

GAZETA LEKARSKA

I. DUSZNICA BOLESNA

(angina pectoris),

przebiegająca pod postacią cierpienia żołądka.

Opisał

Dr med. J. Pawiński,

starszy ordynator szpitala Św. Ducha w Warszawie.

Każdy, kto ma sposobność widywać często chorych dotkniętych dusznicą bolesną przyzna, jaka bywa różnorodność objawów, towarzyszących temu cierpieniu. Ta, że się tak wyrazimy—wielopostaciowość, stała się powodem, iż przez całe wieki nie podobna było ściśle scharakteryzować dusznicę bolesną jako jednostki patologicznej, pomimo, iż trapiła ludzkość i w odległej starożytności i w wiekach średnich, choć prawdopodobnie nie tak często, jak obecnie. Powtóre wielopostaciowość ta była przyczyną wytworzenia się poglądów najróżniejszych na istotę *anginae pectoris*. Nie mając zamiaru wchodzenia wszczęgóły symptomatologii, ograniczymy się tylko na zaznaczeniu, że istnieją przede wszystkim dwie grupy objawów, którymi cechuje się dusznica bolesna. Jedna obejmuje objawy, wchodzące w zakres układu nerwowego, druga—układu naczyniowego [serca]. Przytem raz przeważa jedna, to znowu druga grupa.

Niekiedy przewaga jednych objawów nad drugimi bywa tak znaczna, iż zdaje się, że mamy do czynienia tylko z jedną grupą. Zdarza się to najczęściej z grupą objawów nerwowych. Objawy ze strony układu krwionośnego bywają wtedy tak nieznaczne, iż tylko doświadczone oko i ucho lekarza jest w stanie je odszukać i dusznicę bolesną rozpoznać.

Stąd też powstały dwa przeciwne sobie obozy klinicyстів, z których jedni uważali dusznicę bolesną za cierpienie nerwowe, inni za cierpienie naczyń i serca. Ta różnica poglądów tłómaczy nam, dlaczego w niektórych podręcz-

nikach patologii, zwłaszcza dawniejszych, *angina pectoris* pomieszczona została w dziale zaburzeń układu nerwowego, w innych znowu w dziale chorób serca i naczyń.

Oprócz tych dwu głównych grup objawów zasługuje na uwagę jeszcze inna, a mianowicie grupa objawów ze strony przewodu pokarmowego, na którą sami chorzy kładą wielki nacisk. I nie dziwnego, gdyż objawy te bywają często tak wydatne, iż nie tylko chorzy, lecz i mniej doświadczeni lekarze uważają je za następstwo cierpienia żołądka, nie zaś serca. Niekiedy i medyk, nie mający wątpliwości co do istotnego rozpoznania poważnej choroby serca, podsuwa choremu myśl choroby żołądka, a to w celu uspokojenia zbyt wrażliwego systematu nerwowego. Otoczeniu jednak chorego należy w takich razach powiedzieć prawdę i ostrzedz o możliwości wystąpienia groźnych niekiedy dla życia następstwach choroby.

Ponieważ w opisach *ang. pectoris* nie znaleźliśmy grupy objawów, o której mowa, sądzimy więc, że uwydatnienie jej nie będzie bez korzyści dla czytelników „Gazety“.

Zastrzedz tu winniśmy, iż nie mamy zamiaru na tem miejscu brać pod uwagę grupy objawów żołądkowo-kiszkowych, zależnych od zmian w naczyniach jamy brzusznej (*truncus coeliacus*). Grupa ta może oczywiście w pewnych przypadkach wchodzić w kombinację z grupą objawów, będących przedmiotem niniejszego artykułu i stwarzać obrazy chorobowe o typie mieszanym.

1) Pomiędzy objawami, wzbudzającymi podejrzenie choroby przewodu pokarmowego, ważne miejsce zajmuje uczucie palenia, które chorzy z gągą nazywają. Bywa ono niekiedy pierwszym zwiastunem duszniczy bolesnej, trwa kilka dni, niekiedy i kilka tygodni, poczem zmienia się na mniej lub więcej wyraźny ból stenokardyalny [gniecenie, rozpieranie klatki piersiowej]. Rzadziej występuje podczas rozwiniętej już choroby, w przerwach pomiędzy napadami, jest jakby wyrazem słabszego natężenia duszniczy bolesnej. Umieszcawia się zwykle w przebiegu mostka, najczęściej w środkowej lub górnej części tegoż, rzadziej w okolicy *epigastrii*. Niekiedy rozpoczyna się niżej — w brzuchu, jakby od кишки poprzecznej, skąd przechodzi na okolicę żołądka i wyżej w kierunku przelyku.

Palenie, towarzyszące duszniczy bolesnej, różni się od zwykłej zgagi, zależnej od nadmiernej kwaśności soku żołądkowego (*hyperaciditas*), iż zjawia się nie po przyjęciu pokarmów, często nawet na czczo. Od zgagi nerwowej [w histeryi, neurastenii] wyróżnia się tem, że zjawia się głównie podczas ruchu ciała, zwłaszcza na powietrzu, nie w domu.

Nadmienić winniśmy, że uczucie palenia, jako objaw duszniczy bolesnej, może występować po jedzeniu, lecz tylko wtedy, skoro chory po przyjęciu pokarmów zacznie wykonywać pewien ruch [chodzenie]. Główną przyczyną zgagi jest wtedy nie pokarm, lecz ruch.

W daleko posuniętych przypadkach *ang. pectoris*, kiedy napady zjawia-

ją się bez widocznej przyczyny, wśród zupełnego spokoju, np. podczas leżenia w łóżku, nie bywa zwykle zgagi.

Samo się przez się rozumie, że u chorego, dotkniętego dusznicą bolesną, może istnieć i zgaga w ścisłym znaczeniu tego słowa, zależna od cierpienia żołądka. Podobnie obok uczucia palenia, będącego jakoby ekwiwalentem *anginae pectoris*, może występować u tychże chorych, zwłaszcza u histeryczek i neurasteników, zgaga nerwowa, nie mająca związku ze stwardnieniem tętnic wieńcowych. Oba te rodzaje zgagi zjawiają się zwykle nie jednocześnie, lecz na przemian.

2) Uczucie dławienia (*dysphagia*) należy również do wczesnych objawów dusznicy bolesnej i niekiedy obok zgagi chorym dokucza. Skarżą się oni na przykre uczucie podobne do tego, jakiego się doznaje podczas łykania większego, niż zwykle kęsa pokarmu. Jeden z moich chorych, bardzo inteligentny człowiek, opisywał mi w następujący sposób swoje cierpienie, jakoby żołądkowe: „występuje ono najczęściej w nocy w postaci napadu. Naprzód czuję, jak gdyby mi coś stanęło w przełyku, mniej więcej na wysokości średniej części mostka i jak gdybym coś połknął, a nie mógł dalej przełknąć, poczem ściska mię coś w górnej części szyi [w gardle]. Jednocześnie brak mi powietrza, ogarnia mię niepokój, serce mocno bić zaczyna, wskutek czego zrywam się z łóżka, to znowu siadam. Dopiero z chwilą, kiedy zaczyna mi się odbijać, a gazy przez usta odchodzą, atak ustaje, wracam do równowagi. Niekiedy podczas napadu czuję bóle w łokciach. Przypadłości opisane występują częściej, skoro zjem coś przed położeniem się do łóżka, zjawiają się jednak i podczas dnia, skoro przyjmuję więcej stałych, niż płynnych pokarmów“. Będąc przekonany, iż dolegliwości powyższe są następstwem cierpienia żołądkowego i gardła, zwracał się po poradę do specjalistów tychże chorób. Terapia w tym kierunku prowadzona nie dała pomyślnych wyników, dopiero pod wpływem środków sercowych i przetworów jodu, nastąpiła znaczna ulga. Podczas samych napadów najskuteczniejszą okazała się nitrogliceryna.

3) Uczucie ściskania, zwężenia gardła, połączone często z uczuciem ciała obcego podnoszącego się od żołądka do szyi (*globus*), przyłącza się niekiedy do dławienia, towarzyszącego dusznicy bolesnej. Częściej u kobiet, niż u mężczyzn.

4) Odbijanie (*ructus*) jest bardzo częstym objawem *ang. pectoris*. Występuje zwykle pod koniec napadu, chorzy opisują je w sposób następujący: „w domu czuję się zupełnie zdrow, jeśli zaś wyjdę na powietrze, a zwłaszcza skoro idę nieco prędzej, chwytam ból w górnej części klatki piersiowej, który do lewej ręki promieniuje. Muszę wtedy przystanąć, a skoro mi się tylko odbije, t. j. zacząną odchodzić górą wiatry [gazy], ból zaraz mija, poczem już nieraz bardzo daleko iść mogę. Lekarze powiadają, że to *angina*, że to skleroza, a ja twierdzę, że to tylko żołądek niedomaga, że to wiatry podbijają pod serce. Bo gdyby było inaczej, to dlaczego, jeśli wyjdę z domu na czczo, to chodzić mogę dużo bez bólu i bez odbijania“. Obserwacja zupełnie słuszna, tylko że chory bierze skutek choroby za przyczynę i ból wy-

wołany jest ruchem, odbijanie zaś jest skutkiem czynności zwrotnej z serca na żołądek za pośrednictwem nerwu błędnego. Ponieważ zaś odbijanie rzeczywiście ulgę przynosi, więc niektórzy chorzy starają się je sztucznie wywoływać, skoro tylko ból w klatce piersiowej poczują.

Osiągają to zapomocą polykania powietrza przez wykonywanie pewnych ruchów polykowych, a mianowicie przy wdechu, wskutek czego nie tylko przełyk, lecz i żołądek napęlnia się powietrzem (*aërophagia*). Po takim napęlnieniu następuje odruchowo wydalanie się powietrza w postaci odbijań. Tym sposobem powstają dwa głośnie szmery: jeden przy polykaniu, drugi przy wydalaniu powietrza.

Niekiedy u osób bardzo wrażliwych [np. neurasteników, histeryczek] do odbijania przyłącza się czkawka, zależnie od podrażnienia gałązek nerwu przeponowego.

5) **Obfite wydzielanie się śliny** (*ptyalismus*) podczas samego napadu stenokardyalnego lub pod koniec tegoż spostrzegałem kilka razy. Wspomina o tem także H. HUCHARD, a ostatnio E. NEUSSER.

6) **Występowanie bólów stenokardyalnych** po przyjęciu pokarmów należy do najczęstszych zjawisk duszniczy bolesnej i ono to głównie ze zgagą wpaja w chorych przekonanie, że cierpią na żołądek.

W początkowym okresie *anginae pectoris* spożywanie pokarmów wywołuje ból w sercu tylko o tyle, o ile po jedzeniu następuje ruch i to nie w domu, lecz przy chodzeniu, na powietrzu. W dalszym przebiegu choroby wpływ jedzenia na występowanie bólów staje się coraz większym. Dochodzi nieraz do tego, iż chorzy już nie tylko po obiedzie, lecz nawet po lekkim śniadaniu nie są w stanie przejść ulicą kilkunastu lub kilkadziesiątu kroków. Pewien chory, którego od kilku lat mam w opiece, zamilowany gospodarz wiejski, opowiadał mi, że po wypiciu zrana choćby tylko szklanki lekkiej herbaty nie może odbyć kilku-lub kilkunasto-minutowego spaceru, gdyż co kilka kroków chwytają go niezmiernie silne bóle w piersiach. Przeciwnie zaś, skoro wyjdzie z domu na czczo, może bez zmęczenia, bez bólów, chodzić po polach całemi godzinami.

W miarę rozwoju choroby, kiedy bóle stenokardyalne zaczynają występować nie tylko podczas ruchu na powietrzu, lecz nawet w mieszkaniu, np. przy ubieraniu się, przy przewracaniu się w łóżku; wpływ przyjęcia pokarmów na dusznicę bolesną bywa u niektórych chorych bardzo wybitny i stają się oni męczennikami swego cierpienia, gdyż jedzenie, choćby w najmniejszej ilości, wywołuje silne bóle stenokardyalne. Niekiedy np. wystarcza na to przyjęcie kilku łyżek rosółu lub zupy. Wskutek tego chorzy unikają pokarmów, głodzą się wprost, upadają na siłach; niedostateczne pożywienie sprowadza zubożenie krwi, powiększa niedokrwienie mięśnia sercowego i do jego wyczerpania szybko prowadzi.

Bólom stenokardyalnym, wywołanym przyjmowaniem posiłku, towarzyszą często objawy ze strony układu naczyniowego, bardzo nieprzyjemne dla chorych. Przeważa albo skurcz naczyń

ze zblednięciem powłok zewnętrznych, z drżeniem całego ciała i niepokojem serca, albo—co częściej bywa—rozszerezenie naczyń z zaczerwienieniem skóry, zwłaszcza na twarzy, z uczuciem napływu krwi do głowy. Do tego przylączy się mocne kołatanie serca i obfite poty górnej połowy ciała.

7) Występowanie napadów *anginae pectoris* przy oddawaniu stolca, lub po odbyciu tegoż jest zjawiskiem powszechnie znanem. Wiadomo też, że wielu chorych, dotkniętych dusznicą bolesną, kończy swe życie przy spełnianiu tej czynności fizyologicznej.

8) Niekiedy, zwłaszcza po silnych napadach stenokardyalnych, następują: nudności, wymioty, częste napięcia do oddawania stolca, rzadziej rozwolnienie.

9) Bywają przypadki *anginae pectoris*, w których ból nie umiejscawia się w środkowej, lub górnej części mostka, lecz w dolnej, w okolicy wyrostka mieczykowego lub nawet w samym *epigastrium*. Jeśli przytem promieniowanie bólu nie będzie się odbywało w kierunku górnej części klatki piersiowej do łopatek lub do kończyn górnych, lecz na wskroś od *epigastrii* do kolumny kręgowej i ku wątrobie, wtedy nie tylko chory, lecz nawet i mniej doświadczony lekarz może mniemać, że ma do czynienia z cierpieniem żołądka [wrzód żołądka, nerwoból i t. p.] lub wątroby [kamienie]. Odbijanie lub wymioty, jakie często zjawiają się pod koniec napadu stenokardyalnego, zdają się potwierdzać powyższe przypuszczenie.

HUCHARD'owi ¹⁾ należy się zasługa spostrzeżenia [w r. 1887], że *angina pectoris* może niekiedy występować pod postacią nerwobólu żołądkowego (*angine de poitrine sous forme pseudogastralgique ou à siège épigastrique*). W znanym swem dziele o chorobach serca przytacza on bardzo pouczające przykłady podobnego rodzaju dusznicę bolesnej, w których badanie pośmiertne wykryło poważne zmiany w tętnicach wieńcowych i w aorcie.

Zaznaczyć należy, że już przed HUCHARD'em LEARED w r. 1867 w pracy swej „o skrytych chorobach serca” zwracał uwagę lekarzy, że w niektórych cierpieniach aorty objawy żołądkowe, a zwłaszcza bóle występują na pierwszy plan, przyczem chorzy często nagle umierają. Klinikysta angielski BROADHEUT posunął rzecz dalej, twierdząc, że silne bóle gastralgiczne, spostrzeżane w cierpieniach aorty, „mają jakiś związek z dusznicą bolesną”. W ostatnich latach przypadki podobne opisali prof. E. NEUSSER ²⁾, KAUFMAN i PAULI ³⁾. I ja niejednokrotnie takich chorych widywałem.

P a t o g e n e z a. Wzajemne oddziaływanie serca i żołądka znane jest

¹⁾ *Traité des maladies du coeur*. Paris. 1899. T. II, str. 19.

²⁾ *Zur Symptomatologie gastrointestinaler Störungen bei Arteriosklerose* von prof. EDMUND NEUSSER. *Wiener klin. Woch.* 1902. N. 38.

³⁾ „Zur Symptomatologie des stenokardischen Anfalles“, von dr RUDOLF KAUFMANN und dr WOLFGANG PAULI. *Wiener klin. Woch.* 1902. N. 44.

od dawna nie tylko lekarzom, lecz i laikom. Przychodzi ono do skutku różnemi drogami: 1) za pośrednictwem cyrkulacji, 2) innerwacji, 3) stosunków mechanicznych i 4) samozatrucia, biorącego początek z przewodu pokarmowego ¹⁾ stosownie do rodzaju choroby i indywidualności osobnika.

W wadach zastawek serca zaburzenia ze strony żołądka i kiszki są przeważnie następstwem upośledzonego obiegu krwi [zastojów] w jamie brzusznej.

W dusznicy bolesnej objawy ze strony przewodu pokarmowego, powyżej przytoczone, przychodzą do skutku głównie drogą innerwacji, rzadziej zaś drogą mechaniczną. Łatwo to zrozumieć, skoro się weźmie pod uwagę, iż w zwykłych napadach *anginae pectoris* zaburzenia cyrkulacyjne, przy dostatecznej sprawności mięśnia sercowego, są zwykle nieznaczne, a powtórę, skoro się zważy, jaka istnieje łączność pomiędzy innerwacją serca a żołądka. Oba te narządy zaopatrzone są w gałęzie tychże samych dwu nerwów, a mianowicie: nerwu błędnego i nerwu współczulnego, które łączą się ze sobą, tworząc sploty: sercowy, trzewny. Albo więc drogą bezpośredniego przewodnictwa, albo też drogą zwrotną mogą bodźce chorobne z jednego w mowie będących narządów przenosić się na drugi i wywoływać najrozmaitsze zaburzenia. Zaburzenia te są często w narządzie, będącym siedliskiem choroby, o wiele mniej wydatne, niż w narządzie, na którym się tylko bodźce chorobne odbijają. Za przykład tego rodzaju mogą służyć powyżej przytoczone objawy ze strony kanału pokarmowego w niektórych przypadkach dusznicy bolesnej.

Palenie [zgaga] i dławienie, uczucie ciała obcego należy odnieść do kategorii nerwic przeważnie czuciowych, w części ruchowych przelyku i żołądka [nerwy błędne wysyłają gałązki czuciowe i ruchowe dla błony śluzowej i mięśni polyku i przelyku, a mianowicie *nn. pharyngei superiores et inferiores — plexus oesophageus*, jak również dla żołądka: *plexus gastricus anterior et posterior*].

Odbijanie gazów, występujące zwykle jako zakończenie napadu stenokardyalnego, powstaje drogą zwrotną z gałązek czuciowych serca i splotu sercowego.

Obfite ślinienie, spostrzegane podczas napadu lub pod koniec tegoż, jest skutkiem podrażnienia ślinianki podżuchwowej [włókien struny bębenkowej], podrażnienia, którego punktem wyjścia jest serce [tętnice wieńcowe] i jego sploty.

Występowanie bólów stenokardyalnych po obfitym niż zwykle przyjęciu pokarmów jest faktem znanym i łatwym do zrozumienia. Rozdęty pokarmami i wytwarzającymi się gazami żołądek, wywiera ucisk na przeponę, posuwa ją ku górze, wskutek czego praca serca wzmagą się. Mięsień serca wskutek zmian w tętnicach wieńcowych i niedostatecznego dopływu krwi nie jest

¹⁾ Dusznica bolesna, jako objaw samozatrucia ustroju. Opisał dr J. PAWIŃSKI. Gazeta Lek. 1906 r.

w stanie sprostać zwiększonej czynności, następuje chromanie, które do napadu duszniczy prowadzi. Inaczej rzecz się ma, skoro ból stenokardyalny zjawi się nawet po bardzo małej ilości pokarmu, np. po kilku łyżeczkach herbaty, zupy i t. p. Wtedy nie może być mowy o mechanicznem oddziaływaniu żołądka na serce, tutaj tylko znaczną pobudliwością systematu nerwowego obu tych narządów możemy sobie wyjaśnić powstawanie bólu. Być zresztą może, że i sam akt jedzenia, przy którym ośrodki mózgowe pewien udział niewątpliwie przyjmują, może przyczyniać się również do powstawania bólu stenokardyalnego. W tenże sposób lub na drodze odruchu możnaby sobie wytłómaczyć zaburzenia naczynioruchowe, towarzyszące duszniczy bolesnej i występujące podczas przyjmowania pokarmów.

Napady stenokardyalne, które tak często widuje się u chorych podczas oddawania stolca lub po załatwieniu tegoż, mają swe źródło w zwiększonej pracy serca, zwiększeniu ciśnienia tętniczego, wywołanych wzmożoną czynnością tłoczni brzusznej.

Co się tyczy umiejscowienia bólu nie w zwykłym miejscu, t. j. w średniej lub górnej części mostka, lecz w okolicy *epigastrii*, to przedstawia ono analogię z lokalizacją bólów stenokardyalnych tylko np. w lewej kończynie górnej, z tyłu klatki piersiowej pomiędzy łopatkami lub w szyi. Należą one do kategorii bólów promieniujących, które występują nie w siedlisku samej choroby, lecz w pewnej od niego odległości.

Rozpoznanie duszniczy bolesnej, przebiegającej pod postacią cierpienia żołądka, może przedstawiać pewne trudności zwłaszcza wtedy, kiedy badanie układu krwionośnego daje wynik ujemny. Dotyczy to często ciężkich postaci *anginae pectoris*, zależnej od poważnych zmian w tętnicach wieńcowych. Tętno serca mogą być wtedy czyste, wymiary tępości prawidłowe, napięcie tętnicze normalne. W takich przypadkach należy baczną zwrócić uwagę na skargi chorego i na anamnezę, jak również na wiek chorego.

Ważną cechą rozpoznawczą *anginae pectoris*, a zwłaszcza skrytych postaci jest występowanie bądź to bólu stenokardyalnego, bądź też zaburzeń żołądkowych po ruchu, o czem już powyżej była mowa. Niekiedy zwiększenie objętości wątroby, zwłaszcza u osób starszych, może naprowadzić na myśl istnienia pewnych zmian w mięśniu serca, *resp.* w tętnicach wieńcowych. Zgaga, towarzysząca duszniczy bolesnej, nie ustępuje pod wpływem użycia alkaliów. Jeśli mamy do czynienia z duszniczą bolesną, z siedliskiem bólu w dołku podsercowym, należy przedewszystkiem wyłączyć nerwoból żołądkowy (*cardialgia*). Rozpoznanie może być trudne z tej przyczyny, iż ból ten promieniuje niekiedy ku górze, w kierunku mostka, ku splotowi sercowemu, wytwarzając jakby napad stenokardyalny.

To samo odnosi się do napadu kolki wątrobowej przy obecności kamieni w przewodzie żółciowym. Szczegółowe wywiady, a zwłaszcza okoliczność, iż nerwoból żołądkowy, jak również i kolka wątrobowa występują zwykle przy spokoju, a nie przy ruchu, mogą ułatwić rozpoznanie różniczkowe.

Leczenie. Pierwsze miejsce powinny zająć środki zwalczające istotę choroby, t. j. stwardnienie tętnic i zmiany następcze, jakie ono w mięśniu serca i ogólnym obiegu krwi wywołuje, a więc przetwory jodu, *cardiaca*, *diuretica* i t. p. Należy jednak pamiętać, że i uwzględnienie objawów drugorzędnych, odnoszących się do przewodu pokarmowego, może choremu przynieść dużo ulgi.

Przedewszystkiem trzeba zalecić, aby chorzy przyjmowali pokarmy często, lecz nie w dużej ilości. Przepelnienie bowiem żołądka, a zwłaszcza pokarmami niedostatecznie przeżutymi może odrazu wywołać groźny napad duszniccy bolesnej. Powtóre, po przyjęciu posiłku, a zwłaszcza obiadu, należy zachować spokój i dopiero po upływie godziny z domu wychodzić lub do pracy się zabierać. Osoby zaś, które mają dużo zajęć obowiązkowych, powinny starać się załatwiać je zrana, w godzinach przedobiednich. Przy skłonności do zaburzeń naczynioruchowych trzeba unikać potraw gorących lub bardzo zimnych. Zdarza się też, iż pierwszych kilka łyżek płynu lub kęsów pokarmu wywołuje ból stenokardyalny, dalsze zaś jedzenie nie sprowadza bólu. Jeden z moich chorych opowiadał mi, iż skoro przyjmie kilka łyżek zupy, chwytą go odrazu ból w piersiach, nie pozwalający mu jeść dalej. Podnosi się wówczas od stołu, a skoro mu się odbije i gazy odchodzić zaczyna, to może jeść dalej już nawet bardzo dużo bez odczuwania bólu. Okoliczność ta przedstawia zupełną analogię z tem, co się widuje u chorych dotkniętych dusznicą bolesną — przy ruchu. Jeśli chory taki w czasie chodzenia przystanie, a zwłaszcza skoro mu się odbije, ból znika, poczem już nawet nieraz bardzo daleko iść może.

Często zamiana diety stałej [mięsnej] na płynną [mleczno-roślinną] łagodzi w wysokim stopniu bóle stenokardyalne, w związku będące z czynnością żołądka. Bywa jednak i przeciwnie. Przypominam sobie pewnego chorego, który miewał bardzo ciężkie napady stenokardyalne po każdym jedzeniu, a który się ich pozbył w zupełności — po zamianie diety płynnej na stałą i to z własnego popędu.

Leki pobudzające ogólny układ nerwowy i pobudliwość odruchową, przedewszystkiem przetwory bromu, jak również środki zmniejszające wrażliwość błony śluzowej żołądka, jak np. małe dawki kokainy, belladony i t. p., okazują się niekiedy bardzo pomocnymi. U niektórych osób ze skłonnością do skazy moczanowej osiąga się często bardzo pomyślne wyniki z zastosowania soli karlsbadzkiej lub wód słonych [Kissingen, Homburg i t. d.].

II. Z PRZYTUŁKU POŁOŻNICZEGO W CZĘSTOCHOWIE.

Pubiotomia (Hebotomia).

Napisał

Gracyan Pisarzewski.

5-go lipca r. z. wstąpiła do przytułku położniczego w Częstochowie Franciszka R., mieszkanka okolicznej wsi—Blachowina. Z wywiadów dowiedziałem się, że rodziła 2 razy i raz poroniła. Obydwa porody musiały być ukończone zapomocą wymóżdżenia. Ostatni raz rodziła 16 go kwietnia 1905 roku w przytułku częstochowskim. Wobec długotrwałego porodu i niewstawienia się główki wykonano obrót profilaktyczny, lecz główki nie zdołano wydobyć w całości. Zrobiono wymóżdżenie główki na końcu idącej. Po porodach, jak również po poronieniu położnica nie chorowała i w ogóle czuła się zawsze zdrową. Obecnie w obec rozpoczęcia się porodu i z obawy, że i ten poród nie zakończy się siłami natury, przyjechała do przytułku. Przy badaniu o godz. 11-ej w południe okazało się: F. R., 22 lata, wzrostu średniego, proporcjonalnej budowy ciała, poczuła bóle porodowe o 5-ej zrana w dniu przybycia do przytułku. Miednica ogólnie ścieśniona. D. S.=23. D. C.=24,5. D. T.=29. C. E.=17. C. D.=9. Objętość brzucha=101; główka ruchoma nad wejściem do miednicy, wyczuwa się po prawej stronie, szyjka maciczna przepuszcza 2 palce, pęcherz zachowany. Położenie płodu II-e główkowe, tony serca płodu słyhać wyraźnie w okolicy pępka z prawej strony. Skurcze macicy dość słabe, co 5—10 minut powracające. W obec małego rozwarcia macicy, istnienia pęcherza i słabych bólów należało czekać, będąc przygotowanym, że trzeba będzie przedsięwziąć zabieg operacyjny, a w obec życzenia rodzącej posiadania żywego dziecka—zabieg, dający możność wydobycia żywego płodu, a więc albo cięcie cesarskie albo też pubiotomię. Rodząca zgodziła się na operację, byleby tylko mogła mieć żywe dziecko. Bóle wkrótce wzmogły się znacznie, pęcherz pękł przy pełnem otwarciu o godzinie 3-ej, lecz główka pozostała ruchoma. Przy badaniu o godzinie 5-ej po południu znalazłem stan bez zmiany. Główka ruchoma nad wejściem do miednicy, pęcherza niema, otwarcie pełne. Na naradzie z kolegami postanowiłem wykonać pubiotomię, do której też tegoż dnia o godzinie 6-ej wieczorem przystąpiłem przy łaskawym udziale kolegów PIETRASIEWICZA, NOWAKA i GARLICKIEJ. Przecięcia kości dokonałem po prawej stronie podskórnie według zmienionej metody DOEDERLEIN'a. Po należytem wymyciu chorej i zgoleniu włosów na sromie, zrobiłem nacięcie skóry długości $\frac{2}{3}$ centymetra na górnej powierzchni kości łonowej z boku od *tuberculum pubicum*, wprowadziłem igłę DOEDERLEIN'a tuż przy kości, przyczem palcem, wprowadzonym do po-

chwyci, kontrolowałem przebieg igły. Obszedłszy kość łonową, wykułem igłę z boku dużej wargi i przeciąwszy nad miejscem wykućcia skórę, wysunąłem haczyk igły, założyłem nań piłkę GIGLI'ego i przeciągnąłem igłę wraz z piłką z powrotem. Po założeniu rączek do piłki przepiłowałem kość łonową, przyczem musiałem zrobić co najmniej dwadzieścia kilka ruchów piłki. Z chwilą przepiłowania kości obydwie wolne jej końce od razu rozeszły się na 2 palce. Krwotok był nieznaczny, chociaż dolny otwór przy piłowaniu powiększył się znacznie wskutek wcięcia się piłki. Krwotok został łatwo opanowany uciskiem gazy. Zaraz po przepiłowaniu nacisnąłem główkę, która dość łatwo weszła do jamy miednicy. Nie chcąc pozostawiać dalszego przebiegu porodu siłom natury, poprosiłem kol. PIETRASIEWICZA, by nałożył kleszcze, a sam wraz z kol. NOWAKIEM i GARLICKĄ podtrzymywałem ściany miednicy i kontrolowałem rozwarcie się przepiłowanych odcinków. Wydobyte kleszczami było trudne, trzeba było zrobić kilka mocnych trakcji, przyczem podczas przerywania się główki końce przepiłowanej kości rozeszły się na 4 palce. Wydobyty płód żywy—dziewczynka—wazył 4500 gramów. W chwili wydobywania główki powstało pęknięcie pochwy po prawej stronie, komunikujące się z raną dolną przedtem zrobioną. Po odejściu łożyska i zatamowaniu niezbyt obfitego krwotoku zaszyłem ranę górną jednym szwem, dolną trzema, pozostawiając nieogłędnie kawałek gazy w głębi rany, który najwidoczniej podczas tamponowania w głąb się wsunął i był przyczyną ropienia i kilkodniowego podniesienia się ciepłoty. Po ukończeniu operacji starałem się zbliżyć końce kości jak można najbliżej: ściągnąłem miednicę paskami przylepca i po ułożeniu chorej na łóżku położyłem po obydwu stronach miednicy worki z piaskiem w celu jej unieruchomienia. Przebieg pooperacyjny w ciągu trzech pierwszych dni był bezgorączkowy, następnie zjawilo się ropienie z obydwu powierzchni ran komunikujących się z sobą, które ustało od razu, gdy przy przemywaniu wypadł z rany zapomniany kawałek gazy. Mocz przez pierwsze trzy dni trzeba było wypuszczać kateterem, potem chora oddawała mocz sama. Pierwsze ruchy dowolne zaczęła położnica wykazywać 10-go dnia, pierwsze próby chodzenia zrobiła 14-go dnia po operacji. Bóle w miejscu przecięcia były nieznaczne, bardzo skarżyła się chora na ból w krzyżu po stronie prawej. Chodzić dobrze położnica zaczęła 20-go dnia, a 28-go od daty operacji pojechała wraz z dzieckiem, które sama karmiła, do domu. Położnicę przedstawiłem w Towarzystwie Lekarskiem w Częstochowie na posiedzeniu wrześniowym. Chodzi Franciszka R. zupełnie swobodnie i nawet przy dłuższym chodzeniu nie czuje żadnego zmęczenia w nogach lub krzyżu, ani na miejscu przepiłowania. Blizna po przecięciu skóry zaledwie widoczna, chociaż wskutek ropienia trochę wciągnięta. Na błonie śluzowej pochwy można zauważyć bliznę tylko po silnem jej rozciągnięciu. Wymiary miednicy pozostały te same.

Przedstawiwszy opis operowanego przez się przypadku, chcę powiedzieć słów kilka o samej pabiotomii ¹⁾, operacji względnie jeszcze nowej, mającej

¹⁾ O hebotomii pomieściliśmy referat zbiorowy w „Gazecie“ 1904 r. N. 43 (Przyp. Red.).

prawo obywatelstwa, a nawet dość szeroko rozpowszechnionej, szczególnie w Niemczech. Wychodząc z zasady, że kość przepiłowana zrasta się lepiej aniżeli chrząstka, zaproponował GIGLI pubiotomię [hebotomię], jako operację z punktu widzenia chirurgicznego więcej racjonalną, łatwą do skutecznego i pozwalającą uniknąć tych nieomyślnych powikłań, jakie towarzyszą symfiziotomii. Sposób podany przez GIGLI'ego polegał na otwartem przecięciu miękkich części i następnem przepiłowaniu kości wążutką pilką, noszącą jego miano. Rana po porodzie była zaszywana, brzegi kości ściągane szwem, nałożonym na okostną. Pierwsze wyniki były zachęcające i wkrótce operacja ta znalazła gorących zwolenników, którzy wprowadzali zmiany w sposobie operacji, kierunku przepiłowania kości [VAN DER VELDE], opatrunku i t. p. Jednym z głównych bodźców do rozwoju hebotomii była idea DOEDERLEIN'a, by operację tę wykonywać podskórną, przez co możnaby było uprościć i samą technikę operacji i uniknąć zakażenia rany przez odchody połogowe i dać w ten sposób kości możność zrosnięcia się szybciej i mocniej. Sposób podany przez DOEDERLEIN'a nie był w ścisłym tego słowa znaczeniu podskórnym, gdyż po przecięciu skóry DOEDERLEIN wprowadzał palec [od góry do dołu] poza kość łonową; i pod kierunkiem palca wprowadzał igłę swego pomysłu, odpowiednio zgiętą, zaopatrzoną na dolnym swym końcu haczykiem. Sposób DOEDERLEIN'a był zatem pierwszym etapem, od którego łatwo już można było dojść do wniosku, że lepszy jeszcze wynik pod względem techniki i następczego leczenia można uzyskać, jeżeli będziemy operowali ściśle podskórną. Tak też i było i cała falanga autorów [FRITSCH, REEL, BUMM, REIFFERSCHIED, DUEHRSEN i inni] wynajduje zamiast igły DOEDERLEIN'a różne w tym rodzaju przyrządy, którymi wprowadza pilkę GIGLI'ego poza kość łonową i wykonywa przepiłowanie. Celem uniknięcia obrażenia pęcherza wystarcza kontrola igły palcem, wprowadzonym do pochwy. Jest to obecnie ogólnie przyjęty sposób operowania i w krótkim streszczeniu opisu operacji wykonanie jej przedstawia się w sposób następujący. Po uprzednim należytem oczyszczeniu sromu i skóry, nacina się skórę z boku od *tuberculum pubicum* tuż nad kością, da rany wprowadza się odpowiedni przyrząd [najczęściej igłę DOEDERLEIN'a lub BUMM'a, albo rodzaj zagiętego trójgrańca w pochewce] i, trzymając się ściśle powierzchni wewnętrznej kości, obchodzimy ją igłą dookoła i wykluwamy igłę pod dolnym brzegiem kości łonowej, starając się, by miejsce wyklucia było o ile można na zewnątrz od sromu w skórze dużej wargi, a to w celu ochronienia dolnej rany od zanieczyszczenia odchodami połogowymi. Po wykluciu, nawlekamy pilkę GIGLI'ego na igłę i wciągamy ją poza kość łonową; na końcu pilki nakładamy rączki i zapomocą kilkunastu pociągnięć pilki kość przepiłujemy.

Jest to, jak wspomniałem wyżej, obecnie ogólnie przyjęty sposób operowania. Waryanty operacji polegają na tem, że jedni operują od góry, t. j. tak, jak opisałem, drudzy od dołu; jedni starają się operować podokostnie, t. j. nie tylko by igła przylegała ściśle do wewnętrznej powierzchni kości łonowej, lecz wprowadzają ją pod okostną. Wszystkie te waryanty mają na celu usunięcie powikłań, zdarzających się przy wykonywaniu pubiotomii.

Z powikłań, mogących zdarzyć się przy operacji, trzeba na pierwszym miejscu postawić krwotok i możliwość uszkodzenia pęcherza. Co do krwotoku, to powstaje on głównie wskutek przecięcia odnóg łechtaczki, przylegających do kości łonowych (*crura clitoridis*). Inne naczynia w warunkach normalnych są tak małe [rozgałęzienia *arcus pudendi*], że przecięcie ich nie sprawia wielkiego krwotoku i łatwo daje się opanować uciskiem. Zwykle krwotok, powstały przy przepiłowaniu odnóg łechtaczki, bywa nieznaczny i ustaje przy ucisku tamponem, w niektórych jednak wypadkach, przy nadmiernem rozwoju odnóg łechtaczki krwotok daje się ledwo z trudem opanować, należy odkłuwać naczynia krwawiące. W tym celu właśnie, aby uniknąć silnego krwotoku, proponowano wkluwanie igły od dołu, a mianowicie wkluwanie pod odnogę łechtaczki, t. j. pomiędzy odnogę a okostną. Sposób ten jednak nie prowadzi do celu, gdyż po pierwsze—odnogi łechtaczki przylegają tak ściśle do okostnej, że z nią tylko razem dają się oddzielić i powtórę, jeżeli nam się uda nawet uniknąć uszkodzenia łechtaczki przy przepiłowaniu, to ulega ona rozerwaniu wskutek rozchodzenia się przepiłowanych odłamków kości podczas przerywania się główki.

Uszkodzenie pęcherza przy należycie wykonanej pubiotomii prawie że się nie zdarza, ponieważ operujemy w tem miejscu, w którym pęcherza nie ma, mianowicie tuż przy kości i jeżeli tylko będziemy się ściśle trzymali wewnętrznej powierzchni kości łonowej, możemy ignorować istnienie pęcherza. Ponieważ jednak możliwe są uchyłki pęcherza, przylegające ściśle do kości łonowej, albo zrosty pęcherza wskutek uprzednich stanów zapalnych, należy pamiętać o tem i być przygotowanym na możliwe uszkodzenie pęcherza albo podczas samego wprowadzania igły lub pilki, albo przy rozchodzeniu się przepiłowanych odłamków [przypadek W. RUEHL'a—*Monat. f. G. u. G.* Wrzesień. 1906 r., str. 299 ¹⁾]. Po przepiłowaniu kości i zatamowaniu krwotoku przystępujemy do wydobycia płodu. W zależności od położenia płodu i stopnia zwężenia będzie i dalsze nasze postępowanie. Jeżeli zwężenie nieznaczne, możemy oczekiwać spokojnie porodu samodzielnego, jeżeli zaś zwężenie jest znaczniejsze, należy nałożyć kleszcze lub przy przodujących nóżkach wykonać wyciągnięcie płodu, ewentualnie obrót. I tutaj wyłoniły się dwa wręcz sobie przeciwne sposoby postępowania. Jedni—większość—uważają pubiotomię za akt przygotowawczy do porodu, po którym należy uskutecznić wskazany zabieg akuszeryjny, inni, z AHLFELD'em na czele, po zrobieniu pubiotomii uważają czynność swą za ukończoną i dalszy przebieg porodu pozostawiają siłom natury. Jestem zwolennikiem czynnego postępowania, gdyż przedewszystkiem nawet po pubiotomii może nastąpić konieczność zabiegu położniczego już to wskutek słabych bólów porodowych, już też [jak w moim wypadku] wskutek ogromnego rozwoju dziecka [4500,0]. Ponieważ pubiotomię wykonywamy w uśpieniu chloroformowem, uważam za racjonalniejsze ukończenie porodu od razu. Z jednej strony łatwiej wykonać odpowiedni zabieg, mając chorą na stole operacyjnym, z drugiej strony oszczędzamy rodzącej dalszych bólów, bądź co bądź nie wpływających dodatnio na stan ogólny. Po ukończeniu porodu staramy się zbliżyć o ile możności brzegi przepiłowanej kości, zaszywamy obydwie rany i ściągamy miednicę paskami przy-

¹⁾ Streszczenie niżej, str. 197.

lepca. Po ułożeniu położnicy na łóżku podkładamy z obydwóch stron miednicę worki z piaskiem w celu jej unieruchomienia. Ten sposób opatrywania obecnie prawie wszędzie się praktykuje; o ile wiem, w niektórych klinikach nie ściągają nawet miednicy przylepcem, tylko unieruchamiają zapomocą ułożonych z boków worków z piaskiem. Używanie taśm gumowych, bandaży, a nawet innych stałych opatrunków, wszystko to obecnie przeszło do archiwum, jako nie potrzebne i kłopotliwe, gdyż i przy opisanym wyżej opatrunku kości zrastają się prędko i dobrze. Sprawa zrośnięcia się kości odbywa się szybko, zwykle po 2-ech tygodniach kości już są nieruchome i położnica może zacząć chodzić. Przy prześwietlaniu promieniami ROENTGEN'a znajdujemy, że ubytek kości zrasta się zapomocą tkanki włóknistej, tak jednak mocnej, że miednica pozostaje nieruchomą.

Celem pubiotomii jest stworzenie warunków, w których kobieta może urodzić płód żywy, a zatem pubiotomia wtedy tylko ma rację bytu, gdy płód żyje i gdy po jej wykonaniu mamy szansę wydobywania żywego dziecka. Pubiotomia więc powinna być wykonana w t. z. przypadkach względnego zwężenia. Jakie są granice zwężenia, przy których wskazana jest pubiotomia? Nauka i doświadczenie nie wypowiedziały jeszcze stanowczego słowa w tej kwestyi, w każdym razie według zdania olbrzymiej większości akuszerów, popartego badaniami na trupach, za ostateczną granicę przy ogólnie zwężonych miednicach należy uważać C. V. 8— $7\frac{1}{2}$, przy płaskich rachitycznych 7— $6\frac{1}{2}$, a nawet jeden przypadek, opisany przez SELIGMAN'a (C. f. G. 1906), miał C. V. 6. Wykonywanie pubiotomii poniżej przytoczonych granic jest nieracjonalne i można się spotkać z tą przykrą niespodzianką [sprawozdanie Drezdeńskiej kliniki w *Monat. f. G. u. G. październik 1906.* KANNEGISSER], że po hebotomii trzeba będzie zrobić przedziurawienie. Po przepiłowaniu kości uzyskujemy rozstępy między końcami kości na 2 — 4, a nawet 6 palców. Ponieważ powiększenie wymiarów otrzymujemy głównie w wymiarach skośnych, dlatego lepsze wyniki otrzymujemy przy miednicach płaskich—rachitycznych, a więc możemy zabieg ten wykonać przy stosunkowo większych zwężeniach. Co do strony kości, którą się powinno przepiłować, zwykle wybierają tę, na której leży większy obwód główki, ponieważ strona operowana więcej się rozchyła od nieoperowanej. Ścisłe jednak tego pravidła nie wszyscy się trzymają i zdaje się, sądząc z danych literatury, że faktycznie ma tu więcej znaczenia przyzwyczajenie i wybór operatora. W naszym przypadku większy odcinek główki leżał na prawej stronie i dlatego z tej strony zrobiłem przepiłowanie kości.

Przedstawiwszy w krótkości opisanie nowej, lecz płodnej w następstwie operacji, chcę przedstawić wyniki, jakie otrzymujemy przy niej zarówno dla matek, jak i dla dzieci. Niestety, ściślej statystyki podać tutaj nie mogę, gdyż, jak to zwykle bywa, przeważnie zostały opisane przypadki pomyślne. Znałe dotąd przypadki śmierci położnic są: 2 przypadki BAUM'a, dwa podane przez REEL'a, po jednym przez HORT'a, SALADINO'a, BUSSE'go, HOLC-VEG'a i HOFMEIER'a. W ogóle śmiertelność po pubiotomii zbliża się do tej, jaką daje klasyczne cięcie cesarskie, t. j. 7— $7\frac{1}{2}$ ‰. Co do dzieci—wyniki przeważnie dobre, chociaż, jak widzę ze sprawozdania kliniki w Dreźnie (*Mo-*

nat. f. G. u. G. październik, str. 553) na 23 przypadki pubiotomii — 19 dzieci było żywych, 4 zmarło; z tych 4-ch jedno musiało ulec wymóżdżeniu pomimo pubiotomii, co już zdaniem mojem, nie obciąża samej operacyi, lecz za daleko idące wymagania jej stawiane. Operując odpowiednie przypadki — nie niżej 7—7,5 C. V., prawdopodobnie unikniemy złych wyników, jeżeli nie zupełnie, to w każdym razie w wielu wypadkach.

A teraz jeszcze jedno pytanie. Czy pubiotomia jest operacją, którą można i należy wykonywać tylko w klinikach lub odpowiednio urządzonych zakładach, czy też jest dostępna i w domach prywatnych i dla szerszego ogółu lekarzy-praktyków? Szczęśliwie zakończone przypadki uskutecznione w domach prywatnych, nawet w złych warunkach higienicznych, dowodzą, że operacja ta możliwą jest do wykonania i poza zakładem, jeżeli tylko lekarz włada dostatecznie techniką i ma odpowiednią pomoc. W każdym razie, ponieważ przy pubiotomii, jak w ogóle przy wszystkich większych operacjach, możemy się spotkać z powikłaniami, których przewidzieć i uniknąć niezawsze można, musi lekarz być pewnym swej techniki i umieć opanować te powikłania, jakie mogą mu się nadarzyć.

Moje osobiste zdanie, oparte, co prawda, na jednym przypadku, jest takie, że operacja ta jest i łatwa i daje tak pożądane wyniki, że powinna stać się własnością ogółu wyszkolonych lekarzy-akuszerów.

III. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH I PRACOWNI PATOLOGICZNEJ
SZPITALA NA CZYSTEM.

Nowotwory przysadki i okolicy przysadkowej.

Napisali:

L. Bregman,

ordynator szpitala.

J. Steinhaus,

b. zarządzający pracownią.

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 27-go listopada 1906 r.]

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 6].

Wskutek powyższej budowy cały nowotwór posiada charakter alwolarny, przypomina budowę raka i jak rak na skrawkach wydaje się złożonym z oddzielnych wysp na błonkowych, pomiędzy którymi znajduje się tkanka łączna, choć w istocie stanowi jedną masę komórkową, tak i nasz nowotwór posiada miąższ jednolity, choć na skrawkach tak często widzimy pojedyncze wyspy miąższu.

Badając budowę zarówno głównej masy, jak i wszystkich wyrostków brodawkowych, czyli połączonych na skrawkach z płową masą, czy też występujących w postaci wysp, znajdujemy wszędzie jednakową budowę, a mianowicie: Za warstwą komórek walcowatych, opisaną wyżej, ku środkowi leży kilka rzędów komórek o jądrach większych, a zarazem słabiej się barwiących z delikatną siecią chromatynową; kontury tych komórek są mało wyraźne, protoplazma mało obfita, tak iż jądra zajmują większą część komórek. Kształt jąder jest okrągławy lub jajowaty; przy jajowatym kształcie długa oś leży równolegle do obwodu brodawek, a więc pionowo do osi jąder komórek walcowatych. W cienkich brodawkach komórki te często wypełniają je całkowicie, przyczem na przekrojach poprzecznych brodawek wyraźnie występuje układ jąder kołami spółśrodkowymi do obwodu. Dodać jeszcze należy, że kształt tych komórek jest niestały, jakby zależny od warunków wzajemnego ich ucisku.

Za warstwą powyższą leży masa komórkowa, stanowiąca główną składową część większych brodawek, a środkową cienkich. Masa ta składa się z komórek gwiazdzistych; ramiona gwiazd są cienkie, a długie i występują na preparatach barwionych tem wybitniej, że substancja, wypełniająca przestrzenie pomiędzy ramionami jest zupełnie bezbarwna. Żadnymi sposobami zabarwić się nie daje. Jądra komórek gwiazdzistych są jakby pokurczone, posiadają nieregularne kontury, barwią się mocno i są otoczone b. cienkim rąbkiem protoplazmatycznym, z którego wychodzą ramiona gwiazd. Ramiona te łączą się ze sobą, wskutek czego powstaje sieć cienkich nici, w której punktach węzłowych leżą jądra.

Zdarza się, że komórki gwiazdziste przylegają bezpośrednio do komórek walcowatych albo też, że część brodawki składa się wyłącznie z komórek gwiazdzistych, gdy resztę brodawki wypełniają komórki warstwy przejściowej.

Wskutek znikania jąder i rozpadu sieci, z ramion gwiazd złożonej, tworzą się puste przestwory, na skrawkach okolone wiankiem komórek walcowatych.

Obok tego inne jeszcze przekształcenia spotykamy w masie komórkowej. Grupy, złożone z kilkunastu lub kilkudziesięciu komórek [na przekrojach] nie podlegają przezroczeniu, jak otaczające, współśrodkowy układ ich występuje w nich bardzo wybitnie, tak iż przypominają zupełnie początkowe obrazy tworzenia się pereł rakowych, a następnie przestają się barwić ich jądra, a protoplazma przyjmuje charakter ziarnisty. Pomimo, iż jądra są niezabarwione, a protoplazma słabo się barwi, odróżnić je można bardzo wyraźnie, ponieważ zarówno granice ko-

mórek, jak i granice jąder są bardzo ostro zarysowane. Zarówno w tych współśrodkowych skupieniach, w których jądra są jeszcze zabarwione, jak i przy niebarwiących się jądrach można dość wyraźnie wykazać pomiędzy komórkami mostki międzykomórkowe, takie same jak w warstwie koleczastej skóry.

Niekiedy w skupieniu o niebarwiących się jądrach znaleźć można osady wapienne ziarniste, rozpoczynające się na obwodzie skupień, ale niekiedy zajmujące całe skupienia, w których już wtedy składu z pojedynczych komórek odróżnić niemożna, a pozostaje jedynie ślad dawnego koncentrycznego układu w formie współśrodkowych linii.

Przechodząc do podścieliska guza, zaznaczyć przedewszystkiem musimy, że składało się ono z neuroglii i tkanki łącznej w najrozmaitszym składzie ilościowym; liczba jąder w podścielisku była dość duża, a włóknistość wszędzie delikatna. Unaczynienie podścieliska było obfite. Dość często, szczególnie w środkowych częściach nowotworu spotykaliśmy obrzęk podścieliska, dochodzący do fatalnego rozplywania się tkanki, w której naczynia długo się zachowywały. Miejscami wskutek naporu krwi następowały z takich naczyń krwotoki; krew wypełniwszy jamę powstałą po rozplynięciu się podścieliska, torowała sobie drogę do skupień miejscowych i jeśli w sąsiedztwie znajdowały się zwyrodniałe części mięszu, przerywała warstwę komórek walcowatych, odgraniczając jamę powstałą ze zwyrodnienia podścieliska od jamy powstałej ze zwyrodnienia mięszu. W ten sposób powstawały większe jamy, napelnione płynem krwawym i zawierające obok ciałek krwi, ziarna barwika, bryłki wapienne, koncentryczne skupienie zwyrodniałych komórek i t. d. Jedną wielką taką jamę przedstawiał tylny prawy płat naszego guza; drobnutkie były rozsiane w różnych miejscach przedniego płata.

Część przednia guza, makroskopowo robiąca wrażenie kości lub zwapniałej tkanki, okazała typową budowę kości z dość obfitymi przestworami szpikowymi, w których obok naczyń i tkanki łącznej spotykaliśmy takie same skupienie koncentrycznie ułożonych komórek, jak w brodawkach wyżej opisanych; komórki tych skupień zawsze były nekrotyczne—zabarwienie jąder nigdy się nie udawało; kontury komórek z trudnością udawało się rozpoznać.

Wyżej już mówiliśmy, że w przejściu guza na otaczającą tkankę warstwa komórek walcowatych przybliży się do śródbłonka opony i wreszcie w tej części opony, która przylega do otaczającej tkanki mózgowej leży przeważnie bezpośrednio pod śródbłonkiem opony i tylko gdzieś niedzie pomiędzy nią a śródbłonkiem znajdujemy cienką warstwę komórek gwiaździstych lub „przejściowych“. W tej zaś części opony, która oderwała się od tkanki mózgowej i stanowi pokrywę przestworu torbielowatego, stosunki w rozmaitych miejscach są rozmaite.

W niektórych miejscach znajdujemy typową warstwę komórek walcowatych pod śródbłonkiem, w innych zamiast warstw walcowatych mamy warstwy mniej lub bardziej spłaszczone, w innych jeszcze zamiast jednej warstwy spłaszczonej mamy ich kilka lub nawet rozrosty wypuklające się na zewnątrz, rzadziej wrastające w tkankę opony. Najprostszą jest kombinacja, kiedy wypukla się na zewnątrz pagórek złożony z przejściowych i gwiaździstych komórek z zachowaniem warstwy walcowatej; dalej idzie kombinacja większego wypuklenia, w którym obok powyższych postaci komórkowych znajdują się znane nam już skupienia koncentryczne, nekrotyczne lub jeszcze nieobumarłe; następnie spotkać można połączenie wypuklenia na zewnątrz z wrastaniem w głąb; przy tej kombinacji nigdy jednak nie spotykaliśmy już typowej warstwy walcowatej, tylko pewna liczba komórek przejściowych otacza nawarstwienia koncentryczne, a między temi skupieniami koncentrycznymi miejscami w głębszych warstwach znajdujemy naczynia opony, otoczone tkanką łączną.

W skupieniach koncentrycznych, szczególnie w większych, znajdujemy często złogi wapienne—one to nadawały widocznym makroskopowo skupieniom ową twardość, na którą już przy seceyi zwrócono uwagę.

[C. d. n.].

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

— + — + —

O szczepieniu ochronnem przeciwko gruźlicy.

Podał

Bolesław Dębiński.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 6].

Okazało się jednak, że faktu wyleczenia gruźlicy doświadczalnej królika zapomocą surowicy MARMORKA nikt nie mógł sprawdzić; co się zaś tyczy gruźlicy ludzkiej, to podług samego autora surowica nie działa na zapalenie gruźlicze opon mózgowych, a działanie jej jest wątpliwe w gruźlicy płuc daleko posuniętej; przeciwnie, w początkowych stadyach gruźlicy płucnej i w postaciach chirurgicznych otrzymuje się zwykle szybką poprawę, a często i wyleczenie zupełne. Wyniki te nie są ani gorsze, ani lepsze od tych, jakie daje tuberkulina, a działanie tej surowicy da się prawdopodobnie sprowadzić do działania tuberkuliny, której pewna ilość prawdopodobnie znajduje się w surowicy. Próby, jakie czynili z surowicą MARMORKA klinicyści francuscy: DIEULAFOY, HALLOPEAU, LEDENTU i niemiecycy: E. STADELMANN, A. BENFEY, dały

wyniki ujemne lub wątpliwe. DUBARD, VAILLARD, STEPHANI, JAQUEROD, FREY, LEWIN otrzymali wyniki dodatnie.

Tak więc wszystkie dotychczasowe metody leczenia gruźlicy dają wyniki ujemne lub sprowadzają tylko czasową poprawę. Jeżeli wnikiemy głębiej w naturę zakażenia gruźliczego, to zrozumiemy, dlaczego terapia tej choroby przedstawia tyle trudności. Gruźlica, jeżeli stosunkowo rzadko udziela się dziedzicznie, to jednak pozostawia głębokie ślady na potomstwie. Wiadomo powszechnie, że sachotnicy i ich potomstwo mają tak zwaną aplazję narządów, t. j. zmniejszenie się serca i innych narządów, wąskość aorty i t. d., skąd pochodzi ogólne osłabienie organizmu i skłonność do nabycia gruźlicy. Dalej, zakażenie gruźlicą podług BEHRING'a i innych odbywa się zwykle w wieku dziecięcym; laseczniki jednak pozostają ukryte w gruczołach i dopiero po latach kilkunastu lub kilkudziesięciu, jeżeli organizm znajdzie się w złych warunkach, zajmują płuca lub inne narządy. Rzecz naturalna, że organizm dziedzicznie upośledzony i od dzieciństwa przeziąknięty lasecznikami i ich jadami, z trudnością poddaje się wszelkim próbom leczniczym.

Dlatego też w myśl zasady, iż łatwiej uprzędzić chorobę, niż ją wyleczyć, zaczęto poszukiwać sposobów uodpornienia organizmu przeciwko gruźlicy na wzór tego, jak otrzymujemy odporność przeciwko ospie przez szczepienie krowianki.

Już w r. 1891 GRANCHER i HIP. MARTIN (3) próbowali uodpornić króliki według metody PASTEUR'a. Wstrzykiwali oni dożylnie coraz silniejsze hodowle gruźlicy ptasiej, poczynając od takiej, która miała od 4-ch do 5-u lat, zastrzykując następnie osiem stopni hodowli coraz młodszych i przeto coraz bardziej jadowitych i dochodząc wreszcie do takiej, która była zasiana przed 2-a tygodniami i zabijała królika normalnego w ciągu 2-ch do 3-ch tygodni. Z doświadczeń tych wynikało, że króliki uodpornione po wstrzyknięciu hodowli jadowitej żyły dłużej niż zwykle; okazało się jednak, że wiele z nich po roku lub dłużej uległo gruźlicy lokalnej [*arthritis tuberculosa*, ogniska serowate] i wreszcie padało. Bądź co bądź doświadczenia GRANCHER'a i HIP. MARTIN'a wykazały, że możliwe jest uodpornienie królików przeciwko gruźlicy jadowitej.

DAREMBERG (4), jeden z pierwszych badań wpływ jadu gruźliczego na odporność zwierząt. Po wstrzyknięciu w dosyć silnej dawce hodowli gruźliczych, wyjałowionych przy 185°, morskie świnki padały, króliki zaś chorowały. Gdy królikom tym wstrzykiwano później hodowle żyjące, to często żyły daleko dłużej, niż zwierzęta nieuodpornione.

COURMONT i DOR (5) filtrowali płynne hodowle ptasie i wstrzykiwali je następnie w dawce 10-u c. sz. do otrzewnej lub do żyły królików; po 5-u miesiącach królikom tym wstrzyknięto gruźlicę ptasią jadowitą; większość z nich padła, kilka sztuk jednak utrzymało się przy życiu. Króliki, które wytrzymały, okazały się później odpornymi na gruźlicę ludzką.

HÉRICOURT i RICHET (6) uodporniali króliki zapomocą ogrzewanych hodowli ludzkich i ptasich przeciwko gruźlicy ptasiej i ludzkiej.

STRAUSS i BOUCHARD (7), chcąc sprawdzić doświadczenia poprzednich badaczy, otrzymali wyniki ujemne.

DĘBIŃSKI (8) wstrzykiwał do żył królikom coraz silniejsze dawki laseczników martwych. Gdy później zastrzykiwał do mózgu 2 miligramy martwych laseczników suchych, to króliki uodpornione pozostawały przy życiu, podczas gdy inne padały.

LEVY (9) uodpornił świnkę morską przeciw gruźlicy przez wstrzykiwanie jej laseczników przemacerowanych w coraz słabszych rozczynach gliceryny.

Niestety, autor ogłosił tylko doniesienie tymczasowe i dalszego ciągu swej pracy nie podał.

WAHLEN (10) wstrzykiwał świnkom plyn, otrzymany przez filtrowanie hodowli gruźliczych. Świnki w ten sposób traktowane, po wstrzyknięciu hodowli jadowitych przeżywają od 7-u miesięcy do roku, gdy tymczasem inne padają po 2-ch miesiącach.

Na szczególniejszą uwagę pod względem uodporniania przeciwko gruźlicy zasługują prace FRIEDMANN'a i MOELLER'a.

FRIEDMANN (11) zastrzykiwał świnkom laseczniki wyhodwane z gruźlicy żółwia. W miejscu wstrzyknięcia powstają ogniska gruźlicze, które jednak po pewnym czasie goją się zupełnie, a zwierzę, zabite po 2-ch miesiącach, nie jest dotknięte gruźlicą ogólną. Jeżeli tak przygotowanym świnkom zastrzyknie się gruźlicę ludzką jadowitą, to wtedy gdy zwierzęta nieprzygotowane padają po upływie 4-ch do 6-u tygodni od wstrzyknięcia, u świnek uodpornionych sprawa przybiera inny obrót: na miejscu wstrzyknięcia powstaje początkowo nacieczenie, które podlega następnie zmianie serowato-ropnej, lecz w końcu goi się zupełnie; gruczoły powiększają się nieco, lecz później wracają do normy; po lekkiej gorączce początkowej ciepłota powraca do 37°, waga wzrasta, stan ogólny pozostaje znakomitym. Jeżeli po 3-ch miesiącach świnki zabijemy, to skonstatujemy tylko nieznaczne zmiany narządów wewnętrznych. FRIEDMANN uodpornia również bydło przeciwko perlicy, wstrzykując mu dożylnie zawiesinę z laseczników żółwiowych. Twierdzi on wreszcie, że metoda ta daje dobre wyniki nawet u zwierząt już chorych.

Wkrótce jednak LIBBERTZ i RUPPEL (12) ogłaszają, że nie udało im się sprawdzić żadnego z doświadczeń FRIEDMANN'a. Badacze ci nie mogli skonstatować odporności, wytworzonej przez wstrzyknięcie laseczników żółwia ani u świnek, ani u bydła. Wprawdzie u świnek przygotowanych, jeżeli się je zabija wkrótce po zastrzyknięciu gruźlicy jadowitej, daje się spostrzec pewne opóźnienie w rozwoju sprawy gruźliczej, w porównaniu ze świnkami nieuodpornionymi; lecz jeżeli się przeczeka miesiąc, to zmiany te są jednakowo posunięte zarówno u zwierząt uodpornionych, jak i u nieuodpornionych.

MOELLER'owi (13), wkrótce po odkryciu prątka tymotejki, udało się uodpornić króliki zapomocą niejadowitych szczepów tej hodowli przeciwko szczepom jadowitym. Po tych próbach MOELLER uodpornił zwierzęta lasecznikami tymotejki przeciwko gruźlicy jadowitej; odporność wyrażała się w powolniejszym przebiegu choroby, w mniejszej gorączce, w nie tak silnem wychudnięciu. Króliki, którym wstrzyknięto dożylnie laseczniki tymotejki, okazały się absolutnie odpornymi, przynajmniej na słabe dawki laseczników gruźliczych. Daleko pomyślniejsze wyniki otrzymał MOELLER z później odkrytym lasecznikiem trawy (*Grasbacillus*), lasecznikiem łożu napletkowego (*bacillus smegmae*), prątkiem wyhodowanym z mleka, z nawozu, z lasecznikiem padalca, a szczególnie z prątkiem wrzekomo-perlicowym.

Podług M. zastrzyknięcie drobnoustrojów kwasoopornych wywołuje w organizmie powstanie ciał ochronnych, które działają nie tylko na przedstawicieli tego samego gatunku, lecz i na całą grupę drobnoustrojów kwasoopornych.

Sprawa szczepienia gruźlicy zrobiła jednak duży krok naprzód dopiero od odkrycia KOCH'a, ogłoszonego na Kongresie międzynarodowym przeciwgruźliczym w Londynie 1901 r., o różnicy pomiędzy lasecznikami ludzkimi a bydłecymi. Zasada dualizmu była punktem wyjścia do prób szczepienia bydła przeciwko perlicy zapomocą laseczników ludzkich.

BEHRING (14) poraz pierwszy ogłosił tę metodę w Sztokholmie 1901 r. Jako szczepionka służy mu hodowla gruźlicy ludzkiej. Zaczyna on od wstrzyknięcia do *vena jugularis* 0,004 gr. hodowli suchej, rozpuszczonej w 4 c. sz. wody; po 3-ch miesiącach następuje drugie wstrzyknięcie, 5 razy silniejsze od pierwszego. Zwykle wstrzyknięcia te nie dają żadnej reakcji termicznej, a w przypadkach, w których ona występuje, trzeba przypuszczać zakażenie poprzednie.

Pod tym względem wiek odgrywa ważną rolę: u zwierząt starszych ponad rok reakcja jest niekiedy tak silna, że może być obawa o życie; w kilka godzin po wstrzyknięciu oddech staje się ciężki, powstają objawy obrzęku płuc, niekiedy można zauważyć w opłucnej obfity wysięk surowiczy; wszystkie te zmiany jednak znikają po pewnym czasie i na sekcji nie znajduje się żadnych śladów zapalenia. Przeciwnie, cielęta nawet bardzo młode, od 4-ch tygodni do 3-ch miesięcy, znoszą wstrzyknięcia bez żadnej reakcji, tak iż BEHRING uważa za najlepsze szczepienie gruźlicy zwierzętom poniżej 3-ch miesięcy. Zwierzętom uodpornionym można wstrzyknąć następnie gruźlicę jadowitą bez żadnej dla nich szkody; na sekcji nie daje się zauważyć żadnych zmian lub też tylko gruzelki włókniste, gdy tymczasem zwierzęta nieprzygotowane padają ze zmianami gruźliczemi we wszystkich narządach.

Wkrótce THOMASSEN (15) potwierdza odkrycie BEHRING'a. Wstrzykiwał on laseczniki ludzkie, hodowane na kartoflu glicerynowym, do *vena jugularis* cielęcia w dawce 0,020 do 0,030 gr. Wstrzyknięcie to wywoływało po 10-u dniach reakcję termiczną, trwającą około tygodnia. We 2 miesiące potem zwierzę otrzymywało 0,040 gr. świeżej hodowli laseczników bydłych; stan jego był wciąż zadowalający, pomimo iż reakcja dochodziła do 2°. Wreszcie po 3-iem wstrzyknięciu takim samym, jak drugie, zwierzę zabito i stwierdzono w płucach gruzelki zwapnione, co autor tłumaczy stanem odporności nabytej.

ROEMER, SCHLEGEL, LORENZ, BANG, OSTERMANN i inni potwierdzają wywody BEHRING'a.

Niektórzy badacze jednak wyrażają pewne wątpliwości co do skuteczności tej metody.

KLIMMER (16) wypróbował metodę BEHRING'a w Dreźnie i doszedł do następujących wniosków:

1) Bydło uodpornione tą metodą wykazywało daleko wyższą odporność na laseczniki bydłce, niż było nieuodpornione.

2) Na sekcji zwierząt uodpornionych znajduje się zmiany nie zagrażające życiu i zawsze daleko mniej rozległe, niż u zwierząt nieuodpornionych.

3) Zdarza się jednak, że niektóre zwierzęta szczepione są mniej odporne na gruźlicę, niż nieszczepione.

MARKS (17) sprawdzał doświadczenia BEHRING'a na dużym materiale. 755 sztuk cieląt, mających od 3-ch tygodni do 4-ch miesięcy życia, poddano jednemu wstrzyknięciu, a 322 sztuki powtórnie. Badacz ten dochodzi do wniosku, że szczepienie niezawsze jest metodą zupełnie bezpieczną. Wiele zwierząt dostaje kaszlu i duszności, co jednak wkrótce przechodzi; 5 sztuk zachorowało na wyraźną gruźlicę, z tych jedna padła, a 4-ry były zabite.

EBER (18) stwierdza, że można uodpornić bydło przeciwko perlicy, lecz uodpornienie to jest względne.

PEPERA (19) jest tego samego zdania; sądzi on, że odporność nabyta przeciwko perlicy jest tylko przejściowa i może zniknąć pod wpływem pewnych warunków, jak ciąża, karmienie i t. d. W organach zwierząt uważanych za uodpornione mogą pozostać laseczniki jadowite, które rozwiną się, jeżeli tylko organizm znajdzie się w gorszych warunkach.

Większość jednak badań, opartych na bogatym materiale, okazuje się przychylną metodzie BEHRING'a.

HUTYRA (20), któremu węgierskie ministerium rolnictwa poleciło wypróbować szczepionkę BEHRING'a, przeprowadził badania na dużej liczbie bydła. Wnioski jego są przychylnie dla tej metody. U zwierząt uodpornionych wstrzyknięcie dożylnie wielokrotnej dawki śmiertelnej laseczników bydłych jadowitych dawało zmiany bardzo ograniczone; takie samo wstrzyknięcie podskórne wywoływało tylko sprawę miejscową. Tymczasem u zwierząt nieuodpornionych wstrzyknięcie dożylnie sprowadzało perlicę ogólną, bardzo szybko śmiertelną, wstrzyknięcie zaś podskórne dawało początek perlicy narządów wewnętrznych.

HUTYRA uodporniał bydło z dobrym skutkiem nie tylko szczepionką BEHRING'a, lecz wprost przez wstrzyknięcie hodowli gruźliczej pochodzenia ludzkiego lub małego. Hodowle na kartoflu glicerynowym były suszone i zastrzykiwane bydłu do *vena jugularis* w ilości 0,005 gr. za pierwszym razem i 0,025 gr. za drugim razem po $5\frac{1}{2}$ tygodniach. Pierwsze wstrzyknięcie nie dawało żadnej reakcji termicznej, po drugim zaś występowała gorączka przez dwa dni. W 7 tygodni po drugim wstrzyknięciu H. zbadał stan odporności zwierząt, wstrzykując im dożylnie 0,02 gr. hodowli bydłowej jadowitej; taką samą ilość zastrzyknął również zwierzętom nieuodpornionym: te ostatnie zachorowały szybko i padły po 17—28 dniach. Woły uodpornione reagowały silnie na wstrzyknięcie jadu gruźliczego, ciepota na pewien czas się podniosła, lecz później zwierzęta wyzdrowiały i waga ich wzrosła. Po 3-ch miesiącach zabito je i na seceyi znaleziono zmiany gruźlicze nieznaczne, a u jednego z wołów płuca były zupełnie zdrowe. Wziąwszy pod uwagę, że dawka jadu wynosiła 0,02 do 0,25 gr., t. j. że była prawie 20 razy śmiertelną, łatwo sobie wyobrazić, że prosta dawka śmiertelna mogłaby nie sprowadzić żadnej zmiany gruźliczej.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

10. W. Rühl O niebezpieczeństwach pubiotomii i sposobach ich uniknięcia.

Na pytanie, czy pubiotomię można zaliczyć do operacji nadających się do wykonywania w praktyce prywatnej, odpowiada autor przytoczeniem następującego przypadku. Wezwany na wieś do 31 lat liczącej wtóróródki, mającej miednicę ogólnie zwężoną, płaską, o sprężnej 6,5 ctm., w chwili gdy wody odeszły i główka była wciśnięta do wchodu miednicy, autor przystąpił do wykonania pubiotomii. Po przecięciu kości według metody DOEDERLEIN'a, zastosował na główkę wysokie kleszcze. Podczas wydobywania płodu, które zresztą dość łatwo się powiodło, kości miednicy rozeszły się prawie na 5 ctm. Po operacji przekonał się jednak, że części miękkie doznały silnego uszkodzenia, oprócz bowiem znacznego rozdarcia krocza nastąpiło rozdarcie przedniej ściany pochwy i, co najgorsze, pęcherza, tak iż wewnętrzna ściana jego, jak księga otwarta, leżała przed operatorem. Wolne końce kości sterczały w ranie pochwy, a nawet sięgały do pęcherza. W tej samej izbie chłop-

skiej, a więc w ciężkich warunkach, autor przystąpił natychmiast do zeszywania rany pęcherza, pochwy i krocza. Rana pęcherza rozciągała się w kształcie linii łamanej od cięcia kości, przez całą pochwę aż do otworu cewki, przytem przekonano się, że pęcherz był nieprawidłowo przyrośnięty do kości łonowej. Zeszywanie rozdartych części powiodło się i na zakończenie wprowadzono od zewnątrz między ścianę pochwy a zstępującą gałąź kości łonowej dren w postaci paska gazy jodoformowej. Pomimo ciężkiego uszkodzenia położnica wyzdrowiała, pozostała jej jednak na długo przetoka pęcherzowo-pochwowa wraz z bezwładem zwieracza cewki moczowej.

Niepomyślny ten przypadek skłonił autora do zbadania na żywych i na trupach warunków powstawania rozdarcia pęcherza podczas wykonywania pubiotomii. Uszkodzenia pęcherza mogą powstać w czworaki sposób: 1) wskutek bezpośredniego uszkodzenia pęcherza przez igłę podczas przeprowadzania jej dokoła i poza kością łonową. Uniknąć tego można, przeprowadzając igłę możliwie ostrożnie po odseparowaniu przedniem miękkich części z tyłu od kości; 2) podczas rozchodzenia się końców kości przepiłowanej pęcherz wskutek nadmiernie mocnych zrostów z niepodatną i nierozciągliwą ścianą pochwy ulega razem z nią rozdarcie; 3) wskutek silnych i obszernych zrostów pęcherza z gałęziami zstępującymi kości łonowych lub wstępującymi kości kulszowych może nastąpić rozdarcie pęcherza przy rozchodzeniu się przepiłowanych końców kości; jest to najczęstsza i najważniejsza przyczyna uszkodzeń pęcherza podczas pubiotomii. To właśnie było przyczyną powstania uszkodzenia w przypadku przytoczonym przez autora; 4) wreszcie uszkodzenia pęcherza mogą powstać także, jeśli ściana pęcherza, dostawszy się w szczelinę między ostre brzości przepołowionych kości, lub między brzości te a główkę przechodzącą przez miednicę, ulega rozdarcie lub zmiążdżeniu. Aby uniknąć rozdarcia pęcherza, należy, według autora, odkleić zapobiegawczo, a więc przed przecięciem spojenia, pęcherz od ściany pochwy po tej stronie, po której ma być wykonana pubiotomia. Zwłaszcza pamiętać o tem trzeba w przypadkach przewlekłych zapaleń miednicy, gdy można przypuścić istnienie silnych, niepodatnych zrostów pęcherza z pochwą, lub tych dwu narządów z kośćmi miednicy. Sposób odklejenia pęcherza ten sam, jaki stosowany bywa podczas operacji wycinania macicy przez pochwę. Ostateczny wniosek autora jest ten, że pubiotomia nie nadaje się do wykonywania w praktyce prywatnej.

(*Monatschrift f. Geb. u. Gyn. T. XXIV. Z. 3.*)

Zweiggbaum.

11. Preller. Przypadek pubiotomii powtórnej.

Już nieraz zadawano sobie pytanie, jaki przebieg mieć będą dalsze porody po uprzedniej pubiotomii? Czy pod względem wpływu tej operacji na rozszerzenie się miednicy, pubiotomia wytrzyma porównanie z symfizeotomią, która, jak z doświadczenia klinicznego wiadomo, oddziaływała pod tym względem na miednicę zbawiennie: umożliwia następnym porodom przebieg samodzielny.

Ponieważ pubiotomia dopiero od niedawna znalazła zastosowanie w praktyce, więc dotąd zdołano opublikować [REIFFERSCHIED] jeden zaledwie przypadek porodu samodzielnego u kobiety, poddanej już przed rokiem podczas pierwszego porodu pubiotomii. Pomimo bardzo małego dziecka [3000 grm., gdy pierwsze dziecko ważyło 3600 grm.] bardzo wąska blizna międzykostna, która pozostała po dawnej pubiotomii, rozeszła się obecnie podczas przejścia główki przez miednicę na szerokość palca. Stało się tak tylko dlatego, że najprawdopodobniej zagojenie się szczeliny nastąpiło wówczas nie przez kostninę, lecz przez tkankę włóknistą, do rozszerzenia się zupełnie podatną. Oto dlatego niektórzy operatorowie dążą nawet do tego, żeby zagojenie się szczeliny międzykostnej po pubiotomii nastąpiło nie przez kostninę, lecz przez połą-

czenie łączno-tkankowe i w tym celu po pubiotomii nakładają zupełnie luźno opaskę dokoła miednicy i zalecają położnicy wczesne wstanie z łóżka. Środki te jednak rzadko pomagają, gdyż nawet z masy włóknistej po pewnym czasie wytwarza się kostnina wskutek odkładania się soli wapnia. Tylko nowa ciąża, jeśli wcześniej po pubiotomii nastąpi, może wstrzymać zwapnienie i spowodować rozluźnienie się tkanki łącznej. Najczęściej jednak już od samego początku wytwarza się tęga kostnina, powodująca zupełną niepodatność pierścienia miednicy. W tych razach przy następnym porodzie nie pozostanie nic innego, jak tylko wykonanie cięcia cesarskiego lub powtórnej pubiotomii.

Taki właśnie przypadek spostrzega PRELLER. Wskutek zrostu odcinków przeciętej przy pubiotomii kości łonowej zwężenie płaskiej, rachistycznej miednicy nie uległo wcale zmianie na lepsze. To też podczas następnego porodu główka pozostała ruchomą nad wchodem miednicy nawet po 16-u godzinach pracy porodowej. Trzeba więc było zdecydować się na zabieg operacyjny i wybrać między cięciem cesarskim a pubiotomią powtórna. Rodząca, która miała w pamięci łatwą i pomyślną pierwszą pubiotomię, chętnie zdecydowała się i na drugą.

Powtórna tę pubiotomię wykonano po prawej stronie [pierwsza była po lewej], gdyż stwierdzono, że pęczarz zbaczał zupełnie na lewo i był, jak się zdaje, przyrośnięty do starej blizny pubiotomijnej. Operację wykonano sposobem DOEDERLEIN'a; następnie przez obrót na nóżki wydobyto dziecko wagi 3820 grm. [o 720 grm. cięższe niż pierwszej]. Podczas przejścia główki przez małą miednicę kości rozeszły się na szerokość dwu palców. Przebieg porodu był zupełnie pomyślny: na 12-y dzień położnica wstała z łóżka i mogła się swobodnie przechadzać po pokoju.

Tym razem, jak się zdaje, pozostało dość znaczne rozszerzenie miednicy.
(Centbl. f. Gynäk. 1907. Nr 2). Zweygbaum.

Przegląd bibliograficzny.

Przegląd niektórych najnowszych prac z dziedziny chorób dróg oddechowych.

Podał

Dr med. Alfred Sokołowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 6].

2) G. DAREMBERG. *Les différentes formes cliniques et sociales de la tuberculose pulmonaire. Pronostic. Diagnostic. Traitement. Paris. 1905.*

DAREMBERG, który wydał przed laty kilkunastu doskonałą książkę w sprawie higieniczno-dyetycznego leczenia suchot, obecnie w książce pod powyższym tytułem, rozszerzył nieco zadanie pracy, obok bowiem nowoczesnych poglądów terapii higieniczno-dyetycznej porusza jeszcze niektóre ważne zagadnienia, odnoszące się do etyologii gruźlicy płuc, mając przedewszystkiem

na względnie warunki ubogiej ludności francuskiej; pod tym względem autor ujawnia nam fakty ciekawe niezwykle, i tak na podstawie danych statystycznych D. wykazuje, że śmiertelność z suchot płucnych wśród ludności, a bardziej jeszcze w wojsku nie zmniejsza się, przeciwnie nawet wzrasta, co stanowi rażąco sprzeczność z podobnymi danymi w Niemczech i Anglii, w których to krajach śmiertelność z gruźlicy w ciągu lat ostatnich stopniowo stale się zmniejsza. Ten smutny fakt szerzenia się nadmiernego gruźlicy, szczególnie wśród ludności robotczej, stara się autor postawić w związku ze wzmagającym się stale we Francji, szczególnie wśród ubogiej ludności alkoholizmem, który doprowadza do wzmagającego się stale pauperyzmu, zwiększony bowiem zarobek robotników prawie cały idzie w ręce szynkarzy. Stąd też i autor w dalszych wykładach propaguje podjęcie energicznej walki z alkoholizmem przez wydanie odnośnych praw, wprowadzenie państwowego ubezpieczenia robotników, a wreszcie tworzenie na podobieństwo Niemiec na koszt państwa dużej liczby sanatoryjów dla ubogich suchotników. W części pierwszej swej pracy autor zajmuje się przeważnie rozbiorem zadań terapii higieniczno-dyetycznej, opisując szczegółowo podstawy leczenia odżywczego, klimatycznego i sanatoryjnego, jednocześnie poruszane są kwestye dyagnostyki, szczególnie poczynających się okresów suchot. Cała praca przedstawia bardzo udanie i krytycznie całościowo dzisiejszej nauki o terapii suchot, przytem jest napisana pięknym językiem i z wydatnym talentem literackim. Stąd też może być zalecona jako książka przyjemna i pożyteczna.

3) Dr CH. SABOURIN. *Les Embolies bronchitiques tuberculeuse. Etudes cliniques. Paris 1906.*

SABOURIN, dyrektor sanatorium w Durtol, skreślił obszerną monografię kliniczną, rozumiejąc pod powyższym tytułem pewne przebieżne zapalenia płucno-opłucnowe natury gruźliczej, występujące w przebiegu przewlekłych suchot płucnych wskutek embolicznego szerzenia się sprawy gruźliczej. Autor dzieli te sprawy z punktu widzenia klinicznego na trzy odrębne jeszcze kategorie: 1) Zapalenia zgorzelinowe (*les pneumonies et les pleuro-pneumonies tuberculeuses nécrosantes*); 2) zapalenia zgorzelinowe powierzchowne i bóle w boku z towarzyszeniem gorączki (*les pneumonies nécrosantes superficielles et les points de côté fébriles*); 3) zapalenia płucno-opłucnowe międzyrazowe (*les pleuro-pneumonies tuberculeuses scissurales*). Co się tyczy pierwszej kategorii spraw opisanych przez autora, to po rozejrzeniu się szczegółowem w jego kazuistycznym materiale, sprawy powyższe zdają mi się być zwykłymi postaciami tak zwanych zapaleń serowatych, znanych od dawna i szczególnie pięknie opracowanych przez szkołę francuską. Sprawy te bardzo często i pod różną postacią i ze zmiennym przebiegiem wikłają przewlekłe suchoty płucne, wywołując często końcową postać tak zwanej gruźlicy podostrawej. Dlatego też sądziłbym, że autor wywody swoje opiera li tylko na badaniach anatomiczno-patologicznych. Wyżej powiedziane stosuje się jeszcze w wyższym stopniu do trzeciej kategorii spraw tak zwanych zapaleń międzyrazowych natury gruźliczej. Dla mnie przynajmniej nie są przemawiającymi fakty kliniczne autora za tego rodzaju genezą tych spraw, co jedynie liczne badania anatomiczno-patologiczne potwierdzićby mogły.

4) J. A. LINDSAY. *Clinical lectures on diseases of the Lungs. London 1906.*

Jest to wybornie ułożony podręcznik chorób dróg oddechowych do użytku lekarzy praktyków, stąd też i pominięte zostały, niesłusznie zdaniem mojem, wszelkie kwestye teoretyczne, a przedewszystkiem anatomia patologiczna. Autor położył głównie nacisk na rozpoznanie różniczkowe cierpień i ich terapię. Poprzedził zaś wykład specjalny ułożoną bardzo zręcznie dya-

gnostyką ogólną chorób dróg oddechowych; bardzo obszerny rozdział poświęcono gruźlicy płucnej: tu autor rozbiera szczegółowo sposoby rozpoznawania pierwszych okresów choroby, a w rozdziale poświęconym leczeniu omawia krytycznie najnowsze problemy fizjoterapeutyczne. Na zakończenie autor poświęca krótkie rozdziały powikłaniom płucnym różnorodnych cierpień, oraz chorobom płucnym, właściwym wiekowi dziecięcemu. Wykład jest jasny, układ rozdziałów doskonały, stąd też i książka nadaje się jako wyborny podręcznik dla lekarzy praktyków.

Wiadomości bieżące.

— Z ostatniego sprawozdania komisji, zajmującej się budową morgi na Pradze, dowiadujemy się, że wydano na nią 50 tysięcy rubli, i że na pokrycie reszty kosztów będzie trzeba dodać większą jeszcze sumę. Nie zaprzeczając bynajmniej pewnych korzyści z tej instytucji, na którą wiele bogatszych miast niż Warszawa zdobyć się nie mogło, uważamy za niezbyt szczęśliwy pomysł wybudowania morgi w punkcie, z którego tylko Praga i co najwyżej Powiśle skorzystać będzie mogło. Utworzony przy mordzie Instytut anatomo-patologiczny, który powinien być przeznaczony na sekcje i analizy sądowe, ze względu na oddalenie będzie mógł spełniać małą część tylko swego zadania.

Ale i w tych warunkach instytucja ta, prowadzona przez ludzi odpowiednio wykształconych i uzdolnionych, może oddać wielkie usługi, tem bardziej, że sprawa sekcji i analiz sądowych dotąd na złym była oparta gruncie. Wszyscy jeszcze mamy świeżo w pamięci sprawę sekcji, która omal nie posłużyła do skazania człowieka zupełnie niewinnego [patrz artykuł kol. C i e c h o m s k i e g o w zeszytowanej Gazecie Lekarskiej]. Sprawa ta ujawniła w należytem świetle wartość dowodów, dostarczanych przez obecnie wykonywane sekcje sądowe, wartość, którą my, lekarze szpitalni, jużesmy dawno w sposób należyty ocenili. A przecież od wyników tej sekcji często zależy wolność, a nawet życie podsądnego.

Zanim więc miasto zdobędzie się na morgę dla Warszawy, powinno, po porozumieniu się z władzami sądowymi, u nas świeżo wybudowany Instytut odpowiednio urządzić i we właściwe, kompetentne oddać ręce.

Z morgą, jak głosi sprawozdanie, związana jest kamera dezynfekcyjna, która również tylko Pragę będzie mogła obsługiwać.

I pod tym względem dzięki energicznym zabiegom dra K r y ż e g o Praga uprzedziła Warszawę. Ale przy tej okazji pozwólmym sobie wyrazić życzenie: oby ta kamera nie wzorowała się na naszych kamerach szpitalnych. W kamerze dezynfekcyjnej, poza ciśnieniem pary, rzeczą wielkiej wagi jest przy każdej dezynfekcji odpowiednio prowadzona kontrola nad wysokością ciepłoty i trwaniem jej działania. Pod tym względem kamery niemieckie ustępują francuskim. Wtedy gdy kamery francuskie mają kontrolę automatyczną, w kamerach niemieckich wszystko zależy od sumiennosci i wyrobienia mechanika, który właściwie wszystko prowadzi bez ścisłej kontroli, na własną odpowiedzialność. Wobec tego, że nasze szpitale sprowadziły kamery niemieckie i dały do ich obsługi ludzi bez należytego przygotowania, cała nasza dezynfekcja szpitalna przeważnie jest tylko daremnym psuciem pary. Czy w przyszłej kamerze dezynfekcyjnej na Pradze będzie lepiej,

ze sprawozdań komisji wnioskować nie można. W każdym razie moglibyśmy zarzucić to, że wybrano typ kamery niemieckiej.

— **Lekarze więzienni.** „Wraczebnaja Gazeta“ drukuje w paru numerach ciekawy odcinek p. n. „Lekarze więzienni“. Wynika z niego, iż prawo bardzo niewyraźnie określa atrybucje lekarzy tych, następstwem zaś takiego stanu jest ich bierność, niemożność uczynienia czegokolwiek bądź do poprawienia nader opłakanych warunków zdrowotnych, szczególnie w chwili obecnej, w chwili tak olbrzymiego przepełnienia wszystkich więzień w całym państwie. Społeczeństwo, wyrażając z tego powodu pretensje pod adresem lekarzy więziennych, popełnia niesprawiedliwość. Zdaniem autora, najczęściej lekarze więzienni są zależni od widzimisię administracji.

— Przy końcu roku zeszłego otwarta została przy Instytucie Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu klinika chorób skórnych, zaopatrzona we wszelkie najnowsze urządzenia, na 30 łóżek z fundacji kupca N. Sinjagina. Dyrektorem kliniki mianowany został dr Solowjew, kierownikiem pracowni syfilidologii doświadczalnej prof. D. Zabołotnyj.

— Instytut Pasteur'a otrzymał zapis M. Andrae'a, wynoszący 1 $\frac{1}{4}$ miliona franków.

— W Brukseli otwarto szkołę dla medycyny stref gorących. Dyrektorem jest dr van Camphenout.

— Następcą Voit'a w Erlangen mianowany został prof. Gerhardt z Jeny.

— Prof. Leopold v. Schrötter, dyrektor III-iej kliniki wewnętrznej w Wiedniu, obchodził d. 5 lutego r. b. 70-lecie urodzin.

— 50-lecie doktoratu obchodził prof. Winternitz d. 14-go stycznia r. b.

— Zaczął wychodzić w Londynie kwartalnik p. t.: „*The British Journal of Tuberculosis*“, nakładem Baillière'a, Tindall'a & Co. Przedpłata roczna 5 mk.

— Następcą Arnold'a w Heidelbergu mianowany został prof. Ernst z Zurichu.

— Prof. Esmarck ukończył 84-y rok życia d. 9-go stycznia r. b.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzi w ciągu roku 1907 na tych samych warunkach, co i w roku zeszłym.

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

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

Do bieżącego numeru Gazety dołącza się broszurka p. t. „Zastosowanie lecznicze czystego fermentu winogrowego“ [Jacquenein'a].

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosfo-
ru, wzmacnia utlenianie, przy-
spiesza przemianę materyi

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p. p. Lekarzom.

— S. KARCZEWSKI —

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

Apteka Magistra A. BUKOWSKIEGO w Warszawie
Marszałkowska № 54

POLECA

Glycérophosphate de Chaux granulé

Ziarnisty Glycerofosfat wapnia,

wskazany przeciw krzywicy, słabości kości u dzieci i t. p.
Flakon 100,0—1 rs. 20 kop.

Sirupus Thymii cps. stosowany zamiast Pertussiny niemieckiej.

Cena flakonu 60 kop



Akademia Medyczna, 12 Czerwca 1892 r. Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892 r. i 3 Lipca 1899 r.

Bardzo pożyteczny produkt z
CASCARA SAGRADA

CASCARINE C¹² H¹⁰ O⁶ **LEPRINCE**

(Kaskarin Leprens)

WSKAZANIA: uporczywe zaparcia, choroby wątroby, jako środek antyseptyczny dla narządów trawienia; w atonii kiszek, w ztwardzeniu, w okresie ciąży i karmienia przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour, Paris. Składają we wszystkich aptekach i składach materjałów aptecznych.