

GAZETA LEKARSKA.

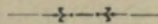
I. O GUMATACH RDZENIA.

[Wyciąg z pracy, czytanej na posiedzeniu Towarzystwa Neuropatologów i Psychiatrów przy uniwersytecie Moskiewskim w dniu 10. V. 1896].

Podał

D-r St. Orłowski,

ordynator kliniki chorób nerwowych uniwersytetu moskiewskiego.



Nowotwory rdzenia są wogóle zjawiskiem nie częstem, szczególnie zaś rzadko trafiają się przy sekcjach gumaty większych rozmiarów. Te ostatnie nie tylko są ciekawe ze względów kazuistycznych, lecz przedstawiają nadzwyczaj cenny materiał naukowy przy badaniu tak ważnej gałęzi neuropatologii, jaką się stała w ostatnich czasach nauka o syfilisie rdzenia.

W literaturze tego przedmiotu znajdujemy kilkanaście podobnych przypadków, lecz wielu autorów, głównie dawniejszych, zadawało się krótką wzmianką: w rdzeniu znaleziono gumat takich rozmiarów na takiej wysokości i poza tem żadnych szczegółów, nie mówiąc już o badaniu histologicznem.

W tym rodzaju są spostrzeżenia WAGNER'a ¹⁾, WILKS'a ²⁾, ZAMBACO ³⁾, LORENZO HALLES'a ⁴⁾, JUERGENS'a ⁵⁾. Znacznych rozmiarów nowotwór znalazł ROSENTHAL ⁶⁾, lecz wspomniał o nim również krótko: w rdzeniu na przestrzeni od II-go do V-go kręgu szyjowego znajdował się gumat grubości palca, długości 3 ctm..

Więcej szczegółów podaje MOXON ⁷⁾, opisując w jednym spostrzeżeniu liczne, lecz nie większe nad groch, syfilomaty rdzenia; tenże autor stara się przytem skreślić charakterystykę podobnych nowotworów w układzie nerwowym, lecz charakterystyka ta pod wieloma względami jest błędną.

¹⁾ E. WAGNER. Das Syphilom. Archiv f. Heilkunde. 1863. S. 161.

²⁾ S. WILKS. Lectures on diseases of the nervous system. London. 1878.

³⁾ ZAMBACO. Des affections nerveuses syphilitiques. Obs. XXXIV. Paris. 1862.

⁴⁾ LORENZO HALLES. American Journal of Syphilography. 1872. X.

⁵⁾ JÜRGENS. Ueber Syphilis des Rückenmarkes und seiner Häute. Charité-Annalen. 1885. S. 729.

⁶⁾ ROSENTHAL. Traité des maladies du système nerveux. S. 364.

⁷⁾ MOXON. On syphilitic diseases of spinal cord. Guy's hosp. rep. III Ser. Vol. XVI. 1871. p. 217.

SAVARD¹⁾ przytacza również spostrzeżenie, w którym przy sekcji znaleziono gumat miękkiej konsystencji, wielkości fasoli; nowotwór, wychodząc z opon, przenikał na kilka milimetrów w istotę rdzenia; w tym ostatnim na całej długości autor konstatował zmiany w naczyniach, mianowicie: zgrubienie ścian i zwężenie światła.

W literaturze ostatnich lat, tak obfitej w prace, dotyczące się syfilisu rdzenia, również rzadko znajdujemy wzmianki o gumatach. Ciekawem, lecz, niestety, pobieżnie opisanem, jest spostrzeżenie OSLER'a²⁾; chory około roku przedstawił objawy ucisku *caudae equinae*, później rozwinął się obraz ostrego zapalenia rdzenia z zejściem śmiertelnem. Przy sekcji znaleziono dwa gumaty: jeden w szyjowej części w słupie przedniobocznym (*antero-lateral*), wielkości grochu; przyczem kontur zewnętrzny rdzenia nie był zmieniony. Środkowa część nowotworu składała się z serowatej, jednostajnej masy; na obwodzie tkanka drobno-komórkowa. Drugi gumat wielkości fasoli był w *cauda equina*.

W 1890 r. SIEMERLING³⁾ opisał trzy przypadki, w których jednocześnie z bardzo znacznymi zmianami w naczyniach i oponach, z gumatami w mózgu, znaleziono i w rdzeniu gumaty, lecz tylko przy badaniu drobnowidzowem: w dwóch przypadkach były to tak zwane „*Geschwulstzapfen*“, t. j. od nacieczonych-[infiltrowanych] opon w istotę rdzenia przenikały klinowate wyrostki, składające się z okrągłych komórek; w jednym przypadku podobne skupienie komórek, również drobnowidzowej wielkości, powstało jakoby samoistnie w samej istocie rdzenia.

Gumaty większych rozmiarów, do wielkości kilku milimetrów, opisał w 1892 r. PICK⁴⁾: jeden znajdował się w szyjowej, drugi w grzbietowej części; poczynając się od opon, zajmowały one tylko niewielką część powierzchni poprzecznego przekroju rdzenia; przyczem i w klinicznym i w anatomicznym obrazie odgrywały one rolę drugorzędną; na pierwszym planie stały znaczne gumaty w mózgu w *pons Waroli* i w *crura cerebri*.

W 1894 r. BÖTTIGER⁵⁾ opisał przypadek bardzo znacznej *meningitidis gummosae* na całej długości rdzenia, przytem w istotę tegoż przenikały także same „*Geschwulstzapfen*“, jak je opisywał SIEMERLING.

Słowem, we wszystkich tych spostrzeżeniach gumaty rdzenia były albo niezmiernie małe, albo też ginęły w całej masie innych jednocześnie znajdujących zmian anatomo patologicznych. Dopiero w kwietniu r. b. ukazała się w druku obszerna i zajmująca praca pp. HANOT'a i MEUNIER'a⁶⁾, którzy opi-

¹⁾ SAVARD. Étude sur les myelites syphilitiques. Paris 1882, p. 53.

²⁾ OSLER. Case of syphiloma of the cord of the cauda equina, death from diffuse central myelitis. Journal of Nerv. and Memb. disease. 1889, p. 499.

³⁾ SIEMERLING. Zur Syphilis des Centralnervensystems. Arch. f. Psychiatrie. XXII, 1, 2.

⁴⁾ PICK. Zur Kenntniss de cerebrospinalen Syphilis. Zeitschrift f. Heilkunde. 1892, p. 378.

⁵⁾ BÖTTIGER. Beitrag zur Lehre von denluetischen Rückenmarkskrankheiten. Arch. für Psychiatrie. 1894, p. 649.

⁶⁾ HANOT et MEUNIER. Gomme double syphilitique de la moelle épinière. Nouvelles Iconographie de la Salpêtrière. Avril. 1896.

sali przypadek dwóch gumatów rdzenia; oba nowotwory, bardzo znacznych rozmiarów, znajdowały się w samej istocie rdzenia, prawie nie zmieniając jego formy zewnętrznej: jeden na wysokości pierwszego, drugi — drugiego korzenia grzbietowego. Autorowie podają bardzo szczegółowe badanie histologiczne, przyczem konstatują na całej długości rdzenia nadzwyczaj wybitne zmiany w naczyniach, tak w żyłach, jak i w tętnicach; w samej tkance nowotworów trafiały się dość często olbrzymie, wielojądrowe komórki.

Przytaczam tutaj spostrzeżenie zupełnie analogiczne oraz wyniki badania drobnowidzowego, które, sądzę, zainteresować mogą, jako przyczynek do patologii spraw syfilitycznych w układzie nerwowym.

Leonid A., budowniczy, 49 lat mający, przyjęty był do kliniki chorób nerwowych 21-go września 1895.

W wywiadach zasługuje na wspomnienie, co następuje: ojciec chorego cierpiał na syfilis, matka umarła na gruźlicę, dwóch braci z pijaństwa. Sam pacjent przeszedł wiele rozmaitych chorób: w drugim roku życia cholere; od 6 do 11 lat cierpiał na jakieś napady konwulsyjne bez utraty przytomności (*eclampsia*, według zdania lekarzy). Późniejsze choroby: zapalenie otrzewnej i kiszek dwadzieścia lat temu; trzy razy włóknikowe zapalenie płuc, ostatni raz przed 12 laty; zimnica przed 16 laty trwała półtora roku; *ischias dextra* nadzwyczaj uciążliwa przed 15 laty trwała 3 miesiące.

Życie pacjenta było nieprawidłowe: ciągle i znaczne nadużycie napojów wysokowych, często *abusus in Venere*. Żonaty od 25 lat, miał czworo dzieci, z których jedno umarło na eklampsyę, drugie cierpiało na tę samą chorobę, potem żona pacjenta miała jeszcze 5 poronień, wszystkie w trzecim miesiącu ciąży.

Zarażenie syfilisem nastąpiło przed 8 laty: *ulcus durum*, jako takie, było rozpoznane przez lekarzy-specjalistów. Objawy wtórne nie były zbyt silnie wyrażone: nie wielka ogólna wysypka, lekkie zaczerwienienie w gardle. Leczenie swoiste pacjent przeprowadził energicznie: zrobił więcej niż 100 wstrzykiwań, kilkanaście wcierań i wypił znaczną ilość jodku potasu. Po trzech latach jeszcze trzy szeregi wstrzykiwań—po 12 każdy szereg.

W 1892 roku u pacjenta rozwinął się nadzwyczaj szybko ogromny guz na języku, rozpoznany przez lekarzy jako gumat. Przy energicznem leczeniu swoistem nowotwór ten znikł również prędko.

Pierwsze objawy ostatniej choroby pacjenta były w październiku 1894 r.. W prawym boku zjawily się nadzwyczaj silne bóle z charakterem *neuralgiae intercostalis*. Nerwoból ten w przeciągu miesiąca przeszedł bez leczenia, lecz powrócił jeszcze silniejszy w lutym 1895 r.. W tymże miesiącu pacjent zauważył, że chód jego jest mniej prawidłowy, niż dawniej: nogi stały się słabsze i męczyły się nadzwyczaj prędko, szczególnie prawa; podeszwy oniemiały. Wkrótce czynność płciowa, która do tego czasu była zupełnie prawidłową, zgasła.

Objawy te zaniepokoiły pacjenta, tak, że w marcu 1895 r. zwrócił się on do kliniki ambulatoryjnie. Przy badaniu skonstatowano niedowład prawej

nogi, osłabienie lewej, znaczne upośledzenie czucia w podszwach; objawów spastycznych nie było zupełnie. Zaordynowano: pryszczydła na kręgosłup, galwanizacja, jodek sodu; na lato leczenie ręką. To ostatnie pacjent zaczynał dwa razy, ale dochodził tylko do 12 wcierań.

Nerwobóle przeszły, stan nóg polepszył się znacznie.

Dnia 17 sierpnia podczas uciążliwej podróży [z Kijowa do Wołogdy] pacjent zauważył szybko postępujący niedowład nóg; ból w boku powrócił. 18-go już nie był w stanie wysiąść z wagonu. Następnym dniem nogi słabły coraz bardziej, chociaż z pomocą służącego mógł jeszcze chodzić, bóle w boku trwały, wydalanie moczu stało się utrudnionem przy częstych i silnych potrzebach (*besoins impérieux*), prawa stopa obrzękła. Stan taki trwał blisko miesiąc.

Dnia 17 września zjawily się nadzwyczaj bolesne kurcze w mięśniach ściany brzusznej, bóle w boku wzmożyły się, wydalanie moczu stało się niemożliwym. Obrzęk zajął całą prawą kończynę dolną. W następnych dniach nogi jeszcze bardziej osłabły, chociaż 20-go września chory mógł jeszcze, podtrzymywany z dwóch stron, zrobić kilka kroków; lewa noga, mianowicie niżej kolana, także obrzękła.

Dnia 21-go IX. porażenie nóg stało się zupełnem, obrzęk nóg, kurcze i bóle w brzuchu wzmożyły się znacznie. Tegoż dnia przywieziono chorego do kliniki.

Status praesens. Chory wysokiego wzrostu, bardzo dobrej budowy i odżywiania. Silny obrzęk obu kończyn dolnych do pachwiny, głównie wyrażony na stopach i goleniach. Na lewej stopie ciemno zabarwiona plama — ślad *papulae*.

Badanie układu nerwowego wykazało, co następuje:

Ze strony nerwów mózgowych żadnych zmian. Ruchy głowy i kończyn górnych prawidłowe. Zupełne porażenie prawej kończyny dolnej, tylko w palcach pozostały minimalne ruchy. Nadzwyczaj znaczny niedowład lewej kończyny. Ruchy we wszystkich stawach są wykonalne, lecz bardzo ograniczone i bezsilne.

Ruchy bierne w nogach nadzwyczaj utrudnione [niektóre nawet niemożliwe, np. ekstensja stopy] — z powodu silnie wzmożonego napięcia mięśni (*rigiditas musculorum*) i obrzęku. Przy każdym nieostrożnym ruchu tułowia w nogach niezmiernie silne drgawki kloniczne, głównie w *mm. rectus cruris* i *adductores*.

Chory ciągle siedzi; leżeć nie może z powodu silnego bólu w prawym boku. Brzuch wzdęty, ściany jego napięte, od czasu do czasu w mięśniach skośnych brzucha zjawiają się gwałtowne i bardzo bolesne kurcze [zdaje się, że ból poprzedza kurcze i że te ostatnie są wywołane drogą odruchu]; wówczas brzuch wydaje się przewężonym w okolicy pępka pasem szerokości dłoni, *mm. recti abdominis* nie przyjmują udziału w tych kurczach.

Mięśnie brzuszne i pleców nie są osłabione, tylko ruchy tułowia ograniczone, ponieważ wywołują silny ból. Czynność przepony prawidłowa, położenie jej trochę wysokie.

Mięśnie wszędzie dobrze rozwinięte, na kończynach dolnych są one źle wyczuwalne z powodu silnego obrzęku.

Przy badaniu prądem przerywanym mięśnie stóp i goleni okazały się nie-pobudliwymi, na udach mięśnie oddziałują tylko przy silnych prądach, to samo można powiedzieć o prądzie stałym. Wogóle badanie pobudliwości elektromotorycznej nie mogło być przeprowadzonym ściśle z powodu nadzwyczaj znacznego obrzęku nóg, oprócz tego przeszkadzały i drgawki w nogach, wywołane przy podrażnieniu elektrycznym.

Odruchy ścięgniste na kończynach górnych osłabione.

Odruchy kolanowe i ścięgna Achillesa niezmiernie wzmożone głównie z prawej strony, odruch kloniczny stopowy obustronny. Odruchy podeszwowe wzmożone, brzuszne i mięśnia dźwigającego jądro zniesione.

Nadzwyczaj silne bóle neuralgiczne w 6-tym przestworze międzyżebrowym z prawej strony; najmniejsze poruszenie zwiększa ten ból. Symetrycznie z lewej strony podobne bóle—tylko mniejsze. Bóle kurczowe w brzuchu wyżej wspomniane.

Ucisk na kręgosłup nie bolesny, z pni nerwowych bolesny tylko *intercostalis IV dexter* z przodu.

Parestezyi niema. Czucie dotykowe na obu kończynach dolnych trochę osłabione do pachwin [lekkie dotknięcie chory umiejscawia dość prawidłowo, lecz odczuwa trochę gorzej, niż np. w rękach]. Na tułowiu od V-go do X-go żebra pas nadzwyczaj silnej nadszłości (*hyperaesthesia*), osobiwie z prawej strony. Na dolnej połowie brzucha czucie dotykowe prawie normalne. Odczuwanie bólu na kończynach dolnych prawie zupełnie zniesione: z prawej strony chory odczuwa tylko bardzo głębokie ukłucia szpilki; z lewej strony niebolesność zupełna.

Czucie ciepłotne także niezmiernie upośledzone: różnicy 25° na nogach chory nie rozróżnia; na tułowiu, poczynając od pachwin, czucie ciepłotne prawidłowe.

Czucie mięśniowe nienaruszone. Ze strony narządów wzroku i słuchu nic do zanotowania, odruchy źrenic prawidłowe.

Mocz oddawanym jest zupełnie mimowolnie, od czasu do czasu w dużej ilości od razu, *anaesthesia urethrae*. W moczu nic patologicznego; objawów nieżyty pęcherza niema.

Incontinentia alvi, anaesthesia recti. Impotentia.

Tętno wyżej 100, objawów niemiarowości niema. Tętno serca nieco osłabione, lecz czyste.

W okolicy prawego płuca z tyłu odgłos wypukowy trochę przytłumiony. W innych narządach zaburzeń widocznych niema.

Obserwacja kliniczna.

i Dnia 21. IX. Chory uskarża się na bardzo bolesne kurcze w brzuchu ból w prawym boku. Obrzęk nóg zwiększa się. Zaordynowano: *Natrii jodati* 2,0 *pro die*, pierwsze wcieranie (*ung. cinerei* 2,0).

Dnia 22. IX. Chory nie spał noc całą z powodu kurczów i bólu. Siły mniejsze; łaknienia brak zupełny. Drugie wcieranie. *Natrium jodatum*,

Dnia 23. IX. Kurcze i bóle trwają, tak, że chory znów całą noc nie spał, objawy porażenia nóg wzmogły się jeszcze. Znaczny obrzęk części płciowych. Sił ubywa, stolec zaparty. Trzecie wcieranie, jodek potasu. *Pulv. liquir comp.*

Dnia 24. IX. Stolca nie było, brzuch bardzo wzdęty. Mocz wyszło przeszło 1½ litra, lecz przy wypukiwaniu brzucha w dolnej części jego przytłumienie, jak gdyby przepełniony pęcherz. Osłabienie znaczne. Tętno 120, słabe. *Excitantia. St. idem* — wieczorem. Obrzęk nóg i części płciowych zwiększył się znacznie. Dreszcze, stan gorączkowy [39,2° C.]. Tętno słabe, niemiarowe. Tony serca, przygłuszone, szmerów niema.

25. IX. Osłabienie bardzo znaczne, tętno niemiarowe, w sercu szmer [w okolicy *valvulae tricuspidalis*]. Obrzęk jeszcze się zwiększył. O godzinie 4-tej po południu chory uniósł się na rękach, chcąc się przesiąść dla oddania stolca i zemlał. Oddech utrudniony, sinica twarzy, tętno niewyczuwalne, po 10 minutach — zejście śmiertelne.

Sekcja 26. IX. [we 20 godzin po śmierci]. Wyjątki z protokołu. Opona twarda mózgu miejscami zrosnięta z miękką. Na tej ostatniej tu i ówdzie rozsiane małe ogniska stwardnienia. Naczynia żyłne opon przepełnione krwią. Na dolnej powierzchni mózgu wyraźna *arteriosclerosis*. W substancji mózgu nadzwyczaj silny obrzęk i przekrwienie żyłne.

Wewnętrzna powierzchnia kanału kręgowego nie przedstawia nic nieprawidłowego. Rdzeń wraz z oponą twardą na przestrzeni od V—VIII-go korzenia grzbietowego przedstawia kielbasowatą guzowatość grubości 2-ch palców, składającą się z dwóch części: górnej mniejszej i dolnej większej. Przy przecięciu poprzecznym masa tego nowotworu przedstawia się jako konsystencji dość zbitej, żółtawego koloru, przeświecająca; ani zwykłego obrazu rdzenia, ani granic opon w owej masie zauważyć nie można. Więcej cięć przez to miejsce nie zrobiono, aby zostawić, o ile możności, więcej materiału do badania histologicznego. W innych miejscach opona twarda rdzeniowa nie przedstawia nic nieprawidłowego. Opona miękka tu i ówdzie zgrubiła i zrosnięta z istotą rdzenia. W tej ostatniej cechy znacznego obrzęku.

Serce znacznie powiększone, pokryte ogromną warstwą tłuszczu, mięsień nadzwyczaj wiotki z bardzo silnie wyrażonemi oznakami zwyrodnienia tłuszczowego. Na *valvula bicuspidalis* nieznaczne zmiany sklerotyczne, toż samo w aorcie i *a. coronariae cordis*.

Prawe płuco przyrośnięte do *pleurae costalis* [stare, włókniste zrosty]. W mięszu płucnym znaczne przekrwienie i obrzęk; nigdzie ani śladów gruźlicy. Wątroba przekrwiona; w śledzionie cechy obrzęku ostrego. Pęcherz przepełniony czystym, przezroczystym moczem, błona śluzowa pęcherza prawidłowa.

Mózg i rdzeń ztwardniono w płynie MUELLER'a, poczem do badania drobnowidzowego wzięto kawałki z *gyrus centralis d., g. frontalis, g. occipitalis, g. fornicatus*, kawałek podstawy mózgu i *capsula interna*, dalej badano: *crura cerebri, pons Warolli, bulbis* i cały rdzeń od góry do dołu. Oprócz tego wielkie naczynia, mianowicie: obie *aa. fossae Sylvii, art. basilaris, art. vertebralis*. Skrawki barwiono najrozmaitszymi sposobami: alunowa hemato-

ksyliną z eozyną, pikrokarmín, *tricolor* ROSIN'a, metoda WEIGERT'a, PAL'a; wreszcie kilka kawałków rdzenia według metody MARCHI'ego.

W korze i w substancji mózgu wybitnych zmian nie okazało się, tylko na dolnej powierzchni opony naciezione [infiltrowane] i trochę zgrubione; w ścianach naczyń tej miejscowości naciek drobnokomórkowy był znaczniejszy; niektóre drobne gałązki tętnicze zupełnie obliterowane, w innych *endoarteriitis* i *periarteriitis*, miejscami żyły rozszerzone i przepełnione krwią. Gałązki, wchodzące w substancję mózgu, przedstawiają się jako smugi drobnych komórek, zbitych nadzwyczaj gęsto.

Z większych pni tętniczych najznaczniejszym zmianom uległy *aa. vertebrales*, w innych zmiany były analogiczne, tylko w daleko mniejszym stopniu, tak, że np. *art. fossae Sylvii* miejscami przedstawiała się zupełnie zdrową.

Błona zewnętrzna (*adventitia*) *arteriae vertebralis* na całym obwodzie znacznie nacieczona, lecz nie zgrubiona, nadzwyczaj gęste skupienie jąder naokoło *vasa vasorum*. Błona mięsna (*media*) prawie wszędzie prawidłowa z wyjątkiem jednego miejsca, na którym widać przerwana *memb. elasticam* i z wewnętrznej błony w środkową przenika klin, składający się z drobnych komórek. Tylko w tem miejscu naruszona jest całość *memb. elasticae*, zresztą wszędzie przedstawia się ona jako falowata, nadzwyczaj błyszcząca smuga, może trochę szersza niż zwykle. Na przestrzeni może $\frac{1}{4}$ obwodu tętnicy *m. elastica* rozdzieloną jest dość szeroką szczeliną na dwie warstwy; sądzić należy, że ta szczelina nie jest wytworzona sztucznie [przy utrwaleniu preparatu], ponieważ widzimy w niej komórki okrągłe i resztki czerwonych krążków krwi.

Błona wewnętrzna (*intima*) tylko w niektórych miejscach przedstawia się niezmienną i w innych rozrosła się ona obficie i wypełniła część światła. Masa ta składa się z nadzwyczaj delikatnej tkanki włóknistej z niewielką ilością okrągłych lub wrzecionowatych jąder; ilość tych ostatnich wzrasta w części bliżej ku światłu naczynia położone, a forma ich jest tutaj pałeczkowata, bardzo przypominająca jądra błony mięsnej. W samej tętnicy kręgowej nigdzie nie zauważyłem drugiej *membr. elasticae*, lecz na niektórych skrawkach na poprzecznych przekrojach małych gałązek tegoż samego pnia widać w masie wybującej *intimae* nowo utworzoną błonę mięsną, wysłaną na powierzchni wewnętrznej drugą błoną elastyczną.

Wogóle w naczyniach znacznego kalibru przeważają zmiany w błonie wewnętrznej, lecz rozrasta się ona zwykle tylko z jednej strony światła, którego kontury zmieniają się przez to znacznie; rozrastanie błony wewnętrznej w postaci pierścienia na całym obwodzie naczynia zauważyć można tylko w drobnych tętnicach.

Na skrawkach z mostu WAROL'a i opuszki zmiany patologiczne ograniczają się tylko do drobnokomórkowego nacieku opon miękkich i wyżej opisanymi zmianami w ścianach naczyń. Tylko w dolnej części rdzenia przedłużonego w samą substancję jego zaczynają przenikać zgrubione i naciezione *septa*, w substancji szarej naczynia włosowate znacznie rozszerzone i naokoło nich skupienie jąder.

Ponieważ w części szyjowej i lędźwiowej rdzenia opona twarda nie przedstawiała żadnych patologicznych zrostów i zgrubień, więc skrawki robiłem tylko przez rdzeń wraz z oponami miękkimi, natomiast z części grzbietowej i z samego nowotworu badałem kawałki wraz z wszystkimi oponami. Aby preparat pozostał *in toto*, nie rozpuszczałem celloidyny. Do prześwietlania skrawków używałem ksylolu.

W skrawkach rdzenia z całej części szyjowej i z dwóch górnych segmentów grzbietowych przy badaniu gołym okiem można było zauważyć tylko zgrubienie opon miękkich i zwyrodnienie wstępujące (*degeneratio ascendens*) niezbyt znaczne w pęczkach GOLL'a. [D. n.]

Z ODDZIAŁU D-RA CHEŁMOŃSKIEGO W SZP. DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

II. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI ZAPALENIA NEREK

ORAZ

KILKA UWAG O T. Z. PRZEMIJAJĄCEJ NIEDOSTATECZNOŚCI NEREK.

Podał

Adam Lande,
asystent oddziału.

Dnia 10-go lutego r. b. przybyła na oddział 60-letnia żebraczka ze skargą na obrzęk ogólny ciała, bóle głowy przemijające i brak sił. Trzy tygodnie temu chora dostała dreszczów, powtarzających się w ciągu 3 dni, gorączki i bólu głowy. Po dwóch tygodniach przyłączył się zwolna postępujący obrzęk. Dwa miesiące temu chora przechodziła podobne cierpienie i leżała wówczas w klinice dyagnostycznej Uniwers. Warsz. 1).

Przy badaniu przedmiotowym znaleziono: budowa i wzrost średni, tkanki podskórnej mało, mięśnie wiotkie, bladość ogólna powłok; obrzęk wyraźny twarzy, kończyn dolnych i górnych, ścian brzucha, oraz okolicy lędźwiowej. Tętno 120, dość drobne i miękkie. Ciepłota 38,7° C.

W narządach oddechowych objawy rozedmy, oraz przewlekłego zapalenia oskrzeli; bezwzględna tępość serca nieco zmniejszona; tony czyste, brzuch wzdęty, w sferze zmysłów, czucia i ruchu zmian żadnych nie zanotowano; przytomność zupełna, apatya, senność.

Ilość dobowa moczu dokładnie nie wiadoma, gdyż chora częściej oddaje pod siebie [zbierano zazwyczaj około 500 ctm. sześć.], ciężar właściwy 1018, odczyn słabo kwaśny, barwa żółtawo-czerwona, cukru i białka nie znaleziono [próba HELLER'a, kwas octowy i żelazo, [żelazocyanek] cyanek potasu, na

1) Na ówczesnej karcie szpitalnej, otrzymanej już po dokonaniu badania zwłok znaleźliśmy rozpoznanie: *Emphysema pulmonum. Nephritis chronica*. Co do moczu zauważyliśmy tam dwukrotną tylko wzmiankę, którą dosłownie przytaczamy: 16. XII. białko w moczu oraz nabłonek nerkowy; 20. XII. białka niema.

syćony rozczyln soli glauberskiej, próba SPIEGLER'a, kwas octowy i zagotowanie]; osadu widocznego niema, pod drobnowidzem nieco komórek płaskich, oraz bardzo nieliczne ciała ropne ¹⁾.

Badania krwi nie dokonano, gdyż kilkakrotnie przedsiębrane usiłowania w późniejszym okresie choroby wobec znacznego obrzęku spetzły na niczem; pod względem bakteryologicznym [hodowle na agarze] badanie dało wynik ujemny.

Po cztero-tygodniowym przebiegu choroby, przy powiększającym się ogólnym obrzęku, przy wzmagającym się ogólnym osłabieniu i apatii, przy stale przyspieszonym tętnie [90—120], przy gorączce o typie nieprawidłowym, [*maximum* ciepłoty rannej wynosiło 39,6° C., *minimum* — 36,0° C.. *Maximum* ciepłoty wieczornej dochodziło też do 39,6° C., a *minimum* spadało do 37,0° C.; przeciętna ciepłota wynosiła rano 37,4° C., a wieczorem prawie 38,0° C.], przy stałym nareszcie braku białka, oraz swoistych składników ukształtowanych i przy rozwolnieniu [zwłaszcza w końcowym okresie, kiedy chora oddawała kał pod siebie], nastąpiła śmierć.

Rozpoznawano: *Nephritis chr. sine albuminuria. Emphysema pulmonum. Bronchitis chr. Typhus abdominalis.*

Badanie zwłok, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało: *Hydrothorax sinistra* [około 2 litrów płynu], *induratio multilocularis post pneumoniam cachecticorum pulmonis sinistri* [sprawa dawna], *emphysema pulmonum; bronchitis chr. Degeneratio atheromatosa aortae l. gr. Hepar moschatum, atrophia et anaemia mucosae intestinalium. Nephritis mixta (praecipue interstitialis). Anaemia et oedema cerebri.*

Przytoczony w streszczeniu przypadek zasługuje z kilku względów na uwagę:

1) Początek choroby, stan ogólny, przebieg ciepłoty i tętno oraz rozwolnienie dawało taki złudny obraz tyfusu, że rozpoznanie jego, mimo pewnych braków [brak wysypki, powiększenia śledziony i t. d.], zdawało się bardzo prawdopodobnym. W każdym razie ogół i natężenie wspomnianych objawów stanowczo bardziej przemawiały za tyfusem, aniżeli za mocnicą, dla której brak było pewnych cech rozpoznawczych, jak np. zwolnienia tętna, wymiotów, drgawek, zaburzeń wzrokowych i t. d., jakkolwiek przy dyagnozie choroby BRIGHT'a przypuszczenie to samo się nasuwało.

2) Stały w ciągu czterech tygodni trwający brak białka i składników ukształtowanych, przy ciężarze właściwym dość wysokim i niezbyt małej ilości moczu [badanie dokonywane było prawie codziennie i bardzo starannie] mógł tylko zrodzić przypuszczenie, że mamy do czynienia z zapaleniem nerek przez wzgląd na istnienie znacznego obrzęku ogólnego, którego inaczej w danym przypadku nie można było sobie objaśnić.

¹⁾ Bardzo nieznacznej ilości leukocytów, znajdujących w osadzie, nie można było przypisać żadnego znaczenia pod względem rozpoznawczym tembardziej, iż moczu pochodził od kobiety.

Możemy tu przytoczyć słowa prof. DIEULAFOY ¹⁾, który pierwszy ugruntował naukowo kliniczną postać *nephritis* bez białkomoczu: „białkomocz jest objawem niepewnym i niestałym w chorobie BRIGHT'a, jest on tylko świadkiem i to jeszcze jakim świadkiem! świadkiem, niezasługującym na zaufanie, gdyż może go braknąć, świadkiem fałszywym, gdyż może czasami nasunąć podejrzenie na *nephritis*, którego niema“. Jakkolwiek może tkwi nieco przesady w tem zdaniu znakomitego klinicysty, jednak z faktami tego rodzaju liczyć się należy. Widzimy nadto z naszego przypadku, jak słusznie tenże badacz na innem znów miejscu powiada: „najważniejszym w cierpieniach nerek nie jest to, co przechodzi do moczu, ale to, co pozostaje w ustroju“. Te słowa wskazują, iż w umyśle jego tkwiła myśl o samozatruciu, tak szeroko omawiana w patologii dzisiejszej.

3) Kliniczny przebieg choroby mógł nasunąć podejrzenie na jakieś ogólne zakażenie przewlekłe, ale wobec braku danych wywiadowych oraz ujemnego wyniku, otrzymanego przy badaniu bakteryologicznem krwi, sprawę tę zresztą można było wykluczyć.

4) Nareszcie przypadek powyższy przypominał nieco przebieg złośliwej niedokrwistości [bladość ogólna, ciepłota, osłabienie, obrzęki]; wykluczaliśmy jednak tę sprawę z powodu braku wybitniejszych objawów: ogólnej bladości, wylewów podskórnych i t. d.. Z powyższego względu, jakoteż z powodu wzmiankowanych trudności krew nie została zbadana: więc jakkolwiek wykluczenie nasze, przyznać musimy, nie miało zupełnej racji bytu, jednak badanie zwłok żadnych pod tym względem wątpliwości nie nastęrczało.

Już po podaniu do druku powyższej notatki, w № 24 Gazety Lekarskiej z b. r. kol. JAKOWSKI umieścił pracę p. t. „Przypadek przemijającej niedostateczności nerek“, który klinicznie przebiegał podobnie, jak typowe zapalenie nerek. Mimo to autor wykluczył chorobę BRIGHT'a, gdyż wielokrotnie badany mocz nie zawierał białka, ani żadnych ukształtowanych składników.

Opierając się na tem spostrzeżeniu, kol. J. wprowadza do nauki nowy termin i nową jednostkę nozologiczną.

Przypadek omawiany zakończył się wyzdrowieniem, nerki więc, rzecz oczywista, nie mogły uleż badaniu bezpośredniemu.

Rozpoznając jednak nową, nieznaną dotychczas postać cierpienia wyłączenie czynnościowego, należałoby, sądzimy, bezwarunkowo wykazać ujemny wynik badania anatomo-patologicznego. Że na podstawie jedynie rozbioru moczu nie można wykluczyć cierpienia nerek, poucza opisany przez nas, a w piśmiennictwie nie jedyny przypadek. Ośmielamy się nawet przypuszczać, że gdy pacjent kol. J. po pewnym czasie ponownie się zjawi, to ewentualnie znaleźć się może wtedy w moczu białko, wałki i t. d.. Klinicyści zwłaszcza francuzcy [p. pracę wyżej cytowanego MARION'a] opisywali podobne fakty, za-

¹⁾ Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de BRIGHT sans albuminurie. [Przytoczony przez MARION w Archives gener. de med. Mars. 1895].

znacząc, iż mimo ujemnego wyniku badania moczu stawiali właściwe rozpoznanie już na podstawie t. zw. „*petits signes*“ choroby BRIGHT'a, a co dalszy przebieg cierpienia [nawrót po pewnym czasie, ale już z białkomoczem] w zupełności potwierdzał ¹⁾).

Nie chcemy bynajmniej z góry przesądzać kwestyi, przez kolegę J. poruszonej, ale, stanowczo zaznaczając raz jeszcze, że jego przypadek żadną miarą za przekonywający w danej sprawie uważany być nie może, ośmielilibyśmy się nawet z punktu widzenia teoretycznego tylko *cum grano salis* przyjąć możliwość istnienia tego, co autor ochrzcił mianem: „przemijającej niedostateczności nerek“. Trudno sobie wyobrazić, jakiego to rodzaju byłby mechanizm, w jaki sposób czynność narządu może uleść tak wybitnej zmianie, gdy tkanka jego w niczem nie jest naruszona. „Przemijającej niedostateczności nerek“, zdaje nam się, musi odpowiadać trwała, albo tylko przemijająca sprawa anatomo-patologiczna. Coś metafizycznego tkwi w pojęciu, jakie sobie autor wyrobił o danem zjawisku. Wszak i przemijająca niedostateczność serca, na jaką się on pomiędzy innymi powołuje niezawodnie jest wyrazem jakichś zmian przemijających, czy też trwalszych, ale od czasu do czasu obostrzających się z siedliskiem we włóknach mięśniowych, naczyniach lub narządzie nerwowym, zmian, być może, jeszcze dla naszych zmysłów tylko nie dostępnych. Szereg chorób t. zw. funkcjonalnych coraz bardziej się zacieśnia w miarę doskonalenia się metod badania, staramy się dziś i słusznie, choć niezawsze skutecznie nawet dla nerwic wykryć to zmienne tło anatomiczne, na jakim się niezawodnie rozgrywają różnolite objawy tych cierpień. MOEBIUS w pracy o migrenie w rozdziale zatytułowanym „*Theoretisches*“ mówi między innymi: *verwerfe ich den Ausdruck Neurose und will bei jeder Gelegenheit wiederholen: ceterum censeo nomen neuroseos esse delendum.... auch ist es wohl denkbar, dass durch organische Einwirkungen die Function aufgehoben werde, ohne dass Veränderungen, die für irgend eine unserer Prüfungen nachweisbar wären, entstünden. Man kann wohl von feinen und groben (i. e. nachweisbaren) Läsionen reden, man darf aber nicht jene functionell, diese organisch heissen, da beide stetig in einander übergehen....* A wszak dziedzina chorób nerwowych stanowi, że tak powiemy, najodpowiedniejszy teren do stawiania rozpoznań cierpień funkcjonalnych. Tem dziwniejszą więc wydawać nam się musi ta pochopność, z jaką autor wprowadza bez dostatecznego materiału dowodowego nową postać czynnościowego cierpienia nerek.

¹⁾ Taki przebieg bez białkomoczu, jak wiadomo, najczęściej się zdarza przy *nephritis chr. indurativa (sclerosis renum)*. Patrz SENATOR. „Die Erkrankungen der Nieren“ w Spec. Pathol. und Ther. NOTHNAGEL'a. Część II. str. 257.

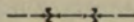
III. LISTY O OPATRYWANIU RAN

[ANTYSEPTYKA SREBRNA].

Przez

R. Jasińskiego,

chirurga Warsz. szpitala dla dzieci.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 46].

Koch dowiódł, że rozwój lasecznika karbunkułu (*Milzbrandbacillus*) ustaje zupełnie pod wpływem roztworów sublimatu 1:30000, spory zaś tego lasecznika giną w ciągu dziesięciu minut od wodnego roztworu sublimatu 1:20000.

BEHRING wykazał, że w surowicy krwi ta zabójczość sublimatu znacznie słabnie. Tu do zabicia laseczników węglkowych trzeba nasycenia 1:8000, a zarodniki po dwudziestoczęterogodzinnem przebywaniu w roztworze sublimatu 1:5000 wyrastają w nici. Ten sam BEHRING (*Der antiseptische Werth der Silberlösungen Deutsche medic. Wochenschrift. 1887*) przekonał się, że w surowicy krwi ustaje rozwój laseczników węglkowych pod działaniem roztworu soli srebra 1:80000 i powiada, że wszędzie, gdzie tylko mamy do czynienia z krwią lub płynami do niej najpodobniejszymi swym składem ze wszystkich sztucznych podłoży, tam roztwory srebra okazują się najsilniejszym środkiem antyseptycznym z pośród wszystkich dotąd zbadanych tego rodzaju środków, działającym tedy pięć razy silniej, niż sublimat.

W ostatnich czasach w Instytucie dermatologicznym Wroclawskim wykazano doświadczalnie niewątpliwą wartość antyseptyczną lapisu, argoniny i argentaminy. BEYER wykazał ją też dla mleczanu srebra, czyli t. zw. aktolu i dla cytrynianu srebra, czyli t. zw. itrolu.

Paciorkowce i gronkowce giną w ciągu 10 minut w ich wodnym roztworze 1:4000. Te same sole, znajdując się w surowicy krwi, użytej jako podłoże, w ilości 1:80000, stanowczo powstrzymują rozwój hodowli. Itrol, czyli cytrynian srebra, posypany na ranę i zamienia się w wydzielinie jej na roztwór 1:3800 i jako taki wystarczyłby do zabicia drobnoustrojów tam, gdzie tylko o powstrzymanie ich rozwoju chodzić nam powinno.

Lapis oddawna w chirurgii używany, jak wiemy, wywiera niszczący wpływ na tkanki, gdyż użyty *in substantia* lub w stężonych roztworach, tworzy z sokami tkankowymi nierozpuszczalny produkt utlenienia (*Oxydationsproduct*). Argentamina i argonina, czyli *argentum caseinicum*, mają też strony ujemne, o których tu nie będę się rozwodził. Mleczan srebra, nawet w zbyt silnych użyty roztworach nie może na tkanki tak niszcząco działać, jak lapis, gdyż kwas mleczny daleko słabsze ma własności oksydacyjne, niż kwas azotny. Ponieważ sól ta jest jednak rozpuszczalna w sokach tkankowych, należałoby przeto przypuszczać jej działanie ogólne na ustrój. CREDE pracuje nad wyzyskaniem tego działania ogólnego w celu leczenia pewnych postaci

zakażenia ogólnego i otrzymał już wyniki bardzo zachęcające przy ogólnem zakażeniu węglikowem (*Milzbrand*), przy róży i t. d. Badanie te, oraz ostateczne unormowanie dawek roztworów aktolu do wstrzykiwań podskórnych nie jest dotychczas rzeczą ściśle określoną.

Teraz przytoczyć muszę niektóre szczegóły stosowania antyseptyki srebrnej w tej postaci, w jakiej ją w Carolahaus widziałem. Przed operacją chorego myją mydłem, sublimatem, eterem. Przez ten czas chirurg i jego pomocnicy myją się jak najdokładniej, czyszczą sobie paznokcie i ubierają się w fartuchy, wyjęte wprost z wyjaławiacza parowego [systemu SCHMELBUSCH'a]. Narzędzia dawniej, po przegotowaniu, zanurzali w roztwór aktolu, obecnie powrócili do dawnej metody zaburzenia ich w 3% roztworze karbolu, gdyż na świetle w aktolu czerniały i trudno je było potem do porządku doprowadzić. Waciki, podczas operacji używane, robią z waty hygroskopijnej i wyjmują je z puszki od sterylizatora, w której je poprzednio wyjałowiono. Podczas operacji polewają dość obficie ranę wodą przekroploną i przegotowaną, gdyż CREDÉ wcale nie podziela mniemania, jakoby polewanie mogło mieć w opatrywaniu ran strony ujemne; żadnego zadrażnienia ono nie wywoła, gdy doń użyjemy wody jałowej lub wyjałowionego roztworu soli, a mechanicznie zmywa nawet takie przypadkowe zarazki, jak drobną np. łuszczkę łupieżu, która z głowy operującego upaść mogła na ranę.

W ranach już zakażonych, przy ich oczyszczaniu, obfite polewanie tem większą rolę odgrywa.

Podwiązki naczyń i szew wykonany zostaje w Carolahaus za pomocą srebrzonych ligatur jedwabnych lub srebrzonego katgut. U CREDÉ'go to srebrzenie [stosowane także i do drenów kauczukowych, oraz do gąbek], odbywa się podobno w sposób następujący ¹⁾. Według przepisu CREDÉ'go, podanego w jego broszurze, nici, dreny, lub gąbki, po ich uprzednim oczyszczeniu i przegotowaniu pogrążone zostają na 8 dni w naczyniu ze szkła ciemno-żółtego, napełnionem jednoprocentowym roztworem wodnym aktolu; potem przenoszą je wraz z tym płynem do szkła bezbarwnego i wystawiają na działanie światła słonecznego na 2 dni; wówczas zlewają z nich zużyty roztwór aktolu i przenoszą je do świeżego takiego samego roztworu aktolu [w szkłe żółtem], aby je po raz drugi, po ośmiu dniach, na dwie doby wystawić na światło w naczyniu bezbarwnem. Po tem wszystkim, nici, sączki lub gąbki opłukują obficie wodą wyjałowioną dopóty, dopóki ta ostatnia zawiera męty; wreszcie pogrążają je w spirytusie, albo wysuszywszy, w wyjałowionych szklanych przechowują naczyniach. Wszystkie powyżej wymienione przedmioty po takiej manipulacji stają się szaro-brunatne. Osad szaro-brunatny lub czarny, które je pokrywa i przenika, jest zdaniem CREDÉ'go srebrem metalicznym, zredukowanem. Tak przynajmniej twierdzi CREDÉ i taki, a nie inny przepis na srebrzenie ligatur, katgut, sączków i t. d. podaje w cytowanej przezemnie broszurze. Nie umiem powiedzieć czy tą, czy inną metodą srebrzone są te przedmioty w Carolahaus w Dreźnie, wiem tylko,

¹⁾ Patrz CREDÉ i BEYER l. c.

zem się naocznie tamże przekonał, iż używane w tym szpitalu: nici, katgut i dreny, wyglądają szaro-brunatno i zachowują się na płytkach PERRÉ'go tak względem rozwijających się hodowli drobnoustrojów ropotwórczych, jak kawałek folii srebrnej, lub gazy srebrzonej szarej, to jest otaczają się polem jałowem i t. d..

Postanowiłem przygotować samemu takie srebrzone ligatury, trzymając się ściśle przepisów CREDÉ'go i o dziwo, otrzymałem wyniki wcale nie zadowalające. Przedewszystkiem zdarzyło mi się, że przy aseptycznym przebiegu rany po artrektomii kolana, powstało wzdłuż całej nici, a więc wzdłuż całego szwu [bieżącego] ropienie ograniczone. Musiałem czempredziej szew usunąć, dalszy przebieg gojenia był już zupełnie dobry. Nie spieszyłem się jednak ze stawianiem wniosku, iż ligatura srebrzona nie zasługuje na zaufanie, lecz postanowiłem przekonać się czy srebrzenie metodą aktolową jest co war-te, czy nie.

Wziąłem tedy po kolei po kawałku takiej ligatury, katgutu i sączka gumowego, które metodą aktolową zpreparowałem i pomieściwszy w czystej próbówce, podziałalem na nie kwasem azotnym. Po zagotowaniu przedmioty te zmieniły barwę, a mianowicie roztwór i włókna nici zabarwiły się na lekko żółty kolor. Po dodaniu wody i soli kuchennej powstawał zaledwie nieznaczny obłoczek, a raczej lekkie, niezupełne zmętnienie, jakby opalizacya. Ten męt po dodaniu amoniaku rozpuścił się, barwiąc płyn cały na lekko-żółtawy kolor. Powtórzyliśmy te badania w pracowni kolegi NENCKIEGO z tą zmianą, żeśmy najpierw spalili w tygielku porcelanowym nici i katgut [przygotowane metodą aktolową CREDÉ'go], a dopiero popiół w powyższy traktowaliśmy sposób.

Kwas solny tak samo dał męt niewyraźny, który wprawdzie rozpuścił się w amoniaku, ale nadał płynowi piękną, różawawo-ametystową barwę. Przekonaliśmy się tedy, że materyały te zawierają nieznaczne i wątpliwe ślady [zaledwie] srebra.

Przypadek więc, w którym te ligatury dały w szwie ropienie, dowiódł, że takie nici nie mogą mieć wartości antyseptycznej srebra, że trzeba je srebrzyć w inny sposób, a nie metodą podaną przez CREDÉ'go w pomienionej broszurze. Nadmienię tutaj, że, bojąc się błędu zasadniczego w rozumowaniu, nie omieszkaliśmy *stante pede* zbadać preparat aktolu, z którego robiliśmy roztwory. Badanie to wykazało, iż mamy do czynienia z najczystszym mleczanem srebra, zawierającym bardzo dużo Ag. Zachodzi więc wątpliwość: czy dobre, niewątpliwie antyseptyczne i jałowe nici, katgut i sączki w Carolahaus srebrzone były istotnie aktolową, a nie inną metodą?

Pójdźmy dalej. Do opatrunku ran czystych, zakrytych lub płaskich używa CREDÉ gazy srebrnej błyszczącej, czyli zwyczajnego muślinu wyjałowionego, którego jedna powierzchnia pokryta jest srebrem metalicznym. Do ran innych [jamistych, głębokich, ropiejących zakażonych] używa gazy srebrnej szarej, czyli wyjałowionego muślinu, który jest pokryty subtelnym szarym proszkiem srebra metalicznego zredukowanego. W jaki sposób jed-na i druga są przygotowane, o tem CREDÉ nie pisze, a w Carolahausie odpo-

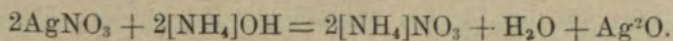
wiedzano mi, że materyały te wyrabia MAX ARNOLD, fabrykant z Chemnitz, który ma zamiar opatentowania tej fabrykacji i z tego powodu bliższych objaśnień otrzymać nie mogłem. Kupilem jednak w Dreźnie w jednej z aptek, pewną ilość gazy białej, i szarej i nie w dając się dalej w dociekanie szczegółów fabrykacji tych materyałów, zacząłem je stosować, tak, jak je stosują w oddziale CREDE'go.

Co do gazy szarej, pochodzącej z powyżej wymienionego źródła, zacząłem mieć pewne wątpliwości, gdyż rany opatrywane tym muślinem wcale nie zdradzały jej antyseptycznego działania. Gazę tę sprowadzać zaczęto do Warszawy tak, że prawdopodobnie dostała się ona do rąk wielu, jeżeli nie wszystkich kolegów, badających antyseptykę srebrną. Przedewszystkiem uderzyło mnie różne zabarwienie tego materyału w pojedynczych pudełkach, chociaż to dla mnie żadnej nie ulega wątpliwości, że z jednego źródła [MAX ARNOLD w Chemnitz] pochodzi. Badanie kilku kawałków tej gazy w pracowni kolegi LEONA NENCKIEGO okazało, że zawiera ona srebro metaliczne, ale w ilości bardzo małej. W tyglu porcelanowym spalono gazy takiej 1,392 l otrzymano pozostałość ważącą 0,043, czyli 3,05% czystego srebra, albowiem cała ta pozostałość dała się doszczętnie rozpuścić w kwasie azotnym

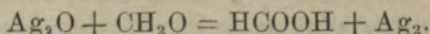
Kawałek przywieziony przezemnie z Drezdna zawierał minimalne ślady srebra. Z wielką przyjemnością dowiedziałem się, iż pan TURSKI, farmaceuta w Warszawie, poinformowawszy się u mnie o postulatach, jakie stawiamy co do gazy białej, szarej i ligatur, postanowił zaopatrzyć je w sposób odpowiedni w 10% srebra czystego metalicznego i w ten sposób dostarczyć nam takiego materyału, który da się z całym zaufaniem zastosować w praktyce i będzie o tyle dobrym, o ile cała teoria antyseptyki srebrnej okaże się dobrą. Już gaza srebrna biała okazała się lepszą od Drezdeńskiej, choćby z tego powodu, że nie traci srebra, jeżeli ją dla pewności sterylizacyjnej wygotujemy we wrzącej wodzie. Pan TURSKI także nie chciał objaśnić mnie, w jaki sposób srebrzy materyały opatrunkowe, ale mnie to wcale nie wzrusza, gdyż chodzi mi nie o szczegóły fabrykacji, tylko o istotną wartość materyałów srebrzonych, a mianowicie o to, czy zawierają srebro metaliczne i w jakiej ilości.

Śmiało powiedzieć mogę, że niepodobna otrzymać gazy srebrnej szarej metodą aktolową, t. j. przez redukcję srebra z mleczanu za pomocą promieni światła słonecznego tak, jak nie można porządnie posrebrzyć w ten sposób ligatur, sączków i katgut. Przymyśliśmy taką metodą gazę szarą wspólnie z kolegą GRUŻEWSKIM i przekonaliśmy się, że jest nie warta, bo w niej srebra wcale nie mogliśmy wykryć. Ażeby jednak rozwiązać pytanie, bądź co bądź, interesujące, jaką drogą można naprawdę pokryć srebrem zredukowanem takie przedmioty, jak jedwab w niciach ligaturowych i zwyczajny muślin hygroskopiorny BRUNSA, wybraliśmy następującą drogę.

Działając na azotan srebra roztworem wodnym amonii gryzącej, otrzymujemy: azotan amonu, wodę i tlenek srebra:



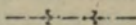
Traktując zaś tlenek srebra formaliną 40%, otrzymujemy [kwas mrówczany i zredukowane srebro metaliczne, które przy słabym ogrzaniu da nam lustro na ścianach próbówki, a przy mocniejszym ogrzewaniu osadzi się [na muślinie, ligaturach i t. d.] w postaci szarego mialkiego proszku. Wyrażamy to następującą formułą:



Otóż gaza w ten sposób przygotowana, zbadaną została w pracowni NENCKIRGO. Badanie to wykazało, iż zawiera ona bardzo znaczną ilość srebra metalicznego, bez domieszki soli srebrnych.

Po za tą metodą może istnieć daleko więcej innych, opartych na redukcji srebra własności rozmaitych ciał, jak np, cukru gronowego, cynku metalicznego i t. d. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



87. Znieczulanie miejscowe sposobem Schleich'a.

SCHLEICH w r. 1894 ogłosił pracę, zatytułowaną: „*Schmerzlose Operationen*“, w której bardzo szeroko omawia rozmaite rodzaje ogólnego i miejscowego znieczulania podczas operacji. Między innymi podaje nowy, swojego pomysłu, sposób anastezyi miejscowej, który nazywa „*dis örtliche Narkose und die Anästhesie durch Infiltration*“ i do którego doszedł w sposób następujący. Już poprzednio LIEBREICH, wstrzykując zwierzętom pod skórę rozmaite roztwory, a nawet często wodę, spostrzegł, że nerwy czuciowe w miejscu zastrzyknięcia po krótkim okresie pobudzenia stają się wprędce niewrażliwymi. Wskutek tego L. proponował przeprowadzić podobne doświadczenia na ludziach, którą to myśl podjął i wykonał SCHLEICH. Probując wstrzykiwać słabe roztwory kokainy w nieco większych ilościach, SCHLEICH zauważył, że roztwór 0,02% jest jeszcze w stanie dać zupełne znieczulenie natychmiast po wstrzyknięciu bez poprzedzającego podrażnienia. Wówczas począł Sch. wstrzykiwać czystą przekroploną wodę, przyczem stwierdził, że i ona daje znieczulenie, które jednakże poprzedza nader znaczna bolesność. Próby z fizyologicznym [0,6%] roztworem soli kuchennej wykazały następnie, że wstrzyknięcie tego roztworu nie powoduje bólu, ale też i nie daje znieczulenia. Zjawiało się tedy podejrzenie, że jest pomiędzy przekroploną wodą, a 0,6% roztworem soli kuchennej jakiś roztwór, który, wstrzyknięty do tkanek, może dać znieczulenie, bez poprzedzającego je bólu. W rzeczywistości jest to roztwór 0,2% soli kuchennej, który słusznie może być uważany jako *anaestheticum*; używa go autor do przyrządzania swoich płynów znieczulających. Przekonano się prócz tego, że w roztwornie takim kokaina, brana nawet w ilości 0,01%, wywiera jeszcze swoiste działanie.

Mocne roztwory NaCl [3—4%] powodują palenie i naczulność; również mocne roztwory kokainy [4—5%] znieczulenie poprzedzają mocnym paleniem.

Inne środki działają podobnie, np. morfina w roztworze 0,1% jest idealne *anestheticum*, a roztwór 3—4% wywołuje najpierw mocne palenie.

Z poprzedniego widać, że można przyrządzić takie roztwory znieczulające, które użyte w ilości 100—200—500 gramów jeszcze nie zagrażają życiu i zdrowiu człowieka, dają zaś doskonale znieczulenie, dotyczące tylko tkanek nastrzykniętych, przyczem tkanki sąsiednie zachowują swoją wrażliwość. Na tem właśnie zasadza się proponowany przez SCHLEICH'a sposób miejscowego znieczulania za pomocą infiltracji. Roztwory owe działają: 1-o dzięki zawartym w nich alkaloidom, 2-o dzięki powstałej na skutek nastrzyknięcia niedokrzwistości tkanek, 3-o wskutek ucisku, bezpośrednio na nerwy wywartego, wreszcie 4-o wskutek niskiej ciepłoty samych wstrzykiwanych płynów.

Autor podaje 3 gatunki roztworu, z których każdy na 100 grm. wody zawiera 0,2 NaCl, 0,025 *morphii muriatici* i kokainę, której ilość bywa rozmaita, a więc w № I płynu 0,2, w № II płynu 0,1 i w № III płynu 0,01. Stosownie do każdego poszczególnego przypadku bierzemy jeden z owych roztworów, najczęściej jednak używa się № II.

Autor bardzo dokładnie podaje technikę znieczulania, stosowanie tegoż w wielu pojedynczych przypadkach i t. d.. Ciekawych szczegółów odsyłamy do pomienionej pracy.

Doświadczenia nad znieczulaniem za pomocą płynów SCHLEICH'a przeprowadzono w klinikach BRUNS'a i MIKULICZA. Z kliniki BRUNS'a sprawozdanie daje HOFMEISTER. Znieczulenia sposobem SCHLEICH'a stosowano w kilkudziesięciu przypadkach drobnych operacji: przy wycinaniu kaszaków, ganglionów na rękach, przy rakach wargi i t. p., przy usuwaniu tkanki bliznowatej rozmaitego pochodzenia, przy otwieraniu ropni, zeszywaniu ran, skrobaniu owrzodzeń, wrywaniu zębów, usuwaniu ciał obcych z ręki i t. d., oraz przy operacjach większych [odjęcie przedramienia i ramienia].

Pod względem techniki starano się jak najściślej naśladować postępowanie SCHLEICH'a. Używano strzykawki WURACH'a z Berlina; musi ona działać bardzo dokładnie, gdyż niedokładnym narzędziem niepodobna wtłoczyć płyn do cokolwiek twardszej tkanki. Należy całe pole operacyjne, wraz z głębiej leżącymi tkankami przed nacięciem od razu nastrzyknąć roztworem; jeżeli do głębszych tkanek wstrzykujemy płyn po przecięciu skóry, wydostaje się on prawie natychmiast nazewnątrz. W większości przypadków zupełnie wystarczającym był roztwór № II, rzadko wypadało uciekać się do № I lub № III. Znieczulanie skóry eterem przed pierwszym wkluciem igły uważa autor za zupełnie zbyteczne, byle tylko brać ostrą igłę; ból od ukłucia taką igłą jest mniejszy, niż ból odczuwany na początku zamrażania.

Początkowo przyrządzano, podług SCHLEICH'a, od razu cały litr roztworu. Spostrzeżono atoli wkrótce, że już po kilku dniach rozwijają się na płynie pleśnie, oraz że w kilku pierwszych przypadkach po zastosowaniu nieświeżego roztworu okres pooperacyjny zakłócony był sprawą zapalną. Wobec tego robi się obecnie potrzebny do wstrzyknięcia roztwór na poczekaniu: proszki SCHLEICH'a rozważone tak, że każdy odpowiada 50-sześciennym centymetrom roztworu, przechowują się stale w sali operacyjnej; w razie potrze-

by gotuje się wodę przekroploną w naczyniu miarkowanym, aż wygotuje się do objętości 50 ctm. sześć., poczem wysypuje się do niej proszek, przykrywa złożoną w kilkoro gazą wyjałowioną i dobrze ostudza. Lepsze to jest, niż wielokrotne gotowanie raz przyrządzonego rozczyntu, gdyż staje się on wówczas nieodpowiednio stężonym, a nadto alkaloidy mogą uleść rozkładowi.

Prość użyć się mającego płynu całkowicie zależy od rozległości pola operacyjnego w rozmaitych kierunkach [po powierzchni, w głębi]; do podwiązania *v. saphenae* starczyło zazwyczaj 15—20 ctm. sześć., do wycięcia średniej wielkości kaszaka 10—15, do operacji wrastającego paznokcia 10, do odjęcia zaś przedramienia 50.

W przeważającej większości przypadków chorzy wcale nie czuli bólu podczas operacji, a nawet nie wiedzieli o tem, że ta ostatnia już jest wykonywana, jeżeli nie spoglądali na pole operacji. Rzadko bardzo bywał autor zmuszony uciekać się do ogólnego znieczulenia dla dokończenia zabiegu.

Dla przykładu przytacza on przypadek ropnia w okolicy wyrostka sutkowego; po bezbolesnem przecięciu nastrzykniętej skóry, musiał autor dać pacjentowi chloroformu, gdyż ropień pochodził od kości, a kość, ani okostna nie dają się infiltrować. Jednakże i w 3 przypadkach, w których tkanki były nastrzyknięte całkowicie, wrażliwość tychże tkanek na ból nie się nie zmniejszyła.

Samo wstrzyknięcie niejednokrotnie wywoływało ból; pod tym względem rozmaite okolice ciała zachowują się rozmaicie: palce rąk i nóg są najbardziej wrażliwe; wstrzykiwać tedy rozczynt w skórę palców należy bardzo powoli.

Znieczulenie, otrzymane przez infiltrację, trwa od 20—30 minut; im bardziej jest tkanka unaczynioną, tem prędzej znika owo znieczulenie; na kończynach można je wzmocnić oraz przedłużyć przez założenie opaski ESMARCH'a.

Nader często uskarżali się chorzy na nieprzyjemne uczucie palenia i swędzenia w miejscach infiltrowanych, nieraz całą dobę i dłużej trwające, nie przewyższało ono jednak przykrego uczucia, pozostającego po zamrożeniu. Spostrzegano również bóle głowy oraz przemijające mdłości, występujące po nastrzyknięciu. Wobec bardzo drobnych ilości alkaloidów, wprowadzanych do ustroju podczas znieczulania, tłumaczy autor owe objawy, psychicznym wpływem szpitala i operacji na chorego. W jednym tylko przypadku widział on niewątpliwe zatrucie morfiną: 11-letniej chorej pod znieczuleniem za pomocą infiltracji zoperowano zropiałe i owrzodzone gruczoły na szyi; wkrótce zjawiły się: senność, osłabienie, zwężenie źrenic, tętno 50—60 na minutę. Zastosowano środki trzeźwiące i przepłukanie żołądka nadmanganianem potasu, poczem niebezpieczne przypadłości powoli znikły. Chorej tej wstrzyknięto najpierw 40 ctm. sześć. rozczyntu № II, a następnie, już podczas operacji, przez pomyłkę 53 ctm. sześć. rozczyntu № I, zamiast № III; razem więc wprowadzono pod skórę morfiny 0,0245 grm., której maksymalna dawka wynosi dla człowieka dorosłego 0,03 i kokainy 0,156 [maksymalna dawka 0,05]. Godnem uwagi jest w danym przypadku, że wcale nie wystąpiło trujące działanie kokainy. Wogóle zaś, stosując omawianą tu metodę

znieczulenia u dzieci, pamiętać należy o ich wzmożonej wrażliwości na morfinę.

Nastrzykiwanie tkanek, prócz znieczulenia, wpływa na przebieg operacji pod następującymi względami. Z dobrze nastrzykniętych mocno napęczniałych tkanek krew zostaje zupełnie wyciśniętą, tak, iż operuje się, jakby po założeniu opaski Esmarch'a; szczególniejsze udaje się to na palcach. Zwiększone natomiast bywa następcze krwawienie. Infiltracja tkanek utrudnia wielce oryentowanie się w tychże; pęcznieją one mocno, zmieniają swoje wymiary, zatracają różnice w spoistości. Kaszaki, ropnie, nawet twarde guzy tak dalece gubią się wśród napęczniałej tkanki otaczającej, że trudno jest je nawet palcem odszukać. Szkodliwym więc jest owo pęcznienie tkanek oraz zacieranie się granic tychże w przypadkach, w których głównie chodzi o dokładne rozróżnianie pojedynczych tkanek. To też przy operacjach poważniejszych, przy operowaniu w głębi zaniechać musimy infiltracji.

Omawiana tu metoda znieczulania wpływa nieco na przedłużenie operacji; okoliczność ta jest wielkiej wagi dla licznie uczęszczanych ambulatoryi i dla tego zamrażanie lub pędzlowanie kokainą powinno w niektórych razach mieć przed infiltracją pierwszeństwo.

Wogóle zaś zamrażania należy użyć tam, gdzie może ono znieczulić całą podlegającą operacji okolicę, a więc przy cierpieniach tkanek powierzchownych, przy operacjach krótkotrwałych, przy operacjach, w których występujący ból nie stanowi przeszkody dla rękoczynu. Lecz gdzie wypada podzielać nieco głębiej i gdzie operacja musi trwać dłużej, tam słusznem będzie zastosowanie infiltracji. Zarzut, iż ta ostatnia osłabia tkanki i ułatwia dostęp zarazkom chorobotwórczym, jest niesłuszny.

Kończy autor swą pracę wnioskiem, że metoda miejscowego znieczulania za pomocą infiltrowania tkanek doskonałością swą pod wieloma względami przewyższa wszystkie dotychczas znane metody znieczulania miejscowego i że z powodzeniem może zastąpić znieczulanie ogólne w całej „małej“, a po części i w „dużej“ chirurgii.

GOTTSTEIN obserwował 118 przypadków znieczulania metodą SCHLEICH'a. Większość tychże, bo 81, przypada na chorych, ambulatoryjnie operowanych w poliklinice. Lecz im bardziej przystosowywano się do zmienionych przez nastrzyknięcie stosunków, im bardziej nauczono się zwalczać i inne, metodą tą następcze trudności, tem częściej i do większych operacji w klinice prof. MIKULICZA stosować ją poczęto. Każdy, kto dotychczas obawiał się użycia tego rodzaju znieczulania podczas większych rękoczynów, a to dlatego, by zbyt długo przedłużać tychże, przekonał się rychło, że chory nie doznaje przytem przypadłości, które przy stosowaniu chloroformu lub eteru częstokroć powodują przerwy w operacji. Operowanie staje się w tych warunkach bezpieczniejsze, a operujący może nawet korzystać z pomocy nieobezwładnionego chorego.

W większości przypadków, bo w 52, z pomiędzy 118, chodziło o wycięcie guzów, które, gdy nie przekraczają wielkości kurzego jaja, a szczególniejsze gdy posiadają otoczkę, najbardziej nadają się do tego rodzaju znieczulenia.

W dwóch przypadkach operowane tłuszczaki osiągały nawet wielkości głowy dziecka.

Po guzach wspomnieć należy o najrozmaitszych sprawach zapalnych a więc o zapaleniu wyrostka zębodołowego, *bursitis praepatellaris*, *sequestrotomia*, wrastających paznogiach i t. p..

Do większych zabiegów, w klinice dokonanych, należą: wycięcie *vasis deferentis*, przy przeroście gruczołu krokowego, podwiązanie *v. saphenae*, cięcie klatki piersiowej przy ropotoku opłucnej, laparotomia próbna, przepukliny uwiecznione i założenie przetoki żołądkowej.

Ta ostatnia operacja szczególnie do metody SCHLEICH'a się nadaje, a to ze względu na wyniszczenie chorych, powstałe na skutek długotrwałego upośledzenia przyjmowania pokarmów. Chorzy tacy natychmiast po operacji wstają i o własnej sile chodzić mogą, co zapobiega zapaleniu płuc opadowemu, zagrażającemu im po znieczuleniu ogólnem. Na podstawie tego prof. MIKULICZ ma zastosować sposób SCHLEICH'a i przy innych operacjach, na żołądku i jelitach dokonywanych.

Zaleca go autor i do operowania przepuklin uwiecznionych, nawet w przypadkach, nie nastręczających przeciwwskazań do znieczulania ogólnego, a nawet gdy spodziewamy się konieczności wycięcia zmartwiałej kiszki; cięcie bowiem otrzewnej i jelita jest zupełnie niebolesne; ból zjawia się tylko przy szarpaniu, oraz mocnem ściskaniu kiszki, jest to jednakże, zdaniem operowanych, ból do zniesienia.

Co się tyczy techniki nastrzykiwania rozczynu, potwierdza autor wszystko, co HOFMEISTER w pracy swojej zaznaczał. Strzykawki używano i WURACH'a i zwykłej PRAVAZ'a. Zamrażania, pierwsze nakłucie poprzedzającego, nie stosowano. Znieczulenie trwało 30 minut, a nawet i dłużej. Połączenie opaski ESMARCH'a z nastrzykiwaniem jest bardzo stosownem; pamiętać tylko należy, by nastrzyknięcia dokonać przed założeniem opaski. Zatrucie spostrzegano dwa razy: w jednym przypadku doszło do zemdlenia z sinicą i dusznością, w drugim do napadu spazmatycznego kaszlu (*Hustenkrampfanfall*); w przypadkach tych przypuszcza autor istnienie idyosynkrazji względem kokainy, gdyż ilość wstrzykniętego rozczyну № II nie przekraczała 50 ctm. sześć.. Czas trwania operacji wraz ze znieczuleniem miejscowem był krótszym, niż czas trwania tej samej operacji wraz z użytym do osiągnięcia głębokiego za pomocą wdechań uspiania.

Nastrzyknięcia dokonywano ściśle podług wskazówek SCHLEICH'a; w przypadkach jednak nie zapalnych wprowadził prof. MIKULICZ zmianę następującą. Ponieważ po najdokładniejszym nawet odkażeniu powierzchni skóry pozostają drobnoustroje w głębszych warstwach tejże, a przedostając się przy cięciu lub nakłuciu do tkanek głębiej położonych, sprawy zapalne wywołują, przeto tam, gdzie dało się to stosować, raz jeden wkłuwano igłę i posuwając ją w rozmaitych kierunkach, znieczulenie całej okolicy osiągnano.

Wreszcie przyłącza autor tablicę przypadków, znieczulonych sposobem SCHLEICH'a, z której widać, że w pierwszych 2 przypadkach nastrzyknięcie nie dało najmniejszego znieczulenia; w 13 następnych znieczulenie na pół było

osiągnięciem, lecz potem, gdy metoda dokładnie zbadaną została, znieczulenie osiągnano całkowite i niezawodne.

SCHLEICH. (*Schmerzlose Operationen*. 1894).

HOFMEISTER. (*Beiträge z. klin. Chir.* 1896. B. XV. s. 563).

GOTTSTEIN. (*Berl. klin. Wochenschrift*. 1896. Nr. 41). A. Leśniowski.

88. R. Oestereich. Przypadek choroby Addison'a, wyleczony na drodze chirurgicznej.

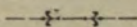
Badając w ostatnich latach anatomicznie kilka niepowikłanych przypadków gruźlicy nadnerczy, autor doszedł do wniosku, że możliwym byłoby leczenie za pomocą operacji. Przypuszczenie autora zostało wkrótce w zupełności potwierdzone. D-r HADRA przesłał autorowi do zbadania anatomicznego guz, wycięty przez niego jednej chorej, załączając przytem jej historję choroby. Z tej ostatniej wyjmujemy, co następuje. Chora, 55 lat licząca, wychudzona, o wyglądzie charłaczynym, pochodzi z rodziny gruźliczej. Od roku cierpi na stopniowo wzmagające się, silnie wyrażone osłabienie mięśniowe, brak sił, uczucie zmęczenia, kołatanie serca, duszność, obrzęk stóp. Prócz tego chora uskarża się na poty nocne, bóle brzucha, które z lewego podżebrza rozpromieniają się do krzyża, wymioty [bez krwi], występujące czasem po jedzeniu. W okolicy żołądka na linii środkowej wyczuwa się guz, wielkości małego jabłka, ruchomy, twardy, trochę nierówny, bolesny przy ucisku. Chemizm i mechanizm żołądka zboczeń nie wykazują. Przy rozcięciu żołądka guz znika [nie wyczuwa się]. Mocz nic nieprawidłowego nie przedstawia. Skóra nie jest bronzowo zabarwiona. Rozpoznano złośliwy guz zaotrzewnowy i 20 października 1895 r. usunięto go *per laparotomiam*. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. "Wszystkie zaburzenia żołądkowe, bóle krzyża po operacji zupełnie znikły. Pacjentka znacznie utyła. 13 lipca 1896 r. przedstawia się HADRZE i utrzymuje, że nigdy jeszcze nie czuła się tak dobrze, tak silną, jak obecnie. Już na podstawie wyglądu makroskopowego przysłanego preparatu autor rozpoznał gruźlicze nadnercze, co przez badanie drobnowidzowe zostało w zupełności potwierdzone. Czy jest się uprawnionym do rozpoznania w opisanym przypadku choroby ADDISON'a? Charakterystyczne objawy tej choroby: charłactwo, wybitna słabość mięśniowa, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, silne bóle w okolicy żołądka i krzyża były w spostrzeżeniu autora bardzo jasno wyrażone. Brakowało tylko bronzowego zabarwienia skóry i błon śluzowych. Autor podziela zdanie FLEINER'a, KAHLDEN'a, LEICHTENSTEIN'a, STRASSMANN'a i innych, że zabarwienie skóry nie stanowi objawu patognomonicznego choroby ADDISON'a, gdyż w niektórych przypadkach brak zupełnie tego objawu, w innych jest on bardzo słabo wyrażony. Nawet ci, którzy przypisują bronzowemu zabarwieniu skóry i błon śluzowych wielkie znaczenie, utrzymują, że rozwija się ono bardzo powoli i że w początku choroby może zupełnie nie istnieć. W swoim przypadku autor miał do czynienia z początkowym okresem choroby, która wystąpiła przy objawach, cechujących *morbum Addisonii*, przyczem brakowało tylko jednego objawu tej choroby. Obecność wyżej wymienionych obja-

wów klinicznych nie upoważnia nas do stawiania rozpoznania choroby Addison'a, Rozpoznanie w takich razach pozostaje ciemnym aż do sekcji. Można by autorowi zrobić zarzut, że objawy, opisane w jego spostrzeżeniu, zależą głównie od gruźlicy, mniej zaś od zniszczenia nadnercza. Lecz gruźlica nie może być uważana za przyczynę owego charakterystycznego zbioru objawów, gdyż wiadomo, że taki sam obraz chorobowy rozwija się także przy innych cierpieniach nadnerczy. Autor niedawno przeprowadzał badanie anatomiczne przypadku choroby Addison'a, w którym znaleźli mięsaka lewego nadnercza. Cały przebieg choroby, jak również dobroczynny skutek operacyi, dowodzi, że w spostrzeżeniu autora istniało cierpienie jednostronne [lewostronne]. Ten fakt zależności choroby Addison'a od cierpienia jednego nadnercza jest dość znanym. Że w opisanym przypadku autora miało miejsce zupełne wyleczenie, zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości: dość porównać stan chorej przed i po operacyi, uwzględnić znaczny przybytek na wadze i stan zdrowia chorej w jakie 10 miesięcy po operacyi. Przypadki wyleczenia z choroby Addison'a były wprawdzie już opisane w literaturze [NEUMANN], lecz brak im anatomicznego dowodu cierpienia nadnerczy. Przypadek więc autora może być uważany za jedyny w swoim rodzaju i winien zachęcić do wypróbowania chirurgicznego leczenia także w innych przypadkach omawianej choroby. Odnośnie do samej operacyi należy zauważyć, że gruźlicze nadnercze daje się łatwiej usunąć, aniżeli zdrowe, gdyż jest ono po większej części twarde i znacznie powiększone, otoczone twardą, włóknistą tkanką, tworzącą rodzaj torebki naokoło niego. Operacyę ułatwia również ta okoliczność, że wskutek ogólnego wychudnięcia masa otaczającej zaotrzewnowej tkanki tłuszczowej jest znacznie zmniejszona.

(*Zeitschrift f. klin. Medicin. B. XXXI. H. 1 u. 2. 1896.*)

Stanisław Pechkranc.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



11. Leczenie raka wyciągiem Jaskółczego ziela. D-r DENISENKO (*Wracz. 1896. 30. 34*), przyglądając się przez kilkanaście lat, jak lud leczy brodawki sokiem Jaskółczego ziela, wpadł na myśl stosowania tegoż soku przeciwko rakowcom i rakom, o czem zresztą już wzmiankowałem poprzednio, mówiąc wogóle o Jaskółczem ziele¹⁾.

Stopniowo po licznych próbach doszedł DENISENKO do wytworzenia sobie pewnej metody leczniczej, której obecnie stale się trzyma i która, jak opisuje, daje bardzo dobre wyniki.

Naturę nowotworu określa DENISENKO nie tylko według cech klinicznych i makroskopowych, ale na mocy badań drobnowidzowych, w czem mu dopomagają inni towarzysze, jak: POWARNIN, GRACHE i SZMIGIELSKI.

¹⁾ Wiadomości terapeutyczne. Gazeta Lekarska. 1896. Nr. 45.

Z przetworów Jaskółczego ziela używa on obecnie tylko wyciągu (*extractum Chelidonii majoris*), pochodzącego z apteki moskiewskiej FERREINA. Wyciąg ten stosuje jednocześnie wewnętrznie, podskórnie w postaci wstrzykiwań do miększu nowotworu i w opatrunkach.

Według DENISENKI, wyciąg Jaskółczego ziela w roztworze wodnym [1,5—5 na 100,0 wody na dobę], przyjmowany przez długi czas wewnętrznie, nie powoduje żadnych nieprzyjemnych objawów. Po posmarowaniu owrzodzeń rakowatych silnym roztworem [50%—75%] wyciągu powstaje palenie, które wszelako niezbyt jest silnem i niezbyt długo trwa. Po wstrzyknięciu wyciągu Jaskółczego ziela, a mianowicie roztworu 50%, do miększu nowotworu, szczególnie po pierwszym wstrzyknięciu w kwadrans lub w pół godziny, oprócz bólu palącego w miejscu wstrzyknięcia, pojawia się uczucie ogólnego niedomagania, mniej lub więcej silny dreszcz, a następnie podwyższenie ciepłoty ciała, dochodzące do 39° C.. Na drugi dzień wszystkie te objawy znikają.

Niedługo po rozpoczęciu leczenia można zauważyć, co następuje:

- 1) Ziemista barwa skóry znika.
- 2) Guz mięknie, jakby roztopiał się.
- 3) Po trzech lub pięciu dniach w miejscu wstrzyknięć pojawiają się przetoki, a w około nich bardzo szybko następuje roztopianie się nowotworu.
- 4) Po 15 lub 25 dniach można już widzieć, że tkanka nowotworowa, która przedtem zlewała się ze zdrową, ostro odgranicza się od tkanki zdrowej: tkanka nowotworowa zostaje jakby wypartą przez tkankę zdrową, a cały nowotwór staje się przeszło o połowę mniejszym. Powiększone, sąsiednie gruczoły limfatyczne ulegają wessaniu.

Sposób postępowania, według D-ra DENISENKI, jest następujący: Zaraz od pierwszego dnia leczenia chory przyjmuje do wewnątrz 1,5—5,0 grm. *extracti Chelidonii majoris* na dobę — w wodzie przekroplonej, lub w wodzie miętowej, albo trzy razy dziennie, albo też co dwie godziny łyżkę stołową. Dawkę dobową rozpoczyna się od 1,5 i codziennie zwiększa się ją o 0,5, aż się dochodzi do 5,0 gramów.

Co kilka dni do miększu samego nowotworu, ale, o ile można, w pobliżu granicy tkanki zdrowej, tylko nie do samej tkanki zdrowej, wstrzykiwać należy roztwór wyciągu Jaskółczego ziela. Osobom zdenerwowanym i mocno osłabionym wstrzykuje się co kilka dni jedną strzykawkę PRAVAZ'a następującego roztworu: *extracti Chelidonii majoris partem 1, Aquae destillatae partem 1, Glycerini partem 1*. Wogóle nie należy wstrzykiwać całej strzykawki owego roztworu w jedno miejsce, ale w kilka miejsc miększu nowotworu po kilka przedziałek strzykawki, tak, aby wszystkie razem wstrzyknięcia wynosiły jedną strzykawkę, albo więcej. Osobom silniejszym trzeba wstrzykiwać na każdym posiedzeniu roztwór mocniejszy i w większej ilości, a mianowicie: dwie strzykawki roztworu 50%, t. j. *extracti Chelidonii majoris partes duas, Aquae destillatae partem unam, Glycerini partem unam*. Rozumie się, że dwie strzykawki wstrzykuje się tylko w tych razach, w których wielkość nowotworu na to pozwala.

Owrzodzenia rakowate prócz tego smaruje się dwa razy dziennie mieszaniną z 1—2 części wyciągu Jaskółczego ziela i jednej części gliceryny, a tworzące się, z powodu wstrzykiwań, szczeliny, przetoki wypełniać należy codziennie rano i wieczorem aseptycznym muślinem, napojnym mieszaniną dwóch części *extracti Chelidonii* i jednej części gliceryny.

W każdym razie tak przy wstrzykiwaniach, jako też i przy opatrunkach wyciągiem glistnikowym baczyć należy na to, aby nie doprowadzić do zbyt silnego rozdrażnienia, t. j. do obrzęku i silnego zaczerwienienia skóry przylegającej. Skoro tylko wystąpią rzeczone objawy, trzeba na jeden dzień lub na dwa dni przestać opatrywać wyciągiem glistnikowym, ale natomiast nałożyć opatrunek przeciwnalny, niedrażniący, np. muślin, zmoczony w 10% roztworze [w oliwie] euforenu, zmieniać taki opatrunek dwa razy dziennie, a całe otoczenie owrzodzenia przykryć plastrem rtęciowym. Przez zaniedbanie tych ostrożności może zajść skutek wprost przeciwny żadanemu, t. j. nowotwór, zamiast zmniejszać się, zacznie coraz silniej i szybciej rosnać, zupełnie tak samo, jak to się dzieje po wyskrobywaniu lub po przyżeganiu.

Przeciwko silnym bólom, które czasami się pojawiają po wstrzyknięciu, albo po opatrunku wyciągiem glistnikowym, DENISENKO przepisuje 0,5 migreniny z 20 kroplami nalewki eterowej Kozłka lekarskiego (*tinctura Valerianae aetherae*), a osobom nadmiernie wrażliwym na wstrzykiwania wyciągu glistnikowego wstrzykuje przedtem jedną strzykawkę dwuprocentowego roztworu chlorku kokainy (*cocainum muriaticum*).

Roztwór wyciągu glistnikowego lepiej za każdym razem świeżo przygotować. Jeśli wszakże przyrządza się roztwór na kilka dni, to, dla uniknięcia szybko następującego psucia się, dodać trzeba 1,0 grm. chloroformu na 200 grm. roztworu.

Wreszcie dodać tu należy, że obok tego, że tak rzekę, swoistego leczenia, chory otrzymuje żelazo, chinę, chininę i wogóle ośrodki wzmacniające oraz podniecające, stosownie do wskazania.

Dla ważności kwestyi pozwolę sobie przytoczyć tu zupełnie obiektywnie w sposób, o ile można, najtreściwszy — obserwacye, podane dotąd przez DENISENKĘ.

1) Mężczyzna 48-letni. Rak wrzodziejący całej wargi dolnej. Guz twardej, przechodzi w tkankę zdrową, bez wyraźnej granicy. Gruczoł podszczękowy prawy powiększony. Na prawo od chrząstki obrączkowej dwa twarde gruczoły limfatyczne, jeden nad drugim.

Przez cały czas leczenia owrzodzenie smarowano roztworem wyciągu glistnikowego. Pierwszego dnia wstrzyknięto w cztery miejsca nowotworu po dwie przedziałki strzykawki PRAVAZ'a — roztworu Jaskółczego ziela (*extr. Chelidonii* 1,0, *Aquae destillatae*, *Glycerini ana* 0,5). W $\frac{1}{2}$ minuty po wstrzyknięciu palenie i niewielki dreszcz. Następnego dnia powierzchnia wrzodu jest pokryta cienkim, mocno przylegającym, szarawym nalotem, a cały guz jest jakby obrzękły. Na trzeci dzień nalot znika, a zamiast niego pojawia się powierzchnia różowo-czerwona. Twardość guza zmniejsza się i zaczynają występować granice guza. Ósmego dnia — guz coraz miększy; w miejscach

wstrzyknięć poprzednich—owrzodzenia; granice guza bardzo wyraźne. Wstrzyknięto po raz drugi. Silny dreszcz. Następnego dnia: guz daleko mniejszy; gruczoł podszczękowy prawidłowy, a gruczoly na szyi mniej twarde. Piętnastego dnia: średnia część wargi pokryta blizną, boczne części o połowę mniejsze, niż w początku. W owych bocznych częściach przy obmacywaniu można dobrze odróżnić część nowotworową od zdrowej sąsiedniej tkanki. Trzecie wstrzyknięcie. Dreszcz.

Dnia 24-go, licząc od początku leczenia: lewa połowa wargi pokryta gładką blizną. Konsystencya owej części zabliznionej jest prawidłowa. Prawa połowa wargi jest pokryta niegłębokim wrzodem o brzegach wywiniętych i o dnie różowem. W dniach następnych i to owrzodzenie stopniowo się zmniejsza i traci swój wygląd charakterystyczny.

Czterdziestego dnia: delikatna blizna barwy blado-różowej pokrywa całą wargę. Powierzchnia blizny jest lekko falistą. Ani stwardnień, ani gruczolów powiększonych nigdzie się nie wyczuwa.

W kilka tygodni potem: blizna jest o wiele bledszą niż przedtem i bardziej podobną do delikatnej skóry, aniżeli do błony śluzowej.

2) Kobieta 45-letnia. Na lewej połowie dolnej wargi wrzodziejący guz wielkości migdała. Gruczoly nie powiększone. Jedno wstrzyknięcie ze zwykłymi objawami, a następnie tylko smarowanie roztworem wyciągu glistnikowego. Po miesiącu zupełne zagojenie.

3) Kobieta 53-letnia. Na grzbiecie nosa guz twardy z okrągłą podstawą. Wymiar poprzeczny = 1,5 ctm.. Wysokość = 0,5. W środku guza: owrzodzenie. Codziennie smarowanie wyciągiem glistnikowym. Pierwszego dnia wstrzyknięcie, poczem silny dreszcz, ciepłota ciała 38,7° C, tętno 96. Piątego dnia: guz miękkie. Drugie i ostatnie wstrzyknięcie. Potem dreszcz, ciepłota ciała 38,2° C., tętno 92. W następnych dniach guz rozpada się i coraz bardziej niśnie, a w miesiąc od początku leczenia widać, zamiast guza, gładką bliznę bez żadnego nacieczenia.

4) i 5) Dwóch mężczyzn, jeden, mający lat 34, drugi — 47, skarży się na niemożność łykania i na bóle, idące od dolnego kąta lewej łopatki ku wewnątrz. Choroba trwa od lat dwóch. Ogólne wyniszczenie. Skóra barwy ziemisto-szarej. U młodszego z wielkim trudem i to po miejscowem znieczuleniu kokainą udało się wprowadzić zaledwie oliwkę № 1 zgłębnika TROUSSEAU'a. Przeszkoda znajduje się na 2½ ctm. nad wpustem. Na oliwce po wyjęciu zgłębnika widać krew i płyn ropiasty. U starszego zaledwie oliwka № 2 przechodzi z wielką trudnością. Przy sondowaniu wyczuwa się w przelyku wały; największą trudność dla przejścia oliwki przedstawia wpust żołądka. Po sondowaniu ciemne krwawe wymioty—około ¼ szklanki. Obu chorym przepisano roztwór *extracti Chelidonii majoris* 1—5 na 100 na dobę i powiększano tę dawkę codziennie o 0,5, aż doszło do 5,0 *pro die*.

Ósmego dnia leczenia: szaro-ziemisty kolor skóry znika. Sondowanie łatwiejsze: u jednego przechodzi oliwka № 2, a u drugiego—oliwka № 3.

Piętnastego dnia: u obu chorych przechodzi oliwka № 4. Obaj chorzy,

prócz płynnych pokarmów, spożywają bulkę rozmoczoną, kotlet siekany w małych ilościach, jajka na miękko.

Dnia 34 u obu chorych przechodzi oliwka № 6. Chorzy jadają prawie wszystko. W ciągu następnych dni stan ogólny chorych stopniowo coraz bardziej się poprawia. Pozostały tylko bóle w lewej łopacie. Chorzy następnie wyjechali, tak, że obserwacja jest niedokończoną. To wszelako trzeba zanotować, że *extr. Chelidonii*, tak długo przyjmowane, nie wywoływało nigdy żadnych przykrych objawów.

6) Mężczyzna lat 54. Guz w lewej górnej połowie brzucha. Bóle. Charłactwo. Po kilku tygodniach zażywania *extr. Chelidonii* [1,5—5,0] znaczna poprawa tak stanu ogólnego, jak i miejscowego.

7) Mężczyzna lat 53. Guz, wielkości główki noworodka, owrzodziły i wydający bardzo przykrą woń, zajmuje prawą stronę szyi i karku. Choroba trwa od 1½ roku. Stan ogólny chorego bardzo ciężki. Charłactwo. Apatya. Ciepłota ciała 37,6° C. Tętno małe. Utrudnione połykanie i oddechanie. Przepisano choremu wyciąg glistnikowy [1,5—5,0 na dobę], a po wymyciu powierzchni guza płynem antyseptycznym wstrzyknięto w rozmaite miejsca nowotworu razem 1,5 grama roztworu wyciągu glistnikowego (*extracti Chelidonii* 1,0, *Aquae destillatae et Glycerini ana* 0,5). W dwie minuty potem silny dreszcz, trwający pół godziny, ciepłota ciała 39,1° C., tętno pełne 102. Owrzodzenie dwa razy dziennie smarowano wyciągiem glistnikowym, rozpuszczonym w glicerynie. Następnego dnia ciepłota ciała prawidłowa. Chory czuje się lepiej.

Czwartego dnia powierzchnia owrzodzenia zaczyna się oczyszczać. W miejscach, gdzie zrobiono wstrzykiwania, utrata tkanki. Chory czuje się znacznie lepiej, przestał być apatycznym, jada, choć z trudnością jeszcze. Zabarwienie skóry zaczyna być prawidłowe.

Piątego dnia — drugie wstrzyknięcie. Następstwa też same, jak po pierwszym wstrzyknięciu.

Siódmego dnia — zaczyna się wyczuwać granice nowotworu. Oddechanie swobodne, a połykanie połączone już z niewielką trudnością.

Dziewiątego dnia trzecie wstrzyknięcie. Czternastego dnia po silnym przeziębieniu się chory dostał gorączki 40° C. Odtąd przez kilka dni obraz grypy.

Ośmnastego dnia na nowo rozpoczęto przerwane leczenie wyciągiem glistnikowym, a chory stopniowo coraz bardziej i miejscowo i ogólnie się poprawia.

Dnia 27-go guz znacznie się zmniejszył i stał się ruchomym. Połykanie zupełnie swobodne.

Dnia 21-go przy ogólnym bardzo dobrym stanie chorego znowu zrobiono wstrzyknięcie. Następstwa ogólne zwykle, tylko słabiej wyrażone, aniżeli po pierwszych wstrzykiwaniach.

Z powodu wyczerpanego zapasu wyciągu glistnikowego na tem DENISENKO przerywa dalszą historię choroby. Z załączonych fotografii można rzeczywiście się przekonać, że guz ogromnie się zmniejszył, choć mimowolnie każdemu nasunąć się może ta myśl, czyby tego samego nie dokonał każdy inny

środek leczniczy, wywołujący przez wstrzyknięcie mięszonej częściową mortyfikację guza.

Tak przedstawia się — w świetle zupełnie obiektywnem — kwestya leczenia raków wyciągiem glistnikowym, podana przez DENISENKĘ.

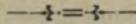
Rozumie się, że komunikat DENISENKI zobudził wielu lekarzy do robienia odpowiednich spostrzeżeń. O wynikach tych spostrzeżeń dotąd nie wiele wiemy, co bynajmniej nie jest dziwnem, zważywszy, ile czasu potrzeba na to, by mózdz o tej kwestyi stanowczy sąd wydać.

Na jednym z ostatnich posiedzeń „Towarzystwa Terapeutycznego“ w Paryżu BARDET w imieniu ROBINSON'a (*La Semaine médicale*, 1896. 56) przedstawił spostrzeżenie przypadku, w którym otrzymano dobry wynik przy stosowaniu metody DENISENKI. Przypadek ten tyczy się kobiety, 55 lat mającej, u której po zastosowaniu leczenia wyciągiem glistnikowym [wstrzykiwania mięszone, opatrunek i wewnątrznie 3,0 na dobę] wrzodziejący rak szczęki górnej „szybko się roztopił“ i bóle się uspokoiły. Po wstrzyknięciu wyciągu glistnikowego występował za każdym razem bardzo silny odczyn gorączkowy. Wszelako ów odczyn pojawiał się w przypadku ROBINSON'a o wiele później, niż w przypadkach DENISENKI, gdyż w 3—7 godzin po wstrzyknięciu.

U nas, o ile mi wiadomo ze źródeł prywatnych, w kilku szpitalach prowadzą odpowiednie badania; w swoim więc czasie dowiemy się o rezultatach. Tymczasem wszakże mogę już zakomunikować, że niektórzy lekarze weale nie są zachwyceni nowym środkiem leczniczym. Na jednym tylko oddziale, na którym do spostrzeżeń nad działaniem Glistnika starannie wybierają wyłącznie raki skórne, podobno wyniki mają otrzymywać weale pomyślne.

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne.



— GENDRON radzi przy nakładaniu gorsetów gipsowych wkładać w ścianę gorsetu dwie blaszki cynkowe zazębite, by w ten sposób uniknąć konieczności oddawania tegoż gorsetu do bandażysty dla obszycia i przystosowania haftek. W tym celu przygotowuje on dwie blaszki cynkowe, odpowiedniej do gorsetu długości, mające 1 mil. grubości i 3 ctm. szerokości. Każda z tych blaszek ma na jednym brzegu zębate występy, które po odgięciu mogą wytworzyć haczyki. Nakłada gorset GENDRON w ten sposób. Ułożywszy na środkowej linii piersi zwyczajną ochronną blaszkę, kładzie on pewną ilość warstw z opaski gipsowanej, a następnie pomieszcza po obu stronach w odległości kilku centymetrów od blaszki środkowej wspomniane wyżej blaszki z występami, poczem dalej nakłada opaskę. Tym sposobem zamocowuje odgięte kolce blaszek, które to kolce, odgięte jeszcze bardziej na zewnątrz, wytwarzają dwa szeregi haczyków, na których można naciągnąć sznurowadło. Brzegi rozciętego gorsetu należy obszyć trykotem. [Zamiast takich blaszek można w ścianach gorsetu umocować w tenże sam sposób dwa szeregi haftek, osadzonych na sznurkach. (*Przyp. spraw.*)

(*Sem. méd.* 1896. 30 Septembre).

B. S.

— COLIN zaleca gujawakol przy przewlekłych, zwłaszcza bolesnych, zapale- niach, oraz przy gruźlicy pęcherza. W tym celu używa on dla wstrzykiwania (in-

stiltatio) 5% roztworu gwajakolu lub 1% roztworu węglanu gwajakolu w oliwie. Przy gruźlicy pęcherza należy zapisywać: *guajakol* 5,0; *jodoform* 1,0, *Olei airoli sterilis*. 100,0. Z tego 5% roztworu należy codziennie wstrzykiwać 1—2 ctm. sześć.; przy stosowaniu 1% roztworu wstrzykuje się codziennie 5—10 ctm. sześć..

(*Deut. med. Zeit.* 1896. Nr. 76).

Br. S.

Wiadomości bieżące.

— 2 — 3 —

— Kol. KONRAD DOBRSKI został wybrany na wiceprezesa kasy imienia MIANOWSKIEGO.

— Na skutek wpływu D-ra MISS LILIAS HAMILTON, lekarza-kobiety emira Afganistanu, wydany został rozkaz obowiązkowego szczepienia ospy ochronnej w całym państwie, a urządzenie odpowiednich zakładów powierzono inicjatorce.

— R. KOCH został zaproszony przez rząd przyłądka Cap w południowej Afryce do zbadania naukowego grasującej tam zarazy morowej bydła rogatego i zalecenia odpowiednich środków w celu powstrzymania epidemii. K. udał się tam w towarzystwie D-ra KOHLSTOCK'a.

— D-r FINLAYSON na mocy obliczeń 13000 zmarłych w Glasgowie doszedł do wniosku, iż najczęściej ludzi umiera między godz. 5—6 rano. D-r zaś BEADLES, lekarz schronienia Colney Hatch, zużytkowawszy dane o 3424 mężczyznach i 1000 kobietach, twierdzi, iż mężczyźni najczęściej umierają między godz. 5—7 rano, a kobiety między godz. 6—7 wieczorem.

— Prof. GRASHEY został dyrektorem kliniki chorób umysłowych i nerwowych w Monachium.

— Zmarł w Freiburgu prof. E. BAUMANN, autor licznych prac z dziedziny chemii fizyologicznej. Ostatnią z nich było wykrycie jodu w gruczole tarczowym, co dało podstawę naukową terapii chorób tego gruczołu.

Sprostowanie. W sprawozdaniu z Tow. Lek. Warsz. w № 46, zamiast podanego przemówienia kol. DOWNARÓWICZ, powinno być, co następuje: „D. powiada, iż dziedziczność pewnej formy chorobowej układu nerwowego obecnie przypuszcza się na zasadzie statystyki, a mianowicie: jeżeli ta ostatnia wykazuje, że osobniki, zapadające na ową formę chorobową, są obciążone dziedzicznie. Co do *sclerosis lateralis amyotrophica*, którą kol. HIGIER zamieścił w swojej klasyfikacji jako chorobę dziedziczną, to etyologia, przytoczona w opisach pierwszych badaczy tej formy chorobowej, jak również w licznych przypadkach, ogłoszonych aż do ostatnich czasów, bynajmniej tego zdania nie stwierdza; przeciwnie w bardzo nieznacznej ilości przypadków, jakby tylko wyjątkowych, są wskazania, że chory na *sclerosis lateralis amyotrophica* był obciążony dziedzicznie; można zatem przypuścić, że te wyjątkowe dane mają znaczenie prostego wypadku.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 8 Ноябрь 1896. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.