

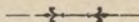
# GAZETA LEKARSKA.

## I. SARKOMATOZA RDZENIA I SYRINGOMYELIA; PRZYCZYNEK DO NAUKI O POWSTAWANIU JAM W RDZENIU.

Rzecz, odczytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 6. XII. 1898 r.]

Przez

**D-ra med. Stanisława Orłowskiego.**



Przy badaniu każdej, względnie nowej i mało znanej postaci chorobowej, na pierwszym, rozumie się, miejscu stoją spostrzeżenia typowe, szczególnie, o ile badać je można w rozmaitych okresach rozwoju. Nie zmniejsza to jednak znaczenia przypadków złożonych, w których kojarzą się sprawy, na pierwszy rzut oka zupełnie różne, posiadające jednak pewną spójnię wewnętrzną; stosunek wzajemny tych spraw wiele wyjaśnić może w patologii odnośnych postaci chorobowych.

Z drugiej strony, jeśli przy badaniu anatomicznem natrafiamy na fakty niejasne, na kombinacye dziwne, to tem ściślej i skrzętniej notować je winniśmy: kiedyś w przyszłości utworzą one ten materiał faktyczny, a więc niezbity, na mocy którego będzie można wyjaśnić cały szereg zjawisk, obecnie zagadkowej natury.

Podobnego rodzaju spostrzeżeniem, niezmiernie złożonem, lecz też wysoce pod względem naukowym interesującym, pragnąłbym się podzielić z Sz. Kolegami, nadmienając, że było ono już przedstawione na posiedzeniu Towarzystwa Neuropatologów i Psychiatryków w Moskwie <sup>1)</sup>.

Anna P., uczennica gimnazjum w Wołogdzie, 14 lat licząca, przybyła do kliniki chorób nerwowych uniwersytetu moskiewskiego d. 18-go stycznia 1896 roku.

W wywiadach nie znajdujemy wzmianki o dziedziczności neuropatycznej. Ojciec chorej umarł w młodym wieku na gruźlicę, matka zdrowa; rodzeństwo składa się jeszcze z jednego brata, chłopczyka słabego i chorowitego i z siostry dość zdrowej.

<sup>1)</sup> Biblioteka Wraza. 1898. Nr. 3.



W latach niemowlęcych chora zapadała na zółty, w czwartym roku życia przechodziła ospę, odrę i płonicę; od owego czasu do lat ostatnich cieszyła się dobrem zdrowiem. Miesiączki nie miała.

W październiku 1885 roku wystąpiły bóle w krzyżu i w pasie, bóle tępe i niezbyt dokuczliwe, tak że pacjentka nie przestawała uczęszczać do gimnazjum. W listopadzie jednak zaczęła tracić władzę w nogach i koło 20-go tego miesiąca nie mogła już z domu wychodzić. Wezwany w tym czasie lekarz przypuszczał istnienie cierpienia kręgosłupa (*spondylitis*), zaordynował pryszczydła, a na dalszą kurację wysłał chorą do Moskwy; w pierwszych dniach grudnia została ona przyjętą do kliniki chirurgicznej wydziałowej.

W prawej nodze już skonstatowano wówczas porażenie zupełne, w lewej pozostały jeszcze niewielkie ruchy stopy i kolana; odruchów kolanowych brakowało, odruchy ścięgna ACHILLESA były wyraźne, a z prawej strony można było nawet otrzymać odruch stopowy kloniczny, o niewysokiem wprawdzie natężeniu. Na tułowiu, począwszy od linii, przechodzącej z przodu na 4 palce wyżej pępka, a z tyłu przez 10-ty krąg grzbietowy wybitna beczułość; na kończynach dolnych, szczególnie na lewej, osłabienie czucia, zajmujące dziedziny *n. cruralis, obturatorii et cutanei femoris externi*. Stopniowo rozwijało się zatrzymanie moczu.

W klinice stosowano przyżegania przyrządem PACQUELIN'a w części grzbietowej i lędźwiowej kręgosłupa, cierpienie jednak postępowało ciągle. Dnia 18 Stycznia i w lewej nodze wygasła wszelka wydolność ruchowa; wrótce wystąpiło mimowolne wydalanie moczu. Dnia 18. I. pacjentkę przewieziono do kliniki chorób nerwowych.

Przy badaniu ówczesnem znaleziono, co następuje.

Chora, dziewczynka średniego wzrostu, pod względem fizycznym mało rozwinięta, blada, nieco wycieńczona.

Tony serca czyste, choć słabe; częsty kaszel, bez zmian przedmiotowych ze strony płuc. Łaknienie upośledzone, brzuch często wzdęty, stolec zaparty. Mocz bardzo mętny, o odczynie wybitnie alkalicznym: białka, cukru, barwników żółci nie zawiera; ciałka ropne w ilości znacznej.

W dziedzinie nerwów czaszkowych, nerwów szyi, kończyn górnych i górnej połowy tułowia zboczeń niema.

Porażenie poprzeczne dolne bezwzględne. Nogi wyprostowane, stopy opuszczone i nieco zwrócone ku wewnątrz. Mięśnie wiotkie, tylko w mięśniach brzusko-łydkowych (*gastrocnemii*) napięcie nieco wzmożone; pobudliwość mechaniczna mięśni uda zniesiona, mięśnie goleni i stóp pod tym względem normalne.

Badanie pobudliwości elektromotorycznej dało rezultaty następujące:

[Patrz tablicę na str. 667].

Chora nie uskarża się na żadne bóle lub uczucia parestezyjne. Badanie przedmiotowe wykazuje wysoki stopień beczułości w obszernej dziedzinie, której górną granicę stanowi linia, przechodząca z przodu o 4 palce wyżej pępka, a z tyłu przez 9 krąg grzbietowy. Z przodu beczułość zajmuje ścianę brzuszną do pachwin, narządy płciowe zewnętrzne, przednią i wewnętrzną po-



wierzchnię ud, wewnętrzną powierzchnię goleni i stóp. Z tyłu zajęta okazuje się skóra grzbietu, pośladki i zewnętrzna powierzchnia ud, na tylnej zaś powierzchni czucie prawie normalne.

NAZWA MIĘŚNIA.	Strona	Pr. przer.	KZS	AZS
Mięsień czterogłowy uda, głowa prosta . .	prawa	0	0	18,0
" " " " "	lewa	0	0	17,5
" " " " " głowa zewnętrzna	prawa	0	0	0
" " " " " "	lewa	0	0	0
" " " " " głowa wewnętrzna	prawa	0	0	18,0
" " " " " "	lewa	0	0	18,0
Mięsień półścięgnisty . . . . .	prawa	40	10,0	8,0
" " " " " "	lewa	30	10,0	8,0
Mięsień półbłoniasty . . . . .	prawa	40	10,0	10,0
" " " " " "	lewa	25	10,0	10,0
Mięśnie ksobne uda . . . . .	prawa	10	18,0	18,0
" " " " " "	lewa	5	18,0	18,0
Mięsień piszczelowy przedni . . . . .	prawa	50	6,0	7,0
" " " " " "	lewa	40	7,0	8,0
Mięsień rozginający palec stopy długi . .	prawa	50	6,0	7,0
" " " " " " "	lewa	40	7,0	8,0
" " " " " " krótki . .	prawa	70	3,5	4,0
" " " " " " "	lewa	70	3,5	4,0
Mięsień strzałkowy długi . . . . .	prawa	70	4,0	5,0
" " " " " " "	lewa	60	4,5	6,0
Mięsień płaszczokółdkowy . . . . .	prawa	75	3,0	3,5
" " " " " " "	lewa	75	3,0	3,5
Nerw strzałkowy . . . . .	prawa	90	2,0	3,0
" " " " " " "	lewa	90	2,0	3,0

Na całym tym obszarze aż do kolan stopień bezczułości jest bardzo wysoki, na goleniach zaś i stopach czucie niezbyt upośledzone. Ponad górną granicę dziedziny znieczulonej przechodzi pas wybitnej nadczułości, szeroki na dwa palce.

Odruchy skórne zachowane, z wyjątkiem brzusznych. Ściągnięte na kończynach górnych normalne, kolanowe zniesione, ze ściągna ACHILLESA dość żywe; z lewej strony odruch stopowy kloniczny.

Na zmianach odżywczych zbywa. W sferze naczynioruchowej na wzmiankę zasługuje sinica nóg, szczególnie stóp.

Czasami mimowolne oddawanie moczu, częściej zaś zatrzymanie, wobec czego kateteryzacja jest niezbędną. Czynność odbytnicy nienaruszona.

W sferze psychicznej zbroceń niema.



### Przebieg choroby.

Zalecono jodek sodu, przepłukiwanie pęcherza, na kręgosłup stawiano pryszczydła, stosowano prąd stały i przerywany i t. d.. Wszystkie jednak te zabiegi nie były w stanie zatrzymać cierpienia postępującego ciągle i uporczywie.

Po upływie miesiąca, t. j. koło 20-go lutego, można było konstatować, że zanik mięśniowy na udach wzmógł się znacznie i pobudliwość elektromotoryczna wygasła w nich prawie zupełnie. Odruch stopowy kloniczny i odruch ścięgna ACHILLESA z prawej strony znikły. Upośledzenie czucia skórniego zajęło i tylną powierzchnię ud. W okresie tym chora uskarżała się parę razy na bóle w lewym boku, na wysokości 4—6 przestworów międzyżebrowych, zbyt silnymi jednak bóle te nie były. Nieżyt pęcherza zmniejszył się znacznie.

Następne dwa miesiące wybitnych zmian nie przyniosły; bóle już nie wracały. Na pośladkach i kości krzyżowej utworzyły się odleżyny, wprawdzie powierzchowne, lecz bynajmniej nie gojące się. Mocz już to zatrzymywał się, już też wychodził mimo woli, nosząc przytem cechy mniej lub bardziej wybitnego nieżyty pęcherza.

Badanie w maju wykazało schudnięcie bardzo znaczne obu kończyn dolnych ze zniesieniem pobudliwości elektromotorycznej we wszystkich mięśniach z wyjątkiem strzałkowych (*m. peronei*); wszystkie odruchy znikły. Znieczulenie na kończynach dolnych zajmowało dziedziny wszystkich splotów nerwowych, jednakże na tylnej powierzchni ud było ono mniej wybitnem. Odleżyny pokryte wiotką ziarniną i niewielką ilością ropy.

Objawy cierpienia potęgowały się powoli. W lipcu okazało się, że upośledzenie czucia skórniego wystąpiło na tułowiu i ponad pasem nadeżułości, z przodu do wysokości 4-go żebra, z tyłu do 6-go kręgu grzbietowego. Ruchom gałek ocznych towarzyszyło wyraźne bieganie (*nystagmus*). Wkrótce chora zaczęła się skarżyć na rozmaite uczucia parestezyjne w palcach rąk, te ostatnie wogóle osłabły, wystąpiło w nich drżenie zamiarowe; charakter pisma chorej wybitnej uległ zmianie.

W sierpniu przyłączyła się jeszcze sprawa gorączkowa z objawami nieżyty dróg oddechowych i bólami w stawach [prawdopodobnie influenza]. Trwało to zaledwie dni kilka, lecz pozostawiło wybitne osłabienie ogólne. Obszar bezczułości wzrósł jeszcze, podniósłszy się aż do obojczyków z przodu i grzebieni łopatek z tyłu; przytem i na wewnętrznej powierzchni ramion czucie okazało się nieco upośledzonym.

W kończynach górnych, szczególnie w odcinkach obwodowych niedowład wyraźny, mięśnie tułowia również osłabione tak, że chora z trudnością siedzieć może.

Wkrótce przyłączyło się dwojenie w oczach, silne bóle i zawroty głowy, bóle w karku, sztywność szyi i bolesność przy jej ruchach; ostatnie te objawy ustąpiły jednak po zastosowaniu pryszczydła. Upośledzenie czucia zajęło wewnętrzną powierzchnię ramion i przedramion.



Niedowład w kończynach górnych występował coraz wyraźniej, chora z trudnością sama się karmić mogła, w mięśniach ręki i przedramienia pobudliwość elektromotoryczna okazała się obniżoną. Bezczułość zajęła cały tułów aż do szyi, obie kończyny górne, zwłaszcza w dziedzinie nerwów łokciowych, tylko więc na głowie i twarzy czucie skórne pozostało nienaruszonym. Obszerne odleżyny z wielką ilością ropy; w prawej pachwinie głębokie owrzodzenie z zatokami [prawdopodobnie zropiały gruczoł chłonny]. Wycięcenie ogólne bardzo wybitne.

Dzień każdy nowe przynosił pogorszenie. W listopadzie chora leżała już prawie zupełnie bez ruchu. W czynności oddechowej brała udział wyłącznie tylko przepona. W kończynach górnych ruchy pozostały tylko w stawach barkowych i łokciowych; ręce wychudły, szczególnie mięśnie kłębku i kłębika (*m. thenaris et hypothenaris*). Odleżyny rozszerzały się, zjawily się i nowe.

W końcu listopada osłabienie ogólne zdawało się do kresu dochodzić; tętno małe, ogromnie przyspieszone, oddechanie i polykanie utrudnione, głos zachrypnięty; ruchy szyi znacznie ograniczone, kończyny w stanie zupełnego porażenia.

Nocami chora bredzić zaczęła i we dnie często świadomość bywała zamgloną; jęczała, uskarżała się na silne zawroty i bóle głowy. Wybitne wahania ciepłoty ciała: od 35,2 do 38°. Rozwolnienie; w moczu ropa. Wkrótce wzmogły się jeszcze zaburzenia przy oddechaniu i polykaniu, a d. 27-go listopada konstатовano porażenie podniebienia obustronne.

Dnia 6-go grudnia chora skarżyła się na silny szum i świst w uszach; przy badaniu zdolność słuchowa na prawe ucho okazała się zupełnie zniszczoną. Dnia 8-go grudnia rozwinęło się porażenie prawego nerwu twarzowego we wszystkich jego gałęziach [usta przekrzywione wlewo, prawa powieka nie zamyka się, zmarszczek na prawej stronie czoła niema]. Ciągłe bieganie gałek ocznych, wybitne dwojenie się w oczach.

Stan chorej nazwać było można konaniem, które trwało jednak jeszcze dni 10; śmierć nastąpiła d. 18-go grudnia.

**S e k c y a** dokonana była w 22 godziny po śmierci.

Kości czaszki normalne. W oponach mózgowia przekrwienie żyłne. Na dolnej powierzchni mózgowia, w lewym zrazie skroniowym brunatno-czerwona plama wielkości srebrnej 5-kopiejkówki; zajmuje ona tylko wierzchnią warstwę kory mózgowej. Podobne plamy, lecz nieco większe i głębiej przenikającą, znajdują się na powierzchni mózdzku.

Zamiast rdzenia przedłużonego masa nawpół płynna, wylewająca się z opon.

Rdzeń kręgowy w wysokim stopniu zniekształcony. W części szyjowej i grzbietowej przedstawia się on wybitnie obrzmiałym o paru wrzecionowatych zgrubieniach, leży jednak luźnie w worku opony twardej. Na przekroju poprzecznym widać, że to obrzmienie jest spowodowane przez masę nowotworową, która rozrosła się w oponach miękkich, uciskając rdzeń jak w pochwie. Rysunek rdzenia zatracony, substancja jego nieco rozmiękczona, w części środ-



kowej zabarwiona ciemniej. W dwóch miejscach wyraźnie występują jamy, wysłane tkanką bardziej zbitą.

Począwszy od 10-go kręgu grzbietowego, masa nowotworowa przebija twardą oponę rdzeniową i wrasta w więzy łuków kręgowych, przedostając się z prawej strony nawet na zewnętrzną powierzchnię kręgosłupa. Na przekroju poprzecznym w tem miejscu rdzenia nie widać zupełnie.

Korzenie nerwowe, tworzące *caudam equinam*, również oplątane przez masę nowotworową.

W jamie opłucnej nic na uwagę zasługującego. W płucach w zrazach dolnych zapalenie płuc, w górnych rozedma. Nigdzie ani śladów gruźlicy. Serce małe, mięsień jego wiotki, mięszzowo zwyrodniony.

Wątroba również zwyrodniona. Śledziona nieco powiększona, przekrwiona, powierzchnia przekroju poprzecznego marmurowa [zmiany septyczne]. Żołądek i kiszki normalne.

W prawej nerce wybitna *pyelonephritis et pyelitis*, zwyrodnienie mięszzowe, liczne kamienie nerkowe. W lewej tylko zwyrodnienie mięszzowe. Nieżyt pęcherza moczowego.

Przerzutów nowotworu w ustroju nie znaleziono.

[C. d. n.]

## II. W KWESTYI LECZENIA BALNEOLOGICZNEGO

### CHORYCH GORĄCZKUJĄCYCH.

Podał

Dr Kazimierz Ciągłiński [Siedlec-Ciechocinek].

— \* — \* —

Jeżeli o lecznictwie w ogóle powiedzieć można, że, jak dotąd, opiera się głównie na doświadczeniu klinicznym, to najbardziej może da się to zastosować do balneoterapii; dla tego też nie bez pożytku jest podawanie do wiadomości pojedynczych nawet obserwacyi, wyróżniających się niezwykłością warunków towarzyszących. W przytoczonym poniżej przypadku zmuszony byłem przeprowadzić leczenie w Ciechocinku kąpielami mineralnymi i błotnymi u dziecka gorączkującego stale i rezultat otrzymałem bardzo zadawalający.

W d. 23 sierpnia 1897 r. byłem wezwany do T. D. z Łodzi dla przepisania odpowiedniej kuracyi; chory—chłopiec 8-letni o nader podupałym odżywianiu, bezkrwisty, przywieziony do Ciechocinka wskutek reumatyzmu stawowego, datującego od grudnia roku zeszłego; dane anamnestyczne zebrane od matki, brzmią jak następuje: w październiku r. 1893 chłopiec dotychczas zupełnie zdrowy i gruźliczo nie obciążony zaczął uskarżać się na ból w prawym stawie biodrowym, przyczem, o ile się zdawało, nie gorączkował i w ogóle czuł się nieźle; w początkach listopada r. b. zapadł na ciężką gorączkową chorobę, którą lekarze określili jako szkarlatynę bez wysypki; w kilkanaście dni potem zapalenie nerek [obrzęki, mała ilość moczu]; wybrnąwszy szczęśliwie z tej biedy, malec po jakimś czasie [ściśle mi nie okre-



ślono] zaczął gorączkować mniej więcej o jednej porze po południu; rozpoznano malaryę i zalecono zmianę miejsca; chory wywieziony z Turka, gdzie podówczas mieszkał, na wieś, przez dwa tygodnie czuł się zupełnie dobrze, ale po powrocie do domu znowu zaczął gorączkować; po kilku dniach [w końcu grudnia] zaczęły się zjawiać obrzmienia stawów bardzo bolesne, znoszące ruchy dowolne i utrudniające biernie; od tego czasu chłopiec gorączkował ciągle, stan stawów to poprawiał się trochę, to pogarszał, aż w lutym 1897 r. po przeprowadzeniu leczenia metodą КНЕИРР'a (!) pogorszył się bardzo znacznie, tak że dziecko nie było w stanie wykonywać jakichkolwiek ruchów i ciągle jęczało z bólu; rozpaczliwy ten stan pogorszył się jeszcze w marcu wskutek znacznego wzmocnienia gorączki i zjawienia się duszności i męczącego kaszlu; lekarze skonstatowali zapalenie płuc. Po upływie kilku tygodni, w których chłopca uważano za ostatecznie straconego, duszność i kaszel zmniejszyły się znacznie; bóle i obrzmienia stawów i gorączka trwały ciągle; stan przewodu pokarmowego przez cały czas choroby względnie zadawalający.

W chwili pierwszego badania 23. VIII. 1897 r. o godzinie 7-ej wieczorem, dziecko bardzo blade i wynędzniałe, na pół leży w wózku; literalnie wszystkie stawy kończyn obrzmiałe, najbardziej łokciowy i kolanowy, w których kończyny zgięte, jak również kiście rąk i stopy—potwornie zniepodobnione: nie tylko próba ruchów, ale i bierna zmiana pozycji chorego wywołuje bolesne jęki; ciepłota 38,6°, tętno 94, nie małe, niezbyt miękkie, regularne; przy bardzo utrudnionem badaniu wewnętrznem skonstatowano wyraźne stłumienie wypukowe z tyłu z prawej strony od kąta łopatki do ostatnich żeber na dół i do linii pachowej tylnej w bok, lekkie stłumienie w dolnych częściach z tyłu klatki piersiowej z lewej strony; przy wysłuchiwanu—z prawej oddech nieokreślony, z lewej zaostrozony, rzężenia grubsze i drobniejsze z obu stron, z prawej z charakterem dźwięcznym; oba szczyty płuc z zdrowe; tępość serca nieco powiększona w wymiarze poprzecznym, przy tętnicy płucnej szmer tarcia słyszalny w obu momentach, nie rozprzestrzeniający się na inne punkta wysłuchowe, wyraźniejszy przy naciskaniu stetoskopem; łaknienie mierne, stolce normalne; mocz białka ani cukru nie zawiera. Z opowiadania matki dowiaduję się, że chory i teraz stale gorączkuje, przyczem ciepłota rano nie dochodzi 38° C., wieczorem zaś waha się między 38° i 39° lub wyżej.

Rozpoznanie brzmiało: *rheumatismus articularum chronicus, bronchopneumonia, residua pericarditis*. Stan gorączkowy objaśniał się zupełnie sprawą w płucach, mógł jednak zależeć po części i od spraw w stawach lub osierdziu. Przyznaję, że trudno mi było odważyć się na leczenie kąpielowe, ustąpiłem przed oświadczeniem rodziców, że są zdecydowani kąpać dziecko bodaj bez kontroli lekarskiej, ponieważ niema nic do stracenia.

Zalecono: Kąpiele z solanki 2% z początku z dodatkiem równej ilości czystej wody, potem *per se* przy 27% 5—8 minut trwania, z przerwą po 3-ch kąpielach.

Dnia 28. VIII. W kąpeli i po niej czuje się lepiej: ciepłota rano 37,8—wieczorem 38,3°, tętno 88, dość duże, regularne; zalecono solanki 2%—28° 10—15 minut trwania i okłady szlamowe-błotne gorące na stawy.



Dnia 30. VIII. Samopoczucie lepsze, śpi dobrze, apetyt dobry; kaszle bardzo mało; ruchy kończyn nieco swobodniejsze; wczoraj wieczorem ciepłota 39,5° C..

Dnia 3. IX. Kaszle mało, śpi dobrze, apetyt dobry; poprzedniego wieczora ciepłota 38°; wzięto kąpieli słonych 9; ruchy swobodniejsze: lewe ramię podnosi do kąta 45°; stłumienie pod prawą łopatką mniej wyraźne; zalecono: solanki 4‰—28° 15—20 minut, kąpiele błotne 28½°—29° 5—10 minut co 3-ci dzień, 4-ty dzień przerwa.

Dnia 10. IX. Wygląd lepszy, poczucie dobre; ciepłota 38° poprzedniego wieczora; kaszel nie częsty, sen i apetyt dobre; zaczyna podnosić i prawe ramię, lewe jak wyżej; w lewym płucu z tyłu oddech pęcherzykowy, w prawym nieokreślony, rzężeń mniej. Zalecono kąpiele błotne naprzemian z solankowymi, po 6-iu przerwa.

W tym sezonie dziecka już nie widziałem, aż w roku następnym w dniu 3 lipca 1898 roku przedstawiono mi dziecko ponownie: chłopiec 9-letni, budowy średniej, odżywianie dobre, barwa skóry i błon śluzowych w miarę żywa, w wózku w pozycji półsiedzącej wyciąga do mnie rękę na powitanie; stawy znacznie jeszcze zniepodobnione, ale łokciowy i kolanowy o wiele mniej niż poprzednio; ramię może podnieść do poziomu z barkiem, golenie odgiąć do kąta rozwartego, kiście rąk mniej obrzękłe, ruchy palcem możliwe i niebolesne; stopy tylko zniepodobnione po dawnemu. Przy badaniu wewnętrznem [zupełnie dla chorego niebolesnem przy zmianach położenia] w płucach absolutnie żadnych zmian wykryć nie można; *ad arteriam pulmonalem* szmer jak w roku zeszłym, tylko mniej wyraźny; apetyt i trawienie w zupełnym porządku. Od matki dowiaduję się, że chory przestał gorączkować po powrocie z Ciechocinka, a kaszlać w parę tygodni potem i przez całą zimę czuł się znacznie lepiej.

Chory bawił w Ciechocinku do 25 sierpnia; przytaczać szczegółowo przebiegu leczenia nie będę, wspomnę tylko, że chłopiec brał kąpiele solankowe naprzemian z błotnemi, pierwsze ciepłoty 28—29°, drugie 29—30—30½‰, przytem masaż i ruchy bierne; zniósł leczenie wyśmienicie, utył i wyjeżdżając ruszał wcale swobodnie kończynami górnemi i zaczynał poruszać dolnemi.

*Epicrisis.* Zasadą już nie balneologiczną, ale wprost logiczną jest: nie przyśpieszać przemiany materii tam, gdzie ona i bez tego jest wzmoczoną, szczególnie u dziecka, u którego przeróbka materii fizyologicznie jest intensywniejszą, niż u dorosłego, *a fortiori* u dziecka tak wyniszczzonego długotrwałą chorobą, a raczej całym łańcuchem chorób, jak to, które miałem przed sobą; przeciw tej zasadzie jednak wykroczyć musiałem, stosując leczenie kąpielowe i przechodząc bardzo szybko od metody tonizującej [kąpiele krótkotrwałe o ciepłocie obojętnej] do rezorbującej, którą stosowałem ostatecznie *largā manu*. Usprawiedliwia mnie z jednej strony rozpaczliwy stan chorego, który nic do stracenia nie miał i wola jego rodziców, z drugiej strony brak dziedziczności gruźliczej i zupełna *integritas* szczytów w płucnych, tak że pomimo braku badań drobnowidzowych płwociny miałem prawo rozpoznać z wielkiem prawdopodobieństwem czyste nieżytowe zapalenie płuc. Szmer tarcia słyszalny



na miejscu tętnicy płucnej, wobec jego charakteru i umiejscowienia, niezwykłego dla zapaleń wsierdzia, uważałem za osierdziowy; nieznaczne powiększenie poprzecznego wymiaru serca musiało powstać w czasie *pericarditis*, które, przebiegając widocznie skrycie, uszło uwagi obserwujących; wobec przytoczonych wyżej właściwości tętna i wieku chorego, przeciwwskazania do leczenia kąpielowego z tej strony nie znajdowałem.

Poprawa stanu stawów, otrzymana dotychczas, pozwala nam mieć nadzieję na jaką taką możliwość ruchów w przyszłości; stan ogólny już przy końcu powtórnej kuracyi nie do życzenia nie pozostawiał: zatem w danym przypadku leczenie balneologiczne było nie tylko usprawiedliwionem, ale i pożytecznem.

---

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH WEWNĘTRZNYCH D-RA GROSTERNA W WARSZAWSKIM  
SZPITALU STAROZAKONNYCH.

---

### III. ROZSZERZENIE PRZEŁYKU SAMOISTNE.

Rozpoznawanie kliniczne rozlanego rozszerzenia przełyku.

Badania nad zdolnością chłonniczą błony śluzowej przełyku.

Podał

**M. Flaum i S. Pechkranc.**

— ❦ —  
[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

Możnaby myśleć jeszcze o jednej przyczynie mechanicznej utrudnionego przechodzenia pokarmów do żołądka, mianowicie o zagięciu (*Abknickung*) dolnego końca przełyku w okolicy *for. oesophagei* przepony. Sprawa ta nie przez wszystkich przyjmowana, ma powstawać, zdaniem niektórych autorów, wskutek silnej puchliny brzusznej lub wzdęcia kiszek, przy zapaleniu otrzewnej, guzach brzucha, przemieszczeniu żołądka przez szczelinę w przeponie do jamy opłucnej i t. d.. Zagięcie przełyku przyjmuje w swoim przypadku np. STRUEMPELL<sup>1)</sup>, ponieważ przy oględzinach nie mógł znaleźć żadnej organicznej przyczyny zwężenia. Myśl o skurczu wpustu odrzuca STRUEMPELL głównie na tej zasadzie, że rozszerzenie przełyku zaczynało się o 2 ctm. powyżej wpustu odpowiednio przejściu przełyku przez *for. oesophageum*, podczas gdy przy skurczu wpustu rozszerzenie, zdaniem STRUEMPELL'a, powinno się zacząć tuż nad wpustem. Zdanie STRUEMPELL'a nie jest słuszne, gdyż rozszerzenie prze-

---

<sup>1)</sup> STRUEMPELL. Spindelförmige Erweiterung des Oesophagus ohne nachweisliche Stenosenbildung. Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 29. 1881. Za życia rozpoznanie brzmiało: Eine geringe Stenosenbildung an der Cardia, vielleicht hervorgerufen durch ein vernarbttes Geschwür und eine darüber entstandene Erweiterung des Oesophagus mit divertikelartiger Ausbuchtung seines unteren Abschnittes.



łyku zawsze, czy to przy organicznych, czy też przy skurczowych zwężeniach, jak np. w przypadku LEICHTENSTERN'a, zaczyna się powyżej wpustu, odpowiednio *for. oesophag.*, którego pierścień stanowi przeszkodę dla rozszerzenia przełyku poniżej tego miejsca. Zdaje się, że przypadek STRUEMPELL'a jest analogiczny z naszym, w którym dane badania [nieostrość ze strony żołądka, doświadczenia z 2 zgłębnikami i t. d.] pozwalają wyłączyć zagięcie.

Po wyłączeniu wszelkich możliwych przyczyn organicznych, pozostaje przyjąć tylko zwężenie skurczowe. Długoletnie trwanie choroby bynajmniej nie przemawia przeciw skurczowemu charakterowi zwężenia: skurcz przełyku trwał przez wiele lat bez przerwy także w przypadkach EINHORN'a, LEICHTENSTERN'a, MAYBAUM'a <sup>1)</sup>. Co się tyczy skurczowych zwężeń przełyku, to różnić można za HAMBURGER'em <sup>2)</sup> 2 rodzaje: *Stenosis spastica fixa s. continua* i *stenosis spastica migrans seu intermittens*. Postać druga, zwana zwykle *oesophagismus*, jest częstsza i występuje przeważnie u osób nerwowych i histerycznych, cechuje się zaś, jak jej nazwa wskazuje, przebiegiem napadowym, przepuszczającym. Postać pierwsza cechuje się tężcowym skurczem włókien okrężnych w jednym ograniczonym miejscu przełyku, — skurczem, trwającym miesiące i lata. Postać ta bardzo rzadko bywa napotykana. W literaturze naliczyć można wszystkiego 20 i kilka przypadków, z których 17 zestawionych jest w podręczniku ZIEMSEN'a.

W wielu przypadkach, jakieśmy nadmienili na początku niniejszej pracy, rozpoznawano właściwe cierpienie dopiero na stole sekcyjnym, za życia zaś rozpoznawano zwężenie organiczne rozmaitej natury [nowotwór, zwężenie bliznowe, zagięcie i t. d.] lub rozlane cierpienie ścian przełyku [nieżyt przewlekły, zwyrodnienie tłuszczowe mięśni] i w wielu przypadkach poddawano chorych operacji bez skutku, a często z zejściem śmiertelnym.

Znajdując na sekcjach rozlane rozszerzenie przełyku bez zwężenia dolnej części tegoż lub wpustu, niektórzy autorowie wprowadzili t. zw. pierwotne, samoistne rozszerzenie przełyku, np. wskutek wrodzonej wadliwości muskulatury przełyku, porażenia jej i t. d.. Wobec szczupłej liczby ogłoszonych spostrzeżeń t. zw. idyopatycznego rozszerzenia przełyku i niedokładności badania klinicznego i anatomicznego w większości przypadków, trudno coś stanowczego powiedzieć. Niektórzy, jak MELTZER, zaprzeczają istnieniu takiej postaci rozszerzenia, przyjmując, że we wszystkich podobnych przypadkach istniała jakaś przeszkoda, głównie zwężenie skurczowe, które *post mortem* znikło.

Przypuściwszy nawet możliwość pierwotnego rozszerzenia przełyku, łatwo, na mocy wyników wyżej przytoczonych badań, wyłączyć je w naszym przypadku: stałe napotykanie przeszkody w dolnej części przełyku, ujawnione przy wielokrotnie wykonanym sondowaniu, wykazuje, że rozszerzenie przełyku jest wtórne, że utrudnione przechodzenie pokarmów nie zależy [lub nie tylko zależy] od rozszerzenia przełyku. Zmienność zaś w natężeniu przeszkody, wielo-

<sup>1)</sup> MAYBAUM. Ein Fall von Oesophagusdilatation nebst Bemerkungen über die Resorptionsfähigkeit der Oesophagusschleimhaut. Odbitka z Arch. für Verdauungskrank. J. BOAS'a.

<sup>2)</sup> Cyt. u. MAYBAUM'a.



krotnie przy sondowaniu stwierdzona, zamknięcie bezwzględne dolnej części przełyku [nieprzepuszczanie ani jednej kropli płynu, podczas gdy przy użyciu „gimnastyki“ przechodzą zarówno płynne, jak i stałe pokarmy], niedrożność dla gazów i płynów nie tylko ze strony przełyku, lecz i z żołądka, wyniki doświadczeń z 2 zgłębnikami: wszystko to wprost świadczy o skurczowej przyrodzie zwężenia. Dodać tu chcemy jeszcze jedną oznakę skurczowego charakteru przeszkody, a mianowicie wrażenie, otrzymywane przez rękę badającego: przy pewnej wprawie ręka, wprowadzająca zgłębnik, dokładnie czuje skurczowe obejmowanie zgłębnika przez ściany przełyku i ściśle odróżnić może zwężenie tego pochodzenia od zwężenia organicznego. Zdarzyło się nam kilkakrotnie, że zgłębnik, który napotykał silną przeszkodę w dolnej części przełyku i nie mógł przejść do żołądka, z chwilą, gdy chory począł się krztusić, odrazu i bez wszelkiego nacisku, sam prześlizgnął się do żołądka, a 2 razy nawet udało się nam w takiej chwili obok jednego zgłębnika, tkwiącego w żołądku, przeprowadzić przez wpust drugi.

A zatem przyjąć należy w naszym przypadku skurczowe zwężenie dolnego odcinka przełyku lub wpustu z następczem rozlanem rozszerzeniem przełyku. Chcąc utrzymać termin „samoistnego rozszerzenia przełyku“, winniśmy go pojmować jako rozszerzenie przełyku bez podstawy materialnej, anatomicznej. Silnie wyrażony nieżyt błony śluzowej przełyku jest, zdaniem naszym, również sprawą następującą, wywołaną częściowym zastojem pokarmów i ich fermentacją. Jak należy zapatrywać się na dość stałą domieszkę nabłonka cylindrycznego do osadu z płynu, wydzielanego przez chorego naczczo lub po jedzeniu, trudno stanowczo powiedzieć. Przypominamy, że płyn ten, jak sądzić można na mocy badania chemicznego, pochodzi z przełyku, dalej, że istniała niedrożność w kierunku z żołądka do przełyku. Być więc może, że dolny odcinek przełyku wysłany jest nabłonkiem cylindrycznym—zбочenie rozwojowe, notowane, aczkolwiek bardzo rzadko, w literaturze. Drugie zбочenie rozwojowe, dotyczące samego rozszerzenia, skłonny jest przyjąć, na mocy dokonanych przez siebie pomiarów, RUMPEL<sup>1)</sup>.

Mówiąc o zбочeniach rozwojowych przełyku, winniśmy jeszcze uczynić wzmiankę o 2-ch postaciach, które przy rozpoznawaniu różniczkowem rozszerzenia rozlanego przełyku powinny być wzięte pod uwagę: *Vormagen Luschka'i* i *antrum cardiacum*. Pod pierwszą nazwą opisał LUSCHKA, a później FR. ARNOLD, rozszerzenie dolnego odcinka przełyku tuż powyżej przepony. *Antrum cardiacum* zaś oznacza rozszerzenie *portionis abdominalis oesophagi*, t. j. odcinka od przepony do *ora serrata*, którego długość wynosi normalnie 2—3 ctm.. Dawniejsi anatomowie sądzili, że zбочenia te są bardzo rzadkie, w nowszych czasach atoli przekonano się, że tak nie jest. FLEINER<sup>2)</sup> sprowadza do nich także t. zw. głębokie uchylki przełyku<sup>3)</sup>.

Oba te zбочenia możemy w naszym przypadku wyłączyć na podstawie

<sup>1)</sup> I. c. „Es ist sehr wohl möglich, dass bei der spindelförmigen Oesophagus-Erweiterung es sich um Organe handelt, deren Volumen schon an und für sich gross war.

<sup>2)</sup> I. c.

<sup>3)</sup> Patrz wyżej: MINTZ i REJCHMANN.



następujących 2-ch momentów: 1) rozszerzenia te nigdy nie dosięgają takiego stopnia, jak w naszym przypadku: mogą one mieścić zaledwie kilkadziesiąt ctm. sz. płynu, podczas gdy w naszym przypadku pojemność wynosiła przeszło 500 ctm. sześć.; 2) początek rozszerzenia u naszego chorego zaczyna się, jakżeśmy się o tem [p. wyżej] przekonali, wysoko [18—20 ctm. od siekaczy przednich].

Jaka jest etyologia tego tyle lat trwającego skurczu przełyku? Czy można postawić go w związku przyczynowym z upiciem się malca, które o kilka tygodni poprzedziło wystąpienie cierpienia, trudno powiedzieć. W innych spostrzeżeniach figurują, jako momenty przyczynowe: uraz klatki piersiowej, upadnięcie, dźwignięcie znacznego ciężaru, zaburzenia w miesiączkowaniu i t. p..

Co się tyczy *patogenezy*, to najbardziej zadawalniającą zdaje się być teoria MELTZER'a, oparta na dokładnych doświadczeniach fizjologicznych. Wpust w stanie zwykłym jest umiarkowany skurczony. Ten stan wpustu jest wypadkową dwóch sił: skurczającej i rozkurczającej. Siła skurczająca znajduje się głównie w samym wpuście, lecz prawdopodobnie ulegać może wzmocnieniu dzięki bodźcom, wychodzącym z ośrodkowego układu nerwowego. Siła rozkurczająca wychodzi przeważnie z ośrodkowego układu nerwowego [być może, z rdzenia przedłużonego], z kąd umiarkowanie silne bodźce bezustannie doprowadzane zostają do wpustu przez nerwy błędne. W chwili połykania do wpustu wysłany zostaje bodziec hamujący, który rozkurcza wpust; pozostający jeszcze nieznaczny skurcz wpustu zostaje pokonany przez następujące po sobie skurcze dolnego odcinka przełyku. Gdy siła rozkurczająca [hamująca] ulega z jakiegokolwiek przyczyny osłabieniu lub zniesieniu, wpust nie rozkurcza się nawet w chwili połykania, silne zamknięcie tegoż nie może zostać przezwyciężone przez skurcz masy skurczowej dolnej części przełyku, i zawartość pokarmowa pozostaje nad wpustem.

Jeszcze uwag kilka w sprawie leczenia skurczowego zwężenia przełyku. Leczenie winno być skierowane nie tylko ku usunięciu skurczu, gdyż następne zmiany przełyku, jak rozszerzenie, nieżyt błony śluzowej, zwyrodnienie masy skurczowej, nawet po usunięciu skurczu, stanowią jeszcze znaczne przeszkody dla połykania. Wogóle rzecz można, że długotrwały skurcz, jak zresztą wszelkie inne nerwice przewodu pokarmowego, przedstawia bardzo niewdzięczny przedmiot dla leczenia. Nie zdarzyło się nam w odnośnej literaturze znaleźć ani jednego przypadku zupełnie wyleczonego. Do zabiegu chirurgicznego w naszym przypadku nie widzimy żadnego wskazania, gdyż chory, dzięki stosowanemu przez siebie mechanizmowi, zdolny jest do obfitego żywienia się, skutkiem czego stan odżywiania jego nie pozostawia nic do życzenia. W innych przypadkach, w którym chorzy nie są w stanie sami przesunąć pokarmów do żołądka, winno znaleźć zastosowanie odżywianie chorego przez zgłębnik. Ponieważ odżywianie przez zgłębnik musi być stosowane ciągle, gdyż bez tego chorzy najczęściej nie mogą przyjmować pokarmów, przeto niektórzy zalecają zabieg operacyjny. RUMPEL (*l. c.*) proponuje następną radykalną operację: po resekcji lub odkręceniu obu dolnych lewych żeber można na trupie



zarówno powyżej przepony przez odłuszczenie opłucnej, jak i poniżej tejsze przez ostrożne oddzielenie i odsunięcie otrzewnej, dosięgnąć dolnego końca przełyku i wyciągnąć o tyle, ażeby można było wykonać resekcję. Przy rozszerzeniu rozlanem przełyk ma zwykle przebieg wężykowaty, długość jego jest wtedy powiększona, a przeto wyciągnięcie i udostępnienie dla zabiegu [ewentualnie resekcji] winno być łatwiejsze. JAFFÉ <sup>1)</sup> wyraża się z niedowierzaniem o możliwości wykonania takiego zabiegu i o skuteczności tegoż.

W największej liczbie przypadków udaje się wprowadzić zgłębnik do żołądka i tą drogą odżywiać chorego. Gdy wprowadzenie zgłębnika połączone jest z trudnościami, a chory bez pomocy zgłębnika odżywiać się nie może, można raz wprowadzoną rurkę pozostawić, utrwaliwszy ją naleźycie, np. za pomocą nitki przywiązać do uszu, na kilka, do 10 dni i dłużej, i w ten sposób odżywiać chorego. Taki sposób żywienia ma jeszcze tę dobrą stronę, że wyłącza się rozszerzający wpływ pokarmów, przyczem rozszerzenie przełyku nie postępuje, a nawet do pewnego stopnia zmniejsza się.

Można starać się za pomocą systematycznego wprowadzania zgłębników twardych obniżyć pobudliwość nerwowo-mięśniowego aparatu wpustu. Wprowadzanie zgłębników BOUCHARDA'ra i pozostawianie ich na kilka godzin w naszym przypadku nie sprawiło choremu żadnej ulgi. Przy wyciąganiu zgłębnika skurcz nierzadko znacznie się wzmacnia. Nie należy wówczas siłą wyciągać zgłębnika, gdyż sprawić przez to można znaczne uszkodzenie przełyku. Najlepiej jest, jak nas nauczyło doświadczenie, wywołać krztuszenie się lub ruchy wymiotne, które najczęściej powodują znaczne zwolnienie skurczu i pozwalają wyciągnąć zgłębnik bez użycia siły.

Dobrze jest także w takich razach dać choremu połknąć trochę wody, co sprawia ten sam skutek <sup>2)</sup>. Mogą się zdarzyć przypadki, w których wprowadzanie zgłębnika do żołądka w celu odżywiania chorego napotyka na niezmiernie trudności. Pozostaje wówczas tylko, podobnie jak przy zwężeniach organicznych przełyku, wykonać gastrostomię i tą drogą odżywiać chorego. Można po wykonaniu gastrostomii wypróbować sondowanie z przetoki (*retrograde Sondierung*), zalecone przez LORETA'ę dla zupełnej niedrożności przełyku pochodzenia organicznego, jakkolwiek nie wiele można się spodziewać po tym zabiegu przy zwężeniach spastycznych.

Sądząc, że, być może, zastój resztek pokarmowych powyżej wpustu i rozkład ich podtrzymuje i wzmacnia skurcz, przemyśliśmy starannie przełyk, zabroniliśmy choremu przez kilka dni przyjmować pokarmy i napoje i zastosowaliśmy lawatywy odżywcze [1 szklanka mleka, 2 żółtka, 1 łyżka wina, szczyp-

---

<sup>1)</sup> JAFFÉ. Ueber idiopathische Oesophaguserweiterungen. Münch. med. Wochenschr. 1897. Nr. 15.

<sup>2)</sup> Zgłębnik, który pozostawał przez pewien czas w przełyku, po wyjęciu okazuje się pokrytym mętną, lepka masą, która pod drobnowidzem składa się z nabłonka płaskiego i śluzu. W warunkach prawidłowych wyjęty zgłębnik jest zupełnie czysty lub pokryty przezroczystym śluzem. Stanowić to może bardzo ważny objaw rozpoznawczy dla nieżytu przewlekłego przełyku (*Oesophagitis cat. chron.*).



ta soli i 5 krop. nalewki makowca; 3—4 lawatywy dziennie]. Już 3-go dnia, pomimo że chory doskonale znosił i zatrzymywał lawatywy, wystąpiło znaczne osłabienie. Chory jednak w dalszym ciągu nie przyjmował ani pokarmów, ani napojów. Siódmego dnia zmuszeni byliśmy przerwać tę kurację ze względu na wychudnięcie i upadek sił chorego. [W ciągu tej kuracji wystąpiły *stomatitis et angina erythematosa*]. Wprowadzając 7-go dnia zgłębnik, przekonaliśmy się, że żadna zmiana w stanie dolnego odcinka przełyku nie zaszła.

Ze środków farmaceutycznych stosowaliśmy przez długi czas kokainę, morfinę, belladonę, antypirynę, bizmut—bez wszelkiego skutku. Atropina wywołała nawet pogorszenie stanu chorego: utrudnienie połykania, suchość, palenie w gardle. Stosunkowo najlepiej ograniczała sekrecję przełyku kokaina. Również bez wszelkiego wpływu pozostała narkoza chloroformowa. Hypnoza była również stosowana, lecz, podobnie jak i w innych znanych z literatury przypadkach, nie sprowadziła żadnej poprawy.

Wobec ujemnych wyników wszystkich naszych zabiegów zatrzymaliśmy się na następujących przepisach:

1) Ograniczyć odżywianie do pokarmów płynnych i półpłynnych, kaszkowatych.

2) Jeden raz [wieczorem] lub 2 razy dziennie przemywać przełyk za pomocą zgłębnika, co chory sam, bez niczyjej pomocy wykonać może.

3) Po każdorazowym przyjęciu pokarmów gruntownie za pomocą „gimnastyki“ opróżnić przełyk.

4) Często w ciągu dnia, co 10—kilkanaście minut, przyjmować łyk wody zwyczajnej lub mineralnej—w celu splukaniu przełyku.

Rokowanie *quoad vitam* stawiamy dobre, *quoad valetudinem completam*—złe. Zdaniem naszym cierpienie jest nieuleczalne, za czem przemawia nie tylko długie trwanie nerwicy, lecz także daleko posunięte zmiany organiczne [znaczne rozszerzenie, przewlekły nieżyty].

Na zakończenie pracy niniejszej chcielibyśmy załączyć uwag kilka o zdolności chłonnej przełyku, co do której jeszcze obecnie zdania są podzielone. Do badań nad tą kwestyą przypadek nasz doskonale się nadaje, gdyż chory, dzięki tężcowemu skurczowi dolnego końca przełyku, zdolny jest przez czas dłuższy zatrzymywać płyny ponad przeszkodą.

W większości podręczników fizjologii czytamy, że w warunkach zwykłych wchłanianie do pewnego stopnia zachodzi w przełyku. MELTZER w swej pracy (*l. c.*) czyni wzmiankę, że wchłanianie w przełyku równa się zeru: wyskok, wypity w znacznej ilości, przy zatrzymaniu go w przełyku, nie wywoływał nawet po dłuższym czasie żadnych objawów, podczas gdy z żołądka szybko wywoływał upicie się. Tak samo atropina, która, będąc podana w dawce maksymalnej, wywołuje z żołądka już po kilku minutach uczucie suchości gardła, rozszerzenie źrenic, z przełyku po wiele dłuższym czasie nie sprowadza tych objawów. Do takich samych wyników dochodzi MAYBAUM (*l. c.*), który w celu zbadania zdolności chłonnej błony śluzowej przełyku użył jodku potasu, próbując w pewnych odstępach czasu odczynu śliny na jod:



podczas gdy z żołądka już po 12 minutach jod przechodził do ogólnego krwio-  
biegu, jeszcze po 45 minutach przebywania jodku potasu w przelyku ślina nie  
dawała odczynu na jod. Dłuższego, niż 45 minut, przebywania roztworu jodku  
potasu w przelyku autor ten nie podaje.

Jak pogodzić wyniki tych spostrzeżeń z tem, co podaje BERG <sup>1)</sup>, który  
w jednym przypadku rozszerzenia przelyku [należącym do LUSCHKA' i] miał  
się przekonać, że odżywianie w ostatnich latach życia chorego odbywało się  
jedynie przez przelyk?

Doświadczenia, wykonane przez nas w celu zbadania tej kwestyi, dały  
wyniki zgodne zupełnie z wynikami MELTZER'a i MAYBAUM'a.

Z wielu dokonanych badań przytoczymy tylko następujące.

Dnia 2. I. 1899. Wlano przez zgłębnik do przelyku roztwór salicylanu  
sodu [0,5 : 150,0 wody] o godz. 10 min. 51. Chory wskutek nieporozumienia  
przepchnął płyn do żołądka. Odczyn moczu na kwas salicylowy <sup>2)</sup> zjawił się  
już po 12 minutach.

Dnia 5. I. O godzinie 11 minut 20 wlano do przelyku roztwór salicylanu  
sodu [0,5 : 150,0].

O godzinie 11 minut 30	odczyn moczu na kwas salicylowy	—
" 11 minut 40	" " " "	—
" 11 minut 50	" " " "	—
" 12 minut 0	" " " "	—
" 12 minut 10	" " " "	—
" 12 minut 20	" " " "	—

Chory przepchnął płyn do żołądka. Po 10 minutach [o godzinie 12 minut  
30] moczu daje bardzo wyraźny odczyn na kwas salicylowy.

Dnia 6. I. O godzinie 11 minut 10 wlano do przelyku roztwór salicylanu  
sodu [0,5 : 150,0] i badano w krótkich odstępach czasu odczyn moczu na kwas  
salicylowy. Po upływie 1 godziny, t. j.

O godzinie 12 minut 10	odczyn moczu na kwas salicylowy	—
" 12 minut 20	" " " "	bardzo słaby
" 12 minut 30	" " " "	+ [wyraźniejszy].

Przypuszczając, że płyn po pewnym czasie częściowo przechodzi jednak  
do żołądka, co chory potwierdza, mówiąc, że po pewnym czasie czuje, jak płyn  
częściowo przechodzi z przelyku do żołądka, wlano choremu d. 8. I. mniejszą  
ilość płynu [0,5 n. salicyl : 25,0 aquae). Jeszcze po 2 godzinach nie można było  
wykryć kwasu salicylowego w moczu. Badanie z taką ilością płynu powtó-

<sup>1)</sup> Cyt. u MAYBAUM'a.

<sup>2)</sup> Probę tę wykonywa się w sposób następujący: do kilku etm. sz. moczu dolewamy kilka  
kropeł rozcieńzonego kwasu siarczanego, następnie kilka etm. sz. eteru i klóćimy. Eter zlewa-  
my na porcelanową miseczkę i po ulotnieniu się eteru nalewamy kroplę *liq. ferri sesqui chlorati*  
rozcieńzonego. Występujące fioletowe zabarwienie świadczy o obecności kwasu salicylowego.



rzono kilka razy z jednakowym wynikiem. Po upływie jednak  $2\frac{1}{2}$  godziny w moczu występuje słaby odczyn na kwas salicylowy, prawdopodobnie wskutek przejścia części płynu do żołądka.

Dnia 17. I. O godzinie 12 minut 20 wprowadzono do przelyku roztwór jodku potasu [0,3:100,0]. Jeszcze o godzinie 1 minut 50 nie można było wykryć w ślinie jodu. Z żołądka zaś już po 16 minutach występował wyraźny odczyn śliny na jod. Dalsze doświadczenia przekonały, że z przelyku jeszcze po upływie przeszło  $2\frac{1}{2}$  godziny nie występował odczyn śliny na jod.

Dnia 1. II. Wlano do przelyku roztwór błękitu metylenowego [0,2:100,0] i zalecono choremu przejrowadzić płyn do żołądka. Już po upływie 20 minut mocz przybiera barwę zielonkawą; po upływie 30, 40 minut od chwili wiania barwa moczu staje się coraz wyraźniej zieloną, a później niebieską. Po dobowem staniu mocz, oddany w ciągu pierwszej godziny od wiania roztworu błękitu metylenowego, zniebieszczał.

Dnia 6. II. Do przelyku wlano roztwór błękitu metylenowego [0,2:100,0]. Jeszcze po upływie godziny i 40 minut mocz nie okazywał zabarwienia zielonkawego. To ostatnie wystąpiło dopiero w 1 godzinę 50 minut od chwili wiania roztworu.

Dnia 16. II. Wypił i przeprowadził do żołądka 20 kropeł roztworu atropiny (*atropini sulfur*. 0,01:10,0 *aqua*) w  $\frac{1}{2}$  szklance wody. W 50 minut po wypiciu uczał chory suchość w gardle i jamie ustnej, uczucie ciepła, przyczem źrenice były wyraźnie rozszerzone, dłonie czerwone.

Dnia 18. II. Wlano do przelyku tego samego roztworu atropiny 20 kropeł w  $\frac{1}{2}$  szklance wody. Uczucia suchości w ustach i gardle, rozszerzenia źrenic i t. d. nie było jeszcze po upływie 3 godzin.

Przytoczone doświadczenia upoważniają do wniosku, że wchłanianie ze strony przelyku równa się zeru.

## STAN I POTRZEBY

### SZPITALI WARSZAWSKICH.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 24].

Przyjrzyjmy się teraz instytucji lekarzy asystentów w naszych szpitalach. Ustawa z r. 1842 zupełnie nie wspomina o asystentach szpitalnych. Przez długie też lata personel lekarski szpitali stanowili tylko: lekarz naczelny, ordynatorzy i lekarze miejscowi. Powoli jednak rozwój szpitali wprowadził w życie nową kategorię lekarzy-asystentów. Wiele czynników na to się składało: napływ młodych lekarzy, pragnących dopełnić swe wykształcenie, wyniesione z ławy uniwersyteckiej; szybki rozwój medycyny, udoskonalenie metod badania chorego, konieczność stosowania na oddziale złożonych badań chemicznych, bakteriologicznych, drobnowidzowych i t. p., co wszystko znakomicie obciążało obowiązki ordynatora i wywoływało konieczności pomocy. Takimi pomocnikami ordynatorów zostali asystenci szpitalni. Tak więc potrzeby życia wprowadziły nową instytucję asystentów, chociaż brakowało jej sankcji prawnej. Okoliczność ta wywołała z czasem potrzebę nadania pewnych form prawnych.



To też były inspektor szpitali cywilnych, prof. WALTER opracował ustawę, obowiązującą do dziś dnia. Według tej ustawy każdy oddział chirurgiczny może mieć nie więcej jak 2 asystentów, oddział zaś wewnętrzny po 1 asystencie. Nadto tylko tacy ordynatorzy mają mieć prawo do asystenta, którzy są ordynatorami nie mniej niż 5 lat. Wreszcie zaznaczyć należy, iż ustawa wymaga, aby asystentów mianowano z pośród lekarzy, którzy świeżo ukończyli uniwersytet.

I znów potrzeby życiowe znacznie wyprzedziły przepisy prawne i w każdym oddziale znajdujemy po kilku, a na oddziałach chirurgicznych i więcej asystentów. Jeśli się jednak tak dzieje, to zawdzięczać to należy tylko dobrej woli inspektora szpitali i lekarzy naczelnych, która wogóle może być lub niebyć. Wobec istniejącej ustawy lekarz naczelny ma prawo każdej chwili usunąć z oddziału lekarzy, którzy nie są urzędowymi asystentami. Inaczej mówiąc, ordynator oddziału chirurgicznego mógłby pozostać z 2 pomocnikami, ordynator zaś oddziału wewnętrznego z 1 asystentem, notabene o ile oni są ordynatorami nie mniej niż 5 lat; przez pierwsze bowiem 5 lat ordynator obowiązany jest prowadzić oddział sam, bez jakiegokolwiek pomocy. Rzecz prosta, iż przy obecnym stanie nauki prowadzenie oddziałów w takich warunkach, zwłaszcza chirurgicznych, jest zupełnie niemożliwe.

Lecz na tem nie koniec. Według ustawy asystent jest mianowany na 2 lata, w razach wyjątkowych termin może być przedłużony jeszcze na 1 rok, poczem asystent winien opuścić szpital. Wobec tego, że asystenci bywają wybierani z pośród lekarzy młodych, którzy świeżo ukończyli uniwersytet, termin dwuletni wystarcza zaledwie, aby młody lekarz obeznał się z medycyną przy łóżku chorego, aby zaczął być istotnie pożytecznym dla oddziału. Tymczasem wówczas, gdy ordynator zaczyna pozyskiwać w asystencie prawdziwego pomocnika, musi się z nim rozstać, bo ustawa chce, aby on ustąpił miejsca nowemu a niedoświadczonemu jeszcze kandydatowi.

Lecz stan ten przedstawia i inne jeszcze niedogodności. W praktyce dzieje się zwykle tak, że byli asystenci pozostają na oddziale, nie zajmując jednak żadnego pod względem formalnym stanowiska; szpital ich nie zna, właściwie mówiąc; są oni zaledwie tolerowani i nie mają żadnych praw. Urzędowym pomocnikiem ordynatora jest ów asystent: on jest jego urzędowym zastępcą, on ma prawo podpisywać recepty, on ma prowadzić oddział w razie nieobecności ordynatora, jakkolwiek na oddziale są lekarze, którzy niewątpliwie więcejby się nadawali do objęcia zastępstwa ordynatora.

Jest tu, jak łatwo widzieć, uderzająca sprzeczność.

Wprawdzie obecny inspektor szpitali cywilnych i w tym względzie wszedł w potrzeby szpitali, nie krępując się literą ustawy w sprawie zastępstw ordynatorów. Lecz znów zależnem jest to tylko od dobrej woli i poglądów zwierzchnika.

Aby te nowe warunki szpitalne, istniejące wbrew ustawie o asystentach, miały trwałe podstawy, muszą być usankcjonowane przez prawo, musi więc obecna ustawa uleść gruntownej reformie.

Zanim jednak zaznaczymy dezyderaty w sprawie powyższej, musimy pierwiej dotknąć tu sprawy blisko z nią związanej, mianowicie instytucji lekarzy miejscowych. W ustawie z 1842 obowiązki lekarzy miejscowych są jasno i szczegółowo nakreślone. Do zakresu ich czynności należy: 1) przyjmowanie do szpitala świeżo przybywających chorych, 2) niezwłoczne udzielanie pomocy lekarskiej chorym świeżo przybyłym, a także w nagłym niebezpieczeństwie będącym, 3) udzielanie pozwoleń do odwiedzania chorych; 4) czuwanie nad zachowaniem przepisów policyi lekarskiej, co do utrzymania czystości w salach i innych częściach szpitala, co do oehędóstwa samychże chorych, czystości i porządnej zmiany bielizny, pościeli, odświeżania powietrza, należytego opala-



nia i oświetlania sal, rozdawania w oznaczoną porę lekarstw, niezwłocznego udzielania pomocy felczerskiej podług polecenia ordynatora, porządnego rozdawania żywności i napojów, porządku podczas przechadzki chorych, zachowania się ich na salach, przyzwolonego z chorymi obchodzenia się posługaczów, dozorców, felczarów i t. p.; 5) dozór przy odbieraniu żywności od dostawców; 6) dozór w kuchni nad sporządzeniem żywności oraz użyciem odpowiednich i należycie pobielanych naczyń; 7) załatwianie wszelkich spraw urzędowych pod nieobecność lekarza naczelnego; 8) udzielanie interesantom żądanych objaśnień, wreszcie 9) załatwianie wszelkich a licznych spraw różnej kategorii, jakie w życiu szpitalnem przytrafić się mogą — w ważniejszych wypadkach po skomunikowaniu się z lekarzem naczelnym.

Do spełniania tak licznych i obszernych obowiązków w każdym szpitalu, niezależnie od jego wielkości, dyżuruje w danej chwili jeden lekarz miejscowy. Wprawdzie w większych szpitalach [Dz. Jezus i Żydowski] jest 3 miejscowych lekarzy, a u Św. Ducha i na Pradze po 2. Lecz zwiększenie ilości lekarzy w tych szpitalach ma na celu ulżenie w stałych dyżurach lekarzom. W innych zaś szpitalach, w których jest tylko 1 lekarz miejscowy, stałych nieustannych dyżurów niema wcale, bo niepodobna aby człowiek nie mógł nigdy opuszczać szpitala, co zresztą przewiduje ustawa 1842 roku [Św. Łazarza i Oftalmiczny].

Proszę sobie teraz wystawić, czy jeden człowiek, ożywiony nawet najlepszymi chęciami, może podolać wszystkim powyżej wymienionym obowiązkom administracyjnym, sanitarno-policyjnym i czysto lekarskim.

Prawie każdy z powyższych 9 punktów wymagałby oddzielnego funkcyjnaryusza. Rzecz prosta, że przy takich warunkach ani jeden z tych obowiązków nie jest należycie spełniany.

Jakkolwiek wszystkie powyższe obowiązki są jednakże ważne, jednakże wobec niemożności podolania wszystkim, praktyka wysunęła niektóre z nich na pierwszy plan. Do nich należą: załatwianie czynności administracyjnych, załatwianie czynności sądowych i policyjnych, wreszcie wszelkie stosunki z publicznością, z interesantami. Trzeba pamiętać, że szpital przy obecnych warunkach to złożona machina. Lekarz miejscowy pod nieobecność lekarza naczelnego jest jedynym reprezentantem szpitala na zewnątrz i rozstrzyga wszelkie sprawy wewnętrzne. Czynności kategorii, o której mowa, jest tak wiele, że one wyczerpują całkowicie czas, nie zawsze nawet pozwalając na sumienne ich spełnianie.

Wobec tego czynności czysto lekarskie sprowadzają się na plan dalszy. O systematycznym zwiedzaniu sal, badaniu wszystkich cięższych chorych mowy być nie może. Pomoc lekarska może być udzielana tylko w szczególnie ciężkich przypadkach [krwotoki i wogóle groźne niebezpieczne stany], bo na inne brak lekarzowi czasu. Tymczasem niepodobna nie załatwiać interesów z urzędnikami sądowymi lub policyjnymi, albo nie rozmówić się z interesantami, bo ci w sposób więcej lub mniej stanowczy mogą do tego zmusić.

Wobec tego wszystkiego czynności lekarza miejscowego czysto lekarska, zapewnienie pomocy lekarskiej chorym, świeżo przybywającym do szpitala, a także stałym chorym szpitalnym pod nieobecność ordynatorów jest zupełnie niedostateczna. Inne znów obowiązki lekarza miejscowego, jako to: dozór przy odbiorze produktów spożywczych, kontrola lekarska nad sporządzaniem potraw w kuchni szpitalnej—te są już całkowicie niespełniane. Nieobecność lekarza przy tego rodzaju czynnościach tak już weszła w zwyczaj, że wszelka próba wejścia w te sprawy ze strony lekarza miejscowego może budzić w szpitalu co najmniej wielkie zdziwienie. Zresztą brak czasu, a nadto brak kompetencji wywołany znów brakiem odpowiedniej praktyki odbiera lekarzowi miejscowemu chęć do czynności podobnych.



Widzimy więc, że przy obecnych warunkach pewne obowiązki lekarza miejscowego są spełniane nie należycie, inne znów całkowicie pomijane. Kto się tym warunkom przyjrzał zblizka, albo kto sam zajmował to stanowisko, zgodzi się, że inaczej być nie może. Złe tu tkwi nie w braku dobrej woli i sumienności ze strony ludzi, lecz w wadliwym ustroju samej instytucji lekarzy miejscowych.

Poprawa istniejących stosunków może być osiągnięta tylko przez powołanie większej liczby lekarzy do spełniania powyższych różnorodnych czynności, a poniekąd przez oddzielenie obowiązków czysto lekarskich od administracyjnych, sanitarno-policyjnych i t. d..

Przechodząc teraz do szczegółów zmian, zwiążemy sprawę lekarzy miejscowych ze sprawą asystentów, a wnioski z powyższych rozważań przedstawimy w postaci następujących punktów:

1) Asystentem oddziału może być każdy lekarz, który na przedstawienie ordynatora uzyska od lekarza naczelnego pozwolenie na uczęszczanie do szpitala.

2) Każdy asystent jest nominowany na 4 lata.

3) Liczba asystentów na oddziale jest nieokreślona— ograniczona tylko o tyle, aby nadmierna ilość pracujących na oddziale nie przeszkadzała należytemu, prawidłowemu biegowi zajęć na oddziale.

4) Jeden z lekarzy asystentów zostaje mianowany lekarzem oddziałowym, stale mieszkającym przy oddziale. Lekarz taki wzamian za mieszkanie, życie i niewielką pensję [300 rb. rocznie] obowiązany będzie czuwać stale nad chorymi a także przestrzegać ogólnego porządku na oddziale. W tym celu niema wydalać się ze szpitala z wyjątkiem pewnych określonych dni i godzin, które będzie miał wolne.

5) Jeden z lekarzy oddziałowych kolejno pełni obowiązki w kancelaryi lekarskiej szpitala: do zakresu jego czynności będą należały sprawy administracyjne, przyjmowanie chorych, czynności sanitarno-policyjne, dozór nad produktami spożywczymi i nad kuchnią szpitalną.

Punkty powyższe, nie przedstawiające, rzecz prosta, jakiejś instrukcyi dla lekarzy asystentów, wskazują jednak sposób, który zdaniem naszym mógłby jedynie zapewnić należytą pomoc lekarską i prawidłowe spełnianie czynności administracyjnych i sanitarno-policyjnych w szpitalach.

Wprowadzenie tych zmian miałyby nadto tę dobrą stronę, że większa niż dotychczas liczba lekarzy obznajmiałaby się ze szpitalnictwem wogóle, co dla wielu względów jest bardzo pożądane.

Ażeby zakończyć ze sprawą lekarzy, musimy tu także zaznaczyć konieczność zaprowadzenia w każdym szpitalu stanowiska prosektorów. Naukowa praca w szpitalach bez umiejętności dokonywanych badań pośmiertnych jest niemożliwa. Tymczasem prosektorzy istnieją tylko w szpitalu Dziec. Jez. i Żydowskim [bezpłatny]; nadto prosektor Uniwersytetu za niewielką płacą obowiązany jest dokonywać sekcij w szpit. Św. Ducha, lecz tylko w klinikach. Stan taki stanowczo winien być zmieniony: w każdym szpitalu powinien być prosektor stały i płatny.

Jakkolwiek to nie jest w bezpośrednim związku z omawianą sprawą, pragniemy tu dotknąć sprawy odwiedzania chorych przez gości z miasta. Według istniejących przepisów odwiedzanie odbywa się dwa razy tygodniowo przez 2 godziny. Poza tem wejście na salę dozwolone jest tylko w razie groźnego stanu chorego, gdy gość jest przyjezdny z dalekiej miejscowości itp.— za każdym razem za osobnem pozwoleniem lekarza miejscowego. Rzecz prosta, iż publiczność, chcąc wejść na salę, używa zawsze tych argumentów. Lekarz zwłaszcza w większych szpitalach niema możności zbadać uprzednio, o ile stan chorego jest istotnie groźny, przekonać się, czy gość istotnie przyjechał



zdaleka, czy wreszcie interes jest rzeczywiście bardzo pilny, bo wszystko to wymagałoby długiego czasu. W praktyce przeto dzieje się, że lekarz albo puszcza wszystkich albo też kieruje się fizyonomią gościa, przyczem często może nie dopuścić kogoś, kto istotnie ma poważne powody do wejścia na salę. W każdym jednak razie lekarz zmuszony jest przebyć długą i przykrą dyskusję, tembardziej że wie, iż strona interesowana używa prawdziwych lub nieprawdziwych argumentów. Pertraktacje tego rodzaju z publicznością zabierają lekarzowi masę czasu i odrywają go wciąż od innych ważniejszych zajęć. Zdaniem naszym, goście winni być dopuszczani codziennie w pewnym oznaczonym, choćby krótkim czasie. Przeciwnicy takiego poglądu jako główny argument wystawiają nieporządek, wywoływany w szpitalu przez gości. Lecz naprzód goście pomimo to zawsze wchodzą na salę, posługując się rozmaitemi nielegalnymi sposobami; powtóre, dziwnem by było, aby szpital, instytucya humanitarna, odmawiała ludziom prawa dowiadywania się o stanie zdrowia ich ciężko chorych lub załatwiania ważnych domowych interesów z chorymi, którzy wszak nie są więźniami. Wreszcie nieporządek w szpitalu, sprawiany odwiedzinami, jest zawsze do usunięcia przez prawidłowo funkcjonującą administracyę szpitalną. Jest tylko rzeczą ważną, aby goście nie przynosili ciężko chorym nieodpowiedniego jedzenia. Aby temu zapobiegać, na sali w czasie godzin wizytowych winna być zawsze siostra miłosierdzia i jeden z posługaczy w charakterze dozorecy. Zresztą szwajcar winien także dawać w tym względzie baczenie.

Zdaje nam się, że przepis ograniczający prawo odwiedzania chorych w szpitalu, jest pewną pozostałością, zabytkiem z dawnego klasztornego ustroju szpitali. Czas by był wielki usunąć ten zwyczaj, odbijający jak pleśń na tle współczesnych urządzeń szpitalnych. [D. c. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— † — † —

### 68. Neumann. O stosunku miesiączkowania do gruźlicy płuc.

W patologii gruźlicy bardzo mało dotąd znajdujemy szczegółów w tym przedmiocie. Pochodzi to ztąd, że w czasie miesiączkowania kobieta rzadko bywa badaną przez lekarza, lub też, że lekarz, badając chorą, przez delikatność nie zapytuje jej o tę drażliwą sprawę. Autor początkowo nie zwracał uwagi na miesiączkowanie swych chorych, dopóki u jednej z nich nie zauważył, że w czasie miesiączkowania objawy fizykalne w płucach zjawiają się na nowo tam, gdzie ich w ciągu dłuższego czasu wskutek odpowiedniego leczenia już nie było. Odtąd bada on troskliwie chore w czasie miesiączkowania i przez dni następne. W ogóle gruźlica mało wpływa na miesiączkowanie. Zwykle u młodych kobiet gruźliczych ustaje ono, jak to i u kobiet małokrwiwstych i wątlących zauważyć możemy. U chorych jednak dobrze żywionych nawet przy rozwiniętej gruźlicy miesiączkowanie zjawia się napowrót i powtarza się regularnie, budząc radość w otoczeniu. Wiadomo z drugiej strony, że u kobiet niektórych, a specyalnie u gruźliczych, w czasie miesiączki występują pewne zaburzenia, jak poty, katar nosa, bóle głowy, biegunka. Przeciwnie krwawienia następne, jak np. krwotoki płucne należą do rzadkości. Autor również spotykał je bardzo rzadko, jako następstwo kongestyi miesiączkowej, pomimo to twierdzi, że badanie płuc w czasie miesiączkowania dostarcza często bardzo ważnych danych tak pod względem rozpoznania jak i rokowania. Przedewszystkiem wiele chorych podczas miesiączkowania gorączkuje. Nawet u nie mających gorączki z nadejściem miesiączki znajdujemy w płucach pogorszenie,



trwające nawet po ukończeniu krwawienia miesięcznego. Pogorszenie takie zwłaszcza z podniesieniem ciepłoty jest bardzo podejrzane. Niekiedy bez podwyższenia ciepłoty w czasie miesiączkowania znajdujemy w płucach rzężenia lub objawy zgręszczenia mięszsu. Jeżeli to powtarza się przy każdej miesiączce, należy być w rokowaniu bardzo ostrożnym. Znajdujemy w tym czasie nasilenie objawów rozpadu płuc, co równie pogarsza rokowanie, choć sprawa może przycichnąć po ustaniu krwawienia. Wogóle pogorszenie stanu płuc ustępuje z końcem miesiączkowania; jeżeli jednak trwa dłużej, należy je poważniej traktować.

Godnem jest także uwagi, że u chorych podejrzanych o gruźlicę lub tylko u małokrwistych udaje nam się często w czasie miesiączkowania odnaleźć ukryte ogniska w płucach, uważanych dotąd za zupełnie zdrowe. Niekiedy znajdujemy jednocześnie podwyższenie ciepłoty ciała.

Tu zaliczyć należy chore z takim zwany kaszlem nerwowym. Znajdujemy u nich wtedy w płucach zaostrzenie oddechu i trzeszczenia przy końcu wydechania, co znika po upływie dni kilku. Chore takie mogą nawet zyskiwać na wadze.

Spotykamy również chore, u których w czasie miesiączkowania stan płuc żadnym zmianom nie ulega, natomiast zmiany występują po ustaniu miesiączki. Trwają one do pojawienia się następnej miesiączki, w czasie której znowu następuje poprawa. W tych przypadkach rokowanie bywa zwykle dobre, jeżeli chora znajduje się w dobrych warunkach życia.

Z powyższego wypływa, że należy chore gruźlicze lub o gruźlicę podejrzane w okresie miesiączkowania strzedz od wszelkich bodźców, mogących wywołać pogorszenie stanu płuc. Zalecić im trzeba absolutny spokój, a przy najmniejszej gorączce leżenie w łóżku, dostarczyć im czystego powietrza i lekkoj niepodniecającej diety.

Podróżowanie w czasie miesiączkowania powinno być stanowczo wzbronionem, szczególnież zdecydowanym suchotnicom.

Jaki wpływ wywiera miesiączkowanie na chore dotknięte gruźlicą, umiejscowioną w narządach rodnych, niewiadomo.

Nakoniec zauważyć należy, że u dziewcząt od 15 do 25 roku życia śmiertelność na gruźlicę płuc jest znacznie większą, aniżeli u chłopców odpowiedniego wieku.

*(Berliner klin. Woch. № 21).*

*A. Malinowski.*

### **69. Hildebrandt. Przyczyny dobrych wyników przy leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej za pomocą otwarcia jamy brzusznej.**

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że gruźlicze zapalenie otrzewnej można wyleczyć za pomocą otwarcia jamy brzusznej [LINDNER]; natomiast dotychczas nie jest jeszcze ustaloną kwestją, jaki czynnik odgrywa tu rolę. Mniemanie, że idzie tu głównie o usunięcie wysięku [GRECHLE, CUBOT, FRITSCH], nie wytrzymuje krytyki, gdyż z jednej strony w wielu przypadkach gruźlica otrzewnej przebiega bez wysięku, a z drugiej strony wypuszczenie płynu za pomocą przekłócia powinno na tej zasadzie też dawać zupełne wyleczenie; że tak nie jest, wiemy dobrze.

Teorja, iż wyleczenie gruźliczego zapalenia otrzewnej dzięki otwarciu jamy brzusznej należy przypisać działaniu środków przeciwnilnych, używanych podczas wykonywania rękoczynu [ZWEIFEL, KOENIG], też upadła ze względu na to, że 1) również dobre wyniki otrzymujemy w przypadkach, w których przy otwarciu jamy brzusznej postępujemy nie antyseptycznie, lecz aseptycznie; 2) też same środki przeciwnilne przy obfitszem działaniu na skórę, kości, ścięgna i stawy, dotknięte gruźlicą, zachowują się inaczej.



Zdanie CANTANI'ego, HELMERICH'a o szkodliwym wpływie na zarazek gruźlicy tych drobnoustrojów, które dostają się do jamy brzusznej podczas jej otwarcia, upada ze względu na to, że aczkolwiek zarażenie otrzewnej przy najsurowszej aseptyce jest możliwe, to jednak nader rzadko rozrost wprowadzonych drobnoustrojów dochodzi do znacznych rozmiarów. LAUENSTEIN'a pogląd, iż ma tu miejsce dłuższe działanie światła na obnażoną otrzewną i jej wysychanie, upada, jeśli przyjmiemy pod uwagę, że prątki w pyłe, bieliznie i t. d. zachowują swą zdolność niszczącą i że działanie światła jest tu nader krótkotrwałe: przy wilku porażone miejsca są wystawione na dłuższe działanie światła i suchego powietrza, a jednak tą drogą nie otrzymujemy wyleczenia. Powietrze lub jego składniki poszczególne [FEHLING] przy swem krótkotrwałem działaniu też nie mogą stanowić środka, któremu omawiany rękoczyn zawdzięcza wartość leczniczą.

MOSETIG-MOORHOF i NOLEN ogłosili coprawda 2 przypadki wyleczenia gruźlicy otrzewnej za pomocą wdmuchiwania powietrza, lecz tu powodu należy szukać w działaniu powietrza nie na zarazek gruźliczy, lecz na otrzewną.

Rola, jaką w danym razie odgrywa stan otrzewnej i jej odczyn, została wysunięta na pierwszy plan przez WARNECKE'go; twierdzi on, że po otwarciu jamy brzusznej występuje skutek mechanicznego podrażnienia wysięk (później znikający), a dalej i zrosty, mające wpływać z gubnie na zarazek gruźlicy. Występowanie jednak zrostów przy gruźlicy otrzewnej należy do zjawisk rzadkich; w jaki sposób tworzenie się wysięku wpływa ujemnie na prątki Koch'a i ich wytwory-gruzełki, też jest niezrozumiałem. BUCHNER upatruje przyczynę dobrego skutku po omawianym rękoczyn w żylnem przekrwieniu otrzewnej [analogia do teorii BUR'a przy leczeniu gruźlicy stawów i ścięgien]. Dalej, widziano [BAUMLER] przyczynę zbawiennego wpływu otwarcia jamy brzusznej na gruźlicę otrzewnej w nagłej zmianie warunków krążenia, lecz warunki te są zbyt krótkotrwałe, aby tak rdzennie mogły zmienić odżywianie się zarazka [naczynia po krótkim czasie wracają do normalnego stanu napełnienia]. STIPEL i GATTI sprowadzają wszystko do bakterjobójczego działania surowicy krwi, która występuje po otwarciu jamy brzusznej i nasycy obficie gruzełki, działając na zawarte w nich prątki przeważnie w okresie *involutionis*. Ilość tej surowicy według zdania HILDEBRAND't'a jest zbyt małą, by wywrzeć omawiany wpływ.

Żadna więc z przytoczonych teoryj nie rozwiązuje, zdaniem autora, obchodzącej nas kwestyi. Dla wyświecenia rzeczy, a mianowicie, jak zachowują się po otwarciu jamy brzusznej normalna otrzewna i dotknięta gruźlicą — autor przedsięwziął szereg doświadczeń na psach i królikach. Na zasadzie otrzymanych rezultatów HILDEBRANDt doszedł do wniosku, że normalna otrzewna po otwarciu jamy brzusznej podlega stanowi zapalnemu ze wszystkimi jego właściwościami, przyczem na pierwszy plan występuje przekrwienie żyłne, trwające czasami cały tydzień. Otwarcie jamy brzusznej przy gruźlicą dotkniętej otrzewnie wstrzymuje postępowanie sprawy chorobowej i wywołuje częściowy zanik gruzełków — a więc przedłuża życie poddawanym doświadczeniu zwierzętom, szczególnie psom [króliki giną wskutek gruźlicy płuc, obecności gregarina w przewodzie pokarmowym].

Wcześniej wykonane otwarcie jamy brzusznej nie daje dobrych rezultatów, co wskazuje, że rękoczyn ten tylko wtedy wywiera dobroczynny wpływ, kiedy dzięki *vis medicatrix naturae* zaczął się proces wsteczny w rozwoju sprawy chorobowej. Jednak, nie ulega wątpliwości, że nawet w daleko posuniętych przypadkach gruźliczego zapalenia otrzewnej dzięki cięciu brzuszному sprawa przebiega łagodniej i trwa daleko dłużej, niż bez takowego; doświadczalnie otrzymał autor nawet zupełne wyzdrowienie.

Głównym i bodaj czy nie jedynym czynnikiem, jaki odgrywa rolę przy omawianem leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej, jest, według autora, prze-



krwienie żyłne, występujące wskutek otwarcia jamy brzusznej przy gruźlicy otrzewnej w silniejszym jeszcze stopniu, niż przy normalnym jej stanie; analogię tego wpływu widzimy przy leczeniu gruźlicy stawów, kości i ścięgien sposobem BIER'a, jak również we wpływie wady serca i skrzywień kręgosłupa na gruźlicę płuc. Wszystkie rękocyny, które zmniejszają odczyn otrzewnej na otwarcie jamy brzusznej, a więc irygacja pola operacyjnego roztworem soli kuchennej, jak również możliwe oszczędzanie otrzewnej, zmniejszają stopień następczego przekrwienia żylnego, a więc i wartość omawianego zabiegu.

Ze względu na to, iż otwarcie jamy brzusznej przy gruźlicy otrzewnej daje dobre rezultaty nie we wczesnych okresach t. j. w rozkwicie cierpienia i że w nie bardzo rzadkich przypadkach gruźlicą porażona otrzewna dzięki pobocznym czynnikom [warunki higieniczne, dobre odżywianie i t. d.] samoistnie powraca do normy, musimy przyjąć, że omawiany rękoczyn nie zmienia rdzennie złośliwej istoty cierpienia, lecz potęguje tylko *vis medicatrix naturae*, skracając okres zdrowienia lub przedłużając życie choremu osobnikowi.

(*Munch. Med. Woch.* № 51, 52. 1898).

Ant. J. Goldman.

### 70. A. Arnold. Ciała obce dróg oddechowych.

Zapadnięcie ciała obcego do dróg oddechowych należy do przypadłości bardzo niebezpiecznych, które w wielu przypadkach prowadzi do zejścia jaknajsmutniejszego. Ciało obce, ulokowawszy się w oskrzeliu, w końcu prowadzi do wytworzenia się ropnia w mięszu samego płuca; rzadsze są przypadki, gdzie powoduje ono zwyczajne — nie ropne — zapalenie otaczających tkanek i otorbia się w otocze ze zbitej tkanki łącznej na wzór zwapień i t. p. W pojedynczych razach ciało obce dzięki energicznym ruchom wykrztuśnym wydostaje się szczęśliwie nazewnątrz; zależy to oczywiście od umiejscowienia, kształtu, rozmiarów ciała obcego i innych nie dających się bliżej określić przyczyn.

Autor podaje ze swojej praktyki następujący przypadek. Młodej kobiecie wpadł do tchawicy sztuczny ząb. W pierwszej chwili wystąpiły gwałtowne zaburzenia oddechowe [dusznosc, kaszel i t. p.]. Następnego dnia przypadłości te same przez się ustąpiły prawie zupełnie; wówczas badanie lekarskie nie wykryło w organizmie cierpiącej nic nieprawidłowego. Fotografia ROENTGEN'owska natomiast dała wyraźny cień z prawej strony klatki piersiowej na wysokości VII żebra w odległości 5 ctm. od linii środkowej. Przez dwa następne miesiące chora cieszyła się jaknajlepszym zdrowiem. Mimo to w obawie mogących w następstwie wytworzyć się przykrych powikłań zdecydowano operację. Przy pierwszym uśpieniu wycięto jedynie część VI, VII i VIII żebra w miejscu odpowiadającym umiejscowieniu zęba; 12 dni potem potraktowano opłucną ościenną na miejscu wyciętych żeber 25% roztworem chlorku cynku; w trzy tygodnie po pierwszej operacji przystąpiono do drugiej: kierując się fotografią, wbito igłę do płuc i na głębokości 10 ctm. natrafiono na twardy opór; w kierunku igły zapuszczono żegadło PACQUELIN'a; jednak tym razem nie udało się na nie natrafić; natomiast energiczniejsze krwawienie z rany zmusiło do zaniechania dalszych zabiegów. W trzy tygodnie po tej operacji ponownie wprowadzono w niezagojoną jeszcze ranę żegadło i tym razem natrafiono końcem narzędzia na twarde, gładkie ciało obce; lecz znów z powodu niebezpiecznego krwawienia ranę zatamponowano i zaniechano poszukiwań. W 4 godziny po operacji wystąpił gwałtowny kaszel, w czasie którego chora wykaszlała poruszone żegadłem ciało obce. W 2 miesiące potem nastąpiło zupełne zablźnienie ran i powrót do jaknajlepszego zdrowia.

(*Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir.* T. II. Z. III. 1899).

C. Lewenstern.



## 71. Gerhardt. O krwiopłuciu suchotników.

U suchotników spotykamy najrozmaitsze rodzaje krwiopłucia: raz krew jest ściśle zmieszana z płwociną jak przy zawale krwawym lub zapaleniu płuc, to znów żyłki krwi pojawiają się w płwocinie, jak to bywa we wczesnych okresach gruźlicy, nakoniec chory wyrzucać może czystą krew, co stanowi właściwe krwiopłucie, krwotok płucny.

Jeżeli możemy wyłączyć rozszerzenie oskrzeli (*bronchiectasia*), przymiot, bąblowca, raka, zator płucny itp., to krwiopłucie należy odnieść do sprawy gruźliczej, której zarodki długo bardzo w stanie ukrytym mogą się znajdować w ustroju.

Suchotnicy, nieznający swej choroby, często udają się do lekarza dopiero wtedy, gdy zaczynają krwią odpluwać. Przyczyny wywołujące krwiopłucie bywają różne: ciężka praca, wysiłki mięśniowe, urazy klatki piersiowej, gwałtowne wzruszenia. Faktem jest jednak, że krwiopłucie u suchotników jest objawem istnienia jamy w płucach. Przy badaniu pośmiertnem znajdujemy jako źródło krwotoków rozszerzenia gałązek tętnicy płucnej przechodzących przez jamę, która może być tak duża jak pestka wiśni, a rozszerzenie tętniczi takiej samej prawie wielkości. Zwykle jednak znajdujemy małe rozszerzenie (*aneurisma*) w dużej jamie. Drugą stałą zmianą anatomiczną spotykaną po krwotokach jest nacieczenie krwawe tkanki płucnej. Autor znajdował je zawsze w najbliższym otoczeniu miejsca krwawiącego i w dolnej części dolnego płatu odpowiedniego płuca. Tkanka płucna na rozmaitej przestrzeni w tych miejscach zawierała bardzo mało lub wcale nie zawierała powietrza, była jasnoczerwona o wyraźnej budowie zrazikowej. Tem się wyjaśnia okoliczność, dla czego w czasie i zaraz po krwotoku znajdujemy stępienie i rżęzenia na daleko większej przestrzeni aniżeli przed tem i po upływie pewnego czasu. Znajdujemy także często stępienie i drobne rżęzenia u samego dołu chorego płuca, co ważne jest ze względu na pytanie, po której stronie należy położyć pęcherz z lodem, jeżeli oba wierzchołki są nacieczone.

Co do ilości krwi wydalonej z płuca chorego, autor podaje następujące liczby. Z pośród 879 suchotników 264 miało krwotoki t. j. 30%. Z tych 161 t. j. 61% miało nieobfite i przemijające krwiopłucie.

U 103 chorych ilość krwi wydalonej w czasie 157 napadów krwotoku dochodziła do 100 ctm. sz. 60 razy [38.25%]; u 76 do 500 ctm. sz. [48.25%], u 15.5% wyżej 500 ctm. sz. Obfite krwotoki bywają dosyć rzadkie. Ztąd i śmiertelność z powodu krwotoków jest bardzo małą i wynosi  $\frac{4}{100}$  %.

Krwotok płucny nie wywiera wpływu na ciepłotę ciała. Z 38 przypadków u 27 chorych w dzień krwotoku ciepłota była 0,5—2,0° wyższą, u 10 o 0,5° niższą niż dnia poprzedniego, jeden raz nie zmieniła się. Z 49 przypadków ciepłota nazajutrz po krwotoku była u 28 chorych o 0,5° niższą, u 20 chorych o 0,3° wyższą niż w czasie krwotoku. Gdy się ciepłota podnosiła, krwotok zwykle bywał silniejszy. Siedmiu takich chorych zmarło nazajutrz.

Podniesienie ciepłoty po krwotoku należy uważać za zły znak. Klinicyści uważają kaszel z płwociną krwawą we wczesnych okresach gruźlicy za objaw stosunkowo niezbyt groźny pod względem prognostycznym. Częste krwotoki czynią rokowanie daleko gorszem.

Czas trwania krwotoku zależy od tego, jak prędko naczynie pęknięte zamyka się skrzepem, a więc zależy od grubości tętnicy i od własności jej ściany wewnętrznej. Od tego zależy poczęści leczenie krwotoków płucnych.

Tak więc przy przestraczu i zmartwieniu lekarz powinien uspokoić przede wszystkim chorego.

Zalecić mu należy spokój, milczenie, lód na klatkę piersiową. Ze środków lekarskich dostateczną jest sól kuchenna, która zmniejsza ciśnienie wewnątrz naczyń. Podwiązanie członka, a mianowicie ramienia również dobrze działa; na-



leży przytem co pół godziny na inną stronę nakładać bandaż. Napady kaszlu łagodzić należy zapomocą mawkowca, morfiny lub kodeiny, ponieważ kaszel przeszkadza tworzeniu się skrzepu.

Przy długotrwałych krwiopluciach najskuteczniejszym okazał się w klinice autora sporysz i to w dużych dawkach, mianowicie w odwarze 8—12 gr. co 2 godziny. W kilku przypadkach należało zaprzestać użycia tego środka z powodu zatrucia. Wtedy używał autor hydrastyniny, łożwiu lub taniny. Przy gorączce zaleca naparstnicę. W upartych przypadkach podskórne wstrzykiwanie atropiny w ilości 0.0003 sprowadzało polepszenie.

Przy przewlekłych upartych krwiopluciach używał wdechania rozcieńczonego roztworu chlorku żelaza, przyczem chory leżał na zdrowym boku. Przy peryodycznem nocnem krwiopłuciu zalecał chininę. Tak samo należy leczyć krwiopłucie pochodzenia malarycznego.

Chorzy po przebyciu krwotoków winni być leczeni następczo lecz bynajmniej nie w szpitalu i nie w dużem mieście, tylko w odpowiednich miejscowościach klimatycznych.

(Berl. klin. Wochenschrift. N. 21).

Alfons Malinowski

## 72. Letterco Cassata. Badania doświadczalne nad własnościami trującym moczem w zależności od rodzaju pokarmów.

Autor wstrzykiwał do żył królikom mocz ludzi zdrowych jakoteż i ludzi chorych, odżywiających się: 1) pokarmami mieszanymi; 2) wyłącznie mlekiem; 3) wyłącznie mięsem, i na podstawie 17-tu doświadczeń doszedł do następujących wniosków. Toksyczność moczu ludzi zdrowych przy wyłącznie mlecznej dyecie jest mniejszą niż przy dyecie mieszanej; przy tej ostatniej zaś mniejszą niż przy wyłącznie mięsnej. Przy mlecznej dyecie toksyczność moczu z dniem każdym się zmniejsza aż do pewnego *minimum*, przy mięsnej przeciwnie—zwiększa się. Autor objaw ten tłumaczy własnością moczopędną mleka, wydalającego nagromadzone w ustroju pierwiastki trujące, tudzież niewprowadzaniem do ustroju ciał, sprzyjających wytwarzaniu się nowych toksyn, jak to ma miejsce, zdaniem jego, przy wyłącznie mięsnej dyecie. Ztąd wypływa wskazówka praktyczna o korzyści mlecznej diety w chorobach zakaźnych.

Toż samo stopniowanie własności trujących moczu autor spostrzegł u ludzi chorych, z tą różnicą, że ilość moczu, niezbędnego do wywołania wyraźnych objawów zatrucia jest znacznie mniejszą. Dawał się przytem zauważyć fakt, że w niektórych cierpieniach np. nerek przy dłuższej kuracji mlecznej toksyczność moczu wybitnie się zmniejszała—natomiast w innych, np. w *lymphosarcoma* mimo mlecznej diety pozostawała bez zmiany.

Ten objaw, zdaniem autora, służyć może niekiedy jako środek pomocniczy przy rokowaniu w niektórych chorobach.

(Il Policlinico № 5. 1 marca. 1899).

Leonard B. Lorentowicz.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

### 10. Vanadium. Wanad. Zastosowanie lecznicze związków wanadu.

Wanad, odkryty w 1805 roku, przez długi czas uchodził za ciałem, bardzo rzadko napotykanym w przyrodzie. Obecnie przekonano się, że jest bardzo rozpowszechniony, wchodząc w skład wielu minerałów. Związki wanadu, mianowicie kwas wanadowy i sole tegoż, posiadają bardzo ważną własność chemiczną wykrytą przez Wirtz'a i Osmond'a i polegającą na tem, że, będąc w sty-



czności z substancją organiczną i ciałem utleniającem, lecz niezdolnem do dobrowolnego oddawania swego tlenu, odbierają mu tlen i oddają go materji organicznej dopóty, aż nastąpi zupełna redukcya ciała utleniającego. Żelazo, miedź, mangan posiadają wprawdzie tę samą własność, lecz w stopniu bez porównania mniejszym.

Różnymi czasy próbowano [WITZ i OSMOND, EMILE ROUSSEAU] wyzyskać tę własność kwasu wanadowego w celu utleniania hemoglobiny w ustroju. W ostatnich latach nad związkami wanadu pracowali między innymi LARAN, LYONNET, MARTZ i MARTIN. LARAN (*Le vanadium et ses composés. Applications therap. La presse méd. 1899. № 32*), badając działanie fizjologiczne kwasu wanadowego, doszedł do następujących wniosków:

1) Dawka zabójcza kwasu wanadowego przy wstrzykiwaniu wewnątrz-żylnem wynosi około 8 miligr. na kilogram zwierzęcia.

2) Dawka, która przy wstrzykiwaniu wywołuje pierwsze objawy otrucia równa się 1,5 miligr. na kilogram zwierzęcia.

3) Dawka zabójcza kwasu wanadowego przy wprowadzeniu tegoż do żołądka nie da się ściśle określić z powodu łatwo powstających wymiotów.

4) Przy stosowaniu *per os* dawka, która sprowadza pierwsze wybitniejsze zaburzenia, wynosi 4 miligramy na kilogram zwierzęcia.

Według określenia innych autorów dawka zabójcza kwasu wanadowego przy wstrzykiwaniu podskórnem wynosi 9 do 14 miligramów.

Co się tyczy metawanadanu sodu, to, zdaniem badaczy lugduńskich [LYONNET, MARTZ et MARTIN: *L'emploi thérapeutique des dérivés du vanadium. La presse méd. 1899. № 32*], dawka zabójcza równa się 75 miligramom na kilogram zwierzęcia [psa].

Stosowany w dużych dawkach i przez czas dłuższy kwas wanadowy wywołuje następujące zaburzenia: ślinienie, wymioty, rozwolnienie, zwolnienie czynności serca, porażenie nerwów naczynio-ruchowych, zatrzymanie oddechu przy dalszem trwaniu skurczów serca, postępujący spadek ciepłoty. Przytem występuje utrata łaknienia i wychudnienie.

Podawany w dawkach bardzo małych kwas wanadowy sprowadza skutek wręcz przeciwny: wzmoczenie łaknienia, któremu towarzyszy powiększenie wagi ciała i sił. Przemiana materji ulega przyspieszeniu, czego dowodzi zwiększenie ilości mocznika oraz zmniejszenie ilości kwasu moczowego.

Takie same działanie, co kwas wanadowy, wywiera, podług badań LYONNET'a, MARTZ'a i MARTIN'a, metawanadan sodu.

Związki wanadowe stosowane były w celach leczniczych przez LARAN'a ADLER'a, GOUËL'a, LYONNET'a, MARTZ'a i MARTIN'a w przypadkach gruźlicy, niedokrwistości, blednicy, przy rozmaitych nerwicach, moczówce cukrowej, gościec przewlekłym i t. d. Otrzymane przytem wyniki LARAN określa jako więcej niż zadawalające w odżywianiu chorych po kilkotygodniowem leczeniu znacznie poprawia się, co bardzo korzystnie wpływa na istniejącą sprawę chorobową. LARAN'owi udało się nawet osiągnąć zupełne wyleczenie przy gruźliczem cierpieniu stawów i kości od miejscowego stosowania roztworu kwasu wanadowego w postaci okładów w przypadkach, w których wszelkie przedtem stosowane środki i zabiegi zawiodły.

Dawka lecznicza kwasu wanadowego wynosi dziennie 0,45 miligrama. Ilość tę przyjmować należy w 2 dawkach. Wielu chorych GOUËL'a przyjmowało kwas wanadowy codziennie w ciągu kilku miesięcy. LYONNET, MARTZ i MARTIN stosują metawanadan sodu w dawkach dziennych od 4 do 5 miligramów przed jedzeniem, podając go tylko 3 razy na tydzień.

LARAN ostrzega, że przed stosowaniem związków wanadu należy upewnić się o zupełnej czystości przetworu, gdyż domieszki, których ilość dochodzi niekiedy do 43%, sprowadzić mogą objawy intoksykacyi.



Badania nad wartością leczniczą związków w anadowych są dopiero w toku, wszakże osiągnięte dotychczas wyniki każą przypuszczać, żeśmy w nich zyskali dzielny środek leczniczy w przypadkach podupadłego odżywiania oraz opieszalej przeróbki materji.

*Stanisław Pechlranec.*

## Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

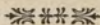
— \* — \* —  
SZANOWNY REDAKTORZE!

Praca kolegi SĘDZIAKA: „Zaburzenia krtaniowe przy cierpieniach nerwowego układu ośrodkowego“, drukowana w ostatnich numerach Gazety Lekarskiej, skłania mnie do podania następującego uzupełnienia, które uprzejmie proszę zamieścić w swem piśmie.

W dziale czynnościowych cierpień układu nerwowego ośrodkowego, obok znanych nerwic histeryi i neurastenii, kol. S. pominął jąkanie, pomimo dość już licznie nagromadzonego materiału klinicznego, wykazującego przy tej nerwicy skurcze w strunach głosowych, oraz mięśniach obrączko-nalewkowych tylnych. Przytaczając tak zwaną afonię spastyczną, kol. S. bezzasadnie wyróżnia fonacyjny skurcz głośni od koordynacyjnego, gdyż jest to jedno i to samo cierpienie opisywane pod różnemi nazwami. W podanej literaturze, dotyczącej afonii spastycznej, kol. S. pomija tu odnoszące się zasadnicze prace: SCHNITZLER'a, JURASZA, HACK'a, SCHECH'a i NOTHNAGEL'a, oraz nie wspomina o moich pracach, a mianowicie: „Koordynacyjny skurcz głośni“, *Gazeta Lekarska*, 1885 [o ile mi wiadomo jedyny przypadek w naszej literaturze] i „*Spastische Aphonie*“. *Therap. Monatsh.* 1898 [streszczonej w piątym „Przyczynku do nauki o zбочzeniach mowy“. *Medycyna*, 1897]. W ostatniej pracy na zasadzie własnego materiału starałem się uzasadnić, że przypadki tak zwanej afonii spastycznej, lubo mogą się zdarzać u histeryczek, jak to przyjmuje kol. S., przeważnie jednak należą do kategorii jąkania głosowego. Że w ten sposób wyjaśniona patogeneza afonii spastycznej wpływa na rokowanie oraz leczenie tego zбочzenia, o tem chyba rozpisywać się nie potrzebuję. Wprawdzie wyleczenie samodzielne, szczególnie u histeryczek, może się przytrafić, jak o tem wspomina SCHECH, NOTHNAGEL, JONQUIÈRE i inni i jak to widziałem w kilku moich spostrzeżeniach, istnieją wszakże całe szeregi przypadków rzekomej afonii spastycznej, niewątpliwie należącej do kategorii jąkania głosowego, nie poddające się dotychczasowo zaleconym zabiegom, jak używaniu bromu, elektryzacyi i t. d., ustępujące jednak przy użyciu metody leczniczej, jaką stosujemy przy leczeniu jąkania. Może kol. S. nie zgadzać się z mojem zapatrywaniem na patogenezę afonii spastycznej, cytując jednak autorów piszących o tym przedmiocie, wypadalo, zda mi się, również polskie prace uwzględnić.

Oprócz tego wyjaśnienia, które może zainteresować w szczególności kolegów laryngologów, pozwolę sobie jeszcze uzupełnić odnośną literaturę rodzimą dotyczącą zaburzeń krtaniowych przy cierpieniu ośrodków nerwowych kilkoma własnemi spostrzeżeniami, również pominiętymi w pracy kol. S.. Tu odnoszę: „Dwa przypadki porażen mięśni oddechowych krtani“. *Gazeta Lekarska*. 1883, [jeden przy *sclerosis disseminata*, drugi u histeryczki łącznie ze skurczem strun głosowych], oraz „Połowiczny zupełny paraliż krtani powikłany paraliżem nerwów mózgowych“, *Medycyna*, 1887, uwarunkowany prawdopodobnie krwotokiem do rdzenia przedłużonego.

*Władysław Ottuszewski.*





### Odpowiedź na powyższy list.

Kol. OLTUSZEWSKIEMU mam zaszczyt odpowiedzieć, co następuje:

1) Do cierpień czynnościowych układu nerwowego ośrodkowego dlatego nie zaliczyłem jąkania, gdyż miałem na względzie tylko najważniejsze cierpienia tego rodzaju [histeria, neurastenia i t. p.], przy których najczęściej zdarzają się zaburzenia krtaniowe.

Tymczasem o jąkaniu, jako cierpieniu czynnościowym układu nerwowego ośrodkowego nie znajduję np. zupełnie wzmianki w najnowszych i najbardziej wyczerpujących monografiach, wchodzących w skład zbiorowych wydawnictw zarówno NOTHNAGEL'a (*Specielle Pathologie und Therapie. Bd. XII*), jakoteż HEYMANN'a (*Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. Bd. I, 7—8 Lief.*), na których się głównie opierałem przy pisaniu mojej pracy.

2) Rozpatrując zaburzenia krtaniowe przy histeryi i neurastenii, wspomniałem o kilku autorach, którzy przy tych cierpieniach spostrzegali *aphoniam spasticam* t. j. afonacyjny [koordynacyjny] skurcz głośni.

Rzecz prosta, że nie pisząc specjalnie o tem ostatniem cierpieniu, nie byłem obowiązany podawać całej odnośnej literatury. Przy opracowaniu każdego poszczególnego działu, jak to np. uczyniłem z wiad. rdzenia [Kronika Lekarska. 1899], byłbym naturalnie uwzględnił i te prace z obcej literatury, o których wspomina kol. O., jakoteż tembardziej prace naszych autorów. Na ten ostatni zwłaszcza punkt zwracam zawsze w moich pracach szczególną uwagę.

Przy tej sposobności pozwolę sobie na małe sprostowanie: oto kol. O. nie jest jedynym w naszej literaturze piszącym w kwestyi koordynacyjnego skurczu głośni, gdyż w tymże roku [1885] i w tejże Gazecie Lekarskiej pisał również HERYNG: o nerwicach zwrotnych: *aphonia spastica, laryngospasmus, dyspnoea spastica* pochodzenia nosowego.

3) Jakkolwiek, jak już wspomniałem, nie było moim zamiarem wdawać się w rozbiór istoty t. zw. *aphoniae spasticae*, jako nie mającej ścisłego związku z moją pracą, to jednak wobec poruszenia tej kwestyi przez kol. O. pozwolę sobie zwrócić uwagę, że SCHROETTER oraz SEMON nieco inaczej zapatrują się na istotę tego cierpienia, nie uważając go za wyłącznie krtaniowego pochodzenia. Utrzymują oni mianowicie, że chodzi tu przedewszystkiem o zaburzenia w koordynacji całego aparatu wydechowego.

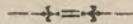
Oto, jak się wyraża w tej kwestyi SEMON, znakomity znawca chorób nerwowych krtani, autor odnośnego działu w wyżej wspomnianem zbiorowem wydawnictwie HEYMANN'a [str. 751] „Für die wahrscheinliche Ursache dieser Coordinationsstörung halte ich fehlerhaften Gebrauch des Expirationsapparates zu Phonationszwecken, der in der Mehrzahl der Fälle allmählich zu einem Reizzustande verschiedener corticaler Centra, vor allem der Phonationscentra führt“.

Wogóle zalicza on to cierpienie do nerwic koordynacyjnych zawodowych (*coordinatorische Beschäftigungsneurosen*), analogicznie do spastycznej formy skurczu pisarskiego i innych temu podobnych nerwic.

D-r Jan Sędziak.

---

### Wiadomości bieżące.



— Kol. A. PUŁAWSKI wybrany został na zarządzającego kasą wsparcia wdów i sierot po lekarzach, istniejącą przy Warsz. Tow. Lek.

---

**Zmarli:** w Londynie znany ginekolog LAWSON TAIT; w Bazylei IMMERMAN, prof. kliniki terapeutycznej.

---