

# GAZETA LEKARSKA.

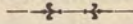
## I. PRZETOKA PRZEWODU ŚLINIANKOWEGO

(*ductus Stenonianus*);

wytworzenie nowej drogi dla odpływu śliny z zejściem pomyślnem.

Podał

**Antoni Gabszewicz.**



Przetoki ślinianki przyusznej (*gl. parotis*) najczęściej same się goją tak, że rzadko nawet dla ich zagojenia trzeba uciekać się do przyżegań; wyjątkowo tylko przetoki głębokie, biorące początek z odcinka gruczołu, położonego w zagłębieniu po za kątem żuchwy i poniżej muszli usznej, nie mają skłonności do samoistnego zagojenia się i w tych razach najodpowiedniej będzie, po oddzieleniu nerwu twarzowego, wyluszczyć tę część ślinianki. O wiele trudniejsza sprawa z przetokami przewodu śliniankowego przyusznego (*d. Stenonianus*), gdyż chociaż i tutaj może mieć miejsce samoistne zagojenie się przy pomocy przyżegań, szczególnie w tych przypadkach, w których istnieje jeszcze otwór i w błonie śluzowej policzka, jednakże takie zejście pomyślne należy do nadzwyczaj rzadko spotykanych. Najczęściej przetoki przewodu śliniankowego, powstałe czy to wskutek zranienia, czy też głębokich spraw wrzodziejących, opierają się wszelkiemu leczeniu i wymagają interwencji chirurgicznej. Trudność leczenia zależy głównie od miejsca przetoki, które się może znajdować albo w części policzkowej przewodu, albo w żwaczce, albo nawet gruczołowej. Przy przetokach, znajdujących się w części policzkowej przewodu, wrazie zarosnięcia końca odśrodkowego, co najczęściej ma miejsce, jeżeli tylko w pierwszej chwili nie próbowano połączenia ze sobą obu odcinków, należy koniecznie wytworzyć nową drogę w błonie śluzowej dla odpływu śliny. W tym celu albo trójgrańcem przekłuwano błonę śluzową policzka, albo nawet grubą igłą, a brzegi przetoki okrwawiano i dokładnie zeszywano. Nie zawsze jednak i w tym razie osiągnano pomyślny wynik, który najpewniej otrzymuje się przy zastosowaniu metody de Guis'a; polega ona na tem, że przez otwór przetoki dwie igły, nawleczone na oba końce jednej jedwabnej nitki, wkłuwają się przez całą grubość policzka w ten sposób, żeby odległość ich wylotów na błonie śluzowej wynosiła około  $\frac{1}{2}$  ctm.; następn-

nie ściąga się mocno oba końce nitki, wywleczonej do jamy ustnej i mocno zawiązuje się, gdy tymczasem brzegi przetoki okrwawia się i dokładnie zeszywa. Ślina może teraz odpływać przez oba miejsca wklucia na błonie śluzowej, a po upływie pewnego czasu, wskutek zgorzeli kawałka błony śluzowej, ucisniętej przez nitkę, wytwarza się wewnętrzna przetoka, co jest właśnie pożądanem. LANGENBECK zaś radził oddzielić część dośrodkową przewodu i wszyć ją w nowoutworzoną ranę w błonie śluzowej policzka, co z pomyślnym wynikiem wykonał w jednym przypadku NICOLADONI.

O wiele trudniejsza sprawa, jeżeli się ma do czynienia z przetoką w części żwaczey przewodu; jeszcze stosunkowo przed niedawnym czasem, wobec istniejącej przetoki w tej okolicy, starano się wywołać zanik ślinianki przyusznej, co DESAULT radził osiągać za pomocą ucisku gruczołu, a VIBORG przez podwiązanie przewodu śliniankowego, opierając się na doświadczeniach, dokonanych na zwierzętach.

Sposób DE GUISSA, dający dobre wyniki przy przetokach w części policzkowej, tutaj nie daje się zastosować. Aby nie uciekać się do smutnej konieczności wywoływania zaniku ślinianki, NICOLADONI przy przetokach części żwaczey przewodu zaproponował na Zjeździe chirurgów w Berlinie w 1896 r. wykonywać operację plastyczną; polega ona na tem, że po odsłonięciu mięśnia policzkowego, wycina się płat kształtu językowatego z błony śluzowej i mięśnia policzkowego, zawierający w sobie przewód śliniankowy; płat ten, za szeroką swą podstawę mając przedni brzeg mięśnia żwacza, razem z tym ostatnim zawija się ku wewnątrz do jamy ustnej; tętnica poprzeczna twarzy, przebiegająca tuż koło gruczołu, zabezpiecza odżywianie płata. O wiele racjonalniejszą wydaje mi się metoda postępowania, zalecona przez LAUENSTEIN'a w 1897 r. dla przetok w części żwaczey przewodu, tem bardziej, że opis metody NICOLADONI'ego, przez niego samego podany, nie dość jasno się przedstawia. LAUENSTEIN w przypadku przez siebie spostrzeganym, w którym przewód śliniankowy był przecięty poprzecznie na mięśniu żwacza w odległości 5 ctm. od zewnętrznego przewodu słuchowego, zastosował najpierw zmodyfikowaną nieco metodę GUISSA, ale bez powodzenia. Wykonał wtedy u tego chorego następującą operację: odsłoniwszy najpierw na długość 2 ctm. dośrodkową część przewodu śliniankowego, razem z tkanką tłuszczową oddzielił go i uczynił zupełnie ruchomym; następnie na tępo rozszczepił mięsień żwacz w kierunku przebiegu jego włókien i rozszerzył w nim otwór za pomocą wprowadzonych szczypek; w miejscu, odpowiadającym rozszczepowi mięśnia, przeciął nożem błonę śluzową; przez utworzoną w ten sposób szparę przeprowadził mocną jedwabną nitkę, której koniec wewnętrzny wyprowadził przez usta i na policzku dość mocno zawiązał oba końce przeprowadzonej nitki. Wtedy dopiero oswobodzony dośrodkowy koniec przewodu śliniankowego jednym szwem jedwabnym, obejmującym tylko brzeg jego ściany wewnętrznej, przyszył w szparze mięśnia żwacza do tylnego jego brzegu. Na ranę zewnętrzną nałożył szew bardzo dokładny. Po tygodniu LAUENSTEIN usunął szwy, nastąpił rychłozrost; na miejscu przeprowadzonej nitki jedwabnej wytworzyła się ziarnina, a z jednego miejsca

po usunięciu szwu wydzielala się jeszcze przez kilka dni kroplami ślina; wydzielanie śliny zwiększało się, jeżeli chory mocno ścisnął zęby. Po jednorazowym przyżeganiu nastąpiło zupełnie zablźnienie, tak, że po 3 tygodniach operowany był zdrów zupełnie, usta dobrze otwierał, a poprzednie obrzmienie w okolicy mięśnia żwacza i ślinianki bezpowrotnie minęło. Przeciągnięcie przewodu śliniankowego przez mięsień żwacz LAUESTEIN nie uważa za słabą stronę zaleconej przez siebie operacji, gdyż i w warunkach prawidłowych przewód przebija mięsień policzkowy. Według niego przeprowadzona nitka jedwabna od zewnątrz do jamy ustnej nie powinna sprowadzać żadnych powikłań, gdyż nie może ona usposabiać do wydobywania się śliny na zewnątrz więcej od nitek jedwabnych, któremi ranę zewnętrzną połączono.

W przypadku przezemnie spostrzeganym zaszły powikłania, które nie pozwoliły mi zastosować żadnej z powyższych metod operacyjnych; musiałem postąpić odpowiednio do zmian chorobowych, jakie znalazłem u chorego i, na szczęście dla tego ostatniego, interwencja chirurgiczna uwieńczona została pomyślnym wynikiem.

Tomasz B., lat 33, dobrej budowy ciała, przybył do szpitala Ś-go Rocha w końcu listopada 1898 roku; 4 tygodnie temu spadł z wysokości 1-go piętra na deskę nabitą gwoździami; upadek ten spowodował przeważnie tylko obrażenia na prawej stronie twarzy; rany te miały się zagoić już po kilku dniach, ale zagojenie to okazało się zwodniczem: już po kilku dniach prawie cała prawa połowa twarzy znacznie spuchła tak, że w jednym miejscu przed i poniżej ucha lekarz zrobił niewielkie przecięcie, a w dwóch drugich nastąpiło samodzielne otwarcie się poprzednich ran, z których wyciekał rzadki, trochę zielonkawy, ciągnący się płyn. Stan ten bez zmiany pozostawał do ostatniej chwili.

Przy badaniu znajduję na prawej stronie twarzy w okolicy mięśnia żwacza, bliżej jego brzegu wewnętrznego, dwie ziarninujące rany, z których jedna znajduje się na linii, łączącej kąt ust z kątem żuchwy, druga na 1½ ctm. powyżej; z pierwszej przy naciskaniu wypływa czysty płyn ropiasty, z górnej zaś rany wycieka ślina z domieszką niewielkiej ilości ropy; na 2 ctm. przed i na 2 ctm. poniżej ucha znajduje się niewielka rana ziarninująca, przez którą przy nacisku również wydobywa się płyn ropiasty. Cała okolica policzka, a szczególnie przyusza, dość mocno obrzmiała i nieco bolesna; otwieranie ust utrudnione w niewielkim stopniu. Zgłębnik, wprowadzony od jamy ustnej do przewodu śliniankowego, wchodzi zaledwie na 1 ctm.; niepodobna nim dosięgnąć do górnej rany, przez którą wycieka ślina; zgłębnik, wprowadzony przez rany, znajdujące się na twarzy, zagłębia się na małej przestrzeni tylko pod skórą w rozmaitych kierunkach. Następnego dnia opatrunek nasiąknięty śliną i ropą.

Po 5 dniach, przy codziennych zmianach opatrunku, obie rany w okolicy wewnętrznego brzegu mięśnia żwacza zagoiły się, ale jednocześnie okolica ślinianki bardzo obrzmiała i stała się trochę bolesną przy uciskaniu; ciepłota ciała podniosła się do 38,2°. Po rozklejeniu górnej rany na tępo wylało się

przez nią najpierw dużo śliny, a potem i nieco ropy w miarę naciskania na śliniankę. Wobec istniejącej przetoki przewodu śliniankowego w okolicy mięśnia żwacza, bliżej jego brzegu wewnętrznego i wobec stanu zapalnego samej ślinianki przyusznej, zdecydowałem się przystąpić do operacji, której wykonanie stawało się nieodzownem ze względu na podwyższoną ciepłotę ciała. Zarośnięcie ośrodkowej części przewodu nie pozwalało ani myśleć o możliwości połączenia obu końców przeciętego przewodu; ropienie w okolicy przetoki jeszcze mniej upoważniałoby do tego rękoczynu. Ze względu na umiejscowienie się przetoki, zastosowanie metody operacyjnej, zalecanej przez Guis'a, było niewykonalne. Zamyślałem postąpić podług rady LAUENSTEIN'a, powyżej przytoczonej i w tym celu, połączywszy obie rany górną i dolną w jedną, przeprowadziłem od górnego końca rany pod kątem prostym cięcie w kierunku przebiegu przewodu śliniankowego, nie dochodząc na 1½ ctm. do muszli usznej; po oddzieleniu w ten sposób wytworzonego płata skórno-mięśniowego, rozpocząłem poszukiwania przewodu śliniankowego; ze względu jednak na obfitość tkanki bliznowatej i tkanki ziarninowej, poszukiwania te nie doprowadziły do żadnego pomyślnego wyniku; w samej śliniance przyusznej, w jej średnim odcinku na wewnętrznym brzegu, z którego wydostaje się przewód śliniankowy, znajduje się niewielka jama, wypełniona ropą i tkanką ziarninową; poza granicami tej jamy ślinianka przedstawia się prawidłowo. Nie znalazłszy więc przewodu śliniankowego ani w części żwacza, ani w samym początku części jego gruczołowej wskutek rozwoju tkanki bliznowatej i tkanki ziarninowej, postanowiłem wytworzyć nową drogę dla odpływu śliny ze ślinianki przyusznej. W tym celu po uprzednim wyłyżeczkowaniu zropiałej jamy w średnim odcinku ślinianki i usunięciu tkanki bliznowatej i ziarninowej na całej powierzchni, dostępnej dla oka, po oddzieleniu płata skórno-mięśniowego, rozciąłem warstwami mięsień żwacz na długość jednego ctm. w kierunku poprzecznym, t. j. prostopadłym do przebiegu jego włókien, rozpoczynając cięcie tuż przy jamie, znajdującej się w śliniance; doszedłszy do błony śluzowej, rozciąłem tę ostatnią nożem tak, że otwór w niej znajdował się z tyłu i na wysokości ostatniego dolnego zęba trzonowego; następnie 4-ma szwami z cienkiego jedwabiu przymocowałem błonę śluzową, wwinietą do światła jakby nowowytworzonego kanału w mięśniu żwacza, do ścięgniętych części tego mięśnia; akt ten operacyjny stosunkowo przedstawia dużo trudności, raz ze względu na grubość mięśnia, a powtóre, że w tej okolicy błona śluzowa nie jest tak ruchliwa i nie daje się tak łatwo rozciągać, jak w pozostałej części jamy ustnej. Wtedy dopiero do jamy w śliniance wprowadziłem długi, cienki sączonek, którego drugi koniec, przeciągnięty przez nową drogę w mięśniu żwacza pokrytą błoną śluzową, wprowadziłem do jamy ustnej i wyprowadziłem na zewnątrz, przymocowawszy szwem do kąta ust. Na część ścięgniętą mięśnia żwacza nałożyłem parę szwów, aby przykryć sączonek, przebiegający skośnie od zewnątrz i od tyłu ku wewnątrz i ku przodowi. Ranę zewnętrzną w całości dokładnie zeszyłem.

Następnego dnia opatrunek suchy; ciepłota ciała prawidłowa; przez sączonek wydziela się niewielka ilość płynu ciągnącego się, zlekką różowo zabar-

wionego; przez następne dni przez sączek odpływa ślina bez domieszki krwi. Stan ciągle bezgorączkowy. Po raz pierwszy opatrunek zmieniłem 8-go dnia po operacji; wszystkie szwy zdjęto, rana, równoległa do przebiegu przewodu śliniankowego, zagoiła się przez rychłozrost; w dolnej części rany, prostopadłej do pierwszej, szew skórny się rozszedł; obrzęk w okolicy ślinianki zaledwie dostrzegalny; przez sączek wydziela się nazewnętrz kroplami ślina. Po 6 tygodniach rana skórna zupełnie zagojona; obrzęk twarzy ustąpił. 16 dnia po operacji sączek wysunął się sam przez się wskutek przedarcia skóry przez podwiązkę, utrzymującą go w nieruchomem położeniu w kącie ust. Dnia 6 stycznia r. b. chory zdrow zupełnie; żadnego obrzęku na twarzy nie spostrzega się; w jamie ustnej widać lejkowate zagłębienie błony śluzowej poza ostatnim dolnym zębem trzonowym, w które cienki zgłębnik przenika na długość prawie 1 ctm. Chorego ostatni raz widziałem w kwietniu: ma się jak najlepiej, obrzmienia na twarzy niema, usta otwiera wybornie; zgłębnik wchodzi w lejkowate zagłębienie błony śluzowej wgłąb na długość prawie jednego ctm.

Nie podaję tego przypadku w tym celu, aby przedstawić nową metodę operacyjną, ale chcę tylko zwrócić uwagę na to, że nawet w tak powikłanych przypadkach, jak spostrzegany przezemnie, w którym przewód śliniankowy uległ zupełnemu zniekształceniu wskutek rozwoju tkanki bliznowatej i tkanki ziarninowej, można jeszcze wytworzyć nową sztuczną drogę dla skierowania odpływu śliny z gruczołu śliniankowego do jamy ustnej. Że to jest rzecz możliwa, o tem przekonywa mnie z jednej strony pomyslnie zejście w operowanym przezemnie przypadku, z drugiej zaś anatomia przewodu śliniankowego, jaką dokładnie podaje NICOLADONI. Wielokrotnie wstrzykiwał on masę TEICHMANA w przewód śliniankowy i przekonał się, że część gruczołowa przewodu nie dzieli się na mnóstwo odnóg zaraz na wstępie gruczołu śliniankowego, ale przeciwnie, analogicznie z przewodem trzustki, przewód śliniankowy oddaje najpierw małą gałązkę dla górnego odcinka gruczołu, a następnie, nie tracąc prawie nic ze swej objętości, wykonywa nieco wypukłe ku tyłowi zagięcie, kierując się na zewnątrz ku kątowi żuchwy; na tej drodze przewód oddaje kilka odnóg dla powierzchniowych warstw obu dolnych odcinków gruczołu, a następnie na grubszym dolnym końcu ślinianki poza kątem żuchwy zagina się do najgłębszych warstw gruczołu ku górze i kończy się w tym zrazie ślinianki, który leży wgłębi pomiędzy stawem żuchwy, wyrostkiem sutkowym i chrząstką zewnętrznego przewodu słuchowego. Dzięki tej anatomicznej budowie przewodu śliniankowego nastąpiło najprawdopodobniej zejście pomyslnie w moim przypadku; jama w przednim zrazie ślinianki odgrywała rolę zbiornika dla śliny, wydobywającej się z przewodu, który otwierał się do tej jamy; 16-dniowe pozostawienie sączka musiało wystarczyć dla wytworzenia się nowej drogi, przez mięsień żwacz, która zastąpiła czynność przewodu śliniankowego.

## L I T E R A T U R A

- HUETER-LOSSEN. Chirurgia szczegółowa.  
V. ESMARCH. Chirurgische Technik. 1892 r.  
NICOLADONI. 25 Kongress für Chirurgie im Berlin. 1896 r.  
CARL LAUENSTEIN. Centr. für Chir. 1897 r. Nr. 15.

Z KLINIKI PEDIATRYCZNEJ I POLIKLINIKI PROF. ESCHERICH'a W GRACU.

# II. EPIDEMIA RÓŻYCZKI.

(*Rubeola, Kur*).

Podał

**Dr. Józef Brudziński.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 33].

Stan ogólny chorych bywa zupełnie dobry, usposobienie się nie zmienia, co stanowi jaskrawy kontrast w porównaniu ze stanem dzieci chorych na odrę, nawet gdy, jak w naszych dwóch przypadkach, przebywają ją po raz wtóry.

Fakt, obserwowany przez nas i przez innych autorów, że różyczka występuje w postaci epidemii, nie przekonywa zwolenników poglądu na różyczkę, jako na łagodną postać odry. „Fakt, że podobna lekka postać [odry]—czytamy u BIEGAŃSKIEGO—może występować w postaci epidemii, nie dowodzi jeszcze samoistnego zakaźnego pierwiastku, gdyż, jeżeli możebne są epidemie z przeważającymi przypadkami ciężkimi, to również mogą być epidemie lekkich postaci“. Nie da się zaprzeczyć, że mogą panować epidemie lekkich postaci odry, więc sam ten fakt nie dowodziłby istnienia samoistnego zakaźnego pierwiastku, jak jednak wytlómaczyć fakty przez nas obserwowane?

W styczniu panuje epidemia odry, właśnie z przeważającymi przypadkami ciężkimi, przyczem zauważyć się daje np. fakt następujący: w rodzinie zachorowuje na odrę jedno dziecko, przechodzi formę lekką, drugie, które się zaraziło od pierwszego, przechodzi ją natomiast w formie ciężkiej; to samo można było obserwować w sensie przeciwnym. W żadnym jednak przypadku nie widzieliśmy, by podczas epidemii różyczki w lutym przypadek różyczki wywołał objawy cięższe u innego osobnika. Łagodne postaci odry przedstawiają się zresztą nieco odmiennie. Główną ich cechą stanowi to, że nie dochodzi do powikłań, mamy jednak charakterystyczne objawy odrowe, choć w mniejszym stopniu i sprawa nigdy nie przebiega tak szybko, jak przy różyczce i nawet przy postaci odry bez wysypki (*morbilli sine exanthemate*) mamy do czynienia z rozległym niezłym błon śluzowych, z małymi wahaniami gorączkowemi

i możemy stwierdzić, związek etyologiczny z przypadkami odrowymi. Przy różyczce nie spotykamy nigdy nieżyty dróg oddechowych, co zaś do związku etyologicznego pomiędzy przypadkami, możemy stwierdzić, że podczas całego trwania epidemii stale przypadki różyczki sprowadzały tę samą postać chorobową. Źródłem głównem były szkoły, szczególnie parę szkół ludowych, parę pensyonatów żeńskich i dwa pensyonaty dla sierot. Z tych ostatnich dwóch źródeł najłatwiej było obserwować przypadki różyczki i stwierdzić fakt powyższy co do związku etyologicznego, wszystkie bowiem dzieci dotknięte wysypką przyprowadzane były do polikliniki i w tym czasie w pomienionych zakładach nie panowała żadna inna choroba wysypkowa, w szczególności nie było odry. Pewniejszego jeszcze dowodu w tym względzie dostarczyła nam obserwacja kliniczna.

W ostatnich dniach stycznia przyjęto na klinikę dziewczynkę, lat 8-iu, Rozę Reinisch [p. tablica] ze zwięzieniem przełyku. Dnia 28. I. wystąpiła wysypka na twarzy najobfitsza, na tułowiu jeszcze wyraźna, niewidoczna prawie na kończynach. Plamki drobne, oddzielne nie zlewające się, barwy jasno-różowej. Żadnych zmian na błonach śluzowych. Plamek KOPLIK'a, ani *enanth.* niema. Rozpoznano różyczkę. Odrę chora przechodziła przed 2-ma laty. Ze względu na nadzwyczajną łagodność różyczki pozostawiono chorą na sali wspólnej, wystawiając przez to rozmyślnie inne dzieci na niebezpieczeństwo zarażenia się. Do tej samej sali przyjęto w kilka dni później [d. 4. II.] chłopca, lat 4, Leopolda Rodi [p. tablica] z wysypką różyczkową.

Dnia 12. II, czyli w dwa tygodnie po wystąpieniu różyczki u Rozy Reinisch, wystąpiła wysypka u dziewczynki Stefanii Hasserwahl, bezpośredniej sąsiadki Leopolda Rodi i R. Reinisch. Wysypka drobna, barwy jasno-różowej, nie zlewająca się, głównie na twarzy i tułowiu. Ani *conjunctiv.*, ani *rhinitis*, plamek KOPLIK'a niema. Wysypka d. 13. II. znacznie przybladła. Dnia 15. II. znikła bez śladu. Przebieg bezgorączkowy.

Gdyby różyczka była tylko łagodną postacią odry, trudnoby wytłómaczyć sobie, że wywołuje ona zawsze tylko łagodną postać, nigdy postaci cięższej; przypuścimy jednak na chwilę, że tak jest, mogłoby to jeszcze być zrozumiałem u dzieci, które już przechodziły odrę, czem się jednak tłómaczy, że dzieci, które nie przechodziły odry, przy zetknięciu się z choremi na różyczkę nie podlegają nigdy odrze w jej postaci zwykłej, a tylko tej postaci łagodnej. Świadczą o tem wymownie 4 przypadki różyczki, obserwowane przez nas u dzieci, które nie przechodziły odry [p. tabl.] <sup>1)</sup>. W rzeczywistości przypuszczenie powyższe nie jest uzasadnione, panująca bowiem epidemia odry, jakśmy tu już zaznaczyli, nie odznaczała się wcale przypadkami łagodnymi, nie zawsze też przypadek lekki wywoływał lekką postać odry u innego osobnika; fakt ten obserwowaliśmy tylko stale w przypadkach różyczki, łagodna postać bowiem jest tu właściwą tej chorobie, stanowi jeden z nieodłącznych jej atrybutów.

<sup>1)</sup> Por. również WOLBERGA „Trzy przypadki różyczki (*rubeola*) poprzedzające odrę l. c. GAZ. LEK. NR. 34.

Niemniejszą wagę w kwestyi odrębności różyczki posiada fakt, że przebycie różyczki nie zabezpiecza przeciwko odrze i naodwrot, czyli że są to dwie swoiste postaci chorobowe, zawdzięczające swe powstanie swoistemu pierwiastkowi zakaźnemu. Dowód ten, jakkolwiek ważny, nie zwalcza jeszcze poglądu, że różyczka jest łagodną postacią odry. W rzeczy samej czytamy pod tym względem u BIEGAŃSKIEGO: „Przytaczany także przez autorów fakt przebywania odry po przebyciu różyczki nie może służyć za dowód, gdyż znamy przypadki, rzadkie wprawdzie, ale niewątpliwe kilkakrotnego przebywania prawdziwej odry; jeżeli więc wybitne postaci tej choroby u jednego i tego samego osobnika powtarzać się mogą, to tembardziej należałoby spodziewać się powtórzenia po przebyciu lekkiej, poronnej postaci“. Wyżej mówiliśmy już o możliwości nawrotu odry i zarazem o odróżnianiu jej od różyczki, tu więc zauważymy tylko, że przeciwko ostatniemu argumentowi nasuwa się mimowoli uwaga z zakresu teoryi immunizacji. Jeżeli pewien osobnik przebywa odrę w postaci łagodnej, może tu być przyczyną albo łagodność ogólna panującej epidemii [co, jak wiemy, nie jest jedyną przyczyną] lub wrzecie przeciwnym dowód to odporności właściwej organizmowi danego osobnika; nie jest więc niemożliwym, gdyż odporność ta wskutek rozmaitych czynników z czasem zmienić się może; w każdym razie jest to mniej prawdopodobnem, by ten sam osobnik po przebyciu łagodnej postaci odry miał zapasć na odrę po raz wtóry, co wogóle rzadko się zdarza, i to w postaci jej cięższej. A właśnie tak się rzecz ma, gdy osobnik pewien po przebyciu różyczki, czyli podług niektórych autorów łagodnej postaci odry, zapada na odrę właściwą, czyli w innem tłumaczeniu przechodzi ją po raz wtóry w postaci cięższej. Przeciwnie jesteśmy w zgodzie z teoryą immunizacji, gdy mamy do czynienia z samodzielną postacią chorobową—różyczką.

Ze spostrzeżeń naszych wynika, co się zgadza z większością dotychczasowych spostrzeżeń, że odra i różyczka pomimo niektórych podobieństw, są to dwie postaci chorobowe zupełnie odrębne. Możemy tu dla ilustracji zaczerpnąć innego przykładu z dziedzicznych chorób wysypkowych.

Wiadomo, że ospianka (*variolois*), lekka postać ospy, przy przejściu z danego osobnika na innego wywołać może ospę w jej postaci ciężkiej, podczas gdy nie obserwowano, by t. zw. ospa wietrzna (*varicella*) wywołała przy przejściu na innego osobnika ospę właściwą, jest to bowiem, pomimo niektórych podobieństw, odrębna postać chorobowa. Jak odrębnymi są wietrzna ospa (*varicella*) i ospa (*variola*), tak odrębnymi są różyczka (*rubeola*) i odra (*morbilli*). ESCHERICH w swoich wykładach klinicznych o różyczce wypowiedział się za odrębnością tej postaci chorobowej.

Mówiąc o naturze różyczki, nie możemy pominąć milczeniem dwu jeszcze teoryi co do natury różyczki. Niektórzy autorowie, z SCHOENLEN'em i GINTRAC'iem na czele, uważali różyczkę jako postać mieszaną odry z płonicą. Nie da się zaprzeczyć, że, gdy te epidemie panują jednocześnie, jeden i ten sam osobnik dotknięty być może płonicą i odrą; postać jednak chorobowa — nadzwyczaj ciężka — zasadniczo się wtedy różni od postaci chorobowej, jaką przedstawia różyczka, stale łagodna. Zresztą nie spostrzegano, by różyczka



wywoływała przez przeniesienie pierwiastku zakaźnego na innego osobnika, odrę lub płonicę, czy też kombinację tych dwu postaci chorobowych. Inni znowu autorowie jak BOURNEVILLE, D'ESPINE i inni pod nazwą *roséole épidémique vel idiopatique* opisują postać chorobową zupełnie podobną do różyczki, nie odróżniają jej też od różycy, występującej z objawami gorączkowymi (*roséole fébrile de TROUSSEAU* autorów francuzkich). Na różnicę pomiędzy temi dwiema postaciami chorobowymi wskazali między innymi RAYMOND, TELAMON. Różycza jest zakaźną w niezmiernie małym stopniu, co stanowi kontrast z wysoką zakaźnością różyczki (*rubeola*), różycza zresztą nie występuje nigdy w postaci epidemii i nie udziela danemu osobnikowi odporności; zauważyć wreszcie można pewną różnicę w charakterze i umiejscowieniu wysypki: w różycy wysypka jest czysto plamistą, nie wielokształtną, jak przy różycze, wysypka zajmuje przy różycy twarz i kończyny, tułów zaś najczęściej pozostaje wolnym od wysypki, na kończynach nawet zauważyć można pewne uprzywilejowane miejsca, mianowicie wyprostne powierzchnie najwięcej są usiane wysypką.

Podobną postać miałem sposobność obserwować na klinice, zwrócił zaś ten przypadek specjalną uwagę, ponieważ było to podczas epidemii różyczki. Umiejscowienie na twarzy i kończynach, przy wolnym tułowiu, przedstawiało tak rażącą różnicę z umiejscowieniem przy różycze, że rozpoznanie nie przedstawiało trudności. Na drugi dzień wysypka znikła bez śladu [chłopiec, lat 4, Willibald B...].

Należy więc odróżniać *roséola fabrilis* TROUSSEAU i *roseola epidemica*, czyli *rubeola*. Jej synonimy: *Rötheln*, wprowadzone przez BAGEN'a w 1752 r., *rubella*, *rubbiolae* [BAILLON XVI w.], *German measles*, *Frensch measles*—odra niemiecka, resp. francuzka, *rubeola sine catarrho* [WILLAN, MATON], *rubeola nota* i wspomniana już *roséole épidémique*.

Obserwowana przez nas epidemia trwała 1½ miesiąca; czas trwania innych epidemii waha się od 2 tygodni do 3 lub 5 miesięcy. Epidemia ta miała miejsce w sezonie zimowym; z innych spostrzeżeń wypada, że najczęściej epidemie różyczki wybuchają w zimie lub na wiosnę. W danym przypadku epidemia różyczki była prawie współczesną z epidemią odry, co się okazuje i z innych spostrzeżeń, które oprócz tego notują fakt, że często epidemie różyczki i płonicy trwają współcześnie.

Różyczka jest przeważnie chorobą wieku dziecięcego bez różnicy płci, podług BOULLOCHE'a najczęściej podlegają jej dzieci w wieku lat 3—5; w opisanej epidemii podlegały różycze zarówno dzieci starsze do lat 11, jak i młodsze niżej lat 3.

Niektórzy autorowie REHN <sup>1)</sup>, DUPRÉ <sup>2)</sup>, SEITZ <sup>3)</sup> podają przypadki różyczki u dorosłych; gdy jednak dzieci chorują w stosunku 60:100, starsi zaledwie w stosunku 4:100.

1) Jahrb. f. Kinderheilk. XXIX. str. 3—4.

2) Bullet. de la soc. clin. de Paris. 1886.

3) SEITZ. l. c.

Podczas opisanej przez nas epidemii podległo różyczce parę osób dorosłych wśród matek, które odwiedzały swe córki na pensyi, gdzie panowała różyczka.

Różyczka jest chorobą tak lekką, że właściwie nie wymaga żadnego leczenia, oprócz chyba niektórych zaleceń higienicznych.

Dla przeszkodzenia szerzeniu się epidemii, należy izolować dzieci dotknięte różyczką a właściwie ponieważ choroba ta jest zaraźliwą przed wysypką, stosować to głównie należy do dzieci podejrzanych, które były w zetknięciu z chorem na różyczkę.

Dzieci, dotknięte różyczką, po 8 dniach otrzymywały pozwolenie uczęszczania do szkoły. Dezynfekcyja przedmiotów, które były w zetknięciu z chorem, jako też lokalów, jest najzupełniej zbyteczną.

Z ODDZIAŁU III-GO CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I Z ZAKŁADU UNIWERSYTECKIEGO  
ANATOMII PATOLOGICZNEJ.

### III. POLYMYOSITIS PRIMARIA.

#### PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMO-PATOLOGICZNY.

Podał

**D-r J. Fajersztajn**

sekundaryusz lwowskiego szpitala powszechnego.

[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 33].

Pod względem dyagnostycznym przypadek powyższy nastęrcza tak poważne trudności, że na podstawie samych tylko objawów klinicznych byłoby niemal rzeczą niemożliwą dojść do zupełnie pewnego rozpoznania. Na szczęście zmiany histologiczne, znalezione w wyciętym kawałku mięśnia, wyprowadzają nas z matni, przemawiają one bowiem stanowczo za zapalno-degeneracyjną przyrodą sprawy chorobowej.

Trudności rozpoznawcze polegają z jednej strony na tem, że choroba przybrała na się postać, różniącą się pod wielu względami od przeciętnego obrazu mnogiej *myositis*; z drugiej znowu strony pewne podobieństwo jej do dystrofii mięśniowej (ERB'a), stawia znak pytania przy wielu szczegółach obrazu klinicznego. Zestawienie i porównanie poszczególnych objawów, dostrzeżonych u naszego chorego, z objawami dystrofii, uwydatni najlepiej zachodzące tu różnice i podobieństwa, a zarazem przekona, że rozpoznawanie mnogiej *myositis* jest w danym przypadku zupełnie uzasadnione.

*Dystrophia muscul. progr.*

Wybitnie przewłoczny, bezbolesny rozwój choroby, ciągnącej się latami.

*Przyp. B.*

Ostry rozwój. Bóle w okolicy barków i łokci z obrzmieniem barków.

Stale, powolne postępy choroby bez jakichkolwiek wahań.

Sprawa chorobowa umiejscawia się najchętniej w następujących mięśniach:

*Pectoralis, latissimus dorsi, serratus ant. major, rhomboidei, cucullaris, biceps, brachialis int., supinator l.*

*Glutaei, extens. quadriceps.*

*Erector trunci.*

Zanik oszczędza prawie stale:

Mięśnie trójkątne — [napotyka się tu niekiedy przerost z następczym, bardzo późnym zanikiem],  
mięśnie przedramion i rąk,  
mięśnie podudzi i stóp.

Udział mięśni, zależących od nerwów opuszkowych, należy do największych wyjątków — jest on znany z jednego tylko spostrzeżenia [REINHOLD] <sup>1)</sup>.

Obrzmienie to posiadało najprawdopodobniej cechy zapalne. W kilka dni po tem bóle w dolnych kończynach połączone ze znacznem osłabieniem mięśniowem, *dysphagia*, ograniczenie ruchów głowy i lekki szczykościsk. Po upływie 7-miu miesięcy choroba zakończyła się zejściem śmiertelnem.

Po trzech tygodniach remisya; bóle znikły; inne objawy również ustąpiły, pozostało tylko osłabienie mięśniowe i ograniczenie ruchów, spowodowane najprawdopodobniej przykurzeniami.

W 4-ym miesiącu choroby pojawienie się obrzęku powiek, pozostającego według wszelkiego prawdopodobieństwa w związku z zasadniczą chorobą.

W 7-ym miesiącu choroby nawrót objawów opuszkowych.

Bardzo podobne umiejscowienie — sprawa chorobowa ogarnia również przeważnie większe mięśnie tułowia i kończyn, jednakowoż mięśnie trójkątne są najbardziej dotknięte, one jedne bowiem tylko uległy zanikowi. Mięśnie rąk i palców również niezupełnie są wolne od zmian chorobowych [przykurzenia].

Porażenie mięśni gardzielowych w początkach i pod koniec choroby.

<sup>1)</sup> Deutsche Ztschrift. f. Nervenheilkunde. T. IV.

Mięśnie, dotknięte sprawą chorobową, podlegają zawsze zanikowi lub też przerostowi [prawdziwemu i rzekomemu]. Zdarzają się jednak nader rzadkie wyjątki: np. charakterystyczne zaburzenia ruchowe bez klinicznie stwierdzić się dającego zaniku, względnie przerostu osłabłych mięśni (MARIE et GUINON <sup>1)</sup>)—„*forme hypertrophique sans hypertrophie*).

Muskulatura nie jest wrażliwa na ucisk.

Zanik mięśni należy do t. zw. prostych. Wyjątkowo tylko drgania włókienkowe i częściowy odczyn zwyrodnienia.

Upośledzenie ruchów ciała zależy od rozległości sprawy zanikowej i okresu choroby. Do bardzo charakterystycznych objawów należy:

Odstawanie łopatek,

Lordoza,

Kaczkowaty chód,

Utrudnione unoszenie kręgosłupa i wyprostowywanie ciała, skutkiem czego chorzy dopomagają sobie t. zw. wspinaniem się po samym sobie.

Przykurczenia, spowodowane marskością mięśni, występują wogóle dosyć rzadko, rozwijają się tylko w późnych okresach choroby i sadowią się niemal wyłącznie tylko w zginaczach.

Jedynie tylko zanikłe mięśnie ulegają retrakcyi.

Zejście śmiertelne najczęściej wsku-

Zanik jednych tylko mięśni trójkątnych.

Mięśnie te, zarówno jak mięśnie dwugłowe, są twarde.

Tak samo.

Prosty zanik m. trójkątnych.

Oslabienie ruchowe ogarnia mięśnie barków, ramion, tułowia, pośladków i in.

Łopatki nie odstają.

Kręgosłup nie zbacza.

Chód prawidłowy.

Nieco podobny sposób podnoszenia się z pozycyi leżącej i wyprostowywania tułowia i kończyn dolnych.

Stosunkowo bardzo wczesne przykurczenia. W pierwszych tygodniach choroby przemijające przykurczenie [sztywność] m. karkowych i żuchwowych. W 3-m miesiącu choroby przykurczeniem dotknięte są prócz zginaczy [przedramion, rąk i palców] jeszcze m. najszerze grzbietu, m. piersiowe i m. pośladkowe.

Skrócone mięśnie nie okazują zaniku.

Zejście śmiertelne przypisać nale-

<sup>1)</sup> Cyt. przez ERB'a. Deutsche Ztschrift f. Nervenheilkunde, T. II, str. 84.

tek przypadkowego powikłania postronnemi chorobami.

Wyjątkowo tylko zanik przepony staje się powodem zaburzeń oddechowych, sprowadzających groźne powikłania.

Przerosłe włókna mięśniowe [ze zachowaniem prążkowaniem poprzecznym] stanowią znamienne, niemal zupełnie stałą, cechę zmian dystroficznych.

Prosty zanik włókien [z zachowaniem prążkowaniem poprzecznym] jest najistotniejszym objawem zmian dystroficznych.

Zwyrodnienia: szkliste, woskowe i tłuszczowe stanowią nadzwyczajną rzadkość [po jednym przykładzie poszczególnych zwyrodnień w pracach: CHARCOT'a, BRIEGER'a, BRIEGER'a i LICHTHEIM'a <sup>1)</sup>]. Zatarcie prążkowania poprzecznego, zmętnienie włókien i gruboziarnisty rozpad należy tu również do bardzo rzadkich zjawisk. Podobnie ma się rzecz z rozrzedzeniem istoty kurczliwej i rozpadem jej na podłużne włókienka.

Wakuolizacja występuje dość często, ogranicza się jednak na niewiele włóknach. Do wyjątków należy spostrzeżenie SCHULTZ'ego, w którym pewna część włókien uległa w znacznym stopniu wakuolarnemu zwyrodnieniu.

Do stałych zjawisk należy bujanie jąder przybrzeżnych i środkowych, układających się w długie szeregi.

Rozrosła tkanka łączna zawiera

ży, według wszelkiego prawdopodobieństwa nawrotowi, objawów opuszkowych z następczemi powikłaniami w narządzie oddechowym [zakrzuszenie się — *pneumonia aspirativa* (?)].

Nie ma przerosłych włókien.

Nie ma ścięczyłych włókien o podobnych własnościach.

Zmętnienie włókien z zupełnym zatarciem prążkowania.

Zgrubiałe, mętne, szczelinowato popękane włókna.

Dużo włókien rozrzedzonych i rozpadłych na podłużne włókienka.

Wakuolizacja bardzo wybitna; rozpad wakuolarny ogarnia miejscami całe pęczki włókien.

Ilość jąder tu i owdzie nieznacznie powiększona; bardzo nieliczne, łącznie tylko krótkie szeregi jąder.

Tłuszczowych komórek nie ma.

<sup>1)</sup> Por. CRAMER. Centralblatt für allg. Pathol. und pathol. Anatomie, R. 1896.

dużo komórek tłuszczowych; gronka podobnych komórek wciskają się pomiędzy włókna.

Bujanie jąder łączno-tkankowych bywa zwykle znaczne; do rzadkich zjawisk należy gromadzenie się jąder w bardziej zbite smugi. Obrazów, podobnych do przedstawionego na rys. V, nie napotyka się nigdy. Ognisk drobno-komórkowego nacieku, jakoteż wybroczyn niema. Ściany naczyń często zgrubiałe; do rzadkich zjawisk należy większe wypełnienie naczyń krwią.

Z powyższego widać, że mamy tu do czynienia tylko z powierzchownem podobieństwem do dystrofii—podobieństwem, polegającym na zbliżonych zaburzeniach ruchowych, a zawdzięczającym swe pochodzenie umiejscowieniu się sprawy chorobowej w analogicznych gromadach mięśniowych.

Po wykluczeniu dystrofii pozostawałaby do omówienia trychinoza, jasną bowiem jest rzeczą, że ani mnoga *neuritis*, ani tem bardziej rdzeniowe postacie zaników mięśniowych, nie mogą tu wchodzić w rachubę.

Nie ulega wątpliwości, że także rozpoznawanie trychinozy byłoby zupełnie bezpodstawnem: chory jadł tylko gotowaną wieprzowinę, w domowem jego otoczeniu nie było przypadku podobnego cierpienia, choroba rozwinęła się bez wstępnych objawów gastrycznych, ugrupowanie objawów mięśniowych było zupełnie odmienne, odmiennym był również przebieg choroby, w badanej części mięśnia nie można było odnaleźć pasorzytów. Obrzęku powiek we wczesnym okresie choroby, jak się zdaje, wcale nie było.

Pozostaje jedno tylko rozpoznanie, a jest niem *polymyositis*.

Zbyteczną byłoby rzeczą rozwodzić się nad tem, jak bardzo przypadek nasz odbiega od przeciętnego typu tej choroby; wystarczy przypomnieć, że w okresie obserwacyjnym nie można było stwierdzić ani obrzmienia, ani nadwrażliwości mięśni na ucisk; nie było również obrzęków skóry, ani też wykwitów skórnych. Być może, że właściwe rozpoznanie dałoby się łatwiej ustawić, gdyby spostrzeżenie nasze było uzupełnione bezpośrednią obserwacją początkowych okresów choroby. W chwili badania chorego kliniczne podstawy rozpoznania polegały na dosyć charakterystycznych wywiadach oraz na stwierdzeniu niedomogi masy mięśniowej tułowia i kończyn, połączonej ze zmianą zbitości, częściowym zanikiem i przykurczeniami pewnych mięśni. Za rozpoznaniem mnogiej *myositis* przemawiał także przemijający obrzęk powiek — objaw, o którego znaczeniu w klinice rzeczony choroby niejednokrotnie była już mowa. Dalszy przebieg choroby, zakończony fatalnym nawrotem najdonioślejszych objawów, przyczynia się w znacznym stopniu do ustanowienia właściwego rozpoznania.

Smugi wybujałej tkanki łącznej, odznaczającej się niezmierną obfitością jąder, wciskają się pomiędzy włókna.

Małe ogniska drobnokomórkowego nacieku; drobne wybroczyny.

Znaczne wypełnienie naczyń krwionośnych.

Co się tyczy przykurczeń, wiemy już jaką doniosłość posiadają one w obrazie podostrej postaci rozsianego zapalenia mięśni. Występowały one u naszego chorego w sposób, do którego daje się najzupełniej zastosować określenie POTAIN'a: „*extensibilité restreinte des muscles*“. Co do rodzaju zmian anatomicznych, które wywołały skrócenie mięśni, zachodzą tu te same wątpliwości, jakie zostały omówione w uwagach dotyczących I-go spostrzeżenia.

Mała wrażliwość mięśni na ucisk nie przemawia bynajmniej przeciwko rozpoznawaniu mnogiej *myositis* — była o tem już wzmianka w zarysie ogólnym, jakoteż w epikryzie spostrzeżenia I-go <sup>1)</sup>.

Ze szczególnym naciskiem trzeba tu zaznaczyć, że skąpe objawy kliniczne nie odpowiadały bynajmniej ciężkim zmianom histologicznym. Zmiany te polegały przeważnie na zwyrodnieniu mięszu; właściwe zapalne, śródmiąższowe sprawy, acz niewątpliwie stwierdzone, ustępowały na dalszy plan. Pod tym względem omawiany tu przypadek zbliża się bardzo do spostrzeżenia I-go, w którym jednakowoż przewaga po stronie zmian mięszowych była jeszcze większa <sup>2)</sup>. Co do samego rodzaju zwyrodnień podobieństwo jest tu najzupełniejsze, a różnice dotyczą tylko stosunków ilościowych. Umiejscowienie zaniżków jest w obydwu przypadkach zupełnie takie same. [C. d. n.]

## IV. SAMOISTNE CIERPIENIA SERCA (PRZEROST I ROZSZERZENIE).

STUDYUM KLINICZNE.

Napisał

**Stanisław Pechkranc.**

— \* — \*

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 33].

Czy istnieje przerost serca zależny od wzrostu ustroju? G. SÉE stworzył t. zw. przez niego „*hypertrophie cardiaque résultante de la croissance*“. Głównymi objawami tego cierpienia mają być: powiększenie stłumienia serca, szmer skurczowy, niekiedy nieprawidłowe tętno, bicie serca, duszność, bóle głowy. I niemieccy autorzy pisali o t. zw. *Wachstumshypertrophie*. W ostatnich czasach odzywają się głosy przeciwne. Tak, np., SPRINGER (33) uważa wzrost w tych przypadkach tylko za pośrednią przyczynę objawów sercowych.

<sup>1)</sup> Zwrócić tu należy ponownie [p. w.] uwagę, że w przebiegu dermatomyositis syphilitica LORENZ stwierdził również, że „stwardniałe“ mięśnie nie były wrażliwe na ucisk. Zdaje się tedy, że bolesność mięśni nie jest bezwzględnie patognomoniczną oznaką spraw zapalnych.

<sup>2)</sup> Bardzo być może, że dzięki przewadze spraw degeneracyjnych nad mięszowymi, w żadnym z obydwu tych przypadków nie mogły rozwinąć się w całej pełni kliniczne objawy zapalenia mięśni. Do podobnego przypuszczenia upoważnia fakt, że symptomatyczne sprawy degeneracyjne [durowe, ospowe, tężcowe i t. d.] przebiegają bez większych bólów, bez obrzmień i wogóle bez miejscowych objawów mięśniowych.

Podług SPRINGER'a, zaburzenia sercowe uwarunkowane są tu różnemi chorobami wieku rozwoju, szczególnie odziedziczoną nerwowością, blednicą, stanami dyspeptycznymi, paleniem tytoniu, zmianami krzywicowemi klatki piersiowej, t. j. skrzywieniem i zwężeniem tętnic i żył, niedostatecznym rozwojem klatki piersiowej i płuc i t. d. Dodać jeszcze należy, że w wielu przypadkach tego rodzaju nie miało się prawdopodobnie wcale do czynienia z przerostem, lecz poprostu z pobudzoną czynnością serca, która łatwo, zwłaszcza w młodym wieku, daje powód do błędów rozpoznawczych <sup>1)</sup>.

Trzy lata temu opisał JACOB (34) nową postać rozszerzenia serca, powstającą na tle przyczyn czynnościowych. Punktem wyjścia cierpienia ma być skurcz tętniczek wielkiego krwiobiegu, wyrażający się bladością skóry, dreszczami, drobnem i silnie napiętem tętnem, zawrotami głowy, niekiedy wymiotami i znacznem rozszerzeniem źrenic. Tętno podczas napadu bywa zwolnione, albo przyspieszone. W czasie napadu występują: bicie serca, niekiedy uczucie przerwy w czynności serca, duszność, niepokój, omdlewania. Napad trwa od kilku godzin do kilku dni. Z pojawieniem się uczucia ciepła w skórze i potu objawy chorobowe znikają, tętno z drobnego i napiętego staje się większem i miększem, częstość tętna wraca do normy. Podczas napadu występuje także rozszerzenie serca, niekiedy obrzęk płuc, białkomocz. Wszystkie te objawy po kilku dniach znikają. JACOB spostrzegł kilkanaście podobnych przypadków. W żadnym z nich praca fizyczna nie była przyczyną napadów. Rolę czynnika etyologicznego odgrywało pobudzenie duchowe, albo wzmożona wskutek niedokrwistości wrażliwość układu nerwowego, albo też wrodzona lub nabyta nadpobudliwość bez niedokrwistości. Prócz ostrego rozszerzenia serca JACOB w kilku przypadkach spostrzegł, po kilkotygodniowem istnieniu opisanych napadów, trwałe rozszerzenie serca. Autor stawia obraz kliniczny w zależności od pobudzenia ośrodka naczynioruchowego, z czem niekiedy idzie w parze pobudzenie ośrodka *n. accelerantis*. Co się tyczy czystej nerwicy *n. accelerantis* [*tachycardia*, bicie serca, tętno duże i miękkie . . .], to może ona dopiero po kilkotygodniowem lub nawet kilkomiesięcznem trwaniu wywołać niedomogę serca, względnie rozszerzenie tegoż. Niedomoga mięśnia sercowego nastąpi tem później, im mniej ośrodek naczynioruchowy jest jednocześnie pobudzony i przez to ciśnienie krwi podniesione. Należy przypuszczać, że napady kombinowanego pobudzenia ośrodka wazomotoryjnego i ośrodka *n. przyspieszającego* czynność serca zdarzają się dość często, lecz w objawach i następstwach nie wiele się różnią od czystego spazmu naczynioruchowego. Za patogenezą rozszerzenia serca, podaną przez autora, przemawia, prócz objawów i przebiegu cierpienia, także wynik leczenia: naparstnica podczas napadu nie działa lub działa szkodliwie, środki zaś znieczulające [morfina, antypiryna . . .] działają zbawiennie, gdyż wywołują rozkurcz naczyń. Czy podane przez JACOB'a objaśnienie powstawania rozszerzenia serca jest słuszne, pokażą przyszłe badania i spostrzeżenia. Od chwili ogłoszenia przez autora (1895 r.) omówionego wyżej „angiospastycznego rozszerzenia serca“ nie zdarzyło się

<sup>1)</sup> Patrz niżej: Rozpoznanie.



nam jeszcze do obecnej chwili spotkać z opisem podobnego obrazu chorobowego. Zaznaczymy tu jeszcze, że przypadki, przytoczone przez JACOB'a, są bez sekcji, co zmniejsza do pewnego stopnia ich wartość.

Z kwestyą rozszerzenia serca pochodzenia czynnościowego pozostaje w związku pogląd MARTIUS'a na patogenezę tachykardji napadowej. MARTIUS odrzuca tłumaczenie tachykardji, jako nerwicy zależnej od podrażnienia nerwu współczulnego, albo porażenia nerwu błędnego, gdyż, jak twierdzi, w spostrzeganych dotąd organicznych porażeniach n. błędnego nie widziano ani tak silnej tachykardji, ani tak ważnego, zdaniem jego, rozszerzenia serca. Przystudowawszy całą literaturę tachykardji, dochodzi MARTIUS do przekonania, że ostre rozciągnięcie serca jest najważniejszym momentem w całym obrazie chorobowym tachykardji i że ono właśnie wywołuje wszystkie inne objawy. W większości opisanych przypadków tachykardji istniało rozszerzenie serca, lecz autorzy uważali zawsze to rozszerzenie za następstwo tachykardji. Zupełnie inaczej zapatruje się na to MARTIUS: napadowo występujące rozszerzenie serca, jest, zdaniem jego, sprawą pierwotną, która powoduje niemożność zupełnego opróżniania jam serca; w następstwie tego występuje tachykardya, jako wyraz dążności wyrównawczej ustroju. Zauważyć należy, że niemało znaleźć można w literaturze przypadków tachykardji, w których najdokładniejsze nawet badanie nie zdołało wykryć rozszerzenia serca. Należą tu przede wszystkim przypadki t. zw. tachykardji odruchowej, której punktem wyjścia są najczęściej cierpienia narządów brzusznych. Prócz tego objawy nerwowe częstokroć tak dominują w obrazie chorobowym, że przyczyna nerwowa sama się przez się narzuca. Pogląd więc MARTIUS'a nie kwadruje z większością przypadków tachykardji. Moznaby go co najwyżej zastosować do tych przypadków, w których napad poprzedzała, jak w jednym przypadku MARTIUS'a, przemoga cielesna, albo gwałtowny afekt [przestrach, gniew . . .].

W związku z omówioną dopiero co sprawą pozostaje kwestya stosunku bradykardji do rozszerzenia serca. Nie wchodząc tu w rozbiór warunków powstawania bradykardji, które zresztą dotąd jeszcze są nam bardzo mało znane zaznaczymy, że nie brak w literaturze przypadków, w których cierpienie serca z bradykardją rozwinęło się po przemodze cielesnej lub duchowej [LEYDEN (11), STRUEBING (35) i in.]. Wprawdzie w wielu przypadkach bradykardji mamy zajęcie mięśnia sercowego, czy to w postaci stłuszczenia, czy też zmian myokardytycznych lub zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych, zdarzają się jednak przypadki bradykardji bez tych zmian. Rozszerzenie jam serca w podobnych przypadkach tłumaczą niektórzy autorowie jako następstwo zwolnienia czynności serca. BASCH (36) z doświadczeń, wykonanych przy pomocy modelu krążenia, wyprowadził skutki, jakie przy zwolnionej czynności serca występują dla cyrkulacyi, i znalazł, że szybkość prądu krwi wogóle, a więc i w naczyniach włosowatych, staje się mniejszą, tem mniejszą, im rzadziej następują skurcze serca. Przy znacznie zwolnionej czynności serca oddzielne skurcze muszą, jeśli życie ma być zachowane, następować z taką siłą, ażeby w ważnych dla życia narządach nie wystąpiły znaczniejsze zaburzenia cyrkulacyi. Bradykardya stawia sercu większe wymagania; serce przy swych skur-

czach musi pokonywać o wiele większe ilości krwi, skurcze muszą odbywać się z taką siłą, ażeby mogło być utrzymane niezbędne dla zachowania życia średnie ciśnienie krwi w naczyniach. Zrozumiałą jest rzeczą, że następstwem tego będzie rozszerzenie komór serca, zwłaszcza zaś lewej.

Naszkiecowany wyżej rys historyczny nie rości bynajmniej pretensji do wyczerpującego przedstawienia zajmującego nas tu przedmiotu. Uwzględnienie wszystkich, choćby najważniejszych prac, mających związek z czynnościami cierpieniami serca, niezmiernie rozszerzyłyby ramy podjętej przez nas pracy. W powyższem ograniczyliśmy się do omówienia najważniejszych tylko momentów wytycznych. Inne poszukiwania, dotyczące kwestyi patogenezy, rozpoznawania, zmian anatomo-patologicznych i t. d., zostaną uwzględnione niżej w odpowiednich rozdziałach. W tem miejscu powiemy jeszcze słów kilka o obecnym stanie leczenia w mowie będących cierpień serca. Postępy tu, jak i w leczeniu chorób serca wogóle, widać głównie w zastosowaniu fizykalnych metod leczenia. Wymienimy tu pokrótce: zastosowanie gimnastyki szwedzkiej i innych ćwiczeń gimnastycznych (*Selbsthemmungsgymnastik* i *Widerstandsgymnastik* braci SCHOTT), zastosowanie mięsienia, kąpeli z solą i bezwodnikiem węglanym (SCHOTT), rozpowszechnienie w ostatnich latach leczenia kąpielami chorób serca w różnych krajach (Anglii, Danii, Belgii, w różnych miastach Ameryki Północnej . . .), ograniczenie i unormowanie wskazań do stosowania metody dyetetyczno-mechanicznej OERTEL'a, wykazanie niebezpieczeństw, z jakimi połączone jest niekiedy stosowanie tej metody, zwrócenie uwagi na szkodliwość kuracyi Maryenbadzkiej w obecnie stosowanej postaci (LEYDEN SCHOTT, HIRSCHFELD i in.), ograniczenie dowozu pokarmów czasowe w zaburzeniach krążenia (HIRSCHFELD), właściwie mówiąc modyfikacja dawniejszej metody KARELL'a, WINTERNITZ'a, HOEGERSTEDT'a . . ., ograniczenie dowozu płynów (OERTEL, GLAX . . .) i t. d. Widzimy zatem, że w ostatnich czasach i na polu leczenia przewlekłych chorób serca zapanował niemały ruch. Znajdujemy tu 2 znamienne cechy: 1) ograniczenie leczenia farmakodynamicznego i uzupełnienie go przez fizykalne metody leczenia; 2) zamiana spokoju, głównego dawniej czynnika w leczeniu chorób serca, na ruch — w odpowiednich przypadkach.

### Etyologia i patogeneza

Przyczyny, wywołujące czynnościowe cierpienia serca, są rozmaite. Należą tu: wpływy mechaniczne, odżywcze, toksyczne, nerwowe i psychiczne.

Najważniejszą, oraz najczęstszą przyczyną jest niewątpliwie przeciążenie pracą fizyczną, przemoga cielesna, ztąd serce znużone, cierpiące wskutek przemogi, znane jest u Niemców pod nazwą „*überanstrengtes Herz*“ u Francuzów „*coeur forcé, surmené*“. Nazwa „przemogi serca“ została po raz pierwszy wprowadzona przez SEITZ'a (9).

Należy, zgodnie z FRAENTZEL'em, odróżniać przemogę ostrą, t. j. wysiłek nagle lub przez czas krótki tylko działający, od przemogi przewlekłej, t. j. nadmiernej pracy cielesnej, trwającej miesiące i lata. Rozróżnianie takie

usprawiedliwiają już odmienne następstwa, gdyż przyczyna ostra, jednorazowy nadmierny wysilek, powoduje ostre rozszerzenie, przyczyna zaś przewlekła ma w następstwie przerost ośrodkowy.

Najczęściej ulegają przemodze serca żołnierze, tak podczas wojny, jak i w czasie pokoju. Tłómaczy nam to, że najwięcej przyczyniły się do ustalenia i rozwoju nauki o przemodze serca prace lekarzy wojskowych <sup>1)</sup>. Sprawozdania tych ostatnich o chorobowości i śmiertelności w wojsku dowodnie przekonują, że armia daje o wiele większą odsetkę chorób sercowych, specjalnie idyopatycznych cierpień serca, niżeli ludność cywilna. Wielu też żołnierzy zostaje z tego powodu zwolnionych od służby. Nie można nie zauważyć, że przyczyna tego cierpienia, tego, jak je DA COSTA ochrzcił, *irritable heart*, nie jest prosta. Nie chcąc być jednostronnym, należy tu upatrywać kilka współcześnie działających przyczyn, że wymienimy, prócz nadmiernej pracy fizycznej, nadużywanie napojów wysokokowych, wzruszenia moralne, liche najczęściej pożywienie i t. d. Co się tyczy ludności cywilnej, to przedewszystkiem klasa robotnicza [kowale, ślusarze, górnicy, tragarze i wogóle zawody, połączone z nadmierną pracą cielesną] dostarcza najwięcej odnośnych chorych. Tłómaczy nam to rozpowszechnienie czynnościowych cierpień serca w miastach, oraz częstość ich w szpitalach. Niektóre miasta i miejscowości mają, jakeśmy już wyżej rzekli, smutny przywilej pod tym względem: okolice Tybingi [MÜNZINGER i JUERGENSEN], Monachium [BAUER, BOLLINGER, RIEDER i wielu innych] i wogóle miejscowości górzyste mają obfitować w czynnościowe cierpienia serca.

Nietylko klasa uboższa, lecz i inne, zamożniejsze warstwy ludności dają, szczególnie w ostatnich czasach, znaczną odsetkę samoistnych cierpień serca. Pomijając tu inne czynniki, wpływające na to <sup>2)</sup>, zaznamy tylko niezmierny rozwój wszelkiego rodzaju sportów, które z natury rzeczy łatwo prowadzą do nadużycia, do przekroczenia dozwolonej dla każdej jednostki miary. Niektóre głosy w tej kwestyi przytoczyliśmy już w szkicu historycznym (ALBU, SCHOTT, MENDELSON i in.). Dodamy tu tylko jeszcze jedną uwagę: wszyscy autorzy jednoznacznie przyznają, że sporty, uprawiane w miarę, są pożyteczne, o ile niema specjalnych przeciwwskazań, szkodzą natomiast — a w pierwszej linii odbija się to na narządzie krążenia i oddechania — przy nadużywaniu. Przesada w uprawianiu sportów powoduje, że ostre rozszerzenie serca wskutek przemogi zdarza się obecnie u ludzi zamożniejszych nie rzadziej, a nawet częściej, niż wśród ludności ciężko pracującej, gdzie znów przeważają przewlekłe przypadki przemogi mechanicznej.

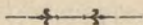
Nadmienić w tem miejscu wypada, że sporo przypadków czynnościowych zaburzeń, *resp.* rozszerzenia serca daje kuracya terenowa OERTEL'a przy nieostrożnem lub nieodpowiedniem zastosowaniu, oraz kuracya Maryenbadzka w obecnie stosowanej formie. Na tę specjalną etyologię omawianych tu cierpień serca zwraca ostatnimi czasy uwagę wielu autorów. Stanowczym prze-

<sup>1)</sup> Patrz rys historyczny.

<sup>2)</sup> O czem niżej.

ciwnikiem kuracyi Maryenbadzkiej w najczęstszej obecnie postaci jej stosowania jest F. HIRSCHFELD (37 i 38) i KISCH. Głównymi momentami przyczynowymi są tu: 1) nadmierna praca cielesna, zwłaszcza u osób, nie przyzwyczajonych do tego i z mało odpornem, osłabionem wskutek otłuszczenia sercem; 2) szybkie, w ciągu 4 — 6 tygodni, odłuszczenie; 3) kilkakrotne powtarzanie takiej kuracyi, przyczem chory prowadzi zazwyczaj w domu w ciągu 10 — 11 miesięcy dawny tryb życia i nanowo przybiera na wadze. KISCH <sup>1)</sup> ubolewa nad tem, że nie tylko wśród publiczności, lecz także wśród lekarzy istnieje skłonność do przekładania tej metody leczenia, która prowadzi do utraty jak największej ilości kilo. Zdaniem KISCH'a, należy szybkie odłuszczenie, do którego zaliczyć można także kuracyę Maryenbadzką, stanowczo zarzucić, gdyż przez szybkie zużycie tłuszczu powstaje ciężkie mechaniczne zaburzenie w budowie ciała, które przejawia się głównie we wstrząśnięciu struktury mięśnia sercowego. Ta okoliczność, że chorzy mają się często po kuracyi Maryenbadzkiej zupełnie dobrze, przemawia wprawdzie za nieszkodliwością tej kuracyi w wielu przypadkach, gdy wszakże rozwija się u takich chorych cięższe cierpienie serca, nie wiemy częstokroć, czy za moment przyczynowy uważać należy powtarzające się wysiłki kuracyi maryenbadzkiej, czy też występowanie często u otyłych zmiany serca [obrośnięcie i przerośnięcie tłuszczem, zanik masy mięśniowej]. Pozwoliłem sobie nieco dłużej nad tą kwestyą się zastanowić, gdyż, niestety, mało się o tem zazwyczaj pamięta. To samo stosuje się, *mutatis mutandis*, i do kuracyi dyetetyczno-mechanicznej OERTEL'a. <sup>2)</sup> [C. d. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 89. A. Mosso. O zmianach, zachodzących we krwi pod wpływem rozrzedzonego powietrza.

W szeregu doświadczeń i spostrzeżeń, jakie autor „Znużenia” dokonał nad fizyologią ustroju człowieka podczas swej wycieczki na Monte Rosa [4560 metrów nad p. m.] <sup>2)</sup>, ze względu na doniosłość praktyczną na uwagę zasługują badania, dotyczące zmian krwi. Autor z tego powodu poddał krytycznemu rozbirowi literaturę tego przedmiotu.

Pierwszy kwestyę tę poruszył JOURDANET, który, opisując w roku 1875 swój pobyt na wzgórzach Ameryki, zaznacza, iż mieszkańcy tamtejsi okolic, wzniesionych wyżej, niż 2150 metrów nad p. m., są zwykle anemiczni. Ich niski poziom umysłowy przypisuje on „*anoxyaemia*”, t. j. brakowi tlenu we krwi. Badanie doświadczalne nad zwierzętami z bardzo wysokich okolic [3700 metrów], dokonane przez P. BERR'a, JOLYET'a, a zwłaszcza przez MUENTZ'a, wykazały, że istotnie krew tych zwierząt, w porównaniu z krwią zwierząt, wyrosłych na nizinach, posiada dwa razy większą zdolność absorbo-

<sup>1)</sup> Cytow. u HIRSCHFELD'a (39).

<sup>2)</sup> Obszerną jego pracę, rozbiegającą fizyologię człowieka na górach, streściłem w czterech szkicach: „Oddechanie na górach”, „Chemia oddechania i krążenia krwi na górach”, „Znużenie serca” i „O chorobie górskiej”. Wszechświat. 1899 r. N-ra za lipiec i sierpień. *Sprawo.*

wania tlenu; tak np., kiedy 100 gramów krwi pierwszych zwierząt absorbuje 17,28 ctm. sześć. tlenu, ta sama ilość krwi drugich zwierząt absorbuje tylko 9,56 ctm. sześć.; ciężar właściwy pierwszej wynosi 1060,1, drugiej—1046,2; w 100 gramach krwi zwierząt górskich znaleziono 70,2 mgr. żelaza, w tej samej ilości krwi zwierząt z nizin znajdowano tylko 40,3 mgr. tego metalu [cyfry przeciętne]. Badania VIAULT'a, dokonane w roku 1889 w Peru i w Boliwii na wysokości 4392 metrów, wykazały, że ilość czerwonych ciałek we krwi w tych warunkach wyraźnie się zwiększa. REGNARD w r. 1897 dokonał w instytucie sorbońskim podobnych badań nad świnkami morskimi, wsadzając je do kamery pneumatycznej z rozrzedzonym powietrzem i doszedł do tych samych wyników. Widział on, jak mówi, „une véritable explosions de microcytes“, które mają jakoby zamieniać się w czerwone ciała krwi. Już przed kilku laty ROVIGHI, WINTERNITZ i MURRI, zwracali uwagę na to, że przy podobnych badaniach należy uwzględnić także wpływ ciepła i zimna i pamiętać o tem, że stopień zgęszczenia krwi w pojedynczych gałęziach układu naczyniowego bynajmniej nie bywa jednakowym. MURRI znalazł, że po zwykłej zimnej kąpieli, zwłaszcza nieco dłuższej, liczba czerwonych ciałek wyraźnie się zwiększa, poczem po kilku godzinach znacznie się zmniejsza, a u osób, cierpiących na blednicę, zmniejszenie to trwać może nawet przez dni kilka.

Na szczególną uwagę zasługują badania D-ra KUTHY, dokonane w pracowni Mosso i na szczytach Alp Włoskich. Chciał on przedewszystkiem sprawdzić twierdzenie GRAWITZ'a jakoby „w klimacie górskim występowało znaczne zgęszczenie krwi, zależne od suchości powietrza, zwiększenia i pogłębienia aktów oddechowych i od zwiększonej utraty wody z powierzchni ciała, a zwłaszcza ze krwi“. Lecz „*perspiratio insensibilis*“, t. j. utrata wody przez płuca i z powierzchni ciała na wysokich górach jest niewielka, w każdym bądź razie musiałaby być ogromna, by podobne zgęszczenie krwi wywołać. KUTHY czynił swe spostrzeżenia na wysokości 1627 metrów nad królikami i ludźmi i doszedł do następujących wyników: podczas pierwszych dwóch dni pobytu na owem wzniesieniu zauważono we krwi zwiększenie nieco jej gęstości i ilości czerwonych ciałek, gdy ilość hemoglobiny pozostała prawidłową; trzeciego i czwartego dnia krew wykazywała dążność do powrotu do stanu normalnego, jaki posiadała w Turynie [276 metrów]. GIACOSA w swych badaniach nad składem krwi na wysokości 2445 i 4560 metrów znalazł również nieznaczny przyrost procentu hemoglobiny. Bracia LOEWY i ZUNTZ natomiast znaleźli, iż na wysokości 4560 metrów w pierwszym tygodniu liczba czerwonych ciałek się zmniejsza, w drugim tygodniu nieco się zwiększa, nie dochodząc jednak do tej normy, jaką przedstawiała, jak w danym przypadku, w Berlinie.

Nad tą kwestyą dużo pracował MIESCHER ze swymi asystentami. Ilość hemoglobiny oznaczał za pomocą udoskonalonego przez siebie hemometru FLEISCHL'a. Podług jego obliczeń, już na wysokości 1890 metrów [Graubünden] u 11 osób z 12-u ilość hemoglobiny zwiększała się średnio o 17,9%, u królików—o 16,5%. W nizinach u tych samych osób krew przybierała znowu pierwotny charakter.

Różnica w wysokości 434 metrów już jest w stanie, zdaniem MIESCHER'a, wywołać pewien wzrost liczby czerwonych ciałek krwi. Ażeby odeprzeć zarzut nierównomiernego rozprzestrzeniania się krwi, w poszczególnych częściach układu naczyniowego, SUTER i JACKET używali do swych doświadczeń całych królików, możliwie jednakowych, zabijając je na różnych wysokościach. Okazało się, iż krew tych zwierząt w Davos [1600 metrów] zawiera nieco więcej hemoglobiny, niż w Bazylei [266 m.].

Następnie Mosso zaznacza, iż jego badania na Monte Rosa [4560 metr.] żadnych godnych uwagi zmian ani w ciężarze właściwym krwi, ani w liczbie czerwonych ciałek, lub w procentowej zawartości hemoglobiny nie wykazały.

Dalej, omawiając krytycznie badania poprzednich autorów, powiada, iż popierwsze, metody tych badań są bądź co bądź nieściśle, powtórne, zmiany znajduwane są nieznaczne, potrzeby, mało uwzględniany bywa różny stopień zgęszczenia krwi w pojedynczych częściach układu naczyniowego, zwłaszcza pod wpływem zimna, poczwarte, przypuszczenie, że nawet 434 metry różnicy w wysokości zmienia skład naszej krwi, jak to twierdzi MIESCHER, jest mało prawdopodobnem i świadczyłoby o bardzo niedoskonałym sposobie naszego organizmu przystosowywania się do zmienionych nieco warunków zewnętrznych. MIESCHER wyrzekł niedawno [1893 r.], powtarzane dość często słowa: „ten klimat górski jest najlepszym i najbardziej dla zdrowia korzystnym, który wykazuje *maximum* odczynu krwiotwórczego [„hemopoetyckiego“] wobec *minimum* trudności aklimatyzacyjnych“. Owego jednak odczynu krwiotwórczego bynajmniej nie należy pojmować jako nowotworzenia krwi pod wpływem rozrzedzonego powietrza. Twierdzenie, że ponieważ czerwone ciała krwi, które niby czółenka rozwoją po organizmie tlen, w rozrzedzonym powietrzu mniej mają dźwigać owego ciężaru, przeto natura troskliwie liczbę tych czółenek powiększa, twierdzenie to niema żadnej podstawy, jest zbyt fantastycznym. Owe błogie skutki leczenia klimatem górskim (*la cure d'altitude*, jak mówią francuzi) zależą najprawdopodobniej od takich czynników, jak czystość i świeżość powietrza, odmienne warunki otoczenia, ruch i t. p., a nie od rozrzedzonego powietrza.

(A. Mosso. *Der Mensch auf den Hochalpen. Rozdział XXI*).

Stanisław Koczyński.

### 90. C. Francke. O leczeniu chirurgicznym odprowadzalnego wypadnięcia prostnicy.

Sądząc z literatury ostatniego dziesięciolecia, przy leczeniu chirurgicznym wypadnięcia kiszki prostej znajdują obecnie zastosowanie wyłącznie prawie wycięcie i sposób THIERSCH'a. Wycięcie, opracowane i zalecane szczególnie przez MIKULICZA, jak się okazuje z podanych przypadków, daje wyniki bardzo dobre. W 16 przypadkach (z nich 7 MIKULICZA), operowanych tym sposobem, osiągnięto wyleczenie bez powrotu. Podane są 4 przypadki niepomyślne: z nich w jednym nastąpił wkrótce powrót, w drugim—zwężenie kiszki na miejscu wycięcia, w pozostałych zaś dwóch—zejsie śmiertelne, jednak z przyczyn, niezależnych bezpośrednio od operacji. Sposób THIERSCH'a, polegający, jak wiadomo, na oprowadzeniu i ściągnięciu wkoło odbytu srebrnego drutu, może, zdaniem autora, dawać dobre wyniki u dzieci.

Głównym celem zabiegu jest wywołanie przez podrażnienie rozrostu tkanki łącznej w okolicy dolnego odcinka odbytnicy i stworzenie tym sposobem trwałego oparcia dla wypadającej kiszki. U dzieci jedynie można się spodziewać znacznego, odpowiadającego celowi, rozrostu tkanek.

Autor znalazł w literaturze opis 12 przypadków, gdzie stosowany był zabieg THIERSCH'a: z nich 9 zakończyło się pomyślnie, w dwóch osiągnięto wyleczenie po powtórnym oprowadzeniu drutu, w jednym zaś, u wiekowej pacyjentki, musiano usunąć drut wkrótce po operacji z powodu zupełnego zatrzymania wypróżnień. Wogóle jednak czas spostrzegania w powyższych przypadkach był zbyt krótki, by można było na ich zasadzie wypowiedzieć ostateczne zdanie o skuteczności omawianego zabiegu. VERNEUIL pierwszy zalecał inny sposób leczenia wypadnięcia prostnicy, polegający na przyszywaniu jej do tylnej ściany miednicy. Zabieg ten, zmieniony następnie przez GERAR-MARCHANT'a i znany pod nazwą „*rectopexia*“, nie znalazł zupełnie zwolenników, przynajmniej pomiędzy chirurgami niemieckimi. Tymczasem autor, na zasadzie 6, spostrzeganych w klinice KOENIG'a przypadków, przychodzi do wniosku, że *rectopexia* zasługuje na równi z innymi sposobami na uwagę i bliższe wypró-

bowanie. KOENIG operuje następującym, zmienionym nieco sposobem: cięcie skórne zaczyna na  $1\frac{1}{2}$  ctm. powyżej odbytu, prowadzi je po linii środkowej ku górze i kończy nad miejscem połączenia kości ogonowej z krzyżową. Następnie oddziela części miękkie od tylnej powierzchni kości; obnaża tylną ścianę prostnicy i, po uprzednim odprowadzeniu wypadnięcia, nakłada szwy, których przeznaczeniem jest unosić kiszkę i przytwierdzać ją do tylnej ściany miednicy. W tym celu przeciąga z prawej i z lewej strony na niejakiej odległości od linii środkowej po nici, od dołu ku górze, przez błonę surowiczą i mięśniową, nie chwytając w szew błony śluzowej; początek szwu leżeć powinien tuż nad odbytem, koniec zaś możliwie powyżej (zwykle 2 — 5 ctm.); następnie przeciąga górny koniec nici (o ile możności wysoko) przez kość. Otwory w kości u dorosłych należy robić za pomocą świdra, u dzieci daje się ona wprost przekłuć igłą. Ku środkowi od poprzednich szwów K. nakłada zwykle jeszcze po jednym lub nawet po dwa z każdej strony i końce ich przeciąga również przez kość lub tylko przez okostną; następnie związuje silnie końce nici, poczem zaszywa zupełnie ranę skórną. Po za tem, przy rozszerzeniu i rozluźnieniu odbytu K., w celu zwięzienia tego ostatniego, wycina ze skóry okolicznej i z błony śluzowej prostnicy boczny klin, który następnie zeszywa. Autor podaje opis sześciu przypadków wypadnięcia prostnicy, w których stosowany był zabieg opisany. Przebieg pooperacyjny we wszystkich 6 przypadkach był bardzo pomyslny. Wszyscy chorzy (3 małych dzieci i 3 osoby w wieku podeszłym) opuścili klinikę zupełnie wyleczeni. Co się tyczy dalszego losu operowanych, to jedno dziecko po roku od operacji i jeden 63-letni mężczyzna po 15 miesiącach są dotychczas najzupełniej zdrowi; u 57-go mężczyzny nastąpiło w 9 mies. ponowne wypadnięcie, które usunięte zostało za pomocą zwięzienia odbytu wyżej opisanym sposobem; u jednego dziecka wkrótce po operacji zauważono nieznaczne wypadnięcie błony śluzowej. Co do stanu zdrowia dwu pozostałych pacjentów, autor nie posiada żadnych wiadomości. W literaturze francuskiej podana jest znaczna ilość przypadków, gdzie stosowaną była *rectopexia*; w 2 tylko nastąpił powrót, natomiast w połowie prawie przypadków spostrzegano wypadnięcie częściowe błony śluzowej prostnicy, zwykle jednak bardzo nieznaczne, które po większej części nie wywoływało żadnych objawów chorobowych i dawało się łatwo usunąć za pomocą przypalania. Dodatniemi stronami, zalecanego przez autora sposobu, są, jego zdaniem: 1) łatwość wykonania zabiegu, który zabiera bardzo mało czasu, czego lekceważyć nie można tembardziej ze względu na to, że chorobie omawianej podlegają zwykle małe dzieci lub ludzie wiekowi; 2) sposób KOENIG'a nie przedstawia żadnego prawie niebezpieczeństwa dla chorego; 3) powroty przy stosowaniu tego sposobu spotykają się nie częściej niż przy innych sposobach.

*Rectopexia* nie znajduje wskazania we wszystkich przypadkach wypadnięcia prostnicy. Wypadnięcia wysokiego stopnia, przewyższające długością 8—10 ctm. u dzieci, a 10 — 12 ctm. u dorosłych, nie mogą być operowane tym sposobem, zastosowanie w takich razach może znaleźć jedynie tylko wycięcie lub zabieg, wykonany po raz pierwszy przez JEANNEL'a i zwany „*colopexia anterior v. abdominalis*“. JEANNEL w ciężkim przypadku wypadnięcia kiszki prostej wyciął część okrężnicy i następnie przyszył ją do przedniej ściany brzucha. Operacja ta, lecz bez wycięcia kiszki, stosowaną była później z dobrym wynikiem przez BOIFFIN'a, VERNEUIL'a, CADDY'ego, BOGDANIK'a i SONNENBURG'a.

Jednak, zdaniem autora, „*colopexia*“, jako połączona z dużem niebezpieczeństwem dla chorego, powinna być stosowaną bardzo oględnie i tylko w wyjątkowo ciężkich przypadkach.

(Deutsch. Zeit. f. Chir. 51 B. 1 u 2 H).

P. Hincz.



## IX ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 33].

Na drugi dzień Zjazdu pierwszy zabrał głos kol. KIJEWSKI w sprawie „doświadczeń nad wycinaniem płuc“ (*pneumectomia*). Doświadczenia te (120) przeprowadzał prelegent na psach, królikach, kotach, świnkach morskich i gołębiach w ciągu 2-ch lat w pracowni anatomo-patologicznej warszawskiego Uniwersytetu.

K. usuwał u zwierząt część płata płucnego albo też całe płuco po jednej stronie, przypalał zresekowaną powierzchnię przyrządem PAQUELIN'a i obszywał ją oplucną. Początkowo znaczna liczba zwierząt ginęła wskutek zakażenia septycznego, które zależało od smutnych warunków, jakie przedstawia dla tego rodzaju operacji pracownia anatomo-patologiczna.

Jako następstwa *pneumectomii* K. rozpatruje:

1. Zniepodobnienia klatki piersiowej. Po stronie operowanej klatka piersiowa zapadnięta, łuk piersiowy uniesiony ku górze, przepona brzuszna z tejże strony również mocno uniesiona ku górze.

2. Wewnątrz klatki piersiowej:

a) Serce przesunięte na stronę operowaną i przyklejone do ściany klatki piersiowej. Rozmiary serca zawsze powiększone, niekiedy nawet poprzeczny rozmiar przewyższał podłużny. Badanie mikroskopowe serca żadnych zmian nie wykazywało.

b) Śródpiersie przesunięte na stronę operowaną, przyrośnięte do ściany klatki piersiowej, tworzy rodzaj worka, w którym pomieszczał się jeden z płatów płuca nieoperowanego. Tym sposobem brak, powstały po wycięciu płuca, wypełnił się przez podniesienie przepony brzusznej, zapadnięcie się klatki piersiowej, przemieszczenie serca i płuca pozostałego.

3. Wątroba i nerki i inne narządy nawet po upływie 1½ roku po operacji nie wykazują zmian ani makroskopowych, ani mikroskopowych.

Znaczną część swojej pracy K. poświęcił badaniom płuca operowanego i sąsiedniego zdrowego. Przy gojeniu się rany w płucach, powstałej skutkiem przypalenia, K. zauważył czynny udział komórek olbrzymich, które się zjawiały pośród młodej tkanki łącznej już w kilka dni po dokonaniu operacji.

K. na zasadzie swoich badań przychodzi do wniosku, że te komórki olbrzymie powstają z tkanki łącznej, że są to nekrofagi, przeznaczone do usunięcia części obumarłych. Skoro te części zostaną strawione przez komórki olbrzymie, same one podlegają zmianom, rozpadają się na części i niezem się już nie różnią od tkanki łącznej.

W dalszym ciągu K. rozpatruje sprawę wzrostu tych komórek; znajdował w nich mianowicie karyokinezę, chociaż niezmiernie rzadko, podział jąder przez odsznurowanie, a także przypuszcza, że może powstawać zlewanie się komórek, jak to twierdzi MARCHAND.

Pośród licznych preparatów K. znajdował twory, które na pierwszy rzut oka przedstawiają się jak komórki olbrzymie, jednak szczegółowe ich badanie za pomocą znacznych powiększeń wykazuje, że nie są to jednolite ciała, lecz że każde z nich składa się z kilku komórek, których granice niekiedy występują zupełnie jasno, niekiedy zaś zupełnie się zacierają; w każdej z takich oddzielnych komórek spotkać można jedno, dwa a nawet kilka jąder.

Na miejscu operowanym w płucu powstaje blizna; w niektórych razach rozwój tkanki łącznej jest tak szybki, że nawet przecięte pęcherzyki płucne zamknięte są przez tkankę łączną, w innych znów razach w młoda



bliznę przenikają pęcherzyki dosyć głęboko, z nabłonkiem wysokim, niemal słupkowym. Fakt ten zmusił K. do zwrócenia bacniejszej uwagi na sprawę przemian, jakie następują bezpośrednio po ranie w płucu. Po upływie 2—3 dni już widać, że nabłonek pęcherzyków pęcznieje, spofykają się nawet cienie karyokinezy nie tylko w tkance łącznej, ale i w nabłonku. 9 dnia zauważyć można, że ze ścian pęcherzyków idą odpryski, wysłane słupkowatym nabłonkiem, w odpryskach tych znajdują liczne postaci karyokinetyczne. Na zasadzie swoich badań K. przychodzi do wniosku, że odpryski te w następstwie się kanalizują i dają początek nowym pęcherzykom. Sprawa tu jednak daleko się nie posuwa, jest to tylko zaczątek regeneracji, następnie bierze przewagę tkanka łączna i nigdzie już nie widać nowopowstających pęcherzyków.

Pozostała część płuca po operacji, jak również i drugie płuco nieoperowane, wbrew oczekiwaniom nie przedstawiają „przerostu“. Badanie makroskopowe i mikroskopowe wykazuje w nich rozedmę w wysokim stopniu.

Jako wskazanie do pneumektomii K. uważa wypadnięcie płuca, nowotwory płuc, przechodzące ze ściany klatki piersiowej, niektóre formy gruźlicy płuc, promienie płuc, a nawet zgorzel, chociaż w tym ostatnim razie nie będzie to typową pneumektomią. Na zakończenie popiera K. swoje wskazania odpowiednimi przypadkami, znanymi w literaturze.

Praca kol. KIJEWSKIEGO będzie umieszczona w Gazecie Lekarskiej.

W dyskusyi doc. WEHR wskazuje na techniczne trudności przy operacyiż pokrewnego zakresu, a mianowicie przy doświadczeniach nad otwieraniem śródpiersia przedniego w celu dostania się do serca.

Doc. KRYŃSKI jest zdania, że powstawanie ognisk nabłonkowych, napotykanych wśród tkanki bliznowatej, można w różny sposób objaśniać, o ile się zdaje jednak, najmniej odradzaniem się pęcherzyków i tworzeniem się nowej tkanki płucnej. Komórki olbrzymie, które prelegent wyprowadzał ze zlania się komórek tkanki łącznej, według przypuszczenia mówcy, powstają najprawdopodobniej przez rozmnażanie się jąder bez podziału protoplazmy. Komórki te mają znaczenie nekrofagów, które zjawiają się wtedy, gdy chodzi o wydalenie z ustroju ciała obcego, jak w przypadkach pneumektomii usunięcie cząstek tkanki, obumarłej wskutek przypalenia. Twierdzenie, że po wycięciu jednego płuca powstaje w drugim tylko rozedma brzeźna bez przerostu, Kr. uważa za nieuzasadnione.

Prof. RYDYGIER wspomina o jednej z pierwszych operacyi wycięcia płuca, dokonanej przez BLOCH'a, która zakończyła się niepomyślnie. Według zdania prof. R. wskazania do pneumektomii przy gruźlicy płuc są bardzo ograniczone.

W odpowiedzi kol. KIJEWSKI zaznacza, że preparaty jego udowadniają najzupełniej powstawanie komórek olbrzymich z tkanki łącznej, aczkolwiek nie zaprzecza o możności tworzenia się tych komórek na innej drodze; o przypadku BLOCH'a jakoteż i innych nie wspominał, mając na celu na razie wskazanie przypadków, uwieńczonych pomyślnym skutkiem.

Następnie kol. UHMA ze Lwowa przedstawił „sposób szybkiego barwienia Neisserowskich dwoiniek w świeżych, niezasuszonych wydzielinach“. Szkiełko przedmiotowe zmywa się wysokowym roztworem neutralroth'u; po wyschnięciu barwnika nakłada się nań szkiełko przykrywkowe z kropelką wydzieliny i zlekka się je uciska. Rozpatrując pod immersyą w ten sposób przygotowany preparat, można dostrzedz z początku słabo, następnie bardzo dokładnie zabarwione diplokokki NEISSER'a na tle niezabarwionem. Inne pasożyty, o ile się zdaje, w tych warunkach nie dają zabarwienia.

Prof. TRZEBICKY mówił o „gastroenterostomii sposobem PODRES'a“. Rzecz ta umieszczona będzie w następnym numerze Gazety Lekarskiej. [D. n.]

*Pruszyński.*

ś. p.

## Konrad Chmielewski.

Dnia 10 sierpnia r. b. w Nałęczowie zmarł po krótkich cierpieniach (*angina pectoris*) ś. p. KONRAD CHMIELEWSKI, dyrektor zakładu leczniczego.

Zmarły urodził się w Wilnie w r. 1837 z ojca Aleksandra, prezesa sądu cywilnego i matki Pelagii z Olędzkich. Ukończywszy instytut szlachecki w Wilnie i wydział lekarski w Moskwie, ś. p. CHMIELEWSKI rozpoczął praktykę lekarską w Kownie w r. 1860. Następnie praktykował w Wierchnie-Urałsku, Tobolsku i Tomsku, gdzie dał się poznać jako zdolny i sumienny lekarz a zarazem jako szlachetny i zący człowiek, pełen współczucia dla niedoli, dzielący się z biedniejszymi od siebie każdym kawałkiem ciężko zapracowanego chleba, jak o tem niejednokrotnie wspominają autorowie współczesnych pamiętników. Po powrocie ze Wschodu od r. 1869 osiadł w Warszawie, gdzie cieszył się dość rozległą praktyką, oraz przyjmował udział w wielu sprawach społecznych, które go zawsze bardzo interesowały.

W r. 1878 ś. p. CHMIELEWSKI wspólnie ze ś. p. FORTUNATEM NOWICKIM i WACŁAWEM LASOOKIM założyli zakład leczniczy w Nałęczowie, który został oddany do użytku publiczności w r. 1880. Do spółki, oprócz wymienionych, przystąpiło wielu innych ludzi ze sfery inteligencji, przeważnie lekarzy.

Ś. p. CHMIELEWSKI odbył dłuższą wycieczkę za granicę w celu obeznania się z nowoczesnymi zakładami hydropatycznymi a w r. 1880 widzimy go na stanowisku dyrektora zakładu hydropatycznego w Nałęczowie [dyrektorem całego zakładu był wówczas ś. p. Nowicki], w r. 1884 był konsultantem tegoż zakładu, a od r. 1886 aż do chwili zgonu dyrektorem. Na stanowisku tem ś. p. CHMIELEWSKI wykazał wiele stron dodatnich. Przedewszystkiem cieszył się niezmierną sympatyą u chorych, którzy mieli w nim prawdziwego opiekuna i przyjaciela; jako lekarz był doskonałym psychologiem, umiejącym wlewać otuchę w chorego i otoczenie. Wielu pacjentów stale przyjeżdżało do Nałęczowa od lat wielu a magnesem, który ich tu przyciągał, była ujmująca osobistość dyrektora. W stosunkach z podwładnymi posiadał ś. p. CHMIELEWSKI dużo dobroci i taktu, jednając sobie serca i umysły prostaczków, którzy go szanowali i kochali jak ojca. W stosunkach koleżeńskich rządził się wysoką etyką i serdecznością, której nie zapomni nikt, kto się z nim bliżej zetknął.

Być może, a nawet tak być powinno, że następca ś. p. CHMIELEWSKIEGO będzie w prowadzeniu zakładu i leczeniu chorych uwzględniał więcej wymagania współczesnej nauki i postępu wiedzy lekarskiej, ale pożądanem byłoby, żeby tradycya serdeczności, rodzinnego ciepła i wysokiej etyki, tak troskliwie przez ś. p. CHMIELEWSKIEGO pielęgnowana, nigdy nie zaginęła.

A. P.

RZĄDOWO UPRAWNIONY  
ZAKŁAD FABRYCZNY  
WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH

i specjalnie lekarskich

Odnaczony 12 medalami zasługi i dyplomem honoru  
w KRAKOWIE, ul. Św. Gertrudy Nr. 4.

Wody mineralne sztuczne:

- Selterska, używana w katarach oskrzeli i płuc, flaszka 16 ct.  
Bilińska, używana w katarach wszelkiego rodzaju, w zaduszcze i cierpieniach przewodu pokarmowego, flaszka 15 ct.  
Vichy, powszechnie znana i zalecana, flaszka duża 40 ct, mała 25 ct.  
Giesshüblerska, czysta szczawa, alkaliczno-sodowa, jako napój zwykły i dyetyczny, flaszka  $\frac{1}{2}$  litrowa 10 ct.,  $\frac{3}{4}$  litr. 14 ct.  
Kissingen Rakoczy, flaszka 20 ct.  
Na wzór wody Maryenbadzkiej, flaszka 20 ct.

Wody specjalne lecznicze:

- Żelazista (z pyrofosforanem żelazowym), wyborny środek w bezkrwi-  
stości i blednicy, mocniejsza 25 ct., słabsza 22 ct.  
Jodowa, flaszka 20 ct.  
Litowa, środek w cierpieniach pęcherza moczowego i artrytyzmie,  
flaszka 15 ct.  
Bromowa, przeciwko słabościom nerwowym, migrenie, histeryi, epile-  
psyi, bezsenności itp. używana na zlecenie lekarza, mocniejsza  
28 ct., słabsza 20 ct.  
Kwaśna Sodowa, na zlecenie lekarza w słabościach żołądka używana,  
flaszka 15 ct.  
Woda Alkaliczna (*Aqua alcalina effervescens*) mocniejsza } Według  
30 ct. słabsza 20 ct. } przepisów  
Woda Ziemna (*Aqua calcinata*) 30 " " 20 " } Prof. D ra  
Woda Magnowa (*Aqua magnesia carb.*) 30 " " 20 " } W. Jawor-  
skiego.



Przyrządzenie wód odbywa się pod kontrolą  
KOMISYI LEKARSKO-PRZEMYSŁOWEJ TOW. LEKARSKIEGO,  
Brozury przesyła się na żądanie franko.

**K. Rząca i Chmurski,**  
właściciele zakładu.

Według orzeczenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego,  
wody mineralne sztuczne tego Zakładu odpowiadają swym składem  
chemicznym w zupełności wodom naturalnym.

S K Ł A D  
**WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH**  
 PRZY APTECE  
**FR. KARPIŃSKIEGO**

w Warszawie, Elektoralna 39, telef. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

*Cenniki i broszury na żądanie franco gratis.* 52—34  
 Ekspedycja szybka i akurata.

*Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych*

**JENERALNA REPREZENTACYA**

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

**H. Kucharzewski**

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy Aptece, ulica Miodowa Nr. 4.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jak i krajowe wody mineralne wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł. — Broszury, cenniki, wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie, o czym mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Telefon 274.

H. KUCHARZEWSKI, Mag. Farm.

12—10

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

25—7

**D-ra Juliana Steinhausa**

przeniesioną została na ul. Wspólną Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

**Podręcznik Rozpoznawczo - Leczniczy**

dla użytku

12—17

**LEKARZY i STUDENTÓW**

zestawiony przez D-rów

H. Schmidta, A. Lamhofs'a, L. Friedheim'a i S. Donat'a  
 spolszczył [z 2-go wydania niemieckiego]

**Dr. ALEKSANDER FRUCHTMAN.**

Cena rub. 3.