

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1869 do 1 lipca 1869 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1869 r. sr. 38.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Przyczynek do kazuistyki terapeutycznej. Podał Prof. Łuczkiwicz. Pouczające dwa błędy diagnostyczne. Przez Prof. Brodowskiego. (Ciąg dalszy). Kronika Zagraniczna. Choroba Basedowa. Podług Drów Eulenburga i Guttmanna. Streścił St. Chomętowski, lekarz ordynujący w szpitalu Śgo Jana Bożego w Warszawie. Korrespondencya. Z Ciechocinka. Dr. Roman Ignatowski, lekarz 1-szy zdrojowy. Wiadomości bieżące. Posiedzenie 54-te oddziału chirurgii Tow. lek. Warszaw. Naczyniak. Przepuklina uwięziona Dr. Stankiewicz. Przypadek nosacizny u kobiety. Dwie operacje wypadnięcia macicy. Przez Prof. Girsztowta. Między-narodowy kongres stowarzyszeń podania pomocy ranionym i chorym wojownikom. Dodatek. Farmakognozyi arkusz 32 i 33ci, Histologii i Histochemii arkusz 38my.

Przyczynek do kazuistyki terapeutycznej.

Podał Prof. Łuczkiwicz.

Uczony professor rzymski, znakomity lekarz przestrzegający ściśle prawideł sztuki lekarskiej przez Hipokratesa wskazanych, Bagliwi wypowiedział w końcu XVII wieku wielką prawdę: „*O quam difficile curare morbos pulmonum -- o quam difficilius eos cognoscere*“ W sto lat z górą wystąpił genialny Lænnec z nową nauką badania chorób płucnych, i zdawało się że przy wykształceniu do tak wysokiego stopnia auskultacyj i perkussyj przez uczniów i następców Lænnec'a, aforyzm Bagliwiusza utracił na wartości klinicznej, że lekarz rozporządzając tak dzielnymi sposobami badania, opartymi na prawach fizyki, wyminął szczęśliwie ową Skyllę rzymskiego praktyka i może odwracając aforyzm powyżej przytoczony powiedzieć: iż trudniej jest leczyć choroby płucne aniżeli rozpoznawać. W samej rzeczy, dzięki wielkim zasługom pracowitych i myślących kollegów, zmiany anatomiczne miąższu płuc bywają po większej części z pożądaną dokładnością a nawet stanowczością rozpoznawane, szczególnie jeżeli zmiany te odnoszą się do rzędu zwyczajnych, pospolitych wysięków w narządzie oddechania, które się co dzień niemal wydarzając wyrodziły pewną łatwość w rutynie diagnostycznej. Wszelako

każdy z doświadczeńszych lekarzy spotyka się w życiu praktycznym nie zbyt rzadko z wypadkami chorób, których rozpoznanie, jakkolwiek w zakresie zmian płucnych leżące, nietylko nie jest łatwym ale nawet nasuwa trudności niezwalczone, pomimo objawów wyraźnie fizykalnych i pozornie bardzo widocznych i znanych. Do takichto zjawisk zaliczyć należy: tępy odgłos przy pukaniu i oddech oskrzelowy, których istotą i fizykalnym warunkiem jest zgęszczenie miąższu płucnego przy braku powietrza w pęcherzykach płucnych. Wypadałoby mniemać: że wypadki patologiczne powodujące rzeczony objawy auskultacyjne, muszą być ograniczone i lekarzowi nowoczesnemu dobrze znane, że takie grube zmiany, mówiąc wyraźnie, nie mogą być łądaczem wywołane, że powodem ich muszą być naruszenia czynności oddychania, które nie występują z przyczyn chwilowych, przemijających, że obecność odgłosu tępego i oddechu oskrzelowego dowodzi zawsze obecności jakiegoś ciała że tak powiem obcego, realnego, bądźto w miąższu płucnym, bądźto w jamie opłucnej, które do wytworzenia się i zniknięcia wymaga pewnego czasu i jest koniecznie następstwem właściwej sprawy chorobnej w samych płucach. Otóż wbrew niezaprzeczonej prawdziwości podanych tu twierdzeń, wydarzają się przykłady, gdzie wyprowadzone z tych zasad wnioski diagnostyczne najzupełniej lekarza zawodzą, i takito nauczający wypadek postanowiłem opisać czytelnikom Gazety, nie tyle jednak dla ostrzeżenia w terapii, która w takim nie szczęśliwym razie zawsze będzie bezsilną, ile dla podania wskazówki diagnostycznej i prognostycznej; przypadek ten zresztą z innych stron także bardzo nauczający, jak zaświadczy szczegółowy opis następujący:

Dnia 15-go kwietnia b. r. wezwany zostałem do pani W..., dwudziestokilkoletniej mężatki, dobrze zbudowanej i odżywionej, cery śniadłej, którą od paru lat znałem, proszony kilkakrotnie o pomoc w cierpieniach nerwowych, których istotę w braku innych anatomicznych warunków szukać należało w chorobie histerycznej. Sama pani W. i matka jej opowiadały mi poprzednio, że przed kilkoma laty chorowała W. na jakąś chorobę wątroby, po której do ostatnich czasów pozostały dolegliwości w okolicy rzonego organu, wzmagające się przy każdym wzruszeniu psychicznym, których wiele w życiu swoim p. W. przechodziła; badanie wszakże tak poprzednio jak i teraz przedsiębrane nie wykazało żadnych zmian anatomicznych w wątrobie. Przed tygodniem, czy to przez zaziębienie czy też przez nowe zmartwienie, zapadła p. W. na zdrowiu, przyczem nie doznając żadnych wyraźnych, ściśle oznaczyć się dających cierpień, czuła się w ogóle słabą, co ją zmusiło do użycia środka wymiotnego, czyniąc zadosyć powszechnemu uprzedzeniu, że przez wymioty zapobiegnie się cięższej chorobie. Po wymiotach i obfitych stolcach stan chorój polepszył się bardzo znacznie; p. W. oddawała się zwyczajnym zatrudnieniom domowym, nie odzyskała wszakże poprzedniego zupełnego zdrowia, kiedy w dniu 14-m t. j. w e ś r o d ě wieczorem powstał prawie nagle dokuczliwy b ó l g a r d ł a z uczuciem dławienia i ściskania w połyku nie pozwalający przełykania śliny, który szybko do tego doszedł stopnia, że w nocy rodzice jej doradzili przystawienie 8 pijawek na szyi, oczekując dnia dla wezwania pomocy lekarskiej.

Przybywszy we c z w a r t e k (15-go) o godzinie 11-tėj, zastałem chorą w łóżku, bardzo niespokojną o chorobę gardła, mówiącą cichym głosem więcej z obawy bólu niżeli z konieczności, gdyż na wezwanie moje, odpowiadała głosem wyraźnym i czystym; temperatura ciała zupełnie prawidłowa, tętno 74 dobrze skurczone i silne, głowa wolna, oddech spokojny, język wilgotny, łuki podniebieniowe bardzo lekko zaczerwienione, migdałki prawidłowe, błona śluzowa pokrywająca tylną ścianę połyku różowa, żadnych zmian nie przedstawia; przy połykaniu doznaje chora bólu w gardle nie zbyt silnego, prócz tego uskarża się na ciągłe n u d n o ś c i i bardzo znaczne o s ł a b i e n i e; jelita po większej części wypełnione dają przy pukaniu odgłos stłumiony; chora od tygodnia, t. j. od czasu użycia wymiotnika nie oddawała stolca, a przy badaniu wskazuje ból na całej przestrzeni żywota.

Z powodu tak długiego zatrzymania odchodów stolcowych i przy braku wszelkiego innego wskazania terapeutycznego zaleciłem użycie limonady magnezowej (którą chora poprzednio często używała) i zwyczajne płukanie gardła obok dyetetycznego zachowania się. Dziwna rzecz, w opisanym dopiéro stanie zdrowia, który żadnego nie przedstawiał niebezpieczeństwa, chora zapytała mnie przy pożegnaniu: czy ona nie umrze?! na co, jak łatwo się domyśleć, otrzymała odemnie rutynowe doktorskie zaspokojenie z przyrzeczeniem, że ją wieczorem odwiedzę, czego gorąco pragnęła. Tego samego dnia w i e c z o r e m zastałem chorą siedzącą w największej niespokojności i obawie o życie, prawie omdlewającą, z tętnem bardzo przyśpieszonym, małym; zdziwiony tą zmianą niezwykłą, zapytałem matki chorą, coby podobny stan spowodzić mogło i dowiedziałem się, że chora po użyciu pierwszej szklanki zaleconej limonady dostała wymiotów, które przed chwilą po wypiciu drugiej szklanki téjże limonady powtórzyły się i wywołały to osłabienie, co zresztą podług opowiadania matki zawsze u niój się pojawia jeżeli wymiotuje, jak to ma miejsce u samej matki i u wszystkich jej dzieci, że zatem stan ten ani ją zadziwia ani nie nabawia trwogą. Ponieważ chora przez upłyniony dzień także nie miała stolca, a limonada wzbudzała wymioty, przepisałem: *Inf. Sennae*.

Nazajutrz t. j. w p i ą t e k r a n o odwiedziliśmy chorą wraz z kolegą S t u m m e r e m i znaleźliśmy pacjentkę bladą, w stanie najwyższej niespokojności, w niewytłómaczonej obawie o życie; ból gardła ustąpił zupełnie, tętno 100, wymiary serca i tony jego całkiem prawidłowe, — temperatura ciała podwyższona; przy badaniu płuc otrzymaliśmy po stronie prawej z tyłu od środka łopatki do samego dołu odgłos całkiem tępy, krótki, deskowaty, z oddechem mocno oskrzelowym, oddech 60 w minucie, bez najmniejszego kaszlu. W nocy oddała chora dwa wolne stolce, nudności trwają ciągle, pragnienie dokuczliwe; zaleciliśmy: *Miatura ex Acido phosphorico* i wezykatoryą w miejscu wykrytego odgłosu tępego, biorąc go za oczywisty dowód wysięku w płucach i w jamie opłucnej, którego nadzwyczajnie szybkie złożenie wywołało zapewne nagły upadek sił i niepojętą trwogę chorą.

Wieczorem o godzinie 7-jej przedstawiała chora stan podobny do wczorajszego wieczora ale w stopniu znacznie wyższym: osłabienie największe, mdłości ustawiczne, ręce i nogi chłodne, lépkim potem pokryte, tętno tak śpieszne i małe, że obliczyć je niepodobna, twarz zapadła, pragnienie dokuczliwe — jedném słowem, choroba zamieniła się na wyraźne konanie; najważniejsze pod względem klinicznym było wszakże to zjawisko: że odgłos tępy i oddech oskrzelowy rano wysłedzone, znikły zupełnie tak, że w oznaczoném powyżej miejscu odgłosu tępego, znajdujemy jawny z oddechem niemal czysto pęcherzykowym lubo znacznie słabszym jak po stronie przeciwnéj, obok lekkiego rżenia drobnobańkowatego; w samym tylko dole z tyłu odgłos stłumiony przechodzi w tępy odgłos wątroby, a przy opisanym stanie choréj oznaczyć ściśle nie można, gdzie właściwie zaczyna się perkussya wątroby. Zaleciliśmy kamforę z emulsią migdałową i obmywanie ciała octem; później podano: *Analepticum ex Aqu. flor. naphae c. aether. acetico et syrup. chinae.*

Chora zostawała w tym samym stanie niespokojności, obawy, mdłości, przy nadzwyczajnie przyśpieszoném tętnie i oddechu, w zupełnej przytomności umysłu przez całą noc następną i połowę soboty, a o godzinie 2-jej z południa zakończyła życie. Badanie zwłok nie było dozwolone.

Przerażający ten wypadek jest godnym zastanowienia pod względem klinicznym, diagnostycznym i patogenicznym, nie mówiąc już o rokowaniu, które tylko przy pierwszej wizycie, we czwartek rano, złudzić nas mogło — gdyż wieczorem już tego samego dnia spostrzegliśmy, że chorą za straconą uważać należy.

Przebieg kliniczny przedstawia się po prostu niepojętym a straszliwym; w przeciągu dwóch dni osoba młoda, tuż przedtém zupełnie prawie zdrowa, bez podziałania jakiegokolwiek przyczyny widocznej, a tém mniej śmiertelnej, pada ofiarą niezrozumiałej sprawy patologicznej, albowiem liczne poprzednie zmartwienia, o których rodzice choréj mówią jako o przyczynie choroby, nie mogą w obec naukowej krytyki stanowić jedyny warunek patogeniczny w tym razie. Cierpienie rozpoczyna się gwałtownym bólem gardła — nazajutrz ból znika a występuje śmiertelny *collapsus*, obok całkowitego stopienia odgłosu w płucu prawém i oskrzelowego oddechu — i znowu nazajutrz znikają zmiany fizykalne płuc a zapada śmierć. Koledzy, którym doświadczenie dostarcza większą liczbę wypadków chorób, będą zapewne lepiej obeznani z takim przebiegiem i taką śmiercią, — ja wyznaję, że w ciągu 18-letniej praktyki spotkałem się pierwszy raz z podobnym titanem patologicznym; mówiąc to wykluczam przypadki nagłego krwotoku, zatoru etc., które nie są właściwie przedmiotem obserwacji klinicznej, tylko stanowią osobny rodzaj śmierci jak utonienie, uduszenie i t. p.; ale u naszej pacjentki była istotnie choroba, jednak tak gwałtowna i dziwaczna, że nie było czasu ani sposobu rozpatrzeć się i zapoznać z nią bliżej.

Co się tyczy rozpoznania rodzaju choroby, jakkolwiek ono w początku cierpienia (kiedy chora uskarżała się na ból gardła) musiało ograniczyć się wyłącz-

nie do anatomicznych zmian na błonie śluzowej połyku i niemogło nawet intuicyjnym sposobem przesądzać wywiązaną następnie choroby śmiertelnej całkiem odmiennego rodzaju, -- jakkolwiek nazajutrz jeszcze przy wyśledzeniu fizykalnych objawów w płucach, nie mogło także być prawdziwem i nasunęło wprawdzie chwilowe tylko złudzenie pozorniej choroby płucnej, — w końcu atoli, stało się rozpoznanie jeżeli nie stanowczem, zawsze jednak w przekonaniu naszym bardzo prawdopodobnem, mianowicie: że istotą choroby a raczej śmierci, której nieszczęśliwa pacjentka nasza uległa, była sprawa z a t o r o w a, w t ę t n i c y p ł u c n ę j i to większych rozmiarów (*Embolia arteriae pulmonalis*). Nie tajno nam wprawdzie, że opisy śmierci zatorem tętnicy płucnej spowodowanej (przy zatkaniu większej gałęzi) nie zupełnie zgadzają się z obrazem klinicznym przez nas obserwowanym, szczególnie pod tym względem, że podania np. V i r c h o w'a, P a n u m'a i t. p. donoszą o śmierci n a g l e zapadającej w podobnych razach przy objawach silnej duszności, gdzie zaś życie dłużej się zachowa (jak właśnie u naszej chorąg miało miejsce), tam występuje zazwyczaj płucie krwią z przyczyny tak zwanych zawałów krwistych (*Infarctus haemoptoicus*), czego u naszej pacjentki wcale nie było; — wszelako zważywszy wszystko dokładnie i wykluczwszy wszystkie znane formy nosologiczne zbliżone gwałtownością do naszego wypadku, zdaje się, że zostanie jedna sprawa zatorowa, która najlepiej jeszcze czynione jég zarzuty wytrzymać zdoła.

Szybkość przebiegu, brak wszelkiej innej zmiany patologicznej, niepojęta trwoga i niespokojność, mdłości, przytomność umysłu do końca przechodzona, niezwykle przyspieszenie tętna i jego niłość, obniżenie temperatury ciała, bladość skóry, wreszcie wystąpienie objawów w płucach świadczących o nagłym powstrzymaniu krążenia krwi i rychłe zniknięcie ich, — przemawiają pozytywnie za przypuszczeniem embolii w tętnicy płucnej. Niezwyczajne zjawisko znaków fizykalnych w płucach, ośmielamy się tłómaczyć w ten sposób, że raptowne zatkanie większej gałęzi tętnicy płucnej spowodowało rozległe powstrzymanie krwi tak przed zatorem, jakoteż zastój krwi tętniczej i żylny poza nim (dla braku siły popędzającej), co spowodowało odgłos tępy i oddech oskrzelowy (przez podniesienie zbitości mięszu płucnego); zaś zniknięcie tych dwóch przypadłości zrozumieć można tylko przez ustąpienie przekrwienia tętniczego i żylnego przy wytworzonem krążeniu obocznem (*circulatio collateralis*) w powierzchownych warstwach mięszu płucnego, dających brzmienie perkusyjne; uszkodzenie krążenia krwi i jég utlenienia musiało być wszakże w ś r o d k o w y c h częściach mięszu płucnego o tyle znaczne i ciężkie a przez uboczne krążenie nie usunięte, że spowodowało śmierć chorąg.

Najtrudniejszym rozdziałem epikrytycznym jest wskazanie ź r ó d ł a ewentualnego zatoru, przy braku wszelkich zmian anatomicznych w organizmie, jak o tém powyżej wspomnieliśmy, z wyjątkiem czerwonoci na połyku, która przecież czopka zatorowego dostarczyć nie mogła. Chora poprzednio przezemnie leczona nie przedstawiała żadnej wady organicznej w zastawkach sercowych; w ciągu choroby ostatniej badaliśmy powtórnie wymiary serca i jego tony wraz z kolegą D-r'em S t u m m e r e m i niepodobna było wyśledzić

żadnych objawów ostrego zapalenia wsierdza (*endocarditis*), które zresztą musiałyby było istnieć przedtém, przeciwko czemu świadczy stan chorój we czwartek jeszcze, kiedy liczone tętno wykazało 74 uderzeń na minutę; wrzodów żadnych ani ropienia nigdzie nie było na całym ciele, coby mogło dać początek sprawie zatorowej.

W takimto niedostatku patogenicznym wypada chyba uciec się do śmiałego przypuszczenia, że z przyczyn niezbadanych nastąpiło samowolne oddzielenie pierwiastków włóknistych z krwi w komórce prawej albo w przedsionku prawym, które dostawszy się do tętnicy płucnej zatkały jedną z większych gałęzi po prawej stronie i sprowadziły śmierć. Czuję dobrze całą niedostateczność mojego tłumaczenia, wszelako nadzwyczajność obserwowanego wypadku może mię poniekąd usprawiedliwi w oczach niezadowolnionych kolegów, którzy oparci na bogatszym doświadczeniu i głębszej nauce, zdołają zapewne lepsze wyrobić sobie objaśnienie i korzystniej zadowolnić ciekawość czytelników, tém bardziej, że dziś już nikt nie chce poprzestać na dobroduszném zdaniu starego Sydenhama: *morbi acuti Deum habent auctorem*.

Terapia mogła być, przyznaję, rozmaitszą i dłuższą i bardziej wyszukaną, wszakże rezultat jój byłby z pewnością równie bezskuteczny i pod tym względem zdaje się sumienie nasze może być spokojném.

Puczające dwa błędy diagnostyczne.

Przez Prof. Brodowskiego.

(Ciąg dalszy). *).

Przeciwnie zaś gdy przypuścimy, iż mamy w tym przypadku do czynienia z nowotworem, który powstawszy w śródpiersiu przedniém i przykrywszy większą część serca, rośnie przeważnie ku prawej stronie uciskając płuco prawe, wnika jednocześnie pomiędzy nie i serce, spychając nadmienione płuco na prawo a serce na lewo, i otoczywszy prawe oskrzele dociera aż do tylnej ściany klatki piersiowej; w takim razie wszystkie powyżej wymienione objawy chorobowe tłumaczą się jak najlepiej, a to bez wyjątku i tego wyż wspomnionego wstrząsania ręki lub głowy badającego przyłożonej do piersi chorego, za każdym uderzeniem jego serca. Nowotwór bowiem znajdujący się pomiędzy sercem i biorącemi zeń początek tętnicami z jednej a przednią ścianą klatki piersiowej z drugiej strony, zlawszy się z tą ostatnią stanowi z nią nierozzerwaną całość wstrząsającą się przy każdym nowym napływie krwi do wzmiankowanych tętnic, współczesnym jak wiadomo każdemu skurczowi komórek serca.

Jedno tylko czyniło wątpliwém nasze przypuszczenie to, że nowotwory śródpiersi a więc i przedniego są zwykle złośliwe; biorą one, jak wiadomo, najczęściej początek z gruczołów limfatycznych i występują w postaci licz-

*) Patrz Nr. 45 Gaz. Lek.

nych zrazu oddzielnych guzów, które wkrótce zlewają się w jedną masę: są to mięsaki limfatyczne (*limphosarcomata*) przechodzące dosyć prędko na gruczoly limfatyczne szyjowe, śródpiersia tylnego, śródbrzuszne i t. d. Nowotwory biorące początek z tkanki łącznej śródpiersia przedniego, lub zewnętrznego listka osierdzia, są pospolicie mięsakami rdzeniowatymi drobno-komórkowymi (*sarcomata medullaria parvicellularia*), a więc także złośliwe. Rak w tém miejscu należy do rzadkości. Otóż cały przebieg sprawy chorobnej w danym wypadku nie pozwalał na przypuszczenie nowotworu złośliwego: oprócz bowiem objawów ucisku sąsiednich narządzi, nie można było dostrzedz żadnych innych — właściwych rozwojowi nowotworów złośliwych. Nie należy jednak zapominać, iż jakkolwiek bez porównania rzadziej od poprzedzających, dają się wszakże postrzegać w śródpiersiu przedniem i nowotwory łagodne, jak np. mięsaki włókniste twarde (*fibrosarcomata dura*). Taki właśnie nie dawno znaleźliśmy na zwłokach jednej osoby zmarłej w szpitalu Dzieciątka Jezus, której symptomata chorobne były wielce podobne do tych, jakieśmy opisali u naszego chorego.

Po zostawieniu zatem wszystkich tych uwag uczyniliśmy w danym wypadku następujące rozpoznanie choroby: nowotwór (najprawdopodobniej mięsak włóknisty twardy), który powstawszy pierwotnie w śródpiersiu przedniem i doszedłszy tu do znacznych rozmiarów, zagłębił się z czasem pomiędzy serce i płuco prawe, a otoczywszy odpowiednią gałąź tętnicy płucnej i oskrzela, dostał się do śródpiersia tylnego i rośnie, podobnie jak w przedniem, przeważnie ku stronie prawej.

Dalszy przebieg choroby zdawał się najzupełniej usprawiedliwiać nasze rozpoznanie.

Obrzęk twarzy, górnej połowy tułowia i kończyn górnych powoli się zwiększał; na 10ty dzień po przybyciu chorego do szpitala zaczęła brzęknąć kończyna dolna lewa, a w parę dni potem — prawa i moszna (*scrotum*). W tymże samym czasie dostrzeżono nie wielką ilość płynu i w jamie otrzewnej. Jednocześnie opukiwanie klatki piersiowej wykrywało, że granice przestrzeni wydających odgłos tępy, zwłaszcza na przedniej powierzchni klatki piersiowej, powoli się rozszerzają, przedewszystkiem ku prawej stronie.

Po kilkunastu dniach trwania, a nawet stopniowego zwiększania się wodnej puchliny kończyn dolnych i moszen, zaczęła takowa ustępować, w miarę jak rozszerzenie żył i na kończynach dolnych zaczęło stawać się coraz wyraźniejszym. Ku końcowi lipca nie pozostało już ani śladu obrzęku kończyn dolnych; znacznie on się także zmniejszył na tułowiu i kończynach górnych. Rozszerzenie żył zaskórnych szyi, klatki piersiowej i brzucha znacznie się powiększyło. Kaszel od czasu do czasu się wzmacniał, duszność powiększała; ból tyłu głowy, zwłaszcza przy poruszaniu jęj, chwilami stawał się nader dolegliwym. Odżywienie ogólne zaczynało już wyraźnie cierpieć.

Łatwo się domyślić, że wzmacnianie się wzmiankowanych przypadłości chorobnych tłumaczyliśmy zakłóceniem ogólnego krążenia krwi, wynika-

jącego z coraz bardziej zwiększającego się ucisku tak wielkiego pnia żylnego, jak żyła główna zstępująca, i tak obfitego w naczynia krwionośne narzędzia, jak płuco, przez rosnący stopniowo nowotwór w śródpiersiu; jak znowu zmniejszanie się tychże przypadłości, a nawet ustąpienie niektórych z nich, przypisywaliśmy wyrównaniu w większej części wzmiankowanego zakłócenia za pośrednictwem ułatwienia krążenia obocznego (*circulatio collataralis*) przez naczynia wolnego płuca z jednej strony i sploty żyłne, łączące układ naczyniowy żyły głównej zstępującej z takimże układem żyły głównej wstępującej z drugiej strony, a to na skutek rozszerzenia się odpowiednich naczyń: jak tego mieliśmy dowód na wspomnianych powyżej żyłach zaskórnych klatki piersiowej i brzucha.

Takie pogorszenia i polepszenia, o jakich tu mowa, powtarzały się kilkakrotnie podczas całego przebiegu choroby; nigdy jednak już więcej wodna puchlina nie stawała się ogólną. W dalszym ciągu choroby najwięcej trapiły chorego: duszność, wzmagająca się niekiedy do napadów zatchnienia (*asthma*), kaszel, pozbawiający częstokroć snu chorego, i ból głowy, zwłaszcza potylicy.

Granice tępego odgłosu wypukowego zwłaszcza na przedniej powierzchni klatki piersiowej, jakkolwiek zwolna lecz nieustannie się rozszerzały: we wrześnie wierzchołek serca już się znajdował niemal na linii pachowej (*l. axillaris*) lewej; z prawej strony, z wyjątkiem bardzo nie wielkiej przestrzeni pod zewnętrznym końcem obojczyka dającej przy opukiwaniu odgłos próżny, wszędzie aż do linii pachowej mieliśmy odgłos najzupełniej tępy. Żyły szyjowe i zaskórne na przedniej powierzchni tułowia coraz bardziej się rozszerzały.

W obec takiego stanu chorobnego, za najważniejsze zadanie lekarza uważaliśmy łagodzenie groźniejszych dla życia chorego następstw zakłócenia w krążeniu krwi. Duszność chwilami dochodząca aż do zatchnienia i bardzo dolegliwe bóle głowy niekiedy w połączeniu z zawrotami wskazywały aż nadto wyraźnie narzędzia, które najwięcej były zagrożone. Odciągaliśmy więc krew od tych narzędzi bądź bańkami suchemi, bądź nacinanemi, bądź wreszcie niewielkimi upustami krwi, stosownie do mniejszego lub większego nateżenia wzmiankowanych przypadłości chorobnych. Do upustów krwi uciekaliśmy się w takich tylko razach, gdy przy znacznie wzmagającej się duszności, obok zwyczajnych u chorego rzeżeń świszczących przysłuch wykrywał rzeżenia trzeszczące zwykle grubo-pęcherzykowe; a więc gdy się należało obawiać ostrego obrzęku płuc, lub gdy do zwyczajnych bólów głowy przyłączała się senność, gdy więc była obawa by nie nastąpił wylew krwi w mózgowiu, lub by się nie przyłączył obrzęk ostry opon tego narzędzia. Wzmiankowane upusty zawsze tak wielką ulgę sprawiały choremu, że sam ich częstokroć nawet bardzo natarczywie żądał. Ma się samo przez się rozumieć, żeśmy przystawali na takie żądanie w razach tylko koniecznej potrzeby, pamiętając o tém, że nadużycie w mowie będącego środka, pociągając za sobą wodniistość krwi (*hydraemia*), może właśnie przyspieszyć to, czemu usiłowaliśmy zapobiedz.

W grudniu wreszcie chory zaczął się czuć coraz to gorzej: zatchnienia coraz to częściej występowały; ból głowy stał się bardzo dolegliwym i niemal nieustającym; puls stawał się coraz drobniejszym i przyśpieszonym (około 100); od czasu do czasu wargi siniąły mocniej, policzki — słabiej. 18go chory już nie opuszczał łóżka. 19go grudnia w nocy mocne dreszcze, zatchnienia bardzo częste, kaszel nieustanny, tętno drobne 120, oddechów 34 na minutę, siność twarzy coraz większa, płwociny pieniające, rżenia trzeszczące w dolnych płacach obu płuc; — 20go, około południa, przy wzrastających objawach duszenia się, chory głośno krzyknął, rzucił się z łóżka na ziemię i skonał.

B a d a n i e z w ł o k wykryło, żeśmy co do istoty sprawy chorobnej w danym przypadku byli w najzupełniejszym błędzie: z n a l e ż l i ś m y bowiem nie nowotwór w śródpiersiu przednim, lecz olbrzymi tętniak workowaty na aorcie wstępującej. Około 6 ctm. w średnicy mający, okrągły otwór tego tętniaka znajdował się na ścianie należącej do wypukłej części nadmienionego naczynia; lecz środek rzeczonoego otworu nie odpowiadał najwynioślejszej części wspomnionego wypuklenia, jak zwykle, owszem na tém miejscu znajdował się przedni tylko brzeg jego, środek zaś wypadł na ścianie zewnętrznej aorty wstępującej, a brzeg tylny tego otworu na granicy ściany zewnętrznej z tylną. Dolna część brzegu wzmiankowanego otworu odległą była o blisko 3 ctm. od początku aorty, górna — zaś — o $\frac{1}{2}$ ctm. od początku tętnicy bezimiennnej. Nieregularnie kulisty worek tętniakowy posiadał około 46 ctm. w obwodzie; wymiar jego przednio-tylny (*diam. antero-posterior*) wynosił 16 ctm., od środka zaś otworu do szczytu tętniaka 14 ctm. Olbrzymi ten tętniak ścianami swemi składającymi się niemal wyłącznie z nowoutworzonej, zbitiej tkanki łącznej, mocno zrosły z częściami otaczającymi, a przedewszystkiem z przednią ścianą klatki piersiowej i przeponą, zepchnął serce ku lewej stronie, zacisnął mocno światło całej żyły głównej zstępującej, która od góry zaczęła już była zarastać, mocno także ucisnął płuco prawe: nie tylko przednią jego połowę, zepchnawszy ją na prawo, lecz i tylną część płatu górnego, a to dotarłszy aż do tylnej ściany klatki piersiowej tuż przy kręgosłupie, po prawej jego stronie. Cały niemal worek tętniakowy tak dalece był wypełniony warstwowym skrzepem krwi, że pozostała część tego worka wolną, wyglądała jako płytkie zagłębienie na ścianach aorty. Powierzchnia skrzepu zwrócona do światła aorty była tak gładka, iż można było ją wziąć za przedłużenie błony wewnętrznej wzmiankowanego naczynia.

Światło aorty wstępującej na wysokości zwłaszcza otworu wzmiankowanego tętniaka o połowę szersze od prawidłowego, przy samym jednak początku normalne; tak w aorcie wstępującej, jak i łuku jej *endoarteriitis nodosa* w dosyć wysokim stopniu, najmniej wszakże wyraźna przy początku tętnic z łuku aorty wychodzących. Nadmienione tętnice tak przy początku jak i w dalszym przebiegu zachowywały się prawidłowo. Na aorcie wstępującej tuż pod otworem opisanego worka tętniakowego, znajdował się drobny tętniaczek woreczkowaty wielkości orzecha laskowego, próżny, komunikujący ze światłem tętnicy otworkiem wielkości drobnego ziarna grochu;

nadto widać na niej było parę wypukleń płaskich nie wyraźnie odgraniczonych, znajdujących się właśnie w miejscach największego napięcia wyż wspomnianej sprawy zapalnej. Podobnie wypuklenie dawało się postrzegać w tym wypadku i na wypukłości łuku aorty.

Serce cokolwiek zwiększone w obydwóch wymiarach: zwiększenie to jednak nie od zgrubienia ścian jego pochodziło, lecz od rozszerzenia komórek, zwłaszcza lewej. Ściany zaś serca w ogóle były blade i dosyć wątłe. Otwór tętniczy lewy, w skutek zrośnięcia na przestrzeni blisko 3ch millim. nieco zgrubiałych 2ch zastawek półksiężycowych, cokolwiek zwężony.

Płuco prawe jakieśmy już nadmienili mocno uciśnięte, pozostała dostępną dla powietrza górna i zewnętrzna część płatu górnego i tylna połowa płatu dolnego znajdowała się w stanie przekrwienia i obrzęku; w podobnym także stanie znajdowało się cokolwiek rozdęte całe płuco lewe. Oskrzele prawe w skutek ucisku wywieranego przez tętniak mocno zwężone.

Wątroba nieco zwiększona, muszkatołowata na rozkroju. Śledziona w stanie nie wielkiego rozrostu (*tumor lienis chronicus*). W nerwach prócz dosyć znacznego przekrwienia nic godnego uwagi. Oporna miękką mózgowia obrzękła, w jamkach bocznych mózgu po parę uncyj płynu surowiczego.

Wszystko więc co przy wielkich tętniakach workowatych uważa się za rzadkie, tu zbiegło się razem jakby po to tylko aby wprowadzić w błąd usiłującego ściśle uczynić rozpoznanie lekarza: 1) olbrzymi bowiem jakieśmy widzieli tętniak workowaty na aorcie wstępującej pozostał w granicach klatki piersiowej; 2) cały będąc wypełnionym krwią skrzepłą, ani przerostu lewej komórki nie pociągnął za sobą, ani opóźnienia pulsu w tętnicach po za nim biorących początek nie wywoływał; 3) co najważniejsza, czemu podobnego napróżnośmy szukali w literaturze, a co nawet zdawało się nam nie możliwem, to to, że tętniak workowaty znajdujący się na wypukłej części aorty mógł dotrzeć aż do tylnej ściany klatki piersiowej i stać się tu przyczyną oddechu oskrzelowego; 4) w ostatku na domiar niezwykłości, dosyć rozległe zapalenie łuku aorty nie wywołało tak pospolitego w takim razie zwężenia początku żadnej z tętnic tu powstających, a więc i tak zwykłej w podobnych razach niejednostajności pulsu w nadmienionych tętnicach.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Choroba Basedowa.

Podług Drów Eulenburga i Guttmana.

(*Archiv für Psychiatrie etc. Berlin 1868, 1 B. 2 Heft. S. 430—453*).

Streścił Stanisław Chomętowski, Lekarz Ordynujący w szpitalu Śgo Jana Bożego w Warszawie.

Nazwą choroby Basedowa oznaczamy zbiór objawów jakeimi są: palpitacye serca, obrzmienie gruczołu tarczowego i wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*).

Do tych trzech głównych objawów dołącza się nieraz szereg zbroczeń w narządach sekrecyjnych, trawienia i nerwowym, a u niewast w sferze płciowej; te zbroczenia jednak na-

leży uważać za drugorzędne, gdyż nie zawsze się zjawiają a w części stanowią następcze objawy. Trzy zaś owe główne objawy występują łącznie w przeważnej liczbie wypadków, wszakże zdarza się czasami że jednego z nich brakuje, tak np. na 58 wypadków choroby Basedowa opisanéj przez v. D u s o h'a (patrz tegoż autora: *Lehrbuch der Herzkrankheiten. Leipzig 1868, S. 354*), niedostawało wysadzenia gałki ocznej w 4ch razach, a woli (*struma*) w 3ch, palpitaacy serca również w 3ch razach. Inną razą jeden z tych objawów występuje w bardzo nieznacznym stopniu, zaledwie wykraczając z granic prawidłowego fizyologicznego stanu, niekiedy głównym objawem jest tylko wysadzenie obu gałek ocznych, które wszakże ze względu że dotyczy obu oczów i że połączone jest z innymi ogólnymi zaburzeniami, należy uważać jako chorobę Basedowa.

Z pomiędzy trzech głównych objawów, zwykle najprzód pojawiają się palpitaacy serca, po niejakiem czasie dopiero wola (*struma*), a w końcu wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*). Niekiedy jednak rozwijają się te objawy prawie jednocześnie, w przeciągu kilku dni, lub nawet w krótszym jeszcze przeciągu czasu; w rzadkich wypadkach pojawia się *struma* i *exophthalmus* przed cierpieniem serca; do najrzadszych zaś liczą się te wypadki, w których sam *exophthalmus* najprzód się pojawia.

Prawidłowość w pojawianiu się kolejném trzech głównych objawów choroby Basedowa, daje się spostrzegać w tak znacznej liczbie wypadków, że niepodobna jej uznać jako przypadkową kombinacyą, lecz należy koniecznie ją odnieść do pewnego wspólnego źródła.

Co do istoty choroby i jej pochodzenia podane zostały rozmaite teorye, które tu w streszczeniu podajemy.

Ze względu na pewne analogie patologiczne odnoszono istotę téj choroby do wadliwego składu krwi, zbliżonego do tego, jaki ma miejsce w blednicy (*chlorosis*).

Sam B a s e d o w przyjmował to przypuszczenie, do którego również przyłączali się mniej lub więcej inni autorzy, aż do ostatnich prawie czasów ¹⁾. Odnoszenie zbioru objawów głównych téj choroby do podstawy anemicznój tak się rozpowszechniło, że środki przeciw blednicy używane, najwięcej były stosowane i przy chorobie B a s e d o w a. Za powyższém przypuszczeniem przemawia ta okoliczność, że choroba przeważnie pojawia się u kobiet (na 58 wypadków opisanych przez v. D u s o h'a było dotkniętych tylko 11 mężczyzn), że towarzyszą jej często zбочenia w miesiączkowaniu, tak przed pojawieniem się jak i w przebiegu saméj choroby, że ciąża pomyslny wpływ na nią wywiera, że dają się słyszeć szmery w naczyniach woli (*struma*) i w sercu, że wreszcie same palpitaacy serca często towarzyszą stanom niedokrwistości.

Tymczasem ważne okoliczności przemawiają przeciw pierwotnej podstawie blednicowej. Najprzód ukazuje się choroba z głównemi swemi objawami i w zupełnie jednakowy sposób, zarówno u mężczyzn, jak u kobiet poza okresem klimakterycznym i u dzieci, a nawet we wszystkich tych razach pojawiają się nieraz owe drugorzędne objawy w narządach: sekrecyjnym, trawienia i nerwowym, o których wspominaliśmy powyżej. Dalej, przy blednicy nigdy nie pojawia się wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*), rzadko bardzo wole (*struma*), jak również wyjątkowo tylko przyspieszenie i wzmocnienie czynności serca, oraz pulsacya w tętnicach szyjowych. Tymczasem w chorobie Bas. liczba 120 uderzeń tętna na minutę jest rzeczą bardzo zwyczajną, 140 uderzeń i więcej nawet nie należy do rzadkości, w jednym wypadku liczba ta dochodziła do 200 na minutę ²⁾, a w innym ³⁾ niepodobną była

¹⁾ Patrz między innymi *Hiffelsheim*: Consideration sur la nature du goître exophthalmique: Gaz. hebdomad. 1862, Nr. 30, p. 468. B e a u, Gaz. Medic. 1862. Nr. 34 p. 535. W a r b u r t o n B e g b i e, On vascular bronchocele and Exophthalmos. Edinburgh medic. Journal. Vd. IX. Septbr. 1863 p. 198—219. (Autor między innymi powiada: anaemia poprzedzająca trzy główne objawy choroby B. wywołuje zaburzenia w odżywianiu powierzchownej części nerwu sympatycznego).

²⁾ M' D o n n e l l, Observations on a peculiar form of disease of the Heart, attended with enlargement of the Thyroid Gland und Eyeballs, Dublin Journal of medic. scien. Vol. XXVII. p. 203.

³⁾ G i l d e m e e s t e r, Archiv für die holländischen Beiträge zur Natur und Heilkunde (von D o n d e r s und Berlin), Utrecht. 1864 Band, III S. 416.

do zliczenia. Ta podwyższona czynność serca niejednokrotnie opiera się zwykłym środkiem zniżającym tętno, jak to autorzy niniejszej rozprawy zauważyli u pewnego chorego, obserwowanego przez dłuższy czas przez nich, u którego tętno wynosiło stale 120 uderzeń na minutę. Zauważono też że choroba *B a s e d o w a* pojawia się u osób cieszących się przedtem zupełnym zdrowiem i nie okazujących najmniejszych oznak niedokrwistości, rozwija się czasami dość prędko, w przeciągu kilku dni, a nawet nagle po silnych wrażeniach psychicznych lub innych przyczynach, niekiedy nawet po wpływach traumatycznych. Znaczna liczba drugorzędnych objawów, które wprawdzie nie zawsze ale często się pojawiają przy chorobie *B a s e d o w a*, jak wychudnięcie pomimo ogromnego apetytu, powiększone pragnienie, uczucie gorąca, skłonność do potów, oddychanie przyspieszone, wreszcie rozliczne przypadłości nerwowe silnie rozwinięte, nie pojawiają się również w ciągu błędnicy. Pewną jest przeto rzeczą że niedokrwistość w chorobie *B a s e d o w a* nie jest objawem pierwotnym, lecz tylko następczym, podobnie jak to ma miejsce w wielu innych chorobach z przebiegiem przewlekłym.

S t o k e s podaje inną teorią¹⁾, według której choroba *B a s e d o w a* bierze początek w zboczeniach czynności serca. Nie zważając wszakże na to, że powiedzenie to niczego nam nie tłumaczy, już same fakta sprzeciwiają się takowemu. Wiadomo przecież że palpitacyi serca brak niekiedy zupełnie, inną znów razą występują one równocześnie z innymi objawami, lub nawet po nich, a przedewszystkiem palpitacye spowodowane przez wady serca, nie przyczyniają się nigdy do wysadzenia gałki ocznej²⁾.

Po upadku dwóch powyższych teoryj coraz bardziej nabierano przekonania że punktem wyjścia choroby jest narząd nerwowy; pojęcie to tém bardziej zdawało się uzasadnione, ponieważ znaczna liczba chorych cierpiała mniej lub więcej na przypadłości nerwowe, na co już sam *B a s e d o w* zwrócił uwagę. W nowszej literaturze naprzykład opisuje *G e i g e l* (w czasopiśmie: *Würzburger medicin. Zeitschrift. 1868, 7 Band. S. 73*), wypadek choroby *B a s e d o w a*, powikłany stanem rozdrażnienia władz umysłowych, które w końcu przeszło w zupełne rozstrojenie umysłowe (*W a h n s i n n*), W wypadku opisanym przez *G i l d e m e e s t e r a* (patrz l. c. S. 415—417) napady epileptyczne pojawiały się w ciągu kilku lat przed powstaniem choroby *B a s e d o w a*, a w rok po rozwinięciu się takowej znikły i nigdy już nie powróciły. Chora, licząca około czterdziestu lat wieku, została zupełnie prawie wyleczoną, tak że pozostało tylko lekkie wysadzenie gałek ocznych. Te nerwowe objawy odnosił *Br ü c k* do maciennictwa (*hysteriasis*), *H a n d f i e l d*, *J o n e s* i *F l e t c h e r* do stanu ogólnego osłabienia, a *L a y c o o k* do mlecza kręgowego i do nerwu sympatycznego, a jeżeli wysadzenie gałki ocznej (*exophthalmus*) jest jednostronne, to odnosi to do zwoju *G a s s e r a*.

Nowe pojmowanie istoty choroby *B a s e d o w a* podał *K o e b e n*, utrzymując że takowa zależy od nerwu sympatycznego, i pogląd swój uzasadnił stosunkami anatomicznymi, jakie zachodzą pomiędzy sercem, gruczołem tarczowym, gałką oczną i gałęziami nerwu sympatycznego³⁾. Wola (*struma*) podług niego wywierać ma nacisk na nerw sympatyczny szyjowy, i tym sposobem powstaje wysadzenie gałek ocznych, podobnie jak to się dzieło przy doświadczeniach na zwierzętach dokonanych przez *B u d g e ' g o* i *R. W a g n e r a*. Późniejsi spostrzegacze, a między innymi i *P i o r r y*, tłumaczyli przyczynę wysadzenia gałek ocznych, naciskiem woli (*struma*), na naczyrna i nerwy szyjowe.

Że jednak wysadzenie gałek ocznych nie jest objawem spowodowanym przez nacisk, przemawiają za tém rozliczne fakta. *Struma* i *Exophthalmus* występuje często jednocześnie,

¹⁾ Patrz: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Aorta, von *S t o k e s*, Deutsch übers. von Lindwurm. Würzburg 1855, s. 244.

²⁾ Serce raczej i gruczoł tarczowy zdają się stać w pewnym do siebie stosunku, gdyż po zniknięciu woli (*struma*) przy użyciu jodu zauważano palpitacye serca, a nawet przy woli (*struma*) w chorobie Bas. użycie jodu w kilku wypadkach sprawiło znaczne pogorszenie (Porównaj: *V i r c h o w*, die krankhaften Geschwülste, 3 Band. 1 Abtheilung, 4, 78).

³⁾ Patrz: *K o e b e n*. De exophthalmo ac struma cum cordis affectione. Dissertatio inauguralis. Berol. 1855. p. 22—27.

czasami powiększenie gruczołu tarczowego ukazuje się znacznie później niż wysadzenie gałek ocznych, niekiedy w kilka lat po nastąpieniu takowego, jak to zauważył D e s m a r r e, lub téż *struma* zupełnie się nie pojawia, pomimo znacznego *exophtalmus* (sposzczenie v. D u s c h a; patrz l. c. S. 531). Nadto *struma* w chorobie B a s e d o w a ma zwykle nie zbyt znaczne rozmiary, nie zdolną jest więc do wywierania nacisku, a wreszcie pojawiająca się tak często endemicznie *struma* nigdy nie sprowadza wysadzenia gałek ocznych. *Exophtalmus* nie znika téż równomiernie ze zmniejszaniem się objętości powiększonego gruczołu tarczowego. C h a r c o t opisuje nawet wypadek, w którym *exophtalmus* pozostał, pomimo że *struma* zniknęła i serce powróciło do prawidłowej czynności. T a y l o r znowu podaje sposzczenie, w którym wysadzenie gałek ocznych znikło, stan ogólny chorego się poprawił, a mimo to *struma* się zmniejszyła.

Jakkolwiek niejedna rzecz przemawia przeciw teorii K o e b e n a, to przecież należy przyznać że takowa miała fizyologiczną podstawę. Wkrótce potem G r a e f e w *Archiv für Ophthalmologie* (1857. 3. Tom s. 280) zwrócił uwagę na możliwy współdziałanie nerwu sympatycznego w opisywanej chorobie.

Z pomiędzy francuskich lekarzy wypowiedział pierwszy A r a n ¹⁾ zdanie, że choroba B a s e d o w a polega na pewnym stanie podrażnienia nerwu sympatycznego, a to z uwagi na analogię jaką rzeczona choroba przedstawia do wypadków z doświadczeń czynionych na nerwie sympatycznym u zwierząt. *Exophtalmus* wyprowadzał ze skurczu *musculi orbitalis*, gładkiego mięśnia ocznego, odkrytego niedawno przedtem przez H. M ü l l e r a.

T r o u s s e a u uważał również w o l ę (*struma*) i wysadzenie gałek ocznych za objawy kongestyjne, będące skutkiem podrażnienia nerwu sympatycznego, przypominając przytem co do *exophtalmus* o poszukiwaniach wziernikowych (oftalmoskopowych) W i t h m i s e n ' a, wykazujących przekrwienie siatkówki. Zatrzymanie regularności u kobiet, lub zboczenia w funkcyi takowych, objaśnia T r o u s s e a u niedostatecznym dopływem krwi do organów płciowych skutkiem zbytowego nawalu krwi do górnych części ciała. Za przypuszczeniem tém przemawia i ta okoliczność, że z nastąpieniem nawalu (*congestio*) do macicy, jak to ma naprzykład miejsce podczas ciąży, przedewszystkiem *struma* a następnie i inne zjawiska choroby znikają zupełnie. (Dalszy ciąg nastąpi.)

K O R R E S P O N D E N C Y A.

Z Ciechocinka, w kwietniu 1869 r.

Źródła Ciechocińskie różniące się między sobą siłą nasycenia należą do solanek bromo-jodowych, w których brom w przewaźnej znajduje się ilości. Znaczne nasycenie składowe tutejszych solanek chroniące je od posługiwania się ługiem, jak to ma miejsce u wielu wód uboższych; świeżość ciągle utrzymywana bezustanném czerpaniem wody na potrzebę produkcji soli, stanowią warunki wysokiej skuteczności, jakie się w niewielu zakładach wód napotyka.

Analiza solanki w różnych dokonywana czasach odpowiednio postępowi chemii ostatecznie zrobiona przez ś. p. L e s i ũ s k i e g o, b. Prof. Akademii lek., przedstawia następujący skład chemiczny: 1) w solance 2^o używanej do picia i kąpeli słabych znajduje się w 1,000 częściach — przy ciężkości gatunkowej 1,0165: chlorku sodu 17,7610, chlorku calcium 1,3850, chlorku magnezyu 0,5940, chlorku ammonii 0,0026, bromku sodu 0,0015, jodku sodu 0,0018, siarczanu wapna 0,4950, węglanu baryty 0,0005, węglanu stroncyanny 0,0021, węglanu żelaza 0,0035, saletranu wapna 0,0066, krzemionki 0,0244, glinki 0,0242, fosforanu sody 0,0068, potassu, lityny ślady; 2) w solance 3^o ciężk. gat. 1,026 w 1000 częściach, zawiera się: chlorku sodu 21,8450, chlorku calcium 1,8390, chlorku magnezyu 0,3550, bromku sodu 0,0025, jodku sodu 0,0009, siarczanu wapna 0,7070, węglanu baryty 0,0006, węglanu stroncyanny 0,0292, krzemionki 0,1370, fosforanu sody 0,1260; 3) solanka 5^o (ciężkość gatunkowa 1,0415 temperat. + 12). Chlor-

¹⁾ A r a n: De la nature et du traitement de l' affection connue sous le non de goitre exophtalmique. Séance de l' Academie de Medecine, 4 Decembre 1860. Gaz. hebdomadaire 1860. Nr. 49. p. 795. Gaz. medic. 1860, p. 712. Archives Générales de Médecine. 1861. Janvier. p. 106.

ku sodu 44,2550, chlorku calcium 4,1760, chlorku magnezyu 3,0540, bromku jodu 0,0037, jodku sodu 0,0005, siarczanu wapna 1,1870, węglanu baryty 0,0015, węglanu stroncyanny 0,0091, krzemionki 0,0857, glinki 0,0512, fosforanu sodu 0,0629, w ogóle części stałych 52,8866.

Porównywając tę najslabszą Solankę z innemi do picia używanemi, znajdziemy ją o wiele mocniejszą, albowiem w jednym funcie berlińskim (7680 gram) znajduje się:

	Ciechoc.	Homburg.	Kreutzerz.	Iwonic.	Kissingen.	Buska.
Części stal.	156,6216.	106,772.	90,675.	76,738.	74,614.	133,794.
soli kuch.	136,4040.	78,618.	72,922.	60,459.	45,965.	106,394.

Skład wymieniony solanki dostatecznie już objaśniający jak ona jest ważną dla kuracyi, mianowicie w cierpieniach skrofulicznych, nader często występujących i w wielu chorobach z niemi skomplikowanych, zasługuje na bliższy szczegółowy rozbiór składników: **C h l o r e k s o d u**. Znaną jest ważność soli kuchennej pod względem organicznym dla wyrobu krwi, do której dostaje się przez wessanie. W żadną sól krew nie jest tak bogatą jak w chlorek sodu; powiększony stosunek soli w stanie patologicznym organizmu, stanowi pomniejszenie ilości białka we krwi i odwrotnie. Sól ta stanowi niezbędną podstawę dla sprawy trawienia i odżywiania; napotyka się zarówno w żółci, we łzach, w szluzie, moczu, pocie i t. d. Podobnie jak ta sól tak i inne sole sodowe tu wymienione poprawiają mieszaninę krwi, utrzymują białko w stanie rozpuszczenia, a w błonach szluzowych i nerkach pobudzają sekrecyą.

C h l o r e k w a p n a, stroncyanny i t. p. przy wątłości części stałych, podwyższają jędrność tkanin, liczą się do materij twórczych, posługujących w tworzeniu kości i ciałek krwi, a zatem w *rachitis*, *anaemii* i *chlorosis* okazują się skuteczne; pozostanie to jednak nierozwiązaną kwestyą, czy tę wynikłość przypisać należy twórczości soli, lub też podwyższonemu i polepszonemu przyswojeniu i wzmocnieniu trawienia.

S i a r c z a n y s o d y i magnezyi;— fizyologiczne działanie tych soli, nie jest ściśle zbadane, posiadają małą własność dyfuzyi, zwolna zatem i w nieznacznej ilości przenikają do krwi;— właściwie podrażniają i przyspieszają czynności błon szluzowych kanału trawienia i tworzą wypróżnienia stolcowe.

Ż e l a z o, jako pierwiastek ożywczy i na mieszaninę krwi istotnie wpływający, mianowicie w usposobieniu anemicznym, stanowi w solance naszej szczęśliwą modyfikacyę, ograniczającą jej rozvolniające działanie.

Nareszcie **b r o m i j o d** jako dzielne składniki przyspieszające zmianę materij, upoważniają do wyrzeczenia, iż żadne inne wody mineralne użyte wewnątrz i zewnątrz nie dostarczają tak wybornych skutków.

Części składowe solanki przy obszerniej ewaporacyi prowadzonej na tężniach, porwane w drobnych częściach napelniają powietrze i przez sprawy oddychania stanowią także jeden z ważnych czynników lekarskich, który obok picia solanki i zewnętrznego jej użycia już to w połączeniu z niemi, już to samoistnie dzielnie przychodzi w pomoc kuracyi;— usuwają się na tej bezpośredniej drodze chorobliwe zmiany błony szluzowej, wyścielającej przewód oddechowy.

Dwa są źródła w Ciechocinku przeznaczone do picia a trzy do kąpieeli, różniące się siłą nasycenia od 2ch do 6iu procentów.

Budowli łaźiebnych jest trzy, w których znajduje się waniem większych 53, małych 28: nadto w 2ch osobnych budynkach umieszczone są kąpiele parowe z natryskowemi a w trzecim wystawio się w tym roku mającym, pomieszczone będą osobne kąpiele spadowe (*douche*).

W jaki sposób administrują się kąpiele pod względem ich stopnia ciepłoty i trwania, oraz fizyologicznego i terapeutycznego działania, odsyłam do broszury mojej o Wodach Ciechocińskich w 1854 r. wydanej.

Co się dotyczy skutków lekarskich solanki naszej: w jakich chorobach zwykliśmy ją stosować i z jaką skutecznością, najrzetelniejszy nam obraz poda wykaz liczebny chorób u nas w r. z. leczonych i wyleczonych.

Wiadomości bieżące.

— W d. 5 b. m. odbyło się 54-te posiedzenie oddziału chirurgii Tow. lek. Warszaw., na którym: 1) Dr. S t a n k i e w i o z Wład. przedstawił dziecko z naczyniakiem (*angioma*) na czole, a to w celu zasięgnięcia rady co do sposobu leczenia. Po przeprowadzonej dyskusji zgodzono się, stosownie do wniosku Prof. G i r s z t o w t a, na wycięcie nowotworu. 2) Następnie przewodniczący opowiedział o wypadku nosacizny (*malliasmus*) u kobiety, Anny F., 33 lat, przywiezionej do jego kliniki w d. 29 z. m. z objawami następnymi: wysypka (*pustula*) i pokrywała skórę całego ciała, jak również błonę śluzową nosa i gardzieli; naczynia i gruczoły limfatyczne były w stanie zapalenia ropnego; palce lewej ręki, zaczynając od obrączkowego, prawie w całości zgangrenowane; obok tego silna gorączka, chora prawie nieprzytomna, chwilami majaczy; na drugi dzień chora zmarła. Sekcja wykazała co następuje: skóra na całej powierzchni żółtawa; na głowie, twarzy, karku, szyi i całym tułowi, wyjąwszy brzucha, na kończynach górnych i dolnych znajdują się rozmaitej wielkości *pustulae* i *vesiculae*, okrągławe, w miejscach tych na rozkroju skóra zaczerwieniona, zgrubiała. Jedne *pustulae* wypełnione są płynem śluzowatym, inne ropiastym; dokoła każdej z tych krost znajduje się żółto-blando-czerwona otoczka; źrenica prawa rozszerzona; tkanka tłuszczowa podskórna miernie rozwinięta; mięśnie ciemno-czerwono zabarwione. Na przedramieniu lewem od strony zewnętrznej, w warstwie tkanki tłuszczowej podskórnej, na przestrzeni kilku cent. kwadratowych, ognisko rozpadowe; palec pierścienkowy zgangrenowany, grzbiet, dłoń i okolica napięstka zaczerwienione, obrzmiałe, — process ten rozpadowy sięga aż do kości przez wszystkie tkanki; na ręce prawej także ogniska. Powierzchnia płuca lewego szaro-fioletowa, na niej przebijają tu i owdzie ogniska wielkości grochu okrągłego. Płuco na rozkroju trzeszczy, a z powierzchni rozkroju sączy się płyn czerwony, drobno pienisty (*oedema et hyperaemia pulmonum*). Ogniska te są nieregularne, koloru szaro-czerwonego i otoczone są ciemno-wiśniową obrączką. Błona śluzowa oskrzeli czerwona i znaczną ilością śluzu pokryta. Wą t r o b a powiększona, gładka, na powierzchni rozkroju brunatno-czerwona z odcieniem brudnym, (*hepatitis parenchymatosa*). Ś l e d z i o n a powiększona, wiotka, powierzchnia rozkroju ciemno-czerwona, miąższ miążdzysty, powłoka łatwo odstaje. Nerka lewa powiększona, gładka, powłoka łatwo się łuszczy, pod nią powierzchnia ciemno-czerwona; na rozkroju koloru brunatno-czerwonego; substancja korowa obrzmiała. Nerka prawa tych samych własności (*nephritis parenchymatosa*). Pęcherz moczowy miernie rozszerzony, zawiera mocz w ilości 4-ch uncyj. Żołądek miernie rozdęty, błona śluzowa blado-czerwona, grubą warstwą śluzu pokryta. Kiszki cienkie miernie rozdęte, błona śluzowa blada, kęпки P e y e r a obrzmiałe, powierzchnia błony śluzowej cienką warstwą śluzu, oraz kałem żółtym pokryta (*catarrhus ventriculi et intestinorum*). W dolnej części tchawicy zaraz przy rozdwojeniu się, kilka małych ognisk. W mięśniach kończyn dolnych, szczególniej łydkowych, liczne ogniska, w których widać rozpoczynający się rozpad. Na błonie śluzowej jam nosowych i nosogardzielowych żółtawe ogniska, otoczone żółto-czerwoną obrączką i rozpadające się. 3) Dr. S t a n k i e w i c z opowiedział o przypadku przepukliny pachwinowej uwięźniętej (*incarceratio*) nadzwyczajnej wielkości, przez niego operowanej. 4) W końcu prof. G i r s z t o w t m ó w i ł o wypadnięciu macicy i wykonanych przez siebie dwom kobietom operacjach celem zniszczenia téj niemocy, podług sposobu chirurga amerykańskiego M a r i o n a S i m s a.

— Międzynarodowy kongress stowarzyszeń podania pomocy ranionym i chorym wojownikom, stosownie do wniosku Prof. L a n g e n b e c k'a odbędzie się w r. 1871 w Wiedniu.

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

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1869 do 1 lipca 1869 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1869 r. sr. 38.

TREŚĆ: **Prace oryginalne.** Przyczynek do kazuistyki terapeutycznej. Podał Prof. Łuczkiwicz. Pouczające dwa błędy diagnostyczne. Przez Prof. Brodowskiego. (Ciąg dalszy). **Kronika Zagraniczna.** Choroba Basedowa. Podług Drów Eulenburga i Guttmanna. Streścił St. Chomętowski, lekarz ordynujący w szpitalu Śgo Jana Bożego w Warszawie. **Korrespondencya.** Z Ciechocinka. Dr. Roman Ignatowski, lekarz 1-szy zdrojowy. **Wiadomości bieżące.** Posiedzenie 54-te oddziału chirurgii Tow. lek. Warszaw. Naczyniak. Przepuklina uwięziona Dr. Stankiewicz. Przypadek nosacizny u kobiety. Dwie operacje wypadnięcia macicy. Przez Prof. Girsztowta. Międzynarodowy kongres stowarzyszeń podania pomocy ranionym i chorym wojownikom. **Dodatek.** Farmakognozyi arkusz 32 i 33ci, Histologii i Histochemii arkusz 38my.

Przyczynek do kazuistyki terapeutycznej.

Podał Prof. Łuczkiwicz.

Uczony professor rzymski, znakomity lekarz przestrzegający ściśle prawideł sztuki lekarskiej przez Hipokratesa wskazanych, Bagliwi wypowiedział w końcu XVII wieku wielką prawdę: „*O quam difficile curare morbos pulmonum -- o quam difficilius eos cognoscere*“ W sto lat z górą wystąpił genialny Lænnec z nową nauką badania chorób płucnych, i zdawało się że przy wykształceniu do tak wysokiego stopnia auskultacyj i perkussyj przez uczniów i następców Lænnec'a, aforyzm Bagliwiusza utracił na wartości klinicznej, że lekarz rozporządzając tak dzielnymi sposobami badania, opartymi na prawach fizyki, wyminął szczęśliwie ową Skyllę rzymskiego praktyka i może odwracając aforyzm powyżej przytoczony powiedzieć: iż trudniej jest leczyć choroby płucne aniżeli rozpoznawać. W samej rzeczy, dzięki wielkim zasługom pracowitych i myślących kollegów, zmiany anatomiczne miąższu płuc bywają po większej części z pożądaną dokładnością a nawet stanowczością rozpoznawane, szczególnie jeżeli zmiany te odnoszą się do rzędu zwyczajnych, pospolitych wysięków w narządzie oddechania, które się co dzień niemal wydarzając wyrodziły pewną łatwość w rutynie diagnostycznej. Wszelako

każdy z doświadczeńszych lekarzy spotyka się w życiu praktycznym nie zbyt rzadko z wypadkami chorób, których rozpoznanie, jakkolwiek w zakresie zmian płucnych leżące, nietylko nie jest łatwym ale nawet nasuwa trudności niezwalczone, pomimo objawów wyraźnie fizykalnych i pozornie bardzo widocznych i znanych. Do takichto zjawisk zaliczyć należy: tępy odgłos przy pukaniu i oddech oskrzelowy, których istotą i fizykalnym warunkiem jest zgęszczenie miąższu płucnego przy braku powietrza w pęcherzykach płucnych. Wypadałoby mniemać: że wypadki patologiczne powodujące rzeczony objawy auskultacyjne, muszą być ograniczone i lekarzowi nowoczesnemu dobrze znane, że takie grube zmiany, mówiąc wyraźnie, nie mogą być łądaczem wywołane, że powodem ich muszą być naruszenia czynności oddychania, które nie występują z przyczyn chwilowych, przemijających, że obecność odgłosu tępego i oddechu oskrzelowego dowodzi zawsze obecności jakiegoś ciała że tak powiem obcego, realnego, bądźto w miąższu płucnym, bądźto w jamie opłucnej, które do wytworzenia się i zniknięcia wymaga pewnego czasu i jest koniecznie następstwem właściwej sprawy chorobnej w samych płucach. Otóż wbrew niezaprzeczonej prawdziwości podanych tu twierdzeń, wydarzają się przykłady, gdzie wyprowadzone z tych zasad wnioski diagnostyczne najzupełniej lekarza zawodzą, i takito nauczający wypadek postanowiłem opisać czytelnikom Gazety, nie tyle jednak dla ostrzeżenia w terapii, która w takim nie szczęśliwym razie zawsze będzie bezsilną, ile dla podania wskazówki diagnostycznej i prognostycznej; przypadek ten zresztą z innych stron także bardzo nauczający, jak zaświadczy szczegółowy opis następujący:

Dnia 15-go kwietnia b. r. wezwany zostałem do pani W..., dwudziestokilkoletniej mężatki, dobrze zbudowanej i odżywionej, cery śniadłej, którą od paru lat znałem, proszony kilkakrotnie o pomoc w cierpieniach nerwowych, których istotę w braku innych anatomicznych warunków szukać należało w chorobie histerycznej. Sama pani W. i matka jej opowiadały mi poprzednio, że przed kilkoma laty chorowała W. na jakąś chorobę wątroby, po której do ostatnich czasów pozostały dolegliwości w okolicy rzonego organu, wzmagające się przy każdym wzruszeniu psychicznym, których wiele w życiu swoim p. W. przechodziła; badanie wszakże tak poprzednio jak i teraz przedsiębrane nie wykazało żadnych zmian anatomicznych w wątrobie. Przed tygodniem, czy to przez zaziębienie czy też przez nowe zmartwienie, zapadła p. W. na zdrowiu, przyczem nie doznając żadnych wyraźnych, ściśle oznaczyć się dających cierpień, czuła się w ogóle słabą, co ją zmusiło do użycia środka wymiotnego, czyniąc zadosyć powszechnemu uprzedzeniu, że przez wymioty zapobiegnie się cięższej chorobie. Po wymiotach i obfitych stolcach stan chorój polepszył się bardzo znacznie; p. W. oddawała się zwyczajnym zatrudnieniom domowym, nie odzyskała wszakże poprzedniego zupełnego zdrowia, kiedy w dniu 14-m t. j. w e ś r o d ě wieczorem powstał prawie nagle dokuczliwy b ó l g a r d ł a z uczuciem dławienia i ściskania w połyku nie pozwalający przełykania śliny, który szybko do tego doszedł stopnia, że w nocy rodzice jej doradzili przystawienie 8 pijawek na szyi, oczekując dnia dla wezwania pomocy lekarskiej.

Przybywszy we c z w a r t e k (15-go) o godzinie 11-tėj, zastałem chorą w łóżku, bardzo niespokojną o chorobę gardła, mówiącą cichym głosem więcej z obawy bólu niżeli z konieczności, gdyż na wezwanie moje, odpowiadała głosem wyraźnym i czystym; temperatura ciała zupełnie prawidłowa, tętno 74 dobrze skurczone i silne, głowa wolna, oddech spokojny, język wilgotny, łuki podniebieniowe bardzo lekko zaczerwienione, migdałki prawidłowe, błona śluzowa pokrywająca tylną ścianę połyku różowa, żadnych zmian nie przedstawia; przy połykaniu doznaje chora bólu w gardle nie zbyt silnego, prócz tego uskarża się na ciągłe n u d n o ś c i i bardzo znaczne o s ł a b i e n i e; jelita po większej części wypełnione dają przy pukaniu odgłos stłumiony; chora od tygodnia, t. j. od czasu użycia wymiotnika nie oddawała stolca, a przy badaniu wskazuje ból na całej przestrzeni żywota.

Z powodu tak długiego zatrzymania odchodów stolcowych i przy braku wszelkiego innego wskazania terapeutycznego zaleciłem użycie limonady magnezowej (którą chora poprzednio często używała) i zwyczajne płukanie gardła obok dyetetycznego zachowania się. Dziwna rzecz, w opisanym dopiéro stanie zdrowia, który żadnego nie przedstawiał niebezpieczeństwa, chora zapytała mnie przy pożegnaniu: czy ona nie umrze?! na co, jak łatwo się domyśleć, otrzymała odemnie rutynowe doktorskie zaspokojenie z przyrzeczeniem, że ją wieczorem odwiedzę, czego gorąco pragnęła. Tego samego dnia w i e c z o r e m zastałem chorą siedzącą w największej niespokojności i obawie o życie, prawie omdlewającą, z tętnem bardzo przyśpieszonym, małym; zdziwiony tą zmianą niezwykłą, zapytałem matki chorą, coby podobny stan spowodzić mogło i dowiedziałem się, że chora po użyciu pierwszej szklanki zaleconej limonady dostała wymiotów, które przed chwilą po wypiciu drugiej szklanki téjże limonady powtórzyły się i wywołały to osłabienie, co zresztą podług opowiadania matki zawsze u niej się pojawia jeżeli wymiotuje, jak to ma miejsce u samej matki i u wszystkich jej dzieci, że zatem stan ten ani ją zadziwia ani nie nabawia trwogą. Ponieważ chora przez upłyniony dzień także nie miała stolca, a limonada wzbudzała wymioty, przepisałem: *Inf. Sennae*.

Nazajutrz t. j. w p i ą t e k r a n o odwiedziliśmy chorą wraz z kolegą S t u m m e r e m i znaleźliśmy pacjentkę bladą, w stanie najwyższej niespokojności, w niewytłómaczonej obawie o życie; ból gardła ustąpił zupełnie, tętno 100, wymiary serca i tony jego całkiem prawidłowe, — temperatura ciała podwyższona; przy badaniu płuc otrzymaliśmy po stronie prawej z tyłu od środka łopatki do samego dołu odgłos całkiem tępy, krótki, deskowaty, z oddechem mocno oskrzelowym, oddech 60 w minucie, bez najmniejszego kaszlu. W nocy oddała chora dwa wolne stolce, nudności trwają ciągle, pragnienie dokuczliwe; zaleciliśmy: *Miatura ex Acido phosphorico* i wezykatoryą w miejscu wykrytego odgłosu tępego, biorąc go za oczywisty dowód wysięku w płucach i w jamie opłucnej, którego nadzwyczajnie szybkie złożenie wywołało zapewne nagły upadek sił i niepojętą trwogę chorą.

Wieczorem o godzinie 7-jej przedstawiała chora stan podobny do wczorajszego wieczora ale w stopniu znacznie wyższym: osłabienie największe, mdłości ustawiczne, ręce i nogi chłodne, lépkim potem pokryte, tętno tak śpieszne i małe, że obliczyć je niepodobna, twarz zapadła, pragnienie dokuczliwe — jedném słowem, choroba zamieniła się na wyraźne konanie; najważniejsze pod względem klinicznym było wszakże to zjawisko: że odgłos tępy i oddech oskrzelowy rano wysłedzone, znikły zupełnie tak, że w oznaczonym powyżej miejscu odgłosu tępego, znajdujemy jawny z oddechem niemal czysto pęcherzykowym lubo znacznie słabszym jak po stronie przeciwniej, obok lekkiego rżenia drobnobańkowatego; w samym tylko dole z tyłu odgłos stłumiony przechodzi w tępy odgłos wątroby, a przy opisanym stanie chorój oznaczyć ściśle nie można, gdzie właściwie zaczyna się perkussya wątroby. Zaleciliśmy kamforę z emulsyą migdałową i obmywanie ciała octem; później podano: *Analepticum ex Aqu. flor. naphae c. aether. acetico et syrup. chinae.*

Chora zostawała w tym samym stanie niespokojności, obawy, mdłości, przy nadzwyczajnie przyśpieszonym tętnie i oddechu, w zupełnej przytomności umysłu przez całą noc następną i połowę soboty, a o godzinie 2-jej z południa zakończyła życie. Badanie zwłok nie było dozwolone.

Przerażający ten wypadek jest godnym zastanowienia pod względem klinicznym, diagnostycznym i patogenicznym, nie mówiąc już o rokowaniu, które tylko przy pierwszej wizycie, we czwartek rano, złudzić nas mogło — gdyż wieczorem już tego samego dnia spostrzegliśmy, że chorą za straconą uważać należy.

Przebieg kliniczny przedstawia się po prostu niepojętym a straszliwym; w przeciągu dwóch dni osoba młoda, tuż przedtem zupełnie prawie zdrowa, bez podziałania jakiegokolwiek przyczyny widocznej, a tém mniej śmiertelnej, pada ofiarą niezrozumiałej sprawy patologicznej, albowiem liczne poprzednie zmartwienia, o których rodzice chorój mówią jako o przyczynie choroby, nie mogą w obec naukowej krytyki stanowić jedyny warunek patogeniczny w tym razie. Cierpienie rozpoczyna się gwałtownym bólem gardła — nazajutrz ból znika a występuje śmiertelny *collapsus*, obok całkowitego stopienia odgłosu w płucu prawém i oskrzelowego oddechu — i znowu nazajutrz znikają zmiany fizykalne płuc a zapada śmierć. Koledzy, którym doświadczenie dostarcza większą liczbę wypadków chorób, będą zapewne lepiej obeznani z takim przebiegiem i taką śmiercią, — ja wyznaję, że w ciągu 18-letniej praktyki spotkałem się pierwszy raz z podobnym titanem patologicznym; mówiąc to wykluczam przypadki nagłego krwotoku, zatoru etc., które nie są właściwie przedmiotem obserwacji klinicznej, tylko stanowią osobny rodzaj śmierci jak utonienie, uduszenie i t. p.; ale u naszej pacjentki była istotnie choroba, jednak tak gwałtowna i dziwaczna, że nie było czasu ani sposobu rozpatrzeć się i zapoznać z nią bliżej.

Co się tyczy rozpoznania rodzaju choroby, jakkolwiek ono w początku cierpienia (kiedy chora uskarżała się na ból gardła) musiało ograniczyć się wyłącz-

nie do anatomicznych zmian na błonie śluzowej połyku i niemogło nawet intuicyjnym sposobem przesądzać wywiązaną następnie choroby śmiertelnej całkiem odmiennego rodzaju, -- jakkolwiek nazajutrz jeszcze przy wyśledzeniu fizykalnych objawów w płucach, nie mogło także być prawdziwem i nasunęło wprawdzie chwilowe tylko złudzenie pozorniej choroby płucnej, — w końcu atoli, stało się rozpoznanie jeżeli nie stanowczem, zawsze jednak w przekonaniu naszym bardzo prawdopodobnem, mianowicie: że istotą choroby a raczej śmierci, której nieszczęśliwa pacjentka nasza uległa, była sprawa z a t o r o w a, w t ę t n i c y p ł u c n ę j i to większych rozmiarów (*Embolia arteriae pulmonalis*). Nie tajno nam wprawdzie, że opisy śmierci zatorem tętnicy płucnej spowodowanej (przy zatkaniu większej gałęzi) nie zupełnie zgadzają się z obrazem klinicznym przez nas obserwowanym, szczególnie pod tym względem, że podania np. V i r c h o w'a, P a n u m'a i t. p. donoszą o śmierci n a g l e zapadającej w podobnych razach przy objawach silnej duszności, gdzie zaś życie dłużej się zachowa (jak właśnie u naszej chorąg miało miejsce), tam występuje zazwyczaj płucie krwią z przyczyny tak zwanych zawałów krwistych (*Infarctus haemoptoicus*), czego u naszej pacjentki wcale nie było; — wszelako zważywszy wszystko dokładnie i wykluczwszy wszystkie znane formy nosologiczne zbliżone gwałtownością do naszego wypadku, zdaje się, że zostanie jedna sprawa zatorowa, która najlepiej jeszcze czynione jég zarzuty wytrzymać zdoła.

Szybkość przebiegu, brak wszelkiej innej zmiany patologicznej, niepojęta trwoga i niespokojność, mdłości, przytomność umysłu do końca przechodzona, niezwykle przyspieszenie tętna i jego niłość, obniżenie temperatury ciała, bladość skóry, wreszcie wystąpienie objawów w płucach świadczących o nagłym powstrzymaniu krążenia krwi i rychłe zniknięcie ich, — przemawiają pozytywnie za przypuszczeniem embolii w tętnicy płucnej. Niezwyczajne zjawisko znaków fizykalnych w płucach, ośmielamy się tłómaczyć w ten sposób, że raptowne zatkanie większej gałęzi tętnicy płucnej spowodowało rozległe powstrzymanie krwi tak przed zatorem, jakoteż zastój krwi tętniczej i żylny poza nim (dla braku siły popędzającej), co spowodowało odgłos tępy i oddech oskrzelowy (przez podniesienie zbitości mięszu płucnego); zaś zniknięcie tych dwóch przypadłości zrozumieć można tylko przez ustąpienie przekrwienia tętniczego i żylnego przy wytworzonem krążeniu obocznem (*circulatio collateralis*) w powierzchownych warstwach mięszu płucnego, dających brzmienie perkusyjne; uszkodzenie krążenia krwi i jég utlenienia musiało być wszakże w ś r o d k o w y c h częściach mięszu płucnego o tyle znaczne i ciężkie a przez uboczne krążenie nie usunięte, że spowodowało śmierć chorąg.

Najtrudniejszym rozdziałem epikrytycznym jest wskazanie ź r ó d ł a ewentualnego zatoru, przy braku wszelkich zmian anatomicznych w organizmie, jak o tém powyżej wspomnieliśmy, z wyjątkiem czerwonoci na połyku, która przecież czopka zatorowego dostarczyć nie mogła. Chora poprzednio przezemnie leczona nie przedstawiała żadnej wady organicznej w zastawkach sercowych; w ciągu choroby ostatniej badaliśmy powtórnie wymiary serca i jego tony wraz z kolegą D-r'em S t u m m e r e m i niepodobna było wyśledzić

żadnych objawów ostrego zapalenia wsierdza (*endocarditis*), które zresztą musiałyby było istnieć przedtém, przeciwko czemu świadczy stan chorój we czwartek jeszcze, kiedy liczone tętno wykazało 74 uderzeń na minutę; wrzodów żadnych ani ropienia nigdzie nie było na całym ciele, coby mogło dać początek sprawie zatorowej.

W takimto niedostatku patogenicznym wypada chyba uciec się do śmiałego przypuszczenia, że z przyczyn niezbadanych nastąpiło samowolne oddzielenie pierwiastków włókniстых z krwi w komórce prawej albo w przedsionku prawém, które dostawszy się do tętnicy płucnej zatkały jedną z większych gałęzi po prawej stronie i sprowadziły śmierć. Czuję dobrze całą niedostateczność mojego tłumaczenia, wszelako nadzwyczajność obserwowanego wypadku może mię poniekąd usprawiedliwi w oczach niezadowolnionych kollegów, którzy oparci na bogatszym doświadczeniu i głębszej nauce, zdołają zapewne lepsze wyrobić sobie objaśnienie i korzystniej zadowolnić ciekawość czytelników, tém bardziej, że dziś już nikt nie chce poprzestać na dobroduszném zdaniu starego Sydenham'a: *morbi acuti Deum habent auctorem*.

Terapia mogła być, przyznaję, rozmaitszą i dłuższą i bardziej wyszukaną, wszakże rezultat jój byłby z pewnością równie bezskuteczny i pod tym względem zdaje się sumienie nasze może być spokojném.

Pouczające dwa błędy diagnostyczne.

Przez Prof. Brodowskiego.

(Ciąg dalszy). *).

Przeciwnie zaś gdy przypuścimy, iż mamy w tym przypadku do czynienia z nowotworem, który powstawszy w śródpiersiu przedniém i przykrywszy większą część serca, rośnie przeważnie ku prawej stronie uciskając płuco prawe, wnika jednocześnie pomiędzy nie i serce, spychając nadmienione płuco na prawo a serce na lewo, i otoczywszy prawe oskrzele dociera aż do tylnej ściany klatki piersiowej; w takim razie wszystkie powyżej wymienione objawy chorobowe tłumaczą się jak najlepiej, a to bez wyjątku i tego wyż wspomnionego wstrząsania ręki lub głowy badającego przyłożonej do piersi chorego, za każdym uderzeniem jego serca. Nowotwór bowiem znajdujący się pomiędzy sercem i biorącemi zeń początek tętnicami z jednej a przednią ścianą klatki piersiowej z drugiej strony, zlawszy się z tą ostatnią stanowi z nią nierozzerwaną całość wstrząsającą się przy każdym nowym napływie krwi do wzmiankowanych tętnic, współczesnym jak wiadomo każdemu skurczowi komórek serca.

Jedno tylko czyniło wątpliwém nasze przypuszczenie to, że nowotwory śródpiersi a więc i przedniego są zwykle złośliwe; biorą one, jak wiadomo, najczęściej początek z gruczołów limfatycznych i występują w postaci licz-

*) Patrz Nr. 45 Gaz. Lek.

nych zrazu oddzielnych guzów, które wkrótce zlewają się w jedną masę: są to mięsaki limfatyczne (*limphosarcomata*) przechodzące dosyć prędko na gruczoly limfatyczne szyjowe, śródpiersia tylnego, śródbrzuszne i t. d. Nowotwory biorące początek z tkanki łącznej śródpiersia przedniego, lub zewnętrznego listka osierdzia, są pospolicie mięsakami rdzeniowatymi drobno-komórkowymi (*sarcomata medullaria parvicellularia*), a więc także złośliwe. Rak w tém miejscu należy do rzadkości. Otóż cały przebieg sprawy chorobnej w danym wypadku nie pozwalał na przypuszczenie nowotworu złośliwego: oprócz bowiem objawów ucisku sąsiednich narządzi, nie można było dostrzedz żadnych innych — właściwych rozwojowi nowotworów złośliwych. Nie należy jednak zapominać, iż jakkolwiek bez porównania rzadziej od poprzedzających, dają się wszakże postrzegać w śródpiersiu przedniem i nowotwory łagodne, jak np. mięsaki włókniste twarde (*fibrosarcomata dura*). Taki właśnie nie dawno znaleźliśmy na zwłokach jednej osoby zmarłej w szpitalu Dzieciątka Jezus, której symptomata chorobne były wielce podobne do tych, jakieśmy opisali u naszego chorego.

Po zostawieniu zatem wszystkich tych uwag uczyniliśmy w danym wypadku następujące rozpoznanie choroby: nowotwór (najprawdopodobniej mięsak włóknisty twardy), który powstawszy pierwotnie w śródpiersiu przedniem i doszedłszy tu do znacznych rozmiarów, zagłębił się z czasem pomiędzy serce i płuco prawe, a otoczywszy odpowiednią gałąź tętnicy płucnej i oskrzela, dostał się do śródpiersia tylnego i rośnie, podobnie jak w przedniem, przeważnie ku stronie prawej.

Dalszy przebieg choroby zdawał się najzupełniej usprawiedliwiać nasze rozpoznanie.

Obrzęk twarzy, górnej połowy tułowia i kończyn górnych powoli się zwiększał; na 10ty dzień po przybyciu chorego do szpitala zaczęła brzęknąć kończyna dolna lewa, a w parę dni potem — prawa i moszna (*scrotum*). W tymże samym czasie dostrzeżono nie wielką ilość płynu i w jamie otrzewnej. Jednocześnie opukiwanie klatki piersiowej wykrywało, że granice przestrzeni wydających odgłos tępy, zwłaszcza na przedniej powierzchni klatki piersiowej, powoli się rozszerzają, przedewszystkiem ku prawej stronie.

Po kilkunastu dniach trwania, a nawet stopniowego zwiększania się wodnej puchliny kończyn dolnych i moszen, zaczęła takowa ustępować, w miarę jak rozszerzenie żył i na kończynach dolnych zaczęło stawać się coraz wyraźniejszym. Ku końcowi lipca nie pozostało już ani śladu obrzęku kończyn dolnych; znacznie on się także zmniejszył na tułowiu i kończynach górnych. Rozszerzenie żył zaskórnych szyi, klatki piersiowej i brzucha znacznie się powiększyło. Kaszel od czasu do czasu się wzmacniał, duszność powiększała; ból tyłu głowy, zwłaszcza przy poruszaniu jęj, chwilami stawał się nader dolegliwym. Odżywienie ogólne zaczynało już wyraźnie cierpieć.

Łatwo się domyślić, że wzmacnianie się wzmiankowanych przypadłości chorobnych tłumaczyliśmy zakłóceniem ogólnego krążenia krwi, wynika-

jącego z coraz bardziej zwiększającego się ucisku tak wielkiego pnia żylnego, jak żyła główna zstępująca, i tak obfitego w naczynia krwionośne narzędzia, jak płuco, przez rosnący stopniowo nowotwór w śródpiersiu; jak znowu zmniejszanie się tychże przypadłości, a nawet ustąpienie niektórych z nich, przypisywaliśmy wyrównaniu w większej części wzmiankowanego zakłócenia za pośrednictwem ułatwienia krążenia obocznego (*circulatio collataralis*) przez naczynia wolnego płuca z jednej strony i sploty żyłne, łączące układ naczyniowy żyły głównej zstępującej z takimże układem żyły głównej wstępującej z drugiej strony, a to na skutek rozszerzenia się odpowiednich naczyń: jak tego mieliśmy dowód na wspomnianych powyżej żyłach zaskórnych klatki piersiowej i brzucha.

Takie pogorszenia i polepszenia, o jakich tu mowa, powtarzały się kilkakrotnie podczas całego przebiegu choroby; nigdy jednak już więcej wodna puchlina nie stawała się ogólną. W dalszym ciągu choroby najwięcej trapiły chorego: duszność, wzmagająca się niekiedy do napadów zatchnienia (*asthma*), kaszel, pozbawiający częstokroć snu chorego, i ból głowy, zwłaszcza potylicy.

Granice tępego odgłosu wypukowego zwłaszcza na przedniej powierzchni klatki piersiowej, jakkolwiek zwolna lecz nieustannie się rozszerzały: we wrześnie wierzchołek serca już się znajdował niemal na linii pachowej (*l. axillaris*) lewej; z prawej strony, z wyjątkiem bardzo nie wielkiej przestrzeni pod zewnętrznym końcem obojczyka dającej przy opukiwaniu odgłos próżny, wszędzie aż do linii pachowej mieliśmy odgłos najzupełniej tępy. Żyły szyjowe i zaskórne na przedniej powierzchni tułowia coraz bardziej się rozszerzały.

W obec takiego stanu chorobnego, za najważniejsze zadanie lekarza uważaliśmy łagodzenie groźniejszych dla życia chorego następstw zakłócenia w krążeniu krwi. Duszność chwilami dochodząca aż do zatchnienia i bardzo dolegliwe bóle głowy niekiedy w połączeniu z zawrotami wskazywały aż nadto wyraźnie narzędzia, które najwięcej były zagrożone. Odciągaliśmy więc krew od tych narzędzi bądź bańkami suchemi, bądź nacinanemi, bądź wreszcie niewielkimi upustami krwi, stosownie do mniejszego lub większego nateżenia wzmiankowanych przypadłości chorobnych. Do upustów krwi uciekaliśmy się w takich tylko razach, gdy przy znacznie wzmagającej się duszności, obok zwyczajnych u chorego rzeżeń świszczących przysłuch wykrywał rzeżenia trzeszczące zwykle grubo-pęcherzykowe; a więc gdy się należało obawiać ostrego obrzęku płuc, lub gdy do zwyczajnych bólów głowy przyłączała się senność, gdy więc była obawa by nie nastąpił wylew krwi w mózgowiu, lub by się nie przyłączył obrzęk ostry opon tego narzędzia. Wzmiankowane upusty zawsze tak wielką ulgę sprawiały choremu, że sam ich częstokroć nawet bardzo natarczywie żądał. Ma się samo przez się rozumieć, żeśmy przystawali na takie żądanie w razach tylko koniecznej potrzeby, pamiętając o tém, że nadużycie w mowie będącego środka, pociągając za sobą wodni stość krwi (*hydraemia*), może właśnie przyspieszyć to, czemu usiłowaliśmy zapobiedz.

W grudniu wreszcie chory zaczął się czuć coraz to gorzej: zatchnienia coraz to częściej występowały; ból głowy stał się bardzo dolegliwym i niemal nieustającym; puls stawał się coraz drobniejszym i przyśpieszonym (około 100); od czasu do czasu wargi siniły mocniej, policzki — słabiej. 18go chory już nie opuszczał łóżka. 19go grudnia w nocy mocne dreszcze, zatchnienia bardzo częste, kaszel nieustanny, tętno drobne 120, oddechów 34 na minutę, siność twarzy coraz większa, płwociny pieniające, rżenia trzeszczące w dolnych płacach obu płuc; — 20go, około południa, przy wzrastających objawach duszenia się, chory głośno krzyknął, rzucił się z łóżka na ziemię i skonał.

B a d a n i e z w ł o k wykryło, żeśmy co do istoty sprawy chorobnej w danym przypadku byli w najzupełniejszym błędzie: z n a l e ż l i ś m y bowiem nie nowotwór w śródpiersiu przednim, lecz olbrzymi tętniak workowaty na aorcie wstępującej. Około 6 ctm. w średnicy mający, okrągły otwór tego tętniaka znajdował się na ścianie należącej do wypukłej części nadmienionego naczynia; lecz środek rzeczonoego otworu nie odpowiadał najwynioślejszej części wspomnionego wypuklenia, jak zwykle, owszem na tém miejscu znajdował się przedni tylko brzeg jego, środek zaś wypadł na ścianie zewnętrznej aorty wstępującej, a brzeg tylny tego otworu na granicy ściany zewnętrznej z tylną. Dolna część brzegu wzmiankowanego otworu odległą była o blisko 3 ctm. od początku aorty, górna — zaś — o $\frac{1}{2}$ ctm. od początku tętnicy bezimiennnej. Nieregularnie kulisty worek tętniakowy posiadał około 46 ctm. w obwodzie; wymiar jego przednio-tylny (*diam. antero-posterior*) wynosił 16 ctm., od środka zaś otworu do szczytu tętniaka 14 ctm. Olbrzymi ten tętniak ścianami swemi składającymi się niemal wyłącznie z nowoutworzonej, zbitiej tkanki łącznej, mocno zrosły z częściami otaczającymi, a przedewszystkiem z przednią ścianą klatki piersiowej i przeponą, zepchnął serce ku lewej stronie, zacisnął mocno światło całej żyły głównej zstępującej, która od góry zaczęła już była zarastać, mocno także ucisnął płuco prawe: nie tylko przednią jego połowę, zepchnawszy ją na prawo, lecz i tylną część płatu górnego, a to dotarłszy aż do tylnej ściany klatki piersiowej tuż przy kręgosłupie, po prawej jego stronie. Cały niemal worek tętniakowy tak dalece był wypełniony warstwowym skrzepem krwi, że pozostała część tego worka wolną, wyglądała jako płytkie zagłębienie na ścianach aorty. Powierzchnia skrzepu zwrócona do światła aorty była tak gładka, iż można było ją wziąć za przedłużenie błony wewnętrznej wzmiankowanego naczynia.

Światło aorty wstępującej na wysokości zwłaszcza otworu wzmiankowanego tętniaka o połowę szersze od prawidłowego, przy samym jednak początku normalne; tak w aorcie wstępującej, jak i łuku jej *endoarteriitis nodosa* w dosyć wysokim stopniu, najmniej wszakże wyraźna przy początku tętnic z łuku aorty wychodzących. Nadmienione tętnice tak przy początku jak i w dalszym przebiegu zachowywały się prawidłowo. Na aorcie wstępującej tuż pod otworem opisanego worka tętniakowego, znajdował się drobny tętniaczek workowaty wielkości orzecha laskowego, próżny, komunikujący ze światłem tętnicy otworkiem wielkości drobnego ziarna grochu;

nadto widać na niej było parę wypukleń płaskich nie wyraźnie odgraniczonych, znajdujących się właśnie w miejscach największego napięcia wyż wspomnianej sprawy zapalnej. Podobnie wypuklenie dawało się postrzegać w tym wypadku i na wypukłości łuku aorty.

Serce cokolwiek zwiększone w obydwóch wymiarach: zwiększenie to jednak nie od zgrubienia ścian jego pochodziło, lecz od rozszerzenia komórek, zwłaszcza lewej. Ściany zaś serca w ogóle były blade i dosyć wątłe. Otwór tętniczy lewy, w skutek zrośnięcia na przestrzeni blisko 3ch millim. nieco zgrubiałych 2ch zastawek półksiężycowych, cokolwiek zwężony.

Płuco prawe jakieśmy już nadmienili mocno uciśnięte, pozostała dostępną dla powietrza górna i zewnętrzna część płatu górnego i tylna połowa płatu dolnego znajdowała się w stanie przekrwienia i obrzęku; w podobnym także stanie znajdowało się cokolwiek rozdęte całe płuco lewe. Oskrzele prawe w skutek ucisku wywieranego przez tętniak mocno zwężone.

Wątroba nieco zwiększona, muszkatołowata na rozkroju. Śledziona w stanie nie wielkiego rozrostu (*tumor lienis chronicus*). W nerwach prócz dosyć znacznego przekrwienia nic godnego uwagi. Oporna miękką mózgowia obrzękła, w jamkach bocznych mózgu po parę uncyj płynu surowiczego.

Wszystko więc co przy wielkich tętniakach workowatych uważa się za rzadkie, tu zbiegło się razem jakby po to tylko aby wprowadzić w błąd usiłującego ściśle uczynić rozpoznanie lekarza: 1) olbrzymi bowiem jakieśmy widzieli tętniak workowaty na aorcie wstępującej pozostał w granicach klatki piersiowej; 2) cały będąc wypełnionym krwią skrzepłą, ani przerostu lewej komórki nie pociągnął za sobą, ani opóźnienia pulsu w tętnicach po za nim biorących początek nie wywoływał; 3) co najważniejsza, czemu podobnego napróżnośmy szukali w literaturze, a co nawet zdawało się nam nie możliwem, to to, że tętniak workowaty znajdujący się na wypukłej części aorty mógł dotrzeć aż do tylnej ściany klatki piersiowej i stać się tu przyczyną oddechu oskrzelowego; 4) w ostatku na domiar niezwykłości, dosyć rozległe zapalenie łuku aorty nie wywołało tak pospolitego w takim razie zwężenia początku żadnej z tętnic tu powstających, a więc i tak zwykłej w podobnych razach niejednostajności pulsu w nadmienionych tętnicach.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Choroba Basedowa.

Podług Drów Eulenburga i Guttmana.

(*Archiv für Psychiatrie etc. Berlin 1868, 1 B. 2 Heft. S. 430—453*).

Streścił Stanisław Chomętowski, Lekarz Ordynujący w szpitalu Śgo Jana Bożego w Warszawie.

Nazwą choroby Basedowa oznaczamy zbiór objawów jakeimi są: palpitacye serca, obrzmienie gruczołu tarczowego i wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*).

Do tych trzech głównych objawów dołącza się nieraz szereg zbroczeń w narządach sekrecyjnych, trawienia i nerwowym, a u niewast w sferze płciowej; te zbroczenia jednak na-

leży uważać za drugorzędne, gdyż nie zawsze się zjawiają a w części stanowią następcze objawy. Trzy zaś owe główne objawy występują łącznie w przeważnej liczbie wypadków, wszakże zdarza się czasami że jednego z nich brakuje, tak np. na 58 wypadków choroby Basedowa opisanéj przez v. D u s o h'a (patrz tegoż autora: *Lehrbuch der Herzkrankheiten. Leipzig 1868, S. 354*), niedostawało wysadzenia gałki ocznej w 4ch razach, a woli (*struma*) w 3ch, palpitaacy serca również w 3ch razach. Inną razą jeden z tych objawów występuje w bardzo nieznacznym stopniu, zaledwie wykraczając z granic prawidłowego fizyologicznego stanu, niekiedy głównym objawem jest tylko wysadzenie obu gałek ocznych, które wszakże ze względu że dotyczy obu oczów i że połączone jest z innymi ogólnymi zaburzeniami, należy uważać jako chorobę Basedowa.

Z pomiędzy trzech głównych objawów, zwykle najprzód pojawiają się palpitaacy serca, po niejakiem czasie dopiero wola (*struma*), a w końcu wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*). Niekiedy jednak rozwijają się te objawy prawie jednocześnie, w przeciągu kilku dni, lub nawet w krótszym jeszcze przeciągu czasu; w rzadkich wypadkach pojawia się *struma* i *exophthalmus* przed cierpieniem serca; do najrzadszych zaś liczą się te wypadki, w których sam *exophthalmus* najprzód się pojawia.

Prawidłowość w pojawianiu się kolejném trzech głównych objawów choroby Basedowa, daje się spostrzegać w tak znacznej liczbie wypadków, że niepodobna jej uznać jako przypadkową kombinacyą, lecz należy koniecznie ją odnieść do pewnego wspólnego źródła.

Co do istoty choroby i jej pochodzenia podane zostały rozmaite teorye, które tu w streszczeniu podajemy.

Ze względu na pewne analogie patologiczne odnoszono istotę téj choroby do wadliwego składu krwi, zbliżonego do tego, jaki ma miejsce w blednicy (*chlorosis*).

Sam B a s e d o w przyjmował to przypuszczenie, do którego również przyłączali się mniej lub więcej inni autorzy, aż do ostatnich prawie czasów ¹⁾. Odnoszenie zbioru objawów głównych téj choroby do podstawy anemicznój tak się rozpowszechniło, że środki przeciw blednicy używane, najwięcej były stosowane i przy chorobie B a s e d o w a. Za powyższém przypuszczeniem przemawia ta okoliczność, że choroba przeważnie pojawia się u kobiet (na 58 wypadków opisanych przez v. D u s o h'a było dotkniętych tylko 11 mężczyzn), że towarzyszą jej często zбочenia w miesiączkowaniu, tak przed pojawieniem się jak i w przebiegu saméj choroby, że ciąża pomyslny wpływ na nią wywiera, że dają się słyszeć szmery w naczyniach woli (*struma*) i w sercu, że wreszcie same palpitaacy serca często towarzyszą stanom niedokrwistości.

Tymczasem ważne okoliczności przemawiają przeciw pierwotnej podstawie blednicowej. Najprzód ukazuje się choroba z głównemi swemi objawami i w zupełnie jednakowy sposób, zarówno u mężczyzn, jak u kobiet poza okresem klimakterycznym i u dzieci, a nawet we wszystkich tych razach pojawiają się nieraz owe drugorzędne objawy w narządach: sekrecyjnym, trawienia i nerwowym, o których wspominaliśmy powyżej. Dalej, przy blednicy nigdy nie pojawia się wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*), rzadko bardzo wole (*struma*), jak również wyjątkowo tylko przyspieszenie i wzmocnienie czynności serca, oraz pulsacya w tętnicach szyjowych. Tymczasem w chorobie Bas. liczba 120 uderzeń tętna na minutę jest rzeczą bardzo zwyczajną, 140 uderzeń i więcej nawet nie należy do rzadkości, w jednym wypadku liczba ta dochodziła do 200 na minutę ²⁾, a w innym ³⁾ niepodobną była

¹⁾ Patrz między innymi *Hiffelsheim*: Consideration sur la nature du goître exophthalmique: Gaz. hebdomad. 1862, Nr. 30, p. 468. B e a u, Gaz. Medic. 1862. Nr. 34 p. 535. W a r b u r t o n B e g b i e, On vascular bronchocele and Exophthalmos. Edinburgh medic. Journal. Vd. IX. Septbr. 1863 p. 198—219. (Autor między innymi powiada: anaemia poprzedzająca trzy główne objawy choroby B. wywołuje zaburzenia w odżywianiu powierzchownej części nerwu sympatycznego).

²⁾ M' D o n n e l l, Observations on a peculiar form of disease of the Heart, attended with enlargement of the Thyroid Gland und Eyeballs, Dublin Journal of medic. scien. Vol. XXVII. p. 203.

³⁾ G i l d e m e e s t e r, Archiv für die holländischen Beiträge zur Natur und Heilkunde (von D o n d e r s und Berlin), Utrecht. 1864 Band, III S. 416.

do zliczenia. Ta podwyższona czynność serca niejednokrotnie opiera się zwykłym środkiem zniżającym tętno, jak to autorzy niniejszej rozprawy zauważyli u pewnego chorego, obserwowanego przez dłuższy czas przez nich, u którego tętno wynosiło stale 120 uderzeń na minutę. Zauważono też że choroba *B a s e d o w a* pojawia się u osób cieszących się przedtem zupełnym zdrowiem i nie okazujących najmniejszych oznak niedokrwistości, rozwija się czasami dość prędko, w przeciągu kilku dni, a nawet nagle po silnych wrażeniach psychicznych lub innych przyczynach, niekiedy nawet po wpływach traumatycznych. Znaczna liczba drugorzędnych objawów, które wprawdzie nie zawsze ale często się pojawiają przy chorobie *B a s e d o w a*, jak wychudnięcie pomimo ogromnego apetytu, powiększone pragnienie, uczucie gorąca, skłonność do potów, oddychanie przyspieszone, wreszcie rozliczne przypadłości nerwowe silnie rozwinięte, nie pojawiają się również w ciągu błędnicy. Pewną jest przeto rzeczą że niedokrwistość w chorobie *B a s e d o w a* nie jest objawem pierwotnym, lecz tylko następczym, podobnie jak to ma miejsce w wielu innych chorobach z przebiegiem przewlekłym.

S t o k e s podaje inną teorią¹⁾, według której choroba *B a s e d o w a* bierze początek w zboczeniach czynności serca. Nie zważając wszakże na to, że powiedzenie to niczego nam nie tłumaczy, już same fakta sprzeciwiają się takowemu. Wiadomo przecież że palpitaacyi serca brak niekiedy zupełnie, inną znów razą występują one równocześnie z innymi objawami, lub nawet po nich, a przedewszystkiem palpitaacye spowodowane przez wady serca, nie przyczyniają się nigdy do wysadzenia gałki ocznej²⁾.

Po upadku dwóch powyższych teoryj coraz bardziej nabierano przekonania że punktem wyjścia choroby jest narząd nerwowy; pojęcie to tém bardziej zdawało się uzasadnione, ponieważ znaczna liczba chorych cierpiała mniej lub więcej na przypadłości nerwowe, na co już sam *B a s e d o w* zwrócił uwagę. W nowszej literaturze naprzykład opisuje *G e i g e l* (w czasopiśmie: *Würzburger medicin. Zeitschrift. 1868, 7 Band. S. 73*), wypadek choroby *B a s e d o w a*, powikłany stanem rozdrażnienia władz umysłowych, które w końcu przeszło w zupełne rozstrojenie umysłowe (*W a h n s i n n*), W wypadku opisanym przez *G i l d e m e e s t e r a* (patrz l. c. S. 415—417) napady epileptyczne pojawiały się w ciągu kilku lat przed powstaniem choroby *B a s e d o w a*, a w rok po rozwinięciu się takowej znikły i nigdy już nie powróciły. Chora, licząca około czterdziestu lat wieku, została zupełnie prawie wyleczoną, tak że pozostało tylko lekkie wysadzenie gałek ocznych. Te nerwowe objawy odnosił *Br ü c k* do maciennictwa (*hysteriasis*), *H a n d f i e l d*, *J o n e s* i *F l e t c h e r* do stanu ogólnego osłabienia, a *L a y c o o k* do mleczka kręgowego i do nerwu sympatycznego, a jeżeli wysadzenie gałki ocznej (*exophthalmus*) jest jednostronne, to odnosi to do zwoju *G a s s e r a*.

Nowe pojmowanie istoty choroby *B a s e d o w a* podał *K o e b e n*, utrzymując że takowa zależy od nerwu sympatycznego, i pogląd swój uzasadnił stosunkami anatomicznymi, jakie zachodzą pomiędzy sercem, gruczołem tarczowym, gałką oczną i gałęziami nerwu sympatycznego³⁾. Wola (*struma*) podług niego wywierać ma nacisk na nerw sympatyczny szyjowy, i tym sposobem powstaje wysadzenie gałek ocznych, podobnie jak to się dzieło przy doświadczeniach na zwierzętach dokonanych przez *B u d g e ' g o* i *R. W a g n e r a*. Późniejsi spostrzegacze, a między innymi i *P i o r r y*, tłumaczyli przyczynę wysadzenia gałek ocznych, naciskiem woli (*struma*), na naczyrna i nerwy szyjowe.

Że jednak wysadzenie gałek ocznych nie jest objawem spowodowanym przez nacisk, przemawiają za tém rozliczne fakta. *Struma* i *Exophthalmus* występuje często jednocześnie,

¹⁾ Patrz: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Aorta, von *S t o k e s*, Deutsch übers. von Lindwurm. Würzburg 1855, s. 244.

²⁾ Serce raczej i gruczoł tarczowy zdają się stać w pewnym do siebie stosunku, gdyż po zniknięciu woli (*struma*) przy użyciu jodu zauważano palpitaacye serca, a nawet przy woli (*struma*) w chorobie Bas. użycie jodu w kilku wypadkach sprawiło znaczne pogorszenie (Porównaj: *V i r c h o w*, die krankhaften Geschwülste, 3 Band. 1 Abtheilung, 4, 78).

³⁾ Patrz: *K o e b e n*. De exophthalmo ac struma cum cordis affectione. Dissertatio inauguralis. Berol. 1855. p. 22—27.

czasami powiększenie gruczołu tarczowego ukazuje się znacznie później niż wysadzenie gałek ocznych, niekiedy w kilka lat po nastąpieniu takowego, jak to zauważył D e s m a r r e, lub też *struma* zupełnie się nie pojawia, pomimo znacznego *exophtalmus* (sposzczenie v. D u s c h a; patrz l. c. S. 531). Nadto *struma* w chorobie B a s e d o w a ma zwykle nie zbyt znaczne rozmiary, nie zdolną jest więc do wywierania nacisku, a wreszcie pojawiająca się tak często endemicznie *struma* nigdy nie sprowadza wysadzenia gałek ocznych. *Exophtalmus* nie znika też równomiernie ze zmniejszaniem się objętości powiększonego gruczołu tarczowego. C h a r c o t opisuje nawet wypadek, w którym *exophtalmus* pozostał, pomimo że *struma* zniknęła i serce powróciło do prawidłowej czynności. T a y l o r znowu podaje sposzczenie, w którym wysadzenie gałek ocznych znikło, stan ogólny chorego się poprawił, a mimo to *struma* się zmniejszyła.

Jakkolwiek niejedna rzecz przemawia przeciw teorii K o e b e n a, to przecież należy przyznać że takowa miała fizjologiczną podstawę. Wkrótce potem G r a e f e w *Archiv für Ophthalmologie* (1857. 3. Tom s. 280) zwrócił uwagę na możliwy współdziałanie nerwu sympatycznego w opisywanej chorobie.

Z pomiędzy francuskich lekarzy wypowiedział pierwszy A r a n ¹⁾ zdanie, że choroba B a s e d o w a polega na pewnym stanie podrażnienia nerwu sympatycznego, a to z uwagi na analogię jaką rzeczona choroba przedstawia do wypadków z doświadczeń czynionych na nerwie sympatycznym u zwierząt. *Exophtalmus* wyprowadzał ze skurczu *musculi orbitalis*, gładkiego mięśnia ocznego, odkrytego niedawno przedtem przez H. M ü l l e r a.

T r o u s s e a u uważał również w o l ę (*struma*) i wysadzenie gałek ocznych za objawy kongestyjne, będące skutkiem podrażnienia nerwu sympatycznego, przypominając przytem co do *exophtalmus* o poszukiwaniach wziernikowych (oftalmoskopowych) W i t h m i s e n 'a, wykazujących przekrwienie siatkówki. Zatrzymanie regularności u kobiet, lub zboczenia w funkcyi takowych, objaśnia T r o u s s e a u niedostatecznym dopływem krwi do organów płciowych skutkiem zbytowego nawalu krwi do górnych części ciała. Za przypuszczeniem tém przemawia i ta okoliczność, że z nastąpieniem nawalu (*congestio*) do macicy, jak to ma naprzykład miejsce podczas ciąży, przedewszystkiem *struma* a następnie i inne zjawiska choroby znikają zupełnie. (Dalszy ciąg nastąpi.)

K O R R E S P O N D E N C Y A.

Z Ciechocinka, w kwietniu 1869 r.

Źródła Ciechocińskie różniące się między sobą siłą nasycenia należą do solanek bromo-jodowych, w których brom w przewaźnej znajduje się ilości. Znaczne nasycenie składowe tutejszych solanek chroniące je od posługiwania się ługiem, jak to ma miejsce u wielu wód uboższych; świeżość ciągle utrzymywana bezustanném czerpaniem wody na potrzebę produkcji soli, stanowią warunki wysokiej skuteczności, jakie się w niewielu zakładach wód napotyka.

Analiza solanki w różnych dokonywana czasach odpowiednio postępowi chemii ostatecznie zrobiona przez ś. p. L e s i ũ s k i e g o, b. Prof. Akademii lek., przedstawia następujący skład chemiczny: 1) w solance 2^o używanej do picia i kąpeli słabych znajduje się w 1,000 częściach — przy ciężkości gatunkowej 1,0165: chlorku sodu 17,7610, chlorku calcium 1,3850, chlorku magnezynu 0,5940, chlorku ammonii 0,0026, bromku sodu 0,0015, jodku sodu 0,0018, siarczanu wapna 0,4950, węglanu baryty 0,0005, węglanu stroncyanny 0,0021, węglanu żelaza 0,0035, saletranu wapna 0,0066, krzemionki 0,0244, glinki 0,0242, fosforanu sody 0,0068, potassu, lityny ślady; 2) w solance 3^o ciężk. gat. 1,026 w 1000 częściach, zawiera się: chlorku sodu 21,8450, chlorku calcium 1,8390, chlorku magnezynu 0,3550, bromku sodu 0,0025, jodku sodu 0,0009, siarczanu wapna 0,7070, węglanu baryty 0,0006, węglanu stroncyanny 0,0292, krzemionki 0,1370, fosforanu sody 0,1260; 3) solanka 5^o (ciężkość gatunkowa 1,0415 temperat. + 12). Chlor-

¹⁾ A r a n: De la nature et du traitement de l' affection connue sous le non de goitre exophtalmique. Séance de l' Academie de Medecine, 4 Decembre 1860. Gaz. hebdomadaire 1860. Nr. 49. p. 795. Gaz. medic. 1860, p. 712. Archives Générales de Médecine. 1861. Janvier. p. 106.

ku sodu 44,2550, chlorku calcium 4,1760, chlorku magnezyu 3,0540, bromku jodu 0,0037, jodku sodu 0,0005, siarczanu wapna 1,1870, węglanu baryty 0,0015, węglanu stroncyanny 0,0091, krzemionki 0,0857, glinki 0,0512, fosforanu sodu 0,0629, w ogóle części stałych 52,8866.

Porównywając tę najslabszą Solankę z innymi do picia używanymi, znajdziemy ją o wiele mocniejszą, albowiem w jednym funcie berlińskim (7680 gram) znajduje się:

	Ciechoc.	Homburg.	Kreutzerz.	Iwonic.	Kissingen.	Buska.
Części stal.	156,6216.	106,772.	90,675.	76,738.	74,614.	133,794.
soli kuch.	136,4040.	78,618.	72,922.	60,459.	45,965.	106,394.

Skład wymieniony solanki dostatecznie już objaśniający jak ona jest ważną dla kuracyi, mianowicie w cierpieniach skrofulicznych, nader często występujących i w wielu chorobach z niemi skomplikowanych, zasługuje na bliższy szczegółowy rozbiór składników: **C h l o r e k s o d u**. Znaną jest ważność soli kuchennej pod względem organicznym dla wyrobu krwi, do której dostaje się przez wessanie. W żadną sól krew nie jest tak bogatą jak w chlorek sodu; powiększony stosunek soli w stanie patologicznym organizmu, stanowi pomniejszenie ilości białka we krwi i odwrotnie. Sól ta stanowi niezbędną podstawę dla sprawy trawienia i odżywiania; napotyka się zarówno w żółci, we łzach, w szluzie, moczu, pocie i t. d. Podobnie jak ta sól tak i inne sole sodowe tu wymienione poprawiają mieszaninę krwi, utrzymują białko w stanie rozpuszczenia, a w błonach szluzowych i nerkach pobudzają sekrecyą.

C h l o r e k w a p n a, stroncyanny i t. p. przy watości części stałych, podwyższają jedność tkanin, liczą się do materij twórczych, posługujących w tworzeniu kości i ciałek krwi, a zatem w *rachitis*, *anaemii* i *chlorosis* okazują się skuteczne; pozostanie to jednak nierozwiązaną kwestyą, czy tę wynikłość przypisać należy twórczości soli, lub też podwyższonemu i polepszonemu przyswojeniu i wzmocnieniu trawienia.

S i a r c z a n y s o d y i magnezyi;— fizyologiczne działanie tych soli, nie jest ściśle zbadane, posiadają małą własność dyfuzyi, zwolna zatem i w nieznacznej ilości przenikają do krwi;— właściwie podrażniają i przyspieszają czynności błon szluzowych kanału trawienia i tworzą wypróżnienia stolcowe.

Ż e l a z o, jako pierwiastek ożywczy i na mieszaninę krwi istotnie wpływający, mianowicie w usposobieniu anemicznym, stanowi w solance naszej szczęśliwą modyfikacyę, ograniczającą jej rozvolniające działanie.

Nareszcie **b r o m i j o d** jako dzielne składniki przyspieszające zmianę materij, upowazniają do wyrzeczenia, iż żadne inne wody mineralne użyte wewnątrz i zewnątrz nie dostarczają tak wybornych skutków.

Części składowe solanki przy obszerniej ewaporacyi prowadzonej na tężniach, porwane w drobnych częściach napelniają powietrze i przez sprawy oddychania stanowią także jeden z ważnych czynników lekarskich, który obok picia solanki i zewnętrznego jej użycia już to w połączeniu z niemi, już to samoistnie dzielnie przychodzi w pomoc kuracyi;— usuwają się na tej bezpośredniej drodze chorobliwe zmiany błony szluzowej, wyścielającej przewód oddechowy.

Dwa są źródła w Ciechocinku przeznaczone do picia a trzy do kąpieeli, różniące się siłą nasycenia od 2ch do 6iu procentów.

Budowli łaźiebnych jest trzy, w których znajduje się waniem większych 53, małych 28: nadto w 2ch osobnych budynkach umieszczone są kąpiele parowe z natryskowemi a w trzecim wystawio się w tym roku mającym, pomieszczone będą osobne kąpiele spadowe (*douche*).

W jaki sposób administrują się kąpiele pod względem ich stopnia ciepłoty i trwania, oraz fizyologicznego i terapeutycznego działania, odsyłam do broszury mojej o Wodach Ciechocińskich w 1854 r. wydanej.

Co się dotyczy skutków lekarskich solanki naszej: w jakich chorobach zwykliśmy ją stosować i z jaką skutecznością, najrzetelniejszy nam obraz poda wykaz liczebny chorób u nas w r. z. leczonych i wyleczonych.

Wiadomości bieżące.

— W d. 5 b. m. odbyło się 54-te posiedzenie oddziału chirurgii Tow. lek. Warszaw., na którym: 1) Dr. S t a n k i e w i o z Wład. przedstawił dziecko z naczyńniakiem (*angioma*) na czole, a to w celu zasięgnięcia rady co do sposobu leczenia. Po przeprowadzonej dyskusji zgodzono się, stosownie do wniosku Prof. G i r s z t o w t a, na wycięcie nowotworu. 2) Następnie przewodniczący opowiedział o wypadku nosacizny (*malliasmus*) u kobiety, Anny F., 33 lat, przywiezionej do jego kliniki w d. 29 z. m. z objawami następnymi: wysypka (*pustula*) pokrywała skórę całego ciała, jak również błonę śluzową nosa i gardzieli; naczynia i gruczoły limfatyczne były w stanie zapalenia ropnego; palce lewej ręki, zaczynając od obrączkowego, prawie w całości zgangrenowane; obok tego silna gorączka, chora prawie nieprzytomna, chwilami majaczy; na drugi dzień chora zmarła. Sekcja wykazała co następuje: skóra na całej powierzchni żółtawa; na głowie, twarzy, karku, szyi i całym tułowi, wyjąwszy brzucha, na kończynach górnych i dolnych znajdują się rozmaitej wielkości *pustulae* i *vesiculae*, okrągławe, w miejscach tych na rozkroju skóra zaczerwieniona, zgrubiała. Jedne *pustulae* wypełnione są płynem śluzowatym, inne ropiastym; dokoła każdej z tych krost znajduje się żółto-blando-czerwona otoczka; źrenica prawa rozszerzona; tkanka tłuszczowa podskórna miernie rozwinięta; mięśnie ciemno-czerwono zabarwione. Na przedramieniu lewem od strony zewnętrznej, w warstwie tkanki tłuszczowej podskórnej, na przestrzeni kilku cent. kwadratowych, ognisko rozpadowe; palec pierścienkowy zgangrenowany, grzbiet, dłoń i okolica napięstka zaczerwienione, obrzmiałe, — process ten rozpadowy sięga aż do kości przez wszystkie tkanki; na ręce prawej także ogniska. Powierzchnia płuca lewego szaro-fioletowa, na niej przebijają tu i owdzie ogniska wielkości grochu okrągłego. Płuco na rozkroju trzeszczy, a z powierzchni rozkroju sączy się płyn czerwony, drobno pienisty (*oedema et hyperaemia pulmonum*). Ogniska te są nieregularne, koloru szaro-czerwonego i otoczone są ciemno-wiśniową obrączką. Błona śluzowa oskrzeli czerwona i znaczną ilością śluzu pokryta. Wątroba powiększona, gładka, na powierzchni rozkroju brunatno-czerwona z odcieniem brudnym, (*hepatitis parenchymatosa*). Śledziona powiększona, wiotka, powierzchnia rozkroju ciemno-czerwona, miąższ miążdzysty, powłoka łatwo odstaje. Nerka lewa powiększona, gładka, powłoka łatwo się łuszczy, pod nią powierzchnia ciemno-czerwona; na rozkroju koloru brunatno-czerwonego; substancja korowa obrzmiała. Nerka prawa tych samych własności (*nephritis parenchymatosa*). Pęcherz moczowy miernie rozszerzony, zawiera mocz w ilości 4-ch uncyj. Żołądek miernie rozdęty, błona śluzowa blado-czerwona, grubą warstwą śluzu pokryta. Kiszki cienkie miernie rozdęte, błona śluzowa blada, kęпки P e y e r a obrzmiałe, powierzchnia błony śluzowej cienką warstwą śluzu, oraz kałem żółtym pokryta (*catarrhus ventriculi et intestinorum*). W dolnej części tchawicy zaraz przy rozdwojeniu się, kilka małych ognisk. W mięśniach kończyn dolnych, szczególniej łydkowych, liczne ogniska, w których widać rozpoczynający się rozpad. Na błonie śluzowej jam nosowych i nosogardzielowych żółtawe ogniska, otoczone żółto-czerwoną obrączką i rozpadające się. 3) Dr. S t a n k i e w i c z opowiedział o przypadku przepukliny pachwinowej uwięźniętej (*incarceratio*) nadzwyczajnej wielkości, przez niego operowanej. 4) W końcu prof. G i r s z t o w t m ó w i ł o wypadnięciu macicy i wykonanych przez siebie dwom kobietom operacjach celem zniszczenia téj niemocy, podług sposobu chirurga amerykańskiego M a r i o n a S i m s a.

— Międzynarodowy kongress stowarzyszeń podania pomocy ranionym i chorym wojownikom, stosownie do wniosku Prof. L a n g e n b e c k'a odbędzie się w r. 1871 w Wiedniu.

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

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
