest rzeczą, że zakażenie to, czy jako pierwotne, czy jako wtórne, łatwo nastąpić mogło ze względu na rodzaj zajęcia i warunki życia chorej.

---

## ODCINEK.

---

### KILKA UWAG

## O CZASOPISMIENNICTWIE LEKARSKIM.

Podał

D-r H. Nusbaum.

---

Geniusz ludzkości, podobnie jak gieniusz jednostki, przedstawia wyraźnie pewne momenty podniesionej energii twórczej, to znowu pewne okresy uśpienia, niby odpoczynku, po którym z wzmoczoną sprawnością tworzy i buduje. Okresy

te nie przedstawiają żadnego rytmu prawidłowego, ale, zależąc od nieobliczonego mnóstwa czynników, charakteryzują się przypadkowością, istotnie przynoszącą niespodzianki. Fale twórczości geniuszu ludzkiego odznaczają się najróżnorodniejszym kształtem: to strzelają wysoko, niby góra wulkanicznego pochodzenia pośród względnej równiny, to znowu ciągną się zwolna, a leniwo dźwigającem się gór pasmem, to na krótszej, to dłuższej przestrzeni.

Odkrycie krążenia krwi, odkrycie dotyczące znaczenia tlenu dla istot ożywionych, okres zrodzenia i rozwoju anatomii drobnowidzowej, odkrycie i opracowanie metod auskultacji i perkusji — rozwój bakterjologii, pomysł seroterapii i organoterapii i t. d. i t. d.: oto przykłady toczących się fal twórczości gieniuszu ludzkiego w dziedzinie nauk biologicznych i lekarskich.

Wobec tak nierównomiernego pochodzenia nauki, która raz to skok olbrzymi, płodny w wielkie następstwa czyni, to znowu szczyty wysokie żółwim zdobywa ruchem — zdawałoby się, iż zgoła śmiesznem jest usiłowanie ujmowania pochodzenia tego w ramy ściśle wymierzonych wierszy i kolumn, danej ilości arkuszy rok rocznie się powtarzającej, w określonych z góry peryodach czasu, kolejną po sobie następujących. I w rzeczy samej, ujęcie produkcji naukowych w formę wydawnictw peryodycznych, z oznaczoną prawie ściśle ilością papieru na rok i z oznaczoną stałą za nie cenę, to wymysł przedsiębiorczości handlowej, to owoc zabiegów handlowo-przemysłowych.

Ale powiedzieć, że prasę peryodyczną naukową w ogóle, a lekarską w szczególności rozwija w znacznym stopniu czynnik społeczny handlowo-przemysłowy, to nie znaczy jeszcze czynnik ten w tym względzie potępić!

Jak w organizacyi jednostki zarówno jest ważnym wytwór krwi, jak wytwór śliny, zarówno ważną czynność komórki korowej mózgu, jak komórki wątrobowej, tak i w organizacyi społecznej zarówno wytwórczość naukowa, jak skrzętność handlowo-przemysłowa jest dla rozwoju całości konieczną.

Czy tedy na użytek rozwoju nauki wyciągnęła ku niej ramię swoje przedsiębiorczość wydawnicza?

Ciekawym jest z punktu widzenia psycho-fizjologicznego czynnik *leader*'izmu w zawodach sportowych.

Oto biegnie na kołowcu zapaśnik, wprowadzie cheiwy sławy, zwycięstwa, ale gdyby pozostawiony był sam sobie, wzrastające zwolna zmęczenie uczyniłoby go nieświadomym obniżenia się jego własnej energii; schodzącemu nieznacznie, niepostrzeżenie w granice znacznie mniejszego natężenia energii, nie starczyłoby sił po dłuższej trwającej, malejącej innerwacyi, do wyrwania się ze względnej bezwładności swych mięśni. Ale oto w niezbyt odległych odstępach wybiega przed zapaśnikiem naszym coraz to nowy, pełen świeżej energii i zasobu sił „*leader*“ i w tej chwili spostrzega tamten swoje opóźnienie się i różnicę między swoją zmaląłą a świeżą energią *leader*'a usiłuje znieść, wywołuje nowe zasoby środków i tak coraz dalej aż stanie do czasu u mety. Przytem i uwaga zapaśnika mogłaby odwrócić się od najpilniejszego zadania i mógłby wskutek tego nie zauważyć zgnubnego zwolnienia biegu, *leader* budzi i utrzymuje w napięciu potrzebną uwagę.

Oto w tem znaczeniu, obowiązkowość terminowa, rytmiczność i ciągłość, konieczność wreszcie, jaka wypływa z czasopismowej formy ogłaszania plodów pracy naukowej, działa istotnie jako pożyteczna podnieta twórczości naukowej. *Leader* energii zapaśnikowi nie dodaje, ale uspioną wywołuje, a dążącą do rozproszenia się ześrodkowuje do jednego w danej chwili, najpilniejszego celu—*leader* nie pozwala zapaśnikowi zapomnieć się, rozproszyć, zaniedbać.

Takiem jest i być winno zadanie prasy peryodycznej naukowej dla społeczeństwa w pracy jego twórczej na polu zdobywania prawdy. Z tego względu bacność, energiczność, obowiązkowość i skrzętność gieniuszu przemysłowo-

handlowego działu korzystnie na pochód pracy naukowej. Dany pracownik przed ostatecznym wykończeniem poszukiwań swoich ogłasza przedwstępna o nich wiadomość, to już zaczyna płodny dla wielu umysłów; inny pracownik wprost kluty ostrogą maszyny wydawniczej budzi się z bezczynności lub zdwaja energię swej pracy. Występują też tu czynniki pożytecznego naśladownictwa i moralnie pojętej rywalizacji.

Wydawnictwa peryodyczne wreszcie, zwłaszcza podzielone na specjalności, tworzą gotowe i wygodne drogi z napisami, w jakich dążą kierunkach, co ułatwia, wysoce czytelnikowi orientowanie się w poszukiwaniu materiałów i informacji.

Ależ zawód handlowo-przemysłowy, jakkolwiek jest dla rozwoju cywilizacji nieodzownym, nie mniej o całe niebo się różni istotą swoją i właściwymi sobie cechami od zawodu naukowego. A wkroczenie tak odległego istotą swoją zawodu w dziedzinę nierównie podnioslejszego i hierarchicznie wyższego, naraża z drugiej strony ten ostatni na pewne niebezpieczeństwo.

Już zgubnie oddziaływa zbyt liczne zaważenie na szali wydawnictw peryodycznych momentu przedsiębiorczości, mającej uboczne, nie zaś wyłącznie interesy nauki na celu. Wytwarza się stąd nadmiar wydawnictw, nadmiar kosztownych dróg bitych wśród pustyni rozległej, które, nęcąc wędrowców dla pobrania drogowego myta, ludzi ich muszą dekoracją siedzib przydrożnych w braku rzeczywistych; buduje się niejako więcej kanałów, niż jest źródeł, więc bezpożytecznych, płytkich, a nawet dzięki złej wodzie szkodliwych.

Wobec pożyteczności prasy peryodycznej, jako bodźca, a nierównomierności istotnej produkcji naukowej, trzeba prasie tej wybaczać, gdy obok rzeczy wartościowych przynosi nam czasem i wątpliwej wartości dla dopełnienia całości zakreślonych kadrów; ale gdy przy nadmiarze kadrów, dla wypełnienia ich, obok garści dzielnych rycerzy postawi zastępy niedołącznych ciurów, to wtedy walka o prawdę pójdzie leniwo i zamiast wydobywania z chaosu zjawisk czystych kryształów prawdy, jeszcze bardziej je zabagni.

Twierdzimy stanowczo, iż nadmiar wydawnictw peryodycznych lekarskich, jaki widzimy dziś na zachodzie, zwalnia raczej, niż przyspiesza, postęp wiedzy i sztuki lekarskiej. Cechą poszukiwaczy prawdy musi być spokój i krytyka gruntowna; na nieszczęście, większość dzisiejszych budowniczych gmachu nauki cechuje gorączkowość, pośpiech i powierzchowność; dla liczebnie przeważnej, biernej części publiczności lekarskiej wychodzi to na oczywistą niekorzyść. Lekarz najprzód przyzwyczajają się więcej czytać, niż myśleć, spostrzegać i wnioskować. Wskutek zbyt obfitego dowozu pożywienia, wartość jego odżywcza (*Nährwerth*) zmniejsza się stanowczo, przechodzi niejako przez umysł *transito*, nie strawione, nie wessane, nie przyswojone. Wyradza się też pośród lekarzy- zgubna dla interesu chorych, gorączkowa pogon za najnowszym środkiem, za najnowszą metodą, dziś przez gorączkowego badacza przechwaloną, jutro przez innego skrytykowaną, przyczem zaniedbuje się czasem to, co dawniejszy, doświadczeniem bogaty zmysł spostrzegawczy stworzył istotnie cenniego we wskazaniach i przeciwwskazaniach terapeutycznych. Dla wypełnienia kadrów już nie miesięczników, ale tygodników, ale półtygodników (*sic!*) referaty powtarzają się w setnych echach z najlichszych prac nawet, aby jak najrychlej, aby jak najwięcej. Czekać tylko rychło li się zjawi w tym niefortunnym końcu XIX-go wieku dziennik lekarski pod tytułem: *Medicinischer Tages-Telegraf!*

Już teraz jest fizyczną niemożliwością, przeczytać to wszystko, co zdawałoby się, że czytać należy, skoro jest ogłaszane, taką dziś świat lekarski produkuje wielką ilość zadrukowanego papieru pod postacią wydawnictw peryodycznych lekarskich.



Forma wydawnictwa peryodycznego ma to do siebie, że dana rozprawa nie rozpowszechnia się od osoby do osoby na mocy osobistych zaleceń, lub też na podstawie dobrego przyjęcia przez krytykę kompetentną, lub wreszcie na mocy uznanej powagi autora, ale wprost dzięki technice wydawniczej, mianowicie prenumeracie z jednej strony, a gorączkowemu referatyzmowi z drugiej— od razu niemal w danej chwili do dziesiątków tysięcy rąk się dostaje. Tę właściwość czasopiśmiennictwa wyzyskuje znowu przemysł, wskazujący się do świątyni nauki pod formą produktów fabryk chemicznych, jak: nowych, jakoby bardzo skutecznych leków, nowych przetworów spożywczych, kompozycji antyseptycznych i t. d. i t. d.

Sądzimy, że stosunek przedsiębiorczości przemysłowej do pochodzenia nauki, stosunek, który ma bezwątpienia pewne dobre, ale i zgubne bardzo strony, powinienby uleść pewnej reformie, sprawa ta powinna by wejść na porządek dzienny zajęć zjazdów lekarskich, których wielką byłoby zasługą, gdyby niwę pracy naukowej i drogocenne owoce prawdy szczerzej oczyścić zdołały od tak rozbujającego pod koniec wieku naszego perzu reklamy i tak wzmożonej gorączki łatwej sławy i złota.

Rzuciwszy kilka uwag powyższych, odnoszących się do czasopiśmiennictwa lekarskiego wogóle, zwróćmy się do zadań czasopiśmiennictwa lekarskiego u nas.

Gieniusz dawnej Polski nie na jednym polu, zwłaszcza w sprawach rozwoju idei politycznych i humanitarnych, przodował zachodowi, a w pracach naukowych szedł z nim ręką w rękę, wszakże wskutek wielu czynników dziejowych, w chwili właśnie, kiedy tak potężnie wzmógł się ruch naukowy na zachodzie w końcu zeszłego i w bieżącym wieku, społeczeństwo nasze niepomniernie się w tym kierunku zaniedbało. Jesteśmy wobec bieżącej doby rozwoju nauki względnie młodszy, ale i ta pozycja ma pewne strony dodatnie, bo, widząc błędy, wzmagające się w starszych warsztatach, tem łatwiej nam się od nich uchronić.

Zadaniem tedy prasy peryodycznej lekarskiej u nas być winno przede wszystkim pobudzanie sił lekarskich naszego społeczeństwa do prasy samodzielnej na polu rozwoju nauki lekarskiej. Najkapitałniejszą dziś dźwignią każdego narodu jest rozwój i potęga duchowej jego samodzielności i dzielne współpracownictwo przy ogólnym warsztacie postępu cywilizacji: tu spoczywa nieśmiertelność narodu. Zachęcać przeto i pobudzać lekarzy do prac oryginalnych, starać się, aby prace uczonych rodaków, pracujących na obczyźnie, nie ginęły dla literatury ojczystej: oto najkapitałniejsze zadanie czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego, które na pierwszym miejscu dbać winno o to, by była ożywioną areną pracowników samodzielnych na polu literatury lekarskiej.

Jeżeli z jednej strony prasa lekarska starać się winna być obfitą i cenną skarbnicą oryginalnych prac lekarzy polskich, musi ona starać się być fermentem w tym kierunku. Najbardziej zaczynać będzie produkcję oryginalną szerzenie rzetelnej wiedzy i utrzymywanie świadomości czytelników na wyżynie bieżącego poziomu nauki, w tak zwane referaty zbiorowe, czyli właściwie sprawozdania rozumowane, dotyczące całości ważnych kwestyj klinicznych lub teoretycznych, powinny być ze szczególną pieczołowitością w naszej prasie lekarskiej pielęgnowane. Obserwacje lekarza-praktyka mogą tylko na podstawie wiedzy rzetelnej i, że tak powiemy, żywego uczestnictwa w rozegrywaniu się w świecie naukowym danej kwestyi pobudzać i zachęcać do samodzielnych poglądów lub do wyprowadzania trafnych wniosków, lub wreszcie do trafnego doboru interesujących komunikatów. Jest jednym z najważniejszych zadań naszych czasopism lekarskich dbać o dobór tematów do sprawozdań rozumowanych i czuwać, aby żadna ważna kwestya nie była pominięta.

W przebiegu chorób, które same przez się nie szczególnego nie przedstawiają, zdarzają się jednak szczególnie interesujące momenty, dotyczące albo etyologii, albo objawów, albo zejścia i t. d.. Każdego zdrowo myślącego lekarza fakty takie uderzą, a ogłaszanie tych interesujących momentów wielkiej jest dla rozwoju nauki i sztuki lekarskiej pożyteczności. Ale na nieszczęście z dziedziny literatur innych przeszedł wadliwy zwyczaj do literatury lekarskiej, iż nie wypada ogłaszać artykułu kilkuwierszowego, ale koniecznie jeżeli nie rozprawę, to, co najmniej, rozprawkę o kilku kolumnach druku. Jest to zwyczaj fatalny najprzód dlatego, że obarcza dane wydawnictwo bezwartościowym balastem; z fizycznych czysto względów nie może być dany artykuł przez wielu czytelników przeczytanym z powodu grubości skopury, w której małe, choć zdrowe mieści się jąderko; a wreszcie lekarze, którzy dla braku odpowiedniej literatury, odpowiedniego czasu i zresztą odpowiedniej odwagi, nie mogą się zdobywać na monografie i niby-rozprawy, powstrzymuje zwyczaj ten od ogłaszania interesujących wysoce spostrzeżeń. Byłoby bardzo pożytecznem wprowadzenie u nas w jak najszerszym zakresie krótkich komunikatów kazuistycznych, które przy względnie małej ilości naukowo traktowanych u nas klinik, ocaliłyby nie jedno nauczające i godne zaznaczenia zjawisko z dziedziny patologii.

Nie jest tu naszym zadaniem być mentorem światłych redakcyi pism naszych, chcieliśmy tylko na pewne najważniejsze, zdaniem naszym, zadania czasopism naszych zwrócić uwagę. W końcu jeszcze zaznaczymy, iż za nader szkodliwe uważamy bardzo skrętne, a przez sito krytycyzmu wcale nie przesiewane, referowanie obfitych lichot zagranicznych. Jesteśmy w wielkich warsztatach nauki nieco młodszymi wprawdzie, ale znowu nie tak niedojrzalymi współpracownikami, aby nam wszystko miało imponować, co jest obcem. Biermy z zachodu to tylko, co jest dobrem, naśladowajmy go w tem tylko, co naśladowania jest godnem; nie mnożmy też bibuły drukowanej i nie pozwólmy, aby jakiegokolwiek widoki, interesom nauki obce, mnożyły u nas wydawnictwa peryodyczne po nad potrzebę i rację bytu—więc z konieczności liche, a byt i rozwój utrudniające tym, które, jeżeli nie są doskonałemi, to wymagają udoskonaleń i koncentracji, a nie rozpryskiwania się niezbyt licznych sił naszych twórczych.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Dieulafoy. O pomocy chirurgicznej przy zapaleniach otrzewnej, wnikających przebieg tyfusu. [Z granic terapii i chirurgii].

Zapalenia otrzewnej wybuchające po przedziurawieniu żołądka i dwunastnicy [przez wrzód], oraz gruźlica otrzewnej już są w rękę chirurgów, którzy bardzo często mogą chorego uratować, o ile w porę z pomocą wystąpią. *Peritonitis appendicularis*, *peritonitis pneumococcica* także na drodze operacyjnej niejednokrotnie dawały się usunąć. Teraz przyszła kolej na tyfus brzuszny.

Zdaniem profesora DIEULAFOY, chirurg powinien przystępować do tego rodzaju zadań w otoczeniu terapeutów, którzy mają stawiać wskazania, przeciwwskazania i wybrać odpowiednią do interwencji chirurgicznej chwilę.

Dwa dotąd opisywano rodzaje *peritonitidis* tyfusowego pochodzenia: A) *peritonitis e perforatione* i B) *peritonitis e propagatione*. Ta ostatnia postać ma powstawać przy nieprzeziurawionych owrzodzeniach kiszki.

A) Niesłusznie wyobrażano sobie, że pierwsza z nich gwałtowniej wybuchą, że jest szalenie ostrą i bolesną. W tyfusie przedziurawienie kiszki

często przebiega skrycie; niema tu ani tych bólów, ani tej czkawki, ani takich wymiotów, jak przy pęknięciu wrzodu dziurawiącego w żołądku lub dwunastnicy. A dzieje się to dlatego, że 1-o wrażliwość chorego jest zagłuszona przez ciężki stan zakażenia; 2-o samo przedziurawienie jest bardzo niewielkie, tak, że przez nie bardzo powoli i w małych dawkach, przedostają się do otrzewnej: zawartość kiszkiowa, drobnoustroje i toksyny. Wszystkie objawy: bolesność dołu biodrowego, lekkie wzdęcie, womiturycye i t. d., są tak przy bieżącym tyfusie niewyraźne, że łatwo mogą ująć za objawy samego tyfusu. Zdaniem DIEULAFOY, jedynie czkawka może tu wystąpić w roli objawu groźnego i znaczącego. Czkawka choćby nieznaczna, przyłączającą się do powyżej wyliczonego szeregu objawów, powinna budzić w nas podejrzenie, iż sprawa przeszła na otrzewną. Drugim objawem jeszcze ważniejszym, jest nagły spadek ciepłoty. Wynosi on czasami 2,3, a czasem 5 stopni różnicy, nieraz więc ciepłota z nad normy spada niżej normy [np. z +40,2° do +35,8° C.]. Nie zawsze jednak zjawisko to przedziurawieniu kiszki towarzyszy przy tyfusie i z drugiej strony nie zawsze dowodzi przedziurawienia takiego, w każdym razie jednak poczytanem być musi za wynik hypotermizującego wpływu *bacilli coli* i jego toksyny [dowiedli tego doświadczalnie SANARELLI, ROUX i RODET oraz BOIX] samych, lub do współki z lasecznikiem EBERTH'a. Czasami taki nagły spadek ciepłoty jest po prostu końcem przełomowym samej gorączki i jak najlepsze zwiastuje rokowanie [JACCOUD. *Leçons de clinique médicale*. 1885. p. 530.) W tym ostatnim razie jednak towarzyszy mu znikanie objawów chorobowych oraz ogólne polepszenie. Tymczasem spadek ciepłoty po nastąpieniu przedziurawieniu kiszki łączy się z pogorszeniem stanu ogólnego i z wystąpieniem nowych objawów. Taki spadek nie znika szybko, ciepłota nie wznosi się napowrót do wysokiego poziomu i to jej zachowanie się pozwala nam rozróżnić spadku, zależnego od przedziurawienia, od spadku, zależnego od krwotoku z kiszki.

Zapalenie otrzewnej po takim przedziurawieniu trwać może od 3-ch do 8-iu lub 10-iu dni. Najczęściej kończy się śmiercią. Niejasne objawy mogą nawet w przebiegu swym wykazywać pozorne polepszenie. Twarz jednak zapada, oczy zagłębiają się w oczodołach, tętno marnieje i staje się niezwykle częstym, kończyny ziębną, skóra pokrywa się zimnym lepkiem potem, wreszcie wzmagająca się zapaść kończy się śmiercią. Zdarzają się jednak samodzielne wyzdrowienia, o ile na czas dojdzie do powstania rozległych i odpowiednich otrzewnowych sklejeń i zrostów. Niektórzy zaliczają wszystkie takie szczęśliwie zakończone przypadki w czambuł do rzędu zapaleń otrzewnej, powstających w tyfusie nie od przedziurawienia, lecz od przejścia sprawy przez nieprzedziurawioną ścianę kiszki na otrzewną. Tymczasem sekcyja w przypadku BUCQUOY'a (*France médicale* 15. XI. 1879.) dostatecznie dowiodła, że chory, który umarł przy recydywie, wyzdrowiał zupełnie z pierwszego napadu tyfusu, pomimo że wtedy przeszedł przez zapalenie otrzewnej, po obszernem przedziurawieniu jelita biodrowego.

B) Zapalenia otrzewnej, powstające przez proste szerzenie się sprawy z kiszki, bez jej przedziurawienia (*péritonite par propagation*), opisane zostały przez TROUSSEAU wskutek badań THIRIAL'a (*Union médicale*. 1855). Postać tę przyjmuje JACCOUD, HOMALLE, CHANTEMESSE, BROUARDEL. Professor DIEULAFOY powiada, że taka *péritonite par propagation* nie istnieje wcale. Zdaniem jego, wszyscy ci autorzy opierali się jedynie na pracy THIRIAL'a. W przypadkach tych wynik sekcyi, niewyczerpująco wykonanych, budzi podejrzenie, że *peritonitis* zależała w nich prawdopodobnie od przedziurawień wyrostka robaczkowego, bo pogojone owrzodzenia tyfoidalne, znalezione przy niewystarczającym oglądaniu kiszki, niczego nie dowodzą, a w całym protokóle nie wspomniano nawet, w jakim stanie znajdował się wyrostek

robaczkowaty. Daleko bardziej pouczającym jest przypadek LETULLE'a (BARBE. *Perforations de l'intestin grêle. Thèse. Paris. 1895. str. 86*). Chory umarł z powodu *peritonitidis typhoideae*. Jak najdokładniejsze badanie kiszek nie wykazało żadnego przedziurawienia, tylko liczne typowe owrzodzenia. Dopiero obejrzenie wyrostka robaczkowego wyjaśniło, skąd wzięło się zapalenie otrzewnej. Wyrostek o 5 ctm. od końca dolnego został na przedniej swej powierzchni nawpół prawie amputowany przez przedziurawienie. Błona śluzowa wyrostka obrzmiała; znaleziono na niej dwa owrzodzenia tyfusowe i jeden zamknięty, nieowrzodzony duży follikuł.

Wogóle trudno pojąć, jak się to dzieje, że z jednej strony możliwym jest powstawanie zakaźnego zajęcia otrzewnej przy tyfusie z powodu przenikania istot zakaźnych przez ścienczałą od owrzodzenia, lecz nie przedziurawioną jeszcze ścianę кишки, a z drugiej strony nie każdy przypadek tyfusu brzuszno-wikła się takim zapaleniem otrzewnej. Wszak ścięczenie ściany kiszkiowej przy owrzodzeniach, od sprawy tyfusowej zależnych, w takiej kolosalnej liczbie przypadków dochodzi niemal do najwyższego stopnia, a jednak następcze zajęcie otrzewnej nie należy do zjawisk powszednich. Takie przedostawanie się istot zapalnorodnych przez nieprzedziurawioną ścianę kiszki niejednokrotnie się zdarza, np. przy przepuklinach uwięzionych, uwięzieniu wewnątrz, lub wgłobieniu kiszek, wreszcie przy niektórych cierpieniach wyrostka robaczkowego, ale zdarza się to wtedy tylko, gdy sprawa wywołująca odbywa się w zamkniętej jamie (*cavité close*), a raczej gdy przesuwanie się swobodne mas zakaźnych napotyka na ważne przeszkody.

W tyfusie, jeżeli przy istniejącej *peritonitis* nie możemy na sekcji znaleźć wyraźnego przedziurawienia kiszki, to musimy szukać jakiejś choćby szczeliny (*fissure*) w kiszce, zakażenia gruczolowego, wreszcie przedziurawienia pęcherzyka żółciowego, lub przedziurawienia wyrostka robaczkowego, które się zdarza daleko częściej, niż o tem dotąd myślano. DIEULAFOY opisuje tedy nową postać tyfusowego zapalenia otrzewnej i nazywa ją:

C) *Péritonite typhoïde appendiculaire* i *appendicite para-typhoïde*. Wyrostek robaczkowy, zdaniem DIEULAFOY, w dwojaki sposób dotkniętym być może sprawą tyfusową. 1) Przedziurawienie zależne od tyfusowego owrzodzenia tkanki limfatycznej, której nie brak w wyrostku; cała więc sprawa jest zupełnie analogiczną z owrzodzeniami w kiszkach, dotyczącemi kępek Peyer'a i torebek zamkniętych. Te przypadki są dość częste, mniej więcej zdarzają się w stosunku 15-u na 133 tyfusy [statystyka NACKÉ'go] i objawami nie różnią się od *peritonitis e perforatione intestini ulcerati*, o których powyżej była mowa. 2) W okresie zdrowienia po tyfusie wyrostek robaczkowy może uleść zwyczajnemu, od tyfusu bezpośrednio niezależnemu ostremu zapaleniu, które się kończy albo wyzdrowieniem, albo przedziurawieniem, sprawdającym raz ropień ograniczony, drugi raz rozlane ropne zapalenie otrzewnej. Tego rodzaju powikłanie nazywa właśnie DIEULAFOY *appendicite paratyphoïde* i twierdzi, że wyróżnia się ono od innych przedziurawień tem, iż występuje przy podniesieniu się ciepłoty, a nie przy jej spadku gwałtownym. Towarzyszą mu też takie same wzmożone bóle w okolicy kiszki ślepej, zwiększenie odporności ściany brzusznej w tem miejscu, pogorszenie stanu ogólnego i t. d.. Powikłanie to może naturalnie pociągnąć za sobą cały szereg następstw w otrzewnej, które źle pojęte, niedostatecznie zbadane i błędnie tłumaczone, znaleźć się mogą niesłusznie w rubryce t. z. *péritonite par propagation*.

Leczenie terapeutyczne polega na absolutnej dyecie, spokoju, stosowaniu zimnych okładów na brzuch i podawaniu makowca lub wstrzykiwaniu morfiny.

Leczenie chirurgiczne, jedynie skuteczne w tych razach, powinno być zastosowane w porę i to jest właśnie najwięcej interesujący punkt całej tej kwestyi. Chirurg może znaleźć kiszkę w stanie rozpaczliwym, stan chorego może w danym razie tak być oplakany, że wszelki rękoczyn do rządu ryzykownych zamachów przez każdego zaliczonym będzie. Dlatego to należy, zdaniem DIEULAFOY, użyć wszelkich starań, ażeby w danym przypadku, o ile się to da, rozróżnić *appendicitis paratyphoidea* od *peritonitis e perforatione typhoidea*. Przy pierwszej postaci operacja jest koniecznie wskazaną i przedstawia mniej lub więcej pewne szanse powodzenia. Przy postaci drugiej powzięcie postanowienia jest do tej chwili nader trudne, choćby ze względu na niepewność danych rozpoznawczych, dotyczących stwierdzenia, czy nastąpiło, czy nie nastąpiło przedziurawienie. Z drugiej strony za mało jeszcze mamy dotąd odnośnych spostrzeżeń. Statystyka, zebrana przez LEJARS'a, nie ma jeszcze siły przekonywującej, a jest nie bardzo zachęcającą. Figuruje w niej 25 przypadków cięcia brzuszego, z których 6 tylko zakończyło się wyzdrowieniem. Wszystkie prawie dotąd opisane przypadki są, zdaniem DIEULAFOY, nie dość wyczerpująco obrobione, a więc nie mamy jeszcze dostatecznego materiału do stawiania ogólniejszych wniosków. Dotąd możemy tylko stwierdzić iż:

1-o, w przypadkach tyfusowego cierpienia wyrostka robaczkowego i w przypadkach zależnych od niego zapaleń otrzewnej operujemy w warunkach stosunkowo korzystnych i o ile operacja dokonana będzie w odpowiedniej chwili, to wynik może być zadawalający;

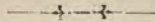
2-o, w przypadkach *peritonitidis e perforatione* wskutek tyfusu operacja daje choremu pewne szanse wyzdrowienia; cała trudność polega na uchwyceniu chwili odpowiedniej do operowania;

3-o, pomimo istniejących owróżdzeń tyfusowych w kiszkiach, szew kiszkowy udaje się: następuje po nim istotne zabliznienie zeszytej kiszki; pomoc więc chirurgiczną w tych przypadkach należy uważać za usiłowanie usprawiedliwione.

(*La presse médicale*, Nr. 88. 1896).

R. Jasiński.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



1. Leczenie powstrzymanego wzrostu, czyli tak zwanej karłowacizny, za pomocą przetworów gruczołu tarczowego.

Dla każdego lekarza, a szczególnie dla pedyatry, jest rzeczą niezmiernie ważną—posiadanie środka lub sposobu leczniczego, za pomocą którego można by pomyślnie wpłynąć na tak zwany „wzrost karłowaty“. Z tego powodu, sądzę, praca JANA JULIUSZA SCHMIDT'a z Frankfurtu nad Menem (*Therapeutische Wochenschrift*, 1896. 46) może okazać się bardzo pożyteczną; to też w tem miejscu podaję z niej dokładne sprawozdanie.

Już w r. 1883 VIRCHOW zwrócił uwagę na ścisły związek, jaki zachodzi między krzywicą płodową (*rhachitis foetalis*), kretynizmem i wzrostem karłowatym, nie wyjaśniając wówczas, że wspólną przyczyną tychże stanów patologicznych jest cierpienie gruczołu tarczowego.

Spostrzeżenia VIRCHOW'a, między innymi, tyczyły się dziewcząt, mających lat 15, a wyglądających pod względem wzrostu ciała jak 10-letnie. Oprócz tego wzrostu powstrzymanego, dziewczynki te od innych odróżniały się kształ-

tami grubymi, szerokimi i niezgrabnymi. Ale żadna z tych dziewczynek nie była ani idyotką, ani nawet umysłowo słabszą od prawidłowo rozwiniętych.

Tego rodzaju dzieci ze wzrostem karłowatym, jak to wyraźnie zaznacza VIRCHOW, napotykać można pojedynczo prawie wszędzie, ale w pewnych okolicach—gromadnie, i to właśnie w takich okolicach, w których endemicznie panuje wole.

Obecnie wszakże można już z wielkim prawdopodobieństwem przyjąć, iż gruczoł tarczowy odgrywa ważną rolę nie tylko przy śluzo-obrzęku (*myxoedema infantile*) i kretynizmie (*cretinismus infantilis*), ale i przy tak zwanym wroście karłowatym. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przy wroście powstrzymanym mamy do czynienia z częściowym zanikiem lub niedorozwojem gruczołu, ale bez żadnej sprawy degeneracyjnej w pozostałej części owego gruczołu tarczowego; gdy tymczasem przy śluzo-obrzęku i kretynizmie, obok zaniku, istnieje i sprawa degeneracyjna w gruczole tarczowym. A zatem przy zwyczajnym wroście karłowatym—bez śluzo-obrzęku—wydzielina gruczołu tarczowego jest wprawdzie normalną, jednakże ilość owej wydzieliny dla osobnika rosnącego i odznaczającego się energiczną przemianą materii jest za małą.

Zresztą LANZ idzie jeszcze dalej i uważa „wzrost karłowaty“ wprost za rodzaj niepełnego, dziecięcego śluzo-obrzęku. Według LANZ'a, bardzo często obraz kliniczny śluzo-obrzęku nie jest pełnym; zdarza się bowiem, że ten lub inny objaw tak zapanuje nad resztą objawów, że zupełnie ją zakrywa: takim właśnie objawem może być—powstrzymany wzrost ciała.

Ta właśnie idea skłoniła LANZ'a do stosowania gruczołu tarczowego w pewnym przypadku powstrzymanego wzrostu ciała zupełnie tak samo, jak przy śluzo-obrzęku: istotnie, podczas gdy poprzednio stosowane wszelakie metody lecznicze pozostawały bez skutku, to leczenie gruczolem tarczowym dało ten wynik, iż pacjent w ciągu roku urósł o 12 centymetrów.

Że w każdym razie rzeczywiście zachodzi ścisły związek między wzrostem ciała a gruczolem tarczowym, na to posiadamy najrozmaitsze dowody: we faktach fizjologicznych, w protokółach sekcyjnych, w spostrzeżeniach klinicznych, w doświadczeniach nad zwierzętami, a wreszcie w wynikach terapeutycznych.

Przedewszystkiem już z fizjologii wiadomo, że podczas największego rozrostu ciała, a więc w okresie dojrzewania—od 11 do 20 roku życia—gruczoł tarczowy jest trzy razy większym, niż dziecięcy: w owym to okresie gruczoł tarczowy z 12 gramów dochodzi do 36 gramów. Również podczas brzemienności gruczoł tarczowy na pewien czas ulega przerostowi (*hypertrophia*).

Z protokółów sekcyjnych szczególnie jeden, który podał DOLEGA, jest bardzo pouczającym w tym względzie. U mężczyzny 27-letniego i 85 centymetrów długości ciała mającego, znalazł DOLEGA przy oględzinach pośmiertnych: pierwotne powstrzymanie wzrostu w układzie kostnym, a oprócz tego prawie zupełny zanik gruczołu tarczowego, tak, że z owego organu pozostały zaledwie dwie drobne cząstki płatów bocznych.

Co się tyczy spostrzeżeń klinicznych, dowodzących związku między stanem gruczołu tarczowego a wzrostem ciała, przytacza SCHMIDT cztery: jedno podane przez DEUTSCH'a, drugie przez wyżej wzmiankowanego LANZ'a, trzecie przez KOCHER'a, a czwarte i wreszcie najważniejsze—przez GRUNDLER'a.

U dziewczynki pięcioletniej, karłowatej i wyglądającej, co najwyżej, na dziecko dwuletnie, przy tracheotomii z powodu dyfterytu zauważono, jak opisuje DEUTSCH, bardzo wyraźnie, że gruczoł tarczowy znajduje się w zupełnym zaniku.

LANZ przytacza tak zwaną przez siebie „*athyreosis*“, jako przyczynę karłowacizny, u 16-letniego chłopca: w danym przypadku gruczoł tarczowy wyznaczano jako szczytkowy, twardey platek.

KOCHER, mówiąc o następstwach wyluszczenia wola, zwraca uwagę na powstrzymanie wzrostu ciała po usunięciu gruczołu tarczowego i przytacza, jako przykład, pacjentkę, u której w 11-tym roku jej życia doszczętnie wyluszczył wole. Otóż, pacjentka ta w 20 roku życia przedstawiała bardzo jaskrawy obraz powstrzymanego wzrostu ciała, co jeszcze bardziej się uwydatniało, gdy jako skalę porównawczą brano o wiele młodszą i normalnie rozrośniętą jej siostrę.

GRUNDLER opisuje niezmiernie ciekawy przypadek, pochodzący z kliniki BRUNS'a. Mężczyzna, któremu w 10-ym roku życia z powodu wola wyluszczone całkowicie gruczoł tarczowy, zmarł na klinice w 28-ym roku życia. Otóż, długość ciała owego pacjenta w 28-ym roku życia wynosiła 127 cm.; a wiadomo, że wymiar ten, według znanych poszukiwań QUETELER'a, odpowiada wymiarowi 10-letniego chłopca. Przy sekcji znaleziono, że wszystkie linie nasadowe (*epiphysis*) kości długich rurkowatych były jeszcze zupełnie chrząstkowemi, podczas gdy wiadomo, że dolna linia nasadowa kości udowej zwykle kostnieje w 20-ym roku życia człowieka, a górna linia nasadowa kości ramieniowej kostnieje, jako ostatnia, w 22-ym roku życia człowieka.

Przechodzimy teraz do doświadczeń na zwierzętach, wykonanych w celu wykazania związku, zachodzącego między gruczołem tarczowym a wzrostem ciała.

HOFMEISTER, EISELSBERG i MOUSSU przeprowadzili szereg doświadczeń nad wpływem, jaki wywiera wyluszczenie gruczołu tarczowego u młodych królików, kóz i prosiąt. Otóż, okazało się, że po wyluszczeniu gruczołu tarczowego u owych zwierząt do najwybitniejszych objawów należy—powstrzymany wzrost kości, a mianowicie: kości długie, rurkowate, w swym wzroście na długość są o  $\frac{1}{3}$  część mniejsze od podobnych kości u innych zwierząt, służących do porównania.

LANZ rozszerzył zakres owych doświadczeń i badał nie tylko wpływ wyluszczenia gruczołu tarczowego, ale i wpływ karmienia gruczołem tarczowym tak u zwierząt [psy, kury], którym nie wykonano wyluszczenia wzmiankowanego organu, jako też u zwierząt z wyluszczonego gruczołem tarczowym. Z doświadczeń tego wynika, co następuje:

Popierwsze. U młodych, rosnących zwierząt, po wyluszczeniu gruczołu tarczowego, wzrost ciała zostaje wstrzymanym.

Powtóre. Za pomocą leczenia gruczołem tarczowym [karmienie lub wstrzykiwania] można u tychże zwierząt, pozbawionych wzmiankowanego organu, znowu wzrost ciała doprowadzić do zwykłego biegu.

Potrzenie. U zwierząt młodych, rosnących i nie pozbawionych gruczołu tarczowego, umiarkowane dawki gruczołu tarczowego, wprowadzone do ustroju, wywołują przyspieszenie wzrostu ciała.

Na kwestyę fizjologicznego działania gruczołu tarczowego dużo światła rzuciły ostatnie badania ROOS'a, dotyczące się przemiany materii po stosowaniu gruczołu tarczowego u psa normalnego, oraz u psa z wyluszczonego gruczołem tarczowym. Otóż, jednym z wniosków, wynikających z doświadczeń ROOS'a, jest następujący: ustrój zwierzęcy, pozbawiony gruczołu tarczowego, nie asymiluje kwasu fosforowego w dostatecznej ilości i właśnie na tej podstawie można sobie objaśnić, dlaczego w tych razach następuje powstrzymanie wzrostu kości i znaczne opóźnienie kostnienia odpowiednich warstw chrząstkowych.

W każdym razie po tem wszystkim, co dotąd powiedziano, zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że wogóle gruczoł tarczowy wpływa na wzrost cia-

ła, i że w szczególności większy lub mniejszy niedostatek gruczołu tarczowego u osobników młodych, rosnących, powstrzymuje wzrost ciała.

Owo powstrzymanie wzrostu ciała niekoniecznie musi iść zawsze w parze ze śluzo-obrzękiem, o czym zresztą i doświadczenia na zwierzętach przekonywają. W jednych zatem przypadkach będziemy mieli do czynienia z powstrzymanym wzrostem ciała i śluzo-obrzękiem, w innych zaś—tylko ze zwyczajnym powstrzymanym wzrostem ciała bez śluzo obrzęku, t. j. ze zwyczajną karłowacizną.

Co się tyczy stosowania terapeutycznego, to już poprzednio wiadomo było, że przetwory gruczołu tarczowego bardzo pomyślne dają wyniki u osobników młodych, rosnących i dotkniętych powstrzymanym wzrostem ciała wraz ze śluzo-obrzękiem. HEINSHEIMER zebrał w literaturze lekarskiej jedenaście tego rodzaju przypadków, a SCHMIDT przed trzema laty przedstawił w Towarzystwie Lekarskiem frankfurckiem pacjentkę 18-to letnią, dotkniętą śluzo-obrzękiem i wyglądającą, co najwyżej, na dziewczynkę 8-mio letnią. Otóż, u tej pacjentki pod wpływem leczenia przetworami gruczołu tarczowego w ciągu roku wzrost ciała zwiększył się o 5 ctm., podczas gdy z poszukiwań QUETELET'a wiadomo, że wzrost fizyologiczny u płci żeńskiej od 18-go do 25-go roku życia wynosi zwykle tylko 1,5 centymetra. Jeszcze jeden bardzo ciekawy objaw wzrostu kości zasługuje tu na zaznaczenie: u rzeczonyj pacjentki, która przedtem straciła zęby mleczne, dopiero podczas leczenia gruczołem tarczowym wyrznęły się zęby stałe.

Te właśnie pomyślne wyniki, otrzymywane przy karłowaciznie ze śluzo-obrzękiem, zachęciły SCHMIDT'a do stosowania przetworów gruczołu tarczowego przy zwyczajnej karłowaciznie bez śluzo-obrzęku. Jako przykład tego rodzaju sprostowań z pomyślnym wynikiem przytacza SCHMIDT pięć: cztery własne i jedno DEUTSCH'a.

Wszystkie te przypadki tyczą się osób, będących w młodym wieku [między 7-ym a 18-ym rokiem życia], pochodzących od zdrowych i średniego wzrostu rodziców i posiadających zdrowe i normalnego wzrostu rodzeństwo. Sami pacyenci, obdarzeni zupełnie normalną inteligencją, przedstawiali wszystkie narządy wewnętrzne, z wyjątkiem gruczołu tarczowego, zupełnie prawidłowe, a waga i wymiary tychże osobników od urodzenia do pewnego roku życia nie zbaczały od normy. U wszystkich tych osobników od pewnego roku życia bez żadej wyraźnej przyczyny, bez żadnej choroby poprzedzającej, wzrost ciała zatrzymał się na pewnym stopniu i dalej się nie posuwał, pomimo wszelkich wysiłków dyetetycznych, higienicznych, pomimo leczenia klimatycznego i pomimo stosowania rozmaitych środków leczniczych. U żadnego z tych pacjentów niepodobna było wyczuć gruczołu tarczowego, jakkolwiek pierścienie tchawicowe można było doskonale i z łatwością wyczuć aż pod „*jugulum sterni*“.

W każdym razie odnośnie do leczenia zwyczajnej karłowacizny jest rzeczą bardzo ważną, aby stosowanie przetworów gruczołu tarczowego przypadowało na wiek młody, a mianowicie na ten okres, w którym zwykle wzrost ciała przychodzi jeszcze do skutku. Zdaje się, że od leczenia przetworami gruczołu tarczowego po 25-ym roku życia wogóle nie można już spodziewać się bardzo pomyślnych wyników, gdyż wzrost kończy się zwykle z tym rokiem. Chociaż z drugiej strony można i w tym nawet czasie spróbować leczenia przetworami gruczołu tarczowego i dojść do pomyślnych wyników, ale tylko wówczas, jeśli linie nasadowe kości długich rurkowatych jeszcze nie są skończone, o czym zresztą obecnie bardzo łatwo można się przekonać za pomocą metody ROENTGEN'a.

Co się tyczy przetworu gruczołu tarczowego, to przez dłuższy czas SCHMIDT stosował jedynie tyreoidynę w postaci tak zwanych pastylek



angielskich [BURROUGHS, WELLCOME et Comp.]; w ostatnim wszelako półroczu także same pomyslnie wyniki otrzymywał przy stosowaniu pastylek niemiec-  
kich, pochodzących z fabryki farmaceutycznej ENGELHARDT'a.

Dawka w pastylkach ENGELHARDT'a bywa rozmaita, co stanowi wielką dogodność, gdyż łatwo wybrać odpowiednie dawki dla rozmaitego wieku pacjentów.

Ponieważ z doświadczeń na zwierzętach dowodnie się przekonano, że tylko dawki umiarkowane gruczołu tarczowego przyspieszają wzrost ciała, przeto także same dawki umiarkowane SCHMIDT stosuje przy leczeniu karłowacizny. Wogóle pacjent dostaje na dobę tylko jedną pastylkę, zawierającą odpowiednią do wieku jego dawkę, a mianowicie:

|                                      |                                 |      |
|--------------------------------------|---------------------------------|------|
| u pacjentów do 4-go roku życia . . . | jedna pastylka powinna zawierać | 0,05 |
| " " od 4-go " " do 7-go " " "        | " " "                           | 0,10 |
| " " " 7-go " " 14-go " " "           | " " "                           | 0,15 |
| " " " 14-go " " i wyżej " " "        | " " "                           | 0,30 |

Po czterotygodniowym stosowaniu tyreoidyny trzeba zrobić przerwę na tydzień. Tak samo przerwać należy podczas miesiączki i w razie pojawienia się jakichbądź objawów niepożądanych, co zresztą, według zapewnienia SCHMIDT'a, niesłychanie rzadko się zdarza.

Chcąc otrzymać wydatny wynik pomyslny, trzeba leczenie pastylkami tyreoidyny prowadzić przez cały rok, a nawet i dłużej. Wszelako zdaje się, że energia wzrostu, wynosząca w pierwszym roku leczenia tyreoidyną przeciętnie 1 centymetr miesięcznie, słabnie nieco w drugim roku stosowania wzmiankowanej metody leczniczej.

Przy stosowaniu tyreoidyny według wyżej wyłuszczonej wskazówek i pod kontrolą lekarską niema obawy ani co do wystąpienia tak zwanego tyreoidyzmu [mdłości, bólu głowy, kołatania serca, zwiększonej częstości tętna], ani co do pojawienia się innych zaburzeń, jak np. cukromoczu, białkomoczu i t. d..

Zaznaczyć wszakże należy, że w ciągu pierwszych 3—4 tygodni stosowania tyreoidyny występuje zwykle, obok zwiększonej dyurezy, nieznaczny ubytek wagi ciała, ale następnie zawsze, według SCHMIDT'a, odpowiednio do zwiększonego wzrostu i waga ciała znacznie się zwiększa.

W każdym razie SCHMIDT zapewnia, że we wszystkich przypadkach karłowacizny tyreoidyna daje znakomite wyniki i że nawet 1½ roczne stosowanie wzmiankowanego przetworu leczniczego nigdy nie pociąga za sobą żadnej szkody.

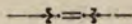
W końcu dodać tu muszę, że w dwóch przypadkach stosował SCHMIDT tyrojodynę<sup>1)</sup> BAUMANN'a. Jednakże przetwór ten okazał się daleko mniej skutecznym, aniżeli zwyczajna tyreoidyna. Być może, że dawka dobową stosowanej tyrojodyny była w tych razach za małą, ale również być może, że w tyreoidynie zwyczajnej, t. j. w zwykłych pastylkach, znajduje się jeszcze inny dotąd nieznaną składnik chemiczny, który właśnie to skuteczne działanie wywiera. Tak przynajmniej dotąd utrzymują niektórzy lekarze.

*Wiktor Grostern.*

---

<sup>1)</sup> Obecnie tyrojodynę [BAUMANN'a] nazywają jodotyryną dla łatwiejszego odróżnienia od tyreoidyny [Przypisek sprawozdawcy].

## Wiadomości drobne.



— C. WILLEMER. Przypadek tężca, wyleczonego antytoksyną przeciwtężcową BEHRING'a. U 25-letniego mężczyzny, poprzednio zdrowego, nagle pojawiło się zeszywnienie prawej połowy szyi i karku; po 6 dniach przyłączył się skurcz mięśni żwaczy. Przy dokładniejszym badaniu w szpitalu znaleziono nieznaczne obrażenie po za prawem uchem, *opisthonus*, przykurczenie mięśni brzucha, prawego ramienia, skurcz tężcowy kończyn dolnych, szczękościsk [w nieznacznym stopniu] i utrudnione polykanie. W ciągu pierwszego dnia pobytu chorego w szpitalu objawy tężca występowały coraz wyraźniej: znaczne nasilenie skurczów, wyraźniejszy szczękościsk, podniesienie ciepłoty do 38° C., poczem obfite poty. Wobec bezskuteczności zwykle stosowanych środków, choremu wstrzyknięto pod skórę 5 grm. 100-normalnej antytoksyny przeciwtężcowej. Już w kilka godzin po wstrzyknięciu chory czuł się znacznie lepiej, nazajutrz zaś skonstatowano spadek ciepłoty, skurcze mniej rozległe i niebolesne, dłuższe przestanki pomiędzy skurczami. Polepszenie jednak nie było długotrwałe: na 3 dzień po wstrzyknięciu powróciły wszystkie objawy tężca, jakie spostrzegano przed wstrzyknięciem antytoksyny. Dopiero drugie wstrzyknięcie antytoksyny [w 3 dni po pierwszym] w ilości 4 grm. spowodowało stałe polepszenie: skurcze tężcowe całkowicie ustąpiły i po 16 dniach chory opuścił szpital, jako zupełnie uleczone; pozostała tylko kontraktura prawego mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego. Mielśmy zatem do czynienia z przypadkiem tężca średniego natężenia, w którym pomyślny wynik leczniczy należy niewątpliwie przypisać swoistym własnościom antytoksyny przeciwtężcowej. Brak stałego polepszenia po pierwszej dawce i powolne wyzdrowienie po drugiej zależały prawdopodobnie od tego, że antytoksynę wstrzyknięto dopiero w 9 dni po wystąpieniu pierwszych objawów tężca. Bądź co bądź, przypadek ten poucza, że nie należy obawiać się stosowania antytoksyny przeciwtężcowej; widzimy bowiem, że choremu można wstrzyknąć 9 grm. 100-normalnej antytoksyny bez żadnych niepożądanych następstw i powikłań.

(*Deut. med. Wochenschrift. Nr. 46. 1896 r.*)

Z. Rom.

— *Cystitis coli-bacillaris*. Pod tą nazwą opisał HUTINEL (*La Presse med. Nr. 95*) zapalenie pęcherza u małych dziewczyn, rozwijające się w następstwie zapalenia kiszki prostej. U dziewczynek, mających rozwolnienie, srom bywa często powalany kałem rzadkim, obfitującym w *bacterium coli com.*. Stąd pasożyt dostaje się do cewki, a z cewki do pęcherza, który, wskutek sąsiadującego z nim zapalenia kiszki prostej, znajduje się w stanie przekrwienia, łatwiej więc ulega zakażeniu. Pod nazwą *colicystitis* opisał TRUMPF (*Allgem. med. Central-Zeitung. Nr. 96*) podobne zapalenie pęcherza u dzieci w pierwszych latach życia; u chłopców *bacterium coli*, według twierdzenia WREDEN'a, może przenikać wprost z kiszki uszkodzonej, po tkance łącznej, wyściełającej miednicę, do pęcherza. Często *colicystitis* spostrzegać się daje u dzieci, dotkniętych zapaleniem kiszki (*enteritis follicularis*). Przebieg bywa dwojaki. Lżejszemu towarzyszą li tylko objawy miejscowe, jak: parcie na mocz, ból przy uciskaniu okolicy pęcherza, mocz mętny, zawierający leukocyty i krótkie laseczniczki leżące przeważnie swobodnie [poza elementami komórkowymi] już to pojedynczo, już też w małych grupach. Przebiegowi zaś ciężkiemu towarzyszą objawy ogólne, a mianowicie: gorączka nieprawidłowo zwalnająca, wymioty częste, brak łaknienia, utrata na wadze, a z miejscowych: silne parcie na mocz, silny ból w okolicy pęcherza, a niekiedy i nerek; mocz bywa bardzo mętny wskutek zawartości ropy i laseczników w znacznej ilości. Postać ta może niekiedy zakończyć się śmiercią wskutek rozszerzenia się sprawy z pęcherza w górę po moczowodach na nerki (*uretheritis, pyelitis, nephritis*).

Z.

— LEYDEN i SCHÄUDINN. *Leydenia gemmipara* Schaudinn — nowa korzenionóżka, znaleziona w puchlinie brzusznej żywego człowieka i podobna do ameby. W marcu r. z. do kliniki w Charité przyjęta została 22-letnia kobieta, u której obok niedomykalności zastawek aorty rozpoznano nowotwór złośliwy jamy brzusznej. W płynie, wypuszczonym z jamy otrzewnej i zawierającym przeszło 3% białka, obok licznych czerwonych krążków krwi i nielicznych leukocytów znaleziono twory owalne, wypełnione żółtym pigmentem i jasnymi kropelkami w rodzaju kropel tłuszczowych. Twory te wypuszczały wyrostki, protoplazma ich niekiedy tworzyła wypuklenia, które po pewnym czasie znikaly, wskutek czego protoplazma zmieniała swoją postać. Podobne twory znaleziono również w płynie, wypuszczonym z jamy brzusznej chorego, dotkniętego rakiem żołądka. I w tym przypadku badanie drobnowidzowe wykryło znaczną ilość takich tworów owalnych, często zmieniających swoją postać, wypuszczających i wyciągających wyrostki, biczyki. Protoplazma zawierała szkliste kropelki i żółte ziarenka. Twory powyższe żywo się poruszały; pewna część ich wyrostków znacznie się wydłużała, tworzyła małe, owalne, bezbarwne pączki, które następnie oddzielały się i tworzyły nowe twory komórkowe. LEYDEN, przeświadczony, że nie są to znane ruchy ameboidalne białych ciałek, lecz jakieś osobliwe dotąd w płynie asycytnym nie spostrzegane twory, zaliczył je do rodzaju pierwotniaków. Dokładniejszego zbadania tych tworów i określenia ich stanowiska w klasyfikacji zoologicznej podjął się D-r SCHÄUDINN, asystent instytutu zoologicznego w Berlinie. Wyniki jego badań stwierdzają przypuszczenia LEYDEN'a. W obu przypadkach znaleziono jeden i ten sam gatunek pasożytniczych, podobnych do ameby, korzenionóżek, które nazwał on *Leydenia*; z powodu zaś rozwoju ich przez pączkowanie dodał jeszcze nazwę rodzajową — *gemmipara*. *Leydenia* zazwyczaj zawiera jedno jądro, którego wielkość jest zmienną. Rozmnażanie odbywa się przez dzielenie i pączkowanie. Godnem uwagi jest to, że powyżej opisane pączki ameboidalne posiadają dużo podobieństwa do sporozooów, które SAWCZENKO wykrył w komórkach raka, możliwym przeto jest pewien związek pomiędzy znalezionymi tworami a rakiem. Na zasadzie dotychczasowych spostrzeżeń nic pewnego w tej kwestyi powiedzieć się nie da.

(Sprawozdanie z posiedzenia berlińskiej akademii nauk z d. 30. VII. 1896 r. podług *Centralblatt f. innere Med.* Nr. 46. 1896). Z. Rom.

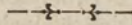
— Prawie powszechnie znieczulenie błony śluzowej gardzieli i krtani uważane jest za częsty objaw histeryi i znieczuleniu temu przypisują brak odruchu przy drażnieniu gardzieli (*Würgreflex*); a nawet, co więcej, o znieczuleniu błony śluzowej sądzą z obecności lub braku tego odruchu. Jeden tylko LEUBE zwracał uwagę na brak odruchu gardzielowego pomimo niezmiennego czucia błony śluzowej. KATTWINKEL przytacza szczegółowe badanie 100 przypadków histeryi z kliniki prof. ZIEMSEN'a. We wszystkich tych przypadkach odruchu brakowało, a jednak w 8 tylko przypadkach były mniej lub więcej znaczne zaburzenia czucia błony śluzowej, a w pozostałych przypadkach czucie błony śluzowej gardzieli na dotyk, ból, temperaturę i umiejscowienie (*Ortsinn*) było zupełnie zachowane. Ruchowych zaburzeń ze strony gardzieli i krtani KATTWINKEL nie spostrzegał. K. ze spostrzeżeń swych wnosi, że odruch gardzielowy nie zależy od zmian w czuciu lub ruchu, lecz od cierpienia drogi nerwowej, łączącej ośrodek włókna czuciowego z ruchowym. Zmiany czuciowe na błonie śluzowej K. znajdował takie same, jakie spostrzegamy na skórze, a więc: znieczulenie zupełne, połowiczne lub wysepkami i osłabienie czucia. Zmiany te nie idą równolegle ze zmianami na skórze; często znajdujemy na skórze znaczne zmiany, a na błonie śluzowej żadnych. K. w innych przypadkach histeryi, nieobjętych wyżej wzmiankowanymi 100 przypadkami, stwierdził tylko 4 razy obecność odruchów dławienia, z czego sądzi, że objaw ten powinien być uważany za stygmat histeryi.

(*Deut. Arch. f. kl. Med.* Bd. 57. H. 5 i 6). K. S.

— GIUDICEANDREA zaleca do zeszywania przeciętych ścięgien następujący sposób postępowania, pozwalający zeszywać najcieńsze nawet ścięgna. W odległości 3-ch młm, od powierzchni przecięcia chirurg przekłuwa po linii środkowej ścię-

gno igłą cienką z nitką o dwóch równych końcach. Przeciawszy teraz nić przy uszku igły, otrzymuje w ten sposób dwie równe nitki, przechodzące przez ten sam otwór w ścięgnie. Następnie chirurg wiąże oba końce prawej nitki podwójnym węzłem na stronie prawej ścięgna, uciskając w ten sposób niezbyt silnie prawą połowę tegoż ścięgna. W tenże sam sposób lewą nitkę zawiązuje na lewej połowie ścięgna. Takież sam rękoczyn wykonywa chirurg na drugim odcinku przeciętego ścięgna. Zbliżywszy następnie oba odcinki ścięgna do siebie, operujący każdą z czterech wiszących nitek górnego odcinka wiąże z odpowiednią nitką dolnego odcinka, poczem resztki nitek ponad węzłami odcina. Posługując się powyższą metodą, G. zeszył młodej dziewczynie 8 ścięgien zginaczy palców, przeciętych nożem kuchennym. Po upływie 10 dni chora poczęła poruszać palcami, we 20 zaś dni później mogła już pisać.  
(*Sem. méd. 1896. 7 Octobre*). Br. S.

## Wiadomości bieżące.

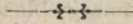


— W Towarzystwie Lekarskim Krakowskim wybrano na r. 1897 na prezesa D-ra SURZYCKIEGO, na wiceprezesa prof. CYBULSKIEGO, na sekretarza dorocznego D-ra CIECHANOWSKIEGO.

— W dniu 1 grudnia z. r. składano uroczyste powinszowania inicjatorowi międzynarodowego towarzystwa Czerwonego krzyża, HENRYKOWI DUNANT'OWI, który, pogrążony w biedzie, przebywa obecnie w szpitalu w Heiden w Szwajcaryi.

**Zmarli.** w Berlinie, prof. fizjologii Du Bois REYMOND;  
w Rzymie, D-r HEITZMANN, autor znanego atlasu anatomicznego;  
w Erlangen, znany anatom GERLACH.

## Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1897 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

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

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

W r. 1897 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

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

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ki za m. Listopad 1896.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.