

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O wtórorzędnym moczocięku wskutek owrzodzeń cewki moczowej u kobiety. Podał dr. Heliodor Święcicki. — Streszczenia i przekłady. 61. O rozpoznawaniu pewnych skrytych postaciach gorączki przepuszczającej. — Odczyty. P. Güterbock. Choroby chirurgiczne narządu moczowego i płciowego u mężczyzny. Streszczył dr. A. Grünbaum. (Ciąg dalszy). — Krytyka Bibliografia. H. Huchard. Prawdziwa dusznica bolesna. Sprawozdawca dr. F. Arnstein. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

O wtórorzędnym moczocięku wskutek owrzodzeń cewki moczowej u kobiety.

Podał Dr. Heliodor Święcicki z Poznania.

Każdy moczocięk, bez względu na jego pochodzenie, jest dla osoby nim dotkniętej objawem nader przykrym i zmuszającym ją ostatecznie dla nieprzyjemnej woni rozkładającego się moczu przebywać zdala od świata i ludzi. Jeżeli do tego dodamy cierpienia i owrzodzenia, jakie spływający mocz na okolicznych częściach ciała sprawia, to pojmiemy, że kobieta moczociękiem dotknięta domagać się będzie tak długo pomocy lekarskiej i gotowa jest na każdą, choćby najboleśniejszą zgodzić się operacją, dopóki się z cierpienia swego jeżeli to tylko jest możliwe, nie wyleczy.

Moczocięk w rozmaity powstać może sposób. I tak powstaje on wskutek porażenia zwieracza cewki moczowej, wskutek bezczułości pęcherza a przez to utraty odruchu zwieracza a wtórorzędnie po przecięciu rdzenia pacierzowego lub w skutek niedorozwoju lub też chorobowych zmian w przewodach moczowych. O tym ostatnim powodzie moczocięku mówić tutaj głównie zamysłamy i dla tego też zaliczyliśmy w tytule moczocięk ten do objawów wtórorzędnych. Do wrodzonych braków, (mówimy tutaj o niedorozwoju narządów moczowych), wywołujących moczocięk zaliczamy pozostanie otworem przewodu omoczniowego (*urachus*), szczelinę w pęcherzu i spodziectwo (*hypospadiasis*); do braków zaś powstałych po urodzeniu należą przetoki moczowodowe, pęcherzowe i cewkowe. Moczocięk spowodowany chorobowymi zmianami w cewce moczowej stosunkowo nie często się spotyka. Zaliczyć tutaj należy zgrubienie ścian pęcherza, niezupełną zamykalność otworu pęcherza czy to przez ciała obce czy przez stężyny (*concrementa*), narośla w pęcherzu, nacisk narządów sąsiednich jak np. ciężarnej macicy w rzadkich stosunkowo przypadkach, zboczenia z pociągnięciem pęcherza, rzeczywiste krwawienie cewki i *last not least* przewlekłe owrzodzenia cewki, sięgające nieraz aż do samego pęcherza.

Takiego rodzaju owrzodzenie w cewce obserwowałem u niezamężnej

Amc 208/53/13

p. Maryi G., nauczycielki 29 lat mającej. Od mniej więcej sześciu miesięcy uskarżała się chora na ból przy oddawaniu moczu, który raz po raz miał być krwią zaczerwieniony. Przepisane wówczas przez lekarzy okłady i wewnętrzne lekarstwa robiły chorej na czas jakiś ulgę. Obecnie od 3 tygodni boleści „na dole“ stały się bardzo znaczne a nadto chora nie jest w możności zatrzymywać moczu, który kroplami odchodzi. Chora wygląda blado, jest zdenerwowaną, i pragnie koniecznie „operacyi“. Badanie wykazało co następuje: Srom nabrzmiały, cuchnący moczem, tu i owdzie większe lub mniejsze owrzodzenia. Po rozłożeniu warg sromowych widać w okolicy otworu cewkowego czerwono-brudne nabrzmienie o nierównej powierzchni, pokryte ropiasto-krwawą wydzieliną. W środku nabrzmienia otwór o nierównych brzegach. Mimo znacznej bolesności wszedłem małym palcem przez otwór ten do cewki i doszedłem bez wielkiej trudności do pęcherza. Cała cewka moczowa miała nierówne, łatwo krwawiące i ropą pokryte owrzodzenia, z których niektóre a mianowicie znajdujące się więcej ku powierzchni były szczególnie bolesne. Cały przedsionek był zaczerwieniony, nabrzmiały i przy dotykaniu wrażliwy. Badanie pochwy i macicy nie wykazało nic nieprawidłowego. Po nad spojeniem kości łonowych było podbrzusze cokolwiek przy oburęcznem badaniu macicy bolesne. Badanie wydzieliny, pochodzącej z owrzodzeń cewki jak również i badanie śluzu szyjki macicznej na dwoinki Neisserowskie dały wynik ujemny. Używałem dla pewności metody Grama z następnem podbarwieniem rozrzedzonego błękitu metylenu Loefflera. Wywiady co do przebytego przymiotu kilkakrotnie czynione, z nadmienieniem koniecznej potrzeby wiadomości o tem z powodu użycia w danym razie odpowiedniego sposobu leczenia, dawały zawsze przeczącą odpowiedź ze strony chorej. Zresztą badanie całego ciała i błon śluzowych tak w jamie ustnej jak w odbytnicy niewykazały najmniejszego śladu przebytego przymiotu. Chorej przepisałem w pierwszych dniach nasiadowe kąpiele i opłókiwanie sromu lekkim rozczyntem kreoliny. Po oczyszczeniu i lepszym cokolwiek wyglądzie chorych części zniszczyłem w narkozie dość głęboko żegadłem Paquelina miejsca owrzodzenia w całej cewce, dotykając się żegadłem wszystkich miejsc teje. Założywszy cewnik do pęcherza i przymocowawszy go do uda, opatrzyłem srom gazą jodoformową. Po 5 dniach zaczęły się oddzielać strupy, a mocz odchodził teraz także i obok cewnika. W pierwszych trzech dniach po żegadłowaniu był mocz silnie krwią zabarwiony. Wyjąwszy 5 dnia cewnik i oczyściwszy go, założyłem numer grubszy. Ale i teraz jeszcze mocz kroplami obok cewnika odchodził. Ostatecznie jednak rana się zagoiła, cewnik wyjmowałem na kilka godzin dziennie, aż wreszcie zakładać go przestałem. Moczociąg ustawał po mału, tak że chora po 5 tygodniach leczenia mogła zdrowa opuścić zakład.

Przypadek sam w sobie i sposób leczenia nie przedstawia nic nadzwyczajnego, że jednak owrzodzenia cewki moczowej w tak znacznym stopniu rzadko się spotykają i względy etiologiczne w takich przypadkach pewne budzą zajęcie, pozwoliłem sobie przypadek mój niniejszem zakomunikować, dodając zarazem do niego następujące uwagi.

Pierwszy, który na owrzodzenia cewki moczowej u kobiety zwrócił uwagę

był Charles West ¹⁾. Zalicza on je jednakże do chorób od przymiotu zależnych, choć dziwnem mu się wydawało, że w ówczesnych książkach, omawiających przymiot, weale na takie owrzodzenia cewki nie zwracano uwagi. Widział on w swej praktyce sześć przypadków tego rodzaju i to dwa razy u kobiet zamężnych, które na przymiot dawniej były leczone i cztery razy u kobiet publicznych, z których jedna w czasie leczenia przez Westa miała jeszcze wtórorzędne charakterystyczne wypryski na skórze. I Odmanson widział cztery podobne przypadki i to także głównie u prostytutek, chociaż bynajmniej nie podziela zdania Westa co do przymiotu jako powodu etiologicznego, lecz sądzi, że owrzodzenia cewki wywołane bywają przeważnie ciąglem, mechanicznem drażnieniem. Na jedną ważną rzecz zwraca Odmanson uwagę. Oto mimo znacznych nieraz spustoszeń cewki były objawy chorobowe stosunkowo nieznaczne a nawet co dziwniejsza, nie przechodziło do moczocięku. W jednym przypadku można było wygodnie palec włożyć do cewki, a mimo to nie było weale u chorej moczocięku. Obszerną i gruntowną monografię o owrzodzeniach cewki moczowej u kobiet napisał w r. 1877 Schroeder ²⁾. Przytacza on 9 przypadków tak znacznego zniszczenia cewki przez owrzodzenie tejże, że zmuszony był wykonać ostatecznie operację plastyczną. W kilku przypadkach były nadto owrzodzenia i zwężenia w odbytnicy, objawy przemawiające rzeczywiście za przymiotem. Schroeder potwierdza zdanie Westa i w części Odmansona, uważając owrzodzenia cewki za owrzodzenia przymiotowe, które rozszerzają się wskutek ciągłych mechanicznych drażeń przez częste spółkowanie. Przypuszcza on nawet, że nieraz przy gwałtownem pożyciu może przecie zewnętrzny otwór cewki moczowej znacznie rozszerzyć. Owrzodzenie samo uważa Schroeder za rodzaj procesu ziarninowego, który powstaje w tkankach podrażnionych oraz dotkniętych zapaleniem, mając zarazem wielką skłonność do rozpadlin. Chociaż Schroeder uważa przymiot za pośredni powód owrzodzeń, to jednak Ruge w histologicznie badanych odnośnych skrawkach niemógł znaleźć żadnych charakterystycznych oznak, przemawiających za przymiotem. Duncan ³⁾ mówiąc o pochwyce wspomina także o 2 przypadkach owrzodzeń cewki i uważa je za objawy liszaja żrącego lub pryszczycy. Że w przypadku jednym, tyczącym się 19-letniej niezamężnej pacjentki chodzić mogło jedynie o liszaj żrący, dowodziło zdaniem Duncana równoczesne przedewszystkiem utworzenie się małych guzowatych wybujalności około cewki moczowej i błony dziewiczej. Z kliniki Schroedera ogłosił Schmarbeck ⁴⁾ 3 przypadki owrzodzeń cewki moczowej, z których każdy miał mieć podstawę syfilityczną, czwarty natomiast przypadek powstał po ciężkim porodzie przy użyciu kleszczy. Oprócz tych przypadków opisali jeszcze L. Mayer ⁵⁾ i Rose ⁶⁾ po jednym a Erhardt ⁷⁾ z kliniki Lewina 5 odnośnych

¹⁾ Lehrbuch der Frauenkr. übersetzt von W. Langenbeck 2 wyd. Getynga 1863.

²⁾ Charité Annalen IV rocznik.

³⁾ J. M. Duncan. Klin. Vortr. über Frauenkrankh. übers. von F. Engelman. Berlin 1880.

⁴⁾ Ueber Zerstoerungen der weibl. Harnroehre. Berlin 1877.

⁵⁾ Beitrage z. Geb. u. Gyn. Tom I.

⁶⁾ Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie tom IX.

⁷⁾ Ueber chronische Ulcerationen der weiblichen Harnroehre Berlin 1884.

przypadków owrzodzeń cewki moczowej. W ostatnim wreszcie czasie opisał Landau ⁸⁾ także 5 przypadków owrzodzeń cewki, które zalicza do wrzodu gryzającego (*ulcus rodens*). Chociaż 4 z tych chorych przechodziły przedtem syfilis a u 5-tej chorej przymiotu kategorię wykluczyć by nie można, przeczy Landau, jakoby owrzodzenia takie cewki moczowej zaliczać należało do objawów pierw- lub wtórnych przymiotu, gdyż badanie drobnowidzowe w żadnym z preparatów nie wykazało widocznych ziarniników syfilitycznych. Landau sądzi tak jak West, że przymiot był dobrą dla owrzodzeń tego rodzaju glebą i że wskutek tego tem łatwiej do znacznych przechodziło owrzodzeń bez skłonności do wytwarzania nowej tkanki. Leczenie przeciwpriymiotowe było w przypadkach Landaua bez widocznego polepszenia. Wrzód żrący, jak Landau owrzodzenia te nazywa, daje się anatomicznie i klinicznie dokładnie rozróżnić od owrzodzeń rzeżączkowych, szankrowych, gruźliczych, liszajowych i wtórno-przymiotowych.

Tak więc mielibyśmy ogółem w całej literaturze 37 przypadków owrzodzeń cewki moczowej, a nasz przypadek byłby z rzędu 38. Z tych 38 przypadków przewlekłego owrzodzenia cewki, mógł być przymiot być z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem wykluczony w trzech przypadkach Westa, w 3 przypadkach Schroedera, 4 przypadkach Odmansona, 2 przypadkach Duncana, jednym przypadku Schmarbecka, w 3 przypadkach Ehrhardta i w przypadku naszym. Na 38 przypadków pozostałoby 21 owrzodzeń, które miały prawdopodobnie podstawę syfilityczną. Zaliczamy tu jednakże i przypadki Landaua, chociaż on je ściśle do przymiotu nie zalicza, tylko w w nim widzi pewną predyspozycję do tem gorszego przebiegu owrzodzeń cewki moczowej.

Rokowanie owrzodzeń cewki moczowej jest zdaniem Winckla ⁹⁾ i Ehrhardta stosunkowo niezłe, jeżeli tylko zniszczenie cewki za daleko się nie posunęło. O wiele rozpaczliwiej zapatruje się na rokowanie Landau. Twierdzi on, że chociaż owrzodzenia takie nie grożą chorej śmiercią, to jednakowoż mogą łatwo z czasem doprowadzić cewkę do zaniku i moczoćciuku. Kwas mleczny możeby w takich razach być skuteczny. Widocznie przypadki Landaua były bardzo groźne, kiedy rokowanie stawia autor tak niekorzystne. Że nie do wszystkich przypadków zdanie Landaua można zastosować, dowodzi i nasz przypadek, w którym po silnem choć nie za głębokiem użyciu żegadła w przeciągu 5 tygodni usunięto nie tylko owrzodzenie cewki ale co również ważne i wtórny moczoćciek, dla usunięcia którego chora głównie po pomoc lekarską przybyła.

Na jakiej podstawie owrzodzenie cewki moczowej w naszym przypadku powstało, trudno coś pewnego o tem powiedzieć. Rzeżączkę i przymiot w każdym razie wykluczyć mogłem. Barwienie wydzieliny pochodzącej z owrzodzeń na dwoinki Neisserowskie dawało zawsze ujemny wynik, a leczenie niesyfilityczne usunęło mimo to cierpienie chorej.

⁸⁾ Archiv f. Gynaecologie. Tom 30 zeszyt I.

⁹⁾ Krankh. d. weiblichen Harnroehre u. Blase. Stuttgart 1885 str. 49.

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

61. NIL FILATOFF (Moskwa). **O rozpoznaniu pewnych skrytych postaciach gorączki przepuszczającej (zimnicy).** Niezwykle postacie zimnicy znane pod nazwą „*febris larvata*“ objawiają się pod względem klinicznym tak różnorodnie, że podług słusznego twierdzenia prof. Bohna dla ich rozpoznania nie są tyle ważne towarzyszące im objawy, ile ich peryodyczne powtarzanie się. Z drugiej jednak strony i regularne powtarzanie się jednego lub drugiego objawu nie jest dla rozpoznania zimnicy decydującem, gdyż zależeć ono może nietylko od zimnicy, lecz i od innych przyczyn i przytrafia się nietylko przy cierpieniach nerwowych lecz i zapalnych, niekiedy nawet może ono być następstwem otrucia chinowego, jakto autor miał sposobność w kilku przypadkach spostrzegać (raz regularnie powtarzające się napady obawy nocnej, raz powtarzającej się *torticollis*).

Peryodyczne zatem powtarzanie się napadów nie jest samo przez się dostatecznym dowodem *febris larvatae*. Rozpoznanie staje się pewniejszym, gdy chory poprzednio miał napady prawidłowej gorączki przepuszczającej i gdy współcześnie stwierdzić się daje powiększenie śledziony. Do powiększenia zresztą śledziony nie można przywiązywać zbyt wielkiej wagi, nie zawsze bowiem ono towarzyszy świeżym przypadkom zimnicy, tem mniej niezwykłym bezgorączkowym postaciom choroby, z drugiej strony powiększenie śledziony może zależeć od przyczyn nie mających nic wspólnego z zimnicą. Jeżeli do tego dodamy, że niezwykle postacie zimnicy niekiedy się u dzieci przytrafiają, które nigdy poprzednio nie miały typowej gorączki przepuszczającej zrozumiećmy, że rozpoznanie nieprawidłowych postaci zimnicy przedstawia pewne trudności, które byłyby nawet nieprzewyciężonemi, gdybyśmy nie posiadali doskonałego odczynnika na zimnicę t. j. soli chininy. Dla stanowczego zatem rozpoznania *febris larvatae* dostateczne są zdaniem autora 2 warunki: 1) regularne wystąpienie jakichkolwiek napadów i 2) możliwość usunięcia ich zapomocą chininy. Co się zaś tycze pojedynczych objawów powiedzieć tylko można, że nie posiadamy żadnego, któryby występował we wszystkich przypadkach zimnicy.

Jakkolwiek zatem rozpoznanie skrytych postaci zimnicy na mocy 2 powyższych punktów nie jest tak trudnem, w praktyce wszelako bardzo często zostają one nie rozpoznane a to z dwóch powodów: 1) raz dlatego, że lekarze szczególnie młodzi bez należytego wyjaśnienia sobie rodzaju choroby jak można najwcześniej przystępują do symptomatycznego leczenia i często samoistną poprawę kładą na karb stosowanego leku i 2) że zapominają oni o wielkiej różnorodności objawów zimnicy i mając do czynienia z ciężkim i uporczywym przypadkiem zimnicy na myśli takowej nie mają. I tak każdy lekarz wie np. że zimnica występuje często pod postacią bólu nadoczodołowego i przy powtarzaniu się napadów niezwłocznie podaje chininę, lecz gdy np. biegunka peryodycznie się powtarza ani na myśl przychodzi zimnica. Autor który miał sposobność spostrzegać kilkakrotnie podobne przypadki postawił sobie za zadanie zwrócić uwagę młodych lekarzy na niektóre nierzadko się zdarzające przypadki nieprawidłowej zimnicy a szczególnie na biegunkę pochodzenia zimniczego.

B i e g u n k a jako objaw zimnicy występuje w dwóch postaciach: ostrej i przewlekłej. Pierwsza ma po większej części charakter biegunki krwawej, podczas gdy przewlekła charakteryzuje się płynnymi i cuchnącymi wypróżnieniami, które się peryodycznie powtarzają. Ze *febris larvata* może się objawić pod postacią biegunki o tem między innymi pisał Bohn (*Jahrb. für Kinderheilkunde* VI). Podług tego autora obok peryodyczności odznacza się biegunka w mowie będąca tem, że wypróżnienia są często krwawe, lecz bez wydyman

a tem się różnią tak od zwyczajnej jak i krwawej biegunki. W Moskwie autor jednak częściej widywał przypadki z wydymianiami, przyczem wypróżnienia były skąpe, śluzowe z domieszką krwi. W lżejszych i czystych przypadkach sprawa przedstawia się jasno: biegunka występuje w pewnej porze dnia z małymi przerwami 3—6 razy po czem następuje przerwa do następnego lub 3 dnia.

W przypadkach ciężkich przerw prawie niema, wypróżnienia są bardzo często 15—30 do 40 razy w ciągu 24 godzin; przy starannem jednak dopytywaniu się zawsze dowiemy się, że w pewnej porze dnia wypróżnienia są częstsze aniżeli w innych. Ani ławatywy z makowcem, aniżeli olej rycynowy nie wywierają wpływu na przebieg choroby, gdy po podaniu chininy w kilka godzin przed spodziewanem pogorszeniem ilość wypróżnień znacznie się zmniejsza np. z 30 na 10. W podobnych przypadkach i zmiana miejscowości może przerwać istniejącą biegunkę. Przypadki w mowie będące odróżniają się też od prawdziwej ciężkiej krwawej biegunki i przebiegiem gorączki. Gdy bowiem ciepłota przy prawdziwej krwawej biegunce waha się między 38 a 39°, przy krwawej biegunce pochodzenia zimniczego ciepłota zaraz pierwszego dnia wynosi 40 i 41° lecz nie jest trwałą i już drugiego dnia sama przez się zupełnie albo prawie zupełnie opada, by się następnie znowu podnieść; często natężenie biegunki wcale nie odpowiada natężeniu początkowej gorączki.

Krwawa zatem biegunka pochodzenia zimniczego charakteryzuje się: 1) przepuszczającym lub silnie zwalnającym przebiegiem biegunki, 2) tem, że nierzadko rozpoczyna się silnem podniesieniem ciepłoty, które niedługo trwa i 3) że biegunka wraz z gorączką szybko po chininie znika lub przynajmniej znacznie się zmniejsza. Biegunka tego rodzaju jakkolwiek i bez użycia chininy szybko zniknąć może, szczególnie przy zmianie miejscowości, ciągnie się jednak niekiedy przez wiele tygodni i przechodzi w stan przewlekły.

Przewlekła biegunka zimnicza występuje w regularnych odstępach czasu; pomimo to prawdziwa jej przyroda często przy łóżu chorego zostaje nierozpoznana szczególnie u dzieci, u których zwyczajna przewlekła biegunka jest zjawiskiem częstym. Różni się ona jednak od zwyczajnej przewlekłej biegunki następującymi cechami:

1) Wypróżnienia następują tylko w pewnych godzinach dnia po większej części w nocy lub nad ranem, w innych porach dnia wypróżnienia bywają prawidłowe.

2) Łaknienie jest prawidłowe, język czysty, trawienie odbywa się bez wszelkich dolegliwości.

3) Dzięki dobremu łaknieniu i prawidłowemu trawieniu ogólny stan zdrowia mało cierpi. Pomimo długotrwałego rozwolnienia tłuszcz nie zanika, bledłość skóry i błon śluzowych jest nieznaczna.

4) Nie ustępuje ona przy najściślejszej dyecie i nie pogarsza się przy obfitemu pożywieniu mięsnem i mlecznem.

5) Makowiec i leki ściągające nie wywierają na nią żadnego wpływu; po chininie zaś wnet ustępuje.

6) Przytrafia się ona powiększej części u dzieci między 5 a 10 rokiem życia, gdy zwyczajna przewlekła biegunka u dzieci 1, 2 i 3-letnich.

Rozpoznanie zatem przewlekłej biegunki pochodzenia zimniczego nie jest trudnem; peryodyczność, zdrowy wygląd chorego, nieobłożony język, zadawalniające łaknienie, wiek i wywiady ułatwiają rozpoznanie. Napewno jednak istniejącą biegunkę można odnieść do zimnicy, gdy ta szybko zostaje za pomocą chininy usuniętą. Nie zostaje jednak biegunka pochodzenia zimniczego często poznana, ponieważ o niej lekarz wcale nie pamięta i z tego powodu nie należy zapominać, że peryodyczna biegunka u dzieci nie jest rzadkiem cierpieniem.

Innym od zimnicy zależnym objawem, którego źródło często nie zostaje poznanem są bóle żołądka (*cardialgia*) występujące pod postacią powtarzających się peryodycznie napadów. Ból zwykle trwa niedługo, lecz się powtarza kilka razy dziennie. Rozpoznanie zimniczej przyrody opiera się: 1) na wykluczeniu innych przyczyn (*spondylitis*), otrucie ołowiem, ogólna nerwowość robaki, 2) na peryodycznym powtarzaniu się bólu w jednej godzinie dnia i 3) na wybornem działaniu chininy.

Rzadziej umiejscawia się zimnica przepuszczająca na błonach śluzowych narządów oddechowych. Autor przypomina sobie w swej praktyce 2 przypadki peryodycznego krwawienia z nosa i 2 przypadki peryodycznego kaszlu. Krwawienie z nosa w przypadkach autora odróżniało się od zwyczajnego krwawienia tak częstego u dzieci: 1) peryodycznym powtarzaniem się w jednych porach dnia i 2) tem że występowało w nocy, a zatem nie mogło być przypisanem wpływowi zbytowego ruchu, długiego siedzenia ani też wpływowi upału. Peryodyczny kaszel autor spostrzegł raz u dziewczynki 3-letniej, która nigdy dotąd ani na zimnicę ani na nieżyt oskrzeli nie chorowała. Drugi przypadek dotyczył 8 letniego chłopczyka skłonnego do nieżyty oskrzeli. W obu przypadkach leki przeciwnieżytowe i kojące pozostały bez skutku, gdy chinina pierwszy raz zadana spowodowała ulgę, a następnie wyleczenie. W obu przypadkach: 1) kaszel objawiał się tylko w nocy i trwał kilka godzin, 2) kaszel był suchym napadowym, 3) badanie klatki piersiowej i szyi dawało ujemny wynik i 4) napady kaszlu ustąpiły po chininie. Śledziona tylko w jednym przypadku była powiększoną.

Na mocy wszystkiego powyżej powiedzianego autor twierdzi, że rozpoznanie skrytej zimnicy we wszystkich jej postaciach nie jest trudnem, trzeba tylko mieć na uwadze następujące punkty: 1) mieć na myśli zimnicę ile razy jakiegokolwiek objawy powtarzają się peryodycznie. 2) Dla możności szybkiego rozpoznania nie należy zaraz od początku choroby chwycić się silnie działających symptomatycznych leków t. j. dopóki przyroda cierpienia nie została rozjaśnioną. 3) Nie można rozpoznania zimnicy opierać tylko na peryodycznym powtarzaniu objawów lecz oczekiwać na wynik leczenia chininą. 4) Obrzmienie śledziony nie zawsze istnieje w świeżych przypadkach zimnicy, a z drugiej strony przewlekłe obrzmienie śledziony jest tak częstem u dzieci, że objaw ten o tyle ma znaczenie rozpoznawcze, o ile się rozwija w oczach lekarza. 5) Niezwykle postacie zimnicy najczęściej występują pod postacią biegunki.

(*Pædiatrische Arbeiten herausgegeben von Baginsky. Berlin 1890.* F. Arnstein.)

ODCZYTY.

P. GÜTERBOCK. Choroby chirurgiczne narządu moczowego i płciowego u mężczyzn. Choroby cewki i gruczołu przyprątznego 1890 r. str. 260.

Streścił Dr. A. Grünbaum.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 18).

Leczenie zwężeń cewki.

Zwężenia cewki mogą być leczone 1) za pomocą rozszerzenia, 2) za pomocą przepalenia bliznowatej tkanki środkiem żrącym i 3) za pomocą cięcia.

I. Rozszerzanie. Rękoczyn ten może być przeprowadzonym w sposób powolny, szybki i gwałtowny.

A) Powolne i stopniowe rozszerzenie. Dylatacja przeprowadza się w ten sposób, że co drugi dzień wprowadza się do zwężonej cewki zgłębnik o jeden numer—podług miarki Char.—większy. Każdy taki wprowadzony zgłębnik

pozostawiamy tam od 10 — 15 minut. Działanie zgłębników w taki sposób wprowadzonych polega 1) na mechanicznem rozdarciu zrastających się fałdek błony śluzowej, 2) na całym szeregu podłużnych pęknięć tkanki podśluzowej i 3) na zmianach, jakich bliznowata doznaje tkanka pod wpływem ucisku. Leczenie to może tylko wtedy wywołać niebezpieczne powikłania, jeżeli zmiany anatomiczne w nerkach są już zbyt daleko posunięte.

B) Szybkie rozszerzenie. Kateteryzacja z pozostawieniem wprowadzonych do kanału cewników przez dłuższy czas. Leczenie to polega na tem, że wprowadzony odpowiedniego rozmiaru cewnik pozostawiamy w kanale przez 24 godziny, po upływie których wprowadzamy znowu inny, o kilka numerów większego kalibru cewnik. Przy stosowaniu tego sposobu leczenia, zwężenie może już po upływie kilku dni być do tego stopnia rozszerzonym, że światło cewki jest w tem miejscu prawie prawidłowem.

C) Gwałtowne rozszerzenie z rozerwaniem bliznowatej tkanki. *Cathéterisme forcé* należy w obecnej chwili do sposobów w zupełności zarzuconych. Gwałtowne rozszerzenie per *divulsionem* bywa jeszcze obecnie przez niektórych chirurgów kiedy niekiedy stosowanem. *Divulsio* taką należy wykonać dosyć szybko i z wielką siłą. Spostrzeżenia bowiem pokazały, że tylko w taki sposób przeprowadzona *divulsio* wywołuje podłużne rozdarcie bliznowatej tkanki, które w zupełności odpowiada wewnętrznemu cięciu cewki. Z całego szeregu dilatatorów, jakie były w tym celu proponowane, używają w obecnej chwili tylko rozszerzacz Thomsona i diatatoru Holt'a.

II. Leczenie zwężeń cewki za pomocą środków, działających na bliznowatą jej tkankę w sposób żrący, należy już teraz do historii. Elektroliza, w porównaniu z innemi obecnie używanemi sposobami leczenia, nie przedstawia, podług zdania autora, żadnej przewagi.

III. Cięcie cewki. *Urethrotomia*. Cięcie to może być wykonanem w kierunku z wewnątrz ku zewnątrz, — *urethrotomia interna*, — albo w odwrotnym t. j. z zewnątrz na wewnątrz — *urethrotomia externa*.

A) Cięcie cewki wewnętrzne. Cięcie to może być przeprowadzonym w dwójaki sposób: 1) albo w postaci nacięcia (*scarificatio*), które, zmniejszając napężenie bliznowatej tkanki, działa w sposób przeciwwzapalny i 2) albo w postaci doszczętnego przecinania w kierunku podłużnym nowoutworzonej bliznowatej tkanki. Doszczętne takie przecinanie blizny, które w ostatnich czasach prawie wyłącznie wykonywamy, może być przeprowadzonym już to z przodu ku tyłowi, albo też z tyłu ku przodowi. Dla przeprowadzenia pierwszego rodzaju cięcia używamy *urethrotomu Maisonneuve'a*, do tylnego zaś przedniego cięcia *urethrotomu Civiale'a* zmodyfikowanego przez Thompsona. Samo przez się rozumie się, że dla tego ostatniego cięcia światło w zwężonym miejscu musi być poprzednio znacznie rozszerzonym. Krwawienie z cewki, które w ostatnich czasach zauważono po cięciu w ogóle nader rzadko, może być natychmiast przerywanem za pomocą wprowadzenia i pozostawienia w niem metalicznego cewnika większego kalibru. Wszystkie inne powikłania, jakie przed laty tak często po tem cięciu miały miejsce, w obecnej chwili przy dokładnem stosowaniu antyseptyki, lub przy utrzymaniu rany w absolutnej czystości, wcale nie występują. Również śmiertelność w najnowszych czasach przy stosowaniu tego rękoczynu znacznie się zmniejszyła. Thompson bowiem z pomiędzy 300 w ten sposób przez się operowanych stracił tylko dwóch chorych, a u Guyon z pomiędzy 467 przez niego operowanych zmarło $1\frac{1}{2}\%$.

Wskazaniami do przeprowadzenia wewnętrznego cięcia cewki są:

- 1) konieczność natychmiastowego przywrócenia światłu cewki prawidłowych jego rozmiarów,
- 2) konieczność skrócenia czasu leczenia i zaprzestania rozszerzenia za pomocą wprowadzenia zgłębników,

- 3) zbyt częste i dosyć szybko powtarzające się recydywy,
- 4) znaczna modzelowatość bliznowatej tkanki, wywołującej zwężenie,
- 5) blizny mające postać mostków lub fałdek i znajdujące się szczególnie w przedniej ruchomej części cewki i nareszcie
- 6) we wszystkich tych przypadkach, w których stopniowe rozszerzanie pożądanego nie daje skutku.

Przeciwwskazania. Wewnętrzne cięcie cewki jest przeciwwskazaniem 1) we wszystkich przypadkach, w których powolne i stopniowe rozszerzenie może być z łatwością osiągniętem, 2) przy zwężeniach, przez które najcieńszego nawet kalibru zgłębnika nie możemy przeprowadzić i 3) przy zwężeniach, które rozwinęły się po uszkodzeniach cewki. Powtórne zmniejszenie się światła, po wewnętrznym cięciu cewki, zdarza się daleko rzadziej niż po stosowaniu każdego innego sposobu leczenia.

B) Cięcie cewki zewnętrzne. Urethrotomia externa. Boutonnière. Sectio perinealis. Rękoczyn ten wykonywamy nie tylko w celu usunięcia zwężenia, ale także w celu utworzenia innej drogi dla odprowadzenia moczu, wydobywania z pęcharza obcych ciał, lub wyluszczenia nowotworów, albo też nareszcie w celu zbadania jamy tego ostatniego. Ostatecznie cięcie to jednak w obecnej chwili wykonywamy najczęściej w celu usunięcia istniejącego zwężenia. Blizna bowiem, jaka się tworzy wkroczo po wygojeniu się rany, kureząc się, pociąga za sobą zrosniętą z nią błonę śluzową cewki i stanowczo rozszerza w zwężonym miejscu jej światło. Cięcie cewki zewnętrzne przy zwężeniach wykonywamy, stosownie do tego, czy możemy jeszcze przez otwór w zwężonym miejscu przeprowadzać cienkie zgłębniki lub nie, już to bez przewodnika lub też na tym ostatnim. Cięcie tedy cewki zewnętrzne, dające się jeszcze wykonać na przewodniku, powinno być, podług autora, przeprowadzonym w kierunku od tyłu ku przodowi t. j. zaczynać je od pęcherzowego odcinka cewki i powinno mieć od 1—2" długości. W przypadkach zaś, w których przeprowadzić przez kanał cewki przewodnik w żaden sposób nie możemy, należy wykonać to cięcie w następujący sposób. Uśpiwszy chorego i ułożywszy go w taki sposób, w jaki się układa chorych do bocznej cięcia, chirurg wprowadza do cewki, dochodząc do miejsca zwężonego, kateter lub zgłębnik grubszego kalibru, który następnie wraz z prąciem oddaje jednemu z wprawnych asystentów do ręki i przeprowadza na tym ostatnim w środkowej linii t. j. w zdrowych częściach cięcia dosyć znacznej długości. Przeciwny tedy cewkę przez całą jej grubość, wywraca na zewnątrz brzegi rany i odszukuje przy zwężeniach wejścia do kanału, lub też, jak to ma miejsce przy uszkodzeniach, otworu pęcherzowego odcinka cewki. O dalszem chirurgicznem postępowaniu po znalezieniu tych ostatnich, dla uniknięcia powtórzenia się, tu mówić nie będę. Wykonawszy tedy jedno z tylko co podanych cięć, należy jeszcze w następstwie w nader systematyczny sposób przeprowadzać leczenie pooperacyjne. Ostatnie to leczenie, jak wiadomo, polega głównie na ciągłym odprowadzeniu moczu mimo rany. Częste więc wprowadzanie cewnika, lub też, w przypadkach trudnych, pozostawienie go tam przez dłuższy czas bywa stanowczo wskazanem. Kateteryzując tedy à demeure należy stosować.

A) Przy wprowadzeniu kateteru od zewnętrznego otworu cewki.

- 1) jeżeli zewnętrzne cięcie cewki wykonywamy nie tylko w celu usunięcia istniejącego zwężenia, ale także dla wyleczenia utworzonych w kroczu mnóstwa przetok moczowych,
 - 2) jeżeli w tkance cewki znaczne istnieją braki, które powstały już to wskutek uszkodzenia, albo też wskutek zmartwiałości i
 - 3) jeżeli znaczne istnieją trudności dla wtórnego jego wprowadzenia.
- B) Przy wprowadzeniu go od rany.

1) jeżeli chcemy szybko i bezpośrednio odprowadzić zbierający się w pęcherzu mocz,

2) jeżeli należy unikać działania moczu na przednią część cewki np. przy plastycznych operacjach,

3) jeżeli należy przez dłuższy czas utrzymać ranę w kroczu otwartą i

4) jeżeli zmuszeni jesteśmy zatamować krwawienie, jakie czasami po przeprowadzeniu tego rodzaju operacji występuje. Cewnik tedy działa jak zwyczajny tampon. Katetyryzacja *à demeure* jest przeciwwskazana, przy istnieniu nadzwyczajnej wrażliwości cewki, cienkich ścian pęcherza i ich owrzodzenia, lub też silnej skłonności do krwawienia. W ogóle należy pamiętać, że kateter pozostawiony u chorych, u których cięcie cewki zewnętrzne wykonano w celu leczniczym może wywołać zapalenie, owrzodzenie i przedziurawienie ścian pęcherza, gwałtowne kurecze *m. detrusoris vesicae*, zapalenie błony śluzowej cewki i jąder i ropnie około cewkowe.

Dla tego też autor zgodnie z Syme'm radzi żeby kateteru nie pozostawić w cewce dłużej niż trzy dni. Metodyczne zaś rozszerzanie, wtórnie kurczącej się blizny, rozpocząć dopiero po upływie dwóch tygodni. Powikłania, jakie dotychczas dosyć często spostrzegano po zewnętrznem cięciu cewki: mianowicie następcze krwawienie, nacieki moczowe, tworzenie się ropni moczowych w kroczu lub mosznach, obostrzenie się istniejącej już sprawy chorobowej w nerkach i inne choroby przyranne, w obecnej chwili t. j. przy dokładnem operowaniu i antyseptycznem traktowaniu rany, występują daleko rzadziej. Rokowanie. Przy rokowaniu należy odróżnić boutonnières wykonane w celu zbadania pęcherza, wydobywania obcych ciał i t. p. od zewnętrznego cięcia cewki przeprowadzonego w celu usunięcia zwężenia lub przy jej rozdarciach. W każdym razie widzimy, że śmiertelność przy tej operacji bywa u rozmaitych chirurgów nader niejednakową, gdyż waha się 0%—30%. Gwałtowna ta różnica w procencie śmiertelności zależy 1) od przypadków, jakie u rozmaitych pojawiły się chirurgów i 2) od pokazań, jakie każdy chirurg uważa w szczególności za dostateczne do przeprowadzenia wskazanej operacji. Podług autora tedy bezwarunkowemi pokazaniami do przeprowadzenia tego zabiegu operacyjnego są 1) zwężenia, które uformowały się po uszkodzeniach cewki, 2) istnienie w cewce fałszywych dróg, 3) istnienie w kroczu przetok moczowych, 4) znajdowanie się w zwężonym miejscu obcego ciała (odłamek kateteru), 5) bezskuteczność wszelkiego innego sposobu leczenia zwężeń cewkowych i 6) powikłania ze strony pęcherza poważnego charakteru, jak np. posokowate jego zapalenie, owrzodzenie ścian, zmniejszenie się jego objętości i t. d. Co się tyczy częstości wtórnego pojawienia się zwężenia, to należy przyznać, że po tej operacji o ile tylko dokładnie wykonaną została, najrzadziej je spostrzegano.

Nowotwory cewki. Ponieważ u mężczyzn spostrzegano nowotwory te dotychczas bardzo rzadko, przeto też podamy tu o nich krótką tylko wzmiankę. Do spostrzeganych należą torbiele, polipy, brodawczaki i raki. Torbiele rozwijają się wyłącznie w części krokowej cewki około wzgórka nasiennego. Co się tyczy polipów i brodawczaków, to należy przy ich rozpoznaniu odróżnić je od ostrych i szerokich łepieży (*condylomata*), jakie bardzo często rozwijają się przy długo istniejącym przewłocznym tryprze. Pierwotnych raków cewki zauważono dotychczas tylko 5—6 razy. Daleko częściej za to nowotwory cewki były spostrzegane u kobiet. Z tych zauważono względnie często brodawczaki, torbiele, naczyniaki i polipy; rzadko zaś włókniaki, mięsaki i raki. Brodawczaki czyli ostre łepieże, rozwijają się zazwyczaj naokoło otworu cewki, jednocześnie z ostremi łepieżami części rodnych i przedstawiają się w postaci kalafiorowatych narośli. Torbiele cewki zauważono również u płodów płci żeńskiej. Torbiele te u małych dzieci znajdują się zwykle naokoło zewnętrznego

otworu, u dorosłych zaś kobiet siedzą głęboko w cewce tuż niedaleko otworu pęcherzowego. Naczyniaki cewki przedstawiają się zazwyczaj w postaci żyłków. Od naczynek tych należy odróżnić wrodzone twory, składające się z ciał jamistych, które niekiedy wyrastają na znacznie większych rozmiarów guzy. Naczyniaki brodawkowato-polipowe bywają zazwyczaj wielkości grochu do orzecha laskowego, są bardzo czerwone i nader łatwo krwawią. Rzadko występują objawy. Nowotwory te, jak łatwo zrozumieć, mogą być usunięte tylko drogą krwawą. Objawy zaś drażnienia pęcherza, jakie niekiedy i po operacji istnieją, muszą być leczone za pomocą wann nasiadowych, zimnych okładów i t. d., a w ostateczności za pomocą gwałtownego lub powolnego rozszerzenia cewki.

Tuberculosis urethrae. Gruźlicę cewki tak u mężczyzn jak i u kobiet spostrzegano w ogóle nader rzadko. U mężczyzn zauważono ją tylko przy gruźlicy pęcherza, przy czem porażone były tylko części krokowa i błoniasta. W których sprawa ta nierzadko wywołała dosyć obszerne i głęboko wnikające owrzodzenia. U kobiet zaś znajdowano ją niejednokrotnie w postaci obficie rozwijających się wybijalności.

Nerwice cewki. Do tego rodzaju cierpienia zaliczamy 1) kurcze (*urethrospasmus*), 2) nadczułość (*hyperaesthesia*) i 3) nerwobóle cewki (*Neuralgia*). W ogóle należy pamiętać, że wszystkie te w cewce nerwowe zakłócenia są w większej części przypadków objawami odruchowymi. Co się tyczy szczegółów, to widzimy, że *urethrospasmus* jest zazwyczaj wynikiem skurczu włókien mięśniowych części błonistej. Skurcz ten może, stosownie do tego czy jest krótko- lub długotrwałym, jednokrotnym lub też w następstwie często powtarzającym się, wywołać nie wiele znaczące, lub też dosyć groźne zatrzymanie moczu. Nadczułość cewki spostrzegamy w jednakowej prawie mierze u mężczyzn i u kobiet i wyraża się w ten sposób, że chory przy każdym urynowaniu nadzwyczaj silnych doznaje bólów, które już to dosyć prędko przemijają, lub też uporczywie przez długie trwają lata. *Cura.* Przy leczeniu wspomnianych nerwic należy przedewszystkiem w jak najdokładniejszy sposób zbadać narząd płciowy, i dopiero przy braku wszelkich w tym ostatnim zmian patologicznych, przyjąć to za objaw nerwowy *sine materia*.

Leczenie tedy musi się ograniczyć na stosowaniu zglębników dużego kalibru, wann nasiadowych, zastrzykiwania rozczywnów kokainy, lub też słabych rozczywnów saletrzanu srebra 1%. U kobiet zaś należy stosować gwałtowne rozszerzenie cewki. Nerwobóle cewki, jeżeli nie są malaryjnego pochodzenia, leczą się także w tylko co opisany sposób. (d. c. n.)

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

H. HUCHARD. **Prawdziwa dusznica bolesna.**

Sprawozdawca Dr. Feliks Arnstein.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 18).

e) Dziedziczność odgrywa tylko rolę pośrednią w powstawaniu dusznicy bolesnej. Nie dusznica bowiem zostaje odziedziczoną, lecz dziedzicznymi są różnego rodzaju skażenia krwi (*dyatesis*), sprowadzające cierpienie aorty i tętnic.

f) Przy przymocie dusznica bolesna jest nadzwyczaj rzadką w okresie drugorzędnych objawów tej choroby. Autorowi znanym jest tylko jeden przypadek Fourniera podany przez Hallopeau; lecz i w tym przypadku dusznica była prawdopodobnie fałszywą; dotyczyła bowiem chorej przedstawiającej i inne objawy hysterii. Najczęściej w okresie objawów trzeciorzędnych przymiotu

spotykamy prawdziwą dusznicę bolesną; w tym okresie choroby przeważnie też znajdujemy zmiany zapalne w tętnicach, w aorticie tętniaki aorty, niemniej zmiany w tętnicach wieńcowych serca, w tętnicach mózgowych. Birch-Hirschfeld zpostrzegł zapalenie tętnicy wieńcowej prawej pochodzenia przymiotowego, Chvostek, Weichselbaum i Erlich również znaleźli zmiany przymiotowe w tętnicach płucnych. Według Mauriaca ¹⁾ zmiany przymiotowe w tętnicach wieńcowych są bardzo częste; zajmują one pod względem częstości zmian przymiotowych w tętnicach drugie miejsce po tętnicach mózgowych.

g) Wiądowi mlecza pacierzowego przypisują niektórzy nowsi autorowie rolę w w powstawaniu prawdziwej dusznicy bolesnej. Vulpian ²⁾, Landoury ³⁾, Berbez ⁴⁾, Leyden ⁵⁾ i Groedel ⁶⁾ opisali przypadki prawdziwej dusznicy bolesnej u chorych na wiąd. Autor spostrzegł dwa analogiczne przypadki; lecz nie były one bynajmniej następstwem cierpienia nerwowego, lecz zależały od zmian w tętnicach, a szczególnie tętnicy głównej których związek z wiądem został poznany przez Bergera, Rosenbacha, Grasset'a i Letulle ⁷⁾. Autor sądzi, że przypadki opisane przez powyższych uczonych były przypadkami fałszywej dusznicy bolesnej lub też prawdziwej dusznicy bolesnej, których rozwojowi sprzyjało współcześnie istniejące stwardnienie tętnic; świadczy o tem szczególnie jeden przypadek Fraedela, w którym obok wiądu mlecza autor ten znalazł przerost serca będącego następstwem zapalenia nerek. Istnienie zatem dusznicy bolesnej pochodzenia mleczowego nie jest dowiedzionem.

h) Autor spostrzegł kilka przypadków dusznicy bolesnej i przy innych cierpieniach narządu nerwowego raz w przebiegu rozlanego zapalenia mózgu, raz przy drżączce porażennej. Lecz w przypadkach tych autor przy szczegółowem badaniu przekonał się o istnieniu stwardnienia tętnic. U chorego z drżączką porażenną autor stwierdził tętno twarde, silne, drgające, drugi ton w okolicy podstawy serca po prawej stronie bardzo głośny (*retentissant*) szmer skurczowy pargaminowy.

i) Wiele rozprawiano o związku dna y z dusznicą bolesną, a w Niemczech przez długi czas twierdzono, że dusznica bolesna jest prawie zawsze objawem tego cierpienia. Wickman zwalczał ten pogląd; twierdził on, że dna nigdy nie jest przyczyną dusznicy bolesnej.

Prawda nie jest ani po jednej ani po drugiej stronie. U chorych na dnę objawy dusznicy mogą wystąpić pod 3 postaciami pod względem rokowania bardzo ważnemi.

1) Dna sama przez się nie wywołuje objawów prawdziwej dusznicy bolesnej, lecz wywołują ją zmiany w tętnicach, ich stwardnienie, do którego są usposobieni chorzy na dnę. W tym razie mamy do czynienia z prawdziwą dusznicą bolesną.

2) U chorych na dnę częstemi są przypadłości żołądkowe, które ze swej strony wywołać mogą objawy dusznicy bolesnej.

¹⁾ Mauriac. *Traite de la syphilis tertiaere*. Paris 1889.

²⁾ Vulpian. *Revue de medicine*. 1885 str. 60.

³⁾ Landoury. *Progres medical*. 1883.

⁴⁾ Berbez. *Progres medical*. 1887 str. 26.

⁵⁾ Leyden. *Zeitschrift für klinischen Med*. 1887.

⁶⁾ Groedel. *L'angine de poitrine des ataxiques* (*Deutsch. Med. Woch.* 1886 N. 20).

⁷⁾ Berger i Rosenbach. *Ueber die Coincidenz von Tabes dorsalis und Insufficienz der Aortenklappen* (*Berl. klin. Wochensch.* 1879 N. 27).

Grassel *Ataxie locomot. et lesions cardiaques* (*Montp. med.* 1880 N. 6).

Letulle. *Notes sur l'existence des lesions cardiaques dans l'ataxie locomotrice*. *Gazet. med. de Paris* 1880 N. 39 i 40.

3) Nakoniec choroby na dnę często cierpią na różnego rodzaju przypadłości nerwowe, szczególnie na nerwobóle, które też dotyczyć mogą nerwów serca. Rozróżnienie 3 powyższych odmian duszniczy bolesnej u chorych na dnę, z których pierwsza jest prawdziwą, dwie ostatnie fałszywą dusznicą bolesną, jest pod względem rokowania bardzo ważnem; podczas bowiem gdy przy pierwszej odmianie obawiać się należy śmiertelnego zejścia, przy dwóch drugich odmianach zejście zawsze bywa pomyślnem.

j) To samo powiedzieć można o goście, przy którym objawy stenokardii zależą od zmian w narządzie tętniczym lub też być wywołanemi przez przypadłości żołądkowe lub nerwobóle w zakresie nerwów serca.

k) To samo powiedzieć można o objawach duszniczy bolesnej wnikających cukrzyce, zakażenie błotne, otrucie tytoniem, ołowiem i wysokiem. Między wszystkimi temi przyczynami, a dusznicą bolesną zawsze znajdziemy przyczynę pośrednią, którą jest zapalenie i stwardnienie tętnic. Lecz umiejscowienie tych stwardnień tętniczych nie przy wszystkich powyższych stanach chorobowych jest jednakowem i dlatego dusznica bolesna częstszą jest u chorych na dnę i przewlekłe otrucie tytoniem, ponieważ przy tych stanach chorobowych częściej cierpieniu ulegają tętnice serca, rzadszą u chorych na przymiot, otrucie wysokokowe, ołowiane, przy których to stanach chorobowych częściej dotkniętymi są inne tętnice ciała, jak płucne przy otruciu wysokokowem, mózgowie przy przymocie, nerkowe przy otruciu ołowiem.

B) Przyczyny wywołujące. Napad prawdziwej duszniczy bolesnej nigdy prawie nie powstaje samodzielnie, lecz prawie zawsze zostaje wywołanym (*provoquée*); powstaje on pod wpływem jakiegokolwiek wysiłku i znika przy spokoju. Każda też czynność ustroju wymagająca zwiększonej pracy może być przyczyną wywołującą napad prawdziwej duszniczy bolesnej. Chodzenie przeciw wiatrowi, pod górę, po schodach, rozbieranie i ubieranie się, żywsza rozmowa, wysiłek przy oddawaniu stolca i w ogóle każdy wysiłek fizyczny i czynny ruch jest w stanie wywołać napad prawdziwej duszniczy bolesnej. Napady prawdziwej duszniczy bolesnej mogą być jeszcze wywołane przez wpływy psychiczne wesołe lub smutne, a zatem przez przyczyny które zmuszają serce do większej pracy wywołując mocniejsze uderzenia serca (*palpitations*),

I czynność trawienia u chorych nie przedstawiających żadnych przypadłości żołądkowych i nie popełniających błędów dyetetycznych może stać się przyczyną wywołującą napad duszniczy bolesnej. Szczególnie uczy wieczorne często wywołują napady; napad występuje bezpośrednio po lub nawet podczas uczy pod wpływem samego przyjmowania pokarmów lub też podczas pracy trawienia w pół godziny po przyjęciu pokarmu. Napady prawdziwej duszniczy bolesnej mogą jeszcze pojawić się podczas spokoju i mieć pozór napadów samodzielnych, gdy w rzeczy samej są one wywołane. Nie należy bowiem zapominać, że wszystkie momenty które sprowadzają zwiększone napięcie w tętnicach i w ten sposób zwiększają pracę serca, są zarazem przyczynami wywołującymi napad duszniczy bolesnej.

Przy położeniu poziomem ciała napięcie w tętnicach jest większem aniżeli przy innych: objaśnia to nam w części częstość napadów duszniczy bolesnej w nocy. Podczas miesiączkowania i w okresie ustania czyszczeń miesięcznych u kobiet napięcie w tętnicach bywa zwiększonem; to też i przy tych stanach często przytrafiają się napady *stenokardii*. Znaną też jest częstość napadów w 5 i 6 miesiącu ciąży u kobiet cierpiących na serce; tu zwiększone napięcie krwi w tętnicach jest następstwem zwiększonej masy krwi. Podczas pracy porodowej często mają miejsce napady prawdziwej duszniczy bolesnej, co się daje łatwo objaśnić wysiłkiem fizycznym.

II. Przebieg, ilość napadów i trwanie napadów jest bardzo różnem i zależnem od przebiegu i trwania cierpienia będącego przy-

czyną napadów. Chory może umrzeć nagle przy pierwszym napadzie przy objawach synkopalnych bez bólu i wtedy odnozą nagłą śmierć do pęknięcia tętniaka lub udaru mózgowego, przy których to cierpieniach śmierć zwykle następuje szybko, rzadko jednak nagle. Niektórzy chorzy miewają napady rzadko; przerwa między napadami wynosić może kilka miesięcy; u innych napady są częstsze, coraz silniejsze i powstają pod wpływem mało znaczącej przyczyny, najmniejszego wysiłku.

Trwanie napadów jest różnem, od kilku sekund do kilku minut; mogą one jednak trwać kwadrans, pół godziny; nocne napady trwają niekiedy godzinę i dwie. Zdarzają się przypadki, w których napady trwały kilka dni; autor sam widział kilka takich przypadków. Zejście prawdziwej duszniczej bolesnej pozostawionej samej sobie jest prawie zawsze śmiertelnem; śmierć następuje najczęściej nagle; chorzy padają jakby piorunem rażeni nie wymówiwszy słowa (*sans phrase*), inni chwytają się za serce i umierają z krzykiem; innych znajdują nieżywych w łóżku.

Nie zawsze jednak śmierć jest nagłą; może ona nastąpić szybko wskutek wielu powtarzających się napadów przy objawach bądźto synkopalnych, bądźto asfitycznych, bądź jednych i drugich. Spostrzega się również śmierć powolną przy objawach assystolicznych. Skutkiem stwardnienia tętnic mięśnia serca zostaje niedostatecznie odżywiany, następują w jego włóknach zmiany troficzne, a następstwem tego jest osłabienie jego czynności, rozszerzenie jego jam. Najczęściej jednak nie mamy zwykłych objawów assystolicznych jak obrzęków, zastojów, lecz uderzenia serca stają się coraz słabszymi, tętno niewyraźnem; przy wysłuchiwaniu stwierdzić wtedy można rytm płodowy uderzeń serca (*embryocardia rythme foetale*); śmierć więc następuje skutkiem coraz się wzmagającego osłabienia mięśnia sercowego lub porażenia.

W innych przypadkach śmierć następuje skutkiem cierpienia do duszniczej bolesnej się dołączającego (*affection intercurrente*) a będącego też następstwem stwardnienia tętnic w innych narządach. I tak niektórzy umierają nagle lub szybko skutkiem krwotoku lub zatoru mózgowego, inni po dłuższem trwaniu zapalenia nerek lub też skutkiem zgorzeli starej i t. p. Błędem byłoby jednak pojęcie, jakoby wszyscy chorzy na dusznicę bolesną byli skazani na niechybną śmierć; wyleczenie samodzielne choć rzadko zdarza się jednak, a jest ono prawie stałem zjawiskiem, gdy chorzy cierpiący na dusznicę bolesną są poddani racjonalnemu leczeniu opartemu na przyrodzie cierpienia.

Przyroda (*pathogenesis*) cierpienia. Od czasu jak Rougnon i Heberden w r. 1768 zwrócili pierwsi uwagę na dusznicę bolesną aż do naszych czasów liczne teorie dotyczące się przyrody cierpienia dzieliły uczonych.

1. Teorya skurczu serca w przeciwstawieniu do porażenia serca.
2. Teorya zmian w nerwach w przeciwstawieniu do zmian w mięśniu serca. I inne liczniejsze jeszcze teorie były przez różnych autorów stwarzane.

Ważniejsze z nich:

- I. Teorye płucne lub płucno-sercowe (*cardio-pulmonaire*).

- II. Teorye odnoszące dusznicę bolesną do różnych cierpień wsierdzia (*th. endocardiaque*).

- III. Teorye odnoszące dusznicę bolesną do różnych cierpień (skurcz, porażenie, stłuszczenie i t. p.) mięśnia serca (*th. myocardiaques*).

- IV. Teorye odnoszące dusznicę bolesną do różnych cierpień tętnic (wienicowych i aorty) serca (*th. cardio-arterielles*).

- V. Teorye nerwowe (nerwobóle, zapalenie nerwów, cierpienia ośrodkowe).

- VI. Teorye odnoszące dusznicę bolesną do dny, gośćca (*th. diathesiques*).

Teorya kurczu serca (*spasma cardiaque*). Pierwszy Heberden, a następnie Latham twierdzili, że przyczyną napadów prawdziwej duszniczej bolesnej i nagłej śmierci przy takowej jest kurcz serca. Twierdzenie to opie-

rał Heberden na tem, że u ludzi zmarłych na dusznicę bolesną jamy serca są próżne. W ostatnich czasach Lente ¹⁾ przyłącza się do poglądu Heberdena i Lathama i zwalcza pogląd Parry'ego, który odnosi nagłą śmierć przy dusznicy bolesnej do porażenia serca. Twierdzi on, że zwiótczenie serca, jakie się znajduje przy oględzinach pośmiertnych ludzi zmarłych na dusznicę bolesną jest objawem pośmiertnym i nie dowodzi bynajmniej, by za życia nie istniał kurcz serca. Zdaniem Lenta nie podobna sobie objaśnić bólu przy dusznicy bolesnej porażeniem serca, lecz tylko kurczem.

Huchard zwraca uwagę na to, że bólowi przypisywano i przypisują zbyt wielką rolę przy dusznicy bolesnej, jestto błąd, który od wieku popełniano, co też pociągnęło za sobą błędne leczenie. Nie ból jest źródłem niebezpieczeństwa, lecz niedokrwiistość mięśnia serca, nad czem się też niżej zastanowimy.

Co się tycze kurczu serca, ten może mieć miejsce przy dusznicy bolesnej, stwierdzają to nawet doświadczenia podjęte w ostatnich czasach, które pokazały, że zamknięcie światła tętnic wieńcowych sprowadza kurczowe ruchy mięśnia serca. Autor nawet jest przekonany, że przy większej ilości przypadków nagłej śmierci serce mniej lub więcej osłabione w ostatnich chwilach może się kurczowo ścigać. Lecz kurcz ten nie jest przyczyną, lecz skutkiem agonii. Zresztą kurcz serca nie jest wcale w sprzeczności ze stanem paretycznym mięśnia serca. Czyż bowiem nie spotykamy się z kurczem serca przy gwałtownem biciu serca towarzyszącem pewnym stanom asystolicznym, a zatem paretycznym serca. Wspomnieliśmy wyżej, że kurcz serca przy dusznicy bolesnej jest następstwem niedokrwiistości mięśnia serca spowodowanej zwężeniem lub zamknięciem światła tętnic wieńcowych. Pogląd ten stwierdzają doświadczenia fizyologiczne już dawno podjęte przez Stenсона, a powtórzone następnie przez Stanniusa i Braun-Sequarda. Doświadczenia te pokazały, że po podwiązaniu u zwierzęcia tętnicy głównej z początku zauważyć można w kończynach dolnych niższenie ciepłoty, ból, porażenie i znieczulenie; nakoniec w 2 godziny po podwiązaniu w członku porażonym mięśnie są skurczone (*rigiditas*) i jeżeli doświadczenie dłużej trwa skurczenie te pozostaje stałem.

(d. c. n.)

Wiadomości bieżące.

Zagraniczne. Wystawa przemysłowo-lekarska. Komitet VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, postanowił na posiedzeniu odbytem 26 z. m. urządzić podczas zjazdu w Lipcu b. r. wystawę sanitarną przemysłu lekarskiego i wynalazków naukowych polskich. Wystawa ta obejmie wszelkie przedmioty mające styczność z leczeniem chorych, pielęgowaniem zdrowia, z nauką medycyny i naukami przyrodniczymi w najobszerniejszym tego słowa znaczeniu, jakoteż wszelkie wynalazki naukowe polskie. Wyroby obce z wystawy są stanowczo wykluczone i tylko przedmioty w kraju przez polskich przemysłowców wykonane do tejże przypuszczone będą. Dział farmaceutyczny już obecnie zapowiada się bardzo obficie a panowie aptekarze znajdują na wystawie tyle pożądanego pole do zaprodukowania swoich wyrobów za jakie jeszcze obecnie setki tysięcy naszych pieniędzy za granicę wędruje. Komitet zwraca się z prośbą do osób posiadających prywatne zbiory przyrodnicze czy to mineralogiczne, fizyczne, botaniczne, zoologiczne, anatomiczne i wszelkie z naukami pomocniczymi medycyny związek mające aby zechciały wystawę obesłać. Również prosi Komitet zakłady naukowe posiadające szczególniejsze okazy w tym rodzaju by ich wystawie nieposkąpiły a tem samem przyczyniły się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa. Ważnym także będzie osobny dział publikacyi i wydawnictw przyrodniczych i lekarskich z ostatniego dziesiąt-

¹⁾ Lente. On the spasm of the heart as a cause of sudden death (Ann. Journ. of the med. sciences).

ku lat t. j. od 1881 r. aż do dni obecnych. Komitet prosi redakcyę pism peryodycznych i wydawnictw książkowych aby okazy swoje na wystawę nadesłały byśmy naoznie zestawili nasz dorobek naukowy. Komitet stara się o wszelkie ułatwienia transportu i zapewnia że szanowni wystawcy na żadne straty nie będą narażeni, czyni też wszystko aby koszta dla wystawców były minimalne. Dotychczas nadeszła już pokaźna ilość zgłoszeń i ta też zachęciła komitet do rozszerzenia ram wystawy jak wyżej wspomniano. Zależy bardzo Komitetowi aby zgłoszenia były jak najwcześniejsze a to celem dokładnego ułożenia i naukowego zestawienia katalogu, który powinien dawać obraz całości a przecież ułatwiać orientowanie się w nagromadzonym materiale. Komitet zamianował referentem wystawy i przewodniczącym komisyi wystawowej D-ra Michała Śliwińskiego (Mikołajska 4) do którego też zechcą się zwracać wszyscy interesowani we wszelkich sprawach dotyczących wystawy.

— Skutkiem propozycyi Hay'a, dolno-Austryjaska Sanitarna Rada krajowa (*Nieder-oesterreichischer Landes-Sanitäts-Rath*) obradowała nad tem czy nie należałoby otrzymywać limfę do szczepienia z kóz i przedewszystkiem utworzyła komisyą mającą dokładnie zbadać czy w rzeczy samej kozy są zupełnie wolne od gruźlicy.

— W Göttyndze miała miejsce d. 25 Kwietnia r. b. uroczysta inauguracya nowowzniesionej kliniki oraz Instytutu anatomo patologicznego wobec Dyrektorów prof. Ebsteina i Ortha oraz licznie zebranych gości ze wszystkich stron Niemiec przybyłych.

— Z Berlina donoszą iż wkrótce wyjdzie praca Roberta Kocha, w której odparte będą wszystkie dotąd czynione zarzuty wygłoszone przeciwko skuteczności zastrzyknięć kochiny, ze szczególnem uwzględnieniem zarzutów Virchowa. W pracy tej miał udział dr. Pfuhl, zięć Kocha.

— W miejsce ustępującego prof. Sattlera w niemieckim Uniwersytecie w Pradze, professorem okulistyki został dr. Izidor Schnabel z Grazu.

— Pięćdziesiąte dziewięte roczne zebranie angielskiego stowarzyszenia lekerskiego (*British medical Association*) odbędzie w roku bieżącym w dniach od 28 do 31 Lipca w Bournemouth pod przewodnictwem d-ra Wade z Birmingham.

— W Wheeling w Ameryce bardzo renomowany lekarz dr. John Pipes został pozwany za wykradanie trupów ze cmentarza.

— W New-Yorku pewien lekarz został zaskarżony, za to że będąc obecnym na rozprawie sądowej jako świadek odmówił sądowi objaśnienia ile żeber się znajduje w ciele ludzkim, bo go za to nie zapłacili. Sprawę przegrał.

— Owrzodzenia brodawek piersiowych u kobiet karmiących mają się doskonale następującym środkiem leczyć:

Rp. Balsami peruwiani
Tinct. Arnicae aa 2,5
Aq. Calcis 15,0
Ol. Amygd. dulc. 30,0

S. Zewnętrznie.

— Lahnstein opisuje przypadek urazowego zapalenia otrzewnej u dziecka, gdzie wymioty nie znikaly ani po zastosowaniu makowca, ani morfiny, ustąpiły natomiast po użyciu roztworu następującego:

Rp. Menthol. 1,00
Solv. in Spir. Vin. 20,00
Syr. Sacchar. 30,00

MDS Co godzinę łyżeczkę od herbaty.

Zmarli. Ś. p. KUCHARSKI Wincenty w Tulczynie na Podolu w wieku lat 80, wychowaniec Akademii Wileńskiej, który ukończył ją w r. 1837 ze srebrnym medalem. Poważany wielce przez swych pacjentów i ceniony przez kolegów zakończył żywot, jako cichy pracownik zostawiając po sobie piękne wspomnienie i czyniąc zaszczyt instytucyi która go wydała.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. GUSTAW FRITSCHE. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80

Дозволено Цензурою. Варшава 24 Апрелья 1891 г.—Друк Марыи Зіемкіевічэвой
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.