

GAZETA LEKARSKA.

I. O względnej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, przy zwężeniu ujścia żylnego lewego.

Napisał

D-r Med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Ś-go Ducha.

Na istnienie względnej niedomykalności zastawek serca zgodzili się już powszechnie klinicyści. Stwierdzono ją najprzód dla zastawki trójdzielnej, następnie dla dwudzielnej, a wreszcie dla zastawek półksiężycowych aorty. Co się tyczy tętnicy płucnej, to przedstawia ona mniej sprzyjających warunków do wytworzenia względnej niedomykalności zastawek, aniżeli aorta, a to głównie z powodu, iż rzadziej podlega sprawie miażdżycowej. Stąd też ściśle obserwowanych przypadków tej wady posiadamy bardzo mało. Nawet w obszernem studyum prof. GERHARDT'a ¹⁾, wygłoszonym w roku przeszłym na zjeździe lekarzy niemieckich w Wiesbaden, o niedomykalności zastawek tętnicy płucnej znalazłem tylko pobieżną wzmiankę o względnej niedomykalności zastawek tego naczynia. Autor ten wspomina o możliwości istnienia tego rodzaju wady, dodając, iż tylko w przypadku ROKITAŃSKY'ego ²⁾ można ją na pewno przyjąć, w przypadku zaś GILEWSKIEGO ³⁾ można ją tylko przypuszczać. Prof. LITTEN podaje w *Charité-Annalen* ⁴⁾ dokładny opis względnej niedomykalności zastawek tętnicy płucnej, powstałej wskutek umiejscowienia się pęcherzów bąblowca w miejscu podziału tejże tętnicy. Następstwem tej przeszkody było takie rozszerzenie tętnicy, że zastawki półksiężycowe nie były w stanie należycie zamykać otworu tętniczego w czasie rozkurczu serca. [Z lewej strony mostka słychać było, oprócz szmeru skurczowego, zależnego od zwężenia światła tętnicy w górnej części i szmer rozkurczowy głośny, długi w II-iem międzyżebżu lewym, występował on również w III i IV międzyżebżu, tylko był nieco słabszym. Badanie pośmiertne wykazało dość znaczny przerost komórki prawej z rozszerzeniem jamy].

¹⁾ Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. XI Congress „Ueber Schlussunfähigkeit der Lungenarterienklappen“. Wiesbaden. 1892.

²⁾ ROKITAŃSKY. Ueber einige der wichtigsten Krankheiten der Arterien. Wien. 1852.

³⁾ Wiener med. Wochensch. 1868 Nr. 33—38.

⁴⁾ III Jahrgang Berlin. 1878. pag. 182.

O niedomykalności względnej zastawek tętnicy płucnej, pozostającej w przy czynowym związku ze zwężeniem otworu żylnego lewego, a nie osnutej na tle zmian miażdżycowych jej błony wewnętrznej, pomimo starannego poszukiwania, nigdzie w dostępnej mi literaturze wzmianki nie znalazłem. Ta okoliczność skłoniła mię do ogłoszenia niniejszej pracy w przekonaniu, że pod względem rozpoznania różniczkowego nie będzie ona bez znaczenia.

Wiadomo, że szmer przedskurczowy, lub rozkurczowy, wzmoczenie 2 tonu tętnicy płucnej, powiększenie tępości w wymiarze poprzecznym [na prawo] uważane są za typowe znaki fizykalne, na których zwykle opiera się rozpoznanie zwężenia ujścia przedsionko-komórkowego lewego.

Oprócz powyższych objawów, stwierdzałem wielokrotnie istnienie szmeru rozkurczowego przy lewym brzegu mostka na wysokości III, niekiedy IV międzyżebra; szmer ten słyhać było również, choć słabiej, w linii przymostkowej i w II lewym międzyżebżu. Wogóle powiedzieć można, że rozprzestrzeniał się on głównie w górnej lewej połowie klatki piersiowej, na prawą zaś stronę mostka nie przechodził, w zwykłym zaś miejscu osłuchiwania zastawek półksiężycowych aorty, t. j. w II prawym międzyżebżu, nie słyshałem go nigdy.

Co do charakteru swego, to posiada on te same własności, co i szmer zależny od niedomykalności zastawek aorty: jest przeciągłym, zajmuje znaczną część dużej pauzy serca, niekiedy nawet całą ją wypełnia. Jest przytem chuchającym, zwykle zjawia się albo jednocześnie z 2 tonem serca, albo bezpośrednio po nim. Drugi ton tętnicy płucnej jest wtedy mocno akcentowanym. W pozycji stojącej chorego szmer ten staje się silniejszym. Tętno nie posiada cech tętna szybkiego, skaczącego.

Szmer rozkurczowy, o którym mowa, występował zwykle u ludzi młodych z dobrem ogólnym odżywianiem, najczęściej u kobiet, dotkniętych zwężeniem ujścia żylnego lewego w okresie zrównoważenia. I w tym jednak razie nie był on stałym: słyhać go było niekiedy w ciągu kilku dni lub tygodni, poczem znowu na dłuższy czas zniakał, lub występował na krótki przeciąg czasu.

Okolicznością, sprzyjającą wystąpieniu szmeru i wzmoczeniu jego siły, jest wszelkie zwiększenie ciśnienia w małym krwiobiegu, jakie np. powstaje wskutek przyłączającego się do wady serca nieżyty oskrzeli, zapalenia oplucnej z wysiękiem i t. p.

Co się tyczy kolorytu powłok zewnętrznych, to tenże, pomimo istnienia względnej niedomykalności zastawek tętnicy płucnej, nie przedstawia żadnych zmian. GERHARDT podaje również, że nawet przy organicznej niedomykalności zastawek tejże tętnicy, w okresie zrównoważenia, zazwyczaj nie bywa sinicy.

Zachodzi teraz pytanie: do czego odnieść należy ów szmer rozkurczowy?

Wiadomo, że wskutek zwężenia otworu przedsionko-komórkowego lewego następuje znaczny zastój nie tylko w lewym przedsionku, ale i w małym krwiobiegu; następstwem zaś tego jest znaczne zwiększenie ciśnienia krwi w tętnicy płucnej. Tym sposobem w czasie rozkurczu powrotna fala krwi z wielką siłą zamyka zastawki półksiężycowe, wskutek czego następuje wzmocnienie 2 tonu. Skoro jednak przeszkody w krążeniu płucnym stają się większemi, już to wskutek większego stopnia zwężenia, już to z powodu spraw chorobowych, odbywa-

jących się w oskrzelach lub samych płucach, wtedy ciśnienie krwi w tętnicy płucnej dochodzi do bardzo znacznego stopnia. Jeśli zaś przytem prawa komórka znajduje się w stanie przerostu i posiada dostateczną energię, wtedy fala krwi, wyrzucona z komórki do tętnicy w czasie skurczu, w powrotnej swej drodze niezmiernie silnie uderza o ścianki tętnicy, rozciąga jej ujście. Tym sposobem zastawki półksiężycowe nie są w stanie dokładnie domknąć otworu: krew przepływa do komórki, dając powód do powstania szmeru rozkurczowego. Słowem, tworzy się względna niedomykalność. Ponieważ zaś zastawki są niezmienione, może więc jednocześnie istnieć i 2-gi ton obok szmeru, lub wyprzedzać ten ostatni. Wszakże to samo zdarza się niekiedy i w prawdziwej niedomykalności zastawek aorty, skoro jedna z nich nie przedstawia zmian chorobowych. Wreszcie, jak to GERHARDT spostrzegał nawet w niedomykalności zastawek tętnicy płucnej, powstałej na tle zmian anatomicznych, może istnieć obok tonu i szmer rozkurczowy. Obserwacja kliniczna przekonała nas, iż pod wpływem naparstnicy, szmer rozkurczowy stawał się z początku głośniejszym, później jednak, w miarę oddziaływania leku tego na nerw błędny [rzadsze tętno], szmer tracił na swej wyrazistości, a często znikał zupełnie na długi przeciąg czasu; pozostawało zaś tylko znaczne wzmoczenie 2 tonu.

Jakże to zjawisko wytłómaczyć?

Z początku, wskutek pobudzającego wpływu naparstnicy na mięsień serca, skurcze prawej komórki zyskują na sile, stąd i w czasie rozkurczu serca tętnica płucna silniejszemu ulega rozciągnięciu, a niedomykalność względna większe przyjmuje rozmiary. Później, skoro, wskutek zwalniającego i regulującego działania naparstnicy, przepływ krwi z przedsionka lewego do komórki przez zwężone ujście, stał się swobodniejszym, ciśnienie krwi w przedsionku i w ogóle w całym małym krwiobiegu zmniejsza się. Fala krwi, biegnąca z prawej komórki do tętnicy płucnej, mniejsze napotyka przeszkody i pod mniejszem ciśnieniem powraca w kierunku do serca, uderzając o zastawki półksiężycowe; może więc jeszcze spowodować wzmoczenie 2 tonu, lecz jest za słabą dla zwalczania elastyczności ścianek tętnicy i wywołania niedomykalności zastawek.

Co się tyczy wielkości ciśnienia krwi, istniejącego w tętnicy płucnej, to pewnych danych nie mamy. Bezpośrednie obliczenia, za pomocą wstawiania manometru do tętnicy płucnej dają mylne wnioski, a to z powodu niezbędnego w takich razach otwierania klatki piersiowej i urządzania sztucznego oddechania, a więc rękoczynów, zmieniających warunki krążenia krwi w małym krwiobiegu, Pewniej więc jest wnosić o wielkości ciśnienia, o którym mowa, porównyując ciśnienie w prawej i lewej komórce, lub też opierając się na różnicy w grubości ścianek aorty i tętnicy płucnej.

Otóż, według MAREY'a, skurcz lewej komórki jest mniej więcej 3 razy silniejszy, aniżeli prawej. Wiadomo zaś, że siła skurczu zależna jest od wielkości oporu istniejącego w tętnicy, którą komórka w krew zaopatruje. Z tego można wnosić, iż ciśnienie w tętnicy płucnej jest około 3 razy mniejsze, niż w aorcie. Jeśli więc zważymy, że w przypadkach zwężenia ujścia żylnego lewego, o których powyżej była mowa, znajdowaliśmy przy sekcyach tak znaczny przerost prawej komórki, iż lewa stanowiła tylko mały do niej dodatek, łatwo zrozumu-

miemy, że wobec tak zwiększonej energii komórki zmienił się i stosunek ciśnienia krwi w tętnicy płucnej. Przy znacznej zaś różnicy w grubości ścianek tętnicy płucnej i aorty, wobec zwiększonego ciśnienia w prawej komórce, łatwo może nastąpić rozciągnięcie ujścia tętnicy płucnej, *resp.* niedomykalność zastawek półksiężycowych.

Następujące spostrzeżenia mogą służyć za ilustrację do powyżej powiedzianego. [U zwierząt ciepłokrwistych, ciśnienie krwi w aorcie ma wynosić od 200—250 mmHg].

Spostrzeżenie I. *Stenosis ostii venosi sinistri.* Panna Kr... , lat 22 licząca, uskarża się na silne bicie serca, występujące niekiedy w postaci napadów po najmniejszym ruchu, wrazeniu i t. p. W dzieciństwie nie przechodziła żadnych chorób, była jednak oddawna bezkrewistą, z powodu zółtów, przez kilka lat odbywała leczenie u źródeł słonych i jodowych.

Budowa średnia. Odżywianie dobre. Tkanki tłuszczowej dość dużo. Błony śluzowe nieco blade. Tętno 90 średnie, dość mocno napięte. W płucach nie nieprawidłowego nie znaleziono. Uderzenie wierzchołkowe silne, znajduje się w V międzyżebrow w *l. m. s.* W ogóle skurcze serca mocne, czuć je pod ręką.

Tępość powiększona w wymiarze podłużnym: górna granica znajduje się na IV żebrze, lewa przechodzi na 1 ctm. za *l. m. s.* Dolna granica przebiega wzdłuż 6 międzyżebrow, prawa nieznacznie przekracza lewy brzeg mostka.

W wierzchołku słychać bardzo wyraźny, przeciągły szmer przedskurczowy, który jakby nawet i na początku skurczu przypadał. U podstawy tony czyste, 2-gi ton tętnicy płucnej mocno akcentowany. Na wysokości IV międzyżebrow, tuż przy lewym brzegu mostka, na ograniczonej przestrzeni 2-gi ton kończy się przeciągłym szmerem chuchającym, zupełnie podobnym do szmeru, jaki słychać u podstawy serca przy niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. Szmer ten w kierunku ku górze i na prawo znika, słychać go jeszcze, lecz bardzo słabo pomiędzy linią przymostkową a sutkową lewą. W tętnicach szyjowych istnieje 2-gi ton. Wątroba nieco powiększona. Przewód pokarmowy odbywa swą czynność prawidłowo. Peryody zjawiają się w nieregularnych odstępach czasu, zwykle rzadziej, aniżeli co 4 tygodnie, są w ogóle nieobfite.

Jakkolwiek pod wpływem przetworów bromu, sparteiny, napady bicia serca mniej dokuczały chorej, a tętno stało się rzadszem [70—76 na minutę], jednakże szmer rozkurczowy słychać było w ciągu wielu tygodni w powyżej wspomnianem miejscu, tylko z różnym natężeniem. Bywały nawet dni, w których szmer ten znikał zupełnie, pomimo istnienia u wierzchołka serca szmeru przedskurczowego.

Spostrzeżenie II. *Stenosis ostii ven. sinistri et insufficientia mitralis.* Pr... Kat., lat 18, przybyła do szpitala w lutym 1890 r., skarżąc się na bicie serca, występujące głównie po ruchach. Prócz tego narzeka na częste krwotoki z nosa. Peryody zjawiają się rzadko, w przeciągu roku za ledwie 3 razy. Reumatyzmu ani mięśniowego, ani też stawowego, nie przechodziła.

Chora dobrej budowy i dobrego odżywiania. Tętno 80, dość napięte, fala średnia. Badanie fizykalne płuc nie wykazało żadnych zmian chorobowych.

Uderzenie wierzchołkowe znajduje się w V międzyżebrow w *lin. m. s.* Tępość serca powiększona w obu wymiarach: górna granica rozpoczyna się na IV żebrze, prawa dochodzi do środka mostka. Lewa przechodzi nieco za linię sutkową lewą.

U wierzchołka słychać szmer przedskurczowy; posuwając zaś stetoskop w kierunku na lewo, stwierdzić można istnienie szmeru skurczowego, który jest najgłośniejszym w linii przymostkowej w IV międzyżebrow. Na wysokości zaś III żebra, w tejże linii przymostkowej, jak również nieco niżej w III międzyżebrow, przy lewym brzegu mostka, słychać wyraźny szmer rozkurczowy, rozlegający się. Występuje on bezpośrednio po II tonie, niekiedy jakby jednocześnie z tymże. U podstawy serca tony czyste, w II lewym międzyżebrow w bliskości mostka, II ton tętnicy płucnej wzmoczony, II ton aorty nie szczególnego nie przedstawia. W tętnicach szyjowych słychać oba tony. Ze strony wątroby, śledziony, przewodu pokarmowego nie byliśmy w stanie żadnych zaburzeń wykryć. Mocz wydziela się w dostatecznej ilości, ani białka, ani cukru nie zawiera.

W czasie kilkotygodniowego pobytu chorej w szpitalu szmer rozkurczowy, słyszalny z lewej strony mostka w III międzyżebżu, ulegał pewnym zmianom co do swego natężenia. Widozyczny wpływ na zwiększenie jego siły wywierały ruchy ciała, zmiana pozycyi, chodzenie po sali.

Chorą widziałem niedawno, a więc po upływie 3 lat; czuje się dobrze, wygląda znakomicie, ani bicia serca, ani duszności nie doznaje. Szmeru rozkurczowego, słyszalnego poprzednio z lewej strony mostka, niepodobna stwierdzić, badając chorą przy różnych pozycjach ciała. U wierzchołka serca, jak również w linii przymostkowej, na wysokości IV, V żebra, słycać wyraźny szmer skurczowy, niekiedy zaś występuje w linii sutkowej bardzo słaby szmer przedskurczowy.

Tępość serca umiarkowanie powiększona w wymiarze poprzecznym w kierunku na lewo i na prawo. Działalność serca w ogóle dość energiczna, tętno dość napięte, nie przedstawia jednak cech tętna szybkiego, skaczącego.

Z powyższego okazuje się, że o niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty nie może być mowy w danym przypadku; dalej, że z biegiem czasu na pierwszy plan wystąpiła niedomykalność zastawki dwudzielnej, zwężenie zaś drugorzędne zajęło miejsce, a szmer rozkurczowy, od niedomykalności względnej zastawek tętnicy płucnej zależny, znikł zupełnie.

Spostrzeżenie III. *Stenosis ostii ven. sinistri.* B... M., lat 24, szwaczka, przybyła do szpitala dnia 11 maja 1889 r., z powodu kaszlu i duszności, która przy silniejszym ruchu, zmęczeniu łatwo występuje. Chora miernej budowy i słabego odżywiania. Bładość powłok zewnętrznych i błon śluzowych wskazuje na bezkrwistość.

W płucach nie nieprawidłowego nie znaleziono. Uderzenie wierzchołkowe silne, unosi palec, znajduje się w VI międzyżebżu nieco na lewo od *l. m. s.* Tępość serca powiększona w obu wymiarach: górna granica znajduje się na IV żebrze, prawa dochodzi do środka mostka, lewa zaś znajduje się na 1 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej.

W okolicy wierzchołka czuć bardzo wyraźnie pomruk koci, tamże słycać szmer przedskurczowy, który łączy się prawie bezpośrednio ze szmerem skurczowym. Ten ostatni trwa jednak krótko, przypada bowiem tylko w początku skurczu. U podstawy serca tony czyste, 2-gi ton tętnicy płucnej bardzo silny, tak, że się rozlega daleko w lewej połowie klatki piersiowej.

W naczyniach szyjowych szmerów anemicznych nie słycać. Tętno 72 miarowe, średniej siły. Śledziona powiększona. Trawienie dość dobre. Peryody prawidłowe. Nieznaczny obrzęk kończyn dolnych. Mocz wydziela się w małej ilości około 300 ctm, ani białka, ani cukru nie zawiera, odczyn posiada mocno kwaśny, ciężar właściwy 1030.

Ze względu na małe wydzielanie się moczu zaleciłem chorej użycie siarczanu sparteiny w pigułkach 1 gran na dzień. Po 2 dniach, jednocześnie ze zwiększeniem się diurezy do 1200—1500 ctm. *pro die* wystąpił w II lewym międzyżebżu i na wysokości III żebra, w odległości 1½—2 ctm. od lewego brzegu mostka, bardzo wyraźny szmer rozkurczowy, rozchodzący się w kierunku ku górze i na lewo, ku obojczykowi. W II prawym międzyżebżu i w ogóle z prawej strony mostka szmeru tego nie słycać. U wierzchołka istnieje, jak poprzednio, szmer przedskurczowy, bez żadnej zmiany.

W miarę dalszego użycia sparteiny w zwiększonej dawce do 4 gran *pro die* szmer rozkurczowy, z lewej strony mostka słyszalny, stawał się jeszcze głośniejszym, nie rozprzestrzeniał się jednak nigdy na prawą stronę mostka. Przytem tętno choć z powodu użycia leku zyskało na sile i pełności, jednak nie przybierało cech tętna szybkiego, skaczącego, w czasie całego, blisko 3 tygodniowego pobytu chorej w szpitalu.

Zaznaczyć również winniśmy, że wspomniany powyżej szmer rozkurczowy nie był stałym objawem; bywały nawet dnie, w których pomimo starannego wysłuchiwanie nie można było go wykryć, a wtedy zwykle miejsce jego zajmował silnie wzmożony 2 ton tętnicy płucnej. Najczęściej brakowało go, skoro pod wpływem większych dawek sparteiny rytm ruchów serca stawał się wolniejszym, a tętno rzadszem.

Na początku czerwca chora, czując się znacznie lepiej, wypisała się ze szpitala.

Po upływie 2 miesięcy powróciła znów do oddziału z silną gorączką i objawami utraty zrównoważenia serca. Badanie fizykalne wykazało wówczas istnienie zapalenia zrazowego w dolnym płacie lewego płuca, zebranie płynu w prawej opłucnej. Tępość serca znacznie powiększona w obu wymiarach: górna granica rozpoczyna się już na III żebrze, prawa przechodzi dość znacznie za prawy brzeg mostka, lewa znajduje się w odległości 2 ctm. od *l. m. s.* U wierzchołka serca słychać niekiedy czyste tony, niekiedy znów szmer przedskurczowy. U podstawy zaś, a zwłaszcza w II prawem międzyżebrzu, słychać głośny szmer rozkureczowy, który stwierdzić można także na mostku na wysokości III, IV żebra. W ciągu 2 tygodniowego pobytu chorej w szpitalu występował on kilka razy w II prawem międzyżebrzu. Akcentuacyi II tonu tętnicy płucnej brakowało. Śledziona znacznie powiększona. Tętno około 100, posiadało cechy tętna szybkiego skaczącego.

Chora po upływie 2 tygodni zmarła wśród wzmagających się obrzęków i wyczerpania serca.

Badanie pośmiertne wykazało: *Pleuritis seroso-fibrinosa dextra. Pneumonia cachecticorum sinistra. Stenosis ostii venosi sinistri. Endocarditis verrucosa subacuta valvulae bicuspidalis et valvularum semilunarium aortae. Magna hypertrophia ventriculi dextri. Hepar muscatum. Tumor cyanoticus lienis. Induratio cyanotica renum. Enteritis catarrhalis.*

Z powyższego okazuje się, że oprócz stwierdzonego za życia zapalenia płuc i opłucnej istniało i zapalenie wsierdzia ostrawe, umiejscowione na wszystkich zastawkach serca, prócz zastawek tętnicy płucnej; zwężenie zaś otworu żylnego lewego uważać należy za skutek dawnych już zmian chorobowych na zastawce dwudzielnej. Szmer rozkureczowy, jaki w czasie ostatniego pobytu chorej w szpitalu stwierdziliśmy u podstawy serca i z lewej strony mostka, trzeba odnieść do niedomykalności zastawek aorty, jaka się wytworzyła wskutek wystąpienia wybijalności na brzegach wolnych zastawek. Szmer ten, jakkolwiek podobnym był bardzo do szmeru rozkureczowego, jaki w czasie pierwszego pobytu chorej w szpitalu stwierdziliśmy, różnił się jednak tem, iż słychać go było nie tylko z lewej strony mostka lecz i na rękojeści mostka i z prawej strony tegoż. Prócz tego odznaczał się stałością, choć pod względem swego natężenia, różne wahania przedstawiał, zależnie od siły skurczów serca i ciśnienia krwi w tętnicach. Tętno do ostatnich prawie dni życia zatrzymało cechy tętna szybkiego, którego, podczas pierwszego zapadnięcia na zdrowiu, nie byliśmy w stanie ani razu zauważyć.

Zachodzi teraz pytanie, czy szmer rozkureczowy, jaki w czasie pierwszego badania chorej stwierdziliśmy, nie był również zależnym od niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. Na to odpowiadamy przecząco, a przyczynę owego szmeru odnosimy do względnej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej. Oprócz danych klinicznych powyżej wspomnianych, za prawdziwością naszego przypuszczenia przemawiają również wyniki pośmiertnego badania, a przede wszystkim ogromny przerost ośrodkowy prawej komórki i zanik lewej. Jama prawej komórki była 2—3 razy większą od prawidłowej, a mięsień na przecięciu posiadał 1,2 do 1,4 ctm. grubości. Przeciwnie zaś lewa komórka znajdowała się w stanie zaniku i stanowiła jakby tylko mały dodatek do prawej połowy serca, mięsień jej posiadał zaledwie 0,6 ctm. grubości. Gdyby więc niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty wytworzyła się dawno, jeszcze przed pierwszym przybyciem chorej do oddziału, w takim razie powinniśmy mieć przerost lewej komórki, a nie zanik, zwłaszcza u osoby w młodym wieku. Wprawdzie w danym przypadku istniało oddawna, nie ulegające żadnej wątpliwości, zwężenie otworu żylnego lewego, które, jak wiadomo, nie sprzyja powstawaniu przerostu lewej komórki; dodać jednak winniśmy, że w przypad-

kach, w których do zwężenia przylączy się niedostateczność zastawek aorty, najczęściej znajdowaliśmy na sekcjach przerost lewej komórki, choć oczywiście nie w tym stopniu, jaki ma miejsce przy czystej, niepowikłanej wadzie zastawek aorty. W każdym razie zaniku nie byłem w stanie w takich razach zauważyć.

Co się tyczy przyjęcia względnej niedomykalności zastawek aorty, to i to okazuje się trudnem: nietylko brak przyczyny występowania tętna szybkiego, skaczącego, lecz i ze względu na małe wymiary aorty. Wewnętrzny obwód tejże na wysokości zastawek półksiężycowych wynosił 5 ctm., a powyżej w bliskości łuku 4 ctm.; należałoby więc przyjąć raczej pewne zwężenie, aniżeli rozszerzenie.

Przeciwnie zaś tętnica płucna przedstawiała się znacznie szerszą, na wysokości zastawek obwód jej wewnętrzny wynosił 8 ctm., powyżej zaś w odległości 2 ctm. od zastawek 7,5 ctm.. Jeśli weźmiemy przytem na uwagę znaczną energię prawej komórki, zastój krwi w małym krążeniu, spowodowany znacznym zwężeniem otworu przedsionko-komórkowego lewego, wreszcie rozszerzenie tętnicy płucnej, to będziemy mieli dostateczną ilość danych dla wytłómaczenia sobie czasowej, względnej niedomykalności zastawek tętnicy płucnej. Skoro wskutek przyłączenia się zapalenia płuc i opłucnej, jak również ostrawego zapalenia wsierdza, które i zastawkę trójdzielną dotknęło, żywotność prawej komórki podkopaną została, a energia jej upadła, to oczywistą jest rzeczą, że brakło warunków dla wytwarzania rozkurczowego szmeru w tętnicy płucnej.

Spostrzeżenie IV. Przytaczamy je jako dowód, że szmer rozkurczowy, zależny od względnej niedomykalności zastawek tętnicy płucnej, znika, skoro wada serca przechodzi w okres utraty zrównoważenia.

Rez... Marya, wdowa, lat 36 licząca, zapisała się do szpitala w początku września 1890 r., z powodu bicia serca i krótkiego oddechu. Przed kilku laty przechodziła ostry gościec stawowy. Przeszłej zimy zapadła na zapalenie płuc i opłucnej, a już w okresie rekonwalescencji dostała napadu duszności, połączonej z obfitem krwiopluciem (*Infarctus*). Od pewnego czasu na kończynach dolnych występuje obrzęk.

Badanie wykazało: budowa dobra, wzrost średni. Tętno około 80, dość silne, nawet napięte. Uderzenie wierzchołkowe wydatne, znajduje się w V międzyżebrow w *l. m. s.* Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym: prawa granica dochodzi do środka mostka, lewa przekracza nieco linię sutkową lewą.

U wierzchołka *frémissement cataire*. Ostuchiwanie zaś przekonywa nas o istnieniu głośnego typowego szmeru przedskurczowego, 2-gi ton tętnicy płucnej, mocno akcentowany, kończy się przeciągłym szmerem, podobnym do szmeru właściwego niedomykalności zastawek aorty. Szmer ten rozkurczowy słychać głównie przy lewym brzegu mostka, największą wyrazistość posiada na wysokości IV żebra i w IV międzyżebrow, w nieznacznej odległości od lewego brzegu mostka. Słychać go także w III lewym międzyżebrow, lecz słabiej. Rozprzestrzenia się i w kierunku ku wierzchołkowi serca, nie dosięga jednak tegoż; z prawej strony mostka zupełnie znika. Drugi ton aorty czysty, lecz słaby. W naczyniach szyjowych wspomnianego szmeru stwierdzić niepodobna.

W pozostałych organach nie byliśmy w stanie nic szczególnego wykryć. Mocz wydzieliał się w umiarkowanej ilości, około 1000 ctm. na dobę, ani białka, ani cukru nie zawierał.

W czasie pobytu chorej w oddziale szmer rozkurczowy, z lewej strony mostka słyszalny, podlegał różnym wahaniom co do natężenia. Zaznaczyć tu winienem, że był najsilniejszy, skoro wskutek nieogłędnego zachowania się chorej wystąpił nieżyt oskrzeli, któremu silny kaszel towarzyszył. Kiedy po ustąpieniu nieżytku chora skarżyła się jeszcze na krótki oddech i niepokój w sercu, zaleciłem jej użycie nalewki z naparstnicy w ilości 15—20 kropel, 3 razy

dziennie. W czasie brania tejże szmer rozkurezowy znikł, a slychać było tylko 2-gi ton tętnicy płucnej wzmożony, który niekiedy kończył się słabym szmerem. Jednocześnie poprzeczny wymiar serca uległ zmniejszeniu, tętno stało się pełniejszym, a obrzęk kończyn dolnych znikł zupełnie, 2-gi ton aorty zyskał na sile.

Po upływie roku chora zgłosiła się znowu do szpitala w znacznie gorszym stanie. Narzekała głównie na silną duszność, kaszel i krwioplucie.

Stan jej obiektywny był następujący: odżywianie liche, sinica warg i nosa. Tętno 96, nieco niemiarowe, słabo napięte. Oddech częsty, około 40 na minutę. Obrzęk kończyn dolnych znaczny.

W dolnych częściach płuc oddech osłabiony, w górnych zaostrzony. W prawym wierzchołku objawy zgęszczenia miąższu. Rzężeń nie wiele. Płwocina przeważnie szklista z domieszką krwi.

Uderzenie wierzchołkowe trudno ściśle oznaczyć, natomiast w dołku podsercowym — wyraźne tętnienie.

Tępość serca znacznie powiększona w wymiarze poprzecznym, prawa bowiem granica odpowiada prawemu brzegowi mostka, lewa znajduje się w odległości 3 ctm. na lewo od *l. m. s.* Dolna granica łączy się z tępością wątroby i śledziony.

U wierzchołka serca slychać szmer przedskurezowy, w części nawet skurezowy. U podstawy tony czyste, 2-gi ton tętnicy płucnej silniejszy, niż aorty.

Żyły szyjowe mocno rozszerzone. Wątroba duża, twarda, wystaje na szerokość ręki z pod prawego podżebrza; tym sposobem brzeg jej dolny znajduje się już pod linią pępkową poprzeczną.

Dobowa ilość moczu mała: 300 ctm. ciężar właściwy 1032. W osadzie znaczna ilość moczanów. Białko w ilości 0,25%.

W następnych dniach ilość rzężeń w płucach zwiększyła się, krwioplucie stawało się coraz większem, odpowiednio do tego byliśmy w stanie stwierdzić w środkowej części prawego płuca istnienie zawału. Pod wpływem napatstnicy stan chorej zaczął się poprawiać, poprzeczny wymiar serca uległ zmniejszeniu, jednocześnie 2-gi ton tętnicy płucnej stał się silniejszym, szmeru jednak rozkurezowego, jaki podczas poprzedniego pobytu chorej w szpitalu często z lewej strony mostka występował, nie udało mi się tym razem ani razu usłyszeć. Szmer przedskurezowy, występujący u wierzchołka serca, różne przedstawiał natężenie stosownie do energii serca.

Po krótkotrwałem polepszeniu nastąpiło znowu pogorszenie, wskazujące na upadającą stopniowo żywotność mięśnia sercowego. Wreszcie chora nagle życie zakończyła przy objawach zatoru tętnicy płucnej.

Badanie pośmiertne wykazało, że przyczyną nagłej śmierci było zatkanie skrzepem krwi lewej gałęzi tętnicy płucnej.

Szczegóły, dotyczące serca, były następujące: serce powiększone znacznie w wymiarze poprzecznym, który wynosił 14 ctm.. Powiększenie to dotyczy głównie prawej komórki. Podłużny wymiar = 11 ctm.. Znaczne zwężenie otworu żylnego lewego, w części niedomykalność zastawki dwudzielnej. Jama lewej komórki zmniejszona. Mięsień bładawy, wiotki, ścięteżaly, grubości 0,9 ctm..

Przez otwór żylny prawy swobodnie przechodzą 3 palce, zastawka trójdzielną żadnych zmian nie przedstawia. Jama prawej komórki, jak również i przedsionka, znacznie powiększona. Przegroda międzykomórkowa wypukłona w stronę lewej komórki, mięsień dość mocno zgrubiał, posiada na przecięciu 1,3 ctm.. Mięśnie brodawkowe znajdują się w stronie przerostu. W warstwie mięsnej, zbliżonej do jamy komórki, widać w niektórych miejscach, zwłaszcza w bliskości wierzchołka serca, żółtawe zabarwienie.

Ani zastawki półksiężycowe tętnicy płucnej, ani też aorty zmian widocznych nie przedstawiają. Tętnica płucna rozszerzona, obwód jej wewnętrzny na wysokości zastawek wynosi 9 ctm., powyżej zaś 9,2 ctm. Obwód aorty w miejscu jej ujścia = 7,2 ctm., powyżej zaś = 7,4 ctm..

Widzimy więc, że, oprócz znacznego zwężenia otworu żylnego lewego, na szczególną uwagę zasługuje przerost prawej komórki i rozszerzenie tętnicy płucnej. Te dwie ostatnie zmiany chorobowe były powodem, iż zastawki półksiężycowe nie były w stanie szczelnie zamykać otworu i że przy dostatecznej pręd-

kości prądu krwi stały się źródłem powstawania szmeru rozkurczowego. Skoro jednak żywotność mięśnia sercowego, wskutek zwyrodnienia tłuszczowego jego włókien, podupadła, prawa komórka nie była już w stanie wykonywać energicznych skurczów, niezbędnych do wytworzenia szmeru.

* * *

Zanim do powyższego poglądu o powstawaniu szmeru rozkurczowego, słyszalnego z lewej strony mostka, doszedłem, postawiłem sobie następujące pytania do rozstrzygnięcia, w celu rozpoznania różniczkowego:

1. Czy szmer rozkurczowy nie jest wprost szmerem zależnym bezpośrednio od zwężenia ujścia żylnego lewego?

Przedewszystkiem przeciwko temu przypuszczeniu przemawia charakter szmeru, jest on bowiem chuchającym, a jak go niemcy nazywają, *rauschend, giessend* i tak typowym, że go nigdy ze szmerami, powstającymi w ujściu żylnem lewym, porównywać nie można.

Co się tyczy szmeru rozkurczowego, słyszalnego u wierzchołka serca, a który z teoretycznego punktu widzenia ma być charakterystycznym dla zwężenia otworu przedsionko-komórkowego, to w ogóle na mocy własnego doświadczenia muszę przyznać, że zjawia się niesłychanie rzadko. Na kilkaset ściśle notowanych przypadków tej wady słyszałem go zaledwie kilkanaście razy i to częściej w ostrem lub ostrawem zapaleniu wsierdza. Tego samego zdania jest i prof. PETER ¹⁾, mówiąc: „*ce bruit de soufflé au second temps et à la pointe est infiniment rare...*“ Łatwo to zrozumieć, zważywszy, że wskutek słabej muskulatury przedsionka, krew w początku rozkurczu serca wlewa się do komórki pod słabym ciśnieniem, raczej nawet pod wpływem wysysającego działania lewej komórki, opróżnionej ze krwi w czasie poprzedniego skurczu. Tym sposobem powstające wiry krwi nie są dostateczne dla wytwarzania szmeru; dopiero pod koniec rozkurczu serca, pod wpływem wzmożonego skurczu przedsionka, krew z większą siłą przedostaje się przez zwężone ujście, dając powód do powstawania szmeru t. zw. przedskurczowego. Szmer ten słusznie nazwać można patognomonicznym dla zwężenia ujścia żylnego lewego, a charakter jego, zresztą czas występowania różni się znakomicie od szmeru rozkurczowego lub porozkurczowego, zależnego od niedomykalności zastawek tętnicy płucnej.

Co do szmeru rozkurczowego, słyszalnego u wierzchołka serca zamiast 2-go tonu, to w tych nielicznych przypadkach, w których udało mi się go usłyszeć, nie był on głośnym, zbliżał się do lekkiego podmuchu i trwał zwykle krótko; pomiędzy nimi a następującym szmerem przedskurczowym istniała pewna przerwa, gdy tymczasem szmer, zależny od niedomykalności względnej zastawek tętnicy płucnej, jest bardzo długim, trwa, słabnąc tylko nieco, aż do następnego skurczu.

Niekiedy słyhać u wierzchołka serca bardzo wyraźny szmer rozkurczowy z cechami szmeru, o którym w ogóle mowa, jest to jednak szmer, mający swe źródło powstawania w niedostateczności zastawek aorty, skąd przenosi się

¹⁾ Traité des maladies du coeur. Paris 1883. pag. 497.

w kierunku powrotnej fali krwi ku wierzchołkowi serca. Dodać winniśmy, że szmer ten bywa w tem ostatniem miejscu niekiedy o wiele silniejszym, aniżeli u podstawy serca. Co się zaś tyczy szmeru, zależnego od niedomykalności względnej zastawek tętnicy płucnej to jakkolwiek rozprzestrzenia się on ku wierzchołkowi serca, lecz w bardzo słabym stopniu, najczęściej zaś nie słycać go tamże zupełnie.

Wreszcie szmery, zależne od zwężenia ujścia żylnego lewego, są najwyraźniejsze w dolnej i lewej części tępości serca, niekiedy po za uderzeniem wierzchołkowem, gdy tymczasem szmery, zależne od względnej niedomykalności zastawek tętnicy płucnej, najwyraźniej występują przy lewym brzegu mostka i w linii przymostkowej lewej.

2. Czy szmer rozkurczowy nie jest szmerem, zależnym od niedostateczności zastawek półksiężycowych aorty?

Najważniejszym znakiem, wyróżniającym obie wady, jest przedewszystkiem tętno szybkie, niekiedy skaczące, którego brak przy niedomykalności zastawek tętnicy płucnej. Niekiedy jednak tętno, towarzyszące zwężeniu ujścia żylnego lewego, skoro jest miarowe, a występuje u osób młodych z dostateczną siłą mięśnia serca i elastycznością ścianek naczyń, zbliża się do tętna szybkiego; wtedy to, zwłaszcza przy istnieniu względnej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, może zachodzić poważna wątpliwość co do rozpoznania różniczkowego. Trudności dyagnostyczne stają się większemi, skoro weźmiemy pod uwagę, że przy *stenosis ostii ven. sin.* bezwzględna tępość serca powiększa się często w wymiarze podłużnym lub też poprzecznym w kierunku na lewo, a uderzenie wierzchołkowe jest silne, unoszące palec. Dane te fizykalne wskazują jakoby na przerost lewej komórki, gdy tymczasem w rzeczywistości mogą być zależnemi od powiększenia prawej komórki, jak to nieraz przekonałem się, robiąc badania pośmiertne.

W takich wątpliwych razach należy się kierować innemi danemi, jak np. istnieniem lub brakiem 2 tonu w tętnicach szyjowych, kierunkiem rozprzestrzeniania się szmeru i w ogóle całym obrazem choroby.

Wreszcie należy pamiętać, że natężenie szmeru rozkurczowego, zależnego od niedomykalności zastawek aorty, zwiększa się pod działaniem naporstnicy wskutek zwiększenia energii lewej komórki i wzrostu ciśnienia w układzie tętnicznym. Szmer zaś, mający swe źródło w niedostateczności względnej zastawek tętnicy płucnej, jak to już powyżej wspomnieliśmy, tylko z początku staje się silniejszym, następnie zaś wskutek uregulowania krążenia krwi w małym krwio-biegu traci na sile, lub też znika zupełnie.

Jakkolwiek i szmer rozkurczowy, występujący u podstawy serca, zwłaszcza u ludzi starych, na tle zmian miażdżycowych w aorcie i na zastawkach półksiężycowych, bywa to silniejszym, to słabszym, a nawet niekiedy przy osłabieniu lewej komórki znika zupełnie, w ogóle jednak biorąc, mniejszym podlega wahanom, aniżeli szmer zależny od niedomykalności zastawek tętnicy płucnej. [Ponieważ zaś najczęstszą przyczyną *insuff. relativ. v. v. aortae* bywa miażdżycza błona wewnętrznej [stąd rozszerzenie], z biegiem więc czasu, skoro sprawa cho-

robowa przejdzie na zastawki, niedomykalność względna stanie się rzeczywistą, co na stałość występowania szmeru wpływa].

Co do miejsc, w których najwyraźniej słyhać szmer rozkurczowy, i kierunku, w jakim się rozprzestrzenia, istnieją pewne różnice w obu wadach. W ogóle można powiedzieć, że szmer od *insuff. relativ. v. v. arter. pulm.* zależy słyhać najlepiej z lewej strony mostka, skąd rozchodzi się ku górze i na lewo ku obojczykowi. Szmer zaś towarzyszący *insuff. v. v. aortae* występuje głównie na wysokości III żebra na mostku, w II prawem międzyżebżu z prawej strony mostka, niekiedy zaś przenosi się w kierunku ku górze ku prawemu obojczykowi, lub też ku dołowi, nawet do wyrostka mieczykowatego.

Oczywiście, że rozpoznanie napotyka na wielkie trudności, jeśli obok zwężenia ujścia żylnego lewego i względnej niedomykalności zastawek tętnicy płucnej istnieje niedostateczność zastawek aorty.

Prof. GERHARDT, mówiąc o jednoczesnem istnieniu wady zastawek aorty i tętnicy płucnej, osnutej na tle zmian anatomicznych na zastawkach, podaje, że szmer rozkurczowy przedstawia pewne różnice co do czasu trwania i wysokości. Szmer od niedomykalności zastawek tętnicy płucnej zależy ma być głębszy i bardziej szorstki. Wskutek większego ciśnienia, istniejącego w lewej komórce, szmer rozkurczowy, powstający w aorcie, będzie wyższy od szmeru mającego swe źródło w niedomykalności zastawek tętnicy płucnej, jeśliby stopień niedomykalności był taki sam w obu przypadkach. Ponieważ jednak otwór, przez który krew powraca do komórki lewej lub prawej, może być różny, więc i powyższe cechy szmeru nie mogą być uważane za pewne.

Gdyby rozgałęzienia tętnicy płucnej były nam dostępne do badania, jak rozgałęzienia aorty, otrzymalibyśmy wtedy niezawodnie tętno szybkie, skaczące. Prof. GERHARDT wpadł na myśl otrzymania zmian w ciśnieniu tętnicy płucnej za pomocą kreślenia zmian, jakiemu ulega słup powietrza w przewodzie tchawico-oskrzelowym w czasie skurczu i rozkurczu prawej komórki. I rzeczywiście, wprowadziwszy do jednego nozdrza manometr, połączony z przyrządem piszącym, otrzymał strome fale szybko opadające, a więc podobne do fal właściwych niedomykalności zastawek aorty.

3. Czy szmer rozkurczowy nie powstaje na skutek zwężenia ujścia żylnego prawego (*stenosis ostii ven. dextri*)?

Przedewszystkiem szmer od wady tej zależy słyhać głównie w dolnej części mostka na wysokości IV, V żebra, rozprzestrzenia się głównie z prawej strony mostka, niekiedy aż do linii sutkowej prawej. Przytem brak zwykle wzmocnienia 2 tonu tętnicy płucnej, natomiast istnieje znaczny zastój w żylnym krwiobiegu, sinica.

4. Czy szmer rozkurczowy nie jest szmerem, powstającym w żyłach klatki piersowej, a więc w żyłach próżnej górnej i dolnej?

Jako kryterium służyć może ten wzgląd, iż na natężenie szmerów żylnych ważny wpływ wywiera oddechanie. W czasie wdechania są one wyraźniejsze, z powodu łatwiejszego odpływu krwi żylny do serca, jak również w okresie

skurczu serca, bo wtedy strumień krwi żyłnej, płynący do przedsionka, mniejsze napotyka przeszkody.

ROSENBACH wykazał, że mogą istnieć nietylko szmery żyłne skurczowe lecz i rozkurczowe; zjawiają się one zwykle w początku rozkurczu, lecz trwają znacznie krócej, aniżeli szmery zależne od niedomykalności zastawek aorty, lub tętnicy płucnej.

Na wpływ oddechania w przypadkach względnej niedomykalności zastawek tętnicy płucnej bacznią zwracałem uwagę, lecz wyraźnej różnicy nie byłem w stanie zauważyć. GERHARDT zaś podaje, iż szmer od *insuff. vv. a. pulm.* zależny ma być wyraźniejszy w czasie wydechu.

GERMAIN SÉE zaznacza, iż u kobiet, dotkniętych bezkrwistością, słychać niekiedy w dolnej części mostka szmery rozkurczowe, nie są one jednak ani stałe, ani silne, natężenie ich wzrasta w miarę przybliżania się do *epigastrium*. DUBROZIEZ wspomina również o istnieniu szmerów rozkurczowych na środku mostka i powyżej — bez wad zastawek, a szmery te odnosi do żyły próżnej dolnej. Niekiedy szmery żyłne, słyszalne w klatce piersiowej, są to szmery przeniesione z żył szyjowych do serca (*bruit du diable*), zjawiają się i w czasie rozkurczu, występują głównie u chlorotyczek; wiadomo zaś, że przy wadach serca *bruit du diable* spotyka się niesłuchanie rzadko. Zresztą w moich przypadkach względnej niedomykalności zastawek tętnicy płucnej szmerów żylnych nie byłem w stanie stwierdzić.

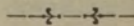
Na zakończenie wypada mi dodać, iż szmer rozkurczowy, o którym mowa, nietylko pod względem dyagnostycznym, lecz i prognostycznym posiada pewne znaczenie. Obecność jego przy istnieniu zwężenia ujścia żylnego lewego wpływa o tyle na lepsze rokowanie, iż świadczy o żywotności i przeroście prawej komórki, od którego, jak wiadomo, zrównoważenie wad zastawki dwudzielnej zależy. Z drugiej znowu strony, szmer ten świadczy o nadmiernem ciśnieniu, istniejącem w rozgałęzieniach tętnicy płucnej, a więc może być wskazówką do stosowania odpowiednich środków i zabiegów lekarskich.

II. W KWESTYI WSPÓŁCZESNEGO LECZENIA SYFILISU WCIERANIAMI SZARUCHY I KĄPIELAMI SIARCZANEMI.

Podał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 19].

Przytoczone powyżej odpowiedzi w kwestyi współczesnego leczenia wcieraniami i kąpielami siarczanemi można ująć w trzy grupy:

I. Odpowiedzi syfilografów, dzielających wyrażony przezemnie na początku pogląd, a z pośród nich najbardziej stanowczo się oświadczają przeciw praktykowanemu dotychczas w termach siarczanych kombinowanemu leczeniu: NEISSER i FINGER, dalej LELOIR, NEUMANN, JANOVSKY, DUNCAN - BULKLEY i ELLIOT.

II. Wprost przeciwne poglądy reprezentują, oprócz lekarzy term siarczanych [DOYON'a i FONTAN'a], przedewszystkiem KAPOSI, dalej FOURNIER, ZAREWICZ.

III. Poglądy jakoby pośrednie między dwoma powyższymi wygłaszają: TAYLOR, SCHWIMMER i ROSNER.

Co do pierwszej grupy, to poglądy autorów w tej kwestyi dadzą się streścić w następujących punktach:

- a) na powierzchni skóry i w otworkach gruczołowych tworzy się nierozpuszczalny siarek rtęci;
- b) nowowytworzony ten związek rtęci nie jest zdolny do wchłaniania przez skórę,
- c) a wskutek tego można tak wielkie ilości szaruchy bezkarnie wcierać podczas pobytu w termach siarczanych,
- d) kąpiele siarczane przyspieszają wydzielanie rtęci z ustroju,
- e) a że przyspieszona eliminacja rtęci nie jest celem leczenia, więc i ten fakt przemawiałby na niekorzyść kombinowanego leczenia w kąpielach siarczanych [DUNCAN-BULKLEY, JANOVSKY];
- f) kąpielom siarczanym w połączeniu z wcieraniem szaruchy odmówić należy wszelkiego znaczenia;
- g) leczenie wcieraniem szaruchy i kąpielami siarczanymi powinno być połączone, tak, by kąpiele siarczane dopiero po upływie pewnego czasu od ukończenia wcierań były stosowane;
- h) współczesne leczenie kąpielami siarczanymi i rtęcią może mieć miejsce tylko w takim razie, jeżeli rtęć podaje się nie w postaci wcierań, ale do wewnątrz [a wtedy picie wód siarczanych nie powinno mieć miejsca] lub we wstrzykiwaniach podskórnych;
- i) pobyt w termach siarczanych w ogóle, jak i pobyt w każdej innej miejscowości kuracyjnej, ma znaczenie o tyle, o ile zmiana otoczenia, warunków życia, porzucenie zajęć i t. d. pomyślnie wpływają na ogólny stan chorego, jego odżywianie i t. d..

Byłoby wreszcie zbyteczną rzeczą wdawać się tu w szczegóły i dowody i omawiać raz jeszcze to, co tak pięknie i jasno wyłożył w swej odpowiedzi E. FINGER.

Poglądy syfilografów trzeciej grupy dadzą się w tych punktach streścić:

- a) kąpiele siarczane mają wpływ taki, jak i zwykłe obojętne kąpiele;
- b) wielkiej wagi do nich przewiązywać nie można, gdyż tylko ciepłota kąpeli ma w nich być głównym działaczem [SCHWIMMER];
- c) teoretycznie kombinacja kąpeli siarczanych i wcierań jest przeciwwskazaną [TAYOR, ROSNER], w praktyce daje wyniki i dobre i złe, jak leczenie samemi wcieraniem,
- d) co powyżej *sub i)* powiedziano.

Co do poglądów TAYLOR'a, zauważyć tu muszę [wcierania w Stanach Zjednoczonych od niedawna dopiero zaczęły wchodzić w użycie], iż jest on zdania, że rtęć, ulatniając się, wchłania się przez płuca, że wytworzony na powierzchni

skóry siarek rtęci również może się ulotnić, i dlatego neutralizacja rtęci na powierzchni skóry nie może mieć wielkiego wpływu na ilość wchłanianego leku.

W sumie syfilidologowie ci, nie przyznając żadnego szczególniejszego znaczenia i wpływu kąpielom siarczonym, nie przypisują im również własności neutralizowania rtęci przy leczeniu wcieraniami.

Jako poważny bardzo obrońca kombinowanego leczenia występuje w drugiej grupie KAPOSI. Odpowiedź jego nacechowaną jest tą bystrością i talentem, jakim się odznacza wszystko, co z pod jego pióra wychodzi. Na niektóre jednak jego wywody niepodobna się zgodzić, ulegają one jeszcze dyskusji. O główniejszych wywodach słów kilka tu powiem.

Przedewszystkiem KAPOSI działanie kąpeli siarczanych czyni równoznacznem z działaniem zwykłej kąpeli mydlanej; przez rozmięczenie i oczyszczenie skóra staje się prawdopodobnie podatną do wchłaniania znaczniejszej ilości rtęci, a wydzielanie rtęci przytem bywa zwiększone. Musimy tu jednak zwrócić uwagę, że pomimo powiększonej podatności skóry do wchłaniania rtęci, skóra nie ma co wchłaniać, skoro rtęć w części się zneutralizuje, a w części zmytą bywa w kąpeli, czemu bynajmniej KAPOSI nie przeczy, utrzymuje wszakże, że rtęć tylko z jednej postaci nierozpuszczalnej przechodzi w inną również nierozpuszczalną postać. Te punkty znajdują dostateczne objaśnienie w odpowiedzi FINGER'a.

Zauważę tu tylko, że różnica między rozmaitymi nierozpuszczalnymi przetworami rtęci jest bardzo znaczna: w postaci metalicznej rtęć się wchłania, a w postaci siarku staje się zupełnie niezdadną do wchłaniania przez skórę, a wstrzyknięta pod skórę mięsicy calych wymaga, by mała jej ilość do krwiobiegu weszła. To jest faktem dziś pewnym i niezbitym. Co się zaś tyczy oddawna zarzuconych wcierań maści z kalomelu i precypitatu, to wchłanianie one bywają przez skórę nienaruszoną i niezmienną w minimalnej ilości, w takiej, iż wpływu żadnego na ustrój i na sprawę syfilityczną wyrzucić nie mogą. Tylko w razie chorobowo zmienionej skóry, obfitej jakiej wysypki, owrzodzeń i t. d. wchłanianie tych przetworów miejsce mieć może. W ostatnich czasach wskrzesili znów leczenie syfilisu wcieraniami maści kalomelowej PEROXI i BOVERO. Pierwszy z nich stosuje kalomel w traumatycznie miejscowo, dla szybszego usunięcia objawów na skórze; do ogólnego leczenia zaś używają kalomelu w maści [0,5—1,0 kalomelu na 3,0 lanoliny i 1,0 masła kakaowego lub innego tłuszczu (BOVERO)]. Wcieranie odbywa się co 5—8 dni przez minut 25; 5—7 wcierań usuwać ma objawy wtórne. Co do mnie, nie widziałem tak cudownego działania maści kalomelowej; być może, iż wessanie kalomelu łatwiej przychodzi do skutku, gdy skóra pokryta jest grudkami syfilitycznymi i t. p., ale up. przy prostej różycze lub przy innych objawach syfilitycznych, gdy skóra jednak nie jest zmieniona, 8 i więcej nawet wcierań częściej robionych żadnego prawie efektu nie wywoływały. Musimy więc przyjąć, że lepsze warunki chłonięcia ze strony skóry są dla drobnych cząsteczek metalicznej rtęci, aniżeli dla jej tlenków i soli.

Co do poglądu jednego z wybitniejszych dziś syfilografów, FOURNIER'a, to nie można przyjąć jego odpowiedzi za dostatecznie już ugruntowaną; widocznie musi on mieć pewne wątpliwości w poruszanej kwestyi, skoro w klinice swej badać

ją zamierza. Z listu jego asystenta-chemika, D-ra CATHELINÉAU [datowanego 18. IV. 1893 r.], dowiaduję się, że badania te w klinice FOURNIÉRA już rozpoczęto. Czekajmy więc cierpliwie wyników, które do rozjaśnienia kwestyi nie mało przyczynić się mogą.

Wreszcie w liście FONTAN'a, lekarza zdrojowisk siarczanych w Bagnères de Luchon, godzien jest zaznaczenia ustęp, w którym FONTAN utrzymuje, iż unika neutralizacyi dwu środków [rtęci i wody siarczanej] przy wcieraniach, gdyż nierozpuszczalny siarek rtęci niechybnieby się wytworzył, nie ulegałby wchłanianiu i pozostawiałby na skórze czarnawe zabarwienie. Zaleca więc dostateczną przerwę między stosowaniem obu środków. Taką samą ostrożność zaleca i przy podawaniu rtęci do wewnątrz. Pomimo więc różnych innych wywodów, FONTAN wie o neutralizowaniu rtęci w kąpielach siarczanych i stara się tego unikać.

Na tem dziś kończę o tej ważnej terapeutycznej kwestyi, przyrzekając powiadamić Czytelników „Gazety“ o dalszym jej biegu ¹⁾.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

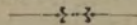
LECZENIE CHIRURGICZNE

WYSOKICH STOPNI KRÓTKOWZROCZNOŚCI ZA POMOCĄ USUNIĘCIA SOCZEWKI.

Podat

Leon Feinstein,

asystent oddziału chorób ocznych D-ra KRAMSZYKA w szpit. starozak.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 19].

Treść: Dotychczasowe leczenie krótkowzroczności. — Potrzeba energicznej interwencji. — Rys historyczny. — Wskazania do operacyi. — Sposób operowania. — Dodatnie i ujemne strony tej metody leczenia. — Kilka spostrzeżeń.

Sądząc z rozpraw nad kwestyą tą na posiedzeniu ostatniem kongresu okulistów w Heidelbergu, widzimy, że operacyi tej dokonywali i inni, jak: WICHERKIEWICZ ²⁾, THIER, lecz wyników jeszcze żaden z nich nie ogłaszał.

Na temże posiedzeniu większość obecnych okulistów przemawiała za operacyą, z tem wszakże zastrzeżeniem, że wskazania do operacyi powinny być w każdym przypadku pojedynczym ściśle określone. Ani stopień M, ani zmiany w naczyniówce same przez się nie wystarczają, aby się do tej, bądź co bądź, poważnej operacyi uciekać. I przy bardzo wysokich stopniach krótkowzroczności można nieraz odpowiednio zupełnie szkła dobrać. Zdarza się znowu, że chory i przy bardzo niedokładnej korekcyi w zupełności zadawalnia się siłą widzenia, jaką mu przepisane okulary zabezpieczają. Zmiany na dnie oka nieraz, doszedszy do pewnego stopnia, przestają postępować. Być może, że dalsze badania tej kwestyi pouczą, że wyjęcie soczewki u krótkowzrocznych dodatnio wpływa na powstrzymanie postępów zwyrodnienia płamki żółtej; w takim razie operacya ta mogłaby być stosowana o wiele częściej, bo, jak wiadomo, inne środki leczeni-

¹⁾ Oryginały listów podanych w N-rach 17, 18, 19 złożyłem w Redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

²⁾ WICHERKIEWICZ jeszcze przed 9—10 laty wyjął soczewkę u 10-letniego chłopca z M18D,

eze bardzo mało na zmiany te wpływają. Tymczasem ponieważ wskazań ściśle określonych dotąd niema, przeto operacyi dokonywać można jedynie u szczupłej bardzo ilości chorych.

ZACHER proponuje operacyę głównie przeciw krótkowzroczności dziedzicznej. Podług niego, u chorych młodych odróżnić należy krótkowzroczność odziedziczoną od nabytej. Ta ostatnia postępuje powoli, zmiany w naczyniówce, siatkówce i ciele szklistem są bardzo nieznaczne; w tych razach radzi VACHER zwykły sposób postępowania z chorymi: atropina, tenotomia częściowa albo zupełna mięśnia zewnętrznego, szkła wkłęsłe i przyzmatyczne, spokój absolutny na pewien czas i t. d.. Jeżeli zaś chory dotknięty jest krótkowzrocznością dziedziczną, jeżeli ta ostatnia szybko się rozwija i postępuje wciąż pod wpływem różnych sprzyjających warunków, siła widzenia znacznie się zmniejsza, zmiany w naczyniówce robią szybkie postępy, wtedy już, nie czekając, do operacyi przystąpić należy. FUKALA nie wyczekuje tak długo, operuje już wtedy, gdy zmiany w oku jeszcze nie bardzo się rozwinęły. PFLUEGER przed przystąpieniem do operacyi radzi pod uwagę brać stopień krótkowzroczności, wiek chorych, stan naczyniówki i siatkówki. Operowani przez PFLUEGER'a chorzy byli w wieku od 15 do 25 lat. Za przeciwwskazanie podaje ten autor znaczne zmiany w naczyniówce, szczególnie gdy okolica plamki żółtej jest zajęta, i wiek podeszły, bo, jak wiadomo, operacya zaćmy starczej u krótkowzrocznych prędzej prowadzi do oderwania siatkówki i krwotoków wewnątrzgałkowych, aniżeli przy jakiegokolwiek innej niewymierności oka. Z tego względu wyjęcie soczewki przezroczystej u ludzi starych, jak to VACHER robił, przedstawia duże dla chorych niebezpieczeństwo; u ludzi młodych niebezpieczeństwa tego niema. SCHWEIGGER operował jedynie młodych, u których M wynosiła *minimum* 16 D. ABADIE operuje w tych razach, gdy M wynosi 12 i więcej D, i gdy przytem zmiany w naczyniówce i w okolicy plamki żółtej są wyraźne. VALUDE proponuje operować tylko w razach wyjątkowych. WECKER radzi operować tych tylko krótkowzrocznych, u których wyjęcie soczewki zmniejsza stopień krótkowzroczności, ale nie znosi jej zupełnie. I SCHROEDER radzi unikać operacyi u chorych, którzy po operacyi mogliby się stać nadwzrocznymi. Operować należy, zdaniem SCHROEDER'a, gdy M, za pomocą szkieł zbadana, wynosi mniej więcej 14 D. W każdym jednak razie mniejszy stopień krótkowzroczności nie może być uważanym jako przeciwwskazanie.

Ażeby dokładnie wskazać, przy jakim stopniu krótkowzroczności autorowie ci przystępowali do operacyi, podają tu kilka cyfr. U chorych VACHER'a M wynosiła od 13 do 18 D, FUKALI — od 10 do 20 D, VALUDE'a — 18 D, SCHROEDER'a — 20 D, MARTIN'a — 23 D, ABADIE — 20—26 D, SCHWEIGGER'a — *minimum* 16 D, PFLUEGER'a — *minimum* 15 D.

Stopień krótkowzroczności, np. 20 D wynoszącej, sam przez się, jeżeli nawet krótkowzroczność nie postępuje, może być, zdaniem tych autorów, dostatecznym wskazaniem do operacyi. Przy żadnym innym zabiegu nie otrzymamy takiego polepszenia siły widzenia, jakie się otrzymuje po usunięciu soczewki.

Za wskazanie do operacyi posłużyć może nieraz i zajęcie i stan majątkowo chorego. Pacjent, wiedząc o niebezpieczeństwach, na jakie go operacya naraża, będzie wolał nieraz poddać się jej, aniżeli stosować się do przepisów lekarza, zalecającego mu spokój zupełny.

Nie bez znaczenia jest czas, w którym się do operacyi przystępuje. BOUCHARD w swojej rozprawie podaje zdanie następujące z pracy RUIZ'a i KOENIG'a, „*Pathogénie et traitement de la myopie progressive*“: „Robiono“, mówią ci autorowie, „ekstrakcyę soczewki przezroczystej w przypadkach wysokiego stopnia krótkowzroczności, w których zmiany w oku groziły zupełną utratą wzroku, lecz operacya nie dawała zupełnie zadowalających rezultatów. Zdaniem naszym, operacyi dokonywano za późno. Pomyślny wybór czasu jest warunkiem *sine qua non*

dobrego rezultatu". VACHER jest tegoż zdania, lecz określenie czasu na zasadzie badań dotychczasowych jest jeszcze bardzo trudnem. Co się tyczy przeciwwskazań, to, oprócz wymienionych PFLUEGER'a, brać pod uwagę należy i te wszystkie, z którymi każdy okulista przy operowaniu zaemy się liczy.

Przechodzę teraz do sposobu operowania chorych. Przy wyjmowaniu soczewki u krótkowzrocznych używają autorowie dwóch sposobów, jakich się przy operowaniu zaemy używa: ekstrakcyi i dyscyzyi. Różnica polega na tem, że u krótkowzrocznych lekarz ma do czynienia z soczewką przezroczystą. Dyscyzye przy takiej soczewce są o wiele trudniejsze, bo nie łatwo zdać sobie sprawę z wielkości cięcia, jakie na torebce wykonywany. Sądząc jednak z danych dotychczasowych, widać, że dyscyzya bez porównania lepsze rezultaty daje, to też większość autorów jest za dyscyzyą, szczególnie u osobników młodych. ABADIE jest nawet zdania, że i u osób starszych powinno się dyscyzyę nad ekstrakcyę przekładać. Do lat 60 nie bywa jądro jeszcze tak twarde, mówi ABADIE, aby trzeba było dla usunięcia jądra do ekstrakcyi się uciekać. FUKALA jedynie dyscyzye wykonywał; wprawdzie operował tylko młodych ludzi. Zdaniem VACHER'a, ekstrakcyja jest mniej niebezpieczną. Operowani tego ostatniego byli bez wyjątku prawie ludźmi starymi. Przyznaje wszakże VACHER, że w niektórych przypadkach jedynie dyscyzya jest możliwą. PARENT ze względu na astygmatyzm pooperacyjny również dyscyzyę woli. Jedyną ujemną stroną dyscyzyi jest trudność w kontrolowaniu wielkości cięcia. Bardzo małe cięcie jest wprawdzie o wiele bezpieczniejsze dla chorego, ale ponieważ w takich rzazach nieraz dyscyzyę powtarzać trzeba, więc chory posiadać musi sporą dozę cierpliwości. Stopniowe po dyscyzyi zmniejszanie się siły widzenia wywiera na chorego wrażenie przygnębiające, więc im krócej stan taki trwać będzie, tem dla chorego lepiej. Duże cięcie w torebce mniej znowu bezpiecznem jest dla chorych. Wskutek gwałtownego pęcznienia może się ciśnienie wewnątrzgałkowe znacznie podnieść, może się zapalenie tęczy wywiązać, z następczymi zrostami tylnymi. Rozumie się, że średniej wielkości cięcie byłoby najstosowniejszem, lecz w tem właśnie trudność leży, że przy soczewce przezroczystej nie łatwo się pod tym względem orientować. Zdaniem SCHROEDER'a, lepiej jest robić za duże, niż za małe, cięcie, pamiętać tylko trzeba, aby w samą porę do linearnej ekstrakcyi przystąpić.

FUKALA ze swoimi chorymi postępuje w sposób następujący. Rozpoczyna zwykle od cięcia małego, aby się przekonać, jak masa soczewkowa zachowywać się będzie. Po kilku dniach i stosownie do potrzeby powtarza kilka lub kilkanaście razy dyscyzyę. U jednego pacjenta dyscyzya była 15 razy powtórzona. Zdarzało się również, że i po nadzwyczajnie małym cięciu w torebce trzeba było już po kilku dniach przystąpić do usunięcia pęczniących mas za pomocą pukcyi. Ostatniej operacyi dokonywał autor pod chloroformem, ażeby uniknąć ucisku ze strony powiek. Towarzyszące zbyt prędkiemu pęcznieniu bóle również były przyczyną, że autor zmuszony był przy operacyi chloroformu używać. Po dyscyzyi chorzy zwykle pół dnia zostawali w łóżku pod bandażem. Atropinę stosował autor *larga manu*.

SCHWEIGGER i PFLUEGER postępują w sposób nieco odmienny. Gdy po dyscyzyi z powodu pęcznienia soczewki występować poczynają objawy podrażnienia, autorzy ci przystępują do ekstrakcyi. Cięcie robią za pomocą lany od dołu w odległości 2—3 ctm. od brzegu rogówkowego. Naciskając na brzeg dolny rany i na górną połowę rogówki, z łatwością usunąć można masy napęczniałe. Część tych mas można zostawić w komórce przedniej; wessanie następuje bardzo szybko.

Jeżeli się chce zupełnie być pewnym rezultatu dobrego, należy poprzednio irydektomii dokonać. Irydektomia chroni od wszelkich powikłań, jakie oku po dyscyzyi grożą, a więc od podniesionego ciśnienia, od zapalenia tęczy. Przy punkcyi niema już wtedy obawy o wypadnięcie tęczy. Łatwiej również wydalić całą

soczewkę po poprzednio zrobionej irydektomii; łatwiej to wykonać jeszcze i z tego względu, że dłużej można w tych razach czekać na dojrzewanie mas korowych. Ostatecznym rezultatem jest czarniejsza, niż zwykle, źrenica. Nareszcie irydektomia skraca także cały przebieg choroby. Bez irydektomii ostateczny rezultat, t. j. znakomite polepszenie siły widzenia, otrzymywał FUKALA dopiero po 5 miesiącach, SCHROEDER przy dokonanej poprzednio irydektomii, PFLUEGER w dwóch tylko przypadkach ją robił. Obydwaj są zdania, że operować powinno się jedno tylko oko. SCHWEIGER operuje zwykle oko, które ma większy stopień krótkowzroczności. Chory otrzymuje przed okiem operowanym szkło dla dali, a przed okiem drugim² szkło, które punkt dali odsuwa do 20—25 ctm. Chory więc jest w stanie pracować zarówno w tej odległości, jak i bliższej. SCHROEDER również jedno tylko oko operować radzi, a dopiero po dłuższym czasie w razie koniecznej potrzeby można przystąpić do operacji i na oku drugim. Wprawdzie gdy jedno oko jest operowane, chory pozbawiony jest widzenia obuocznego, lepsze to jednak, niż ciągła zależność od okularów. Zależność ta jest do tego stopnia dla chorego nieprzyjemną, że powinno się go od niej uwolnić choćby kosztem widzenia obuocznego. Zresztą przy wysokich stopniach krótkowzroczności chorzy zwykle z widzenia obuocznego nie korzystają. Niejednostajna łamliwość oczu po operacji ma zato swoją dobrą stronę: bardzo małe przedmioty może chory dokładnie widzieć i okiem nieoperowanym nawet przy zmniejszonej sile widzenia, bo może te przedmioty bardzo blisko do oczu przysuwać. Co się tyczy irydektomii, radzi ją SCHROEDER wykonywać bez wyjątku we wszystkich przypadkach. Irydektomia, zdaniem SCHROEDER'a, na siłę widzenia nie wpływa, nb. jeżeli tęczę wycięto od góry. Ze zdaniem tem nie zupełnie zgodzić się można. Wąskość otworu źrenicznego zapewnia wielkie korzyści szczególnie oczom bezsoczewkowym. Wązka źrenica zmniejsza kręgi rozpięchle, co przy braku akomodacji podnosi w dużym stopniu siłę widzenia. Wobec tego wycięcia tęczy od dołu albo z boków stanowczo w tych razach unikać należy, zarówno ze względu na siłę widzenia, jak i ze względów kosmetycznych. Irydektomia od góry jest wprawdzie pod jednym i drugim względem korzystniejszą, nie pozostaje jednak bez zupełnego wpływu na bystrość wzroku.

Już kilka razy wspomniałem o niektórych korzyściach, jakie ten sposób leczenia krótkowzrocznym zapewnia. Teraz rozpatrzę bardziej szczegółowo i dodatnie i ujemne strony tej nowej metody.

Podczas dyskusji na ostatnim kongresie heidelberskim zarzucano przede wszystkim tej metodzie, że chorego bez potrzeby na niebezpieczeństwo się naraża. Zarzut, jak widzieliśmy, niestuszny. Co się tyczy niebezpieczeństwa, z samej operacji wynikającego, to ekstrakcja zaćmy jest o wiele groźniejszą. Przy powolnem po dysczyzi wessaniu soczewki twardówka elastyczna u osobników młodych chroni oko od wszelkich złych następstw.

Dalej zarzucają, że chorego pozbawia się akomodacji. Brak jednak akomodacji nie wiele tym chorym szkodzi. Krótkowzroczny, nie noszący żadnych szkieł, rzadko akomodacji swojej używa. Przy wysokich stopniach tej niewymierności dobiera się zwykle szkieł, odsuwających punkt dali chorego do takiej odległości, w której chory mógłby pracować. I tutaj więc chory nie ma potrzeby używać często akomodacji. Zresztą wobec tego, że się zwykle tylko jedno oko operuje, chory jednym okiem może wyraźnie widzieć w znacznej odległości, podczas gdy drugie służy mu do widzenia z bliska. Po operacji na obu oczach rolę mięśnia rzęskowego poniekąd odgrywa odpowiednie ulokowanie okularów przed oczyma. Stosownie do potrzeby chory przysuwa lub odsuwa od oczu szkła. Zdaniem PFLUEGER'a, brak akomodacji może jedynie pożytek choremu przynieść. Nieczynność mięśnia rzęskowego jest jakby środkiem profilaktycznym przeciw zwyrodnieniu naczyńówki. PFLUEGER ma nadzieję, że przyszłość

pokaże w oczach operowanych [w porównaniu z okiem drugim] mniejsze zmiany na dnie oka. I inni autorowie już nieraz wskazywali na wpływ szkodliwy akomodacyi przy krótkowzroczności. Według ERISMANN'a, DOBROWOLSKIEGO, SCHOEN'a, przyczyna leży w podniesieniu ciśnienia wewnątrzgałkowego. HEUSEN i VOELCKERS podają, że przy czynności mięśnia rzęskowego naczyniówka ku przodowi się posuwa. Ciągłe to targanie naczyniówki wywołuje zmiany w naczyniach, wysięki i jako skutek podniesione ciśnienie wewnątrzgałkowe. Usuując akomodację, usuwamy zarazem jeden ze szkodliwych momentów, sprzyjających rozwojowi krótkowzroczności postępowej. FUKALA wskutek tego uważa brak akomodacyi za jedną ze stron dodatnich tej operacyi. Oprócz tego podaje on jeszcze następujące korzyści, jakich się u krótkowzrocznych po wyjęciu soczewki osiąga: 1) wyraźne widzenie w znacznej odległości, 2) powiększenie obrazów siatkówkowych, 3) znaczne bardzo powiększenie siły widzenia, 4) usuwamy nadmierną zbieżność osi wzrokowych z ich następstwami zgubnymi, 5) znika przechylenie głowy ku przodowi, 6) często ułatwia się widzenie oboczne dla blisko leżących przedmiotów [jeżeli oba oczy są operowane]. Wspomina FUKALA także, że operacya ta chroni oczy od zaćmy i jaskry, jeżeli irydektomia była dokonana. Ma to tem większe znaczenie dla tych chorych, że, jak wiadomo, właśnie u krótkowzrocznych częściej te choroby napotykać można, aniżeli u ludzi z prawidłowym wzrokiem. Ze wszystkich przez FUKALA przytoczonych stron dodatnich pierwsze miejsce bez wątpienia zajmuje polepszenie siły widzenia. W oku, pozbawionem soczewki, nietylko refrakcyja się zmienia, lecz obrazy siatkówkowe stają się większymi, bo w miarę posuwania się ku przodowi punktu węzłowego, wielkość obrazów na siatkówce stopniowo wzrasta. Odgrywa tu wprawdzie rolę i brak olśniewającego wpływu mocno wklęsłych soczewek, ale oba te czynniki razem nie są w stanie wytlómaczyć tak wielkiej różnicy w sile widzenia. Zdaniem SCHROEDER'a, powiększenie obrazów nie dosięga takiego stopnia, jakby tego można było się spodziewać, sądząc z obliczeń teoretycznych; przyjąc więc należy inne jeszcze czynniki, które prawdopodobnie dopiero dalsze badanie wskaże. Jakkolwiek bądź, siła widzenia po operacyi znacznie się podnosi, jak to u wszystkich operowanych widzimy. Oto mała tablica porównawcza.

	Siła widzenia przed operacyą.	Siła widzenia po operacyi.
SCHROEDER	0,1	0,3 [3 razy większa]
FUKALA	0,09	0,4
"	0,1	0,4 } więcej, niż 4 razy większa
VACHER	$\frac{1}{8}$	$\frac{1}{4}$
"	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{6}$ } 2 razy większa.
ABADIE	$\frac{1}{120}$	$\frac{1}{10}$ [12 razy większa].
"	$\frac{1}{8}$	$\frac{1}{3}$ [prawie 3 razy większa].

PELUEGER podaje 2—3 razy większą siłę widzenia, FUKALA 4—8 razy. Tak znaczne powiększenie siły widzenia u operowanych przez FUKALA da się wytłómaczyć tem, że u chorych tych nie było prawie żadnych zmian na dnie oka. Jeżeli u VACHER'a i u VALUDE'a znajdujemy mniej pod tym względem pomyslnie rezultaty, to prawdopodobnie zależy to od sposobu operowania tych autorów i od czasu, kiedy siła widzenia po operacyi była badana.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 4 —

69. Gerhardt. Wiąd rdzenia z porażeniem przepony.

Porażenie przepony należy do zjawisk nadzwyczaj rzadkich. Pierwsze dokładne wiadomości datują od DUCHENNE'a, który opiera rozpoznawanie tego cierpienia na zapadaniu się łuków żebrowych i okolicy żołądkowej podczas wdechu, na ruchu zaś przeciwnym podczas wydechu. Ze znanych w literaturze przypadków—przyczyną zaniku przepony była w 2 przypadkach daleko posunięta *atrophia musculorum progressiva*, przyczyną zaś porażenia przepony było: 1) otrucie ołowiem [3 przypadki], 2) porażenie histeryczne, 3) porażenie zapalne przy *pleuritis*, 4) porażenie wskutek ucisku guzów klatki piersiowej na *n. phrenicus*, 5) przy porażeniu dyfterytycznym rozprzestrzenionem, 6) wskutek *neuritis multiplex alcoholica* [1 przypadek OPPENHEIM'a wyleczony galwanizacją *n. phrenici*].

GERHARDT spostrzegł przypadek porażenia przepony przy daleko posuniętym wiądzie rdzenia: obserwacyi podobnej nie udało mu się odnaleźć w literaturze. W typowym tym przypadku wiądu było nadto częściowe porażenie *n. dilatatorum glottidis* i zanik *flexoris capitis* i brzegu *m. cucullaris*, wiotka i cienka muskulatura całej szyi, połowa języka cieńsza i mększa od drugiej. Porażenie przepony było tu niezupełne; przy spokojnem bowiem oddechaniu było nieznaczne tylko wciągnięcie łuków żebrowych w jednej, wypuklenie zaś ich w drugiej fazie oddechu, przytem przepona nie stała bardzo wysoko. Z przypadku tego autor wysnuwa następujące cechy porażenia przepony:

- 1) Lekkim uciskiem ręki można przeszkodzić wypukleniu brzucha przez przeponę.
- 2) Przy głębokiem oddechaniu dolny brzeg wątroby posuwa się ku górze a nie ku dołowi.
- 3) Przy staniu dolny brzeg płuc znajduje się niżej, niż przy leżeniu.
- 4) Naciskiem ręki na brzuch można dolny brzeg płuc znacznie posunąć ku górze.

Dla rozpoznania więc porażenia przepony należy dokładnie oznaczyć perkusją dolny brzeg płuc i wątroby w różnych położeniach ciała, przy wdechu i wydechu, przy uciskaniu wreszcie brzucha ręką.

Przyczyną porażenia przepony w danym przypadku jest, zdaniem autora, takie same zwyrodnienie *n. phrenici*, jakie u tabetyków często się zdarza w *n. accessorius*, *vagus* i ich jądrach.

(Berl. klin. Woch. Nr. 16. 1893).

Mieczysław Goldbaum.

70. D-r Arthur Sarbó [z Buda-Pesztu]. O gorączce histerycznej.

Literatura gorączki histerycznej obejmuje już znaczną ilość prac. Najwcześniej ukazały się prace, dotyczące tego przedmiotu, w piśmiennictwie francuskim. POMME, TISSOT, BAILLON, RIVIERE — oto nazwiska autorów, którzy pierwsi w danej kwestyi głos zabierali. Autorowie ci uważali gorączkę histeryczną za objaw czysto nerwowy. Przeciw pogładowi temu wystąpił BROUSSAIS, utrzymując, iż gorączka histeryczna znajduje się w związku z zapalnymi cierpieniami narządów płciowych histeryczek. Pogląd ten wszakże wkrótce został zbity przez BRIQUET'a, który dowiódł, iż histeryczki mogą gorączkować przy braku wszelkich zapalnych spraw w organizmie. LANDOUZY przyjmował również gorączkę histeryczną, stawiał ją wszakże w zależności od napadów histerycznych.

Z innych autorów francuskich SARBÓ wymienia: BOUCHUT'a, BOISSARD'a, CHANTEMESSE'a, DALCHÉ'go, REGNAUD'a, MACÉ'go, VÉRETTE'a, BRIAND'a, FABRE'a, LAURENT'a, CHAVEAU'a. Przeciw poglądom wymienionych autorów na gorączkę

histeryczną, jako na zjawisko czysto-nerwowe, wystąpił PINARD, twierdząc, że wątpliwem jest, aby w opisanych przypadkach była istotna gorączka; brakowało bowiem w nich zwiększonej ilości mocznika i zmniejszonej wagi ciała. Z niemieckich autorów pisali o gorączce histerycznej WUNDERLICH i ROSENTHAL, z angielskich WHITE i KING.

Co do patogenezy gorączki histerycznej, to autor przyjmuje trzy następujące:

1) Doświadczenia kliniczne dowodzą, że w powstawaniu gorączki przyjmuje ważny udział układ nerwowy ośrodkowy.

2) Gorączki, które nie mają podstawy w cierpieniu jakimś organicznym i które są zależne jedynie od czynności układu nerwowego, należy uważać za skutek zakłócenia czynności ośrodków termicznych i nazywać je gorączkami nerwowymi czynnościowymi.

3) Już *a priori* jest prawdopodobnem, że przy histeryi powstawać mogą podobne gorączki.

Gorączki histeryczne bywają dwojakiego rodzaju: 1-o bez podniesienia ciepłoty (*Hysterisches Scheinfieber*, *pseudofèvre hystérique*, *Hysterische Tachycardie*), 2) z podniesieniem ciepłoty. W tym ostatnim przypadku gorączka może być ciągłą, albo występować napadami.

Gorączka histeryczna ciągła może być rozmaitego natężenia: słabsze dochodzą do 38,5° C., silniejsze zaczynają się od 38,5° C.. Gorączki te nie przedstawiają żadnego typu. Często nagle występują i nagle się kończą. Niejednokrotnie bywają przy nich ciężkie objawy, nie będące w związku z niskimi stopniami podniesienia ciepłoty. Gorączki te mogą się wikłać takimi objawami, że symulują obraz ciężkich chorób, jak: tyfus, *meningitis tuberculosa*, *phthisis*, *peritonitis*. Przyczyną tych gorączek bywa nagle ustanie menstruacji, szok psychiczny, *trauma* i t. p., częstokroć przyczyny dla nich wcale niema. W niektórych razach gorączka histeryczna występuje w szeregu ataków (*état de mal hystérique*) całkiem niezależnie od nich; dlatego to gorączka nie może służyć za oznakę różniczkowo-dyagnostyczną między histerycznymi i epileptycznymi napadami.

Gorączkę histeryczną, występującą napadami, bardzo łatwo można wziąć za malaryę; nigdy wszakże przy niej niema powiększonej śledziony, nadto środki antymalaryczne nie działają na nią wcale.

Zauważyć wreszcie wypada, że jakkolwiek napady gorączki histerycznej mogą występować po atakach histerycznych, są wszakże od nich przyczynowo niezależne.

(*Arch. f. Psychiatrie*. 1891. XXIII. Band. 2 Heft).

Adam Wizel.

Wiadomości bieżące.

— Wobec ważnej roli, jaką obecnie odgrywają środki balsamiczne (*Bals. Copiv.*, *Ol. Santali*) przy leczeniu kataru pęcherza i trypra, powstało pytanie, czy środki te wywołują podrażnienie nerek i białkomocz, czy też nie. Wiadomo, że białko i kwasy żywiczne dają jednakowy odczyn z kwasem azotnym, t. j. obrączkę na linii, dzielącej mocz od kwasu. Jako cechę różniczkową podano fakt, jakoby obrączka z kwasów żywicznych rozpuszczała się w alkoholu, gdy obrączka białkowa zbija się jeszcze bardziej. ALEKSANDER na podstawie licznych doświadczeń przyszedł do wniosku, że ta próba różniczkowa [alkoholowa] niema wartości, ponieważ acidalbumina w pewnym stosunku rozpuszcza się w alkoholu, tak, że tylko większe ilości białka tą drogą odróżniane być mogą. Jeszcze więcej trudności spotykamy w razie obecności śluzu [mucyny] w moczu. Dla odróżnienia białka, śluzu i kwasów żywicznych autor proponuje sposób następujący. Do trzech probówek na-

lewamy 8—10 ctm. sześć, moczu. Do pierwszej dodajemy 2—3 kropel kwasu solnego; zjawiające się natenczas zmętnienie świadczy o obecności kwasów żywicznych. Do drugiej probówki dodajemy kwasu octowego. Jeżeli pierwiastkowo utworzony osad nie rozpuści się w nadmiarze kwasu octowego, to mamy muczny, ponieważ kwasy żywiczne rozpuszczają się w nadmiarze kwasu octowego. Trzecią probówkę ogrzewamy i dodajemy $\frac{1}{3}$ objętości kwasu azotowego. Tworzące się zmętnienie świadczy o obecności białka, ponieważ kwasy żywiczne rozpuszczają się w nadmiarze kwasu azotowego i przy ogrzewaniu nie mętnieją, śluzu zaś kwas azotowy nie strąca. (*Deut. medic. Wochenschr. Nr. 14. 1893.*)

W. M.

— D-r J. PETRUSCHKI [z Instytutu chorób zakaźnych w Berlinie] (*Tuberculose und Septicämie*). Już w r. 1884 KOCH zwrócił uwagę na obecność różnych gatunków bakterji w płwocinie gruźliczej. Badanie, dokonane przez PETRUSCHKY'ego według metody KOCH'a [kilkakrotne przemycie płwociny wodą sterylizowaną i badanie lepkiej masy po usunięciu pienistej śluzowej części], wykazały, że najczęściej obok laseczników gruźliczych napotyka się streptokoki i że one wywołują objawy t. zw. gorączki hektycznej. Obecność streptokoków została wykazaną już poprzednio przez KITASATO i CORNET'a w jamach gruźliczych. Opierając się na rezultatach hodowli bakterji, badań drobnowidzowych, a także na materyale sekcyjnym, autor ten twierdzi, iż zakażenie streptokokami stanowi najczęstsze powikłanie gruźlicy. Najczęściej [57%] znajdują się te pasożyty w krwi i w cieczach tkankowych wszystkich narządów. Fakty te czynią bardziej zrozumiałymi zjawiska gorączki „hektycznej“; bo widzimy tu analogię ze zjawiskami gorączkowymi przy różnej, sprawach ropnych, gorączce płożowej i t. p., jednym słowem: w chorobach zależnych od bakterji ropnych. Dlaczego jednak najczęściej zdarza się podgorączkowy przebieg gruźlicy, a nade wszystko — jak objaśnić nagłe nasilenie i zwolnienia gorączki? Pytania te znajdują poniekąd odpowiedź w analogji znów ze sprawami ropnymi wogóle. Jak tam, tak tu istnieją zapewne różne gatunki streptokoków, a stąd i różnym bywa przebieg spraw ropnych i gruźlicy. Aby zrozumieć drugie pytanie, należy uwzględnić fakt, że dopóki ropa pozostaje w przestrzeniach zamkniętych, dopóty gorączka istnieje; skoro zaś znajduje się dostateczny odpływ, gorączka znika. Tak samo dzieje się z jamami: dopóki zawarta w nich ropa jest zamknięta, dopóty mamy krzywą temperatury, właściwą zakażeniu streptokokami, gdy zaś ropa znajdzie ujście, mamy zwolnienie gorączki. Na tej podstawie stara się objaśnić PETRUSCHKY niepewne działanie tuberkuliny. Tuberkulina, jako produkt przecińków gruźliczych, ma być środkiem swoistym przeciwko czystej gruźlicy, a więc w początkowych jej okresach, dopóki niema powikłania ze strony streptokoków. A więc dopóki jest gorączka, dopóki mamy gruźlicę septyczną, dopóty tuberkulina stosowana być nie może; w stanach bezgorączkowych środek ten może być z korzyścią użytym. Głównem więc zadaniem winno być wczesne rozpoznanie gruźlicy, na co, jak twierdzi autor, KOCH od samego początku kładł nacisk. (*Deutsch. med. Woch. Nr. 14. 1893.*)

W. M.

— Jedna z najpożyteczniejszych naszych instytucji „Kolonie letnie dla biednych, słabowitych dzieci warszawskich“ krząta się energicznie, aby jak największa liczba dzieci mogła w r. b. korzystać z dobrodziejstw dobrego wiejskiego powietrza. Przez całą zimę czytywalimy w pismach periodycznych artykuły opisujące to sposób urządzenia kolonii, to propozycje różnych ulepszeń i t. d. Jest to jeden z najpewniejszych sposobów budzenia dobroczynności naszego ogółu, tak skłonnego do zapomnienia o najważniejszych nawet potrzebach społeczeństwa. Sądźmy, iż składki na ten cel popłyną obficie, tak, że zarząd kolonii ujrzy się w czasie właściwym w posiadaniu potrzebnych mu na cel powyższy 10000 rs., na zebranie których otrzymał pozwolenie Naczelnika kraju.

— W Frankfurcie nad Menem odkryto źródło gorącej [56,6° C.] wody, która wedle analizy prof. LUDWIG'a najwięcej jest zbliżona do Karlsbadzkiego Sprudla, ztąd nazwanem ono zostało „*Frankfurter Sprudel*“. Z głównych części składowych zawierać ma ono: siarczanu sodu 21,375 [a Karlsbad-Sprudel 24,053], węglańu sodu 12,00346 [K.-S. 12,980], chlorku sodu 5,346 [K.-S. 10,418] Zawiązało się już „*Consortium zur Verwertung des Frankfurter Sprudel's*“.

— Prof. ERB i WERNICKE nie przyjęli zaproszenia na profesorów do Wiednia.

— Zmarł w Neapolu D-r V. CANTANI, profesor kliniki lekarskiej, znany między innymi z prac nad cukromoczem i cholera.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 6 Мая 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.