

# GAZETA LEKARSKA.

## I. POMYSŁY DO NOWYCH ZABIEGÓW CHIRURGICZNYCH,

### MAJĄCE NA CELU

### ZAPOBIEGANIE I LECZENIE

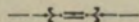
### PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH ŚRODKOWYCH I OBWIŚLEGO BRZUCHA.

[Podług odczytu, wygłoszonego na VII zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 17. VII. 1895 r.]

Napisał

**Maksymilian Wolkowicz,**

b. asystent przy katedrze chir. oper. Warsz. Uniw.



### ROZDZIAŁ I.

### Dwa nowe sposoby

operacyjnego doszczętnego leczenia przepuklin brzusznych środkowych.

(*Herniae abdominales s. ventrales mediae*).

**Uwaga.** Ponieważ zabiegi chirurgiczne, stanowiące przedmiot rozdziału niniejszego, dotyczą tak przepuklin smugi białej (*herniae lineae albae*), jak i przepuklin pępkowych (*herniae umbilicales*), przeto zamiast oddzielnych nazw tych używam nazwy ogólnej, a mianowicie przepuklin brzusznych środkowych (*herniae abdominales s. ventrales mediae*), pomimo że z pomiędzy tych ostatnich przepukliny pępkowe wyłączone zwykle bywają w oddzielną grupę, jako posiadające anatomicznie ściśle określone wrota przepuklinowe — pierścień pępkowy (*annulus umbilicalis*). Ogólną nazwą przepuklin brzusznych środkowych objąłem też, rozumie się, i te z przepuklin smugi białej, które się przez swój przebieg kliniczny wyróżniają i które, ze względu na umiejscowienie, znane są powszechnie pod nazwą przepuklin nadbrzusznych (*herniae epigastricae*) [TERRIER, BERGMANN, KOENIG, WITZEL, BOHLAND, CHAILLOUX].

Zadaniem postępowania chirurgicznego, które poniżej opisuję, a które, przypuszczam, okaże się na miejscu, jako udoskonalenie metod operacyjnych, mających na celu doszczętnie leczenie przepuklin brzusznych środkowych (*herniae abdominales s. ventrales mediae*), czy to będą przepukliny smugi białej (*herniae*

*lineae albae*), czy też przepukliny pępkowe (*herniae umbilicales*), jest zabezpieczyć bliźnię pooperacyjną od możliwego rozciągnięcia się, a tem samem uniemożliwić powrót cierpienia. Gdyby się to udało osiągnąć, to chory byłby dopiero rzeczywiście doszczętnie ze swojej przepukliny wyleczony.

Podłużna bliźna, jaką otrzymujemy po stosowanych powszechnie operacjach, mających na celu doszczętnie leczenie przepuklin brzusznych środkowych, a która zajmuje całą grubość przedniej ściany brzusznej na jej środkowej linii, jest zawsze w mniejszym lub większym stopniu narażona na rozciąganie, a to na skutek wpływu ciśnienia wewnątrz-brzuszego, jak niemniej też ciągłego działania bocznych mięśni brzusznych [mięsień skośny brzucha wielki—*m. obliquus abdominis ext.*, mięsień skośny brzucha mały—*m. obl. abd. int.* i mięsień poprzeczny brzucha—*m. transversus abdominis*], które utraciły tak pewny punkt oparcia, jakim jest prawidłowa smuga biała. Jakkolwiek tkanica bliźnowata posiada w dość znacznym stopniu własność ściągania się, a przytem jeszcze pewną sprężystość, tak, że w innych miejscach nam walczyć nieraz z temi jej własnościami wypada, to jednak bliźna na miejscu smugi białej zjednoczonej sile ciśnienia wewnątrz-brzuszego i bocznych mięśni brzusznych podołać nie może, od prawidłowej smugi białej okazuje się słabszą, bardziej podatną i prędzej lub później rozciągając się zaczyna, co też i powrót przepukliny sprowadza.

Wszelkie usiłowania dotychczasowe chirurgów, które miały na celu doszczętnie leczenie przepuklin brzusznych środkowych, okazały się wszystkie o tyle bezowocne, że w pewnej ilości operowanych przypadków spostrzegano po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu powrót cierpienia.

Jedni chirurgowie przypuszczali, że powrotom można będzie zapobiedz w zupełności, używając do szwu takiego lub innego materiału, inni znów, że nakładając, zamiast szwu, obejmującego naraz wszystkie warstwy przeciętej ściany brzusznej, szew dwu lub 3 piętrowy; inni wreszcie, jak: MAC-EWEN, BALL, STOKER, BARKER, przypuszczali, że takie lub inne postępowanie z workiem przepuklinowym zabezpieczy od powrotu cierpienia.

Po każdym jednak z tych sposobów zdarzały się powroty cierpienia.

W ostatnich czasach, w celu zabezpieczenia się od powrotów przepuklin pępkowych, probowano wreszcie wycinać zupełnie wrota przepuklinowe [wycięcie pępka—*omfalektomia*], zbliżano ze sobą następnie wewnętrzne brzegi mięśni prostych brzucha i łączono je na środkowej linii za pomocą szwu [KEHRER <sup>1)</sup>, GERSUNY <sup>2)</sup>, KEEN <sup>3)</sup>, CONDAMIN <sup>3)</sup>, BRUNS <sup>3)</sup>, OSTERMAYER <sup>4)</sup>, JAWDYŃ-

1) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 4 Congres. s. 63.

2) R. GERSUNY. Eine Methode der Radikaloperation grosser Nabelbrüche. Centralblatt für Chirurgie. 1893. Nr. 13.

3) KEEN'a i CONDAMIN'a cytuje BRUNS w pracy swojej p. t. „Die Omphalectomie bei der Radikaloperation der Nabelbrüche. Centralblatt für Chirurgie“. 1894. Nr. 1.

4) N. OSTERMAYER. Bemerkung zum Artikel der Herrn D-r GERSUNY: „Eine Methode der Radikaloperation etc. etc.“. Centralblatt für Chirurgie. 1895. Nr. 5.



ski <sup>1)</sup>). Ogłoszone jednak spostrzeżenia PERNICE'a <sup>2)</sup> i LANGSDORFF'a <sup>3)</sup> dowodzą, z jakimi to trudnościami wykonanie operacji podobnej może być połączone, jak trudno bywa nieraz zbliżyć ze sobą wewnętrzne brzegi mięśni prostych i w jak niekorzystnych warunkach blizna się potem znajduje. To też w przypadku LANGSDORFF'a już we 2 miesiące po dokonanej operacji blizna rozciągając się zaczęła, po 14 zaś miesiącach już się do tego stopnia rozciągnęła, że stała się niezmiernie cienką; brzuch zaś na poziomie pępka napowrót do dawnych rozmiarów powrócił. Taki sam los mniej więcej spotkałby i chorą PERNICE'a, lecz ta 18-go dnia po dokonanej, zmuszonej i z trudnościami połączonej, operacji nagle zmarła.

A więc—łączenia mięśni prostych brzucha na środkowej linii nie można uważać za środek, który byłby w stanie w zupełności powrotom przepukliny zapobiedz; w razie bowiem znacznego rozstępu pomiędzy tymi mięśniami, kiedy z wielkim wysiłkiem udałoby się ledwo utrzymać w zetknięciu wewnętrzne ich brzegi, nie obeszłoby się w następstwie bez tego, ażeby blizna, pod działaniem ciśnienia wewnątrz-brzusznego, prędzej, czy później się nie rozciągnęła, a to tembardziej, że mięśnie proste brzucha, o ile by potem czynne były, zawsze by miały skłonność do wyjścia z nadanego im krzywego kierunku i do przyjęcia dawnego prostego. Łączno-tkankowa blizna, łącząca oba mięśnie proste ze sobą, byłaby, co prawda, w lepszych cokolwiek warunkach, niż zwykła blizna w smudze białej, albowiem mięśnie boczne brzucha nie mogłyby jej bezpośrednio tak rozciągać, jak tę ostatnią; pomimo to jednak, skutkiem działania ciśnienia wewnątrz-brzusznego, dalej czynności samych mięśni prostych brzucha i, co najważniejsza, skutkiem nadzwyczajnego napięcia ściany brzusznej, zgotowanego przez operacją, przy której usunięto sporą część środkową z przedniej ściany brzusznej (*omphalectomia*) i tem samym znacznie jej poprzeczny wymiar zmniejszono, blizna prędzej, czy później rozciągnąć by się musiała. Gdyby to jeszcze łączono mięśnie proste po ich uprzednim, że tak powiem, „okrwawieniu“, t. j. w ten sposób, ażeby się ze sobą stykały, nie powierzchnie całkowicie tkanką łączną (*perimysium*) pokryte, lecz przeważnie obnażone lub poranione włókna mięsne <sup>1)</sup>, wtedy blizna by się nie z samej tylko tkanki łącznej składała, lecz i z nowowytworzonych włókien mięsnych, co by niezawodnie szanse wytrzymałości blizny znacznie poprawiło, a może być, że nawet w pewnych razach dostatecznie ją od rozciągania się zabezpieczyło.

<sup>1)</sup> Prywatnie mi komunikował.

<sup>2)</sup> L. PERNICE. Ueber die Omphalectomie bei der Radikaloperation von Nabelbrüchen. Centralblatt für Chirurgie. 1895. Nr. 8.

<sup>3)</sup> v. LANGSDORFF. Ueber die Omphalectomie bei der Radikaloperation von Nabelbrüchen. Centralblatt für Chirurgie. 1895. Nr. 17.

<sup>4)</sup> Chcąc, ażeby się ze sobą stykały włókna mięsne mięśni prostych brzucha „okrwawione“, możnaby albo na wewnętrznym brzegu każdego z tych mięśni zrobić wzdłuż nożem nacięcie, brzeگی otrzymanej w każdym mięśniu rany wywinąć tak, ażeby one jedną powierzchnię stanowiły i oba mięśnie powierzchniami temi ze sobą zeszyć, albo też po prostu ściąć z wewnętrznego brzegu każdego mięśnia po wązkim długim pasemku i „okrwawione“ w ten sposób mięśnie szwem złączyć.



Co rzeczywiście wielu w ten lub inny sposób operowanych dotąd chorych chroniło od powrotu przepukliny brzusznej środkowej, to stałe noszenie odpowiednio zrobionego pasa brzuszego. Obejmując mocno brzuch i przylegając szczelnie do jego powłok, przeciwdziała on nie tylko wpływowi ciśnienia wewnątrz-brzuszego, lecz i działaniu bocznych mięśni brzusznych; podczas gdy te ostatnie bowiem, z powodu ich stałego napięcia (*tonus*), starają się bliźnię rozciągnąć, pas naodwrot brzegi bliźny ze sobą zbliża.

Mówiąc poniżej o leczeniu obwisłego brzucha, wypadnie nam jeszcze wskazać, z jakimi to niedogodnościami i kłopotami połączone bywa stałe noszenie pasa brzuszego. Obecnie więc przedmiot ten pominię i wprost przejdę do opisu zabiegów operacyjnych, co do których przypuszczam, że zabezpieczą zupełnie chorego od powrotu przepukliny brzusznej środkowej i jednocześnie też go raz na zawsze od noszenia pasa brzuszego uwolnią.

Zabiegi, przezemnie proponowane, różnią się od stosowanych powszechnie sposobów operacyjnego doszczętnego leczenia przepuklin brzusznych środkowych tem, że bliźna smugi białej nakrytą zostaje przez odpowiednio ułożone i przytwierdzone płyty mięśniowe, wycięte z mięśni prostych brzucha. Tkanka mięśniowa powołaną tu jest przyjść w pomoc bliźnię, mało sprężystości posiadającej, i zabezpieczyć ją od możliwego rozciągania się, a względnie i wypuklenia. Nie dość jest mięśnie proste brzucha na linii środkowej zwyczajnie ze sobą złączyć, ponieważ to ani gwarancyi nie da utrzymania ich na miejscu, ani też bliźny dostatecznie nie zabezpieczy. Tkanka mięśniowa powinna tak bliźnę nakrywać, ażeby się z niej w żadnym razie zesunąć nie mogła i ażeby kurczliwością swoją sprzyjała ściąganiu się bliźny i nie dawała jej się rozciągać. Opisane niżej postępowanie ma właśnie na celu wytworzenie takich warunków.

### Opis techniki operacyjnej.

W celu należytego zabezpieczenia bliźny smugi białej można postąpić w sposób dwojaki: albo włókna mięśniowe mięśni prostych na linii środkowej skrzyżować—krzyżowanie mięśni prostych brzucha, albo też mięśnie proste brzucha jeden na drugi nasunąć — nasuwanie mięśni prostych brzucha.

Do każdego z tych zabiegów przystępujemy już po załatwieniu się z zawartością i z workiem przepuklinowym i po zaszyciu wrót przepuklinowych — przed nałożeniem skór nego szwu. Przedewszystkiem tedy należy mięśnie proste brzucha obnażyć. W tym celu oddzielamy w prawym i lewym brzegu, rany powłok brzusznych skórę od leżącej pod nią powięzi, *resp.* smugi białej aż do wewnętrznego brzegu pochwy mięśnia prostego <sup>1)</sup>, gdzie tkanka powięziowa wyraźnie ku przodowi się wypukła, albowiem pod nią leży mięsień prosty, który niekiedy nawet poprzez przedni listek pochwy mięśnia prostego już prześwieca. Na wypukłości owej, t. j. wzdłuż wewnętrznego brzegu przedniego

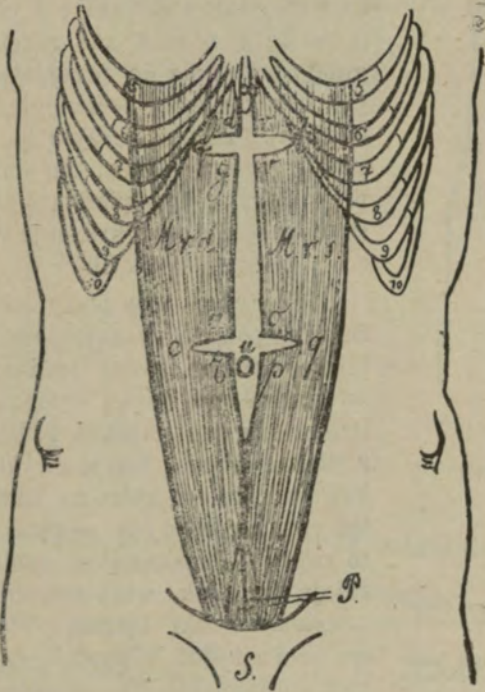
<sup>1)</sup> Listki pochwy tej stanowią, jak wiadomo, rozciągnięta bocznych mięśni brzusznych.



listka pochwy mięśnia prostego, otwieramy jego pochwę na znacznej dość przestrzeni tak, ażeby sobie łatwy zupełnie dostęp do mięśnia otworzyć.

Odpreparowujemy następnie wewnętrzną połowę każdego mięśnia prostego od otaczającej go pochwy; od przodu posługujemy się w tym celu ciągle prawie nożem, ponieważ mięsień prosty bywa dość ściśle z przednim listkiem swej pochwy złączony; w miejscach zaś, w których pręgi ścięgniste (*inscriptions tendineae*) przytwierdzają mięsień do jego pochwy, należy szczególnie ostrożnie preparować, trzymając się więcej powięzi, niż mięśnia, i dbając więcej o zachowanie całości tego ostatniego. Niechby się lepiej szczelina lub okienko gdzieś w powięzi utworzyły, niżby całość mięśnia miała zostać uszkodzoną. Od tylnego listka pochwy, mięsień daje się palcem z zupełną łatwością oddzielić.

Rys. 1



- X—wyrostek mieczykowaty (*processus xyfoideus*).  
 U—pępek (*umbilicus*).  
 S—spojenie łonowe (*symphysis os. pubis*).  
 P—mięśnie piramidalne (*musculi pyramidales*).  
 M.r.d.—mięsień prosty brzucha prawy (*m. rectus abdominis dexter*).  
 M.r.s.—mięsień prosty brzucha lewy (*m. rectus abdominis sinister*).  
 ac, bc, oq, pq, fd, fg, rt, vt — brzegi ran, otrzymanych po przecięciu mięśnia.

Dalsze postępowanie różni się zależnie od tego, czy ma być wykonane skrzyżowanie mięśni prostych, czy też nasuwanie.

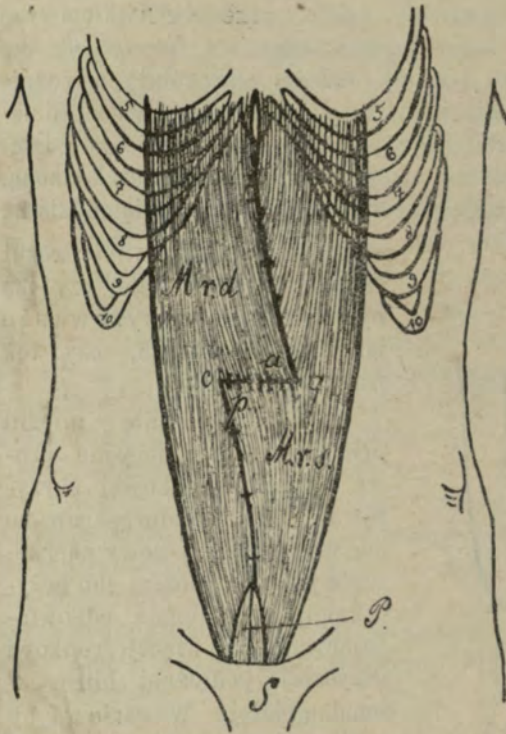
1) **Krzyżowanie mięśni prostych.** Chąc mięśnie proste na linii środkowej skrzyżować, należy odpreparowane ich wewnętrzne połowy, poprzecznie przeciąć [nożem lub nożyczkami] na poziomie, odpowiadającym mniej więcej środkowi przyszłej [podłużnej] blizny w smudze białej. W razie gdyby miejsce to odpowiadało prędze ścięgnistej, to tej przecinać nie należy, mięsień natomiast przeciąć o 2 lub 3 ctm. wyżej lub niżej.

Poprzeczna rana w mięśni przybiera, z powodu kurczliwości tego ostatniego, postać kąta, którego brzegi schodzą się w zewnętrznym końcu rany, ku linii zaś środkowej szeroko się rozchodzą. Otrzymujemy w ten sposób płyty mięśniowe [2 w prawym i 2 w lewym mięśniu prostym], które właśnie skrzyżować należy. Górny lewy płat łączymy z prawym dolnym, prawy zaś górny z lewym dolnym.



Ujawszy w szczypczyki wewnętrzny róg o [patrz rys. 1] górnego lewego płata, przyciągamy go, o ile możności, i przyszywamy do zewnętrznego końca c rany w przeciwległym prawym mięśniu; wewnętrzny zaś róg b

Rys. 2.



X—wyrostek mieczykowaty (*processus xyphoideus*).

S—spojenie lonowe (*symphysis os. pubis*).

P—mięśnie piramidalne (*musculi pyramidales*).

M.r.d.—mięsień prosty brzucha prawy (*m. rectus abdominis dexter*).

M.r.s.—mięsień prosty brzucha lewy (*m. rectus abdominis sinister*).

ac—dolny brzeg górnego płata prawego mięśnia prostego brzucha.

pq—górną brzeg dolnego płata lewego m. prostego brzucha.

cq—przysła blizna, łącząca dwa wspomniane płaty.

Na rysunku tym widać, jak wewnętrzne włókna górnej połowy prawego mięśnia prostego brzucha łączą się za pośrednictwem blizny cq z wewnętrznymi włóknami dolnej połowy lewego mięśnia prostego brzucha i jak ta warstwa włókien nakrywa i krzyżuje się z warstwą włókien, powstałych z połączenia wewnętrznej górnej połowy lewego mięśnia prostego brzucha z wewnętrzną dolną połową prawego mięśnia prostego brzucha.

prawego dolnego płata przykrywamy w ten sposób do wewnętrznego końca q rany w przeciwległym lewym mięśniu; stykające się wtedy ze sobą, rozciągnięte przeciwległe brzegi oq i cb płatów łączymy za pomocą szwu. Tak samo też postępujemy następnie z dwoma pozostałymi płatami [t. j. przyszywamy róg a do kąta q i róg p do kąta c, cały zaś rozciągnięty brzeg ca do przeciwnego brzegu pq przeciwległego mięśnia]. Druga zeszyta para płatów tym sposobem zupełnie prawie przykrywa pierwszą zeszytą parę płatów i krzyżuje się z nią [patrz rysunek 2].

Zeszyte ze sobą płaty mięśniowe, połączy w następstwie blizna, która, prócz głównej swej składowej części — tkanki łącznej, zawierać także będzie i włókna mięsne, jak to zwykle bywa z bliznami, które na miejscu ran mięśniowych powstają; te ostatnie mianowicie zblizniają się, jak wiadomo, tak kosztem tkanki łącznej, otaczającej mięsień i pęczki włókien mięśniowych (*perimysium*), jak i kosztem przeciętych włókien mięśniowych<sup>1)</sup>. Dzięki tej

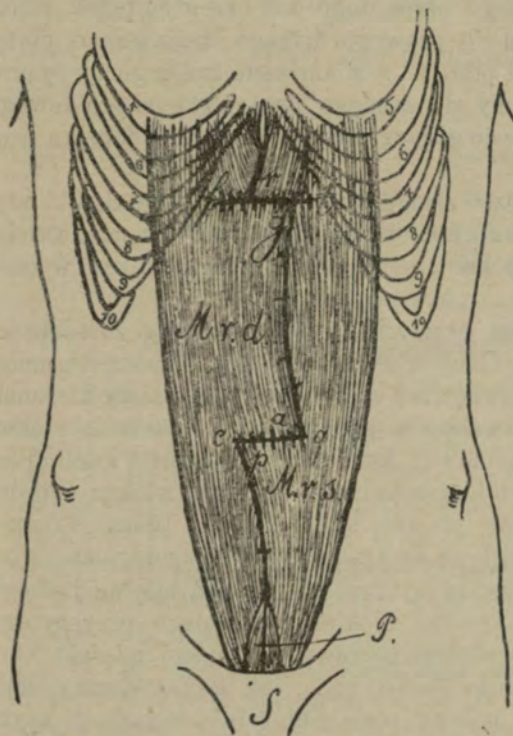
<sup>1)</sup> Patrz podręczniki: a) prof. D-ra ERNEST'a ZIEGLER'a. *Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie*. 7-te Auflage. Jena. 1892. II Tom str. 253.

b) H. TILLMANS. *Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie*. I Theil. Leipzig. 1895. str. 401.



okolicości, blizna posiadać będzie kurczliwość — własność stojącą wyżej, niż sprężystość, co też ją od rozciągania się w zupełności zabezpieczyć powinno. W bliznie tej będą się łączyły włókna jednego mięśnia prostego — bezpośrednio lub też pośrednio — z włóknami drugiego mięśnia prostego.

Rys. 3.



- X — wyrostek mieczykowy (*processus xiphoides*).  
 S — spojenie łonowe (*symphysis os. pubis*).  
 P — mięśnie piramidalne (*musculi pyramidales*).  
 Mr.d. — mięsień prosty brzucha prawy (*m. rectus abdominis dexter*).  
 Mr.s. — mięsień prosty brzucha lewy (*m. rectus abdominis sinister*).  
 fgac — prawy czworokątny [środkowy] płat mięśniowy.  
 xrt i qps — lewe trójkątne płaty mięśniowe [górny i dolny].

Na rysunku tym widać, jak włókna środkowej wewnętrznej części prawego mięśnia prostego łączą się za pośrednictwem blizn *rg* i *rq* z włóknami górnej i dolnej wewnętrznej części lewego mięśnia prostego; [pod tą warstwą leży warstwa włókien, stanowiących połączenie włókien środkowej wewnętrznej części lewego mięśnia prostego z włóknami górnej i dolnej wewnętrznej części prawego mięśnia prostego].

Otrzymamy tedy w przedniej ścianie brzusznej, zamiast dawnych dwóch mięśni prostych brzucha, jeden szeroki mięsień, którego zewnętrzne włókna będą po każdej stronie szły, tak, jak dawniej, prawie wprost od góry ku dołowi; wewnętrzne zaś włókna będą leżały w dwóch warstwach: włókna jednej z nich, przechodząc z prawej strony linii środkowej na lewą, krzyżować się będą z włóknami drugiej warstwy, przechodzącymi w kierunku przeciwnym, t.j. z lewej strony na prawą. Mięsień ten, a właściwie krzyżujące się wewnętrzne jego włókna, w stanie czynnym, a nawet już w stanie napięcia (*tonus*), powinien nie tylko nie dawać bliznie smugi białej rozciągać się, lecz powinien nadto sprzyjać jej ściąganiu się.

2) Nasuwanie mięśni prostych jeden na drugi. Nakryć i zabezpieczyć blizny smugi białej można także przez nasuwanie mięśni prostych jeden na drugi. Dokonywamy tego w sposób następujący.

Po obnażeniu i odpreparowaniu obu mięśni prostych brzucha tak, jakśmy to już wyżej opisali, przecinamy każdy z nich w kierunku poprzecznym na poziomie, odpowiadającym mniej lub więcej górnej i dolnej granicy wrót przepuklinowych, zaczynając od wewnętrznej brzoğu mięśnia aż do jego zewnętrznej.



trzniej połowy lub nawet nieco dalej na zewnątrz [patrz rys. 1]. Otrzymamy wtedy w każdym mięśniu prostym po 3 płaty: po jednym czworokątnym — środkowym *fgac* i *twoq* i po 2 trójkątne: [górnym i dolnym] *fdx* i *cbs*, *art* i *qps*. Każdy ze środkowych czworokątnych płatów staramy się na przeciwną stronę przeciągnąć i przyszywamy do trójkątnych płatów tej ostatniej [patrz rys. 1 i 3]. A więc brzeg górny *vt* lewego czworokątnego płata przyszywamy do dolnego brzegu *fd* górnego prawego trójkątnego płata, dolny zaś brzeg *oq* tegoż czworokątnego płata do górnego brzegu *cb* prawego dolnego trójkątnego płata. Tak samo postępujemy z pozostałymi płatami, a mianowicie brzeg górny *tg* prawego środkowego płata przyszywamy do dolnego brzegu *rt* górnego lewego trójkątnego płata, brzeg zaś dolny *ac* do górnego brzegu *pq* lewego dolnego trójkątnego płata.

Otrzymujemy tym sposobem przed smugą białą dwie warstwy tkanki mięśniowej, które będą się ze sobą w dwóch miejscach krzyżowały, a mianowicie: raz w okolicy górnych poprzecznych blizn mięśniowych, drugi zaś raz w okolicy dolnych blizn.

Zamiast dwóch dawnych mięśni prostych wytworzony tedy zostanie jeden szeroki mięsień, którego zewnętrzne włókna będą szły po dawnemu mniej więcej wprost od góry ku dołowi, wewnętrzne zaś włókna będą miały kierunek łukowaty i leżeć będą w dwóch warstwach: w jednej z nich łukowate włókna zwrócone będą wypukłością ku stronie lewej, końce zaś ich [górne i dolne] leżeć będą po stronie prawej; w drugiej warstwie — łukowate włókna mięsne zwrócone będą wypukłością ku stronie prawej, końce zaś ich [górne i dolne] leżeć będą po stronie lewej. Ze względu na anatomiczne i fizjologiczne własności blizn mięśniowych, o których wyżej była mowa, włókna mięsne jednego płata będzie można uważać za dalszy ciąg włókien sąsiedniego przyszytego płata, na skutek czego wewnętrzne włókna nowo wytworzonego mięśnia, kurcząc się, a nawet już i w stanie napięcia (*tonus*), będą, jak gdyby klamry, zbliżać ku linii środkowej prawą i lewą połowę przedniej ściany brzusznej, czyli, inaczej mówiąc, sprzyjać będą ściąganiu się blizny smugi białej.

Chcąc uniknąć zbyt silnego naprężenia przyszytych do siebie płatów, możnaby, tak w pierwszym, jak i w drugim sposobie [t. j. tak przy skrzyżowaniu, jak i przy nasuwaniu mięśni prostych], mięśnie proste nieco dalej na zewnątrz ponacinać, rogi zaś przeciwległych płatów nie do samych kątów ran przyszywać, lecz nieco na wewnątrz od nich; pozostałe zaś tym sposobem niezamknięte kąty ran pozoszywać, łącząc już ze sobą włókna jednego i tego samego mięśnia prostego [patrz rys. 3: linia *fgrt*; róg *g* płata *fgac* nie dochodzi do wierzchołka kąta *t*, a pozostała w mięśniu lewym ranka *gt* jest zaszyta].

Ażeby się znów nie potworzyły przestrzenie wolne — kieszenie — między oddzielnymi warstwami tkanek przedniej ściany brzusznej, możnaby kilkoma ściegami poprzyszywać wolne brzegi pod spodem leżącej war-



stwy mięśniowej do tylnego listka pochwy mięśnia prostego i tak samo wierzchnią warstwę mięśniową gdzieniedzie poprzyszywać do spodniej.

[C. d. n.]

## II. NAPADY CZĘSTEGO ODDECHANIA.

(*Polypnoe (Tachypnoe) paroxysmale*).

ZE STANOWISKA KLINICZNEGO

opracował

**D-r Med. J. Pawiński,**

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 4].

### IV. *Polypnoe*—u osób dotkniętych miażdżycą tętnic, chorobami serca, płuc i nerek.

**Spostrzeżenie IX.** *Arteriosclerosis. Hypertrophia cordis.*

Pan K., lat 55 liczący, dobrej budowy i odżywiania, zaczął doznawać od pewnego czasu duszności przy chodzeniu. Badanie wykazało wówczas rozległą sprawę miażdżycową z dużym napięciem ścian naczyń, jak również dość znaczny przerost lewej komórki. U wierzchołka serca istniał szmer skurczowy, który nie był stałym, a który do niedomykalności względnej zastawki dwudzielnej odnosił się.

Płuco—w stanie umiarkowanej rozemdy. Wątroba nieco powiększona. Trawienie dobre, wypróżnienia opieszale. W moczu białka nie było, ilość zaś dobową wynosiła około 1500—1800 ctm.sz.. Ciężar właściwy 1014—1018; ilość moczownika nieco zmniejszona, natomiast kwasu moczowego zwiększona. Brak obrzęków. Tętno 90—100 mocno napięte, duże, twarde, zbliża się do tętna szybkiego. Przy zachowaniu spokoju, diety przeważnie mlecznej, a następnie przy użyciu jodku potasu duszność zaczęła ustępować, tak, iż po kilku tygodniach; chory mógł powrócić do zwykłych zajęć. Poprawa trwała jednakże niedługo, wystąpiła znowu duszność, która głównie w nocy choremu dokuczwała i sen odbierała. Doszło wreszcie do tego, iż chory całe noce przepędzał bezsennością, doznając tylko względnej ulgi w ciągu dnia. Pomimo użycia 2 flaszek naparstnicy (*Inf. Digit. ex. gr. xv—3vj*) stan pacjenta nie tylko się nie poprawił, lecz przeciwnie można było zauważyć pewne pogorszenie. Duszność dokuczwała choremu nie tylko w nocy, lecz i w ciągu dnia, a była tak silną, iż nie pozwalała mu leżeć, a przy najmniejszym ruchu wzmagała się. Oddech był niezmiernie częstym, około 60 na minutę. Chwile wolne od duszności trwały zaledwie po kilka minut. Od czasu do czasu oddech zbliżał się do typu *CHEYNE-STOKES'a*. Przytem tętno uderzało około 100—120 na minutę, było ono duże, mocno napięte. Działalność serca energiczna. Silna wzmocnienie 2-go



tonu aorty. Dobowa ilość moczu nie zmniejszona, wynosiła bowiem około 1500 ctm. sz.. W płucach nie słycać absolutnie żadnych rżężeń, ani świstów. Oddech pęcherzykowy, tylko zaostrozony. Kiedy po 5 dobach tej strasznej męczarni *polypnoe*, której uczucie silnej duszności towarzyszyło, pomimo stosowania najrozmaitszych środków nasercowych i podniecających nie ustępowało, postanowiliśmy wstrzyknąć choremu podskórnie morfinę w ilości  $\frac{1}{4}$  gran.. Rezultat z tego zabiegu okazał się świetnym. W ciągu  $\frac{1}{2}$  godziny chory zaczął się uspakajać, oddech stawał się stopniowo rzadszym, do 40 na minutę, duszność mniejszą, a tętno z 120 spadło do 90. Od tego czasu zaczęła się stopniowa poprawa, noce stały się lepszymi, oddech swobodniejszym, a po tygodniu, pomimo usunięcia wszelkich leków, chory mógł już swobodnie przechadzać się po pokoju. Obecnie nawet po upływie kilku miesięcy, skoro tylko zaczyna występować duszność, a oddech staje się bardzo częstym, przy tętnie mocno napiętem, nie zwlekamy z wstrzyknięciem morfiny, poczem dopiero przepisujemy 1—2 flaszek naparstnicy. Wynik otrzymujemy zawsze pomyślny, czego nie bywa wtedy, jeżeli się zaczyna zwalczanie *polypnoe* od podawania naparstnicy lub innych środków nasercowych. Prócz tego w pewnych odstępach czasu chory przyjmuje jodek potasu.

Z powyższego można wyprowadzić wniosek, iż w niektórych przypadkach nadmiernie częstego oddechu, któremu zwykle uczucie duszności towarzyszy, a ciśnienie boczne w naczyniach jest duże, uciekać się powinniśmy do środków uspakajających układ mózgo-rdzeniowy, pomiędzy którymi pierwsze miejsce morfina zajmuje. Zmniejsza ono pobudliwość ośrodków nerwowych. Pod jej wpływem ustępuje skurcz naczyń, ciśnienie krwi zmniejsza się, wskutek czego i serce mniejszą pracą wykonywa. Nadmierna wrażliwość ośrodka oddechowego tępieje również, oddech staje się rzadszym, głębszym, co oczywiście nie może pozostać bez dodatniego wpływu na całe krążenie krwi. Przeciwnie zaś naparstnica, sprowadzając znaczny skurcz naczyń, które już i bez niej w takich razach znajdują się w stanie spastycznego zwężenia, powiększa ciśnienie krwi w tętnicach; zwolnienie zaś rytmu uderzeń serca nie jesteśmy zazwyczaj w stanie osiągnąć w tych przypadkach, pomimo nawet dużych dawek naparstnicy. Wynik więc leczenia przemawia również za przypuszczeniem, że w niektórych przypadkach duszności (*polypnoe*), występującej nawet na tle głębszych zmian w naczyniach, pierwiastek nerwowy, może odgrywać pierwszorzędną rolę.

*Polypnoe* takie wyróżnia się następującymi cechami: silną akcją serca, wzmocnionem ciśnieniem w naczyniach i dostatecznym wydzielaniem moczu [skład chemiczny moczu nie przedstawia ważniejszych zmian]. Zasługuje ono na nazwę nerwowego, z tem jednak zastrzeżeniem, iż pierwotnem źródłem są zaburzenia cyrkulacyjne, a prawdopodobnie i wpływy toksyczne.

O tych ostatnich chcielibyśmy tutaj obszerniej pomówić <sup>1)</sup>. Dotychczas w zaburzeniach, powstających na tle zmian w sercu i naczyniach, uwzględnia-

---

<sup>1)</sup> Dane poniżej przytoczone zaczerpnięte są z dzieła BOUCHARD'a „Traité de pathologie générale. Tome I” [Les intoxications par H. ROGER]. Paris. 1895.



no przeważnie warunki mechaniczne, dopiero badania ostatnich lat nad toksycznością różnych wydzielin w stanach prawidłowych i patologicznych ustroju wykazały, jak ważne znaczenie w patogenezie różnych objawów mają wpływy toksyczne. Właściwością życia komórki, a może i całego ustroju jest przyswajanie pewnych pierwiastków z otaczającej sfery, poczem następuje przeróbka tychże — desassymilacya. Wynikiem tej ostatniej sprawy jest wytwarzanie się pewnych substancyi nieużytecznych dla ustroju; mogą one służyć jeszcze dla odżywiania innego organizmu, lecz w każdym razie nie dla tego, który je wyprodukował.

Wszystkie tkanki naszego ciała zawierają w mniejszej lub większej ilości substancje toksyczne już to mineralnej [zwłaszcza potas], już to organicznej natury. Przechodzą one przedewszystkiem do organu, który je zbiera, t. j. do krwi, a następnie wydalone zostają na zewnątrz, głównie za pomocą moczu. Toksyczność krwi jest wogóle nieznaczna, gdyż substancje szkodliwe przechodzą tylko przez nią. O moczu tego powiedzieć nie można. Według prof. BOUCHARD'a mocz, przefiltrowany i zubożony, jest trującym dla królika przeciętno w ilości 40 ctm. sześć. na 1 kilogram; dobową więc przeciętna ilość moczu, t. j. 1200 ctm. sześć., wystarczy do zatrucia 50 kilogram. zwierzęcia. Ilość moczu, jaka jest w stanie zabić 1 kilogram zwierzęcia, nazywa BOUCHARD *urotoxie*, a więc 40 ctm. sześć. moczu przedstawia taką jednostkę toksyczną. Współczynnikiem zaś toksycznym (*le coefficient urotoxicque*) jest ilość jednostek toksycznych, jaką człowiek wytwarza na 1 kilogram i na 24 godzin. Otrzymać go można, dzieląc ilość jednostek uro-toksycznych przez wagę ciała. Dla człowieka, ważącego 65 kilogram. i oddającego 1200 ctm. sześć. moczu, wynosi on 0,460.

Co się tyczy toksyczności różnych części składowych moczu, to zdaje się, że pierwsze miejsce w tym względzie należy się mineralnej części, t. j. potasowi, sam jednak nie wystarczy do wytlómaczenia trującego działania całego moczu. W ciągu 24 godzin człowiek wydziela 2,5—5,0 grm. potasu w postaci chlorków. Sól ta jest trującą dla królika w ilości 0,18 grm.. Przypuściwszy, że cała ilość potasu wydalona zostaje w postaci chlorków, a więc najwięcej toksycznej, wystarczyłoby to więc do zabicia 14—16 kilogram., inne zaś sole [sód, wapień, magnez] zabijałyby 5—7 kilogram., czyli, inaczej mówiąc, sole potasu przedstawiają *maximum* 45 na 100 toksyczności całego moczu, gdy tymczasem na inne sole mineralne przypada tylko 12 na 100. Sole więc potasu same przez się nie są dostateczne do wytlómaczenia trującego działania moczu.

Mocznik, kwas moczowy, kreatynina są mało toksyczne. Co zaś do barwników moczu, to zgody pomiędzy autorami nie ma co do ich wiasności trujących.

Badania BOUCHARD'a wykazują, że mocz zawiera 9 substancyi, z których najważniejsze wymieniamy:

- 1) Substancję moczopędną, mocznik.
- 2) Substancję, wywołującą drgawki (*s. convulsivante*), z zakresu mineralnego, a mianowicie potas.



3) Substancję, wywołującą również drgawki — natury organicznej. Tę substancję węgiel pochłania, a wyskok rozpuszcza.

4) Substancję, posiadającą własność zwięzania żrenicy (*s. myotique*).

5) Substancję, obniżającą ciepłotę (*s. hypothermisante*), natury organicznej. Tę węgiel pochłania, a wyskok osadza, według badań ROGER'a nie przechodzi ona przez błonę dyalizatora.

6) Substancję, wywołującą podniesienie ciepłoty (*hyperthermisante*). Rozpuszcza się ona w wyskoku i przechodzi przez błonę dyalizatora.

7) Wreszcie zaliczyć tu jeszcze można truciznę sercową, mineralną, t. j. potas i truciznę organiczną, również trującą działającą na serce. Występuje ona obficie głównie w chorobach zakaźnych.

Pomiędzy ciężarem właściwym moczu, jego kwaśnością, obfitością moczownika, ilością azotu w ogólności, zabarwienia a toksycznością moczu nie zachodzi, zdaniem ROGER'a, żaden związek. Zdaje się tylko, że istnieje pewien stosunek pomiędzy własnością trującą moczu a ilością kwasów siarczanych sprzężonych [MARETTE], które powstają głównie z fermentacji kiszkowych. Potwierdza to oddawna zrobione spostrzeżenie, iż trujące działanie moczu zależy głównie od rozkładów gnilnych, odbywających się w przewodzie pokarmowym.

Mocz zwierząt jest o wiele więcej toksyczny, aniżeli mocz ludzi, co zależy od wielkiej ilości związków potasowych, przyjmowanych jako pokarm, zwłaszcza u zwierząt roślino-żernych, i wydzielanych z moczem. Toksyczność soli potasowych moczu wynosi 75—80 na 100, podczas gdy u człowieka przypada na potas, jak to powyżej wspomnieliśmy, *maximum* 45 na 100 całej toksyczności moczu. Ta okoliczność wyjaśnia nam, dlaczego mocz zwierząt, żywiących się pokarmami roślinnymi, tak łatwo wywołuje drgawki i śmierć wskutek zatrzymania czynności serca.

Ciekawe są spostrzeżenia, czynione nad wpływem różnych stanów fizjologicznych, nad większą lub mniejszą siłą trującą moczu. Prof. BOUCHARD zwrócił uwagę, że mocz, wydzielany podczas snu, jest mniej trujący, aniżeli oddawany podczas czuwania. *Minimum* toksyczności przypada na okres zasypiania, *maximum* zaś na środek czuwania. Po zmieszaniu zaś dwóch porcji w różnym czasie oddanego moczu, otrzymuje się mocz mniej toksyczny, co zdawałoby się wskazywać, że zawierają one substancje o przeciwnem — antagonistycznym działaniu.

Badanie nad wpływem żywienia i głodzenia wykonywał CHARRIN. Wykazał on, że własności trujące moczu występują w słabym stopniu, skoro się zwierzętom podaje mniej pokarmu, lub skoro się je żywi mlekiem. LAPICQUE i MARETTE zauważyli, iż pod wpływem żywienia mlekiem i ryżem, toksyczność moczu zmniejsza się, gdy tymczasem przy wyłącznie mlecznej dyecie znacznie się powiększa. Ten ostatni nieoczekiwany wynik zasługuje na podjęcie nowych w tym kierunku doświadczeń.

Praca mięśniowa, skoro jest umiarkowana, nie wpływa na zmianę własności trujących moczu, lub też zmniejsza toksyczność [BOUCHARD]. Jeśli zaś dochodzi do zmęczenia, to z początku zmniejsza, a w następnym lub w 3 dniu — zwiększa znacznie siłę trującą moczu [MARETTE] Wreszcie mocz człowieka,



oddawany w czasie pracy mięśniowej, posiada własności ciepłotwórcze (*thermogene*) w wyższym stopniu, aniżeli wydzielany w czasie odpoczynku.

Zdaje się, że toksyczność moczu zależy w pewnej mierze od natężenia spraw organicznych. Bocci, robiąc doświadczenia na żabach, przekonał się, że mocz ludzi młodych i silnych jest więcej trującym, niż mocz kobiet i starców. Mossé, Barral potwierdzili to samo. Mocz dzieci posiada własności trujące w wyższym stopniu, niż dorosłych.

Streszczając wszystko, co powyżej było powiedziane o toksyczności moczu, okazuje się, iż źródłem tejże mogą być:

- 1) Substancje pochodzące z pokarmów, a zwłaszcza potas.
- 2) Inne powstają w przewodzie pokarmowym, pod wpływem mikrobow, stale tam przebywających, stąd zwiększanie się toksyczności z obfitością kwasów siarczanych sprzężonych moczu.
- 3) Wreszcie ostatnem źródłem jest przemiana pierwiastków samej komórki: toksyczność moczu powiększa się, skoro przemiana jest żywsza; przeciwnie zaś z upadkiem sprawy utleniania siła trująca moczu zmniejsza się również [jak u zwierząt zasypiających na zimę].

Lecz nie tylko nerki, ale i inne narządy produkują wydzieliny, które, podobnie jak mocz, posiadają własności trujące; mamy tu głównie na myśli wątrobę [żółć], przewód pokarmowy [śliny, sok żołądkowy], płuca [ $\text{CO}_2$ ,  $\text{NH}_3$ ], skórę [pot].

Taki jest mniej więcej obecny stan naszej wiedzy o toksyczności wydzielin [a zwłaszcza moczu], a którego znajomość jest niezbędną dla wytlómaczenia sobie niektórych objawów klinicznych, dotyczących krwioobiegu i oddechania. W wielu przypadkach, jak to i w naszym miało miejsce, same tylko zaburzenia mechaniczne w krążeniu krwi nie są w stanie wyjaśnić nadmiernie częstego oddechania, występującego w postaci napadu, kilka dni trwającego. W czasie zaś napadu, jak również i przed nim, chory oddawał dostateczną ilość moczu, w którym ściśle badanie chemiczne i drobnowidzowe nie wykryło ważniejszych zmian. Podobnie w płucach nie byliśmy w stanie wyznać odpowiedniej przyczyny do wytlómaczenia sobie niezwyklej duszności: cała powierzchnia oddechowa była zupełnie wolną, nawet żadnych rżężeń nie było słyhać, serce uderzało przytem miarowo i to z niezwykłą nawet siłą. W jaki więc sposób wytlómaczyć sobie taką wyteżoną pracę narządu oddechania?

Niektóre postacie dyssystolii serca, zwłaszcza lewej komórki, występujące u osób starszych w formie napadów, przedstawiają pewne podobieństwo do powyżej opisanych: ogromna duszność, silne, mocno napięte tętno są wspólne obu stanom; w napadach jednak, powstających wskutek ostrej niedomogi serca, mamy do czynienia z obrzękiem płuc, któremu bardzo liczne trzeszczenia i piana, różowo zabarwiona plwocina towarzyszą. Czas trwania takiego napadu jest zwykle krótszy, gdyż albo napad po 1—3 godzinach, lub nawet wcześniej ustępuje ze wzmożeniem się energii serca, albo też kończy się śmiercią, jeśli lewa komórka przejdzie w stan porażenia. Przyczyną, wywołującą napad, bywają zazwyczaj: zmęczenie fizyczne, zaburzenia w trawieniu, wzruszenia mo-



ralne i t. p., czego w naszym przypadku nie było. *Polypnoe* wystąpiło wśród zupełnego spokoju chorego, bez udziału żadnej przyczyny zewnętrznej.

O ostrej niedomodze serca, któraby stała się powodem napadu duszności, nie mogło być mowy, gdyż serce z niezwykłą energią czynność swą odbywało, a wymiary tępości serca nie uległy powiększeniu. Nie mieliśmy więc do czynienia z osłabieniem, z rozszerzeniem mięśnia sercowego. Podrażnienie osrodka oddechowego, *resp. polypnoe* powstało winny sposób. Jakkolwiek zwykle badanie moczu nie wykazało nam nic nieprawidłowego, a ilość dobową nie była zmniejszoną, należy jednak przypuszczać, że w nieprawidłowej czynności nerek upatrywać wypada źródła zaburzeń w oddechaniu. Zbadanie takiego moczu, jakby prawidłowego, na toksyczność byłoby bardzo ciekawem i dałoby niezawodnie dodatnie wyniki. Wskutek miażdżycy tętnic, tak wyraźnie, jak u naszego chorego, rozwiniętej, dowóz odżywczego materiału do tkanek ustroju nie może odbywać się prawidłowo, na czem t. zw. wewnętrzne oddechanie tkanek cierpi; rezultatem zaś tego zaburzenia bywa niedostateczna wymiana gazów pomiędzy krwią a elementami tkanek, *resp.* niedostateczne utlenianie. Tym sposobem powstają uboczne produkty zmienionej przemiany materii, które, dostawszy się do krwi, mogą się stać przyczyną zatrucia ustroju, jeśli nie zostaną z niego wydalone. Jakkolwiek ani białka, ani cylindrów w moczu nie znaleźliśmy, bardzo jednak jest prawdopodobnem, iż miażdżycą tętnic tak wyraźna i rozległa w naczyniach powierzchownych dotknęła zapewne i nerek. Tym sposobem sprawność filtracyjna tychże mogła w pewnej mierze uleść upośledzeniu, a dalszem już następstwem było zatrzymywanie pewnych trujących substancji przemiany materii. Te właśnie substancje, znajdujące się we krwi, mogły działać toksycznie na ośrodek oddechania i naczynioruchowy. Słowem, mielibyśmy do czynienia ze stanem analogicznym z mocznicą. I w rzeczy samej napad przedstawiał wielkie podobieństwo do napadu astmy uremicznej z tą tylko różnicą, iż nie mieliśmy obrzęku płuc, który zwykle mocznicy towarzyszy. A co się tyczy patogenezy, to wszakże i dychawica uremiczna zjawia się często przy dostatecznej, a nawet zwiększonej ilości moczu, a niekiedy nawet w okresie braku białka. Występuje zaś również przy zupełnym spokoju chorego, bez żadnej przyczyny zewnętrznej—często nagle, jakby jakieś wylądowanie przygotowanego zwolna materiału wybuchowego [na podobieństwo t. zw. *Entladungslaesion*].

Ponieważ wobec upośledzonej czynności nerek inne narządy przyjmują na siebie zastępczą pracę wydzielania ze krwi szkodliwych ciał, prawdopodobnie więc w naszym przypadku płuca odgrywały w tym względzie ważną rolę. Pobudzenie osrodka rządzącego oddechaniem do żywszej czynności przyczyniło się bardzo do wytwarzania się samopomocy w ustroju. Przy dłuższem jednak trwaniu pobudzenie to wzbudzało obawę przejścia w stan wyczerpania, porażenia nie tylko osrodka, lecz i mięśni klatki piersiowej, służących do oddechania.

Te same substancje trujące, mogły wywierać również wpływ podrażniający i na ośrodek naczynioruchowy, czego wynikiem było znaczne podniesienie ciśnienia w naczyniach. Było ono tem wydatniejszym, iż serce posiadało dostateczną siłę wobec zwiększonych przeszkód w krążeniu krwi. W celu





*Franciszek Jawdyński.*



więc uniknięcia porażenia ośrodka oddechowego i usunięcia nadmiernego napięcia naczyń, mogącego stać się powodem wylewów krwi, jak również z biegiem czasu—niedomogi serca, wstrzyknęliśmy choremu morfinę. Że w danym przypadku pierwszorzędną rolę odgrywało podrażnienie ośrodka oddechowego, a nie osłabienie przyrządu cyrkulacyjnego, przemawia ujemny wynik, osiągnięty w czasie podawania środków nasercowych, a zwłaszcza naparstnicy.

Zachodzi teraz pytanie: jaki udział przyjmowało serce i naczynia w patogenezie danego obrazu chorobowego?

Z powyżej powiedzianego nie należy wyprowadzać wniosku, iż zaburzeniom cyrkulacyjnym odmawiamy znaczenia w rozwoju choroby. Tak bynajmniej nie jest; chcieliśmy tylko zaznaczyć, iż sam napad wywołany był zatruciem ustroju.

Poprzednio już wspomnieliśmy, iż wskutek sprawy miażdżycowej odżywianie tkanek było upośledzone, co do nagromadzenia się trujących substancji w tkankach i we krwi dało powód. Te same substancje, dostawszy się ze krwią do serca, mogły niekorzystnie na odżywianie samego serca wpływać. Z drugiej znowu strony na kilka tygodni, a nawet miesięcy przed wybuchem napadu *polypnoe*, chory doznawał duszności przy chodzeniu, a zwłaszcza pod górę; sprawność więc serca nie była dostateczną. Z tego też względu podawaliśmy choremu w pewnych odstępach czasu naparstnicę naprzemian z jodkiem potasu, które to środki doskonale znosił. Zresztą jeszcze przed napadem stwierdziliśmy szmer skurczowy u wierzchołka serca, który nie był wprawdzie stałym, lecz którego źródło upatrywaliśmy w przejściowym rozciągnięciu mięśnia lewej komórki, podległej przerostowi. Wobec tego jama przedsionka lewego mogła być siedliskiem zastoju krwi, co znowu nie bywa obojętnem dla małego krwiobiegu. Tym sposobem ucierpiała i w pewnej mierze wymiana gazów w płucach, a nagromadzenie się kwasu węglanego we krwi mogło również przyczynić się do wprowadzenia ośrodka oddechania w stan podrażnienia. Sama jednak przez się, bez udziału innych czynników toksycznych, nie byłaby w stanie doprowadzić do podobnego wybuchu choroby, bo zaburzenia w utlenianiu krwi w płucach nie były znaczne; wreszcie odnieść *polypnoe* tylko do wzmożonej pobudliwości ośrodków mózgowych *per se* nie można było, znając dobrze ustrój chorego. Główna więc rola przypada na wpływy toksycznej natury.

Przypomniawszy sobie różne własności trujące moczu, które poprzednio szczegółowo podaliśmy, łatwo sobie wyobrazić, jakie najrozmaitsze objawy mogą występować, skoro czynność nerek zostanie upośledzoną w wyższym stopniu, aniżeli w naszym przypadku. Wspomnimy tu tylko o wystąpieniu gorączki, drgawek, zwięzienia żrenic, porażenia serca. Natężenie objawów zatrucia ustroju pozostaje w zależności od różnych stanów fizyologicznych: ruchu, snu, diety, na co badania BOUCHARD'a wskazują.

Pomimo uważnego przejrzenia podręczników chorób serca i naczyń i oddzielnych prac, dotyczących patologii krwiobiegu, a zwłaszcza różnych postaci duszności, nie znalazłem nigdzie obrazu przez nas naszkicowanego.



Najwięcej do postaci przez nas opisanej zbliża się t. zw. „*dyspnée ptomainique nocturne*“, którą HUCHARD wyprowadza z zatrucia krwi ptomainami. Występuje ona głównie w nocy i zdradza się obrzękiem dolnych i tylnych części płuc, przekrwieniem wątroby. Napady takiej duszności mogą niekiedy w ciągu kilku tygodni zjawiać się, rozpoczynają się zawsze już wieczorem około godziny 9—10 i trwają do samego rana. HUCHARD przypuszcza, że wskutek niedostatecznego wydzielania się pierwiastków przemiany materii przez nerki w czasie snu, następuje wessanie tychże do krwi, czego następstwem jest duszność. Najlepszym środkiem przeciw takiej duszności ma być użycie większej ilości mleka w wieczornej porze—1 litr pomiędzy 6 a 10 godz.,  $\frac{1}{2}$  litra w czasie nocy. Mleko, działając moczopędnie, jest jednocześnie środkiem eliminującym ze krwi ptomainy. Naparstnica nie przynosi w tym razie żadnej ulgi, przeciwnie wywołuje nawet pogorszenie, podobnie jak to miało miejsce w naszych przypadkach. Tętno bywa także mocno napięte. Jedno i drugie świadczy o istnieniu skurczu naczyń. Ten wspólny objaw w przypadkach HUDHARD'a i naszych nie ulega wątpliwości, tylko że w tych ostatnich był on silniej wyrażony, *polypnoe* nie równie większe i dłużej—bo dzień i noc trwające i nieustępujące pod wpływem diety mlecznej; tylko morfina była w stanie napad duszności usunąć.

Po ustąpieniu napadu duszności najodpowiedniejszą będzie dyeta mleczna, środki czyszczące, jodek potasu lub sodu. Niekiedy zaś wypada uciec się do naparstnicy, skoro tylko wystąpią pewne objawy niedomogi serca. Rzeczą niezmiernie ważną jest uchwycenie odpowiedniej chwili do podania choremu tego dzielnego środka, którego zastosowanie w przypadkach miażdżycy tętnic wymaga wielkiej oględności i doświadczenia. Ponieważ zaś na wystąpienie pełnego działania naparstnicy potrzeba kilku dni czasu, należy więc tembardziej nie zwlekać z jej zastosowaniem, a mianowicie, kiedy ciśnienie boczne w naczyniach zmniejsza się.

[C. d. n.]

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 3. Przypadek zatrucia wyciągiem paproci.

Do najprostszych chyba zadań w praktyce lekarskiej zaliczyć można walkę z wewnątrzakami, *resp.* stosowanie środków przeciwcierwiowych. W przypadkach „robaków“ glistami zwanych (*Ascaris lumbricoides*) matka chorych dzieci same podają pierniczki cytwarowe lub pastylki santoninowe. W przypadkach solitera chorzy wprost zwracają się do apteki po popularne dzisiaj *capsulae contra taeniam*, wyrobu mag. far. MUTNIAŃSKIEGO, zawierające, jak wiadomo, wyciąg z paproci (*extr. Filicis maris aethereum* 8,0 grm. w dwunastu kapsułkach).

Ostrożniejsi, jeżeli kuracyi nie chcą prowadzić „na własne ryzyko, lecz zasiągają wpierw porady lekarza, dostają zwykle też same leki po stwierdzeniu w wypróżnieniach obecności pasożytów całych lub też części. Szczególniej przy ustalonym rozpoznaniu tasiemca wyciągowi paproci lekarze oddają stale pierw-



szeństwo przed innymi pobobnie działającymi lekami (*Punica granatum*, *Kusso*).

I musiał środek ten w rzeczy samej wyświadczyć ludziom wiele dobrego i oszczędzić im niemiłych niespodzianek, jeżeli czytamy o nim same tylko pochlebne wzmianki.

W farmakologii POSNER'a, przyswojonej naszej literaturze przez redakcyę Gaz. Lek. w r. 1870 [tłomaczenie WYRZYKOWSKIEGO], czytamy: „Żadnych niepożądanych przypadłości przy zadawaniu kłębów paproci nie spostrzegamy wcale, tak, że nawet pacyenci bardzo wrażliwi i skłonni do mdłości rzeczony środek znoszą bardzo dobrze“.

„Dawka *extr. Filicis maris aeth.* 10—30 gr. w pigułkach po równych częściach z proszkiem paproci“.

W farmakologii NOTHNAGEL'a i ROSSBACH'a [tłomaczenie z IV wydania niemieckiego], wydanej w r. 1883 przez Gaz. Lek., znajdujemy tę krótką notatkę o działaniu fizyologicznem paproci: „jedynym dotychczas poznanym objawem działania dużych dawek korzeni paproci na człowieka są nudności. Dawka po 0,5—1,5 w pigułkach“.

SCHMIEDEBERG (*Grundriss der Arzneimittellehre*. II wydanie. 1888 r.) powiada: „niekiedy tylko występują po wielkich dawkach objawy otrucia, jako to: mdłości, wymioty, bóle brzucha, rozwolnienie“.

Dawka 2,0—4,0 dla dzieci, 10,0—15,0 dla dorosłych“.

Ja sam kilkakrotnie zalecałem chorym lek omawiany, a parę lat temu sam na sobie miałem możność stwierdzić tak skuteczność, jako też i łagodny sposób działania paproci. W ubiegłym miesiącu miałem jednak po podaniu środka tego przypadek bardzo niemiły, omal że nie bardzo smutny, który tu w paru słowach opowiem.

Panna G., lat 18, tego zbudowana i dobrze rozwinięta, cierpiała od dłuższego czasu na solitera. Oddzielne członki tego pasożyta oglądałem w lecie r. p. podczas dysenterji, jaką przechodziła panna G., lecz przeprowadzenie specjalnej kuracyi odłożyłem do czasu zupełnego powrotu do zdrowia pacjentki. Jakoż w pierwszych dniach grudnia wezwany zostałem ponownie dla przeprowadzenia zamierzonej kuracyi. Dodać winienem, że starszy brat pacjentki cierpiał na tasiemca i pozbył się go dzięki pigułkom z wyciągu paproci.

Stwierdziwszy, że proglotydy tasiemca wydzielają się dość obficie i znalazłszy stan zdrowia pacjentki zupełnie dobrym, przepisałem *capsulae contra taeniam*, zaleciwszy je przyjąć na czczo po dobrem przegłodzeniu się w ciągu całej poprzedzającej doby, a bytność swą obiecałem wieczorem w dniu, w którym przyjętem zostanie lekarstwo. Na kilka jednak godzin przed zamierzoną mą wizytą zostałem zaalarmowany krótką kartką, pisaną przez ojca pacjentki w dwóch słowach: „córka konająca“. Gdym bezzwłocznie udał się na miejsce, zastałem chorą, spokojnie leżącą w łóżku; dowiedziałem się jednak, że w cztery godziny po zażyciu ostatniej porcyi lekarstwa chora dostała bóleści i nudności, wstała z łóżka, sądząc, że zbliża się skutek lekarstwa, lecz bardzo prędko padła na ręce otoczenia w napadzie, który z opisu zupełnie przypominał napad epileptyczny: oczy w ślup, piana w ustach, drgawki kloniczne kończyn, utrata przytomności. Ten to napad wywołał owo alarmujące wezwanie.



Przy zbadaniu chorej znalazłem ją spokojną, lecz silnie osłabioną i stwierdzić przytem mogłem dość rozlaną bolesność brzucha. Następującego dnia bolesność ta była jeszcze bardzo wydatna. Pierwszego dnia zaleciłem czarną kawę, drugiego dnia ciepły okład na brzuch i trochę makowca. Po paru dniach chora przyszła zupełnie do siebie, choć tasiemiec nie został wydalony. Dodać tu muszę, że pacjentka nerwowo obciążoną nie była i żadnych napadów nerwowych poprzednio nie miewała. Znałem ją, jako lekarz, od lat siedmiu.

Ponieważ o przypadkach podobnych nie znalazłem nigdzie żadnej wzmianki, przeto uważałem przypadek mój za zupełnie odosobniony, z którego sobie dobrze sprawy zdać nie umiałem.

W połowie grudnia w jednym z ostatnich numerów „Wiadomości farmaceutycznych“ znalazłem krótką wzmiankę o trzech podobnych przypadkach, które wydarzyły się w Bawaryi i wszystkie trzy skończyły się śmiertelnie. Kliniczne otrucie przebiegało pod formą napadów epileptycznych i wystąpiło po dawkach 8,0 wyciągu. W bardzo ciekawej książce LEVIN'a (*Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. 1893. II Auflage*), która, niestety, zbyt rzadko znajduje się w rękach lekarzy-praktyków i to prawie zawsze po nieszczęśliwych przypadkach dopiero, znajduję kilka interesujących szczegółów, dotyczących się zatrucia paprocią.

„Oprócz szczękościsku, tężca, drgawek częściowych lub ogólnych, robiących wrażenie poczynającego się napadu epileptycznego, na zaznaczenie zasługują objawy ze strony wzroku, spostrzegane kilkakrotnie nawet po niewielkich dawkach wyciągu [4—5 grm.], a mianowicie: osłabienie siły widzenia, dochodzące niekiedy do zupełnej amaurozy, trwającej do dni 14, *nystagmus*“.

I przypadki śmiertelne podług LEVIN'a do rzadkości nie należą.

Adam Ciagliński.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**10. Prof. Paul Reclus [w Paryżu]. Stanowisko obecne chirurgii płuc.** [Według wykładu na IX zjeździe chirurgów w Paryżu w roku 1895].

Po szeregach doświadczeń nad wycinaniem częściowem lub całkowitem płuc u zwierząt, przeważnie u królików, zaczęto stosować zabiegi chirurgiczne w tej dziedzinie u ludzi [pierwszy MOSLER w r. 1873]. Niektórzy [GLUCK] twierdzili, że i tutaj da się zastosować zasada ogólna: „*ubi haemorrhagia, ibi ligatura; ubi tumor, ibi extirpatio; ubi pus, ibi incisio*“.

RECLUS, na mocy statystyki z ostatnich lat dziesięciu starał się wykazać, o ile praktyka zadośćuczyniła teoretycznym wymaganiom.

Cierpienia płuc, w których chirurgia mogłaby okazać się pomocną, podzielił autor na 3 działy: 1) Krwotoki [urazowe i chorobowe]. 2) Guzy [gruźlicze i rakowate] i 3) Jamy czyli kawerny [gruźlicze, bronchiektatyczne, zgorzelinowe, ropnie, torbiele, bąblowce i t. d.]. Każdą z tych kategorii R. rozpatrzył w świetle najnowszej chirurgii.

1) Przypadków chirurgicznego leczenia krwotoków urazowych płuc jest zbyt mało [dwa tylko istnieją spostrzeżenia: jedno OMBONI'ego, drugie DELOR-



me'a], by można wydać sąd o tej metodzie. Śmierć obu powyższych chorych wkrótce po operacji nie powinna, według RECLUS'a, zniechęcać do stosowania zabiegu operacyjnego, a wskazania do niego stawia autor następujące: w przypadkach, w których spokój absolutny ze strony chorego i zamknięcie rany nie powstrzymują krwawienia i choremu grozi niechybna śmierć [bezkrwistość, nagromadzenie się krwi w jamie opłucnej], należy szeroko otworzyć klatkę piersiową i zatamować krwotok, bądź przez podwiązanie, bądź przez ucisk gazą jodoformową. Do tegoż działu należą jeszcze 4 przypadki SIMPSON'a [1890], który próbował leczyć za pomocą przekłucia i aspiracji apopleksję płuc; chorzy rzeczywiście doznali ulgi po operacji, jednak wkrótce zmarli.

II) Pierwsze przypadki wycięcia guzów [gruźliczych] z płuc (*pneumectomia*) należały do KROENLEIN'a [2 przyp.] i RUGGI'ego [również 2 przypadki]. Wszystkie zakończyły się śmiercią chorych, a gdy jeszcze stał się wiadomym ogólnie fakt samobójstwa chirurga BLOCK'a po nieudanem wycięciu u chorego obu wierzchołków płuc, rozwiały się cokolwiek złudzenia w zapatrywaniu się na chirurgiczne leczenie guzów w płucach. Mimo to jednak pojawiały się od czasu do czasu doniesienia o szczęśliwych wynikach wycinania zajętych przez gruźlicę wierzchołków płuc: TUFFIER [1891 r.] i LAWSON [1893 r.] dokonali z pożytkiem dla swych chorych pneumektomii. Od tej pory wszakże nie spotykamy wcale odnośnych przypadków w piśmiennictwie lekarskiem. RECLUS jest tego zdania, że w przypadkach, w których sprawa gruźlica w płucach jest rozlana, zabieg chirurgiczny może przynieść choremu tylko krzywdę; tam zaś, gdzie nacieczenie swoiste jest bardzo ograniczone [w wierzchołkach], większą nadzieję należy pokładać w leczeniu wewnętrznem, jako mniej niebezpiecznem dla chorego.

Jeszcze uboższą jest kazuistyka pneumektomii z powodu właściwych nowotworów. MILTON resekował 5 i 6 żebro, oraz wyciął  $\frac{2}{3}$  zraza płuca prawego. Chory żył po operacji 4 miesiące. KROENLEIN, w przypadku nawrotowego mięsaka klatki piersiowej, zmuszony był wyciąć także kawałek płuca [wielkości orzecha]; chora żyła po operacji kilka lat. MUELLER ogłosił w 1894 r. przypadek resekeyi częściowej płuca, na które nowotwór złośliwy przeszedł z klatki piersiowej; do czasu ogłoszenia tego przypadku, a więc w ciągu sześciu lat, chora czuła się doskonale. WEINLECHNER operował w r. 1882 myksochondromat klatki piersiowej i zmuszony był resekować kawałek [7—8 ctm. długi] płuca; chory zmarł w 48 godzin po operacji [zapaść]. Przypadek DEMONS'a [1886] nie zasługuje na nazwę pneumektomii: DEMONS resekował przy pomocy uciskacza kawałek płuca, które wypadło (*prolapsus*) przez ranę klatki piersiowej. Oto całkowity bilans pneumektomii, jeśli nie wliczymy przypadków usuwania zmartwiałych części płuca przy zgorzeli jego. Wnioski stawia RECLUS takie, że w wyjątkowych razach [nowotwory, przechodzące z klatki piersiowej na płuco] można jeszcze obstawać przy wyluszczeniu, w ogóle zaś postępowanie bierne winno zawsze brać przewagę nad czynnem. Natomiast przy nowotworach złośliwych pierwotnych jest R. zdecydowanym przeciwnikiem chirurgicznej pomocy.



III) Trzecia grupa obejmuje jamy w płucach w najobszerniejszym tego słowa znaczeniu. Liczba odnośnych spostrzeżeń jest nierównie większa, niż w działach poprzednich, co pozwala na wyrobienie sobie lepszego i pewniejszego sądu o danej sprawie. RECLUS dzieli jamy na poszczególne rodzaje.

1) Jamy gruźlicze. Do otwierania ich przystępuje się w wyjątkowych razach: pneumotomia bowiem usuwa jedynie przykre następstwa powodowane obecnością jamy, nie leczy zaś gruźlicy; nadto jest to zabieg względnie niebezpieczny [krwawienia, *pneumothorax*], zwłaszcza że chorzy odnośni zazwyczaj są w okresie charłactwa. To też wielu lekarzy [TAENFERT, BULL, KRECKE, RÜNEBERG, CERENVILLE i t. d.] obecnie zarzuciło tę operację. Od roku 1885 RECLUS zebrał w literaturze ośm przypadków pneumotomii z powodu jam gruźliczych: w sześciu przypadkach była poprawa lub wyzdrowienie, w 2-ch śmierć. Autor jednak sądzi, że brak tu prawdopodobnie wielu przypadków ze smutnym wynikiem.

2) Jamy wskutek rozszerzenia oskrzeli (*bronchiectasia*). Wskazania do pneumotomii są tu takie same, jak przy jamach gruźliczych; wyniki zaś operacji nierównie gorsze, głównie dzięki temu, że *ectasiae* są po większej części liczne, stąd pochodzi, że wysysanie się gnilnych substancji trwa pomimo operacji w dalszym ciągu i prowadzi do śmierci chorego [BULL, RISS, RECLUS]. A jednak statystyka ostatnich 10-ciu lat wykazuje pięć przypadków otwierania jam bronchiektatycznych i we wszystkich otrzymano bądź wyzdrowienie, bądź poprawę.

3) Torbiele bąblowcowe. Z niemi rozpoczyna się szereg chorób, przy których pneumotomia przynosi istotną korzyść. Wprawdzie torbiele bąblowcowe mogą samoistnie zarosnąć (*obliteratio*), lecz spotykamy taki wynik rzadko, a nadto, według NEISSER'a, na 61 przypadków torbieli nie leczonych 36 spowodowało śmierć. Takie same wyniki ogłaszali DAVAINÉ i HEARN [1875], powstając przeciwko zwlekaniu z operacją.

Od r. 1873 pneumotomia przy bąblowcu płuc coraz częściej znajduje zastosowanie; JOHN DAVIES THOMAS zebrał już 33 przypadki, z których w 27 otrzymano wyzdrowienie. LOPEZ, RECLUS w statystykach swoich [z literatury wszechświatowej] otrzymują jeszcze mniejszą odsetkę śmiertelności. Co się tyczy przekłuwania (*punctio*) torbieli bąblowcowych, to, według RECLUS'a, zabieg ten powinien być zarzuconym; daje bowiem znaczną odsetkę śmiertelności. Na 16 przypadków, zebranych przez MAYDLA, w 11 notowano zejście śmiertelne (*pleuritis purul.*, *pneumothorax*, zaduszenie wskutek wpadnięcia pęcherzyków (*hydatides*) do oskrzeli). Na mocy powyższego R. wnioskuje, że przy torbielach bąblowcowych płuc pneumotomia jest jedynym racjonalnym zabiegiem; na 11 przypadków, zebranych przez autora za ostatnie 10 lat, w 9 otrzymano wyzdrowienie, w 2-ch nastąpiła śmierć.

4) Zgorzel płuc. Wyniki operacyjnego leczenia tej kategorii chorób są nieco gorsze, niż przy bąblowcu, ale bo też i śmiertelność z powodu zgorzeli płuc jest znacznie większa [75%], niż z powodu bąblowca [55—65%]. Przecho-  
dząc do statystyki przypadków zgorzeli, leczonych na drodze operacyjnej, widzimy, że już u TRUC'a [1884] odsetka śmiertelności spada z 75% do 50%. Ri-



CHEROLLE [1892] podaje na 31 przypadków—17 wyleczeń lub polepszeń. Wreszcie u FABRICANT'a [1894] zaznaczono na 26 przypadków tylko 10 śmierci. Niewątpliwie wyniki leczenia operacyjnego zgorzeli płuc byłyby jeszcze lepsze, gdyby interniści wcześniej kierowali odnośnych chorych do chirurgów. Po za tem wpływają na rokowanie operacyi inne jeszcze dane: płeć, wiek chorego, przyczyna zgorzeli płuc (*pneumonia fibr.*, *bronchitis putr.*, *corpora aliena*, *bronchiectasia etc.*), wreszcie umiejscowienie ogniska zgorzelinowego.

Ponieważ nie każdy przypadek zgorzeli płuc nadaje się do pneumotomii [np. przypadki zgorzeli rozlanej], przeto należy wyrobić sobie ściśle wskazania do operacyi. RECLUS mniema, że jeśli ognisko zgorzelinowe jest niewielkie i ograniczone, stan ogólny chorego pomyślny, tak, że nie grozi mu posocznica, wreszcie jeśli przytem chory jest osobnikiem młodym, to nie należy spieszyć się z operacją. Przeciwnie, jeśli jama jest dużych rozmiarów, zawartość jej zalega, a organizmowi całemu grozi zakażenie, należy jak najprędzej otworzyć ognisko zgorzelinowe. TRUC uważał za jedno ze wskazań do operacyi umiejscowienie powierzchowne ogniska oraz zrosty opłucnej na wysokości tegoż ogniska. Prawda, że oba te warunki ułatwiają sam zabieg operacyjny, lecz i bez nich można otrzymać doskonałe wyniki [przypadek KRAUSE'go]. Statystyka pneumotomii przy zgorzeli płuc, od czasu ukazania się rozprawy TRUC'a, wykazuje nowych 13 przypadków, z których tylko 2 zakończyły się śmiercią.

5) Ropień w płucach. Doniosłość pneumotomii przy ropniu w płucu jest nie mniej stwierdzona licznymi przykładami, jak i przy zgorzeli płuc. Trafiają się wprawdzie przypadki samoistnego wyleczenia z tej choroby, nie należy jednak liczyć na taki wynik; wyczekiwanie bowiem prowadzi niejednokrotnie do charłactwa chorego, do septycznego zakażenia, lub do ciągłego zaduszania wskutek wylania się ropy do drobnych oskrzeli. Leczenie operacyjne ropni płucnych uprawniło się jeszcze w czasach przedantyseptycznych; to też kazuistyka operacyi tego rodzaju jest bardzo liczną. Z późniejszych statystyk RICHEROLLE'a wykazuje na 27 przypadków operacyi—19 wyzdrowień lub polepszeń; FABRICANT zebrał 38 spostrzeżeń, a pomiędzy niemi znalazł 9 przypadków śmierci. Na wynik pneumotomii wpływa płeć [mężczyźni częściej zdrowieją], wiek [u młodych mniejsza odsetka śmiertelności], a głównie przyczyna ropnia. Co się tyczy wskazań do operacyi, RECLUS jest zdania, że wszelki ropień w płucach powinien być otwierany za pomocą noża. Nie należy czekać aż do pojawienia się gorączki, objawów ropnicy i upadku sił. Wyjątki stanowią bardzo małe ropnie, których zawartość wydostaje się łatwo i szybko przez oskrzela, oraz liczne ropnie. Te ostatnie, na szczęście, spotykamy rzadko. Brak sklejenia [zrostów] listków opłucnej nad ropniem [TRUC] nie uważa R. za przeciwwskazanie do operacyi; można bowiem w takich razach, dla zapobieżenia otokowi płuc ropno-powietrznemu, wykonać operację na dwóch posiedzeniach. Statystyka pneumotomii przy ropniach płuc wykazuje w ostatnich 10 latach 23 przypadki, z których tylko 3 zakończyły się śmiercią.

Innym cierpieniem płuc, wymagającym pomocy chirurgicznej, poświęca RECLUS krótką zaledwie wzmiankę. Do takich należą i ciała obce, które dostały się bądź przez drogi oddechowe, bądź przez klatkę piersiową, promienica płuc i



przepukliny płuc. Następnie R. przechodzi do poglądów swoich na technikę operacyjną.

IV) RECLUS zgadza się z TRUC'EM, że operacje na płucach nie przedstawiają dla specjalisty-chirurga żadnych wyjątkowych trudności. W tych razach, w których mamy na celu zatamowanie krwotoku płucnego, należy otwierać szeroko klatkę piersiową, by ułatwić sobie dostęp do krwawiącego ogniska. Resekcja czasowa, podług DELORME'a, zasługuje pod tym względem na uwagę. Co się tyczy pneumektomii, to technikę operacyjną jej należy modyfikować odpowiednio do danego przypadku; stałych prawideł przy wykonywaniu jej nie posiadamy.

Technika pneumotomii jest opracowaną nieco dokładniej. Cięcie części miękkich prowadzi się w kształcie **U**, **H** lub **T**. Klatkę piersiową należy otwierać szeroko, inaczej dostęp do jamy (*caverna*) będzie trudny i zawartość jej nie będzie miała dobrego ujścia. Należy dokładnie obejrzeć opłucną i przekonać się, czy istnieją, i jakie zrosty, obu jej listków. KRAUSE podaje na to następujący sposób: resekuje dość duże kawałki kilku żeber, usuwa mięśnie międzyżebrowe i obnaża opłucną. Jeśli ta jest zgrubiała, twarda, nieprzezroczysta i białawo zabarwiona, a nadto, jeśli igła, wkluta w to miejsce, pozostaje przy ruchach oddechowych nieruchomą, wtenczas możemy być pewni, że listki opłucnej w tem scu zrosły się, czyli, że niema tam jamy opłucnej, do której by zawartość kawerny mogła się dostać. Lecz co robić w tych przypadkach, w których zrostów opłucnej niema i gdzie przeto choremu grozi po operacji [pneumotomii] *pyopneumothorax*? RECLUS radzi operować na dwóch posiedzeniach, według sposobu, stosowanego przez VOLKMANN'a przy torbielach bąblowcowych wątroby. Jeżeli zaś stan chorego nie pozwala odkładać właściwej pneumotomii, wówczas na pierwszem zaraz posiedzeniu otwieramy opłucną ścienną i przyszywamy brzegi rany do listka trzewowego opłucnej [ROUX], poczem następuje właściwa pneumotomia, t. j. otwarcie jamy w płucu. Siedlisko tej ostatniej winno być dokładnie określone za pomocą przekłucia próbnego; igłę zostawiamy wklutą i prowadzimy cięcie, kierując się ową igłą. Do przecięcia zaleca się szczególnie termokauter w kształcie noża zwyczajnego, skalpela można użyć wyjątkowo wówczas, kiedy ściany kawerny są cienkie i stwardniałe. Gdy jama została już otwartą, wprowadzamy do niej palec i rozdieramy otwór na tępo. Jeśli istnieją wtórne jamy, rozrywamy ostrożnie przegrody paznogciem; należy przytem zwracać uwagę, by nie porozrywać grubszych naczyń krwionośnych.

Bywa tak, że przekłucie próbne daje wynik ujemny, a mimo to pneumotomia przynosi korzyść choremu. Objaśnia się to w ten sposób, że ropienie w jamie trwa dalej i rozszerza się w kierunku najmniejszego oporu, t. j. w kierunku do rany ciętej płuca, wreszcie ropa, przebiwszy ścianę rany, wylewa się w nią. Znane są przypadki [GROUBÉ, JAYMES, NUNBERG, CAYLEY, QUINCKE], w których ropa pokazuje się w ranie dopiero w kilka lub kilkanaście dni po przecięciu płuca.

Jamę po otwarciu należy troskliwie sączkować [sączki kauczukowe i gaza jedwabna]. Przemywaniu jamy płynami przeciwnymi, nawet pod słabem ciśnieniem, przeciwną jest większość chirurgów. Najlepiej jest wysuszyć delikatnie ściany jamy za pomocą gazy odkażonej.

(*Therapeut. Woch. N. 43. 1895*).

W. Żurkowski.



**10. Delie. O wrzodzącym, torebkowatym zapaleniu migdałka. (*De l'amygdalite folliculaire ulcérée*).**

W pracy pod przytoczonym powyżej mianem autor zwraca uwagę na rzadką formę torebkowatego zapalenia migdała z owrzodzeniem *sui generis*, które przy odpowiedniej interwencji leczniczej przebiega nader szybko z pomyślnym zejściem

Przebieg tej postaci jest następujący. Chorzy skarżą się na dokuczliwy, strzelający ból przy polykaniu, umiejscowiony w okolicy kąta dolnej szczęki, dochodzący do samego ucha, na nadzwyczajną wrażliwość przy paleniu tytoniu i spożywaniu ostrych pokarmów. Cierpienie samo przebiega bez gorączki. Przy badaniu gardła chorych znajdujemy, co następuje. Na mniej lub więcej powiększonym migdałku w samym jego środku widnieje głębokie, kraterowate owrzodzenie, mające od 5—10 mm. średnicy z brzegami nieprawidłowo ściętymi ku górze, wolnymi od wszelkiego nacieczenia, zabarwionymi na czerwono; dno owrzodzenia pokryte serowato-żółtą, słabo przylegającą, cuchnącą masą. Tkanka migdałka około samego owrzodzenia nie przedstawia żadnej zapalnej reakcji.

Forma wrzodu bywa zmienną; najczęściej okrągłą lub owalną. W niektórych przypadkach autor obserwował kilka owrzodzeń na jednym migdale, oddzielonych jedno od drugiego mniej lub więcej normalną tkanką migdała. Jednoczesnego cierpienia obudwu migdałów autor nie spostrzegł. Rokowanie przy omawianym cierpieniu jest bezwzględnie pomyślnem; przebieg najwyżej kilkodniowy.

Co się tyczy leczenia, to autor stosował w obserwowanych przez siebie przypadkach płukanie dezynfekującymi środkami z następczem traktowaniem owrzodzeń rozczyntem kwasu karbolowego w glicerynie [1:20—1:30].

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to: 1-o. owrzodzenia gruczołowe różnią się swą charakterystyczną formą i rozwojem; ogólny stan chorych daje także ważne punkty wytyczne dla dyagnozy.

2-o. Przy twardym szankrze owrzodzenie jest bardziej powierzchownem, reakcyja obwodowa dosyć dużą, gruczoły podżuchwowe powiększone; ważną rolę gra tu też brak innych objawów syfilisu i wywiady.

3-o. Gumat syfilityczny, umiejscowiony na migdale, może w okresie rozpadu wzbudzać wątpliwość co do rozpoznania, jednak długotrwałość tego cierpienia, nacieczenie sąsiednich tkanek, uporczywość w leczeniu i inne objawy syfilisu umożliwiają rozpoznanie.

4-o. Przy raku migdała podmiotowe i przedmiotowe objawy są zbyt charakterystyczne, aby nas w błąd mogły wprowadzić; w wątpliwych przypadkach drobnowidz rozstrzyga sprawę.

W końcu swej pracy autor przytacza kilka obserwowanych przypadków, których przebieg kliniczny był zupełnie identyczny z wyżej przytoczonymi. Wszystkie przypadki przy odpowiednim leczeniu dały zejście pomyślne.

*Adam Kohn.*



12. E. Moure. O ostrem, wrzodzącym zapaleniu migdałów. (*De l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aigüe*).

Sprawa, o której mowa, powstaje najczęściej skrycie, niepostrzeżenie dla chorych: gdy przeszkoda przy polykaniu i ból gardzieli zwrócą uwagę chorego, cierpienie jest już w całej pełni swego rozwoju. Widzimy wtedy na jednym, rzadziej na obu migdałach jednocześnie, szarawe owrzodzenie, pokryte serowatym, słabo przylegającym nalotem, po zdjęciu którego oczom naszym przedstawia się czerwona, nierówna, krwawiąca powierzchnia. Brzegi owrzodzenia są zawsze bardzo wyraźnie zarysowane, ostro ścięte, czerwone i nieznacznie opuchnięte; pozostała część migdała nie przedstawia objawów zapalenia i nie jest wcale powiększona: mamy więc tu do czynienia ze sprawą czysto miejscową i rozwijającą się w jednej tylko lub najwyżej w kilku kryptach, bez udziału przyległych części. Bardzo często przytem język test nieco obłożonym, a oddech chorego złowonnym. Niekiedy znajdujemy na jednym migdale dwa albo nawet trzy wrzody, oddzielone cząstkami gruczołu, słabo dotkniętymi zapaleniem. Wrzody te, rozwijając się każdy z osobna, nie mają dążności do połączenia się w jeden; często nawet przedstawiają one rozmaite stopnie rozwoju: gdy jeden zbliżnia się, drugi jest w całej pełni rozwoju. Forma wrzodu bywa zmienną, ale wogóle, pomimo nierówno postrzępionych brzegów, ogólny zarys wrzodu bywa owalny lub okrągły. Wrzód zawsze bywa głębokim, niekiedy zajmuje całą grubość migdała. Łuki podniebienia znajdujemy zwykle niezajętymi, rzadko bardzo przedstawiają i one ślady odczynu zapalnego. Jakkolwiek sprawa cała jest czysto miejscową, jednak chorzy doświadczają zwykle uczucia znużenia i skarżą się na ból głowy i rozłamanie; gorączkę jednak i inne objawy ogólne rzadko można zauważyć.

Zaburzenia czynnościowe zauważyć można w czasie powstawania wrzodu i wraz z nimi też stopniowo znikają. Cała sprawa ma przebieg kilkodniowy z pomyślnem zwykle zejściem. Nawroty, jakkolwiek są możliwe, nie stanowią jednak pravidła i autor posiada jedno tylko tego rodzaju spostrzeżenie, w którym cierpienie powróciło po kilku miesiącach, występując na migdale przeciwnym.

Przytoczony powyżej przebieg i charakterystyczne cechy ostrego, wrzodzącego zapalenia migdałów dowodzą, iż mamy tu rzeczywiście do czynienia z postacią zupełnie nową, zasługującą na wyosobnienie z szeregu innych cierpień migdałów. Owrzodzenia wilkowe różnią się od omawianej formy dążnością do rozszerzania się na cały migdał; brzegi ich są zazwyczaj silnie zaczerwienione; zarysy wrzodu są mniej wyraźne, powierzchnia zaś ich pokryta jest różowemi ziarninami, które znikają, poczynając od brzegów; przebieg wrzodzeń jest powolny, skryty. Oprócz tego pierwotny i odosobniony wilk migdałów jest cierpieniem dość rzadkiem.

Żadnego również nie przedstawiają podobieństwa z omawianą sprawą owrzodzenia rakowate i inne nowotwory złośliwe, ani pod względem charakteru makroskopowego, ani pod względem rozwoju.



Co się tyczy ostrych zapaleń migdałów, to mają one zbyt ściśle określony charakter, by je wziąć można za czysto miejscową sprawę chorobową. Pewne, chociaż dosyć odległe podobieństwo do niej przedstawia szankier migdałów, na co niejednokrotnie zwracali uwagę FOURNIER i DIEULAFOY, lecz cechy miejscowego zakażenia występują przy szankrze wyraźniej, cała tkanka migdała jest opuchniętą, a i podniebienie miękkie i łuki przednie przyjmują czynny współdział w całej sprawie; głos bywa stłumionym, gruczoły opuchniętymi w sposób wielce charakterystyczny dla tego cierpienia i sprawa trwa całymi tygodniami. W wątpliwych przypadkach wywiady rozstrzygają rozpoznanie.

Co się tyczy tak zwanych lepieży płaskich, to nawet u namiętnych palaczy tytoniu są one bardziej powierzchowne, rozciąglejsze i uporczywsze, niż omawiane przez nas cierpienie.

Gumaty w okresie rozpadu mają, ze względu na swój wygląd zewnętrzny, najwięcej podobieństwa do omawianego cierpienia; różnią się jednak tem, że nie gnieżdżą się w środku migdała, ale u jednego z jego brzegów, przechodząc na łuki, podniebienie miękkie, podstawę języka, a nie leczone sprawiają obszernie spustoszenia, pozostawiając po sobie znane powszechnie blizny i zrosty. Brzegi wrzodu syfilitycznego są mniej lub więcej zaczerwienione, nacieczone, w stanie zapalenia, czego nigdy nie spotykamy przy omawianem owrzodzeniu. Oprócz tego gumat przebiega wolniej i trwa dłużej, a źródło jego daje się zazwyczaj odnaleźć drogą wywiadów. Nie bez znaczenia również dla różniczkowania jest wiek chorych: gumaty spotykamy zwykle po 30 roku życia; wrzodziejące zaś zapalenie migdałów najczęściej między 18—25 rokiem życia.

Przechodząc do etyologii i patogenezy omawianego cierpienia, autor konstatuje fakt, że obserwowane przez niego przypadki dotyczyły przeważnie ludzi młodych i przypadają na wiosnę lub jesień. Autor nie spotykał cierpienia tego u dzieci, chociaż nie przypuszcza, by i one nie mogły mu podlegać. Nie spotykał go również u osób w wieku podeszłym, co objaśnia przypadającym na ten czas przerostem włóknistym tkanki migdałów. Większa część spostrzeżeń autora dotyczy studentów 2—3 kursu medycyny, co stoi zapewne w związku z przebywaniem tych osobników w miejscach mniej lub więcej zakażonych [prosektorya, kliniki]. Dosyć często cierpienie towarzyszy wyrzynaniu się zęba mądrości, w innych zaś razach poprzedza je nadmierny wysiłek fizyczny. Cierpienie występowało tak u osobników, obdarzonych przerosłymi migdałami, jak i u takich, u których migdały były bardzo małe.

Badania drobnowidzowe nie wykryły żadnego swoistego drobnoustroju dla tej sprawy, co skłania autora do przypuszczenia, że przyczyny cierpienia tego, na równi z innymi postaciami zapaleń migdałów, szukać należy w różnych pasożytach [paciorkowce, gronkowce]: pasożyty te, przebywając stale w jamie ustnej, ujawniają swe istnienie w czasie osłabionej ogólnej odporności ustroju, lub też pod wpływem miejscowego podrażnienia. Za takie właśnie podrażnienie uważać należy tutaj nadmierne nagromadzenie wydzieliny w kryptach, zatkanie ich z następczem nadmiernem rozciąganiem przeladowanych torebek, których przegrody pękają: wytwarza się wskutek tego jama, napełniona rozpadem



nabłonkowym, pokryta z powierzchni cienką błoną, po uszkodzeniu której powstaje wrzód kraterowaty.

Mamy tu więc, zdaniem autora, spotęgowanie tego, co SOKOŁOWSKI i DMOCHOWSKI opisali pod nazwą *tonsillitis lacunaris chronica desquamativa exacerbata*. Co się tyczy leczenia ostrego, wrzodziejącego zapalenia migdałów, to najlepsze i najszybsze rezultaty osiągał autor przy miejscowem stosowaniu 5% roztworu chlorku cynku. Oprócz tego baczyc należy na staranne oczyszczanie gardzieli od produktów zgorzeli migdałów, co osiągamy za pomocą częstych płukań roztworem kwasu borowego. Pod koniec sprawy znakomitą usługę okazują chorym płukania rozcieńczonym alkoholem.

Na dowód, iż obserwowana i opisana przez autora postać chorobowa należy do form całkiem nieznanych w literaturze, autor poddaje krytycznej ocenie cały szereg prac, mających za przedmiot cierpienie migdałów: w żadnej z nich nie znajduje autor działu, pod który możnaby tę postać podciągnąć. Przegląd literatury kończy autor cytata z wykładu prof. FOURNIER'a, który, uznając formę przez autora badaną za zupełnie samoistną, ubolewa, że ta nader ciekawa postać zapalenia migdałów nie jest dotychczas ani dokładnie opisaną, ani osobnej nie posiada nazwy.

(*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*. 18). A. Zięciakiewicz.

### 13. D-r Mendel. O wrzodziejącym, szankrowatym zapaleniu migdałów. (*De l'amygdalite ulcéreuse chancriforme*).

Ze wszystkich szankrów, występujących po za obrębem narządów płciowych, najwięcej trudności przy rozpoznawaniu nastrocza szankier migdałów. Cierpienie to występuje pod najrozmaitszemi postaciami, uniemożliwiającemi absolutną pewność rozpoznania. Autor zwraca uwagę na jedną wrzodziejącą postać zapalenia migdałów, która, mając bardzo wiele cech wspólnych z szankrem, przebiega w sposób następujący: na migdale zjawia się małe, okrągłe głębsze lub płytsze owrzodzenie, pokryte brudno-białawym, słabo przylegającym nalotem; brzegi wrzodu są stwardniałe i dookoła nich na pewnej przestrzeni widnieje zapalna reakcja.

W odpowiedniej okolicy podszczękowej znajdujemy kilka gruczołów słabo powiększonych, ruchomych. Z subiektywnych objawów konstatujemy jedynie znaczną trudność przy połykaniu. Cierpienie przebiega bez gorączki. Wrzód nie ujawnia dążności do rozszerzania się i przy odpowiedniem leczeniu znika w ciągu tygodnia. Rozpoznawanie waha się między gruźlicą, syfilisem i szankrem miękkim: przypuszczenie co do pierwszej upada w obec formy i szybkiego rozwoju owrzodzenia oraz zadawalającego stanu chorego.

Umiejscowienie owrzodzenia w środku migdała, brak dążności do rozszerzania się na części sąsiednie, szybki przebieg w połączeniu z wywiadami uchronią nas od przyjęcia owrzodzeń za gumat w okresie rozpadu. Przostaje szankier; głębokość wrzodu, owalny lub okrągły zarys, stwardniałe brzegi, umiejscowienie najczęściej jednostronne: oto cechy wspólne obu tym sprawom. Różni się zaś od szankra omawiana postać zapalenia migdałów dwiema głównie cechami: popierwsze, nader nieznacznem opuchnięciem jednego lub dwóch



gruczołów podszczękowych, gdy przy szankrze na odpowiedniej stronie mamy guz wielkości gołębiego jaja; powtórnie, szybkim rozwojem i przebiegiem, gdyż cała sprawa kończy się w ciągu tygodnia. Co się tyczy istoty tej osobliwej sprawy, to obecność białawych, małych nadżarć, dostrzeżonych przez autora na nagłośni u jednego z pacjentów, naprowadza go na domysł, iż cierpienie przedstawia szczególną postać  $\frac{1}{2}$  wyprysku (*herpes*), którego okres pęcherzykowy przeszedł niepostrzeżenie.

(*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*. 18). A. Zięciakiewicz.

#### 14. Nestor Tirard. Przypadek tężca, leczonego swoistą antytoksyną, zakończony wyzdrowieniem.

Cztery i pół roku mająca dziewczynka, biegając bosą, skaleczyła lewą nogę kawałkiem szkła, które natychmiast z rany usunięto. Nogę owinięto i po kilku dniach dziecko, na pozór zupełnie zdrowe, zaczęło na nowo chodzić.

Chora jednak w 10 dni po skaleczeniu straciła humor i łaknienie, a prawie w 2 tygodnie od wypadku dostała napadu bardzo mocnych drgawek.

Wezwany lekarz zalecił podawanie wodanu chloralu w ilości 6 gr. co 4 godziny. Przez następne 2 dni napady mocnych drgawek były nader liczne. Wówczas odwiedził autor chorą, którą znalazł leżącą w opistotonusie; na twarzy mocne sińce; gałki oczne zwrócone ku górze; łącznice zupełnie nieczułe. Tętno promieniowe niewyczuwalne, oddech całkowicie wstrzymany. Wysłuchiwanie serca wykryło bardzo słabe skurcze tęż.  $\frac{1}{2}$ .

Zastosowano gorącą kąpiel. Pod jej wpływem zjawily się ruchy oddechowe, tętno i ogólny wygląd dziecka znacznie się polepszyły. Mięśnie tak tułowia, jak i kończyn pozostały w tymże stopniu skurczone i sztywne. Oddechanie polegało całkowicie na działalności mięśni międzyżebrowych. Na lewej stopie widać było głęboką ranę, długą na 3 centymetry, skośnie przebiegającą z wewnętrznej powierzchni na podszwę. Ciało obcego ani w samej ranie, ani w pobliżu tejże nie wyczuwano, obrzmienia lub bolesności wzdłuż naczyń chłonnych badanie nie wykrywało.

Podawanie zalecanego chloralu było bardzo uciążliwe, gdyż natychmiast powodowało wystąpienie bardzo mocnych drgawek. Wobec tego zatelegrafował autor do Londynu o przysłanie mu toksyny przeciwżęzcowej.

Zanim ją otrzymał, miała pacjentka 3 duże napady i liczne drobne, które poprzedzał krótki, przytłumiony krzyk, i które polegały na krótkotrwałym zesztynieniu tułowia i kończyn, zatrzymaniu ruchów oddechowych. Stan ogólny dziecka nie pogarszał się: było ono przytomne, było w stanie wymawiać krótkie zdania, prosząc przeważnie o mleko do picia. Usta mogło otwierać nie więcej niż na  $\frac{1}{4}$  cala szeroko.

Do pierwszego wstrzyknięcia antytoksyny autor użył 10-ciu gran leku, rozpuszczonego w drachmie wody. Na miejscu wstrzyknięcia powstało obrzmienie, powoli zmniejszające się w swej objętości. Przez całą noc stan dziecka nie zmienił się. Miało ono 2 tylko napady drgawek słabszych, niż poprzednio.



Nazajutrz rano wstrzyknięto lek w ten sam sposób i w tej samej ilości. Ciepłota ciała nie zmieniła się, wystąpiły natomiast obfite poty na głowie i tułowiu. Dziecko piło mleko chętnie w dużej ilości. Tętno było dobre. Było tylko kilka drobnych napadów. Toniczny skurcz mięśni trwał w dalszym ciągu.

Wieczorem zrobiono 3-cie takie samo wstrzyknięcie. Całą noc było dziecko bardzo niespokojne; nad ranem 2 dość mocne napady drgawek.

Nazajutrz zrana po raz 4-ty wstrzyknięto 10 gran antytoksyny. Przez cały ten dzień miało się dziecko daleko lepiej; niepokojącą jednak była wzrastająca szybkość tętna. Uda, gdzie robiono wstrzykiwania, przedstawiały znaczne obrzmienie i sińce, jak po mocnem stłuczeniu, dla tego właśnie powodu chciał autor następne, 5-te wstrzyknięcie zrobić w pośladek. Gdy jednak zaczęto obracać dziecko, a to w celu uskutecznienia zamiaru, wystąpił niezwykle silny napad drgawek, oddech ustał, wargi i cała twarz zsiniały, łącznice stały się niewrażliwe, a dziecko robiło wrażenie, jakby żyć przestało. Pospieszne atoli zastosowanie gorącej kąpeli usunęło powoli groźne objawy. Lek wstrzyknięto w przednią powierzchnię lewego uda tuż nad nad kolanem. Noc przeszła spokojnie.

Szóste, a zarazem ostatnie wstrzyknięcie antytoksyny zrobiono następnego dnia zrana w prawe udo. Mięśnie łydki znaleziono w dniu tym daleko mniej napięte, a usta mogło dziecko daleko szerzej otwierać. Wieczorem miała chora skórę zaczerwienioną i pokrytą licznymi potówkami i uskarżała się na ból głowy. Ciepłota ciała 38,4° C., tętno 144. Dziecko bardziej niż poprzednio osłabione. Prócz mleka zaczęto podawać chorej wódkę.

Następnego dnia zrana ciepłota ciała równała się 38,6° C., tętno pozostawało, jak wyżej. Stolce po-lawatywece z gliceryny. Obrzmienie dokoła miejsc wstrzykiwań znikło prawie zupełnie, znaleziono tu natomiast pokrzywkę.

Wczesnym rankiem następnego dnia miała pacjentka słabego natężenia skurcz opistotoniczny. Przy oglądaniu chorej w kilka godzin potem, znaleziono, że łydki i uda można było zginać, mięśnie żwacze były mniej napięte. Ściana brzuszna pozostawała jednak napiętą i chora uskarżała się przytem na ból w nadbrzuszu. Wystąpił nowy objaw: nadmierne wydzielanie się śluzu z jamy ustnej. Nagromadzenie się tegoż w jamie ustnej było dla chorej bardzo przykre; tymczasem wysiłek użyty w celu wyplunienia cieczy powodował drobne napady drgawek. Wieczorem ciepłota ciała 38°.

Następnego dnia dziecię ciągle spało, budzone jedynie przez drobne napady drgawek. Nadmierne wydzielanie się śluzu trwało przez cały ten dzień, jak również i przez kilka następnych.

Ciepłota ciała w dnia 4 września opadła do 37,5° C. i odtąd wróciła do stanu prawidłowego. Tętno poprawiało się coraz bardziej. Od czasu do czasu męczyły jeszcze chorą słabe napady drgawek. Mięśnie stopniowo traciły swoją sztywność, tak, że po upływie kilku dni swobodnie poruszało się dziecko w łóżku, mogło przy pewnej pomocy siedzieć; mięśnie zwieszanej goleni były zupełnie miękkie. Odtąd stopniowo dziecko przychodziło do zdrowia.