

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PROMIENICA, Actinomycosis.

Podał Dr. F. Kijewski.

Z nazwą *Actinomycosis* spotykamy się w medycynie dopiero w ostatnich kilku latach, — jestto, że tak powiem, nabytek zupełnie współczesny nam, gdyż zaledwie 9 lat dobiega, jak, zawdzięczając sumiennym pracom rozmaitych badaczy, otrzymaliśmy pierwsze wiadomości dotyczące tak przyczyn tej choroby, jak i samego jej przebiegu. Nie idzie zatem, aby cierpienie to poprzednio nie istniało, owszem istnieć ono musiało podobnie jak i inne choroby, tylko nie odróżniano go od podobnych a licznych cierpień; posiadamy nawet ślad, że obserwowano nawet takie przypadki, ale nie zdawano sobie sprawy, co do natury tego straszego cierpienia.

Tak na przykład, już w roku 1845 Langenbeck obserwował przypadek *phlegmone praevertebrale*, objawy którego i szczególne cechy ropy pozwalają nam wnioskować, że miał do czynienia z *actinomycosis*.

Dopiero w roku 1877 badania Bollingera *) nad guzami szczęk wołów, znanymi poprzednio pod nazwą osteosarcoma, spina ventosa, raka kości, grzylcy kości, a także nad cierpieniem języka—*glossitis interstitialis chronica*, *tuberculosis linguae*, *degeneratio linguae* i t. p. a pospolicie zwanem *Holzszunge*, dostatecznie wykazały, że cierpienia takie są sprawą zapalną, mają charakter czysto pasorzytniczny, gdyż zależą od obecności grzybka swoistego.

Lebert **) w 1857 r. guzy takie badał i pomieścił je w atlasie swoim pod nazwą „*tumores fibroplastici*.”

Badaniem szczegółowem grzybka wykrytego przez Bol-

*) Bollinger.— Ueber eine neue Pilzkrankheit beim Rinde. Centralblatt f. d. medicin. Wissenschaften. 1878—N. 27, str. 482.

**) Lebert. — Traité d'anat. patholog. Atlas—tom I.

lingera zajął się Harz *) w 1877 r., który na zasadzie całego szeregu poszukiwań wykazał, że twór ten należy do grzybów, a na zasadzie promienistej budowy jego nazwał go actinomyces—grzybką promienistą. Ząd też samemu cierpieniu nadano nazwę *actinomycosis bovis*—*promienicy wołów* z tego tytułu, że początkowo obserwowano je tylko u wołów; późniejsze badania wykazały, że grzybki te również mogą się znajdować u świń, koni, psów i innych, skutkiem czego dodatek „bovis“ okazał się zbytecznym. — (Nazwa „promienica“ w języku polskim po raz pierwszy została użyta przez D-ra Przewoskiego na odczycie w Towarzystwie Lekarskim w 1884 roku). Harz zaliczył te grzybki do pleśni — (*Schimmelpilzen*), do jednej kategorii wraz z *Monosporium*, *Botrytis*, *Polyactis* etc.

Actinomyces poprzednio już widział Rivolta w 1868 roku, który opisywał je, lecz nie znał ich natury, --również Peroncito w latach 1868 — 1873 otrzymywał je z guzów umieszczonych na szczękach wołów (*osteosarcomata*), jednakowoż nie dał żadnego wyjaśnienia, dotyczącego roślinnego charakteru tych tworów. — Z równem niepowodzeniem w 1870 roku pracował nad nimi Hank, który uważał je za „*Pinselpilz*“.

W roku 1878 James Israel poraz pierwszy opublikował dwa przypadki choroby u człowieka spowodowanej obecnością podobnego grzybka; przebieg w obydwóch razach był zupełnie różny i tworzył, że tak powiem, dwie odrębne formy kliniczne promienicy.

Pierwszy przypadek Israel obserwował u 39 letniej kobiety Elki Jaffe, która przybyła w 1877 r. do oddziału chirurgicznego żydowskiego w Berlinie. Objawy, z jakimi przybyła chora, zniewalały do postawienia rozpoznania *ropnicy chronicznej* (*pyaemia chronica*).

Dziesięć miesięcy przed przybyciem do szpitala chora upadła piersią na kant deski; w jesieni 1876 r. zaczęła się uskarżać na ból w stawach, wystąpiła gorączka, a jednocześnie utworzył się na lewej stronie klatki piersiowej guz mały, twardy, który z wolna stawał się miękkim, bolesnym i znacznie się rozszerzył.

*) Harz. — Actinomycosis bovis, ein neuer Schimmel in den Geweben des Rindes. Jahrsbericht der. k. Thierarzeneischule in München 1877/78 Leipzig 1879—pag. 125.

Niemal jednocześnie powstało rozlane stwardnienie na lewej łydce. Po przecięciu obydwóch miejsc wypłynęła znaczna ilość cuchnącej ropy. Od tego czasu po całym ciele ustawicznie tworzyły się ropnie, które po części otwierano, po części zaś same pękały. Chora była nadzwyczajnie wyniszczona, T-ra 39^o, tętno 144, po 21 dniach pobytu w szpitalu zmarła.

Sekcyja wykazała mnóstwo ognisk ropnych rozmaitej wielkości, od ziarnka soczewicy do jabłka, niemal we wszystkich organach, tak zewnętrznych jako i wewnętrznych—pod skórą, w płucach, wątrobie, nerkach, śledzionie, kiszkiach. — Największa jama była w dolnym płacie lewego płuca.

W ropie już za życia, jakoteż i po śmierci znaleziono znaczną ilość grudek żółtawych wielkości ziarnka prosa. Badanie drobnowidzem owych grudek wykazało, że składają się one przeważnie z rozgałęzionych nici *mycelium* i ze swoistych *sporowatych* tworów, mających formę kulek lub pałeczek połączonych ze sobą na podobieństwo palców u ręki.

Israel uważa, że w tym przypadku głównym punktem wyjścia ropnicy było pierwotne porażenie płuc przez powyższe pasorzyty.

W drugim przypadku przytoczonym przez Israela (mężczyzna 36 letni—Herman Ebenstein) powstało obrzmienie, początkowo niebolesne, dolnej szczęki z prawej strony, skutkiem próchnienia (*caries*) 2, 3 i 4 zębów trzonowych. W następstwie obrzmiała cała prawa strona szyi i utworzył się ropień, który trzy razy otwierano przed przybyciem chorego do szpitala, co nastąpiło w Październiku 1877 roku. Wtedy znaleziono także ropień na prawej stronie szyi, po otwarciu którego wypłynęła ciecz surowiczo-ropna ze znaczną ilością grudek białawych lub szarozółtawych, nader drobnych, dochodzących do wielkości główki szpilki. Pomimo założenia drenów tworzyły się jeszcze ropnie z taką samą zawartością. — W końcu po kilku miesiącach chory wyzdrowiał.

Po bliższem zbadaniu grudek Israel znalazł w nich też same twory, co i w poprzednim przypadku. Wtedy uważał je Israel za twory roślinne i wraz z prof. Ferd. Cohn'em z Wrocławia przyjmował za *Steptothrix Försteri*.

To były pierwsze dwie obserwacje i badania, które Israel przeprowadził zupełnie niezależnie od poszukiwań Bollingera. W pracy swojej Israel starał się wykazać ścisły związek tych grzybków ze sprawą zapalną i chorobę samą

przedstawił jako odrębną mykozę u człowieka, grzybków zaś wcale nie uważał za identyczne z *actinomyces bovis* Bollingera *).

W tej samej pracy Israel opisał jeszcze jeden przypadek ropnia rozwijającego się pod okostną (abscessus subperiostalis) na szczęcie dolnej u dziewczynki 9-cio letniej Aleksandry Meyer. Ropień ten odpowiadał 3 spróchniałym zębom trzonowym z prawej strony. Po przecięciu wypłynęło niezbyt wiele ropy, w której były zawieszone grudki wielkości ziarnka prosa. W wypadku tym nastąpiło wyleczenie. — Badanie grudek wykazało, że składały się one z całych mas tworów podobnych do znajdujących w wyżej przytoczonych przypadkach.

W następnym roku 1879—19 Kwietnia na zjeździe chirurgicznym w Berlinie Ponfick opublikował rezultaty badania jednego przypadku phlegmone praevertebrale („Ueber eine wahrscheinlich mykotische Form von Wirbelcaries“) u 45 letniego kowala, który w ciągu 3-ch miesięcy leżał w szpitalu we Wrocławiu z powodu cierpienia płuc i kręgosłupa. Ponfick otwierał ciało i znalazł phlegmone praevertebrale, z próchnieniem części piersiowej kręgosłupa, z licznymi zatokami w mięśniach karkowych i grzbietowych. W ziarninie wyściełającej przetoki i w ropie wykryto drobne jak piasek żółtawe grudki; bliższe i dokładniejsze zbadanie mikroskopowe których wykazało, że składają się one z kolonii grzybków, identycznych z grzybkiem promienistym wykrytym u bydła rogatego przez Bollingera i znanym pod nazwą *actinomyces bovis* *).

Ztąd widzimy, że dopiero Ponfick pierwszy zwrócił uwagę na identyczność grzybków promienicy u człowieka i bydła i skonstatował ten fakt, że *actinomyces* wywołuje takie same zniszczenia w organach człowieka jak u bydła rogatego.

Pomimo to w tymże roku 1879 Israel ogłosił jeszcze jedno spostrzeżenie, w którym dowodził, że znalazł grzybki takie jak w pierwszych swoich przypadkach **). Spostrzeżenie to

*) James Israel — Neue Beobachtungen auf dem Gebiete der Mykosen des Menschen.

Virchows Archiv — Bd. LXXIV, str. 15—46. 1878 r.

*) Ponfick. Ueber eine eigenthümliche Form praevertebraler Phlegmone. Berl. Klin. Wochenschrift. 1879—s. 345. Breslauer ärztl. Zeitschrift I Jahrgang s. 117 (9 Mai 1879).

***) Israel.—Neue Beiträge zu den mikotischen Erkrankungen des Menschen, Virchows Archiv. Bd 78 str. 421—1879.

dotyczy 24 letniej dziewczyny Maryi Strübing, która zapadła na zdrowie skutkiem gwałtownych objawów porażenia płuca lewego. Zwolna powstało zapalenie tkanki podopłucnowej (peripleuritis), o charakterze pełzającym, z tworzeniem się licznych ropni; po 6-ciu miesiącach potworzyły się ropnie przerzutowe, na szczękach, pośladkach wybuchło zapalenie opłucnej z prawej strony, białkomocz, a 7-go miesiąca nastąpiła śmierć. W ropie już za życia znaleziono liczne znane grudki grzybów.

Badanie zwłok wykazało znaczną ilość ognisk zapalnych w lewym płucu z licznymi zlepkami grzybów; z lewej strony plegmone peripleuriticum i ropne nacieczenie opłucnej przeponowej, dalej pleuritis dextra, ropnie przerzutowe w wątrobie, nerce lewej, płucu prawem, na szczękach, pośladkach, a oprócz tego abscessus retroperitonealis z lewej strony wokolicy lędźwiowej. We wszystkich ogniskach ropnych znaleziono mnóstwo białawych i szarawych grudek, składających się z grzybków, budowę których drobiazgowo opisał Israel już w roku zeszłym.

W tymże przypadku znaleziono masę grzybków w zagłębieniach migdałków, zkąd też według wszelkiego prawdopodobieństwa, należy przypuszczać, że pasorzyt wniknął do organizmu tą drogą.

Ponfick pracował dalej nad wyświeceniem tej sprawy, badał rozwój choroby u zwierząt i u ludzi i opierając się jeszcze na 3-ch własnych spostrzeżeniach, opublikował w 1880 roku rezultaty swoich badań *), przyczem starał się dowieść identyczności cierpień takich u człowieka i zwierząt, pomimo odmiennych nieco objawów choroby, jak również że actinomycosis hominis nie stanowi żadnego odmiennego rodzaju ropnicy, lecz jest odrębną chorobą człowieka, zależną od obecności pasorzytów — grzybków promienistych.

Israel nie podzielał poglądów Ponficka, zkąd też wywiązała się żywa polemika pomiędzy tymi uczonymi,

Wnioski Ponficka zostały poparte świeżemi spostrzeżeniami Partscha **) i Rosenbacha ***) z Gettyngi; w roku 1882

*) Ponfick. — Ueber Actinomycose des Menschen. — Ber. Klin. Woch. 1880—N. 46 str. 660.

**) Partsch. — Zwei Fälle von Actinomycosis. Breslauer ärztliche Zeitschrift 1881. (III Jahrgang s. 78).

***) Rozenbach. — Zur Kenntniss der Strahlenpilzkrankungen beim Menschen Centralbl. f. Chirurgie. N. 15—1880.

wydał Ponfick pracę pod tytułem: „*Die Actinomykose des Menschen eine neue Infektionskrankheit*“, w której starał się zebrać wszystko, co tylko do tego czasu było znanem o tem cierpieniu, i opracował ten przedmiot drogą doświadczeń i badań anatomico-patologicznych.

Od tego czasu spotykamy się z licznymi pracami rozmaitych uczonych, w których autorowie starali się opracować samą istotę grzybka, jakoteż wyświecić zmiany spowodowane obecnością tego grzybka i ugrupować objawy choroby.

Należy tu wymienić takich uczonych jak Kundrat, Zeman, Chiari, Johne, Middeldorpf, Baumgarten, Boström, Israel, Magnussen, Murphy, Soltmann i wielu innych, skutkiem czego literatura dotycząca promienicy przedstawia się wcale pokaźnie, niebaczając na to, że rozpoznano tę chorobę zaledwie przed 9 laty.

Pomiędzy mnóstwem prac zasługuje na szczególniejszą uwagę praca Jamesa Israela *Klinische Beiträge zur Kenntnis der Actinomykose des Menschen*. Berlin 1885, w której autor zwraca przeważnie uwagę na kliniczne objawy choroby i stara się na zasadzie znanych mu przypadków usystematyzować objawy, ustalić rozpoznanie i etjologiję tego cierpienia.

Taki jest rys historyczny w grubych konturach rozwoju nauki o zajmującej nas chorobie.

Przed opisaniem objawów promienicy u człowieka, postaram się chociaż pobieżnie skreślić, jak przedstawia się ta choroba u zwierząt, i jakie były usiłowania badaczy w celu wykazania zaraźliwości jej.

Zwykłym siedliskiem actinomycosis u bydła rogatego są szczęki i to częściej dolna niż górna, dalej części miękkie otaczające pysk, jakoteż i sama jama pyska. Na miejscach tych spotykamy guz rozwijający się zwolna, stopniowo i dosięgający niekiedy rozmiarów główki dziecięcia. Głowa zwierzęcia wtedy traci zwykłą formę i na pierwszy rzut oka można przypuszczać, że mamy do czynienia z jakimś nowotworem.

Guz taki zwolna niszczy kości, mięśnie, błonę śluzową lub skórę i przedstawia rodzaj na pół miękkich mas rozpadowych, mających wielkie podobieństwo do *osteosarcoma*'u. Kości w częściach porażonych ulegają znacznym zmianom, miejscami są podziurawione jak rzeszoto, miejscami zaś silnie rozdęte z licznymi beleczkami kostnymi, tworzącymi jamki wypełnione

miękką massą, podobną do ziarniny, wielkości orzecha włoskiego, a nawet jajka kurzego. Powierzchnia rozkroju takiego guza jest blade-żółtawa lub różowa, usiana mnóstwem drobnych grudek żółtawych, które wypełniają wraz z gęstą cieczą małe jamki. W grudkach tych znajdujemy całe kolonije grzybka promienistego.

Podobneż twory spotykamy na miękkich częściach pyska, a szczególnie na języku. Wtedy język znacznie się powiększa, staje się twardym skutkiem rozwoju guzków rozmaitej wielkości.

Cierpienie całe przebiega pod postacią przewlekłego zapalenia języka z tworzeniem się guzów, które przyjmowano za mięsaki, gruzlicę i t. p. i uważano za niewyleczalne.— Języki takie pospolicie nazywają w Niemczech *Holzzung*.

Spostrzegano niekiedy pierwotnie rozwijającą się promienicę u bydła rogatego w gardzieli, gruczołach chłonnych, szyi, niekiedy punktem wyjścia są płuca, jak na to wskazują przypadki opisane przez Pfluga, Hinka i Puscha.

Pflug *) badał płuco krowy, która po 4-ch tygodniach choroby zdechła. Pod opłucną na powierzchni całego płuca znaleziono mnóstwo drobnutkich guziczków szarawych lub żółtawych, podobnymi tworami była zasiana cała powierzchnia rozkroju płuca. Każdy guziczek przedstawiał się jednolicie, nie można było nigdzie znaleźć części środkowej rozmiękczonej; w niektórych z nich badanie drobnowidzowe wykazywało żółtawe kuliste twory, składające się z grzybków promienistych.

Hink i Pusch znajdowali w płucach bydła rogatego guzy i jamy znacznej wielkości, w których spostrzegano grudki grzybków promienicy.

Również obserwowano pierwotne porażenie kiszek u wołów przez ten grzybek, jak o tem świadczy przypadek opisany przez R. Cinci **).

Oprócz tego spostrzegano promienicę u świń, których niemal wszystkie organy ulegały porażeniu.

Johne znajdował grzybki promieniste w migdałkach

*) Pflug,—Centralblatt f. d. med. Wissensch. N. 14—1882. (Beiträge zur Kenntniss der Lungenactinomycose).

**) Cinci R. Actinomycosi interstinale primitiva nuova forma actinica nei bovini. La clinica veterinaria N. 7 i 8. 1884.

zdrowych świń,—Virchow ¹⁾, Israel ²⁾, Hertwig ³⁾, Haselbach ⁴⁾, Duncker ⁵⁾ i inni widzieli grudki grzybków w mięsie świń. — Johne i Ponfick obserwowali je na wymionach, a Marchand ⁶⁾ opisuje jeden wypadek porażenia śledziony.

Johne ⁷⁾ obserwował kilka wypadków chronicznego zapalenia sznurka nasiennego u koni, skutkiem obecności grzybków promienistych. Rivolta opisywał podobne cierpienia koni, lecz nie uznawał je jako actinomycosis, a wyprowadzał zależność od innego rodzaju pasorzytów.

Słowem widzimy, że actinomycosis nie jest wyłącznem cierpieniem bydła rogatego, lecz że wiele innych zwierząt ulega tej chorobie, a należy się spodziewać, że badania dalej prowadzone w tym kierunku, wykażą nam jeszcze dalsze szeregi zwierząt jej podlegające.

Na zasadzie licznych spostrzeżeń wyprowadzono wniosek taki, że zwierzęta *trawożerne* przedstawiają najlepszy grunt do rozwoju grzybka promienistego; rzadziej spotykamy się z tą chorobą u *wszystko jedzących* (człowiek, świnia), drapieżne zaś zupełnie są zabezpieczone od niej.

Dla przekonania się o ile promienica jest zaraźliwą, dokonano całego szeregu prób, aby zaszczyć ją rozmaitym zwierzętom. Już Bollinger robił próby takie na cielętach, lecz bez żadnego rezultatu.

Siedamgrodzky *) szczepił promienicę na owcach i kochach, wprowadzając grzybek pod okostną szczęki dolnej, je-

1) Virchow. — Actinomycosis im Schweinefleisch. Virchows Archiv. Bd. 95.

2) Israel.—Demonstration von Actinomyces im Schweinefleisch, Prager med. Woch. N. 12 i 23, 1884,

3) Hertwig. — Actinomyces-Pilze im Schweinefleisch. Ad. Wochens. 1884. 5, 59.

4) Haselbach.—Ueber Actinomyces im Schweinefleisch.—Oesterr. Monatschr. d. Vet. 1884. S. 105.

5) Duncker.—Actinomyces in Schweinefleisch. The vet. journ.—1884—pag. 1.

6) Marchand. — Real-Encyclopedie der gesamten Heilkunde. — 1885. St. 172.

7) Johne. — Beiträge zur Aetiologie der Infectionsgeschwülste. (Bericht über das Veterinärwesen im Königreich Sachsen. f. d. Jahre 1884. — pag. 46.

*) Siedamgrotzky. — Epulis vom Rinde mit Actinomyces bovis. — (Bericht über das Veterinärwesen im Königreich Sachsen. — 1879. — Str. 26).

dnak bez skutku, gdyż na miejscu szczepienia powstawał ropień, w którym grzybków promienistych znaleźć nie mógł.

Perroncito **) szczepił krowie kawałki guza promienicy nad uchem i w okolicy szczęki dolnej, — w obydwóch miejscach powstały ropnie, które z wolna się zagoiły. Po 5 tygodniach zabił krowę, lecz nie znalazł ani śladu grzybków promienistych.

Johne ***) w 1882 r. ogłosił rezultaty swoich prób w celu zaszczepienia promienicy, wyjmował on grudki grzybków z guza za pomocą igielki i szczepił je same, albo też rozcierał w wodzie przekropionej i wstrzykiwał płyn taki za pomocą szprycki Pravatza. Johne zaszczepił dwóm krowom pod skórę w okolicę szczęki dolnej i do jamy brzusznej, trzeciej zaś krowie na wymieniu. We wszystkich 3-ch wypadkach po kilku miesiącach w jamie brzusznej powstały guzy z grudkami grzybów.

Jednocześnie niemal wyszła cenna praca Ponficka „*Die Actinomycosis des Menschen*,” w której autor opisał cały szereg doświadczeń nad rozmaitemi zwierzętami. Używał on do tego celu psów, królików i cieląt, i starał się zaszczepić promienicę 1) przez karmienie zwierząt kawałkami guza promienicy, 2) przez zastrzykiwanie, a nawet wprowadzanie całych kawałków pod skórę do jamy brzusznej i do przedniej kamery oka; 3) nakoniec drogą naczyń krwionośnych.

Ponfick zmuszał króliki, psy i cielęta do łykania od 20 — 600 grm. części guza porażonych promienicą, lecz próby te nie przyniosły żadnego rezultatu, gdyż po pewnym przeciągu czasu zwierzęta zdychały bez rozwoju promienicy.

Psom i królikom wprowadzał do przedniej kamery oka i do jamy otrzewnej bądź to kawałki świeżego guza ze szczęki wołu, bądź też czyste grudki grzybków, lecz skutkiem tego wywoływał tylko zapalenie tęczówki i zapalenie otrzewnej, kończące się zawsze śmiercią królików, rzadziej zaś psów. — Psy, które przeszły szczęśliwie chorobę, Ponfick zabijał znacznie później i badał ich organy, jednak nie znajdował grzybków promienicy.

**) Perroncito Eduard.—Ueber den Actinomyces bovis u. die Sarcoma der Rinder. Deutsche Zeitschrift f. Thiermedizin u. vergl. Pathologie.—1879.—Bd. V s. 33.

***) Johne.—Die Actinomybose oder Strahlerpilzkrankung, eine neue Infectiouskrankheit. — Deutsche Zeitschr. f. Thiermedizin. 1882—Tom II — s. 147—192.

Próby z cielętami lepiej się powiodły; — 7 cielętom wprowadzono do jamy otrzewnej grzybki promieniste, z tej liczby 4 padło w bardzo krótkim przeciągu czasu skutkiem włóknikowo-ropnego zapalenia otrzewnej, 3 zaś pozostałe skończyły znacznie później i we wszystkich 3-ch przypadkach Ponfick znalazł rozwinięte guziki z grzybkami promienistemi.

Również pożądaný skutek przyniosły próby szczepienia całych kawałków guza, dokonane na cielętach pod dziąsło, skórę, w tkankę międzymięśniową w okolicy szczęki dolnej i szyi. W teź same miejsca wprowadzał Ponfick psom i królikom grudki grzybków otrzymane od człowieka, lecz zawsze z rezultatem ujemnym.

W dalszym ciągu swoich doświadczeń Ponfick wstrzyknął dwóm psom do vena jugularis po 60 grm. roztworu soli kuchennej, w którym były zawieszony grudki grzybków promienistych, wyjęte z guza szczęki dolnej wołu. Po kilku miesiącach badanie zwłok tych psów nie wykazało żadnego porażenia, ani płuc, ani innych organów. Tą samą drogą t. j. przez vena jugularis i w takiź sam sposób wprowadził kawałki guza wielkości soczewicy cielęcui; po 110 dniach po zabiciu cielęcia przez wypuszczenie krwi, — znaleziono w płucach 27 guzików rozmaitej wielkości, w których badanie mikroskopem wykryło obecność grzybków promienistych.

Na zasadzie tych doświadczeń Ponfick przyszedł do tego przekonania, że króliki i psy zachowują się odpornie względem wyżej wymienionych grzybków, gdyż rozmaite sposoby jakie przedsięwziął w celu wprowadzenia ich do organizmu tych zwierząt nie przyniosły pożądanego rezultatu. Lecz wniosek taki Ponficka, jak wykazały późniejsze badania robione w tym samym celu, był mylnym.

Gutmann w Dorpacie w 1882 r. ogłosił rezultaty szczepień promienicy na bydle rogatem, koniu i kozie. Gutmann brał świeże kawałki guza z wołu porażonego promienicą, wyjmował grudki za pomocą igielki, rozcierał je w wodzie przekrojonej i płyn taki wstrzykiwał za pomocą szprycki Pravata w *margo interdentalis* szczęki dolnej. Po upływie kilku dni w miejscu zastrzyknięcia utworzył się ropień, po przecięciu którego wypływała cuchnąca ropa, lecz bez grzybków promienicy. W kilka miesięcy potem konia i kozę zabito, jednak badanie organów wewnętrznych nie wykazało ani śladu wymienionych grzybków.

Następnie Gutmann wstrzykiwał takiż sam płyn do jamy otrzewnej krowy, zakażenie jednak nie nastąpiło.

W dalszym ciągu robił doświadczenia nad bykiem, któremu zastrzykiwał grzybki roztarte w wodzie do jamy brzusznej i do przedniej komory oka. Po kilku miesiącach zwierzę padło. Przy sekcji znaleziono drobne żółtawe guziczki na otrzewnej, w nerkach, sercu, gruczołach chłonnych krezki, we wszystkich niemal za pomocą badania drobnowidzowego wykryto kolonije grzybków promienistych.

W następnym roku 1883 udało się Israelowi zaszczerpić promienicę z człowieka na króliku.

Israel brał kawałki tkanki granulacyjnej z guza powstałego na klatce piersiowej od chorego, który uległ pierwotnemu porażeniu płuc promienicą, i wprowadził je do jamy brzusznej królika. Po 10 tygodniach królik zdechł. Przy sekcji Israel znalazł w jamie brzusznej guziki wielkości ziarnka konopnego, grochu, a nawet wiśni, bezpośrednio zrosnięte z otrzewną, albo też za pomocą dłuższych lub krótszych zrostów. W niektórych miejscach tkanka pozaotrzewnowa (retroperitonealis) przyjmowała udział w procesie, który przechodził na mięśnie. Grudki takie składały się z szaro-czerwonej tkanki granulacyjnej, pośród której znajdowały się iglaste kryształki tłuszczowe, barwnik krwi i grudki grzybków promienistych. Ze wszystkich tych cech Israel wnosi, że mamy do czynienia w danym wypadku z tworami, rozwój których zależy od obecności grzybków promienistych.

Z całego szeregu doświadczeń, jaki tu przytoczyłem, widzimy, że pomimo bezpośredniego wprowadzenia pasorzytu do organizmu zwierząt w bardzo wielu przypadkach szczepienie promienicy nie przynosi żadnego skutku. Należy przypuszczać, że w takich razach ważną rolę odgrywa *indywidualność* zwierzęcia t. j. wrażliwość organizmu jego na wpływ pewnych czynników.

Gutmann, naprzykład, wprowadzał do jamy brzusznej krowy grzybki promienicy, zakażenie jednak nie nastąpiło, pomimo to że bydło rogate przedstawia najwięcej skłonności do rozwoju tej choroby,—Ponfick zaś nie mógł zaszczerpić promienicy królikom, co się zupełnie udało Israelowi.

*) James Israel. — Erfolgreiche Uebtragung d. Actinomyose des Menschen auf das Kaninchen.— Centralblatt f. d. med. Wischensch. Nr. 23 — 1883.

Nie mniej ważną jest i ta okoliczność, że grzybki przed wprowadzeniem do organizmu zwierzęcego mogą uleść już zniszczeniu, zarodniki ich już nie posiadają odpowiedniej siły do rozwoju swego, albo też grzybki promienicy znajdują się w towarzystwie mnóstwa innych mikroorganizmów, szybciej i łatwiej się rozwijających, skutkiem czego same giną.

Na początku Maja b. r. otrzymałem głowę wołu z górną szczęką, zajęta przez guz promienicy. Głowa została mi przysłana na trzeci dzień po zabiciu zwierzęcia. Badając mikroskopowo zawartość jamek, znalazłem obok grzybków promienistych masy innych mikroorganizmów, pomimo to postanowiłem dokonać prób szczepienia na 3 królikach i 8 myszach. Powyjmowałem grudki grzybków i roztarłem je w wodzie przekroplonej i przegotowanej. Płyn taki wstrzyknąłem jednemu z królików do jamy brzusznej; trzeciego dnia po operacji królik zdechł skutkiem ostrego zapalenia otrzewnej.

Drugiemu królikowi wstrzyknąłem takiej samej mieszaniny całą szprykę Pravatza do jamy opłucnej z prawej strony, wprowadziłem pod skórę w jednym miejscu czyste grudki ki opłótkane w wodzie, a w drugim na grzbiecie kawałek samego guza wraz z grudkami, oprócz tego starałem się zaszczepić grzybki przez rozcieranie ich na obnażonych z naskórka uszach królików. Na uszach nic się nie przyjęło; w miejscach zaś zaszczepienia pod skórą powstały guzy dosyć twarde, zwolna się powiększające. Po 3-ch tygodniach zabiłem królika; w jamie opłucnej nie znalazłem ani śladu promienicy, na miejscu zaś odpowiadającym ukłóciu zauważyłem niewielką ciemo-czerwoną plamę. Tam gdzie były wprowadzone same grzybki, utworzyła się jama wypełniona ropą gęstą, blado-żółtą,—drugi ropień powstał na miejscu zaszczepienia kawałka guza. Tkanka naokoło była zmieniona, mięśnie twarde, sadłowate, tak że na pierwszy rzut oka przypuszczałem, że mam do czynienia z guzem promienicy, tembardziej, że w ropie znajdowałem drobne białawe grudki; ropień ten w ciągu 3-ch tygodni rozszerzył się nader szybko, zajął prawie całą prawą stronę brzucha, zmieniając jednocześnie i mięśnie ścianki brzusznej.

Ale pomimo starannego badania drobnowidzowego, nigdzie nie mogłem znaleźć grzybków promienicy, badanie zaś samej ropy i przeprowadzona hodowla wykazała mieszaninę rozmaitych mikroorganizmów.

Trzeciemu królikowi zaszczepiłem czyste pozornie gródki pod skórę. W miejscu tem powstał także ropień, który po trzech tygodniach pękł sam, lecz zawartość jego nie wylała się, gdyż przedstawiała gęstą masę podobną do tej, jaką widziałem w poprzednim przypadku. Królika tego pozostawiłem jeszcze do dalszych obserwacyj.

Myszom wprowadzałem grudki grzybków wprost do jamy otrzewnej, lecz wszystkie 8 doświadczeń nie przyniosły mi pożądanego skutku, gdyż myszy nader szybko zdychały skutkiem ostrego zapalenia otrzewnej. Dwie myszy, które żyły najdłużej, zdechły już we dwa dni po operacji.

W wypadkach tych badałem niemal wszystkie grudki wprowadzone do jamy brzusznej i w niektórych znalazłem zmiany w ustroju samego grzybka, wskazujące na pierwsze okresy rozwoju.

Nie można z pewnością utrzymywać, aby te zmiany powstały w organizmie myszy, być bardzo może, że w takim stanie już zostały zaszczepione.

Pierwsze próby moje nie zostały uwieńczone pomyślnym rezultatem, ale przypisuję to jedynie tej okoliczności, że nie zaszczepiłem czystego grzybka promienicy, ale mieszaninę rozmaitych mikroorganizmów. Mam jednak nadzieję, że dalsze doświadczenia dadzą mi możliwość wyprowadzenia pewniejszych wniosków. (d. c. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Nerwopatologija.

109. Prof. H. OBERSTEINER. **Choroby umysłowe wywołane przez zakażenie.** Die Infectionspsychosen. (*Wiener Klinik Z. II.*—r. 1886).

Choroby umysłowe, zależne od zakażenia, stanowią zupełnie odrębny i dość liczny dział chorób umysłowych.

Ciała trujące mogą powstać w samym ustroju skutkiem zmian chorobowych (*otrucia samorodne — autochton*), lub też dostają się one do ustroju z zewnątrz.

A. *Otrucia samorodne.*

Najważniejsze z nich są następujące:

Zaburzenia umysłowe pochodzenia *mocznicowego* cechują się sennością, mogącą przejść w śpiączkę.

Bardzo często przyłączają się później napady szału albo zadumy (melancholia).

Nagromadzenie się we krwi *acetoni* może również wywołać zaburzenia nerwowe i umysłowe.

Podczas *żółtaczki* dość często spostrzegać się dają napady silnego podrażnienia i następczego przygnębienia.

Objawy dość często spostrzegane po zupełnem wyłuszczeniu *gruczolu tarczowego* z pewnością zależą od otrucia jeszcze nieznanymi ciałami, które w tym gruczole zostają chemicznie zamienione na ciała dla ustroju nieszkodliwe.

Do tych objawów oprócz *tężca* (tetania—Weiss) zaliczyć należy t. zw. przez Koche'a *cachexia strumipriva* t. j. ogólne osłabienie, niedołęstwo umysłowe, powolność myślenia i mówienia; obrzmiewanie skóry, twarzy i kończyn, przez co chorzy mają wygląd kretynów.

B. Otrucia ciałami zewnętrznymi.

I. Otrucia ostre.

Liczba ciał trujących, wywołujących już po jednorazowym użyciu zaburzenia umysłowe, jest niewielką.

Pierwsze miejsce zajmuje otrucie *tlenkiem węgla* (Kohlenoxydgas). Ciało to albo odrazu wywołuje pierwotną zaćmienie świadomości (primäre Bewusstseintrübung), albo też dopiero po kilku tygodniach wywołuje się właściwa psychoza. W ostatnim przypadku gorzsze jest rokowanie, aniżeli w pierwszym. Gaz ten wywołac może osłupienie, dość często kończące się obłąkaniem. W razie śmierci można dość często znaleźć większe lub mniejsze rozmiękczenie istoty mózgowej.

Pamiętać należy, że u ludzi którzy przebyli otrucie tym gazem, prawie zawsze pozostaje osłabienie pamięci i trudniejsze pojmowanie rzeczy.

Planat opisał przypadek otrucia 20 grm. *kamfory*. W trzy tygodnie później wystąpiły halucynacje i obłąd. Chory następnie wyzdrowiał.

Zaburzenia umysłowe w następstwie *wilczej jagody*, *bielunia* i *trujących grzybków* zwykle po pewnym czasie przechodzą.

II. Otrucia przewlekłe.

Otrucia te powstać mogą skutkiem pewnych *zajęć, sposobu życia i pożywienia*.

Pierwsze w tym dziale miejsce zajmuje *ołów*.

Henkel wykazał, że przy przewlekłym otruciu *ołowiem* można znaleźć znaczną tegoż ilość w mózgu.

Encephalopathia saturnina przebiega pod postacią postępowego zniepełnienia umysłowego (*dementia progressiva*) i napadów padaczkowych.

Cierpienie właściwe poprzedzają ostre napływy (congestio) do głowy, bóle nerwowe, drzenie, prędkie męczenie się i przygnębienie hypochondryczne. Rokowanie w niezbyt zastarzałych przypadkach jest dość dobre.

Otrucie *rtęcią* daleko rzadziej wywołuje zaburzenia umysłowe, mianowicie postępowe zniepełnienie umysłowe. Sądono nawet, że to ostatnie cierpienie tak często napotykanie przy przy-

miocie, powinno być przypisane leczeniu rtęciowemu. Przypuszczenie to jednak jest fałszywe, gdyż przymiot daleko znaczniejsze wywołuje zmiany w mózgu, aniżeli rtęć.

Pod wpływem rtęci chorzy stają się niespokojni, przygnębieni, miewają gwałtowne halucynacje, dochodzące nieraz do wysokości szału.

Delpeche zwrócił uwagę na objawy mózgowo, powstałe skutkiem dłuższego wdychania *dwusiarku węgla*. Robotnicy kauczuku często zapadają na bóle głowy, brak snu, podrażnienie dochodzące w końcu do właściwego obłąkania. Z początku chorzy są mocno podnieceni, potem następuje upadek sił, senność i osłabienie pamięci.

(Według nowszych poszukiwań zaburzenia te zależą właściwie od domieszki H_2S , zanieczyszczającej siarek węgla a nie od tego ostatniego).

(Przyp. Red.).

Otrucie *siarkowodorem* może spowodować zupełnie podobne objawy (Hirst).

Bardzo ważne dla nas znaczenie mają zboczenia umysłowe, wywołane środkami, stosowanymi w celach *lecniczych*.

Harlich zebrał wszystkie przypadki zaburzeń umysłowych, wynikłych z otrucia *jodoformem*. Otrucie to wywołać może męczące napady strachu, bredzenia i obłąkania.

W bardzo ciężkich przypadkach następuje śpiączka i śmierć. Zejście to dotychczas było tylko spostrzeganiem u ludzi starszych nad lat 50.

Kowalewski widział obłąkanie po otruciu się *atropiną*. Podobne spostrzeżenie zrobił także Schroff.

Tak obszernie obecnie stosowany *chlorał*, przez większość lekarzy za nieszkodliwy uważany, może również wywołać pewne zaburzenia w sferze nerwowej i umysłowej.

Rehm z obszernego materiału statystycznego przekonał się, że już istniejące zaburzenia umysłowe po dłuższem stosowaniu chlorału znacznie się pogarszają.

Jedna większa dawka *bromku potassu* wywołać może pewne objawy umysłowe, jak osłabienie pamięci, ciężkość mowy i lekkie otrętwienie.

Bardzo wielu chorych po dłuższem użyciu tego środka uskarża się na niemożność zajmowania się pracą umysłową, na apatyję, upośledzenie słuchu; stan tych chorych wielce się zbliża do niedołęztwa umysłowego (Blödsinn). Objawy te z usunięciem środka ustępują dość często, jednak środek ten pozostawia po sobie pewne osłabienie umysłowe.

Niedawno w użycie wprowadzona *kokaina* również dać może powód do zaburzeń umysłowych, zupełnie podobnych do zakażeń, spostrzeganych przy przewlekłym *alkoholizmie*. O objawach tego ostatniego autor nie mówi wcale, jako o rzeczy dokładnie znanej.

Kwestyja szkodliwości *nikotyny* nie jest jeszcze rozstrzygniętą. Jedni nie wierzą, aby użycie tytoniu mogło wywołać zaburzenia umysłowe; inni znowu w najgorszem świetle wyobrażają so-

bie przyszłość palaczy, którym mianowicie zagraża postępowe zniechęcenie umysłowe.

Zdaniem autora, tak źle nie jest; nie ulega wszakże wątpliwości, że ustawiczne palenie nie może pozostać bez wpływu na układ nerwowy.

Za objawy mózgowe przewlekłego zatrucia nikotyną należy uważać płaczliwe usposobienie, niechęć do pracy umysłowej i uczucie strachu.

Niezmiernie doniosłe znaczenie posiadają przewlekłe otrucia *morfiną*, gdyż tego rodzaju przypadki napotykają się coraz częściej. Morfina bardzo szkodliwie działa na sprawy umysłowe. — Można się bardzo łatwo przyzwyczaić do morfiny. Niektórzy dochodzą do 2 gramów (dr. 1/2) dziennie; w obserwacji autora chory doszedł do 3 1/2 grama na dobę; w przypadku Hinkley'a chory używał do 4 1/2 grama (60 gran) na dzień.

Oprócz zewnętrznych objawów otrucia morfiną, spostrzegać można u morfinistów zaburzenia umysłowe, jak niezdolność do pracy, bierne wykonywanie swych obowiązków, przygnębione usposobienie, łatwość wybuchania, słaba pamięć, i chęć kłamania.

Leczenie morfinizmu nie tylko polega na prędszem lub powolniejszym odzwyczajaniu chorych od ich nieszczęśliwego nałogu, ale na zwalczaniu każdego chorobowego objawu.

Chorym w okresie odwykania od morfiny należy podawać wyskok w większej ilości, kąpiele, bromek potasu i posiłne pokarmy.

Ze środków lekarskich najlepiej działa *kokaina*, dawana do wewnątrz po jednym granie dwa, do czterech razy na dzień.

H. Goldblum.

(Autor pomija jeszcze możność powstawania zaburzeń umysłowych w chorobach czysto zakaźnych, np. po tyfusie, dalej skutek przewlekłego otrucia kwasem węglowym etc.). (Przyp. Red.).

110. Dr. AVERBECK. **Neurasthenia acuta, nagłe wyczerpanie energii nerwowej.** (*Die acute Neurasthenie, die plötzliche Erschöpfung der nervösen Energie.* Deut. Med. Zeit. 1886. NN. 27, 28, 29, 30, 31).

Neurasthenia acuta należy do t. zw. funkcyjonalnych chorób nerwowych.

Termin „funkcyjonalne choroby nerwowe“ powstał ztąd, iż przy dzisiejszym stanie nauki nie można jeszcze dla pewnych zaburzeń czynności systemu nerwowego wykryć w nim jakichkolwiek zmian anatomo patologicznych. Nie dowodzi to jednak ich nieobecności; nie przypuszczamy bowiem, ażeby mogły istnieć zaburzenia czynnościowe bez odpowiedniego podścieliska materialnego. — To wyodrębnienie owych cierpień ma wielkie znaczenie dla klinicysty, dla którego ważnem jest przedewszystkiem pytanie, czy chory jest uleczalny.

Termin „neurasthenia acuta“ pierwszy do nauki wprowadza A. — Neurasthenia acuta jest chorobą nabytą. Podlegają jej

najeczęściej ludzie, mający odziedziczoną skłonność do cierpień nerwowych lub też ci, których układ nerwowy znajduje się już w stanie równowagi niestałej. Neurasthenia ac. fizjologicznie da się porównać z obrazem wyczerpanego i obumierającego nerwu podług prawa Pflüger'a, klinicznie zaś jestto upadek energii nerwowej, bankructwo układu nerwowego, w groźniejszych wypadkach to, co zwykle nazywają „choc.“ Zmiany anatomo-patologiczne, jakie tej chorobie towarzyszą, nie zostały dotychczas zbadane; dadzą się one wykryć nie tyle zapewne makro- lub mikroskopijnie, ile na drodze analizy chemicznej. Przyczyną neurastenii ostrej jest zawsze lekceważenie praw natury i przepisów higieny. Powodem wystąpienia objawów neurastheniae ac. może być każda okoliczność, osłabiająca organizm. Nieraz wikła się nią jakaś blaha choroba i wtedy mówią o tej ostatniej, że przybrała charakter nerwowy. Ostrej neurastenii podlegz może albo cały ośrodkowy układ nerwowy, albo też oddzielne jego części, jak mózg, rdzeń kręgowy, lub układ sympatyczny. Stosownie do tego rozróżnić można kilka postaci neurastenii ostrej.

1. *Cerebrasthenia ac.*, ostre wyczerpanie energii nerwowej mózgu.

Tę formę spotykamy przedewszystkiem u uczącej się młodzieży, która jest przeciążona pracą w szkole. Miarą tego przeciążenia może być liczba cierpiących na oczy, która w wyższych klasach połowę wszystkich uczniów obejmuje. Tembardziej zagrożony jest z tej strony mózg. 25% uczniów szkół wyższych doznaje bólu głowy. Także często napotykanie u chłopców przytępienie słuchu jest pochodzenia nerwowego. — Okolicznością niekorzystnie na usposobienie uczącej się młodzieży wpływającą jest także ów rozbrat, jaki istnieje między szkołą a życiem. Zdania słyszane po za szkołą o wartości nabywanej tam wiedzy, zniechęcają młodzież do niej i czynią ją dla niej w dwójnasób trudniejszą i przykrą.

A. popiera system matematyczno przyrodniczy w szkołach średnich, utrzymując, iż wobec niego nauka nie będzie dla młodzieży przymusem i męczarnią, lecz przyjemnością, jaka zawsze towarzyszy nabywaniu istotnej wiedzy. Z drugiej strony system matematyczno-przyrodniczy daleko lepiej przygotowuje do życia i chroni od tych trudności i zawodów, jakie klasycznie wykształcony młodzieniec po wyjściu ze szkoły spotyka. — Prócz przeciążenia pracą i martwego kierunku szkolnictwa, zawiera szkoła dzisiejsza jeszcze jeden czynnik, mogący do sprowadzenia cerebrastenii się przyczynić, jest nim strach, jaki zwykle młodzież przed egzaminami ogarnia.

Studenci również zanadto obciążeni są pracą, ale im służy przynajmniej swoboda w wyborze przedmiotu studyjów.

Także pożałowania godnymi są t. zw. cudowne dzieci, jeżeli rodzice lub opiekunowie, niebacznie ich ambycją podniecając, do wysiłków w jednostronnej pracy zachęcają.

Dzisiejszemu systemowi wychowawczemu zarzucić można nie tylko przeładowanie młodzieży pracą umysłową, lecz także zaniedbanie rozwinięcia strony fizycznej.

Prócz młodzieży, widzimy wypadki neurasteni ostrej i wśród dojrzałych ludzi.

Tutaj czynnikami usposabiającymi jest ciężka walka o byt—rezykowne spekulacje, gra na giełdzie i t. p.

Natężona praca, oraz ta choroba stopniowo wyczerpują energię żywotną systemu nerwowego współczesnych ludzi, potrzeba trzeba tylko jakiegoś boleśniejszego ciosu, ażeby człowiek, którego zmęczony umysł podtrzymują podniety sztuczne i silne pobudki moralne, upadł, nie mogąc dalej pracować wcale lub z równą jak dawniej energią,—potrzeba tylko jakiegoś krachu giełdowego, ażeby gracz, który na nim majątek swój stracił, przedstawił obraz neurasteni ostrej.—Chory może przy sprzyjających warunkach powrócić do zdrowia, bardzo często jednak staje się neurastenikiem na całe życie; czasem neurasthenia ac. jest tak silną, że sprowadza zwyrodnienie mózgu; te wypadki zaliczają zwykle do *paralysis cerebri progressiva*.

2. *Myelasthenia*, ostre wyczerpanie energii nerwowej mleczaka pancerzowego. Trafia się ona często u ludzi dopuszczających się nadużyć in *Baccho et Venere*. Nadużycia te przyprowadzają rdzeń kręgowy do stanu równowagi niestajej, od której już tylko jeden krok do neurasteni ostrej.

Myelasthenia ac. łączy się nieraz z *Cerebrasthenią* i *Sympaticoasthenią*, przyczem przypadłości tej ostatniej na pierwszy plan występują.

3. *Sympaticoasthenia acuta* ostre wyczerpanie ośrodków nerwowych układu współczulnego, zwłaszcza układu sympatycznego narządów trawienia i płciowych. — Zdarza się ono najczęściej u urzędników, skutkiem braku ruchu, powietrza i światła. Wystąpienie sympatikoasteni poprzedzają zwykle pewne objawy zwiastujące.

Mają one dla organów trawienia tę cechę różniącą je od zaburzeń na tle anatomo-patologicznem, że największe ich natężenie przypada nie na chwilę stanu czynnego organów, lecz przeciwnie, osobnik taki najgorzej czuje się rano, naczczo; wtedy to głównie dokucza choremu ściskanie w dołku i w okolicy sercowej, nieraz z towarzyszeniem uczucia strachu. Objawy te nietylko słabną, ale nawet zupełnie znikają po przyjęciu pokarmu. Zwykle bywa przytem zaparcie stolca, które się przez zalecane w takich razach długotrwałe spacerowanie tylko pogarsza. — Objawy ostrej neurasteni są te same, tylko że natężenie ich jest większe; prócz tego konstatuje się na trzeci dzień nieznaczna gorączka. Chory odznacza się wielką troskliwością o swoje zdrowie. Po kilku dniach apetyt chorego powiększa się, nieraz bardzo znacznie; pomimo to pacjent chudnie; w wypróżnieniach znajdujemy nieprzetrawione części pokarmowe, zwłaszcza roślinne; mocz ma niski ciężar gatunkowy, odczyn obojętny lub alkaliczny, cukru ani glikogenu nie zawiera, chociaż rozkłada płyn Fehlinga (jednak bez wydzielenia tlenku miedzi).—W tych razach w stanie chorobliwym znajduje się *plexus coeliacus*.

Co się tyczy objawów poprzedzających sympatikoastenię organów płciowych, to mają one charakter łatwo pobudzalnej

słabości (reizbare Schwäche). U osobników tego rodzaju strona psychiczna bywa bardzo miłośnie nastrojona i lubieżne obrazy niezwykle zajmują wyobraźnię. Jednak ciało jest bezsilne. Erekcye są częste, lecz słabe, ejakulacja następuje przed czasem. Jeżeli tacy ludzie wstępują w związki małżeńskie, to żona może przez całe lata pozostawać virgo intacta. — Objawy sympatikostenii ostrej organów płciowych są następujące: Chory czuje się rano przy wstawaniu chorym i zbitym, głowa mu cięży, w okolicy łędźwiowej i krzyżowej doznaje nieokreślonego uczucia ciężkości albo ciśnienia, czuje się tam jakby złamanym. Mocz oddaje często, ale w bardzo małej ilości, po kilka kropel. W okolicy organów płciowych ma chory uczucie próżni (ein loses Gefühl), które go mocno niepokoi. Erekye znie-sione.

W moczu znajduje się śluzowy osad, zawierający ciała nasienne i wydzielinę gruczołu krokowego.

4. *Neurasthenia acuta generalis*, wyczerpanie siły żywotnej całego ośrodkowego układu nerwowego.—Opisane powyżej formy rzadko spotykają się w swej typowej czystości, lecz są najczęściej innemi postaciami powikłane. Przyczyny tego szukać należy nietylko w związku anatomicznym i fizjologicznym rozmaitych części centralnego systemu nerwowego, ale i w tej okoliczności, że na organizm ludzki najczęściej działa nie jedna szkodliwość, lecz kilka razem.—Zwykle objawy jednej z wyżej wymienionych postaci przeważają. — U urzędników spotyka się głównie formę: cerebro-symphatico-asthenia; takich nazywają ludźmi zużytymi, pedantami. Oficerowie, od których umysłu i ciała wymaga się bardzo dużo, podlegają cerebro-myeloastenii.

Ogólna neurastenia widzi się często u wojskowych w czasie wojny. Wielkie marsze, podniecanie wyczerpujących się sił sztuczniemi bodźcami, niedostateczna ilość godzin snu, życie hulaszce, wszystko to przygotowuje grunt do wybuchu napadu ostrej ogólnej neurastenii, t. j. zupełnego upadku wszystkich sił fizycznych i umysłowych skutkiem wyczerpania się energii życiowej całego ośrodkowego układu nerwowego. Forma ta spotyka się stosunkowo częściej u oficerów niż u prostych żołnierzy, a to dlatego, że oficerowie, chociaż mniej znoszą fizycznie, zmuszeni są do większej pracy umysłowej i narażeni na silniejsze wzruszenia moralne.

Taka neurastenia ac. generalis pojawia się nieraz po skończonej bitwie, skoro ustąpiło towarzyszące jej podniecenie. Przy zajęciu ośrodka regulującego ciepłotę ciała podnosi się bardzo znacznie temperatura chorego, która jednak wkrótce opada. A. przyjmuje możliwość gorączki nerwowej jako objawu neurestenii ostrej. Ma ona wielkie podobieństwo z gorączką tyfusową. Powstanie jej można sobie wytłomaczyć samozakażeniem przez ptomainy, nagromadzające się w organizmie skutkiem nienormalnego rozpadu jego części składowych. Tu wypada zaznaczyć, że A. rozróżnia dwojakiego rodzaju gorączkę: 1) infekcyjną i 2) gorączkę powstałą skutkiem zbytniego zmęczenia i samozakażenia.

Przebieg tej neurastenii ostrej bywa dwojaki. — Po kilku dniach chory powróci do stanu, w jakim był przed chorobą, jest nawet rażąco ożywiony, mówi wiele i t. p. Przy baczniejszej przyjrzeniu się przedstawia obraz odpowiadający stanowi łatwo pobudzalnego, ale też i łatwo wyczerpującego się nerwu. Słabnie prędko, szuka spokoju, w nim tylko czując się dobrze. Drugi typ odpowiada stanowi nerwu zupełnie wyczerpanego i niedającego się nawet silnymi podnieciami pobudzić nerwu. — Chory leży dnie i tygodnie apatyczny, nie skarżąc się na nic i nie żądając niczego, blady i anemiczny, miarowo oddychając, często ze zwolnionem tętnem (44—60), bez gorączki. Z chwilą powrotu uczucia głodu rokowanie polepsza się. Silna natura młodych ludzi przewycięża najczęściej chorobę i chory po kilku tygodniach wraca do pozornego stanu zdrowia. Jednakże należałoby zbadać kwestyję, czy owa, przebyta w młodości, neurasthenia acuta nie prowadzi w następstwie po wielu latach, do rozmaitych cierpień nerwowych.

Ogólną ostrą neurastenię widzimy także przy gwałtownym pozbawieniu organizmu w nadmiarze przyjmowanych używek, a właściwie trucizn. Ciężkie warunki walki o byt sprawiają, że człowiek zmuszony jest nieraz do wielkich wysiłków; dlatego ucieka się on często do środków podniecających, kiedy najwłaściwszym pod względem higienicznym byłby dla niego odpoczynek, sen. Z drugiej znów strony ludzie używają tych środków świadomie lub nieświadomie dla zmiany przynębnego życiem nastroju ducha na weselszy, swobodniejszy. Tym sposobem zużywamy naraz sił więcej, jak powinniśmy, podniecając je sztucznie. Gdy zaś tej podniety zabraknie, występuje na jaw wyczerpanie energii nerwowej. — U ludzi skądinąd zdrowych, zaprzestanie używania środków pobudzających, takich jak kawa, herbata, tytoń, alkohol, sprawia, iż pacjent czuje się 5 do 14 dni nie swój, poczem, zwłaszcza przy odpowiednim postępowaniu leczniczem (hydroterapii, gimnastyce, mięsieniu), powraca do stanu zupełnego zdrowia. — W ostatnich czasach doszło do przerażających rozmiarów nadużycie morfiny (do 1 — 4 grm. dziennie). Przy raptownym odstawieniu tego środka występują objawy ogólnej ostrej neurastenii, z przewagą sympatiokoastenii. — Delirium tremens jest także postacią ogólnej ostrej neurastenii, w której dominują objawy mózgo-rdzeniowe; widzi się tylko przy chorobach o wyraźnym charakterze anatomo-patologicznym i nigdy u ludzi pijących dobre gatunki win. — Stan ten sprowadzają olejki fuzlowe, zanieczyszczające zwykle spirytus.

Co się tyczy następstw neurastenii ostrej w ogóle, to zauważyć trzeba, że neurasthenia ac. rzadko zabija, wyciska jednak na człowieku piętno przeżycia, złamania. Mężczyźni tracą odwagę, wytrzymałość, przedsiębiorczość i starzeją się przedwcześnie, — kobiety zaś stają się grymaśnicami i egoistkami.

Nieraz wywołuje neurasthenia acuta głębokie zmiany w odżywianiu organizmu, jak diabetes insipidus, diabetes mellitus, białkomocz. Zaburzenia te mogą, przy odpowiedniem zwłaszcza

leczeniu, ustąpić, co dowodzi najlepiej, że nie wynikają z anatomicznych zmian organów. Neurasthenia chronica, która się często po neurasthenia acuta rozwija, przechodzi bardzo łatwo w jedną z wyraźnie scharakteryzowanych w podręcznikach chorób nerwowych.

Co się tyczy środków zapobiegających, to przede wszystkim każdy pojedynczy lekarz powinien bacznie zwracać uwagę na stan systemu nerwowego u osób, których jest domowym lekarzem, i jeżeli zauważy objawy zwiastujące neurastenią, zalecić oderwanie się od wszystkich zajęć, zmianę trybu życia i pobyt kilkotygodniowy na świeżem powietrzu. Nie każdy może posłuchać rady lekarza. Na stu potrzebujących takiej kuracji zaledwie jednemu pozwalają fundusze na jej przeprowadzenie. To też rząd powinien przyjąć sobie za zasadę udzielać urzędnikom swoim co parę lat kilkotygodniowe urlopy, z warunkiem, iżby urlopowani czas wolny przepędzali na wsi. — Dobroczynność publiczna uwzględnia już tę potrzebę higieniczną, czego dowodzą zakłady kąpielowe morskie dla biednych dzieci, kolonije letnie, a także praktykowane w niektórych gminach Szwajcaryi dostarczanie młodzieży szkolnej środków do odbywania małych podróży. Potrzeba jednak, ażeby szerszy ogół i nie tylko dzieci i młodzież korzystały z podobnych dobrodziejstw. W tym celu proponuje A. utworzenie stowarzyszenia opartego na wzajemności i ograniczającego całe Niemcy, któreby zamian za wnoszoną składkę zapewniało stowarzyszonym co parę lat 4 — 8 tygodniowy pobyt w jednym z miejsc kuracyjnych.

Dalej zaznacza A. doniosłe znaczenie powszechnej powinności wojskowej, jako środka zapobiegającego ostrej neurasthenii. — Wreszcie wymaga od rządu uwzględnienia strony fizycznej w programie szkolnym.

Co się tyczy leczenia neurasthenii ostrej, to na razie zaleca przede wszystkim spokój, sen. Wszelkie energiczne środki osłabiają tylko chorego i narażają na neurastenią przewlekłą. Jeżeli chory przywykł do jakichś środków pobudzających, to nie należy ich zupełnie odmawiać i podawać je trzeba przez jakiś czas, tylko w mniejszej ilości i w lepszym gatunku. A. radzi alkohol zastępować makowcem lub morfiną. Ponieważ czynność organów trawienia przy neurasthenii ostrej jest upośledzona, więc zaleca się ostrożność w wyborze pokarmów, sztuczne przetwory pożywne są wtedy bardzo odpowiednie.

Po 8 do 14 dniach występują wyraźnie na jaw następstwa neurasthenii ostrej. Zadaniem lekarza staje się wówczas odnowić do pewnego stopnia organizm. — Wskazaniu przyczynowemu zadostyc uczynić, t. j. usunąć chorego z pod wpływu niekorzystnych warunków bytu albo zmienić te warunki, bardzo często niestety lekarz nie jest w stanie.

Tak samo nie zawsze może pacjent zastosować się do drugiego wskazania, mianowicie unikać przez czas jakiś pracy umysłowej — Jeżeli udało się wysłać chorego do jakiegoś miejsca kuracyjnego, wtedy kierownik zakładu postawić sobie powinien za zadanie podnieść odżywianie organizmu drogą pobudzenia prze-

miany materji i tym sposobem osiągnąć odnowę krwi i substancji nerwowej.

Pierwszem zadaniem będzie tu uregulowanie warunków dyjetetycznych i higienicznych. Należy tu brać na uwagę nie apetyt chorego, lecz stan trawienia i ogólnego odżywiania.

Poleca się możliwie jak największa ilość tłuszczów. W wypadkach cerebrastenii powinno się zupełnie zabronić t. zw. używek; przedź można na nie pozwolić dobrze odżywionym myelastenikom. U sympatikoasteników z objawami ze strony organów trawienia odpowiednią będzie dyjeta białkowa; u sympatikoasteników z zaburzeniami w organach płciowych unikać należy wszelkich środków pobudzających.

Powietrze, światło i ciepło, te najważniejsze czynniki życia, powinny być uwzględniane stosownie do wypadku. Cerebrasteniccy odznaczają się szczególną wrażliwością na światło, kiedy myelastenik jest bardzo czułym na wszelkie prądy powietrzne i zmiany temperatury.—Ważną rzeczą jest umieć zastosować przy rozmaitych formach neurastenii ruch. Nie należy zalecać długich spacerów osobom, których energija nerwowa jest bardzo wyczerpana.

U sympatikoasteników powiększają one tylko zaparcie stolca.—W użytkowywaniu powracających sił trzeba być bardzo ostrożnym.

I na stronę psychiczną zwracać należy uwagę. Chory powinien być wolnym od wszelkiej usilniejszej pracy. Gry i czytanie utworów belletrystycznych, zwłaszcza humorystycznych, stanowić winno jedyną jego strawę umysłową. U cerebrasteników pracę mózgu sprowadzić należy do minimum, natomiast zalecają się tu rozmaite ćwiczenia fizyczne. Te ostatnie u myelastyków są niewłaściwe i powinny być zastąpione gimnastyką leczniczą i mięsieniem. Dla sympatikoasteników odpowiednią będzie lekka praca umysłowa, konwersacya i gry towarzyskie, mające na celu odwrócenie uwagi chorego od jego dolegliwości. Przeciw bezsenności dobrą okazuje się długotrwała ciepła kąpiel wieczorem.

Hydroterapija jest w wypadkach neurastenii ostrej mieczem obosiecznym. Metoda ta powinna tu być ściśle indywidualizowana. Inaczej lepiej będzie dla chorego, jeżeli go wysłać po prostu na świeże powietrze, na wieś, zaopatrzwszy w odpowiednie przepisy.—Dla neurasteników na tle anemicznem hydroterapija z jej silnie oziębiającymi i drażniącymi metodami jest niewłaściwą.—Cerebrastenik nie powinien wystawiać swej głowy na działanie natrysku, zwykle zbyt zimnego, — myelastenik zaś kręgosłupa; — dla sympatikoasteników niewłaściwemi są kąpiele nasiadowe.—Skutkiem niedostatecznego uwzględnienia wskazań każdego pojedynczego wypadku bardzo często prowadzi hydroterapia do zakładu dla obłąkanych.

Gimnastyka i mięsienie także są wybornemi środkami terapeutycznymi, trzeba jednak i przy ich stosowaniu ściśle indywidualizować, jeżeli się nie chcemy narazić na wprost przeciwny skutek jak ten, którego pragniemy.

Na zakończenie dodać wypada, że powodzenie leczenia zale-

ży w bardzo znacznym stopniu od uznania przez chorego szkodliwości pewnych czynników i od silnego postanowienia unikania tychże. Bez tego warunku terapija pomyslnych i trwałych owoców wydać nie może. Jedna noc, spędzona po dawnemu, zniweczyć jest w stanie to, co kilkomiesięczna kuracyja zrobiła. Dla wyzdrowienia, chociażby względnego, potrzeba przedewszystkiem ażeby się pacjent duchowo odrodził.

Zygmunt Hols.

111. BURKART (Bonn). Przyczynek do leczenia hysterii i neurastenii. (*Zur Behandlung der Hysterie und Neurasthenie. Berl. Klin. Wochenschrift Nr. 16. 1886*).

Przy leczeniu hysterii i neurastenii zaczęto w ostatnich czasach stosować nową metodę, proponowaną przez Weir-Mitchell'a. Dąży ona do podniesienia jak najwyższego i w jak najszybszym czasie ogólnego odżywiania organizmu, a w szczególności układu nerwowego i polega na podawaniu choremu ogromnych ilości pokarmów, obok mięsienia i faradyzacyi, i na usuwaniu wszystkiego tego, co mogłoby sprawie trawienia szkodzić i spotęgować istniejące już objawy chorobowe; w ostatnim celu zaleca się chorym stałe pozostawanie w łóżku, zupełne odosobnienie, nawet od osób najbliższych.

Burkart poddał wzmiankowanej metodzie 21 osobników (4 mężczyzn, 17 kobiet) cierpiących na hysteryę i neurastenię. Z liczby tej w 9 wypadkach nie otrzymał żadnego, albo prawie żadnego rezultatu, z pozostałych zaś 12, t. j. z 57% leczenie uwieńczonym zostało bardzo pomyslnym skutkiem. Jeżeli zważymy, że osoby wyleczone od wielu już lat podlegały chorobie, że wszystkie środki dla jej zwalczenia zostały już wyczerpane, to odsetek 57 wydać się nam powinien wielce pomyslnym i do stosowania pomienionej metody zachęcającym.

Stosując metodę Weir-Mitchell'a w celu leczenia hysterii i neurastenii, należy baczyć na pewne warunki, od których pomyslny skutek tej metody w wysokim stopniu zależy.

Przedewszystkiem nie należy zapominać o ważnej roli, jaką w przeprowadzeniu tej kuracyi odgrywa wola pacjenta. Dlatego, przystępując do leczenia metodą Weir-Mitchell'a, winniśmy uprzedzić chorego o jej przykrych wymogach i utwierdzić w nim przekonanie, iż powrót do zdrowia głównie od jego silnej woli zależy. Zwłaszcza by skłonić chorego do spożywania wielkiej ilości pokarmów, należy odpowiednio przygotować jego moralny nastrój.

Co się tyczy wyboru wypadków dla omawianej metody stosownych, to najprzód trzeba, mieć na uwadze, iż chorzy, u których na pierwszy plan występują objawy rozdrażnienia mózgowego, metodą Weir-Mitchell'a leczyć być nie mogą. Mięsienie i faradyzacyja, a także nieraz oddalenie od swoich zanadto na nich oddziałują. Przekonały o tem Burkarta próby na niektórych takich chorych poczynione.

Przy *neurasthenia cerebrialis* otrzymywał B. nieszczęśliwe rezultaty. Wyzdrowienie widzi się u tych, którzy prócz objawów nerwowych przedstawiają znaczny stopień niedokrewności. Je-

dnak po największej części chorzy na neurasthenia cerebralis są ludźmi dobrze odżywianymi, nie może więc u nich nastąpić owa gwałtowna zmiana w odżywianiu całego ustroju, a zwłaszcza układu nerwowego, która jest celem i dźwignią postępowania Weir-Mitchell'a.

Postacie neurastenii i histeryi, w których występują *nerwobóle trzewiowe* (Visceral neuralgien), nie są bardzo wdzięcznym przedmiotem leczenia metodą Weir-Mitchell'a. Widzi się i tu czasem bezwzględne zwycięstwo nad chorobą, jednak w okazałej liczbie wypadków, pomimo ustąpienia wszelkich innych przypadłości, pozostają, chociaż złagodzone, powyższe nerwobóle, grożąc wciąż możliwością nasilenia.

Stosując metodę Weir-Mitchell'a u jednego neurastnika cierpiącego na *nerwoból cewki moczowej*, występujący u neurastników po tryprze lub nadużyciach in Venere, Burkart nie widział pomyślnego skutku. Odżywianie, które u tego chorego było bardzo liचे, znacznie się wprawdzie poprawiło, nerwoból jednak prawie wcale się nie zmniejszył. Wszystkich takich wypadków B. leczył cztery,—z tych jeden, wyżej wzmiankowany, metodą Weir-Mitchell'a. Wyleczył zaś tylko jednego chorego, u którego zastosował prąd stały i odpowiednie postępowanie wodolecznicze.

Wielką, często nawet nieprzewycięzoną przeszkodę dla przeprowadzenia leczenia metodą Weir-Mitchell'a stanowi występująca u histeryków skłonność do wymiotów. Takich wypadków leczył B. trzy. Z tych—w jednym otrzymał pomimo bardzo silnych wymiotów w pierwszych dniach kuracyi świetne rezultaty,—w dwóch zaś pozostałych, z powodu ciągłego występowania wymiotów po każdym jedzeniu, musiał w początku drugiego tygodnia zaprzestać leczenia.

Pacyjenci wychudzeni, bezsilni, cherlający od lat wielu, przedstawiają jak najlepsze rokowanie. Z 21 wypadków leczonych przez B. metodą Weir-Mitchell'a 13 należało do tej ostatniej kategorii, przyczem 11 przedstawiało *objawy dyspeptyczne na tle histeryi*, 2 zaś zaliczyć można było do *neurasthenia gastrica*. Z tej liczby — w 8 wypadkach nastąpiło wyzdrowienie. — Szybkość, z jaką pod wpływem metody Weir-Mitchell'a trawienie powraca do stanu normalnego, jest zadziwiająca. Zaznacza ona wybornie charakter zbroczeń czynnościowych (funkcyjnalnych), które w przeciwstawieniu do zaburzeń zmianami anatomo-patologicznymi warunkowanych, w stosunkowo bardzo krótkim czasie ustąpić mogą.

W wypadkach *neurasthenia gastrica* doprowadza metoda Weir-Mitchell'a do zdrowia daleko wolniej, niż przy dyspepsji histerycznej.

Należy tu przytem większą zwracać uwagę na ilość i rodzaj pożywienia, nawet poddając chorego metodzie Weir-Mitchell'a. Burkart leczył pomienioną metodą 2-ch chorych i obydwaj zostali uzdrowieni.—Pod neurasthenia gastrica rozumie B. te zaburzenia dyspeptyczne, które Leube nazwał dyspepsia nervosa. W przeciwstawieniu do tego ostatniego uważa B. objawy te nie za cierpienie samoistne, od nerwów żołądka jedynie zależne, lecz za wy-

raz ogólnego stanu układu nerwowego, gdyż obserwacja przekonana go, że funkcjonalne zaburzenia narządu trawienia najczęściej występują razem z zaburzeniami w innych organach, jeżeli zaś czasem widzimy je zupełnie odosobnione, to dokładne rozpytanie się i przebieg całej choroby, albo dłuższa obserwacja zawsze okażą nam objawy ogólnej choroby nerwów. Dlatego też B. przyjął wprowadzone już przedtem przez Hutchinson'a określenie „neurasthenia gastrica“, rozumiejąc pod tem nerwicę ogólną, w której zaburzenia w trawieniu wystąpiły na pierwszy plan. — Co się zaś tyczy odróżnienia neurasthenia gastrica od zaburzeń w trawieniu na tle histerycznym, to pomijając inne objawy histeryi, które zwykle wspomnianym zaburzeniom towarzyszą i są bardzo znamienne, należy mieć na uwadze ogólny charakter przypadłości neurastenii i histeryi, mianowicie, kiedy w neurastenii przeważa wyczerpanie, zmęczenie układu nerwowego, pobudzenie zaś jego odgrywa drugorzędną rolę, — w histeryi jest przeciwnie — u histeryczek wymioty, zaburzenia w uczuciu pragnienia i łaknienia, wzmózona wrażliwość na ilość i jakość pokarmów w daleko silniejszym natężeniu występują niż w neurasthenia gastrica. Rozpoznanie, czy w danym wypadku mamy do czynienia z neurasthenią czy z hysteryą, ma doniosłość praktyczną, zwłaszcza pod względem rokowania, które jest mniej pomyślne w pierwszej chorobie jak w drugiej.

Na zakończenie B. bardzo poleca stosowanie metody Weir-Mitchell'a w tej odmianie histeryi, w której *irritatio spinalis* występuje i którą w wysokim nieraz stopniu rozwiniętą widzieć można u dziewcząt i młodych mężatek, bez wszelkich wykazać się dających zmian w narządzie płciowym. Nadczułość miejscowa skóry kończyn i pleców nie powinna tu wydawać się nam nieprzewyciężoną przeszkodą w przeprowadzeniu metody Weir-Mitchell'a, mianowicie mięsienia. Tak samo jak przy nadczułości żołądka, tak i w wypadkach nadczułości skóry metoda Weir-Mitchell'a w przeciągu paru tygodni, nieraz nawet kilku dni, sprawia, iż czynniki omawianego postępowania o tyle tylko stają się dla chorego przykre, o ile niemi są i dla zdrowego człowieka. Niedowład i sztywnienie kończyn przy wszelkich ruchach, jakoteż przykurczenia, po kilkoletniem nawet istnieniu, ustępują wobec leczenia metodą Weir-Mitchell'a.

Jednak, chociaż metoda ta jest wyborynym środkiem przeciw histeryi i neurastenii, nie należy, stosując ją, zapominać z znaniem zdaniu, iż w leczeniu wzmiankowanych chorób wielkie ma znaczenie postępowanie lekarza i jego wpływ moralny na pacjenta.

Zygmunt Holo.

II. Patologija ogólna.

112. H. NOTHNAGEL. **O przystosowaniu i wyrównaniu w stanach patologicznych.** *Ueber Anpassungen und Aus-*

gleichungen bei pathologischen Zuständen. Zeitschr. f. Klin. Med. Bd. X. H. 3.

Zdolność przystosowania się zdrowych zwierzęcych organizmów do zmienionych zewnętrznych warunków życiowych od chwili pojawienia się teorii Darwina jest przedmiotem licznych spostrzeżeń i omawiań. Lecz i w chorym organizmie spostrzega się często wyrównanie zbroczeń czynnościowych wywołanych sprawą chorobową, t. j. może się on do pewnego stopnia przystosować do zmienionych wewnętrznych warunków życiowych. W krótkotrwałych chorobach wyrównanie to skutecznie się przez wzmoczenie lub zmniejszenie pewnych czynności, w przewlekłych zaś cierpieniach powstają przytem zmiany stosunków anatomicznych, tak zwane sprawy kompensacyjne, jak np. przerost jednej nerki po usunięciu drugiej, przerost mięśnia sercowego wskutek wad zastawkowych lub przeszkód w krążeniu krwi i t. p.

Pomimo, że sprawy kompensacyjne w sprawach patologicznych są objawem powszednim, bardzo mało zajmowano się dotychczas naukowem ich objaśnieniem, wskutek czego obecnie panuje jeszcze teleologiczny pogląd na te sprawy. Na podstawie więc własnych badań i istniejącego już materiału naukowego stara się autor w niniejszej swej pracy objaśnić powstanie i istotę przystosowania i wyrównania w patologicznych stanach organizmu, a priori utrzymując, że teleologija nie ma tutaj żadnego znaczenia, a wszystkie sprawy kompensacyjne występują na mocy praw mechanicznych, chemicznych i biologicznych. Teleologiczne pojęcie o sprawach kompensacyjnych nie wytrzymuje krytyki już z tego względu, że są sprawy chorobowe, prowadzące do zupełnego zniszczenia organu lub jego części, bez najmniejszej dążności do przystosowania lub wyrównania, w innych zaś sprawach chorobowych zjawiają się wprawdzie zjawiska, które w pewnym stopniu mają znaczenie wyrównujące, lecz są one połączone z wielkiem niebezpieczeństwem dla organizmu. Teleologiczne pojęcie w danym przypadku nie będąc przyrodniczem, opiera się nadto na błędzie logicznym. Sprawy kompensacyjne rozwijające się w pewnym określonym zbroczeniu patologicznym, zdają się nam być celowemi i rzeczywiście dążą do pewnych czynności, nie rozwijają się jednak *dla tego, że są celowe.*

Mięśnie.

Kompensacyjny przerost pojedynczych mięśni lub grup mięśniowych jest wynikiem nadmiernej mechanicznej pracy, wykonywanej przez te mięśnie, a wywołanej sprawą chorobową. Spostrzega się jednak i przerost mięśni fizjologiczny, który jest wynikiem przystosowania do zmienionych fizjologicznych warunków.

Jest to tak nazwany czynnościowy przerost Recklingshausen'a (*Activitäts hypertrophie, Arbeits hypertrophie*), jaki spostrzegamy u kowali, gimnastyków i t. p. wskutek wykonywania nadmiernych mechanicznych czynności, podczas gdy częsta lub ciągła praca przerostu nie wywołuje, (jak np. u krawców, pisarzy i t. p.).

Koniecznym warunkiem przerostu mięśnia jest obfity do-
wóz materiału odżywczego.

Karol Ludwig i jego uczniowie dowiedli, że podczas skurczu
mięśnia naczynia tegoż się rozszerzają, a krew pędzej i obficiej
przez nie przepływa. Jednocześnie więc zużyte cząstki materji
prędko zostają usunięte, a mięsień otrzymuje obfity materiał, słu-
żący do odbudowy tkanki. Tiegel nadto wykazał, że minimalne
bodźce, bezpośrednio działające na mięsień, nie wywołują ani
zwiększenia drgania, ani rozszerzenia naczyń, czem możnaby obja-
śnić, że ciągła lecz nieznaczna praca (jak przy pisaniu) przerostu
mięśni nie wywołuje.

Histologiczne badania uczą nas, że przy kompensacyjnym
pryroście mięśni tylko tkanka swoista t. j. substancja mięśniowa
zwiększa swą objętość, tkanka zaś interstycjalna pozostaje bez
zmiany; nadto obecnie jest już rzeczą pewną, że przerost przytem
jest prawdziwy w znaczeniu Virchowa t. j. oddzielne włókna mię-
śniowe zwiększają swą objętość, a ilość ich się nie zwiększa (Auf-
recht, Herczel, Kussmaul, Wedl i inni). W kiszkiach zaś przero-
stowi ulega tylko warstwa mięśniowa, a błona śluzowa i podśluzo-
wa nie przyjmują udziału w tej sprawie.

Czynniki, wywołujące zwiększony przypływ materiału od-
żywczego do mięśni nadmiernie pracujących, są dotychczas jeszcze
nieznane. Przypuszczaćby należało, że mięsień zużywa tylko tyle
materiału ze krwi, ile go potrzebuje na odbudowę zużytej
tkanki — ale w takim razie przerost by nie nastąpił. Virchow
zwrócił na to uwagę, że obfity przypływ krwi nie jest dostateczną
przyczyną zwiększonego odżywiania tkanki, a prawdopodobnie w komórkach tkanki odbywają się pewne sprawy, wywołujące
ce zwiększone zapotrzebowanie materiału ze krwi, t. j. istnieje
pewne „pobudzenie“ (Reizung). Możliwe nawet, opierając się na
obecnym stanie wiedzy o przemianie materji w mięśniach, posta-
wić hipotezę, że zmiany w nadmiernie pracujących włóknach
mięśniowych, histologicznie wykazać się dające (Du Bois — Rey-
mond, Kronecker) i do stężenia oddzielnych włókien prowadzące
(Hermann), są również źródłem bodźca, wywołującego zwiększone
zapotrzebowanie materiału odżywczego ze krwi.

W szeregu doświadczeń, mających na celu wytworzenie sztu-
cznego przerostu mięśni, poszukiwał autor zewnętrznych warunków
pod wpływem których powstaje ów przerost. Doświadczenia te
wykonywał na żabach i królikach; były one trojakiemu rodzaju.
W pierwszej grupie rozciągał mięśnie tylnej kończyny lewej
przez przymocowanie ciężaru, u żaby od 80—100 gr. u królika od
350—400 gr.

W drugiej grupie wywoływał skurcz mięśni za pomocą bezpo-
średniego pobudzenia prądem przerywanym takiej mocy, by
skurcz był dosyć mocnym i nastąpiło stwardnienie mięśni. W trze-
ciej grupie wywoływał prądem przerywanym skurcz mięśnia roz-
ciągniętego pewnym ciężarem. W jednym zaś szeregu doświad-
czeń przecinał poprzednio n. kulszowy. Doświadczenia te wyko-
nywał dwa razy dziennie przez 3 miesiące na królikach, na ża-
bach zaś tylko dwa tygodnie, ponieważ dłużej doświadczenia tego

nie przenosiły. Doświadczenia te doprowadziły autora do następujących wniosków:

1) Mięsień rozciągany przez długi czas jakimkolwiek ciężarem, traci na wadze, ulega zanikowi.

2) Mięsień przez dłuższy czas rozciągany ciężarem i pobudzany elektrycznością, ulega przerostowi.

3) W tym samym stopniu przerasta mięsień pozostający przez dłuższy czas pod wpływem prądu przerywanego.

4) Na powyższe rezultaty przecięcie n. kulszowego nie wywiera żadnego wpływu.

Wynika ztąd nadto, że przerost mięśnia powstaje wskutek zwiększonych skurczów mięśniowych bez względu na to, czy przytem mięsień wykonywa większą pracę mechaniczną. Teoretycznie jest to prawdziwem, w rzeczywistości zaś spostrzegamy przewrót w następstwie zwiększonej pracy mechanicznej. Przy wykonaniu jakiejś większej pracy powstaje najprzód mocniejszy skurcz mięśnia, który jest połączony z obfitym prądem krwi; jeśli się to częściej powtarza — zjawia się przerost mięśni.

Mięśnie szkieletu. Prawdziwy przerost pewnej grupy zewnętrznych mięśni ciała wskutek patologicznej bezczynności innej grupy mięśniowej rzadko się spostrzega, ponieważ albo cała kończyna bywa porażoną, albo wskutek porażenia pnia nerwowego zostają porażone wszystkie mięśnie, wypełniające jednakową czynność. W tych zaś rzadkich przypadkach, gdzie się rozwija podobny kompensacyjny przerost (np. przerost mięśni oddechowych przy porażeniu przepony) istota sprawy chorobowej wywołuje prędką śmierć, zresztą brak tutaj odpowiednich klinicznych spostrzeżeń. — Piękny natomiast przykład kompensacyjnego przerostu mięśni całej kończyny spostrzegął autor u raków, u których często nożyce z jednej strony brakują, a za to drugostronnie nożyce okazują wagę dwa razy większą.

Mechanizm powstawania kompensacyjnych przerostów mięśni jest w tych przypadkach taki sam, jak przy przerostcie czynnościowym: mocniejsze pobudzenia nerwowe, mocniejszy skurcz mięśni z obfitym przyływem krwi i postępowy przerost.

Co się tyczy przerostu niekiedy dość znacznego grupy mięśni przy zaniku postępowym, to Friedreich już dowiódł, że nie jest to wcale sprawa kompensacyjna; inaczej rzecz się ma z częściowym przerostem obok częściowego zaniku jednego mięśnia. — W mięśniu zanikowym niektóre włókna nie ulegające wstecznym zmianom zostają pobudzone do mocniejszego skurczu, wskutek czego lepiej się odżywiają i ulegają przerostowi.

Serce. Przerost mięśnia sercowego jest jednym z najstarszych objawów wszelkich zbroczeń w krążeniu. Dotychczas objaśniano go teleologicznie twierdząc, że serce przerasta, ponieważ od mięśnia wymaga się większa praca w celu przewyciężenia przeszkód, powstałych wskutek wady zastawek. Koester, Rosenbach i Byron Bramwell nie zadawałnają się tem, a starają się przerost serca objaśnić fizjologicznie.

Codziennie spostrzeżenia nad czynnością mięśni dowodzą, że żaden mięsień nie pracuje z największym nateżeniem swych sił. —

Dla mięśni serca prawdziwości tego faktu dowiedli Lichtheim (dla prawego serca), Cohnheim i Rosenbach (dla lewego). Nagłe znaczne zniszczenie zastonek aorty nie wpływa wcale na ciśnienie krwi w układzie tętniczym pomimo nagłej zmiany w stosunkach krążenia. Objaśnia się to tem, że mięsień sercowy zdolny jest natychmiast do większego rozwoju sił, niż przy zwykłych warunkach; wskutek tego trzeba przypuścić, że serce posiada pewną siłę zapasową, która to umożliwia wyrównanie i przystosowanie wszędzie, gdzie występuje nagle większe zapotrzebowanie czynności mięśniowej (nb. nie przekraczając pewnego maximum). Na zasadzie szeregu doświadczeń przyjęto ogólnie dla serca zwierząt ssących, że obecność w niem krwi pod pewnem ciśnieniem jest bodźcem skurczów. Sewall i Donaldson twierdzą, że siła skurczu zależy od ilości płynu w sercu i że mięsień serca posiada znaczną zdolność przystosowania energii swej czynności do przewyżczyć się mającego oporu. Nierozstrzygnięto atoli dotychczas, czy skurcz mięśnia zależy od bezpośredniego podrażnienia mięśnia przez rozszerzenie jamy serca i wypełnienie jej krwią, czy też jest on zjawiskiem odruchowym, zależnem od podrażnienia wewnętrznych włókien nerwowych. Nie ulega jednak wątpliwości, że energia skurczu zwiększa się w miarę większego wypełnienia komórki sercowej i że ta zdolność przystosowania się ma pewną określoną granicę.

Siła zapasowa serca ujawnia się także przy moralnych wzruszeniach; wówczas spostrzegamy mocniejsze uderzenie serca i większe napięcie tętna, zależne od zwiększonej energii skurczu serca. W tym przypadku silniejszy skurcz serca nie zależy od zwiększonego wewnętrznego ciśnienia, ale od bezpośredniego pobudzenia nerwowego.

Kompensacyjny przerost serca przy chronicznych zbożeniach w krążeniu, jest także wynikiem spraw mechanicznych, fizjologicznych, jak to starali się poprzednio już objaśnić Koester, Byron Barmwell i Rosenbach. Przebieg tej sprawy jest następujący: Pierwszym momentem w szeregu zjawisk jest rozszerzenie odpowiedniej części serca i zwiększenie wewnętrznego ciśnienia. Następstwem zwiększonego ciśnienia jest mocniejszy skurcz komórki przy następnym skurczu serca, przyczem w czynności przyjmuje udział zapasowa siła serca, umożliwiająca kompensację w okresie rozwoju wady zastawkowej. Podczas zwiększonej czynności mięśniowej, podobnie jak w każdym mięśniu organizmu i w mięśniu serca krążenie krwi jest szybszem i obfitszem; mięsień otrzymuje wielką ilość materiału odżywczego, następuje więc przerost mięśnia.

Dlatego w takim stanie serce nie rozporządza więcej siłą zapasową, ulega prędko zmęczeniu (Anerbach), a nawet posiada mniejszą zdolność do pracy (Berger i Benedict) — pozostaje dotychczas niewytłomaczonem.

Jeżeli w dalszym rozwoju wady zastawkowej mięsień sercowy zmuszonym bywa do coraz większej pracy, nastaje chwila w której kompensacyjny przerost już więcej się nie wytwarza. — Serce, które uległo kompensacyjnemu przerostowi, prędzej staje

się niezdolnem do pracy, niż zdrowe; można nawet twierdzić, że każde serce będące w stanie przerostu niedosięga normalnych granic życia ludzkiego.

Następuje wtedy zboczenie kompensacji, zależne prawdopodobnie od zmienionych warunków odżywiania. Auerbach sądzi, że nowotworzenie naczyń nie idzie w parze z przerostem elementów mięśniowych, a Friedreich przypuszcza, że przeszkodą do odpoczynku czynnych włókien mięśniowych jest ciśnienie przerosniętych elementów mięśniowych na otaczające naczynia włosowate. Autor przypomina tutaj wynik swych doświadczeń, że rozciąganie mięśnia ciężarkami przez dłuższy czas, wywiera na odżywianie wpływ szkodliwy — zanikowy.

W podobny sposób jak przy wadach zastawkowych rozwija się przerost i przy innych cierpieniach, jak: zwężeniu aorty, cierpieniach w małym krwiobiegu (rozedma płuc, marskość płuc) i t. p.

Przerost lewej komórki przy zapaleniu nerek objaśnia się również tak samo, o ile powstaje wskutek nagromadzenia się wielkiej ilości płynu w naczyniach, wywołanego zmniejszoną czynnością nerek. W innych postaciach zapalenia nerek przerost serca nie ma charakteru kompensacyjnego.

Przy zwyrodnieniu ścianek tętnicznych t. j. zmniejszeniu ich sprężystości następuje zastój krwi w lewej komórce ze zwiększonym wewnętrznym ciśnieniem, a więc ostateczny przerost mięśnia występuje w ten sam sposób, jak przy wadach zastawkowych. — Natomiast przerost serca, występujący po fizycznym zmęczeniu, jest po części kompensacyjnym, po części idiopatycznym. Recklinghausen utrzymuje, że w podobnych przypadkach często bywa plethora vera, nadmierna ilość krwi w organizmie, która stanowiąc chroniczne zboczenie w krążeniu krwi, zwiększa czynność serca. I w tym razie pierwotnym momentem przerostu jest zwiększone wewnątrz ciśnienie wskutek nadmiernej ilości krwi.

Co się tyczy idiopatycznego przerostu serca, to Recklinghausen wątpi co do jego istnienia, przypuszczając, że przy każdym przerostu czy to u robotników, czy też u nadużywających kawy, alkoholu i t. p. istnieje też zboczenie w krążeniu. Jednakże są przypadki przerostu bez wszelkich zboczeń w krążeniu, jak przy nerwowem biciu serca lub też w chorobie Bassedowa. Trzeba w tych przypadkach zgodzić się na idiopatyczny przerost serca wskutek długotrwałej zwiększonej czynności.

Mięśnie gładkie. Jeżeli w organach rurkowatych, posiadających mięśnie gładkie, powstaje zwężenie, to w miejscu po nad zwężeniem mięśnie ścianki ulegają przerostowi. Sposstrzega się to w kiszkach, żołądku, pęcherzu i przełyku.

W kiszkach stałym objawem po zwężeniu ich światła jest nieżyt części wyżej leżącej wskutek drażnienia zawartością lub też rozkładu tejże. Poprzednio autor się przekonał, że przewlekły nieżyt często wywołuje przerost mięśni. W zwężonej jednak kiszce przerost jest kompensacyjnym, a nie następstwem nieżyty. Ruchy robaczkowe występują dopiero przy pewnej ilości zawartości i zwiększają się wraz ze zwiększeniem ciśnienia na ściankę

kiszki. Silniejszy ruch robaczkowy przy zwięzieniu kiszek zależy od mocniejszego rozciągania ścianki kiszek zawartością, a szczególnie guzami. Następstwam mocniejszego skurczu mięśni jest obfity przyływ krwi i też same zjawiska jak przy przeroście mięśni w innych częściach ciała. To samo się odbywa w żołądku, pęcherzu i tętnicach.

M. Hoppenblum.

113. Dr. E. GERGENS. **O zaziębieniu, jako przyczynie chorób.** *Zur Frage von der Erkältung als Krankheitsursache.* (Deut. Med. Zeit. N. 8. 1886).

Powszechnie wiadomo, że przeważna ilość t. z. chorób z zaziębnienia czyli „chorób pochodzenia reumatycznego“ przypada nie na miesiące zimowe, które, mogłoby się wydawać, najbardziej sprzyjają powstawaniu podobnych cierpień, lecz na Marzec, Kwiecień i Maj.

Jakkolwiek fakt ten już oddawna zwracał na siebie uwagę lekarzy, dopiero jednak pod wpływem najnowszych odkryć z dziedziny bakteriologii, a nadewszystko odkrycia Friedlaendera (*micrococcus pneumoniae*), zaczęto przypisywać zaziębieniu coraz mniejszą rolę w powstawaniu chorób; wielu badaczy zwątpiło nawet, czy przy obecnym stanie nauki może być jeszcze mowa o zaziębieniu, jako o czynniku chorobotwórczym.

W odnośnej literaturze spotykamy się z licznymi wyjaśnieniami zaziębnienia; żadne jednak tłumaczenie nie może być uważane za wystarczające. Przypuszczano np., że choroby pochodzenia reumatycznego są wynikiem zmienionej pod wpływem zimna czynności gruczołów potowych. Codzienne doświadczenie wykazuje mylność tego przypuszczenia; wiadomo bowiem, że bez szkody dla ustroju możemy bezpośrednio z sudatorium łaźni rzymskiej przechodzić do kąpieli zimnej. Mniej jeszcze zrozumiałem wydaje się wyjaśnienie, według którego zaziębnienie polega na wzmożonej utracie ciepła ustrojowego.

Zanim powiemy, jak przy dzisiejszym stanie nauki rozumieć mamy zaziębnienie, zaznaczamy przedewszystkiem, co następuje:

1. W każdej bez wyjątku chorobie pochodzenia reumatycznego mamy do czynienia ze sprawą zapalną, a zatem ze sprawą, w której w ścianach naczyń zachodzą zmiany polegające na zaburzeniu w odżywianiu tychże.

2. Siedliskiem sprawy zapalnej, wynikłej z zaziębnienia, są zazwyczaj takie części ciała, na które niski stopień ciepła powietrza atmosferycznego bezpośredniego wpływu wywierać nie jest w stanie. I tak: zawartość jamy brzusznej i piersiowej, jakoteż i stawy znakomicie osłania z zewnątrz skóra, tkanka podskórna i mięśnie; w powstawaniu nieżytów oskrzeli nie możemy uznawać bezpośredniego wpływu zimnego powietrza, którem oddychamy bez uszczerbku dla zdrowia każdej zimy, gdyż zimne powietrze, zanim zdola osiągnąć błonę śluzową oskrzeli, musi przebyć dość długą drogę (jamy nosowe, gardziel, krtań), w ciągu której ogrzewa się należycie.

Bezpośredni wpływ zimna może się uwydatnić jedynie w nieżycie nosa i gardzieli, których błona śluzowa nierzadko styka się

z zimnem powietrzem. — (Oczywiście pomijamy tu zgorzel, która bezpośrednio niski stopień ciepła sprowadzić jest w stanie, gdyż mamy na widoku tylko sprawy zapalne).

Widzimy więc, że w powstawaniu chorób z zaziębnienia o bezpośrednim szkodliwym wpływie zimnego powietrza zaledwie może być mowa.

Z drugiej znów strony — codzienne doświadczenie poucza, że niezaprzeczenie istnieje stosunek zależności pomiędzy pewnymi obiegami powierzchni ciała, które mogą uleść wpływowi zimnego powietrza, a narządami wewnętrznymi. Po oziębieniu pierwszych występują zmiany w tych ostatnich. Powołujemy się na następujące przykłady.

1) Nieżyt krtani i oskrzeli wystąpić może po oziębieniu barków i gardzieli.

2) Oziębienie przedramienia jest w stanie spowodować zmiany w zawartości jamy brzusznej (Runge).

3) Oziębienie okolic miednicy (np. długotrwałe siedzenie na zimnym kamieniu), zdolne jest wywołać nieżyt błony śluzowej żołądka (Winternitz).

4) Oziębając okolice brzucha, możemy sprowadzić nieżyt błony śluzowej kiszek.

5) Nieżyty nosa często bywają skutkiem oziębienia stóp.

6) Obniżając ciepłotę stóp, obniżamy jednocześnie ciepłotę przewodzącego zewnętrznego ucha (Winternitz).

7) Nakoniec po zaziębieniu głowy mogą wystąpić zaburzenia umysłowe (Pick).

Fakta te pozwalają nam wyprowadzić następujące wnioski: 1) istnieje niezaprzeczenie stosunek zależności między pewnymi obiegami skóry, a głębiej znajdującymi się częściami ciała; 2) stosunek ten polega na jednoczesnym skurczu naczyń skórnych („działanie pierwotne“) i naczyń części ciała odległych, głębiej znajdujących się („działanie wtórne“). (Porównaj N. 6).

Należy przypuszczać, że tak pierwotny, jak i wtórny skurcz naczyń zależy od wpływu zimna na nerw spółczulny, przyczem wtórny skurcz można uważać za swego rodzaju odruch.

O ile pierwotny, resp. wtórny skurcz naczyń jest krótkotrwałym, o tyle pod wpływem odczynowego rozszerzenia następuje zupełne wyrównanie w krążeniu. Przy nieco dłużej trwającym oddziaływaniu zimna, odczynowe rozszerzenie występuje za późno: w tkankach czulszych na wszelkie wpływy czyli w tkankach nieco więcej odległych od powierzchni ciała skurcz przechodzi w kurcz, zjawiają się zmiany w odżywianiu ścian naczyń, zjawia się zapalenie jako skutek długotrwałego zaciśnięcia vasa vasorum; w skórze natomiast, jako więcej zaprawionej na wpływy termiczne, taki sam kurcz nie sprowadza zapalenia.

Przechodzimy do pytania, dlaczego choroby z zaziębnienia wydarzają się częściej na wiosnę niż zimą.

Z własnego doświadczenia wiemy, że najłatwiej uleść można szkodliwemu wpływowi zimna: 1) będąc spoconym; 2) prze-moczywszy ubranie; 3) kiedy powietrze przesycone jest parą wodną.

Powiedzieliśmy wyżej: „przy nieco dłużej trwającym oddziaływaniu zimna, odczynowe rozszerzenie naczyń występuje zapóźno — zjawia się zapalenie“. We wszystkich trzech warunkach skórę otacza para wodna, to zaś warunkuje długotrwały wpływ zimna resp. zapalenie odnośnych narządów.

Na wiosnę ze względu na zmienność temperatury zwykliśmy używać cieplej odzieży, która o ile przy niskim stopniu ciepłoty jest pożądana, o tyle w czasie gorąca, o co w tej porze nie trudno, jest w stanie sprowadzić poty; te ostatnie zaś przy nowej zmianie stopnia ciepłoty stać się mogą przyczyną choroby z zaziębienia.

Drugą okolicznością, sprzyjającą częstszemu powstawaniu na wiosnę wszelkich chorób reumatycznych jest to, że o przemoczenie ubrania w tej właśnie porze łatwiej, niż kiedykolwiek indziej. W dodatku niezbyt niski stopień ciepła wiosennego nie zmusza nas do wykonywania żwawych ruchów, przez co zimną zwykliśmy zapobiegać kureczowi naczyń. Gergens zwraca uwagę jeszcze na jedną okoliczność, sprzyjającą na wiosnę powstawaniu chorób pochodzenia reumatycznego: człowiek spocony — o co w tej porze nie trudno — udaje się na spoczynek i zasypia zazwyczaj przy ścianie, która posiada pewien zapas zimnego powietrza, nabyty zimną i która — *sit venia verbo* — przez „promieniowanie“ zimna zdolną jest oziębic pot na powierzchni ciała znajdujący się i sprowadzić tą drogą chorobę.

Nie zmniejszając bynajmniej doniosłości spostrzeżeń, świadczących o nagminnem powstawaniu włóknikowego zapalenia płuc i oceniając należycie wartość odkrycia Friedlaender'a, zaznaczymy, że jeżeli uznajemy zapalenie płuc pochodzenia urazowego (Kontusionspneumonie), wypadki którego podaje Litten, to czemu nie mielibyśmy uznawać zapalenia płuc, wywołanego przez bodziec termiczny, działający w wyżej omawiany sposób. Możliwość zapalenia płuc z zaziębienia tem więcej stanie się prawdopodobną, o ile przypuścimy już uprzednio istniejące pewne zmiany w ścianach naczyń. — Z tego wynika, że włóknikowe zapalenie płuc może być trojakiiego pochodzenia: zakaźne, urazowe i z zaziębienia. G. sądzi, że nawet w zakaźnem zapaleniu płuc nie należy uważać pasorzytów za jedyną przyczynę choroby: najprawdopodobniej i pasorzyty i zaziębienie oddziałują na ustrój; który jednak z tych czynników działa pierwotnie, a który wtórnie, przy obecnym stanie nauki rozstrzygnąć niepodobna.

A. Chelmonski.

III. Medycyna wewnętrzna.

114. Prof. M. ROSENTHAL. **Gastroksja nerwowa.** *Ueber nervöse Gastroxie* (*Wiener Med. Presse* Nr. 15, 16 i 17 — r. 1886).

Zaburzenia w wydzielaniu soków pokarmowych przedstawiają wiele trudności dla zbadania.

Doświadczenia robione na zwierzętach, rzuciły niewiele

światła na tę kwestję. Zdaniem Frerichs'a i Claude Bernard'a, sok żołądkowy po poprzednim przecięciu części szypowej nerwu błędnego, przestaje oddziaływać kwaśno. Schiff utrzymuje, że przecięcie n. błędnyc nie zmienia kwaśnych własności soku żołądkowego.

Najnowsze doświadczenia Regnard'a i Loye'go nad mężczyzną ściętym pokazały, że drażnienie obu nerwów błędnych wywołuje widoczne ruchy żołądka i kiszki; błona śluzowa żołądka marszczy się, przyczem na całą jej powierzchnię występują liczne kropelki soku żołądkowego.

Z powyższego widzimy, że doświadczenia nie bardzo wyswietliły tę sprawę. Daleko więcej światła na nią rzucają nowsze spostrzeżenia patologiczne.

Dawniej już wykazano, że napady nerwobólów żołądka spostrzegane przy wiaździe rdzenia, zależą od podrażnienia tylnego jądra nerwu błędnego.

Ponieważ przy cierpieniach pęczków tylnych rdzenia, oprócz nerwobólów żołądka, spostrzegać się dają także i wymioty, przeto łatwo pojąć, że wymioty także zależeć mogą od zwyrodnienia jądra nerwu błędnego.

Autor w tej pracy zastanawia się nad *hypersekrecyjnymi formami wymiotów*, zależnymi od *chorób rdzenia* (wymioty rdzeniowe).

Przy wiaździe dość często przychodzą napady wymiotów, które trwać mogą sześć, ośm do dwunastu dni. Wymioty te, oprócz długiego trwania, odznaczają się *niezmierną obfitością*. Massa wymiocin, nudności, nieustanne pragnienie, ból żołądka, ból głowy, jak również niemożność przyjęcia jakiegokolwiek bądź pokarmu, czynią stan chorego prawdziwie rozpaczliwym.

Bardzo obficie zwymiotowane masy składają się z początku z resztek pokarmów; następnie wymiociny składają się z jednolitej, ciągnącej się, brunatnej masy śluzowej.

Autor w ostatnich dwu latach widział dwóch tego rodzaju chorych. W obu przypadkach nerwoból żołądka i bicie serca poprzedzały napad bardzo obfitych wymiotów, trwających przez dziesięć dni. Ani wstrzykiwanie podskórne morfiny, ani lód, eter i t. p. nie przyniosły żadnej ulgi. Przez cały czas wymiotów chorzy, oprócz kilku łyżek herbaty, nie byli w stanie nic absolutnie przyjąć.

Pomimo to jednak *zwymiotowane masy przez cały czas oddziaływały bardzo kwaśno* (zawartość kwasu solnego wynosiła 0,30%).

Zdaniem autora, w obu przypadkach *nadmierna wydzielina żołądka* (hypersekrecja) i *nadkwaśność* (*Hyperacidität*) tej wydzieliny zależały od *dłuższej trwającego podrażnienia rdzenia*. *Nateżeniu ośrodkowego podrażnienia odpowiadała nadmierna ilość wymiocin i ich nadkwaśność*. U jednego z tych chorych wymiociny po piętnastu dniach absolutnego postu zawierały jeszcze dużo kwasu solnego.

Autor z tego wyprowadza wniosek, że chorobliwe pobudzenie ośrodków rdzenia musi być uważane za przyczynę niezwykle obfitego wydzielania się soku żołądkowego.

Na zasadzie pewnych danych klinicznych i anatomicznych, należy uważać opuszkowe ośrodki nerwów błędnych za punkt wyjścia nerwobólów żołądka i wymiotów spostrzeganych przy wiązaniu rdzenia. Cięższe postaci hypersekrecyjnych wymiotów mają swoje źródło w silnem podrażnieniu komórek jądra nerwów błędnych.

Spostrzeżenia powyższe upoważniają także do przyjęcia wniosku, że i w stanie fizjologicznym tworzenie się soku żołądkowego zależy od ośrodków nerwowych.

Do tej samej kategorii należy również zaliczyć niektóre postaci *wymiotów hysterycznych*. Rozpoczynają się one zwykle od nerwobólń żołądka, poczem zostają zrzucone (najczęściej z rana, naczczo) wielkie ilości śluzowego i żółciowego płynu. Wymiotom tym dość często towarzyszy zwolnienie tętna, napady duszności lub kaszlu—objawy również dowodzące podrażnienia ośrodków nerwu błędnego.

Powyżej opisane dwie postaci wymiotów, autor nazywa *rdzeniową* formą gastroksji, a to dla odróżnienia od *gastroksji mózgowej*, opisanej przez Rossbach'a, który pod słowem „*gastroksja nerwowa*,” pojmuje oddzielną i dość charakterystyczną odmianę niestrawności nerwowej.

Mózgową gastroksję napotkać można tylko u ludzi inteligentnych, oddających się nadmiernej pracy umysłowej. Choroba występuje w postaci napadów, trwających przez jeden lub dwa dni, i powracających po kilku dopiero tygodniach a nawet miesiącach. Napady są częstsze przy ciągłej pracy umysłowej, aniżeli przy przerywanej. Do *przypadkowych* przyczyn napadu należy silne podrażnienie umysłowe, gniew, palenie cygar, papierosów i t. d.

Napad mózgowy gastroksji rozpoczyna się albo od coraz bardziej się powiększającego bólu głowy, albo też od pełniłości i nadzwyczaj silnego palenia w okolicy żołądka.

Ból głowy zwykle bywa tak silnym, że choremu się zdaje, jakoby czaszka miała pęknąć. Jednocześnie twarz blednieje, oczy zapadają się w głąb. W kilka godzin później, przy coraz większem paleniu w okolicy żołądka, następują nudności i wymioty. *Wymiociny są bardzo kwaśne*. Rozbiór chemiczny wykazał 0,4% swobodnego kwasu solnego, nieco kwasu mlecznego i ślady kwasów tłuszczowych.

Po nastąpieniu wymiotów ból głowy ustaje, chory usypia; po przebudzeniu się czuje się zupełnie dobrze.

Rosenthal objawy te tłumaczy w ten sposób: W początku napadu ból głowy, silna bladeść twarzy, zapadanie się gałek ocznych, zimne kończyny, krótki oddech, i zwolnione tętno dowodzą podrażnienia ośrodkowych nerwów naczyńoruchowych w następstwie czego powstaje podrażnienie opuszkowego ośrodka wymiotowego.

Do tej samej kategorii zaliczyć należy spostrzeżenia Leubego, dotyczące się młodych do szkół uczęszczających dzieci (najczęściej dziewcząt), które skutkiem zbyt uciążliwej pracy umysłowej w szkole, bardzo często powracają do domu z połowicznym bólem głowy (migrena), w ślad za którym następują obfite wymioty

przy objawach ogólnej niedokrewności Tylko uwolnienie dziecka na czas dłuższy od uczęszczania do szkoły może kres położyć tym wymiotom, często powikłanym z nerwobólem żołądka. Przypadki podobne autor właściwie nazywa *gastroxia juvenilis*.

Do mózgowej gastroksji należy po części zaliczyć dwa przypadki *trwałej kwaśnej wydzieliny żołądka*, opisane przez Reichmana (w Berliner Kl. Woch. z r. 1882 i 1884).

W obu przypadkach żołądek stale zawierał obfite ilości bardzo kwaśnej zawartości (ilość kwasu solnego wynosiła 2 do 3 pro mille).

Zdaniem Rossbach'a, przypadki Reichmana właściwie nie dają się zaliczyć do gastroksji, gdyż zależały one prawdopodobnie od stałych zmian błony śluzowej i gruczołów żołądka. Autor zaś jest zdania, że ponieważ dotychczas przy żadnym miejscowym cierpieniu żołądka nie wykazano powiększonego tworzenia się kwasu solnego, przeto w przypadkach Reichman'a stała, obfita kwaśna wydzielina żołądka należy również przypisać podrażnieniu n. wydzielniczych (n. błędny).

Gastroksja tem się różni od *nerwowej niestrawności* Leube'go, że pierwsza występuje tylko napadami i że kwaśna wydzielina pozostaje przez czas dłuższy w żołądku.

Przy *dyspepsia acida* można znaleźć w żołądku kwas mleczny, masłowy i octowy; przy *gastroksji* zaś tylko kwas solny.

Nakoniec *migrena* ma bardzo wiele podobieństwa do gastroksji (ból głowy, kwaśne wymioty, bladeść twarzy, zapadanie się gałek ocznych i t. d.).

Zdaniem autora, cięższe formy migreny prawdopodobnie również zależą od podrażnienia żołądkowych ośrodków wydzielniczych.

H. Goldblum.

115. Prof. RIEGEL. **Przyczynki do nauki o zбочzeniach w wydzielaniu soku żołądkowego.** (Zeit. f. Klin. Med. Bd. 41. H. 1).

Nieliczne istnieją dotychczas sporządzenia, dotyczące się zбочzeń w ilościowym wydzielaniu soku żołądkowego. Najwięcej zajmowano się zmniejszeniem ilości soku, szczególnie zaś kwasu solnego, lecz i w tym względzie zupełnie dokładnych danych jeszcze nie otrzymano. Natomiast prawie wcale nie wspomniano o zwiększeniu się wydzielania soku żołądkowego. Zależy to pawnie od niedostateczności metod badania; najczęściej bowiem używany sposób pobudzenia wydzielania, za pomocą wody lodowej, dla ilościowych badań zupełnie nie wystarcza, a sposób badania soku żołądkowego podczas trawienia, również nie daje dokładnych wyników, ponieważ sok wówczas jest zmieszany z pokarmem i produktami trawienia, a ilość jego jest zmienna, zależnie od rodzaju, składu i ilości wprowadzonych pokarmów

Zawartość kwasu solnego w soku żołądkowym ulega i w stanie normalnym znacznym wahaniom; podług Reichmanna, którego liczby przyjmuje i autor, kwasność miazgi pokarmowej w późniejszych momentach trawienia waha się pomiędzy 0,15 i 0,32%.

Zmniejszenie ilości soku żołądkowego odznacza się małą za-

wartością w nim kwasu solnego i pepsyny, a także dłuższem trwaniem aktu trawienia i niezupełnem przetrawianiem ciał białkowych. Zmniejszona więc ilość soku żołądkowego wpływa na dłuższe pozostawanie pokarmów w żołądku, ale nie jest tego jedyną przyczyną.

Zwiększone wydzielanie soku żołądkowego objawia się znaczną ilością kwasu solnego i pepsyny; charakterystycznym w tych razach jest to, że sok wydziela się nietylko podczas trawienia, lecz i przy zupełnie pustym żołądku. Dotychczas znanych jest kilka tylko przypadków hypersekrecyi soku żołądkowego (Reichmann, Sahli, Schüh, v. d. Velden i Riegel).

Ze wszystkich opisanych dotychczas przypadków wynika, że ciągle i zwiększone wydzielanie soku żołądkowego jest najważniejszym zбочeniem i przyczyną wszystkich chorobowych objawów.

Wszystkie przypadki nadmiernego wydzielania soku żołądkowego mogą być rozdzielone na dwie grupy. Do pierwszej należą przypadki *przewlekłe*, trwające długi czas, niekiedy całe lata. Do drugiej należą przypadki *ostre*, prędko przemijającej hypersekrecyi. Nie są one tak rzadkie jakby się to zdawało z dotychczasowej kazuistyki (tylko przypadek Sahli'ego). Wiele przypadków ostrej zgagi, „Dyspepsia acida acuta“ zależy od zwiększonej ilości soku żołądkowego; często w przypadkach okrągłego wrzodu żołądka znajduje się znaczna ilość kwasu solnego. Wykluczyć jednak należy z tej grupy wszystkie przypadki z obfitą ilością kwasów organicznych i z nadmiernymi sprawami fermentacyjnymi, wskutek czego powstaje w żołądku nadmierna kwaśność, wywołująca zgagę. Również i opisane przez Rossbacha przypadki „Gastroxynsis nervosa“ *), nie należą do tej grupy, ponieważ w soku żołądkowym znajduje się również wiele kwasu mlecznego.

Rozpoznanie przewlekłego zwiększenia ilości kwasu żołądkowego, wymaga licznych badań; najpewniejszym jest badanie żołądka po dłuższem głodzeniu, najlepiej rano po poprzedzającym wieczornem wypompowaniu jego zawartości; jeżeli wówczas znajduje się większa ilość soku żołądkowego, to można napewno postawić rozpoznanie zwiększonego wydzielania soku żołądkowego.

I inne objawy tego cierpienia są dosyć charakterystyczne. Trawienie ciał białkowych, szczególnie mięsa odbywa się bardzo prędko, a substancje mączniste trawią się trudno, pozostają dość długo w żołądku. Zależy to od zwiększonej ilości kwasu solnego, wskutek czego ustaje działanie czynników djastatycznych, znajdujących się w połkniętej ślinie. — Wskutek tego w zawartości żołądka znajdują się resztki krochmalu, chleba i t. d., czem się różni od zawartości żołądka przy raku, w której znajdują się liczne włóka mięsne, a mniej substancyj krochmalowych. — Od zwiększonej kwaśności żołądka zależy także dłuższe pozosta-

*) P. Kron. Lek. N. 20. 1884, str. 922.

wanie miazgi pokarmowej w żołądku. Po części wpływa na to trudne trawienie ciał krochmalowych, po części kwaśność żołądka wywołuje ruchy skurczowe, odbywające się, jako t. nazw. „peristaltische Unruhe“, przy czem następuje skurczowe zamknięcie odźwiernika. — Oprócz powyższych objawów przy zwiększonej kwaśności zawartości żołądka bywają jeszcze: zgaga, bóle żołądkowe, zwiększone łaknienie i pragnienie, a także rozszerzenie żołądka, wywołane przez dłuższe pozostawanie pokarmów w żołądku.

Przyczyny tej choroby są zupełnie nieznanne; możnaby przypuścić pewien związek z poprzedzającymi wrzodami żołądka, jak to się okazuje z dwóch przypadków Riegel'a.

Leczenie zasadza się przeważnie na przepłókiwaniu żołądka, wykonywanem niekiedy dwa razy dziennie. — Pożyteczne są także środki alkaliczne, zobojętniające kwasy. Pokarm powinien być białkowy, a należy unikać pokarmów mącznych i ograniczyć ilość napojów. Środki narkotyczne — makowiec w małych dawkach — zmniejszają pragnienie. *M. Hoppenblum.*

116. Prof. ERB. **Ueber peritoneales, speciell perihепатisches Reibegeräusch.** B. Klin. Woch. N. 5. 1886.

Jednym z ważniejszych objawów przy zapaleniu błon surowiczych — opłucnej i osierdzia — jest szmer tarcia; przy zapaleniu zaś otrzewnej nie zwrócono na objaw ten należytej uwagi. — W istniejących dziełach o chorobach brzusznych nie wspomina się o tym objawie, albo wzmianki o nim są bardzo niedokładne (Gerhardt). Autor w ostatnich czasach spostrzegł 5 przypadków z wyraźnym szmerem tarcia otrzewnowym, które w danych razach posiadało wielkie znaczenie rozpoznawcze.

W 3-ch z tych przypadków (jeden stwierdzony sekcją) przy zapaleniu błon surowiczych (pericarditis, pleuritis et peritonitis) szmer tarcia otrzewnowy wysłuchiwał się z tyłu pomiędzy dolnym prawym brzegiem płuc i kością biodrową, między kręgosłupem i środkową linią pachową; szmer ten najwyraźniejszym był w 10-ej i 11-ej przestrzeni międzyżebrowej, chociaż rozchodził się i ku przodowi nad wątrobą.

Siła jego jest dość znaczną, chorzy wyczuwają go sami; ręką wyczuwa się jako dość silne drganie, a przy wysłuchiwaniu posiada najrozmaitsze odcienia od lekkiego skrobania do głośnego chrobotania. — Zjawienie się szmeru tarcia otrzewnej nie jest w związku z pewnym okresem choroby; może on powstać w każdym okresie, istnieć przez pewien czas, od jednego do kilku tygodni i następnie pomалу zniknąć. — We wszystkich tych przypadkach rozpoznaniem było podostre lub też przewlekłe surowicze zapalenie otrzewnej i lewostronne zapalenie opłucnej, w pierwszym zaś przypadku i prawostronne, które przyłączyło się dopiero w trzy miesiące po zjawieniu się szmeru otrzewnej.

Ze szmery powyższe powstały w jamie otrzewnowej, a nie zależą od opłucnej, wynika: 1) z umiejscowienia ich znacznie po za granicą płuc, dokąd szmery opłucnej nie dochodzą, lub też dochodzą znacznie osłabione; 2) z braku wszelkich szmerów w samej jamie opłucnej; 3) z braku wszelkich innych objawów zapalenia opłucnej; 4) podczas gdy w jamie otrzewnej istniały wszy-

stkie objawy surowiczego zapalenia wysięku (ból brzucha, uczucie ciśnienia w okolicy wątroby i t. d.).

W dwóch przypadkach, później przez autora spostrzeganych, w których również istniały jednocześnie zapalenie płucnej, osierdzia i otrzewnej, powstały szmery otrzewnowe na przedniej powierzchni wątroby (w obydwóch przypadkach), nad śledzioną (w 1-szym przypadku) i nad kiszkaami (w 2-im przypadku). — I w tych razach zapalenie otrzewnej było podostre lub przewlekłe wysiękowe.

Objaw ten prawdopodobnie zjawia się częściej, niż to dotychczas spostrzegano, należy tylko zwrócić nań baczniejszą uwagę. Może on też mieć bardzo ważne rozpoznawcze znaczenie przy rozpoznaniu podostrego lub przewlekłego zapalenia otrzewnej, szczególnie okołowątrobowej (perihepatitis), przy różniczkowym rozpoznaniu zapalenia otrzewnej i marskości wątroby, a także przy odróżnieniu puchliny brzusznej zapalnej i niezapalnej.

M. Hopfenblum.

117. Kwas chromny jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani. Skreślił Dr. T. Hering. — Przeczytane na 8 zjeździe w Kopenhadze d. 10 VIII 84. Odbitka z Gaz. Lek.

I.

Hering pierwszy zadał sobie trud, by sprawdzić dotychczasowe poglądy o kw. chromnym, jakoteż odnaleźć przyczynę bolesności i zatrucia tym kwasem, stosowanym zewnętrznie na błony śluzowe nosa, gardzieli i krtani.

Badania chemiczne nad kryształami kwasu chromnego rozpuszczonego w wodzie przekroplonej wykazały, że kryształy kwasu chromnego dostarczane przez sklepy materyjałów aptecznych nie są zupełnie czyste, mianowicie że mają pewną domieszkę kwasu siarczanego, który jak wiadomo, służy do otrzymywania kryształicznego kwasu chromnego z kryształów chromianu potasu.

Jak otrzymać kwas chromny chemicznie czysty i w jaki sposób go stosować, by uniknąć rozlewania się na sąsiednie części zdrowe, koniecznego prawie przy działaniu wprost samemi kryształkami kwasu, zaniesionemi w ten lub inny sposób na błonę śluzową — oto były pytania, które należało rozstrzygnąć. D. C. rozstrzygnął je w sposób bardzo prosty i łatwy.

Na końcu srebrnego zgłębnika umieszcza on 2 — 3 kryształki kwasu chromnego, jaki znajduje się w handlu i roztopia je, trzymając zgłębnik nad płomieniem lampki spirytusowej lub gazowej. — Z początku ogrzewania kryształki nieco trzeszczą (przyczem wydziela się trochę pęcherzyków gazu), lecz prędko zamieniają się w lepki ciemno czerwony gęsty płyn, który wnet zastyga w masę cynobrowo czerwoną — kwas chromny zupełnie czysty. — (Kwas siarczany przy ogrzewaniu ulatnia się).

Jeżeli manipulację tę będziemy wykonywali nad płomieniem zbyt silnym, lub też przeciągniemy ją zbyt długo — to zamiast wyżej opisanej masy otrzymamy czarno zieloną gąbczastą

masę, pozbawioną wszelkich żrących własności, której główną częścią składową jest tlenek chromu.

Natopiona warstwa kwasu nie powinna być grubszą nad pół milimetra; natapiamy albo sam koniec zgłębnika, albo też i część do końca przylegającą na przestrzeni 1 ctm., stosownie do wielkości miejsca, które chcemy przyżegać.

Zamiast zgłębnika srebrnego możemy w tym samym celu i z równym skutkiem używać drutu żelaznego lub szklanej ba-gietki.

Co się tyczy *objawów zatrucia*, to przy stosowaniu kwasu chromnego, natopionego na zgłębnik, — w jamie nosowej, noso-gardzielowej i gardzieli zauważyć można jedynie wymioty, występujące w $\frac{1}{2}$ — 2 godzin po przypaleniu, powtarzające się do 3 — 4 razy, lecz często kończące się na jednym napadzie, przy którym cała zawartość żołądka naraz wyrzuconą zostaje.

Wymioty te powstają wskutek przeciekania kwasu spływającego do żołądka. — Żeby zapobiedz wymiotom Hering zaleca choremu przed przypaleniem wypić roztwór sody (2,0 — 100,0) — po przypaleniu zaś przepłukać gardło, lub przestrzyknąć nos roztworem sody (4,0—250,0); wszelką wydzielną skrętnie wypłuć należy.

2—3 godziny po operacji wstrzymać się należy od jedzenia i picia.

Co zaś do *wskazań* dla stosowania kwasu chromnego, to te postawić możemy w chorobach gardzieli, również jak i w chorobach krtani i nosa.

1) Najczęstszym wskazaniem do przypalenia kwasem chromnym w *gardzieli* stanowi cierpienie *pharyngitis granulosa* zależne od udziału zarówno wylotów gruczołów śluzowych, jako też i pierwiastków limfatycznych błony śluzowej, rozsianych nietylko na ścianie tylnej, ale przeważnie z jej boków. Zajęcie tych ostatnich daje nam obraz kliniczny, opisany i nazwany przez Heringa *pharyngitis lateralis*.

Tego ostatniego cierpienia autor odróżnia dwie formy: *ph. later. granulosa*, zależna zaś od udziału pierwiastków w limfatycznych i *ph. later. hypertrophica*, zależna od zapalnego stanu błony śluzowej i podśluzowej z zapalnym obrzmieniem *plicae salpingo pharyngeae*, które przedstawiają się w postaci wałków, grubości ołówka, do grubości małego palca, występujących z po za łuków tylnych z jednej lub obydwóch stron gardzieli.

Przystępując do przyżegania ziarenek pharyn-granulosae i bocznej jej odmiany postępować należy ostrożnie, i niezbyt wiele ziarenek wypalać na raz, oraz zachować wszelkie środki ostrożności przeciwko otruciu. Zawsze lepiej zdaniem H. wypróbować indywidualną wrażliwość chorego na środek, którym działamy; zaczynać od małych ilości kwasu, a dopiero zbadawszy usposobienie pacjenta, działać nieco śmieiej.

2) Bardzo dobre rezultaty dało przyżeganie kwasem chromnym w niektórych postaciach *przerostów migdałków*, szczególnie u osobników skrofalicznych, u których jednocześnie przerasta i migdałek nosogardzielowy.

3) Przy cierpieniach *syfilitycznych gardzieli* oprócz swoistego leczenia najlepsze rezultaty daje pędzlowanie z roztworu sublimatu (0,5 na 30,0 Spirit. vini i gliceryni ana).

Jednakże jeżeli mamy do czynienia z cierpieniem luetycznym natury przerostowej, t. j. z owrzodzeniami o brzegach silnie przerosłych ziarniną w postaci wałków i guzów, wtedy tuszowanie sublimatem nie przynosi oczekiwanej poprawy, w takich razach należy przerosłe tkanki zniszczyć — do czego jak najlepiej nadaje się kwas chromny.

4) Bardzo dobre rezultaty — *bo zagojenie owrzodzenia gruźliczego* w gardzieli udało się otrzymać autorowi, też dzięki stotowaniu kwasu chromnego.

W *krtani* stosował Hering kwas chromny w następujących formach:

1° Przy *nasieku zapalnym* przerosłych strun fałszywych, w celu usunięcia zwężenia krtani, którego był przyczyną.

2° W celu doszczętnego zniszczenia miejsc *przyczepów polipów krtani* po usunięciu ich na drodze operacyjnej.

3° W celu zniszczenia *drobnych guziczek* na brzegach strun umiejscowionych (Entzündungsknoten).

4° Wreszcie przy *gruźliczych owrzodzeniach krtani*, naturalnie w wypadkach, w których i stan ogólny i sprawa chorobowa narządów oddechania dawały widoki poprawy.

W *jamie nosowej* przyżeganie kwasem chromnym stosował autor:

1° Przy *przewlekłym nieżycie* t. j. postaci zapalenia błony śluzowej, w której obok obfitej, zwykle śluzoropnej wydzieliny towarzyszyło zatkanie przewodów nosowych wskutek rozlanego przerostu błony śluzowej lub ograniczonego do muszel dolnych lub średnich.

2° Przy *cierpieniu jam obocznych nosa*, powstającym zwykle wskutek zatkania otworu jamy klinowej, bądź małemi polipami, bądź zapalnym obrzmieniem błony śluzowej.

3° Dla zniszczenia *resztek polipów* po odjęciu ich za pomocą petlicy zimnej lub rozpalonej.

4° Przy niektórych nerwicach zwrotnych, zależnych zdaniem Hack'a od patologicznych ciał jamistych nosa — w celu zniszczenia tychże.

Przypalenie kwasem chromnym przy przewlekłym nieżycie nosa, połączonym z przerostem muszel, autor wykonywa w sposób następujący: pręt srebrny nieco spłaszczony, odpowiednio w kolanko zgięty, powleka się na przestrzeni 1—1½ ctm. kwasem z jednej strony, drugą pokrywa autor wazeliną w celu osłonięcia części zdrowych od przypalenia. — Przyżeganie prowadzi autor tak długo, póki części przyżegane nie pokryją się żółtym, mięsistym strupem.

Przed operacją przestrzykuje autor nos roztworem boraksu, po operacji roztworem sody, poczem zatyka nozdrza watą.

Przypalenie powtarza się po odpadnięciu strupa, co zwykle następuje w 3—5 dni. Czasem dla otrzymania dobrego rezultatu

wypada przyżeganie powtórzyć do sześciu razy: zwykle jednak 2 — 3-krotne stosowanie bywa dostateczne przy średnim stopniu niezytu.

We wszystkich tych wypadkach autor poprzednio używał żegadła galwanicznego, lecz ze względu na mniejszą bolesność przypalania kwasem chromnym, jak również na mniej kłopotliwy i dużo przystępniejszy sposób stosowania kwasu chromnego — wobec zupełnie zadawalniających rezultatów — proponuje autor wprowadzić kwas chromny — w zastępstwie żegadła galwanicznego.

Wogóle wyniki swych poszukiwań nad kwasem chromnym, streszcza autor w następujących wnioskach:

1) Kwas chromny odpowiednio natopiony na srebrne pręty jest środkiem żrącym o silnem, pewnem, małobolesnem lub zupełnie niebolesnem działaniu. Odczyn zapalny jaki wywołuje, jest bardzo nieznaczny, środek ten więc może być stosowanym przy wszelkich wytworach zapalenia twórczego, jako to ziarniniakach lub tkankach miękkich typu adenoidalnego i niektórych nowotworach, jako to śluzakach miękkich. Również pożyteczny okazał się kwas chromny do niszczenia wytworów przerostowych przymiotu trzeciorzędnego.

2) Niebezpiecznych objawów otrucia (upadek sił, rozwolnienie), nie widział autor dotąd ani razu; objawy lżejsze, jako to: wymioty pojawiają się zwykle wtedy, gdy pewna drobna ilość kwasu chromnego dostanie się ze śliną lub śluzem do żołądka. Rozległe przyżeganie narządów silnie wchłaniających (np. migdałków), może wywołać lekkie objawy zatrucia (wymioty).

3) Przy przewlekłym niezycie nosa, połączonym z przerostem rozlanym muszel i zatknięciem nosa, przyżeganie kwasem chromnym okazało się najlepszym i najszybszym środkiem leczniczym, i nieraz mogącym zastąpić użycie żegadła galwanicznego.

4) Przy pewnych postaciach nerwic zwrotnych, zależnych od cierpienia nosa, głównie zaś muszel średnich (migrena, choroby głowy, astma), użycie przyżegania kwasem chromnym okazało się równier skutecznem jak galwanokauter, szybszem w działaniu i mniej od żegadła bolesnem. *Adam Ciągliński.*

II.

118. A. SCHWANEBACH. **Kwas chromny jako środek żrący w nosie i gardzieli.** *Die chromsäure als Aetzmittel in der Nase und im Rachen.* St. Peter. Med. Woch. N. 49. 1885.

Autor zachęcony pracą Hering'a jak również dobremi rezultatami używania kwasu chromnego w klinice dla chorób usznych Hartmann'a w Berlinie, zaczął stosować kwas chromny w chorobach nosa i gardzieli.

Wskazaniami dla niego były następujące patologiczne formy:

1) W pierwszej linii *obrzmienia ciał jamistych nosa*, które według Hack'a są przyczyną rozmaitych nerwic chorobnych. Ciała jamiste nosa znajdują się na średniej i dolnej muszli nosa, na przegrodzie nosowej i na dnie dolnego przewodu nosowego.

Bardzo często, powiada autor, zjawiają się choroby ze skarga-

mi, dokładnie przez Hack'a w jego pracy przytoczonemi, u których przy pierwszym badaniu obrzmienie ciał jamistych nosa wykryć się nie daje.—W tych razach autor proponuje dawać zażył choremu szczyptę proszku borakowego drobno utluczonego jak tabakę; u osób zupełnie zdrowych mamy potem tylko do czynienia z lekkim przekrwieniem błony śluzowej nosa i wodnistą wydzieliną, gdy tymczasem u chorych ciała jamiste łatwo pobudliwe silnie nabrzmiwiają.

2) Powtóre stosował autor kwas chromny przy naroślach w formie polipów na błonie śluzowej nosa, lub też przy przerzoście zapalnym tejże.

W gardzieli stosował autor 3) przy *pharyngitis granulosa* i *ph. lateralis*.

4) Przy trzeciorzędnych syfilitycznych owrzodzeniach.

5) Przy przerzoście *tonsillae pharyngeae*.

W krtani dotąd kwasu chromnego Schwanebaeh nie stosował.

Do kauteryzacyi używa autor trojakiiego rodzaju zgłębników specjalnie dla niego przygotowanych przez fabrykanta Gerber'a.

1) Dla nosa — z końcem płaskim, w płaszczyźnie pionowej stojącym, i z rączką ku dołowi w tejże płaszczyźnie pod kątem rozwartym zagiętej.

2) Dla tylnej ścianki gardzieli z końcem w postaci stępła (pieczętki).

3) Dla jamy nosogardzielowej — wygięty, z trzema końcówkami kulkami różnej wielkości dla przykręcania.

Kryształy kwasu natapia autor w takiż sam sposób jak i Hering; zwraca tylko przytem uwagę, że jeżeli zbyt krótko trzymać zgłębnik z kwasem nad lampką, to otrzymuje się masa łatwo odskakująca od zgłębnika, co, rozumie się, weale pożądanem nie jest.

Przed przyżeganiem błony śluzowej nosa autor oczyszcza ją za pomocą kawałka waty hygroskopijnej, umocowanego w słabym roztworze węglańu sodu i umocowanego na pręciku drewnianym. Po przypaleniu zatyka autor otwór nosowy kawałkiem suchej waty salicyłowej.

W domu zaleca on swym chorym trzy razy dziennie zakładać w otwór nosowy albo kompresy zmaczane w 20% roztworze kwasu bornego, albo też kawałki waty z maścią z kwasem bornym i trzymać je za każdym razem po pół godziny.

Wychodząc na ulicę chorzy winni nos zatkać kawałkiem suchej waty.

Po trzech dniach radzi autor za pomocą pincety pooddziałać ostrożnie nawpół już zwykle oddzielone strupy, by uniknąć krwotoków, wywołanych niespokojnem zachowaniem się chorego, wskutek poruszania się strupów pod wpływem przechodzącego powietrza i połączonego z niem silnego swędzenia w nosie. — Po upływie tygodnia, dwóch — mała ranka zwykle już jest zagojoną.

Przy stosowaniu kwasu chromnego w gardzieli autor zaczyna od przepłókania słabym roztworem sody; oddzielne ziarnka

przy pharyngitis granulosa przypieka, jednocześnie je prawie rozgniatając zgrubiałym końcem zgłębnika; przy *ph. lateralis* przeprowadza po nabrzękłym wálku podłużne pasy w postaci bruzd.

Według obserwacyj autora, nabrzękła muszla wymaga jednego lub dwóch przypaleń; oddzielne granulacje jednego przypalenia; przy *pharyngitis lateralis* zwykle trzykrotne przypalenie wystarcza do zupełnego usunięcia choroby.

Naturalnie łżejsze formy nieżyków gardzieli połączone z rozlanem obrzmieniem błony śluzowej, nie wymagają od razu przypalenia, często udaje je się usunąć za pomocą pędzlowań jodyną z gliceryną, albo przynajmniej złagodzić; pozostające potem oddzielne granulacje, bardzo dobrze nadają się do przypalenia.

Nawet małe polipy i narośle na błonie śluzowej mogą być zniszczone za pomocą kilkakrotnego przyżegania kwasem chromnym.

Jako środek zmniejszający przytem ból, wskazuje autor kokainę, która o wiele ułatwia wszelkie operacje na błonach śluzowych.

Raz tylko autor spostrzegł wymioty po przyżeganiu kwasem chromnym w nosie—dla uniknięcia tej nieprzyjemnej komplikacji idzie za radą Heringa i każe płukać gardło po operacji roztworem węglanu sodu; wraze mdłości po operacji już w domu poleca autor zażyć proszku sody, na koniec noża wziętej.

W końcu swego artykułu autor zwraca uwagę, jak często chorzy z obrzmieniem ciał jamistych nosa (*Hacksche Rhinitis*), stanem, który autor proponuje nazywać *rhinitis cavernosa* chodzą od lekarza do lekarza z dyjagnozą chronicznego nieżytu, dostają proszki do wdmuchiwania, maście i przestrzykiwania, które tylko stan chorobowy pogorszyć mogą, gdy tymczasem dobre zbadanie i zniszczenie chorych ciał jamistych daje bardzo prędką poprawę.

Naturalnie że w wypadkach gdzie oprócz *rhinitis cavernosa* mamy do czynienia z rozlanem zapaleniem i zgrubieniem błony śluzowej nosa, albo z nieżytem jamy noso-gardzielowej, przed przypaleniem starać się potrzeba o usunięcie lub zmniejszenie tych komplikacyj za pomocą pędzlowania jodem z gliceryną — potem samo leczenie przyżeganiem idzie daleko prędeż.

W wypadkach wyżej przytoczonych możemy postawić pytanie — co lepiej stosować — kwas chromny, czy galwanokautykę?

Autor stanowczo oświadcza się za kwasem chromnym, jako środkiem celowi zupełnie odpowiadającym, a dla chorego i dla lekarza dużo wygodniejszym niż żegadło elektryczne.

Adam Ciągłiński.

III.

119 Dr. Mat. BRESGEN. **O stosowaniu kwasu chromnego w jamie nosowej.** *Die Anwendung der Chromsäure in der Nasenhöhle.* *Deutsch. Med. Ztg.* N. 3. 1886,

Zdaniem autora nietylko w wypadkach gdzie chodzi o zniszczenie bardzo silnych przerostów błony śluzowej lub też polipów nosowych, ale nawet gdzie idzie o usunięcie zbrzęknięcia błony śluzowej specjalnie muszli dolnej—kwas chromny nietylko do bystrości i doszczętności działania, ale także i pod względem trwałości skutków bardzo ustępuje galwanokaustyce.

Dobra strona przyżegań kwasem chromnym, mała bolesność w porównaniu z przyżeganiem żegadłem galwanicznym nie tyle zdaniem autora zasługuje na uwagę, wobec łatwego znieczulania chlorkiem kokainy.

Pierwotnie przy doświadczeniach swoich autor używał roztopionych kryształów kwasu chromowego na srebrnym zgłębniku; ten sposób pozwala bardzo dobrze działać na miejsca ściśle ograniczone, do których dostęp jest łatwy, jak np. na dolnej muszli lub też na przednim brzegu średniej.

Są to właśnie te wypadki, przy których autor działanie galwanokaustyki wyżej stawia niż działanie kwasu. Jeżeli mianowicie na tych miejscach spotykamy u dorosłych silne przerosty albo nawet przerosty o średnim natężeniu, to zdaniem autora, lepszego środka jak galwanokaustyki rekomendować nie można. — U dzieci w tych wypadkach zadawalniające rezultaty daje i kwas chromny.

Dla traktowania więc kwasem chromnym zostają wypadki, w których błona śluzowa w górnych częściach przewodów nosowych jest nabrzęklą, albo też gdy wskutek narośli na przegrodzie nosowej przestrzeń między przegrodą i muszlą lub też dnem jamy zawązka jest dla przejścia żegadła.

Lecz w tych wypadkach stosowanie kwasu chromnego sposobem podanym przez Hering'a napotyka na bardzo wielkie trudności, gdyż z powodu bardzo wąskiego przewodu następuje zetknięcie się zgłębnika pokrytego roztopionym kwasem z błoną śluzową samego początku kanału i stąd przypalenie jej — a do miejsc dalej i głębiej położonych dochodzi zgłębnik albo zupełnie bez kwasu, albo z małemi tylko resztkami tegoż.

Dla przezwyciężenia tych trudności autor proponuje swój sposób wprowadzania kwasu.

Do końca cienkiego srebrnego zgłębnika ($\frac{1}{2}$ —1 milim. grubości) przywiązuje Bresgen jeden koniec kawałka waty, wielkością odpowiadającego szerokości przejścia, przez który ma być przeprowadzonym. Na swobodną powierzchnię waty kładzie 1, 2 lub 3 kryształki kwasu chromnego. Owinąwszy następnie wate z zawartemi w niej kryształami ściśle koło zgłębnika przywiązuje do niego nitką drugi swobodny koniec kawałka waty.

Przy wprowadzeniu tak zaopatrzonego zgłębnika następuje nasycenie waty wydzieliną błony śluzowej pod działaniem której kryształki kwasu rozplywają się i wywierają swe żrące działanie na błonę śluzową.

Zdaniem autora wprowadzenie zgłębnika z końcem owiniętym watą jest możebne przy silnem nawet zwężeniu przewodów

nosowych, łatwiejszem nawet niż wprowadzenie samego zgłębnika bez waty.

W wypadkach gdzie podobne postępowanie jest za bolesne, można je złagodzić za pomocą uprzedniego zapędzlowania roztworem chlorku kokainy.

Przy tem wszystkim silnie baczyć należy, aby nie z kwasu nie ściekało do żołądka, gdyż to wywołać może zatrucie doprowadzające do wymiotów.

Po operacji, jak również w przerwach między oddzielnymi przyżeganiemmi trzeba dobrze wytrzeć nos, przytem tylko jeden otwór nosowy winien być zatkany, by drugim swobodnie mogło wychodzić powietrze.

Jaką ilość kryształków w każdym oddzielnym wypadku użyć należy, może tylko wskazać długie doświadczenie; nim się tej wprawy nabierze, radzi autor brać raczej za mało niż za wiele i wraze potrzebny przyżeganie powtórzyć.

Powtarzać zaś je można stosownie do ciężkości wypadku — kilkakrotnie, z przerwą między oddzielnymi przypalaniemmi od 4 do 8 dni.

Leczenie następcze polega na pędzlowaniu 20% roztworem kwasu chromnego.

Zdaniem autora, tylko taki sposób stosowania kwasu chromnego jest możliwy — a i przy takim sposobie przyznaje mu autor zdolność pomocniczą dla galwanokaustyki, — ale nigdy zastępczą.

Adam Ciagliński.

IV.

120. Dr. J. F. NEUMANN. **O zastosowaniu kwasu chromnego i galwanokaustyki w nosie i gardzieli.** *Ueber die Anwendung der Chromsäure und der Galwanokaustik in der Nase und dem Rachen.* St. Peter. Med. Woch. N. 3. 1886.

Autor robi słuszną uwagę o zwykłym losie nowo-wprowadzonych środków leczniczych. Z początku zbyt je przechwalają, potem zaś znów wpadają w drugą ostateczność i odmawiają im wszelkiego leczniczego znaczenia.

Tak samo stało się i z kwasem chromnym; znalazł on gorące poparcie w Heringu, — i równie gorącego przeciwnika we Fraenklu.

Co o kwasie chromnym mówi Bresgen, widzieliśmy w poprzednim artykule.

Autor niniejszego artykułu zupełnie się z poglądami Bresgena nie zgadza.

Możliwość zatrucia daleko większą jest przy sposobie proponowanym przez Bresgen'a, niż przy sposobie używanym przez Hering'a. Zarzut jaki Bresgen robi sposobowi Heringa, że przy zwężonym przewodzie nosowym część kwasu czasem zciera się i do miejsca które chcieliśmy przypalić dochodzimy zgłębnikiem prawie nagim, lub też że przy podobnych warunkach przypalamy nie tylko chore ale i części zdrowe, przylegające do nich — jest zupełnie sprawiedliwy, ale winą to nie kwasu chromnego, lecz jego sposobu stosowania. Sam Bresgen sądzi, że swoim sposobem

bem przypalania trudną zagadkę sposobu używania kwasu chromnego rozwiązał; zdaniem autora, tylko zaciemnił.

Dla uniknięcia tych niedogodności jakie przedstawia sposób Hering'a, autor używa przyżegania kwasem chromnym, natopionym na łyżeczkę. — Początkowo była to zwykła łyżeczka Daviel'a, lecz gdy przy tem działanie okazywało się nazbyt niszczące, przystosował autor łyżeczki mniejsze (od 1,5 milim. do 3,0 m. szerokości i od 5,0 mil. do 10,0 mil. długości) do zglębownika zgiętego w kolanko (Kniesonde) i to wszystko oprawił w rączkę, jaką się używa do trzymania lusterek laryngologicznych lub też instrumentów usznych.

Za pomocą tak przystosowanej łyżeczki możemy dojść swobodnie do miejsc, które chcemy przypalić: dolna, wypukła część łyżeczki, którą łatwo za pomocą zeszkrobania nożykiem możemy oczyścić zupełnie od kwasu służy do ochraniań części zdrowych, przylegających do chorych. Do gardzieli można zupełnie z dobrym skutkiem używać prostego zglębownika Hering'a.

Co się tyczy wskazań, to według autora są one następujące, takie same zresztą jak i dla galwanokaustyki.

1) *Obrzmienia przerostowe muszli dolnej*. W tym wypadku kwas chromny używa się w celu zniszczenia tkanki jamistej nosa.

2) Jako bardziej powierzchowny środek przyżegający przy *obrzemiach podśluzowych*, gdzie pędzlowanie jodyną nie odniosło pożądanego skutku.

3) Dalej stosował autor *dla wygubienia ostatków polipów* albo też w celu uprzedzenia recydyw.

Nawiasem powiedziawszy, autor nie przyznaje recydywy raz operowanego polipa, zdaniem jego nie jest to odrastanie odjętego polipa, lecz szybszy wzrost sąsiada jego, który mając więcej wolnego miejsca i więcej dostępu powietrza, prędzej się rozwija.

4) Wreszcie przy *brodawczakach* (papillomata) muszli średniej, które mogą zatkać cały przewód nosowy.

5) W gardzieli stosował autor przy *pharyngitis granulosa* i *ph. lateralis*, szeroko rozprzestrzenionej.

Przed przystąpieniem do kauteryzacji chorzy podlegają leczeniu przedwstępnemu, polegającemu na zmniejszeniu ostrych objawów, towarzyszących głównemu cierpieniu — jakoto niezytu nosogardzielowego za pomocą pędzlowania jodyną z gliceryną. Kiedy wskutek tego ogólne obrzmienie się zmniejszy, droga dla powietrza się ułatwi, bardziej chore części błony śluzowej, na które gruntowne leczenie winno być skierowane, staną się wyraźniejsze — wtedy dopiero przystępuje autor do przyżegania.

Dla oszczędzenia bólu pacjentom znieczula autor błonę słuzową nosa lub gardzieli roztworem kokainy, jednocześnie pomocnik jego roztapia kwas chromny na łyżeczce. Po ostudzeniu łyżeczki wprowadza się ją śmiało i swobodnie manipuluje już to nieco silniej ją przyciskając do bardziej twardych miejsc, które chcemy przypalić (przerosła muszla), lub też zlekka tylko prowadząc po delikatnych narostach (papillomata). Rękoczyn ten

trwa tak długo, póki pożądaný skutek nie został osiągnięty, albo też póki ból pacjenta nie zmusi do przerwania go.

W ostatnim razie po nowem znieczuleniu przypalenie prowadzimy dalej.

Po skończonej operacyi przestrzykujemy kanał nosowy roztworem sody, dotąd, póki woda spływająca nie będzie miała więcej już żółtawego zabarwienia. Po operacyi w gardle, tymże alkalicznym roztworem przepłókuje gardło.

Oprócz tego po operacyi, jak również i przed nią, autor zaleca swym chorym popić trochę wody (Soda, Selters) by uniknąć wymiotów.

O ile nie można zaniedbywać tej ostrożności, najlepszym dowodem fakt, cytowany przez autora: Jedna chora, która uparła się nie popijać wodą sodową pomimo przestrzyknięcia nosa dostała w godzinę po operacyi silnych wymiotów. Nauuczona tem doświadczeniem, przy powtórnej operacyi była powolniejszą radom lekarza i to uchroniło ją od objawów zatrucia.

Po przestrzyknięciu i osuszeniu nosa autor radzi zbadać skutek przyżegania i jeżeli się tego okaże potrzeba, przyżeganie niezwłocznie powtórzyć, jeżeli nie, założyć dziurkę od nosa tamponikiem z waty. W domu pacjent zakłada sobie w nos nieco maści z kwasem bornym i kokainę na waciu, i zmienia to w miarę potrzeby resp. nagromadzenia się wydzieliny błony śluzowej.

Najlepiej jeżeli pacjent po operacyi czas jakiś spokojnie poleży, dlatego też autor chętnie operuje nad wieczorem, by pierwsze nieprzyjemne wrażenie choroby przetrzymali w łóżku.

Zwykle po 5–8 dniach strup się oddziela, bywają jednak wypadki że trzyma się daleko dłużej, stosownie naturalnie do siły i rozciągliwości przypalenia.

Autor nie radzi działać w kierunku przyspieszającym oddzielenie się strupa i uważa za dostateczne zakładanie maści dezynfekującej, z kwasem bornym.

Organizacyi strupa, o jakiej mówi Schäffer, autor ani razu nie widział i nie rozumie jej nawet wcale.

W jednym przypadku, szczegółowo cytowanym przez autora, wydzielenie się strupa nastąpiło po upływie przeszło miesiąca po operacyi; strup był wielkości rozgniecionego *en masse* włoskiego orzecha, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie.

Autor bardzo gorąco poleca stosowanie kwasu chromnego: nie widzi on w nim wcale niebezpiecznego rywala, który zgubić pragnie i wyrugować galwanokauastykę, widzi w nim przeciwnie dzielnego tej ostatniej sprzymierzeńca. *Adam Ciegliński.*

Przypisek sprawozdawcy. Przytoczone artykuły w dosyć wyczerpujący sposób przedstawiają kwestję stosowania kwasu chromnego, jak również i polemikę co do sposobu jego używania. Metody Hering'a Schwanebach'a i Neumann'a nadto różnią się między sobą i bez zaprzeczenia zasługują na pierwszeństwo przed metodą Bresgena.

Zdaniem naszym niesłusznie w całej tej sprawie wyniesiono na pier-

wszy nieledwie plan pytanie: Czy kwas chromny może *wyrugować* galwanokaustykę, czy nie?

Pytanie to może obchodzić tylko specjalistę laryngologa z wielkiego miasta, który mając pod ręką baterję galwaniczną i kwas chromny, nadto pod dostatkiem roztworu kokainy, znajduje się w tem małym *embarras de richesse* i nie wie co wybrać.

Daléko ważniejszym według nas jest pytanie:

Czy kwas chromny może *zastąpić* żegadło galwaniczne, t. j. czy w tych razach, gdzie z jakichbądź powodów nie możemy stosować galwanokaustyki, kwas chromny może przynieść choremu wyleczenie lub poprawę czy — nie?

W pytaniu tem leży zarazem i drugie:

Czy chory z niezbytami przerostowemi błony śluzowej nosa, niezbytami chronicznemi gardzieli, z nerwicami zwrotnemi zależnemi od cierpień ciał jamistych nosa mają być koniecznie leczeni przez specjalistów i to niektórych tylko (w Warszawie np. szczęśliwych posiadaczy żegadeł galwanicznych mógłbym prawie naliczyć na palcach) a wraze niemożebności często dalekich podróży do wielkich miast, mają być skazani na ciągle kalectwo?— Czy też skuteczną pomoc w danych wypadkach nieś może każdy racjonalny lekarz w najgłębszej nawet prowincyi?

Odpowiedź na te pytania—bardzo przekonywająca, wypływa z wyżej przytoczonych prac — i jeżeli wprowadzenie kwasu chromnego jest bez zaprzeczenia wielką usługą, to odczuć ją i dziękować za nią winni daleko silniej lekarze i chorzy z prowincyi, niż specjaliści wielkich miast, zwłaszcza posiadacze żegadeł galwanicznych.

IV. Chirurgija.

121. Dr. BARDELEBEN. — **Wewnętrzne zaciśnięcie kiszek.** (*Berl. Klin. Woch.* N. 25 i 26 r. 1885).

We wszystkich wypadkach z objawami wewnętrznego zaciśnięcia kiszek autor zachował przemywanie żołądka, zalecone przez Kussmaula i bardzo popierane przez Senatora (17 XII 84 w Berlińskim Towarzystwie Lekarskiem), które przy energicznym zastosowaniu ma sprowadzać wyleczenie. Autor przekonał się, że przy przemywaniu żołądka następuje znaczna ulga (stan chorego staje się mniej męczącym i wymioty przerywają się na czas stosunkowo dość długi)—jednakże wyleczenia tą drogą osiągnąć się nie da—wyleczenie może nastąpić w takim tylko razie, gdzie są tylko objawy wewnętrznego zaciśnięcia kiszek, gdzie jednakże rzeczywistego zaciśnięcia wewnętrznego nie ma.

Autor przedstawia dwa wypadki wewnętrznego zaciśnięcia kiszek, wyleczone przy zastosowaniu laparatomii.

M. lat 24 ciężko od młodości cierpiał na dolegliwości w brzuchu: napady kolki brzusznej;— w Sierpniu 1884 r. przybył do szpitala z objawami wewnętrznego zaciśnięcia kiszek. — Po bezużytecznem zastosowaniu rozmaitych środków, w 6-tym dniu choroby wykonano laparatomję. Znalaziono kiszkię cienką uciśniętą w dwóch miejscach przez bardzo twarde sznureczki.—

Kiszkę oswobodzono, ranę zaszyta.— Gojenie szło niepomyślnie, ponieważ chory cierpiał na delirium tremens, zrzucił opatrunki, parę razy wymiotował — powstało ropienie rany, przyczem środkowa część jej została rozerwaną, tak że w głębi rany można było widzieć poruszenia jednej pętlicy kiszki. Dnia 40-go rana zupełnie się zagoiła. Utworzona blizna miała środek dość szeroki, a końce w kształcie linii. — Ta blizna z powodu swej szerokości w przyszłości może posłużyć do powstania przepukliny. Znany jest wypadek, w którym Bell stawiał prognozę przepukliny — prognoza spełniła się po 30 latach—miało to miejsce przy ranie ściany brzusznej rozciągającej się przez całą szerokość brzucha i zagojonej po 4-ch miesiącach.

C. lat 40 z młodych lat cierpiał na lewą przepuklinę pachwinową; — w Kwietniu 1885 r. przepuklina sama przez się znikła, poczem wystąpiły objawy wewnętrznego zaciśnięcia kiszki.—Dnia 14-go wykonano laparatomię. — Na jednej pętlicy kiszki cienkiej znaleziono skręcenie około osi — poniżej tego miejsca kiszka była próżną, a wokół znaczna ilość płastycznego wysięku—skręcenie kiszki około osi usunięto i ranę zaszyto. — 2-go dnia po operacji nastąpiło zupełne wyleczenie.

Nie rzadkie są wypadki, w których mamy wszystkie objawy wewnętrznego zaciśnięcia kiszki, gdzie właściwie wewnętrznego zaciśnięcia nie ma.—Autor podaje następujące:

N. 27 lat mający, dnia 4 II 85, trzymając ręce w kieszeniach i zeskakując z konia, upadł na brzuch — zaraz wystąpiły wszystkie objawy wewnętrznego zaciśnięcia kiszki — przyczem wzdęcie brzucha nie było bardzo wielkiem i na lewej stronie brzucha znajdowało się bolesne miejsce trochę wydęte. W kilka dni przystąpiono do laparatomii.—W jamie brzusznej po lewej stronie w miejscu odpowiadającym bolesności i małemu wydęciu znaleziono pęknięcie kiszki cienkiej — rozerwane miejsce miało długości 4 ctm., dochodziło do błony śluzowej, która była szczelnie zamknięta; przy pęknięciu miejscu znajdowała się nieznaczna ilość płynnej zawartości kiszki — a pomiędzy innymi pętlicami niewielka ilość wysięku z nieprzyjemnym zapachem — było to więc posokowate zapalenie otrzewnej. Nałożono szew na rozerwane miejsce — ranę brzuszną zaszyto. — Chory umarł po 24 godzinach.

Mężczyzna podeszłego wieku cierpiał na przepuklinę pachwinową nieodprowadzalną, zwieszającą się do kolan. — Przy badaniu znaleziono guz wielkości jaja kurzego w bliskości pierścienia pachwinowego; guz był ruchomy i nie zawsze leżał w tem samym miejscu—przytem były wszystkie objawy wewnętrznego zaciśnięcia kiszki.—Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że owym guzem był rak odźwiernika, gdyż żołądek przyjął położenie podłużne (prostopadłe) z odźwiernikiem zwróconym na dół—oprócz tego guza było mnóstwo mniejszy, co skłoniło do zaniechania dalszej operacji.—Chory umarł w kilka dni.

N. przybyła do szpitala z objawami wewnętrznego zaciśnięcia kiszek — jama brzuszna była otwarta i znaleziono rozrzucone guziczki rakowe na całej otrzewnej przysiennej i pokrywającej kieszki przy znacznym wysięku. W parę dni chora umarła od ostrego bardzo rozwiniętego carcinosis.

Autor uważa za niewłaściwe przemywanie żołądka przy rzeczywiście istniejącem wewnętrznem zaciśnięciu kiszek. ponieważ tym sposobem przedłuża się choroba, a zarazem odwleka się chwila radykalnego leczenia, które gdy skuteczniejsza się przy znacznym upadku sił chorego, nie może mieć pomyślnego rokowania.

Autor podaje następujące dwa wypadki:

Chory cierpiał na jednostronną przepuklinę pachwinową; po odprowadzeniu wystąpiły objawy wewnętrznego zaciśnięcia kiszek. Przemywanie żołądka przez 8 dni utrzymywało chorego w znośnym dobrym stanie—lecz 6-go dnia nagle wystąpił callapsus. Przy operacyi znaleziono ucisk kiszki cienkiej przez bardzo twardy sznurek—w tem miejscu był znaczny wysięk. — Dnia 5 po operacyi chory umarł przy objawach zapalenia otrzewnej.

Wypadek drugi prywatnej praktyki: Mężczyzna średnich lat—brzuch bardzo silnie wzdęty, przytem wszystkie objawy ileus. Stan chorego przez kilka dni był dobrym przy przemywaniu żołądka. Dnia 6-go nastąpił callapsus. Operacyję wykonano przy sztucznem oświetleniu wieczorem — przyczyny zaciśnięcia nie znaleziono—wszystkie cienkie kiszki były silnie wzdęte. — Zrobiono sztuczny odbyt. Chory umarł od upadku sił i zapalenia otrzewnej.

Autor radzi wcześniejsze wykonywanie laparatomii, ponieważ laparatomija sama przez się zrobiona ściśle antyseptycznie, nie może wyrzucić niekorzystnego wpływu na chorego. — Głównym momentem jest zapalenie otrzewnej — im wcześniej i silniej jest rozwinięte tem mniej jest szans na powodzenie.

W swym oddziale autor miał chorą ze znacznym guzem jamy brzusznej. Przy operacyi znaleziono guz rakowy sieci, z bardzo licznymi wtórnymi guziczkami. — Brzuch był powtórnie zaszyty, jednakże żadnej przypadłości nie było.

W drugim wypadku chory miał znaczny guz w brzuchu. Po otwarciu jamy brzusznej odkryto bardzo dużego i szerokiego raka gruczolu podżołądkowego. — Rana się zagoiła i chory bez żadnej większej operacyi opuścił szpital.

Autor więc przychodzi do następujących wniosków:

1) Przemywanie żołądka nie może usunąć istniejącego rzeczywiście wewnętrznego zaciśnięcia kiszek; 2) przemywanie żołądka przedłuża chorobę i odwleka tylko chwilę wykonania laparatomii i 3) laparatomija wykonana antyseptycznie nie wywiera złego wpływu dla chorego.

Rabek.

122. Dr. E. KURZ. Laparatomija z powodu wewnętrznego zaciśnięcia kiszek. — Wyleczenie. *Deut. Med. Woch.* 1885. N. 13).

Autor podaje następujący wypadek:

P. lat 33, w Sierpniu 1884 r. spostrzegł guz w dolnej części brzucha. — Była to przepuklina pachwinowa prawa zewnętrzna i odprowadzalna. — Zalecono do noszenia pasek przepuklinowy. P. uczył nagle bóle silne w brzuchu — jednocześnie prawie nastąpiły wymioty. Przy badaniu znaleziono w prawym pachwinowym kanale guz wielkości jabłka, silnie naprężony, bolesny i nie dający odgłosu kiszkowego. Guz ten po zastosowaniu eteru zmniejszył się — a następnie znikł przy lekkim ucisku. Jednakże bóle i wzmioty trwały dalej — i wogóle stan chorego nie polepszył się.

Przy obnacywaniu brzucha nigdzie nie można było znaleźć żadnego guza lub powiększenia odporności. — Kanał pachwinowy prawy był zupełnie pusty; w bliskości pierścienia brzusznoego nawet przy głębokim ucisku nie występowała żadna bolesność. Stan chorego ciągle się pogarszał — puls stawał się coraz mniejszy — ciepłota ciała spadała coraz niżej — wymioty przy silnej czkawce trwały ciągle — lewatywy nie wywierały żadnego skutku — wzdęcie brzucha powiększało się. — 1-go Listopada dla zmniejszenia wzdęcia brzucha przez nakłócie wypuszczono znaczną ilość gazów. 2-go Listopada to jest 10-go dnia choroby wykonano laparotomię. — W prawej stronie podbrzusza znaleziono pętlicę kiszki ucisniętą w pierścieniu worka przepuklinowego, który był oddalonym na szerokość dłoni od brzusznoego otworu kanału pachwinowego. — Zaciskający pierścień był przecięty w dwóch miejscach i kiszka została uwolniona — następnie brzuch był zaszyty. — Zaraz prawie po operacji stan chorego się zmienił. Chory oddał znaczną ilość wypróżnień — ciepłota ciała podniosła się — puls polepszył się. Następných dni stan chorego ciągle się polepszał. — Rana zagoiła się per primam. W miesiąc później P. nie cierpiąc żadnych dolegliwości, powrócił do zwykłego trybu życia. Rabek.

123. Prof. MIKULIĆZ. **O laparotomii przy przedziurawieniu żołądka i kiszek.** (*Ueber Laparotomie bei Magen und Darmperforation Sam. Klin. Vort. N. 262*).

Przedziurawienia żołądka i kiszek zarówno urazowego pochodzenia, jak i samoistne (powstałe na skutek owrzodzeń), prowadzą w końcu do zapalenia opłucnej ze śmiertelnem zejściem.

Nieliczne wyjątki stanowią wypadki, w których ograniczone zlepane zapalenie otrzewnej zdołało w porę zamknąć otwór, przeszkadzając wylaniu się kału do jamy brzusznej. Całe dotychczasowe leczenie dążyło do wywołania takiego zejścia i polegało przeważnie na wyczekiwaniu. Zaledwie w ostatnich czasach zaczęły się odzywać głosy, zachęcające do wmięszania się chirurgicznego w podobnych wypadkach. W tym samym duchu przemawia Mikulicz, twierdząc, że laparotomija tak samo jest wskazana przy każdym przedziurawieniu żołądka i kiszek, jak jest wskazaniem podwiązanie przy uszkodzeniu większych naczyń.

Sam M. dokonał 3 razy laparotomii w podobnych wypadkach. Z nich dwie zakończyły się śmiercią, jedna wyzdrowieniem

zupełnem. W jednym z wypadków śmiertelnych miał autor do czynienia z przedziurawieniem żołądka, które wywołało zapalenie otrzewnej z zupełną zapaścią; drugi wypadek dotyczył przedziurawienia wyrostka robaczkowego, które rozpoznano dopiero przy sekcji. W wypadku z zejściem pomyślnem przedziurawienie kiszczy cienkiej na miejscu owrzodzenia, prawdopodobnie durzycowego, powstało wskutek gwałtownego ruchu.

Autor dokonał laparotomii przy objawach ropnego zapalenia otrzewnej, znalazł w jamie brzusznej obok znacznej ilości ropy, kawalki nieprzetrawionych ziemniaków, odszukał miejsca pęknięcia, brzegi rany obciął i kiszczę zaszył. Oczyszcziwszy dokładnie jamę otrzewnej, jamę otrzewnej zaszył bez sączka. Czwartego dnia po operacji część rany się otwarła, dając wolny odpływ wydobywającej się z głębi ropy. Po 9 tygodniach zupełne wyzdrowienie.

Oprócz swoich trzech wypadków M. przytacza jeszcze 8 innych, znanych dotąd w literaturze, z nich 4 zakończyły się wyzdrowieniem. Co dowodzi, że laparotomia, dokonana nawet w warunkach bardzo niedogodnych, może dać dobre wyniki.

Jedną z najważniejszych przyczyn, które powstrzymywały chirurgów od laparotomii przy omawianych wypadkach, była trudność wczesnego rozpoznania przedziurawienia. Rzadko tylko możemy rozpoznać przedziurawienie kiszek i żołądka w pierwszym okresie, gdy jest większe prawdopodobieństwo powodzenia operacji; w późniejszym okresie, gdy rozpoznanie staje się pewniejszym, występuje zapalenie otrzewnej i okazuje się, że odpowiedni czas dla operacji już minął. Czy rzeczywiście jednak zapalenie otrzewnej może stanowić przeciwwskazanie dla laparotomii? M. twierdzi że nie, opierając się na swoim wypadku, jako też i na innych (Bouilly, Tiling, Israel, Litten).

Zapaleniem otrzewnej nazywamy wiele różnych zupełnie procesów. Tymczasem rokowanie przy rozmaitych rodzajach zapalenia bywa rozmaitem. Schramm przy surowiczo ropnem zapaleniu otrzewnej dokonał laparotomii z pomyślnem zejściem w wypadku skręcenia kiszek. Keath, Spencer Wells i inni otrzymali dobre wyniki, wycinając jajniki przy objawach peritoniditis. W wypadkach przedziurawienia żołądka i kiszek rokowanie musi być gorsze, gdyż zapalenie otrzewnej przyjmuje tu charakter posokowato-ropny, zakaźny. Jednakże i w tych wypadkach laparotomia może dać dobre wyniki, jak tego dowiódł trzeci wypadek Mikulicza, jakoteż wypadki Israel'a i Lytten'a.

Wiele zależy tu od sposobu powstania procesu, jego rozległości, oraz mniej lub bardziej ostrego przebiegu. Zajęcie otrzewnej na znacznej przestrzeni, wielka ilość wysięku, obecność ognisk zgorzelinowych i t. p. pogorszają rokowanie. Natomiast mniejsza rozległość procesu umożliwia wessanie produktów zapalnych, oraz wytworzenie zlepień i wykluczenie ogniska zarazy. Odnośnie przebiegu, M. rozróżnia 3 rodzaje zakaźnych zapaleń otrzewnej: gwałtowne (peracute—śmierć po 24 godz.), ostre (acute—śmierć po 2—3 dniach) i podostre (subacute—śmierć po 5 —

15 dniach). W pierwszym razie dobre wyniki może dać laparotomia, przedsięwzięta zaraz przy pierwszych objawach zapalenia; w drugim razie można zwlekać kilka godzin; w trzecim — dłuższy czas.

Najpomysłniejszym jest ograniczone zapalenie otrzewnej, towarzyszące często przedziurawieniu owrzodzonych kiszek, zwłaszcza wyrostka robaczkowego. Z pomiędzy przedziurawień pochodzenia urazowego lepsze rokowanie dają niewielkie pęknięcia i rany klóte, aniżeli rany postrzałowe.

Przy zapaleniu otrzewnej pożądanem jest przystępować do operacji, jak można, najwcześniej; jednakże i w późniejszych okresach zapalenia, nawet wobec regularnego stopnia zapaści, możliwe jest dobre zejście. *Zapalenie otrzewnej samo przez się, nie może stanowić przeciwwskazania dla operacji* Tylko upadek sił, nitkowate, niezbyt częste tętno, ciepłota niżej 36° , znaczny stopień bezkrwistości i t. p. mogą nas powstrzymać od operacji.

Ważniejszą przeszkodę aniżeli samo zapalenie otrzewnej, dla wykonania operacji w odpowiednim czasie, stanowi trudność rozpoznania pęknięcia nawet wtenczas, gdy zapalenie już się zaczęło lub też zupełnie rozwinęło.

Często przedziurawienie rozpoznajemy dopiero przy sekcji. Oprócz przedziurawienia żołądka i kiszek wiele innych procesów może spowodować zapalenie otrzewnej z podobnymi objawami, a przedewszystkiem w pochwi nie, uwięźnięcie i skręcenie kiszek. (Przemywanie kiszek sposobem Kussmaula może tu ułatwić rozpoznanie). Nadto przytoczyć należy ropne procesy w pęcherzu, śledzionie, wątrobie, cierpienia macicy, jajników, trzustki, nerek, ropnie płuca, ropny otok opłucnej, wreszcie przedziurawienie bąblowca do jamy brzusznej. Wszystkie te wypadki nie mogą stanowić przeciwwskazania dla laparotomii, tem bardziej, że nawet dobrowolne zapalenie otrzewnej radzą leczyć tą samą drogą (Leyden i inni).

Zapalenie otrzewnej może powstać jednakże wskutek ogólnych cierpień, gdzie laparotomia byłaby zupełnie nie stosowną. Do tych należą: polyarthritiś rheumatica, wysypki różycowe ostre, ropnica, choroba Brightii, gnilec, durzyca. Wywiady i ściśle badania mogą tu ochronić od pomyłki.

Za jedyny pewniejszy objaw zapalenia otrzewnej powstałego wskutek przedziurawienia kiszek lub żołądka, należy uważać znaczne nagromadzenie się swobodnego gazu w jamie brzusznej wprędce po wystąpieniu pierwszych objawów. Mniej ważnym objawem jest wystąpienie rozlanego lub ograniczonego bólu brzucha obok wysokiego często stopnia zapaści.

Łatwiejsem do rozpoznania jest przedziurawienie pochodzenia urazowego. Przy ranach klótych, ciętych i postrzałowych kierunek rany, krwawe wymioty i stolce oraz nagła zapaść stanowią główne punkty rozpoznawcze.

Trudniejsze jest rozpoznanie w przypadkach rozerwania i zmiążdżenia кишки. Warunki w jakich powstało przedziurawienie, mają wielki wpływ na wskazanie.

Przy ranach postrzałowych brzucha do laparotomii należy przystępować jak można najwcześniej, nawet zanim wystąpiły objawy przedziurawienia. Wrazie pęknięcia lub zmiążdżenia кишки należy przeczekać czas jakiś, dopóki nie miną objawy wstrząsu. Przedziurawienia powstałe w 3-im tygodniu duru, nie nadają się do laparotomii; natomiast w okresie zdrowienia może być ona wskazana. Przy przedziurawieniu wskutek wrzodu dziurawiącego żołądka, laparotomię należy wykonywać, o ile można najwcześniej; na nic się ona nie przyda przy owrzodzeniach gruźlicznych.

Wskazana jest także laparotomija w razie przedziurawienia po odprowadzeniu zmartwiałej przepukliny. Najtrudniej postawić wskazanie w razie przedziurawienia wyrostka robaczkowego, połączonego z objawami typhilitis i perityphilitis. M. w każdym typhilitis i perityphilitis, chociażby przedziurawienia wyrostka robaczkowego nie było, radzi przystępować do laparotomii, jak tylko wystąpiły objawy flegmowy i ropnego zapalenia otrzewnej.

Rozpatrując samą technikę operacyi, M. radzi cięcie prowadzić w większości wypadków, zwłaszcza niejasnych po linii środkowej pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem: o wiele częściej zdarzają się przedziurawienia w dolnej części brzucha, nadto łatwiej ztąd obejrzeć całą jamę brzuszną. W górnej części brzucha wtenczas tylko robimy cięcie, jeżeli mamy powód przypuszczać przedziurawienie кишки lub żołądka.

Przy przedziurawieniu dna żołądka cięcie może być ukośne lub poprzeczne; w razie przedziurawienia wyrostka robaczkowego—równoległe do więzu Poupart'a. Następnie należy usunąć krew, podwiązać naczynia lub opróżnić jamę brzuszną od wysięku. Wrazie krwotoku z wątroby lub śledziony, wskazaniem jest przypalenie. Teraz należy szukać miejsca przedziurawienia, wyciągając kolejno jedną po drugiej pętlę kiszki; tylko przy większem wzdęciu koniecznem jest wydobycie odrazu części wewnętrzności na zewnątrz. Często ograniczone zapalenie otrzewnej, otorbiony wysięk lub wydobywająca się zawartość kiszki albo żołądka wprędce naprowadza nas na miejsce przedziurawienia. Jeżeli nie możemy odszukać przyczyny zapalenia otrzewnej, należy dobrze jeszcze obejrzeć wyrostek robaczkowy. Odszukawszy miejsce przedziurawienia, brzegi rany obcinamy (wyjątek mogą stanowić tylko świeże pęknięcia i rany kłóte) i zeszywamy szwem dwurzędowym. M. przekłada jedwab nad catgut. Przy małych brakach obojętnem jest, czy wycinamy i zeszywamy podłużnie, czy też poprzecznie.

W razie większych braków M. przekłada połączenie w kierunku poprzecznym. Radzi on wtenczas wycinać podługowaty romboidalny kawałek, ostremi kątami sięgający kiszki, a nawet zrobić wycięcie mniejszego lub większego kawałka kiszki na całym obwodzie.

Ostatnie niezbędne jest w razie uszkodzenia kreskowej części kiszki lub obecności wielu dziur obok siebie leżących. W wy-

padkach ran klótych i postrzałowych należy baczyć, czy nie ma przedziurawienia jeszcze w innych miejscach. Wrazie przedziurawienia tylnej ścianki żołądka można, według rady Czerny'ego, otworzyć przednią ścianę i tylną zeszyć z wewnątrz.

M. odrzuca radę Bouilly'ego, by w razie przedziurawienia kiszki, zamiast zeszywać takową, wytworzyć przetokę kałową. Zeszywając kiszkę i przeprowadzając sączek do miejsca, do którego ją odprowadziliśmy, pozostawiamy wolną drogę dla przetoki mogącej wytworzyć się samoistnie w razie rozejścia się szwów.

Ważną część operacji stanowi dokładne oczyszczenie (toilette) jamy brzusznej, zwłaszcza przy septycznym zapaleniu otrzewnej. Przy objawach zapaści należy wstrzymać się od silniejszych środków dezynfekujących. Można tu użyć przegotowanego roztworu soli kuchennej (6 na 1000). W razie ropnego zapalenia otrzewnej, połączonego ze zlepianiami kiszek ze ścianką brzuszną i pomiędzy sobą, często można ograniczyć się na dokładnem oczyszczeniu jamy otrzewnej za pomocą tylko gąbek bez polewania (irrigation). Natomiast niezbędne jest dokładne drenowanie. Sączek grubości małego palca należy przeprowadzić do miejsca, gdzie znajduje się zszyty odcinek kiszki. W razie silniejszego zapalenia otrzewnej należy przeprowadzić kilka sączków w różnych kierunkach. Brzegi otrzewnej przesiąknięte ropną wydzieliną, mają słabą skłonność do zrastania się. Z tego powodu M. przy zeszywaniu rany brzusznej radzi przedewszystkiem nałożyć szew kuśnierski na brzegi otrzewnej, posypać go zlepką jodoformem i wtenczas dopiero połączyć szwami zewnętrzną ranę.

B. Sawicki.

124. HACKER. **Operacje na żołądku.** (*Die Magenoperationen an professor Billroth's Klinik.* 1880 bis März 1885).

Pierwsze szczęśliwe zeszywanie rany żołądka zapisane jest w 16-em stuleciu. W 17-em otwierano go tylko w celu wydobycia ciała obcego. Czas jakiś szew żołądka był zaniechany przez większość chirurgów, dopóki Lembert nie wykazał konieczności zblżenia do siebie powierzchni surowicznych, i szew jego kiszkowy nie został zastosowanym do żołądka. Sedillot zdobył sobie niespożyta sławę wytworzeniem przetoki żołądka przy zwężeniu przelyku i operację, dziś często używaną, nazwał Gastrostomią. Billroth wprowadził Gastrorafję, jako sposób leczenia przetok żołądka. Niedługo potem Gussenbauer i Winiwarter wykonali na psach częściowe jego wycięcie, co wkrótce z pomysłem zejściem i w jednym roku udało się zrobić na ludziach Wölfler'owi, Czern'emu i Billroth'owi. Najnowsze doświadczenia utorowały drogę i innym operacjom. I tak: Czerny wykonał eliptyczne wycięcie (excisio) przy wrzodzie okrągłym, Wölfler, przy nienadającym się do operacji zwężeniu odźwiernika, połączył za pomocą przetoki żołądek z kiszką cienką (Gastroenterostomia), wreszcie Billroth skojarzył wycięcie odźwiernika z Gastroenterostomią przy raku, sięgającym dna żołądka.

Przytoczone operacje dają się ułożyć w następujący szereg:

1. *Gastrotomia* — sztuczne otwarcie żołądka (Taille stomacale Verneuil, Gastrostomie temporaire Péan).

2. *Gastroraphia* — zaszyte już istniejącego otworu w żołądku.

3. *Gastrostomia* — wytworzenie przetoki żołądkowej przez zaszyte ściany brzusznej ze ścianą żołądka.

4. *Gastrectomia* — częściowe wycięcie żołądka.

5. *Gastroenterostomia* — połączenie za pomocą przetoki żołądka z kiszka cienką.

Od 1880 do końca Marca 1885 r. w klinice pr. Billrotha i praktyce prywatnej wykazano 33 operacje na żołądku, z tych 13 z zejściem pomyślnym.

I. *Gastrotomia*. Jeden przypadek. Chora polknęła 6 zębów sztucznych. Cięcie ściany brzusznej krzywe, około 11 ctm. długości, 7 ctm. poniżej wyrostka mieczykowatego od linii środkowej poprowadzone i na szerokość palca nie sięgające łuku żebrowego. Wyjęcie ciała obcego, szew powierzchowny, miejscami Lembertowski. Po czterech tygodniach wyzdrowienie.

Pierwszy Florian Mathis wykonał z pomyślnym skutkiem operację tę w 1602 r. w Pradze. Do 1885 r. Fiedler zebrał 18 wypadków, z tych 3 zakończyły się śmiercią, jeden niewiadomy. Operacje podjęte zostały z powodu ciał obcych. Najnowsza technika wymaga, aby przecięcie żołądka wykonywać, o ile możliwości nazewnątrz od rany brzusznej, uprzednio ustaliwszy ścianę jego za pomocą dwóch jedwabnych pętlic. Co się tycze wskazań, to jakkolwiek spostrzegano wypadki przechodzenia nawet dużych ciał przez kanał pokarmowy, jednak przy obecnym stanie laparotomii nie powinniśmy narażać chorego na niebezpieczeństwo przedziurawienia żołądka, a co rychlej uciec się do operacji, jeżeli tylko znaczna wielkość ciała obcego i jego obecność w żołądku nie ulegają wątpliwości. Czerny, Billroth i Le Fort wykonywali gastrotomię w celu rozpoznawczym, Loreta zaś w celu rozszerzenia za pomocą palca bliźnowatych zwężeń odźwiernika lub wpustu. W przyszłości jeszcze jedno wskazanie do tego zabiegu poda uporczywie krwawiący i życiu zagrażający wrzód okrągły żołądka.

II. *Gastroraphia*.

1-szy przyp. Pęknięcie żołądka po obfitem jedzeniu Laparotomja. Gastrorafja. Śmierć po upływie 4-ch godzin od zapadu.

Cięcie ściany brzusznej od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego; w jamie otrzewnej olbrzymia zawartość żołądka; na małej krzywiznie w pobliżu wpustu otwór wielkości grosza. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono bliźnę obok otworu. Przyczyna niezupełnie wyraźna.

2-gi przyp. Postrzał żołądka. Laparotomja. Gastrorafja.

Śmierć po 28-u godz. od zapadu i zapalenia otrzewnej. Cięcie ściany brzusznej 15 ctm. długości; wlot kuli w okolicy krzywiz-

zny wielkiej zaraz niedaleko od wylotu; po odcięciu brzegów ostatniego, eliptyczną ranę zaszyto za pomocą 29 szwów Lemberta; na ranę zaś wlotu nałożono 3 szwy. Badanie zwłok wykazało, że kula między innymi narządami przebiła i aortę.

Odnosnie do 1-go wypadku rozpoznanie waha się między pęknięciem żołądka i kiszki.

Rokowanie zależy od pierwiastkowego porażenia i krwotoku, od ilości i natury wylanej zawartości żołądka, wreszcie od czasu, jaki już upłynął od uszkodzenia.

Co się tycze postrzału żołądka, to i tu rokowanie jest niepomysłne już nietylko ze względu na zakażenie jamy otrzewnej przez jego zawartość, lecz i przez uszkodzenie innych dla życia niezbędnych narządów.

Daleko lepsze widoki przedstawia rana żołądka zadana ostrem narzędziem. Tu rana jamy brzusznej często równoległa do rany żołądka, pozwala raczej na wypadnięcie jego nazewnątrz, aniżeli na wylanie zawartości do jamy otrzewnej.

III. *Gastrostomia* (4 przyp.—3 śmierć. 1 popr.).

1. Zwężenie przełyku w pobliżu wpustu wskutek otrucia ługiem sodowym. *Gastrostomia* w ciągu dwóch posiedzeń. Śmierć 9-go dnia od wyniszczenia.

2. Zwężenie przełyku. Rak wpustu. *Gastrostomia* (2 posiedz.). Cel operacji osiągnięty. Śmierć po upływie 1½ mies. wskutek zapalenia płuc włóknikowego.

3. Zwężenie przełyku. Rak wpustu. *Gastrostomia* wykonana odrazu. Śmierć po 24-ch godz. od wyniszczenia.

4. Zwężenie przełyku. Rak wpustu. *Gastrostomia* odrazu. Śmierć od wyniszczenia 18-go dnia.

We wszystkich wypadkach wykonano cięcie równoległe do lewego łuku żebrowego, na szerokość palca odeń odległe, 8 — 12 ctm. długie, sięgające lub nie linii pośrodkowej. Pierwsze dwie operacje uskuteczniiono w ciągu dwóch posiedzeń t. j. przecięcie ściany żołądka, drugą część zabiegu operacyjnego, wykonano po upływie doby od przecięcia ścian brzusznych. Przy bliźnowatych zwężeniach *gastrostomia* wskazaną jest nietylko ze względu na niedrożność przełyku, ma tu również znaczenie i głębokość, na jakiej znajduje się zwężenie, w ostatnim bowiem razie niema mowy o oesophagotomii; w takich wypadkach cała skuteczność operacji nie tyle polega na wytworzeniu przetoki żołądka, ile na umożliwieniu systematycznego rozszerzania przełyku za pomocą sprężystych przyrządów. Przy raku przełyku Billroth robi *gastrostomję* wobec zwężenia nieprzepuszczającego nawet płynnych pokarmów, pragnąc tym sposobem ulżyć cierpieniom chorego i podtrzymać jego istnienie. Za operacją wykonywaną w ciągu dwóch posiedzeń, najlepiej przemawiają liczby, które zebrał Vitranga. — W 127 u wypadkach śmiertelność przy raku wyniosła 53%, a przy bliźnowatych zwężeniach 22,2% u operowanych odrazu, tymczasem u operowanych wciągu dwóch posiedzeń wypadło przy raku 17,5%, przy bliźnowatych zwężeniach 11,1%. Wogóle od czasu

Sedlota wykonano 155 gastrostomij; z 31 wypadków spostrzeganych przed wprowadzeniem metody przeciwnilnej, tylko jeden dał dobry wynik, po jej zaś wprowadzeniu ze 124-ch widziano skuteczność w 56-u.

IV. *Gastrectomia* — *Wycięcie żołądka* 18 przyp.—8 wyzdrowień, 10 śmierci.

1. *Wycięcia odźwiernika z powodu raka* 15 przyp.—7 wyzdr. 8 śmierci.

a) *Typowe wycięcie odźwiernika* 14 przyp. — 6 wyzdr., 8 śmierci.

b) *Wycięcie odźwiernika z gastroenterostomią* 1 przyp. wyzdrowienie.

2. *Wycięcie odźwiernika z powodu bliznowatych zwężeń* 3 przyp.—1 wyzdr. 2. śmierci.

a) *Typowe koliste wycięcie odźwiernika.*

blizna wskutek polknięcia kwasu saletranego — śmierć.
blizna po wrzodzie okrągłym — zupełne wyzdrowienie.

b. *Częściowe (klinowate) wycięcie odźwiernika:*

blizna po wrzodzie okrągłym — śmierć.

A zatem śmiertelność po wycięciu odźwiernika wynosiła 55,5%. Z powodu bliznowatego zwężenia operację wykonano 3 razy u bardzo wyniszczonych osobników; z tej liczby w najtrudniejszym pod względem techniki wypadku nastąpiło wyzdrowienie, w drugim przyczyną śmierci był stan ogólny chorego, wreszcie w trzecim — ropienie w szwie i przedziurawienie 7-go dnia. Co się tyczy raka, to przedewszystkiem wielką trudność stanowi wczesne rozpoznanie guza. W dwóch wypadkach gdzie wycięto mały jeszcze nowotwór, odróżnienie nie nastąpiło dotąd po upływie więcej niż 2 i 4 lat.

Większość, zmarła wskutek recydywy w okresie czasu od 4 do 12 miesięcy. W 15-tu przypadkach raka operację podjęto u 12 kobiet i 3 mężczyzn nie dlatego żeby nowotwór ten miał być częstszym u kobiet, lecz że ostatnie wcześniej zwracają się o pomoc. Wiek operowanych wahał się od 31—52 roku. Najczęściej spotykano rak włóknisty (scyrrhus) w kształcie pierścienia otaczający odźwiernik z powierzchownem nacieczeniem sąsiedniej ściany żołądka. Zrosty z otaczającymi narządami widziano w większości wypadków. Wogóle przy raku odźwiernika albo nie spotykamy żadnych zrostów i żadnych widocznych zmian w gruczołach, lub też niewielkie, łatwo rozdzierające się zrosty z siecią lub poprzeczną i zmiany w oddalonych gruczołach; wreszcie rozległe i bardzo trwałe zrosty z wątrobą i trzustką, jak również ogniska nowotworowe w gruczołach krezkowych.

Operacja trwała od $1\frac{1}{4}$ do $3\frac{1}{4}$ godz. Długość wyciętego kawałka na krzywiznie wielkiej wahała się od 8 cm. do 16 i 20 w najcięższych przypadkach, gdzie guz dosięgał wielkości pięści. Powodem śmierci w jednym wypadku było wadliwe przyszycie dwunastnicy do krzywizny małej i nieustające wskutek tego wymioty; w trzech innych śmierć nastąpiła w ciągu 24 godzin z po-

wodu niedokrewności i zapadu, wreszcie w 6-u ostatnich od zapalenia otrzewnej.

Tutaj należą operacje najtrudniejsze, a to ze względu na rozległość zrostów, długie bowiem i mozolne ich oddzielanie łatwo mogło przyczynić się do zakażenia; w trzech z tej liczby wypadkach przedziurawienie w szwie dało powód do zapalenia otrzewnej, raz wskutek ropienia w szwie, dwa razy z powodu pospiesznego i niedokładnego zeszywania.

Billroth za najważniejsze przeciwskazanie do operacji uważa zrosty z trzustką przy raku, bynajmniej nie odnoszą się tu bliznowate zwężenia. Natrafiwszy na coś podobnego, należy zaniechać operacji i zaszyć co rychlej otwartą już jamę brzuszną.

Cięcie jamy brzusznej prowadzono zwykle poprzecznie lub ukośnie, a to zgodnie z największą długością guza, jeżeli ten ostatni łatwo wyczuwać się dawał.

Czerny i Rydygier polecają cięcie na linii pośrodkowej, daje ono bowiem większy dostęp do jamy brzusznej. Jak również i brzeżgi jego łatwiej zbliżyć można. Rany te goiły się doraźnie w ciągu 8 — 10 dni. Przy cięciu na linii pośrodkowej chorzy opuścili łóżko w końcu 3 go tygodnia, przy poprzecznym zaś dopiero po 4-ch.

W ośmiu pomyślnie zakończonych wypadkach wyzdrowienie nastąpiło szybko; w dwóch tylko pokazały się nieznaczne wymioty przeistoczoną krwią lub płynną zawartością żołądka. Ciężar ciała zdrowiejących w pierwszych czterech tygodniach podniósł się po raku na 1—1½ kgr., po bliznowatym zwężeniu na 2 kgr., następnie już wzrastał bardzo prędko. W pięciu wypadkach, gdzie nowotwór powtórnie wystąpił operowani przez długi czas wolni byli od wymiotów po każdym jedzeniu.

Liczba ogłoszonych rezecey odźwiernika podług Kramera wynosi 82. Z tych 72 operacje wykonano z powodu raka, 10 zaś z powodu zwężającego wrzodu. W 17-tu przypadkach z pierwszej grupy nastąpiła ulga, a w 4-ch z drugiej—zupełnie wyzdrowienie.

V. *Gastroenterostomia*. 8 przyp. — 5 śmierci, 3 poprawy.

1. Rak odźwiernika nie podlegający operacji. Gastroenterostomja. Poprawa. (Gruźlica płuc i kiszek). Śmierć po upływie miesiąca od wyniszczenia.

2. Rak odźwiernika niepodlegający operacji. Gastroenterostomja. Śmierć 10-go dnia od wyniszczenia.

3. Taki sam rak odźwiernika. Gastroenterostomja. Śmierć 4-go dnia wskutek zapalenia otrzewnej.

4. Gruźlicze zwężenie na przejściu pomiędzy dwunastnicą i jelitem czczem. Gastroenterostomja. Poprawa. (Gruźlica płuc i kiszek). Zapalenie otrzewnej. Śmierć po upływie 2-ch miesięcy.

5. Rak odźwiernika niepodlegający rezecey. Gastroenterostomja. Śmierć od zapadu w 14½ godz. po operacji.

6. Taki sam rak. Gastroentérostomja. Poprawa.

7. Recydywa po wycięciu przed rokiem odźwiernika z powodu raka. Gastroenterostomja. Śmierć po upływie 23 god. od zapalenia otrzewnej.

8. Rak odźwiernika niepodlegający operacji. Gastroenterostomja przy istniejącem już zapaleniu otrzewnej. Śmierć po 36-u god. od zapadu i zapalenia otrzewnej.

Gastroenterostomja zatem jako samoistna operacja wykonaną została 8 razy; w 5 wypadkach śmierć nastąpiła wkrótce po niej, mianowicie w 2-gim od nieustających wymiotów zawartością kiszek cienkich, w 5-ym od niezmiernego wyniszczenia, wreszcie w trzech innych od zapalenia otrzewnej.

Poprawa w trzech pomysłnie przebiegających przypadkach była niedługa, śmierć bowiem najpóźniej wypadła u ciągu 4-ch miesięcy,

Z przytoczonego widzimy, że wyniki gastroenterostomii nie bardzo są zadawalniające. Nietylko bezpośrednia śmiertelność po operacji jest wielka, ale i poprawa wraże pomysłnego przebiegu jest krótka. Najdłuższą ulgę widziano w przypadku Socin'a, gdzie po upływie 4-ch miesięcy stan operowanego zupełnie był dobry.

Niebezpieczeństwa operacji są mniejsze, aniżeli przy wycięciu odźwiernika, to jednak trzeba mieć na względzie, że w pojedynczych przypadkach zrosty nowotworu ze ścianą brzusznią mogą ją wielce utrudniać. Po większej części od operacji nie wiele się można było spodziewać, przystępowano bowiem do niej u osobników bardzo wyniszczonych, u których wycięć odźwiernik było niepodobniństwem.

Między gastrostomją przy raku przełyku a gastroenterostomją zachodzi pewne podobieństwo, operacja jednak Wölflera jest doskonalszą, nie zmienia bowiem naturalnego sposobu odżywiania, każdy przytem chory łatwiej zgodzi się na nią, niż na gastrostomję.

A. Ciechomski.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1886/7 zawakuje sześć stypendyjów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w r. 1878 w mieście Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyjów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich, synowie ich i następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojcecy, synowie po Adolfie Strojckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnio-

nych imion, stypendyja nadane być mają innym pilnym studentom medycyny pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzezcone stypendyja winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 3 (15) Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto należyte, urzędownie poświadczone dowody, o swem pochodzeniu z tycheż rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały.

Dr. Szokalski.

Od Redakcyi.

— Kol Kor.....: Artykuł Sz. Kolegi spożytkujemy w następnych N. N. Do udziału we współpracownictwie zapraszamy.

Od Administracyi.

Administracyja „Kroniki“ uprasza Szanownych prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze b. r., zalegających zaś prosi o jaknajrychlejsze uregulowanie rachunków.

— Z dniem 1-go Lipca Redakcyja zostanie przeniesioną na ulicę Marszałkowską róg Chmielnej Nr. 108 (mieszkanie D-ra Krajewskiego) i otwarta będzie codziennie oprócz świąt i niedziel od godziny 7-ej do 8-ej wieczorem.