

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU D-RA T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. O NIEORGANICZNEJ NIEDOSTATECZNOŚCI ZASTAWEK AORTY. (*Insuff. relativa vv. semilunar. aortae*).

Podał

Witosław Dąbrowski.

Materyjał kliniczny, jakim rozporządzałem, pisząc pracę o niedomykalności zastawki dwudzielnej, powiększył się przez krótki przeciąg czasu znacznie, tak, że ilość spostrzeganych przezemnie przypadków nieorganicznej niedostateczności zastawki dwudzielnej dosięga w obecnej chwili liczby kilkunastu, może nawet więcej, co w mojem przekonaniu jeszcze bardziej uzasadnia potrzebę dokładnego obeznania się z nieorganicznymi wadami serca, oraz cierpieniami, na tle których one się rozwijają. Do tych ostatnich należą przedewszystkiem cierpienia naczyni, których dokładna znajomość stanowi również nabytek ostatnich czasów i zasługę przeważnie francuzkich klinicystów; w niemieckiej literaturze zrobiono w tej kwestyi stosunkowo niewiele, a nawet w pierwszych wydaniach patologii i terapii szczegółowej EICHHORST działu o stwardnieniu tętnic wcale jeszcze nie uwzględnił. Słuszność powyższych uwag stwierdzić może następujący obraz kliniczny, który niejednokrotnie powtarzał się się w obserwowanych przezemnie przypadkach nieorganicznej niedostateczności zastawki dwudzielnej.

Przybywa na oddział chory w okresie zniesionej kompensacyi serca z silnie wyrażonemi objawami zastoinowemi, dusznością, sinicą na twarzy i kończynach, ze znacznymi obrzękami całego ciała. Wymiary serca znacznie powiększone, czynność serca bardzo słaba, z czem w rażącej sprzeczności stoi bardzo nieraz głośny szmer skurczowy słyszalny u wierzchołka. Możliwyby sądzić, że mamy przed sobą obraz organicznej wady serca w okresie zaburzenia kompensacyi, gdyby nie tętno małe, lecz twarde, które stoi w sprzeczności z tem rozpoznaniem, oraz wzmocnienie 2-go tonu aorty, zniewalające badającego do szukania w naczyniach pierwotnego siedliska choroby i uważania objawów ze strony serca za następstwo nadmiernej pracy, jaką musiało ono przez długi czas wykonywać w celu pokonywania nienormalnych oporów ze strony patologicznie zmienionych ścian naczyniowych. Chorzy tacy najczęściej w krótkim czasie umierają, a sekcyjna stwierdza rozległe zmiany miażdżycowe w aorcie i mniejszych naczyniach obok zupełnego braku zmian na zastawkach. Niekiedy znowu udaje się jeszcze wzmocnić i uregulować skurcze mięśnia serca, a wtedy

w stanie chorego zachodzi prawie cudowna zmiana. Subiektywna poprawa idzie tu w parze z szybkim znikaniem zastojów i obrzęków, tępość serca zmniejsza się, szmer u wierzchołka znika bez śladu, tętno staje się większem, a jednocześnie z tem uwydatnia się jeszcze bardziej zwiększone napięcie ścian naczyń i drugi ton aorty staje się jeszcze silniejszym i dźwięczniejszym. Tak więc jednocześnie ze wzmocnieniem siły popędowej serca znikają niewątpliwe objawy wady serca, a uwydatnia się cierpienie naczyń, stanowiące w danym przypadku tło, na którym rozwinęły się powyżej opisane objawy. W chwili jednak, gdy dwa szeregi objawów istnieją obok siebie, maskują się do pewnego stopnia wzajemnie i tylko dokładna znajomość wad nieorganicznych serca i cierpień, na tle których one powstają, pozwala nam oryjentować się w tak zawiłym obrazie klinicznym.

Arteriosclerosis, jak niżej zobaczymy, jeszcze ważniejszą, bo prawie wyłączną odgrywa rolę w etyologii nieorganicznej niedostateczności zastawek aorty. Jeżeli jednak częstość, z jaką się przytrafia nieorganiczna niedostateczność zastawki dwudzielnej, dorównywa, a może nawet przewyższa częstość organicznych wad tejże zastawki, to nie mogą tego powiedzieć o nieorganicznej niedostateczności zastawek aorty. W okresie czasu, obejmującym lat pięć, obserwowaliśmy na oddziale zaledwie kilka przypadków, liczba ta jednak wyda się nie tak rażąco małą przy porównaniu z ilością wad organicznych aorty, które na naszych oddziałach trafiają się stosunkowo rzadko.

Również i w dostępnej dla mnie literaturze znalazłem niewielką tylko ilość przypadków, w których rozpoznawanie organicznej niedostateczności nie może ulegać kwestyi, dzięki dokładności przeprowadzonej obserwacji klinicznej i badaniom pośmiertnym.

Przypadki te idą po sobie w następującym chronologicznym porządku;

1) PEL ¹⁾ opisał w krótkości przypadek, w którym u 74-letniej kobiety istniały klasyczne objawy niedostateczności zastawek półksiężycowych, a po śmierci okazały się zmiany miażdżycowe i rozszerzenie aorty wstępującej, a zastawki były w prawidłowym stanie. Autor objaśniał objawy, spostrzegane za życia, względną niedostatecznością zastawek.

2) Z kliniki PETER'a opisał CHAUFFARD ²⁾ przypadek względnej niedostateczności zastawek półksiężycowych. Na sekcji znaleziono cylindryczne rozszerzenie łuku aorty i rozszerzenie ujścia, obok braku znaczniejszych zmian na zastawkach.

3) 1883 r. na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego, GUTTMANN opisywał przypadek, który za życia dawał klasyczne objawy niedostateczności zastawek półksiężycowych, po śmierci zaś znaleziono *nephritis, aneurysma aortae*, a zastawki były zupełnie niezmiennione. Na podstawie tego przypadku GUTTMANN przyszedł do wniosku, że kombinacja tętniaka z zapaleniem nerek może przedstawiać wszystkie te same cechy, co niedostateczność zastawek aorty, a wobec tego szereg objawów, uważany dotąd za charakterystyczny

¹⁾ K. PEL. Zur Diagnose des Herzfehler. Berl. klin. Woch. 1881. N. 10.

²⁾ Progrés medical. 1883. N. 1.

dla tej wady, musi utracić swą dotychczasową wyłączną wartość. W artykule, specjalnie poświęconym rozbirowi tego przypadku, HEITLER³⁾ zakwestyjonował wnioski, wyprowadzone przez GUTTMANN'a, dowodząc, że ten ostatni nie miał prawa wyłączyć w danym razie niedostateczność zastawek półksiężycowych, bo chociaż większość objawów można objaśnić obecnością tętniaka i zapalenia nerek, jest jednak w pośród nich jeden, mianowicie *pulsus celer*, który w tych warunkach nie może być inaczej wytłómaczonym, jak tylko niepełną zamykalnością zastawek aorty. Przy tak dobitnie wyrażonych objawach niedostateczności zastawek aorty, nawet wobec ujemnych rezultatów otrzymanych na sekcji, zdaniem HEITLER'a, daleko stosowniej jest przyjąć nieorganiczną niedostateczność zastawek, niż na zasadzie braku zmian anatomicznych kwestyjonować wartość objawów, uważanych powszechnie za patognomiczne dla niedostateczności aortalnej.

4) W obu przypadkach, opisanych przez R. MASSALONGO⁴⁾, niedostateczność zastawek, zdaniem autora, była nieorganiczną, jednakże w jednym tylko przypadku stwierdzone to zostało na sekcji, w drugim zaś niedostateczność zastawek rozwinęła się u chorej ze sklerozą naczyń w czasie pobytu jej w szpitalu, lecz tu do autopsji nie doszło.

5) L. BOUVERET⁵⁾ podał trzy przypadki niedostateczności aortalnej, która dołączyła się do zapalenia nerek. Jeden z nich zakończył się śmiercią, a niedostateczność zastawek była tu, zdaniem autora, nieorganiczną, ponieważ na zastawkach zmian nie znaleziono.

6) W dwóch przypadkach, opisanych przez RENVERS'a⁶⁾, niedomykalność niezmiennych anatomicznie zastawek udowodniona była na sekcji za pomocą próby z wodą. W jednym z tych przypadków niedostateczność zastawek spowodowaną była, według RENVERS'a, rozszerzeniem ujścia, zależnem od pierwotnego przerostu i rozszerzenia serca, w drugim zaś od przerostu i rozszerzenia serca, wywołanego stwardnieniem tętnic.

7) Nareszcie JACQUET⁷⁾ w swej rozprawie doktorskiej przytacza przypadek względnej niedostateczności zastawek aorty, obserwowany na oddziale HUCHARD'a, w którym rozpoznawano za życia niedostateczność i zwężenie ujścia aorty, na sekcji zaś okazało się, że zastawki przepuszczały wodę, chociaż były niezmiennione, ujście i aorta rozszerzone i ta ostatnia usiana ateromatycznymi guziczkami.

Prócz tych autorów, którzy opisywali powyższe przypadki, przyznaje możliwość istnienia podobnej niedostateczności jeszcze PEACOCK, BALFOUR, ALBUT, JACCOUD, nie podając faktycznych danych. Z drugiej jednak strony liczba zmian nam

³⁾ Zur Diagnostic. der Aorteninsuffizienz. Wien. med. Woch. 1886 r. 18.

⁴⁾ De la maladie de HODGSON, par le docteur R. MASSALONGO. Gazette Hebdomadaire. 1885 r. N. 33 i 34.

⁵⁾ Note sur l'insuffisance aortique relative dans la nephrite interstitielle. Par L. BOUVERET. Lyon. Medical. 1888. N. 23.

⁶⁾ Casuistische Beiträge zur Lehre von der relativen Insuffizienz der Aortenklappen. von D-r RENVERS, Charité-Annalen. 1888 S. 223.

⁷⁾ Contribution a l'etude clinique de l'insuffisance aortique d'origine artérielle. Thèse pour le doctorat de médecine par F. JACQUET. 1891 r.

przypadków, jak widzimy, jest niewielka, a dla wielu autorów, jak ROSENSTEIN ¹⁾, jest jeszcze kwestyjną, czy bez zmian anatomicznych zastawek aorty możliwą jest niedostateczność tychże.

Spostrzegane na naszym oddziale przypadki przytaczam nietylko dlatego, żeby powiększyć materiał kazuistyczny, lecz głównie w celu wykazania możliwości i ważności rozpoznawania tego rodzaju wad za życia.

Przypadek I. Kran... Walery, robotnik, 51 lat, przybył do oddziału 9 Lipca 1887 r., skarżąc się na częste napady bicia serca, któremu towarzyszył silny ból w okolicy serca, rozprzestrzeniający się także i na ręce. Z powodu tych bólów chory raz już leżał w szpitalu i tu po raz pierwszy pokazały się na nogach obrzęki, które odtąd już stale się utrzymują, gdy tym czasem napady bicia serca ustaly.

Status praesens. Na całym ciele, za wyjątkiem piersi, obrzęk. Tętno skaczące. Naczynia na szyi silnie tętnią. W dolnej części prawego płuca, zarówno z przodu jak z tyłu, tępość, której górna granica przebiega na kilka palcy powyżej granicy lewego płuca. Na miejscu tej tępości oddechu wcale nie słychać, a drżenie głosowe zupełnie zniesione. Górna granica serca rozpoczyna się na IV żebrze, lewa zachodzi na 2 palce za linię sutkową lewą, a prawa zlewa się z tępością prawego płuca. Przy wystłachiwaniu serca na wszystkich punktach słychać szmer rozkurczowy. Nad tętnicą szyjową słychać 1 ton a drugi szmer, nad tętnicą ramieniową i udową słychać jeden dźwięczny ton. Mocz ciemny, przesycony moczanami, zawiera dużo białka, cylindrów szklistych i białych ciałek.

Zalecono choremu *digitalis*, a w kilka dni potem [12 Lipca] wypuszczono z prawej opłucnej około 1500 ctm. płynu surowiczego o ciężarze właściwym 1009, z zawartością 0,6‰ białka. Chory czuł się potem znowu lepiej, na miejscu poprzedniej tępości słychać było oddech i drżenie głosowe. Szmer rozkurczowy stał się wyraźniejszym.

Dnia 15. VII. już okazała się potrzeba wypuszczenia płynu w ilości 2010 ctm. o takim samym ciężarze właściwym i zawartości białka. Subiektywny stan chorego poprawił się znowu, lecz ilość moczu mała [500 ctm.], obrzęk moczny i prącia powiększył się jeszcze bardziej. Tętno 75, skaczące.

Dnia 17. VII. Ilość moczu 1000 ctm., ciężar właściwy 1014. Znowu wypuszczono z opłucnej 2300 ctm. płynu, zawierającego 1‰ białka.

Dnia 18. VII. Subiektywny stan chorego znacznie się poprawił, duszność mniejsza. Przesięk w opłucnej jeszcze nie zebrał się. Szmer rozkurczowy słychać wszędzie i jest on tak głośny, że dotąd jeszcze nie można było nic stanowczego powiedzieć o pierwszym tonie. W naczyniach nawet małego kalibru silne tętnienie. Ilość moczu 2200 ctm., ciężar właściwy 1012.

Dnia 19. VII. Pomimo zwiększonej ilości moczu obrzęki się nie zmniejszały, a płyn w opłucnej znowu się zaczął gromadzić, zalecono więc choremu kalomel i wypuszczono 2000 ctm. sześć. płynu nieco zabarwionego krwią [4 raz].

Dnia 22. VII. Pomimo dużej ilości moczu [przeszło 2000 ctm. sześć.], niezawierającego obecnie wcale białka, obrzęki mało się zmniejszyły i okazała się znowu potrzeba wypuszczenia 1700 ctm. sześć. płynu zabarwionego krwią, o ciężarze właściwym 1009, a w miejsce kalomelu przypisano *digitalis*.

Dnia 27. VII. Po kilkodniowej poprawie znowu stan chorego pogorszył się. Ilość dobową moczu 700—1000 ctm. sześć., duszność i obrzęki większe. Trzykrotnie jeszcze wypuszczano płyn z opłucnej w ilości 2000—2500 ctm. sześć., a w końcu ponownie dawano kalomel [9 grm. dziennie].

Dnia 4. VIII. Ilość moczu 3000 ctm. sześć., ciężar właściwy 1015, białka nie ma. Duszność znacznie mniejsza, obrzęki również się zmniejszyły, a płynu w opłucnej przybywa lecz bardzo powoli. W parę dni potem chory, czując się lepiej, wypisał się ze szpitala.

Rozpoznanie: *Insufficiëntia vv. semilun. aortae*. W następnym roku chory znowu zapisał na nasz oddział z temi samemi objawami i po krótkim pobycie zmarł dnia 16 Czerwca 1888 r. Sekcja

¹⁾ ZIEMSEN. Handbuch der spec. Path. u. Ther. Krankheiten des Endocardiums.

dokonana przez D-ra PRZEWOŚKIEGO, wykazała: Oplucna, pokryta skrzepami włóknika, zawiera płyn zabarwiony krwią. Lewe płuco uciśnięte, powierzchnia przekroju prawego płuca jedностajna i sączy się z niej wiele krwi. W dolnym zroście — *infarctus*. Poprzeczny wymiar serca = 14 ctm., podłużny = 17 ctm., przednio-tylny = 8 ctm. Lewa komórka powiększona, grubość ścianki = 2,2 ctm., mięsień twardy (*hypertrophia excentrica*). Ujście żyłne przepuszcza 2 palce. Prawa komórka prawidłowych rozmiarów, grubość ścianki = 5 mil. Szerokość ujścia aorty = 9 ctm. [prawidłowo 7 ctm.]. *Intima* aorty usiana złożami ateromatycznymi, częściowo uległymi zwapnieniu. Zastawki nie przedstawiają żadnych zmian, prócz nieznacznego zgrubienia *noduli Arantii*.

W pozostałych organach znaleziono: *hepar moschatum, tumor chronicus lienis, cyanosis renum*.

Przypadek II. Jas., Karol, wyrobnik, lat 51. przybył na oddział 7-go Listopada 1891 r., skarżąc się na kaszel, duszność i obrzęki. Kaszel i duszność stale ma już od 6 lat, a od 4 lat zaczęły się pokazywać od czasu do czasu na nogach obrzęki, które jednakże dotąd zjawiały się tylko przelotnie i znikaly pod wpływem wypoczynku, bez żadnych środków lekarskich. Krwia nigdy nie pluł, na syfilis nie chorował, do nadużywania napojów spirytusowych nie przyznaje się.

Status praesens. Stan bezgorączkowy, na kończynach i tułowi obrzęki, na rękach i nogach sinica. Forma klatki piersiowej beczkowata. Granice płuc dość znacznie obniżone, szczególnie z tyłu. Oddech na całej przestrzeni słaby i wszędzie porzrucane suche rżenia, a prócz tego w dolnych częściach z tyłu i z przodu, począwszy od obojczyków, słycać dość obfite drobne wilgotne rżenia. Tętno 72, skaczące, jednak twarde; podnoszenie się i opadanie tętnicy odbywa się szybko, jednakże przy opadaniu wyczuwa się palcem drżenie ścianki naczyń. Tętnica promieniona wyczuwa się w postaci rurki prostej, lecz szerokiej. Tętnienie naczyń na szyi. Tępość serca rozpoczyna się na IV żebrze, na prawo sięga połowy mostka. U wierzchołka pierwszy ton jest czysty, drugi dość mocny lecz głuchy ton, czasami zmienia się w szmer. U tętnicy płucnej drugi ton wzmocniony, u aorty zaś po krótkim drugim tonie słycać szmer. Brzuch powiększony. Wątroba duża, bolesna, lecz brzeg jej nie wyczuwa się. Ilość moczu 500—750, ciężar właściwy 1014, białka 1‰, w osadzie nie znaleziono nic.

Z początku choremu zalecono *digitatis*.

Dnia 10. XI. Mocz 1000 ctm sześć, ciężar właściwy 1014.

Dnia 11. XI. Mocz 1301. Tętno 72.

Dnia 12. XI. Mocz 1210. Tętno 72.

Dnia 13. XI. Mocz 2200, ciężar właściwy 1010. Pomimo tak dużej ilości moczu, obrzęki się nie zmniejszyły. U wierzchołka serca słycać dwa tony, z których drugi nie głuchy. U aorty słycać wyraźnie szmer rozkuczowy, lecz i pierwszy ton także nie jest czysty. Zalecono kalomel w ilości 9 gr. dziennie.

Dnia 14. XI. Mocz 2100. Tętno 72.

Dnia 15. XI. Mocz tylko 2000 ctm sześć, lecz chory ma rozwolnienie i oddaje często mocz ze stołcem.

Dnia 16. XI. Mocz 2500, ze śladem zaledwie białka. Pomimo tak znacznej dyurezy w stanie obrzęków nie zaszła żadna znaczniejsza zmiana. Tętno 84. Szmer rozkuczowy u aorty bardzo wyraźny, a prócz tego słycać także i skuczowy szmer u podstawy serca. Również i w tętnicy szyjowej prawej słycać szmer rozkuczony, który można też wyczuć ręką.

Dnia 17. XI. Mocz 2000. Tętno 90.

Dnia 20. XI. Mocz 1500 ctm. Obrzęki cokolwiek zmniejszyły się. U aorty stale słycać dwa szmery.

Dnia 21. XI. Mocz 2500. Obrzęki zmniejszają się.

Dnia 22. XI. Mocz 2000 ctm. sześć. Załedwie ślad białka.

Dnia 23. XI. Chory czuje się znacznie lepiej, duszność i obrzęki znacznie się zmniejszyły.

U wierzchołka serca słycać drugi ton, a u aorty dwa szmery.

Dnia 24—27 XI. 1. XII. Ilość moczu 1200 ctm. sześć.

29. XI.—1. XII. Ilość moczu 1000. Subiektywny stan pogorszył się.

Dnia 2. XII. Ilość moczu 500 ctm. Na kończynach i tułowi znacznie powiększyły się obrzęki. Tętno 90.

Dnia 3. XII. Stan chorego bardzo zły. Mocz 300 ctm. sześć. Świeżo oddany mocz mętny, ciężar właściwy 1038, białka 3%, w osadzie zaś dużo cylindrów woskowych. Tętno 108 małe. W opłucnej z obu stron nagromadziła się dość znaczna ilość białego płynu, o zawartości białka 1%. Zalecono środki podniecające. Chory tego samego dnia zmarł.

Rozpoznanie: *Degeneratio atheromatosa et dilatatio arcus aortae. Insuff. valv. semilun. aortae (relativa?) Nephritis chronica. Hydrothorax duplex.* Sekcja, dokonana przez D-ra PRZE-
WOSKIEGO, wykazała: Opłucna zmętniała, zaczerwieniona, pokryta świeżym nalotem z włóknika i zawiera płyn surowiczy. Lewe płuco w dolnej części uciśnięte i wolne, w górnej zaś części przyciśnięte, nie zawiera powietrza, rozrywa się trudno, na powierzchni przekroju czerwone. Prawe płuco także same. Osierdzie zgrubiałe, zaczerwienione, w wielu miejscach usiane drobnymi wylewami krwi i zawiera około 300 grm. płynu surowiczego. Ścianka lewej komórki o $\frac{1}{3}$ grubsza niż prawidłowa. Szerokość ujścia żylnego = 10,5 ctm., zastawki na brzegach cokolwiek zgrubiałe. Ścianka prawej komórki o $\frac{1}{2}$ grubsza, szerokość otworu żylnego = 13 ctm. Szerokość aorty u ujścia = 9,5 ctm., u aorty wstępującej = 12,5. *Intima* usiana owrzodzeniami i licznymi złogami ateromatycznymi, pokrytymi przyżyciowymi skrzepami krwi. Zastawki aorty, po wlaniu wody do aorty, przepuszczają swobodnie strumień wody, jednak nie przedstawiają żadnych zmian, prócz nieznacznego zgrubienia *noduli Arantii*. Szerokość arteryi płucnej = 10 ctm.; zastawek jest tylko dwie: przednia i tylna. Wątroba powiększona w wymiarze poprzecznym, z powierzchni przekroju wypływa dużo krwi, budowa zrazikowa wyraźna, środek zrazików ciemno-czerwony. Śledziona trzy razy większa, niż prawidłowa, sucha, błyszcząca (*deg. amyloidea*). Nerki powiększone, powłoczka włóknista zdejmuje się łatwo, pod nią powierzchnia nerki ziarnista. Substancja korowa o $\frac{1}{2}$ cieńsza, biała, błyszcząca (*nephritis et deg. amyloidea*).

Nie może ulegać żadnej wątpliwości, że w obu przypadkach zastawki aorty były niedostateczne i przez niedomknięte ujście krew w czasie rozkurczu serca powracała do lewej komórki. Wprawdzie szmery rozkurczowe słyszalne u aorty przestały być uważane za stanowczo decydujące o stanie zastawek, gdyż przekonano się, że mogą one powstawać i na zewnątrz serca, jednakże w żadnym z naszych przypadków nie podobnego przypuszczać nie można, ponieważ: 1-o. Szmery zewnątrz-sercowe rozkurczowe należą do rzadkości. Opisałi podobne przypadki LEYDEN, DUROZIEZ, GERHARD, SAHLI i LITTEN, a BOUVERET wspomina jeszcze o trzech przypadkach, spostrzeganych przez WOILLEZ'a i POTAIN'a. 2-o. Szmery te odznaczają się niestałością, w przypadkach zaś przezemie opisanych szmer rozkurczowy u aorty stale się utrzymywał. 3-o. Obok szmeru rozkurczowego mieliśmy jeszcze szereg klasycznych objawów niedostateczności zastawek. 4-o. Wprawdzie w pierwszym przypadku dla wykazania niedostateczności zastawek nie była przy sekcyi zastosowana próba z wodą, jednakże nie znaleziono również żadnych innych zmian, któreby mogły, chociażby tylko z pewnem prawdopodobieństwem, tłómaczyć w inny sposób spostrzegane za życia objawy, jak to naprzykład miało miejsce w przypadku GUTTMANN'a. W drugim przypadku próba z wodą usuwa wszelką wątpliwość.

Ponieważ zaś sekcyja wykazała, że zastawki aorty były zupełnie zdrowe, bo wszakże niewielkiego zgrubienia *noduli Arantii*, lub nawet całego brzegu wolnego zastawek, nie można uważać za zmiany zdolne do spowodowania niedostateczności tych ostatnich; mieliśmy więc do czynienia z nieorganiczną niedostatecznością zastawek aorty.

Przyczyny i sposób powstawania nieorganicznej niedostateczności zastawek aorty dadzą się łatwo określić na podstawie znanych nam już przypadków. Z góry należy się spodziewać, że przy niezmienionych anatomicznie zastawkach ujście arteryjne może stać się wtedy tylko niedomykalnem, gdy ulegnie tak znacznemu rozszerzeniu, że zastawki nie będą mogły całkowicie go zamykać, co też mianowicie miało miejsce w obu opisanych przezemnie przypadkach, w których, jak widać z dołączonych protokółów sekcji, ujście aorty było znacznie szersze, niż bywa prawidłowo. A zatem sposób powstawania nieorganicznej niedostateczności zastawek aorty jest inny, niż przy takiejże wadzie zastawki dwudzielnej, która, jak starałem się dowieść w poprzedniej pracy, jest zawsze czynnościową (*insufficiencia functionalis*), zależną od rozszerzenia i niedostateczności samego aparatu mięśniowego serca; rozszerzenie ujścia żylnego nie jest tu bynajmniej niezbędnym warunkiem i najczęściej też nie bywa go wcale, gdy tymczasem nieorganiczna niedostateczność zastawek aorty może być tylko względną, zależną od rozszerzenia ujścia.

To rozszerzenie ujścia aorty, niezbędne do wytworzenia się względnej niedostateczności jej zastawek, może mieć miejsce tam jedynie, gdzie ciśnienie tętnicze jest znacznie podwyższone, co widocznie jednak nie stanowi jedyne warunki powstawania względnej niedostateczności zastawek, skoro nie widzimy jej w przebiegu takich cierpień, w których obok przerostu lewej komórki i podwyższenia ciśnienia w naczyniach, ścianki tych ostatnich zachowały swą elastyczność. Wprawdzie RENVERS tłumaczy rozszerzenie ujścia początku aorty w jednym ze swoich przypadków samem tylko podwyższeniem ciśnienia i przerostem serca, spowodowanem wysiłkami fizycznymi, jednakże i w tym przypadku znalazły się daleko posunięte zmiany w błonie wewnętrznej aorty, to zaś prowadzi do wniosku, że patologiczny stan ścian aorty stanowi drugi niezbędny warunek powstawania względnej niedostateczności zastawek aorty. Co się tyczy charakteru tych zmian, to za wyjątkiem jednego przypadku, w którym znalazłem wzmiankę w patologii i terapii szczegółowej EICHHORST'a ¹⁾, we wszystkich przypadkach, jakie mogłem znaleźć w literaturze, jako też w spostrzeganych na naszym oddziale, względna niedostateczność zastawek aorty miała miejsce u chorych z ateromatycznym zwyrodnieniem aorty. Cierpienie to, będąc jednym z końcowych objawów stwardnienia tętnic, daje rzeczywiście wszystkie warunki niezbędne do wytworzenia się względnej niedostateczności, bo ciśnienie w tętnicach jest tu od samego początku choroby znacznie podwyższone, z drugiej zaś strony aorta, której ścianki straciły prawidłową elastyczność, łatwo ulega stałemu rozszerzeniu, a następnie rozszerza się też i ujście.

Względna niedostateczność zastawek aorty jest więc objawem daleko posuniętego stwardnienia tętnic i to właśnie stanowi ważną jej rozpoznawczą cechę. Nie możemy wprawdzie z zupełną pewnością twierdzić, że w danym przypadku niedostateczność zastawek nie jest organiczną, lecz względną; ta ostatnią bowiem w objawach swych niczem nie różni się od niedostateczności

¹⁾ W przypadku tym, opisanym przez MOXON'a, przyczyną względnej niedostateczności było ostre zapalenie aorty.

powstałej na drodze rozszerzenia się sprawy ateromatycznej na zastawki, mamy jednak możność wyłączenia wady zależnej od zapalenia wsierdźcia, a jak zobaczymy niżej; ma to bardzo ważne praktyczne znaczenie. Rozumie się, że odróżnienie tych dwóch rodzajów wad możliwe jest tylko na drodze pośredniej, bo w obu przypadkach proste następstwa niedostateczności zastawek aorty, jakoto: przerost lewej komórki, szmer rozkurczowy u aorty, tętno skaczące, tętno kapilarne, objawy wysłuchowe ze strony tętnic szyjowych i t. p., są wspólne obu tym rodzajom niedostateczności. Rozpoznanie staje się tu możliwym dzięki temu właśnie, że względna niedostateczność zastawek aorty jest tylko jednym z objawów stwardnienia tętnic, które, będąc cierpieniem całego układu tętniczego, kładzie swe piętno na wszystkich najdrobniejszych tętniczkach, a nadto umiejscawia się wyraźniej w niektórych organach, jak: w sercu, aorticie, nerkach i t. d.

Przedewszystkiem więc względna niedostateczność zastawek aorty różni się od niedostateczności, spowodowanej zapaleniem wsierdźcia, czyli tak zwanej choroby CORRIGAN'a, tem, że ta ostatnia dotyka ludzi młodych, gdy tymczasem pierwsza zdarza się wyłącznie u ludzi wiekowych, po 50 roku życia, t. j. w takim wieku, kiedy już ostry gościec, będący najczęstszą przyczyną choroby CORRIGAN'a, trafia się bardzo rzadko.

Ta sama przyczyna, od której zależy różnica w wieku tych chorych, jest też powodem różnicy w rozwoju cierpień. Z chwilą mianowicie, gdy zastawki aorty dotknięte zostały zapaleniem wsierdźcia, niedostateczność ich jest już faktem dokonanym i manifestuje się odpowiednimi objawami; rozwój zaś choroby przy względnej niedostateczności zastawek jest skryty, powolny i przejawia się z początku dość nieokreślonymi objawami czynnościowymi, jakoto: dusznością, bolesnem i niepokojącym kołataniem serca, zawrotami głowy i t. p.. Do objawów tych, zależnych od nadmiernego napięcia tętnic, dołączają się następnie objawy rozszerzenia łuku aorty: tętnienie *in jugulo*, stłumienie na mostku, wzmocnienie drugiego tonu aorty, który przybiera nawet metaliczny przydźwięk. Ztąd już jeden tylko krok do wytworzenia się względnej niedostateczności zastawek aorty.

Jeżeli nie mieliśmy sposobności obserwowania rozwoju choroby i widzimy chorego po raz pierwszy w okresie już wytworzonej niedostateczności względnej, to i wtedy możemy odróżnić ją od choroby CORRIGAN'a, również dzięki temu, że ostatnia daje objawy czystej niedostateczności, przy pierwszej zaś mamy obok tego jeszcze objawy zwyrodnienia ateromatycznego i rozszerzenia aorty, o których już wyżej mówiłem, z tą tylko różnicą, że metaliczny drugi ton został zastąpiony szmerem. Często też, obok szmeru rozkurczowego, slychać lekki szmer skurezowy, który HUCHARD tłómaczy tarciami napływającą do aorty fali krwi o usiane złogami ateromatycznymi ściany aorty. Tłómaczenie to niewątpliwie nie wytrzymuje krytyki; szmer taki bowiem wskutek tarcia powstać nie może i jest następstwem właśnie nagłego rozszerzenia wstępującej części aorty. Szmer ten często brany bywa za oznakę zwężenia ujścia aorty, gdy zaś w rzeczywistości zależy on od rozszerzenia aorty i ze zwężeniem ujścia nie ma nic wspólnego. Przeciwnie, ujście nawet może tu

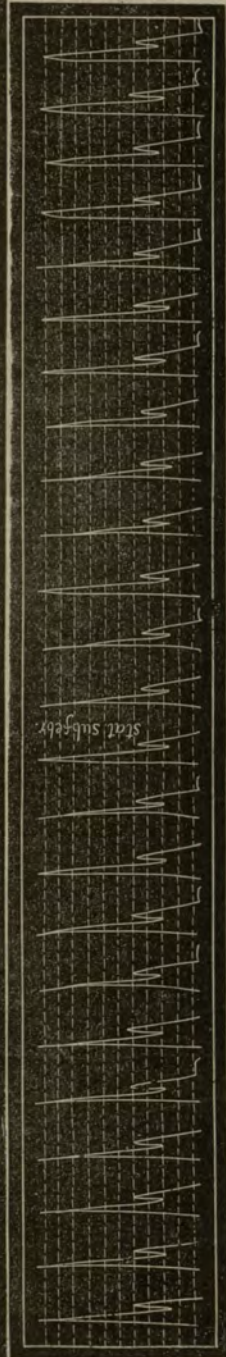
być rozszerzone. Tymczasem, jeżeli przy wadzie aorty, spowodowanej zapaleniem wsierdza, słychać u podstawy serca dwa szmery, natenczas obok niedostateczności zastawek jest napewno zwężenie ujścia, a wtedy kliniczny obraz niedostateczności zastawek aorty musi uleść znacznej zmianie; szczególnież też wpływ zwężenia ujścia odbija się na tętnie, które staje się małym i tem bardziej traci charakter tętna skaczącego, im większe jest zwężenie ujścia.

Wogóle tętno ma tu bardzo ważne znaczenie rozpoznawcze. Przy chorobie CORRIGAN'a naczynia są w stanie prawidłowym, a charakterystyczne cechy tętna CORRIGAN'a zależą wyłącznie od przerostu serca i niedomykalności ujścia, które w czasie rozkurczu przepuszcza do lewej komórki krew, cofającą się z naczyń, przez co ścianki tych ostatnich opadają szybko. Tętno więc jest wielkie, skaczące i prędkie. Przy względnej niedostateczności zastawek aorty na charakter tętna, oprócz przerostu serca i niedomykalności ujścia, wpływa też patologiczny stan ścianek naczyń. Tętnice, których ścianki uległy stwardnieniu, wyczuwają się w postaci szerokich, twardych, mniej lub więcej poskręcanych sznurków, a tętno jest tu wielkie, skaczące, lecz twarde. Te różnice w tętnie uwydatniają dokładniej dwa rysunki sfigmograficzne, z których drugi przedstawia tętno CORRIGAN'a, pierwszy zaś tętno przy niedostateczności względnej, otrzymane od chorego, którego historję choroby powyżej podałem [Jasiorowski]. Sądzę, że zwróceniem uwagi na powyższe objawy dostatecznie uwydatniłem możliwość rozpoznania względnej niedostateczności zastawek aorty, co ma nie tylko znaczenie naukowe, lecz i praktyczne, ponieważ przebieg cierpienia, a zatem i rokowanie, jest tu zupełnie inne, niż przy chorobie CORRIGAN'a.

Z anatomicznego punktu widzenia

GAZ. LEK. NR. 26.

← Fig. 1.



↑ Fig. 2.

niedostateczność zastawek aorty, będąca następstwem zapalenia wsierdza, jest objawem gojenia się, zablizniania, i jeżeli tylko stan ogólny jest dobry, to przerost serca doskonale może zrównoważyć przeszkody, spowodowane niedostatecznością zastawek. W pomyślnych warunkach kompensacja trwać może bardzo długo, tak, że ogólnie nawet jest przyjętem, że ze wszystkich wad serca rokowanie jest najlepsze w niedostateczności zastawek aorty.

Inaczej rzecz się ma przy niedostateczności względnej, która, będąc tylko objawem wtórnym, już samem zjawieniem się szmeru dowodzi, że sprawa postępuje coraz dalej. Co gorsza, ani na chwilę nie można przypuścić, aby na tym stopniu rozwoju sprawa mogła się zatrzymać, lecz przeciwnie należy się spodziewać, że teraz właśnie przebieg jej będzie szybszy i groźniejszy dla życia chorego, bo sercu przybywa nowa praca — przepychanie większej ilości krwi do naczyń.

W bardzo krótkim czasie dołączają się objawy niedoskureczu serca, który tem szybciej się rozwija, że zarówno ogólne, jak i miejscowe odżywianie jest mocno upośledzone, ponieważ tętnice wieńcowe ulegają zwyrodnieniu atermatycznemu i dostarczają coraz mniej krwi. W tym ostatnim okresie choroby, w następstwie zwyrodnienia mięśnia serca, to ostatnie ulega rozszerzeniu, czynność jego słabnie, tętno staje się małym i nieregularnym, zjawiają się obrzęki i inne objawy zaburzenia kompensacyi, a do względnej niedostateczności zastawek aorty dołącza się czynnościowa niedostateczność zastawki dwudzielnej.

Rokowanie więc przy względnej niedostateczności zastawek aorty jest bez porównania gorsze niż w chorobie CORRIGAN'a i dlatego też, gdy obok objawów niedostateczności aortalnej mamy stwardnienie tętnic, należy dobrze zastanowić się nad rodzajem niedostateczności.

* * *

Wracając wreszcie do porównania ze względną niedostatecznością zastawki dwudzielnej, zauważę, że jak sposób ich powstawania, tak też znaczenie, *respectively* i rokowanie, zupełnie jest różnem. Niedostateczność względna zastawki dwudzielnej jest wadą funkcjonalną, do powstania której nie potrzeba trwałych zmian anatomicznych. To też z wyrównaniem się funkcji, t. j. wzmożeniem siły mięśnia sercowego, wada może zupełnie zniknąć, a chory nawet na czas dłuższy powrócić do zdrowia, o czem świadczy jeden z chorych, opisanych w pierwszej mej pracy, który dotychczas żyje i znośnem cieszy się zdrowiem. Niedostateczność względna zastawek aorty wymaga dla owego rozwoju trwałych zmian anatomicznych, t. j. rozszerzenia ujścia, zmian, które wyrównać się już nie dają. Ztąd też ma ona znaczenie fatalne, blizki koniec zwiastujące.

* * *

Pracę niniejszą kończę podziękowaniem Szanownemu D-wi DUNINOWI za materiały kliniczne i cenne wskazówki, jakimi mnie wspierał.

II. MOCZOPĘDNE DZIAŁANIE KALOMELU W CIERPIENIACH NEREK.

Podał

J. Skłodowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 25].

Przechodzę teraz z kolei do opisu 5-iu przypadków, w których zastosowanie kalomelu dało wynik stanowczo ujemny.

X. Szczep... Józef, stróż kolejowy, lat 43, przybył na oddział 15 Października 1889 roku. Od niedawnego czasu zauważył obrzęki, początkowo na twarzy, a potem stopniowo na całym ciele. Jednocześnie począł kaszlać! Zresztą czuł się wciąż dobrze.

16. X. Budowa i odżywianie niezłe. Stan bezgorączkowy. Tętno 60, twarde. W płucach pełno rozszianych świstów. Tony serca silne, czyste. Mocz skąpy, zawiera bardzo niewielką ilość białka.

Data.	Dobowa ilość mocz.	Ciepłota właściwa.	Białka pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
17. X.	500	1020	Niewiele.	<i>Dctum Cort. Chinae.</i>	Tętno 48, twarde.
18	500	1021	—	<i>Cont.</i>	—
19	600	1024	—	<i>Aquil albae 0,2; laudani puri 0,015. 3 proszki, płukanie kali chlorico.</i>	—
20	750			<i>ditto 3 proszki, płukanie.</i>	—
21	800	1023	—	<i>ditto 3 proszki, płukanie.</i>	Lekkie rozwolnienie i trochę bóleści.
22	400	1024	—	<i>Dctum. cort. chinae</i>	Dziąta zdrowe.
23	—	—	—	płukanie.	Rozwolnienie.
24	1000	1016	—	<i>Dctum Cort. chinae.</i>	Rozwolnienie ustało.
25	2000	1013	—	<i>Coffeini citrici gr. 0,2</i>	—
26	3000	1011	—	3 proszki dziennie.	—
28	4000	1008	—	<i>Cont.</i>	—
29	4750	1010	—	"	—
			Ślady jeszcze są.	"	—
30	2000	1011	—	"	—
31	2400	1011	—	<i>Dctum Cort. chinae.</i>	Obrzęki pozniwały zewsząd, oprócz nieznacznych śladów na krzyżu.
1. XI.	2000	1015	—	<i>Cont.</i>	—
2	1500	1015	—	Kapiel ciepła.	—

7. XI. Chory wypisał się zupełnie wolny od obrzęków. W moczu pozostał jeszcze bardzo nieznaczny ślad białka. Objawy ze strony oskrzeli znikły.

Kilka miesięcy temu, czyli po 2 latach widziałem pacjenta w bardzo dobrym stanie zdrowia.

XI. Jaś... Roman, woźnica, lat 45, przybył do szpitala 5 Lutego 1890 roku. Uważał się zawsze za zupełnie zdrowego, żadnych chorób nie przechodził. Około tygodnia temu, prawie nagle,

uczul wielkie osłabienie i duszność. Wkrótce potem zauważył obrzęki, początkowo na nogach, a następnie na tułowiu i kończynach.

7. II. Chory dobrej budowy. Skóra i błony śluzowe blade. Całe ciało obrzękłe, w stopniu dość wysokim. W płucach liczne świsty i grube rżenia. Granice tępości serca rozszerzone. Tęno czyste. Tętno 60, umiarkowanie twarde. Brzuch powiększony; znaczny *ascites*. Wątroba niebolesna. Trawienie prawidłowe. Łaknienie umiarkowane. Pragnienie, szczególnie w początku choroby, zwiększone. Mocz dość obfity, nasycony, zawiera białko. W osadzie znaczna ilość wałeczków i stłuszczonej nabłonkowych komórek; bezbarwnych ciałek krwi mało, czerwonych prawie nie ma.

Data.	Dobowa ilość mocz.	Ciężar właściwy.	Białka <i>pro mille</i> .	Leczenie.	U W A G I.
7. II.	1500	1011	4	<i>Aquilae albae</i> 0,2; <i>Laudani puri</i> 0,01; 3 proszki. Płukanie <i>Kali chloric.</i>	Podczas drugiego dnia użycia kalomelu nieznaczne rozwolnienie z bolesciami. Potem trawienie prawidłowe. Działa w stanie zupełnie dobrym. Ślinotoku nie ma. Subiektywnie chory czuje się lepiej. Obrzęki bez zmiany.
8	—	1013	—	<i>dto</i> 3 proszki, płukanie.	—
9	1100	1012	—	<i>dto</i> 3 proszki, płukanie.	—
11	1000	—	—	Płukanie.	—
13	1500	—	—	<i>Coffeini citrici</i> 0,2. 3 proszki dziennie.	—
14	1500	—	—	<i>Cont.</i>	—
15	1500	—	—	"	—
16	1750	—	—	"	Obrzęki bez zmiany.
17	1400	—	5	"	Obrzęki bez zmiany. Duszność większa. Subiektywnie czuje się gorzej.
18	1700	—	—	"	Obrzęki wcale się nie zmniejszają. <i>Scrotum</i> nawet silniej obrzękłe, aniżeli pierwej.
19	1800	1014	5 1/2	<i>Inf. folior digit.</i> 1,0—150,0; 6 łyżek dziennie.	—
20	2200	—	—	<i>Cont.</i>	Tętno 60, twarde, pełnie. II ton aorty bardzo silny.
21	1800	—	—	Kąpiel ciepła.	—
22	2000	—	—	<i>Cont.</i>	—
23	—	—	—	"	—
24	2000	—	—	I parówka.	W parówce silnie się pocił.
25	3600	—	—	II "	—
26	4000	—	—	III "	—
27	3200	—	—	IV "	Obrzęki trochę mniejsze.
28	—	—	—	V "	—
1. III.	4000	—	—	VI "	Obrzęki zmniejszyły się wyraźnie.
2	4000	—	—	VII "	—
3	4000	—	—	VIII "	Obrzęki znacznie mniejsze. W parówkach mocno się poci.
4	5000	—	3 1/2	IX "	—
5	4000	—	1 1/3	X "	—
6	4500	1009	2 1/2	XI "	—
7	3000	1010	2	XII "	—
8	6000	1010	1 1/2	—	Obrzęki bardzo małe. Chory pije dużo wody.
9	2700	1010 1/2	2 1/4	XIII "	—
10	3000	1010	2	XIV "	—
11	4000	—	1 1/2	XV "	—
11	3500	1012	2 1/4	XVI "	—
13	3000	1010	2	XVII "	Obrzęki znikły bez śladu.
14	3500	1009	1 1/4	—	—
15	3000	1010	1 1/3	—	—
16	2600	1010	1 1/3	—	Obrzęków ani śladu. Wciąż dużo pije.
17	3200	1009	1 2/3	—	—
18	3000	1008	1 1/2	—	—
19	2500	1010	1 3/4	—	—

Dnia 29. Marca chory wypisał się ze szpitala wolny zupełnie od obrzęków. Ogólny stan zdrowia, z wyjątkiem pewnego osłabienia, dobry. Ilość moczu wciąż obfita, 2000—3000 ctm. sześć. na dobę. Białka zawsze około 1,5‰. Objawy ze strony płuc ustąpiły w zupełności.

XII. Lisz... Andrzej, druciarz, lat 63, wstąpił do szpitala 1 Października 1889 roku. Dwa tygodnie temu po raz pierwszy dostał obrzęków na nogach, jednocześnie zaczął uczuć duszność. Przedtem uważał się za zupełnie zdrowego.

2. XI. Chory budowy niezłej, dość podupadłego odżywiania. Całe kończyny dolne znacznie obrzękłe, inne części ciała nie są spuchnięte. Tętno słabo napięte, uderza 60 razy na minutę. Granice płuc obniżone. Na całej przestrzeni obfite, grube rżenia. Serce przykryte. Tony czyste. Wątroba nieco powiększona i bolesna. Mocz obfity, barwy krwawej, zawiera dużo białka. W spektroskopie 2 wyraźne linie oksyhemoglobiny. W osadzie wielka ilość czerwonych ciałek krwi, wałeczków mało.

Data.	Dobowa ilość mocz.	Ciepłota ciała	Białka pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
2. X.	—	1010	dużo	<i>Aquilae albae</i> 0,2; <i>opii puri</i> 0,01. 3 proszki. Płukanie <i>Kali chloric.</i>	—
3	2000	1010	—	<i>dto</i> 3 proszki i płukanie.	—
4	1200	—	—	<i>dto</i> 3 proszki i płukanie.	Silne rozwolnienie. Działła w stanie zadawalniającym.
5	1500	1010	—	<i>Olei ricini</i> 30,0.	Silne rozwolnienie bez bóleści.
6	—	—	—	<i>Opii puri</i> 0,015, 3 proszki dziennie.	—
7	1500	1010	—	<i>Coffeini citrici</i> 0,2 3 proszki dziennie	Rozwolnienie ustało.
8	1500	1009	znacznie mniej	<i>Cont.</i>	—
9	2250	1008	—	"	Obrzęki bez zmiany. Mocz mniej krwawy.
10	2300	1006	—	"	—
11	2100	1006	—	"	—
12	1750	1097	—	"	—
13	—	—	—	—	Obrzęki nieco mniejsze. Stan ogólny trochę lepszy.
14	—	—	—	—	—
15	3000	1006	—	<i>Coffeini citrici</i> 0,2 3 proszki dziennie.	—
16	2000	1008	—	<i>Cont.</i>	—
17	2500	1007	—	"	Obrzęki mniejsze.
18	2000	1008	—	"	—
19	2500	1007	—	"	—
20	3000	1006	—	"	—

Od tej pory przy użyciu przeważnie tylko kofeiny ilość moczu utrzymywała się przez długi czas na wysokości około 3 litrów dziennie, przy ciężarze właściwym od 1005—1007. Mimo to obrzęki trzymały się uparcie. Jednak ostatecznie po upływie jeszcze miesiąca, bo 23 Listopada, chory wyszedł ze szpitala bez obrzęków. Krwawe zabarwienie moczu znikło prawie zupełnie, a ilość białka zmniejszyła się do niewielkich śladów.

XIII. Pawl... Wawrzyniec, lokaj, lat 72, przybył na oddział 9 Września 1889 roku. 7 lat temu leżał w szpitalu z powodu obrzęków całego ciała. Od owego czasu czuł się zupełnie dobrze. Przed 3 dniami dostał silnych bólów w okolicy nadbrzuszej i w krzyżu, a jednocześnie wystąpiły nieznaczne obrzęki

10. IX. Chory niezłej budowy, znacznie podupadłego odżywiania. Niewielki obrzęk tylko w okolicy krzyżowej. Płuca zdrowe. Serce przykryte, zdaje się, powiększone. *Ictus* niewyczuwalny. Tony dość silne. We wszystkich ogniskach wysłuchowych bezpośrednio przed 2-im tonem krótki szmer; 2 ton tętnicy płucnej nie wzmocniony. Tętno 66. Okolica wątroby bolesna na ucisk. Zaparcie stołca. Mocz mętny zawiera sporą ilość białka. Osad obfity składa się z białych i czerwonych ciałek krwi, komórek nabłonkowych i waleczków.

Data.	Ilość dobowego moczu.	Ciepłota właściwa.	Białka <i>pro mille</i> .	Leczenie.	U W A G I.
10. IX.	—	1015	sporo	<i>Olei ricini</i> 15,0.	—
11	mało	—	—	2 proszki makowca po 0,01.	Silne przeczyszczenie. Chory skarży się wciąż na silne bóle w dołku i krzyżu. Tętno 48 małe, twarde.
13	"	—	—	2 proszki makowca.	Skarży się na silne bóle brzucha, szczególnie w okolicy wątroby.
15	"	—	—	—	Nieznaczny <i>ascites</i>
16	"	—	—	Lawatywa HEGAR'a <i>Injectio morphii</i> .	Bóle brzucha wciąż silne. Um arkowy obrzęk całego ciała. W dolnych częściach płuc liczne świsty i rżenia.
17—18	b. mało	—	—	<i>Injectio morphii</i> codziennie.	Bóle nieco mniejsze.
22	mało	—	—	<i>Dctum cort. chinae</i> . morfina odstawiona.	Bóle słabsze.
23	—	—	6‰	<i>Cont.</i>	—
24	—	—	—	"	Obrzęki na całym ciele.
26	b. mało	—	—	"	Chory skarży się na mdłości ból głowy.
27	"	—	—	<i>Injectio morphii</i> , bańki.	Chory znajduje się w stanie w pół przytomnym. W nocy 3 razy kurecze. W płucach mnóstwo świstów i rżeń.
28	"	—	—	<i>Aquil. albae</i> 0,2; <i>opii puri</i> 0,01; 3 proszki; płukanie <i>kali chloric.</i>	Znaczny obrzęk całego ciała, przeważnie tułowia i szyi. Tętno 90. Chory wciąż mało przytomny, senny.
29	500	1015	4	<i>dto</i> 3 proszki pędzlowanie <i>T-ra jodi c.</i>	—
30	500	1014	2	<i>T-ra gallarum.</i> <i>dto</i> 3 proszki i pędzłowsnie.	Chory przytomniejszy. Rozwolnienie.
1. X.	400[?]	1013	1½	—	Wciąż rozwolnienie. Działa trochę bolesne.
2	—	—	—	<i>Olei ricini</i> 15,0.	Wciąż rozwolnienie.
3	500	1014	—	<i>Coffeini citrici</i> 0,2 3 proszki.	Rozwolnienie znacznie mniejsze.
4	1500	1012	—	<i>Cont.</i>	Rozwolnienie ustało. Chory zupełnie przytomny.
5	2000	1012	1	<i>Cont.</i>	Osad moczu bardzo obfity składa się z mnóstwa waleczków szklanych i ziarnistych. Obrzęki mniejsze. Tony serca silne, czyste. Szmer wcale nie słychać.
6	1700	1012	—	<i>Cont.</i>	—
7	1800	1010	niewiele	"	W osadzie wciąż bardzo znaczna ilość waleczków i trochę ciałek krwi: białych i czerwonych.
9	750	1014	—	<i>Dctum cort. chinae.</i>	Obrzęki znikły prawie zupełnie. Szmer w sercu słychać nanowo.
10	750	1014	—	—	—
11	780	1014	—	—	—
13	b. mało	1014	—	—	—
16	"	—	—	—	—
18	"	—	—	—	Stan bardzo zły. Stan bardzo zły. Tętno nitkowate. W osadzie liczne waleczki i ciałka ropne; sporo czerwonych ciałek, białka niewiele.

Dnia 21 Października chory zmarł przy wciąż wzrastających objawach osłabienia czynności serca. Rozpoznanie pośmiertne prosektora uniwersytetu, D-ra PRZEWOŚKIEGO, brzmiało: *nephritis chronica mixta, hypertrophia concentrica ventriculi cordis dextri*

XIV. Przyb... Franciszek, wyrobnik, lat 59, przybył do szpitala w dniu 5 Sierpnia 1891 roku. Dwanaście lat temu miał silne obrzęki na całym ciele. Zniknęły one wówczas bez śladu po kilku tygodniach i odtąd czuł się zawsze zdrowym. Tylko od czasu do czasu miewał dolegliwe bóle krzyża. Jedenaście dni temu wystąpiły silne bóle w okolicy nerek i powoli zaczęły rozwijać się obrzęki oraz duszność. Objawów gorączkowych nie było wcale.

6. VIII. Budowa ciała silna. Skóra i błony śluzowe nieźle zabarwione. Ogólny stan sił zadowalający. Ciepłota prawidłowa. Bardzo znaczny obrzęk całego ciała. Płuca prawidłowe. Serce powiększone. Tętno głucho, ale czyste; 2 ton aorty nieco metaliczny. Tętno 56, twarde, drżące. Brzuch powiększony. W dolnej części obszerna tępość i chełbotanie. Łaknienie małe; pragnienie wzmożone. Mocz bardzo skąpy, barwy dość jasnej, mętny. Osad, trudno opadający, zawiera bardzo wiele pierwiastków morfologicznych. Najwięcej w nim jest krótkich, ziarnistych odłamków, ale niebrak też i długich wałeczków szklistej, lub ziarnistej budowy, prostych, lub falowato wygiętych. Mnóstwo ciałek ropnych wolnych, pokrywających wałeczki, lub układających się w większe grupy. Nadto liczne większe komórki nabłonkowe, przeważnie słuszczone.

Data.	Waga ciała funtów.	Ilość dobowego moczu.	Ciepłota właściwy.	Białka pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
6.VIII. 7	190 —	350 —	1023 —	12 —	— <i>Aquilae albae</i> 0,2; <i>Laudani puri</i> 0,015; Płukanie <i>kali chlo.ic.</i> Pędzlowanie dziaśel <i>T-ra jodi c. T-rae gallar.</i>	— —
8	—	350	1019	12	<i>dto</i> 4 proszki. Płukanie i pędzlowanie.	Obrzęki jeszcze się zwiększają. Dziaśła zdrowe.
9	193	mało	—	—	<i>dto</i> 2 proszki. Płukanie i pędzlowanie.	Tętno 72. Ból w krzyżu i boleści. Niewielkie rozwolnienie.
10	194	?	1012	9	<i>Saturatio natri bicarbonici.</i>	Rozwolnienie z wydymaniami. Stolce częste, ale niebolesne.
11	194 ¹ / ₄	?	1011	—	2 proszki makowca po 0,01. I parówka.	W parówce chory siedział krótko, mało się pościł. Kilka bolesnych wypróżnień.
12	—	?	—	—	<i>dto</i> 2 proszki.	Dziaśła w stanie zupełnie zadowalającym. Z powodu znacznego obrzęku <i>penis</i> chory z trudnością oddaje mocz i zwykle razem ze stolcem.
13	196	500?	1012	—	II parówka.	Chory nie chce brać dalej parówek.
14	—	?	—	—	—	Obrzęki <i>in statu quo</i> ; rozwolnienie i boleści ustały.
15	—	?	1012	7	<i>Coffeini citrici</i> 0,3. 4 proszki dziennie.	—
16	200	—	—	—	<i>Cont.</i>	—
17	—	750?	1012	—	"	—
18	—	?	1012	—	"	Obrzęki nie się zmniejszają.

Ostatecznie 21 Sierpnia chory, które wogóle bardzo niechętnie wykonywał wszystkie zlecenia lekarskie, wypisał się na własne żądanie do domu, bez poprawy. Przez czas pobytu w szpitalu przybyło mu 10 funtów wagi; odpowiednio powiększyły się obrzęki, choć nie bardzo widocznie. W chwili wyjścia ze szpitala, pomimo wielkich obrzęków, ogólny stan chorego był niezły, trawienie prawidłowe, dziaśła w stanie zupełnie pożądanym.

Powyższe zestawienie obejmuje ogółem 14 przypadków zapalenia nerek, leczonych kalomelem. Jestto już cyfra dość poważna, szczególnie jeżeli ją porównamy z ogólną liczbą obserwacji, ogłoszonych w tym samym przedmiocie. Prawie bez zastrzeżeń są to wszystko czyste przypadki choroby BRIGHT'a. W żadnym z nich nie może być dwóch zdań o przyczynie, która spowodowała obrzęki.

We wszystkich naszych obserwacjach, z wyjątkiem, być może, XIII, cierpienie miało charakter przeważnie miąższowy. Pod względem przebiegu klinicznego przypadek VI przedstawia typową ciężką postać przewlekłego miąższowego zapalenia (*nephritis parenchymatosa chronica*). Charakter przewlekły zdradzają też niewątpliwie przypadki XII i XIII.

W większości pozostałych obserwacji odnoszą chorzy początek swojej choroby do bardzo niedawnej przeszłości, od kilku dni, do kilku tygodni. Ale tylko w 3 pierwszych przypadkach [I, II, III] początek gorączkowy, możność odnalezienia momentu etjologicznego, przymieszka krwi do moczu, stosunkowo niewielkie obrzęki, przemawiają za przyjęciem zupełnie świeżej sprawy chorobowej (*nephritis acuta*). [C. d. n.]

III. DWIEŚCIE PRZYPADKÓW TRACHEOTOMII

PRZY KRUPIE I DYFTERYCIE U DZIECI.

Opisał

Łudwik Krause.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

Jeżeli według KOEHL'a przyjmiemy 21 dzień po wykonaniu tracheotomii jako ostateczny termin wyjęcia rurki w normalnych warunkach, to będziemy mieli 12 przypadków, w których usunięcie rurki przedstawiało niektóre trudności.

Niektóre tylko z tych przypadków pozwolę sobie tu przytoczyć.

E. M., 2 i pół-roczny chłopiec. Z powodu dyfterytu krani wykonałem tracheotomię. Po kilku bezowocnych próbach usunąłem rurkę 20 dnia po operacji. Przez 60 godzin dziecko dobrze oddechało, poczem nagle wystąpiła duszność, która z każdą chwilą się powiększała. Po przybyciu zastałem dziecko prawie bez oddechu, sine, z zaledwie wyczuwalnym tętnem. Z trudnością udało mi się za pomocą rozszerzacza rozszerzyć ściągnięty już prawie otwór i wprowadzić rurkę. Dziecko pozostawało jeszcze 10 dni z rurką, która potem bez przeszkody dała się usunąć.

P. D., chłopiec 3 i pół roku mający. Z powodu krupu wykonałem tracheotomię. Przebieg był prawidłowy. Po 9 dniach rurki usunąć nie mogłem z powodu pojawiającej się wkrótce duszności. Kilkakrotne powtórnie przedsięwzięte próby pozostawały bez skutku. Ponieważ się okazało, że przeszkodą dla usunięcia rurki jest ziarnina, wyskrobałem ją łyżeczką VOLKMANN'a w 24 dni po operacji. W 12 dni później po tym rękoźynie rurka dała się usunąć.

G. A., chłopiec 3-letni. Tracheotomija z powodu dyfterytu krani. 11-go dnia po operacji wyjąłem rurkę i dziecko 12 godzin bez niej oddechało; z powodu pojawiającej się duszności trzeba ją było napowrót wprowadzić. Po kilku dniach po powtórnej wyjęciu rurki, dziecko natychmiast się

duśiło, i trzeba ją było na powrót wprowadzić. Widocznem było, że ziarnina stanowi przeszkodę dla usunięcia rurki. Po zachloroformowaniu dziecka wyskrobałem ziarninę łyżeczką i przypaliłem ranę kwasem chromnym. W 10 dni później ostatecznie usunąłem rurkę.

H. M., dziewczynka 2 i pół roku mająca. Tracheotomija z powodu krupu. 12-go dnia wyjąłem rurkę, lecz z powodu duszności natychmiast ją wprowadziłem. W 15 dni później przy powtórnym jej usunięciu dziecko oddechało 12 godzin, poczem trzeba było ją napowrót wprowadzić. Następnego dnia pod chloroformem wyskrobałem ziarninę i ranę przypaliłem kwasem chromnym. W 5 dni później usunąłem ostatecznie rurkę, zachloroformowawszy przedtem dziecko, gdyż bardzo było niepokojne.

L. J., 6-letni chłopiec. Tracheotomija z powodu dyfterytu krtani. Trzy razy co kilka dni próbowałem usunąć rurkę bez skutku. Za każdym razem dziecko oddechało 6 do 8 godzin bez rurki, potem zaczęło się dusić i trzeba było rurkę napowrót wprowadzić. Gdy się przekonałem, że przeszkodą jest ziarnina, wyskrobałem ją łyżeczką, a ranę przypaliłem kwasem chromnym. Po 9-u dniach usunąłem ostatecznie rurkę.

Ch. Sz., 4-letni chłopiec. Tracheotomija z powodu krupu. Zupełnie jak w poprzednim przypadku, kilka razy próbowałem usunąć rurkę bez skutku. Dziecko oddechało tylko bez rurki 7 do 8 godzin. Po 32 dniach po operacji wyskrobałem ziarninę i ranę przypaliłem kwasem chromnym. Następnego dnia mogłem ostatecznie rurkę usunąć.

R. Sz., 4-letni chłopiec. Tracheotomija z powodu krupu. Próby wyjęcia rurki zostawały bez skutku. Ziarnina naokoło rany przeszkadzała ją usunąć. 23 dnia po operacji wyskrobałem ziarninę i w 5 dni później rurkę usunąłem.

Na 12 więc przypadków, w których była trudność w usunięciu rurki, w 6 przypadkach niewątpliwie była wybujala naokoło rany ziarnina, którą musiałem wyskrobać. W 2 przypadkach, z których w jednym usunąłem rurkę 53 dnia po operacji, w drugim aż 108 dnia, bez wątpienia miałem także do czynienia z ziarniną, która jednak sama przez się z biegiem czasu uległa zanikowi i rurkę bez żadnej z naszej strony interwencji można było usunąć. Na fakt, że ziarnina może uleść zanikowi, już zwracał uwagę TRENDELENBURG. W pozostałych przypadkach prawdopodobnie mieliśmy do czynienia bądź z obrzękiem błony śluzowej, bądź z niedowładem mięśnia krtani: powikłania te same przez się przeszły.

Ważną jest bez wątpienia rzeczą nie dopuścić do rozwoju ziarniny, co się często udaje, jeśli jak najwcześniej usuwamy rurkę, by uniknąć drażnienia. Niezawsze jednak to się udaje, szczególnie jeśli się ma do czynienia z dyfterytem, przy którym po odpadnięciu tkanki zmartwiałej na błonie śluzowej pozostają rany już wcześniej przez rurkę podlegające drażnieniu. Spostrzegałem przypadki, w których 7 dnia, a najdalej 8 po operacji próbowałem rurkę usunąć, lecz bezskutecznie, gdyż rozwój ziarniny już miał miejsce.

Rozwiniętą już ziarninę usuwam za pomocą ostrej łyżeczki. Kol. MEYERSON¹⁾ radzi w takich razach używać pętlicy lub żegadła galwanokaustycznego, gdyż metoda ta zapobiega krwawieniu. Metody tej nie stosowałem nigdy i nie przypisuję żegadłu galwanokaustycznemu żadnej wyższości nad ostrą łyżeczką. Za pomocą żegadła strup powierzchniowy, który się tworzy, nie pozwala często niszczyć ziarniny głębiej leżącej, a tam, gdzie ziarnina nie jest dla oka widoczną,

¹⁾ MEYERSON. O przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomicznej. Odbitka z Medycyny. 1884 roku.

gdzie na ślepo działać nieraz wypada, można łatwo bardzo przypalić zdrową błonę śluzową, pod cienką warstwą ziarniny leżącą; tymczasem łyżeczką odrazu można wydalić całą masę ziarniny i czujemy, gdy jesteśmy już na błonie śluzowej. Co się tyczy krwawienia, to bywa ono z samej ziarniny, a po jej wydaleniu krwawienie ustaje, a niewielką ilość krwi, która do tchawicy się dostaje, dziecko łatwo wykrztusza. Używałem zawsze, jak powiedziałem, łyżeczki ostrej, a nigdy z powodu krwawienia żadnej nieprzyjemności nie doznawałem. Dla doświadczenia zniszczenia ziarniny używałem kwasu chromnego, który, jak wiadomo, przyżega powierzchnie, a zdrowej tkanki nie niszczy. W wielu bardzo przypadkach i to przyżeganie okazuje się zbyt cennym.

Po skończonym rękoczynie należy rurkę na kilka dni wprowadzić, dopóki odczyn zapalny nie przejdzie. Czas trwania tego odczynu nie da się stanowczo określić; trwa on w każdym razie około 12 dni. Raz tylko jeden udało mi się usunąć rurkę w 24 godzin po wyskrobaniu ziarniny, a najpóźniej usunąłem rurkę 12 dnia po dokonanych rękoczynach.

Po wyjęciu rurki, nawet gdy dziecko bardzo spokojnie oddecha, a tembardziej jeśli oddech z początku jest cokolwiek ciężki, zalecam nader ostrożnie obchodzenie się z dzieckiem, a przedewszystkiem każe unikać wszelkiego rozdrażnienia dziecka; najmniejsze bowiem uchybienie w tym względzie fatalne za sobą pociągnąć może skutki. SAINT-GERMAIN ¹⁾ wykonał tracheotomię na dziecku lekarza z powodu krupu, którego przebieg przez cały czas był prawidłowy, i dziecko wkrótce wyzdrowiało. Pozostała tylko lekka chrypka. Po kilku dniach dziecko dostało napadu duszności, który wkrótce przeszedł. Po 15-tu dniach napad taki się powtórzył w daleko groźniejszym stopniu. Przywołani lekarze, PETER i KRISHABER, w celu obejrzenia gardła przybliżyli się do dziecka, które silny opór stawiało, myśląc, że mu się chce zrobić jakąś operację. Wtedy ojciec zniecierpliwiony zerwał chusteczkę dziecku z szyi, a w tej chwili dziecko nachyliło głowę w tył i umarło. Żaden ratunek na nic się nie przydał. Przy sekcji znaleziono w krtani ziarninę w kształcie polipa ruchomego na cienkiej nóżce; polip ten prawdopodobnie dostał się między struny głosowe i spowodował uduszenie.

Przypadek nagłej śmierci po wyjęciu rurki w kilka miesięcy po dokonanej tracheotomii miałem także sposobność spostrzeżeć. Przypadek dotyczył dziewczynki, 2 i pół roku mającej, na której wykonałem operację z powodu zwężenia dyfterytycznego krtani. Przebieg był dość prawidłowy, lecz usunięcie rurki przedstawiało wiele trudności. Nadzwyczajna była skłonność do rozwoju ziarniny, którą kilkakrotnie musiałem wyskrobać w większych lub mniejszych odstępach czasu. Dopiero po 4 miesiącach udało mi się ostatecznie rurkę usunąć. Dziecko oddechało cokolwiek ciężko, lecz bawiło się i wcale dobrze się miało; 3 dnia po wyjęciu rurki przybliżyłem się do dziecka w celu obejrzenia rany na szyi, i zaledwie dotknąłem się chusteczki na szyi, dziecko z natury zło zanosło się i w jednej chwili skończyło. Wszelki ratunek był bezskuteczny. Sekcji nie wykonano. Prawdopodobnie mieliśmy tu także do czynienia

¹⁾ ST.-GERMAIN, l. c., pag. 443.

z ruchomym polipem krtani jak w przypadku SAINT-GERMAIN'a. Polip taki, póki spokojnie leży, żadnych nie wywołuje objawów, przy gwałtownym jednak ruchu dostaje się między struny i powoduje nagłą śmierć przez uduszenie.

Przez dłuższy czas po wyjęciu rurki, nawet po zupełnem zabliznieniu się rany na szyi, duszność trwa jeszcze, szczególnie w nocy podczas snu. Pochodzi to od niezupełnie jeszcze prawidłowego stanu błony śluzowej tchawicy lub od nagromadzenia się wydzieliny, która we śnie z powodu zmniejszonych odruchów zatrzymuje się na błonie śluzowej i nie może być wydaloną. Być może, że tu także ma miejsce niezupełnie prawidłowa jeszcze czynność mięśni krtaniowych po przebytych niedowładzie. Stan taki zwykle nie pociąga za sobą złych następstw, chociaż wśród otaczających wzbudza silny niepokój. Spostrzegalem 4 takie przypadki, w których duszność w nocy nadzwyczaj była wielka i zatrwazała do najwyższego stopnia rodziców. Po kilku najdalej tygodniach dziecko wracało do stanu prawidłowego.

JENNY ²⁾ spostrzegal 14 razy obok kaszlu i chrypki duszność, pojawiającą się u dzieci w nocy już po zupełnem wyzdrowieniu, bez poważnych następstw. W 8 przypadkach duszność taka trwała przez kilka lat chociaż żadnego kaszlu, ani chrypki już nie było.

Niezawsze jednak duszność taka sama przez się przechodzi i nieraz daje powód do powtórnego, a nawet kilkakrotnego wykonania tracheotomii, jak to się zdarzyło w przypadku, spostrzeganym przez KOCH'a ³⁾. Wykonał on tracheotomię na 3 i pół-rocznym dziecku z powodu dyfterytu. Po wyjęciu rurki 9 dnia rana zablizniła się zupełnie. Po kilku dniach wystąpiła duszność, która po 6 tygodniach doprowadziła do powtarzanej operacji. Przyczyną duszności były, jak się okazało, 4 do 5 ziarniniaków w kształcie polipów na wewnętrznej powierzchni rany. Po ich wyskrobaniu rana zagoiła się w 3 tygodnie. Po kilku dniach znów wystąpiła duszność i po 6 tygodniach trzeba było po raz trzeci wykonać tracheotomię. Znalazł on wtedy wielkości wiśni pęcherzyk, wypełniony płynem, siedzący na szerokiej podstawie na błonie śluzowej chrząstki obrączkowej.

Rana na szyi po tracheotomii zaciąga się zwykle bardzo szybko; najdalej w 2 tygodnie po usunięciu rurki rana bywa zupełnie zabliznioną. W przypadkach powikłanych nalotem dyfterytycznym na ranie, gdzie ma miejsce martwienie tkanek, wskutek czego rana powiększa się znacznie, gojenie trwa dłużej. Blizna skórna bywa albo zupełnie ruchomą, albo też zrosniętą z tchawicą. Zrosnięte chrząstki tchawicy żadnych zaburzeń nie powodują. JENNY ⁴⁾ znalazł 2 razy chrząstkę obrączkową krzywo zrosniętą, w jednym przypadku prawa połowa stała wyżej niż lewa, jednakże funkcje krtani nie były upośledzone. W drugim przypadku prawa połowa chrząstki obrączkowej cokolwiek odstawała od lewej, tak, iż ta ostatnia nieco wystawała w świetle krtani.

²⁾ JENNY, l. c.

³⁾ KOCH. Arch. f. klin. Chirurgie, 1876. T. XX.

⁴⁾ JENNY, l. c.

Zboczenie to spowodowało duszność, trwającą przez pół roku. W jednym przypadku znajdowała się blizna chrząstki obrączkowej nieco na prawo od linii środkowej i jednocześnie istniał niedowład prawej struny głosowej. Autor przypuszcza, że prawdopodobnie prawa struna głosowa z tego powodu podlegała bezustannemu tarciu, albo też częściowo do samej blizny była przyrośniętą.

Wiadomości bieżące.

— 2 — 3 —

— Wyszedł z druku Nr. 41 „Odczytów klinicznych“ i zawiera tłumaczenie pracy profesora H. HEBRY w Wiedniu: „O leczeniu pryszczycy (eczema)“.

— Prof. RYDYGIER, Przewodniczący IV Zjazdu chirurgów polskich, jaki się ma odbyć w Krakowie między 12—14 Lipca r. b., uprasza o wczesne zgłaszanie się z odczytami. Dotychczas zapowiedzieli:

Prof. BROWICZ. O teorii pasorzytniczej raka [z demonstracjami].

Prof. OBALIŃSKI. O leczeniu gruźlicy stawów i kości.

Prof. RYDYGIER. O ranach przepony.

— W Wrocławiu w d. 1 Sierpnia otwartą zostanie nowa klinika dla chorób skórnych, którą prowadzić będzie prof. NEISSER. Nadto miasto otwiera nowy oddział dla chorób skórnych i syfilitycznych, którego ordynatorem będzie D-r JADASSOHN. Tamże od 1 Lipca otwartą zostanie poliklinika dla chorób usznych, której kierownikiem będzie D-r O. BRIEGER.

— II międzynarodowy kongres fizjologów odbędzie 28—31 Sierpnia r. b. w Liège.

— Rada kantonu szwajcarskiego Bazylea zadecydowała utworzenie katedry higieny.

— Prof. CH. RICHET i D-r HÉRICOURT zawiadomili francuską Akademię Nauk, iż udało się im uczynić psy odpornymi na ludzką gruźlicę, szczepiąc im gruźlicę ptaków.

— G. TURAZZA w Padwie poleca przeciwko poronieniom nawykowym (*abortus habitualis*) a sa f e t y d ę w pigułkach [po 0,1] do wewnątrz w celu zapobiegawczym. Leczenie rozpoczyna z chwilą wystąpienia pierwszych objawów ciąży i prowadzi je aż do końca ciąży, podając z początku dwie, następnie stopniowo więcej, aż dochodzi w środku ciąży do 10-ciu pigułek dziennie, w drugiej zaś połowie ciąży zmniejsza znowu dawkę stopniowo do dwu pigułek dziennie.

— Otrzymaliśmy Nr. 1 i 2 Tomu I „Archives de sciences biologiques publiées par l'Institut Impérial de médecine expérimentale à St. Petersbourg“. Jest to ogromny tom *in quarto*, 261 stron mający, zawierający jednocześnie w języku ruskim i francuskim następujące prace: Opis instytutu przez SALOMONA. Badania chemiczne mikrobów wywołujących zapalenia gruczołów sutkowych u krów i kóz, przez prof. M. NENCKIEGO. Wpływ grupy karboksylowej na skutki toksyczne związków aromatycznych, przez prof. M. NENCKIEGO i BOUTMY. Przyczynek do morfologii organizmów wytwarzających saletrę w gruncie, przez WINOGRADSKIEGO. Właściwości tuberkuliny pochodzącej z laseczników gruźliczych wyhodowanych na kartoflu, przez HELMANA. Statystyka osób pokąsanych przez zwierzęta wściekle a leczone metodą PASTEUR'a w Petersburgu, przez KRAJUSZKINA. Badania nad zmianą środków odżywczych pod wpływem lasecznika dyfterytu i skład chemiczny tych mikrobów, przez DZIERZGOWSKIEGO i REKOWSKIEGO. Przyczynek do biologii lasecznika tyfusowego, przez BLACHSTEIN'a. Tuberkulina, jej przygotowywanie i wpływ na organizm zwierząt dotkniętych tuberkulozą, przez BUJWIDA. Przegląd krytyczny metod oznaczania kwasu solnego w soku żołądkowym, przez MIZERSKIEGO i L. NENCKIEGO. Nekrologija HELMANA. Dzieło to ozdobione jest 5 tablicami. Wychodzić ono będzie zeszytami, co 2—3 miesiące, a 5—6 zeszytów stanowi będzie tom o 700—800 stronicach. Cena 10 rs.. Redaktorem jest: S. WINOGRADSKY.

— Dnia 8-go Czerwca r. b. otwarto uroczyste w Berlinie gmach, wybudowany ze składek nadsyłanych z całych Niemiec i za hojnym przyczynieniem się do tego zmarłej cesarzowej Augusty, cesarza Fryderyka i żyjącego Wilhelma II, a przeznaczony na odbywanie posiedzeń niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego: *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*. Z iniejętatywy zmar-

łej cesarzowej Augusty, gmach ten ma zarazem służyć jako pomnik dla założyciela tego Towarzystwa i dlatego nazwany został: *Langenbeck-Haus*.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

- 1) Jakość i ilość bakterij chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie Wiślanej.
- 2) Wpływ zanieczyszczeń kanałowych i filtrowanie przez filtry piaskowe na zawartość bakterij i skład chemiczny wody rzecznej.
- 3) Zbadać chemicznie produkty trujące [ptomainy] jednego z grzybków chorobotwórczych. [Temat dawniejszy].
- 4) Zbadać anatomicznie i fizylogicznie unerwienie krtani.
- 5) Wyjaśnić proces kisenia barszczu, kapusty i t. p. na drodze ścisłego badania.
- 6) Sprawdzić, czy i jakie mikroorganizmy mogą być wraz z potem wydalone z ustroju przy chorobach zakaźnych.
- 7) Zbadać histologiczną budowę jajowodów z uwzględnieniem rozwoju fałd i kanałów drugorzędnych.
- 8) Wpływ resekcji różnej długości odcinków kiszek w różnych miejscach na wchłanianie białka, tłuszczów i wodorów węgla.
- 9) Porównanie wpływu dyjety białkowej różnego pochodzenia [mięso, mleko, jaja, rośliny strączkowe i t. d.] na wydzielanie białka w moczu w przebiegu chronicznego zapalenia nerek.
- 10) O wchłanianiu tłuszczu i materij białkowych w przewodzie pokarmowym niemowląt, z mleka sterylizowanego w porównaniu z mlekiem kobiecym.
- 11) Fermentacja w żołądku normalnym i patologicznym [badania chemiczne i bakteryjologiczne].
- 12) Wykazać granicę kąta maksymalnego, a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka: a) przy nieuruchomionej miednicy; b) przy nieuruchomionych stopach. Wykazać, jaki udział przy takim skręceniu przyjmuje każda z części kręgosłupa i oznaczyć dla każdej hamulce skręcenia.
- 13) Zbadać proces trawienia młodej celulozy roślinnej, produktu przy tem tworzące się i wyprowadzić ztąd wnioski co do wartości pożywnej celulozy roślinnej [jarzyny, szpinak i t. p.].
- 14) Przeszczepialność raka i naukowe objaśnienie tego zjawiska.
- 15) Czy zniszczenia w płucach u suchotników zależą od działalności wyłącznie tylko łasiecznika Koch'a?

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 Marca 1893 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 1892/93 jest sześć. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ [ulica Niecała Nr. 7], z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały
D-r Brodowski.

Wspomnienie pośmiertne.

Profesor TEODOR MEYNERT. Dnia 30 Maja świat naukowy lekarski poniósł stratę niepowetowaną. W dniu tym zmarł w 59-tym roku życia, skutkiem zapalenia płuc, w Klosterneuburg pod Wiedniem, gdzie bawił na letniem mieszkaniu dla odpoczynku, powszechnie znany i wysoce szanowany profesor psychiatrii i Radaea dworu D-r med. TEODOR MEYNERT. Urodził się on w Dreźnie w r. 1833 z ojca HERMANA MEYNERT'a, znanego austrijackiego historyjografa i matki [Wiedenki] z domu Emmering. W roku 1836 rodzice jego przenieśli się na stały pobyt do Wiednia, gdzie też

zmarły odebrał naukowe wykształcenie najprzód w Schotten-Gymnasium, a później pa wszechniczy Wiedeńskiej; z tych powodów uważał on Wiedeń zawsze za swoje miasto rodzinne. Będąc jeszcze studentem, odznaczał się wielkimi zdolnościami i pisywał poezje treści lirycznej. Poezji pozostał on wiernym prawie do lat ostatnich swego życia; oprócz tego był wielkim zwolennikiem muzyki, malarstwa i wogóle sztuk pięknych.

Po ukończeniu nauk lekarskich, był on przez pewien czas demonstratorem przy słynnym profesorze anatomii HYRTL'u; wykłady HYRTL'a wywołały w nim zamiłowanie do anatomii. Pierwsze prace naukowe MEYNERT'a zwróciły uwagę ROKITAŃSKIEGO, skutkiem starania którego przy Wiedeńskim zakładzie dla chorych umysłowych dla MEYNERT'a utworzono nową posadę prosektora. Zajmował się on z początku tylko anatomiją mózgowia, a dopiero znacznie później chorobami umysłowymi — psychiatryją.

Dokładna i gruntowna jego znajomość mózgu przyczyniła się do wywołania przewrotu w poglądach o chorobach umysłowych, opierających się przedtem przeważnie na psychologii. Przewrót ten datuje się od czasu, gdy MEYNERT stanowczo i z zupełnym przeświadczeniem wygłosił zdanie, iż należy odróżniać w mózgu część przednią ruchową i tylną czuciową. Dał więc on podwalinę do dalszych badań o umiejscowieniu chorób mózgowych. Jego dalej zasługą jest opisanie przebiegu włókien w mózgowiu, teoria tak zwanych układów rzutowych i łączących (*Projections- und Associations-System*). Dzięki tym odkryciom i fizylogija mózgu i psychologia abstrakcyjna na inne i nowe musiały wstąpić tory i ułatwić urodzenie się takich nauk, jak psychofizyki i psychologii doświadczalnej.

Jako psychiatra, MEYNERT po raz pierwszy wystąpił w uniwersyteckiej klinice psychiatrycznej przy Wiedeńskim zakładzie dla obłąkanych, lecz nie pozostał on tam długo, a przeniósł się do szpitala ogólnego (*Allgemeines Krankenhaus*), gdzie urządzono stacyję do przyjmowania wszystkich chorych umysłowych z miasta Wiednia i rozsyłania ich ztamtąd do innych zakładów.

Zasługą jego dla psychiatryi, prócz wyżej wymienionych fundamentalnych prac anatomofizyologicznych, są nowe poglądy teoretyczne i objaśnienie powstawania objawów chorobowych i ich właściwego znaczenia, lecz tu niejednokrotnie posunął on się zanadto daleko, tworząc nadzwyczaj śmiało hipotezy pod wpływem koncepcyi poetyckiej. Jako lekarz praktyczny, znaczenie jego o wiele było mniejsze; prawda, że przy łożu chorego rozpoznawanie jego nadzwyczaj było trafne i nieraz bardzo zdumiewające, lecz nie posiadał daru jednania sobie chorych i zyskiwania ich zaufania i przywiązania, a to z powodu właściwego sobie charakteru i usposobienia, odznaczającego się zgrzytliwością, ironiją, satyrą i ostrym sarkazmem.

Pisywał dużo, lecz pomimo nadzwyczaj logicznego i głębokiego myślenia styl jego był nadzwyczaj zawiły, a budowa zdań do takiego stopnia ciężka i trudna, iż jedno i to same zdanie trzeba było kilkakrotnie przeczytać z największą uwagą, aby je zrozumieć.

Pamięć miał nadzwyczajną, a przy dokładnej znajomości historii powszechnej, literatury, sztuk pięknych, filozofii, a nawet i beletrystyki, rozmowa i obcowanie z nim nie tylko były przyjemne, ale i wielce korzystne. W poglądach filozoficznych należał on do zwolenników SCHOPENHAUER'a.

TEODOR MEYNERT należał do ludzi wyjątkowych, a pracami swojemi ściśle naukowymi w dziedzinie anatomii mózgowej, psychofizyki i psychiatryi teoretycznej wystawił sobie trwały pomnik.

D-r A. Rothe.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-e półrocze r. b., tych zaś Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 12 Іюня 1892 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska 29.