

# GAZETA LEKARSKA.

## I. JODEK SODU I POTASU, JAKO ŚRODKI LECZNICZE

### PRZY KRWOTOKACH.

Napisał

**Adam Chełmoński,**

ordynator szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Niebezpieczeństwo dla życia chorego, które się nieraz łączy z krwotokami, sprawia, że moment ten, jakkolwiek jest tylko objawem chorobowym, często sam przez się stawać się musi przedmiotem leczenia. O doniosłości tego objawu, a także, jeżeli pominąć leczenie chirurgiczne, o naszej bezsilności wobec niego świadczy między innymi ta mnogość środków leczniczych, które różnymi czasy były zalecane w tych razach. Ponieważ wiadomo powszechnie, że nieraz krwotok nawet bardzo silny bez żadnego naszego udziału prędko się uspokaja, podczas gdy innym znów razem mimo wszelkie nasze usiłowania nie ustaje, więc zdobycie jakiegoś pewniejszego kryterium o wartości danego środka jest tu nadzwyczaj trudne. I w tym razie, jak zresztą wogóle w lecznictwie, jedynie wieloletnie doświadczenie przekonać może o skuteczności lub nieskuteczności środka. Dlatego też do wypróbowania polecam środek, który stosuję, o ile mi się zdaje, z pożytkiem od lat pięciu w niektórych przypadkach krwotoków.

Przypadek, który mnie skłonił do podawania jodków przy krwotokach, był taki: S. W., wieku lat 35, od lat 10 miewa kilka razy do roku obfite krwotoki płucne. Gdy krwotok taki raz się pokaże, to już zwykle powtarza się codziennie przez 2 — 3 tygodni z rzędu. Środki, stosowane przez lekarzy, mało lub wcale nie pomagają. Ostatni krwotok miał miejsce przed 3-ma dniami i od tego czasu codziennie się powtarza. Badanie wykazało u osobnika niezbyt wyniszczonego, lecz bladego, nie gorączkującego, włóknistą postać gruźlicy płucnej. Prócz tego znaleziono: tętno napięte; tętnica promieniowa ma przebieg nieco falisty, ściany jej są twarde, nierówne; to samo stwierdzić się daje co do tętnicy ramieniowej, skroniowej i udowej; drugi ton aorty akcentowany, dźwięczny; wobec rozedmy płucnej o istotnych wymiarach serca nic pewnego powiedzieć nie można.

Najważniejszym momentem chorobowym, który nie mógł pozostać bez wpływu na powstawanie krwotoków, było w danym przypadku nadmierne podniesienie ciśnienia tętniczego.

Do środków, które zmniejszają ciśnienie tętnicze, należą związki jodu.

W 1876 r. BOGOLEPOFF, wprowadzając do żył psów po 0,18 jodku potasu, przekonał się, że pod wpływem tego środka naczynia obwodowe rozszerzały się, a ciśnienie krwi stale zmniejszało się. W 1889 r. G. SÉE i LAPICQUE ogłosili drukiem swe doświadczenia nad działaniem związków jodu na krążenie i przekonali się, że zarówno jodek potasu, jak i jodek sodu obniżają ciśnienie krwi, różnią się jednak tem, że podczas gdy pierwszy z nich z początku podnosi ciśnienie tętnicze, a dopiero po 1 — 2 godzinach obniża je, drugi od razu obniża ciśnienie krwi. HUCHARD i ELOY swemi doświadczeniami na królikach dowodzą tego samego: 0,5 jodku potasu na kilogram wagi obniża ciśnienie o 10 do 19, a nawet do 41 mm. Hg. <sup>1)</sup>

Wobec wskazania, jakie miałem w danym przypadku do obniżenia ciśnienia krwi, zaleciłem choremu jodek sodu w dawce po 0,2 dwa razy dziennie. Już po pierwszej łyżce roztworu jodku sodu odpluwanie krwi wydatnie się zmniejszyło, a po drugiej ustało zupełnie. Po roku znowu się ponowił krwotok, który, leczony jodkiem sodu, szybko zmniejszał się, a po dwóch dniach już się nie ponawiał, co u danego chorego było rzeczą niezwykłą.

Dla ilustracji wskazań i działania jodków przy krwotokach pozwolę sobie przytoczyć jeszcze jeden przypadek krwotoku, który obserwowałem na początku roku bieżącego. Przypadek ten dotyczył chorej M. R., w wieku lat 39, która skarżyła się na bardzo obfite krwotoki nosowe, trwające od pięciu miesięcy, a tak uporeczywe, że mimo systematyczne leczenie miejscowe [leczenie środkami farmaceutycznymi i przypalaniem] oraz ogólne [hydroterapia, *styptica* i t. p.] bez tamponu z waty w nosie chora obejść się nie mogła. Przy badaniu znaleziono: budowa dobra, skóra i błony śluzowe blade, nogi w kostkach nieco obrzmiałe, obrzmienie śledziony; tętno twarde, napięte; nieznaczne stłumienie na rękojeści mostka, tętnienie tętnic szyjowych, dwa szmery zamiast tonów, występujące w górnych ustępach mostka, różnica w wielkości tętna tętnic promieniowych [na lewej tętno mniejsze, niż na prawej], wreszcie nieznaczne powiększenie tępości serca w podłużnym wymiarze. Na podstawie tych danych przedmiotowych rozpoznanie tętniaka aorty nie mogło nastroczać żadnych trudności. Wobec danych, wskazujących na wzmoczenie ciśnienia tętniczego, zalecono jodek potasu po 0,3 dwa razy dziennie. Po podaniu tego środka krwotok nosowy bardzo prędko, bo po 2 dawkach, ustał zupełnie i, jakkolwiek chora używała środka tego tylko przez tydzień, krwotok nie ponawiał się przeszło przez dwa miesiące. Po upływie tego czasu przed wystąpieniem miesiączkowania krwotok zjawiał się nanowo z obu otworów nosowych, lecz i tym razem po użyciu kilku łyżek roztworu jodku sodu ustał zupełnie.

<sup>1)</sup> Literaturę patrz: w Real-Encykl. II Auf. Bd. X. pg. 276 i w J. G. EDGREN. Die Arteriosclerose. Leipzig. 1894, pag. 276. 277.

Nie będę nużył uwagi czytelnika przytaczaniem opisów zwykłych przypadków krwotoków z narządów oddechowych, z nosa, z kiszki i t. p., w których wzmożone ciśnienie tętnicze posłużyło mi za wskazanie do podawania jodku sodu lub jodku potasu i w których środek ten, o ile sądzić mogę, był użyteczny. Aż nadto dobrze pamiętam o tem, że nawet bardzo liczna kazuistyka nie może być w tym razie wolną od przypadkowości: zawsze pozostanie wątpliwość, czy krwotok ustąpił sam przez się, czy też pod wpływem zaleconego środka. Więc tylko ogólnie powiem, że jeżeli przy krwotokach podawać jodek sodu lub potasu w tych przypadkach, w których ciśnienie tętnicze jest podniesione, to: 1) złych ztąd następstw nie widuje się i 2) krwotoki po podaniu danego środka szybko ustępują. Za wskazanie do podawania jodków przy krwotokach należy uważać wzmożenie ciśnienia tętniczego.

To, co powiedziałem, odnosi się zarówno do jodku sodu, jak i do jodku potasu. Ze względu jednak na wyżej wspomniane doświadczenia G. SÉE'go i LAPICQU'a w danym celu, zdaje się, jodek sodu jest odpowiedniejszym. Omawiane środki stosowałem w dawkach małych lub średnich, zwykle po 0,2, niekiedy po 0,3 dwa razy dziennie w pół szklanki mleka.

Co się tyczy oryginalności pomysłu stosowania związków jodu w celu leczenia krwotoków, to lubo związki te w tej myśli nie były stosowane, jednak znane jest oddawna podawanie jodku potasu i sodu przy krwotokach mózgowych, jako środków rezorbujących. Po tem, co powiedziano wyżej o wpływie jodków na ciśnienie, uważaćby je można i w tym razie raczej za środki, które, zmniejszając ciśnienie krwi, zapobiegają nowym wylewom, aniżeli za środki przyspieszające wessanie. W końcu wspomnę o analogicznych z moimi spostrzeżeniami L. FICK'a (*La Semaine médic. 1898. Nr. 14*), który przy krwotokach z narządów oddechowych, podawał, jak twierdzi, z dobrym wynikiem nitroglicerynę, zbliżającą się, jak wiadomo, pod względem działania na układ naczyniowy, do jodków.

---

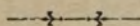
Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ RADCY DWORU PROF. RYDYGIERA WE LWOWIE.

---

## II. O ZNIECZULANIU MIEJSCOWEM I GRANICACH JEGO STOSOWANIA.

Napisał

**D-r M. W. Herman.**



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 51].

Znanem już było w początkach stosowania kokainy, że działanie jej tem wyraźniej występuje, im bardziej tkanka jest pozbawioną krwi i już dawniej

zwrócono uwagę na fakt, że kokaina, wstrzyknięta w sąsiedztwie pnia nerwu czulnego, obniża czucie w całym zakresie, przez ten nerw zaopatrywanym. Na pierwszą okoliczność zwraca uwagę między innymi L. PERNICE<sup>1)</sup> i za wskazówkami OBERST'a stale przy znieczulaniu kokainą używa opaski ESMARCH'a. Myśl druga, czy kokaina, zastosowana na pień nerwowy, nie obniży wrażliwości tkanek w całym jego zakresie, zrodziła się poraz pierwszy w głowie Amerykanina CORNING'a<sup>2)</sup>, który stwierdził, że 4% rozczynek kokainy, wstrzyknięty w tkanki, otaczające pień nerwu czuciowego, obniża czucie w całej odpowiedniej okolicy. Lecz CORNING nie posuwał się poza stwierdzenie tego faktu. W Europie LUKASCHEWITSCH, doświadczając, doszedł do tego samego wyniku lecz znów go nie zużytkował, podobnie, jak i później GABRYSZEWSKI<sup>3)</sup>. Ten ostatni wstrzykiwał 3—6% rozczynek kokainy w obwód nerwu łokciowego w miejscu, w którym się nerw przewija poza kłykiem zewnętrznym kości ramiennej. Płyn nie skąpił: nerw niejako płał się „w mocnym rozczyńcu alkaloidu“. Po kilku minutach G. stwierdzał zupełną nieczułość nerwu na ucisk w miejscu wstrzykiwań, „a na całej łokciowej stronie przedramienia i małym palcu u ręki zjawiało się zdrętwienie i znaczne zmniejszenie czucia dotyku i ciepłoty... Znieczulenia bezwzględnego, tak jak w miejscu wstrzyknięcia, otrzymać jednak nie zdołałem“. Jak sobie tłumaczyć brak owego zupełnego znieczulenia? Najprawdopodobniej anastomozą wszystkich nerwów, zaopatrujących daną kończynę. Aby zatem osiągnąć zupełne znieczulenie, trzeba znieczulić wszystkie pnie nerwowe, dochodzące do danej części ciała; albo, znieczuliwszy pojedynczą gałązkę, operować w najbliższym sąsiedztwie. Pierwszą drogę obrał OBERST<sup>4)</sup>, przeważnie drugą ALI KROGIUS<sup>5)</sup>.

OBERST uważa założenie opaski ESMARCH'a, oczywiście dośrodkowe od pola operacyjnego, za część zasadniczą swego sposobu, poczem dopiero obwodowo od opaski igielką ku obwodowi skierowaną, w okolicę każdego pnia nerwowego, dochodzącego do danej okolicy, wstrzykuje po  $\frac{1}{4}$  strzykawki PRAVAZ'a 1% rozczynek kokainy. Na palcach rąk i nóg [a na te części ciała niemal wyłącznie ogranicza stosowanie tej metody] trzeba zrobić dwa wstrzyknięcia na stronie grzbietowej na krawędzi promieniowej i łokciowej i w analogicznych miejscach po stronie dłoniowej. Do operacji przystępuje dopiero po 5—10 minutach, albo i po dłuższym czasie zależnie od rozmiarów części, która ma być znieczuloną. Znieczulenie, przy dokładnem zastosowaniu przepisów i użyciu świeżego rozczyńca kokainy [któryby można jeszcze ogrzać, jak radzi COSTA], osiąga się zupełne. W tym sposobie działa nie tylko chemiczny wpływ kokainy, lecz prawdopodobnie wchodzi w rachubę wpływ troficzny bezkrwistości i mechaniczny ucisku, boć każdy z tych czynników, z osobna

1) Ueber Cocainanästhesie. Deutsche med. Woch. 1890. Nr. 14.

2) New-York med. Journal T. XLII. Z. 12. 1887.

3) L. c.

4) P. L. PERNICE. L. c.

5) Zur Frage von der Cocainanalgesie. Centr. f. Chirurgie, 1894. Nr. 11.

wzięty, jeżeli nie znieczula zupełnie, to obniża czucie [JAMES MOORE i LIÉGAUD].

A właśnie ogłoszone spostrzeżenie S. KOFMANN'a (*Blutleere als Lokalanästhesie. Centralbl. f. Chir. 1898. Nr. 40*) wskazuje, że do zupełnego znieczulenia nawet kości, na kończynach wystarcza sama miejscowa bezkrwistość, wywołana opaską elastyczną, nałożoną dośrodkowo względnie do miejsca chorobowego. Po kilkunastu minutach czekania K. operuje bez bólu i bez użycia kokainy. Od pewnego czasu posługuje się KOFMANN wyłącznie tą tak zasadniczo zmienioną metodą OBERST'a.

Metoda ALI KROGIUS'a, obmyślona niezależnie od poprzedniej, liczy się głównie z faktem wpływu kokainy na pnie nerwowe; używa się roztworu 2% i wstrzykuje się kokainę [w większych nieco ilościach niż OBERST] dośrodkowo od pola operacyjnego i poprzecznie do podłużnej osi kończyny. Założenie opaski ESMARCH'a uważa K. za rzecz pożyteczną, ale nie konieczną. Znieczulenie zupełne następuje dopiero po 5—10 minutach. Zdaje się jednak, że już  $\frac{1}{2}$ , a nawet  $\frac{1}{4}$  roztworu kokainy, albo eukainy<sup>1)</sup>, wystarczy, o ile wstrzykiwać się go będzie w obwodzie ogniska.

Mimo tylu i tak widocznych zalet zakres, w jakim obie metody znaleźć mogą zastosowanie, ogranicza się w praktyce niemal tylko na palce rąk i nóg. Metody te obszarowego, czyli obwodowego znieczulania mają swoją literaturę. Do zwolenników należą BRAUN<sup>2)</sup>, HONIGMANN<sup>3)</sup>. Ten ostatni uważa metodę OBERST'a za lepszą w odpowiednich razach od nacieczenia np. SCHLEICH'a, twierdząc i słusznie, że w znieczuleniu sposobem SCHLEICH'a łatwiej zrobić laparotomię, niż przeciąć zastrzał.

Do zwolenników również należą: P. ARENDT<sup>4)</sup>, który zastosowywał kilkakrotnie sposób OBERST'a na prąciu, celem operacji przetok, stulejki, GOTTSTEIN i inni. Zbyt szczupłe pole wskazań dla tego sposobu rozszerza O. MANZ<sup>5)</sup>, stosując go do operacji na całej stopie. Zakłada opaskę ESMARCH'a powyżej kostek [baczyć należy, aby opaska gładko leżała] i w okolicę każdego nerwu wstrzykuje 1% roztwór kokainy. Po wstrzyknięciu czeka 20—30 minut, poczem znieczulenie występowało tak rozległe, że bez bólu łyżeczował i wydłutowywał kości stępu. MANZ jest tego przekonania, że przy pomocy tego sposobu można będzie wykonywać operacje LISFRANC'a, CHOPART'a i inne.

Jak już zaznaczyłem, używaliśmy kilkakrotnie sposobu tego celem znieczulenia palców rąk przy operacjach zastrzału, nowotworów i t. p.. Nie w każdym razie osiągnęliśmy zupełne znieczulenie, lecz zawsze dostateczne. Na niekorzyść tego sposobu zapisać należy to, że każde uklucie igielką — a takich ukuć np. na palcu zrobić trzeba 4 — jest bolesnem, znieczulanie zaś każdego miejsca

1) MANZ i HACKENBRUCH. Chirur. Kongress. XXVII.

2) Ueber Infiltrationsanästhesie u. regionäre Cocainanästhesie. Centralbl. f. Chirur. 1897 Nr. 17.

3) Zur Localanästhesie. Ctrbl. f. Chir. 1897. Nr. 51.

4) Weitere Beiträge über regionäre Cocainanästhesie. Ctrbl. f. Chir. 1898. Nr. 15.

5) Ueber regionäre Cocainanästhesie. Ctrbl. f. Chir. 1897. Nr. 7.

ukłucia chlorkiem etylu zbyt wikałoby tę metodę. Wady te jednak znikają w modyfikacyi KOFMANN'a.

Z obawy jednak trujących własności kokainy, gdy przed dwoma laty poczęto zolecać nowy środek do miejscowego znieczulania, nazwany eukainą, poczęliśmy i jego próbować. Dwa tego rodzaju przetwory: *eucaïnium A.* i *eucaïnium B.*, w przeciągu kilku miesięcy wypuściła w świat fabryka Schering'a, pisząc każdemu w pasporcie: lepszy niż kokaina, nie trujący, znieczula pewnie, tani i t. d. Ze stanowiska czysto naukowego badał te przetwory GAETANO VINCI<sup>1)</sup>,<sup>2)</sup>. Z badań jego wynika dowodnie, że *eucaïnium hydrochloricum A* jest przetworem znacznie gorszym, niż *eucaïnium hydrochloricum B.* Eukaina *A* jest esterem metylowym kwasu *metylbenzoyltetrametyl- $\eta$ -oxyypiperidin* węglowego, 2-gi zaś przetwór jest to *benzoyl-trans-vinyldiaceton alkamin*. Ponieważ eukaina *A* została zupełnie wypartą z użycia przez eukainę *B* i co do pierwszej zupełnie nam zbywa na doświadczeniu, przeto zajmiemy się wyłącznie tą drugą, używaną w postaci chlorku. Jest to biały, krystaliczny proszek, rozpuszczalny w  $3\frac{1}{2}$  częściach wody. Czynnikiem działającym jest tu grupa benzoyłowa  $\text{CO} \cdot \text{C}_6\text{H}_5$ . Znieczulenie następuje skutkiem bezpośredniego zetknięcia się eukainy z zakończeniami nerwów czuciowych, przyczem następuje równocześnie porażenie zakończeń nerwu współczulnego, jak o tem świadczy przekrwienie, na rozszerzeniu się naczyń polegające, a które powstaje w miejscu wstrzyknięcia.

W większych dawkach eukaina zwalnia znacznie tętno i obniża ciśnienie krwi. Dawki trujące [0,50 grm. na klgm. wagi królika] wywołują początkowo ogólne drgawki toniczne i *opistotonus*, potem następuje ogólne porażenie i śmierć skutkiem porażenia ośrodka oddechowego. Porażenie zależy nie tylko od zajęcia wszystkich ośrodków nerwowych, ale i obwodowych zakończeń motorycznych. Działa zatem analogicznie z kurarą i to prawdopodobnie dzięki obecności winyldiacetonaminu. Roztwory wodne nie ulegają zepsuciu, co między innymi i tej okoliczności zawdzięczać należy, że już 2% rozczyzny, działając przez 24 godziny na bakterye, wstrzymują zupełnie ich wzrost; można je zresztą dokładnie wyjaławiać przez wygotowanie, eukaina znosi bowiem wysokie stopnie ciepłoty, bez zmiany składu chemicznego.

Eukainy dotychczas używano w roztworach o rozmaitem natężeniu, aż do 15% dochodzącem. Do celów okulistycznych wystarczają rozczyzny słabe [2%]; do celów chirurgicznych potrzeba silniejszych. THOMAS'a<sup>3)</sup> poleca 10%; te silniejsze rozczyzny [5%] znieczulają błony śluzowe<sup>4)</sup>. Przy wstrzykiwaniach podskórnych eukainy *B* dochodzono bez wywołania objawów zatrucia u dorosłych do 3 grm. LOSSEN<sup>5)</sup> twierdzi, że bez najmniejszej obawy podać można 2 grm. *pro dosi*.

1) Ueber ein neues locales Anästheticum das Eucain. VIRCHOW'S ARCHIV. 1896. Bd. 145.

2) Ueber das Eucaïn B. VIRCHOW'S ARCHIV. 1897. Bd. 149.

3) LOHMANN. Eucaïn B als Localanästheticum etc. Therapeut. Mntshft. 1897. August.

4) H. WOSIDLO. Eucaïn als locales Anästhet. für Hararöbre u. Blase. Ctrbl. f. d. Krankh. d. Harn u. Sexualorg. VIII. T. 2 Z.

5) Lehrbuch d. allgem. Chirurg. 1892. str. 372.

Przez szereg miesięcy używaliśmy systematycznie tego środka znieczulającego w roztworze 1:15 wody. Przy jego pomocy, prócz całego szeregu pomniejszych operacji, dokonaliśmy i cięższych, jako to: wypilowanie żebra przy ropnym otoku, wycięcie połowiczne krtani przy raku tejże, wytrzebiecie, otwarcie jamy brzusznej przy gruźlicy otrzewnej i t. d.. Dawki największe, do jakich dochodziliśmy, wynosiły 1 grm. *eucaini hydrochlor.* B, zatem z roztworu u nas używanego 15 strzykawkę PRAVAZ'a i przyznać należy, że osiągnęliśmy znieczulenie zupełne i nigdy nie obserwowaliśmy objawów zatrucia. To jednak pamiętam, że, jak kokainą, tak i eukainą zupełnego znieczulenia cewki moczowej przy cystoskopowaniu, sondowaniu i t. d. nie udawało się nam osiągnąć.

Zgodzić się zatem można z WOHLGENMUTH'em <sup>1)</sup>, że eukaina w zaletach swych stoi na równi z kokainą, o tyle jednak tylko, o ile nie zostanie stwierdzonym zupełne bezpieczeństwo eukainy. Trudno natomiast pojąć bezwzględnie potępiający sąd RECLUS'a <sup>2)</sup>, który uznaje, że eukaina pod każdym względem gorszą jest od kokainy.

Mimo tych niezaprzeczonych zalet eukainy, po części z nieufności do nowego, mało znanego i używanego środka, kiedy poczęto głosić sławę metody SCHLEICH'a, zaczęliśmy i my ją stosować, najpierw w pojedynczych przypadkach, a potem zachęteni osiągniętymi wynikami coraz to częściej, aż od pół roku dla tej metody porzuciliśmy niemal wszystkie inne; wyjątkowo tylko w pojedynczych przypadkach powracamy niekiedy do kokainy lub eukainy. Doświadczenie, w tym czasie zdobyte, pozwala nam wydać sąd o wartości znieczulania sposobem SCHLEICH'a.

Zanim jednak przystąpię do skreślenia mego zdania, pokrótce opiszę poprzednio samą metodę.

SCHLEICH w swej książce <sup>3)</sup> broni zupełnej nowości swego sposobu; podniosły się bowiem głosy, że metoda przezeń zalecana jest już nie nową, gdyż przed nim już zrobił LIEBREICH spostrzeżenie, że tkanki, nacieczone choćby wodą przekroploną, stają się nieczułe na ból. Metoda ta jednak wówczas się nie przyjęła, a po upływie pewnego czasu SCHLEICH podniósł tę samą ideę, znacznie jednak przez siebie zmienioną. SCHLEICH zatem jest pierwszym, który znieczulanie przez nacieczenie wykształcił na metodę, gorąco stanął w jej obronie i zalecił do szerszego stosowania. Wrażenie, jakie wywołał, nie było widocznie bardzo korzystne, gdyż potrzeba było kilku lat, zanim metoda jego znalazła liczniejszych naśladowców.

Sposób znieczulania SCHLEICH'a zasługuje na coraz szersze zastosowanie, gdyż przy tej metodzie zachodzi znacznie mniejsza potrzeba usypiania chorych: w rzeczy samej w niektórych klinikach cyfra ta obniżyła się o 40—50%.

SCHLEICH podaje przepisy na 3 rozmaite roztwory:

---

<sup>1)</sup> Chirurgen-Kongres XII.

<sup>2)</sup> France méd. 1897. Nr. 8. Ref. w Centrbl f. Chir. 1898. Nr. 6.

<sup>3)</sup> Schmerzlose Operation en. III. Aufl. Berlin, 1898.

I. Rp.	<i>Cocaini muriatici</i>	0,20
	<i>Morphii muriatici</i>	0,02
	<i>Natrii chlorati</i>	0,20
	<i>Aquae destil. steril. ad</i>	100,0.
II. Rp.	<i>Cocaini mur.</i>	0,10
	<i>Morphii mur.</i>	0,02
	i t. d. jak № I.	
III. Rp.	<i>Cocaini mur.</i>	0,01
	<i>Morphii mur.</i>	0,005.

Płyny według powyższych przepisów wypisywać można wprost z apteki, lub też przygotowywać je sobie samemu z proszków podług tego samego przepisu.

Rp.	<i>Cocaini mur.</i>	0,10
	<i>Morphii mur.</i>	0,02
	<i>Natrii chlorati</i>	0,20
MDS.	Jeden proszek na 100 grm. wody wyjałowionej [płyn SCHLEICH'a № II].	

Pierwszy z tych rozczyńców jest najsilniejszy i wyjątkowo bywa używany w przypadkach bardzo bolesnych operacji. Płyn drugi jest normalnym: ten ma ogólne zastosowanie i w każdym przypadku może być z pożytkiem użyty. Płyn trzeci — najslabszy — podany został dodatkowo i użytym być może tam, gdzie, stosując płyn I-y lub II-i, doszliśmy już do największej dawki kokainy, a pozostał nam jeszcze znaczny obszar do znieczulenia; bo i tych płynów nie możemy bez miary używać.

Dawka największa kokainy wynosi 0,05 dla dorosłych, znacznie mniej dla dzieci. Morfina w płynie SCHLEICH'a w żadnym rozczyńcu nie dosięga dawki najwyższej, unormowanej dla dorosłych, zatem śmiało użyć można z rozczyńcu Nr. I. 25 grm., z Nr. II. 50 grm., a rozczyńcu Nr. III nawet 500 grm. Nie zaszkodzą jednak dawki nawet dwakroć większe; gdyż: 1) środek trujący wprowadzamy do organizmu w znacznym rozcieńczeniu, tak, że nawet przy wzmożonym wchłanianiu w jednostce czasu tylko małe ilości dostają się do krwioobiegu i wkrótce mogą zeń być wydalone przez nerki; 2) natychmiast po nacieczeniu tkanek, przeciąwszy je, na rozkroju śledzić możemy, jak płyn wstrzyknięty rozlewa się po powierzchni rany. Te dwie okoliczności, znaczne rozcieńczenie kokainy i wylewanie się płynu z powierzchni rany, obok zwolnionego wchłaniania, spowodowanego miejscową bezkrwistością tkanek po nacieczeniu ich płynem, uwalniają nas od obawy zatrucia. Z morfiną liczyć się należy o tyle, o ile wchodzi w rachubę wiek pacjenta.

Rozległe używanie tej metody potwierdza powyższe rozumowanie, w literaturze bowiem znajdujemy zaledwie trzy przypadki lekkiego, przemijającego zatrucia: jeden opisuje HOFMEISTER<sup>1)</sup>, według którego objawy zatrucia morfiną [po wstrzyknięciu płynu SCHLEICH'a] wystąpiły u dziewczynki 11-letniej, której

<sup>1)</sup> Zu SCHLECH'sehen Infiltrationswäanthesie, Beitr. z. klin. Chirurgie. XV. Z.



na szyi wyskrobywano gruczolak chłonny, żółzowy, a o 2 innych wspomina GOTSTEIN<sup>1)</sup>.

Z porządku rzeczy, wobec tak rozwiniętej i uznanej aseptyki i wobec faktu, że mniejszą szkodę wyrządzimy choremu, sprawiając mu ból, niż sprowadzając zakażenie rany i jej otoczenia przez wstrzykiwanie płynu nie aseptycznego, nasuwa się pytanie, czy można płyn SCHLEICH'a, wprost z apteki przyniesiony lub w domu przygotowany, bezpośrednio wstrzykiwać, lub czy go trzeba i można wyjaławiać.

Sam SCHLEICH dodawał pierwotnie na litr rozczyngu 20 kropeł 5% rozczyngu karbolu. Dodatek ten jednak nie potrafił zapobiedz nawet rozwojowi pleśni: [HOFMEISTER l. c.]. W krótkce zatem odstąpiono od kwasu karbolowego i bez żadnych zabiegów, mających na celu wyjaławianie płynu, poczęto go używać, i przekonano się, że taki nieczem nieodkazonym rozczyng SCHLEICH'a, byle czysto przyrządzony, w żadnym kierunku nie wpływa niekorzystnie na gojenie się ran. Tylko HOFMEISTER<sup>2)</sup> w samym początku stosowania tej metody obserwował lekkie zakażenie ran, a MIKULICZ rozległe ropienie w jamie ustnej po użyciu płynu SCHLEICH'a na języku. Ten fakt zawdzięczać należy niekorzystnemu wpływowi, jaki płyn SCHLEICH'a wywiera na rozwój i żywotność bakteryi. Działa tu sól kuchenna i kokaina. Na tę własność rozczyngów soli kuchennej pierwszy zwrócił uwagę SPENCER WELLS, który używał ich do przemiany jamy brzusznej. [D. n.]

Z ODDZIAŁU D-RA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

### III. O LEUKEMII I SPRAWACH POKREWNYCH.

Przez

Józefa Piotrowskiego.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 51].

16) J. WINIARSKI. Dnia 9 kwietnia 1893 r. na salę 32-gą<sup>3)</sup> przybył Stanisław R., 64 lat liczący, wyrobnik, skarżąc się na brak sił oraz na ból w lewym boku, duszność i kaszel. Skargi te datują się już od ½ roku. Wywiady wykazały, co następuje: chory rodził się na Pradze, stale zaś zamieszkuje w Warszawie. Rodzice i całe rodzeństwo wymarło, zarówno jak i troje dzieci chorego. W 18 roku życia przechodził jakoby odrę, a przed 40 z górą laty miał obrzmienie wszystkich gruczołów, równie wybitne, jak obecnie, które po upływie kilku miesięcy ustąpiło samo przez się; chory zresztą niewiele

<sup>1)</sup> Die Verwendung der Schleichschen-Infiltrationsanästhetic. Berl. klin. Wochenschrift. 1896. Nr. 41.

<sup>2)</sup> L. c.

<sup>3)</sup> Przypadek ten nie był ogłoszony, umieszczamy go więc *in extenso*.

na to zwracał uwagi. Kilkakrotnie trzęśta chorego „febra“. W młodości miał owrzodzenie na członku, zapewne miękkie, po którym do tej pory pozostała blizna (na *glans penis*). Dawnymi czasy pijał trunki wyskokowe, rzadko jednak ich nadużywał. Apetyt dobry. Wypróżnienia prawidłowe.

*Status praesens* dnia 10. IV. 1893 r. Chory jest wzrostu słusznego i dobrej budowy ciała. Odżywianie mierne. Widoczne błony śluzowe blade; skóra blada z odcieniem ziemistym. Na brzuchu oraz na kończynach dolnych widać małe plamy krwawe. Na obu migdałkach również wybroczyny krwawe. Przy naciśnięciu na dziąsła broczy się z nich krew. Język czysty. Ciepłota prawidłowa. Tętno 72 razy na minutę, oddech 18. Na goleniach nieznaczny obrzęk. Gruczoły chłonne pachowe, pachwinowe oraz szyjowe powiększone; w pachwinach i pod pachami zlewają się one w pakiety, których średnica wynosi 4 palce poprzeczne. Gruczoły szyjowe, podżuchwowe, nadobojczykowe i za mięśniem mostko-obojezyko-sutkowym liczne, ale drobne. Na linii pachowej prawej na wysokości sutki również wyczuć można gruczoł chłonny. Wszystkie te gruczoły są twarde, ale niebolesne.

Granice płuc nieco obniżone: na linii sutkowej na 7-em żebrze, pod pachą na 8-em. Oddech pęcherzykowy. Nad lewym płucem z tyłu na linii *scapularis* słychać tarcie opłucnej. Tępość serca przykryta, tony czyste. Wątroba nieco powiększona, wyczuwa się niejasno, na 4 palce poniżej łuku żeberowego; na lewo tępość jej zlewa się z tępością śledziony, która jest znacznie powiększona: górna jej granica na 8-em żebrze, ku dołowi dochodzi do *spina ossis ilei sup.*, przednią zaś brzeg znajduje się na linii sutkowej i nie dochodzi do pępka na szerokość 4 palców. Konsystencya śledziony bardzo twarda. Mocz mętny, barwy jasno-żółtej, odczynu kwaśnego, o ciężarze właściwym 1022, nie zawiera ani białka, ani cukru. Dość obfity osad składa się z moczanów.

Badanie krwi świeżej pod drobnovidzem wykazało, że liczba białych ciałek krwi była znacznie powiększona: ciałka białe były przeważnie małe jednojądrowe i gdziekolwiek tylko spotkać było można ciałko duże. Liczenie białych ciałek wykazało ich w 1 mlm. sześć. 268950, z tych jedno duże ciałko przypadało na 27 małych. Czerwonych krążków krwi 1584800. Stosunek zatem białych do czerwonych ciałek wynosił 1:6. Hemoglobiny 4,6% [według przyrządu Gowensa]. Na barwionych eozyną i błękitem metylenowym preparatach z pomiędzy białych ciałek krwi ogromną większość stanowią limfocyty małe; bardzo nielicznie reprezentowane są myelocyty oraz ciałka eozynofilowe, nieco liczniej leukocyty wielojądrowe, neutrofilowe. Na każdym preparacie spotkać można po kilka czerwonych krążków krwi z jądrami oraz po kilka mikrocytów.

Rozpoznano białaczkę i przepisano choremu arsenik (*solutio Pearsonii*), 2 razy dziennie po 10 kropli.

Chory leżał w szpitalu aż do śmierci, t. j. przez 8½ miesięcy. Przez ten czas ciepłota ciała naogół wykazywała ruchy podgorączkowe. Z chorób wiążących przebywał 3-krotnie różę twardy i karku, a mianowicie od d. 16. V. do d. 23. V., od d. 11. VI. do d. 14. VI i od d. 29. X. do d. 4. XI.; ciepłota ciała dochodziła wówczas do 40,6° C. Na początku pobytu swego

w szpitalu wywiązało się zapalenie lewej opłucnej (*pleuritis sero-fibrinosa*) z gorączką nietypową, dochodzącą do 39,8° C. [od d. 18. IV. do 2. V.] i z dwukrotną wysypką *herpes nasalis, labialis et lingualis*. Wysięk w niewielkich ilościach utrzymywał się aż do śmierci.

Od połowy listopada chory miał przez dwa tygodnie wyciek ropny z lewego ucha (*otorrhoea*), a w lipcu dwukrotnie silną biegunkę, kilka dni trwającą. W drugiej połowie maja rozwinęły się odleżyny na lewym biodrze i na łopatce. Obrzęki, początkowo niewielkie, wkrótce znacznie się powiększyły i wystąpił *hydrops ascites*, który pod koniec choroby osiągnął tak znacznych rozmiarów, że trzeba było wykonać *punctio abdominis*: d. 20. X. wypuszczono z jamy brzusznej 7140 ctm. sześć. płynu surowiczego, barwy żółto-zielonawej, o ciężarze właściwym 1020; płyn ten zawierał 550 ciałek białych w 1 młm. sześć. 31 Grudnia po raz 2-gi dokonano *punctio abdominis*: tym razem wypuszczono 9300 ctm. sześć. płynu surowiczego, nieco mętnawego, barwy żółto-zielonawej, o ciężarze właściwym 1019, zawierającego 195 ciałek białych w 1 młm. sześć. Niedokrwistość chorego stale się wzmagala, acz zwolna. W ostatnich dniach grudnia wystąpiła silna biegunka oraz objawy zapalenia otrzewnej, które doprowadziły d. 27. XII. do śmierci.

Przez cały czas pobytu w szpitalu chory uskarżał się na zupełny brak apetytu, silny kaszel, duszność, brak sił i poty nocne. Wkrótce po zapisaniu się do szpitala zjawily się też bóle [zwłaszcza przy opukiwaniu] w nogach, w rękach i w dolnej części mostka, oraz parestezye [pieczenie w goleniach i drętwienie *palmarum manuum*]. Niekiedy występowały wybroczyny krwawe na migdałkach i na języku, a także na skórze. Plwocina była często z domieszką krwi. Mocz był stale mocno-kwaśny, o ciężarze właściwym 1013—1014 zawierał białko tylko wówczas, gdy chory przechodził różę; ilość dobową mocz u była najczęściej zmniejszona [około 1 litra], tak, że trzeba było uciekać się do przepisywania środków moczopędnych.

Co się tyczy zachowania się gruczołów w chłonnym, to pachowe i pachwinowe stale się zmniejszały, tak, że, gdy początkowo tworzyły one pakiety, już po kilku tygodniach pobytu chorego w szpitalu były rozdzielone, wskutek czego można je było wyczuwać oddzielnie; gruczoły podszczękowe obrzmiewały czasowo podczas róży.

Śledziona w początkach pobytu chorego w szpitalu nieco się powiększyła, mianowicie, gdy chory dostał zapalenia opłucnej z gorączką; następnie śledziona stale się zmniejszała: dnia 3. XII. przedni jej brzeg nie dochodził na szerokość trzech palców do linii sutkowej [choć dawniej dochodził do niej], od linii zaś środkowej ciała oddalony był o 7 palców [w początku o 4], a ku dołowi na 4 palce niżej łuku żebrowego.

Natomiast wątroba przez kilka pierwszych miesięcy pobytu chorego w szpitalu nieco się zmniejszała, od połowy października zaczęła się powiększać, tak, że dnia 3. XII. znaleziono te same jej granice, co i w początku pobytu chorego w szpitalu.

Badanie krwi dokonane było kilkakrotnie; wyniki badania, zestawione razem, są następujące:

Data.	W 1 młm. sześć.		Ilość hemo- globiny.	Stosunek ciałek białych do czer- wonych.	Preparaty barwione.	Uwagi.
	Białych ciałek	Czerwo- nych krą- żków.				
10. IV.	268950	1584800	46% [GOWERS].	1:6	Ogromną większość sta- nowią limfocyty małe, nie- liczne są myelocyty i ciał- ka eozynofilowe, nieco li- czniejsze leukocyty neu- trofilowe. Są też mikrocy- ty oraz normoblasty.	—
19. IV.	245500	—	—	—	—	W 3-im dniu gorączki [39 do 39,4° C.], towarzyszą- cej zapaleniu płucnej.
19. V.	297900	1749200	43% [FLEISCHL].	1:6	Kol. KLEIN znalazł: Limfocytów dużych 0,4% małych 98,2% Leukocytów neutrofil. 1% przejsć. 0,25% Ciałek eozynoflow. 0,08% Myelocytów 0,07% Normoblasty.	W 4-ym dniu róży z go- rączką dochodząca do 40,6° C. W dniu badania krwi gorączka = 39,3 do 40° C..
9. VI.	125950	1186400	31% [FLEISCHL].	1:9	Poikilocytoza i mikrocy- toza w słabym stopniu. Ciałek eozynoflowych bardzo mało; znaczną wię- kszość stanowią limfocyty, nieco więcej, niż dawniej leukocytów neutrofilo- wych. Normoblastów nie widać.	W 18 dni po 1-ym, a na 2 dni przed 2-im napadem róży przy stanie bezgo- rączkowym.
4. X.	88550	2036000	51% [FLEISCHL].	1:23	Mikrocytoza w słabym stopniu. Poikilocytozy, ani normoblastów niema. Ciałek eozynoflowych bardzo mało. Limfocyty stanowią 97%, leukocyty wielojądrowe 3%.	Przy stanie bezgorączko- wym, podczas dużej pu- chliny, na 2 tygodnie przed przekłuciem brzucha.

Z powyższego zestawienia wynikałoby, że zmniejszanie się liczby białych ciałek we krwi odbywało się równolegle ze zmniejszaniem się gruczołów chłonnych i śledziony, pomimo coraz to gorszego stanu chorego. Jedno i drugie należałoby przypisać znanemu wpływowi na białaczkę chorób zakaźnych wnikających, mianowicie róży. Interesującym jest fakt, że na szczycie gorączki, przy pierwszym napadzie róży, ilość ciałek białych, zamiast się zmniejszyć, raczej się wzmogła, a dopiero po ustaniu róży znakomicie zmalała [przeszło o  $\frac{1}{2}$ ]. W ostatnich miesiącach życia ilość ciałek białych zmniejszyła się do  $\frac{1}{3}$  w porównaniu z początkową liczbą tychże. Właściwie zaś zmniejszenie to musiało być jeszcze większe, bo badanie krwi wykazuje jednocześnie zna-  
czne zagęszczenie tejże, widoczne z powiększenia się w dwójnasób liczby

czerwonych krążków i prawie w tymże stosunku i ilości hemoglobiny, pomimo coraz to większej niedokrwistości chorego.

Badanie pośmiertne, dokonane 28. XII. 1893 r. przez kol ДМОСНОВСКИЕГО, wykazało: *Pleuritis sin. exsudativa* [około  $\frac{1}{2}$  litra płynu surowiczego, przezroczystego, z płatkami włóknika], *Compressio lobi inf. pulmonis sin.*, *Emphysema vicarium pulmonis dextri*, *Peritonitis sero-fibrinosa acuta* [w jamie brzusznej około 2 litrów płynu surowiczego, przezroczystego, ze znaczną ilością płatków włóknika], bladeść mięśnia sercowego, nerek oraz błony śluzowej żołądka i kiszek. Wątroba nieco powiększona; powierzchnia jej pokryta włóknikiem; na przekroju widać dużą ilość białych guziczków, których wielkość równa się wielkości ziarnka prosa aż do wielkości ziarnka konopi [*lymphomata hepatis*].

Śledziona znacznie powiększona, długość jej wynosi 21 ctm., szerokość 12 ctm., grubość 5 ctm.. Otoczka znacznie zgrubiała. Na przekroju śledziona dość blade i twarda.

Gruczoły chłonne szyjowe i podobojczykowe powiększone; gruczoły oskrzelowe powiększone bardzo mało; gruczoły kiszkiwne znacznie powiększone. Na przekroju gruczoły blade, miękkie, mózgowate. Gruczoły pachwinowe i pachowe znacznie powiększone.

Szpik kostny w długich kościach (*femur*) czerwony i tylko przybiera odcień żółtawy w dolnych końcach.

Badanie drobnowidzowe wątroby, śledziony, szpiku kostnego i gruczołów chłonnych, dokonane przez kol. WINIARSKIEGO, wykazało, co następuje:

I. Wątroba. Na preparatach widać: a) dużo limfomatów leukemicznych, złożonych przeważnie z limfocytów; w limfomatach tych tu i owdzie widać stałe komórki łączno-tkankowe, a nadto nieco drobnych przewodów żółciowych; b) nacieczenia limfocytami widać także w samych zrazikach pomiędzy ścianką naczyń włosowatych a komórkami nabłonkowymi wątroby; komórki te leżą pojedynczo, lub gromadkami po 3—5—10 i więcej; c) w komórkach wątrobowych miejscami widać zwiększoną pigmentację w postaci bryłek drobnych, żółto-brunatnawych, lub w niektórych miejscach w postaci bryłek nieco większych.

II. Śledziona. Otoczka bardzo gruba i składa się ze zbitej, włóknistej tkanki łącznej, w której komórek stałych i naczyń jest stosunkowo mało. Beleczki w samej tkance śledzionowej są wszędzie mocno zgrubiałe i rozrosłe. *Reticulum* mięszu wszędzie mocno zgęstniałe, a oczka jego napełnione stosunkowo niewielką ilością okrągłych komórek mięszu. Tu i owdzie widać bryłki żółto-brunatnego pigmentu. Komórek eozynofilowych nigdzie dostrzedz nie można. Naczynia krwionośne w niektórych miejscach dość silnie napełnione krwią. Ciałka MALPIGHI'ego nigdzie nie uwydatniają się wyraźnie [*tumor lienis chronicus*].

III. Szpik kostny. W dolnych częściach szpiku kostnego długich kości (*femur*) widać komórki tłuszczowe; począwszy od  $\frac{2}{3}$  części średnich komórek tłuszczowych prawie niema wcale, a natomiast cały szpik zmieniony jest w tkankę podobną do cytogennej. Najwięcej jest komórek okrągławych,

posiadających pojedyncze jądro i bardzo skąpą protoplazmę słabo-ziarnistą [limfocyty]. Pomiędzy takimi komórkami jest stosunkowo niewiele komórek eozynofilowych, t. j. zawierających ziarna eozynofilowe. Komórki eozynofilowe prawie wszędzie są jednojądrowe. Obok takich miejsc zdarzają się całe pola drobnowidzowe, na których obok bardzo licznych komórek eozynofilowych przeważają komórki jednojądrowe, bogate w protoplazmę i komórki wielojądrowe [myelocyty i leukocyty neutrofilowe]. Pomiędzy komórkami okrągłymi widać również stosunkowo niewiele komórek wrzecionowatych, które najczęściej leżą w pobliżu naczyń krwionośnych. Naczynia krwionośne szerokie, napelnione czerwonymi krążkami krwi i dosyć obfitą ilością leukocytów. Pomiędzy czerwonymi krążkami krwi widać miejscami mniej, miejscami więcej, erytroblastów, posiadających jądro okrągłe, ciemno zabarwione hematoksyliną i protoplazmę jednolitą, wyraźnie zabarwioną eozyną. Myeloplaksów jest stosunkowo niewiele. Miejscami, przeważnie około naczyń krwionośnych, widać żółto-rdzawe ziarenka hematocyderyny. (*Hyperplasia medullae ossium*).

Szpicki kostny z mostka przedstawia się tak samo, jak w kościach długich. Komórek olbrzymich jest stosunkowo mało.

IV. Gruzoły chłonne są mocno rozrosłe, przyczem rozrost widać głównie na pulpce; komórki jej prawie wszystkie są jednojądrowe; naczynia i otaczające je tkanka łączna nie przedstawiają zmian widocznych; *reticulum* nie rozrosło i ma oczka bardzo szerokie. Komórek eozynofilowych nigdzie zauważyć nie można. (*Hyperplasia glandularum lymphaticarum*).

Preparaty barwiono hematoksyliną, a następnie eozyną. Równocześnie stosowano barwienie płynem EHRLICH'a.

Preparaty drobnowidzowe badano przy łaskawej pomocy prof. PRZEWO-SKIEGO w jego pracowni anatomo-patologicznej.

Przypadek zatem niniejszy pod względem hematologicznym przedstawiał się jako *leukaemia lymphatica* pomimo stwierdzonych zmian w szpiku kostnym i w śledzionie <sup>1)</sup>.

### Sprawy pseudoleukemiczne.

1) BRODOWSKI. [Pam. Tow. Lek. Warsz. T. 55, str. 431]. Mężczyzna średnich lat, [żołnierz]. Dane kliniczne. Uczucie ciężkości i bólu w brzuchu; przed kilku tygodniami wymioty. Powyżej pępka z lewej strony guz dość twardy i nieruchomy wielkości głowy noworodka; prócz tego mniejsze

---

<sup>1)</sup> Do tejże grupy spraw leukemicznych zaliczyć jeszcze należy przypadek ciąży, fatalnie wpływający na przebieg leukemii.

17) M. GRUELL. [Sprawozdanie ze szpitala we Włocławku za rok 1874 Gaz. Lek. 1875 r. Nr. 23, str. 358]. Dane kliniczne. Kobieta, 33 l., w 6-m miesiącu I-jej ciąży. Nadzwyczaj blada, *anasarca univ.*, stan bezgorączkowy, wielka duszność. Olbrzymia śledziona, uchylająca ciężarną macicę w prawo. Chora przed ciążą czuła się dobrze, choć już wyczuwała guz w lewym boku. Przy porodzie krew miała wygląd prawie biało-żółtawy. Poród wymacerowanego płodu, w parę dni śmierć chorej.

Dane anatomiczne. W jamie brzusznej płyn surowiczy i liczne płatki włóknika. Śledziona ciemno-wiśniowa, polyskująca matowo. Badania krwi w tym przypadku nie było.

guzy w jamie brzucha i na szyi, szczególnie z prawej strony. Stopniowe wycieńczenie; gwałtowne majaczenia, śpiączka, śmierć.

Dane anatomiczne. Nowotwory gruczolów limfatycznych łądźwio-  
wych i krezkowych, zlewające się do wielkości pięści; podobneż szyjowe,  
mniej—pachowe, śródpiersiowe i biodrowe wewnętrzne, do masy rdzeniowatej  
podobne: za pociśnięciem wypływała z powierzchni rozkroju ciecz śmietanko-  
wata. Zwężenie przez ucisk lewej miedniczki i moczowodu, skutkiem czego  
rozszerzenie kielichów i pewien zanik piramid. W ścianach prawego przed-  
sionka twarde, biało-żółtawy guzik [średnicy blisko 5-u kop. sreb.]. W nie-  
których guzach—obok wielkiej ilości komórek limfatycznych z małą ilością sub-  
stancji międzykomórkowej—komórki olbrzymie.

Uwaga. *Lymphosarkomatosis*. *Lymphoma malignum*. (*Pseudoleukaemia  
lymphatica*)?

2) BRODOWSKI. [Pam. T. L. Warsz. T. 69, str. 73]. Mężczyzna, 62 lat  
mający. Dane kliniczne. Chory od kilku miesięcy: duszność, *bronchitis*,  
bladłość i wyniszczenie, krwawienie z dziąseł. Klinicznie przypuszczono  
[suchoty i skorbut.

Dane anatomiczne. Zwężenie drobniejszych oskrzeli  
wskutek zgrubienia ich ścian. Oprócz tych rozlanych zgrubień, powstałych  
z połączenia drobnych guziczkowatych wyniosłości, także i rozproszone gu-  
ziczki, jak konopne ziarnka i drobniejsze tu i ówdzie, nawet w dużych oskrze-  
lach. Podobne guziczki w wątrobie odpowiednio rozgałęzieniom żyły wrotnej;  
wątroba o  $\frac{1}{2}$  powiększona. Nerki duże, również z licznymi limfomatami, wsku-  
tek których mocno powiększone piramidy; istota korowa zmniejszona [wsku-  
tek zapalenia]. Śledziona bardzo nieznacznie powiększona. Ani w śledzi-  
onie, ani w gruczolach zmian żadnych. We krwi [z *v. femoralis* we 2 dni po  
śmierci] pomnożenie białych ciałek blisko w dwójnasób. Szpik czerwony  
w stanie drobno-ogniskowego nacieczenia białą, rdzeniowatą masą, zlewającą  
się przy górnym końcu kości [uda] w jednolitą masę, tak, iż ani śladu czerw-  
nego szpiku nie było. Analogiczne zmiany w innych kościach długich. Wszę-  
dzie te ogniska przedstawiały się, jako limfomaty. Na oskrzelach były one  
w warstwie włóknistej wewnętrznej, zewnętrznej i tkance okołoskrzelowej;  
niektóre przechodziły i na międzyzrazikową, uciskając sąsiednie pęcherzyki.

Uwaga. Nadzwyczaj ciekawy i rzadki przypadek, dlatego nieco sze-  
rzej streszczony. *Pseudoleukaemia medullaris*.

3) A. ELSENBERG. [*Ibidem*. T. 76, str. 371]. Mężczyzna, 27 lat mający, [ob-  
serwowany w końcu r. 1879]. Dane kliniczne. W dzieciństwie skroful-  
liczne (?) gruczoly szyjowe lewe. Przed 5 laty zaczęły się powiększać lewe gru-  
czoły nadobojczykowe, a przed rokiem i pod pachą, uciskając w końcu naczy-  
nia i powodując obrzęk lewej górnej kończyny. Wychudnienie, kaszel, gorą-  
czka i biegunka od 2-ch tygodni. Guz pod pachą wielkości głowy noworodka,  
zlewa się z nadobojczykowemi; pod prawą pachą 2 ruchome, twarde guzy,  
wielkości jaja gołębiego. Powiększenie gruczolów limfatycznych pachwino-  
wych. *Pleuritis sero-fibrin*, *sin*. L: E—normalne. Ciepłota pod lewą pachą wyż-

sza niż pod prawą<sup>1)</sup>. Pod wpływem jodu i lodu guz się zmniejszał. Przy wzmagającym się upadku sił i bieguncie nastąpiła śmierć.

Dane anatomiczne. *Lymphoma malignum, intumescencia gl. lymphaticarum; lymphomata sec. pleurae, lienis. Degeneratio amyloidea hepatis et lienis. Nephritis parenchym. chron. c. degener. amyloidea. Catarrhus intest. chron.* bez powiększenia gruczołów limfatycznych. Gruczoły chłonne oskrzelowe, przeważnie lewe i gruczoły śródpiersia tylnego znacznie powiększone. Śledziona przeszła w dwójnasób powiększona, Mączkowate zwyrodnienie przeważnie w limfomatach i naczyniach pomienionych narządów. Guzy typowe dla pseudoleukemii.

Uwaga. Normalny skład krwi w pseudoleukemii autor przypisuje zamknięciu światła zatok i naczyń limfatycznych wyprowadzających przez bujające komórki nabłonka rzekomego.

4) BARĄCZ. [Przeł. Lek. 1886. № 1]. Mężczyzna, 70 lat mający. Dane kliniczne. Choruje przeszło rok. Wzrastające gruczoły chłonne szyjowe, pachowe i pachwinowe [bądź twarde, bądź miękkie]. Śledziona powiększona. Bładość skóry. Niewielka leukocytoza. Niezły stan ogólny. Poprawa po arseniku.

Uwaga. Pseudoleukemia u 70-letniego starca.

5) J. KOSIŃSKI. [Pam. Tow. Lek. Warsz. T. 92, str. 1161. r. 1896]. Kobieta. Dane kliniczne. *Tumor lienis*, wypełniający część jamy brzusznej, oraz jamę miednicy [wielkiej i małej]. Wygląd „leukemiczny“ u chorej młodej; dyateza krwotoczna [krwotoki nosowe, krwawienia z dziąseł], liczba leukocytów tylko nieznacznie powiększona; nakoniec splenektomia z wynikiem pomyślnym.

6) O. HEWELKE. [Kron. Lek. 1889. Zesz. 12]. Mężczyzna, 32-letni, obserwowany od 12. IV do 22. VI. Dane kliniczne. Dawniej nie chorował; nadużycia *in Baccho et Venere*. Budowa słaba; powolny upadek sił i bladość. Gorączka okresowa. Śledziona zrazu prawie nie powiększona, stopniowo, wśród wahań w przerwach bezgorączkowych, się zwiększa. Tętno 120, słabe. Brzuch pełny, stolce twarde. Krew bez zmian morfotycznych. Z postępem choroby występuje nieznaczne powiększenie gruczołów w lewej pachwinie. Napady i przerwy mniej typowe; w przerwach poprawa. Wybroczyny na skórze. Raz krwawienie z nosa. Obrzęki. Śmierć wśród zapaści po 7-u miesiącach choroby.

Dane anatomiczne. Nieliczne limfomaty w płucu lewym. Wątroba twarda. Śledziona 2 razy powiększona, twarda. Gruczoły pozaotrzewnowe znacznie powiększone, tworzą guzowatą wyniosłość, na której leży zrosnięta z nią trzustka. Gruczoły w lewej pachwinie powiększone, twarde.

7) S. KLEJN. [Gaz. Lek. 1890. № 30—31]. Kobieta 51 lat mająca. Obserwowana od XI. 1894 do I. 1890 r.. Dane kliniczne. Od 2-ich miesięcy *cessatio mensium*. Od 5 lat objawy marskości wątroby. Gorączka po-

<sup>1)</sup> U nas na oddziale spostrzegaliśmy też analogiczne 2 przypadki jeden, *lymphosarkoma*, drugi *pseudoleukaemia*. W obu obrzmienie gruczołów spowodziło obrzęk kończyny dolnej z wyraźnym podniesieniem ciepoty obrzęklej skóry.



wrotna nietypowa. Krew prawidłowa. Krwawienia z jamy ustnej. Zanik wątroby, żółtaczka, *ascites*, mierny *tumor lienis* i wzrastające obrzmienie gruczołów chłonnych. Niedokrwistość i charłactwo.

Dane anatomiczne. *Cirrhosis hepatis atrophica*. Mikroskopowe limfomaty w wątrobie. Gruczoły chłonne powiększone, zwłaszcza krezkowe i zaotrzewnowe, pachwinowe i biodrowe. Z wyrodnienie włókniste istoty rdzeniowej [*lymphomata dura*], szkliste naczyń i tkanki gruczolowej z wylewami krwi; mnóstwo kokków.

Uwaga. *Pseudoleukaemia?*

8) L. RABEK [Kron. Lek. 1897. Zesz. 2]. Chłopiec, 12 lat mający; obserwowany przez 5 miesięcy. Cyt. na str. 1344.

9) W. MORACZEWSKI. [*Ibidem*. Zesz. 24]. Młodzieniec 18-letni. Dane kliniczne. Od 10 lat guz w okolicy podszczękowej lewej, niebolesny. Z czasem wystąpiło więcej guzów [wielkości orzecha laskowego] szyjowych oraz pachowe. Od paru tygodni gorączka. Szmer skurczowe serca, zresztą narządy normalne. E=3,8 milj. Hmgb.=55%.

Uwaga. Ciekawe doświadczenia nad przemianą materii [obacz też leukemię]. Jako pomyślny znak ma być obfite wydzielanie N w kale.

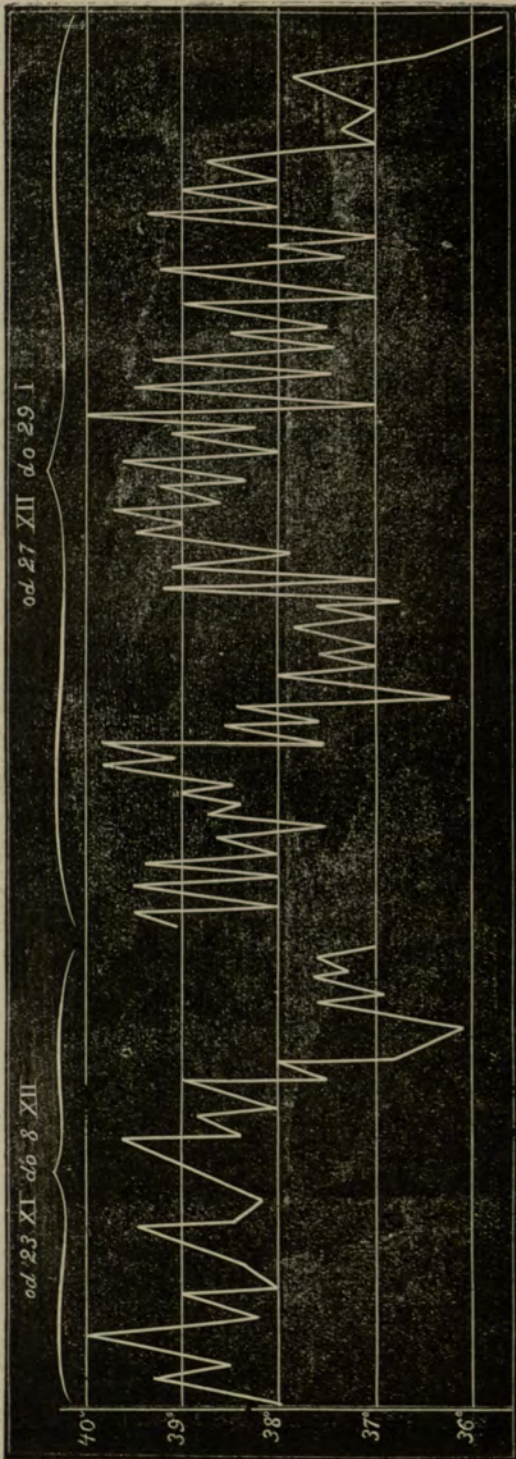
10) W. BIEGAŃSKI. [Now. Lek. 1892. № 10, str. 451]. Młodzieniec 18-letni [studniarz], obserwowany od 29. II. — 29. III. Dane kliniczne. Od 4-ch tygodni kaszel i duszność. Żadnych pozytywnych danych z przeszłości. Stłumienie trójkątne nad sercem. Rozwolnienie. *Status subfebrilis*. Z początku z lewej, potem z obu stron szyi wzmagające się obrzmienia gruczołów, nieco bolesnych: E=5,2 milj., L=28 tys. Hmgb. 100%. Wkrótce z gruczołów potworzyły się pakiety nie tylko na szyi, ale i pod lewą pachą; lewa ręka obrzękła i zsiniała. Szybko przyszła kolej i na prawą pachę; krwotoczne plamy, *caput Medusae*, obrzęk kończyn dolnych, moszny, lewej ręki i twarzy. Badanie krwi [we 2 tygodni potem]: E przeszło 6,0 milj., L=4 tys., L=1:1524. Gruczoły pachwinowe i śledziona—niezające.

Dane anatomiczne. Nowotwór, wychodzący z gruczołów około-oskrzelowych, wypełniający całe śródpiersie. Gruczoły pachowe i szyjowe mocno obrzmiałe, na przekroju dość miękkie, rozgraniczenie substancji korowej [nie-wyraźne]. Gruczoły pozaotrzewnowe tworzą całe pakiety, wielkości 2-ch pięści; krezkowe dochodzą wielkości gołębiego jaja; toż samo gruczoły, uciskające *porta hepatis*. Ani w nerkach, ani w wątrobie, ani w śledzionie żadnych śladów przerzutów. Szpik niezbadany. Mięsak limfatyczny drobnokomórkowy.

Uwaga. *Lymphosarkomatosis*.

11) WICKOWSKI. [Przegląd Lekarski. 1894. № 51]. Dane kliniczne: *Sarkoma parvicellulare* czoła i nosa z leukocytozą wielojądrową. Zajęcie następcze gruczołów limfatycznych i jednocześnie leukemiczne zmiany we krwi. E = 2,7 milj., L=170,0 tys. w 1 mm. sz. L:E=1:20. Stosunek L. jednojądrowych do wielojądrowych=8:2. Pomnożenie ciałek eozynowych [absolutne] i płytek.

Uwaga. Sarkomatoza z limfemą we krwi.



12) K. CHEŁCHOWSKI. Piotr A., 27-letni wyrobnik, przybył dnia 22. XI. 1889 r. do kliniki terapeutycznej. Będąc dawniej zawsze zdrowym, od roku przeszło zauważył obrzmienie gruczołów na lewej stronie szyi i stawiał je w związku z tem, że, nosząc węgle z zawodu swego, wspomnianą właśnie okolicę szyi narażał na większy ucisk. Od maja guzy te [za uchem i wzdłuż m. sterno-cl. mast.] zaczęły szybciej rosnąć. Od 2-ch miesięcy począł niedomagać, a na 2 tygodnie przed przybyciem do szpitala rozchorował się na dobre: gorączka, częste dreszcze, poty w nocy, kilkakrotne wymioty, ból brzucha, bardzo silny ból głowy, brak sił i łaknienia.

Przy badaniu znaleziono tylko znaczne obrzmienie śledziony. Z innych gruczołów, prócz wspomnianych, tylko pachowe lewe były wyczuwalne. Tętno względnie do gorączki nie częste [72—84]. Język obłożony, pośrodku obnażony i czerwony. Chory wogóle sprawia wrażenie tyfusowego.

W dalszym przebiegu choroby wymioty i dreszcze kilkakrotnie się powtarzały, poty zaś były co noc. Chory leczony wielkimi dawkami chininy po [0,6, potem 1,2]. Od 23. XI., t. j. w tydzień niespełna po przybyciu zaczął się czuć lepiej, wreszcie 2. XII po 3½ tygodniach choroby przestał gorączkować [ob. załączoną krzywą gorączkową] i szybko zaczął się poprawiać. Rozpoznanie, przypuszczalne

tylko, wahało się między malaryą a tyfusem brzuszny. Wreszcie chory, uważając się za zdrowego, choć z obrzmią zawsze śledzioną i gruczołami, miał się już wypisać ze szpitala. Tymczasem 20. XII. znowu dostał wymiotów, bólów w brzuchu, zaczął niedomagać i gorączkować. Wymioty znowu powtórzyły się parę razy, poty zaś bywały stale co noc. Ogólny stan jakby tyfusowy tym razem nie tak się rzucał w oczy; raczej wzrastająca bladeść i wychudnienie przedewszystkiem zwracały uwagę. Przy badaniu krwi d. 3. I. 1890 znaleziono: erytrocytów 3,2 milj., leukocytów około 10 tysięcy, hemoglobiny 60% [FLEISCHL]. Chory kaszlał; wszystko to bardzo budziło podejrzenie gruźlicy, ale wielokrotne poszukiwanie laseczników gruźliczych nigdy ich nie wykryło. W początkach stycznia krótkotrwała poprawa ze spadkiem ciepłoty, przerwana biegunką [—7 wypróżnień], która już nie opuszczała chorego aż do śmierci [30. I]. Pod koniec życia obrzmiły gruczoły pachowe, a liczba erytrocytów we krwi jeszcze bardziej spadła. Rozpoznawano pseudoleukemię z typem gorączki zbliżonym do powrotnego.

Sekcyja. Obrzmienie gruczołów chłonnych: przedewszystkiem wspomnianych szyjowych, bez śladu mas serowatych; następnie gruczołów w śródpiersiu tylnem wzdłuż kręgosłupa—do wielkości orzecha laskowego. W jamie brzusznej obrzmienie bardzo silne gruczołów wzdłuż trzustki i kręgosłupa [z lewej strony], w mniejszym stopniu gruczołów kręzkowych.

Śledziona w trójnasób powiększona, na przekroju bladeja, podobna do mięsa, usiana biało-szarawymi guzikami wielkości ziarnka konopnego do grochu.

W kiszkiach cienkich nad zastawką BAUHIN'a na miejscu kępek PEYER'a i gruczołów [odosobnionych] rozlane nacieczenie, podobne do mózgowatego przy tyfusie. Błona śluzowa kiszek grubych, zwłaszcza na fałdach i na miejscu gruczołów odsobnionych zgrubiała; na wierzchołkach fałd pokrywa ją nalot otrębowy.

Szpik kostny całego uda czerwonawy, usiany biało żółtawymi guziczkami.

Badanie drobnowidzowe gruczołów i śledziony wykazało w nich obfitą i zgrubiałą podściółkę łączno-tkankową (*lymphomata dura*), natomiast nigdzie ani mas serowatych, ani prątków gruźliczych mimo starannego ich poszukiwania. [BN. ob. str. 1301].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 2 —

190. J. V. Laborde. Uwagi, dotyczące fizjologii zastrzykiwań żelatyny przy leczeniu tętniaków.

Ważne wyniki, które otrzymał LANCEREAUX przy leczeniu tętniaków za pomocą wstrzykiwań żelatyny, skłoniły autora do wypowiedzenia kilku uwag, zaczerpniętych przeważnie z danych fizjologicznych, na których przy każdym innym zagadnieniu leczniczem, a tembardziej w danym razie powinno opierać się racjonalne leczenie. Zebrane przez HUCHARD'a spostrzeżenia kliniczne

zniewalają do ostrożności, gdyż dane, zaczerpnięte z fizjologii i z doświadczeń, nie potwierdziły powyższych bezwzględnych zapewnień, a nawet mogą służyć za przestrożę i za przewodnika przy stosowaniu tej metody. Doświadczenia DASTRE'a i FLORESCO, powtórzone przez LANCEREAUX na króliku, jako też niemieńskie przekonywujące badania CARNOT'a dowiodły bezwątpienia, że żelatyna wywołuje krzepnięcie krwi. Takie działanie, przyspieszające krzepnięcie krwi, widać wyraźnie zarówno w naczyniu szklanem, jako też przy wyjściu krwi z naczyń, dalej gdy roztwór żelatyny zastrzykniemy pod skórę; wreszcie przy wlewaniu wewnątrz żylnem.

Co do samego środka, to trzeba zauważyć, że żelatyna, której według wszelkiego prawdopodobieństwa używa LANCEREAUX, nie jest rozpuszczalną, tworzy natomiast z wiesiną, w której stale znajdują się cząsteczki w mniejszej lub większej ilości; one to, jako ciała obce, najwyraźniej dają początek sprawie krzepnięcia. Wobec tego trudno jednak zrozumieć, w jaki sposób przy wstrzykiwaniu pod skórę odbywa się wchłanianie do naczyń tych organicznych cząsteczek; chyba że przypuścimy pewien rodzaj „diapedesis“ od zewnątrz ku wewnątrz, lub że wprowadzimy płyn w ilości, wystarczającej do wywołania pożądanego skutku; wielokrotne zastrzyknięcia wielkich ilości płynu, nie zmieniając ciśnienia w naczyniach, mogą spowodować wessanie lub też—w końcu—jakąś inną niewiadomą zmianę w krwiobiegu, która sprzyja krzepnięciu. Można by domyślać się pewnego rodzaju przetrawienia żelatyny, wskutek czego łatwo na wzór peptonu ulegałaby wessaniu; takie przypuszczenie powinno by potwierdzić chemia, jeżeli zwrócimy uwagę na powinowactwo tych dwóch substancji. Lecz z drugiej strony, jak pogodzić ścinające krew działanie żelatyny z wprost przeciwnem, a nawet „rozrzedzającym“ działaniem peptonu? Oto mniej więcej, co stanowi przeszkodę, a przynajmniej pozostaje niewiadomą przy zastosowaniu opisywanego tu leczniczego zabiegu.

Możliwość groźnych powikłań nie jest wyłączona; rzeczywiście zdarzają się one podczas doświadczeń, a zwłaszcza na skutek bezpośredniego wlewania płynu do żył. Że podobne powikłania zdarzają się i w praktyce, świadczą o tem niezaprzeczenie spostrzeżenia HUCHARD'a. Z tego wszystkiego można wyprowadzić taki wniosek, że opisywany tu sposób leczenia, opierający się na ścinającej krew własności żelatyny i najzupełniej usprawiedliwiony, wymaga nadzwyczajnej ostrożności.

J. Majkowski.

(Bulletin de l'Academie de Médecine. N. 44, 1898).

#### 191. Lancereaux. Uwagi co do leczenia tętniaków surowicą żelatynową.

Autor zwraca uwagę na dopiero co pomieszczony artykuł LABORDE'a i kategorycznie zaprzecza, ażeby w roztworach żelatyny miały być obecne cząsteczki stałe. Owe roztwory po zastrzyknięciu do tkanki łącznej podskórnej nie przenikają bezpośrednio do naczyń krwionośnych, lecz ulegają wessaniu przez naczynia limfatyczne, które je w końcu bez utraty ich własności, ścinających krew, doprowadzają do krwiobiegu. W końcu autor zaznacza, że do tego, aby krew uległa skrzepnięciu, potrzeba: 1-o, aby ściana naczynia, w którym krąży, nie była zupełnie gładką i 2-o, aby bieg jej uległ zwolnieniu. Otóż powyższe obydwie warunki znajdujemy tylko we wnętrzu worka tętniaka; niema przeto obawy o to, aby ścinające własności żelatyny wywarły swój wpływ w jakimkolwiek innym miejscu narządu krążenia.

(La Semaine médicale. N. 56, 1898).

J. Majkowski.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— 3 —

Posiedzenie z dnia 8. XI. 1898.

1) RYCHLIŃSKI przedstawia chorego 33-letniego, rolnika, dotkniętego skurczem mięśni lewej stopy. Przed rokiem chory ten, siedząc na koniu, na którym spędzał niemal całe dnie, uczył raptowny skurcz mięśni wielkiego palca lewej stopy. Od tej pory skurcz podobny, połączony z bólem, powtarzał się coraz częściej i trwał za każdym razem coraz dłużej, a stopniowo również i inne palce tej samej stopy poczęły się kurczyć. Od kilku miesięcy skurcz toniczny wszystkich palców lewej stopy zjawia się zawsze, ilekroć chory chce wykonać jakiś ruch kończyną. Chory doznaje nadto napadów duszniczy sercowej. Badanie przedmiotowe wykazuje prawidłową budowę ciała i dobre odżywianie; wymiary serca powiększone; tętno niemiarowe, przepuszczające; żrenice nierówne [prawa szersza], lecz na światło reagują prawidłowo; wszystkie rodzaje czucia zachowane; odruchy ścięgniste kończyn dolnych, szczególnie lewej, wzmożone; stopa lewa daje z łatwością objaw stopowy. Skurczonych palców lewej stopy nawet przy użyciu znacznej siły wyprostować niepodobna. W moczku niema składników nieprawidłowych. Na dnie oka zmian nie wykryto. Wobec powyższych objawów R. przypuszcza, że w przypadku danym wada serca stała się powodem zatkania przez zator tętnicy końcowej w zwoju środkowym przednim mózgowia, mianowicie w części górnej, gdzie leży ośrodek ruchów kończyn dolnej. Objawy chorobowe zależą od ograniczonego rozmięczenia na miejscu zatoru. Przemawia za tem brak objawów zaburzeń czynnościowych układu nerwowego oraz niepodobieństwo przypuszczenia, by istnieć mogło w rdzeniu tak ograniczone ognisko, któreby nie dawało innych objawów nad skurcz palców jednej kończyny. R. przedstawia swego pacjenta w celu wywołania dyskusji nie tylko nad rozpoznaniem, lecz i nad wskazaniami do wykonania w danym przypadku trepanacji.

GAJKIEWICZ nie jest dostatecznie przekonany o istnieniu w danym przypadku ogniska pochodzenia naczyniowego; sądzi natomiast, że nie można łączyć histeryi i dlatego przemawia przeciw operowaniu chorego.

RYCHLIŃSKI powtarza, że żadnych zaburzeń histerycznych u swego chorego nie wykrył, a leczenie wodą, mięsieniem i elektrycznością nie przyniosło żadnej korzyści.

W odpowiedzi na to GAJKIEWICZ przypomina o istnieniu monosymptomatycznych przypadków histeryi, do jakich zaliczyć należy ogłoszony przez mówcę przypadek o objawach tężca. Ujemny wynik leczenia nie może przemawiać przeciw rozpoznaniu histeryi, która często pomimo całych lat leczenia nie ustępuje. W danym przypadku możnaby jeszcze spróbować hipnozy.

Prof. BRODOWSKI sądzi, że za rozpoznaniem RYCHLIŃSKIEGO przemawia nagły początek choroby, poprzedzonej przez wadę serca; do zabiegu chirurgicznego nie widzi jednak wskazań; wobec szerzenia się sprawy zabieg taki może nie zatrzymał postępu choroby; z drugiej zaś strony ognisko może się ograniczyć samodzielnie, a następnie zabliznić, jak to bywa po wylewach krwi.

KRAJEWSKI jest również przeciwny operacji, do której przystępować należy, mając zupełnie pewne objawy ogniskowe. W danym przypadku umiejscowienie zmian nie jest pewne, bo objawy chorobowe daje i kończyzna prawa.

RYCHLIŃSKI podkreśla brak stałych przykurczeń u chorego, a istnienie tylko skurczów tonicznych w jednej grupie mięśni, co w histeryi dotąd nie było notowane. Wzmoczenie odruchu kolanowego z prawej strony łatwo wytłumaczyć oddziaływaniem ogniska w górnej części pasa ruchowego z prawej strony na drogę pojękcyjną, łączącą dwa jednakowe ośrodki w obu półkulach. Ognisko

rozmięczenia należy uważać za ograniczone i nie różniące się już pod względem operacyjnym od nowotworu lub torbieli.

Prof. BRODOWSKI jest zdania, że ognisko rozmięczenia, już całkowicie ograniczone, tembardziej nie nadaje się do usunięcia: blizna, która się utworzy po operacji, powodować będzie takie same zaburzenia.

GAJKIEWICZ widuje przypadki histeryi ze skurczami tonicznymi, niekiedy bardzo ograniczonymi. Jeżeli nawet rozpoznanie RYCHL. jest trafne, to i tak w razie zwyrodnienia pęczka piramidalnego operacja nie dałaby wyniku pomyselnego.

RYCHLIŃSKI nie przypuszcza w swym przypadku zwyrodnienia pęczka piramidalnego: pęczek ten jest tylko stale drażniony przez ognisko rozmięczenia, czego dowodzi stały skurcz palców.

GAJKIEWICZ sądzi, że różnica między przykurzeniem a skurczem tonicznym jest tylko ilościowa.

2) KRAJEWSKI przedstawia pacjentkę, operowaną z powodu przepukliny ściany brzusznej. Jest nią dziewczynka 8-letnia, przed 2 laty operowana [laparotomia] z powodu rozlanego gruźliczego zapalenia otrzewnej. Cięcie zrobiono wtedy bardzo wielkie i nie zszywano go wcale; wprowadzono tylko do jamy brzusznej kilka sączków i pasków gazy jodoformowej. Po dość szybkim zabliznieniu się rany zauważono wypuklanie się blizny, które to wypuklenie po upływie 2 lat dosięgło tak znacznych rozmiarów, że cała dolna część brzucha obwisła ku dołowi; chora jednocześnie zaczęła doznawać przypadłości enteroptozy. Przed 2 tygodniami K. wyciął całą bliznę, odszukał oba mięśnie proste brzucha i zeszył szwem węzłowym jedwabnym otrzewną oraz ściany pochew obu mięśni. Skórę zeszyto szwem węzłowym z *fil de Florence*. Brzuch ma obecnie wygląd zupełnie prawidłowy. Inna pacjentka K—GO przechodziła laparotomię przed 8 miesiącami z powodu ciąży zewnątrz-macieznej, donoszonej. Otworzono wtedy jamę brzuszną cięciem skośnem, równoległem do włókien mięśnia skośnego zewnątrzbrzuszego, przszyto worek, zawierający płód, do rany skórnej, a następnie dopiero go przecięto, opróżniono i wytamponowano gazą jodoformową. Zupelne zagojenie nastąpiło po 2 miesiącach. Blizna, z początku dość twarda, zaczęła się wkrótce wypuklać: utworzyła się przepuklina wielkości dwóch pięści. Z powodu bólów, jakie występowały przy lekkim nawet ucisku guza, chora nie mogła nosić pasa. Przed kilku dniami wykonał K. operację doszczętnego usunięcia przepukliny. W jamie brzusznej nie znalazł nie tylko zrostów, lecz nawet śladów worka, w którym się mieścił płód. Z dnem worka przepuklinowego, jak widać na przedstawionym preparacie, zrosnięty był mocno jajnik, jajowód i więz obły. Wszystkie te twory usunięto po podwiązaniu więzu szerokiego.

3) SAWICKI Bron., przedstawia 67-letnią kobietę, której przed kilku tygodniami z powodu raka nosa i prawego policzka wykonał operację plastyczną. Policzek i połowę górnej wargi wytworzono z płata wędrującego, wziętego z prawej powierzchni szyi. Brzeg wszyty płat pokryto mniejszym płatkim, wziętym z twarzy, jak to już dawniej S. zalecał. Dla wytworzenia nosa wzięto z czoła płat wraz z długim a wązkim kawałkiem kości, z którego zrobiono grzbiet i przegrodę nosa [sposób HACKER'a]. Nos jest dzisiaj trochę spłaszczony, lecz zachował swą pierwotną długość.

4) OETUSZEWSKI mówił o mowie nosowej pochodzenia korowego. W ciągu ostatnich lat spostrzegął OŁ. dość często mowę nosową, otwartą, której nie można było objaśnić przyczynami obwodowemi. Przypadki takie dotyczyły przeważnie dzieci, dotkniętych porażeniem dziecięcym; niemota ruchowa u dzieci takich zazwyczaj przechodziła w bełkotanie, połączone z mową nosową. Następowanie po sobie dwu tych zbroczeń nasunęło OŁ. przypuszczenie i wspólnej ich zależności od upośledzenia czynności ruchowych kory. Przypuszczenie takie potwierdził przypadek, dotyczący 34-letniego mężczyzny, syfilytyka. Chory

ten przed 3 laty, w 6 tygodni po uderzeniu w tył głowy, uległ niedowładowi lewostronnemu, który powoli ustąpił; w pół roku potem wystąpiła trwająca do dziś mowa nosowa, otwarta. Przypadek mowy nosowej pochodzenia korowego, przedstawiony obecnie na posiedzeniu, wyróżnia się skróceniem podniebienia twardego. Dotyczy on dziewczyny 17-letniej, mającej brata idyotę; sama chora, umysłowo nieco upośledzona, zaczęła mówić w 4 roku życia, bardzo niewiele i niewyraźnie, wyraźniej zaś, choć z brzmieniem nosowem, dopiero w 13 roku. Chora posiada głowę małą, z przodu zwężoną, szyją porusza z trudnością. Podniebienie twarde łukowate, twarde i skrócone [wymiar przednio-tylny wynosi zaledwie 5 cm.]; uzębienie nieprawidłowe; przez środek podniebienia przebiega aż do nasady języczka, na wierzchołku rozdwojonego, biała linia; na tylnej części podniebienia twardego widać niewielkie zagłębienie owalne; muszle nosowe dolne przeroste; błona śluzowa jamy noso-gardzielowej w stanie nieżytu. Przy wokalizacji podniebienie miękkie unosi się leniwie i nie zamyka jamy noso-gardzielowej. Mowa prawie niezrozumiała z powodu brzmienia nosowego, jakoteż niedokładnej artykulacji wielu dźwięków oraz braku r, s, z, e, sz, ż i cz. Po 5-miesięcznym leczeniu mowa jest zrozumiała, a odcień nosowy zauważyć można tylko wtedy, gdy chora mówi prędko.

Posiedzenie z dn. 22. XI. 1898.

1) CIECHOMSKI przedstawia 60-letniego rolnika z guzem migdałka. W maju r. b. chory ten zaczął gorączkować, a jednocześnie uczył ból w gardle przy łykaniu; objawy te po paru dniach ustąpiły, pozostało jednak obrzmienie lewego migdałka, które po pewnym czasie zaczęło się powiększać. Po 3-ch miesiącach łykanie i mowa stały się utrudnionemi, a od kilku tygodni chory doznaje bólów strzykających w okolicy ucha i pod żuchwą. Badanie chorego stwierdziło, że powiększony lewy migdałek wypełnia lewą połowę wejścia do gardzieli, a nawet odsuwa nieco na prawo języczek; górny jego brzeg sięga do podniebienia twardego, a dolny chowa się po za podstawą języka. Guz ten jest twardy, o powierzchni nierównej; na powierzchni, przylegającej do języczka, palec wyczuwa owrzodzenie kraterowate, niezbyt głębokie. Gruczoły podżuchwowe twarde, choć niewielkie. Rozpoznano nowotwór złośliwy migdałka i chorego zakwalifikowano do operacji. Mając jednak na uwadze znane w literaturze chirurgicznej błędy w rozpoznawaniu nowotworów migdałka [MAISONNEUVE wyciął np. migdałek, dotknięty cierpieniem syfilitycznym, sądząc, że ma do czynienia z nowotworem], postanowiono spróbować leczenia przeciwsyfilitycznego, chociaż chory zapewniał, że nigdy syfilisu nie przechodził. Po kilku dniach podawania jodku potasu bóle strzykające zmniejszyły się znacznie, po zastosowaniu zaś wstrzykiwań sublimatu do mięszu migdałka guz zaczął się wyraźnie zmniejszać, bóle ustąpiły zupełnie, a łykać chory mógł już z łatwością. Po 8 wstrzykiwaniach pacjent opuścił szpital ze znakomitą poprawą. Obecnie lewy migdałek prawie nie różni się wymiarami od prawego, powierzchnię ma gładką; jest tylko nieco twardszy.

2) GEPNER [syn] przedstawia chorą 22-letnią, która zgłosiła się do Instytutu Oftalmicznego z prośbą o poradę na trwające od 2 tygodni osłabienie wzroku lewego oka. Oftalmoskop wykazał obecność niewielkiego wągra (*cycticercous cellulosae*) w ciele szklistem; wąż tu nie wywołał jeszcze zmętnienia zapewne wskutek niedawnego przebywania. Oprócz wągra widać dwa zmienione miejsca w naczyniówce, odpowiadające poprzedniemu umiejscowieniu pa-  
sożyta.

3) SOLMANN wypowiedział rzecz p. n.: „Przyczynę do kazuistyki i chirurgii niedrożności jelit“. Przypadek, spostrzegany przez S., jest następujący: kobieta 49-letnia od 3 dni doznaje bólów w okolicy pępka i w prawym dole

biodrowym, zaparcia stolca i niemożności oddawania wiatrów, nudności i wymiotów, od kilkunastu godzin kałowych. Poprzednio niejednokrotnie już po nadużyciach w jedzeniu występowały podobne objawy, lecz zawsze przechodziły dość szybko same przez się lub po użyciu leku przeczyszczającego. Badanie przedmiotowe chorej wykazało: ciepłota 37°, tętno 90, oddech powierzchowny, sinica kończyn; brzuch wzdęty; co kilka minut widać przez powłoki brzuszne silny ruch robaczkowy kiszek, połączony z bólem; od czasu do czasu chora wymiotuje; masy wymiotne, barwy kawowej, mają zapach kału. Ucisk brzucha wywołuje ból, najsilniejszy w prawem podbrzuszu. Otwory przepuklinowe wolne. W kiszce prostej kału niema. Nie ulegało wątpliwości, że objawy powyższe zależą od ostrej niedrożności jelit, czy to wskutek ucisku jelita tworami powrózkowatymi, czy wskutek jego zagięcia lub uwięźnięcia wewnętrznego; mogło to być wreszcie nagłe zamknięcie światła kiszki poprzednio już zwężonego. Brak ograniczonego guza pozwalał wyłączyć skręt jelita, wgłobienie i nowotwór. Za zamknięty uważał S. dolny odcinek kiszki cienkiej, głównie na zasadzie wzmożenia ruchu robaczkowego wielkiej ilości pętlic kiszki cienkiej przy braku wzdęcia jelit w okolicach lędźwiowych. Operacja wykazała, że przyczyną niedrożności było zaciśnięcie jelita biodrowego w odległości 4 ctm. od kiszki ślepej przez twór powrózkowaty, którym był, jak się przekonano, wyrostek robaczkowaty, długości 9 ctm., okalający kışkę cienką i wierzchołkiem przyrośnięty do krezki. Po przecięciu tego zrostu przez odcinek uciśnięty zaczął natychmiast przechodzić kał i gazy. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy.

STANKIEWICZ zaznacza, że wzmożenie ruchu robaczkowego kiszek cienkich, chociaż jest niezawodnym objawem ostrej niedrożności jelita biodrowego, zdarza się jednak i w zwężeniach przewlekłych, jak to mówca spostrzegał w przypadku gruźlicy jelita w okolicy zastawki BAUHIN'a.

BRONOWSKI spostrzegał nader wzmożony ruch robaczkowy kiszek cienkich w przypadku zwężenia kiszki prostej po biegunce krwawej.

4) HEIMAN wypowiedział odczyt: „O chorobie MÉNIÈRE'a“. Po przytoczeniu krótkiego opisu kilku przypadków rozmaitych cierpień ucha [przewlekłe zapalenie ropne ucha środkowego, czop woszczkowy w przewodzie zewnętrznym, niezbyt przewlekły jamy bębenkowej], którym towarzyszyły t. zw. „objawy MÉNIÈRE'a“ [zawrót głowy, nudności, wymioty, niepewny chód i głuchota], H. wspomina o dwu przypadkach, które zalicza do „właściwej choroby MÉNIÈRE'a“. W jednym z tych przypadków, zakończonym śmiercią, objawy MÉNIÈRE'a wystąpiły po uderzeniu w głowę; sekcyja wykazała wylew krwawy na powierzchni lewej półkuli mózgu, nieznaczną ilość wysięku między zwojami mózgowymi i przekrwienie mózdzku. W drugim przypadku, u osobnika, dotkniętego niedowładem połowicznym i sklerozą ucha środkowego z objawami MÉNIÈRE'a, znaleziono zmiany syfilityczne na podstawie mózgu. W końcu H. przytacza streszczenie pracy MÉNIÈRE'a z 1861 r. oraz nowsze poglądy na powstawanie i leczenie objawów MÉNIÈRE'a.

Dyskusyę odłożono do jednego z następnych posiedzeń.

## Wiadomości drobne.

— JABOULAY zaleca wstrzykiwanie podskórne roztworu galarety (*gélatine*) dla zapobiegnięcia krwawienia przy operacji. W tym celu autor w sąsiedztwie z polem operacyjnym wstrzykuje podskórnie 200 ctm. sześć. roztworu, przyrządzonego w ten sposób, że 2 grm. 50 centigrm. galarety rozpuszczają w 100 grm. fizyologi-



cznego roztworu soli. Postępując w ten sposób, J. usunął mięsak sutki, w innym przypadku wole, nie podwiązując żadnego naczynia.

(*Sem. méd. 1898. 9 Novembre*).

B. S.

— M. GNESDA, Przypadek dziewięciodniowego zatrzymania moczu. U 40 letniej kobiety dokonano usunięcia jednej nerki z powodu przetoki moczowodo-pochwowej, która powstała po wycięciu macicy rakowato zmienionej. Po 4 latach nagle nastąpiło zatrzymanie moczu, poprzedzone wielkiem pragnieniem i przyjmowaniem bardzo znacznej ilości płynów. Przy badaniu chorej znaleziono: pęcherz zupełnie pusty; stan ogólny dobry; tętno prawidłowe; bólu głowy niema i t. d.; jedynie częstsze wypróżnienia i wymioty. Stan taki trwał w ciągu dziewięciu dni, nie zmieniając się wcale, t. j. zupełnie zadawałający stan ogólny przy wymiotach i rozwolnieniu oraz całkowitem zatrzymaniu moczu; jedynie na 12 godzin przed śmiercią wystąpiły objawy silnego podniecenia psychicznego. Czwartego dnia choroby wykonano operację w celu wykrycia przyczyny bezmoczu, lecz otrzymano wynik jedynie ujemny: nerka prawidłowa, w jej miedniczce ani kropli płynu. Na sekcji znaleziono zamknięcie światła tętnicy nerkowej, spowodowane zatorem na tle zapalenia wsierdza. W ten sposób rzecz można, iż chora istniała w ciągu 9 dni zupełnie bez nerek i mimo to objawy mocznicy były wyrażone nadzwyczaj słabo, a niektórych z nich wcale nie było.

(*Mitt. a. d. Gr. d. Med. u. Chir. T. III. 1898*).

P. Lewenstern.

— DENECKE opisuje ciężki przypadek krwotoku po nefrolitotomii. 26-letniemu mężczyźnie z powodu kamieni obnażono i na przestrzeni 4 ctm. rozcięto prawą nerkę, poczem usunięto z miedniczki kamień wielkości bobu. Ranę nerki zaszyto głębokim i powierzchownym szwem. Zaraz po operacji zauważono krew w moczu, a w 8 dni później musiano usunąć nerkę z powodu ciągłego krwawienia i powiększającej się niedokrwistości. Wskutek rozkładania się skrzepów krwawych w pęcherzu rozwinęło się silne zapalenie tegoż z gorączką i z mocno cuchnącym moczem, co pociągnęło w końcu za sobą konieczność cięcia nadłonowego. Po usunięciu z pęcherza skrzepów gorączka spadła i chory wyzdrowiał.

(*Centrbl. f. Chir. 1898. Nr. 36*).

Br. S.

## Wiadomości bieżące.

— W ciągu minionego tygodnia odbyły się posiedzenia organizacyjne czterech pozostałych wydziałów Warsz. Tow. Hygienicznego, Wydział higieny wychowawczej wybrał na przewodniczącego ks. Jana GRALEWSKIEGO, na sekretarza kol. Józefa PIOTROWSKIEGO. Postanowiono zająć się przedewszystkiem higieną szkół elementarnych i wybrano w tym celu komisję, która ma na najbliższym posiedzeniu przedstawić do dyskusji odnośny memoriał. Niezależnie od tego kol. DOLIŃSKI i MARKIEWICZ mają przedstawić pod ocenę wydziału wykład popularny, obejmujący przepisy wentylacji pomieszczeń szkolnych; wykład ten zostanie wydrukowany i rozesłany nauczycielom szkół elementarnych. W wydziale higieny miast i mieszkań przewodniczącym został inż. K. MATECKI, sekretarzem kol. J. TOHÓRZNIKI. Na porządku dziennym najbliższego posiedzenia pomieszczony będzie referat kol. POLAKA: „O brukach pod względem higienicznym“. W wydziale higieny szpitali i przytułków przewodnictwem objął z wyboru kol. Teodor DUNIN, obowiązki sekretarza kol. Wacław MŁOZKOWSKI. W dyskusji nad programem tego wydziału podnoszono różne braki naszych urzędzeń szpitalnych i sposoby usunięcia ich. Za najpilniejszą uznano sprawę gruźlicy i uzdrowisk dla suchotników. Referat w tej kwestyi przedstawi na posiedzeniu w d. 20 stycznia kol. DUNIN. Czwarty wreszcie i ostatni z siedmiu wydziałów, wydział hy-

gieny zawodowej i przemysłu zgrupował przeważnie lekarzy fabrycznych, którzy na przewodniczącego wybrali kol. Leona BABIŃSKIEGO, na sekretarza kol. Antoniego ŚMIECHÓWSKIEGO. Postanowiono zapraszać na członków wydziału przemysłowców i fabrykantów i zająć się, na wniosek kol. LAZAROWICZA, sprawą organizacyi pomocy lekarskiej w fabrykach. Wnioskodawca przedstawi odnośny referat na pierwszym posiedzeniu. Tym sposobem czynności przedwstępne zostały ukończone. Wobec zaniedbania, w jakim dotychczas znajdowała się u nas higiena, niemała praca czeka wszystkie wydziały. Ufni w to, że, pomimo napotykanych przeszkód, a nieraz może i oporów, przy dobrych chęciach i wytrwałości nie jeden brak da się poprawić, nie jedno zle usunąć, życzymy, aby praca nowego, a tak potrzebnego u nas Towarzystwa, wydała plon jak najobfitszy. W roku przyszłym pomieszczać będziemy sprawozdania z posiedzeń wszystkich 4-ch wydziałów Towarzystwa.

— Kol. SOŁOWIEJCZYK po obronie rozprawy: „Topografia nerek, nadnerczy i naczyń nerkowych“ otrzymał stopień doktora medycyny w tutejszym uniwersytecie.

— W Paryżu zmarł w 64 r. życia LABOULBÈRE, profesor historii medycyny na tamtejszym wydziale lekarskim.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Kronika Lekarska*, № 24. L. BREGMAN. Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni. [Dok.]. — *Medycyna*, № 51. Jan DĄNYSZ. O szerzeniu się dżumy, jej zapobieganiu oraz leczeniu. I. ROSENTHAL. Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie w 1896—1897 r. oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału. — *Krytyka Lekarska*, № 12. WŁ. BIEGAŃSKI. Zdrowie i choroba z biologicznego punktu widzenia. FR. GRODECKI. Kilka słów o projektowanych ruchomych oddziałach oftalmicznych. M. ZWEIGBAUM. S. p. St. KONDRATOWICZ. Wspomnienie pośmiertne. Z. KRAMSZYK. D-r WITOLD NARKIEWICZ-JODKO.

## Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1899 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

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

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

W r. 1899 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“ . Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

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



Naturalna mineralna



**Woda Gubera**

zawierająca  
żelazo i arsen  
ze **Drebrenicy** w Bośni

Według rozbioru Rady Dworu D-ra Ernsta, Ludwig'a, c. k. zw. Prof. Chemii lekarskiej w Wiedniu woda Gubquerque zawiera w 10.000 częściach na wagę:

Bezwodnika kwasu arsenowego . . . 0.061  
Siarczozanu tlenika żelaza . . . . . 3.734

Henryk Matoni  
**Francenzbad,**  
**Wiedeń** (Tuchlauben, Mattonihof).  
**Karlsbad,**  
**Budapeszt.**

W jednej skrzynce pocztowej (30 kr. Porto) znajduje się 6 flaszek Gubquerque.

10-1

**CAŁY ROK**  
Hydropatja,  
Elektryczność,  
Masaż  
i t. d.

**NAŁĘCZÓW**

**W  
LECIE**  
Kąpiele  
Żelaziste,  
Borowinowe,  
Kumys, Ginnastyka.

12-6

**ZAKŁAD CHIRURGICZNY**  
**D-ra A. Grünbauma**  
Warszawa, Nowolipki 25.

10-8

Przyjmuje chorych, kwalifikujących się do operacji, na stałe pomieszczenie.  
O warunkach przyjęcia i pobytu wiadomość na miejscu.

**Dom zdrowia dla nerwowych i umysłowych chorych.**  
Lublin. D-r Olechnowicz, Ordyn. oddziału dla chorób umysłowych przy szpitalu Ś-go Wincentego w Lublinie.

16-3

Wyszła z druku książka  
**Szkice krytyczne**  
Z zakresu Medycyny  
**Zygmunta Kramsztyka.**

3-1

Cena rub. 2.

Skład Główny w Księgarni E. Wendego i S-ki.

**D-r W. RUBIN,**

4-1

ordynator kliniki Uniwersteckiej, dokonywa rozbiorów chemiczno-mikroskopowych: moczu, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, kału i t. p. **Ul. Nowolipki Nr. 27.**