

GAZETA LEKARSKA

I. KILKA SŁÓW O POGLĄDACH NA NATURĘ I LECZENIE CHOROBY BASEDOW'A.

Napisał

Władysław Gajkiewicz.

— 3 —

Choroba BASEDOW'a należy do rzędu cierpień, których natura jest dotychczas nieznaną. Postępy, jakie patologia zrobiła w ostatnim pół wieku, nie mogły nie odbić się i na chorobie BASEDOW'a. Stworzono przez ten czas mnóstwo hipotez, z których niektóre zyskały nawet wielu zwolenników, wszystkie jednak po pewnym czasie okazały się niedostatecznymi, bo nie mogły wytłómaczyć wszystkich objawów cierpienia. Podczas gdy opisowa strona choroby BASEDOW'a, a mianowicie zbadanie objawów, posuniętą została, rzecz można, do ostatnich granic, to o naturze tego cierpienia nie wiemy dotychczas nic stanowczego, co najwyżej, możemy powiedzieć tylko ujemnie, a mianowicie, iż nie zależy ono od takich, a takich przyczyn anatomicznych. Możemy np. z całą stanowczością twierdzić, iż choroba BASEDOW'a nie zależy od chlorotycznego składu krwi, jak to utrzymywał sam BASEDOW, za czem zdaniem jego miało przemawiać, iż cierpienie to jest częstszem u kobiet, iż dotknięci niem mają wygląd chlorotyczny, iż towarzyszą mu zaburzenia w miesiączkowaniu, iż ciąża wywierać ma niekiedy wpływ pomyślny; pewnem bowiem jest, iż choroba BASEDOW'a bywa i u mężczyzn, a nawet u dzieci i w wieku klimakterycznym; iż chloroza nie powoduje objawów podobnych do choroby BASEDOW'a, wreszcie, iż badanie krwi dało wynik ujemny. Co najwyżej można by powiedzieć, iż następstwem długotrwałego cierpienia BASEDOW'a może być stan chlorotyczny.

Pewnem również jest, iż punktem wyjścia choroby BASEDOW'a nie jest cierpienie serca, jak utrzymywał GRAVES i STOKES [1855]; iż nie da się ona wytłómaczyć uciskiem mechanicznym powiększonego gruczołu tarczowego, jak chciał PIORRY [1862], zdaniem którego ucisk woła na naczynia krwionośne szyjowe wywołuje wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*), a ucisk na nerwy — częstsze bicie serca (*tachycardia*); faktem bowiem jest, iż *exophthalmus* pojawia się niekiedy wcześniej, niż wole, którego nawet może brakować przez cały przeciąg choroby; nadto doświadczenia wykazały, iż dla wywołania objawu wysadzenia gałek ocznych potrzeba podwiązać 4 żyły szyjowe, a wreszcie, iż

zwykle wole, choć wywołuje różne objawy ucisku, to między nimi nie bywa nigdy objawów właściwych chorobie BASEDOW'a.

Z postępek fizjologii i patologii układu nerwowego, coraz więcej zwolenników zyskiwało twierdzenie, iż źródła choroby BASEDOW'a szukać należy w układzie nerwowym. Słynne doświadczenia CLAUDE BERNARD'a w r. 1851 nad drażnieniem i przecięciem nerwu sympatycznego szyjowego, w których następstwie występował niejeden z objawów głównych cechujących chorobę BASEDOW'a, skierowały uwagę patologów w stronę nerwu sympatycznego i zaczęto utrzymywać, iż choroba BASEDOW'a — tak jak wiele innych cierpień o nieznaney podówczas naturze — jest zależną od zmian w nerwie sympatycznym szyjowym, a mianowicie od porażenia tego nerwu. Wskutek porażenia nerwów, zwężających naczynia krwionośne, biegnących w nerwie sympatycznym, ma następować rozszerzenie tychże naczyń na szyi i głowie, rodzaj erekcyi gruczołu tarczowego — jak się wyrażał TROUSSEAU — a więc wole i wysadzenie gałek ocznych. Dla wyjaśnienia bicia serca, przypuszczano rozszerzenie naczyń wieńcowych serca i w ten sposób drażnienie jego zwojów nerwowych. Porównanie jednak objawów choroby BASEDOW'a z następstwami przecięcia nerwu sympatycznego szyjowego u zwierząt wykazało, iż w ostatnim razie nie występuje nigdy wole, choć zwierzęta na to mogą cierpieć [BAILLARGER], dalej iż w chorobie BASEDOW'a ciśnienie krwi w tętnicach nie bywa zmniejszone, co ma miejsce u zwierząt po przecięciu nerwu sympatycznego, również iż ciepłota ciała nie bywa zazwyczaj podniesioną, jak to stale przychodzi u zwierząt, wreszcie iż po przecięciu nerwu sympatycznego na szyi następuje zwężenie źrenicy (*myosis*) i zapadnięcie gałki ocznej (*retractio bulbi*), czego się nie widzi w chorobie BASEDOW'a, w której zwykle brak objawów chorobowych ze strony źrenicy; nakoniec, iż przy drażnieniu nerwu sympatycznego szyjowego bywa wysadzenie gałek ocznych, lecz wówczas jednocześnie naczynia krwionośne ulegają zwężeniu, a nie rozszerzeniu, jak w chorobie BASEDOW'a. Jednem słowem, iż dla wytłomaczenia objawów choroby BASEDOW'a należałoby przypuścić jednoczesne istnienie podrażnienia i porażenia nerwu sympatycznego szyjowego, co też istotnie — wbrew kardynalnym prawom patologii — niektórzy badacze przyjmowali [GUTTMANN i EULENBURG]. Obserwacya dużej liczby przypadków choroby BASEDOW'a przekonała nadto, iż prócz 3 głównych objawów (*tachycardia*, *struma*, *exophthalmus*) prawie stale spotyka się w tej chorobie: drżenie rąk [objaw MARIE-CHARCOT'a], zmniejszenie oporu ciała na elektryczność [z 4000 ohmów na 1000], t.zw. objaw VIGOUROUX, a nadto inne objawy natury nerwowej, jak psychiczne [nadmierna drażliwość, bezsenność], troficzne [obrzęki miejscowe, wypadanie włosów], abazia-astazia, biegunka i t. p., których cierpieniem nerwu sympatycznego szyjowego wytłomaczyć nie można, lecz zależą one od cierpienia innych części układu nerwowego, że więc choroba BASEDOW'a musi być chorobą całego układu nerwowego, a mianowicie ogólną nerwicą, za czem mówić by także miał nagły niekiedy początek choroby, [po silnych wzruszeniach, przestraszchu i t. d.], połączenie, a raczej spółistnienie jej z innymi nerwicami (*histero-epilepsia*), a wreszcie i dziedziczność.

Inni badacze utrzymywali, iż choroba BASEDOW'a jest cierpieniem czynnościowym ograniczonych tylko okolic układu nerwowego. JENDRASSIK np. dowodził, iż zależy ona od zaburzeń czynnościowych szarej substancji kory mózgu.

Bardzo wielu patologów objawy choroby BASEDOW'a tłumaczyli cierpieniem rdzenia przedłużonego (*medulla oblongata*) natury nawet materjalnej. Opierali się oni na doświadczeniach FILEHNE'go, DURDUFFI'ego i BIENFAIT'a, którzy, niszcząc zwierzętom t. zw. pęczki oddechowe rdzenia przedłużonego (*corpora restiformia*), widzieli: rozszerzenie tętnic szyjowych, wysadzenie gałek ocznych bez zmian źrenicy, drżenie i t. p., lecz nigdy wola. Objawy te objaśniono zmniejszeniem *tonus* ośrodka nerwu błędnego, a więc zmniejszeniem wpływu hamującego na ruchy serca. SATTLEER sądził, iż na wysokości lub w bliskości ośrodka nerwu błędnego leży ośrodek nerwów naczynio-ruchowych [dla gruczołu tarczowego i oczodołu] i że cierpienie 2 tych ośrodków powoduje chorobę BASEDOW'a. Cierpienie ośrodka nerwu błędnego tłumaczyłoby bicie serca, a cierpienie ośrodka naczynio-ruchowego—rozszerzenie naczyń krwionośnych. Hypoteza ta nabrała cechy prawdopodobieństwa, gdy MENDEL, MARIE i MARINESCO u chorych, dotkniętych chorobą BASEDOW'a, znaleźli na sekcji zanik pęczków oddechowych. Dwa te jednak przypadki dodatnie nie mogły przechylić szali zwycięstwa w stronę rdzenia przedłużonego wobec mnóstwa innych przypadków, w których najstarsze badanie pośmiertne nie wykryło zmian w rdzeniu przedłużonym, a specjalnie w *corpora restiformia*.

To było powodem, dlaczego zaczęto się skłaniać do przypuszczenia, iż jakkolwiek choroba BASEDOW'a jest niewątpliwie zależną od cierpienia układu nerwowego, zwłaszcza rdzenia przedłużonego, to jednak zmiany te są natury dynamicznej.

Wykrycie przez REVERDIN'a, iż po całkowitem wycięciu gruczołu tarczowego pojawia się szereg objawów, podobnych do kretynizmu; wykazanie, przez angielskich szczególnie lekarzy, iż w obrzęku śluzowym (*myxoedema*) dobry skutek osiąga się przez spożywanie gruczołu tarczowego, skierowało lekarzy, zajmujących się naturą choroby BASEDOW'a, w stronę gruczołu tarczowego. Wkrótce też nagromadzono takie fakta, iż spożywanie gruczołu tarczowego przez chorych na *myxoedema*, powoduje niekiedy objawy, podobne do napotykanym w chorobie BASEDOW'a, jak: przyspieszenie tętna, drżenie, poty i t. d.; iż także objawy widziano u psów po zaszczepieniu im gruczołu tarczowego lub wstrzyknięciu pod skórę soku tegoż gruczołu, i z faktów tych wyciągnięto potwierdzenie przypuszczenia, iż choroba BASEDOW'a musi być w jakimś przyczynowym związku z gruczolem tarczowym. GAUTHIER i MOEBIUS wystąpili w r. 1890 z hipotezą, iż nadmiernie funkcjonujący gruczoł tarczowy, czego widowym dowodem jest jego przerost, wywołuje zatrucie układu nerwowego. Zdaniem RÉNAULT'a (*Congrès français pour l'avancement des sciences. Bordeaux. 1895*), gruczoł tarczowy wydziela normalnie 2 ciała: tyromucoidynę i tyrokolloinę. Ostatnia ma się tworzyć z pierwszej w folikulach gruczołu. W chorobie BASEDOW'a tego drugiego ciała nie tworzy się dostateczna ilość, a nadmiar pierwszego wchodzi przez żyły do krwi i zatrzuwa ją. Podobnie jak *myxoedema* jest następstwem zmniejszonego wydzielania gruczołu tarczowego.

wego (*hypothyroidisatio*), tak choroba BASEDOW'a zależy od stanu przeciwnego, od nadmiernej czynności gruczołu tarczowego (*hyperthyroidisatio*). *Myxoedema* i choroba BASEDOW'a mają to wspólne, iż doprowadzają do charłactwa, iż zwykle atakują kobiety w średnim wieku, iż w obu ulega zmianie gruczoł tarczowy. Różnią się zaś między sobą tem, iż w chorobie BASEDOW'a gruczoł tarczowy jest duży, tętno przyspieszone, skóra cienka, gorąca, spocona, chory podniecony, a w *myxoedema* wręcz przeciwnie, gruczoł tarczowy jest mały, tętno wolne, skóra gruba, zimna, sucha, czynności psychiczne są zwolnione, a więc objawy wręcz przeciwne, tak jak wręcz przeciwnym jest stan gruczołu tarczowego.

Teorya ta chemiczna choroby BASEDOW'a, wedle której wskutek złego funkcjonowania gruczołu tarczowego następuje zatrucie swoiste układu nerwowego całego lub tylko rdzenia przedłużonego [BRISSAUD, EULENBURG], znalazła jakoby poparcie w wynikach zabiegów chirurgicznych, dążących do zmniejszenia czynności gruczołu tarczowego, przez częściowe wycięcie go (*thyroidectomy partialis s. enucleatio intraglandularis*), lub podwiązanie odpowiednich tętnic [KOCHER] lub wreszcie przez wyciągnięcie gruczołu tarczowego na zewnątrz, przez co ma on ulegać powolnemu zanikowi [*exothyreopectia* — PONCET'a z Lyonu]. Był czas, iż chorobę BASEDOW'a chciano zaliczać do działu chorób chirurgicznych i operowano wszystkich dotkniętych tem cierpieniem. Zapał jednak niezadługo ostygł, gdy dłuższe obserwowanie operowanych i większa liczba zrobionych operacji wykazały, iż jeśli wycięcie całkowite gruczołu tarczowego wywołuje kretynizm i *myxoedema*, to wycięcie częściowe gruczołu, podwiązanie odżywiających go tętnic lub *exothyreopectia* kończy się często recydywą lub niekiedy nagłą śmiercią. Wedle statystyki ALLEN STARR'a [1896], na 190 przypadków częściowego wycięcia gruczołu przy chorobie BASEDOW'a 33 razy nastąpiła śmierć bezpośrednio. Dalej chłodna ocena faktów wykazuje, iż nie wytlómaczonem jest, jakim sposobem gruczoł tarczowy, będąc cały chorym, może po częściowem oddaleniu jego funkcjonować prawidłowo; dalej gdyby w chorobie BASEDOW'a miała miejsce wzmożona czynność gruczołu tarczowego, następstwem której byłoby nasycenie ustroju pewną substancją toksyczną, drażniącą nerw sympatyczny, to, jak słusznie zauważył ABADIE, wówczas: 1) zaburzenia naczyniowe powinnyby występować we wszystkich tętnicach ciała, gdy tymczasem—jak to już TROUSSEAU zaakcentował — zmiany te ograniczają się tylko do obrębu nerwu sympatycznego szyjowego, rozszerzeniu ulegają tylko tętnice szyjowe i tarczowe, a bez zmiany pozostają tętnice biodrowe, udowe, aorta brzuszna; 2) iż *exophthalmus* i *tachycardia* powinnyby być w stosunku prostym do przerostu gruczołu tarczowego, gdy tymczasem nierzadkie są przypadki choroby BASEDOW'a, w których gałki oczne są bardzo wypukłone, a przerost gruczołu tarczowego prawie żaden, wreszcie 3) dlaczego wycinanie gruczołu tarczowego pozostaje często bez wpływu na wypuklenie gałek ocznych, o czem wzmiankują wszyscy chirurdzy, którzy mieli sposobność robić większą liczbę operacji. Jak i na wielu innych punktach patologii, tak i w tym razie przekonano się, iż zbyt pośpiesznie ogłaszano pomyślne wyniki wycinania gruczołu tarczowego, gdyż w wielu z nich, w których z począ-

tku miało nastąpić polepszenie, z biegiem czasu przyszło znowu pogorszenie lub nawrót choroby. Nadto, MANNHEIM [1894] z 46 operowanych przypadków choroby BASEDOW'a i opisanych w literaturze tylko 12 uważa za chorobę BASEDOW'a i sądzi, że przypadki z pomyślnym wynikiem były często przypadkami wola, które naciskało na naczynia krwionośne i nerwy biegnące na szyi i wywoływało zaburzenia naczynio-ruchowe, przypominające tylko, a nie będące chorobą BASEDOW'a. Wszystkie operacje, z pomocą których chciano usuwać chorobę BASEDOW'a, z początku dawały świetne wyniki. PONCET np., gdy zdawał sprawozdanie w Akademii lekarskiej w Paryżu z 14 przypadków, w których zastosował eksotyreopeksję, chwalił się 14 powodzeniami, gdy tymczasem po upływie 2 niespełna lat sam tę operację potępił.

Szczupła tylko garstka badaczy nie dała się przekonać nigdy i nie przyznawała słuszności teorii t. zw. „gruczolowo-chemicznej“ choroby BASEDOW'a; stali oni tak wiernie przy zdaniu, iż cierpienie to jest *neurosis genuina*, iż przypadki, w których pomoc chirurgiczna dała dobry skutek, oznaczali nazwą *pseudo* choroby BASEDOW'a lub fałszywą chorobą BASEDOW'a.

Rok bieżący zaznaczył się pojawieniem się nowej znowu teorii tego cierpienia. ABADIE mianowicie w pracy „*Pathogénie et traitement du goître exophtalmique. La Presse médicale. 1897. Nr. 18*), a ściśle biorąc jeszcze na kongresie chirurgów francuskich, odbytym w Paryżu w październiku 1896 r., starał się dowieść, iż przerost gruczołu tarczowego w chorobie BASEDOW'a jest objawem wtórnym, a nie pierwotnym, jak to w ostatnich kilku latach większość patologów przypuszczała i że objawy choroby BASEDOW'a zależą od cierpienia nerwu sympatycznego szyjowego, jak już dawniej także przyjmowano, lecz nie od porażenia włókien nerwów zwężających naczynia krwionośne (*nervi vaso constrictores*), lecz od podrażnienia nerwów rozszerzających te naczynia (*nervi vaso-dilatatores*), nerwów, jakie DASTRE i MORAT wykryli w nerwie sympatycznym szyjowym. Zdaniem tych badaczy, nerwy te mają oddzielny ośrodek w rdzeniu kręgowym [a nie wspólny z nerwami zwężającymi naczynia], z kąd przez *rami communicantes* 2, 3 i 4 pary nerwów rdzeniowych grzbietowych dostają się do zwoju sympatycznego dolnego. Wskutek drażnienia tych włókien następuje rozszerzenie tętnic, udających się do szyi i głowy, a więc zwiększony do nich dowóz krwi, którego następstwem jest przerost gruczołu tarczowego, a także i grasicy (*thymus*); rozszerzenie naczyń krwionośnych w oczodole wywołuje wysadzenie gałek ocznych, a podrażnienie włókien nerwowych, udających się do serca — przyśpieszoną jego czynność (*tachycardia*). W rdzeniu kręgowym mają się znajdować oddzielne ośrodki dla naczyń krwionośnych gałki ocznej, gruczołu tarczowego i serca. Drażnienie ograniczone do jednego z nich tłómaczy postać niezupełną (*forme fruste*) choroby BASEDOW'a. Konsekwentnie z tym poglądem ABADIE, jako środek leczniczy w chorobie BASEDOW'a zalecał przecięcie nerwu sympatycznego szyjowego. Nie znając zapatrywania ABADIE'go, JABOULAY w Lyonie jeszcze w lutym 1896 r., nie osiągnąwszy w jednym przypadku choroby BASEDOW'a pożądanego wyniku ani z częściowego wycięcia gruczołu tarczowego, ani z *exothyreopectia*, przeciał

nerw sympatyczny i miał otrzymać wynik wyśmienity. Dotychczas JABOULAY (*La médecine moderne*, 1897. Nr. 60) robił 9 razy taką operację i zawsze z dobrym skutkiem. JONNESCO z Bukaresztu (*Archives provinciales de chirurgie*, 1897) opisał 2 podobne pomyslnie przypadki, tylko radzi on nie przecinać, lecz wycinać kawałek nerwu sympatycznego szyjowego, wraz z 3 jego zwojami. Prócz tego robili ją: RÉCLUS-FAURE (*Traitement du goître exophtalmique par la résection du grand sympathique cervical*, *La France médicale*, 1897. N. 26) w 1 przypadku, GÉRARD MARCHANT i ABADIE (*De la résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goître exophtalmique*, *Ibidem*) w 1 przypadku — i wreszcie CHAUFFARD-QUENU (*Résection bilatérale du sympathique cervical dans un cas de goître exophtalmique*, *Le Presse médicale*, 1897. T. II. Nr. 1) także w jednym przypadku. Ogółem 14 razy.

Operacja nie pociąga żadnego niebezpieczeństwa, nie wywołuje żadnych zmian troficznych, nie wpływa na akkomodację oka. Przeciwnie widziano pomyslny jej wpływ na wysadzenie gałek ocznych, na wole, na bicie serca, na drżenie, biegunkę, ślinotok, moczożwkę, na stan psychiczny, drażliwość nerwową, bezsenność, wreszcie na stan ogólny. Czasami mają istnieć 2 nitki nerwowe, łączące zwój sympatyczny szyjowy górny ze średnim; wówczas gdy przeciąć jedną tylko nitkę, wpływ operacji na chorobę jest mały i należy wtedy operację powtórzyć.

Po operacji widziano rozszerzenie naczyń krwionośnych łącznicy oka, a nawet krwotok w niej. Zmniejszenie wysadzenia gałek ocznych JABOULAY przypisuje porażeniu mięśnia gładkiego oczodołowego wewnętrznego (*m. orbitalis internus*). Prócz tego operacja modyfikuje krążenie krwi w mózgu i w rdzeniu przedłużonym i wpływa tym sposobem także na złagodzenie lub ustąpienie niektórych objawów choroby BASEDOW'a. Operację tę radzą robić w przypadkach ciężkich, gdy inne środki lecznicze pozostają bez skutku, a również w przypadkach, cechujących się dużym wysadzeniem gałek ocznych.

Wedle ABADIE'go, gdy przeważa *exophtalmus*, to należy przecinać nerw sympatyczny między zwojem jego szyjowym górnym i średnim; gdy wole jest duże, to poniżej zwoju średniego, a w przypadkach gdy objawem dominującym choroby BASEDOW'a jest *tachycardia*, radzi on przecinać włókna nerwowe, wychodzące ze zwoju szyjowego dolnego, a to dla tego, iż *arteria thyreoidea superior* otrzymuje nerwy naczynioruchowe ze zwoju sympatycznego szyjowego górnego, a *art. thyreoidea inferior* ze zwoju średniego, włókna do serca wychodzą najniżej, unikają więc przy tej operacji często noża chirurga, stąd i wpływ jej na przyspieszoną czynność serca ma być najmniejszy. Oświadcza się on przeciw wycinaniu nerwu i zwojów. Zły wynik i nagłą śmierć, jaką widziano niejednokrotnie po częściowem wycięciu gruczołu tarczowego lub po innych operacjach na gruczole dokonywanych, ABADIE tłumaczy silnem podrażnieniem vaso-dilatatorów, a więc i nerwów, udających się do naczyń krwionośnych serca, samymi zabiegami operacyjnymi i podwiązkami naczyń.

Wycinano niekiedy duży kawałek nerwu sympatycznego. FAURE np. 20 ctm.. Operację zalecają i robiono jednocześnie po obu stronach szyi.

Z 14 przypadków, w których dotychczas operacja ta była dokonana tylko 1 raz, a mianowicie w przypadku CHAUFFARD-QUENU, pozostała ona bez skutku.

Z przypadków tych, chociaż bardzo zachęcających, ostatecznego wniosku wyprowadzić jeszcze nie można, za mała bowiem liczba operacji przecinania lub wycinania nerwu sympatycznego była dotychczas robioną, a co więcej, iż za krótki czas po operacji przypadki te były obserwowane. Wszak i z innych operacji w chorobie BASEDOW'a dokonywanych widziano zrazu rezultaty wyborne, a jednak przyszłość zachwiała tem przekonaniem, czego najlepszym dowodem są coraz inne sposoby operowania. Przyszłość więc dopiero wypowie zdanie o operacji ABADIE-JABOULAY'a.

Gdyby nawet potwierdzoną została kiedyś skuteczność przecinania lub wycinania nerwu sympatycznego szyjowego w chorobie BASEDOW'a, przez co pośrednio zyskałaby dużą cechę prawdopodobieństwa teoria najnowsza patogenyzy tego cierpienia, to i tak ciemnem pozostaje, od czego zależy to podrażnienie nerwów rozszerzających naczynia krwionośne, podrażnienie ograniczone do pewnego tylko odcinka samego nerwu sympatycznego lub rdzenia kręgowego, w którym są umiejscowione ośrodki tych nerwów. RICHE (*Le goût exophthalmique. Interprétation nouvelle. Paris. 1897*) drażnienie to przypisuje powiększonemu gruczołowi tarczowemu, którego więc zmiana byłaby cierpieniem pierwotnem, wywołującym chorobę BASEDOW'a, lecz nie na drodze chemicznej, jak dotychczas wielu badaczy przypuszczało i przypuszcza jeszcze, o czem można wnosić z dyskusyi, w tym przedmiocie prowadzonej na kongresie w Moskwie, lecz na drodze mechanicznej, wskutek miejscowego drażnienia. Tłumaczenie to nie jest zadawalające, gdyż niejasnem jest, dla czego równocześnie włókna nerwowe zwężające naczynia, które przebiegają w nerwie sympatycznym razem z rozszerzającymi, nie podlegają temu samemu wpływowi.

Z tego wszystkiego widać, iż, jak powiedzieliśmy na wstępie, patogeniza choroby BASEDOW'a jest dotychczas nieznaną.

Kto miał sposobność spostrzegać długo i dużo przypadków choroby BASEDOW'a, przyznać musi, iż i bez operacji niejednokrotnie cierpienie to kończy się pomyślnie. Przez 20 lat mojej praktyki obserwowałem corocznie po kilka nowych przypadków choroby BASEDOW'a, co wynosi kilkadziesiąt razem. Nie widziałem ani razu przypadku śmiertelnego, a w większości mniej lub więcej znaczne polepszenie, a nawet wyleczenie i to w przypadkach, które w początkach były bardzo groźne. Raz tylko byłem wezwany do chorej, u której ś. p. JAWDYŃSKI zrobił wycięcie częściowe gruczołu tarczowego. Chora zmarła na 3 dzień po operacji, wśród objawów głębokiego zajęcia *sensorium*.

Rokowanie więc w chorobie BASEDOW'a, zdaniem mojem, nie jest złe.

Przy leczeniu, prócz wpływu psychicznego, który ma znaczenie doniosłe, ograniczałem się na zachowaniu pewnych przepisów higieniczno-dyetyetycznych i na stosowaniu hydroterapii i elektroterapii. Prócz działania sugestyjnego polegającego na zapewnieniu chorych, iż jakkolwiek cierpienie ich jest długie, lecz zakończy się wyzdrowieniem, zalecam im spokój psychiczny i fizyczny, a więc unikanie wszelkich wrażeń gwałtownych [tak deprymujących, jak i podniecających], co się w znacznej mierze osiągnąć daje

przez wycofanie się chorego na pewien czas z życia towarzyskiego; dalej zalecam im chodzić [zwłaszcza po schodach] jak najmniej, a przy silnem podrażnieniu serca, pozostawać nawet przez pewien czas w łóżku; unikać wszystkiego, co może drażnić układ nerwowy, a więc bezwarunkowo wstrzymać się od picia napojów wyskokowych, czarnej kawy, palenia tytoniu; spożywać pokarmy i napoje tylko na chłodno lub nawet zimno [przeważnie mleko, owoce, jarzyny, mało mięsa], przebywać w zimnem mieszkaniu [latem w górach], używać codziennie zimnych kąpeli, a wreszcie galwanizację nerwu sympatycznego i rdzenia przedłużonego. Dobry wpływ tego ostatniego środka łatwo dałby się wytłómaczyć teorią ABADIE'go choroby BASEDOW'a. Strumień faradyczny [metodą VIGOUROUX], franklinizacja i spożywanie gruczołu tarczowego dawały mi zazwyczaj wyniki niepomyślne. Środków aptecznych używam bardzo niewiele, najczęściej jeszcze brom, a rzadziej naparstnicę, dla wskazań łatwych do domyslenia się. Przy takim postępowaniu osiągam prawie stale stopniową, choć powolną, poprawę, a w wielu razach zupełne wyleczenie, zawsze jednak po dłuższym dopiero czasie [rok, a niekiedy nawet 2 lata i dłużej]. Mając sposobność spostrzegać, co najmniej, przez całe lata, niejednego, a raczej niejedną chorą [gdyż w $\frac{1}{10}$ przypadków chorobą BASEDOW'a widuję u kobiet], twierdzą stanowczo o możności wyleczenia chorych dotkniętych chorobą BASEDOW'a i to bez pomocy chirurgicznej. Zdanie to moje potwierdzić może nie jeden z kolegów, z którymi miałem sposobność obserwować ciężkie przypadki tego cierpienia.

II. LISTY Z PARYŻA.

3. a) Leczenie padaczki za pomocą wycięcia zwoju szyjowego górnego, nerwu współczulnego metodą Alexander'a. b) Leczenie padaczki, hystero-epilepsyi oraz choroby Basedow'a przez całkowite, obustronne wycięcie nerwu współczulnego na szyi metodą Jannesco'a.

Chirurg angielski ALEXANDER pierwszy podał myśl leczenia padaczki za pomocą podwiązania tętnic kręgowych, sam jednak niezbyt był zachwycony wynikami tego zabiegu, gdyż okazały się jako niewystarczające i niestałe. Wobec tego zawodu, ALEXANDER postawił sobie pytanie, czy nie lepiej byłoby zabrać się już nie do tętnic kręgowych, lecz do nerwu współczulnego szyjowego, który zaopatruje naczynia mózgowia w nerwy naczynioruchowe. U epileptyków znajdowano też nieraz wzdłuż nerwu współczulnego wynaczynienia, które mogą mieć pewne znaczenie chorobotwórcze. Za zasadę przyjął ALEXANDER wycinanie obustronne i zupełne zwoju współczulnego szyjowego górnego, za pomocą cięcia na przednim brzegu mięśnia sutko-obojezykowego i przecięcia tegoż mięśnia. CHIPAULT zaleca w tym celu cięcie po za sutko-obojezykowym, a więc wzdłuż jego brzegu

tylnego, od 1 do 2 centymetrów po za nim. W ten sposób, prawda, że się narażamy na przecięcie gałązek splotu szyjowego powierzchownego, ale nie jesteśmy zmuszeni do przecinania powięzi na samych naczyniach głównych szyi. Tu wystarcza podniesienie pakietu naczyń i nerwów od tyłu ku przodowi, by dojrzeć zwój nerwu współczulnego po za tętnicą. Od czasów ALEXANDER'a obustronne wycięcie zwoju górnego szyjowego nie było przez nikogo wykonane. KUEMMELEL przedsięwziął jednostronne jego wycięcie w 1892-im roku i miał przy epilepsji wynik taki, że wystąpiło zwężenie odpowiedniej źrenicy [lewej], czerwonosć i podwyższenie ciepłoty w lewym policzku, wpływ obfity śluzu z lewego nozdrza. Wszystkie te zaburzenia pooperacyjne znikły ósmego dnia, ale napady padaczkowe trwały bez zmiany tak, że zmusiły go do wykonania trepanacji, po której stały się one coraz rzadsze i wreszcie znikły [przedtem trwały od lat 15-u] (*Deutsche med. Wochenschr.* 1892 str. 526).

W roku 1893 kolega BOGDANIK wyciął epileptykowi zwój szyjowy nerwu współczulnego, ale nie górnego, tylko średni lewy. Po operacji napady znacznie słabsze powtórzyły się kilkanaście razy, a potem znikły zupełnie. (*Wiener medicinische Presse.* 1893. p. 562).

JAKSCH przecinał tylko nerw współczulny po stronie prawej, podwiązując jednocześnie naczynia kręgosłupowe w dwóch przypadkach padaczki. W obu otrzymał wyniki zadawalające.

ALEXANDER zaś miał następujące wyniki:

Przypadek 1-y [1883]. Padaczka od 1½ roku. Wycięcie zwoju szyjowego górnego lewego, d. 12-go września, a prawego d. 9 października. Poprawy żadnej.

Dnia 12 maja 1887 trepanacja, na drugi dzień śmierć. Znaleziono: przerost mózgu, komory boczne nadzwyczaj małe i mózdzek mały.

Przypadek 2-gi. Padaczka od lat 4. Wycięcie zwoju szyjowego górnego d. 18. X 1883 po stronie lewej, a d. 14. XI. po prawej. Przez 6 tygodni spokój, potem jednak napady się powtórzyły. Dalsze losy chorego nieznane.

Przypadek 3-i 1883. Po wycięciu najpierw lewego, potem prawego zwoju górnego, napady stały się coraz rzadsze, wreszcie znikły.

Przypadek 4-y 1883. Operacja jak wyżej. Napady powtórzyły się jeszcze kilka razy, a potem znikły zupełnie.

Przypadek 5-y. Z powodu mnóstwa gruczolów, nie można było odstąpić zwoju lewego, gruczolę tę wycięto prawdopodobnie wraz ze zwojem, gdyż wystąpiły odpowiednie zaburzenia ze strony źrenicy i t. d. W kilka miesięcy później wycięto zwój prawy, operacja była równie trudna. Napady osłabły znacznie i stały się o wiele rzadsze.

Przypadek 6-y 1883. Wycięto na jednym posiedzeniu oba zwoje, prawy i lewy. Duża poprawa. Napady rzadsze i słabsze.

Przypadek 7-y operowany po obu stronach 5-go grudnia 1883. Śmierć d. 9 grudnia przy objawach zapalenia rozsianego najdrobniejszych oskrzeli.

Przy oddzieleniu zwoju lewego były trudności z powodu ścisłego przylegania do nerwu błędnego.

Przypadek 8-y. Wycięto oba zwoje po bezskutecznem, przed paru laty dokonaniem podwiązaniu obu tętnic kręgowych. Poprawy żadnej.

Przypadek 9-y 30. I. 1884. Wycięcie obu zwojów. Po operacji napady powtórzyły się jeszcze kilkanaście razy. Potem wyleczenie zupełne i trwałe.

Przypadek 10-y 6. II. 1.84. Wycięcie obu zwojów. Wynik niewiadomy: chory trzydziestokilkoletni powiada, że jest zupełnie wyleczony, a matka jego twierdzi, że stan zdrowia syna nic a nic się nie poprawił.

Przypadek 11-y 27. II. 1884. Wycięcie obu zwojów. Napady powtórzyły się, ale zaledwie kilka razy, w dużych odstępach czasu, potem znikły tak, że przez dwa lata obserwacyi ani razu nie powróciły.

Przypadek 12-y. Operacja jak wyżej. Wyleczenie.

Przypadek 13 y. Jak wyżej. Polepszenie, aczkolwiek słabe i rzadkie napady od czasu do czasu powracają.

Przypadek 14-y 12. III. 1884. Wycięcie obu zwojów. Wynik nie jest ściśle znany, przypuszczalnie dobry.

Przypadek 15-y 13. V. 1885. Wycięto zwój lewy a 27. V. 1885 prawy. W latach następnych tylko od czasu do czasu ponawiają się napady i to bardzo rzadko, gdy przed operacją zdarzały się nieraz po kilka razy dziennie. A więc znaczne polepszenie.

Przypadek 16-y 25. 6. 1884. Oba zwoje wycięto odrazu. Napady osłabły i stały się rzadsze. Chory umarł w cztery lata potem na zapalenie płuc. Sekcyi nie było.

Przypadek 17-y 10. 9. 1884. Wycięcie obu zwojów. Polepszenia żadnego. Stan psychiczny uległ pogorszeniu. Już w styczniu 1885 roku nastąpiła śmierć, a przy sekcyi stwierdzono rozmięczenie lewego płata mózdzku.

Przypadek 18-y 3. IX. 1884. Wycięcie zwoju lewego, potem sztukanie dwa razy dziennie w wyrostki cierniste szyjowe, wreszcie 7. XI. 1884 wycięcie zwoju górnego prawego. Dopiero po tej drugiej operacyi widoczne polepszenie, a od 11. XII. tegoż roku wyleczenie zupełne.

Przypadek 19-y 8. IX. 1884. Wycięcie zwoju po obu stronach bez żadnego skutku. W trzy lata potem chory umarł na gruźlicę płuc; znaleziono rozmięczenie części tylnej drugiego zawoju czołowego, trzeciego czołowego, końca dolnego zawoju czołowego wstępującego i części zawoju ciemieniowego wstępującego, po stronie lewej. Rozmięczenie wywołane zostało przez wbięcie w mózg odłamów kostnych po dawnem pęknięciu czaszki w tem miejscu.

Przypadek 20-y 15. IX. 1884. Wycięcie obu zwojów z podwiązaniem żyły szyjowej odmózgowej lewej, z powodu zranienia jej przy operacyi. Poprawy żadnej nie otrzymano.

Przypadek 21-y. Ponieważ napady padaczkowe stawały się wyraźnie najczęstsze podczas miesiączkowania, przy bolesnej macicy, przegiętej ku tyłowi, przeto w d. 20. VIII. 1884 ALEXANDER wykonał swoją metodą skró-

cenie obu więzów obłych. Tą drogą nie otrzymał jednak poprawy co do padaczki samej, w dniu więc 18 lutego 1885 roku wyciął oba zwoje szyjowe górne [prawy i lewy] nerwu współczulnego. Polepszenie znaczne: napady słabsze i bez porównania rzadsze.

Przypadek 22-gi 2. IV. 1884. Wycięcie obu zwojów. Napady bez porównania rzadsze, W cztery lata potem znaczna poprawa, aczkolwiek napady od czasu do czasu się powtarzają.

Przypadek 23-i 20. V. 1885. Wycięcie obu zwojów górnych. Otrzymano polepszenie niewątpliwe, gdyż chory mógł zacząć zajmować się pracą.

Wreszcie w przypadku 24-ym wyciął ALEXANDER zwój szyjowy górny nerwu współczulnego po obu stronach, nie otrzymał wszelako żadnego wyniku dodatniego.

Jestem przekonany, że mi wybaczycie ten nieco przydługi szereg, ze względu na to, że u nas, o ile wiem, nikt tego rodzaju usiłowań dotąd nie przedsiębrał i że sprawa wycinania nerwu współczulnego, która przez jakiś czas prawie zupełnie znikła z widowni spraw bieżących nowej chirurgii, dzisiaj znowu zaczyna żywiej umysły zajmować. Wogóle rzeczy te są mało u nas znane. Dlatego to w jak najtreściwszy sposób starałem się podać to, co daleko obszerniej i szczegółowiej opisane jest w drugim tomie *Chirurgie opératoire du système nerveux* CHIPAULT'a.

Autor ten zwrócił moją uwagę na ten przedmiot, twierdząc, iż obecnie TH. JONNESCO z Bukaresztu pchnął istotnie chirurgię nerwu sympatycznego na nowe tory, oraz iż staraniom tym, które go żywo zajęły, wróży świetną przyszłość. JONNESCO zaznaczył na Zjeździe Chirurgów w Paryżu w 1896 roku znaczenie wycięcia całkowitego i obustronnego nerwu współczulnego w leczeniu choroby BASEDOW'a (*goître exophthalmique*), padaczki, hysteroepilepsji, jednym słowem, w leczeniu tych cierpień, w których zaburzenia naczynioruchowe w mózgowiu grają rolę niewątpliwego momentu chorobotwórczego.

JONNESCO tedy pierwszy począł wycinać wszystkie trzy zwoje nerwu współczulnego na szyi wraz z nerwami, a na Zjazd tegoroczny zawiózł do Moskwy wyniki 24 operowanych przez się przypadków, z których 2 dotyczą wycięcia tylko górnego zwoju, a reszta [22] wycięcia całego nerwu współczulnego szyjowego wraz ze zwojem górnym, średnim, a czasem i z dolnym. Z tej liczby wspomnieć należy o trzech przypadkach wola z wypukleniem gałek ocznych, w których otrzymał bardzo piękne wyniki. Reszta dotyczy epileptyków, u których zdobywał stale znaczne polepszenie, a w kilku przypadkach zupełne wyleczenie, trwające już od roku. Przy chorobie BASEDOW'a JABOULAY pierwszy przedsięwziął proste przecięcie nerwu współczulnego pod zwojem górnym. Potem JANNESCO, JABOULAY, QUÉNU, GÉRARD, MARCHANT i FAURE zaczęły przy chorobie tej wycinać tylko zwój górny, a dziś już JANNESCO, a za nim i FAURE wycinają, o ile się uda, wszystkie trzy zwoje.

CHIPAULT zapoznał mnie z FAURE'm, który podczas mego pobytu w Paryżu wycinał właśnie kobiecie, mającej chorobę BASEDOW'a, cały nerw współ-

czulny w szpitalu LAENNEC'a, gdzie czasowo zastępował RECLUS'a. Miałem więc sposobność przypatrzeć się operacyi samej oraz skutkom jej przez kilka dni następnych. CHIPAULT obiecał zawiadomić mnie listownie o dalszych losach i ostatecznym wyniku u tej chorej. FAURE zamierzał wykonać tę operacyę na drugiej chorej z chorobą BASEDOW'a, ale tylko w takim razie, jeżeli u tej pierwszej wynik będzie pomyślny i doniosłego znaczenia.

Muszę tu nadmienić, że przy preparowaniu nerwu współczulnego FAURE niechętno nacisnął szczypekami anatomicznemi nerw płuco-żołądkowy lewy: nastąpiło natychmiastowe zatrzymanie ruchów serca i oddechu. Było więc chwilowo nieco obaw, które się jednak po paru minutach rozwiały, gdy pod wpływem miesienia serca i kilkunastu ruchów sztucznego oddechania wszystko wróciło do normy. Żadnych też później z tego powodu nie było nieprzyjemności. Operacya nie trwała długo, chora zniosła ją wybornie w całym tego słowa znaczeniu; oprócz rozszerzenia źrenic żadnych innych objawów nie można było dostrzedz. Badając chorą nazajutrz po operacyi, przekonaliśmy się, że: 1-o tętno, które przedtem wykazywało wszystkie nieprawidłowości, cechujące chorobę BASEDOW'a, uderza obecnie zupełnie normalnie; 2-o że wypuklenie gałek już po 24 godzinach znakomicie się zmniejszyło i 3-o że wole zaczyna się kurczyć powoli, ale niewątpliwie.

JANNESCO podał następującą metodę operacyjną. Cięcie poczyna się od tylnego brzegu wyrostka sutkowego i biegnie równolegle do tylnego brzegu mięśnia mostko-obojezyko-sutkowego ku dołowi po przez obojezyk aż nieco pod ten ostatni. Przecinamy mięsień podskórny szyi wraz z kilkoma gałązkami nerwowemi ze splotu szyjowego powierzchownego, oraz żyłę szyjową zewnętrzną [między dwiema ligaturami]. Teraz trzeba uwolnić tylny brzeg mięśnia mostko-obojezyko-sutkowego, aby mięsień usunąć i odsłonić żyłę szyjową główną na całym jej przebiegu. Przecinamy przytem kilka gałązek tętnicznych, które należy natychmiast podwiązać, żeby mieć, o ile możności, jak-najsuchsze pole operacyjne. Przecinamy też zazwyczaj gałąź zewnętrzną nerwu dodatkowego WILLIS'a i kilka gałęzi splotu szyjowego, co nie pociąga za sobą ważnych następstw.

Aby usunąć mięsień, uwolniwszy go zupełnie, musimy przeciąć powięź szyjową powierzchowną i tkankę łączną, która pod nią leży. W części dolnej i środkowej najlepiej jest rozedrzyć je palcem, w części jednak górnej musimy użyć ostrożnie pomocy noża. W części dolnej napotykamy wtedy mięsień łopatkowo-gnykowy, który albo przecinamy, albo usuwamy na haczyku tęnym. W części środkowej najłatwiej nam się uda dostrzedz i palcem uwolnić wspólną pochwę, zawierającą w sobie naczynia, nerw błędny i gałąź zstępującą nerwu podjęzykowego. Cały ten pakiet usuwamy hakami tęnymi z powierzchni mięśni przedkręgosłupowych, wraz z mięśniem mostko-obojezyko-sutkowym. Przy tem oddzielaniu i usuwaniu może się zdarzyć naddarcie pochwy naczyniowej, a wskutek tego żyła szyjowa od razu wypukła się goła przez tę szparę i, tworząc jakby przepuklinę, zasłania pole operacyjne oraz grozi pęknięciem. W razie pęknięcia, co jednak dotąd się nie zdarzyło Doktorowi JONNESCO, radzi on nałożyć na ranę w żyłe szew ścienny.

W momencie oglądania żyły pamiętać trzeba koniecznie i od tego nie odstępować, że nerw współczulny nigdy nie leży na jej ścianie, lecz się znajduje z tyłu po za żyłą. W ten sposób unikniemy pomyłki i nie weźmiemy gałęzi zstępującej nerwu podjęzykowego za nerw współczulny.

Dalej, nie trzeba zapominać, że ten ostatni przebiega w grubości powięzi przedkręgowej: trzeba ją więc rozdrzeć i nerw odszukać. Jeżeli go tam znaleźć nie możemy, to znaczy 1) że przebiega on nie w grubości tej powięzi, lecz, co się nierzadko zdarza, w pochwie własnej, która przylega do tylnej ściany pochwy naczyń wielkich oraz 2), żeśmy go prawdopodobnie podnieśli hakami tępymi wraz z temi naczyniami i z mięśniem. Zgłębnikiem na tępo musimy tylną ścianę pochwy naczyniowej rozpruć i tam nerwu współczulnego odszukać.

Chodzi teraz o to żeby odróżnić nerw współczulny od nerwu błędnego i od nerwu przeponowego. Nie jest to tak trudne, jakby się zdawać mogło. Najważniejsza różnica jest ta, że w tem miejscu ani nerw błędny, ani przeponowy żadnych gałęzi nie dają, a z nerwu współczulnego, szczególnie z jego boku wewnętrznego liczne gałązki wychodzą. Nerw współczulny może przylegać do nerwu błędnego, ale ten ostatni jest dużo grubszy od niego i ściśle trzyma się naczyń. Nerw współczulny innym razem może przylegać do przeponowego, na powięzi przedkręgowej, ale ten jest cieńszy i trzyma się brzegu zewnętrznego mięśnia dźwigacza klatki piersiowej przedniego (*m. scalenus anticus*).

Po odszukaniu i rozpoznaniu nerwu współczulnego uwalniamy go z tkanki łącznej ku górze i ku dołowi. Idąc ku górze, chwytamy szczypczykami sam nerw, a drugimi szczypczykami lub zgłębnikiem rowkowanym, mocnym rozdzieramy i rozskubujemy coraz to tęszą powięź, pochwę jego stanowiącą [osobliwie tęgą jest ona podobno u osób chorych na padaczkę]. W ten sposób dochodzimy do końca dolnego zwoju szyjowego górnego na wysokości wyrostka poprzecznego 4-go, a czasem dopiero 3-go kręgu szyjowego. Tu trzeba ostrożnie oddzielać zwój współczulny od żyły odmóżgowej, od pętlicy nerwu błędnego i szczególnie od ściany tylnej tętnicy domóżgowej, czyli szyjowej wewnętrznej. To oddzielenie daje się łatwo uskutecznić, od tyłu nie przedstawia ono żadnych trudności. Trudnem jest tylko dobranie się aż do górnego końca tego zwoju i czasami trzeba sobie utorować drogę przez przecięcie włókien potylicowych mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego i kłębkowego głowy (*splenius capitis*). W ten sposób można się czasem dokopać aż do ślinianki, czasem znowu aż do mięśnia dwubrzusznego żuchwy, a nieraz też wypada przeciąć tętnicę potylicową. Reszty dokonywa palec, którym na wszystkie strony odsuwamy tkanki sąsiednie aż do podstawy czaszki. Nakoniec upewniwszy się, iż zwój jest „czysto odseparowany“ od naczyń i nerwów sąsiednich, obcinamy po kolei wszystkie wchodzące do niego i wychodzące zeń gałązki, oraz ciętciem nożyczek krzywych, cienkich o końcach tępych, w kierunku od przodu ku tyłowi i z dołu ku górze, przecinamy pień górny nerwu współczulnego na samym kręgosłupie. Przy tych końcowych momentach tego aktu operacyjnego zdarza się krwawienie żyłne z gałązek, które biegają od zatoki

śródpoprzecznej (*sinus intertransversarius*) do żyły odmózgowej. Czasem krwawienie to jest pozornie tak znaczne, że w pierwszej chwili może niesłuszną wzbudzić obawę, jakobyśmy skaleczyli samą żyłę odmózgową. Zazwyczaj wystarcza para szczypczyków PEAN'a lub parę minut tamponady muslinem wyjałowionym. Przeszkadzać też niekiedy mogą gruczoły chłonne powiększone u osób gruźliczych.

Teraz nadchodzi akt najtrudniejszy i konieczność dostatecznego oświetlenia prawdziwej studni, z której wypadnie nam wydłubać zwój średni, a szczególnie zwój dolny nerwu współczulnego. Fak tępy odsunie i podniesie nieco mięsień mostko-obojczyko-sutkowy, którego koniec obojczykowy czasem przeciąć trzeba, oraz mięsień łopatkognykowy (*omohyoideus*), o ileśmy go po prostu nie przecięli umyślnie. Mamy tedy przed sobą obfitość luźnej tkanki łącznej, którą palcem łatwo porozsuwamy. Pociągając za trzymany już w rękę nerw współczulny, wyciągamy jego pętlicę, otaczającą tętnicę tarczową dolną. Nie potrzeba szukać guzika szasenjakoego (*apophysis transversa 6-ae vertebrae cervicalis*) i pętlicę bowiem i tętnicę od razu dojrzymy. Zwój średni nie zawsze tu wyraźnie istnieje; przedstawia się on wtedy w postaci nieznanego nabrzmienia samego nerwu, czasem przed, a czasem za pętlicą tętniczą leżącego. Z tą tętnicą tarczową dolną nie mamy co się pieścić zbytnio. Gdyby ją było trudno odwikłać, to śmiało możemy ją przeciąć, między dwiema przewiązkami; przy woli, towarzyszącem chorobie BASEDOW'a, jest to nawet poniekąd wskazane. Jeżelibyśmy jej nie przecięli, a nerw współczulny przebiegał po za nią, to nie zapomnijmy, że trzeba wycięty już zwój górny i cały odcinek uwolnionego nerwu przewlec po za tą tętnicą. Trzeba też pamiętać, że im niżej, tem głębiej leży nerw współczulny, który położeniem swem stosuje się do kierunku kręgosłupa, a więc trzymać się ściśle tej gałęzi, która idzie coraz więcej w głąb. W ten sposób nie zbłądzimy na manowce, na które zaprowadzić nas mógłby nerw sercowy górny (*n. cardiacus superior*), który bieży nie w głąb, lecz na dół i na wewnątrz, koło tehawicy i łuku aorty do śródpiersia przedniego. Nerw ten przy zwoju współczulnym po prostu przecinamy, a po nerwie współczulnym z łatwością dobieramy się do zwoju dolnego. Siedzi on sobie w oddzielnej łoży, po za obojczykiem, przy szyjce i główce pierwszego żebra, między dźwigaczem przednim (*m. scalenus ant.*), nad zaulkiem, czyli sklepieniem górnem opłucnej i biegnącą tędy tętnicą podobojczykową. Jest on zazwyczaj wielkości bobu.

Palcem rozrywamy dość tęgą tkankę łączną, która go pokrywa, ciągnąc drugą ręką za pień nerwu współczulnego, a potem, gdy długość palca nie starczy, a jego grubość staje się niedogodną, zaczynamy za pomocą zgłębnika, na tępo, oddzielać od zwoju najpierw grubą żyłę kręgową (*art. vertebralis*), leżącą na wewnątrz i ku dołowi od pnia tętniczego tarczozwojowo-łopatkowego (*truncus thyreo-bicervico-scapularis*).

Żyłę tę na haczyku tępym usuwamy ku dołowi i na zewnątrz, wraz z owym pniem tętnicznym. Nieco głębiej ku wewnątrz i ku dołowi od tej żyły, trzeba koniecznien odnaleźć tętnicę kręgową; jest ona gruba [5 do 6 milim. średnicy], napięta, mocno tętniąca i przylega ściśle do brzegu zewnętrznego zwoju dol-

nego. Oddzielenie jej zgłębnikiem lub długą pincetą jest w istocie bardzo mozolne. Ale też to i koniec operacyi. Robimy tedy małą pauzę, a korzystając z niej, wysuszamy ranę dokładnie i staramy się jak najlepiej studzienkę ową oświetlić. Pociągając szczypczykami sam zwój, oddzielamy go zgłębnikiem od okostnej żebra, separujemy gałązki nerwowe, które zeń wychodzą, i jedną za drugą przecinamy.

Niepodobna pominąć, że tam czasem świśnie nam od razu powietrze, dostając się do śródpiersia przedniego, ale nie powinno to nikogo niepokoić, gdyż niema znaczenia. Innym razem pomimo precyzji w robocie zdarzy się przedziurawić opłucną. W takim przypadku należy zaraz szew na dziurę nałożyć: zdarzyło się to dwa razy dzielnemu *Jonnesco*, a jednak obaj ci chorzy bez powikłań żadnych wyzdrowieli.

Reszta: to szew piętrowy, a więc łatanie mięśni i wreszcie zaszcycie skóry, najlepiej całkowite, aczkolwiek tam, gdzie przesiąkanie krwią jest żywe, lepiej będzie wsunąć paseczek gazy, dla uniknięcia następstw niepożądanych.

Ponieważ operacya trwać może, szczególnie u osób tłustych, o krótkiej szyi, około godziny, lepiej jest postawić sobie za zasadę, że się zabieg obustronny zawsze na dwóch posiedzeniach zrobi. Przy warunkach dobrych i sprzyjających, można wprowadzić nieraz i w kwadrans czasu pracę tę wykonać, nigdy jednak nie należy sobie tego obiecywać na pewno.

Nie potrzebuję dodawać, że narkoza musi być prowadzoną przez doświadczonego chirurga i że do jej sprowadzenia nie wolno używać eteru, pod którego wpływem żyły nabrzmiewają potężnie, zasłaniają pole operacyjne i utrudniają niepospolicie całą robotę.

Roman Jasiński,

chirurg warszawskiego szpitala dla dzieci.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

ZAKAŻENIE RZEŻĄCZKOWE W ETYOLOGII CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH.

Streścił

Seweryn Sterling.

— — — — —
[Dokończenie. — Patrz Nr. 42].

Punkt zwrotny w sprawie tej stanowi praca *LEYDEN*'a z r. 1893-go. Przed *LEYDENEM* bądź znajdowano w osierdziu gronkowce i paciorkowce, bądź ani drobnowidzem, ani hodowlą nie wykazywano żadnych drobnoustrojów. *LEYDEN* wykazał w nalotach krwisto-włóknikowych osierdzia dwoinki *NEISSER*'a, przyczem ani drobnowidzem, ani innymi metodami żadnych innych drobnoustrojów znaleźć nie było można. Oto opis tego sławnego przypadku: na sekcji osobnika 23-letniego, u którego *L.* za życia postawił rozpoznanie: zapalenie rzeżączkowe wsierdzia, znaleziono owrzodzenia i krwisto-włóknikowe naloty na zastawkach półksiężycowych aorty; zastawki aorty niedomykalne;

lewa komórka serca rozszerzona; mięsień sercowy przedstawiał zwyrodnienie tłuszczowe. W przebiegu zanotowano: 1) objawy niedomykalności zastawek; 2) nieprawidłowa gorączka z wielokrotnymi dreszczami; 3) wielokrotne wymioty; 4) powikłanie zapaleniem nerek; 5) złośliwy przebieg z upadkiem sił. W drugim przypadku z kliniki LEYDEN'a, opisanym przez MICHAELIS'a, chory, 25-letni, cierpi od 3 tygodni na rzeżączkę cewki; przybył do kliniki 25. VI; dwa dni przedtem wystąpiło ostre zapalenie stawów dłonio-palcowych 3-go i 4-go palca obu rąk [dotąd nigdy nie chorował na gościec]. Ciepłota przez pierwsze dni 40—39°. Na 4 dzień można było nad aortą i nad innymi zastawkami słyszeć szmer skurczowy. W wydzielinie cewki dwoinki tryprowe. Od 1. VII sprawa zapalna ze stawów ustępuje, ciepłota spada, ale objawy ze strony serca trwają. 7. VII śmierć przy objawach nagłego upadku działalności serca. Sekcja: Zapalenie wsierdzia złośliwe, brodawkowate. Serce duże, mięsień wiotki i mętny. Na aorcie, na zastawce prawej i lewej, masa brodawkowata wielkości orzecha laskowego. Pod nią, tuż pod nasadą zastawek, pęknięcie aneurysmatycznie rozszerzonej zastawki. W obu jamach opłucnej, zarówno jak i w worku sercowym, obfita ilość płynu surowiczego, zmieszanego z pojedynczymi płatkami włóknikowymi. Zapalenie ropne pęcherza. W zeszkobanym nalocie wsierdzia, zarówno jak i w skrawkach z tegoż, liczne dwoinki NEISSER'a; wszystkie leżą wewnątrz komórek.

W obu przypadkach hodowle nie dały wyników dodatnich, ale nie rozwinęły się również inne drobnoustroje, które zazwyczaj takim sprawom we wsierdzu towarzyszą. O rzeżączkowym charakterze sprawy świadczą, podług LEYDEN'a: 1) postać dwoinek; 2) ich ułożenie wewnątrz komórek; 3) odbarwienie się przy użyciu metody GRAM'a; 4) zachowanie się ich względem wysokoku i olejku lawandowego; 5) brak wzrostu wszelkich wogóle drobnoustrojów na odżywkach.

GOLZ opisał dosyć rzadki przypadek zapalenia rzeżączkowego wsierdzia, umiejscowionego na zastawkach tętnicy płucnej. PITRUZZELLA opisuje przypadek, zakończony śmiercią, silnej rzeżączki u kobiety 22-u letniej: zapalenie cewki moczowej, zapalenie pęcherza, zapalenie pochwy, odbytnicy, obszerny rumień (*erythema*), objawy ze strony serca i płuc.

CHIAISO i ISNARDI opisać przypadek zapalenia rzeżączkowego wsierdzia i opłucnej, przyczem MAZZA wyhodował z opłucnej dwoinki NEISSER'a. WELANDER opisał przypadek rzeżączki cewki, powikłany zapaleniem wsierdzia i objawami ze strony skóry. WINTERBERG przytacza dwa przypadki rzeżączki, z których jeden był powikłany zapaleniem przyjądra, obrzmieniem stawów, zapaleniem wsierdzia i osierdzia i zakończył się śmiercią, a drugi powikłany był zapaleniem zastawek: dwudzielnej i aorty. LITTEN w ciągu jednego roku obserwował 4 przypadki rzeżączkowego zapalenia wsierdzia. FINGER, GHON i SCHLANGENHAUFER opisać przypadek wrzodziejącego zapalenia wsierdzia, które się przyłączyło do rzeżączki przewlekłej z zapaleniem stawów. W przypadku tym znaleziono nie tylko w skrawkach z wykwitów brodawkowatych dwoinki NEISSER'a, leżące wewnątrz komórek, ale podobnie jak LEYDEN w pierwszym swym przypadku: a) kupki tych dwoinek, podobne do odcisku czystej hodowli, leżące wewnątrz luk wykwitów brodawkowatych i b) też dwoinki, ułożone w jeden rząd wzdłuż szczelin (*Spalttraum*) tychże wykwitów. COUNCILMANN spostrzegł przypadek zapalenia wsierdzia i osierdzia pochodzenia rzeżączkowego. ZAWADZKI i BREGMANN opisać przypadek brodawkowatego zapalenia wsierdzia, w którym wykazali dwoinki NEISSER'a. SIEGHEIM o podobnym przypadku mówił na ostatnim [XV-ym, r. 1897] kongresie medycyny wewnętrznej. Wreszcie THAYER i BLUMER spostrzegali przypadek wrzodziejącego zapalenia wsierdzia, przyczem za życia we krwi, a po śmierci w zawartości

osierdzia wykazali hodowlą i drobnowidzem dwoinki NEISSER'a; w innym przypadku znaleźli je tylko w skrawkach.

Jak widzimy, w jedynym tylko przypadku THAYER'a i BLUMER'a otrzymano hodowlę bezpośrednio ze ścianek wsierdzia; w innych przypadkach stwierdzono obecność dwoinek tylko drobnowidzem. Ale nie znaleziono przytem ani paciorkowców, ani gronkowców, ani pneumokoków, t. j. żadnych drobnoustrojów, jakkolwiek je stale przy takich postaciach zapalenia wsierdzia spotykamy. MICHAELIS widzi przyczynę nieudawania się hodowli dwoinek NEISSER'a w tem, że sekcye robione są najczęściej po 24 godzinach od chwili zgonu; obniżenie ciepłoty działa zabójczo na owe drobnoustroje, jakkolwiek nie zabija ono innych drobnoustrojów. Dodać należy, że dwoinki NEISSER'a wogóle, nawet na swoistych odżywkach, trudno wschodzą, że pojedyncze egzemplarze, zasiane na odżywcę, hodowli jeszcze nie dają, trzeba mieć dość znaczny materiał do wysiewu. W przypadku THAYER'a i BLUMER'a hodowle z wsierdzia robione były w 5 godzin po śmierci chorego.

Nie wszystkie jednak przypadki podobne tłómaczą w ten sposób, jak tego chcą LEYDEN, NEISSER, FINGER. Szczególnie GLAESER, WILMS, KELLER, DAUBER-BORST czynią przypadki *endocarditidis* przy rzeźączce zależnymi od innych drobnoustrojów, a nie od dwoinek NEISSER'a. Najciekawszym w tym względzie jest przypadek DAUBER'a i BORST'a. W przebiegu cierpienia, którego rozpoznanie brzmiało: *urethr. gonorrh. acut., funiculitis sperm. gonorrh., abscessus paraurethr. gonorrh. cum fistula, lymphadenitis ing., tendovaginit. vol. man. sin. (gonorrh?)*, *myositis abdominalis (gonorrh.? rheumat.?)*, ósmnastego dnia choroby wraca gorączka, która, przy dreszczach, ciągle się wzmaga; stopniowo rozwinął się obraz wrzodziejącego zapalenia wsierdzia. Śmierć. Rozpoznanie pośmiertne: wrzodziejące i polipowe zapalenie zastawek aorty. Ropień mięśnia sercowego. Przerost serca. Zapalenie płuc włóknikowe. Zapalenie ostre nerek. Zawał obu nerek. Obrzmienie wątroby i śledziony. Badanie drobnowidzowe natotów wsierdzia wykazuje dwoinki, które mają wszystkie cechy dwoinek NEISSER'a. Takież dwoinki wykazuje drobnowidz we krwi serca. Szczepienie daje hodowlę tych dwoinek, ale własności morfologiczne hodowli różnią się zupełnie od własności morfologicznych hodowli dwoinek NEISSER'a. Autorowie ci wnoszą zdą, że znalezione przez nich drobnoustroje nie są dwoinkami NEISSER'a ¹⁾.

Spostrzeżenie to, pochodzące z kliniki LEUBE'go, mogłoby unicestwić wartość spostrzeżeń LEYDEN'a i innych, którzy tylko na zasadzie badania drobnowidzowego rozpoznanie stawiali; wolnoby podejrzewać, że, gdyby i tam otrzymano hodowlę, okazałyby się może znalezione w skrawkach dwoinki nie dwoinkami NEISSER'a. Ale spostrzeżeniu temu tak znacznej wagi nadawać nie wolno: 1) gdyby dwoinki DAUBER-BORST'a nie były dwoinkami NEISSER'a, byłyby jakimś nowym gatunkiem, dotąd nieopisanym, bo nikt o podobnych drobnoustrojach dotąd nie pisał; 2) cechy morfologiczne i wogóle drobnowidzowe dwoinek NEISSER'a są tak charakterystyczne, że wystarczają do rozpoznania, szczególnie ich znajdywanie się wewnątrz komórek; 3) cechy hodowli drobnoustrojów wszelkich zależą od składu odżywki, od ciepłoty i są wogóle dosyć zmienne; w każdym razie mniej ważą, niż inne cechy różniczkowe. Dla tego spostrzeżenie DAUBER'a i BORST'a nie może zachwiać wiary w przypadki LEYDEN'a i innych, którzy o zapaleniu wsierdzia rzeźączkowym pisali.

Z innego względu uwagi godnym jest przypadek KELLER'a. Podczas trwania rzeźączki cewki moczowej rozwija się gościec stawowy; po 2 miesią-

¹⁾ Nie robiono hodowli z dwoinek w cewce, rozpoznanych za życia, pod drobnowidzem. Dla tego bardzo ważny punkt nie znajduje rozstrzygnięcia: czy i dwoinki z cewki nie dawały hodowli podobnych.

cach objawy wrzodziejącego zapalenia zastawek tętnicy płucnej. Zapalenie krwotoczne nerek. Obrzęki. Śmierć. Rozpoznanie pośmiertne: wrzodziejące zapalenie zastawek tętnicy płucnej. Zakrzepy w sercu lewem. Zawaly w nerkach i śledzionie. Zatory w rozgałęzieniach tętnicy płucnej. Zapalenie krwotoczne nerek. W nawastrzeniach wsierdzia jedynie liczne paciorkowce, toż samo w innych narządach; hodowle wykazują również wszędzie obecność jedynie paciorkowców. Ten więc przypadek świadczy, że inne drobnoustroje, nie dwoinki NEISSER'a, mogą samodzielnie wywołać zapalenie wsierdzia podczas trwania rzeżączki cewki.

Z łatwo zrozumiałych powodów opisywane są dotąd przeważnie przypadki ciężkie zapaleń wsierdzia, głównie te, które do sakcy doprowadziły. Nie trzeba jednak ztąd wnosić, by powikłanie rzeżączki ze strony serca zawsze groźnym być miało. Przeciwnie, wielu autorów wspomina o lekkich zaburzeniach ze strony sarca w przebiegu rzeżączki: nieznaczna nieprawidłowość czynności, nieco dreszczyków, bicie serca, uczucie lekkiego ściskania; wszystko to po paru dniach przemija, jakkolwiek może również zostawić ślad w postaci wady zastawek. Objawy te są za mało wyraźne, a ich zależność od zarazka swoistego niczem zgola się nie objawia, więc też z rozpoznaniem należy tu być bardzo ostrożnym. Szczególniej strzedz się należy uznawania każdego szmeru, występującego podczas rzeżączki, za dowód udziału wsierdzia w zakażeniu. Niedokrwistość często rzeżączce towarzyszy; należy w takim razie pomyśleć przedewszystkiem o szmerach, zależnych od niedokrwistości. Najczęstsza postać zapalenia wsierdzia rzeżączkowego zaczyna się jak zapalenie wsierdzia gościcowego; o przebiegu można tyle tylko charakterystycznego powiedzieć, że okres ostry trwa bardzo krótko. Stan pobudzenia serca trwa nie długo.

Przebieg postaci wrzodziejącej zupełnie przypomina przebieg zapalenia wsierdzia, powstałego pod wpływem innych drobnoustrojów. Początek i tu bywa nagły, burzliwy, z silną gorączką, zajęciem *sensorii*, uczuciem ucisku, dusznością. W przebiegu widywano postacie ropnicowe, postacie krwotoczne [wylewy pod skórę, wylewy do narządów wewnętrznych], lub postacie posocznicowe [stan tyfoidalny, bialkomocz, powiększenie śledziony].

Zapalenie rzeżączkowe osierdzia zdarza się o wiele rzadziej. Jeżeli pominiemy dawniejsze spostrzeżenia w tej kwestyi, wśród których wiele jest bardzo niepewnych, to przedewszystkiem wspomnieć musimy o przypadku GLUZIŃSKIEGO: w czasie trwania rzeżączki wystąpiły objawy zapalenia osierdzia, które się nasilało wraz z nasileniami sprawy w cewce; sprawa przeszła z osierdzia na wsierdzie; potem wystąpiły objawy w stawach. Z innych przypadków [SOUPLET, BOUCHER D'ARGIS] najważniejszymi są COUNCILMANN'a i BORDONI UFREDUZZI'ego, którzy w swych przypadkach znajdowali dwoinki NEISSER'a.

Przebieg rzeżączkowego zapalenia wsierdzia niczem swoistem się nie cechuje. Czasem przebiega bez wszelkich objawów, tak dalece, że GLUZIŃSKI mówi o zapaleniu wsierdzia ambulatoryjnym. Ale bywają przypadki o przebiegu poważnym; śmiertelne zależą od powikłań ze strony mięśnia sercowego i wsierdzia. Przypadki lekkie przechodzą w ciągu paru dni, mają jednak skłonność do nawrotów.

Zapalenie rzeżączkowe mięśnia sercowego występuje zawsze łącznie z zajęciem wsierdzia lub osierdzia, jak to widzimy w przypadkach LEYDEN'a, HIS'a, FINGER-GHON-SCHLANGENHAUFER'a. COUNCILMANN opisał ropień w mięśniu sercowym, przyczem w tkankach znalazł dwoinki NEISSER'a. Przebieg tej sprawy był bezgorączkowym.

Udział nerek w sprawie zakażenia rzeżączkowego widzimy zwykle w przebiegu innych ciężkich spraw, np. przy zapaleniu wsierdzia. Ale i o samodzielnem wystąpieniu objawów ze strony nerek wspominają, tak np. BALZER

i JACQUINET, którzy w podrażnieniu nerek widzą skutek działania toksyn dwoinek NEISSER'a. Specyjalną uwagę tej kwestyi poświęcił w ostatnich czasach GOLDBERG i przyszedł do wniosku, że w 12% wszystkich przypadków rzeżączki dróg moczowych i płciowych znajdujemy białko. Że zaś najwyżej 2—3% przypisać wolno zakażeniu *per continuitatem*, t. j. uważać za *cystonephritis*, *urethronephritis* lub *pyelonephritis*, więc większość przypadków białkomoczu należy do przerzutowego cierpienia rzeżączkowego nerek. Rzecz prosta, że wnioski te nie są oparte na ścisłych danych.

O zakażeniu rzeżączkowym opłucnej pisali FINGER, DUCREY, PERRIN. Dopiero jednak BORDONI-UFFREDUZZI, a po nim CHIAIRO i ISNARDI wykazali w płynie wysięku dwoinki NEISSER'a, leżące wewnątrz białych ciałek krwi i wewnątrz komórek śródbłonna. BORDONI-UFFREDUZZI wyhodował dwoinki NEISSER'a w przypadku zapalenia obustronnego opłucnej u dziewczynki 11-letniej, cierpiącej jednocześnie na rzeżączkę części rodnych [zgwałcenie przez osobnika, który w ten sposób chciał się ze swej rzeżączki wyleczyć], zapalenie stawów, wsierdzia i osierdzia. CHIAIRO i ISNARDI—w przypadku rzeżączki i zapalenia opłucnej u dziewczynki 10-letniej. Oba te przypadki wskazują, że i dzieci nie są wcale wolne od ciężkich powikłań, występujących przy rzeżączce.

O udziale układu nerwowego w zakażeniu rzeżączkowym wspominano już oddawna, przyczem głównie napotymano zajęcie nerwu kulszowego lub zajęcie kilku gałęzi nerwowych, ale i o cierpieniu innych części układu nerwowego wspomniano. Dwoinek NEISSER'a nikt w układzie nerwowym nie znalazł. Jednakże istnienie przerzutów w różnych innych narządach nie pozwala zaprzeczać możliwości związku rzeżączki z cierpieniem układu nerwowego. ENGEL i REIMERS opisali przypadek zapalenia opon mózgowych, które nazywają rzeżączkowym, ponieważ objawy tegoż ustąpiły wraz z wyleczeniem rzeżączki. Uważają oni sprawę mózgową za skutek działania jadu dwoinek NEISSER'a. POŁOZOW wspomina również o takim przypadku, również POMBRAK, CROS, DURDUFF, BARRIÉ opisują przypadki cierpienia nerwowych, pozostających w związku z rzeżączką. Na możliwości sprawy podobnej wskazuje spostrzeżenie FLESCHA, który znalazł przy zapaleniu ucha środkowego [u dziecka nowonarodzonego] dwoinki NEISSER'a i KROENIG¹⁾, który widział katar nosa i zapalenie ucha środkowego pochodzenia rzeżączkowego.

O zapaleniu rzeżączkowym rdzenia pacierzowego pisali w czasach ostatnich: LEYDEN i SCHLESINGER: LEYDEN, za istnieniem tej sprawy, SCHLESINGER przeciw. LEYDEN jest tak przekonany o etyologicznej roli zakażenia rzeżączkowego w sprawie powstawania zapaleń rdzenia, że bez żadnych zastrzeżeń umieszcza w swym podręczniku rzeżączkę pośród innych zakaźnych momentów etyologicznych zapaleń rdzenia.

Sprawy chorobowe w nerwach, powstające przy zakażeniu tryprowem, niech wytłómaczy przykład np. spostrzeżenia RUSŁOWA: napadowe zaburzenia czynności serca [rozszerzenie, osłabienie czynności, przyspieszone tętno] wystąpiły u osobnika, cierpiącego na rzeżączkę. Żadnej przyczyny tych zaburzeń autor wykryć nie mógł, więc uważa za przyczynę cierpienie unerwienia serca, wywołane przez jad rzeżączki. W przypadku KUCHARZEWSKIEGO różne bóle u chorego na rzeżączkę, powikłaną cierpieniem oka [zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego], przypisuje autor zakażeniu rzeżączkowemu, a całą sprawę uważa za toksyczne zapalenie rozsiane nerwów.

W przypadku ZAWADZKIEGO i BREGMANNA sprawa wsierdziowa pochodzenia rzeżączkowego wywołała pośrednio cierpienie mózgu, przez zator tętnicy SYLWIUSZA.

¹⁾ Ctrbl. f. Gynaik. 1893, str. 289.

LITTEN opisał dwa przypadki *chorae postgonorrhoeae* z zajęciem wsierdzia. LAZARUS opisał porażenie *n. laryngei infer.* w przebiegu rzeżączki, powikłanej cierpieniem stawu.

Cierpienie oka, naturalnie nie mówię tu o bezpośrednim zarażeniu łącznicy, widywano przeważnie przy cierpieniu rzeżączkowym stawów. GAŁĘZOWSKI opisał specjalną postać „*iritis rheum. blenorrh.*”. Rzeżączkowe cierpienie oka objawia się jako: *conjunctivitis sero-vasculosa, iritis serosa, iridochoroiditis*. Bardzo ciekawy przypadek tej kategorii spostrzegł KUCHARZEWSKI.

I na skórze widywano powikłania ze strony rzeżączki. Doświadczalnie zdołali WERTHEIM i WASSERMANN wywołać cierpienia skóry w zależności od dwoinek NEISSER'a. WERTHEIM wstrzykiwał pod skórę ropę rzeżączkową i zawiesinę hodowli czystych i otrzymywał zapalenie różycowe bez ropienia. WASSERMANN wstrzykiwał jad, powstający przy rozpadzie ciał bakteryjnych, i widział zapalenie miejscowe skóry, gorączkę, obrzmienie gruczołów sąsiednich, ból mięśni i stawów. Klinika dawno już odnotowała udział skóry w cierpieniu rzeżączkowym. W wieku 18-ym pisał SELLE, że: „ropa rzeżączkowa może być wessaną i powodować wysypki skórne”. Odnosnych spostrzeżeń mamy bardzo wiele; ścisłej zależności obu tych spraw dowodzą wspomniane przypadki rzeżączkowego zapalenia wsierdzia z wybroczynami, gdzie natura rzeżączkowa zakażenia ogólnego nie ulega wątpliwości. TOUTON opisał *herpes circinnatus* i *erythema multiforme* na skórze stawów, zajętych gośćcem rzeżączkowym; w płynie pęcherzyka wykazał dwoinki. COLOMBINI widział w przypadkach gościa rzeżączkowego [w zawartości stawu—dwoinki NEISSER'a] wysypkę płonicową.

O cierpieniu rzeżączkowym tkanki podskórnej wiemy z przypadku HOROWITZ'a, który z wysięku ropnego na ręce wyhodował dwoinki NEISSER'a. HOCHMANN wykazał je w ropniu łokcia, powstałym z powodu urazu, u człowieka, cierpiącego na przewlekłą rzeżączkę cewki.

SARFERT znalazł dwoinki NEISSER'a w przypadku ropnego zapalenia gruczołu sutkowego.

We krwi znajdowali pod drobnowidzem dwoinki NEISSER'a: JULLIEN, HAMONIC, GOLACZ, MONCORRO, WERTHEIM, HEWES. Ostatnio THAYER demonstrował preparat krwi, z której wyhodował dwoinki NEISSER'a, na kongresie XVI w Moskwie. AHMANN wyhodował ze krwi dwoinki NEISSER'a, które zaszczerpione do zdrowej cewki wywołały rzeżączkę [z groźnymi powikłaniami!].

Sprawy rzeżączkowe w stawach, mięśniach, wsierdziu i t. p. powstawać muszą za pomocą przerzutów. Przerzuty te widzujemy również przy ropnicy, posocznicy i ropo-posocznicy, jaka w przebiegu zakażenia rzeżączkowego się zdarza. Trudno w obrazie chorobowym podobnych przypadków odróżnić to, co zależy od dwoinek NEISSER'a, od skutków zakażenia wtórnego [jeżeli to ostatnie wykazać można]. Jako prawdziwość jednak uważać należy, że same dwoinki NEISSER'a mniej złośliwe sprawy wywołują, aniżeli inne dronostroje chorobotwórcze. Jednakże gdyby dwoinki nie przygotowały pola, zakażenie wtórne nie przyszło do skutku.

W pewnym związku z zajmującą nas sprawą stoi kwestya, poruszona przez KLEBS'a i KRZYWICKIEGO. Obaj ci autorowie są zdania, że rzeżączka sprzyja zakażeniu gruźlicą przez narządy płciowe.

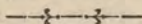
L I T E R A T U R A,

z której korzystałem.

- AHMANN. Archiv. f. Derm. u. Syph. 39. Ref. Berl. klin. Woch. 1897. Nr 29.
- BALZER i JAQUINET. Manifestation rénales de l'infect blenor. La Sem. Méd. 1893 Nr. 5.
- M. BERNSTEIN. Przypadek zapalenia stawów z powodu zapalenia rzeżączkowego spojówki. Centralb. für Augenheilk. 1897. Marzec.
- BORDONI-UFFREDUZZI. Ueber Localisation des Gonokok. im Inneren des Organismus. Deut. Med. Woch. 1894.
- Ueber die durch Gonoc. hervorgerufene Pleuritis und Arthritis. Centr. f. Bakt 1894 XV. 742.
- BUJWID. Przypadek ropnicy rzeżączkowej. Medycyna. 1895. 966.
- COLOMBINI. Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen in einem Falle von Harnröhrentripper mit Gelenks- und Hautaffectionen. Monatsch. f. prakt. Derm. XXI. Nr. 11. Ref. Centr. f. Bakt. 1896. XIX. 488.
- COUNCILMAN. Gonorrhoeal myocarditis. Amer. Journ. of medical sc. 1893. Ref. Centr. f. Bakt. XV. 187.
- DAUBER i BORST. Maligne Endocarditis im Anschluss an Gonorrhoea. Deut. Arch. f. klin. Med. 1896. Tom 56. 231.
- DEMBIŃSKI. O przerezniętach rzeżączkowych dwoinek. Now. Lekarskie. 1894. 165.
- ENGEL i REIMERS. Beitrag zur Kenntniss der gonorrhoeischen Nerven- und Rückenmarks-Erkrankungen. Jahrb. d. Hamburg. Staatsant. 1892. Podług HONL'a.
- FAITOUT. Archives gener. de medec. 1895. Ref. Wracz. 1895. Nr. 45.
- FINGER. Die Blenorhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. Wydanie 4-e. 1896.
- FINGER, GHON i SCHLANGENHAUFER. Beiträge zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des gonorrh. Processes. Centr. f. Bakt. 1894. XVI. 350.
- Ein weiteres Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur path. Anat. des gon. Processes. Ueber Endocarditis, Arthritis, Prostatitis follicularis gonorrh. Arch. f. Derm. u. Syph. XXXIII. Ref. Centr. f. Bakt. 1896. XIX. 788.
- FINGER. Die Gonokokkenpyämie. Eine kritisch-historische Studie. Ref. Centr. f. Bakt. 1896. XX. 100.
- FRIEDBERG. W sprawie powikł. narządu krążenia wśród przeb. rzeżączki cewki, Przegl. Lek. 1889. 276.
- FLESCH. Berl. klin. Woch. 1892. 1234. Podług HONL'a.
- GOLDBERG Monatschr. f. prakt. Derm. XXIII. Ref. Jahrb. d. prakt. Med. 1897. 540.
- GLUZIŃSKI. O powikłaniach ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki cewki moczowej. Przegl. Lekarski. 1889. 129.
- GURWICZ. Gonorrhöische Zerkleinerung und Herzkrankheiten. Russkij Archiv Patol., klinicz. Med. i Bakter. 1897. III. 329.
- HALE WHITE. Gonorrh. malignant endocard. The Lancet. 1896. Jahrb. d. prakt. Med. 1897 str. 174.
- HOCHMANN. Subkutaner Gonokokkenabsz. am linken Ellenbogen. 1895. Nr. 51.
- HOECK. Ein Beitrag. zur Arthr. blenorrh. Wiener kl. Woch. 1893.
- HONL. Meningitis. W LUBARSCH-OESTERTAG'a: Ergebnisse d. speziellen Path. u. Morph. u. Physiol. 1896. 539.
- HORWITZ. Ein Beitrag zur Gelenkmetastase. Wiener klin. Wochen. 1893. Nr. 4.
- HIS. Über Herzkrankheiten bei Gonorrh. Berlin. klin. Woch. 1892. 993.
- KRZYWICKI. 29 Fälle von Urogenitaltuberculose. Ziegler's Beiträge. III. 295. Podług LUBARSCH OSTERTAG. „Ergebn. der allg. Path. u. path. Anat. II. Rocznik. 1897. 355.
- KELLER. Ueber einen Fall von maligner Endocarditis an den Klappen der Arteria pulm. nach Gonorrh. Arch. f. klin. Med. 1896. LVII. 356.
- KLEBS. Die kausale Behandl. der Tubercul. 1894. Podł. LUBARSCH OSTERTAG. „Ergebniss“ II Rocznik. 1897. 299.
- KÖNIG. Ueber gonorrh. Gelenkentzünd. Deut. med. Woch. 1895. Nr. 47.
- KUCHARZEWSKI. Przypadek trypra powikłanego reumatyzmem, zaburzeniami ze strony układu nerwowego, oraz zapaleniem tężówki i ciała rżęskowego. Kron. Lek. 1894.
- JACOBI i GOLDMANN. Tendovaginitis suppurativa gonorrhoeica, ein Beitrag zu der Lehre von der gonorrhoeischen Metastasen. Beitr. zur klin. Chirurg. 1894. Zeszyt 20. Ref. Centr. f. Bakt. 1895. XVII. 533.
- JAQUET. Le Bulletin medicale 1897. 7 Marca. Ref. Wracz. 1897. 292.
- LAZARUS. Arch. f. Laryng. Tom V. Ref. Jahrb. d. path. Med. 1897. 509.
- LITTEN. Dermat. Zeitschr. 1893—4. Podług EULENBURG'a Encykl. Tom IV. Wydanie 3.
- LEHMANN i NEUMANN. Atlas u. Grundriss der Bakteriologie. 1896.
- LEYDEN i GOLDSCHNEIDER. Erkrank. des Rückenmarks. 1897. [Podręcznik NOTHNAGL'a].

- LEYDEN. Ueber gonorrhöische Myelitis. Zeitschr. f. klin. XXI. Med. 1892.
— Ueber Endokarditis gonorrh. Zeit. f. klin. Med. 1893.
MICHAELIS. Ueber einen neuen Fall von Endocard. gonorrh. Zeit. f. klin. Med. XXIX. 1893. str. 556.
NASSE. Die gonorrh. Entzündungen der Gelenke, Sehnenscheiden u. Schleimbeutel. Volkm. Vortr. 1897. Nr. 181.
A. NEISSER i SCHÄFFER. Gonokokken. W LUBARSCH-OSTERTAG'a „Ergebnisse der allgem. Aetiologie“. 1897. 477.
E. NEISSER. Ueber die Züchtung der Gonokokken bei einem Falle von Arthritis blenorh. Dtsch. med. Woch. 1894. Nr. 15.
OSTROWSKI. O stosunku gośca do rzeżączki. Klinika. 1870. Nr. 2.
SARFERT. Beiträge zur Aetiologie der eitrigen Mastitis. Deut. Zeit. f. Chir. XXXVIII. Ref. Centr. f. Bakt. 1894. XVI. 794.
SCHLESINGER. Über Rückenmarkstumoren 1894. 114 Podług SCHMAUS'a.
SCHMAUS. Rückenmark. W LUBARSCH-OSTERTAG „Ergebnisse speziellen path. Morph. u. Physiol“. 1896. 631.
SOBOTKA. Ueber einem Fall. von Arth. gon. Prager Med. Woch. 1893. Podług. MICHAELIS'a.
STANZIALE. Riforma med. 1897. Ref. Wracz. 1897. 318.
STERN. Zur Kazuistik der blenorhog-Komplikationen. Münch. Med. Woch. 1892. Nr. 49.
THAYER i BLUMER. Endocardite ulcéreuse blenorhogique Septicémie d'origine blenorh. Arch. de méd. experim. et d'Anat. pathol. 1395. Ref. Centr. f. Bakter. 1896. XIX. 828.
TOUTON. Weitere Beiträge zur Lehre von den gonorrh. Erkrankungen etc. Berlin. klin. Woch. 1892. Nr. 51.
— Ueber Gonokokken. Centr. f. Bakt. 1894. XVI. 361.
— Berlin. klin. Woch. 1894. 486. 515. 543.
WASSERMANN. Ueber Gonokokken-Cultur u. Gonokokken-Gift. Beri. klin. Woch. 1897. Nr. 32.
WICHERKIEWICZ. Przyczynok do przerzutów gonokokków. Nowiny Lek. 1894. 190.
WILMS. Zur Endocard. gonorrh. Münch. Med. Woch. 1893. Nr. 40.
ZAWADZKI i BREGMANN. Niezwykły przypadek zapalenia wsierdza pochodzenia rzeżączkowego. Kronika Lek. 1895.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



136. Rudolf Virchow. Rola naczyń i mięszu w zapaleniu.

Na ostatnim zjeździe międzynarodowym VIRCHOW wygłosił odczyt, który ze względu na doniosłość poruszonych w nim kwestyi, musi zainteresować każdego lekarza bez względu na to, jakaby gałąź medycyny uprawiał. Dla tego też streszczam go tutaj, starając się wykonać to jak najzwieżleż, o ile na to pozwala sam przedmiot odczytu, w którym znakomity uczone nie tylko wyłożył najnowsze poglądy na udział naczyń i tkanki w zapaleniu, lecz także przytoczył całą historję rozwoju nauki o zapaleniu.

Zaraz na wstępie VIRCHOW zaznaczył, jak trudno było wywiązać się z zaproponowanego mu zdania, już choęby z powodu trudności ściętego określenia użytych w nagłówku wyrazów „naczynia, mięsz i zapalenie“, które, pomimo że z dawien dawna nimi się posilkujemy, w miarę udoskonalania się naszych pojęć, zmieniały niejednokrotnie swe znaczenie i dziś nawet jeszcze nie ustalone ostatecznie.

Co się tyczy przedewszystkiem udziału naczyń w zapaleniu, to nie należy zapominać, że nie są bynajmniej tak odległe te czasy, gdy jeszcze zupełnie nie było mowy o naczyniach włosowatych i że dopiero w naszych czasach dzięki udoskonaleniu przyrządów i techniki mikroskopowej uczeni wykazali, że spostrzeżone po raz pierwszy przez MALPIGHI'ego prądy włosowate przechodzą przez światło kanałów, posiadających własne ściany i tworzących sieć naczyń włosowatych. Nic też dziwnego, że badania mikroskopowe, dokokonywane w pierwszych dziesiątkach naszego stulecia, wobec

niedokładności przyrządów optycznych, wobec niewiadomości, że naczynia włosowate posiadają własne ściany, dawały nieraz błędne wyniki, do jakich przedewszystkiem należy zaliczyć pojęcie o powstawaniu nowych naczyń włosowatych w początkowych okresach zapalenia i o związanem z tem zapalnym wypacaniu.

Z czterech objawów, które, według doktryny GALENA, stanowią główne cechy zapalenia, dwa tylko, mianowicie: *tumor* i *rubor*, mogły stanowić przedmiot poszukiwań anatomico-patologicznych, a że przytem zapalna czerwoność często po śmierci znika, więc całą uwagę skierowano na obrzmienie, które uważano za stałe następstwo zapalnego wypacania. W ten sposób, dzięki szczególnie wiedeńskiej szkole, to wypacanie, czyli tak zwany wysięk, zajął pierwsze miejsce pośród głównych cech zapalenia i stał się przedmiotem jak najstaranniejszych badań, których rezultatem było wyodrębnienie dwóch rodzajów wysięku: włóknikowego i ropnego i odpowiedni do tego podział zapaleń na zapalenia zlepek i ropne.

Wkrótce wszakże spostrzeżono się, że wysiękiem, z wyobrażeniem którego łączy się pojęcie o wolnej substancji, wydalonej z narządu, uległego zapaleniu, na jego powierzchni, lub do jam surowicznych, bynajmniej nie można wytłomaczyć obrzmienia, tak często towarzyszącego sprawom zapalnym. Wówczas to zaczęto mówić o nacieczeniu, *infiltratio*, które pojmowano w ten sposób, że naczynia wydzielają substancje, które, przeniknąwszy w sąsiednią tkankę, pozostają tam i nie występują na powierzchni. I w tym więc rodzaju zapalenia naczynia odgrywają pierwszorzędną rolę i są punktem wyjścia całej sprawy.

W tymże czasie VIRCHOW zwrócił uwagę sfer lekarskich na miąższ narządu, rozumiejąc pod tą nazwą tkankę, znajdującą się po za naczyniami, w której rozróżniał część właściwą [specyficzną] i tkankę międzymiąższową. Mówiąc zaś o zapaleniu miąższowem miał na myśli przedewszystkiem pierwszą z tych części, jakkolwiek tą samą nazwą oznaczał także sprawę zapalną w tych narządach, które, jak np. rogówka, chrząstki, nie zawierają wcale swobodnych pierwiastków, lecz składają się z prostej tkanki. W tego rodzaju zapaleniach niema ani wysięku, ani nacieczenia, a obrzmienie, i to nieraz dochodzące do znacznych rozmiarów, uwarunkowane jest zmianami w samej tkance z powodu upośledzenia odżywiania przez wzmnożone nagromadzenie przyjętego materiału. Za przykład służyć tu może zapalenie nerek miąższowe, w którym jaskrawo występują obie główne cechy zapaleń miąższowych: obrzmienie i zmętnienie (*trübe Schwellung*).

Jest jeszcze czwarta postać zapalenia, mianowicie zapalenie wytwórcze, któremu VIRCHOW już przed laty nadał nazwę proliferacyjnego.

Dopóki wszakże osią nauki o zapaleniu był wysięk, dopóty za źródło zapalnego nowotworzenia uważano proste twórcze substancje [t. zw. *blastema*], a za siedlisko tego twórczego zaczynu—wysięk i odtąd zaczęto mówić o wysiękach plastycznych; że zaś źródłem wysięku są naczynia, więc też teoria, przeznaczająca tym ostatnim główną rolę w zapaleniu, zyskała nowe poparcie, gdy tymczasem sprawy organizacyjne uważano za następcze, za zejście zapalenia. Rezultat tego rozumowania, dla którego punkt wyjścia stanowił wysięk, był więc taki, że zmianom, odbywającym się w częściach, dotkniętych zapaleniem, nadano znaczenie bierne, a za czynne w zapaleniu uważano jedynie wszystkie te czynniki, które wpływają na podniesienie ciśnienia w naczyniach, stanowiącego bezpośrednią przyczynę wszelkiego wypacania.

VIRCHOW, inaczej postępując, do innych też doszedł wniosków. Ponieważ zjawiska życiowe u człowieka i wyższych zwierząt zbyt są złożone i z tego powodu trudne do zbadania, więc w celu ułatwienia sobie zadania, zwracał się ku zbadaniu najpierwotniejszych objawów życiowych właściwych komórce,

Zdolność posiadania samoistności (*vita propria*), udowodnioną istnieniem niższych, jednokomórkowych tworów, VIRCHOW przyznał także i pojedynczym komórkom, tworzącym złożone tkanki wyższych istot i tym sposobem teoria celularna znalazła zastosowanie nie tylko w fizjologii, lecz i w patologii, a raczej w fizjologii patologicznej.

Następnie VIRCHOW zbadał cały szereg produktów nowotworzenia, przeważnie patologicznego w celu rzucenia światła na ich pochodzenie, wyszukał dla każdej nowej komórki jej pierwowzór, czyli komórkę macierzystą i dowiódł istnienia ciągłości w genealogii komórek, kładąc w ten sposób tamę wszelkim teoryom o samorodnem tworzeniu się ich. Z tego już musowo należało wyprowadzić wniosek, że wszelkie zapalenie produkcyjne prowadzi do rozmnożenia się komórek macierzystych. Za to w poglądach na czynność odżywiania się komórek niema tej jedności. Tu przedewszystkiem należałoby pamiętać, że przyjęcie z zewnątrz różnych substancji nie jest bynajmniej odżywianiem komórki, gdyż substancje te, pomimo że znajdują się na zewnątrz komórki, mogą być dla niej ciałem obcym. Istota odżywiania polega właściwie na przyswojeniu przyjętych substancji, czyli na przerobieniu ich na *substantia propria* komórki, a że ta czynność, odbywająca się wewnątrz komórki, wymaga przyjęcia substancji odżywczych z zewnątrz, to się samo przez się rozumie.

Ale i to przyjmowanie pokarmów stanowi również czynność komórki, która i tu bynajmniej nie zachowuje się biernie, jak to sądzą ci, którzy utrzymują, że wszelka czynność bierze początek z naczyń i wzmożonego ciśnienia krwi. VIRCHOW przeciwnie twierdził, że ciśnienie krwi nie może zmusić komórki do przyjmowania niepotrzebnych jej substancji i uczył, że komórka, która, zdaniem jego, podobnie jak i wszystkie żyjące jednostki, posiada zdolność wyboru z otaczającego ją mieszanego materiału tylko tych ciał, jakie dla niej są niezbędne, może je przyjmować bez pomocy wszelkiego ciśnienia, nawet bez naczyń.

Swą teorię atrakcyjną, przeciwko której z taką gwałtownością wystąpił COHNHEIM, wysnuł VIRCHOW z badań, przeprowadzonych za przykładem IVON'a GOODSIR'a i REDFERN'a nad tkankami, nie posiadającymi naczyń, mianowicie nad zapaleniem rogówki i chrząstek, a szczególnie błony wewnętrznej większych naczyń i wsierdzia.

Zupełnie tak samo, jak z odżywianiem, rzecz się ma z wytwarzaniem nowych komórek w tkankach pozbawionych naczyń: na brzegach zastawek serca spotykamy zgrubienia, brodawkowate wyrosłe i t. p., pomimo że w tych miejscach niema ani jednego naczynia, a w chrząstkach pod powierzchnią stawową, zdala od błony maziowej i końców kości, widzujemy nieraz całe gromady komórek, chociaż w sąsiedztwie ich niema naczyń włosowatych. Należało więc zastanowić się, czy słusznem jest to, że ciągle i powszechnie się mówi o zapaleniu wsierdzia (*endocarditis*) i chrząstek (*chondritis*) i czy wogóle może być mowa o zapaleniu tkanek nie posiadających naczyń?

Odpowiedź na to pytanie zależy od tego, jak sformułujemy określenie zapalenia i odwrotnie znowu badanie takich właśnie pozbawionych naczyń krwionośnych tkanek, w których dostrzeżono zmiany bardzo podobne do tych, jakie w unaczynionych tkankach zapalnymi zowiemy, znacznie się przyczyniło do należytego zrozumienia istoty zapalenia. Zrozumiano nareszcie, że w zapaleniu należy odróżniać kilka form i że nie trzeba wymagać, aby przy zapaleniu zawsze występowały wszystkie objawy, uważane za cechy główne tej sprawy.

W tkankach unaczynionych żar, czerwoność i inne objawy, zależne od przekrwienia czynnego, czyli mające swe źródło w naczyniach są naturalnie objawem stałym, ale to przekrwienie samo przez się ani nie cechuje zapalenia, ani też nie pociąga za sobą koniecznie innych objawów, jako to: obrzmienia,

zmian w mięszu i t. d.. Dowiodły tego jasno doświadczenia CLAUDE BERNARD'a, który przecinaniem szyjowej części nerwu współczulnego w celu uniknięcia podrażnienia miejscowego wywoływał zawsze samo tylko przekrwienie. Inna rzecz, gdy to ostatnie zostało wywołane podrażnieniem miejscowym, które również i w tkankach, nie posiadających naczyń, jest w stanie wywołać objawy zapalenia, naturalnie takie, które zależą od podrażnienia mięszu, a nie naczyń.

Wspólną więc cechą wszystkich objawów zapalenia, zarówno tych, które zależą od naczyń jako też tych, którym ulega mięsz, jest to, że wszystkie one są następstwem działania wpływów drażniących, czyli podniet. Te ostatnie rzadziej są mechanicznej natury, najczęściej zaś są to chemiczne ciała, bo i wpływ drobnoustrojów, według nowszych badań, polega na szkodliwym działaniu produktów przemiany materji.

Takie określenie zapalenia, jako zaburzenia, wywołanego wpływem drażniących czynników, któremu ulegają zarówno naczynia i nerwy, jako też i komórki mięszu, stanowiące punkt wyjścia wszystkich czynności, jest zasługą wyłącznie VIRCHOW'a. Brał on przytem w rachubę nie tylko swoiste pierwiastki tkanki [swoiste komórki], lecz także i tkankę międzymięszową, której udział w zapaleniu dopóty nie mógł być dokładnie określony, dopóki uważano ją za pozbawioną komórek. Dopiero gdy się przekonano, że w tkance łącznej, kostnej i t. d. są również komórki, t. j. pierwiastki, w których pod wpływem podniet wywiązują się sprawy irytacyjne, zaczęto przypuszczać, że rezultatem tych drażniących wpływów jest ukazanie się w tkance międzymięszowej nowych pierwiastków, zawdzięczających swe pochodzenie nie jakiejś tam blastemie, lecz komórkom samej tkanki. Dziś już pomimo opozycji, która przez długi czas odmawiała tkance międzymięszowej udziału w zapaleniu, każdy wie, co to jest międzymięszowe zapalenie mięśnia sercowego, wątroby i t. d..

Długi czas jeszcze, posiłkując się frazesami, mówiono o drobnokomórkowym nacieczeniu i szczególniej ponętnej było przypuszczenie, że te komórki pochodzą z naczyń. Gdy mianowicie COHNHEIM przekonał się, że pod wpływem pewnych podniet, bezbarwne ciała krwi występują z naczyń, wówczas wszelkie nacieczenie zaczęto tłómaczyć przenikaniem w tkankę tych leukocytów, a nawet upatrywano w nich źródło wszelkiego nowotworzenia się tkanek. Dziś już ten pogląd został całkowicie obalony dzięki badaniom nad rozmnażaniem się komórek tkanek i udoskonaleniu sposobów wydatnienia figur karyokinetycznych, przez co jesteśmy w stanie odróżnić zawsze proste nacieczenie od istotnego rozrostu tkanki.

Znaczenie bezbarwnych ciałek krwi w tworzeniu ropy przytem nie uległo najmniejszemu ograniczeniu: w każdym zapaleniu ropnym ma miejsce występowanie bezbarwnych ciałek krwi z naczyń, ale to bynajmniej nie wyłącza istnienia zapaleń wytwórczych. Te ostatnie dotyczą samej tylko tkanki, i'to nie swoistych jej pierwiastków, lecz tkanki międzymięszowej, a od naczyń o tyle tylko są zależne, o ile każde nowotworzenie tkanek wymaga nowego materiału odżywczego. I na to jeszcze należy tu zwrócić uwagę, że ten materiał nie zawsze musi być wprost z naczyń zaczerpnięty, bo znajduje się i w tych tkankach, które naczyń nie posiadają. Obecność jego tam może być wytłómaczona jedynie przyciągającą [atrakcyjną] zdolnością komórek, które dzięki temu mogą czerpać potrzebne im substancje ze swego otoczenia.

Wymaga również sprostowania twierdzenie teoretyków, że występowanie bezbarwnych ciałek krwi z naczyń zależy wyłącznie od ciśnienia krwi. Tymczasem już sama nazwa „wywędrowywania“, nadana początkowo temu zjawisku, poucza, że tu chodzi nie o akt bierny, lecz o pewną czynność tych komórek, a badanie leukocytów przekonało, że posiadają one zdolność wykonywania ruchów, mających na celu albo zmianę miejsca, albo też przyjęcie

pokarmów. Dziś jeszcze nie jesteśmy w możności wytłomaczenia powodów wszystkich wędrowek komórek lub drobnoustrojów, napewno jednak możemy powiedzieć, że np. ciało nasienne idzie na spotkanie jajka i przenika w nie bynajmniej nie wskutek jakiegoś wywieranego nań ciśnienia. VIRCHOW nazywa to przyciąganiem (*attractio*) i sądzi, że roli komórki w nader złożonych sprawach świata żyjącego nie moglibyśmy zrozumieć, gdybyśmy odmawiali komórce pewnej osobowości i nie przyznawali jej zdolności wykonywania pewnych celowych czynności.

Z pośród form zapalenia jedna szczególnie dostarczała licznych argumentów zwolennikom przeciwnych poglądów, mianowicie zapalenie mięszone, które tak często pociąga za sobą zamieranie komórek i które z tego powodu przez bardzo wielu badaczy uważane było nie za sprawę irytacyjną, lecz za nekrotyczną. Osobliwie zaś często powodem do wyprowadzania fałszywych wniosków bywa zwyrodnienie tłuszczowe, które tak często dotyka swoistych pierwiastków wielu ważnych narządów, a nawet tkanki łącznej i nie zawsze musi być uważane za objaw patologiczny, gdyż widzujemy je także stale w warunkach fizyologicznych. Zapytać się więc należy, czy możliwe jest tu odróżnienie spraw fizyologicznych od patologicznych i czy te ostatnie dostarczają jakich danych do odróżnienia spraw zapalnych od niezapalnych. VIRCHOW za główną oznakę, według której można sądzić o naturze zwyrodnienia tłuszczowego, uważa sposób rozwoju tej sprawy. W wielu przypadkach komórki wprost ze stanu prawidłowego przechodzą w stan, cechujący zwyrodnienie tłuszczowe, w innych zaś to ostatnie poprzedza okres przygotowawczy. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z prostym zaburzeniem w odżywianiu, w drugim zaś z zapaleniem, dla którego wszakże charakterystycznym jest nie końcowy okres zwyrodnienia tłuszczowego, lecz okres początkowy, przygotowawczy. Ten ostatni bywa dwojaki: albo jest on wytwórczym, albo też tylko dotyczy czynności odżywiania. W pierwszym razie widzimy rozmnażanie się komórek, w drugim ich zmętnienie i obrzmienie, ale w narządach złożonych obie te sprawy mogą jednocześnie się rozwijać.

W zakończeniu swego odczytu VIRCHOW zwraca jeszcze uwagę na nieodpowiednio nadane słowu „wysiłek“ znaczenie. Był czas, gdy przypuszczano, że skład wysięku zależy jedynie od składu krwi i dopiero w nowszych czasach przekonano się, że przyjmuje tu udział również i tkanka, z kądże by bowiem wzięła się np. mucyna w wysiękach przy zapaleniu kataralnym błon śluzowych, skoro krew jej nie zawiera. Przed wielu już laty VIRCHOW rzucił pytanie, czy wszystkie włókniki, znajdujący się w wysiękach, pochodzą istotnie, jak to powszechnie się przypuszcza, z naczyń i przytoczył cały szereg dowodów, wykazujących, że i włókniki może być uważany za rezultat przemiany materii, odbywającej się w komórkach tkanek.

(Odczyt na kongresie międzynarodowym w Moskwie. — *Therapeutische Wochenschrift*. Nr. 35. 1897).
W. Dąbrowski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

— 1 — 1 —

12. **Sanosum. Sanoza.** SCHREIBER i WALDVOGEL zdają sprawę z doświadczeń nad nowym, sztucznym przetworem białkowym, *san o z a* nazwanym.

Wiadomo, że czysta kazeina, rozpuszczona w wodzie, przy gotowaniu strąca się w postaci gęstej masy klejowatej. Jeżeli zaś do kazeiny dodamy $\frac{1}{5}$ część albumozy i te substancje dobrze zmieszamy przez dokładne roztarcie, to ta mieszanina, roztworzona w wodzie, przy gotowaniu nie da strątu.

To szczególne zachowanie się albumozy względem kazeiny tłómaczy nam niektóre własności mleka.

Popierwsze. Jeżeli mleko wielokrotnie skłóćimy z eterem, to zabierzemy cały tłuszcz mleku, ale pomimo to mleko nie traci swego wyglądu mlecznego. Ztąd wypada, że wygląd mleczny wcale nie zależy li tylko od zawieszonych kropelek tłuszczowych.

Powtóre. Substancja białkowa mleka, kazeina, nie strąca się przy gotowaniu mleka. Sądono, że ta własność mleka zależy od połączenia kazeiny z wapniem, a zwłaszcza z fosforanem sodu. Że to przypuszczenie jest nieślusne, przekonano się oddawna; można łowiem mleko zupełnie pozbawić soli za pomocą dializy, a jednakże jej kazeina przy gotowaniu krzepnąć nie będzie.

Otóż, ta własność mleka zależy od obecności w niem, obok kazeiny, pewnej substancji białkowej, mającej charakter albumozy; owa to właśnie albumoza nie pozwala krzepnąć kazeinie przy gotowaniu mleka.

Opierając się na tej własności kazeiny, wytworzono wyżej wzmiankowaną sanozę, która jest mieszaniną 80% kazeiny i 20% albumozy.

Sanoza przedstawia się pod postacią białego proszku. Nie ma ani zapachu, ani smaku. Zmieszana z wodą daje emulsyę, t. j. płyn podobny do mleka. Przy 40° C. ulega ona bardzo łatwo strawieniu tak wobec trypsyny, jako też wobec pepsyny z kwasem solnym.

Sanozę podawać można w mleku, w kakao, w rozmaitych zupach. Prócz tego można dodawać pewną ilość sanozy do wszystkich potraw, do których przyrządzenia używa się mąki. Zresztą, dodając 10% sanozy do mąki, otrzymuje się bardzo smaczny chleb, zawierający przez to aż 20% — 30% białka. Chleb taki mieć może ważne znaczenie dla chorych, uczuwających niepokonany wstręt do mięsa, lub też u takich, u których spożywanie mięsa musi być bardzo ograniczone, jak np. u cierpiących na zapalenie nerek (*nephritis*), na diatezę moczanową.

Doświadczenia nad wpływem sanozy u chorych wypadły pomyślnie. Chorzy chętnie przyjmują ten przetwór; zresztą najczęściej wcale o dodatku nie wiedzą, gdyż sanoza nie ma ani przykrego smaku, ani zapachu. Żadnego zaburzenia w przewodzie pokarmowym nie wywołuje ona, pomimo bardzo długiego stosowania jej.

13. Captolum. Kaptol. EICHHOFF (*Deutsche med. Woch.* 1847. 41). na mocy licznych spostrzeżeń zaleca przeciw łojotokowi głowy (*seborrhoea*) i następnie wypadaniu włosów (*defluvium capillorum*) nowy przetwór chemiczny, znany pod nazwą kaptolu. Jest to produkt kondensacyi taniny z chlorałem, mający tę stronę dodatnią, że wywiera działanie ściągające taniny i działanie dezynfekcyjne chlorału, ale nie posiada przytem ich ujemnych własności, t. j. nie wywołuje wysypki rezorbcyjnej (*erythema, urticaria etc.*), jak to często widzimy przy zewnętrznem stosowaniu taniny, ani też nie wywołuje miejscowego drażnienia, co często spostrzegamy przy miejscowem stosowaniu chlorału. Jednem słowem, powtarza się tu to samo zjawisko, które już zauważono przy innych przetworach taniny, a mianowicie, że tanina w pewnych związkach i w pewnych warunkach wywiera daleko korzystniejsze działanie, aniżeli sama przez się.

Kaptol przedstawia się pod postacią ciemno-brunatnego, hygroskopijnego proszku. W wodzie zimnej trudno się rozpuszcza, łatwiej — w wodzie ciepłej i w alkoholu. Pod wpływem kwasów nie ulega zmianie; pod wpływem zaś alkali rozkłada się, zmieniając swą barwę na daleko ciemniejszą.

Co się tyczy sposobu stosowania, to według EICHHOFFA, trzeba rano

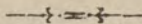
i wieczorem wetrzeć w część głowy, zajętej wyżej wzmiankowanym cierpieniem, 1% lub 2% roztwór wyskokowy kaptolu.

Już w ciągu 8—14 dni łupież znika zupełnie, wydzielanie gruczołów łojowych zmniejsza się, a wypadanie włosów staje się coraz mniej wydatnem i wreszcie zupełnie ustaje.

Ubočznego, nieprzyjemnego działania nie spostrzegano nigdy pomimo częstego i bardzo długiego stosowania kaptolu.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.



— Redaktorem „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ na przeciąg czasu od 1898—1900 r. wybrany został na ostatniem posiedzeniu T. L. W. kol. Władysław Janowski.

— Rada Miejska Warszawska Dobroczyńności publicznej wyznaczyła kwotę 2000 na założenie pracowni Röntgen'owskiej przy szpitalu Ś-go Ducha. Nadto poruszono ponownie i w zasadzie przyjęto kwestyę żywienia chorych w szpitalach Warszawskich z karty, wybudowania osobnego pawilonu w obrębie szpitala Ś-go Ducha na ambulatorya i także baraków drewnianych, letnich dla chorych szpitalnych [dla zapobieżenia braku miejsca podczas naprawiania sal w lecie].

— Kol. Mikołaj Brunner, naczelny lekarz szpitala Ewangelickiego, urządził przy swoim mieszkaniu [Jasna 10] pracownię do prześwietlania chorych za pomocą promieni Roentgen'a w celach dyagnostycznych. Biednych i chorych szpitalnych bada bezinteresownie w swojej pracowni za poprzedniem porozumieniem się z odpowiednim kolegą. D-r B., znany już ze swoich prac na tem polu, z powodów czysto technicznych dopiero teraz otwiera podwoje swojej pracowni dla szerszego koła Kolegów. Wiadomość ta będzie bardzo pożądaną dla ogółu lekarzy-praktyków, gdyż dotąd Warszawa podobnej pracowni nie posiadała.

— Kol. Jakób Rosenthal [Plac Krasińskich Nr. 8], zaproszony przez redakcyę „Żurnała akuszerstwa i żeńskich boleznij“, wychodzącego w Petersburgu, do referowania prac, tyjących się położnictwa i ginekologii, pojawiających się w piśmiennictwie polskiem, uprasza autorów, chcących, aby prace ich referowane były, o nadsyłanie mu takowych lub odbitek z nich pod jego adresem.

— Wyszedł z druku 1 Zeszyt pisma „*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*“ pod redakcyą Deycke'go i Albers-Schoenberg'a w Hamburgu.

— Następcą na katedrze fizyologii w Berlinie po Du-Bois Reymond'zie został mianowany Munk.

— Zmarł we Wrocławiu znany prof. fizyologii Heidenhain.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

Sprostowanie. W Nrze 42 „Gazety Lekarskiej“ na str. 1142 wiersz 19 od góry: zamiast „48“, powinno być „48 godzin“; zamiast „9“ powinno być „39“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводжено Цензурою, Варшава 10 Октября 1897. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8