

5328

# KRONIKA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY

## PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH

Pod redakcją D-rów Ottona Hewelke i Wł. Krajewskiego.

Wydawca Dr. Konstanty Sierpiński.

Rok siódmy № 10. 15 Października 1886.

Wychodzi raz na miesiąc. — Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie rsr. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50.—Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.—Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po 15 kop. za wiersz drobnem pismem lub za jego miejsce; następne po 10 kop. za wiersz.  
Numer pojedynczy kop. 60.—Biuro Administracyi i Ekspedycyi: Marszałkowska Nr. 116. Biuro Redakcyi: Marszałkowska Nr. 108.  
Rękopisy nie zwracają się.

WARSZAWA.

W Drukarni Michała Ziemkiewicza  
przy ulicy Krakowskie-Przedmieście Nr. 17.

1886.

Dnia 3 Października 1886 roku.



# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## NERWICE ŻOŁĄDKA

(*Neuroses gastricae*).

(Ich pochodzenie, rozpoznawanie i leczenie).

Napisał

D-r Med. Henryk Pacanowski.

Ordynator kliniki wewnętrznej wydziałowej.

Od czasu jak Leube w r. 1878 ogłosił drugie wydanie klasycznego swego dzieła <sup>1)</sup>, w dziedzinie chorób żołądka tak znaczne uczyniono postępy, iż dzieło to okazało się wkrótce niedostatecznym i przeznaczeniu swemu niezupełnie odpowiednim. Prawie w tym samym czasie powstały nowe poglądy, które obalały lub zmieniały istniejące dotychczas, a ściślej prowadzone spostrzeżenia kliniczne wykryły szereg chorób, w których mimo obecności objawów, nie zdołano wykryć ze strony żołądka żadnych zmian anatomicznych. Leube, idąc za ogólnie panującym w Niemczech prądem, trzymał się stanowiska czysto anatomicznego i w tym kierunku choroby żołądka przedstawił; natomiast dział chorób, polegających jedynie na zmienionej czynności nerwów żołądkowych, zawarł w szczupłym rozdziale „Gastralgie“, rozbierając tu — i to dość pobieżnie — jeden tylko objaw sfery czuciowej, objaw towarzyszący najróżnorodniejszym postaciom chorób żołądka, względnie chorób innych narządów.

Lecz już wówczas Leube sam dokładnie widział istniejące braki, które uzupełnić było jego dążeniem; wkrótce też ogłosił cenną pracę p. t. „Dyspepsia nervosa“ jako nową postać chorobową. Zdobywszy ogromną w nauce zaślugę wprowadzeniem w powszechne użycie zgłębnika do ce-

---

<sup>1)</sup> Leube.—Krankh. des Magens etc. (Ziemssen's Handbuch der spec. Path. u. Ther. T. VII.

łów *rozpoznawczych* i badając tą drogą przebieg trawienia żołądkowego (czego dotychczas prawie nie czyniono), Leube opisał chorobę nie tylko że nie opartą na podstawie anatomicznej, ale w której, mimo objawów niestrawności, chemizm i mechanizm trawienia prawidłowo się odbywały.

Fakt ten zwrócił natychmiast uwagę licznych badaczy, zachęcając do nowych specjalnych poszukiwań i spostrzeżeń. Przypomniano sobie dzieła autorów francuzkich i angielskich, którzy już dawno o *nerwicach* żołądka pisali. O ile dotychczas lekarze poprzestawali w danym przypadku chorobowym na uwzględnianiu objawów *podmiotowych*, albo też tak niepewnych objawów *przedmiotowych*, jak np. obłożenie języka, bolesność w dołku, o tyle obecnie zaczęli badać szczegółowo mechaniczną i chemiczną czynność żołądka, trwanie aktu trawienia i t. d. Pojawił się szereg cennych prac: Ewald'a, Velden'a, Edinger'a, Uffelmann'a, Rossbach'a, Leyden'a, Riegel'a, Reichman'a, Jaworskiego i Gluzińskiego i w. i. Tą drogą, jedynie racjonalną, przekonano się niebawem, iż istnieje dział postaci chorobowych żołądka, posiadających swój odrębny niemal obraz kliniczny. Niektóre z tych postaci podobne są do obrazów, przy nieżycie lub wrzodzie żołądka spostrzeganych, a jednak nie pozostają w żadnej z temi chorobami łączności. Więcej jeszcze. Niejedna z nerwic, mimo braku namacalnych zmian anatomicznych okazywała się nawet groźną dla ustroju, gdyż chorzy umierali przy objawach li tylko żołądkowych, a badania pośmiertne nie wyjaśniały istotnej przyczyny fatalnego zakończenia choroby. Tym sposobem ważny udział układu nerwowego w występowaniu zaburzeń ze strony żołądka coraz bardziej się uwydatniał.

Tak przedstawiając kwestyję, zdawałoby się napozór, że przy nerwicach żołądka da się z góry wykluczyć wszelkie istnienie zmian anatomicznych. Bynajmniej. Że zmiany te istnieją, wątpliwości nie ulega; inaczej trudno byłoby pojąć zejście śmiertelne. Tymczasowo jednak tyle tylko powiedzieć wolno, iż w *wielu* razach zmiany te *nie zostały jeszcze* wykryte. Z drugiej zaś strony dla niektórych form nerwic żołądka wykryć takowe już zdołano.

W najnowszym dopiero czasie, od lat dwóch zaledwo, poczęto rozproszone po czasopismach luźne artykuły i wzmianki grupować i w pewną układać całość. Eichhorst w drugim wydaniu swej Patologii szczegółowej



wymienił nerwice żołądka pokrótce, o ile rozmiary podręcznika na to pozwalały. W r. 1884 Stiller napisał rzecz p. t. „Die nervösen Magenkrankheiten“; prócz tej pracy na uwagę zasługują dwie monografie, w Wiedniu wkrótce po sobie wydane: jedna przez Oser'a p. t. „Die Neurosen des Magens und ihre Behandlung. 1885“, druga przez Rosenthal'a p. t. „Magenneurosen und Magencatarrh. 1886“.

W obec powyższych dzieł, dość wyczerpująco napisanych, dodawać byłoby zbytecznem, iż w niniejszej pracy mojej nie miałem bynajmniej na celu napisania czegoś zupełnie nowego. Jeśli przedmiotu dotknąłem, uczyniłem to jedynie dla tego, iż literatura nasza dotąd pracy ogólnej o nerwicach żołądka nie posiada; przełożenie zaś którejkolwiek z wymienionych byłoby już z tego względu bezcelowem, ile że każda z nich, obok niezaprzeconych zalet, odznacza się pewnemi usterkami, będąc zbyt jednostronną i malując osobisty pogląd autora, na który nie zawsze godzić się można; z drugiej zaś strony Stiller i Rosenthal, przez wadliwe ugrupowanie nerwic żołądka, nie uniknęli w wielu miejscach niepotrzebnych powtórzeń.

Z tych wszystkich powodów postanowiłem zebrać szczerze dotąd wiadomości o chorobach nerwowych żołądka w jedną całość, a wprowadziwszy odmienną nieco, według mego zdania bardziej dogodną, klasyfikację tychże, pozwoliłem sobie jednocześnie uzupełnić takowe własnymi uwagami, opartymi na spostrzeżeniach osobistych w klinice Leube'go w Wyrzburgu oraz w poliklinice Oser'a w Wiedniu.

## Część ogólna.

### I. Pochodzenie nerwic żołądka w ogólności.

W nerwicach żołądka bardziej może, niż w innych działach patologii wewnętrznej, powstawanie chorób należy do stron najmniej dotąd zbadanych. Kwestyja ta byłaby może postąpiła dalej, gdybyśmy w fizjologii żołądka znaleźli pewniejszy punkt oparcia. Niestety ostatnia, rzecz można, nie wyszła jeszcze z okresu swego niemowlęctwa i nie daje nam dostatecznej odpowiedzi odnośnie do wpływu nerwów na najważniejsze bodaj czynności żołądka.

Rzecz prosta, że tym sposobem w patologii zaburzeń



nerwowych żołądka wiele pozostaje do rozwiązania. Unerwienie żołądka jest tak złożonem, znajduje się pod wpływem tak różnorodnych sfer nerwowych, iż w wielu razach dopiero na zasadzie pewnych zjawisk *chorobowych* jesteśmy w stanie wnioskować o tych lub owych czynnościach *fizjologicznych*.

Etyjologia nerwic żołądka podzielić się da na 4 grupy: 1. Nerwice ogólne; 2. Choroby ośrodków nerwowych; 3. Nerwice odruchowe; 4. Nerwice samoistne.

#### 1. *Nerwice ogólne.*

Tu należą przedewszystkiem *neurastenija* i *hysteryja*. Oprócz nich włączyć można do działu tego z pewnem ograniczeniem niektóre choroby ustrojowe (konstytucyjne), jak *małokrwiistość* i *blednicę*; dalej *zimnicę*, *zatrucia* (morfina i nikotyną), wreszcie *zdrowienie* (*reconvalescentio*) po ciężkich chorobach.

Dział niniejszy gra wybitną rolę w powstawaniu nerwic żołądka; wielka ilość ostatnich polega zwłaszcza na hysteryi i neurastenii.

Podstawę ogólną stanowi tu t. zw. „usposobienie nerwowe“ (*Neuropathia*). Usposobienie to w znacznej mierze bywa niewątpliwie wynikiem obecnych warunków życiowych. Niepodobna wprawdzie sformułować jasno, na czym warunki te polegają; ale istnienie ich zaprzeczyć się nie daje. Gorączkowe życie współczesne, nadmierna walka o byt powszedni podkopują cały układ nerwowy, zmniejszają jego odporność, upośledzają energiję. Do tego usposobienia przyczyniają się i wpływy uboczne: wadliwe wychowanie, nadużycia, zwłaszcza płciowe, nadmierna praca umysłowa, gnębiące wpływy moralne. Dosiegając wyższej potęgi, t. zw. *usposobienie* neuropatyczne przeistacza się w rzeczywistą *chorobę* — *neurastenię*. Rozumie się, iż dziedziczność ma tu także niepoślednie znaczenie, lubo nie zawsze przez przenoszenie na potomstwo samej choroby, lecz tylko usposobienia do takowej.

Pokrewną neurastenii jest *hysteryja*. Źródło hysteryi upatrywano dawniej wyłącznie prawie w cierpieniach narządów płciowych kobiecych; takie zapatrywanie okazało się po części zbyt jednostronnem. Niewątpliwie znaczna ilość hysteryczek bywa dotkniętą chorobami macicy lub jajników, a przedsiębrane z pomyślnym skutkiem kastracyje wymownem są tego świadectwem. Niemniej jednak i kobiety,

w najlepszych warunkach życia będące, nie dotknięte ani usposobieniem dziedzicznym, ani też chorobą płciową, mogą hysteryi podlegać. Zresztą znane są także przypadki hysteryi u męczyzn.

Szczególniej poważną cyfrę hysteryczek stanowią kobiety w okresie rozwoju płciowego będące, dotknięte t. zw. *blednicą* (*chlorosis*). Ten okres życia najłatwiej do nerwic żołądka usposabia.

Zaliczyć tu należy także t. zw. *malokrwistość młodzieńczą* (*juvenile Anaemie*), którą spotykamy u dzieci w wczesnym wieku, około 6 — 10 roku życia, przeważnie zaś u uczęszczających do szkoły, a to skutkiem obciążania ich umysłu zbytnią pracą.

Co do *zimnicy*, niektórzy przypuszczają, jakoby nerwice żołądkowe powstawały tu przez przenoszenie odruchowe podrażnienia z nerwów, w obrzniętej śledzionie oraz w zgrubiałej otoczce tejże zawartych, na nerwy żołądka. Słuszniejszem wszelako wydaje się przypuszczenie *Rosenthal'a*, iż jad zimniczy działa wprost na układ nerwowy. Wszak nerwice żołądkowe powstawać mogą na tle zimnicy nawet wobec braku wyraźnego powiększenia śledziony; dalej występują częściej u ludzi z usposobieniem neuropatycznym ogólnem; wreszcie chinina sama przez się częstokroć zawodzi i dopiero w połączeniu z leczeniem wzmacniającem pożądaną wywiera skutek (*Rosenthal l. c. s. 33*).

## 2. Choroby ośrodków nerwowych.

Zarówno mózg, jak i rdzeń kręgowy mogą być źródłem nerwic żołądka. Pośredniczy tu *nerw błędny*. Najnowsze poszukiwania anatomiczne rzuciły pewne światło na udział tego nerwu w powstawaniu nerwic żołądka.

Z chorób *rdzenia* na pierwszym miejscu stoi *wiąd* (*Tabes*). *Kahler*<sup>1)</sup> znalazł zwyrodnienie w jądrze nerwu błędnego, które było powodem gwałtownych napadów bólu (*Gastralgia*). *Demange*<sup>2)</sup> znalazł obok zmiany powyższej zwyrodnienie jąder nerwu dodatkowego, języko-gardzielowego i trójdzielnego; *Landouzy* i *Déjérine*<sup>3)</sup> oraz *Oppenheim*<sup>4)</sup> zanik pni nerwu błędnego.

1) *Kahler*.—Prag. Ztschr. f. Heilkunde. II B.

2) *Demange*.—Revue de Med. 1882.

3) *Landouzy* et *Déjérine*.—Com. rend. de la Soc. de Biol. 1884.

4) *Oppenheim*.—Berl. Kl. Woch. 1885 N. 4.



Sprawa patologiczna dotykała głównie tych jąder, które pozostają w związku z włóknami *czuciowymi* nerwu błędnego. Podrażnienie odbywa się tu zapewne drogą odruchową, w ten sposób wywołując zaburzenia żołądkowe.

Fakt, iż zjawiska chorobowe nie występują na całym obszarze rozprzestrzeniania się nerwu błędnego (płuca, serce, żołądek), lecz ograniczają się do pewnego pojedynczego narządu lub nawet do niektórych tylko czynności danego narządu, dowodzi, iż jądro nerwu błędnego, z którego biorą początek włókna, przeznaczone do kierowania rozmaitemi czynnościami, nie jest jednolitem, lecz składa się z części, leżących w pewnej od siebie odległości. W jednym więc razie powstawać mogą wyłącznie objawy kardialgiczne, w drugim głód wilczy i t. d. Co się tycze płuc i serca, takowe raz przyjmują, innym razem nie biorą żadnego udziału w sprawie chorobowej.

Oprócz *wiądu* spostrzegano też zaburzenia żołądkowe przy: *Myelitis compressiva*, *Sclerosis multiplex* i *Paralysis progressiva*.

Do grupy niniejszej zaliczyć wypada chorobę *Basedow'a* którą jedni poczytują za cierpienie nerwu współczulnego (*N. sympathicus*), inni (G e i g e l) za cierpienie „ośrodków nerwowych w pobliżu rdzenia przedłużonego“ (R o s e n t h a l). Choroba Basedow'a może jakoby powodować gwałtowne nawet przypadłości nerwowe ze strony żołądka.

### 3. Nerwice odruchowe.

Drogą odruchu powstają nerwice żołądka bardzo często; najróżnorodniejsze narządy mogą być punktem wyjścia tychże. Zanim nauczono się nerwice żołądka analizować ściślej, przypadki tego rodzaju były o wiele jeszcze liczniejszymi, niż obecnie; wydawało się bowiem rzeczą najdogodniejszą, przypisywać odruchowi wszelkie zaburzenia żołądkowe, których źródło niezupełnie było jasnym.

Najzwyczajszą przyczyną nerwic żołądkowych są narządy jamy brzusznej, a z tych na pierwszym miejscu *narządy płciowe kobiece*.

Już w granicach fizjologicznych — podczas miesiączki i ciąży, oraz w okresie rozwoju płciowego — napotykaemy bardzo znaczne i oddawna znane zaburzenia nerwowe żołądka.

Przedewszystkiem zasługuje na uwagę *macica*, w której zmiany patologiczne odpowiedni wpływ na nerwy żołądka

wywierać mogą, a to za pomocą ucisku, szarpania (*Zerrung*) oraz obnażenia gałązek nerwowych (Hegar) <sup>1)</sup>. Oprócz nieżyty szyjki macicznej z nadżarciami na części pochwowej, widzimy zaburzenia nerwowe przy zmianach położenia, przegięciach i zrostach macicy, a szczególnie przy tyłozgięciu (Stiller).

Godnem jest uwagi, iż objawy nerwowe żołądkowe powstają raczej przy mniej znacznych zmianach w narządach płciowych, niż przy rozległych. Obszernym owrzodzeniom rakowym szyi macicznej, włókniakom lub mięśniakom rzadko towarzyszą zaburzenia żołądka, gdy tymczasem niewielkie nadżarcia na błonie śluzowej szyjki najczęściej punktem wyjścia takowych bywają.

Oprócz macicy wpływać mogą na powstawanie nerwic żołądka również pozostałe narządy sfery płciowej, jako to jajniki i więzy szerokie.

Z narządów jamy brzusznej wymienić jeszcze należy: otrzewną (zapalenia, nowotwory), kiszki (zrosty, pasorzyty), wątrobę (kamienie żółciowe), nerki (kamienie, nerka wędrowna), choroby trzustki, nadnerczy, a do pewnego stopnia też aortę brzuszną (tętniaki). Narządy oddechowe, układ krążenia oraz zmysły niezmiernie rzadko bywają przyczyną nerwic żołądka.

#### 4. *Nerwice samoistne.*

Bez względu na coraz dokładniejsze poznawanie nerwic żołądka, pozostaje nam jeszcze liczny szereg przypadków, w których niepodobna znaleźć żadnej istotnej przyczyny. Zapewne wraz z postępem nauki dział ten coraz bardziej ścieśniać się będzie. Obecnie mówić tu możemy tylko ogólnikowo o zmienionem chorobliwie „unerwieniu“. Być może, iż w wielu razach istnieją w życiu chorego pojedyncze, drobne, ale liczne czynniki, wpływające na układ nerwowy; działanie ich pozostaje dla chorego przez czas długi ukrytem, aż dopiero po latach summa tych czynników występuje na jaw pod postacią nerwicy żołądka.

## II. **Symptomatologija nerwic żołądka.**

Cech charakterystycznych, według których możnaby nerwice żołądka rozpoznawać od razu, prawie nie posiadamy.

<sup>1)</sup> Hegar. — Der Zusammenhang der Geschlechtskrkh. mit nervösen Leiden. 1885.



Przypadłości, na które się chorzy uskarżają, nie mają pozornie nic w sobie wybitnego, a nader często spotykamy takie podobieństwo do obrazu *organicznych* chorób żołądka, iż dopiero po ścisłem badaniu i uwzględnianiu niejednej pobocznej okoliczności ostatnie wykluczyć się dadzą. Niemniej przeto przyznać należy, iż symptomatologija nerwic żołądka coraz więcej zyskuje podstaw, a w każdym razie istnieją już pewne oznaki szczególne, cechujące takowe w sposób odrębny.

Przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na możliwie dokładne *wywiady*. W obec trudności znalezienia w danym razie momentu etyjologicznego, ścisła jedynie, drobiazgowa nawet anamneza do celu prowadzić jest w stanie.

Następnie pamiętać trzeba o dokładnem zbadaniu innych narządów, zanim przystąpimy do badania żołądka. Na zupełne uznanie zasługują słowa Oser'a: „Mając przed sobą chorego z przypadłościami żołądkowemi, musimy wprzód myśleć o chorobie jakiegokolwiek innego narządu, a dopiero po wykluczeniu takowej, skierować uwagę na żołądek“.

Do oznak, cechujących nerwicę żołądka, należą:

1. *Jednoczesne istnienie innych objawów nerwowych*. Nerwicom żołądka bardzo często towarzyszą inne zjawiska nerwowe. Wprawdzie i w obrazie chorób *organicznych* żołądka objawy nerwowe poważny biorą udział, czy to pod postacią lżejszą, czy jako tak zwana hypochondryja; lecz bywają one dopiero zazwyczaj następczym wynikiem chorób żołądka.

Notomiast przy nerwicach spostrzegamy częstokroć charakterystyczny obraz ogólnego czynnościowego cierpienia układu nerwowego czyli *neurasteniję*. Nie będę przytaczał różnych form, na jakie autorowie chorobę tę dzielą, gdyż to w granice przedmiotu naszego nie wkracza. Zaznaczę tylko najwybitniejsze jej objawy. Tu należą: bóle głowy, zawroty, bezsenność, niezdolność do żadnej pracy umysłowej, drażliwość psychiczna, obawa miejsca (*Platzfurcht* — *Agoraphobia*), nierówność źrenic, wzmożenie odruchów, nadczułość wzroku i słuchu, nerwobóle, wrażliwość wyrostków kręgowych na na ucisk, uczucie zmęczenia w mięśniach, bóle w kończynach, uczucie mrowienia, gorąca lub zimna naprzemian, bicie serca, duszność i w. i.

Wielką wagę przypisywać chciano *punktom bolesnym* przy

neurastenii. Znaczenie ich uwydatniali zwłaszcza Burkart<sup>1)</sup> i Rosenthal<sup>2)</sup>.

Burkart znalazł je w splotach nerwu współczulnego brzuszego (*Plexus aorticus, coeliacus, hypogastricus*). Najważniejszym podług Burkart'a jest splot podbrzusznym górnym (*Plexus hypogastricus superior*), znajdujący się na linii środkowej, nieco poniżej pępka, w miejscu odpowiadającym 4-mu kręgowi lędźwiowemu. Ucisk, wywierany w tem miejscu, ma jakoby stale wywoływać uczucie bólu, którego cechą jest to, iż nie rozpściera się on ku dołowi, lecz zawsze ku górze aż do dołka, a nawet ku pierśsiom, szyi i głowie.

Rosenthal zaznacza istnienie punktów bolesnych wzdłuż kręgosłupa. Szczególniejszą mianowicie wrażliwością na dotyk odznaczać się mają kręgi grzbietowe środkowe oraz lędźwiowe górne, a jeszcze wyraźniej ma to występować pod wpływem prądu elektrycznego (przyłożenie katody oraz lekkie pędzlowanie faradyczne). Wrażliwość ta (na wyrostkach ościstych i niektórych poprzecznych) bywa po stronie lewej większą i posuwa się wzdłuż międzyżebry dolnych aż do dołka (*Epigastrium*).

Inni autorowie, jak Ewald, Stiller, Oser, odmawiają punktom bolesnym wszelkiego znaczenia patognostycznego.

Oprócz objawów naurastenii, niemniej ważnemi i częstemi przy nerwicach żołądka bywają zjawiska *hysteryczne*. Tu należą: bóle, znieczulenia i bezwłady połowiczne, wrażliwość kręgow na ucisk, kurcze, drgawki i t. d. Znieczulenia połowiczne dotykają również zmysłów.

2. *Peryjodyczność objawów*. Uwydatnia się tem, iż objawy zwykły występować w formie bądź typowych napadów, bądź mniej lub więcej wyraźnych obostrzeń i zwolnień. Mimo to wydarzają się także nerwice, które trwają prawie ciągle, nieprzerwanie, jakkolwiek nie posiadają owej stałości, jaką się odznaczają organiczne cierpienia żołądka.

*Napady* trwają czas krótki (kilka godzin do kilku dni). W przerwach między napadami spostrzegamy stan zupełnego zdrowia, przedłużający się niekiedy aż do kilku miesięcy. Wtedy chorzy czują się tak dobrze, iż zwykłym swym zaję-

1) Burkart. — Zur Pathologie der Neurasthenia gastrica. — Bonn. 1882.

2) Rosenthal. — l. c. s. 31.



ciom oddawać się mogą, a często nic zdaje się nie świadczy o istnieniu nerwicy żołądka.

3. *Zmienność obrazów.* Nerwice cechują się nadzwyczajną zmiennością w występowaniu objawów żołądkowych. Rzecz można, że nigdy prawie jeden dzień do drugiego nie bywa podobnym; dolegliwości, na które chory wczoraj się skarżał, dziś znikły, ustępując miejsca nowym lub kształtując się inaczej. Niekiedy zamiast objawów żołądkowych występują objawy ze strony innych narządów; tak np. Oser<sup>1)</sup> wspomina o pewnej hysterycze, u której trwająca przez kilka miesięcy nerwica żołądka nagle znikła z chwilą, gdy wystąpił kurcz głośni (*Laryngospasmus*).

Nawet chwilowe usposobienie psychiczne stan chorego pogarszać lub polepszać może. Dopóki np. chory pozostaje w zwykłych warunkach swego otoczenia, dopóki podlega troskom lub pracy uciążliwej, póty czuje się źle; natomiast krótkotrwałe bodaj usunięcie się od zajęć, podróż, pomyślne zdarzenie i t. p. natychmiast sprawiają polepszenie.

4. *Niestosunkowość pomiędzy objawami.* Pomimo iż chorzy malują nam swe cierpienia pod postacią mogącą wzbudzać obawy, badanie przedmiotowe nic takiego nie wykrywa, coby stan ten usprawiedliwiała. Chorzy skarżą się nieraz na znaczny ucisk i wzdęcie, jakie sprawia najłżejszy nawet pokarm; natomiast opowiadają, iż po tłustem mięsie czują się lepiej. Taż sama dyjeta, która dziś znoszoną bywa zupełnie dobrze, jutro wywołuje największe cierpienia.

W związku z cechą powyższą pozostaje

5. *Niezależność objawów od przyjmowania pokarmów.* Faktem jest wiadomym, iż przy chorobach organicznych żołądka najmniejsze choćby zboczenie w dyjecie natychmiast sprawia pogorszenie; prócz tego dolegliwości bywają zazwyczaj większemi po jedzeniu, niż naczczo (np. przy wrzodzie). W nerwicach odwrotnie; zbyt ściśle przestrzeganie diety nie tylko stanu nie polepsza, lecz owszem przypadłości częstokroć powiększa. Objawy występować mogą zarówno przed, jakoteż po jedzeniu, a przyjęcie pokarmu sprawia nawet niekiedy wyraźną ulgę.

6. *Dobry wygląd chorych z zaburzeniami nerwowymi żołądka,* pomimo dłuższego trwania choroby. Uderzającym jest, iż chorzy, którzy przez tygodnie, a nawet miesiące nic

1) Oser.—l. c. str. 38.

prawie nie jadają, czy to z obawy przed zwiększeniem się bólów, czy z powodu wstrętu do wszelkiego jadła, względnie dobrze wyglądają, nie okazując tak wyraźnego charłactwa, jakie cechuje organiczną chorobę żołądka. Zdanie to do pewnego tylko stopnia jest słusznem, gdyż nerwica żołądka może również do znacznego upośledzenia odżywiania prowadzić.

7. *Brak zmian przedmiotowych ze strony żołądka.* Ścisłe badanie chorego nie wykazuje najczęściej żadnych wyraźnych zmian anatomicznych żołądka. Wprawdzie rozszerzenie powstawać może na gruncie ogólnego usposobienia neuropatycznego i być następstwem niedowładu (*atonia*) żołądka; wszelako naówczas stanu takiego poczytywać już nie będziemy za nerwicę, lecz jako zmianę organiczną, i w tę też stronę wskazania lecznicze skierujemy.

8. *Juwantią et nocentia.* Rozpoznawanie różniczkowe nerwic żołądka na zasadzie stosowania danej metody leczniczej jest niezmiernie ważnem i często rozstrzyga stanowczo o przyrodzie cierpienia żołądkowego. Wprowadzenie sposobu tego w użycie zawdzięczamy głównie L e u b e' m u. Tytche się to przedewszystkiem *dyjety*. L e u b e w razach wątpliwych radzi przepisywać choremu dyjetę taką, jaką wprowadził przy leczeniu wrzodu żołądka. W razie istnienia w danym przypadku choroby organicznej, ściśle i metodycznie przeprowadzona dyjeta, w połączeniu z spokojnem pozostawaniem w łóżku i okładami gorącemi, już po tygodniu lub io dniach wyraźną wykaże poprawę. Przeciwnie chorzy na nerwicę żołądka pod wpływem takiego leczenia czują się nierównie gorzej.

L e u b e, a zanim O s e r, w licznych przypadkach o skuteczności tej metody przekonać się mogli. Posiada ona zresztą i tę dobrą stronę, iż choremu w żadnym razie szkody nie przynosi, a lekarza w krótkim czasie na właściwą naprowadza drogę.

W celu rozpoznawczym, dla odróżnienia bólu nerwowego od bólu występującego przy wrzodzie żołądka, L e u b e zastosował *prąd galwaniczny w połączeniu z dyjetą*. Daje on choremu jakikolwiek pokarm, po przyjęciu którego tenże zwykł doznawać bólu w okolicy żołądka; naówczas przy nerwicy za przyłożeniem anody na dołek ból ustaje po kilku minutach, gdy tymczasem przy wrzodzie ból pozostaje bez zmiany.



9. *Przeplókiwanie próbne żołądka.* Sposób ten również Leube'mu zawdzięczamy. Daje się choremu befsztyk (po angielsku) sam lub z dodatkiem zupy i bułki. Po 7-miu godzinach wprowadza się zgłębnik i przeplókuje żołądek. Należy przy zaburzeniu nerwowem żołądek najczęściej bywa próżnym lub też w wypływającej wodzie znajdują się nie liczne resztki pokarmowe, których się pod uwagę nie bierze. Przeciwnie przy niezycie żołądek zawiera znaczniejszą ilość pokarmów, po części niezupełnie strawionych, po części w stanie rozkładu będących; oprócz tego śluz, grzybki, kwasy organiczne i t. p.

Przeciw rękoczynowi temu poważne podniesiono zarzuty. Jedni stwierdzili wprawdzie, iż żołądek po 7-miu godzinach bywa próżnym, lecz według nich nie dowodzi to bynajmniej, iż opróżnienie odbyło się w sposób prawidłowy. Zresztą fakt, iż żołądek treści nie zawiera, nie wyklucza wcale obecności wrzodu, a podług Ewald'a nie wyłącza nawet nieżyty lub raka.

Inni znów, wbrew twierdzeniu Leube'go, przekonali się, iż żołądek *zdrowy* nie zawsze po 7-miu godzinach opróżnić się musi. U osobników, żadnymi przypadłościami żołądkowymi nie dotkniętych, Ewald znajdował niekiedy po upływie tego czasu znaczną ilość miazgi pokarmowej.

Widywałem w klinice Leube'go codziennie stosowanie metody opisanej i przekonałem się o jej niezaprzeczonej wartości. Bezwzględnie pewną ona nie jest, a zarzuty jej czynione, oparte są na zupełnie słusznej podstawie. Wszak niedowład nerwowy żołądka tem się właśnie cechuje, iż po 7-miu godzinach znajdujemy dużo niestrawionej treści w żołądku; z drugiej znów strony brak mass pokarmowych w żołądku nie wyklucza istnienia wrzodu. Mimo to posiadamy w metodzie Leube'go o tyle pewny punkt oparcia, iż wykluczenie chociażby nieżyty znakomicie nam ułatwia dalszy kierunek badania i leczenia.

Zarzucają Leube'emu, iż w obec jego metody pozostaje niewiadomem, w jakim stanie miazga opuściła żołądek; przypuszczają, iż w obec chorobliwie zmienionego unerwienia, ruchy żołądka oraz wydzielanie soku żołądkowego odbywają się nieprawidłowo. Jakkolwiek jest to bardzo prawdopodobnem, wszelako niezbitych dowodów nikt dotychczas przytoczyć nie zdołał. Dopóki więc przyszłe poszukiwania fakty-

cznie zbroczeń wzmiankowanych nie stwierdzą, póty metodę Leube'go winniśmy uważać za wystarczającą.

Zresztą liczne własne badania treści żołądka przy niestrawności nerwowej przekonały mię, że przemiany, jakim pokarm w 2—3 godziny po obiedzie ulegał, oraz stopień i przyroda kwaśności miazgi były zupełnie prawidłowymi. Riegel<sup>1)</sup> uważa również siłę peptyczną soku przy niestrawności nerwowej za prawidłową.

### III. Przebieg i rokowanie w nerwicach żołądka.

Nerwice żołądka najczęściej (z małemi wyjątkami) groźnemi dla życia nie bywają, lecz zupełne uleczenie okazuje niekiedy nieprzeparte trudności. Rokowanie zależy też po części od właściwej, pierwotnej choroby nerwowej, której jeden z przejawów stanowi nerwica żołądka.

Rokowanie pogarsza się z tego jeszcze względu, iż postępować może następczo organiczna choroba żołądka. Np. zastój pokarmów przy niedowładzie nerwowym błony śniowej żołądka pociąga za sobą rozkład tychże; pokarmy szkodliwie drażnią błonę śluzową, która pedlega skutkiem tego nieżyłowi, rozwijające się zaś w dalszym ciągu rozszerzenie stan ten podtrzymuje. Przypadki nadmiernego wydzielania soku żołądkowego (*Hypersecretio nervosa*) również zmiany w żołądku wywoływać mogą.

Niekiedy znów bywa odwrotnie, t. j. że po wyleczeniu z choroby organicznej żołądka, np. nieżyty, rozwija się nerwica (Leube, Riegel), zapewne skutkiem nadmiernej pobudliwości nerwów błony śluzowej, pozostającej przez czas dłuższy w stanie zapalnym.

Wreszcie nerwice mogą istnieć obok organicznych chorób żołądka. Jeśli mamy przed sobą przypadek blednicy lub hysterii, powikłany przypadłościami żołądkowemi, wówczas możliwość istnienia wrzodu jednocześnie z nerwicą wcale nie bywa wykluczoną. Metoda dyjetetyczna Leube'go najlepiej w takim razie od błędu ochronić zdoła.

60—70% chorych na żołądek podlega cierpieniom nerwowym tego narządu.

<sup>1)</sup> Riegel.— Beitr. z Diagn. u. Ther. d Magenkrkh. (Zschr. f. kl. Med. T. XI s. 167)



#### IV. Leczenie nerwic żołądka w ogólności.

W leczeniu nerwic żołądka lekarz rozwinąć musi wielki zasób energii, pomysłowości i zręczności; musi, jak słusznie powiedział L e y d e n, być znawcą ludzi i unikać postępowania wedle szablonu. Tu bardziej niż gdziekolwiek, należy leczyć *chorego*, nie zaś *chorobę*; wpływ, wywierany na stronę psychiczną pacjenta, gra rolę pierwszorzędną, a niekiedy już sam przez się do zamierzonego celu prowadzi.

W dziale o rokowaniu zaznaczyliśmy małą stosunkowo ilość uleczenia zupełnego. Wprawdzie poznaliśmy dziś nerwice żołądka o wiele dokładniej; na polu leczenia tychże okazuje się także postęp znaczny. Mimo jednakże racjonalnego w wielu razach zapatrywania się na istotę nerwicy, mimo zbadania jej przyrody, jakże często niestety wnioski teoretyczne, wysnuwane na zasadzie faktów fizjologicznych, okazują się zawodnemi przy łożu chorego!

Leczenie nerwic żołądka podzielić możemy jak następuje:

1. Dyjeta;
2. Elektryczność;
3. Mięsienie;
4. Wodolecznictwo;
5. Przeplókiwania;
6. Środki farmaceutyczne.

##### 1. Dyjeta.

Leczenie dyjetetyczne nie posiada tu tak wybitnego znaczenia, jak w chorobach żołądka organicznych. Ścisłe przepisy są zbyteczne, a zbytne obawy w wyborze pożywienia raczej szkodę, niż pożytek przynoszą.

Wszelako zupełnie lekceważyć dyjety niepodobna. Zdarza się, iż chorzy sami niejednokrotnie zaznaczają pogorszenie po przyjęciu pokarmów. Tak zwana *Anorexia nervosa* na tem polega, iż chorzy z obawy, ażeby pokarmem nie wywołać bólu żołądka, wstrzymują się od jadła; w przypadkach zaś gwałtownych wymiotów nerwowych żołądek nie jest w stanie przyjąć żadnego niemal pożywienia. W razie wątpliwości w rozpoznaniu dyjeta posiada nie tyle znaczenie lecznicze ile raczej dyagnostyczne.

Nie małej wagi jest rzeczą, pozostawić też choremu pewie udział w wyborze pożywienia; należy dyjetę indywidualizować, stosować się do upodobań chorego—o tyle, o ile to pozostaje w granicach dozwolonych. Chorzy winni jadać mało a często (co 3 godziny).

L e u b e <sup>1)</sup> pierwszy ułożył spis potraw według ich stra-

<sup>1)</sup> L e u b e.—Beitr. z. Thr. d. Magenkrkh. (Ztschr. f. kl. Med. T. VI).

wności. Pojęcia o mniejszej lub większej „strawności“ danego pokarmu nie były dawniej dość ściśle określone; opierano się raczej na doświadczeniu i tradycji, niż na podstawie naukowej. Dopiero Leube zgrupował potrawy w ten sposób, iż ludziom obdarzonym t. zw. „słabym żołądkiem“ dawał po kolei rozmaite pokarmy, obserwując jednocześnie, o ile przy nich powstawały jakiegokolwiek dolegliwości; z drugiej strony sprawdzał za pomocą przepłókiwania żołądka po 7 godzinach, czy woda, przez zgłębnik wypływająca, zawierała lub nie zawierała resztek pokarmowych.

Tą drogą powstały 4-ry kategoryje potraw, począwszy od najlżejszych aż do coraz trudniej strawnych <sup>1)</sup>:

I. Mleko, bulijon, roztwór mięsny (Leube—Rosen-thal). *Dodatki*: sucharki angielskie (*Cakes*), szczawy nie zbyt obfitujące w kwas węglany.

II. Potrawy gotowane: grasica i nóżki cielęce; gołąb' i kurczę; jaja na miękko; tapioka lub ryż w mleku, rozgotowane miękko, z dodatkiem cukru; kleiki z wyjątkiem jęczmieniowego.

III. Befszyk skrobany (angielski); szynka surowa skrobana, nietłusta. *Dodatki*: bułka, kartofle tarte z mlekiem (*purée*); kawa, herbata.

IV. Roast-beef i befszyk (po angielsku), pieczeń cielęca, kurczę, gołąb', kuropatwa i sarna—pieczone (zajac należy do trudniej strawnych); z ryb szczupak. *Dodatki*: Makaron, szpinak, lekkie potrawy mączne (leguminki) z pianą jaj, nie zbyt słodkie; wina: Bordeaux i Reńskie; nieco świeżego masła.

Sosów, kompotów, szparagów jadać nie wolno.

Oser nie zupełnie się zgadza na tak drobiazgowy podział dyjety; uwzględnia on do pewnego stopnia upodobania chorego. Kawę poczytuje za szkodliwą, natomiast daje kakao odtłuszczone lub herbatę. Chorym nawykłym do kieliszka likieru lub wódki przed obiadem, takowych pić nie wzbrania; pozwala też używać musztardy. Z ryb daje pstrągi i szczupaki.

*Preparaty sztuczne:*

a. *Peptony*. Znane są: holenderskie—Sanderse z -

<sup>1)</sup> Porównaj także: Pacanowski — O najnowszych sposobach badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka. (Kronika Lekarska. 1885).



n'a, francuzkie — *Chapoteaut* i *Defrèsne'a*, niemieckie — *Koch's'a*, *Kemmerich'a* i *Weyl'a*; wreszcie pepton *Adamkiewicza*.

Do najwięcej dziś upowszechnionych należą niemieckie. Pierwszeństwo oddają zwłaszcza peptonowi *Kemmerich'a*, który lepiej smakuje i do ławatyw odżywczych lepiej się nadaje. *Weyl* otrzymał pepton z *kazeiny* mleka. Jest to proszek biały, łatwo rozpuszczalny w wodzie, której nadaje barwę brunatnożółtą. Dla poprawienia smaku dodawać można wyciągu mięsnego. *Senator* stosował pepton *Weyl'a* z dobrym skutkiem; chorzy chętnie go przyjmują.

Peptony przepisuje się w ilości 1—2 łyżeczek na filiżankę gorącej zupy lub kleiku, kilka razy dziennie.

b. *Proszek mięsny Debove'a*. Około 2—3 łyżeczek w mleku, polewce winnej lub w bulionie z jajkiem, kilka razy dziennie.

c. *Pankreatyna Defrèsne'a*—w proszkach po 10—15 gr. lub w pigułkach.

d. *Roztwór mięsny (Leube — Rosenthal)*; jest to płyn gęsty, podobny do miodu; zapach jego niezbyt przyjemny. Roztwór mięsny uznano powszechnie jako preparat nader pożywny. Przepisuje się puszkę dziennie, użytą w kilku dawkach, po 2—3 łyżki na talerz buljonu.

e. *Wyciąg mięsny płynny (Extr. carnis recente expressum)*: 1 kilogramm mięsa kraje się na plastry, ułożone pomiędzy arkuszami bibuły lub kawałkami płótna, a następnie się wyżyma. Otrzymany sok stanowi dawkę całodzienną.

f. *Beef-tea*: Mięso posiekane z dodatkiem włoszczyzny, kładzie się do słoika i zaHurza w wodzie wrzącej przez 4 godziny; płyn się odlewa następnie. Na zimno preparat ten krzepnie w postaci żelatyny <sup>1)</sup>.

*Ławatywy odżywcze*. Najczęściej stosuje się ławatywy peptonowe oraz trzustkowo-mięsne *Leube'go*. Bierze się 200 do 300 cz. sz. płynu na dawkę.

*Dyjeta mleczna*. Jakkolwiek mleko jest najodpowiedniejszym ze wszystkich pokarmów, zawiera bowiem wszelkie pierwiastki dla odżywiania ustroju niezbędne, to jednakże nie przez każdego chorego równie dobrze bywa znoszonym. Warunki od jakich to zależy, niesą dotychczas znane dokładnie; wiadomo

<sup>1)</sup> Patrz bliższe szczegóły u *Reichmana* w dziele p. t. *Niestrawność*.

tylko, iż u niektórych mleko zamienia się w żołądku w skrzepłe bryłki, podlegające z trudnością sprawie trawienia. W jakiej postaci mleko ma być przepisywanem, jest to rzecz podrzędniejsza. Pamiętać należy, aby chory przyjmował je, o ile można, w dawkach mniejszych, nawet łyżkami, lecz często. Niekiedy dobrze bywa znoszonym mleko z lodem tłuczonym (P e t r é q u i n). (d. c. n.)

## O ZROSTACH serca z osierdziem i o kostniakach osierdzia.

Podał

**J. Strzeszewski.**

Ordynator Kliniki terapeutycznej.

(Ciąg dalszy ob. Nr. 9).

Przypisując powyższemu objawowi mniejszą wartość rozpoznawczą, większość autorów zgadza się na to, że zapadanie skurczowe, obejmujące kilka odstępów międzyżebrowych po stronie lewej wraz z zagłębianiem się żeber i dolnej części mostka, stanowi prawdziwe *signum pathognomicum* dla zrostów osierdziowych. — Tego zdania są Jaccoud, Cerf i wielu innych.

I ten objaw wszakże nie jest nieodłącznym objawem zrostów osierdzia, posiada on jednak, zdaniem wielu autorów to znaczenie, że skoro został spostrzeżony, można konstatować obecność zrostów osierdziowych.

Do ważniejszych objawów, spostrzeganych stosunkowo często przy zrostach osierdzowych, należy jeszcze zapadanie się żył szyjowych w czasie rozkurczu, które tem wyraźniej występuje, że podczas skurczu żyły szyjowe były przepełnione.

Na znaczenie i częstość tego objawu zwrócił pierwszy uwagę Friedreich, który wiąże ten objaw ściśle z poprzedzającym i objaśnia go w sposób następujący

Przyjmuje on przedewszystkiem, że przepona podczas, wciągań międzyżebrowych, powstałych w czasie skurczu, podnosi się ku górze; w chwili więc, kiedy następuje rozkurcz a z nim i wznoszenie się międzyżebry, następuje również



opuszczenie się przepony ku dołowi, co wszystko przyśpiesza przyływ krwi żyłnej.

Widmann słusznie nazywa objaśnienie to zbyt wyszukaniem i jako przyczynę rozkurczowego zapadania się żył szyjowych uważa niedostateczne kurczenie się przedsionków, uniemożliwione przez zrosty osierdziowe. Tym sposobem skurcz mięśni okrężnych ujścia *venae cavae superioris* nie może mieć miejsca i dla tego, w chwili rozkurczu komór, następuje przyływ krwi z żył, wskutek czego żyły się zapadają.

Rozkurczowe zapadanie się żył szyjowych, według Dusch'a, przedstawia pewną dwubitność, albowiem początkowo następuje nieznaczne, wkrótce zaś potem silne opróżnienie ich.

Zapadanie się żył szyjowych podczas rozkurczu, odbywa się naprzemian z tętnieniem tętnic szyjowych.

Eichhorst wspomina, że niekiedy przy zapadaniu się i następczym przepelnieniu żył szyjowych, zauważyć można skurczowe wciąganie i rozkurczowe wznoszenie się w okolicach podobojczykowych.

Reisch i Rosenstein widzieli w kilku przypadkach, przy niedomykalności zastawki dwudzielnej i przy niezarośnięciu otworu jajowego, tętnienie żył szyjowych i objaśniają objaw ten tym sposobem, że krew wchodziła z lewego przedsionka do prawego.

Co się tyczy innych powyżej przytoczonych objawów, jakie spostrzegać możemy, oglądając chorego ze zrostami osierdzia, to mają one znacznie mniejszą wartość rozpoznawczą niż dopiero co rozebrane, albowiem każdy prawie z tych objawów można spostrzegać przy innych cierpieniach serca, a nawet i innych narządów.

Tętnienie tętnic skroniowych i szyjowych, a także tętnienie w *fossa jugularis* spotykamy bardzo często przy przeroście serca, zwłaszcza też lewej jego komory, a także przy niedomykalności zastawki tętnicy głównej; co się zaś tyczy tętnienia w okolicy nadpępkowej, to i ten objaw nie może być uważanym jako charakterystyczny, gdyż bywa on bardzo często spostrzegany u niektórych osobników w zupełnie normalnych warunkach, następnie zaś, nierównie częściej jak przy zrostach osierdziowych, spotkać się z nim można przy rozedmie płuc, przy przeroście serca i przy zapaleniu lewej opłucnej, a także przy tętniakach tętnicy brzusznej, *arteria coeliaca* i *arteria mesenterica superior*.

Przy zrostach osierdziowych spostrzegać możemy niekiedy wciąganie w okolicy nadpępkowej, następujące podczas skurczu serca, zamiast w normalnych warunkach będącego wypuklenia.

I ten objaw jednak może się przytrafiać nie tylko przy zrostach osierdziowych, lecz, według Widmanna, we wszystkich tych przypadkach, w których serce jest boczną swoją ścianą ku przedniej stronie klatki piersiowej skierowane, lub też w których jest ono posunięte na lewo i w tył.

Heim i Sauder zauważyli przy zrostach osierdziowych rodzaj jakby falowania w okolicy nadbrzuszej, przyczem widać skurczowe zapadanie się poniżej żeber rzekomych z lewej strony.

Toż samo zjawisko obserwował również Kreysig i Testa.

Oppolzer znów zauważył w czasie wdechu wciąganie in scrobiculo cordis, podczas kiedy naokoło tego miejsca powstawało wypuklenie. Tym sposobem tworzące się zagłębienie stawało się bardzo wyraźnem.

Objaw ten objaśnia Oppolzer w ten sposób, że część przepony, zrósnięta z osierdziem, nie jest w stanie opuszczać się ku dołowi razem z pozostałą częścią.

Zarówno objawu Heim'a i Sander'a, jak i objawu Oppolzer'a nie można uważać za stały i ztąd większą wartość posiadający, albowiem nikt prócz nich nie opisuje tych objawów i nie uważa ich za charakterystyczne.

Tym sposobem widzimy, że oglądanie daje nam tylko trzy objawy, na których się opierając, mamy większe lub mniejsze prawo przypuszczania obecności zrostów osierdziowych w danym przypadku.

Rzecz naturalna, że jeżeli obok któregośkolwiek z tych objawów spostrzegamy jeszcze inne, mające mniejszą doniosłość, wtedy pewność nasza, że rozpoznanie było postawionem dobrze, bezwarunkowo wzrasta.

Oprócz oglądania i inne także metody fizykalnego badania wykazują nam pewne objawy, które spotykać możemy przy zrostach osierdziowych. Objawy te jednak, jakkolwiek dla wielu dawniejszych autorów przedstawiały wielką wartość rozpoznawczą, z czasem jednak, wskutek dokładniejszego ich rozbioru, przestały być uważane za charakterystyczne.

Obmacywanie pozwala nam spostrzegać niekiedy przy zrostach następujące objawy: nieprawidłowe co do miejsca



uderzenie wierzchołka serca, słabe lub zupełnie niewymagalne bicie serca, nieumiarowe uderzenia serca, gwałtowne bicie serca, wydatność okolicy serca, słabe i nieregularne, to znów silne i prawidłowe zupełnie tętno i nareszcie tak zwany pomruk koci (*frémissement cataire*).

Jak mało wartości rozpoznawczej mają powyższe objawy możemy już ztąd wywnioskować, że niektóre z nich są wręcz przeciwne innym. Tak np. obok spostrzeganych przez niektórych badaczy słabych, prawie niewymagalnych uderzeń wierzchołka serca, spotykamy się z opisywaniem gwałtownego bicia serca, jako objawu charakterystycznego. Toż samo tyczy się i pulsu.

Prócz tej różnorodności rozbiór powyższych objawów przekonywa nas, że każdy z nich zarówno często towarzyszyć może innym cierpieniom, nietylko serca, lecz i innych narządów.

Wierzchołek serca uderza nieprawidłowo co do miejsca, a mianowicie uderza więcej na wewnątrz od sutka, to jest więcej na prawo niżeli w normalnych warunkach. Jakkolwiek spotyka się ten objaw niekiedy przy zrostach osierdziowych, to jednakże nie przedstawia on nic charakterystycznego, gdyż spostrzegano go również przy przeroście prawej komory, przy wysiękach w lewej opłucnej i przy wielu innych stanach patologicznych.

Równie często jak i poprzedni objaw można spotkać brak lub osłabienie uderzeń wierzchołka serca przy innych cierpieniach organizmu, chociaż wielu dawniejszych autorów uważało szczególnie niewymagalne bicie serca za objaw mający patologiczną wartość dla zrostów osierdziowych.

Morgagni przytacza 45 przypadków ze zrostami osierdza, obserwowanych częścią przez siebie, częścią zaś przez Vioussens'a, de Haller'a, Agricol'e, Lower'a, Heister'a i Lancisi'ego i dowodzi, że najważniejszym objawem zrostu blaszek osierdziowych jest brak uderzeń wierzchołka serca.—Na zasadzie jednak spostrzeżeń najnowszych badaczy, można stanowczo twierdzić, że w wielu bardzo przypadkach objawu tego nie można stawiać w zależności od jakichkolwiek bądź zmian chorobowych serca. Rzeczywiście trafia się on tak często nawet i w normalnych warunkach, że do rozpoznania jakiegokolwiek zmiany patologicznej służyć stanowczo nie może.

Jeśli następuje osłabienie uderzeń wierzchołka, lub nawet niewymagalność tego uderzenia tam, gdzie poprzednio

uderzenia serca były silniejsze, wtedy jeszcze można przypuszczać jakąś zmianę patologiczną, która ten objaw spowodowała. Że jednak przyczyna ta nie zawsze jest zrostem osierdzia, dowodzą liczne spostrzeżenia, w których widziano pomieniony objaw przy wysiękach osierdziowych, przy wysiękach w lewej opłucnej, przy rozedmie płuc, zaniku serca, stłuszczeniu serca, znacznem zwężeniu ujścia żylnego, zwężeniu ujścia tętniczego lewego i t. d.

Niemiarowe uderzenia serca, tak pod względem czasu jak i pod względem siły, spotykamy zarówno niekiedy przy zrostach osierdziowych, jak i przy innych cierpieniach, a mianowicie zdarzają się one niezmiernie często przy wadach sercowych, przy zapaleniu mięśnia sercowego, zapaleniu osierdzia, przy osłabieniu wskutek długotrwałej gorączki, przy niezżytach żołądka i kiszek i t. d. Widzimy więc, że i ten objaw nie ma wielkiej wartości, jako objaw charakterystyczny dla zrostów osierdziowych.

O gwałtownem biciu serca wspominałem już przy objawach czynnościowych, tutaj dodam tylko, że objaw ten, uważany przez niektórych badaczy za charakterystyczny, nie zasługuje prawie na uwagę, gdyż niezmiernie rzadko bywa konstатовanym przy zrostach osierdziowych, natomiast najczęściej zależy od przerostu serca, albo od upośledzonego unerwienia.

W niektórych przypadkach spostrzegano wydatność okolicy serca przy zrostach osierdziowych; stawiano nawet wydatność ową w zależności od mniejszej lub większej grubości zrostów, co jednak jest stanowczo błędem, gdyż objaw ten widziano również przy rozszerzeniu i rozroście serca, kiedy przy bardzo tęgich zrostach osierdziowych brakowało go zupełnie.

Tętno nie przedstawia nic charakterystycznego przy zrostach osierdziowych. Bywa ono słabe, ledwie wyczuwalne, a także niemiarowe w niektórych przypadkach, — to znów zdarza się spotykać z tętnem pełnem i zupełnie prawidłowem, przy niewątpliwej obecności zrostów.

Wymacalne szmery, czyli tak zwany pomruk koci (*frémissement cataire*) Laënnec'a widziano przy zrostach osierdziowych w kilku zaledwie przypadkach, wobec tego jednak, że objaw ten spotykać można nierównie częściej przy wadach zastawek i w przypadkach nieprawidłowego połączenia pomiędzy obiema komorami serca, znaczenie jego przy zrostach



osierdziowych, jako objawu więcej charakterystycznego, schodzi prawie do minimum.

Przy opukiwaniu znajdujemy niekiedy przy zrostach osierdziowych ten objaw, że tępość wypukowa serca pozostaje niezmienioną, zarówno przy wdechu, jak i przy wydechu, a także przy zmianie położenia chorego. — Objaw ten rzeczywiście, według zdania wielu badaczy, ma miejsce przy zrostach osierdziowych, lecz tylko wtedy, jeśli obok wewnętrznych, istnieją jeszcze zrosty osierdzia zewnętrzne i tym sposobem osierdzie jest przytwierdzone do wewnętrznej powierzchni klatki piersiowej. Rzecz naturalna, że można przy samych tylko zrostach zewnętrznych objaw ten spostrzec i dla nich jednakże niema on znaczenia rozpoznawczego, gdyż spotykamy go również przy zroście opłucnej płuc z opłucną żeber w pobliżu serca, przy wysiękach osierdziowych, przy nowotworach śródpiersia i t. d.

Pierwsi zwrócili na ten objaw uwagę Law, Taylor i Williams, późniejsi zaś badacze niejednokrotnie również o nim wspominają i słusznie odejmują mu owo znaczenie patognomiczne, twierdząc, że zrosty osierdziowe wewnętrzne, zarówno częściowe jak i całkowite, nie mogą wpływać na zmianę obszaru bezwzględniego stłumienia wypukowego serca.

Przy osłuchiwaniu możemy, w nielicznych wprawdzie przypadkach, rozpoznać jeden objaw, który ma znaczenie bezwzględne dla zrostów osierdziowych częściowych. Objaw ten, wskazany przez Jaccoud'a polega na tem, że, jeśli obok zapalenia osierdzia powstają zrosty, wtedy szmer tarcia, słyszany dawniej na całej przestrzeni okolicy sercowej, znika w ograniczonym miejscu. Objaw ten jednak, według Jaccoud'a nie jest stałym.

Przy wypuklaniu rozkurczowem przestrzeni międzyżebrowych możemy zauważyć silne wstrząśnienie, które wysłuchać można bardzo dobrze. — I tutaj jednakże zwrócić musimy uwagę, że nie zawsze to bywa, tem bardziej, że wiadomem jest z poprzedzającego, że wciągania skurczowe, a zatem i wypuklania rozkurczowe, nie zawsze spostrzegać możemy przy zrostach osierdziowych.

Wielu badaczy obserwoowało jeszcze inne objawy przy osłuchiwaniu, wszystkie one jednak małą wartość rozpoznawczą posiadają.

Riess uważa za patognomiczny objaw zrostów osierdziowych — metaliczny odcień tonów sercowych. Według

Eichhorsta zdanie Riessa jest najzupełniej błędnem, jakkolwiek bywa niekiedy przy zrostach osierdzia metaliczny odcień tonów sercowych i do tego tak silny, że tony sercowe słyhać w pewnej odległości.

Eichhorst tłumaczy to rezonansem w żołądku, ponieważ przy zrostach osierdzia żołądek od czasu do czasu zbliża się znacznie do serca.

Według Blanc'a szmery podmuchowe obserwować można prawie zawsze przy zrostach osierdziowych, — zależą one albo od jednocześnie będących wad zastawek, lub też od rozszerzenia jam serca, które według Blanc'a bywa zazwyczaj przy tych zrostach.

Betz uważa również szmery podmuchowe za cechę charakterystyczną zrostów osierdzia, objaśnienia jego jednak powstawania tych szmerów są w wysokim stopniu nieprawdopodobne i dlatego je tutaj pominąć można.

Aran znów uważa jako bardzo ważny objaw — osłabienie lub brak drugiego tonu serca. Powiada on, że drugi ton serca staje się mniej czystym i słabnie tem więcej, im znaczniejsze są zrosty.

Nikt więcej, prócz Aran'a nie spostrzegł tego objawu, natomiast wszyscy prawie badacze zgadzają się ze zdaniem Forget'a, który odejmuje wszystkie cechy prawdopodobieństwa temu objawowi, mówiąc, że jest on wprost niemożliwym. — Jeżeli zrosty wpływają na zmianę tonów serca, to w każdym razie prędzej może się to odnosić do pierwszego tonu, aniżeli do drugiego, albowiem przy zrostach osierdziowych następuje upośledzenie kurczenia się komórki, co mogłoby wpływać na pewne zmiany pierwszego tonu serca.

Friedreich dowodzi, że przy zrostach osierdziowych ma miejsce rozszczepienie, a raczej podwojenie drugiego tonu, następujące wskutek tego, że wznoszeniu się podczas rozkurcu klatki piersiowej towarzyszy ton, a właściwie głuchy szmer, który jest dosyć silnym i następuje bezpośrednio po drugim prawidłowym tonie serca.

Spostrzeżenie to Friedreich'a nie było zauważone przez innych badaczy.

Dla dokładności wspomnieć mi należy o spostrzeżeniu M. Raynaud'a, który obserwował u dziecka 12-to-letniego zdwojenie zupełne obu tonów sercowych przy zroście osierdzia z sercem.



Wszystkie objawy powyżej przytoczone, spostrzegane były przy zrostach osierdziowych zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych, te ostatnie jednak cechują się jeszcze kilkoma objawami, które według niżej wymienionych autorów, tutaj przytaczam.

Riegel i Tuczek utrzymują, że zrosty osierdziowe zewnętrzne w niektórych przypadkach wywołują osłabienie uderzenia serca podczas wdechu; objaw ten wskazuje według ich zdania, że zrosty istnieją pomiędzy osierdziem a płucem.

Kussmaul znów wskazał w 1873 roku na tak zwane tętno dziwaczne (*pulsus paradoxus*) i napęcznienie żył szyjowych przy wdechu, jako na objawy, zdarzające się we wszystkich przypadkach zrostów osierdziowych zewnętrznych.

Pod nazwą tętna dziwnego rozumie Kussmaul takie tętno, które podczas wdechu staje się słabsze, przy głębokim zaś wdechu zupełnie znika.

Kussmaul objaśnia powstawanie obu tych objawów w następujący sposób: podczas wdechu zrosty rozciągają tętnicę wstępującą i tym sposobem powstaje utrudniony odpływ krwi do aorty, wskutek zaś rozciągania i zwężenia *venae anonymae* następuje napęcznienie żył szyjowych, gdyż dopływ krwi do serca zostaje utrudniony.

Wkrótce już jednak po ogłoszeniu pracy Kussmaul'a niektórzy badacze, a mianowicie Bäumlner, Traube, Graeffner i Stricker opisali przypadki, w których nie było zrostów zewnętrznosierdziowych, a jednak tętno dziwaczne spostrzegać było można.

Według tych badaczy tętno to bywa przy upośledzonej czynności serca, zależnej od wielu przyczyn, a nietylko od zrostów zewnętrznosierdziowych.

Hoppe jeszcze w roku 1834 opisywał zapalenie osierdzia, w czasie którego tętno ustawało podczas wdechu, Maixner znów obserwował tętno dziwaczne przy znacznym wysięku w lewej opłucnej i przy *pyo-pneumothorax*, a François-Frank przy tętniakach aorty i przy niezarośnięciu *ductus Botalli*.

Jeszcze na jeden objaw wskazywano przy zrostach zewnętrznosierdziowych i znaczenie jego jest w samej rzeczy niezmiernie ważnem. Zasada się on na tem, że widzialne i wymagalne uderzenia wierzchołka serca, jeśli je tylko konстато-

wać można, przy wszelkich zmianach położenia chorego, pozostają zawsze w tem samym miejscu.

Skończywszy z opisem zarówno czynnościowych jak i fizykalnych objawów zrostów osierdziowych, przychodzimy do przekonania, że nie ma ani jednego objawu, któryby się zdarzał stale przy wszystkich zrostach.

Przy jednych zrostach spotykamy się z jednym objawem, przy innych znów z innym; niekiedy znów zrosty osierdziowe bez wszelkich objawów przebiegają. To nam dostatecznie objaśnia, dlaczego zrosty osierdziowe tak często bywają nierozpoznawane i dopiero przy oględzinach pośmiertnych robimy odkrycie, którego wcale nie spodziewaliśmy się za życia.

Już wyżej wspomniałem o objawach, które mają prawdziwą patognomiczną wartość dla zrostów osierdziowych.

Że objawy te nie zawsze udaje nam się spostrześć, być może zależy to od tego, że nie zwracamy na nie dokładnej uwagi, a wiadomą rzeczą jest, że pojawiają się one zazwyczaj zwolna i niepostrzeżenie.

Corvisart, któremu przypisują pierwszeństwo rozpoznawania zrostów osierdziowych za życia, uważa dyjagnozowanie ich za rzecz bardzo trudną, a często, przy istnieniu jeszcze innych cierpień, występujących jednocześnie, za wprost niemożliwą.

Przyznać możemy, że jakkolwiek symptomatologia zrostów osierdziowych wzbogaconą została znacznie od czasów Corvisart'a, to jednakże zdanie jego co do rozpoznania tego cierpienia zarówno i teraz utrzymanem być może.

Ważne wskazówki przy rozpoznawaniu daje według niektórych autorów pewność, że chory przebył zapalenie osierdzia, a rozpoznanie staje się nawet, według ich zdania, bardzo łatwym wtedy, jeśli obserwujemy chorego, który przebywa zapalenie osierdzia. Jeśli w takim razie zauważymy, że wszystkie ojawy zapalenia osierdzia zaczną słabnąć, a nawet przycichają zupełnie, nagle zaś pojawiają się słabo widzialne i odczuwane uderzenia serca, małe tętno, szmer tarcia słyszany na ograniczonym miejscu (lub nie słyszany nawet zupełnie), duszność i obrzęki, wtedy, pomijając już obecność patognomicznych objawów dla zrostów osierdziowych, możemy je z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznawać.



Gairdner nawet uważa wprost za możliwe postawienie rozpoznania tworzących się zrostów osierdziowych z nagłego zniknięcia szmeru tarcia w przebiegu zapalenia osierdzia.

Wypowiedziane przezemnie powyżej zdanie o powstawaniu zrostów osierdziowych, nie pozwala mi zgodzić się z temi twierdzeniami.

Jakkolwiek mówiąc o objawach zrostów osierdziowych, starałem się zawsze wykazać, jakie inne cierpienia prócz opisywanego, mogą sprowadzać dany objaw, to jednakże muszę tu wspomnieć jeszcze o zdaniu Samuela Wilks'a, który mówiąc o objawach niedostatecznej siły serca, spotykanych zarówno często przy wadach zastawek, jak i przy pierwotnych cierpieniach mięśnia sercowego, a także i przy zrostach osierdzia, dochodzi do przekonania, że w razie braku wady zastawkowej, objawy powyższe przemawiają u młodych osobników za zrostami osierdzia, u starych zaś za cierpieniem mięśnia sercowego.

Trudno rozstrzygnąć, o ile zdanie powyższe jest racjonalnem, w każdym razie wielu badaczy nie podziela go, a Bauer mówi nawet, że daleko częściej stosunkowo widział u młodych osobników cierpienie mięśnia sercowego, niż zrosty osierdziowe.

Wspomnieć jeszcze należy, że niekiedy przy wadach zastawkowych, przytrafiających się w przebiegu zapalenia osierdzia, zdarza nam się spotykać z objawami, które mogą budzić podejrzenie istnienia zrostów. Rozpoznanie różniczkowe będzie tu bardzo łatwem, skoro zwrócimy uwagę na to, że przy cierpieniach zastawek występują zazwyczaj szmery sercowe, podczas gdy przy zrostach nie słychać ich zupełnie. Rozpoznanie tworzących się zrostów, rzecz naturalna, będzie bardzo trudne w razie, jeśli u chorego istnieje już wada zastawek sercowych.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy tworzącymi się zrostami osierdzia i skrzepami krwi, mogącymi się formować za życia chorego w komorach sercowych, jest rzeczywiście niekiedy niemożliwem, lecz tylko w pierwszych chwilach, gdyż skrzepy takie tworzą się nagle i bardzo szybko stają się powodem śmierci chorego, podczas gdy wiadomą rzeczą jest, że zrosty osierdziowe tak gwałtownego skutku nie sprowadzają.

Skoro brakuje objawów przytoczonych powyżej, a uważanych słusznie za patognomiczne dla zrostów osierdzi-

wych, wtedy przy istnieniu wszystkich innych objawów, spotykanych dość często przy zrostach osierdziowych, możemy rozpoznawać cierpienie tylko drogą wyłączenia. Tym sposobem udaje się niekiedy wykluczyć zapalenie osierdzia, zapalenie mięśnia sercowego, zwyrodnienie tłuszczowe tegoż mięśnia i inne cierpienia serca, które sprowadzają osłabienie jego działalności (objawiające się brakiem lub słabością uderzenia wierzchołka serca i małym tętnem), a także znaczne zwiększenie przestrzeni tępości serca i objawy zastojów żylnych. Wyłączwszy dopiero wszystkie inne cierpienia, możemy przyjąć zrosty osierdziowe z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem.

Odnośnie do rokowania przy zrostach osierdziowych istnieje bardzo wiele prac, w których spotkać się można niekiedy z wręcz przeciwnymi poglądami.

Już dawniejsi badacze zastanawiali się nad tem, jaki wpływ mogą wyrzucić zrosty osierdziowe na zdrowie osobnika, a zwłaszcza na jego funkcje krążenia i oddechania.

Zdania tu były całkiem różne; podczas bowiem kiedy Lancisi, Vieussens, Meckel, Zehetmayer, Haller, Sénac, Kreyzig, Corvisart i Morgagni dowodzili, że zrosty całkowite osierdzia nie mogą istnieć u człowieka pozornie zdrowego, ponieważ zaburzenia wywołane przez nie sprowadzają znaczne upośledzenia najważniejszych czynności ustroju, Laënnec, Bertin i Bouillaud byli przeciwnego zdania.

Corvisart sądzi, że przy zrostach osierdziowych następują tak znaczne zaburzenia w krążeniu, że śmierć staje się jego następstwem koniecznym. Mówi on: „... je pense que l'adhérence intime du péricarde au coeur et nécessairement accompagnée d'un dérèglement de fonction de cet organe, que la mort en est la suite inévitable plus prompte ou plus tardive selon l'âge, le sexe, les tempéraments, les professions.“

Laënnec znów mówiąc o zrostach osierdziowych, powiada: „J'ai ouvert un grand nombre de sujets qui en étaient affectés, et qui ne s'étaient jamais plaints d'aucun dérangement de la circulation ou de la respiration.“

Aran ze 113 przypadków nagłej śmierci przy chorobach serca i naczyń, w 9-ciu przypadkach zanotował zrosty osierdziowe bez żadnych powikłań, jako jedyną przyczynę śmierci.



Andral jest zdania, że w wielu przypadkach zrostom osierdziowym towarzyszą znaczne zaburzenia, sprowadzające w rezultacie śmierć. Są wszakże, według Andral'a, przypadki zrostów, gdzie żadnej zmiany w czynności organizmu zauważyć nie można,

Forget znów słusznie zauważa, że „l'existence même des adhérences anciennes prouve, qu'elles sont compatibles avec la vie.“

Widzimy z powyższego, jak sprzeczne poglądy mieli autorowie, co do rokowania przy zrostach osierdziowych. Sprzeczność ta, w obec ówczesnych niedokładnych metod badania, jest bardzo łatwą do pojęcia.

Jedni badacze, obserwując u chorego ze zrostami osierdzia ciężkie zaburzenia, zależne od upośledzonego krążenia i nie mając dokładnych danych co do początku samej sprawy patologicznej, rzecz naturalna, dochodzili do wniosków, że zrosty sprowadzać muszą w krótkim czasie śmierć. Inni znów, konstatując być może świeżo powstałe zrosty osierdziowe, mieli inne pojęcie o następstwach, wywoływanych przez takowe.

Zresztą i przy dłużej już trwających zrostach osierdziowych może nie być wielkich zaburzeń w czynnościach organizmu. Aż nadto dobrze wiadomą rzeczą obecnie jest fakt, że są chorzy, których organizm resp. serce, że się tak wyrażę, przywyka do zrostów osierdziowych; stan takich chorych, niekiedy bardzo ciężki w chwili tworzenia się zrostów, z czasem poprawia się znacznie.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przy zrostach zupełnych osierdzia nie może mieć miejsca *restitutio ad integrum*, prowadzą one w różnym wprawdzie czasie, lecz zawsze do zejścia śmiertelnego.

Jeśli wskutek powikłań przy tworzeniu się samych zrostów, lub wskutek niedostatecznej działalności serca, nie następuje natychmiastowa śmierć, wtedy powstaje szereg objawów, zależnych od upośledzonego krążenia, na pierwszym miejscu zaś obrzęki, dochodzące nieraz do znacznych rozmiarów i one to wyniszczając coraz bardziej organizm, są przyczyną śmierci.

Wprawdzie niekiedy energija serca wzrasta na pewien czas, co oczywiście zależy od dobrego odżywiania chorego i odpowiedniego zwalczania groźnych objawów; nie trwa to jednak długo.

Przeciąg czasu, podczas którego ludzie podlegli zrostom osierdziowym, mogą być utrzymeni przy życiu, jest niezmiernie różnym u wszystkich osobników i bez wątpienia zależy od znaczniejszych, lub mniej silnych zrostów, a jeszcze bardziej od zmian mięśnia sercowego, wywołanych temiż zrostami.

Zrosty słabe, nie wywołujące znaczniejszych zmian w samym mięśniu sercowym i jednocześnie nie wywierające zbyt silnego mechanicznego działania na serce — mogą nie spowodować zbyt ciężkich zaburzeń w ustroju, tem samem nie są tak niebezpiecznymi dla życia.

Oprócz powyższych czynników, wpływających na okres dłuższego lub krótszego utrzymania przy życiu osobników ze zrostami osierdza, wspomnieć należy tu jeszcze o wpływie stosunków indywidualnych, a także pewnych komplikacyj.

Bezwątpienia chorzy, u których groźne objawy spowodowane niekiedy zrostami mogą być łatwiej zwalczane, czy to z powodu ich silniejszej konstytucyi, czy też z różnych innych indywidualnych powodów, zarówno jak chorzy, u których zrosty osierdziowe przebiegają bez żadnych powikłań, mogą być dłużej utrzymeni przy życiu, niż ci, u których powyższe dane nie istnieją.

Chcąc ściśle oznaczyć czas, w jakim następuje śmierć przy zrostach osierdziowych, należałoby w każdym przypadku notować początek tworzenia się zrostów; samo uchwycenie jednak tej chwili, jest, na zasadzie powyżej przytoczonych danych w symptomatologii tego cierpienia, niezmiernie trudną, a niekiedy wprost niemożliwą rzeczą.

Dlatego też notowanie początku choroby przy zrostach osierdziowych udaje się bardzo rzadko.

W literaturze spotkać można tylko u Cerf'a przytoczone obserwacje, gdzie początek choroby (?) zapisano 19-ście razy.

W przypadkach tych śmierć nastąpiła:

po $\frac{1}{3}$	—	1 roku	8 razy
„ 2	—	4 „	2 „
„ 5	—	8 „	6 „
„ 9	—	11 „	2 „
„ 20		„	1 „

Czy we wszystkich tych przypadkach spostrzegano przy oględzinach pośmiertnych zrosty li tylko wewnętrzne i tylko całkowite, nic o tem Cerf nie wspomina; zdaje mi się jednak że w tych razach, w których zejście śmiertelne nastąpiło po



dłuższym przeciągu czasu, miano do czynienia ze zrostami jeżeli nawet całkowitemi, to w każdym razie bardzo nieznaczne zaburzenia spowodującymi.

W ogóle więc przy rokowaniu uwzględnić musimy następujące okoliczności: stan chorego ogólny, istnienie lub brak powikłań, na koniec zaś znaczniejsze, lub mniej znaczne zrosty i stan mięśnia sercowego.

Przy dobrym ogólnym stanie chorego, przy braku powikłań, przy istnieniu niezbyt znacznych zrostów i przy zadowalającym stanie mięśnia sercowego, rokowanie postawić możemy względnie przynajmniej dobre; w przeciwnym zaś razie będzie ono złem i o tyle gorszem, o ile znaczniejsze rozmiary będzie przybierał którykolwiek z powyżej przytoczonych czynników.

Co się tyczy zrostów zewnątrzosierdziowych, da się o nich toż samo zupełnie powiedzieć.

Zrosty częściowe przedstawiają rokowanie względnie lepsze.

I tu rzecz naturalna wszystko zależy od danych, uwzględnianych przy zrostach całkowitych, wspomnieć jednak należy, że przy słabych zrostach osierdziowych częściowych niekiedy jest możliwem zupełne nawet wyleczenie i jako jedyną pozostałość zrostów spotyka się przy oględzinach pośmiertnych kosmyki i strzępki na stykających się ze sobą blaszkach osierdzia.

Jakim sposobem ta sanatio spontanea, w pewnym stopniu, powstaje, mówiłem już poprzednio.

Zrosty zewnątrzosierdziowe, istniejące obok wewnątrzosierdziowych, dają, rzecz naturalna, o tyle gorsze rokowanie, o ile tym sposobem, zaburzenia w czynnościach organizmu będą jeszcze znaczniejsze.

---

Z tego co powyżej powiedziano, łatwo zrozumieć, że terapia przy zrostach osierdziowych może być tylko symptomatyczną, albowiem zapobiedz tworzeniu się zrostów, lub następnie wywierać na nie jakiegokolwiek działanie, nie jesteśmy w stanie.

Dlatego też większość autorów, obok leczenia objawowego, bardzo słusznie zaleca stosowanie kuracyi wzmacniającej chorego, polegającej na dostarczaniu mu dobrego pożywienia i jak największego spokoju.

Co się tyczy leczenia objawowego, zauważyć należy, że przy silnych zaburzeniach w krążeniu, należy stosować uważnie i ostrożnie naparstnicę, a także convalaria majalis, adonis vernalis lub kofeinę. W tymże samym celu można się posilkować zimnemi okładami i małemi wezykatoryjami w okolicy serca.

Przy znacznych obrzękach i wodnej puchlinie brzucha, środki moczopędne, będą zupełnie na miejscu; niekiedy, przy znacznym ascites, można zrobić przekłócie i wypuszczenie płynu.

Przy objawach bezsenności i bolesności można stosować środki narkotyczne, przy znaczniejszym zaś upadku sił środki pobudzające.

Oдноśnie do pokarmów dostarczanych choremu ze zrostami osierdzia, zauważyć należy, że wszystkie środki pobudzające, jakoto: kawa, herbata, wyskok — winny być używane w jak najmniejszych ilościach.

Choremu należy zalecić jak największy spokój, unikanie psychicznych wrażeń i wstrząśnień i fizycznego utrudzenia.

### Przypadek I-szy.

Konopka Piotr, rybak z powołania, wieku lat 26, urodził się w Serocku nad rzeką Narwią, z rodziców zupełnie zdrowych. — Od 10-go roku swego życia trudnił się rybołówstwem, zarabiając tym sposobem na życie i nieraz spędzał całe dnie i noce na łodzi. Był ciągle zupełnie zdrow, przypomina sobie jednak, że w 19-ym roku swego życia dostał lekkiego kaszlu, który już go nigdy nie opuścił. Kaszel ten jednak bynajmniej nie trwożył chorego i nie zmuszał go do szukania pomocy lekarskiej.

Prócz tego, trzy lata temu chory dostał dreszczy, które się powtarzały przez dwa tygodnie; przypomina sobie również, że miewał wtedy ból i klócie w bokach.

31-go Lipca 1884 roku chory po zimnej kąpieli dostał dreszczy, które się powtórzyły także nazajutrz, przytem chory zauważył puchnięcie brzucha i nóg, czuł się zmęczonym, osłabionym, nie miał ochoty ani siły do pracy, dostał silniejszego kaszlu i rozwolnienia.

Tegoż dnia w nocy nastąpiły silne poty, a nazajutrz stan chorego w niczem się nie zmienił.

Mając prawie codzienne dreszcze i czując się coraz bardziej osłabionym, przytem uważając, że obrzęk brzucha i koń-



czyn dolnych coraz bardziej się powiększa, chory zdecydował się pojechać do Warszawy i przybył do kliniki 16-go Sierpnia 1884 roku.

Ze strony dziedziczności, wywiady nie przedstawiają żadnych szczególnych danych; odnośnie do warunków życia chorego należy zauważyć, że żył on zawsze skromnie, ale dostatnio; miał zawsze dobry pokarm, suche mieszkanie i ciepłą odzież.

Nadużycia trunków nie było nigdy, stosunków płciowych chory wcale jeszcze nie miewał.

Chory badany 16-go Sierpnia 1884 roku, okazuje się dość dobrze zbudowanym i odżywianym; skóra blado-żółtego koloru, tkanki tłuszczowej podskórnej dosyć dużo, mięśnie dosyć grube, sprężyste. Ciepłota ciała pod pachą  $39,5^{\circ}$  C., kończyny dolne lekko obrzęknięte, zimne; puchlina brzucha dosyć duża, twarz z lekka sinicowata, tętno 98, małe; oddechów 38 na minutę.

Chory skarży się na znaczne osłabienie, silny kaszel, małą ilość oddawanego moczu, rozwolnienie i puchlinę nóg i brzucha.

Dolne granice płuc podniesione, w prawym wierzchołku z tyłu nieznaczne stłumienie odgłosu wypukowego, w górnych częściach płuc oddech pęcherzykowy zaostrowany, w dolnych nieco osłabiony. Prócz tego w prawym wierzchołku z tyłu słychać niewielką ilość rżrzeń trzeszczących (crepitations).

Odpluwa chory bardzo małą ilość bezbarwnej płwociny, kaszel częsty, niezbyt silny, suchy.

Wymiary tępości serca nie są powiększone, czynność serca bardzo słaba, tony słabe, zupełnie jednak czyste i rytmiczne.

Brzuch przy obmacywaniu lekko bolesny, odgłos wypukowy stłumiony. Przy położeniu chorego na boku, odgłos wypukowy wyżej położonych części brzucha bębniasty.

Przy obmacywaniu brzucha wyczuwać się daje twarde, nierówny wałek, zajmujący prawie całą okolicę nadbrzuszną.

Dolny brzeg śledziony przy głębokim wymacywaniu wyczuwa się w lewym podżebrzu.

Język wilgotny, lekko białym nalotem obłożony. Łaknienie dosyć dobre, pragnienie do picia znaczne; chory miewa do 12-tu wypróżnień dziennie.

Chory oddaje nieznaczny ilość moczu (700 CC.), ciężaru gatunkowego 1,026; mocz zawiera dużą ilość moczanów, wkrótce po oddaniu tworzy się w nim osad, który nie zawiera cylindrów, ani żadnych morfologicznych składników, nie ma również białka, ani cukru.

Poszukiwanie w płwocinie bakterij gruźliczych (po dług metody Ehrlicha), wykazało ich obecność w nieznacznej ilości.

Psychiczny stan chorego zadawalniający, organy zmysłów bez zmiany.

Rozpoznanie postawiono: gruźlica płuc i otrzewnej (tuberculosis pulmonum et peritonitis tuberculosa).

Zalecono choremu dyjetę mleczną, okład ciepły na brzuch i emulsio oleosa cum tinctura thebaica.

17/VIII 1884 roku. Ciepłota rano 38, wieczorem 39. Puls 84, oddechów 34 na minutę. Chory czuje się osłabionym, ilość oddanego moczu wynosi 650 CC. Bolesność brzucha nieco zwiększona, rozwolnienie znacznie mniejsze.

Zalecono ciepły okład na brzuch i dano choremu chinini sulphurici po 4-ry gr. 3 razy dziennie i powtórzono emulsio oleosa cum tra thebaica.

18/VIII 1884 r. Chory czuje się lepiej, spał smacznie, rozwolnienie ustąpiło, bolesność brzucha znacznie mniejsza, ilość moczu 600 CC. Ciepłota rano 37,6, wieczorem 39,5. Tętno 96, oddechów 38 na minutę. Zalecono w dalszym ciągu chininę i decoctum scillae.

19/VIII 1884 r. Chory czuje się mniej osłabionym, noc przespał nie budząc się, brzuch przy ucisku bardzo mało bolesny, rozwolnienia nie ma, ciepłota ciała 38<sup>o</sup> rano, 39<sup>o</sup> zaś wieczorem. Tętno 76, tony serca słabe, oddechów 36, ilość moczu 850 CC.

Zalecono choremu decoctum cortic. chin. reg. i ciepły okład na brzuch.

20/VIII 1884. Stan chorego bez zmiany; wypróżnienia nie było przez cały dzień. Ciepłota ciała 37<sup>o</sup>,4 rano, 38<sup>o</sup>,8 wieczorem. Tętno 68, oddechów 38 na minutę. Zalecono choremu łyżkę oleju rycynowego i ciepły okład na brzuch.

21/VIII 1884 r. Chory miał nieznaczne wypróżnienie, czuje się znów więcej osłabionym; w jamie brzusznej można konstatować powiększenie się ilości płynu, nogi więcej obrzękłe. Język silnie obłożony, gorzki smak w ustach. Ilość moczu 760 CC. Ciepłota ciała rano 37<sup>o</sup>,4, wieczorem zaś 38<sup>o</sup>,3. Tętno 68, liczba oddechów 38 na minutę. Zalecono choremu saturatio natri bicarbonici cum tinctura rhei aquosa.

Począwszy od 22/VIII 1884 r. aż do 14/IX 1884 r. stan chorego był ciągle prawie jednakowy. Częste dreszcze, ciepłota zawsze wieczorem znacznie podniesiona, rano zaś obniżała się raz więcej, to znowu mniej. Tętno było szybkie, małe, nitkowate, rytmiczne. Tony serca ciągle czyste, chociaż niezmiernie słabe. Obrzęk nóg znikł prawie zupełnie, puchlina także znacznie się zmniejszyła.



Chory wychudł ogromnie, czuł znaczne osłabienie, łaknienie było niezmiernie upośledzone, kaszel się trochę zmniejszył, odpluwanie zawsze nieznaczne.

Przez cały ten czas podawano choremu raz środki moczopędne, to znówu chininę i kairynę; robiono również dwa razy podskórne wstrzykiwania pilokarpiny.

Ilość moczu powiększyła się nieco, wynosiła mianowicie zawsze przeszło 800 CC.; obrzęki zaczęły się zmniejszać. Co się zaś tyczy ciepłoty ciała, to po użyciu kairyny, przez ciąg dni pięciu, nie można było zauważyć znacniejszego obniżenia ciepłoty.

15/IX 1884. Stan chorego pogorszył się znacznie; osłabienie, brak łaknienia i ogólne wyniszczenie znaczne. Ciepłota  $37^{\circ},3$  rano, wieczorem zaś 38. Tętno 100, oddechów 38 na minutę. Kaszel i nie dał choremu spać. Zalecono mu infusum *ipecaeuannhae* cum spiritu vini.

16/IX 1884 r. Ciepłota rano 38; tętno 104, liczba oddechów 38. Wieczorem ciepłota 38,7, tętno 110, liczba oddechów 40. W nocy chory nie spał z powodu suchego kaszlu i silnych potów. Zalecono choremu infusum *ipecaeuannhae* i dano mu na noc pigułkę atropinową ( $\frac{1}{60}$  gr. atrop.).

17/IX 1884 r. Ciepłota rano 38,6. W nocy chory spał dobrze, nie pocił się.

Tętno 104. Liczbą oddechów 33. Wieczorem ciepłota  $38^{\circ},5$ , tętno 110. Liczba oddechów 42. Zalecono też samo co i dniu poprzedniego.

Począwszy od 18/IX 1884 r. aż do 21/IX 1884 r. stan chorego pogorszał się z dniem każdym.

Ciepłota ranna wahała się między  $37^{\circ},8 - 38^{\circ},3$ , wieczorem zaś między  $38^{\circ},3 - 39^{\circ},4$ . Tętno serca niezmiernie słabe, tylko nadzwyczaj szybkie, drobne, niekiedy trudno je było zliczyć. W tętnie zauważyć można było co kilka minut przerwy, które się jednak nie powtarzały systematycznie. Na twarzy chorego wystąpił obrzęk i sinica, kończyny dolne były zimne.

Chory uskarżał się na niezmiernie osłabienie, duszność i suchy kaszel. W moczu znaleziono białko i ziarniste walczki.

Zalecono choremu *solutio apomorphini hydrochlorici cum morphi*o i dawano mu *tincturam Valerianae aetheream* po 20 kropli dwa razy dziennie. Raz nawet zrobiono mu zastrzyknięcie pod skórę eteru z kamforą.

22/IX 1884 r. Ciepłota rano  $35^{\circ}$  C., wieczorem zaś  $34^{\circ},6$  C. Tętno nierytmiczne, drobne—82. Liczba oddechów 40 na minutę. Chory jest apatyczny, na pytania jednak odpowiada przytomnie. Zalecono choremu emulsio *camphorata*.

23/IX 1884 r. Ciepłota rano  $32^{\circ},2$ , tętno 48, liczba oddechów 52 na minutę. Upadek sił znaczny. Chory o godzinie 2-jej po południu życie zakończył.

Ogłędziny pośmiertne dokonane w obecności profesora Lamba i przy łaskawym współudziale kolegów Goldflama, Sadowskiego i Rembielińskiego, w dniu 24 września 1884 r., wykazały co następuje.

Trup wychudły, skóra cienka, tkanki tłuszczowej podskórnej bardzo mało, mięśnie w znacznym stopniu zanikłe, policzki i kończyny dolne nieco obrzękle.

Czaszka nie była otwierana.

Płuca przyrośnięte, szczególnie u szczytów do ścian klatki piersiowej za pośrednictwem błon rzekomych dosyć tęgich i suchych. W dolnych częściach płuc błony rzekome były słabe i cienkie. Wewnętrzny brzeg szczególnie prawego płuca przyrośnięty był także do osierdzia.

W jamie opłucnej płynu niema.

Na powierzchni opłucnej widać rozsiane w znacznej liczbie gruzelki blado-szarego koloru, zupełnie suche, matowe, wielkości ziarenka prosa; gruzelków tych nie ma na opłucnej, tylko u szczytów, gdzie błony rzekome odznaczają się szczególną grubością.

Przy obmacywaniu płuc nigdzie nie ma żadnych stwardnień; przednie brzegi płuca zawierają powietrze, w dolnych zaś częściach płuc wyczuwa się zgęszczenie mięszu.

Z powierzchni rozkroju wypływa pieniaący się (z małemi pęcherzykami) blado-różowy płyn. W prawym górnym płacie sprężystość płuca większa jak w pozostałych częściach; powierzchnia rozkroju czerwona, wypływa z niej płyn zmieszany z wielką ilością pęcherzyków powietrza, ciemno zabarwiony. — Na powierzchni rozkroju obu płuc widać liczne guziczki, wielkości ziarenka prosa, blado-szarego, lub żółto-szarego koloru. Są one suche, matowe, rozsiane nieco ponad powierzchnią wystające, ale wyluszczyć się nie dające.

Błona śluzowa oskrzeli pokryta ciągnącym się i przezroczystym śluzem, zaczerwieniona.

Gruczoły oskrzelowe powiększone, ciemno szyfrowego koloru, na przekroju przedstawiają plamki żółto-szare.

W naczyniach płucnych skrzepów niema.

Oba listki osierdzia zrośnięte ze sobą tak, że jamy osierdzia niema wcale.

Po wyjęciu serca wraz z osierdziem, zauważono, że przednia powierzchnia osierdzia jest znacznie zgrubiałą i składa się z części miękkich i leżącej za niemi części twardej jak kość.

Poprowadziwszy cięcie mniej więcej po linii środkowej przedniej powierzchni osierdzia, przecięłem miękkie części osierdzia na dwie połowy, które następnie zostały odseparowane od leżącej pod niemi kości. — Separowanie było prowa-



dzone z największą ostrożnością, jednakże z trudnością dało się oddzielić części miękkie od skostniałych.

Grubość części miękkich w linii środkowej części przedniej osierdzia jest największą, ku brzegom zaś coraz więcej cienieje. Grubość części miękkich w samym środku wynosi 1 ctm.; na prawo zaś i na lewo grubość ta stopniowo się zmniejsza, zlewając się na brzegach zupełnie prawie z częścią twardą jak kość.

Część, bezpośrednio przylegająca do masy twardej, przedstawia się makroskopijnie jako błona błyszcząca, biała, z blaskiem perłowym, zupełnie robi wrażenie błony surowiczej, podczas gdy części leżące bardziej ku przodowi, przedstawiają na przekroju tkankę jednolitą, miękką, więcej matową; śladów tkanki surowiczej nigdzie tu nie ma, rozróżnia się tylko większa lub mniejsza zawartość tkanki tłuszczowej, a gdzieniegdzie tkanka podobna jest do chrząstki.

Zdjąwszy części miękkie z przedniej powierzchni, natrafiamy na masę twardą, makroskopijnie zupełnie podobną do kości, przedstawiającą blaszkę grubości 2 — 5 młm., chropowatą, z zagłębieniem i wyniosłościami, wypukłością obróconą ku przodowi, składającą się z dwóch części różnego wymiaru górno-dolnego, oddzielonych grzebieniem idącym w kierunku od dołu ku gorze. Części te zrosnięte są ze sobą i przedstawiają od prawej do lewej strony razem długość 10 ctm.

Część prawa, węższa, ma szerokości  $5\frac{1}{2}$  ctm., wysokości 3 ctm.; lewa zaś ma szerokość  $4\frac{1}{2}$  ctm., wysokość  $6\frac{1}{2}$  ctm.

Posuwając się ku prawemu brzegowi, widzimy, że u tego brzegu serca (margo obtusus) twarda masa się kończy, natomiast miękkie części, które ją pokrywały od przodu, rozdzielają się w dalszym ciągu na przednią i tylną warstwę, tworząc takim sposobem pozostałość jamy osierdzia. — Ściany tej jamy (blaszki osierdzia) przedstawiają się znacznie zgrubiałemi, jama zaś zawiera w sobie masy, składające się z fosforanu wapna i fosforanu magnezyi z domieszką krzemionki.

Po wyjęciu mas, wypełniających w części całą jamę, ściany jej przedstawiają się nierównymi i chropowatemi.

Masy te częścią leżą swobodnie, grudkami, częścią zaś są jakby wrosnięte w ściany zawierającej je jamy.

Przechodząc dalej na powierzchnię tylną, widzimy również zrosnięcie obudwu listków osierdzia, które jednak nie

składają się już jak na części przedniej z dwóch jednolitych warstw, lecz w niektórych miejscach wyczuwać się dają pod częściami miękkimi części twarde. Takich części twardych na powierzchni tylnej serca jest dwie: z nich jedna większa, ma formę więcej zbliżoną do równoległoboku i leży prawie bezpośrednio przy margo obtusus, wówczas, gdy druga leży więcej w części środkowej tylnej powierzchni i ma formę trójkąta, którego wierzchołek jest zwrócony ku wierzchołkowi serca.

Wymiary pierwszej blaszki wynoszą 3 i 4 ctm., drugiej zaś 2 i  $1\frac{1}{2}$  ctm.

Po przecięciu części miękkich na każdej z tych blaszek, zauważyć można, że są one także zgrubiałe, przylegają ściśle do leżących pod nimi części twardych; w miejscach osierdzia, nieposiadających twardych warstw, oba listki osierdzia są ze sobą zrośnięte.

Prócz wyżej wymienionych warstw twardych, widzimy jeszcze mniej więcej pod *conus arteriosus ventriculi dextri*, między dwoma listkami osierdzia, silnie z niemi zrosłą blaszkę twardą, mającą grubości  $\frac{1}{2}$  ctm., szerokości 1 ctm., długości  $1\frac{1}{2}$  ctm.; forma tej blaszki zbliżona jest do zęba trzonowego o jednym korzeniu.

Mięśnie serca blade, łatwo dające się rozrywać palcami, pojemność przedsionków i prawej komory nieco zwiększona, w komorach i przedsionkach znajdowały się pośmiertne skrzepy krwi.

Wsierdzie i zastawki nie przedstawiają żadnych zmian.

Ciężar serca wraz z osierdziem 375 grm. — Długość serca wynosiła  $9\frac{1}{2}$  ctm.; szerokość  $11\frac{1}{2}$  ctm., grubość 4 ctm.

Długość komory lewej  $6\frac{1}{2}$  ctm., prawej 8 ctm., szerokość lewej 12 ctm., szerokość prawej 20 ctm. Grubość lewej na dodstawie 1 ctm., grubość lewej w środku przenosi 1 ctm. grubość lewej nad wierzchołkiem blisko 1 ctm. Grubość prawej komory na podstawie  $\frac{1}{2}$  ctm., grubość prawej w środku  $\frac{1}{3}$  ctm., grubość prawej nad wierzchołkiem  $\frac{1}{3}$  ctm., grubość przegrody w środku 1 ctm.

Aorta gładka. — (Serce jest przedstawione na rysunku Nr. I; rysunki dołączone będą w przyszłym N-rze).

W jamie brzusznej znajduje się około litra żółtawego, prawie przezroczystego, surowiczego wysięku, z zawieszonymi w nim w nieznacznej ilości skrzepami włóknikowemi. Wielka sieć ściągnięta do góry, leży w kształcie wałka grubego na



0,5—1,5 ctm. w prawem podbrzeżu, w dolku sercowym i części w lewem podbrzeżu, prawie zupełnie pokrywając wątrobę. Na powierzchni jej suchego, żółto bladego przekroju widać liczne gruzelki.

Otrzewna i krezki o powierzchni niegładkiej, pokryte bladoszaremi gruzelkami.

Kiszki łączą się ze sobą za pomocą słabych włóknikowych zrostów; powierzchnia kiszek ciemno-szara i pokryta licznymi gruzelkami barwy białej, wielkości ziarenek prosa.

Cienkie kiszki wypełnione gazem, grube zaś kałem; błona śluzowa kiszek grubych w stanie silnego przekrwienia, pokryta obficie śluzem; w cienkich kiszkach *ascaris lumbricoides*, wrzodów nigdzie niema, żołądek pusty.

Gruczoły krezkowe powiększone, na przekroju żółte i suche.

Wątroba powiększona, twarda, koloru żółtawego, budowa zrazikowa wyraźna; wymiary wątroby następujące: poprzeczny 20 ctm., przedniotylny 14,5 ctm., grubość 10 ctm., — Gruzelków w wątrobie nie znaleziono.

Sledziona znacznie powiększona (długość 25 ctm., szerokość 14 ctm., grubość 13,5 ctm.); otoczka śledziony pokryta licznymi małymi gruzelkami. Śledziona na przekroju ma kolor ciemno-czerwony, jest sucha, twarda, i łatwo cienkie skrawki nożem dająca. — Na powierzchni przekroju śledziony, przy świetle skośnie padającym, spostrzega się małe guziczki przeświecające, koloru szarego, wielkości główki od śpilki. Są one matowe, gdy tymczasem miąższ jest błyszczący.

Nerki (długość 11,5 ctm., szerokość 7 ctm., grubość 5 ctm.) z otoczkami, oddzielającymi się z łatwością; na powierzchni tu i owdzie rozsiane drobne gruzelki; gwiazdy Verheyne'a nastrzyknięte; na przekroju przekrwienie istoty korowej i piramid.

Błona śluzowa moczowodów jak i pęcherza bezbarwna, pęcherz skurczony, pusty.

Jądra i przyjądrza nie przedstawiają żadnych zbożeń.

Rozpoznanie anatomiczne postawiono następujące:

*Tuberculosis miliaris pulmonum. Hyperaemia in apice dextro. Synechiae pleuriticae praecipue in apicibus. Tuberculosis pleurae. Obliteratio pericardii totalis. Synechiae os-*

sificantes pericardii. Peritonitis tuberculosa. Retractio omenti majoris. Colitis recens. Degeneratio adiposa hepatis. Degeneratio amyloidea et tuberculosis lienis. Tuberculosis et hyperaemia renum.

---

Drobnowidzowego badania masy twardej dokonałem w sposób następujący: po oddzieleniu części miękkich robiłem za pomocą małej piłki rozkrój masy twardej, raz w kierunku poprzecznym, to znowu w kierunku podłużnym.

Otrzymane w ten sposób małe skrawki, za grube jednak, aby je można było poddać badaniu drobnowidzowemu, starałem się szlifować dotąd, dopóki nie otrzymałem cienkich blaszek, zdalnych do badania.

Szlifowanie niektórych preparatów wykonywałem w ten sposób, że przyklepiwszy do korka za pomocą laku część przeznaczoną do badania, pocierałem dotąd o kawałek pumeksu dopóki nie otrzymałem blaszki zupełnie cienkiej, następnie zaś oddzieliłem ją od laku za pomocą moczenia kolejnego w spirytusie, eterze i olejku terpentynowym, po czem, przemywszy preparat wodą przekroploną, badałem takowy.

Sposób ten jednak na pozór dość łatwy, okazał się w rzeczywistości niepraktycznym, a to ze względu, że preparat cieniejąc coraz więcej wskutek tarcia o pumeks, łatwo się kruszył, pomimo najostrożniejszego pocierania, tak, że za ledwie pojedyncze części preparatu mogły być zdalne do badania.

Przy tem nie udawało mi się tym sposobem otrzymywać równie dogodnych i cienkich preparatów, jak to miało miejsce, przy posilkowaniu się innym sposobem przygotowywania.

Sposób ten mianowicie polegał na umieszczeniu kawałka preparatu pomiędzy dwoma matowemi szklami i następczem poruszaniu obu szkieł w różnych kierunkach. Powierzchnie wewnętrzne szkieł były od czasu do czasu zwilżane wodą, ztąd też wyraźnie można było widzieć ciągle podczas szlifowania, o ile preparat jest dostatecznie lub niedostatecznie ciekim do badania.

Szlifując tym sposobem z całą ostrożnością, otrzymywałem bardzo cienkie preparaty, które przemywszy spirytusem i wodą przekroploną, poddawałem drobnowidzowemu badaniu.



Nie wszystkie preparaty przedstawiały jeden i ten sam obraz, dlatego też postaram się przytoczyć opisy wszystkich, aby tym sposobem mieć możliwość wyprowadzenia pewnych wniosków o budowie całej masy twardej, znalezionej w osierdzu.

Preparat pierwszy (figura II.) zrobiony z wyciętego kawałka masy twardej, pomieszczonej na przedniej powierzchni osierdza, przedstawiał następujący obraz: na płaszczyźnie zupełnie równej, gładkiej i przezroczystej, widać było figury, podobne do owadów, po części okrągłe, po części wrzecionowate, z konturami wyraźnie odznaczonymi i inaczej barwiące się fuksyną; są to ciała kostne.

Od każdego z tych ciałek idą wyrostki, w kształcie drobnych niteczek, rozgałęziające się w niektórych miejscach i łączące się jedne z drugimi, tym sposobem niektóre z ciałek kostnych były połączone między sobą za pomocą rozgałęzionych wyrostków.

Połączenia te, po zabarwieniu preparatu fuksyną i przy rozpatrywaniu go przy temże samem powiększeniu, nikły zupełnie, stawały się zaś znowu widzialnymi, jeśli rozpatrywano preparat przy większem powiększeniu (figura III).

Jakkolwiek połączeń pomiędzy powyżej opisanymi ciałkami nie dało się zauważyć po zabarwieniu preparatu fuksyną, to jednakże na każdej figurze można było zauważyć małe niteczki, które, oczywiście rzeczą, były owemi przedtem widzialnymi rozgałęziającymi się niteczkami.

Opisywane tutaj ciała znajdowały się na polu widzenia w znacznej ilości i rzucały się przedewszystkiem w oko przy rozpatrywaniu preparatu, zajmując prawie  $\frac{1}{3}$  część jego powierzchni.

Część preparatu, wolna od powyższych figur, przedstawiała się jako powierzchnia jednolita, gładka i przezroczysta; w niektórych tylko miejscach jednolitość ta nikła, a powierzchnia przedstawiała się warstwowatą, co robiło wrażenie, jakby preparat był popękany.

Drugi preparat (figury IV, V, VI) zrobiony z wyciętego kawałka masy twardej, położonej na przedniej powierzchni osierdza, lecz nie w kierunku podłużnym, jak poprzedni, a w kierunku poprzecznym, t. j. przez szerokość masy twardej, przedstawiał obraz, który można było rozdzielić mniej więcej na dwie nierówne części.

W  $\frac{1}{3}$  części widać było, na płaszczyźnie jednolitej i gład-

kiej, figury przeważnie wrzecionowate i podługowate, których kontury wyraźnie się odznaczały. Każda z tych figur miała po kilka maleńkich wyrostków, które nawet po zabarwieniu preparatu fuksyną były bardzo wyraźne.

Oprócz powyższych figur. w tejże samej części preparatu widać było twory okrągławe, których kontury również jasno można było rozróżnić.

Twory te leżały albo pojedynczo, lub też łączyły się w małe grupy, w których jednak można było rozróżnić dokładnie każdą część składową z osobna.

Przy brzegach preparatu leżały przeważnie powyżej opisane figury wrzecionowate, posuwając się jednak dalej zauważyć można było prócz nich jeszcze twory okrągławe, a idąc jeszcze dalej, spostrzegano już tylko te ostatnie.

Okrągławe twory były rozrzucone w mniejszych lub większych ilościach i w pozostałej  $\frac{2}{3}$  części preparatu, gdzie wrzecionowatych i podługowatych figur zauważyć już nie było można.

Wracając się jeszcze do  $\frac{1}{3}$  części preparatu, opisywanej powyżej, zauważyć należy, że gdzieś widać było tutaj jeszcze okrągłe, bez wyraźnych jednak konturów figury, których budowa była niewyraźna.

Jeśli dodam do tego, że w niektórych miejscach w tej samej  $\frac{1}{3}$  części preparatu widać było ciemne linije, raz łączące się ze sobą, to znów leżące zupełnie pojedynczo i robiące wrażenie jak gdyby długich kresek, zrobionych na papierze ołówkiem, to obraz drobnowidzowy  $\frac{1}{3}$  części opisywanego preparatu będzie zupełnie wyczerpany.

W  $\frac{2}{3}$  pozostałej części preparatu obraz drobnowidzowy przedstawiał się zupełnie inaczej.

Ciemne linije, które przedtem znajdowały się w niewielkiej ilości, tutaj zajmują wybitne miejsce. Są one w niektórych miejscach grubsze, w innych zaś cieńsze, przebiegają równoległe do długości preparatu, łączą się wszędzie pomiędzy sobą, tworząc jakby siatkę, zajmującą całą prawie powierzchnię opisywanej części preparatu.

Opisywane powyżej twory okrągławe są tu rozrzucone w jednych miejscach w większej, w innych w mniejszej ilości, niekiedy zaś łączą się one tutaj w dość znaczne grupy (Fig. VI).

Figury okrągłe bez wyraźnej budowy widać także w niektórych miejscach.



Rozpatrując tenże preparat przy większem powiększeniu, zauważyć można, że wyrostki jednych figur wrzecionowatych łączą się w niektórych miejscach z wyrostkami drugich.

Trzeci preparat wycięty został z masy twardej, leżącej na tylnej powierzchni osierdzia.

Obraz drobnowidzowy przedstawił się tutaj w następujący sposób: na całym prawie preparacie widać warstwowość; przedstawia się on tak, jak gdyby jedna warstewka leżała na brzegu drugiej. -- Widać oprócz tego na nim linije, przecinające się w różnych kierunkach, w jednym zaś miejscu zauważyć można więcej jednolitą warstwę, w pośrodku której leży kilka komórek dosyć dużych, formy nieprawidłowo-owalnej; z wyrostkami, nie łączącemi się jednakże pomiędzy sobą.

Preparat ten rozpatrywałem w glicerynie, nie zabarwiając go zupełnie.

Oprócz wymienionych, posiadam preparaty z różnych miejsc tejże masy twardej osierdzia, barwione pikrokarminem, purpuriną i wezuwiną; obrazy drobnowidzowe ich nie różnią się jednak wiele od opisanych powyżej, dlatego też nie uważam za potrzebne omawiać ich tutaj.

Z preparatów, których opis przytoczyłem, pierwszy i trzeci przedstawiają obraz drobnowidzowy masy twardej w kierunku jej podłużnym, drugi zaś przedstawia obraz przekroju poprzecznego.

Znajdywane we wszystkich preparatach charakterystyczne ciała, wyglądające na pierwszy rzut oka jak pająki, spostrzegana we wszystkich preparatach warstwowość, a także rozgałęziające się linije, łączące się ze sobą bocznemi gałązkami i przebiegające równolegle do długości preparatu, które tak dokładnie widać na preparacie drugim, a które nie są niczem innem tylko kanalikami Havers'a, zdaje się dostatecznie dowodzą obecności kości w osierdziu.

Ważną okoliczność zauważyć się również dała przy drobnowidzowem badaniu, o której uważam za konieczne tutaj wspomnieć.

Preparat drugi wykazuje mianowicie, że nie w całej blaszce, pokrywającej zewnętrzną powierzchnię osierdzia, znajdowały się ciała kostne, lecz tylko w zewnętrznej jej części, t. j. części nie przylegających do serca, lecz pokrytej miękką łączno-tkankową masą.

Wewnętrzna część była tylko inkrustowaną solami wapiennymi, lecz kostnych ciałek nie zawierała (tkanka kostna — osteoides Gewebe).

Co się tyczy części miękkich osierdzia, to badanie drobnowidzowe wykazało, że składają się one z tkanki łącznej. — I tutaj rozdzielić można było obraz drobnowidzowy na dwie części: obydwie przedstawiały tkankę łączną, pomiędzy nimi zaś znajdowała się znaczna ilość tkanki tłuszczowej. (d. c. n.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

177. Dr. F. KINNICUT. **Nitrogliceryna przy leczeniu przewlekłego zapalenia nerek.** — Nitro-Glycerin in the treatment of chronic Nephritis. (*The Medical Record*. 1886. April 17).

Nitrogliceryna, odkryta przez Sobrero w r. 1847, jest bezbarwnym, przezroczystym płynem o mdłym aromatycznym zapachu; rozpuszcza się zupełnie w alkoholu i eterze, nieco — w wodzie, a także w olejach i tłuszczach. Fizjologiczne działanie na człowieka jest następujące: jedna do dziesięciu kropli 1% roztworu alkoholowego w ciągu 6 lub 7 minut sprowadza uczucie ciężenia i zawrotu głowy w połączeniu z bólem, szum w uszach, czasami przemijający niedoślep (amblyopia). Uderzenia serca stają się silniejszymi i częstszymi, ciśnienie w tętnicach spada, twarz pała. Oddech staje się trochę częstszym. Zdarzają się poty; wydzielanie łez i śliny nie ulega zmianie. — Moczopędnym własnościom przyznawanym przez autorów niemieckich i angielskich, zaprzeczają autorowie francuzcy. Powyższym objawom towarzyszy uczucie zmęczenia i skłonność do snu. Przy użyciu dawek fizjologicznych najgłośniejsze objawy występują ze strony układu naczyniowego: skurez komórek staje się szybszym i pełniejszym, naczynia obwodowe ulegają rozszerzeniu, ciśnienie tętnicze — obniżeniu.

Na zasadzie własności nitrogliceryny obniżania ciśnienia w tętnicach, Dr. Murrell (*The Lancet* 1879 vol. I p. 80) stosował ją przy dusznicy bolesnej (angina pectoris) z wyborynym skutkiem.

W ostatnich czasach zaczęto stosować nitroglicerynę w cierpieniach kiszek. Zwrócono uwagę, że jednym z momentów warunkujących powstawanie *mocznicy* jest podniesienie ciśnienia tętniczego. Nitrogliceryna obniżając to ostatnie, już apriori zdawała się być tu wskazaną.

I rzeczywiście, niektóre ciężkie objawy mocznicy, jak bóle głowy, drgawki, duszność, znikają pod wpływem systematy-



cznego użycia nitrogliceryny i to w wypadkach, gdzie środki przeczyszczające, makowiec chloral, pozostawały bez skutku. — Auror radzi w wypadkach ostrej mocznicy rozpoczynać od jednej kropli  $\frac{1}{2}\%$  roztworu alkoholowego (1/200 gr. czystej nitrogliceryny). Jeżeli dobrze jest znoszona, można podawać po jednej kropli  $1\%$  roztworu alkoholowego (1/100 gr.) w półgodzinnych odstępach, dopóki nie okaże się skuteczność lub bezsilność środka.

W roku zeszłym prof. Rossbach z Jeny, Burzyński z Petersburga i Łętowski z Kronsztadu ogłosili wyniki stosowania nitrogliceryny w przewlekłym zapaleniu nerek. Rossbach przytacza wypadki, gdzie uporczywe objawy duszności (uraemic asthma) połączone z podniesieniem ciśnienia tętniczego ustępowały po użyciu 1/130 gr. nitrogliceryny, podawanej co pół, następnie co dwie godziny.

Obrzęk nóg i nieżyt oskrzeli również znikają. Rossbach i Burzyński podają tablice — zgodne ze sobą co do wyników — wykazujące wpływ nitrogliceryny na dobową ilość moczu, jego ciężar właściwy i procentową zawartość białka. Z tablic tych okazuje się: 1) dobową ilość moczu zwiększyła się (a zatem zwiększenie ilości moczu w śródmiąższowym zapaleniu nerek musi zależeć od innych przyczyn, jak zwiększone ciśnienie tętnicze), 2) zmniejszyła się dobową zawartość białka w moczu, a jeszcze więcej jego procentowa ilość, 3) stopniowe powiększanie dawek nitrogliceryny wywierało skutek silniejszy. Prócz przelotnego bólu głowy nie zauważono żadnych wpływów ubocznych)

Łętowski zauważył prócz tego, że obrzęk prędko znika, stan ogólny się polepsza, zwiększa się waga ciała.

Kinnicut przez lat 3 stosował nitroglicerynę w wypadkach chronicznego zapalenia nerek i miał sposobność jej działania ściśle obserwować. W obecnej pracy podaje historję kilku wybitniejszych wypadków.

*Spostrzeżenie I.* Panna A. lat 36, pochodzi z rodziny dotkniętej podagrą, powikłaną zwykle przewlekłym zapaleniem nerek. Sama od lat 5-ciu miała ataki podagry, od czasu pierwszego napadu w moczu stale znajdowano białko. Od lat 2-eh cierpi na bóle głowy i wymioty, niezależnie od błędów w dyecie. Chora jest anemiczną, ma niewielki przerost serca z akcentuacją 2-go tonu aorty. Ciśnienie tętnicze wzmożone, bez wyraźnego stwardnienia tętnicy promieniowej. W moczu znajduje się obficie białko, walczki szkliste i ziarniste; ciężar właściwy 1.008. 14-go Października r. z. chora uskarżała się na niesłychanie silny ból głowy, trwający od 1-go Września, częste mdłości, dwukrotne atak wymiotów. Ciśnienie tętnicze znacznie wzmożone. Zalecono 1/100 gr. nitrogliceryny trzy razy dziennie.

17. X. — Ból głowy znacznie mniejszy. 1/100 gr. nitrogliceryny co 3 godziny.

18. X. — Po raz pierwszy od 1-go Września chora jest

wolną od bólu głowy. Tętno 78, dość słabe. Zalecono dalej nitroglicerynę w tych samych dawkach.

Po upływie 4 miesięcy chora ma się dobrze: bóle głowy, mdłości, wymioty ustały.

Chora była bardzo wrażliwą na nitroglicerynę już po 1/100 granowej dawce czuła nieznaczne ściskanie w piersiach i palenie twarzy.

*Spostrzeżenie II.* Pani A. lat 62, matka poprzedzającej, od roku cierpi na bicie serca i wymioty; chorobę swoją przypisuje niestrawności. Badanie wykazało: Znaczny przerost serca, akcent na 2-gim tonie aorty, stwardnienie tętnicy promieniowej. W moczu ślady białka, waleczki; ciężar wł. 1.010. Ciśnienie tętnicze wysokie. Zalecono po 1/100 gr. nitrogliceryny 3 razy dziennie. Chora zauważyła, że podczas ataków bicia serca puls jest twardy, po użyciu lekarstwa staje się miękkim i atak prędko przechodzi. Podczas kuracyi chora miała tylko 2-3 razy wymioty, bicie serca wcale nie było. Mocz najczęściej białka nie zawierał, czasem tylko ślady.

Prócz regularnego życia i użycia lekkich przetworów żelaza, innych środków nie stosowano.

*Spostrzeżenie III.* Pani C., lat 67, uskarża się na niestrawność, upadek odżywiania i częste bóle głowy. Znalezione niedokrwistość, zwiększenie ciśnienia tętniczego, przerost serca. Moczu dobową ilość zwiększona (polyuria), c. wł. 1,009, w osadzie waleczki szkliste i ziarniste; białko w niewielkiej ilości. — W przeciągu 2-ech lat stan chorej znacznie się polepszył, mimo zwykłego w takich razach leczenia: ataki duszności zdarzały się prawie codziennie, a dwa razy krwawy wylew do siatkówki. Wtedy autor przystąpił do systematycznego leczenia nitrogliceryną; 1/100 gr 3 razy dziennie, a następnie co 3 godz. przyniosły natychmiastową ulgę. Od jesieni 1883 roku do Listopada 1885 r. chora przyjmowała nitroglicerynę w wyżej podanych dawkach.

Przez ten czas miała się zupełnie dobrze, chociaż charakter moczu nie ulegał zmianie. W Listopadzie 1885 chora przerwała kuracyję na czas jakiś z powodu wyjazdu. Wróciła do domu z połowicznym porażeniem ciała, tętnem o wysokiem ciśnieniu, silnym bólem głowy i dusznością. Ilość białka w moczu znacznie się zwiększyła. Znowu zalecono jej nitroglicerynę po 1/100 gr. co 2 godziny, a potem co godzinę. Ból głowy i duszność prędko ustąpiły - ilość białka spadła do dawnej normy. Chora do tego czasu używa nitroglicerynę i stan jej jest wcale znośny.

*Spostrzeżenie IV.* Pan H. L. lat 22, przechodził szkarlatynę i błonicę bez powikłania ze strony nerek. Kiły ani chorób wenerycznych nie miał. W Styczniu 1885 dostał zapalenia pęcherza. W Lutym znaleziono w moczu obfitą ilość białka i „waleczków szklistych“. Przez lato i jesień chory miał się nieźle, uskarżał się tylko na przychodzące łatwo zmęczenie po każdym wysiłku fizycznym lub umysłowym. Badanie wykazało: nieznaczny przerost serca, zwiększenie ciśnienia tętniczego



(za pomocą sfigmografu); w moczu wielka ilość białka i wałeczków szklistych, ciężar właściwy 1,020. Choremu zalecono na zimę pobyt w ciepłym klimacie, obok ściśle regularnego życia. Jednocześnie podawano nitroglicerynę i obserwowano dokładnie jej wpływ na ilość i jakość moczu, przyczem zauważono, że przed podaniem nitrogliceryny białkomocz był znaczny (3,28 — 4,79 gramów dziennie); po zadaniu tego środka białkomocz się zmniejszył (do 2,50 gramów), aby po zaprzestaniu użycia nitrogliceryny znowu się zwiększył (z 2,64 grm. do 4,25 grm. dziennie).

Dzienna ilość moczu umiarkowanie się zwiększyła.

*Spostrzeżenie V.* E. R. lat 45, nałogowy pijak. Od roku cierpiał ataki duszności w nocy, następnie i we dnie, wskutek czego porzucił pracę. Wzrok osłabiony. Parcie na mocz. Od kilku tygodni kaszel. Badanie wykazuje: przerost lewego serca, twardość tętna, lekki obrzęk powiek. W płucach suche rżenia. Mocz c. wł. 1,012, zawiera wielką ilość białka, wałeczki moczowe. Badanie oftalmoskopem wykazuje retenitis albuminurica.

Chory pozostawał w szpitalu przez 5 dni bez lekarstwa. 6-go dnia dostał 1/100 gr, nitrogliceryny co 3 godz. 7-go dnia nie było żadnych podmiotowych objawów, wynikających z użycia nitrogliceryny; znaczne zmniejszenie duszności. 8-go dnia duszność jeszcze mniejsza. Zalecono 1/50 gr. nitrogliceryny 8 razy dziennie. Począwszy od 10-go dnia nie było wcale objawów duszności, ani żadnych przykrych objawów po użyciu lekarstwa. Co do moczu, zauważono, że w pierwszych dniach *bez użycia żadnego lekarstwa* dobową i procentową ilość białka spadła z 0,124% do 0,056% (1,562 grm. — 0,436 grm.). Te wahania w zawartości białka w moczu chorych nerkowych są znane, nie zaprzeczają jednak i w danym wypadku wpływowi nitrogliceryny na zmniejszenie białkomoczu, ponieważ widzimy, że ilość białka po użyciu nitrogliceryny jeszcze się zmniejszyła (do 0,022%), a zwiększyła się znacznie po zaprzestaniu jej użycia (do 0,068% i wyżej).

Co do metody stosowania nitrogliceryny, autor mniema, że każda pojedyncza dawka powinna być daną w takiej ilości, aby wywoływała znaczne objawy podmiotowe. Wysokość tej dozy trzeba dla każdego danego wypadku starannie określić (najczęściej wystarcza 1/100 grana). Taką dozę „działającą“ trzeba podawać od 4—6 razy dziennie w równych odstępach czasu. — Dobrze jest od czasu do czasu zwiększać pojedynczą dawkę dla przekonania się, czy organizm nie przywykł do małej dawki. — W razie objawów ostrej mocznicy, dawkę trzeba podwoić. Żadnych nieprzyjemnych symptomów nitrogliceryna przy dłuższem nawet użyciu nie wywołuje.

Potwierdza to i Dr. Murell, który w duszniczy bolesnej podawał nitroglicerynę w dużych dawkach przez lat parę.

Ogólną charakterystykę działania nitrogliceryny autor streszcza w słowach następujących:

1) W nitroglicerynie podawanej systematycznie w małych

a ciągłych dawkach, posiadamy potężny czynnik dla zmniejszenia ciśnienia tętniczego (a zwiększenie tego ciśnienia stale towarzyszy objawom mocznicy).

2) Nitrogliceryna lepiej od chloralu i makowca łagodzi nerwowe objawy mocznicy: duszność i ból głowy.

3) Nitrogl zwiększa dzienną ilość moczu, a zmniejsza białkomocz.

4) Obniżając ciśnienie tętnicze i usuwając przykre objawy, nitrogliceryna powinna znaleźć zastosowanie w przewlekłym zapaleniu nerek.

*A. Puławski.*

178. Dr. Ernst JENDRASSIK. **Chlorek rtęci jako środek moczopędny.** Das Calomel als Diureticum. *Deutsch. Arch. Kl. Med.* 1886. IW Heft.

Działanie chlorku rtęci obserwował autor u 6-ciu chorych w 24 oddzielnych doświadczeniach. W 23-ch ilość moczu znacznie się powiększyła i polyuria trwała dni kilka. Doświadczenia robione były na chorych z wadami organicznymi serca, u których na skutek niedostatecznego wyrównania wystąpiło zmniejszenie ilości moczu wraz z obrzękami. Chlorek rtęci podawany był wspólnie z jalapą. Polyuria nie może zależeć od jalapy, gdyż stosowanie samej jalapy (wprawdzie tylko w dwóch doświadczeniach u jednego chorego) ilości moczu nie powiększało. Największa ilość moczu pod działaniem chlorku rtęci i jalapy wahała się pomiędzy 2100 — 9500 sz. c. Zwykle na 2-gi, 3-ci lub 4-ty dzień występuje już działanie tego środka. Po dwóch dniach zwiększonego wydzielania ilość zaczyna spadać, a po 5 dniach do tygodnia wraca do poprzedniej normy. — Działanie zależy od wielkości dawki i od wielkości obrzęku.

Działanie moczopędne chlorku rtęci występuje jednocześnie z ogólnymi objawami zatrucia rtęcią, duże więc dawki, dłużej wolejące rozwolnienie, nie mają tu zastosowania. Za najodpowiedniejsze uważa autor dawki 0,2 (gr. jii) 3 — 5 razy dziennie. Podczas trwania polyuryi nowe dawki nie działają, nie można więc w ten sposób przedłużyć zwiększonego wydzielania. Po przejściu polyuryi można znowu wywołać zwiększenie wydzielania.

Przy większych obrzękach łatwiej występuje polyuria, przy małych przeciwnie, jak to miał autor możność stwierdzić w 2 przypadkach.

U ludzi zdrowych, u chorych na zapalenie płucnej ze zmniejszonym wydzielaniem moczu, na chroniczne zapalenie nerek doświadczenia autora dały rezultat ujemny.

Ciężar właściwy moczu i względna zawartość białka podczas polyuryi znacznie spadają, bezwzględna ilość białka także się nieco zmniejsza, a czasem białko zupełnie znika. Ilość chlorków znacznie się powiększa. Często znajdujemy w moczu szkliste wałeczki.

Jeżeli porównamy działanie chlorku rtęci z naparstnicą lub kofeiną, to zobaczymy, że chlorek rtęci działa o wiele silniej moczopędnie, a znacznie słabiej pobudza działalność serca.



Nie można więc zwiększonego wydzielania moczu wyprowadzać ze zwiększenia energii serca i jeżeli w następstwie energija serca się powiększa, to jestto skutek znikania obrzęku, a nie przyczyna. — Widocznie więc chlorek rtęci działa bezpośrednio na nerki, zwiększając ich wydzielanie; nie objaśni to nam jednak dlaczego na zdrowego człowieka lub na chorego z wysiękiem w jamie opłucnej chlorek rtęci wpływu nie wywiera. Zdaniem autora wessanie do krwi płynu z obrzękłych części, stanowi pierwszy i główny bodziec do zwiększenia wydzielania nerek.

*Feilchenfeld.*

179. Dr. KLAUDGEN. **Zaburzenia psychiczne przy przewlekłym zapaleniu nerek.** Psychische Symptome bei chronischer Nephritis. (*Deut. Med. Woch.*) N. 26, 1886.

Autor podaje dwa przypadki przewlekłego zapalenia nerek, gdzie objawy psychiczne wystąpiły na pierwszy plan i tylko dokładniejsze badanie wykazało podstawowe cierpienie. — Pierwszy przypadek przedstawiał zupełny obraz bezwładu postępowego, przyczem w moczu znajdowano białko, a pod drobnowidzem liczne wałeczki moczowe. — Objawy bezwładu powoli zmniejszały się, a po kilkotygodniowym pobycie chorego w szpitalu zupełnie znikły, białkomocz jednak pozostał. Poprawa była krótkotrwała i w kilka tygodni później wystąpiły też same objawy psychiczne. Jedynym objawem nie zgadzającym się z obrazem bezwładu postępowego był hypochondryczny nastrój umysłu chorego.

Podobnie hypochondryczne usposobienie zauważono i w drugim przypadku u chorego z zapaleniem nerek i przerostem serca. Chory podlegał napadom, podczas których występowały objawy bardzo zbliżone do bezwładu postępowego. — Napady podobne trwały od kilku godzin do kilku dni.

Oba przypadki zakończyły się śmiercią, rozbioru zwłok nie dokonano jednak w żadnym z nich.

*Feilchenfeld*

180 Prof. WILLE. **Choroby nerek i Psychoza.** Ueber Nierenkrankheiten und Psychosen. (*Allgem. Wiener Med. Zeit.* N-r 35, 36, 37. 1886).

W. podaje dwa obserwowane przez siebie przypadki ostrej psychozy wywołanej przez zapalenie nerek. — Psychoza w obu dwu przypadkach rozwinęła się podczas największego natężenia zapalenia nerek, współcześnie z objawami mocznicy, osłabła podczas zmniejszania się objawów nerkowych i znikła wraz z wyleczeniem, a przynajmniej znakomitą poprawą w cierpieniu nerek. W obudwu opisanych przypadkach nie można zupełnie wykluczyć wpływów dziedzicznych, przeciwnie obadwaj chorzy byli ludzie z usposobieniem psychopatycznym, to jednak nie sprzeciwia się założeniu autora, usiłującego dowieść związku między zapaleniem nerek, mocznicą i psychozą. Wszak i gruźlicy podlegają tylko ludzie z odpowiedniem usposobieniem, a jednak bacillus tuberculosis uważany jest za przyczynę wywołującą gruźlicę.

*Feilchenfeld.*

## II. Chirurgija.

181. LUBLINSKI. **O raku krtani.** Ueber Kehlkopfkrebs. (*Berl. Klin. Woch.* N. 8, 9, 10. 1886.)

Przed zastosowaniem wziernika krtaniowego nie wielka tylko ilość wypadków raka krtani była opisana. Opisali je: Morgani, Louis, Trousseau, Barth. Po zastosowaniu tego przyrządu możliwem się stało rozpoznanie raka we wcześniejszych okresach rozwoju i liczba obserwacyj wzrosła do dwustu.

Rak krtani najczęściej bywa pierwotny, rzadsze są wypadki przejścia na krtani nowotworu z otaczających organów, a najrzadziej krtani bywa siedliskiem przerzutowych ognisk rakowatych. Wiadomości co do etylogii cierpienia tego opierają się tylko na przypuszczeniach. Przypuszczalnym bodźcem wywołującym powstawanie nowotworu według Fauvel'a, jest nadmierne używanie wysokoku i tytoniu; przytacza też autor wypadki Fauvel'a, Demarquai'a, Störk'a i innych, w których wskutek urazu, np. ucisku na krtani, zwyczajna papilloma przybrała charakter rakowoty. Dziedziczność gra w etylogii raka krtani małą rolę, chociaż znane są wypadki pojedyncze (Krishaber) przemawiające na korzyść dziedziczności. Płeć zdaje się mieć pewne znaczenie, mianowicie częściej daleko ulegają temu cierpieniu mężczyźni niż kobiety (ze 132-ch wypadków przez L. zebranych, na 105 mężczyzn przypada tylko 27 kobiet). Rak krtani najczęściej powstaje w późnym już wieku, np. w wypadkach przez L. obserwowanych najwięcej chorych dał wiek pomiędzy 50 i 60 laty.

Najczęściej rak umiejscawia się pierwotnie na nagłośni i na strunach głosowych rzekomych (plicae thyreoarythenoidea superior—Taschenband); nieco rzadziej na strunach głosowych, najrzadziej na chrząstkach i więzjach nalewkowych. Z pomiędzy 11-tu wypadków obserwowanych przez L., 5 razy rak zaczął się na nagłośni, 3 razy na plicae thyreoarythenoidea sup., dwa razy na strunach prawdziwych. Rak krtani najczęściej daje się zaliczyć do rodzaju epithelioma (rakowiec), inne postacie rzadziej się spotykają. Rozpoznać rodzaj raka bez udziału mikroskopu można czasami na zasadzie umiejscowienia. Rakowiec najczęściej usadawia się na strunach głosowych, w komórkach Morgani'ego (ventriculi Morgani) i w okolicy podnagłośniowej (reg. subglottica), inne obierają sobie chętniej za siedlisko nagłośnię, chrząstki i więzy nalewkowe.—Najważniejszym znakiem rozpoznawczym w tym razie jest sposób wzrastania nowotworu. Rakowiec rośnie powoli, gdy przeciwnie rak rdzeniowy rozwija się prędko i prędko przechodzi w ówrodzenie.

*Objawy.* Jednym z najpierwszych i łatwo zauważyć się dających objawów jest chrypka. Zjawia się ona bardzo wcześnie, ale z początku, dopóki zmiana dźwięku głosu jest mała, przechodzi niepostrzeżenie, albo uważaną bywa za skutek lekkiego kataru krtani. Jeżeli jednak chrypka trwa czas dłuższy i pomimo różnych środków nie ustępuje, powinno to zwrócić



uwagę lekarza i naprowadzić go na myśl użycia wziernika, który często już w tym wczesnym okresie obecność nowotworu wykaże. Czasami powstanie narośli rakowatych bywa poprzedzone przez paraliż struny głosowej, jak to miało miejsce w jednym wypadku obserwowanym przez L., w którym dopiero w pół roku po skonstatowaniu paraliżu lewej struny głosowej zauważono niewielką narośl rakowatą z lewej strony w okolicy podnagłośniowej.

Wczesnie też powstaje kaszel, ponieważ jednak każde podrażnienie krtani wywołuje ten objaw, nie jest on charakterystycznym dla raka; charakterystycznym jest tylko kaszel bezdźwięczny, który zjawia się w późniejszych okresach rozwoju nowotworu, gdy takowy wypełni wielką przestrzeń krtani.

Wkrótce do tych objawów przyłącza się ból w krtani, przychodzący napadami bez widocznej przyczyny nie wywołany przez polykanie lub chrząkanie. — Przerwy pomiędzy napadami bólów z początku choroby długie, z czasem stają się mniejszemi, a bóle przybierają charakter strzelających. — Rozpromienianie się bólu w kierunku ucha, autor wbrew zadaniu Ziemsena nie uważa za objaw znamionujący obecność raka w krtani, bóle bowiem takie wywołuje każdy proces rozwijający się w nagłośni i na więzach nalewkowo-nagłośniowych. Ból ten powstaje przez podrażnienie włókien czuciowych nerwu krtaniowego górnego (nervus laryngeus sup.). — Jednocześnie prawie z bólem powstaje też trudność w polykaniu. Objaw ten nie jest stały i powstaje nie tylko przy zajęciu przez nowotwór nagłośni, chrząstek i więzów nalewkowych, ale też i przez rakowate nacieczenie przyległych części krtani, które, utrudniając odpływ limfy z nagłośni i chrząstek nalewkowych, wywołuje obrzęk takowych. Trudność w polykaniu przyspiesza naturalnie wycieńczenie sił chorego. Nareszcie przy wzrastaniu nowotworu i rozprzestrzenianiu się jego powstaje zwężenie krtani i objawy duszności.

Duszność z początku występuje tylko przy większych naciężeniach i zmęczeniu; jednocześnie z wzrastaniem nowotworu zwiększa się ona do tego nieraz stopnia, że zmusza do wykonania tracheotomii. Czasami przy małym stopniu zwężenia grozi choremu natychmiastowa śmierć przez syncopę. Jeden taki wypadek opisał Türk, którego chory, cierpiący na raka krtani, ale stonunsunkowo dobrze się mający, przy podnoszeniu niewielkiego ciężaru zmarł nagle. Zczasem przy rozpadaniu się nowotworu duszność ustępuje nieco, gdyż oddzielające się cząsteczki nowotworu chory przy kaszlu odpluwa; wtenczas atoli grozi choremu nowe niebezpieczeństwo, mianowicie owrzodzenie przechodzi z błony śluzowej na głębsze tkaniki, powstaje obnarzenie chrząstek, ropnie opadowe, nareszcie przetoki, ropienie wzmagą się i wyniszczą do reszty chorego.

Nieraz owrzodzenie wywołuje krwotoki, które najczęściej, jako z niewielkich naczyń pochodzące, same ustają, czasami je-

dnak owrzodzenie przegryza ściankę większego naczynia i wtenczas następuje krwotok śmiertelny. Tego rodzaju wypadek opisuje Dreyfuss: Chory cierpiący na raka krtani dosyć już rozwiniętego, po tracheotomii miał się stosunkowo nieźle i nagle zmarł wskutek krwotoku, jak się okazało przy sekcji, z art. laryngea sup.

W okresie owrzodzenia nowotworu oddech bywa zawsze cuchnący.

Z zewnątrz okolica szyjowa nie przedstawia najczęściej żadnych, albo bardzo małe zmiany. Gruczoły chłonne nie zawsze brzękną i bardzo rzadko przedstawiają cechy rakowatego zwyrodnienia, najczęściej powiększenie to gruczołów jest tylko zapalnej natury i wywołane przez owrzodzenie w krtani.

Charakterstwo u cierpiących na raka krtani następuje stosunkowo dosyć późno wskutek szczególnego urządzenia aparatu chłonnego w tym organie. Mianowicie naczynia chłonne rozmaitych okolic krtani zbierają się w jeden główny pień, który wpada do gruczołu chłonnego, znajdującego się na górnym brzegu chrząstki tarczowej, pomiędzy tą ostatnią a kością gnykową. Gruczoł ten gra rolę filtru nieprzepuszczającego zarazka dalej.

Łatwem byłoby rozpoznanie raka krtani, gdyby wszystkie przytoczone objawy wyraźnie występowały, ale często brakuje wielu i tylko wzziernik krtaniowy i mikroskop rozstrzygają stanowczo rozpoznanie. Postać pod jaką przedstawia się początkowo rak w krtani, bywa rozmaita. Najcięższa forma rozpoczyna się odrazu przez powstanie guziczeków wyrastających ku powierzchni i przyjmujących postać podobną do kalafijora.—Głównem siedliskiem takich guzików jest nagłośnia i struny rzekome. Guziki te bardzo prędko rozpadają się i podlegają owrzodzeniu. Wrzód kraterowaty z nierównem dnem i wywróconemi brzegami z biegiem czasu pogłębia się i rozszerza.

Druga forma raka usadawiająca się najczęściej na chrząstkach nalewkowych, zaczyna się jako powierzchowne owrzodzenie błony śluzowej krtani. Owrzodzenie to rozszerza się bardzo wolno, brzegi ma nieco wywrócone, a dno pokryte śluzowo-ropną wydzieliną i łatwo może być wzięte za owrzodzenie syfilityczne.—Dwa tak rozpoczynające się wypadki obserwował autor. Jeden u 60-cio letniego starca, który umarł po półtorarocznych cierpieniach; drugi u 51-letniego mężczyzny nalogowego pijaka, który się dwa lata męczył. Obaj chorzy przybyli z objawami utrudnionego oddychania, u obu zajęte były chrząstki nalewkowe i w pierwszym wypadku wiąż nagłośniowo-nalewkowy prawy, w drugim zaś struna rzekoma lewa.

Tylko z początku choroby można określić miejsce pierwotnego jej powstania, gdy proces zajmie większe powierzchnie, wtenczas staje się to niemożliwem.

Wrzody rakowate z początku powierzchowne, stopniowo drążą głębiej, zniszczywszy błonę śluzową, przechodzą na chrząstki. Czasami przy zajęciu chrząstki tarczowej powstaje oprócz



z zewnątrz dającego się wyczuć zgrubienia, jeszcze ciekawy objaw nazwany „Krabbenschal“. Objaw ten powstaje, jak objaśnia Schottelius, w następujący sposób: Rak nie zmienia normalnej chrząstki i tylko ją obrasta, gdy jednak, co ma miejsce w podeszłym wieku, część chrząstki skostnieje, nowotwór wra sta pomiędzy skostniałą część chrząstki a normalną, połączenie pomiędzy temi częściami staje się luźniejszym i przy naciskaniu na tak zmienioną chrząstkę tarczową otrzymujemy uczucie jak-gdybyśmy gnietli lupinę jaja lub skorupę raka. L. obserwował objaw ten u 45-letniej kobiety, cierpiącej od 6-iu miesięcy, u której zajęta już była przez nowotwór prawa struna głosowa, nagłośnia i jej więzy.

Daleko rzadszą jest postać raka, w której bardzo prędko nowotwór przechodzi po za krtani i tam się szybko rozwija, gdy tymczasem w krtani bardzo powoli postępuje. Jeden taki wypadek opisuje L. Pięćdziesięcio-dwu letni silnie zbudowany robotnik, przy był do kliniki z guzem wielkości jaja gęsiego, zajmującym lewą okolicę szyi od kości gnykowej prawie do obojczyka, guz był zupełnie ruchomy. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało zgrubienienagłośni, oraz strun rzekomych, guziczki w niektórych miejscach owrzodzone. Anamneza wykazała, że guz rozwinął się dopiero pół roku przed przybyciem chorego do szpitala, gdy tymczasem choroba i bóle w krtani trwały już dwa lata. Ztąd słuszny wniosek, że pierwotnie rak rozpoczął się w krtani.

Ważnem też jest różniczkowe rozpoznanie pomiędzy wrzodami rakowatemi a owrzodzeniami innego rodzaju, spotykanemi w krtani.

Raka krtani łatwo odróżnić od trądu (Lepra), gdyż trąd nigdy pierwotnie nie powstaje w krtani i zawsze jednocześnie spotykamy objawy tego cierpienia na całym ciele. Zresztą guzy trądu bardzo powoli rozpadają się i mogą całe lata pozostawać niezmienionemi, zupełnie inaczej zachowują się wrzody rakowate.

Guzy wilka (lupus) prędko się rozpadają, lecz owrzodzenia te różnią się od rakowatych postacią; dno takiego wrzodu pokryte jest ziarniną, a miejscami można widzieć początki zabliznienia; nareszcie wrzody wilka są zupełnie niebolesne.

Daleko trudniej odróżnić owrzodzenia rakowate od syfilitycznych i gruźliczych.

Ziarniniaki i wrzody syfilityczne bardzo są podobne do guzików i wrzodów raka i chyba tylko umiejscowienie może dać czasami wskazówki rozpoznawcze. Gdy bowiem syfilityczne owrzodzenia trzymają się więcej brzegów krtani, rakowate przeciwnie wewnątrz krtani usadawiają się chętniej. L. uważa, oznakę tę za niedostateczną i więcej przypisuje znaczenia sposobowi powstawania duszności. Duszność u cierpiących na raka w krtani rozwija się i zwiększa stopniowo, u syfityków zaś powstaje nieraz nagle i wymaga śpiesznej tracheotomii.

Guzy syfilityczne różnią się od rakowatych tem, że się zmniejszają przechodząc w owrzodzenie, guzy raka przeciwnie, podlegając owrzodzeniu rozszerzają się i powiększają jeszcze prędzej.

Wszystkie te oznaki nie dosyć są pewne i L. radzi zawsze w wątpliwych wypadkach przeprowadzić przeciwsyfilityczne leczenie.

Trudniej już pomieszać gruźlicę krtani z rakiem takowej.— Wrzody gruźlicze przedstawiają się już nieco inaczej: dno ich pokryte zawsze rozpadem drobnoziarnistym, brzegi wrzodów bezkrwiste, blade, obrzmiałe, a zresztą wrzody te spotykamy najczęściej, u osobników zdradzających objawy ostrej gruźlicy płuc. — Nareszcie i wiek chorego nie przechodzący średniego i sam przebieg choroby, dają dosyć danych do różniczkowego rozpoznania.

Przepowiednia dla chorych dotkniętych rakiem krtani bardzo smutna, bo choroba pozostawiona sama sobie, zabija niewątpliwie i prędko (według L. w rok do 2 $\frac{1}{2}$ ), a przez zabiegi operacyjne osiągamy rezultaty niepewne i rzadko dodatnie.

Przeciw całkowitemu nawet wycięciu krtani odzywały się bardzo poważne głosy np. Burow'a, Salis Cochen'a, Semon'a i innych, a i dane statystyczne nie bardzo zachęcały do tej operacji.

Autor do 65-ciu wypadków Hahn'a dodaje 11-cie świeżo zebranych, tak iż ogółem operacyj wycięcia raka krtani dokonano 76. Z tej liczby umarło wskutek operacji 35 t.j. 46%. Z pomiędzy pozostałych 41, 3 umarło z chorób, które się niezależnie od operacji w okresie leczenia przyłączyły, a 20 chorych zmarło wkrótce po zagojeniu wskutek powrotu choroby. Rzeczywiście więc wyzdrowiało tylko 18-cie osób, ale i z tych siedmiu niedługo się zdrowiem cieszyło, gdyż po 3 — 7 miesiącach powrócił się nowotwór.

Te wyniki całkowitego wycięcia krtani, pobudziły do szukania innego sposobu zaradzenia złemu i zwrócono się do wczesnej tracheotomii. Mała ilość leczonych tym sposobem wypadków, nie daje jeszcze możności oceny tej metody, chociaż cyfry przez L. podane, nie wróżą bardzo pomyślnych rezultatów, np. Butlin stracił na 15 operowanych: jednego z zapaści, trzech z uduszenia w czasie operacji, czterech zaś z zapalenia płuc wkrótce po operacji; obaj chorzy przez L. w ten sposób operowani, zmarli jeden w 3, drugi w 4 dni po operacji. Pomimo to, niektórzy autorowie podają zachęcające cyfry. Burow mówi, że tracheotomija przedłuża życie chorego na 1 $\frac{1}{4}$  roku, Salis Cochen do 2 $\frac{1}{2}$ , a Butlin do 2-eh lat przedłużenie to obserwował.

Lubliński jednak mniema, że zawsze najlepszym sposobem leczenia raka krtani, będzie usunięcie całkowite nowotworu. Radzi tylko staranniej wybierać wypadki do wycięcia krtani i zbadać siły chorego, stan płuc jego i oskrzeli, bo czę-



stą przyczyną śmierci po operacji bywają zapalenia tych organów.

Ważną też wskazówkę możności operowania daje nam przestrzeń organu zajęta przez nowotwór. Jeżeli rak przszedł po za granicę krtani, np. daleko po za struny głosowe, albo na przelyk, wtenczas nie ma co myśleć o radykalnej operacji. — Dobrą też wskazówkę daje nam stan gruczołów chłonnych, znajdujących się na przednim brzegu mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego. Nie wielkie powiększenie tych gruczołów nie stanowi przeciwwskazania do operacji, bo może ono być tylko zapalnej natury, ale wielki guz na przedniej powierzchni szyi, chociaż tylko z gruczołów początek biorący i ruchomy od wycięcia krtani powstrzymywać nas powinien. — Późny wiek przy dobrem odżywianiu, nie stanowi przeciwwskazania, jak tego do wodzi wypadek opisany przez Leisrink'a, gdzie operacja u 75 letniego starca dała dobry rezultat.

Możność powrotu cierpienia nie powinna nas wstrzymywać od operacji raka krtani, tak jak nie wstrzymuje nas ta myśl od operowania raka innych okolic ciała. Następstwa operacji, mianowicie: niemożność polykania czas jakiś bez zgłębnika i brak głosu, dają się usunąć. Możliwość polykania sama powraca najczęściej w końcu pierwszego tygodnia po operacji; głos można sztucznie powrócić przez zastosowanie sztucznej krtani.

Te niedogodności pooperacyjne jeszcze prędzej, łatwiej i dokładniej usuwają się przy częściowem jednostronnem wycięciu krtani. W tym wypadku polykanie staje się możliwem daleko prędzej, a głos powraca prawie zupełnie, jak to miało miejsce w wypadku przez Schede'go podanym.

Częściowe wycięcie krtani, gdzie ono jest możliwem, zasługuje na pierwszeństwo przed całkowitem wycięciem jeszcze ze względu na rezultaty dotąd po tej operacji otrzymane. Mianowicie z 13-tu chorych po częściowem wycięciu krtani 6-ciu wyzdrowiało zupełnie. Z pozostałych: jeden tylko umarł w 14 dni po operacji przy objawach zapaści, jeden umarł w 4-ry tygodnie z zapalenia płuc, jeden w 5 tygodni po operacji dostał recydywy i umarł przy objawach zakażenia krwi, a trzech umarło z recydywy w 3, 5 i 17 miesięcy po operacji. Liczba jednak wykonanych częściowych rezekcyj krtani jest dotąd tak mała, że stanowczo nic o niej jeszcze powiedzieć nie można. — Nareszcie w wypadkach, w których radykalne leczenie jest niemożliwem, należy robić tracheotomię i L. radzi robić ją o ile można najniżej, aby zapobiedz wyrastaniu nowotworu na wewnątrz przez ranę operacyjną.

*J. Garbowski.*

182. HAHN. **O wyfuszczeniu krtani:** (Ueber Kehlkopfexstirpation — Samml. Klin. Vort. Volkmann. 1885. — N. 260).

Całkowite wyfuszczenie krtani wskazane bywa prawie wyłącznie przy nowotworach złośliwych (raki rzadziej mięsaki); wyjątkowo tylko uciekają się do niego przy uporczywych brodawczakach

(papilloma), znacznem zwięzieniu lub zarośnięciu krtani. Za wskazanie do połowicznego wyluszczenia lub częściowej rezekcyi krtani należy uważać: 1) nowotwory złośliwe (raki i mięsaki), niezbyt rozprzestrzenione, bez zajęcia przyległych części miękkich i znacznego zwyrodnienia chrząstek; 2) brodawczaki uporczywie ponawiające się, których nie można usunąć sposobem wewnątrzkrtańniowym lub za pomocą rozcięcia krtani; 3) zwiężenia i zarośnięcia krtani, których nie da się usunąć za pomocą świeczek lub rozcięcia krtani i wycięcia miejsc bliźnowatych.

Raki krtani mają małą dążność do uogólniania się, rzadko dają przerzuty, a przeważnie ponawiają się na tem samym miejscu. Zajęcie gruczołów także zdarza się rzadko. Własność ta raków krtani przemawia bardzo na korzyść wyluszczenia, jako jedynego środka doszczętnego leczenia. — Jeżeli dotąd pomimo to często występowały powroty choroby, może być w przyszłości uda się tego uniknąć, robiąc operacyję wcześniej.

Co do wieku chorego, w jakim można jeszcze robić operacyję, H. nie może przyjąć za kres 70 lat, jak chcą inni. — W każdym wieku można robić operacyję, byle tylko chory miał dostateczny zasób sił. Jeden z chorych autora w czasie operacyi miał lat 68, a pomimo to teraz, po upływie lat 4-ch od chwili operacyi jest zupełnie zdrow.

Ważniejsze przeciwwskazanie dla operacyi może stanowić mały zasób sił chorego, oraz stan jego płuc i oskrzeli (nieżyty płuc).

Aby rozstrzygnąć, gdzie należy robić całkowite, a gdzie połowiczne wycięcie krtani, potrzeba zwrócić uwagę na rozległość raka i jego rodzaj. Rak rogowy, jeżeli tylko rozległość jego pozwala, najbardziej nadaje się do połowicznego wycięcia, natomiast raki miękkie, szybko rosnące i rozpadające się, wymagają wyluszczenia całkowitego. Wybór całkowitego lub połowicznego wycięcia przy mięsakach zależy od rozległości nowotworu.

Autor dokonał sam 8 operacyj całkowitego i 3 połowicznego lub częściowego wycięcia krtani. Zebrawszy wszystkie dotąd ogłoszone operacyje i dodawszy swoje, otrzymuje ogółem 76 całkowitych i 15 częściowych wycięć.

Z pomiędzy 76 całkowitych wykonano 65 z powodu raka, 9 z powodu innych nowotworów i 2 z powodu zmian zapalnych w krtani. Częściowe wycięcia wykonano: 7 z powodu raka, 3 z powodu innych nowotworów, 5 na skutek zapaleń krtani i ich następstw.

Z pomiędzy 76 całkowitych wyluszczeń śmierć nastąpiła wskutek operacyi w 32 wypadkach (26 razy w ciągu pierwszych 14-tu dni i 6 razy pomiędzy 3-cim i 6 ym tygodniem). — Z 15-tu częściowych wycięć w ciągu pierwszych 14-tu dni umarło 2. Odsetka zatem śmiertelności wskutek operacyi po całkowitem wyluszczeniu jest większa (44%), aniżeli po częściowem wycięciu (13,7%). Największą ilość operacyj (72) wykonano



wskutek raka; z tych 65 przypada na całkowite wyluszczenie, i 7 na częściowe.

Z pomiędzy 65 całkowitych wyluszczeń, wykonanych z powodu raka, umarło od zapalenia płuc i pòsokowatego niezytu oskrzeli w ciągu pierwszych 14-tu dni — 25 i w ciągu pierwszych 3 — 7 tygodni — 5. Porównywając jednakże pierwsze 32 wyluszczenia z późniejszymi 32, widzimy iż: z pomiędzy pierwszych 32 operowanych umarło w ciągu pierwszych 14-tu dni — 16, w ciągu 3—7 tygodni 1; z pomiędzy 32 później operowanych umarło w ciągu 14-tu dni—9, w ciągu zaś 3 do 7 tygodni — 4. Z liczb tych widocznem jest, że w ostatnich latach śmiertelność po operacji zmniejszyła się wskutek większego ustalenia wskazań, techniki operacji i leczenia pooperacyjnego.

Wskutek ponowienia się raka z pomiędzy 65-ciu wypadków całkowitego wyluszczenia umarło 20 (4 w ciągu pierwszych 3-ch miesięcy, 9 pomiędzy 3 a 6 mies. i 7 pomiędzy 6 a 9 mies.). Z pomiędzy wyżej wymienionych 65 wypadków dotąd żyje 15. Ponieważ raki krtani mogą się ponawiać nawet po upływie 12-tu miesięcy, wskutek tego 5 wypadków z wymienionych 15, jako operowanych niedawno, nie można zaliczyć do uzdrowień zupełnych. Pozostanie przeto tylko 10 wyzdrowień zupełnych na 65 wykonanych operacji.

Lepsze wyniki otrzymano po wyluszczeniu całkowitem krtani z powodu innych nowotworów. Z pomiędzy 9-ciu operowanych żaden nie umarł wskutek operacji, 6 zostało uleczonych, 2 umarło wskutek powrotu mięsaka i 1 od gruźlicy płuc.

Obadwa wypadki całkowitego wyluszczenia wskutek zapalenia ochrzestnej i zwężenia krtani zakończyły się śmiertelnie wskutek zapalenia płuc (jeden 5-go dnia, drugi w 3 tygodnie po operacji). Wobec tego autor radzi w podobnych wypadkach wykonywać wycięcie częściowe, jako mniej niebezpieczne.

Z 7-miu wypadków połowicznego wycięcia krtani w skutek raka wyzdrowiało zupełnie 3; trzech umarło z powodu powrotu choroby, a 1—w ciągu pierwszych 14 dni wskutek operacji. Trzy wypadki mięsaka, operowane za pomocą częściowego wycięcia krtani, dały 2 wyzdrowienia i 1 śmierć we 2 dni po operacji. Wszystkie pięć wypadków zwężenia i zarośnięcia krtani, operowane w taki sam sposób, zakończyły się pomyślnie.

Zestawiając powyżej przytoczone dane, H. przychodzi do wniosku, że z małym wyjątkiem śmierci z wyczerpania sił i zapadci, znaczny procent operowanych umierał wprędce po operacji wskutek cierpień płuc i oskrzeli (31<sup>o</sup>/<sub>o</sub>). Cierpienia te H. uważa za następstwo samej operacji, ilekroć występowały one w ciągu pierwszych 2-ch tygodni, lub też za następstwo nieumiejętnego postępowania pooperacyjnego, jeżeli się one zjawiały w ciągu 3 — 7 tygodni po dokonaniu operacji. W ostatnich czasach wskutek ulepszenia techniki operacji, jakoteż

i postępowania pooperacyjnego, odsetka śmiertelności jak wyżej widzieliśmy, znacznie się zmniejszyła. Autor sam dokonał ogółem 11-cie operacji wycięcia krtani z jednym tylko zejściem śmiertelnym, a i tu winą niepowodzenia było niedokładne założenie rurki tracheotomicznej.

Co się tyczy odsetki zupełnych uzdrowień po wycięciu krtani, to wynosi ona 18%, jeżeli będziemy obliczali razem całkowite i częściowe wycinania. Biorąc pod uwagę same tylko wyłuszczenia krtani całkowite, znajdziemy 15%, zupełnych uzdrowień. Odnośnie samych tylko wycięć częściowych autor wniosków nie wyprowadza, z powodu małej ilości wypadków. O wiele lepsze jest rokowanie przy mięsakach, jeszcze lepsze przy zwężeniach i zarosnięciach krtani.

Trudno jest orzec, czy wyłuszczenie krtani przedłuża życie chorego bardziej aniżeli tracheotomia. W każdym razie na korzyść operacji przemawia pewien procent zupełnych uzdrowień.

Ponieważ znaczny procent operowanych umiera wprędce po operacji z powodu zapalenia płuc, opłucnej i oskrzeli, które powstają wskutek niedostatecznego izolowania tchawicy od samej rany, wielu przeto autorów starało się w rozmaity sposób takową osiągnąć. Jedni tamponowali tchawicę, drudzy układali chorego ukośnie lub ze zwieszoną głową, inni zaś łączyli razem obadwa te sposoby. H. stosował w swych wypadkach metodę tamponowania. Używa on do tego rurki Trendelenburga, nieco przez siebie zmodyfikowanej.

Zamiast obciążania rurki pęcherzykiem, wypełnionym powietrzem (Trendelenburg) lub wodą (Michaël) posilkuje się on rurką pokrytą gąbką prasowaną. Rurka ma wygląd zwykłej rurki tracheotomicznej i składa się także z dwóch oddzielnych rurek: zewnętrznej i wewnętrznej. Zewnętrzna wyróżnia się tem, że w dolnym końcu ma na zewnętrznej swej powierzchni zgrubienie 1 ctm. długie i 2 milim. grube. Zgrubienie to przeszkadza gąbce zsunąć się. Wewnętrzna rurka wystaje bardziej na zewnątrz ponad brzegi rany, niż w rurkach zwyczajnych i zgina się tu kolankowato ku dołowi, by nie zasłaniać pola operacji. Całą powierzchnię zewnętrznej rurki pomiędzy zgrubieniem i blaszką zewnętrzną H. otacza gąbką prasowaną. Gąbka zszywa się szwem kuśnierskim na wklęsłej stronie rurki, a nadto przymocowywa się w dwóch miejscach nitką jedwabną.

Samą gąbkę przygotowuje się w sposób następujący: gąbkę dostatecznie oczyszczoną za pomocą kwasu karbolowego lub sublimatu należy kilkakrotnie pogrążyć w roztwór jodoformu w eterze (1:7), by mocno nasycić ją jodoformem. — Następnie tak przygotowaną gąbkę macza się w gorącej wodzie i mocno prasuje. Woda się wydala, jodoform zaś pozostaje w gąbce. — Gąbka powinna być na tyle grubą, by nie wystawała ponad zgrubienie dolnego końca rurki. Przy wprowadzeniu rurki do tchawicy, dolny koniec pierwszej smaruje się oliwą.

Po upływie 24-ch godzin od czasu operacji, taką rurkę



z gąbką prasowaną należy zastąpić inną rurką, zwykłą, którą można owinać gazą jodoformową.

H. uważa podobny sposób postępowania za najlepszy; ponieważ przy stosowaniu go nie miał żadnego wypadku śmierci od zapalenia płuc lub oskrzeli.

Jeżeli mamy do czynienia z chorym silnym, tracheotomię i wyłuszczenie krtani należy robić na jednym posiedzeniu; wrazie nieżyty oskrzeli (zwłaszcza przy zwężeniach i rozpadających się rakach) lepiej z początku wykonać tracheotomię, a potem usunąwszy nieżyt, wyciąć krtani. Przy wprowadzeniu rurki można posiłkować się szczypcykami Trousseau lub tęym haczykiem.

Samą operację wyłuszczenia wykonywa H. ułożywszy chorego poziomo, z głową mocno w tył odchyłoną, pod silną narkozą. Odpowiednio do rozmiarów usuwanej części autor rozróżnia 5 rodzajów wycięcia: 1) całkowite wycięcie krtani z częściami miękkimi, otaczającymi takową; 2) całkowite wycięcie samej krtani; 3) połowiczne wycięcie krtani; 4) połowiczna rezekcya przednia lub boczna; 5) częściowa rezekcya. (Rezekcya nazywa się wycięcie części chrząstki tarczycowej lub obrączkowej).

Autor podaje wskazówki, których należy się trzymać przy wykonywaniu każdej z wymienionych operacji.

Chcąc wykonać rezekcję chrząstki, należy zwracać uwagę, gdzie umiejscowione jest zwężenie. — Przy zwężeniach w chrząstce obrączkowej należy usuwać takową sposobem podochręstnym, pozostawiając nietkniętą część tylną, która stanowi podstawę dla chrząstek nalewkowych.

W wypadkach zwężenia umiejscowionego w chrząstce tarczycowej, można wyrezekować sposobem podochręstnym przednią część obu połów grdyki (Heine), lub też w taki sam sposób usunąć całą jedną połowę chrząstki tarczycowej, drugą zaś pozostawić w całości. H. zaleca ten ostatni sposób jako dający lepsze wyniki funkcyjne.

W tych razach, gdzie zamierzamy usunąć całą krtani z przyległymi częściami miękkimi, należy rozpoczynać cięciem pionowym na linii środkowej, począwszy od 2 — 3 pierścienia tchawicy do środka odległości pomiędzy kością gnykową, a chrząstką tarczycową. Od górnego końca tego cięcia prowadzi się następnie dwa inne, równoległe do wielkich rogów kości gnykowej. Wytworzone w ten sposób płaty razem z przeciętymi mięśniami mostko-gnykowymi odchylamy na boki.

Jeżeli teraz spostrzeżemy, że mięśnie i gruczoł tarczycowy są nowotworem zajęte, należy przedewszystkiem podwiązać tętnicę tarczową górną i dolną. Potem do podwiązania pozostaną jeszcze: tętnica krtaniowa górną (a. laryngea sup.), biorąca początek wprost z t. szyjowej i przebijająca błonę gnykowo-tarczycową o 2,8 ctm. na zewnątrz od linii środkowej, oraz gałąź gnykowa, wychodząca z tętnicy językowej i podlegająca przecięciu w tym razie, gdy usuwamy z krtanią kość gnyko-

wą \*) Dopelnwszy wyżej wymienionych podwizań, wycinamy samą krtan z mm. sterno-thyreoides et thyreo-hyoidei, w kierunku z góry ku dołowi (cięcie pomiędzy chrząstką tarczycową i kością gnykową) lub też z dołu ku górze (cięcie poniżej chrząstki obrączkowej). Najpilniejszą uwagę należy teraz zwracać na oddzielenie mięśnia krtanio-gardzielowego (m. laryngo - pharyngeus), by nie zranić tętnicy szyjowej. H. oddzielanie to wykonywa za pomocą nożyczek, któremi robi małe cięcia, trzymając się blisko chrząstki i przecinając to tylko, co może dokładnie widzieć.

Tak pod względem technicznym jak i odnośnie rokowania wdzięczniejsza jest operacja całkowitego wycięcia krtani w tych razach, gdzie rak ściśle ogranicza się do krtani, bez zajęcia części otaczających. Dotychczasowe doświadczenie nawet uczy, że takie tylko wypadki należy operować.

Operację w tych razach należy rozpoczynać rozcięciem krtani, co pozwala dokładnie obejrzeć i obmacać nowotwór, a następnie zdecydować się na całkowite lub połowiczne wycięcie krtani.

Dla uniknienia powstającego przy dokonaniu takiej La-

\*) Pozwalamy sobie tu zaprzeczyć, aby pochodzenie Art. laryngeae superioris od Art. carotis externa było prawidłowem; autor popiera swe twierdzenie powagą Luschki, tymczasem ten ostatni w swej Anatomii Szyi na str. 281, powiada. „Art. laryngea superior . . . geht gewöhnlich aus dem Anfange der Art. thyreoidea superior hervor, entspringt bisweilen . . . auch . . . aus der Carotis externa“

Na str. 323 teje książki Luschka opisuje bardzo detalicznie przebieg Art. laryng. sup. i znów stwierdza, że pochodzi ona prawidłowo od Art. thyroidea superior. — W rzeczy samej Art laryng. sup. należy do gałęzi często zmieniających swe pochodzenie i przebieg, każdy kto był zmuszony często ją odszukiwać, dowodnie się o tem przekonał; dotąd odszukiwanie tej tętnicy było więcej zadaniem prosektorów, niż chirurgów, ponieważ jednak obecnie kwestyja ta nabiera więcej praktycznego znaczenia, pozwalamy sobie przytoczyć tu podług Henle'go (Anatomie III B. I Abth p. 93, 246, 247, 249, 251) główne zбочenia jakim ta tętnica ulega: Podług Quain Hofmanna na 292 obserwacyj art. laryng. sup. pochodziła 2 razy od Art. carotis communis, a 24 razy od Art. carotis externa, to ostatnie zбочenie obserwował Haller 5 razy na 50 wypadków, a Meckel 1 raz na 8 wypadków; dalej Halberstma widział pochodzenie Art. laryngeae superioris od Art. lingualis, a Hildebrandt miał wypadek pochodzenia Art. laryngeae superioris od Art. pharyngea adscendens. Tyle co się tyce pochodzenia samej tętnicy, lecz i otwór przez który tętnica dostaje się do wnętrza krtani, bywa zmienny, prawidłowo tętnica zachowuje się rzeczywiście tak jak to Hahn opisuje, Meckel jednak zaznacza, iż bardzo często tętnica dostaje się do wnętrza krtani przebijając więz między chrząstką tarczycową i obrączkową, lub też przechodzi przez specjalny otwór istniejący w blaszkach chrząstki tarczycowej.

(Przyp. Redakcyi).



ryngofissuræ krwotoku należy podwiązać naczynia krtaniowe, lub też w razie gdy się zdecydujemy na całkowite wycięcie krtani, jamę jej wypełnić gazą bismutową (1%).

Chcąc podwiązać naczynia krtaniowe przed ekstyrpacją, należy podwiązkę nakładać: na t. krtaniową górną na zewnętrznym brzegu m. tarczykowo-gnykowego, nieco powyżej górnego brzegu chrząstki tarczykowej, na t. krtaniową średnią na zewnętrznym brzegu m. tarczyko-gnykowego w środku chrząstki tarczykowej; na t. krtaniową dolną na dolnym brzegu chrząstki tarczykowej w miejscu, gdzie tętnica podchodzi pod m. obrączko-tarczykowy. Następnie, odsunawszy za pomocą podwązki mięśnie; tarczyko-gnykowy i mostko-tarczykowy, oraz przeciąwszy nożycami mięśnie: tarczyko- i obojętko-polykowy, przecinamy błonę tarczyko-gnykową lub tchawicę, stosownie do tego, w jakim kierunku chcemy wyluszczać.

Rozpoczynając operację rozcięciem krtani dla dokładniejszego obejrzenia nowotworu, nie należy przecinać chrząstki obrączkowej, gdyż to utrudnia wyluszczenie takowej. Chrząstkę obrączkową radzi H. wyluszczać nawet w tych razach, gdy nie jest ona zajęta, a to dla tej przyczyny, że pozostawiona, może znacznie utrudniać polykanie. Usunięcie lub pozostawienie nagłośni zależy od rozległości cierpienia.

W tych razach, gdzie po dokonaniu wstępnego przecięcia krtani decydujemy się na połowiczne wyluszczenie, należy na chorej stronie odsunąć części miękkie, przeciąć chrząstkę obrączkową i w końcu wyluszczyć połowę chrząstki tarczykowej i obrączkowej.

Po dokładnem zatamowaniu krwotoku, należy ranę wypełnić gazą jodoformową, karbolową lub sublimatową. Ponieważ wskutek znacznej ilości śluzu opatrunek wypada zmienić co najmniej raz w ciągu doby, H, przeto pierwszy raz tylko opatruje gazą jodoformową, potem zaś używa karbolowej.

Chorego należy ułożyć w pozycji napół siedzącej oraz do żołądka wprowadzić miękką sondę polykową.

Po upływie 24-ch godzin rurkę z gąbką prasowaną należy zastąpić przez zwykłą rurkę tracheotomiczną, owiniętą gazą jodoformową, którą należy następnie zmieniać co 24-ry godzin.

Niekiedy już po upływie dni 4 — 8, czasami zaś zaledwie po 8-miu tygodniach chory może przyjmować pokarmy bez sondy. Najprzód powinien chory próbować polykać pokarmy stałe, a później stopniowo przechodzić do papkowatych i płynnych. — O ile mniej usunięto części miękkich, o tyle prędzej powraca zdolność polykania, poczem należy postarać się przywrócić głos choremu.

W tych wypadkach, gdzie dokonano połowicznej ekstyrpacji lub też częściowej rezekeji, mowa jest możebna bez żadnej rurki lub też ze zwykłą rurką, zaopatrzoną w klapkę. —

Kłapka otwiera się przy wdechu, pozwalając powietrzu przedostać się do płuc, zamyka się zaś przy wydechu, wskutek czego powietrze nie mogąc przedostać się wprost nazewnątrz, musi przechodzić przez gardło i usta.

Po całkowitem wyluszczeniu krtani głos zrozumiały można otrzymać za pomocą sztucznej krtani lub rurki z dymniczkiem (Schornsteinanüle).

Najlepiej pomyślaną jest sztuczna krtani Gussenbauer'a z językiem metalowym. Zakłada się ją choremu w 2—5 tyg. po operacji.

Wadą sztucznej krtani jest to, że języczek wydaje dźwięk i przy wdechu, a także iż nagromadzający się śluz wymaga częstego wyjmowania i oczyszczania przyrządu. To zmusza wielu chorych do używania wspomnianej wyżej rurki z kłapką lub z dymniczkiem zamiast krtani Gussenbauer'a. Nie mają one wad sztucznej krtani, a mowę czynią dość zrozumiałą. Chorzy, którym pokarmy wpadają do krtani przez górny otwór dymniczka, powinni podczas jedzenia wkładać sobie w tę rurkę inną, nie mającą otworu na wypukłej stronie.

*B. Sawicki.*

183. Arpad G. GERSTER. **O połowicznym wycięciu krtani.** On unilateral extirpation of the larynx—Annals of surgery Vol. III N. 1.

Autor zwraca uwagę na jednostronną rezekcję krtani, która w wielu przypadkach może zastąpić całkowite jej wyluszczenie.

W roku 1878 Billroth pierwszy wykazał możebność podobnego postępowania, a do dziś dnia, włączając wypadek autora, opisano już 20 podobnych operacji, podczas gdy całkowitych wyluszczeń ogłoszono 90.

Zestawiając powyższe operacje, autor przychodzi do następujących wniosków:

1. Procent śmiertelności przy częściowej rezekcji wynosi 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, przy całkowitej zaś 30<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

2. Zupełne wyleczenie, to jest bezpowrotne usunięcie nowotworu przy dostatecznym zachowaniu głosu i zdolności połykania, zostało osiągnięte w znacznej liczbie częściowych operacji. Zdaje się iż recydywa w ogóle nie jest częstszą jak przy całkowitem wyluszczeniu krtani.

3. Zewnętrzna ranę z małym wyjątkiem zaszywano i rurka tracheotomiczna stawała się niepotrzebną.

4. Zdolność połykania zachowaną została z wyjątkiem jednego wypadku operowanego skutkiem zwężenia krtani i przełyku.

Wypadek autora odnosi się do mężczyzny 57-letniego, cierpiącego od 5-ciu miesięcy na silny kaszel i wzrastające utrudnienie połykania. Przy badaniu okolicy szyjowej zauważono z lewej strony obrzmienie gruczołów podżuchwowych,



a przy badaniu wziernikiem krtaniowym widoczny guz gładki i bładny, podobny do gruczolu leżącego po lewej stronie od nagłośni do lewej struny głosowej w tkance samej krtani.

Rozpoznano mięsak. Samą operację podzielono na dwie części. Najprzód wyluszczone obrzmiacie gruczoly, przyczem autor zmuszony był wycinać po uprzednim podwiązaniu 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cala żyły szyjowej zewnętrznej i kawałek mięśnia mostko-sutkowego; jednocześnie dokonano tracheotomiję dolną. Dopiero w miesiąc później dokonano samej rezekecyi krtani, gdyż stan chorego nie pozwalał wcześniej do niej przystąpić.

Po zachloroformowaniu chorego i zatamponowaniu tchawicy rurką pomysłu autora, dla zabezpieczenia od napływu krwi do krtani; przeprowadzono cięcie po linii środkowej od górnego brzegu chrząstki tarczowej do dolnego obrączkowej, następnie od górnego kąta rany poziomo do spotkania się z lewym mięśnieniem mostko-sutkowym. Przez otwór w więzie obrączko-tarczowym nie udało się rozciąć krtani nożycami z powodu wielkiej pochyłości chrząstki, autor więc rozciął zwapniałe chrząstki przez otwór w więzie gnyko-tarczowym, idąc z góry ku dołowi; nagłośnię rozdzielił wzdłuż, i podwiązał tętnicę krtaniową górną. Najtrudnijszem atoli było oddzielenie bocznych części krtani i przełyku od zrosniętej z niemi tętnicy, które udało się jednak doprowadzić do skutku cięciami wzdłuż tętnicy, nieobeszło się przytem bez silnego krwotoku z przeciętej tętnicy tarczowej górnej u wyjścia z szyjowej. Po podwiązaniu i doszczętnem oddzieleniu pozostałych zrostów, wyjęto rurkę zabezpieczającą z tchawicy, założono miękkie sączek do przełyku, wsadzono czasowo zwykłą rurkę tracheotomiczną do rany tchawicowej i po wypełnieniu pola operacyjnego gazą jodoformową, poprzeczne cięcie zostało zaszyte. Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia. Po upływie dwóch tygodni wyjęto rurkę tchawicową, a w 3 dokonano plastycznej operacyi dla zamknięcia otworu.

M. Brünner.

184. A. KORECKI. **O niektórych rękoczynach przy niedrożności dróg oddechowych.** O niektórych operacyjnych priomach pri nieprochodimosti dychatielnych putiej. — (Thermotomia tracheae long: Incisio long. tracheae ad maximum. Exploratio digitalis tracheae). — *Chirurg. Wiest* Lipiec. 1886.

Autor podaje opis trzech bardzo ciekawych przypadków, tu się odnoszących, leczonych na drodze operacyjnej:

I. Chory podczas wojny serbsko-tureckiej otrzymał ranę postrzałową w szyję, przyczem kula przeszła na wskrós tchawicę. Zrobiono crico-tracheotomiam; rurkę tracheotomiczną zostawiono in situ. Raz, gdy chory, po oczyszczeniu rurki, włożył ją do tchawicy, dostał silnego napadu duszności i kaszlu. Okazało się, że spojenie między zewnętrznym szyldzikiem a wewnątrz-tchawicową częścią rurki zepsuła się i część wewnątrz-tchawicowa wpadła do dróg oddechowych.

Wszelkie zabiegi podjęte w Białogrodzie, w celu wydobycia spelzły na niczem. Chorego w 1884 r. odesłano do Petersburga. Chory mówi głośno i wyraźnie. Na szyi widać otwór trachealny; w nim znajduje się rurka tracheotomiczna, zamknięta koreczkiem. Po zbadaniu wewnętrznych narządów stwierdzono słabego stopnia niezbyt oskrzeli. Chory uskarża się na napady duszności. Po wielokrotnem badaniu nie udało się stwierdzić obecności ciała obcego w drogach oddechowych. Następnie napady duszności powtarzały się coraz częściej; zjawiała się gorączka, a ostatecznie zaczął rozchodzić się z otworu trachealnego cuchnący zapach. Te objawy skłoniły d-ra Rejera do operacji. Po zachloroformowaniu chorego, idąc warstwami bez stracenia kropli krwi, cienkiem żegadłem thermokautera, otworzono przednią ściankę tchawicy od otworu, pozostałego po poprzedniej operacji aż do jugulum sterni. Lecz po rozszerzeniu rany, ani zgłębnikiem, ani nawet palcem, wprowadzonym przez operatora aż do rozdwojenia tchawicy, nie można było wymacać ciała obcego. Wówczas przewrócono chorego głową na dół, a nogami do góry i zaczęto nim wstrząsać. Dopiero wtedy operator wyczuł za pomocą palca ciało obce, wychodzące z prawego oskrzela. Przy ciąglem wstrząsaniu chorym, nareszcie zdołano wydobyć ową część rurki tracheotomicznej, po pięcioletnim przebywaniu jej w prawem oskrzelu. Chory wyzdrowiał.

II. Choremu, wskutek raka; zrobiono klinowe wycięcie lewej połowy języka. We dwa dni po operacji, bez widocznej przyczyny, zjawia się silny napad duszności, a następnie zupełne zatrzymanie oddechu. Po zastosowaniu wielu prób w celu przywrócenia oddechu, i gdy te pozostały bez skutku, d-r Rejer przystąpił do tracheotomii, lecz też na próżno. Wówczas jednym cięciem noża otworzono przednią ściankę tchawicy aż do jugulum. Gdy operator włożył palec w ranę, wyczuł po za trzonem mostka guz tętniący, uciskający tchawicę. Był to tętniak. Wprowadzono po kolei kateter elastyczny, zgłębnik, dren; lecz guz zamykał ich światło; dopiero wprowadzenie sprężynowej rurki Königa umożliwiło oddechanie chorego. Potem, chociaż rurkę wyjmowano, nie było duszności. We dwa miesiące, po zupełnem zagojeniu ran, chory wypisał się ze szpitala. Lecz zaraz następnego dnia zjawił się napad duszności tak silny, iż zmusił do tracheotomii i założenia rurki Koeniga. Po miesiącu zjawilo się krwioplucie, a następnego dnia silna duszność. Wezwany lekarz wyjął rurkę Königa w celu oczyszczenia jej, lecz okazało się, że dolna część rurki pozostała w tchawicy; wówczas był zmuszony rozciąć scyzorykiem 2 czy też 3 pierścienie tchawicy; rurkę wyjęto, a założono nową. Nazajutrz nastąpiło przerwanie ścianki tętniaka i chory zmarł.

III. Kobieta zachorowała na włóknikowe zapalenie płuc. Ponieważ przytem było znaczne zwężenie krtani, syfilitycznego pochodzenia, a stan był groźny, trzeba było przystąpić do tracheotomii; po przejściu zapalenia płuc zastosowano swoiste le-



czenie i mechaniczne rozszerzenie krtani, lecz z małym skutkiem. W pół roku potem u chorej zjawiała się silna duszność wskutek nowego zwięzienia poniżej rurki trachetomicznej. Znów zastosowano leczenie swoiste, o następnie d-r Rejner zrobił thermotomiam trach. longitud. Założono rurkę Königa. Powoli wstawiano coraz grubsze rurki. Ponieważ chora była w ciąży, więc żeby umożliwić działanie tłoczni brzusznej i nadymanie się podczas porodu, trzeba było tak zmodyfikować rurkę Königa, aby górny jej koniec mógł się z łatwością zamykać; dlatego zastąpiono ją inną, której górny koniec był zupełnie miękkim. Przy zginaniu głowy rurka w zupełności zamykała się; — poród odbył się szczęśliwie

Po przytoczeniu powyższych przypadków, autor zwraca uwagę, jakie czasami mogą być trudności w rozpoznawaniu obecności ciał obcych w drogach oddechowych. Jeżeli ciało obce dostanie się do krtani, to wywołuje silny kaszel i krztuszenie się; jeżeli zaś przejdzie przez krtani, to wówczas przy badaniu chorego ważną rolę począynają odgrywać: osłuchiwanie i opukiwanie. Gdy ciało obce jest małe i lekkie, to nie wywołuje duszności, bo może zatykać tylko drobniejsze oskrzela; dzięki swej lekkości, podczas oddechania, to podnosi się w tchawicy, to opada, i przy tych ruchach uderza o ścianki tchawicy. Niekiedy w takich razach udawało się stwierdzić obecność ciała obcego w przewodach oddechowych. Gdy ciało obce jest większej objętości, wówczas większa lub mniejsza część płuca nie przyjmuje udziału w oddechaniu. Wtedy po stronie ciała obcego ruchy klatki piersiowej są słabsze niż po stronie przeciwnej. — To samo dotyczy szmeru oddechowego i fremitus pectoralis. Lecz jeżeli ciało obce jest przedziurawione, jak to było w I-ym przypadku, wtedy objawy te nie istnieją, i wówczas rozpoznanie to staje się bardzo trudnem. Niektórzy autorowie wspominają, że w podobnych razach można wysłuchać szmery, bądź to w rodzaju pomruku kociego, bądź też gretotement Dupuytrenna, lub t. p. Jeżeli zwrócimy uwagę na zmienność cech takich szmerów, a także na możliwość zamaskowania ich przez rżężenia, zależne od nieżyty oskrzeli, zwykle istniejącego przy dłuższym pobycie ciał obcych w drogach oddechowych, — to musimy przyznać, że w takich razach pewne rozpoznanie jest rzeczą niezmiernie trudną. Sabatier, Desault, Schuh przypisują ważne znaczenie rozpoznawcze rozedmie podskórnej w okolicy obojczykowej i dolnej połowy szyi; lecz w danym przypadku rozedmy nie było i nie mogło być, albowiem cyrkulacja powietrza w płucach, chociaż utrudniona, jednak istniała. W ogóle brakiem wszelkich przedmiotowych objawów objaśnia się w przyp. I-ym, dlaczego przez tak długi czas lekarze zachowali się wyczekująco, tem bardziej, że nie można było w zupełności polegać na anamnezie i uwierzyć, żeby ciało obce przez 5 lat przebyło w drogach oddechowych i nie wywołało wyraźnych objawów. Co do II-go przypadku autor dodaje, że przed operacją nie było żadnych objawów, na których można byłoby oprzeć rozpoznanie tętniaka; gwałtowne napady duszności

w II-gim przypadku tłoczy nasilenie nieżytu oskrzeli, przy którym nabrzęka błona śluzowa zamykała światło tchawicy, zmniejszone już przez ucisk ze strony tętniaka. Dalej autor zaleca w niektórych wypadkach podłużne rozcięcie tchawicy, a szczególnie thermokauterem, ponieważ w takim razie unika się krwotoku; innym sposobem nie można było uwolnić chorego od ciała obcego w przypadku I-ym; przy takiej operacji staje się możliwym zbadanie palcem tchawicy, aż do jej rozdwojenia. Choć Schüller i König mówią, że stary sposób wytrząsania ciała obcych z dróg oddechowych chorego, przewróconego do góry nogami, powinien być zarzucony, jako bezskuteczny i grubijan-ski, jednak autor na podstawie I-go przypadku dowodzi, że w pewnych razach staje się on nieocenionym, ale ma się rozumieć przy podłużnym przecięciu tchawicy, nie zaś przy tracheotomii zwykłej. Trzeba też dodać, że w II-gim przypadku ważną rolę odegrała rurka Königa; rurka o twardych, niepodatnych ściankach mogła wywołać przerwanie tętniaka; w miękkich zaś rurkach tętniak przez ucisk zamykałby światło.

Na zakończenie autor podaje następujące wnioski: 1) W pewnych razach, w celu usunięcia przeszkody w oddechaniu, podłużne rozcięcie tchawicy ma ważne znaczenie (przy ciałach obcych, guzach, zwężeniach i inn.); 2) w niektórych razach nóż thermokauterem zastąpić można. 3) Powyższy rękoczyn umożliwia badanie tchawicy aż do jej rozdwojenia za pomocą palca i 4) dozwala na rozpoznanie tym sposobem tętniaka. 5) Przewrócenie chorego na głowę i wstrząsanie nim w celu wydobycia ciała obcego z dróg oddechowych staje się nieocenionem, przynajmniej w niektórych wyjątkowych wypadkach. 6) W pewnych razach rurka Königa nie może być zastąpioną przez inne. 7) Na czas porodu górny koniec tej rurki może być zastąpiony przez miękką, gumową rurkę.

*Rodziewicz.*

**185. FRAENKEL. Pierwsze doszczętne wyleczenie raka krtani za pomocą wyskrobania. Erste zur Heilung führende Ausrottung eines Larynxcarceroïdes per vias naturales.** (Beilage z. Centr. f. Chir. 1886. N. 24).

Autor w 1881 roku usunął choremu za pomocą pętli drucianej, guzik wielkości bobu, znajdujący się na prawej stronie głosowej.

Guzik, który okazał się rakowcem, ponowił się i autor znów usunął go w 1883 r. Tymczasem na prawej stronie szyi wytworzył się guz wielkości kurzego jaja.

W Kwietniu 1884 roku prof. Madelung wyluszczył guz, który się okazał konglomeratem gruczolów rakowato zwyrodnionych, a w Czerwcu tegoż roku F. usunął guz ponawiający się w krtani. W tym celu uchwycił go pętlą i oderwał na 2-ch posiedzeniach; przypalania galwanokauterem, którego używał poprzednio, tym razem zaniechał.

Powrotu choroby dotąd nie było. Chory ma lat obecnie



75, głos niezmienny. Opierając się na tym wypadku, F. twierdzi, że wewnątrzkraniowy sposób operowania może być używanym i w niektórych wypadkach nowotworów złośliwych.

*B. Sawicki.*

---

*Kraków 9 Października 1886 r.*

— „Szanownych Panów Kolegów, którzy życzą sobie, aby sprawozdanie z prac Ich naukowych, ogłoszonych drukiem w języku polskim w ciągu r. 1886, umieszczone były w Rocznikach Medycyny Virchowa i Hirscha, wychodzących w Berlinie, upraszam najuprzejmiej, o przysłanie do końca grudnia r. b. po jednym egzemplarzu odbitki z każdej pracy naukowej oryginalnej pod moim adresem: Kraków, ulica Szczepańska Nr. 1.

*Dr. Leon Kopff*”.

---

— **Sprostowanie.** — W numerze wrześniowym Kroniki (9) na str. 544 wiersz 17 od góry — powinno być: w ośrodkach ruchowych (cap. interna, nunl. leutic. etc.) i na str. 542—wiersz 26 od dołu—powinno być: zmniejszenie się skrócenia kończyny z 6 ctm. na 3.

---

— Do dzisiejszego N-ru Kroniki dołącza się prospekt na dzieło Choroby Dzieci D-ra Baginsky'ego, w przekładzie D-ra Kosmowskiego, — jak również Cennik barwników apteki Rutkowskiego dawniej Wernera.