

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija ogólna.

432. RONEBERG. — **O zawartości białka w płynie przy puchlinie brzusznej.** *Ueber den Eiweißgehalt der Ascites flüssigkeiten.* (Deutsch. Archiv. f. klin. Medicin. Bd. 34, Hft. 1).

Przesięki do jamy otrzewnej zostają wywołane przez:

- 1) ogólną wodnistość krwi.
- 2) zastój w układzie żyły wrotnej.
- 3) ogólny zastój żylny.
- 4) przez raki otrzewnej.
- 5) przez proste albo gruzlicze sprawy zapalne otrzewnej.

We wszystkich tych przypadkach skład chemiczny przesięków, różni się przede wszystkim zawartością białka, podczas, gdy ilość soli podlega tylko b. nieznacznym wahaniom. Gdyby różnice ilości białka w każdym przypadku przedstawiały stałe procentowe zachowanie się, albo przynajmniej utrzymywały się mniej więcej w określonych granicach, to możnaby z zawartości białka sądzić o naturze zaburzeń wywołujących w danym razie przesiek do otrzewnej.

Do jakiego stopnia dane te można by użyć do celów klinicznych rozpoznawczych—oto pytanie, jakie rozwiązać postanowił autor wymienionej w tytule pracy.

Ilościowe określenia w 37 przypadkach należących do wyżej wspomnianych działów dały następujące wyniki:

1) *przy ogólnej wodnistości* przy przewlekłych zapaleniach nerek, zwyrodnieniach mączkowatych, zakorzenionym przymiocie, suchotach, znajduje się białka w przesieku do jamy otrzewnej minimum

0,03⁰/₀, maximum 0,41⁰/₀—średnią liczbą 0,21⁰/₀.

2) *przy zastoju w układzie żyły wrotnej* (marskość wątroby, zwężenia żyły wrotnej)—min. 0,37⁰/₀, maximum 2,68⁰/₀, średnią liczbą 0,97⁰/₀.

3) *przy ogólnym zastoju żylnym* (wady serca, zapalenie śródmiąższowe nerek z przerostem serca), minimum 0,84⁰/₀, maximum 2,3⁰/₀, średnią liczbą 1,67⁰/₀.

4) *przy rakach otrzewnej* (i żołądka) minimum 2,7⁰/₀, max. 5,42⁰/₀, średn. liczbą 3,51⁰/₀.

5) *przy przewlekłym zapaleniu otrzewnej* min. 3,36⁰/₀, max. 4,25⁰/₀, średn. liczbą 3,71⁰/₀.

Z powyższego widać, że zawartość białka w pojedynczych grupach, chociaż nie przechodzi po za pewne granice, podlega jednak dość znacznym wahaniom tak, że „maxima” jednej zachodzą daleko w obręb „minima” następnej z kolei.—Rozpoznawanie więc, któreby się opierało jedynie na zawartości białka, mogłoby według powyższego zestawienia mieć pewną wartość tylko przy rozróżnianiu krańcowych grup. Należy tu uwzględnić jeszcze pewne czynniki, które obok głównej sprawy wpływają znacznie na wahania ilości białka w przesiekach. Czynniki te są następujące:

- 1) zawartość białka we krwi.
- 2) przyłączenie się sprawy zapalnej w danym oddziale naczyniowym.
- 3) samo trwanie sprawy przesiękowej (jej wiek), ciśnienie, pod jakim znajduje się płyn w jamie zapalnej i rozmiary wysysania się przesieku.

Zawartość białka w surowicy krwi podlega w patologicznych stanach b. znacznym wahaniom. Normalna ilość 7,5—8,5⁰/₀,

spada przy długotrwałych wyniszczających cierpieniach do 4%, a Bartels widział w jednym przypadku przewlekłego zapalenia nerek, tylko nieco więcej nad 3%,— a priori należy oczekiwać, że te zmiany składu krwi muszą oddziaływać i na ilość białka w przesiekach; uwydatnia się to zwłaszcza przy zastojach w układzie żyły wrotnej, zależnych od raka wątroby, jeżeli wyniszczenie następuje b. szybko, jak również, jeżeli stan chorego zmusza do częstego wypuszczania płynu z jamy brzusznej, co, rozumie się, wywołuje bezpośrednią utratę ciał białkowych ustroju. Podobny przykład przedstawiają i inne jamy, np. jama opłucnej, której sprawy przesiekowe mają te same cechy co i przesieki do otrzewnej. Wysięki surowicze do tej jamy, zawierają od 4,78—5% białka; przy stanach zaś kachektycznych, albo po rozwinięciu się charłactwa ilości te spadają do 2,5—2,4%.

Niekiedy w niepomyślnych przypadkach zniżanie się zawartości białka, a więc i wpływ składu krwi na przesieki, zaznacza się przy każdym następnym przekłóciu w miarę wzrostu ogólnego upadku zdrowia.

Co się tyczy sprawy zapalnej, wpływa ona znakomicie na powiększenie się ilości białka w przesiekach. Rozmiary jego zależą tylko od natężenia sprawy zapalnej, dotyczy to zarówno jamy brzusznej, jak i innych jam; różnice bowiem w budowie naczyń w rozmaitych oddziałach układu naczyniowego, nie mają tu żadnego znaczenia. Nigdy jednak i to w razie największego nawet zapalenia wysięki nie zawierają tyle białka, co surowica krwi.

Z drugiej za to strony zmniejszona obfitość białka we krwi odbija się ujemnie na składzie wysięków zapalnych. Porównawczego badania krwi, autor nie przeprowadzał, a opiera się tylko na spostrzeżeniach klinicznych.

Na trzeci czynnik, daleko mniej jasny niż dwa powyższe, pierwszy zwrócił uwa-

gę F. Hoppe, który mianowicie zauważył, że im rzadziej u danego osobnika opróżniać jamę otrzewnej przez przekłócia i im wyższem stawało się w niej ciśnienie, tem wyraźniej zwiększała się w przesieku ilość białka.

Zjawisko to nie daje się spostrzegać wyraźnie i dokładnie przy zupełnych opróżnieniach, zanim bowiem dojdzie znowu do nagromadzenia się znacznych ilości przesieku, warunki ustroju mogą się znakomicie zmienić.

Autor przeto dla sprawdzenia omawianego zjawiska wykonywał po każdym obfitem wypuszczeniu małe upusty płynu. Przy tem okazało się, że wtórnie wypuszczony płyn zawierał zawsze mniej białka niż pierwszy starszy. Różnice te dochodzą nawet znacznych (1—2%) rozmiarów, zwłaszcza jeżeli przed pierwszym wypuszczeniem płyn zbierał się długo i w jamie doszło do wysokiego ciśnienia.

Wykonawszy cały szereg podobnych częściowych upustów, przekonywamy się, że przy dalszem trwaniu przesiekania ilość białka znowu się zwiększa (w miarę wzrostu ciśnienia), nie dochodzi jednak tak wysokich rozmiarów, jak przy pierwszym opróżnieniu, być może z powodu rozwijającego się z przyczyny głównej choroby ogólnego wyniszczenia i wodnistości krwi. Mamy tu więc do czynienia ze zjawiskiem niejako paradoksalnem, gdyż w miarę zmniejszania się różnicy między ciśnieniem w naczyniach i w przesieku, zwiększa się ilość białka, podczas gdy należało by się spodziewać wprost przeciwnego skutku.— Autor objaśnia zjawisko to na podstawie swoich spostrzeżeń nad filtrowaniem białkowych roztworów przez błony zwierzęce po za obrębem organizmu, z których doszedł do wniosku, że w miarę zmniejszania się ciśnienia w sączku, przesiekanie białka się zwiększa, podczas gdy zmniejsza się ilość przechodzących soli i wody.

Oprócz tego w miarę zwiększenia się ciśnienia w jamie, które stanowczo, za

pomocą manometru zostało wykazaniem przez Hoppego, następuje i wchłanianie przez limfatyczne naczynia dawniejszego wysięku, który zostaje zastąpionym przez nowy, przechodzący już przy mniejszej różnicy w ciśnieniu między przesączającym się płynem (surowicą) i przesiękiem, a więc i bogatszy w białko.

Na zwiększenie się procentowego stosunku zawartości białka wpływa wreszcie i dobrowolne wchłanianie się przesięku, w którym większy udział bierze woda i sole, przez co względnie wzrasta ilość białka. Objasnienie tego zjawiska dziś jeszcze nie jest możebnem.

Czynniki te, tak różnorodnej natury, mogą się w każdym przypadku rozmaicie kombinować. Przy stawieniu przeto rozpoznawania na podstawie zawartości białka w przesięku należy je wszystkie uwzględnić. Jeżeli bowiem zawartość $0,3\%$ białka, stanowczo pozwala przypuszczać wodostek zależny od wodnistości krwi, to przy $0,5-1\%$, możemy mieć do czynienia zarówno z puchliną brzuszną z powyższej przyczyny, powikłaną przez przyłączenie się ostrego zapalenia otrzewnej, lub zaczynającą się wchłaniać; albo też może to być wodostek przy zastoju w układzie żyły wrotnej, przy ogólnej wodnistości krwi, lub wreszcie wodostek przy ogólnym zastoju u osobników bardzo wyniszczonych.

Autor przytacza opisy kilku przypadków, w których przeprowadza różniczkowe rozpoznawanie, na podstawie zawartości białka w przesięku z uwzględnieniem wszystkich powyższych wpływów. Oto jeden z nich: chory niedokrewny, od wielu lat cierpiący na wadę serca; ogólny zastój żylny, białkomocz; znaczny wodostek brzuszny bez wszelkiej wrażliwości brzucha. Płyn wypuszczony zawiera $3,7\%$ białka. Pytanie, czy puchlina brzuszna jest tu tylko objawem ogólnego zaburzenia, czy też są i miejscowe przyczyny? Wysoki procent białka wyklucza na pewno przesięk z powodu ogólnego zastoju i zastoju w u-

kładzie żyły wrotnej; przypuszczać można zapalenie otrzewnej przy raku, lub prawdopodobniej zwyczajne zapalenie u osobnika wyniszczonego. Badanie zwłok stwierdziło ostatnie.

Następna tabliczka ułatwia orjentowanie się przy rozpoznawaniu:

$0,3\%$ białka i niżej — wodostek przy wodnistości krwi.

$0,3-0,5\%$ wodostek przy mniejszym stopniu wodnistości krwi, lub przy poczynającym się wchłanianiu. Zastój w obrębie żyły wrotnej, przy wysokiej wodnistości krwi.

$1-1,5\%$ zastój w obrębie żyły wrotnej.—
Ogólny zastój żylny przy śred. stopniu wodnistości.

$1,5-2\%$ ogólny zastój żylny. Zastój w obrębie żyły wrotnej przy b. dobrym stanie ogólnego odżywiania lub przy wchłanianiu.

$2,5-3\%$ wymienione dopiero co przesięki w wyjątkowych razach, przesięki przy ranach i wysięki zapalne, przy bardzo wysokich stopniach wyniszczenia.

$3-4,5\%$ przesięki przy rakach i zapaleniu u osobników wyniszczonych.

$4,5-6$ zapalenie otrzewnej przy dobrym ogólnym stanie. Peritonitis carcinomatosa, w wyjątkowych razach, przy starych przesiękach z wysokim ciśnieniem w jamie brzusznej.

Oznaczenie więc ilościowe białka w przesiękach może być pomocnem przy bliższem określeniu rozpoznania, a nawet przy rokowaniu, chociaż, niestety najczęściej tylko o tyle, jak prędko należy spodziewać się śmierci.

W ogóle, co do ostatniego, można powiedzieć, że zmniejszenie się zawartości białka przy następujących po sobie próbnym upustach, jest oznaką niepomyślną, rzecz się będzie miała przeciwnie, jeżeli można stanowczo wykluczyć zapalenie otrzewnej.

Oznaczenie białka autor skutecznie

sposobem Scherera, używanym zwykle przy oznaczeniu tego ciała w moczu.

Oznaczenie takie białka jest, jak wiadomo, uciążliwym i zabiera dość czasu; 5—6 godzin w najlepszym razie. Przy oznaczeniu białka w przesiekach, z powodu nie zmniejszających się zawartości soli, można je określać na podstawie ciężaru gatunkowego. Reuss drogą porównawczą ułożył następną tabliczkę, według której za pomocą zwyczajnego urometru, można obliczać b. prosto odsetkową zawartość białka w wysiekach i toz wystarczającą dokładnością:

TABLICA REUSSA.

Ciężar gatunkowy przesieku.	Zawartość białka w odsetkach.
1008	0,2
1009	0,6
1010	1,0
1011	1,3
1012	1,7
1013	2,1
1014	2,5
1015	2,8
1016	3,2
1017	3,6
1018	4,0
1019	4,3
1020	4,7
1021	5,1
1022	5,5
1023	5,8
1024	6,2
1025	6,6
1026	7,0
1027	7,3
1028	7,7

W końcu autor podaje makroskopijny wygląd rozmaitych przesieków i szereg (37) historii chorób.

Czysto chartaczy brzesiek do jamy otrzewnej jest bezbarwny, najwyżej słabo żółtawy, nigdy zupełnie przezroczysty, słabo opalizujący. Ostatnia własność zależy według Hoffmanna nie od tłuszczu ani też od upostaciowanych pierwiastków, lecz od pewnej zmiany białka. Osad bardzo

skąpy, czerwonych ciałek nie zawiera nigdy.

Przy zastoju w obrębie żyły wrotnej.

Przesiek bywa b. rozmaity, barwy od jasno-żółtej do cytrynowej. Zawiera białe ciała i nieliczne czerwone.

Przy ogólnym zastoju żylnym barwa przesieku dochodzi do brunatnej, ilość ciałek krwi znaczniejsza.

Przy prostem przewlekłym zapaleniu otrzewnej—płyn bywa jasny, cytrynowo-żółty, gęstawy. Ilość czerwonych ciałek krwi niekiedy dość znaczna tak, że osad zabarwia się czerwono. Oprócz tego zawiera skrzepy włóknika.

Przy peritonitis carcinomatosa—przesiek zawiera tyle upostaciowanych pierwiastków, że wydaje się mętnym, szarym, brudnym, po ustaniu się osadu—staje się przezroczystym, podobnym do powyższych. Osad składa się z okrągłych komórek, większych znacznie niż białe ciała.

Ilość ciałek czerwonych krwi bardzo znaczna.

Płyn bywa niekiedy zupełnie krwawym i zawiera nieznaczne ilości skrzepniętego włóknika w postaci kłaczków i strzępków.

O. Hewelke.

II. Medycyna wewnętrzna.

433. H. HUCHARD. **Dusznicie bolesne.** *Des angines de poitrine.* (*Revue de Médecine* Z. 4, 6, 8 i 9 r. 1883).

W obszernej monografii autor zapoznaje nas z tém cierpieniem, które przedstawia w sposób niezmiernie jasny i praktyczny, dla tego też sądzimy, że streszczenie tej pracy nie będzie bez korzyści dla naszych czytelników.

We wstępie autor usprawiedliwia nagłówek, podany w liczbie mnogiej; formy bowiem stenocardiae są tak liczne, że może być mowa tylko o dusznicach bolesnych.

Teoryje służące do wytłumaczenia patogenezy duszniczy bolesnej, można pod-

ciągnąć pod 4 główne działy, a mianowicie:

1) Teoryja tętnicowa widzi przyczynę stenocardiae w zmianach aorty i tętnic wieńcowych serca (Kreysig, Hamilton, Stokes, Corrigan, Virchow, G. Sée i t. d.).

2) Teoryja nerwowa. Dusznica bolesna jest właściwie *nerwicą* nerwów serca lub powstaje w następstwie *zapalenia* tych nerwów (Fothergill, Romberg, Jacoud, Trousseau, — Home, Bamberger, Lancereaux, Peter, Nothnagel, Lauder, Brunton i wielu innych).

3) Teoryja mięśnia sercowego. Zmiany mięśnia sercowego, jak nprz. zwyrodnienie tłuszczowe, wywołać mogą dusznicę bolesną (Heberden, Eichwald, Quain i inni).

4) Teoryja djatetyczna. (Théories diathésiques). Dusznica bolesna jest objawem dny serca (Barstез, Schmidt, Bergius), dny przepony (Stephen i Darwin), wreszcie gościca serca (Schmidt, Viguiер i t. d.).

HUCHARD podaje inny pogląd. Tylko ta forma zasługuje, jego zdaniem na nazwę dusznicy bolesnej, która zależy od zmian aorty, a przedewszystkiem tętnic wieńcowych, które to zmiany są w stanie wywołać niedokrewność serca (dusznica bolesna pochodzenia tętniczego). Ta forma jest dusznicą bolesną *prawdziwą* i na nią tylko się umiera. Inne formy dusznicy bolesnej, *na które się nie umiera*, spotykane są u artrytyków, osób nerwowych i hysterycznych, u dyspeptyków. Formę tę autor nazywa *falszywą*; różni się ona od prawdziwej objawami, rokowaniem i lečeniem.

I. *Dusznica bolesna prawdziwa* skutkiem *niedokrewności serca*.

Obraz tej choroby jest typowy: chory, który przed kilkoma sekundami czuł się najzupełniej dobrze, nagle, skutkiem jakiegoś silniejszego wrażenia, szybszego chodu, doznaje gwałtownego bólu pod mostkiem, połączonego z uczuciem jakiegoś ściśnienia w okolicy serca i śmiertel-

nego niepokoju. Chory pod wpływem tych uczuć zostaje jakby wrytym w mięsie, a zarazem czuje zbliżającą się śmierć. Ból chorzy ci porównują do targania żelaznemi kleszczami. Twarz chorego blednie, kończyny ziębną. Do tego przyłączają się rozpromieniające się bóle. Po kilku, najwyżej kilkunastu minutach, napad się kończy, pozostawiając po sobie straszne wspomnienie w umyśle chorego.

Od tego obrazu bywają jednak liczne zboczenia. Napad może trwać dłużej i chory podczas niego umiera. W niektórych razach ból może być nieznaczny, wybitną zaś cechą napadu, będzie rodzaj śmiertelnego omdlenia (syncopa angens Parrylego, albo angina pectoris frusta sine angina Bernsteina).

Z bólów rozpromieniających, najczęstszymi są bóle łopatki, lewego ramienia i przedramienia w kierunku wewnętrznego nerwu skórniego. Czasami napad zaczyna się od tych bólów, (angina pectoris á début périphérique).

Mniej częstemi są irradjacje:

a) w kierunku plexus cardiacus), bóle szyi, szczęki, skroni, potylicy i t. d.).

b) w kierunku nerwu błędnego (ściśkanie gardła, oesophagismus — nudności, wymioty; bóle wątroby.

c) bóle w kierunku nerwów międzyżebrowych, nakoniec:

d) napad często się kończy potrzebą oddawania stolca, moczu i t. d.

Ze strony organów oddechowych, właściwie brak duszności, a raczej jest bezdech (apnoea), chorzy instynktownie starają się wcale nie oddychać, lub tylko powierzchownie, by nie powiększać bólu.

Rytm serca podczas napadu zwykle się nie zmienia; czasami jednak tętno jest przyśpieszone; innym zaś razem zwolnione.

Dusznica bolesna prawdziwa odznacza się więc nagłym początkiem; napad trwa krótko i powstaje najczęściej skutkiem jakiegoś silniejszego wrażenia, biegu, wcho-

dzenia po schodach, napady powtarzają się stosunkowo rzadko; ból ma charakter ścieśniający (angoisante).

Najważniejszą jednak rzeczą jest to, że dusznica bolesna prawdziwa powstaje skutkiem niedokrewności serca, zależnej najczęściej od zwężenia światła tętnic wieńcowych.

Autor w tém miejscu opisuje następujący przypadek:

Chory, mający lat 32 i dotknięty od kilkunastu lat przymiotem, z którego pozornie zdawał się być uleczony, wstąpił do szpitala skutkiem bardzo częstych napadów dusznicy bolesnej. Badanie płuc i serca nie wykazało absolutnie żadnych zmian.

Chory ten podczas jednego napadu w szpitalu umarł. Oględziny pośmiertne wykazały arteritis obliterans przy początku tętnic wieńcowych. Wejście do tych tętnic było do tego stopnia zwężone, że ledwie można było przezeń przeprowadzić koniec bardzo cienkiego zgłębnika.

W tym więc przypadku niedokrewność mięśnia sercowego, wywołana cierpieniem tętnic wieńcowych, była przyczyną napadów dusznicy bolesnej i śmierci chorego.

Teoryja autora, czyniąca dusznicę bolesną, zależną od zmian tętnic wieńcowych, nie jest nową, wygłosili to dawno już Senner, Parry i Kreysig.

Że u starców stosunkowo rzadko spotykaną jest stenocardia pomimo skostnienia aorty i tętnic wieńcowych, pochodzi to, zdaniem autora, ztąd, że u nich wraz ze skostnieniem tętnice się rozszerzają;— dla wywołania zaś stenocardiae tylko wejście do tętnic musi być zwężone.

Tak więc przy niedostatecznym dopływie krwi tętniczej do mięśnia sercowego, choremu ciągle zagraża niebezpieczeństwo napadów dusznicy bolesnej. Przy spokojnem zachowaniu się chorego, ilość krwi dopływającej do mięśnia sercowego, pomimo zmian w jego tętnicach, jest jeszcze dostateczna dla odżywiania serca.—

Przy powiększeniu jego pracy skutkiem np. szybkiego ruchu, przestachu, zbytnej radości i t. d., ilość krwi, znajdującej się w tętnicach wieńcowych, nie jest już wystarczającą i następuje napad, siła którego zależeć będzie od wielkości niedostatku krwi, a głównie od szybkości, z jaką zбочzenia w dopływie krwi do serca będą wyrównane.

Statystyczne dane stwierdzają zależność stenocardiae od ischaemiae cordis. Na 72 przypadków dusznicy bolesnej znaleziono 38 razy zmiany w tętnicach wieńcowych, 17 razy zmiany w aorcie, 4 razy zwyrodnienie tłuszczowe serca, 3 razy zapalenie osierdzia, 1 raz zapalenie opłucnej, 1 raz cierpienie wątroby; w innych przypadkach przyczyny pozostały nieznane.

Przed kilkunasty lata dusznicę bolesną stawiano w należności od cierpienia spłotu sercowego (plexus cardiacus).

Teoryja ta znalazła znakomitych obrońców w Lancereaux i w Peterze.

H. sądzi, że teoryja ta nie ma żadnej racji bytu, gdyż 6 przypadków, przytoczonych przez tych autorów dla potwierdzenia swych poglądów, prędzej przemawiają przeciw, aniżeli za tą teoryją; zmiany bowiem w splocie sercowym znaleziono nieznaczne, natomiast w 4-rech przypadkach bardzo wyraźnie mówią o zwężeniu wejścia do tętnic wieńcowych. Że znacznym nawet zmianom w nerwach serca trudno przypisać możność wywołania anginae pectoris, dowodzi obserwacyja M. Raynauda, który w przypadku tętniaka aorty znalazł silne zmiany w nerwie błędnym i wstecznym, a jednak chory ów za życia nie cierpiał ani razu na napad dusznicy bolesnej.

Na potwierdzenie swych poglądów, H. przytacza 28 obserwacyi, w których za życia chorych zaznaczono napady dusznicy bolesnej; a po śmierci znaleziono silne zwężenie światła tętnic wieńcowych.

Prawdziwa więc dusznica bolesna jest pochodzenia tętniczego i powstaje przez zaciśnięcie lub nawet zamknięcie światła

tętnic wieńcowych, następstwem czego będzie ostra niedokrewność mięśnia sercowego. Ta forma anginae pectoris jest bardzo ciężką, a nawet bardzo często śmiertelną.

Forma ta odróżnia się zupełnie od innych form dusznicy bolesnej pochodzenia nerwowego (u dotkniętych hysteryją, neurastheniją, hypochondryją, otrutych nikotyną i t. d.).

II. *Dusznica bolesna* powstała w następstwie *funkcyjnalnej niedokrewności serca*.

Nie ulega wątpliwości, że niedokrewność serca może czasami powstać skutkiem funkcyjnalnego skurczu jego tętnic, które zresztą mogą być zupełnie zdrowe. Macinnica, a głównie otrucie nikotyną, (G. See) jasno dowodzą możliwości powstawania niedokrewności serca, skutkiem skurczu naczyń.

Claude-Bernard wykazał pierwszy, że nikotyna przez podrażnienie nerwów błędnych, wywołuje spazm tętnic wieńcowych.

Dane kliniczne stwierdzają ten fakt, Beau, Gélineau i Decaisne, wykazali, że nikotyna wywołuje nieraz poważne zaburzenia sercowe, dojść mogące nawet do stopnia napadu dusznicy bolesnej.

Zdaniem Hucharda, tytoń wywołuje może napady stenocardiae w trojaki sposób:

- 1) przez swe działanie zwężające na tętnice.
- 2) przez swe działanie na nerw błędny i
- 3) upośledzając trawienie.

W pierwszym razie (action vasoconstrictive), mechanizm powstawania dusznicy bolesnej nikotynowej, będzie taki sam, jak przy angina pectoris pochodzenia tętniczego. Dwa ostatnie rodzaje są więc zblizzone do tak zw. dusznicy bolesnej fałszywej.

Autor przytacza 6 obserwacji dusznicy bolesnej, powstałej skutkiem nadmierne- go palenia. Chorzy, skutkiem bezu-

stannego palenia papierosów i cygar dostawali napadów dusznicy bolesnej. Po absolutnem wyrzeczeniu się tytoniu, napady powtarzały się coraz rzadziej i w końcu bezpowrotnie mijały.

Cechy nikotynowej dusznicy bolesnej są następujące:

1) Napadom towarzyszą zaburzenia czynności serca i oddychania (duszność—tętno nierówne).

2) Odstawienie się od tytoniu szybko usuwa napady.

3) Zejście śmiertelne jest wyjątkowe.

Rozpoznanie dusznicy bolesnej prawdziwej jest łatwe, jeżeli mamy jawne znaki cierpienia tętnic. Przy ich braku należy zbadać nie tylko charakter napadu i jego objawy, ale także okoliczności, które towarzyszyły lub poprzedzały napad. Ma się prawo przyjąć dusznicę bolesną:

a) jeżeli napad powstał skutkiem szybkiego ruchu, wchodzenia po schodach lub też skutkiem jakiegoś wzruszenia.

b) jeżeli napady zaczęły się po 50 latach i

c) jeżeli przed wystąpieniem napadów u chorego istniały objawy chorobowe, każące się domyślać cierpienia aorty, zakłócenie oddychania, bóle pod mostkiem i t. d.).

III. Oprócz powyższych dwóch form dusznicy bolesnej, zależnych od niedokrewności mięśnia sercowego, autor przyjmuje formę dusznicy bolesnej *wrzekomą* powstać mogącą skutkiem niestrawności (forma dyspeptyczna) lub też skutkiem hysteryi, neurastheniae i t. d. (forma nerwowa).

Rozróżnianie to ma bardzo ważne znaczenie pod względem praktycznym, gdyż fałszywa dusznica bolesna, prawie zawsze kończy się wyzdrowieniem. Objawy dusznicy bolesnej fałszywej, aczkolwiek są podobne do objawów prawdziwej, mniejszą, aniżeli przy tej ostatniej, odznaczają się gwałtownością.

A) Dusznica bolesna pochodzenia ner-

zowego i dnawego, odznacza się następującymi cechami:

- 1) Forma nerwowa spotyka się najczęściej u ludzi pomiędzy 30-ym a 40-ym rokiem życia.
- 2) Zjawia się częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn. (Forma prawdziwa daleko częściej u mężczyzn).
- 3) Napady nerwowej i dnawej formy dusznicy są częste, powtarzają się peryjodycznie i najczęściej wśród nocy.
- 4) Napady trwają dłużej, aniżeli przy prawdziwej, (od pół do dwóch, a nawet do trzech godzin).
- 5) U artrytyków napad najczęściej powstaje skutkiem zimna.
- 6) Przyczyny napadów u osób nerwowych są rozmaite.
- 7) Ból nie jest umiejscowiony pod mostkiem, lecz nad sercem; charakteru, jak przy chorobie Rognon-Heberdena.
- 8) Bólowi często towarzyszy duszność.
- 9) W formie fałszywej zaburzenia naczynioruchowe, (bładość twarzy oziębienie kończyn, stan omdlenia i t. d.), któremi się zwykle kończy napad dusznicy bolesnej prawdziwej, poprzedzają sam napad.
- 10) W przestankach pomiędzy napadami ogólny stan zdrowia jest dobry; bywają tylko bicia serca, zależne od stanu nerwowego, lub bezkrwistego, ale chorzy bez obawy dostania napadu mogą biegać, tańczyć i t. d.
- 11) U osób nerwowych po przejściu napadu dusznicy bolesnej, występują nieraz inne zaburzenia natury nerwowej i odwrotnie.
- 12) Wyzdrowienie jest prawem przy stenocardia nervosa.

Autor przytacza 17 przypadków dusznicy, które, na zasadzie cech wyżej podanych zalicza do dusznicy wrzekomej nerwowej.

B) *Dusznica bolesna pochodzenia żołądkowego.*

Związki, łączące dusznicę bolesną z zaburzeniami żołądka, znane są od dość dawna. Heberden, Widemann i Butter, widzieli napady dusznicy występujące po jedzeniu.

Potain, a głównie Barié ¹⁾ dokładniej opisali cechy dusznicy, zależnej od niestrawności i innych cierpień kanału pokarmowego.

Główne cechy tej formy anginae pectoris są:

- 1) Powstaje w każdym wieku i u obu płci.
- 2) Napady nie są tak gwałtowne, jak przy prawdziwej; trwają dłużej; często występują po jedzeniu.
- 3) Ból leży przed sercem, a nie pod mostkiem; ból ten ma więcej cechy pełności klatki piersiowej, aniżeli ścieśniania; ból ten trwa długo, czasami całą godzinę.
- 4) Jeżeli napad powstaje po jedzeniu, wówczas chorzy najprzód uczuwają pewną trudność w oddychaniu i doznają pewnego uczucia w dolku sercowym; ściskanie się powiększa, tętno staje się małym, kończyny ziębną; przyłącza się ból i stan wyraźnego omdlenia.
- 5) Napad choćby najgwałtowniejszy kończy się wyzdrowieniem.

Autor w dalszym ciągu rozbiiera etiologię, rokowanie i leczenie rozmaitych form dusznicy bolesnej.

Ze względu na etiologię, autor odróżnia 5 następujących rodzajów dusznicy bolesnej:

- a) dusznica bolesna organiczna.
- b) nerwowa.
- c) odruchowa.
- d) skutkiem diatezy i
- e) skutkiem otrucia (toxiques).

A) Dusznica bolesna *organiczna*, jak to widzieliśmy wyżej, zależy od niedo-

1) Kronika Lekarska Nr. 8—r. 1883

krewności mięśnia sercowego, powstałej skutkiem zatkania lub zwężenia organicznego tętnic wieńcowych. Najczęstszymi przyczynami tej arteritis obliterans są: przymiot, alkoholizm, dna, gościec i zatrucie ołowiem.

Ponieważ cierpienia te są częstsze u mężczyzn, przeto nic dziwnego, że ta forma dusznicy bolesnej daleko jest częstsza u mężczyzn, aniżeli u kobiet.

B) Dusznice bolesne *nerwowe* powstają najczęściej skutkiem hysterii, neurasthenii, hypochondryi, a nawet padaczki (Trousseau).

Przyczyną wywołującą jest podług jednych nadczułość splotu sercowego podług innych funkcjonalna niedokrewność serca skutkiem spazmu tętnic wieńcowych; inni znowu tłumaczyli pojawienie się napadu — ogólnym skurczem naczyń wreszcie jeszcze inni przypuszczali początek ośrodkowy. Zdaniem Hucharda, żadne z tych objaśnień nie wytrzymuje krytyki.

C) Dusznice bolesne *odruchowe* przypisywali dawniejsi pisarze (Heberden, Wichmann, Parry, Macgneen), cierpieniom żołądka, kiszki lub wątroby. Beau, głównie w niestrawności widział przyczynę stenocardii, co stwierdził Ullersperger przez opisanie kilku odnośnych obserwacji.

Potain objaśnia patogenię dusznicy bolesnej pochodzenia żołądko-kiszkowego w następujący sposób:

Podrażnienie odruchowe, mogące mieć za punkt wyjścia wątrobę, kiszki i najczęściej żołądek, wywołuje wzmocniony skurcz naczyń płucnych i podniesienie ciśnienia w tychże naczyniach. z kąd powstaje pewna przeszkoda krążenia w prawem sercu i następczo rozszerzenie prawej połowy serca.

Na to objaśnienie, również się zgadza Barié.

Dodać należy, że choroby żołądka mogą oddziaływać na serce nietylko za pomocą nerwów błędnych. Że podrażnie-

nie jakiejś obwodowej gałęzi nerwów błędnych może wywołać napady dusznicy bolesnej, stwierdzają obserwacje Anstiego, Habershona, Armaiganda, Blaskwella, Gurine'a i wielu innych.

D) Dusznica bolesna „diathésique”, może mieć za przyczynę dnę, gościec, moczówkę cukrową i przymiot.

Dna wywołać może dusznicę bolesną w sposób trojaki:

a) wywołując zwyrodnienie tętnic serca (endoarteritis nodosa); wówczas dusznica bolesna jest organiczna (prawdziwa).

b) wywołując czyste zaburzenia żołądkowe i

c) dna, czyni chorych nerwowymi, tём samem usposabia do rozmaitych nerwic resp. nerwic nerwów serca.

Tak samo działa gościec i moczówka cukrowa.

Przymiot tylko wówczas jest przyczyną dusznicy bolesnej, skoro wywołuje zmiany w naczyniach.

E) Najczęściej angina pectoris toxica powstaje skutkiem nadużycia tytoniu, o czem była obszerniej mowa powyżej.— Czy nadmierne używanie herbaty lub kawy może wywołać dusznicę bolesną, jak to utrzymuje Stokes, jeszcze dotychczas nie wiadomo.

Alkoholizm może wywołać stenocardiam przez wywołanie atheromatosis naczyń.

V. *Leczenie* dzieli się na leczenie formy prawdziwej i leczenie form fałszywych.

A) Leczenie formy prawdziwej rozpada się na:

- 1) leczenie napadów i
- 2) leczenie zapobiegawcze.

I) Leczenie napadów dusznicy bolesnej prawdziwej, ma na celu ulżyć choremu i o ile możliwości skrócić sam napad.— Należy więc uciec się do środków, które zmniejszają ból i zwalniają omdlenie. Dwa te wskazania doskonale, zdaniem autora, spełnia azotan amylu (amylnitrit). Działa on niezmiernie szybko i przez to jest w sta-

nie usunąć niebezpieczeństwo prawie gwałtownej śmierci.

a) Ponieważ dusznica bolesna prawdziwa jest rezultatem niedokrewności serca, przeto miejscowe upusty krwi są nieuzasadnione przy napadzie dusznicy bolesnej. Zdaniem autora należy je stanowczo zarzucić, gdyż tu nie ma mowy o napływie krwi do serca, a co najważniejsza, że działanie upustów krwi zbyt jest wolne.

b) Azotan amylu odkryty został w r. 1844 przez chemika francuzkiego Balarda, a w 15 lat później został zastosowany przez Guthriego.

Działanie fizjologiczne tego środka: rozszerzenie naczyń, silne niżnienie ciśnienia krwi, wzmocnienie siły i częstości skurczów serca. Rozszerzenie naczyń ma miejsce tylko w naczyniach głowy, szyi i klatki piersiowej, zmniejszając się ciągle w miarę zbliżania się do nóg, gdzie jest ono prawie żadne.

Znakomite działanie, jakie azotan amylu wywiera podczas napadu dusznicy bolesnej, nie jest dokładnie wytłumaczone. Zdaniem Hucharda środek ten działa w ten sposób: przyspiesza krążenie krwi wewnątrz mięśnia sercowego w tych przypadkach, gdzie ono jest upośledzone skutkiem skurczu lub obliteracji tętnic wieńcowych; rozszerza naczynia obwodowe i zmniejszając w ten sposób opór obwodowy, wzmacnia siłę i pracę serca.— Autor nie zgadza się ze zdaniem Filehnego, który działanie azotanu amylu na serce, tłumaczy rodzajem porażenia nerwu błędnego.

c) Mniej więcej podobne działanie na serce wywiera nitrogliceryna, którą Berthelot nazwał trinitryną. Działanie fizjologiczne tego środka opisał bardzo dokładnie Mayer. Wywołuje ona, podobnie jak azotan amylu, objawy przekrwienia mózgowego, rozszerza naczynia obwodowe i zmniejsza ciśnienie tętnicze. Tém wszakże nitrogliceryną się odróżnia od azotanu a-

mylu, że ten ostatni wywiera już swe działanie po kilku sekundach, zaś nitrogliceryna dopiero po 4-ch lub 5-iu minutach. Przeciwno napadom dusznicy bolesnej, pierwszy zastosował z dobrym skutkiem nitroglicerynę Murrell, następnie Green, Farguhar, Anderson, Korczyński, Desrosiers i Huchard.

Azotan amylu używa się w postaci wzięwań: trzy do sześciu kropel azotanu amylu nalewa się na chustkę od nosa i każe się choremu wdychać. Wdychania te wywołują zaczerwienienie twarzy.— Ból i ściśnienie piersi przechodzą i chory pod ich wpływem czuje się dobrze; azotan amylu oddaje też usługi przy formie „syncopale”, gdyż przez rozszerzenie tętnic mózgowych usuwa niebezpieczeństwo omdlenia, łatwo śmiercią się zakończyć mogącego.

Do środka tego chorzy szybko przywykają i dla tego, gdy dla uśmierzania pierwszego ataku wystarcza 3 do 4 kropel, następne napady wymagają 10, 12, 15, a nawet 20 kropel.

Autor radzi, by cierpiący na dusznicę bolesną zawsze ze sobą nosili flakonik z azotanem amylu. Pamiętać jednak należy, że środek ten po pewnym czasie traci na sile swego działania i dla tego zawsze mieć należy *świeżo* przygotowany preparat.

Trinitrynę z początku stosować należy w bardzo małych dawkach. Ponieważ jej działanie jest mniej pewne, aniżeli azotanu amylu, przeto H. przeciwko napadom tylko ten ostatni stosuje; zaś w przestankach pomiędzy napadami nitroglicerynę w przeciągu 8 do 15 dni, gdyż ta ostatnia, przyspieszając krążenie krwi w mięśniu sercowym, tém samem zapobiega napadom dusznicy.

Huchard jest zdania, że azotan amylu szczególnie dobrze działa w przypadkach dusznicy bolesnej, w których na pierwszym planie stoją zaburzenia naczynioruchowe, oziębienie i sinica kończyn, bladeść twa-

rzy, tętno małe, prawdopodobne podniesienie ciśnienia tętniczego).

d) *Makowiec i morfina.*

Pomijając dowodzenia autora, dotyczące sposobu działania makowca przy stenocardii, zaznaczyć winniśmy, że jego zdaniem, wstrzykiwania podskórne z morfiny znakomicie działają przy napadach tego cierpienia.

Autor przekłada wziewania z azotanu amylu, a tylko w razie braku tego środka pod ręką, wstrzykuje morfinę. Dla uspokojenia bardzo gwałtownego ataku, H. każe naprzód wdychać amylnitryt, poczem wstrzykuje podskórnie morfinę.

e) Do chloralu i chloroformu autor prawie nigdy się nie ucieka, przy angina pectoris, tem bardziej że ten ostatni środek wymaga wielkiej ostrożności.

g) Duchenne otrzymał dobre rezultaty z faradyzacji skóry w okolicy serca. Autor nie radzi tego postępowania dla tego, że jest niepewne i powtórne, że nie jest ono w stanie usunąć bólu, a nowy ból łatwo można tą drogą wywołać.

Eulenburg miał dobre wyniki po zastosowaniu strumieni stałych, umieszczając biegun dodatni na mostku, a ujemny na szyi na przebiegu nerwu sympatycznego. Takie same wyniki otrzymali Huebner Loewenfuld i inni.

Inne metody leczenia, jak wdychania eteru, magnetyzowanie i t. zw. metalloterapija, mogą być pominięte.

Jednym słowem, w chwili napadu duszniczy bolesnej, należy przedewszystkiem uciec się do wdychania azotanu amylu i następnie do wstrzykiwań morfinowych.

W przypadkach, gdzie jest większa skłonność do omdleń, oprócz powyższych środków, należy uciec się do leków podniecających, jak liquor Hoffmani, eteru, amoniaku, kofeiny (podskórnie), a nawet do elektryzacji skóry.

II) *Leczenie zapobiegawcze.*

a) Na pierwszym planie stoi odpowiednie zachowanie się higieniczne: ciche i spokojne życie, unikanie schodów, prze-

chadzki krótkie; unikanie jazdy kolejami; największa ostrożność w jedzeniu i piciu; jadać od razu mało, ale częściej; od czasu do czasu wyłączna dyjeta mleczna; dbanie o codzienne wypróżnienia lekkie; umiarkowane używanie herbaty i kawy; unikanie dymu tytoniowego i napojów wyskokowych.

b) Usunięcie przyczyn zajmowało nas od najdawniejszego czasu. Lekarze dawniejsi starali się usunąć pierwiastek dna wy lub gośćcowy za pomocą rozmaitych środków. Hayden niedawno w tym celu zalecał węglan lityny; Huchard stosuje salicylan sodu u cierpiących na gościec.

c) Najchętniej ze wszystkich środków autor w celu zapobiegnięcia napadom stenocardiae posługuje się jodkiem potasu. Pod jego wpływem tętno staje się mocniejsze i częstsze, naczynia włosowate się rozszerzają, ciśnienie tętnicze się zmniejsza. Jodek potasu, działając głównie na przyczynę duszniczy bolesnej, t. j. na arteritis, oddaje zdaniem autora, najlepsze wyniki w kierunku zapobiegnięcia napadom dusznicowym i dla tego autor środek ten gorąco zaleca. Ponieważ leczenie musi trwać przez czas dłuższy, często nawet przez całe lata, przeto autor, chcąc zapobiedz złemu wpływowi potasu na serce, zamiast jodku potasu, daje jodek sodu.

B) *Leczenie duszniczy bolesnej fałszywej.*

Zadaniem leczenia jest uspokoić ból.— Podczas napadów należy również uciec się do azotanu amylu i do wstrzykiwań morfinowych; zaś w przestankach pomiędzy napadami należy dawać arsen, chininę i bromek potasu.

Przy duszniczy bolesnej fałszywej, na pierwszym miejscu powinno stać *leczenie przyczynowe.*

a) Przy angina pectoris, zależnej od niestrawności, należy naznaczyć ścisłą dyjetę, mleko przez czas dłuższy i środki gorzkie.

Dobrze nieraz działa strichnina w ilości z do 5 miligram. dziennie (gr. $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{12}$).

b) Przy angina pectoris rheumatica, dobrze działa salicylan sodu.

c) Przy a. p. toxica usunięcie przyczyny stanowczo usuwa po krótszym lub dłuższym czasie chorobę.

d) Przy angina pectoris, rozwijającej się u cierpiących na osłabienie nerwowe, macinnicę lub hypochondryją, są wskazane środki przeciwkurczowe: kozłek, piżmo, stroj bobrowy, kamfora, eter i t. d., głównie zaś hydroterapija. *H. Goldblum.*

III. Chirurgija.

434. Dr. G. HEUCK. **Statystyka i leczenie operacyjne raka odbytnicy.**—*Zur Statistik und operativen Behandlung der Mastdarmkrebsse.* (*Arch. v. Langenb. Bd. 29 H. 3—str. 536.*)

Autor podaje rezultaty otrzymane w ostatnich 6-ciu latach na klinice prof. Czernego w Heidelbergu. Ilość wszystkich chorych, cierpiących na raka odbytnicy, przyjętych w ciągu tego czasu na klinikę wynosi 43.

Wiek. Z pomienionych 43 przypadków w 29 chorzy mieli 40—60 lat, co stanowi 67,3% ogólnej liczby; raz jeden tylko obserwowano raka odbytnicy u 19-stoletniego chłopca, u którego proces tak daleko był posunięty, iż o żadnej operacji mowy być nie mogło. Średni wiek wystąpienia raka odbytnicy, autor oblicza na 49,7 lat.

Płeć. Co się tyczy płci, to wielka przewaga jest na stronie mężczyzn (30), kobiet zaś tylko 13.

Budowę histologiczną badano w 36 przypadkach, z tych było 26 zwykłych raków z komórkami cylindrycznymi, 3 galaretowato zwyrodniałe, 3 cylindryczno-komórkowe o małych gniazdach, 1 galaretowaty o małych gniazdach i 1 o dużych gniazdach, oba ostatnie okrągłokomórkowe, 1 rak otworu stolcowego płasko-komórkowy; nakoniec w jednym przypadku

badanie histologiczne wykazało, iż miano do czynienia cum adenomate papillare, gdy przebieg kliniczny (cachexia, zrosty z otoczeniem), przemawiał za obecnością raka.

Wygląd makroskopijny—położenie, rozprzestrzenienie: z 42 raków—6 dosięgło otworu stolcowego, wszystkie inne znajdowały się powyżej. Nowotwór zajmował cały obwód кишки lub prawie cały w 33 przypadkach (76,7%) z tych w 14-tu przypadkach guz był twardy, lecz zwężenie nieznaczne, w 10 mięki, zwężenie znaczne. W 3 przypadkach zaznaczono płaskie owrzodziata naciecenia rakowate, zajmujące małą tylko część кишки (1 na przedniej, 2 na tylnej ścianie). W 7 przypadkach rak przedstawiał się pod postacią odosobnionego guza (sterczącego do jamy odbytnicy). W 21 przypadkach nowotwór przeszedł na tkankę otaczającą, w 22 pozostałych zachował swą ruchomość.

Następnie autor porównał rozmaite rodzaje raka pod względem zejścia i częstości recydywy; przy raku zwykłym cylindryczno-komórkowym wykonano wycięcie кишки w 65,4% przypadków, recydywa pojawiła się w 46,7% wszystkich przypadków; przy innych rodzajach raka wykonano extyrpację w 60% przy czem było 100% regeneracji. Z liczb tych, jakoteż z podanych tablic nie można wnioskować czy rzeczywiście budowa histologiczna ma niejaki wpływ na przebieg kliniczny; jedyny możebny wniosek zdaje się być ten, że raki galaretowato zwyrodniałe i o małych gniazdach rosną szybciej, prędzej wywołują zwężenie i przechodzą na organa sąsiednie. Przy tem autor zwraca uwagę na ważny, pod względem praktycznym fakt, iż raki odbytnicy zwykle występują w 2 formach (tak, jak rak żołądka) z których jedna rozwija się w powierzchownych warstwach błony śluzowej, wcześniej wrzodzięje, lecz późno przechodzi na głębsze warstwy recti, a więc i na otaczające organy; druga przeciwnie, roz-

wija się w głębszych warstwach błony śluzowej, owrządzenie występuje późno lub też nigdy, lecz za to nacieczenie szybko przechodzi na otaczające tkanki, jest bardziej rozlane, i prowadzi szybko do zwężenia.

Etiologia w większości przypadków ciemna. W 2-ch przypadkach zaznaczono dziedziczność, a w 6-ciu guzy hemoroidalne.

Przerzuty (metastases). O ich częstości i umiejscowieniu, nic autor stanowczego powiedzieć nie może, gdyż w większości obserwowanych przypadków nie doszło do sekcji. Dłużej zastanawia się autor nad powiększaniem gruczołów pachwinowych: obserwowano je w 8 przypadkach, co stanowi 18,6%; w sześciu przypadkach były one tylko nieznacznie powiększone, z tych w 2-ch przypadkach po dokonaniu operacji nastąpiło trwałe wyleczenie, (trwające 2 i 1 rok), pomimo, iż gruczoły pozostały nietknięte, widać więc, iż powiększenie gruczołów pachwinowych przy raku odbytnicy nie zawsze zależy od generalizacji nowotworu. W ogóle z obserwacji autora wynika, iż zajęcie gruczołów pachwinowych występuje rzadko przy raku odbytnicy i to dopiero wtedy, gdy otwór stolcowy zostanie zajęty; przeciwnie przy raku, zajmującym wyższe odcinki odbytnicy, najczęściej opuchają gruczoły limfatyczne znajdujące się w małej miednicy i podotrzewne, do nich bowiem wlewają się naczynia limfatyczne recti; tylko naczynia limfatyczne otworu stolcowego, udają się do gruczołów pachwinowych. Anatomiczne więc dane, wraz z obserwacjami autora, przeczą twierdzeniu Winiwarter'a, jakoby gruczoły pachwinowe ulegały rakowatemu zwyrodnieniu pierwiej niż gruczoły podotrzewne; twierdzenie to jest prawdziwem tylko wtedy jeśli rak pierwotnie powstał w samym otworze stolcowym, lub też, zacząwszy się wyżej, bardzo prędko nań przeszedł.

Leczenie. Z pomiędzy 43 przypadków

autora, w 4-ch nie można było przedsięwziąć żadnej operacji, w 13 ograniczono się do wyłyżeczkowania lub wypalenia, w 25 wykonano wycięcie nowotworu, w 1 rozpoczęto operację, lecz nie można jej było doprowadzić do końca.

Z pomiędzy 25 pacjentów, u których dokonano wycięcia nowotworu jeden tylko umarł w skutek operacji (4%), żyło do marca 1883 roku 11 (44%)¹⁾; z tych ostatnich u *jednego* jest już regeneracja, u *jednego* recydywa jest wątpliwa (odżywianie ogólne dobre), u 9-ciu nie ma recydywy (36%). Jeżeli przyjąć brak recydywy w 3 lata po operacji za trwałe wyleczenie, to takich przypadków liczy autor 3 (12%). Za prawdopodobnie trwale wyleczonych uważa Dr. H. i takich pacjentów, u których od czasu wykonania operacji upłynęły 2 lata bez pojawienia się recydywy, takich przypadków obserwował H. też 3 (12%). Tak więc ogólny procent trwałego wyleczenia po wycięciu guza wynosiłby 24%; należy tu jednak zaznaczyć, iż nawet we 3 i 4 lata po operacji może powstać recydywa, jak tego dowiódł Volkmann. Regeneracja nowotworu wystąpiła w 15 przypadkach (60%). Śmierć w skutek recydywy następowała najprędzej w 1 miesiąc po operacji, najpóźniej we 3 lata i 2 miesiące, przecięciowo w 11,7 miesiąca. Czas trwania choroby u zmarłych po operacji na recydywę waha się od 5 miesięcy do 5 lat. Czas trwania choroby przed wykonaniem operacji u pacjentów, u których dotąd nie wystąpiła recydywa waha się od 5 miesięcy do 4 lat. Liczby godne uwagi, gdyż wykazują, że przy sprzyjających okolicznościach nawet w przypadkach bardzo dawno powstałych można otrzymać trwałe wyleczenie.

Jeśli porównać procent śmiertelności bezpośrednio po operacji (4%) podany przez autora z dotychczas podawanymi (Billroth 39,3% Rose 50%), to trzeba

¹⁾ Ostatni chory był operowany w Lipcu 1883 r.

przyznać, że w ostatnich czasach zrobiono w tym kierunku ogromne postępy.

Autor odróżnia 3 rodzaje postępowania operacyjnego, zastosowanie jednego z nich zależy od umiejscowienia i rozprzestrzenienia nowotworu:

1) Wycięcie większego lub mniejszego odcinka dolnej części odbytnicy wraz z otworem stolcowym, albo całego obwodu lub też z pozostawieniem wąskiego paska błony śluzowej.

2) Wycięcie odgraniczzonego guza, lub wrzodu błony śluzowej.

3) Cyrkularna rezekcja wyżej położonego odcinka kiszki z następczym szwem kiszki.

Autor powstaje przeciw pozostawieniu cienkich pasków błony śluzowej w przypadkach, w których nowotwór zajmuje większą część obwodu kiszki. Paski takie utrudniają nieraz znakomicie przyszywanie kiszki do skóry, pozostawienie zaś małego kawałka zwieracza, nie może korzystnie wpłynąć na powstrzymywanie stolca, jak to dotąd przypuszczano.

Dr. H. jest stanowczo zdania, że w każdym razie należy błonę śluzową kiszki, po wycięciu nowotworu przyszyć do skóry, usuwamy w ten sposób ranę z pod wpływu wychodzących przez odbytnicę mass kałowych, które nieraz, pomimo najstarszego leczenia przygotowawczego i podawania makowca, bardzo wczesnie wychodzą.

Szwy, łączące kiszkę ze skórą, rozchodzą się po większej części i kiszka cofa się ku górze lecz wtedy rana już jest pokryta granulacjami, a więc i niebezpieczeństwo infekcji jest daleko mniejsze. Zatrzymanie wydzieliny w skutek przyszywania kiszki do skóry, autor nigdy nie widział, gdyż rana zawsze była dokładnie drenowana. Co się tyczy samego wykonania operacji, to po uprzednim rozcięciu zwieracza lub poprowadzeniu cięcia ku tyłowi, aż do kości ogonowej, zwykle okrążano otwór stolcowy cięciem cyrkularnem, a po oddzieleniu zwyrodniałej części od tkanek ota-

czających, odcinano ją powyżej guza, i przyszywano kieszkę do skóry. Każde krwawiące naczynie chwymano oddzielnie i podwiązywano karbolizowanym jedwabiem Czern'ego. Staranne powstrzymanie krwotoku, aby uniknąć wtórnego, jest obok sumiennego przeprowadzenia zasad przeciwnilnych, niezbędnym warunkiem powodzenia operacji.

Autor bardzo zaleca opatrunek jodoformowy; uprzednio stosowanego przepłukiwanie rany chlorkiem cynku zaniechał z powodu często występującej po nim phlegmone.

Otrzewną utworzono na 25 operacji 11 razy (44%), 6 razy zaszyto ranę, 5 razy pozostawiono ją nie zaszytą. Jeden raz tylko powstało septyczne zapalenie otrzewnej z zejściem śmiertelnym. Nakładanie więc szwu na ranę otrzewnej, chociaż pewniejsze nie jest jednak niezbędnem, co się objaśnia szybkim zlepianiem się brzegów takiej rany; jeśli tylko podczas operacji można było uniknąć dostania się materij septycznych do jamy otrzewnej, to później niebezpieczeństwa nie ma.— Przypominamy, iż nie dalej jak 10 lat temu Esmarch twierdził, iż zranienie peritonei przy wycinaniu odbytnicy jest stanowczo śmiertelne; obecnie możliwość a nawet pewność zranienia otrzewnej, nie powinna nas powstrzymać od usunięcia całej zwyrodniałej części kiszki.

Przeciwowskazanie do wykonania operacji widzi autor nie w wysokim położeniu guza (jak tego dowodzi 11 utworzeń otrzewnej), lecz w zrostach nowotworu z otaczającymi częściami, gdyż wtedy nigdy prawie całej zwyrodniałej części usunąć nie można, a więc recydywa szybko następuje.

Co się tyczy przypadków, w których nie można wykonać wycięcia kiszki, 4 zupełnie się nie nadawały do operacji, w innych 13 dokonano wyłyżeczkowania.

Czas trwania choroby u 8 chorych, zmarłych bez operacji lub po wyłyżeczkowaniu, nie z powodu tego ostatniego

lecz z recydywy, wynosił przecięciowo 19,1 miesiący, (od 9 miesięcy do 3 lat i 2 miesięcy); gdy tymczasem średni czas trwania choroby u operowanych (extirpatio) i zmarłych następnie w skutek recydywy, wynosi 25 miesięcy, (od 5 miesięcy do 5 lat). Tak więc wycięcie kiszki nawet w tych przypadkach w których nastąpiła recydywa, przedłuża życie przecięciowo o 5 miesięcy.

Wyłyżeczowanie dokonano u 13 pacjentów, z nich: 1 umarł w skutek septycznego zapalenia otrzewnej („perforacja kiszki”), we dwa dni po operacji, 7 wypisało się bez żadnej ulgi, u 7 po wyłyżeczowaniu nastąpiło polepszenie, o 1 brak wiadomości.

W obec tak złych rezultatów, zachodzi pytanie czy w ogóle warto wyłyżeczowywać guzy, których za pomocą radykalnej operacji w całości usunąć nie można. U. utrzymuje, że w niektórych przynajmniej przypadkach wyłyżeczowanie z następczą kauteryzacją termokauterem, jest wskazane, gdyż przynosi przynajmniej czasową ulgę. Do wyłyżeczowania nadają się szczególnie guzy miękkie i silnie zwężające odbytnicę. Za to zupełnie bezużytecznym jest wyłyżeczowanie w rakach twardych, silnie zwężających i zajmujących prawie cały obwód kiszki; takie raki rozwijają się, podług autora, w tkance podśluzowej i szybko przechodzą na otaczające organy, jeszcze przed powstaniem owrzodzenia. Chorzy w takich razach zjawiają się wtedy, kiedy już nie można wcale myśleć o radykalnej operacji; wyłyżeczowanie tem mniej jest wskazanem; jedynem racjonalnem postępowaniem podług autora jest zrobienie *kolotomi*, która nie tylko, iż znosi męczące chorego objawy, lecz nadto usuwając drażniący wpływ kału na nowotwór zwalnia prawdopodobnie wzrost jego.

Na końcu swego artykułu autor przytacza opis 3 przypadków raka kiszki grubej, i operacji przy nich dokonanych.— W żadnym z tych przypadków nie rozpo-

znano choroby przed operacją. W pierwszym dokonano laparotomii chcąc usunąć nerkę, w której przypuszczano, iż się rozwinęła sarcoma, po otworzeniu brzucha pokazało się, iż miano do czynienia z rakiem kiszki ślepej, który przeszedł na dwunastnicę, pomimo to przystąpiono do wyluszczenia, nałożono do 100 ligatur, usunięto część dwunastnicy, coecum, colon ascendens do flexura dextra i główkę trzustki, następnie zszyto oba odcinki duodeni, a ileum przszyto do flexura dextra, operacja trwała 4 godziny, chory zmarł w 1½ godziny po operacji. Czy nie należało zaraz po otworzeniu jamy brzusznej i stwierdzeniu pomyłki, napowrót zaszyć ściany brzuszne nie kuszając się o wyluszczenie guza, o to pytanie, które się nasuwa czytając opis tego przypadku. W dwóch pozostałych przypadkach przypuszczano incarcerationem internam, a przy laparotomii znaleziono raka, który powstał przy przejściu flexurae sigmoideae w odbytnicę, obaj chorzy też umarli. W jednym przypadku nie można było odprowadzić wszystkich kiszek do jamy brzusznej, tak iż musiano pozostawić na zewnątrz około 12 ctm. okrężnicy zstępującej (!).

W. H. Krajewski.

435. KIRCHNER. **Extrawazaty błędnika po użyciu chininy i kwasu salicylowego.** (*Monatschrift für Ohrenheilkunde etc. Nr. 5, 1883 r.*)

Weber Liel i Voltolini (ref. Kron. lek. Nr. 7, 1882 r.), zwrócili uwagę na szkodliwy wpływ wielkich dawek chininy; kwasu salicylowego na organ słuchu.— Voltolini ostrzega przed wielkimi dawkami chininy przy zimnicy, mają one bowiem nie tylko szkodliwie oddziaływać na słuch, ale także na wzrok.

Autor operując się na doświadczeniach, które wykonywał na zwierzętach, sądzi, iż wielkie dawki chininy i kwasu salicylowego, wywierają szkodliwy wpływ na słuch, przez zmiany, jakie wywołują w nerwach naczynioruchowych ucha.—

Najcięższe zmiany znajdujemy w błędniku, zmiany w uchu średnim nie wywołują tak silnej głuchoty i w ogóle rokowanie przy nich jest lepsze, jak przy zmianach w błędniku, które bezwarunkowo prowadzą do silnej głuchoty, Autor widział przy doświadczeniach swoich nietylko zmiany w błonie śluzowej jamy bębenkowej, a mianowicie: wybroczyny (Ecchymoses), żółte zabarwienie, z nieznaczną ilością żółtoczerwonego wysięku przy silnem przepelnieniu naczyń, lecz także i przekrwienie i wybroczyny w błędniku. Na mózgu i na wewnętrznej powierzchni czaszki w okolicy kości skroniowej, widział K. silne przepelnienie naczyń opony twardej i miękkiej.

Na odwapnionych preparatach kości skalistej zwierząt karmionych chininą i kwasem salicylowym, można przy drobnowidzowem badaniu wykazać w ślimaku i kanałach półkolistych znaczne przepelnienie naczyń i wybroczyny.

Z rysunku załączonego przez autora, widać jak ekstrawazat, prawdopodobnie pochodzący z Vas spirale pokrywa Sulcus spiralis, pałeczki słuchowe, łuki Cortiego i membranę basilarem; a zarazem prawdopodobnie wywiera ucisk na ostateczne zakończenia gałązek nerwu słuchowego.

Porównyując rezultaty doświadczeń, z objawami jakie widzimy przy użyciu wielkich dawek chininy i kwasu salicylowego u ludzi, musimy przypuszczać, iż głuchota i szumy przy tem powstające, są zależne od zmian w zakończeniach nerwowych w ślimaku. Takie same zmiany jak w ślimaku widzimy także i w kanałach półkolistych, i tu tak samo oprócz ekstrawazatu, składającego się z białych i czerwonych ciałek i mas ziarnistych mamy przepelnienie naczyń.

Preparat taki przypomina wylew krwi w błędniku u dzieci po zapaleniu opon mózgowych, a szczególnie po Meningitis cerebrosplanialis.

W końcu autor przytacza historję

choroby, z której widać, że po użyciu kwasu salicylowego, wystąpiły: głuchota, szum i t. p. objawy. Wstrzymano się z użyciem kwasu salicylowego i objawy wskazujące na zajęcie błędnika, jak chód niepewny, zawroty głowy, szumy i t. p., zupełnie znikły, pozostawiając tylko głuchotę. Autor, badając chorą znalazł w jamie bębenkowej wysięk surowiczny koloru żółtawego, sięgający do umbo błony bębenkowej. K. wykonał przecięcie błony i przy stosowaniu częstych wdmuchiwań powietrza słuch znacznie się poprawił. Wypadek ten dowodzi, że pierwotne zajęcie błędnika powoli przechodziło, a wywiązał się proces w uchu średnim ze znacznym wysiękiem, który zmusił do wykonania przecięcia błony bębenkowej.

Guranowski.

IV. Akuszerija i Pedytryja.

436. Max RUNGE. **O dokonywaniu cięcia cesarskiego na umierającej i o innych współzawodniczących z niem rękoczynach akuszerijnych.** *Ueber die Berechtigung des Kaiserschnittes an der Sterbenden und der mit ihm concurrirenden Entbindungsverfahren.* (Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäk. IX Band. 2 H. 1883).

Gdy osoba ciężarna, w ostatnich miesiącach ciąży się znajdująca, podlegnie ciężkiej, śmiertelnej chorobie, natenczas rozwiązanie ciężarnej jest wskazaniem, w celu uratowania dziecka, — według autora, dziecko nie przyjmuje bezpośrednio udziału w chorobie matki i dla tego uratowanie dziecka nawet przy śmiertelnej chorobie matki, jest możebnem. Sposób, jakiego się chwycić należy, dla rozwiązania ciężarnej, jak również czas, w którym rozwiązanie przedsięwziętem być winno, jest do tej pory kwestyją sporną. Pozostają 3 drogi rozwiązania: wydobyć dziecicę przez kanał miednicy, zrobić cięcie cesarskie post mortem, lub też cięcie cesarskie w czasie agonii.

Rozwiązanie przez kanał miednicy, jest wtenczas tylko możebnem, gdy poród jest dosyć daleko posunięty, gdyż tylko wtedy dziecko bez niebezpieczeństwa dla niego wydobytem być może.

Co się tycze operacji cięcia cesarskiego, wykonywanej po śmierci, to rokowanie dla dzieci jest prawie bezwzględnie złem. Tu autor przytacza dwa przypadki, w których ciężarne cierpiały na meningitis cerebrosppinalis, rozwiązanie w jednym przypadku nastąpiło za pomocą cięcia cesarskiego, wykonanego post mortem,— w drugim zaś za pomocą ekstrakcyi—w obu tych przypadkach dzieci wydobyto żywe, pomimo, że podczas agonii bicie serca płodów można było wysłuchać.— Należy więc w takich przypadkach wykonywać cięcie cesarskie w czasie agonii ciężarnej, gdyż doświadczenia na zwierzętach wykazały, że dziecko, nie zawsze traci życie razem ze śmiercią matki, szczególnie zaś gdy konanie było powolnem, dla tego też rokowanie dla dzieci wydobytych za pomocą cięcia cesarskiego w czasie agonii matki, musi być znacznie lepsze. Akuszerowie jakkolwiek przyznawali tej operacji prawo bytu, lecz nie chcieli jej wykonywać dla nieprzyjemnego wpływu, jaki wywiera na otoczenie. Dopiero Roser w 1840 r. po raz pierwszy wykonał cięcie cesarskie w czasie agonii, i wydobył żywe dziecko—na zasadzie tego postawił następujące wskazania:

1) gdy lekarz jest przekonany, że ciężarna jest w stanie bez nadziei, i że najwyżej w ciągu 12-tu godzin umrze,

2) gdy chora znajduje się już w stanie nieprzytomnym,

3) gdy rozwiązanie inną drogą nie jest możebnem dla uratowania dziecka, a jesteśmy przekonani że takowe żyje, natenczas należy wykonać cięcie cesarskie na żywej jeszcze ciężarnej. Dotychczas dokonano cięcia cesarskiego podczas konania 4 razy — dzieci we wszystkich przypadkach wydobyto żywe.

Choroba matki wpływa szkodliwie bezpośrednio na życie dziecka tylko w bardzo rzadkich przypadkach, niebezpiecznemi dla dziecka mogą być tylko pojedyncze objawy choroby, którym dziecko ulega wcześniej, niż organizm matki. Do takich należą:

1) utrudnione odświeżanie krwi matczynej.

2) mocny i długotrwały upadek ciśnienia krwi w naczyniach matki i

3) długi czas trwający wysoki stan gorączkowy (40⁰/o), co wpływa na utrudnienie oddychania łożyskowego i ciepłotę dziecka.

Niebezpieczeństwo dla dziecka zaczyna się z chwilą upadku pulsu i odejścia pierworodnego kału; przy asphyxii następuje zwolnienie i stłumienie tonów sercowych płodu; gdy zaś dziecku grozi śmierć od nadmiernie podniesionej ciepłoty ciała, natenczas można zauważyć nadzwyczajną częstość tonów sercowych i wzmożone ruchy płodu. Ponieważ zaś przy agonii, bez względu na chorobę, która ją wywołała, w skutek niedostatecznego oddychania, powstaje asphyxia i ciśnienie krwi znakomicie się obniża, jasnym więc jest, że w tych warunkach małe jest prawdopodobieństwo wydobywania żywego dziecka za pomocą cięcia cesarskiego, wykonanego po śmierci matki. Autor więc stawia następujące wskazanie: jeżeli lekarz jest pewnym, iż kobieta ciężarna w bardzo już krótkim przeciągu czasu musi umrzeć, jeżeli dziecko jeszcze z pewnością żyje, a rozwiązanie przez kanał miednicy, nie przedstawia prawdopodobieństwa uratowania dziecka, wtedy wskazanem jest cięcie cesarskie. Do operacji należy przystąpić wtedy, gdy u kobiety wystąpią objawy, o których wiemy, iż zagrażają życiu dziecka wcześniej jak matczynemu, (asphyxia matki, znaczny upadek ciśnienia krwi przy długotrwałej agonii, niepomierne podniesiona ciepłota cia-

ła), co możemy skontrolować wysłuchując bicie serca płodu.

Gusserow dla uniknięcia praktycznych trudności w rozpoznaniu owych objawów radzi zwrócić uwagę przede wszystkim na niewyleczalność ciężarnej. Jakkolwiek większość akuszerów zgadza się na tę operację, jednakże panuje różnorodność zdań co do formułowania wskazań. Spiegelberg zaleca naradę z drugim lekarzem i zgodę otaczających na operację—chęć zaś uniknięcia rozwiązania za pomocą ekstrakcji, tam gdzie mało jest szans na uratowanie tą drogą dziecka—uważa za niewłaściwą. Według autora, otaczający zgadzają się tylko na to że kobieta powinna być rozwiązana, wybór zaś sposobu rozwiązania powinien w zupełności zależeć od lekarza.

Zweifel stawia konieczny warunek, aby operację wykonywać tylko przy wyraźnym biciu serca płodu i przy chorobie matki bezwarunkowo śmiertelnej. Przystępować zaś do wykonania operacji tylko wtenczas, gdy już przytomności niema i czucie zniknęło, puls jest niewyczuwalny i kończyny zaczynają ziębnąć. Według R. operację wykonywać należy nawet wtenczas gdy chora jest jeszcze przytomną, gdyż, według autora, wykonywanie accouchement forcé jest dla konającej daleko więcej bolesnem i męczącym niż cięcie cesarskie.

Co się tycze kwestyi czy tylko w chorobach bezwarunkowo nieuleczalnych lekarz powinien wykonać cięcie cesarskie, to według autora operacja powinna być wykonaną we wszystkich przypadkach, gdy się jest przekonany że kobieta wkrótce umrzeć musi, jakkolwiek tutaj błędy są możliwe szczególnie w wypadkach (eclampsia, wady serca i stan zapadłości przy tyfusie), w których występują objawy, które, jak nauka uczy, często śmiercią się kończą, lecz które również mogą szczęśliwie przeminać. Ponieważ więc czasami trudno jest postawić ogólne wska-

zanie względnie nieuleczalności choroby, trzeba więc zwrócić uwagę czy obecne objawy choroby w ciągu kilku godzin spowodują śmierć lub też czy śmierć płodu przed śmiercią matki wywołać mogą. — Zarzut, jakoby wykonywanie operacji w praktyce prywatnej przedstawiało trudności, nie uwalnia lekarza od zaproponowania jej otaczającym.

W. J. Tyrchowski.

437. A. TOPORSKI. **Zastosowanie sublimatu jako środka przeciwnilnego w położnictwie.** *Das sublimat als Desinficiens in der Geburtshilfe. (Centralblatt f. Gynäkologie 1883 Nr. 35).*

438. Dr. P. BRÜSE. **Zastosowanie sublimatu jako środka przeciwnilnego w położnictwie.** (*Ibidem Nr. 39*).

Od chwili jak R. KOCH wykazał ¹⁾, że ze wszystkich znanych środków przeciwnilnych, jeden tylko sublimat jest w stanie przez jednorazowe użycie w nadzwyczajnem nawet rozcieńczeniu (1:1000) zabić w ciągu kilku minut najodporniejsze nawet zarodki mikrokokków, zaczęto środek ten stosować w chirurgii zamiast kwasu karbolowego, który w rozcieńczeniu, używanem zwykle do przemywania ran (2^o/₀—3^o/₀), nie posiada wcale tej własności, a przeto często w działaniu swem zawodzi. Liczne przychylnie zdania chirurgów o sublimacie, jako środka przeciwnilnym, zachęciły akuszerów do wypróbowania środka tego w położnictwie, w którym dotychczas także wyłącznie kwas karbolowy był w użyciu.

Dwa sprawozdania w tym przedmiocie, które w streszczeniu tu podajemy, pochodzą z dwu największych klinik niemieckich, mianowicie z wrocławskiej i berlińskiej. Z początkiem letniego semestru roku bieżącego, zaczęto na obu tych klinikach używać rozczyynu sublimatu za-

1) Ueber Desinfection. Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Tom I str. 234.

miast kwasu karbolowego, tak podczas porodu dla obmywania rąk badającego, do przemywania pochwy i narządów płciowych zewnętrznych rodzącej, jak i podczas położu do przemywania pochwy i macicy.

Na klinice wrocławskiej używano rozczyynu 0,5% i 0,1%, na berlińskiej zaś 0,1% i 0,2%. Przemywań dokonywano ze szklanych irrigatorów (ponieważ blaszane psują się od sublimatu), za pomocą szklanych rurek macicznych. Do dezynfekcyi narzędzi akuszeryjnych, używano wyłącznie kwasu karbolowego (od sublimatu bowiem czernieją).

Z obu tych sprawozdań, obejmujących wprawdzie krótki przeciąg czasu (letni semestr 1883 r.), można wyprowadzić wniosek, że sublimat jest dzielnym środkiem dezynfekcyjnym, rezultaty bowiem otrzymane na obu klinikach, są nader zadawalniające, a nawet lepsze aniżeli zeszłoroczne.

Klinika wrocławska. (Toporski). Z porównania rezultatów zeszłorocznych z tegorocznymi okazuje się, że:

1) przeciętna ilość dni szpitalnych w roku bieżącym (letni semestr) była mniejsza aniżeli w roku zeszłym. W letnim semestrze roku 1882 na 129 położnic przypada 1467, a więc na jedną przeciętnie 11,37 dni szpitalnych, w lecie 1883 r. na 119 położnic (120-sta jako rekonwalescentka przebywa dotychczas w klinice), przypada 1061, czyli na jedną przeciętnie 8,9 dni szpitalnych.

2) W roku bieżącym choroby położowe były rzadsze aniżeli w roku zeszłym, gdy bowiem w r. 1882 na 129 położnic chorowało 21, a więc 16,27%, co w roku bieżącym na 120 położnic przypada 9 chorych, czyli tylko 7,5%.

Co się tyczy śmiertelności, to tak w roku bieżącym jak i w roku zeszłym zmarła jedna tylko położnica, czyli śmiertelność nie przenosi 0,8%.

3) Czas trwania choroby położowej

w roku bieżącym był znacznie krótszy, aniżeli w roku zeszłym. W roku zeszłym na 21 chorych położnic przypadło 436, a więc na jedną przeciętnie 20,76 dni szpitalnych, w roku zaś bieżącym na 8 chorych (9-ta jako rekonwalescentka przebywa dotychczas w klinice), przypada 107, a więc na jedną przeciętnie 13,38 dni szpitalnych. Z tego wypada, że choroby położowe w tegorocznym letnim semestrze były łżejsze aniżeli w roku zeszłym.

Klinika berlińska (Bröse). W letnim semestrze roku bieżącego było rodzących 330 (między niemi 4 z łożyskiem przodującym, 27 porodów kleszczowych, 19 obrotów, 4 odklejenia łożyska, 2 sztuczne przedwczesne porody), z tych chorowało w położu 10 czyli 3,3%, zmarło 2 = 0,6%.

Z tych wykazów statystycznych widzimy, że rezultaty na obu klinikach były bardzo dobre, pomimo że liczba porodów nieprawidłowych i operacyj w roku bieżącym nie była mniejsza aniżeli w roku zeszłym.

Rodzące i położnice bardzo dobrze znosiły przemywania rozczyнем sublimatu. Dłuższe stosowanie takowych, powodowało lekkie zaledwie palenie w zewnętrznych narządach płciowych. Zatrucia rtęcią nigdy nie spostrzegano, pomimo, że używano niekiedy rozczyynu 0,2% (Bröse), do przemywań macicy. Lekkie zapalenie błony śluzowej ust, które Bröse raz tylko spostrzegał, przeszło bardzo prędko bez żadnych złych następstw.

Z przypadków kazuistycznych, świadczących doskonale o wysokiej wartości sublimatu, jako środka przeciwgnilnego, warto przytoczyć 8 przypadków zatrzymania się resztek błon płodowych w macicy (Toporski), które leczone wyczekująco, przebiegały bez najmniejszej gorączki, a to dzięki starannej dezynfekcyi pochwy i zewnętrznych organów płciowych 0,1% rozczyнем sublimatu. — Bröse podaje przypadek sztucznego przedwczesnego

porodu, który przebiegał zupełnie bez gorączki, pomimo, że ciągnął się przez dni 17, podczas których w jamie macicy leżały aż dwa stoczki (bougies - metoda Krause'go). Połóg przeszedł także zupełnie prawidłowo.

Pomyślny ten przebieg przypisać należy jedynie starannej dezynfekcyi, którą dokonywano co najmniej 2 razy dziennie z początku 0,2% następnie 0,1% rozczy-nem sublimatu.

M. Zweigbaum.

439. Dr. F. Ks. MAYER (z Monachium). **O zsuwaniu się kości czaszkowych u dzieci, cierpiących na nieżyt kiszek.** *Jahrb. f. Kinderheilk. etc.* 1883, T. XX. Zeszyt 2).

Pomiędzy rozmaitymi objawami, stanowiącymi smutny obraz zaniku wywołanego przewlekłym nieżytem kiszek, jakoteż pomiędzy objawami zapaści, spotykanemi ku końcowi cholery dziecinnej, — jednym z wydatniejszych i stalszych jest: zsuniecie się kości czaszkowych ssawców. Zsuwanie to odbywa się w sposób typowy, mianowicie kość potylicowa i kości czołowe podsuwają się pod kości ciemieniowe, nigdy zaś nie dzieje się odwrotnie. We wszystkich prawie podręcznikach znajdujemy wspomnienie o tym objawie. Ponieważ jednak sposób jego tłómaczenia bywał dotąd bardzo ogólnikowy, przeto autor w pracy, którą tu streścić mamy, zajął się bliższem jego zbadaniem i wytłómaczeniem.

Przedewszystkiem wspomnieć musimy, iż zsuwanie się kości czaszkowych zawsze następuje w sposób dopiero co opisany. — Wprawdzie VOGEL utrzymuje, że wyjątkowo potylicca może się przesunąć nie pod, ale nad kośćmi ciemieniowemi, ale autor na kilka tysięcy dzieci, pod tym względem badanych, ani razu nie znalazł podobnego wyjątku. Wychodząc zaś z zasady, że podobny sposób zsuwania się kości czaszkowych zależeć musi od stosunków

anatomicznych kości, i od praw fizykalnych zajął się najprzód ścisłemi pomiarami obwodu łuków, znajdujących się na brzegach stykających się z sobą kości. Wymiary te uskutecznił na 29 czaszkach noworodków i płodów rozmaitego wieku i płci, na czaszkach krótkich i długich. Średni rezultat z pomiarów tych jest następujący: obwód łuku w szwie koronowym na kościach czołowych wynosi średnio 123 milimetry, na kościach zaś ciemieniowych 127 milim., różnica więc wynosi 4 milim. Obwód zaś łuku w szwie ciemieniowo-potylicowym, na kościach ciemieniowych wynosi średnio 103 mil., na kości zaś potylicowej 98½ mil., różnica więc wynosi 4½ milim.

Z tego wypada, iż obwód łuku obu kości czołowych, wchodzącego do szwu koronowego, jest zawsze mniejszy od obwodu łuku kości ciemieniowych, jako też, iż ten sam stosunek ma miejsce w szwie ciemieniowo-potylicowym, między potylicą a kośćmi ciemieniowemi.

Ponieważ więc kości czołowe i kość potylicowa na brzegach szwów posiadają mniejszy obwód stosunkowo do obwodu brzegów kości ciemieniowych; ponieważ dalej na wszystkie trzy kości działa jednakowe ciśnienie zewnętrzne i wewnętrzne i wreszcie, ponieważ wszystkie te kości mniej więcej są jednakowe co do grubości i elastyczności: przeto łatwo zrozumieć, dla czego zsuwanie kości czaszkowych następuje zawsze w ten sposób, iż kości czołowe i potylicowa podsuwają się pod kości ciemieniowe.

W bardzo rzadkich przypadkach widzimy u ssawców, cierpiących na nieżyt kiszek, zsuniecie się także kości ciemieniowej lewej pod prawą. Objaw ten wytłómaczyć możemy na tej samej podstawie. Wiadomo, iż bardzo często obie połowy czaszki przedstawiają asymetryję, i autor na 26 czaszkach badanych znalazł w 17-tu nierówność kości ciemieniowych.

W takich przypadkach kość ciemieniowa o brzegu mniej łukowatym, cieńsza i podatniejsza, może podsunąć się pod drugą. Przy zupełnej zaś symetrii obu kości ciemieniowych nie może nastąpić zsuniecie.

Przy badaniach i pomiarach autor przekonał się także, iż, wbrew zdaniu WIEDERHOFERA, przy zasuwaniu się kości czaszkowych, — wykonywają potrzebny ruch kości czołowe i potylicowa, kości zaś ciemieniowe pozostają nieruchomo.

Stopień zsunienia się kości czaszkowych zależy od ich ruchomości, a zatem od szerokości szwów. Im szwy są szersze, tém kości mogą więcej na siebie zachodzić. Ponieważ szerokość szwów zależy od wieku dziecka i od pewnych warunków indywidualnych, ztąd i zsuniecie kości bywa rozmaite. W jednym przypadku autor znalazł zmniejszenie średnicy podłużnej czaszki o 2,5 mm. Zmniejszenie zatem przestrzeni czaszkowej zawsze stoi w ścisłym związku z szerokością szwów. Z wiekiem, gdy już szwy zarosną, zsuniecie staje się niemożliwym.

Wytłumaczywszy w ten sposób przyczynę stałego typu opisywanego przez nas objawu, autor stara się wytłumaczyć także przyczynę powstawania zsunienia się kości czaszkowych.

Wiemy z fizjologii, że u dziecka prawidłowego ciśnienie mózgowe utrzymuje w napięciu ciemiona i szwy, i że powiększenie lub zmniejszenie tego ciśnienia sprowadza powiększenie lub zmniejszenie torebki czaszkowej.

Widzimy u sawca, że razem z regularnymi oddechowymi i tętnowymi wahaniami ciśnienia wewnątrzczaszkowego występuje również regularne podnoszenie się i obniżanie ciemion. Widzimy także, iż po zmniejszeniu ciśnienia mózgowego, a więc po śmierci, następuje zmniejszenie jamy czaszkowej skutkiem opadnięcia ciemion i zesunięcia kości głowy.

Ztąd wnosimy, iż gdy ciśnienie wewnątrzczaszkowe stanie się równem ciśnieniu atmosferycznemu, jak to ma miejsce po śmierci, wówczas miękka czaszka ssawca łatwo się zmniejsza.

Wielkość ciśnienia wewnątrzczaszkowego zależy od przyływu i odpływu limfy. Przyływ jej zależy od ciśnienia krwi, odpływ podtrzymywanym lub przeszkodzonym bywa przez rozmaite momenty. Gdy przyływ przy jednakowym odpływie powiększa się lub zmniejsza, albo odpływ przy jednakowym przyływie staje się mniejszym lub większym, wówczas i ciśnienie wewnątrzczaszkowe musi się zwiększać lub opadać. Wynosi ono od 9 do 30 mm. słupa rtęci. Jeśli ciśnienie wewnątrzczaszkowe zmniejszy się do tyła, iż nie będzie w stanie utrzymać w napięciu ścian czaszki, wówczas wystąpi objaw zsunienia się kości czaszkowych. Możemy poprzeć to przykładem praktycznym.

Dziecko, które utraciło skutkiem krwotoku pępkowego znaczną ilość krwi, a pod innymi względami było zupełnie prawidłowe, — przedstawiało objaw zsunienia kości czaszkowych w wysokim stopniu. — Łatwo tutaj fakt ten wytłumaczyć.

Skutkiem znacznej utraty krwi obniżyło się ciśnienie krwi, a z nim i przyływ limfy, odpływ zaś limfy powiększył się zaraz, ponieważ krew przez przybranie większej ilości limfy stara się ilość swoją wyrównać. Powstały więc dwa momenty, powodujące znaczne obniżenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Obniżenie zaś to ciśnienia wewnątrzczaszkowego, było przyczyną zsunienia się kości czaszkowych.

Zobaczmy teraz co się dzieje u dziecka, cierpiącego na ostrą cholereę dziecienną. Skutkiem częstych i obfitych wypróżnień stolcowych i wymiotów, składających się często tylko z wody i nabłonków, — krew traci znaczną ilość wody. Ztąd w trupie znajdujemy ją w postaci zgęstniałej. Taka utrata wody ze krwi sprowadza większe przechodzenie limfy do krwi, a zara-

zem skutkiem zmniejszonego ciśnienia krwi sprowadza zmniejszony przyływ limfy. Mamy więc tutaj podobnie, jak w przypadku poprzednim, ten sam stosunek.—Zmniejszony przyływ i zwiększony odpływ limfy sprowadzają zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, a moment ten i ciśnienie powietrza zewnętrznego wywołują odpowiednią adaptację—resp. zmniejszenie sprężystych powłok czaszkowych, objawiające się zsunieniem się kości głowy.

To samo dzieje się u dziecka zanikłego. Jeśli u takiego dziecka, obok ogólnego zaniku, i mózg ulega mniejszemu lub większemu zanikowi, a utrata masy jego nie zostanie zastąpione przez płyn: w takim razie skutkiem zmniejszonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, musi nastąpić zsuniecie się kości czaszkowych. Przeciwnie, jeśli przy mózgu zanikłym przestrzeń zostanie zajęta przez płyn, wówczas ciśnienie wewnątrzczaszkowe pozostanie jednakowe i zsuniecie się kości głowy nie nastąpi.

Posiadamy na to bardzo wyraźne dowody. Widzimy mianowicie w wielu przypadkach puchliny mózgu (hydrocephalus), że jakkolwiek mózg bywa bardzo zanikły, mimo to jednakże ciśnienie mózgowe bardzo jest wzmocnione i ciemiona są na zewnątrz wypchnięte. Widzimy dalej, jakkolwiek rzadko, u dzieci, które mają ciemiona zapadłe i kości czaszkowe zsunięte, iż znowu ciemiona się wypuklają i zsuniecie się kości znika, jak tylko ciśnienie mózgowe na nowo się wzmocni.

Wkońcu wspomnieć musimy, iż autor razem z Dr. VOITEM, zrobił w pracowni fizjologicznej szereg doświadczeń na czaszkach trupów dziecinnych, którym trepanował czaszkę w okolicy guzów ciemniowych i za pomocą odpowiedniego przyrządu wzmocniał i osłabiał ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Tym sposobem mógł wywołać zsuwanie się kości czaszkowych, badać wielkość zsuwania się i siłę potrzebną na jego usunięcie.

Z badań tych, równie jak z poprzednich obserwacji, autor przyszedł do ostatecznego wniosku, że *zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego jest przyczyną zsuwania się kości czaszkowych.*

Kosmowski.

MISCELLANEA.

440 **Dyfteryt kur.** Stwierdzoną już jest rzeczą że kury, gołębie, pawie i inne ptastwo domowe podlega dyfterytowi. Obecnie prof. Gerhardt (z Würzburga), przekonał się, że dyfteryt ten ptaków, może być przeniesionym na człowieka.

Do zakładu wyłęgania kur w Nesselhausen (Baden), sprowadzono z Werony w 1881-ym roku 2600 kur, niektóre z nich były chore na dyfteryt; wkrótce zaraza tak się rozprzestrzeniła, iż zdechło 1400 sztuk. W lecie zeszłego roku z jaj sprowadzonych z różnych okolic wyległo się 1000 kurcząt, pomiędzy którymi po 6-ciu tygodniach rozwinęła się epidemia dyfterytu, tak złośliwa, iż w krótkim przeciągu czasu zdechły wszystkie kurczęta. W czasie tej epidemii jeden kogut podczas, gdy mu pędzowano gardziel kwasem karbolowym, dziobnął głównego nadzorcę zakładu w rękę i nogę, na powstałych w skutek tego rankach rozwinął się dyfteryt z silną gorączką i znacznym obrzmieniem brzegów ran; wyleczenie nastąpiło lecz bardzo powolnie.— Nie był to jednak jedyny fakt przeniesienia dyfterytu z kur na człowieka: **dwie trzecie wszystkich robotników**, doglądających zarażone ptastwo, **dostało dyfterytu gardzieli**, a jeden z robotników udzielił go trojgu swoim dzieciom. Godnem jest uwagi, iż pod on czas w Nesselhausen nie zdarzyło się ani jednego przypadku dyfterytu, tak iż nie ma żadnej wątpliwości, że miało tu miejsce przeniesienie dyfterytu z kur na ludzi.

(All. Wien. Med. Zeit. Nr. 70—1883).

441 MURRAY-GIBBES zaleca przy dyfterycie stosowanie **wilgotnego ciepła i Eucaliptus**. Ostatni uważa za specyfik przeciw dyfterytowi; wilgotne ciepło pod postacią pary, zaleca jako znakomity środek przeciwwapalny, zapalenie zaś przy dyfterycie powstaje pierwotnie, zdaniem autora, i ono dopiero stwarza grunt podatny do rozwoju i szerzenia się bakteryj. Podług autora bardzo jest ważnem, aby chory zostawał ciągle w atmosferze nasyconej parą, temperatura pokoju powinna być wysoka. Dalej zwraca autor uwagę na preparat Eucalipti używany do wdechań, we Francji dawniej już używany przy dyfterycie oleum Eucalipti globuli, lecz bez skutku, o-

tóż autor utrzymuje, że żaden z dotychczas używanych do wdychań preparatów, nie posiada specyficznego zapachu jaki otrzymamy jeśli wysuszone liście Eucalipti oblejemy wrzącą wodą; G. radzi stosować Eucaliptus tylko w formie takich wdychań, które przez cały dzień trwać mają. Autor przytacza 37 przypadków w ten sposób leczonych, z nich tylko jeden zakończył się śmiercią (u 8 miesięcznego dziecka), pomimo iż wiele z nich było bardzo ciężkich. Podczas tej samej epidemii dwaj koledzy autora stracili wszystkich chorych na dyfteryt, których mieli na kuracyi, a którym stosowali różne zalecane dotychczas środki. (*Lancet*, 9 września 1883).

442 Dr. SEIFERT zaleca podawać przeciw potom suchotników **Agaricin** substancję krystalizującą w igły, otrzymaną z **Agaricus albus**; zwraca jednak uwagę, że pożądaný wpływ środka prędko przechodzi, dla tego też należy go podawać różnym chorym w różnych porach, stosownie do tego, kiedy się chorzy pocą, zwykle na parę godzin przed pojawieniem się potów. Najlepiej podawać w pigułkach po 0,005 grm. pro dosi; chorzy przyzwyczajają się do środka dość prędko i wtedy należy dozę powiększyć, maximum 0,02 grm. pro dosi.

Autor próbował zadawać **agaricin** pod postacią wstrzykiwań podskórnych:

Rp. Agaricin. 0,05
Alcohol. abs. 4,5
Glycerini 5,5

MDS. całą szprykę Prawaza na raz.

Działanie wstrzykiwań jest takie same jak pigulek, ale mają tę niedogodność, iż spowodowują silne pieczenie. Agaricin działa też dobrze przy potach od wszelkich innych przyczyn nie tylko suchotniczych. (*Wien. Med. Woch. Nr. 38—1883*).

443 Dr. MAYER na zasadzie czterech własnych obserwacji, jak również opierając się na obserwacjach Maunair'a, Piccard'a, Huchard'a i Peter'a, zaleca używać wziewań tlenu przy zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego u ciężarnych.

Wziewania takie nie tylko że działają skutecznie przy uporczywych wymiotach, ale zwiększają apetyt i wzmacniają ogólny stan ciężarnej, przez co i płód lepiej się rozwija.

Autor używał do inhalacyi od 6-ciu do 10 funtów

dziennie tlenu, często prowadząc kuracyję przez czas dłuższy.

(*Revue Médical de la Suisse Romande*
Nr. 10 r. 1883).

444 Dr. DURAND u dwóch chorych na zapalenie płuc krupowe, (u jednego z rozszerzeniem serca), znalazł w moczu białko i **wałeczki szkliste** jako też **ziarniste**. Badanie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian w nerkach.

(*Lyon medical* 29).

445 GUARNIERI opisuje 2 przypadki szybko powstałego przerostu lewej komórki serca u ludzi przedtem zdrowych, bezpośrednio w następstwie zapalenia nerek przy płonicy, oba przypadki zakończyły się śmiercią. (*Gas. degli Ospit.* 67).

446 JAKSON opisuje przypadek śpiączki i nagłej śmierci przy raku żołądka (coma carcinomatosum).—Objawy były zupełnie zbliżone do śpiączki przy cukromoczu. Przy badaniu znaleziono w moczu białko i znaczną ilość acetonu.

(*Wien med. Wochenschrift* 16 i 17)

447 Ciekawy przypadek zatrucia morfiną w celu samobójczym opisuje dr. HOLST:

Uczeń aptekarski zażył 15 gran morfiny, po czem jeszcze pół godziny pracował; gdy wystąpiły objawy zatrucia podano garbnik, który zwymiotował. W półtorej godziny po zatruciu nastąpiła utrata przytomności, tętno nikle i nieregularne, oddechanie powierzchowne; trzy razy wstrzyknięto podskórnie atropinę, następnie wielokrotnie—kamforę z eterem, nacierano ciało, zlewając chorego zimną wodą, faradyzowano nerw przeponowy, bezustannie wykonywano sztuczne oddychanie. Dopiero po 6¼ godzinach dostrzeżono ruchy dobrowolne i powrót przytomności. Od tego czasu stan chorego zaczął się poprawiać i na czwarty dzień wróciło zupełne zdrowie.

(*St.-Petersbourg Med. Woch.* 49)

448 Dr. MARINI na podstawie licznych spostrzeżeń poleca Quebracho jako jedyny znakomity środek przy wszelkich formach duszności nerwowej lub powstałej wskutek zmian anatomicznych. Środek ten wpływa na zmniejszenie ilości skurczów serca i ilości oddechów.

Wiadomości bieżące.

— **Sprawozdanie komisji Niemieckiej, badającej cholęę w Egipcie.** Komisyja, wysłana do Egiptu z Berlina pod przewodnictwem Kocha dla zbadania epidemii cholery, udała się obecnie do Indyi dla dalszego prowadzenia badań.— Z przysłanego ministrowi v. Boetticher'owi sprawozdania o rezultacie dotychczasowych badań, przytaczamy co następnje:

We krwi i w organach, które, przy innych zakaźnych chorobach, bywają zwykle siedliskiem mikroorganizmów, jako to: płucach, wątrobie, śledzionie, nerkach, żadnych pasorzytów nie wykryto. — Znalezione wprawdzie kilkakrotnie bakteryje w płucach, które jednak, jak się to okazało z ich formy i położenia, nic wspólnego z procesem chorobowym nie miały, a dostały się do płuc w skutek wetchnienia mass wymiotowych. W zawartości kiszek, jak i w kale cholerycznych, znaleziono ogromną ilość mikroorganizmów najróżnorodniejszych rodzajów. Na stronie żadnego jednak rodzaju nie było przewagi. Za to bardzo ważne dane dostarczyło badanie ścianki kiszek, znaleziono w niej bowiem we wszystkich przypadkach, zawsze jeden i ten sam rodzaj bakteryj. Bakteryje te są pałeczkowate, a więc należą do bacyllów, wielkością i kształtem bardzo są zbliżone do bacyllów napotykanych przy nosaciznie; przenikają one do rurkowatych gruczołów kiszek i w głąb błony śluzowej, często znajdowano je pod nabłonkiem gruczołowym, pomiędzy tym ostatnim i błoną właściwą gruczołu. W ciężkich przypadkach, połączonych z krwawem nacieczeniem błony śluzowej, bacylle przenikały przez całą jej grubość, aż do błony mięśniowej. Przed laty już prof. Koch odkrył obecność tych bacyllów w kiszce chorego cholerycznego, nadstanej mu z Indyi, przypuszczał jednak, iż bacylle te mogły się tam dostać już po śmierci, — obecnie takie przypuszczenie jest niemożliwe, gdyż prawie wszystkie sekcyje dokonywano natychmiast lub co najwyżej w parę godzin po śmierci. Ponieważ dalej, nie znaleziono

tych bacyllów we wszystkich przypadkach zmarłych na inne choroby, badanych dla kontroli, należy więc przypuścić, że istnieje jakiś związek pomiędzy temi bacyllami a epidemiją cholery. Nie można jednak z dotychczasowych badań wywnioskować, że znalezione bacylle są przyczyną cholery; mogłoby być nawet zupełnie przeciwnie, t. j. możnaby przypuścić, że cholera wywołuje w kiszce zmiany, ułatwiające, jednemu z licznie reprezentowanych w zawartości kiszek bacyllów, przenikania w głąb ścianki kiszek. Jedynym dowodem rozstrzygającym może tu być kultura znalezionej bacylla i szczepienie go na zwierzętach skłonnych do zarażenia się cholęą. Cała trudność polega właśnie na tem, że odpowiedniego wrażliwego na jad cholery zwierzęcia znaleźć niepodobna.

Wprawdzie Thiersch wspomina, że karmiąc myszy kałem cholerycznym wywoływał u nich rozwolnienie i śmierć, próby jednak wykonane przez Koch'a na myszach, małpach, psach, królikach i t. d., pozostały dotąd bezowocne. Szczepienie wyhodowanego bacylla i karmienie nim, też nie wydały dotąd żadnych rezultatów.

(*Wien. Med. Presse* Nr. 42—1883).

— W Finlandyi wyszło rozporządzenie pozwalające przyjmować do Uniwersytetów wychowawców gimnazjów realnych. Fakt to wielkiej doniosłości, szczególnie dla wydziału lekarskiego, zaczął mu bowiem przybywać słuchacze lepiej przygotowani z nauk przyrodzonych, niż dotychczasowi wychowawcy gimnazjów klasycznych. Bardzo by było pożądanem, żeby i u nas wydano podobne rozporządzenie.

(*Wraca* Nr. 39—1883).

— W Moskwie Dr. MANSUROW otwiera klinikę dla chorych wysypkowych na 200 łózek, (100 mężczyzn i 100 kobiet), mającą się utrzymywać z dobrowolnych składek.

Opłata będzie wynosić tylko 10 rs. na miesiąc, a jeżeli się zbierze odpowiedni kapitał, to chorzy nie płacić nie będą. Przy klinice otwartem zostanie laboratorium parazytologiczne otwarte dla wszystkich bez wyjątku lekarzy, a z czasem ma być wydawany oddzielny dziennik, pod tytułem: „Wiestnik Dermatologii”.

(*Wraca* Nr. 39—1883).