

GAZETA LEKARSKA

I. O WAHANIACH POBUDLIWOŚCI OŚRODKÓW RUCHOWYCH w MÓZGU i O ZMIANACH PRZEJAWÓW, OTRZYMANYCH PRZEZ PODRAŻNIENIE KORY MÓZGOWEJ PRZY DZIAŁANIU ROZMAITYCH CZYNNIKÓW.

Podał

A. Szpanbok.

Równocześnie z odkryciem przez HITZIG'a i FRITSCH'a w r. 1870 ośrodków psychomotorycznych rozpoczęły się badania nad kwestyą, w jakich warunkach pobudliwość tych ośrodków ulega zmianie, jakie czynniki osłabiają pobudliwość, a jakie ją wzmagają. Już same warunki, w których dokonywane były doświadczenia [stosowanie narkozy] zmusiły FRITSCH'a i HITZIG'a (1) do wyjaśnienia wpływu narkozy na zmiany pobudliwości kory mózgowej. Od tego czasu prowadzono w tym kierunku cały szereg badań doświadczalnych.

Przypatrzmy się wynikom, jakie w tych doświadczeniach osiągnięte zostały.

Będziemy się starali w szkicu niniejszym przytoczyć wszystkie te prace, w których badacze doszli do wniosków, że wzmoczenie i osłabienie pobudliwości kory mózgowej zachodzi zarówno pod wpływem przyczyn ogólnych, działających na ustrój, jak pod wpływem miejscowych przyczyn, oddziaływających pośrednio czy bezpośrednio na mózg i ośrodki ruchowe. Przyczyny te mogą być: fizyczne, chemiczne, fizyologiczne i patologiczne.

A) **Metodyka doświadczeń.** Wpływ różnych czynników bywał określany na podstawie minimalnych ruchów, zachodzących przy podrażnieniu kory mózgowej przez prąd elektryczny i notowanych albo w drodze bezpośredniej obserwacji, albo zapomocą krzywych, odtwarzanych przez umocowany mięsień, t. j. na podstawie terminu zjawiania się odczynu, długości i charakteru skurczów mięśniowych. Ostatni z wymienionych sposobów

posiada tę niewygodę, że samo umocowanie mięśnia nie przechodzi bez wpływu na wyniki doświadczenia; wygodniej przeto dokonywać obserwacji na obwodowych odcinkach narządu ruchowego, znajdującego się w warunkach normalnych. W niektórych przypadkach czyniono wnioski na zasadzie zmiany najmniejszej siły prądu, potrzebnej do wywołania napadu padaczkowego, przyczem notowano krzywą drgawki określonego mięśnia.

Próbowano również wnioskować o zmianach pobudliwości kory mózgowej na zasadzie zjawisk elektroruchowych, wykazywanych przez bardzo czuły galwanometr D'ARSONVAL'a - WIEDEMANN'a, połączony z korą mózgową zapomocą nieulegających polaryzacji elektrodów; ale w okolicy ruchowej prądu działania są niestałe i wskutek tego nie możemy określić, na czym polegają te zmiany, czy na wzmożeniu, czy na osłabieniu pobudliwości. Tylko w przypadku zniesienia pobudliwości do zera, jak np. w doświadczeniach BECK'a (2), TRIVUS'a (3) i DANILEWSKIEGO (4), przy głębokiej narkozie od morfiny albo od chloroformu można było określić, w jakim stanie znajduje się pobudliwość kory mózgowej, ponieważ wówczas nie wykazywano już żadnych prądów działania.

B) W p ł y w c z y n n i k ó w f i z y c z n y c h. Co się tyczy czynników fizycznych, badania polegały przeważnie na oddziaływaniu elektrycznym i termicznym; w mniejszym stopniu badacze zajmowali się innymi kwestyami, jak np. kwestyą wpływu na korę mózgową ciśnienia lub leczniczego zabiegu wibracji.

Na pierwszym miejscu należy wymienić HITZIG'a (5), który wykazał, stosując prąd galwaniczny, iż anod wzmacnia pobudliwość kory mózgowej, gdyż pod wpływem działania anodu na ośrodek ruchowy odczyn minimalny otrzymać można od prądu faradycznego siły subminimalnej, podczas gdy katod nie daje tego wyniku; pobudliwość przeto wzrasta pod wpływem anodu.

Wyniki te nie zgadzają się z wynikami innych badań. GERBER (6), stosując katod w okolicy różnych ośrodków ruchowych, przekonał się po określeniu najmniejszego prądu, wywołującego odczyn, że teraz skutek działania prądu faradycznego okazuje się widoczniejszym; jeśli zaś stosować anod, to skutku nie otrzymuje się wcale. Na tej podstawie przypuszcza autor, że anelektroton wzmacnia pobudliwość, katelektroton zaś osłabia.

Mysłmy (7) w laboratorium ŁUKIANOWA doszli na podstawie doświadczeń, że pobudliwość ośrodków ruchowych wzrasta w miejscu przystawienia katodu, gdyż minimalny odczyn ruchowy otrzymuje się pod wpływem działania prądu subminimalnego; przy stosowaniu anodu pobudliwość słabnie, gdyż odczyn minimalny otrzymujemy tylko pod wpływem silniejszego, niż przed galwanizacją, prądu faradycznego.

Żukow (8) zauważył, że jeśli wywołać napad padaczkowy drogą podrażnienia kory mózgowej, a potem anodem galwanizować jakikolwiek ośrodek ruchowy, to w odpowiedniej grupie nerwowo - mięśniowej drgawki słabną, a zatem anod osłabia pobudliwość ośrodka ruchowego.

HITZIG — według GERBER'a — dlatego doszedł do wyników wprost przeciwnych, że w wynikach jego doświadczeń widać było nadto wpływy długotrwałości podrażnień i obnażenia kory.

Badania nad działaniem prądu faradycznego dają możność stwierdzenia, że zmiany pobudliwości kory mózgowej zależą zarówno od siły prądu, jak i od długotrwałości oraz sposobu stosowania. Przyrost jest wogóle możliwy tylko do pewnego stopnia.

Na zasadzie wszystkich znanych doświadczeń można utrzymywać, że pobudliwość kory mózgowej wzrasta pod wpływem prądu faradycznego, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie stosowano prąd subminimalny.

Prąd minimalny, jak również silne prądy elektryczne oraz prąd, wywołujący drgawki padaczkowe, wzmagają pobudliwość kory [ORSZANSKIJ (9), BUBNOW i HEIDENHAIN (10)]. Prąd subminimalny, stosowany kilkakrotnie, daje odczyn, ale to wskutek tego, że podrażnienia sumują się [ORSZANSKIJ, BUBNOW i HEIDENHAIN].

Silny prąd wzmagają pobudliwość, jak to jest oczywiste już z tego, że po 1-sze: po stosowaniu jego odczyn otrzymać można od słabszego prądu, niż jeśli rozpocząć doświadczenie od prądów subminimalnych [BUBNOW i HEIDENHAIN, TUMAS (11), ROSENBACH (12)], po 2-gie: silny prąd, kilkakrotnie stosowany wywołuje za każdym razem odczyn silniejszy [BUBNOW i HEIDENHAIN]; po 3-cie: po uprzednim stosowaniu silnego prądu, wywołującego napad padaczkowy, można otrzymać nowy napad nawet od prądu minimalnego [ROSENBACH (13), OSIPOW, BORISZPOLSKIJ (14)]. Ale zanadto długotrwałe oddziaływanie prądu, a zwłaszcza powodujące drgawki, usposabia do następczego osłabienia pobudliwości.

VARIGNY (15) skonstatował zmniejszenie pobudliwości kory mózgowej od długotrwałego stosowania prądu; HITZIG również zauważył osłabienie pobudliwości od stosowania prądu, wywołującego tężec mięśnia. FRANCK i PITRES (16), ORSZANSKIJ, ROSENBACH, OSIPOW i BORISZPOLSKIJ, po kilkakrotnie wywołanych drgawkach padaczkowych pod wpływem prądu galwanicznego, stwierdzili osłabienie pobudliwości kory mózgowej na czas jakiś nawet do zera. BECHTEREW (17) skonstatował osłabienie pobudliwości w stanie śpiączki, która następuje po napadzie padaczkowym, wywołanym przez prąd faradyczny. Następce osłabienie pobudliwości — to przejaw wycieńczenia i wyczerpania mózgu.

Z działaniem elektryczności na pobudliwość mózgu stoi w pewnym związku oddziaływanie ROENTGEN'a na ośrodki ruchowe. PUSSEP (18), który badał wpływ tych promieni w warunkach, odpowiadających praktycznemu ich stosowaniu [w celu np. rozpoznawczym], przyczem promienie padały na mózg przez kości czaszkowe z odległości 10 centm., stwierdził że pobudliwość kory mózgowej wzrasta od tych promieni, oraz że trwałość i stopień przyrostu zależy w pewnej mierze od tego o ile działanie promieni było długotrwałe i stosowane kilkakrotnie.

Zmiana pobudliwości ośrodków psychomotorycznych zachodzi i pod wpływem promieni radu, których działanie studyował ŻUKOWSKI (19) w sposób następu-

jący: otwór trepanacyjny pokrywał cieniutką płytką miki, a na nią nakładał pudełeczko ebonitowe z bromkiem radu [10 — 15 mgr.], przyczem pokrywka mikowa pudełeczka zwrócona była do kory mózgowej. Skutkiem działania promieni radu otrzymano chwilowy przyrost pobudliwości; stopień przyrostu zależał od ilości preparatu i od jego radioaktywności.

Przejdźmy teraz do wpływów termicznych.

Sposoby, w tym razie stosowane, są dość różnorodne. Jedni badali wpływ ciepłoty, działając na cały ustrój, inni oddziaływali miejscowo tylko na korę mózgową, stosując np. wodę zimną, lód, mieszaninę ochładzającą albo ulatniającą się z powierzchni mózgu różne ciała chemiczne. Nie podobna, rzecz prosta, uważać za przekonywające te doświadczenia, w których ochładzającą mieszaninę przykładano wprost do kory, gdyż w tych przypadkach należałoby przyjąć w rachubę prócz termicznego i chemicznego działanie.

Wpływ ogólnego ochładzania badał UNVERRICHT (20) i my (21). UNVERRICHT dokonywał doświadczeń w zimnem pomieszczeniu, przyczem ogólna ciepłota zwierzęcia spadała mniej więcej do 35° C. Pobudliwość okazała się silnie osłabioną; padaczki nie udało się otrzymać. UNVERRICHT przypuszcza, że w danym przypadku prócz ochłodzenia ciała wywierał wpływ jeszcze inny czynnik, gdyż przy doświadczeniu stosowano morfinę. Gdy jednak zważymy, że spadek pobudliwości był znaczny, od małych zaś dawek morfiny, używanych do narkozy przez badaczy, zwykle nie otrzymuje się takiego znacznego osłabienia pobudliwości, to koniecznem się wydaje przyznanie roli w zmniejszeniu pobudliwości mózgu i ogólnem obniżeniu ciepłoty.

Bardziej długotrwałe i jeszcze bardziej ogólne ochłodzenie ciała do 30°, które otrzymaliśmy w naszych doświadczeniach zapomocą okładania workami z lodem, również wywołało spadek pobudliwości.

CONY (22) obniżał ogólną ciepłotę ciała przez wprowadzenie wysokoku. Autor ten utrzymuje, że silna alkoholizacja wywołuje osłabienie pobudliwości, ale tylko w tym razie, jeśli tej alkoholizacji towarzyszy spadek ciepłoty; osłabienie pobudliwości zatem możnaby było tylko warunkowo uważać za przejaw alkoholizacji. Wyniki doświadczeń innych badaczy, studyujących działanie wysokoku, nie pozwalają nam bliżej określić działania tego czynnika.

Dla określenia wpływu obniżonej ciepłoty posługiwano się również eterem, rozpylanym nad korą mózgową [w celu usunięcia chemicznego działania zabezpieczano ją kauczukiem] [FRANÇOIS-FRANCK i PITRES (23)], albo próbkami ze śniegiem i lodem, albo lodem bezpośrednio, albo też wodą różnej temperatury, przepuszczanej przez metaliczną przegiętą rurkę, której zagięcie przykładano do mózgu [ORSZANSKI]. Wyniki tych badań zmuszają wogóle do wniosku, że ochładzanie kory pociąga za sobą osłabienie pobudliwości okolicy ruchowej. ORSZANSKI nie skonstatował zmiany pobudliwości przy przepuszczaniu wody o temp. 1 — 2° C; ale należy przypuścić, że ochłodzenie było niewystarczające w tym razie, gdyż inne sposoby doświadczeń, zwłaszcza bezpośrednio przykładanie na czas krótki lodu wywoływały nawet zupełne zniesienie pobudliwości.

ORSZANSKIJ nie otrzymał żadnego przejawu przy stosowaniu wody, nagrzanej do 40°—60° C, albo ciepłych płytek. GERBER zaś, używając probówki z oliwą, nagrzaną do 45° C, obserwował przyrost pobudliwości.

Do czynników fizycznych należy również zaliczyć działanie używanego w lecznictwie zabiegu wibracji [wprawiania w drganie], które było przedmiotem studyów BORISZPOLSKIEGO (24). Posługiwał się on do doświadczeń taburetem drgającym (*tabouret vibrant*) CHARCOT'a i GILLES DE LA TOURETTE'a; jest to drewniana platforma kwadratowa z krótkimi nóżkami drewnianymi, przymocowanymi do podstawek kauczukowych; w samym środku deski umieszczona jest maszyna elektryczna wibracyjna, która wprawia w drganie platformę, przyczem wibrację można wzmacniać zapomocą odpowiednich podstawek. Psa przywiązywano do deski i umieszczano na wibrującym taburcie. Wpływ wibracji przejawia się w zmianie pobudliwości, mianowicie w osłabieniu jej; kilkakrotne stosowanie tego zabiegu powiększa ten skutek.

Kwestyą wpływu ciśnienia zajmował się GERBER, który wykazał, że ciśnienie, wywołane przez korek, w którym były umocowane elektrody igielkowe do badania pobudliwości, osłabia ją.

Ciśnienie na mózg może zależeć i od wzmożonej ilości krwi w naczyniach, *resp.* od ciśnienia krwi, ale w tym razie mamy już do czynienia ze zjawiskami, które należą raczej do czynnościowych zaburzeń w dziedzinie narządów anatomiczno-fizjologicznych. Ta sama uwaga stosuje się i do doświadczeń GERBER'a, w których przyływ krwi był zatamowany wskutek ucisku naczyń.

[C. d. n.]

II. Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka.

Rzut oka na 25-letni okres rozwoju chirurgii chorób żołądka.

Napisał

A. Gabszewicz.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 5.IX. 1905 r.]

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 43].

Najcenniejsze badania w tym kierunku przeprowadzali CARLE i FANTINO, którzy ogłosili wyniki swych badań w 1898 r., KAUSCH, który ogłosił swą pracę w 1899 r. i SOUPAULT w 1903 roku. Pierwsi dokonali badania w 44-ch przypadkach, operowanych z powodu chorób nierakowatych żołądka; z tych przy 14-u plastykach odźwiernika, 27-u gastroenterostomiach i 3-ch, w których zwężony odźwiernik rozszerzono palcem, SOUPAULT w 10-u przypadkach, ope-

GAZ. LEK. № 44.

rowanych przez HARTMANN'a. Wszyscy oni przeprowadzili badania najdokładniejsze w przypadkach operowanych, nie tylko po operacji, ale i przed zabiegiem chirurgicznym; KAUSCH z kliniki MIKULICZA w 35-u przypadkach; z tych u 20-u była wykonana plastyka odźwiernika, u 10-u gastroenterostomia, u 2-ch wycięcie odźwiernika. Nie mogąc podawać szczegółów z jego pracy, gdyż to zajęłoby dużo czasu i miejsca, przytoczę jednak wnioski, do jakich KAUSCH doszedł na zasadzie swych badań.

Badanie chorych przedoperacyjne doprowadziło go do następujących wniosków: 1) wrzody, które nie są umiejscowione na odźwierniku, bardzo rzadko wywołują ciężkie zaburzenia motoryczne, lub wydzielnicze; 2) są przypadki, w których duży wrzód może się znajdować na odźwierniku, a jednak nie wywołuje zaburzeń motorycznych; 3) stan skurczowy odźwiernika może powstawać zupełnie niezależnie od tego, w jakim miejscu żołądka wrzód się znajduje; 4) stan skurczowy odźwiernika (*Contractionszustand*) bardzo rzadko wywołuje cięższe zaburzenia motoryczne i wydzielnicze; 5) sokotok był spostrzegany tylko przy niedostatecznej mechanicznej czynności żołądka; w przeważnej liczbie przypadków miało się wtedy do czynienia albo z niezagojonym wrzodem, albo bliznowem zwężeniem odźwiernika, bardzo rzadko ze stanem skurczowym odźwiernika; z zwyczaj towarzyszy sokotokowi nadmierna kwaśność, rzadziej prawidłowa, lub niższa od normy.

Po operacji zaś przeprowadzone badania dały wyniki następujące: 1) po gastroenterostomii czynność mechaniczna żołądka prędko wraca do stanu prawidłowego, ale często także spada poniżej normy; po plastyce zaś odźwiernika mechanizm żołądka wolniej przychodzi do stanu prawidłowego, ale zato rzadziej później spada poniżej normy; 2) powiększona kwaśność przed operacją, po gastroenterostomii szybko spada do normy, albo niżej normy, tak, że sok żołądkowy często nie zawierał wolnego HCl, niekiedy był nawet alkaliczny; po plastyce spadek do normy odbywa się powoli, rzadko zaś poniżej normy; 3) zdarzają się przypadki, w których po operacji zespolenia żołądka z jelitem czynność motoryczna i wydzielnicza po jakimś czasie spada poniżej normy, niekiedy jednak powoli wraca do stanu prawidłowego; 4) po gastroenterostomii we wszystkich przypadkach znajduje się w niewielkiej ilości żółć w żołądku, rzadko wywołując jednak większe zaburzenia; po plastyce odźwiernika nadzwyczaj rzadko spotyka się żółć w żołądku.

Prawdopodobnie z tych względów, a także i z tego, że po plastyce odźwiernika nigdy powstać nie może błędne koło (*circulus vitiosus*), które niekiedy daje się we znaki po operacji gastroenterostomii, MIKULICZ jest wielkim zwolennikiem plastyki odźwiernika, uważając ją za idealną operację; w każdym poszczególnym przypadku, w którym daje się ona wykonać, oddaje jej pierwszeństwo przed gastroenterostomią, a więc przy skurczowych stanach odźwiernika, przy przeroście odźwiernika, przy wrzodzie nieokrężnym, przy nieokrężnej bliznie w samym odźwierniku lub w pobliżu niego i przy wrzodzie, który się znajduje w żołądku; gastroenterostomię zaś wykonywa: 1) przy przegiętym, lub mocuo unieruchomionym odźwierniku; 2) przy nacieczeniu ścian odźwiernika, przy wrzodzie, kiedy zachodzi wątpliwość, czy szwy utrzymają i czy osiągną

nie się na trwałe rozszerzenie odźwiernika; 3) przy zaburzeniach motorycznych żołądka, kiedy w odźwierniku nie wykrywa się żadnych zmian chorobowych. Wycięcie odźwiernika przy wrzodzie MIKULICZ bardzo rzadko wykonywał i pod tym względem różni się on od BILLROTH'a i RYDYGIERA; pierwszy, jak już wyżej zazaczyłem, przy cierpieniach odźwiernika niezłośliwych wykonywał zawsze wycięcie odźwiernika; BILLROTH ani razu nie wykonał ani plastyki odźwiernika, ani gastroenterostomii; tę ostatnią operację dodawał tylko po wycięciu raka żołądka, zaszywając oddzielnie i dwunastnicę i żołądek; RYDYGIER zaś do ostatnich czasów jest za wycięciem odźwiernika przy obecności wrzodu; plastyki odźwiernika również nie wykonywał; co do wyboru gastroenterostomii, również są różnice w poglądach. MIKULICZ dawniej był za zespoleniem żołądka z jelitem tylnym podług metody HACKER'a; w ostatnich zaś latach powrócił do pierwotnej WÖLFELER'owskiej przedniej; RYDYGIER zaś i HARTMANN stale stosują gastroenterostomię tylną; MIKULICZ przy wrzodach w żołądku zdala od odźwiernika również zalecał plastykę odźwiernika, RYDYGIER zaś przy wrzodach umiejscowionych na ścianie żołądka, zaleca ich wycięcie, gdyż często dają one powód do przedziurawienia żołądka. Jako jeden z motywów, skłaniający MIKULICZA do oddawania pierwszeństwa plastyce odźwiernika przed gastroenterostomią, był fakt, jaki zwrócił jego uwagę, mianowicie powstawanie owrzodzeń peptycznych w czczem jelicie; 6 takich przypadków opisał jego asystent TIEGEL w 1904 r., spostrzeganych w klinice wrocławskiej; owrzodzenia te albo przebiegały bez żadnych objawów i nagle występowało przedziurawienie lub też miały one przebieg przewlekły; przypadki te spostrzegano tylko po gastroenterostomii, a ani razu po plastyce odźwiernika. Powstawanie jednak tych owrzodzeń nie jest wyjaśnione. U nas plastykę odźwiernika raz wykonał JAWDYŃSKI w szpitalu na Pradze; w tym przypadku było tylko przewężenie pierścienia odźwiernikowego tak, że dla plastyki były warunki bardzo sprzyjające. Chory po operacji wyzdrowiał, o dalszych losach jego nie miałem wiadomości; przypadek nie był ogłoszony.

Na tegorocznym Zjeździe międzynarodowym chirurgów w Brukselli M. ROBSON i CZERNY przemawiają za gastroenterostomią przy zwężeniach odźwiernika pochodzenia nierakowatego; pierwszy wykonał 97 razy tę operację, z zejściem śmiertelnem w jednym przypadku; drugi zaś na 176 zespoleni żołądka z jelitem miał 16 przypadków śmiertelnych; obaj wycięcie odźwiernika wykonywali tylko w wyjątkowych razach. EISELSBERG również jest przeciwnikiem wycinania odźwiernika przy wrzodzie, a zwolennikiem gastroenterostomii; wycięcie odźwiernika nie zabezpiecza od nowych wrzodów, czego dowodem służy przypadek przez niego spostrzegany; mianowicie chory, który czuł się bardzo dobrze po wycięciu odźwiernika przez kilka lat, nagle dostał bardzo dużego krwotoku; EISELSBERG otworzył żołądek, ale nie znalazł miejsca krwawiącego; na sekcji zwłok dopiero znaleziono owrzodzenie tętnicy trzustkowo-dwunastnicowej na dnie małego wrzodu, znajdującego się na tylnej ścianie żołądka.

Z wyżej przedstawionego obrazu widzimy, że chirurgia rzeczywiście święci wielkie powodzenie na polu leczenia wrzodów przewlekłych żołądka;

szczególniej bywa tak przy zwężeniach bliznowych odźwiernika natury niezłośliwej, w których zabieg operacyjny może sprowadzić trwałe wyleczenie, jak tego dowodzą dwa przypadki RYDYGIERA: jeden z tych chorych po wycięciu odźwiernika cieszył się jeszcze najlepszym zdrowiem po 19-u latach, a drugi po 18-u latach po usunięciu zrostów, uciskających odźwiernik, *resp.* zwężających jego światło. Niestety, nie można tego powiedzieć o leczeniu chirurgicznym raka; i chociaż słusznie RYDYGIER po niepomyślnem zejściu swego pierwszego przypadku wycięcia odźwiernika napominał, aby nie zrażać się niepowodzeniem, jednakże w ciągu lat 25-u wszelkie wyteżone usiłowania energicznych i dzielnych chirurgów stosunkowo mało posunęły sprawę ku korzyści chorych, obarczonych rakiem żołądka. Naturalnie mam tu na myśli radykalne usunięcie tej choroby, z osiągnięciem trwałego wyleczenia, gdyż takie operacje, jak gastroenterostomia, jejunostomia i inne, są tylko paliatywami, które przynoszą ulgę choremu w razie istnienia zwężenia odźwiernika, wywołanego przez raka tej okolicy. Pomijam już znaczną śmiertelność po radykalnej operacji raka; śmiertelność ta, pomimo udoskonalonej techniki i postępów chirurgii na polu aseptyki, w miarę usiłowań usuwania guza jak najdoszczętniej, mało co zmalała w ostatnim dziesięcioleciu, co stoi zupełnie w odwrotnym stosunku do wyników, osiągniętych po zabiegach operacyjnych, przedsięwziętych na żołądku z powodu chorób nierakowatych. W przytoczonej już wyżej statystyce wycięcie odźwiernika z powodu raka z kliniki BILLROTH'a zaznaczono, że jeden tylko operowany żył po 5-u latach. Z 24-ch operowanych przez CZERNY'ego zmarło 9. Wyniki u MIKULICZA dość ciekawie się przedstawiają: do 1896 r. odsetka śmiertelności po wycięciu odźwiernika z powodu raka wynosiła 32%; od 1896 do 1898 śmiertelność wynosiła 44%; to zwiększenie się śmiertelności należy objaśnić tem, że w tym okresie MIKULICZ, uparcie dążąc do otrzymania trwalszych wyników, postępował podczas operacji radykalniej, przez co sam zabieg stawał się niebezpieczniejszym dla chorego; w 1899 r. po raz pierwszy MIKULICZ osiągnął świetne wyniki po usunięciu raka żołądka, gdyż na 11-u operowanych zmarł tylko jeden chory bezpośrednio po operacji. Z liczby 35-u, którzy wyzdrowieli po operacji, 22-ch zmarło jednak stosunkowo w niedługim czasie tak, że tylko 13-u pozostawało jeszcze przy życiu wtedy, kiedy MIKULICZ ogłaszał swą statystykę; z tych 13-u, jeden operowany żył 6½ lat, jeden 4½, jeden 2½, trzech od roku do 2-ch lat, a 7-u mniej niż rok. WOELFLER zawiadomił na Zjeździe chirurgów w 1896 r. o 2-ch operowanych, którzy jeszcze żyli po 8-u latach.

Dla MIKULICZA radykalna operacja raka jest przeciwwskazaną tylko wtedy, kiedy rak żołądka po przez otrzewną przechodzi na sąsiednie narządy, lub kiedy istnieją już przerzuty w odległych narządach, powstałe na drodze naczyń krwionośnych. Do operacji zaś radykalnej nadają się wszystkie te, które rozwijają się *per continuitatem* w ścianie żołądka, a także i te, przy których cierpienie rakowate przeszło przez większe drogi chłonne na sąsiednie gruczoły, znajdujące się zewnątrz żołądka. MIKULICZ zaleca przy wycinaniu raka żołądka odstępować od granicy raka na 5—10 cent. w kierunku do wpustu; zmierzając do radykalniejszego usunięcia choroby, nie można inaczej postępo-

wać; badania w tym kierunku, przeprowadzone przez CUNEO, wykazały, że przy rozwoju raka, błona śluzowa zachowuje się inaczej, niż podśluzowa i mięsna; w błonie śluzowej rak rozszerza się powoli, i rzadko tak bywa, aby makroskopowo niezmienione miejsca, okazały się zmienionymi rakowato; w błonie mięsnej i podśluzowej odwrotnie; tutaj zarodzie raka mogą się daleko od granicy makroskopowo zmienionej rozwijać, nie raz na odległość kilku centymetrów; rak przeważnie się rozwija w kierunku ku wpustowi, w ścianach żołądka, a w kierunku ku dwunastnicy zazwyczaj się zatrzymuje przy pierścieniu odźwiernikowym. Co się tyczy gruczołów, to MIKULICZ zaleca usuwać gruczoły na małej krzywiznie, na dużej, w śródjelciu i gruczoły pozaodźwiernikowe; te ostatnie przedstawiają największą trudność; przy usuwaniu tych gruczołów raz zranił i musiał podwiązać tętnicę śledzionową, a raz podwiązał przewód wspólny żółciowy. Czy można jednak usunąć wszystkie gruczoły, jest bardzo wątpliwe, a takby należało czynić, opierając się na badaniach LANGEMANN'a i RENNER'a; ten ostatni, pracując w klinice MIKULICZA, ogłosił w roku zeszłym wyniki badań swych nad 302 gruczołami przy raku żołądka, makroskopowo nie zmienionymi. Na 302 gruczoły znalazł 175 wolnych, a 127 zmienionych rakowato. Z tego w 14-u przypadkach na 78 gruczołów pod odźwiernikiem 39 było zrakowaciałych; w 8-u przypadkach z 24-ch gruczołów po za odźwiernikiem 10 było zmienionych; w 13-u przypadkach badał 71 gruczołów na małej krzywiznie; z tych w 32-ch znalazł zmiany rakowate; w 6-u przypadkach na 18 gruczołów kręzkowych 4 były zmienione; w 11-u przypadkach na 51 gruczołów powyżej trzustki 25 było zrakowaciałych; w 10-u przypadkach na 60 gruczołów krzyżowych, lędźwiowych, *in mediastino*, 35 było zrakowaciałych. Na 27 oskrzelowych w 7-u przypadkach 11 było zmienionych rakowato. Jakże trudno więc myśleć o radykalnem wyleczeniu chorego na raka żołądka w obec powyższych wyników badania mikroskopowego.

[D. n.]

III. Z ODDZIAŁU DRA B. SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

O zatrzymaniu się w macicy martwego płodu.

Napisala

dr Balbina Weisberg.

[Rzecz, czytana d. 30-go czerwea 1905 roku na posiedzeniu Sekcyi Ginekologicznej
Tow. Lek. w Warszawie].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 43].

Wyżej przytoczone dane mogą nam już służyć za wskazówkę, jak mamy postępować przy zatrzymaniu się martwego płodu w macicy. Otóż zachowanie

się nasze będzie różne, zależnie od tego, czy mamy do czynienia z płodem, który zmarł w pierwszych, czy też w ostatnich miesiącach ciąży.

Jeżeli płód zmarł w pierwszych miesiącach ciąży, w takim razie niektórzy autorowie, między innymi GRAEFE, radzą, o ile w danej chwili nie ma żadnych niepokojących objawów zachowywać się wyczekująco, gdyż często poronienie samo dość szybko nastąpi. Wyczekiwanie nasze jednak nigdy nie powinno trwać zbyt długo. Chore, jak wiemy, w tych razach krwawą. Otóż krwawienia te chociaż niewielkie, powtarzając się, osłabiają organizm. Przytem możemy się zawsze obawiać większego krwotoku, który może spowodować niebezpieczeństwo nawet dla życia chorej, jak to się stało w jednym przypadku GRAEFE'go. Następnie zatrzymanie martwego płodu wpływa także źle na ogólny stan chorej, zmniejszenie apetytu i t. d. Wspominaliśmy już także, że często u chorych wrażliwych następuje depresja psychiczna. Chore, wiedząc o tem, że płód zmarł, wyczekują z niecierpliwością poronienia i niepokoją się o stan swojego zdrowia. Otóż jeżeli będziemy mieli ogólne objawy niepokojące, albo jeżeli zatrzymanie płodu trwa zbyt długo, wtedy powinniśmy wywołać poronienie. Wogóle nie należy nigdy dłużej czekać nad prawidłowy okres trwania ciąży, gdyż właśnie w tym czasie często następuje poród. W naszym przypadku także wydalenie płodu nastąpiło po dziewięciu miesiącach. Jeżeli po tym terminie wydalenie płodu nie nastąpiło, należy wywołać poronienie.

Wywołać możemy je, rozszerzywszy szyjkę maciczną dilatorami HEGAR'a. O ile szyjka maciczna jest mało podatna i nie możemy jej dostatecznie rozszerzyć na jednym posiedzeniu, wtedy GRAEFE radzi zakładać palczki laminarii i po kilkunastu godzinach najczęściej szyjka jest dostatecznie rozszerzona, żeby móżdż palcem dostać się do macicy i jaje płodowe oddzielić. Tutaj bardziej jeszcze niż w innych przypadkach musimy się starać o to, żeby jaje płodowe usunąć w całości, gdyż resztki pozostałe łatwiej mogą się rozkładać i dać objawy zakażenia. Nie potrzebujemy dodawać, że cały zabieg musi być wykonany możliwie aseptycznie. Komplikacją, jakiej się tutaj możemy obawiać, jest krwotok, spowodowany małą kurczliwością [atonią] macicy. GRAEFE miał dwa przypadki, w których zwykle używane środki—wstrzykiwanie sporyszu pod skórę i gorące szprycowania—nie dały rezultatu i trzeba było tamponować macicę.

W przypadku SCHMIT'a z kliniki SCHAUTA'y [cytowany przez FRAENKEL'a] tamponowanie dwukrotne macicy nie pomogło, krwotok był tak silny, że trzeba było wyciąć całą macicę. Chora umarła. Na sekcji znaleziono, że powodem śmierci była anemia ogólna. Wszystkie organy prawidłowe. Mięśniówka macicy niezmienniona. Na miejscu przyczepu łożyska w zatokach żylnych stare skrzepy, na obwodzie naczynia przedstawiają zwyrodnienie hyalinowe.

Najczęściej jednak przebieg pooperacyjny bywa prawidłowy.

Przy zatrzymaniu płodu w ostatnich miesiącach ciąży zawsze powinniśmy się starać możliwie szybko opróżnić macicę. Tutaj czekanie jest przeciwwskazane nie tylko ze względu na ogólne objawy, ale i ze względu na sam przebieg operacji. Jeżeli przez dłuższy czas czekamy, wtedy wody płodowe ulegają wessaniu

coraz więcej, macica kurczy się i ściany jej przytem cienieją, tak że usunięcie płodu staje się coraz trudniejszym i coraz bardziej grozi nam atonia macicy po porodzie.

Tak się sprawy przedstawiają w najlepszym razie, to jest jeżeli pęcherz płodowy pozostał nienaruszony. Jeżeli zaś pęcherz był przedarty, wtedy zagraża dostanie się drobnoustrojów, które może sprowadzić rozkład płodu, jeśli on jeszcze nie nastąpił.

I w jednym i w drugim wypadku musimy możliwie szybko opróżnić macicę. Sposób będzie tutaj różny w różnych przypadkach. Najprostszym jest wywołanie porodu drogą naturalną. Rozszerzamy szyjkę maciczną dilatatorami HEGAR'a i zakładamy metreurynter, który po jakimś czasie powinien wywołać bóle i sprowadzić poród. Jeżeli porodu nie udaje nam się wywołać, to możemy po rozszerzeniu szyjki opróżnić macicę bądź to przez wykonanie obrotu, bądź też przez embryotomię. W niektórych jednak przypadkach rozszerzenie szyjki okazuje się trudnym lub nawet niemożliwym, na przykład w przypadkach nadmiernej sztywności szyjki: wtedy musimy płód usunąć inną drogą, np. przez cięcie cesarskie pochwowe.

Musimy zaznaczyć, że tutaj rozszerzanie szyjki drogą krwawą zapomocą delikatora Bossi'ego jest przeciwwskazane, gdyż najczęściej mamy już pewien rozpad płodu i obecność drobnoustrojów, które mogą sprowadzić zakażenie rany. Jeżeli zaś wykonamy cięcie cesarskie pochwowe, wtedy większe mamy szanse, że rana cięta i zeszyta będzie się lepiej goiła, niż rana, spowodowana rozdarciem lub uciskiem. Jeżeli jednak mamy znaczny rozpad płodu i ropienie i obawiamy się zakażenia, wtedy musimy po usunięciu płodu wyciąć macicę.

Jeżeli śmierć płodu dawno już nastąpiła i długo trwało ropienie, wtenczas najczęściej mamy zrosty z sąsiednimi narządami.

W niektórych przypadkach, jak na przykład w przypadku GLISZCZYŃSKIEGO i w naszym, był zrost ze ścianą brzuszną. Tutaj wykonano cięcie cesarskie, usunięto płód i chore wyzdrowiały. W innych przypadkach tworzyły się zrosty z kiszkami lub pęcherzem. FREUND naprzykład w przypadku wyżej przez nas cytowanym wydobywał kości płodu z pęcherza, skruszywszy je poprzednio litotriptomem. W tych przypadkach możemy mieć, najrozmaitsze komplikacje i sposób naszego postępowania musimy przystosować do każdego poszczególnego przypadku.

S p o s t r z e z e n i e I. Chora A. S. włościanka, 24 lata. Zaszła w ciążę sześć lat temu, w parę miesięcy po zamożpójściu. Ciąża przebiegała prawidłowo; po pięciu miesiącach chora uczuła ruchy dziecka. W końcu siódmego lub na początku ósmego miesiąca brzemienności, podług rachuby chorej, wystąpiły silne bóleści w dolnej części brzucha, zrywanie na wymioty, a w dniu następnym krwawienie z pochwy. Początek cierpienia chora tak opisuje. W sobotę była w ciężkiej pracy, w niedzielę poszła do kościoła i tu poraz pierwszy poczuła spieranie i rżnięcie w brzuchu. Wieczorem przyszła do domu [3 — 4 wiorsty] i tu się położyła. Całą noc trwały bóle. Na drugi dzień pokazała się krew ze sromu w niewielkiej ilości. Kobiety wiejskie przemysł

pochwę octem, poczem krwawienie ustało, bóle się zmniejszyły. Chora przeleżała wtorek, czując się mocno osłabioną. We środę wstała i odtąd już wciąż chodziła, nie mogąc tylko brać się do ciężkiej pracy. Po upływie 2-ch miesięcy mogła już przystąpić do pracy cięższej [pomagała przy żniwie]. Od tego czasu jednak co 2 — 3 tygodnie, a niekiedy i częściej zjawiały się silne bóle brzucha. Po upływie pół roku po napadzie bólów zjawiała się miesiączka, która następnie pokazywała się co 8, później co 6, a wreszcie co 4 tygodnie. Miesiączki były obfite i trwały 5 do 7-u dni. Jesienią roku zeszłego poczęła wypływać z pochwy ciecz ropiasta. Przed miesiącem po porodniowym niewielkim bólu i obrzmieniu w okolicy pępka wytworzyła się na tymże przetoka, z której poczęła wypływać dość obficie ropa. Wydzielina z pochwy ustała. Ta właśnie przetoka zmusiła chorą szukać pomocy w Warszawie. Tu zapisała się do szpitala Dzieciątka Jezus na oddział kol. BR. SAWICKIEGO. Przy badaniu znaleziono: ciepłota rano około 37°, wieczorem około 37,8°. Tętno 90, dość słabe. W narządach wewnętrznych nie szczególnego. Chora drobna, wygląda na 15 do 16-u lat. Odżywienie umiarkowane. Skóra, błony śluzowe blade. Chora uskarża się na smrodliwy wypływ z pępka.

Oglądając brzuch, znajdujemy, że dolna połowa jego poniżej pępka wypukła się kopułowato. Najbardziej wydatna część tej kopuły leży nieco poniżej pępka. W pępku mały otvorek, otoczony ziarniną, z którego wypływa cuchnąca posokowata ropa.

Omacując brzuch, znajdujemy, że dolna jego połowa jest zajęta przez guz twardy, jakby nieco owalny i ułożony nieco ukośnie od strony prawej z góry ku stronie lewej na dół. Guz gładki, nieruchomy. Przy naciskaniu guza czujemy niekiedy wewnątrz jego chrobotanie, jakby tarcie wzajemne o siebie kości. Na guzie tępość, powyżej głoś bębenkowy. Guz sięga na 4 poprzeczne palce ponad pępek, od dołu zaś chowa się poza spojeniem. Wprowadzony do przetok zglębnik, już w głębokości 3-ch — 4-ch ctm. napotyka obnażone kości. Badając *per vaginam*, znajdujemy: pochwa dość wązka, szyjka maciczna stoi nie wysoko, lecz mocno przasunięta na prawo. Szyjka długa, ujście jej zamknięte. Badanie dwuręczne z powodu guza nie daje pewnych danych co do macicy. Ginie ona ponad szyjką; o ile się zdaje, część macicy można jeszcze wysledzić ku górze i na lewo. Zresztą wszystko tu zlewa się z guzem. Na lewo od szyjki w małej miednicy wyczuwamy dolny odcinek guza, który bardziej się wysuwa ku przodowi, niż ku tyłowi. Guz jest twardy, na ucisk nie bolesny. Dwuręczne badanie wykazuje także nieruchomość guza. Wprowadzony do szyjki macicznej zglębnik, przenika gdzieś do jamy, w której w odległości 10-u — 12-u ctm. od ujścia zewnętrznego opiera się o kości obnażone. Wymiary miednicy są: *Dist. bispin.* = 24 c., *Dist. bicrist.* = 27,5, *Conjug. ext.* = 19.

17. IX 1897 r. wykonał kol. SAWICKI laparotomię.

Cięcie na linii pośrodkowej od pępka do $\frac{1}{3}$ dolnej odległości tegoż od spojenia łonowego. W następstwie przedłużono jeszcze cięcie ponad pępek. Ściana brzuszna cienka. Po przecięciu tejże ściany natrafił na jakąś tkankę twardą spoistą, którą przeciął. Grubość tej tkanki na przecięciu wynosi około $1\frac{1}{2}$ ctm. Tkanka ta na całej przestrzeni spojona ściśle ze ścianą brzusz-

na, tak że powięzi poprzecznej i otrzewnej odróżnić nie podobna. Tkanka omawiana na przecięciu ma barwę blado - żółtawo - różową o wiele bledszą od mięśni ściany brzusznej. Spoistość jej mocno twarda. Tkanka ta ma wygląd nieco podobny do włókniakowato zwyrodnionej ściany macicznej na przecięciu. Na całej przestrzeni od pępka aż do dolnego brzegu cięcia znajdujemy opisaną warstwę. Ponad pępkiem przechodzi ona jakby w nieco cieńszą warstwę zbitą łącznotkankową. W dolnej części rany omawiana warstwa także cienieje. Wszedłszy palcami do jamy, do której uprzednio wprowadzono zgłębnik, znajdujemy tam przedewszystkiem obnażone i porozdzielane kości czaszkowe, które usunięto szczypcami. Kości te zajmowały górną prawą część jamy. Po usunięciu kości czaszkowych zaczęto kolejno wydobywać żebra, a następnie kości kończyn. Kości miednicy leżały w lewej dolnej części jamy, długie kości kończyn w górnej części, reszta była nieprawidłowo rozsiana. Wszystkie kości mocno przylegały do ścian jamy, trzeba je było ostrożnie oddzielać palcami lub podważką.

Oddzielne kości, wydobyte z jamy, były ciemno - brunatne, pozbawione chrząstek, podobne do kości, które długo leżały w ziemi. Oprócz kości wydobyto z jamy spory odcinek części miękkich, w których można było rozpoznać część górnej kończyny z kawałkiem tułowia. Była to przegniła, cuchnąca, rozkładająca się w palcach brunatna masa, na której można było jednakże rozpoznać szaro - zielonawą skórę. Poza tem wydobyto jeszcze parę oddzielnych kawałków przegniłych tkanek, które się rozłożyły i rwały. Zapach mocno cuchnący towarzyszył temu oczyszczaniu. Jednym słowem—było to jakby cementarzystwo, które zawierało te oddzielne kości, leżące w pewnym porządku przy sobie, a poza tem kawałki przegniłych tkanek miękkich. Sama jama zajmowała dolną połowę brzucha, począwszy od pępka. Na prawo dno jamy leżało na przestrzeni $\frac{2}{3}$ dołu biodrowego, na lewo zaś jama zajmowała całą połowę miednicy dużej i wchodziła tu jako też po środku do miednicy małej. Jama miała kształt podłużny, owalny, kierunek od strony prawej nieco od góry do strony lewej na dół.

W celu usunięcia rozpadających się kawałków oraz posoki parokrotnie jamę przemyto ciepłym roztworem kwasu bornego. Drobne cząstki i kości wydobywano łyżką. Krwawienie przytem było umiarkowane. Po opróżnieniu jamy przy dokładnem badaniu okazało się, że widocznie przy oddzielaniu przylegających do tylnej ściany kości rozerwano tę ścianę, tworząc otwór, który mógł przepuścić palec. Brzegi tego otworu uchwycono szczypczykami i wówczas okazało się, że tylną ścianę na miejscu przerwania tworzyła cienka błona, do której przyrosła sieć.

W głębi otworu widać pętlicę kiszek.

Ponieważ tylna część jamy tworzyła uchyłek, do którego dostęp był bardzo trudny, a na ścianach tegoż uchyłka leżały mocno przylepione kości miednicy, dodano do głównego cięcia jeszcze poprzeczne, idące na przestrzeni 6 — 8 ctm. w poprzek i na lewo, mniej więcej od środka poprzedniego cięcia. Cięciem tem rozcięto ścianę brzuszną i ścianę przypuszczalnej przyrosniętej macicy. Teraz dostęp był utorowany i uchyłek można było oczyścić.

Wobec osłabienia chorej zaniechano już dalszego oczyszczania rany i ograniczono się na założeniu worka MIKULICZA do otworu w tylnej ścianie jamy. Poza tem całą jamę płodową wypchano paskami gazy jodoformowej.

Poprzeczną ranę zeszyto szwem dwupiętrowym. Wieczorem po operacyi T. 37°. P. 100. Osłabienie, pragnienie.

18.IX. T. 37,2°, P. 110, słaby. Czkawka od czasu do czasu. Wymiotów nie było. Chora leży spokojnie. Brzuch nie bolesny i nie wzdęty. Wieczorem osłabiona, blada. P. 120.

19.IX. P. 110. Zrzadka czkawka. Stan ogólny nieco lepszy. Opatrunek przepojony wydzieliną. Usunięto wierzchnie warstwy opatrunku i kawałek gazy z dolnej części rany. Bojąc się, by w dolnym uchyłku nie nastąpiło zatrzymanie wydzieliny, rozpuszczono szwy skórne na poprzecznej ranie i jeden z dwóch szwów, spajających poprzeczne przecięcie przypuszczalnej ściany macicy. Brzegi rany tak się pozlepiały, że z pewną trudnością trzeba je było rozdzielać. Wobec tego ranę maciczną rozdzielono tylko na niewielkiej przestrzeni. Ściana macicy krwawi żywo. Wydzieliną nie cuchnąca. Gaza do ścian jamy przylega ściśle.

21.IX. Opatrunek znowu nieco przesiąknięty. Usunięto wszystkie kawałki gazy z jamy z wyjątkiem worka MIKULICZA, z którego tylko wyjęto pasek wewnętrzny. Założono nową gazę. Wydzieliną całkowicie wsiąka w gazę. P. 100. Stan bezgorączkowy. Chora prosi o jedzenie. Wczoraj wieczorem niepokoiły chorą bóle brzucha.

22.IX. P. 100, nieco silniejszy. Zalecono bulion, wino.

23.XI. Stan ogólny niezły. Opatrunek, zmieniono gazę wyściełającą worek MIKULICZA. Gaza prawie sucha.

27.IX. Usunięto worek MIKULICZA i założono pasek gazy jodoformowej. Wydzieliną nieznaczna. Stan dobry.

2.X. Opatrunek. Stan dobry.

10.X. Ziarninująca powierzchnia znacznie się zmniejszyła, tak że dziś równa się wielkości jaja kurzego. Zgłębnik, wprowadzony do szyjki macicznej, wchodzi na przestrzeni 12 u ctm. i jeszcze nie mamy pewności, że się doszło do dna jamy.

16.X. Jama pokryta ziarniną, szybko się zmniejsza. Stan chorej wogóle dobry. Utyła, ma apetyt.

Wypisuje się do domu.

Jesienią 1898 roku chora ponownie się pokazała. Utrzymywała że jest w ósmym miesiącu ciąży i że dziesięć dni temu rozpoczęły się krwawienia i płód zmarł.

Zapisała się do kliniki akuszeryjnej i tam dokonano operacyi. Cięciem na dawnej bliznie przecięto ścianę brzuszną, i ścianę macicy i płód usunięto.

Przypadek ten, przyznajemy, wydaje się niezupełnie jasnym. Przede wszystkim może się nastroczyć wątpliwość, czy miano tu do czynienia z ciążą wewnątrz, czy zewnątrzmaciczną. Biorąc jednak pod uwagę, że zgłębnik, wprowadzony do szyjki macicznej, przenikał bezpośrednio do jamy, zawierającej kości, że poza tem grubość ścian jamy odpowiadała grubości ścian macicy, na-

leżałoby przypuścić, że płód znajdował się rzeczywiście w macicy. Takiemu jednakże przypuszczeniu do pewnego stopnia mogą przeczyć te fakty, że chora miesiączkowała i że wprędce po pierwszej operacji zaszła w ciążę. To też niepodobna tu odrzucić i tej możliwości, że płód rozwijał się nie we właściwej jamie macicy, lecz w jakimś jej uchyłku lub w macicznej części jajowodu. W takim razie mielibyśmy do czynienia z ciążą uchyłkową tub też śródmiąższową czyli interstycyjalną. Wątpliwości mogłoby rozstrzygnąć tylko dokładne badanie anatomiczne.

W każdym razie jedno zdaje się pewnem, że płód rozwijał się, co najmniej, w ścianie macicy, a nie poza macicą.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

146. E. Raimann. Zaburzenia umysłowe pochodzenia histerycznego.

Histeryę należy pojmować jako mieszaninę zaburzeń cielesnych i psychicznych. Według autora rozdział obłądów histerycznych od nerwicy histeryi jest sztucznym, gdyż niema takiej postaci histeryi, przy której nie dałoby się zauważyć pewnych zaburzeń umysłowych i naodwrot przy histerycznych obłądach zawsze można udowodnić jedno co najmniej lub kilka zaburzeń fizycznych. Określiwszy histeryę jako chorobę, powstałą na gruncie zwyrodniałym, i wyliczywszy długi szereg uczonych i badaczy, którzy są tegoż zdania o histeryi, autor przytacza te wszystkie objawy, które właściwie stanowią treść i jądro i są cechami histeryi. Na pierwszym miejscu stawia niezrównowazenia i nadzwyczajną pobudliwość czynności psychicznych; na chorych tego rodzaju działają nadzyczaj silnie wewnętrzne i zewnętrzne bodźce; wskutek tego nastroj i usposobienie podlegają szybkim i gwałtownym zmianom i przejściom od płaczu do śmiechu. Chorzy podlegają często różnorodnym zachceniom, są przeto kapryśni, niestali w swoich sympatyach, antypatyach, miewają częste idyosynkrazye. Wskutek przewagi nieprzyjemnych wrażeń i chorobliwego odczuwania chorzy ci uważają się za nieszczęśliwych; jednocześnie rozwija się u nich egoizm i brak wszelkiego współczucia niedoli bliźnich. Chcąc wzbudzić litość a zarazem zwrócić na siebie uwagę, chorzy często powiększają swe chorobowe objawy, okłamują otaczających i starają się wszelkimi sposobami wzruszyć ich i przekonać o swem wielkiem nieszczęściu; gdy im się to nie udaje, wtedy wpadają w szał rozdrażnienia, płaczą spazmatycznie, kłują się szpilkami, przygryzają wargi do krwi i t. d. W sferze myślenia u tych chorych daje się zauważyć zbyt wolny lub szybki bieg myśli, często urywkowy, przyczem często powstają natręctwa i urojenia prześladowcze. Następnie spostrzega się łatwowierność, szybkie przyswajanie cudzych przekonań i podawanie ich za swoje, brak wszelkiego krytycyzmu oraz wielką wrażliwość na wma-
wianie (*suggestibilitas*). Wskutek silnie podnieconej wyobraźni często powstają omamy i złudzenia, przeważnie w sferze wzrokowej, o treści przykrej i nieprzyjemnej. Wola i siła działalna u tych chorych jest ograniczoną wskutek osłabienia moralnych dążeń, zmienności i powier zchowności wyobrażeń i na-

tręctw; wskutek tego chorzy stają się ofiarami swych fantazyi, zachceń, kaprysów i popełniają mnóstwo niedorzeczności. Bardzo często podlega chorobliwym zmianom i pociąg płciowy, który w pewnych razach dochodzi do stanu ekstazy miłosnej; wskutek nadczułości płciowej chorzy obnażają części ciała, farbują i upiększają narządy płciowe; jednocześnie może nastąpić i zupełny zanik pociągu płciowego do męża, kochanka i t. d.; dość często powstają również i zwyrodniałe popędy płciowe, i podniecenia na tle religijnem — jako równoważnik podniecenia płciowego. Jednocześnie i sfera naczynioruchowa podlega też częstym zaburzeniom — mianowicie często się zjawia niepokój w okolicy dołka sercowego.

Następnie autor przechodzi do zgrupowania objawów klinicznych historycznej natury i rozpatruje kolejno: 1) zaburzenia psychiczne podczas napadu historycznego, 2) bredzenie historyczne, 3) historyczne zamroczenie umysłu i 4) wreszcie inne postaci historycznych obłądów ostre i przewlekłe.

Zaburzenia umysłowe podczas napadu historycznego, występując albo jednocześnie z drgawkami, albo całkowicie je zastępując, odpowiadają jednemu z trzech stanów ostrych obłądów — mianowicie: stanom przygnębienia, podniecenia i urojeń, które wtedy rzadko występują jasno, częściej zaś mają przebieg niepełny i różnego natężenia. Chorzy w czasie napadu tracą zupełnie przytomność, przeważnie nic nie pamiętają z tego, co się z nimi działo; często zapowiedź napadu zjawia się w postaci kuli historycznej (*globus*), tęsknicy, rozdrażnienia, nerwobólów i t. t. Zaburzenia umysłowe trwają po większej części tylko w czasie napadu drgawek, choć niekiedy dają się zauważyć u chorych w ciągu kilku godzin lub dni po napadzie.

Bredzenie historyczne (*delirium*). W tej postaci chorzy tracą zupełnie przytomność, wpadają po największej części w tęsknotę, nie poznają otaczających, rzucają się na nich i t. d. Często się wtedy zjawiają u chorych omamy o charakterze strasznym, potwornym; chorzy, widząc dyabłów, potwory z ziejącymi ogniem pyskami, ze świecącymi oczami, chcą uciec, krzyczą, wpadają w stan szału; dość często występują wtedy u chorych drgawki, podobne do płasawicznych. Prócz omamów powstają u chorych urojenia z odcieniem silnego przygnębienia i idee prześladowcze. Niekiedy przy tej postaci zjawia się nagle urojenie przemiany swych osobistości w zwierzęta, np. w świnię, kota i t. d. Bredzenie historyczne trwa krótko — kilka minut, choć zdarzają się przypadki po kilka godzin lub dni [postać ciężka].

Historyczne zamroczenie umysłu. Przy tej postaci występuje wyraźnie pewna utrata przytomności i trudność w przyswajaniu wyobrażeń. Postać ta daje się najlepiej rozpoznać przed lub po napadzie historycznym, przyczem świadomość podlega ciągłym wahaniom w zależności od wrażeń zewnętrznych, a objawy, które są z sobą w ciągłej sprzeczności, występują jedno po drugim. Więc daje się spostrzegać u chorych: powściągliwość w mowie lub milkiwość, plastyczne ruchy, drgawki, podniecenie, krzyki, płacz, wymyślanie, modlenie się i t. d. Stan ten trwa albo kilka godzin, albo też kilka dni.

Inne postaci historycznych obłądów. Znaczna liczba ostrych historycznych obłądów przebiega albo pod postacią szaleństwa (*mania*) albo zadumy lub osłupienia (*stupor*), przyczem każda z tych grup posiada swe odrębne cechy i różni się od podobnych stanów przy innych postaciach obłądów. Stan szaleństwa pochodzenia historycznego wybucha nagle i odznacza się szybką zmiennością nastroju, nierównością w usposobieniu u chorych, a głównie wybuchem urojeń na tle religijno-erotycznym. Cechami zadumy historycznej są: częsty poryw zadumany (*raptus melancholicus*), ból w okolicy dołka sercowego, wstręt do życia, różnorodne nerwobóle, wzrokowe omamy o cha-

akterze strasznym i nieprzyjemnym oraz skłonność chorych do powiększenia swych cierpień do olbrzymich rozmiarów i rozrzewniania odczuwanych widokiem swych cierpień. Przy stanie osłupienia historycznego wszystkie czynności psychiczne są do pewnego stopnia zahamowane; chorzy tracą wszelką inicjatywę, stoją lub leżą całymi godzinami bez ruchu, tylko od czasu do czasu z nadzwyczajnym wysiłkiem wykonywają jakiś ruch dowolny. Często wpadają w jakiś głęboki sen, dochodzący do ekstazy, lub w stan kataleptyczny, trwający całymi dniami. Wspomnienia o przeżytych wrażeniach pozostają u tego rodzaju chorych tylko w niejasnych zarysach.

Przewlekłe historyczne obłądki. Powstają przeważnie nagle i ciągną się długie lata; podczas tak długiego trwania choroby są i jaśniejsze chwile, w których przytomność stosunkowo zwiększa się; gdy zaś napady się zaostrzają, następuje bezład myślenia, dochodzący w pewnych razach do zupełnego osłupienia. Jednocześnie występuje u chorych niezliczona liczba urojeń erotycznych i religijnych, często również pojawiają się omamy wzrokowe, słuchowe i węchowe o charakterze nieprzyjemnym, okropnym i przerażającym: chorzy widzą trupy, dyabłów, potwory, słyszą rozmowy cyniczne, czują zapach trupi, kału i t. d. Wśród tych postaci zasługuje na uwagę pomieszanie historyczne (*paranoia hysterica*), przy którym wszelkie wrażenia zewnętrzne i doznawane zбочenia czucia [parestezye] nadzwyczaj łatwo przeistaczają się w urojenia o elektryzowaniu, magnetyzowaniu, prądach, przeniknięciu zmił, żab, dyabłów do wnętrza organizmu. Szczególniej przy tych obłądках urojenia erotyczne silnie się zarysowują u chorych; zбочenia czucia w sferze płciowej wywołują u chorych wrażenia spółkowania, zgwałcenia, a w połączeniu z ekstazą religijną doprowadzają do urojeń stosunku płciowego z bóstwem i t. d. Te postaci trwają długo ze zwolnieniami i przerwami; zaostrzenie sprawy chorobowej u kobiet następuje podczas miesiączkowania. W końcu stan ten doprowadza chorych do wciąż wzrastającego stopienia. Mogą również przyłączyć się powikłania czynnościowe: niemota, ślepotą, głuchota, różne niedowładz, zбочenia czucia, skurczenia, drżenia, płasawica, nerwica naczyniowa, zaburzenia w sferze nerwów odżywczych i t. d.

Co do wieku, w jakim u chorych występuje histerya, i częstości jej u mężczyzn i kobiet, autor podaje następującą tabliczkę, którą sam ułożył, obserwując dość znaczną liczbę chorych w wiedeńskiej klinice w ciągu dwóch lat [1902 — 1004].

wiek	mężczyźni	kobiety	razem
5—10	—	1	1
11—15	1	4	5
16—20	4	37	41
21—25	11	42	53
26—30	6	19	25
31—35	8	9	17
36—40	2	6	8
41—45	2	9	11
46—50	1	4	5
51—55	—	1	1
56—60	—	2	2
S u m a	35	134	169

Stosunek więc mężczyzn do kobiet przedstawia się — 1 m: 3,8 k., JOLLY podaje 1 m: 5 k., BAUER — LOEWENFELD — 1 m: 17 k., szkoła CHARCOT'a liczy 1 m: 2 k., MARIE — 1 m: 0,65 k., SOUQUIS — 1 m: 0,5 k.

Następnie autor, przechodząc do określenia przyczyna powstawania objawów pochodzenia historycznego, stawia na pierwszym miejscu dziedziczność. Dzieci rodziców historyków stają się historycznymi albo w pierwszych latach życia, lub posiadają taki zapas dziedzicznego usposobienia, że potrzeba niewielkiego wstrząsu, by wywołać chorobę. Usposobienie może być odziedziczone także od przodków, cierpiących na inne choroby systematu nerwowego; alkoholizm rodziców także uspasabia dzieci do historycznych objawów.

CHARCOT wylicza 40% przypadków historycznych objawów odziedziczonych, KRAEPELIN zaś podaje 60% — 80%.

Dalej ważną rolę w powstawaniu choroby grają moralne wstrząsy, jak oto. przestraszenia, zmartwienie; w tym też sensie działają ciągle przykrości, niepowodzenia życiowe i t. d. Uraz w połączeniu z przestraszeniem, przeciążenie fizyczne lub umysłowe, niedostateczne odżywianie, zatrucia alkoholem, rtęcią, ołowiem, nikotyną, chloroformem, morfiną, gazem; również nadużycia środków leczniczych—paraldehydu, amylenuhydratu sprzyjają powstawaniu tego rodzaju objawów. Następnie wszystkie te cierpienia, które idą w parze z wycieńczeniem sił chorych, które wywołują bezkrwistość i blednicę, mogą również stworzyć grunt podatny dla rozwoju choroby, a więc—tyfus, zapalenie płuc, szkarlatyna, dyfteryt, zapalenie opon rdzeniowo - mózgowych, influenza, reumatyzm stawowy, rzeżączka, wady serca, syfils, zimnica; również dużą rolę grają w tym względzie choroby narządów płciowych u kobiet, gdyż będąca w związku z nimi bezpłodność i często niemożność prawidłowego spółkowania stanowią tło podatne dla rozwoju objawów pochodzenia historycznego. Do powyższych przyczyn można dołączyć zaburzenia w miesiączkowaniu, niemoc płciową i samogwałt. Ciekawą jest podatność dzieci, przeważnie dziewczynek do zarażenia się histeryą jedną od drugiej; często powstają tak zwane epidemie historyczne w zamkniętych zakładach naukowych, a jako ich przyczynę należy uważać niehygieniczne warunki, w jakich tam znajdują się dzieci.

Co do rokowania, to objawy pochodzenia historycznego mogą być uleczalne lub przechodzą w postaci przewlekłe. Naturalnie, gra tu dużą rolę stopień dziedziczności, gdyż przy istniejących u osobnika znamionach ciężkiego zwyrodnienia i jaskrawych oznakach ustroju psychopatycznego rokowanie będzie nieszczerłone. Według autora, te objawy historyczne są nienleczalne, w których przeważają chorobliwe autosugestye w sferze uczucia; te ostatnie właśnie wytwarzają i podtrzymują stale u chorych wszelkiego rodzaju urojeńia.

Leczenie objawów pochodzenia historycznego polega na stosowaniu środków uspokajających i wzmacniających systemat nerwowy; ważną rolę odgrywa tutaj leczenie, skierowane do usunięcia zaburzeń w narządach wewnętrznych, i płciowych. Główną zaś osią i jądrem leczenia tych objawów jest leczenie psychiczne. Lekarz powinien choremu okazywać dużo serdecznego współczucia; nie powinien ignorować jego żadnej skargi, a tem bardziej wyśmiewać się lub naigrawać. Obowiązkiem lekarza jest podtrzymywać wiarę chorego w wyzdrowienie i kategorycznie go o tem zapewniać, również starać się wmówić weń, że choroba jest lekka i łatwo uleczalna. Lekarz powinien okazać dużo taktu i dużo umiejętności i jednocześnie bardzo wiele stanowczości. Najmniejsze ustępstwa lub wahania się w wyborze środków lub w obejściu się podrywa zaufanie chorego do lekarza. W niektórych przypadkach dużą pomoc przynosi stosowanie hipnozy. [FREUD, BINSWANGER i KRAFFT-EBING].

(Die hysterischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie von dr Emil Krafft-Ebing).
B. Luczycki.

147. Brandenstein i Chajes. O następstwach wstrzykiwania pod skórę rozczyńnów soli kuchennej po nefrektomii. Przyczynek do nauki o powstawaniu obrzęków nerkowych.

Autorowie wycinali obie nerki i operowanym zwierzętom wlewali pod skórę w jednej seryi doświadczeń 1%owy rozczyń NaCl, w drugiej zaś — tylko wodę. Oznaczyli oni w swoich badaniach punkt zamarzania krwi, zawartość w surowicy chlorków, białka [przy pomocy refraktometru] i azotu niebiałkowego, zawartość chlorków w wątrobie, a w niektórych doświadczeniach i w mięśniach u zwierząt, traktowanych rozczyńnem solnym; obrzęki skóry i pachlina jam surowicznych wytwarzały się w stopniu nierównie większym, niż u królików, którym wlewano tylko wodę. Co się tyczy szczegółów badania chemicznego, to autorowie stwierdzili obniżenie punktu zamarzania krwi, wzmogoną zawartość azotu niebiałkowego w surowicy oraz chlorków w wątrobie; oczywiście, zmiany powyższe u królików solnych były wybitniejsze. Co do sposobu, w jaki niewydzielone przez nerki substancje wpływają na powstawanie obrzęków, to autorowie usiłują poprzeć twierdzenie STRAUSS'a, iż najważniejsza rola przypada chlorkom. Przy niedomodze nerek przede wszystkim następuje zatrzymywanie się w ustroju soli kuchennej, która przyciąga odpowiednią ilość wody. Niewydzielony roztwór NaCl gromadzi się nie w narządach mięsowych, lecz głównie w układzie krwionośnym, prowadząc do pletory. Tkanki mięsowe, jak wątroba i mięśnie, jakkolwiek zawierają po nefrektomii nieco więcej NaCl, jednak nadmiar ten stanowi zaledwie drobny ułamek tego, co ustrój wogóle zatrzymuje. Pletora sama przez się nie daje jednak obrzęków; dopiero kiedy zatrzymane we krwi ciała organiczne, przeważnie azotowe, uszkadzają ścianki naczyń o tyle, że staną się one przepuszczalne dla nadmiaru azotowego w nich płynu, wówczas następuje przesiąkanie surowicy, która gromadzi się głównie w podskórnych szczelinach limfatycznych oraz w jamach surowicznych. Widzimy zatem, że niewydzielanie wody przez niesprawne nerki B. i CH. uważają za objaw wtórny, będący następstwem ich nieprzepuszczalności dla soli kuchennej. Dopiero przy wyższych stopniach niedomogi mogą nerki utracić zdolność wydzielenia wody, zupełnie niezależnie od zatrzymania lub nie soli kuchennej.

(*Ztschft f. klin. Med.* Tom 57).

Anastazy Landau.

148. W. Leube. O względnej niedostateczności zastawek dwu—i trójdzielnej i o dodatniem [systolicznem] tętnie żylnem przy niedokrwiistości.

W wielu przypadkach blednicy autor spostrzegał, iż żyły szyjowe nabie-
rają i tętnią spółcześnie z arteryami, a opadają podczas rozkurczu serca. Tętnienie powyższe ma zatem cechy skurczowego tętna żylnego, który w jed-
nych przypadkach występuje nader jaskrawo, w innych zaś jest zaledwie do-
strzegalny, możemy go jednak zawsze wzmódz dowolnie przez ucisk wątroby
lub dolnej żyły głównej. Po zwróceniu baczonej uwagi na objaw powyższy,
przekonał się LEUBE, iż tętnienie to przy blednicy jest następstwem niedo-
stateczności zastawki trójdzielnej, która powstała w ten sam sposób, co i nie-
domykalność zastawki dwudzielnej, a mianowicie wskutek upośledzonej funkcji
zastawkowego aparatu mięśniowego [wyczerpanie mięśni lub też ich zwyrodnienie
tłuszczowe]. Prócz dodatniego tętna żylnego owa niedomykalność zastawki
trójdzielnej cechuje się rozszerzeniem granic serca na prawo i szmerem
skurczowym w 5-ej przestrzeni międzyżebrowej na prawo od mostka. W prze-
ciwienstwie do względnej niedostateczności zast. trójdzielnej, która przyłącza
się do organicznych wad lewego ujścia żylnego [wskutek rozszerzenia prawej
komory serca], przy niedomykalności „anemicznej“ nie spostrzegamy prze-
pełnienia układu żylnego, sinicy i obrzęków. Opierając się na różnicy po-

wyższej, możemy niedostatecznością zast. trójdzielnej posiłkować się jako objawem różniczkowym przy odróżnianiu u osób niedokrwistych organicznej niedostateczności zast. dwudzielnej od względnej. Często bowiem spostrzegać się dają przypadki błednicy, w których na mocy powiększenia granic serca, skurczowego szmeru przy wierzchołku oraz wzmoczonego II-go tonu tętnicy płucnej rozpoznajemy niedomykalność zast. dwudzielnej, co do czego należy jeszcze rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z wadą pochodzenia organicznego, czy też tylko względną. W przypadkach wątpliwych obecność niedostateczności zast. trójdzielnej [skurczowe tętno żyłne, szmer w 5-em międzyżebżu na prawo od mostka] przy braku większych zaburzeń ze strony krążenia żylnego przechyla szalę na stronę wady względnej. Należy pamiętać, iż postawienie właściwego rozpoznania jest dla rokowania rzeczą pierwszorzędną wagi, „anemiczne” bowiem wady zastawek dwu- i trójdzielnej znikają, jak się przekonał LEUBE, bez śladu przy kuracji żelazem.

Prócz dodatniego tętna żylnego, spowodowanego niedomykalnością zast. trójdzielnej, spostrzegał autor również i takie przypadki błednicy, w których żyły szyjowe wyraźnie tętniały pomimo braku wszelkich objawów ze strony zast. trójdzielnej. Wytlómaczenie tego zjawiska natrafia na duże przeszkody. Najłatwiejby było je sobie objaśnić, przyjmąwszy „ukrytą” niedomykalność zast. trójdzielnej, czyli że wada serca jest tak nieznacznie rozwinięta, iż fala krwi, wypychana z prawej komory do przedsionka, jest tak słaba, że nie wywołuje szmeru przy zastawce, daje jednak falę zwrotną w żyłach szyjowych. W samej rzeczy, objaśnienie powyższe jest dla niektórych przypadków słuszne, gdyż dokładna obserwacja wykrywa w przebiegu choroby przemijające szmery sercowe z prawej strony, a nawet przelotne powiększenie granic serca. Nieda się to jednak zastosować do wszystkich przypadków błednicy, gdyż bez wątpienia zdarzają się i takie, w których pomimo stałego, całe tygodnie trwającego tętna żylnego brak jest zupełnie objawów ze strony zast. trójdzielnej. Przyjąć w takich razach „ukrytą” niedostateczność tej zastawki znaczyłoby nie uwzględniać przy stawianiu rozpoznania gruntu danych faktycznych. Pozostaje nam zatem jedynie uznać obecność dodatniego tętna żylnego bez niedostateczności zast. trójdzielnej za fakt kliniczny, którego wyjaśnienie domaga się gwałtownie pogłębienia naszych wiadomości fizjologicznych o powstawaniu tętna żylnego.

(*Ztschrift f. klin. Med.* Tom 57).

Anastazy Landau.

149. Lesieur i Mahaut. Lasecznik Eberth'a w moczu chorych na tyfus.

Autorzy przeprowadzili cały szereg badań bakteriologicznych moczu chorych tyfusowych. Do każdego badania brano 200 c³ moczu, otrzymanego u kobiet zapomocą kateteru, a u mężczyzn świeżo oddanego do sterylizowanego naczynia. Wynik badań streszcza się w następujących wnioskach:

1) Lasecznik EBERTH'a może znajdować się w moczu chorych na tyfus zarówno w okresie gorączkowym, jako też podczas zdrowienia.

2) Zapomocą specjalnej techniki [centryfugowanie dużych ilości moczu, kultura przy 44° według CAMBIER'a] LESIEUR i MAHAUT znaleźli lasecznik w 38,5% wszystkich przypadków.

3) Autorzy sądzą, że niema łączności między obecnością lub nieobecnością laseczników EBERTH'a w moczu a białkomoczem lub obfitą bardzo wysypką (*roseola*).

4) Tyfusową bakteriurę można objaśnić jako wynik jednoczesnej obecności lasecznika we krwi [według prac COURMONT'a i LESIEUR'a]. Poza tem, jak pokazały doświadczenia autorów, przeprowadzone na psach, lasecznik zupełnie swobodnie rozmnaża się w pęcherzu.

5) „Eberthurya“ może już wystąpić na 9-y dzień eierpienia i trwać przynajmniej 15 dni po zupełnym spadku ciepłoty. A więc rekonwalescenci są dla otoczenia niebezpieczni.

6) Aby otrzymać zniknięcie laseczników z moczu, nie można liczyć na środki wewnętrzne w rodzaju np. salolu, urotropiny. Przeprowadzone odpowiednie doświadczenia wykazały zupełną bezskuteczność tych środków. Tylko przemywania pęcherza rozczynek *kali hypermanganici* [1 : 2000] lub sublimatu [1 : 7000] okazują w tym kierunku skuteczne działanie. Kwas borny okazał się zbyt słabym środkiem.

7) Konieczną jest zatem dezynfekcja moczu chorych na tyfus, jak również rzeczy, mogących być zainfekowanymi moczem, np. bielizny, wody kąpielowej i t. d., nie mówiąc już o dezynfekcji kału. Stąd też wynika potrzeba izolacji chorych przez czas dłuższy.

8) Łatwość zakażenia wody za pośrednictwem moczu, zawierającego laseczki tyfusowe, powinna być przestrożą co do używania niefiltrowanej lub nieprzepracowanej wody w miejscach zagrożonych lub zajętych chorobą.

(*Medicinishe Klinik*. 1905. N. 37).

T. Wretowski.

150. L. Prochnik. Zarazki cholery bez cholery.

W miejscowości „El Tor“, położonej na południowo-wschodnim końcu półwyspu „Sinai“ w zatoce suezkiej, odbywa się kwarantanna dla pielgrzymów do Mekki. Otóż tam badanie pośmiertne 38-u ciał ludzi, którzy umarli na ostre zapalenie kiszek z klinicznymi objawami dyzenterii, wykazało również tylko dyzenterję. Tymczasem przy badaniu bakteryologicznem znalezione zostały wibryony, które w sześciu przypadkach wykazały morfologiczne i biologiczne własności zarazka cholerycznego Koch'a. Ludzie ci, u których znaleziono zarazki choleryczne, nie należeli do mieszkańców miejscowych, gdyż byli przybyszami ze stron nawiedzonych przez cholere i, chociaż na cholere nie zmarli, lecz w każdym razie zarazki jej mieli dłużej lub krócej w swoim organizmie. Takich właśnie osobników autor, jak zresztą i wielu innych badaczy, uważa za roznosicieli cholery.

(*Wiener klin. Wochenschrift*. 1905. N. 39).

T. Wretowski.

151. A. Böhme. Przyczynę do techniki badania bakteryologicznego cholery.

Autor podaje nowy sposób barwienia wibryonów cholerycznych, zalecający się jasnością otrzymanego obrazu. Przepis jest następujący:

- 1) Utrwalenie zapomocą płomienia;
- 2) pogrążenie na $\frac{1}{2}$ do 1 minuty do rozcieńczonej jodyny [jedna część zwykłej 10%-ej *Tincturæ jodi* i dziesięć części 96%-ego alkoholu];
- 3) obmycie wodą;
- 4) barwienie zapomocą karbolfuksyny w przeciągu 20-u sekund [dziesięciokrotnie rozcieńczony rozczyzn ZIELS'a].

(*Deutsche med. Woch.* 1905. N. 40).

T. Wretowski.

152. Hochhaus. Leczenie ostrych spraw zapalnych na szyi i gardle zapomocą przekrwienia zastoinowego.

Autor zastosował metodę BIER'a, polegającą na leczeniu ostrych spraw zapalnych zapomocą zastoinowego przekrwienia, w dyfterycie, anginie oraz róży. Sposób postępowania był następujący: choremu bandażem z materiału elastycznego, a więc gumy, szerokości 2 — 3-ch ctm. owiązywano o tyle silnie szyję, aby wywołać zastój. Bandaż pozostawał z małemi przerwami dzień

i noc przez kilka dni. Za przeciwwskazanie do tego zabiegu HOCHHAUS uważa zwąpnienie naczyń i zwięźnienie światła krtani. Najlepsze wyniki autor otrzymał przy dyfteryście. Nadmienić przytem należy, że w większości przypadków jednocześnie stosowaną była surowica BEHRING'a. Według jego słów przebieg cierpienia był stale lżejszy i szybszy, a białkomocz i paralize występowały niezrównanie rzadziej. Co się tyczy zapalenia, to metoda zastoinowego przekrwienia dawała, według słów autora, o wiele mniej zachęcające wyniki. Mianowicie, następowało tylko polepszenie podmiotowe, zmniejszenie bólu; jednak skrócenia przebiegu miejscowej sprawy zapalnej nie można było zauważyć. Autor dodaje, że wszystkie 12 przypadków zapalenia miał u dorosłych, a ci ostatni o wiele gorzej znoszą bandaż uciskający na szyi, niż dzieci. Co się zaś tyczy róży na głowie, to we wszystkich 7-u przypadkach HOCHHAUS'owi udało się powstrzymać dalszy postęp cierpienia zapomocą zastoinowego przekrwienia, a sprawa zapalna za bandaż nie przechodziła.

(Die Therapie der Gegenwart. 1905. Z. 10).

T. Wretowski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

39. O skórnem stosowaniu preparatów jodowych.

Na zasadzie doświadczeń, przeprowadzonych na królikach i ludziach z przetworem jodowym „Jothion“, LIPSCHUETZ dochodzi do wniosku, że wchłanianie się on wyłącznie przez skórę nawet przy stosowaniu bardzo małej ilości [0,005], i że wchłanianie, jak również wydzielanie się z organizmu następuje bardzo szybko. Z innych preparatów jodowych L. przeprowadził badania z nalewką jodową i z *Unguentum Kalii iodati*. Po zastosowaniu nalewki jodowej [jednorazowe posmarowanie nieuszkodzonej skóry dolnej kończyny człowieka nalewką jodową w ilości 10 ctm³] nie znajdowano jodu ani w ślinie, ani w moczu; wobec niemożliwości jednak stosowania większej ilości nalewki jodowej trudno jest rozstrzygnąć kwestyę wchłaniania się jej przez skórę. Z drugiej strony nalewka jodowa nie odznacza się szczególną lotnością i niema powodu przypuszczać, jak mniemają dawniejsi autorzy, iż przenika ona do organizmu w stanie lotnym zapomocą dróg oddechowych. Co się tyczy *Ung. Kalii iodati*, to wchłanianie tej maści odbywa się wyłącznie przez skórę i zależy od tego, jak długo działa maść, od jej ilości, od procentowej zawartości jodku potasu i wreszcie od podstawy (*constituens*) maści.

Wchłanianie przez skórę jest to sprawa czysto fizyczna; według FILEHNE'go i OVERTON'a jest to rodzaj osmozy, w której naskórek gra rolę błony, przez którą przenikać mogą tylko substancje, rozpuszczające się w tłuszczach, przepajających i pokrywających naskórek. Tak samo należy pojmować wchłanianie preparatów jodowych.

Czynniki, od których zależy ich wchłanianie, są następujące:

- 1) Rozpuszczalność stosowanej substancji w tłuszczach naskórka jest pierwszym warunkiem jej wchłaniania.
- 2) Wchłanianie zależy od ilości stosowanej substancji.
- 3) Od tego, jak długo trwa jej działanie.

4) Od wielkości powierzchni skóry, na której stosujemy preparat jodowy.

5) *Constituens* również wpływa na wchłanianie.

6) Nie jest dowiedzione, by lotność pewnej substancji była miarodajną dla jej wchłaniania.

7) Moment mechaniczny [wcieranie, masaż] nie odgrywa przy wchłanianiu żadnej roli.

Z powyższych preparatów najłatwiej się wchłania *Jothion*, który stosujemy w postaci penszów przy syfilisie trzeciorzędnym w przypadkach, kiedy chory nie znosi wewnętrznego użycia jodu lub też kiedy ono jest niemożliwe wskutek trudności łykania lub śpiączki (*meningitis luetica*), dalej w zapaleniach gruczołów, *epididymitis*, przy których do tej pory używano *Tra jodi* lub *Unguentum Kalii iodati*.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis. T. LXXIV. Z. 2 i 3.*)

J. Rosenberg.

Przegląd bibliograficzny.

Krótki zarys nauki o chorobach usznych. Napisał dr RAFAŁ SPIRA, kierownik oddziału otyatrycznego Szpitala Izraelickiego w Krakowie, członek Towarzystwa Otyologicznego Austriackiego. Kraków, 1905, str. XII i 281.

Na polu wydawnictwa książek lekarskich polskich daje się spostrzegać od lat kilku objaw pocieszający: gdy dawniej ukazanie się oryginalnej książki lekarskiej stanowiło u nas zjawisko niecodzienne, od pewnego czasu pojawiły się podręczniki rozmaitych gałęzi medycyny w krótkich odstępach czasu. O chorobach ucha wyszły w niespełna trzy lata dwa dzieła: jedno, napisane przeze mnie w r. 1902, obecnie zaś drugie, wydane przez dra R. SPIRĘ.

W przedmowie do pracy swojej dr S. zaznacza: „Zataczające coraz szersze kręgi uznanie ważności nauki otyatrycznej i dążność do jej poznania rodzi naturalnie potrzebę odpowiednich przyrządów, a tem samym także i stosownych książek naukowych. Potrzeba ta, dająca się coraz więcej odczuć i lekarzom, i kształcącej się młodzieży, skłoniła „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich“ do wydania krótkiego podręcznika, któryby tej potrzebie zaradził i był poradnikiem dla lekarzy w codziennej ich praktyce“.

Wykonanie tego zadania powierzyło „Wydawnictwo“ drowi SPIRZE, znanemu chlubnie na polu piśmiennictwa otyatrycznego w kraju i za granicą i powiedzmy zaraz na wstępie, że dr S. z zadania tego wywiązał się należycie. Na 273-ch stronicach podał treściwy obraz dzisiejszego stanu otyatrii, nie wdając się w żadne naukowe roztrząsania i niewiedzione hipotezy.

Dzieło swoje podzielił dr S. na część ogólną i szczegółową. Część ogólną, nie idąc za powszechnie przyjętym zwyczajem, zaczyna od rozpoznania zapomocą wywiadów i badania przedmiotowego. Autor jest zdania, że, ażeby mózż umiejętnie kierować wywiadami, trzeba znać wszelkie objawy podmiotowe, oraz najrozmaitsze przyczyny chorób i dlatego, przedstawivszy w ogólnych

zarysach wywiady, przechodzi do symptomatologii i do etyologii. Badanie objawów przedmiotowych zaczyna od prób słuchowych: opisuje rozmaite sposoby określania słuchu zapomocą zegarka, głosu, kamertonu, i podaje próby WEBER'a, RINNE'go, BING'a, SCHWABACH'a, BEZOLD'a, GÉLLÉ'go i HARTMANN'a. Następnie przechodzi do badania otoczenia ucha, opisuje otoskopię, obraz błony bębenkowej i jej przedziurawień, ruchomość błony, badanie sondą i przez wysłuchiwanie, próby VALSALVA'y, POLITZER'a, TOYNBEE'go, cewnikowanie, sondowanie, badanie zawrotu głowy; badanie drobnowidzowe i chemiczne. Zakończenie tej części stanowi leczenie przyczynowe i ogólne; mówi tu autor o przestrzykiwaniu ucha, o wkraplaniu, stosowaniu maści, plastrów, o wpuszczaniu pary, o osuszaniu ucha, o leczeniu proszkami, zapomocą duszu powietrznego, o sondowaniu trąbki usznej, o mięsieniu, leczeniu przeciwpalnym, zapomocą elektryczności, o bębenkach sztucznych, o przyrządach i ćwiczeniach słuchowych i o ćwiczeniach gimnastycznych. Część szczegółowa obejmuje ucho zewnętrzne i jego choroby, ucho środkowe z poddziałami, choroby błony bębenkowej, trąbki i jamy bębenkowej; następnie opisuje powikłania i następstwa chorób ucha, przewlekłe sprawy ucha środkowego tudzież operacje śródbębenkowe. Wreszcie opisuje błędnik i choroby jego, głuchoniemotę, udawanie oraz ubezpieczenie na życie i zdolność do służby wojskowej i kolejowej.

Do bardzo udanych rozdziałów dzieła tego zaliczyć należy anatomię i fizyologię, a zwłaszcza fizyologię błędnika, gdzie autor treściwie i dostępne podał biologię akustyczną, dotychczas zwykle prawie zupełnie pomijaną w podręcznikach o chorobach ucha. Całe dzieło napisane jest dostępnie i zrozumiale czasem tylko napotkać można wyrażenia nie dość ściśle i nie zupełnie zgodne z duchem języka polskiego, a niekiedy poglądy, nie zupełnie stojące na wysokości dzisiejszego rozwoju nauki o chorobach ucha, jak np., mówiąc o przyczynach chorób ucha, powiada [str. 18]: „Tu należą także pewne zawody przemysłowe, w których robotnicy wystawieni są na działania toksyczne pewnych trucizn, szkodliwy wpływ na narząd słuchowy wywierających, jak arsen, siarka, ołów, fosfor, rtęć. Do tej kategorii należą księża, nauczyciele, aktorzy, z a w o d e m s w y m [powinno być: przez swój zawód] zmuszeni długo i z nasileniem mówić“. Zdaje mi się, że ostatnie zdanie należałoby rozpocząć w ten sposób: „Do kategorii osób z cierpieniami zawodowymi należy też zaliczyć księży“ i t. d., bo inaczej możnaby przypuścić, że księża i nauczyciele i t. d. są także wystawieni na działanie pewnych trucizn.

Tu i owdzie napotkać też można w dziele dra S. pewne usterki, na głównejsze z nich pragnę zwrócić uwagę autora.

Radzi on przystąpić do badania otoczenia ucha i do badania ucha zewnętrznego i środkowego po wykonaniu prób słuchowych. Tak postępując, bardzo często otrzymamy wyniki, niezgodne z rzeczywistością, bo w uchu zewnętrznym i środkowym, a zwłaszcza w pierwszym często napotkać można przeszkody przypadkowe, które gdy nie będą uprzednio usunięte, dadzą wynik prób słuchowych całkiem mylne.

Słuszną autor robi uwagę, ażeby w przypadkach, gdzie występują objawy mózgowie, zawsze badać moczkę. Referent nieraz przekonał się o tem, że uremię brano za następstwo cierpienia usznego i chciano wykonać operację na czaszce.

Do samoleczenia zaleca autor próbę VALSALVA'y [str. 54], przyczem zwraca uwagę, że samoleczenie, przez dłuższy czas zapomocą jednej lub drugiej metody przeprowadzone, może szkodzić i dlatego bez kontroli lekarza nie jest dozwolone. Na punkcie samoleczenia zapomocą próby VALSALVA'y autor stoi chyba odosobniony. Próba VALSALVA'y, jak wiadomo, wywołuje często znaczne przekrwienie w całej głowie i w uszach, a zwłaszcza, gdy istnieją

przeszkody w trąbce EUSTACHIUSZA. dla których pokonania potrzebne jest znaczne ciśnienie powietrza. Częste powtarzanie próby VALSALVA'y sprowadza z czasem przewlekłe przekrwienia naczyń ucha środkowego i zanik błony bębenkowej; nadto jest ona niebezpieczną u osób starszych z miażdżycą naczyń, a także u osób, chorych na serce i rozdemną płucną. Znaczenie rozpoznawcze tej próby jest także niewielkie.

Nie sądzę, ażeby można było otrzymać jakiś efekt leczniczy z zanurzenia przedniego końca świeczki w mieszaninie adrenaliny z kokainą, gdyż minimalne ilości płynu, które przylgną do świeczki, zetną się przy przeprowadzaniu jej przez cewnik [str. 55].

W części szczegółowej „dobrze” są opisane rozmaite postaci chorobowe ucha zewnętrznego, środkowego i błędnika. Klasyfikacya chorób jest w pewnej mierze inna, aniżeli ogólnie przyjęta. W cierpieniach ucha zewnętrznego podaje autor opis ogólny zapaleń ostrych i przewlekłych, a następnie—szczegółowy ograniczonych i rozlanych i znowu ostrych i rozlanych, co zmusza autora do częstych i niepotrzebnych powtarzań. Opisując zapalenia jamy bębenkowej, autor powiada: „Różnice między temi poszczególnymi formami są zamało wybitne, postacie pojedyncze nie dość ściśle od siebie ograniczone, a granice zbyt wymuszone, naciągnięte, żeby się można na te formy zgodzić”. Według autora wystarcza dla praktyka przyjęcie jednej tylko sprawy zapalnej ostrej w kilku postaciach, względnie okresach. W zasadzie autor ma słuszność; anatomicznie bowiem istnieje tylko jeden stopień zapalenia rozmaitego natężenia; klinicznie jednak, głównie zaś dla celów leczniczych, nie można trzymać się takiego poglądu. Inne są objawy i sposób leczenia ostrego nieżyty jamy bębenkowej, inne zaś zapaleń tej części narządu słuchowego.

Zresztą sam autor już na następnych stronicach przy sprawach ostrych opisuje jako formy oddzielne ostre zapalenie ucha środkowego i ostre ropne zapalenie ucha środkowego; przy formach zaś przewlekłych między innymi opisuje przewlekły nieżyt wysiękowy ze wzmianką, że w przeważnej części jest on dalszym ciągiem nieżyty ostrego, czyli przyznaje kliniczne istnienie takich form chorobowych.

Autor radzi przy *myringitis acuta* w razie silnych bólów przeciąć błonę bębenkową [str. 131], nieco dalej zaś powiada, że ropień na błonie bębenkowej powinno się naciąć celem zapobieżenia pęknięciu i wylaniu się ropy na wewnątrz, przyczem należy baczyć, ażeby błona całkowicie nie przeciąć. Szkodliwość przecięcia błony w takich razach nie jest autorowi obcą, powyższe przeto zdanie o przecięciu błony bębenkowej uważać należy za proste przeoczenie.

Przy nieżytach trąbki radzi autor sondować ją co drugi dzień przez 6 do 8-u tygodni i kurację tę prowadzić 2 — 4 razy do roku w przebiegu kilku lat [str. 112]. Pomijając, że przez częste zgłębnikowanie łatwo powstaje zapalenie ropne ucha środkowego, przypuszczam, że niewielu znajdzie się amatorów tak długotrwałej kuracji.

Według autora wskazaną jest operacya na wyrostku sutkowym [str. 172], jeżeli do ropienia usznego dołączają się objawy ogólnego cierpienia, jak bóle głowy, upadek odżywiania albo objawy ogólnego zakażenia, jak: gorączka, dreszcze, względnie groźne objawy śródczaszkowe, a więc zapalenie i zakrzep zatoki poprzecznej, ropienie pozaoponowe, ropień mózgowy i t. d. Wówczas należy także otworzyć jamę czaszkową i odszukać ognisko chorobowe. Pogląd taki dziś niewiele znajdzie zwolenników wśród lekarzy usznych i chirurgów. Wypowiedziany w książce, przeznaczony dla niespecjalistów, może stać się powodem niepożądanych, nawet zgubnych następstw. Lekarz nie wtajemniczony, opierając się na powyższym poglądzie, stanie się bezwiednie powodem zejścia śmiertelnego u niejednego chorego, którego przez operacyę, wykonaną w czasie właściwym, dałoby się uratować.

W krwotokach usznych [str. 217] autor kładzie za wielki nacisk na krwotoki rzadko występujące lub nie bardzo ważne, krwotoki zaś groźne, śmiertelne są zbyt powierzchownie omówione. Ażeby krwawienie z polipów lub ziarniny doprowadziło do ogólnej niedokrwiłości, na to potrzeba szczególnego niedbalstwa ze strony chorego lub leczącego go lekarza.

Autor jest zdania, że stałe suche przedziurawienie błony bębenkowej nie powinno wykluczać ze służby wojskowej [str. 273], ale ludzie tacy powinni pozostawać pod ciągłym dozorem lekarskim i t. d. Dawniej hołdowałem także takiemu pogładowi, lecz doświadczenie przekonało mię, że jest to pogląd błędny: trzymanie się jego może stać się powodem bardzo smutnych następstw dla danego osobnika.

Ogólne wrażenie z dzieła dra S. jest dodatnie: lekarz - praktyk, chcący mieć ogólne pojęcie o chorobach ucha, znajdzie w niem niejedną cenną wskazówkę. Styl i czystość języka czasem szwankują.

Strona zewnętrzna dzieła nie pozostawia nic do życzenia. Papier jest dobry i druk wyraźny. Cena natomiast jest zbyt wygórowana: 10 koron, czyli 4 ruble, a z przesyłką 4 rb. 60 kop. za 18 arkuszy druku stanowi cenę niesłychanie wysoką i takiej nie napotykamy prawie nigdzie.

Dr Teodor Heiman.

Wiadomości bieżące

— Od roku przyszłego [1906] zacznie wychodzić w Warszawie miesięcznik pod tytułem: „Przegląd chorób skórnych i wenerycznych“ pod redakcją i nakładem kol. FELIKSA MALINOWSKIEGO. Okazowy 1-y numer tego miesięcznika wyszedł już z druku i zawiera prace oryginalne: KRZYSZTAŁOWICZA: „Grzyby chorobotwórcze włosów“ i SZADKA: „Przyczynek do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego“. Sprawozdanie z Sekcyi skórno-wenerycznej Tow. Lek. Warsz. Referaty i Wiadomości bieżące. Strona zewnętrzna tego zeszytu— papier, czcionki, przedstawia się bardzo okazale. Życzymy nowemu czasopiśmu owocnej działalności naukowej, uruchomienia choćby połowy współpracowników, wyliczonych na czele zeszytu i jak najlepszego powodzenia materialnego. Prenumerata roczna w Warszawie rb. 6 — poza Warszawą rb. 7.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny Dr Wł. Gajkiewicz.