

# MEDYCYNA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**Warunki przedpłaty:** w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** Leczenie chirurgiczne wewnątrzkrtańowe gruźlicy krtani. Podał d-r Leopold Lubliner. — Przyczynki do patogeny padaczki. Podał Z. Bychowski. — WYKŁADY KLINICZNE. Przyczynki do patologii i leczenia ostrego zamknięcia światła kiszek. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 102. Plamica u dzieci w świetle najnowszych badań. 103. Dwa głosy w kwestyi tracheotomii i intubacji. 104. Przyczyny trzeciorzędnych objawów przymiotu. 105. Czy należy przewidywać łożyskowy koniec pierwszej popowiny przy porodzie bliźniętami. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Lubliner — Sur le traitement chirurgical endolaryngé de la phthisie laryngée. 2) D-r Z. Bychowski — Contribution à la pathogénie de l'épilepsie

Redaction: Dr. M. Sadowski Varsovie — R. 1e Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Lubliner — Ueber die endolaryngeale chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose. 2) D-r Z. Bychowski — Beitrag zur Pathogenese der Epilepsie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## LECZENIE CHIRURGICZNE WEWNĄTRZKRTAŃOWE GRUŹLICY KRTANI.

Podał

D-r Leopold Lubliner

Ordynator Oddziału laryngologicznego w Szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

Odczytane na IX-tym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Szanowni Panowie!

Wskazania do wyłącznego stosowania środków lekarskich w gruźlicy krtani kończą się właściwie w chwili, gdyśmy się przekonali, że sprawa gruźlicza w krtani jest tego natężenia, że nie da się skutecznie zwalczyć na drodze terapeutycznej, t. j. za pomocą pendzlowań, wcierań, rozpylań, wlewań i wdechań owych środków.

Wszyscy wiemy o istnieniu całego szeregu spraw gruźliczych w krtani, wymagających już energiczniejszych zabiegów, niż wyż wspomniane, jako to: usuwania nasięzków za pomocą ostrych łyżeczek, kleszczy krających (kiuret podwójnych) żegadła i pętli galwanokaustycznej i wreszcie za pomocą elektrolizy.



Leczenie chirurgiczne wewnątrzkrtańowe gruźlicy krtani było wielokrotnie roztrząsane na zjazdach międzynarodowych i specjalnie laryngologicznych i, dzięki niestrudzonym pracom pierwszych rzeczników tej sprawy: HERYNG'a, KRAUSE'go i M. SCHMIDT'a oraz dzięki pracom całego szeregu dobrze nam znanych kolegów specjalistów, uzyskało ono prawo obywatelstwa i stało się nieodzownym środkiem pomocniczym w leczeniu suchot krtani.

Sledząc od samego początku (od roku 1887) bieg sprawy leczenia chirurgicznego, zwrócić muszę przedewszystkiem uwagę na ten fakt, że narzędzia, któremi operujemy, (kiureta HERYNGA, podwójna kiureta KRAUSE'go, rucho- ma kiureta podwójna LANDGRAF'a i wreszcie GOUGENHEIM'a *emporte pièce*), wszystkie razem nie odpowiadają w zupełności ideałowi, do którego zmierzamy, a mianowicie do doszczętnego usunięcia gruźlicą dotkniętych i zwyrodniałych tkanek. Pojedynczą kiuretą możemy działać w okolicy ściany tylnej krtani (*pars interarytaenoidea*), we wszystkich innych okolicach krtani podwójne kiurety prędzej i skuteczniej prowadzą do celu. Ograniczone nasięki i guzy gruźlicze znakomicie usuwać można za pomocą pętli galwanokaustycznej. W ostatnich czasach posiłkowałem się pętlą galwanokaustyczną przy nasiękach tylnej ściany i chrząstek nalewkowych z wybornym wynikiem. Wyjmowane były przeze mnie w ten sposób infiltraty tak duże, jakich żadne kleszcze, żadna kiureta podwójna nie byłyby w stanie objąć. W każdym niemal przypadku metody skombinowane (kiurety, galwanokaustyka) oddają duże usługi w sprawie doszczętnego niszczenia wielkich nasięków i zło-gów gruźliczych (SOKOŁOWSKI, SREBRNY).

Najlepsze wyniki leczenia chirurgicznego wewnątrzkrtańowego uzyska-no przy infiltratach ograniczonych i przy guzach gruźliczych, lecz im sprawa nasiękowa większą zajmuje przestrzeń, i im głębiej w tkanki drążą nasięki, tem mniej dokładne są wyniki naszych zabiegów, tem mniej dokładne jest ro-kowanie.

Pierwszorządne i nieraz decydujące znaczenie dla naszych starań około wyleczenia sprawy gruźliczej w krtani ma stan płuc danego chorego, i wogó-le przy daleko posuniętych suchotach płucnych (obszerne zniszczenia tkanki płucnej, stan gorączkowy, upadek sił — *heavis*) mamy wszystkie przeciwwska-zania do zabiegów chirurgicznych wewnątrzkrtańowych.

Miejscowe przeciwwskazania do traktowania chirurgicznego mamy przy istniejącem znacznem zwężeniu głośni, powstałem wskutek infiltratów tylnej ściany, chrząstek, strun prawdziwych i fałszywych.

Na mocy własnych spostrzeżeń kiuretowanie nasięków nagłośni przy istniejących infiltratach tylnej ściany i chrząstek nalewkowych uważam za przeciwwskazane. (Przypadki, w których głośnia nie zamyka się szczelnie).

W każdym przypadku, w którym mamy wskazania do leczenia chirurgi-cznego, dążymy do tego, aby możliwie doszczętnie usunąć te części, które są gruźliczo zwyrodniałe. Nieraz, zwłaszcza w sprawach ograniczonych, udaje się na jednym posiedzeniu dokładnie wyjąć infiltrat, lecz w większości przy-padków operację należy kilkakrotnie powtarzać, nim uzyskamy zupełne za-bliźnienie. Leczenie wogóle trwa czas dłuższy, recydywy bowiem w gruźlicy krtani są niezmiernie częste.

Usuwanie nasięków gruźliczych za pomocą ostrych narzędzi ma tę prze-wagę nad innymi metodami, że daje względnie nieznaczny odczyn zapalny, groźnych obrzęków krtani po tych operacjach nie widziałem ani razu, ró-wnież ani razu po operacjach tych nie widziałem potrzeby wykonania tra-



cheotomii następczej, którą straszono nas w pierwszych okresach sprawy leczenia chirurgicznego suchot krtaniowych.

SCHECH w ostatniej pracy swojej (w podręczniku HEYMANN'a) radzi przygotowanym być do tracheotomii, jeżeli operować mamy chorego ze znacznym zwężeniem i dusznością. Mojem zdaniem, w takich przypadkach, jeżeli mamy istotnie dokładnie usunąć infiltraty, należy naprzód wykonać wstępną tracheotomię, a w następstwie dopiero rozpocząć leczenie chirurgiczne wewnątrzkrtańowe.

Również po zabiegach galwanokaustycznych nie spostrzegalem wybitnej reakcyi zapalnej, sprawa gojenia się po galwanokaustyce trwa tylko nieco dłużej.

Ból przy połykaniu przy chirurgicznym leczeniu zazwyczaj ma miejsce w przeciągu kilku dni (do 4—5 dnia). Zauważyłem, że silny ból, nieraz występujący po operacjach, jest w znacznej mierze zależny od dokładności narzędzi. Jeśli kiurety są dobrze wyostrzone, kleszcze dokładnie się zamykają, ból po operacji jest nieznaczny i wogóle szybko znika. W przeciwnym razie narzędzie szarpie tkankę zamiast gładko wycinać nasięki, wrywa masy przerostowe, co głównie powoduje długotrwały ból pooperacyjny i zarazem trudności podczas samej operacji. Rzecz ta niejednego laryngologa niechęciła do dalszego stosowania zabiegów chirurgicznych w gruźlicy krtani. Należy przeto zawsze przed operacją upewnić się o dokładnem działaniu narzędzi.

Galwanokaustyka ma tę niedogodność, że nieraz strup po przypaleniu trzyma się w krtani czas dłuższy, drażniąc i wywołując obecnością swoją kaszel i ból przy połykaniu.

Co się tyczy krwawienia po stosowaniu narzędzi ostrych, są one wogóle nieznaczne i bez specjalnych zabiegów zazwyczaj szybko po operacji ustają. Krwotok zatrważający po operacji widziałem dwukrotnie, w przypadkach tych były odcięte razem z nasiękiem części chrząstek nalewkowych. Przypadki te obserwowałem w latach 1891 i 1892.

W ostatnich czasach tego rodzaju infiltraty najchętniej usuwałem za pomocą pętli galwanokaustycznej.

Krwotok po użyciu kiurety LANDGRAF'a (infiltrat struny fałszywej) miałem raz jeden, i w przypadku tym z zejściem śmiertelnem krwotok był zależny od przecięcia nienormalnie przebiegającej tętniczki.

W sprawie znieczulania krtani przed operacją przekonałem się na dużej liczbie chorych, że najlepsze wyniki daje rozpylanie roztworów 5%—10% kokainy. Ilekroć posiłkowałem się tym sposobem znieczulania, chorzy lepiej znosili operację, pendzlowania bowiem w celu wywołania zupełnego znieczulenia są nieraz przykrzejsze dla chorych, niż sama operacja. Ilość zużytej kokainy dla wywołania znieczulenia za pomocą pulweryzatora jest bardzo mała (zaledwie pół grama) w porównaniu z temi ilościami, które zużywano nieraz, pendzlując krtani (do 2 granów 20% roztworu). Przy odchrząkiwaniu rozpylonego roztworu kokainy chory jednocześnie znieczula sobie gardziel, podniebienie i łuki podniebienne, co również ma znaczenie podczas operacji, gdyż znosi odruchy i ułatwia trzymanie lusterka krtaniowego.

W ostatnich latach stale unikam stosowania pendzlowań antyseptycznych (pyoktanią, malachit gruen'em i t. d.) po operacjach, przekonałem się bowiem, że wdechanie płynów antyseptycznych (*acid. carbol.* 1%—2%) z dodatkiem niwielkim kokainy bardzo prędko, już po 5—7 dniach, doprowadza



ranę pooperacyjną do gojenia się, a unikam przez to postępowanie drażnienia rany pendzlowaniami, nieraz bardzo bolesnymi.

Jak już zaznaczyłem, zabiegi nasze celem doszczętnego usunięcia nasięków gruźliczych rzadko tylko ograniczyć się mogą do jednokrotnego kiuretowania. Najczęściej rękoczyn należy kilkakrotnie powtarzać, nim wszystkie nasięki zostaną usunięte. Należy trzymać się zasady, żeby nie wcześniej przystępować do operacji powtórnej, aż w zupełności znikną objawy zapalne zależne od poprzedniej operacji. Wogóle objawy zapalne po operacji znikają 5—8 dnia, i wtedy pozostałe nasięki gruźlicze można łatwo rozpoznać. W tych jednak przypadkach, gdzie już od początku mamy do czynienia z obrzękiem chrząstek nalewkowych, zależnym od zapalenia gruźliczego ochrzęstny, do leczenia chirurgicznego przystępujemy, nie kusząc się wcale uprzednio zwalczyć tego rodzaju obrzęk innymi sposobami, gdyż zazwyczaj nie prowadzą one do pożądanego celu. Są to przypadki cięższe w przebiegu swym, połączone zazwyczaj z silnym bólem i trudnością w połykaniu, i w których leczenie chirurgiczne daje względnie najlepsze wyniki.

W kwestyi elektrolitycznego niszczenia i usuwania nasięków gruźliczych krtani wszyscy lekarze specjaliści, którzy posilkowali się tą metodą, nie osiągnęli żadnych rezultatów, któreby zachęcić mogły do dalszych w tym kierunku prób.

Wskazania do leczenia chirurgicznego i rokowanie co do wyników tego leczenia idą w następującym porządku:

- 1) guzy gruźlicze strun prawdziwych,
- 2) guzy gruźlicze i ograniczone nasięki tylnej ściany krtani.
- 3) guzy gruźlicze nagłośni i z zatok MORGAGNI'ego wychodzące,
- 4) nasięki gruźlicze więzów bocznych i chrząstek nalewkowych,
- 5) nacieczenia strun prawdziwych i tylnej ściany,
- 6) nacieczenia strun rzekomych,
- 7) rozlane nacieczenia nagłośni.

Zwykle nacieczenia gruźlicze w krtani zajmują kilka okolic jednocześnie, i w ogóle im więcej części błony śluzowej krtani dotkniętych jest cierpieniem, tem mniejsze mamy widoki uzyskania wyleczenia, stosując metody wewnątrz-krtaniowe, a przy istniejącem wskutek infiltratów zwężeniu głośni leczenie chirurgiczne wewnątrz-krtaniowe ustąpić winno miejsca metodom zewnątrz-krtaniowym — tracheotomii, laryngofisurze i t. d.

Ścisłych do leczenia chirurgicznego wskazań i w obecnej dobie stawiać nie możemy, jak to jeszcze na rzymskim zjeździe międzynarodowym trafnie określił prof. GLUZIŃSKI, twierdząc, że — „jak nie możemy dokładnej zrobić prognozy w suchotach płucnych, tak nie możemy dać wyraźnych wskazań do chirurgicznego leczenia suchot krtani“. Słowa te najzupełniej sprawdzają się w praktyce. Widziałem chorych z ciężką postacią suchot krtaniowych (np. d-r SZCZASNY, operowany przez HERYNGA), wyleczonych dzięki zabiegom chirurgicznym wewnątrz-krtaniowym, ale mogę również przytoczyć przypadki, w których względnie lekkie postaci suchot krtani po leczeniu chirurgicznym miały zejście niepomysłne. Czem się to tak dzieje, obecnie nie jesteśmy w stanie dać kategorycznej odpowiedzi, i nie sądzę, aby kwestya ta mogła być w bliskiej przyszłości rozstrzygnięta. Dopiero wówczas, gdy nagromadzimy w sprawie tej olbrzymi materiał, gdy spostrzeżenia nasze będą przez dłuższy przeciąg czasu po operacjach kontrolowane, gdy każdy przypadek niepomysłnie zakończony będzie objaśniony badaniem pośmiertnem



i anatomo-patologicznem, gdy udoskonalimy metody usuwania nasięków gruźliczych, wreszcie, gdy uzdrowiska dla suchotników będą nam dzielnie pomagały w leczeniu zasadniczej sprawy gruźlicy płuc, wtedy wskazania do leczenia chirurgicznego będą dokładne, a wyniki bez porównania, lepsze, niż obecnie.

Od lekarzy, którzy sprawą urządzania uzdrowisk dla suchotników tak szczerze się zajmują, niech mi wolno będzie żądać, aby każde uzdrowisko miało specjalny oddział dla chorych, dotkniętych gruźlicą krtani, i aby oddziałem tym kierował lekarz, dokładnie obeznany z techniką operacyjną suchot krtaniowych.

Jeżeli w urządzaniu sanatoryjów dla suchotników myśl moja znajdzie zastosowanie, możemy być pewni, że olbrzymia odsetka ciężkich postaci suchot krtaniowych, jakie widzimy w naszych oddziałach szpitalnych, zmaleje bardzo znacznie, i w ogóle leczenie suchot krtaniowych wejdzie na właściwe tory, a odsetka wyleczonych znacznie się powiększy.

Wszystkich spostrzeżeń, odnotowanych w literaturze, zebrać można zaledwie pół tysiąca (ściślej liczby podać nie jestem w stanie), i w znacznej większości tych przypadków o dalszych losach chorych nic nie wiemy. Wysnuwanie przeto z takich spostrzeżeń wniosków ostatecznych o leczeniu chirurgicznym suchot krtaniowych nie doprowadziłoby nas do niczego. Jedyne w spostrzeżeniach HERYNGA mamy o większości chorych dalsze wiadomości. Osobiście leczyłem dotychczas chirurgicznie gruźlicze sprawy w krtani (jako asystent oddziału laryngologicznego w szpitalu św. Rocha, (w praktyce prywatnej i w oddziale moim w szpitalu Starozakonnych) ogółem u 92 chorych, z których w pięciu przypadkach uzyskałem wyleczenie, trwające więcej niż 4 lata, w 30 przypadkach znaczną poprawę, trwającą więcej, niż rok, a u pozostałych (57) chorych tylko chwilowe polepszenie.

Wspominam tu o wszystkich przypadkach i bardzo ciężkich postaciach i lżejszych, w których leczenie chirurgiczne wewnątrzkrtańowe było przeze mnie wykonane. Kilkakrotnie przekonałem się, że i w cięższych przypadkach wielokrotne usuwanie nasięków doprowadzić może do znacznej poprawy. A więc nie traćmy nadziei, że mozolną pracą i cierpliwem leczeniem uda nam się tą drogą, jeśli nie zawsze, to jednak częściej, niż dotychczas ma to miejsce, pokonywać tak straszego wroga, jakim jest gruźlica krtani we wszystkich jej postaciach.

---

## Przyczynek do patogenezy padaczki.

Podał

**Z. BYCHOWSKI.**

lekarz ambul. w szpitalu na Pradze (Warszawa).

---

Wobec tego, że na ostatnim Zjeździe w Krakowie kwestya padaczki była obszernie omawiana, pozwalam sobie ogłosić niżej opisany przypadek, rzucający pewne światło na dotychczas jeszcze tak ciemną patogenezę tego cierpienia.

4 III. 99. zgłosił się do mnie 28-letni p. S. z Grodna. Dwa lata temu chory wśród kwitającego zdrowia dostał nagle silnego zawrotu głowy i, stra-



ciwszy zupełnie przytomność; upadł. W takim stanie leżał 30—40 minut. Drgawek, jak zapewniało otoczenie, nie było. Po 8 miesiącach drugi taki napad, który jednakże trwał dłużej, po 4 miesiącach 3 napad, razem dotychczas było 5—6 napadów. Ostatnie trwały znacznie dłużej, niż pierwsze, i były daleko cięższe. Przedostatni miał miejsce na ulicy. Ostatni napad trwał parę godzin, chory kilka razy wracał do przytomności ale znowu ją tracił i oddał mocz pod siebie. Chory przeczuwa przybliżenie się napadu, „ciemnieje mu w oczach, głowa się zaczyna kręcić, aż nareszcie pada“. O napadzie zaś dowiaduje się dopiero od otoczenia. Ale po napadzie jest cały dzień nadzwyczaj zmęczony i przybity. Drgawek podobno podczas żadnego napadu nie spostrzeżono. Nigdy przedtem nie chorował. Od kilku lat cierpi na uporczywe obstrukcye i częste bóle głowy, od dwóch lat bywają napady duszności, zwłaszcza podczas dłuższego chodzenia. 8 lat żonaty. Ma troje zdrowych dzieci. Żona nie ronila. Zakażenie przymiotowe z całą stanowczością neguje. Napojów wysokowych używa w umiarkowanej ilości. Rodzice żyją, zdrowi, w bliższym rodzeństwie żadnych chorób nerwowych nie było.

Dobrze zbudowany i wybornie odżywiany mężczyzna, bez jakichkolwiek oznak zwyrodnienia. Stan psychiczny zupełnie normalny. *Conjunctivitis et blepharitis chronica*. Dokładne badanie żadnych zmian ani ze strony nerwów czaszkowych, ani jakichkolwiek bądź innych zaburzeń nerwowych nie wykazuje. Żrenice jednakowe, średniej wielkości, reagują szybko. Odruchy kolonowe jednakowe, umiarkowane. W płucach trochę świstów. Drugi aortalny ton może zbyt mocno akcento wany. Tętno 80 równe, jednakowe, dosyć silnie napięte. Brzuch względnie duży, wzdęty. Mocz bez białka i cukru.

Jakkolwiek drgawek według zapewnienia otoczenia nie było <sup>1)</sup> nie ulega, zdaje się, kwestyi, że były to napady padaczkowe (aura, utrata przytomności, padanie, nieświadome oddawanie moczu, ponapadowe wyczerpanie), coraz częściej się powtarzające i przyjmujące coraz groźniejszy charakter. A wobec braku jakichkolwiek bądź obiektywnych czynników, które mogłyby te napady wywołać, trzeba było padaczkę swoistą rozpoznać, która i w tym wszak wieku, co nasz chory, zjawić się może. Szczegółowe jednak wywiady o trybie życia i zajęciu chorego odsłoniły w pewnym stopniu rąbek tajemniczej zasłony z tego przypadku i zupełnie w innym świetle go przedstawiły.

Chory od kilkunastu lat pracuje w dużej fabryce tytoniu. Zajmuje się on przyrządzaniem niektórych, zwłaszcza tanich gatunków tytoniu. Manipulacya ta polega na tem, że chory w małym, szczelnie zamkniętym i żadnej wentylacyi nie posiadającym pokoiku przyrządza, po części gotuje w kotle nad ogniem surowe liście tytoniowe, dodając różne preparaty chemiczne. Główny cel tej manipulacyi, zwanej w technice bejcowaniem, jest usunięcie z liści części zawartej w nich nikotyny i nadanie tytoniowi pewnego aromatu. Cały pokoiik przepelniony bywa podczas roboty wyziewami mocno gryzącymi, tak że dla ochrony oczu chory wtedy nosi konserwy (pomimo tego *conjunctivitis!*). W takiej atmosferze chory przebywa codziennie 6—8 i więcej godzin, co kilkanaście minut wachając, a poczęści nawet i kosztując gotującą się masę. Spo-

1) Ja osobiście nikogo z obecnych przy napadach nie widziałem, więc twierdzić napewno, że nie było drgawek, nie można. Zdarzało mi się bowiem nie raz, że otoczenie z początku nie wspominało o drgawkach, a dopiero dokładne wywiady wykazywały obecność podczas napadów krótkotrwałych drgawek w twarzy albo w tej lub owej kończynie.



sób przyrządzenia tytoniu jest osobistą tajemnicą chorego, a wobec dużych zysków, jakie mu ten proceder przynosi (6—7 tys. rub. rocznie), chory, obawiając się podpatrzenia i zdrady, nikogo absolutnie do swego pokoju nie wpuszcza i wciąż tam przy zamkniętych oknach i drzwiach przebywa.

Dowiedziawszy się o tych, bądź co bądź, wyjątkowych okolicznościach i przyjąwszy na uwagę silny wpływ tytoniu na ośrodkowy układ nerwowy (patrz niżej), nie mogłem nie przypuścić istnienia jakiegoś głębszego przyczynowego związku między zajęciem chorego i jego napadami, tembardziej, że w taki sposób otwierała się droga dla racjonalnego, bo profilaktycznego leczenia. To też choremu przypuszczenie swoje zakomunikowałem i na grożące mu niebezpieczeństwo energicznie wskazałem. Zaproponowałem więc przenieść pracownię do większego, w dobrą wentylacją zaopatrzonego pokoju. Pokój ten kazałem aż do sufitu sięgającą ścianą przegrodzić i tylko małe okienko w niej zostawić. Oprócz tego kazałem choremu bezwarunkowo przyjąć sobie jednego lub dwóch pomocników. Bejcowanie ma się odbywać pod okiem pomocnika w jednej połowie pracowni, a w drugiej połowie ma przebywać chory, któremu od czasu do czasu przez okienko będą podawali próbki preparowanego tytoniu. Słowem, szło mi o to, żeby, nie pozbawiając chorego zarobku, odosobnić go prawie zupełnie od wydzielających się podczas bejcowania szkodliwych wyziewów. Zaleciłem jednocześnie częste przebywanie na powietrzu i lekkie środki przeczyszczające.

I rzeczywiście dalszy przebieg dowiódł zupełnej słuszności mego przypuszczenia.

29. VIII 99. chory się znowu zgłosił do mnie nadzwyczaj wdzięczny za udzieloną mu radę i przestrozę. Urządził się zupełnie według wyżej wspomnianych wskazówek i od tego czasu czuje się zupełnie innym, „świeższym i młodszym“. Napadu nie było. Zaparcia stolca nie ma. Czasami jeszcze napady duszności. Chorego od tego czasu widziałem jeszcze parę razy<sup>2)</sup>. Czuje się znakomicie. Ani zawrotu, ani bólu głowy niema. Duszność znacznie mniejsza.

W streszczeniu przypadek nasz przedstawia się, jak następuje: 28-letni, osobiście i dziedzicznie nie obarczony mężczyzna, przebywający od kilkunastu lat 6—8 godzin dziennie w atmosferze, przesiąkniętej tytoniem, zostaje dotknięty napadem natury padaczkowej. Napady coraz częściej się powtarzają i coraz dłużej trwają. Przy zupełnym zaś odosobnieniu od wydzielających się podczas bejcowania wyziewów, bez wszelkiego specjalnego leczenia napady od 1 $\frac{1}{2}$  roku nie wracają.

Ma się rozumieć, że nie każde *post hoc* jest *propter hoc*, trzeba więc nieco bliżej się zastanowić, o ile liście tytoniowe wogóle mogą spowodować napady padaczkowe, i czy ten przyczynowy związek rzeczywiście istniał w naszym przypadku.

Nie tu miejsce na przegląd obszernej literatury o fizyologicznym i toksykologicznym znaczeniu tytoniu i głównego jego alkaloidu nikotyny<sup>3)</sup>. Pomijając niektóre sprzeczności autorów co do składu chemicznego dymu

<sup>2)</sup> Ostatnią wiadomość otrzymałem od niego kilka dni temu.

<sup>3)</sup> Por. obszerną pracę ŻULIŃSKIEGO „O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy“. Przegląd lekarski. 1884.



tytoniowego <sup>4)</sup>), musimy przedewszystkiem stwierdzić, że i klinicznie i doświadczalnie silny wpływ nikotyny i dymu tytoniowego na ośrodkowy narząd nerwowy oddawna został stwierdzony. Bardzo szczegółowe badania w tym kierunku przeprowadził SZCZERBAK <sup>5)</sup>). Badał on pobudliwość kory mózgowej u psów, którym poprzednio wstrzykiwał nikotyne, albo które zmuszał za pomocą dowcipnego przyrządu do palenia papierosów, i przekonał się, że pobudliwość ta jest znacznie powiększona, tak że słabe prądy faradyczne, które na normalną korę żadnego wpływu nie wywierają, już wystarczały do wywoływania silnych drgawek. Klinicznie SZCZERBAK u psów swoich spostrzegał z początku ogólne podniecenie, niepokój i nierzadko drgawki. W końcu zaś występowało przygnębienie i przytępienie.

Zresztą i patologia człowieka obfituje w dane, świadczące o silnym wpływie tytoniu na narząd nerwowy. Wspomnę przedewszystkiem znane oddawna tytoniowe zaburzenia wzroku (*scotomata, amblyopiae*), będące wszystkie, jak słusznie dowodzi FILEHNE <sup>6)</sup>) (autoobserwacya), pochodzenia ośrodkowego. U starszych zwłaszcza autorów <sup>7)</sup>) znajdujemy także szczegółowe opisy najrozmaitszych zaburzeń nerwowych <sup>8)</sup>) przy używaniu *resp.* nadużywaniu tytoniu. Co zaś się tyczy padaczki, to posiadamy, niestety, bardzo skąpe dane. W obszernych monografiach NOTHNAGEL'a <sup>9)</sup>), BINSWANGER'a <sup>10)</sup>) a także najnowszej toksykologii JAKSCH'a <sup>11)</sup>) nikotyne w etiologii padaczki wcale nie figuruje. Tylko u FERÉ <sup>12)</sup>) znajdujemy króciutką wzmiankę, że używanie tytoniu gra, może być, pewną rolę w powstawaniu padaczki. Takie lekceważenie, że tak powiem, ze strony zwłaszcza niemieckich autorów tytoniu w patogenezie padaczki tem bardziej jest niesłuszne, że w literaturze istnieje jednakże kilka przypadków, gdzie związek przyczynowy między tytoniem a padaczką był zupełnie widoczny.

Tak w przypadku DUBOY'a (cyt. u SZCZERBAKA) u 28-letniej kobiety, która cały dzień przebywała w małym dusznym sklepiku, przepelnionym tytoniem, wystąpiły napady padaczkowe. Po zupełnem opuszczeniu sklepu napady nie wracały. CHARLES HASTING widział 12-letniego chłopca, który po silnem nadużyciu tytoniu dotknięty został napadami padaczkowymi. Od chwili jak przestał palić, napady się nie powtarzały (cyt. według SZCZERBAKA).

---

<sup>4)</sup> VOHL i EULENBURG przypuszczali, że podczas palenia tytoniu nikotyne się rozkłada, dym więc nikotyny nie zawiera, a trujące swoje właściwości ma zawdzięczać powstającym przytem ciałom pyrydynowym. Późniejsze jednak badania HEUBL'a, ŻULIŃSKI'ego, VAS'a, SZCZERBAKA i innych wykazały obecność znacznej względnie ilości nikotyny w dymie tytoniowym. Podczas bejcowania łąlatnia się dużo nikotyny (ŻULIŃSKI).

<sup>5)</sup> K woprosu o wlianii nikotina i kurenia tabaku na nerwnyje centry. Wraez. 1887.

<sup>6)</sup> Entstehungsart des Lichtstaubes, Archiv für Ophtalmologie 1885. Por. także opis ciekawej epizootycznej ślepoty u koni w Australii wskutek domieszki do paszy liści zawierających nikotyne Nicotiana suaveolens u Husemanna. Zur Tabaksamaurose. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1894.

<sup>7)</sup> Por. między innemi DORNBLUTH. Die chronische Tabakvergiftung. Lipsk. 1877.

<sup>8)</sup> Literaturę por. u SZCZERBAKA l. c.

<sup>9)</sup> Epilepsie w dużym podręczniku ZIEMSEN'a. 1877 r.

<sup>10)</sup> Epilepsie in Specielle Pathologie und Therapie NOTHNAGEL'a 1890 r.

<sup>11)</sup> Die Vergiftungen w temże wydawnictwie NOTHNAGEL'a.

<sup>12)</sup> Les Epilepsies et les Epileptiques. Odnośny ustęp na str. 290 brzmi: Le tabagisme peut être jouer le rôle de cause déterminante, car Hansfield Jones cite un cas de Martin ou la guérison suivit l'abstinence du tabac. Ehrhardt a cité un cas semblable.



Z punktu widzenia ogólnopatologicznego taka padaczka pochodzenia tytoniowego czyli nikotynowego nic nadzwyczajnego, ma się rozumieć, nie przedstawia. Bo inne trucizny, jak wyskok, ołów<sup>13)</sup>, oddawna już odgrywają wielką rolę w etiologii padaczki. VAS<sup>14)</sup>, który znajdował wybitne zmiany (metodą Nissl'a) w dużych komórkach przednich rogów u królików i psów, zostających pod wpływem nikotyny (w przeciągu 8 tygodni), wyraźnie zaznacza, że zmiany te są zupełnie identyczne z takimiż zmianami po otruciu wyskokiem (sind in jeder Beziehung identisch mit jenen nach Alkoholvergiftung), i spostrzeżonemi przez SARBO zmianami po otruciu ołowiem.

Powyższe uwagi dostatecznie dowodzą, że tytoń *resp.* nikotyna może się przyczynić do wystąpienia padaczki. Dziwnem może się wydać, dla czego przy takim rozpowszechnieniu tytoniu tenże tak rzadko w etiologii padaczki figuruje. Może być, że ustrój nasz nerwowy właśnie wskutek ciągłego prawie drażnienia tytoniem uzyskał już pewną odporność względem niego i tylko przy wyjątkowo ciężkich warunkach (jak w naszym przypadku lub przypadkach DUBOY'a i HASTING'a) nareszcie reaguje stanem patologicznym. Padaczka na tle otrucia ołowianego także występuje tylko u tych robotników, których zajęcie „szczególnie sprzyja obfitemu wsysaniu się metalu“ (STEWART l. c.).

Wracając do naszego przypadku, trzeba przyznać, że zupełne zaprzestanie napadów w przeciągu 1½ roku (bez specjalnego antyepileptycznego leczenia) tak samo zależności tych napadów od otrucia tytoniem dowodzi, zwłaszcza, że, jak widzieliśmy, była tendencya do coraz częstszego ich powtarzania się. Bo jakkolwiek opisane są przypadki zupełnego zaprzestania napadów padaczkowych bez wszelkiego leczenia, ale przypadków tych, których większa część odnosi się do czasów, kiedy histerya i epilepsya jeszcze nie były tak dobrze znane, jest tak mało, że z nimi faktycznie liczyć się nie można. Zresztą u naszego chorego był cały szereg innych objawów przewlekłego nikotynizmu (ociężałość, zawroty głowy, duszność, obstrukcya), które tak samo z biegiem czasu zupełnie prawie znikły.

Z niniejszej notatki wynika:

- 1) że tytoń *resp.* nikotyna może się bezpośrednio przyczynić do powstawania padaczki;
- 2) że u nas, gdzie fabrykacja tytoniu znajduje się w rękach prywatnych, ze strony rządu i lekarzy fabrycznych powinna być zwrócona szczególna uwaga na zabezpieczenie robotników i majstrów w tym właśnie kierunku.

<sup>13)</sup> Na związek przewlekłego otrucia ołowianego z padaczką zwrócił już uwagę TANQUERD des PLANCHES. Por. także FERÉ l. c. str. 289 i STEWART. Lead convulsions w American Journal of the medical sciences. 1895.

<sup>14)</sup> Zur Kenntniss der chronischen Nicotin und Alcoholvergiftung. Archiv für experimentelle Pathologie. T. 33.



## WYKŁADY KLINICZNE.

H. ZEIDLER

### PRZYCZYNNY DO PATOLOGII I LECZENIA

#### ostrego zamknięcia światła kiszek.

Rozpoznanie „niedrożności jelit“ nie przedstawia zwykle żadnych szczególnych trudności, gdyż objawy klasyczne, jako to: zatrzymanie stolca i gazów, wymioty, ból, wzdęcie brzucha i t. d., szybko nadzwyczaj naprowadzają lekarza na właściwą drogę. Częstość zmuszeni jesteśmy zadowolić się tem ogólnem rozpoznaniem, co szkodliwie odbija się na chorym, gdy rzecz dochodzi do zabiegu operacyjnego. Dokładniejsza znajomość szczegółów anatomicznych miałyby dla chirurga doniosłe znaczenie, gdyż, znając przed operacją przynajmniej miejsce przeszkody, moglibyśmy je natychmiast po otwarciu jamy brzusznej znaleźć, nie wystawiając chorego na ciężkie manipulacje odszukiwania uwięzłego odcinka kiszek, przeglądania pętlic, ewentracji tychże i t. d. Rokowanie w tych warunkach byłoby, rzecz jasna, o wiele pomyślniejsze.

Do niedawnego czasu rozpoznanie niedrożności jelit opierało się prawie wyłącznie na objawach ogólnych. Ze zmian miejscowych uwzględniano tylko wzdęcie brzucha, nie przypisując jednak temu objawowi szczególnego znaczenia dyagnostycznego. Dopiero WAHL zwrócił uwagę na prawidłowość w występowaniu wzdęcia miejscowego przy uwięźnięciach i skręceniach jelit. Wykazał on, że pętlica uwięzła szybko ulega rozdęciu wskutek zaburzeń cyrkulacyjnych oraz gnicia zawartości, że ściana кишки zostaje napięta, a sama pętlica daje o sobie znać przy oglądaniu przez asymetryę w konfiguracji brzucha, przy obmacywaniu — przez wyraźnie zwiększoną odporność.

Spostrzeżenia WAHL'a zostały rozszerzone znacznie przez jego uczniów ZOEGE v. MANTEUFFEL'a i KADERA. Ostatni szeregiem doświadczeń wykazał, że przy strangulacji pętlicy kiszkowej, przy której odpływ żylny zostaje wstrzymany, uwięzły odcinek ulega bardzo szybko, bo już po 4—8 godzinach, porażeniu. Powstające wzdęcie jest ograniczone do uwięzłej pętlicy i pozostaje w zależności wyłącznie od zaburzeń krążenia. Wzdęcie doprowadzającego odcinka кишки, powyżej uwięźnięcia, zależne jest od rozkładu i rozrzedzenia zatrzymanej zawartości i w początku jest bardzo nieznaczne; dopiero po kilku dniach dostrzeżga się i tu wzdęcie, które stosunkowo późno dosięga znaczniejszych rozmiarów.

Doniosłe znaczenie pod względem praktycznym posiada wprowadzony przez szkołę WAHL'a podział niedrożności kiszek na dwie grupy: 1) niedrożność wskutek uwięźnięcia, strangulacji kiszek (*Strangulationsileus*), przy której zarówno kieszka, jak i należąca do niej kieszka, ulegają uwięźnięciu, a wszystkie powstałe zmiany zależą od zaburzeń krążenia, t. j. od utrudnionego odpływu krwi żylny, i 2) niedrożność wskutek zatkania, obturacji (*Obturationsileus*), przy której tylko światło kiszek zostaje zamknięte, kieszka zaś nie bierze żadnego udziału w cierpieniu; zmiany tu zależą głównie od zastoju zawartości jelit, odżywianie zaś ściany kieszkowej cierpi bardzo mało.

Typowym przykładem pierwszej postaci jest uwięźnięcie kieszki w przepuklinie. Uwięźnięcie w jamie brzusznej powodować mogą rozmaite pasma, nici



włókniste, szczeliny w kresce lub sieci, nienormalne uchyłki i t. d. Do niedrożności wskutek uwięźnięcia zaliczyć należy także różnego rodzaju skręcenia kieszek (*volvulus*). We wszystkich tych postaciach udział w cierpieniu bierze także kreska.

Niedrożność wskutek zatkania (*obturatio*) kiszki spostrzega się przy guzach, wypełniających światło kiszki lub uciskających z zewnątrz, przy zwężeniach bliźnowych, ciałach obcych i t. d. Często przyczynę zatkania światła stanowi załom, zgięcie kątowe (*Knickung*) kiszki powyżej zrostu tejże z guzem, ścianą brzuszną, rozmaitemi innymi częściami kieszek i t. d. We wszystkich tych postaciach odżywianie kiszki jest bardzo mało upośledzone, ponieważ w kresce nie zachodzą żadne zaburzenia krążenia.

Jakkolwiek obie wspomniane grupy okazują pod względem klinicznym wiele podobnych rysów, to jednak udaje się w wielu razach przeprowadzić między nimi ostrą granicę. Objawy ogólne — zatrzymanie stolca i gazów, wymioty, ból, spostrzegać można tak w jednej, jak i w drugiej gromadzie, natężenie jednak objawów jest niejednakowe. Jeszcze więcej różnic okazują obie grupy pod względem objawów miejscowych.

Co się tyczy objawów ogólnych, to zatrzymanie wypróżnień i gazów przy uwięźnięciu jest zupełne wskutek zupełnego mechanicznego zamknięcia światła we wszystkich przypadkach uwięźnięcia. Znaczenia tego objawu nie obalają rzadko przytrafiające się wydalanie mas kałowych z odcinków kieszek, leżących poniżej przeszkody, jak również przypadki ostrej niedrożności kieszek, przebiegające z rozwolnieniem (t. zw. *choléra herniaire Malgaigne'a*), i zależne prawdopodobnie od nadmiernego wydzielania soku kiszkowego.

Przy niedrożności wskutek zatkania zatrzymanie stolca i gazów może być tylko względne, przynajmniej drożność dla gazów nie zawsze jest zniesiona.

Drugi kardynalny objaw niedrożności stanowią wymioty. Należy ściśle odróżnić wymioty kałowe, które występują wyłącznie w późniejszych okresach choroby, od wymiotów w początkowym okresie niedrożności. Wymioty kałowe zależą przeważnie od przepelnienia odcinków kieszek, leżących powyżej przeszkody, cuchnącą, rozłożoną zawartością, która przy akcji wymiotnym, dzięki uciskowi ze strony przepony i ścian brzusznych, zostaje wyrzucona w kierunku wstępującym, t. j. *per os*. To objaśnienie, podane po raz pierwszy przez HUGUENOT'a, wyrugowało teorię antyperystaltyki i zostało obecnie prawie powszechnie przyjęte. Wymioty, spostrzegane w początkach niedrożności, są przeciwnie, pochodzenia odruchowego, uwarunkowane przez nagłe, silne podrażnienie nerwów otrzewnowych i jelitowych w chwili uwięźnięcia. Ta nagła sprawa odruchowa występuje wyłącznie przy uwięźnięciu, zyskuje przeto doniosłe znaczenie rozpoznawcze.

Przy uwięźnięciu obficie unerwionych pętlic kieszek cienkich wymioty początkowe występują zawsze, prawie bez wyjątku; przy uwięźnięciu zaś skąpiej unerwionej kiszki grubej wymioty zjawiać się mogą albo późno albo też wcale się nie zjawiają (np. przy *volvulus flex. sigmoid.*).

Przy niedrożności wskutek zatkania wymioty mogą przez czas dłuższy nie występować. Za to w późniejszych okresach choroby, przy silnem przepelnieniu kieszek powyżej przeszkody, często spostrzega się wymioty, które wkrótce nabierają charakteru kałowych. Wogóle przy tej postaci niedrożności wymioty kałowe zdarzają się o wiele częściej, niż przy strangulacji, w której częste wymioty od początku choroby chronią kiszki od przepelnienia i rozkładu zawartości,



a śmierć często następuje tak szybko, że niema czasu na zebranie się w kiszkiach cuchnących, rozłożonych mas kałowych.

Ból brzucha przy uwięźnięciu zjawia się w samym początku choroby, jest mniej lub więcej stały, po większej części silny, co zresztą zależy od rodzaju uwięźnięcia, jak również od odcinka uwięźlej pętlicy. Najsilniejszy ból występuje w ostrych, podobnych do przepuklinowych (*herniiformis*) uwięźnięciach kiszki cienkiej. Przy uwięźnięciu kiszki grubej ból jest mniej silny, albo też wcale niema bólu. Zewnętrzny ucisk na ściany brzuszne nie powiększa bólu.

Przy zatkaniu ból może być również silny, lecz występuje okresowo, w pewnych odstępach czasu. Ból ten, zależnie od wzmożonych ruchów robaczkowych, które niekiedy dochodzą do tężcowego skurczu kiszki, ma więcej charakter kolki.

Wstrząs (*Incarcerationsshock*) prawie stale towarzyszy uwięźnięciu. Natężenie jego przebiega równoległe do natężenia bólu i wymiotów początkowych. Wydatniej występuje przy uwięźnięciu kiszki cienkiej. Jest to objaw odruchowy, zależny od silnego podrażnienia nerwów czuciowych otrzewny i kiszki.

Objaw ten dla łatwo zrozumiałych powodów nie występuje przy zatkaniu kiszki. Pomimo długotrwałych, często powtarzających się napadów kolki, bezsenności, niedostatecznego pożywienia i t. d., ogólny stan chorych mało cierpi. Występująca wreszcie zapaść, zależna od wyczerpania, bólów, bezsenności i prawdopodobnie także od zatrucia wytworami rozkładu zawartości kiszki oraz od zakażenia otrzewny (poprzez zmienioną w swem odżywianiu ścianę kiszki) nie ma nic wspólnego ze wstrząsem.

O wiele charakterystyczniejsze od przytoczonych wyżej objawów ogólnych są objawy miejscowe.

Zaznaczony wyżej objaw WAHL'a (*meteorismus localis*) jest jednym z najważniejszych objawów uwięźnięcia jelit. Objaw ten daje możliwość rozpoznania nie tylko rodzaju niedrożności (*strangulatio*)<sup>1)</sup>, lecz wskazuje także miejsce przeszkody, umożliwiając przez to szybkie odszukanie uwięźlej pętlicy po otwarciu jamy brzusznej. Pomimo wielkiej częstości występowania wzdęcia miejscowego w uwięźnięciu kiszki, nie rzadko zdarzają się przypadki, w których z tego objawu nie możemy skorzystać.

WAHL i jego uczniowie (MANTEUFFEL, KADER) zwracają uwagę na konieczność dokładnego badania brzucha w głębokim uśpieniu, na obowiązkowe badanie *per vaginam et per rectum*, gdyż niekiedy tylko tą drogą, jak to było w paru przypadkach autora, można stwierdzić ten objaw, t. j. wyczuć odporną, uwięźłą pętlicę. Objaw WAHL'a nie występuje wcale przy uwięźnięciu kiszki w jakimkolwiek uchyłku, worku lub przy uwięźnięciu bardzo małej pętlicy, dalej przy

<sup>1)</sup> Autor nie wspomina wcale o niedrożności kiszki, powstającej wskutek zakrzepu lub zatoru naczyń kreski, najczęściej tętnicy kreskowej górnej (a. mesaraica superior). Rozwijający się w następstwie zatoru lub zakrzepu naczyń kreski zawał krwotoczny w ścianie kiszki i kresce, wywołuje niekiedy zupełne zniesienie czynności kiszki, zupełne ustanie krążenia kału z wymiotami kałowymi, a więc zupełny obraz niedrożności kiszki (ileus paralyticus), bardzo podobny do obrazu klinicznego uwięźnięć wewnętrznych. Podobieństwo to jeszcze zwiększa nagłe występujący gwałtowny ból, jak przy uwięźnięciu („Einklemmungsschmerz“). Wspominam tu o tej postaci niedrożności kiszki dla tego, że objaw WAHL'a, mający tak wybitne znaczenie w rozpoznawaniu uwięźnięcia wewnętrznego, spotyka się dość często i w przypadkach ilei paralyticus ex embolia s. thrombosi. Rolę pętlicy uwięźlej bierze tu na siebie pętlica, uległa zawałowi krwotocznemu. Szczegóły o tej postaci niedrożności kiszki patrz w pracy DECKART'a, umieszczonej w Mitteil. a. d. Grenzg. T. 5. Zesz. 3, albo w streszczeniu umieszczonej w Gaz. Lek. z r. b. w Nr. 8. Przep. Sprawozd.



uwięźnięciu bardzo wielkich odcinków kiszek, np. przy skręceniu wszystkich kiszek cienkich naokoło osi kreskowej, niekiedy także przy klasycznym *volv. flex. sigmoid.*, gdzie rozdęta *ad maximum* pętlica wypełnia cały brzuch. W braku wzdętej i nieruchomej pętlicy musimy przynajmniej uwzględnić okoliczność, że przy strangulacji uwięźnia pętlica jest porażona, i że wyżej położony odcinek jest w pierwszych dniach uwięźnięcia wcale nie wzdęty lub też w bardzo małym stopniu. Ruchy robaczkowe albo wcale nie występują, albo też są bardzo słabo wyrażone.

Przy niedrożności wskutek zatkania niema ograniczonego nieruchomego wzdęcia brzucha (objawu WAHL'a). Dopiero w późniejszych okresach choroby wskutek niestosunkowości pomiędzy wytwarzaniem a wchłanianiem gazów może wystąpić wzdęcie wyżej położonych odcinków kiszek. Taka silniej rozdęta pętlica, jeśli przytem zachowała ruchy robaczkowe, służy niekiedy za wskazówkę siedliska przeszkody.

Ruchy robaczkowe odcinków kiszek, leżących powyżej przeszkody, stanowią najcharakterystyczniejszy objaw niedrożności wskutek zatkania. Objaw ten jest najsilniej wyrażony w ostrej niedrożności, powstałej na gruncie długo istniejącego zwężenia kiszek. W tych przypadkach przerost błony mięśniowej kiszek wywołuje szczególnie energiczne skurcze robaczkowe kiszek, przybierające często charakter tępcowych („Darmsteifung“ NOTHNAGEL'a). Lecz także w innych postaciach zatkania, które nie powstały na tle zwężenia, ruchy robaczkowe są bardzo silne, choć niema przytem skurczów tępcowych. Niekiedy udaje się prześledzić kierunek fali robaczkowej oraz punkt, gdzie ta się zatrzymuje, punkt, odpowiadający siedlisku przeszkody. Wzmoczona perystaltyka odcinków kiszek, położonych wyżej przeszkody, ma charakter okresowy. Napady perystaltyki, którym towarzyszą bóle (kolka), można wywołać nawet sztucznie za pomocą opukiwania, wstrząsania brzucha i t. d.

Pośrodku między opisanymi z krańcowymi typami niedrożności stoi wPOCHWIENIE (*invaginatio*). Zależnie od udziału w cierpieniu kreski wysuwają się na pierwszy plan już to objawy uwięźnięcia, już to objawy zatkania. Oprócz ogólnych oznak niedrożności mamy przy wPOCHWIENIU inne jeszcze objawy, które ułatwiają rozpoznanie: wypróżnienia krwawe lub śluzowo-krwawe, guz w postaci kielbasy<sup>2)</sup>. Niekiedy jednak brak tych objawów charakterystycznych, i wówczas ściślejsze rozpoznanie anatomiczne jest niemożliwe, jak to było w dwóch przypadkach autora.

Wszystko, co wyżej powiedziane było o znaczeniu rozpoznawczem rozmaitych objawów niedrożności, stosuje się wyłącznie do początkowego okresu choroby; w dalszym przebiegu, gdy już nastąpiło porażenie całego przewodu kiszkiowego, martwy spokój wzdętego brzucha nie pozwala na stanowcze rozgraniczenie uwięźnięcia jelit od rozlanego zapalenia otrzewny. To ostatnie przyłącza się zresztą dość często w późniejszych okresach uwięźnięcia.

Po ustaleniu rodzaju niedrożności pozostaje określenie siedliska przeszkody. Ażeby osiągnąć przynajmniej w przybliżeniu określony wniosek, należy rozważyć cały szereg najrozmaitszych okoliczności. Ważną rolę odgrywają tu dane wywiadowe: przebyte sprawy zapalne w jamie brzusznej, ograniczone zapalenie otrzewny w następstwie zapalenia uchyłka robaczkowego, zapalenie błony

<sup>2)</sup> Ważnym, według NOTHNAGEL'a, objawem wgłobienia jest zmiana w konsystencji guza, zależna od kureczenia się kiszki wgłobionej. Przyp. sprawozd.



surowiczkiej miednicy u kobiet, przebyte cięcie brzuszne, przepukliny, cięcie przepuklinowe (herniotomia) i t. d. Ważne wnioski co do siedliska przeszkody wyciągnąć można dalej z miejscowego badania brzucha: nierównomiernego wzdęcia brzucha, pojedynczej nieruchomej pętlicy, wzmożonej perystaltyki w unieruchomionej pętlicy, przerwania się fali perystaltycznej w jednym określonym punkcie i t. d., znalezienia guza, nienormalnej odporności. Badanie *per rectum et per vaginam* obowiązuje we wszystkich przypadkach.

Jeszcze większe trudności, niż określenie umiejscowienia przeszkody, przedstawia określenie schorzałego odcinka kiszek. Położenie wzdętej pętlicy odpowiada, ogólnie biorąc, jej prawidłowemu położeniu: przy istnieniu przeszkody w kiszce grubej mamy najwięcej wyrażone wzdęcie w bocznych i górnych okolicach brzucha, w niedrożności kiszek cienkich wzdęcie zajmuje środkową część brzucha. Ruchy perystaltyczne kiszek cienkich są silniej wyrażone, odbywają się szybciej i bardziej niespokojnie, niż w kiszkach grubych. Te ogólne prawidłą stosują się tylko do zwężenia i zatkania kiszek, w uwięźnięciu zaś z miejscowem, niekiedy ogromnem wzdęciem uwięźlej pętlicy, określenie, czy kiszki cienkie, czy grube są wzdęte, jest często zupełnie niemożliwe.

Dalej uchodzi za prawidło, dopuszczające zresztą wiele wyjątków, że silny ból, częste wymioty, szybko występująca zapaść przemawiają za uwięźnięciem kiszek cienkich, przeciwnie zaś powolny przebieg przemawia za istnieniem przeszkody w kiszce grubej. Wymiotowanie wielkich ilości żółci przemawia za obecnością przeszkody w dwunastnicy, domieszka żółtych mas do żółci — za przeszkodą w górnym odcinku kiszek cienkich. Zdanie, że wymioty kałowe wskazują przeszkodę w kiszce grubej, jest zupełnie błędne; wymioty takie występują, przeciwnie, częściej i wcześniej właśnie przy przeszkodach w kiszce cienkiej.

Po określeniu siedliska przeszkody, tam gdzie to jest możliwe, winniśmy się starać o ustalenie przyczyny niedrożności oraz jej podścieliska anatomicznego, co znów przedstawia często znaczne trudności. Rozpoznanie rodzaju niedrożności (*strangulatio, obturatio*) na podstawie wyżej przytoczonych danych pozwala w konkretnym przypadku wyłączyć całą grupę cierpień. Wysoką wartość rozpoznawczą mają tu znów dane anamnestyczne: prócz wyżej przytoczonych (sprawy zapalne otrzewny, przepukliny) należy wypytywać się o przebyte napady niedrożności, napady kolki żółciowej i t. d. Dalej uwzględnić tu należy wiek chorego, zmiany miejscowe (guzy, przepukliny), objawy początkowe cierpienia i t. d.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to pamiętać należy o najczęściej zdarzającej się trudności, a mianowicie o odróżnieniu niedrożności kiszek od rozlanego zapalenia otrzewny, niedrożności mechanicznej od niedrożności dynamicznej. W późniejszym okresie niedrożności, po przyłączeniu się porażenia kiszek, przy równomiernie wzdętym brzuchu, przy istnieniu objawów wspólnych dla obu cierpień (wymioty kałowe, zupełne zatrzymanie wypróżnień i wiatrów, ciężka zapaść) niepodobna przeprowadzić rozpoznania różniczkowego, tembardziej, że obydwa cierpienia nierzadko są skombinowane. Szczegółowe wywiady mogą niekiedy wyjaśnić sprawę. W początkowych okresach rozpoznanie opiera się głównie na zmianach miejscowych: wzmożona, widoczna perystaltyka przechyla szalę na korzyść niedrożności wskutek zatkania. Większe trudności przedstawia odróżnienie strangulacji od zapalenia otrzewny. Wyrażne wzdęcie miejscowe, nieprawidłowa konfiguracja brzucha przemawiają na korzyść niedrożności. Pozostaje jeszcze odróżnić przypadki ostrego uwięźnięcia bez wzdęcia brzucha od rzadkich przypadków ostrego zapalenia otrzewny, które w początku, przebiega-



ją także bez wzdęcia, w których, podobnie jak w uwięźnięciach, spostrzega się pierwszego dnia nawet wciągnięcie brzucha; dalej przypadki uwięźnięcia z szybkim wzdęciem pojedynczej pętlicy (najczęściej zgięcia esowatego), wypełniającej całą jamę brzuszną i nie okazującej żadnej perystaltyki, od przypadków zapalenia otrzewny z równomiernem wzdęciem brzucha. Silny, samoistny ból występuje zarówno w uwięźnięciu, jak i w zapaleniu otrzewny, może zresztą tak tu, jak i tam nie występować. Wrażliwość przy ucisku i opukiwaniu przemawia więcej za zapaleniem otrzewny; lecz przy przyłączeniu się sprawy otrzewnowej do niedrożności objaw ten traci na wartości. Brak drażliwości na ucisk nie świadczy jeszcze stanowczo o niedrożności, gdyż powszechnie wiadomo, że cały szereg spraw zapalnych otrzewny, nawet rozlanych ropnych, przebiega bez wszelkiego bólu. Podniesienie ciepłoty przemawia bezwarunkowo za sprawą zapalną otrzewny i przeciw niedrożności, lecz znów pamiętać tu należy o możliwej kombinacji obu cierpień. Z drugiej strony brak podniesienia ciepłoty nie przemawia bynajmniej przeciw zapaleniu otrzewny, gdyż nawet rozlane ropne, posokowate zapalenia otrzewny mogą przebiegać z ciepłotą prawidłową. Obecność wysięku w jamie otrzewny nie rozstrzyga jeszcze sprawy na korzyść zapalenia otrzewny, gdyż nierzadko wysięk występuje także w ostrem uwięźnięciu.

A zatem nawet we wczesnych okresach nie zawsze udaje się przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe między omawianymi cierpieniami. Wskutek zmienności pozytywnych objawów zapalenia otrzewny (ból i podniesienia ciepłoty) błędy rozpoznawcze częściej polegają na tem, że stwierdzamy niedrożność tam, gdzie istnieje rozlane zapalenie otrzewny (NAUNYN). Należące tu sprawy zapalne otrzewny najczęściej wychodzą z narządów płciowych (np. *salpingitis purulenta*, najczęściej *gonorrhoeica*) i mają przebieg względnie pomyślny. Nadmienić tu należy jeszcze, że w praktyce zdarzają się nierzadko przypadki, w których nie tylko przed operacją, lecz i po operacji mechanizm zamknięcia światła pozostaje niewyjaśniony; dalej przypadki, w których po usunięciu przeszkody przez zabieg operacyjny objawy niedrożności nie znikają, bądź to wskutek ponownego wystąpienia przeszkody, bądź też wskutek obecności drugiej przeszkody. Autor przytacza kilka podobnych spostrzeżeń z własnej praktyki. Pierwszy z przytoczonych przypadków autora okazuje wielkie podobieństwo do opisanego przez HEIDENHEIN'a skurczu kiszki (*enterospasmus*), który przebiega w postaci ostrej niedrożności.

Co do wskazań do operacji, istnieją znaczne różnice zdań. Mało zachęcające wyniki leczenia chirurgicznego tłomczą się przedewszystkiem późnem wykonywaniem operacji. Jak wielki wpływ wywiera czas, w którym się wykonywa operację, na śmiertelność, widać z następujących zebranych przez NAUNYN'a cyfr: operacja, podjęta w niedrożności kiszki w ciągu pierwszych dwóch dni od początku choroby, daje 75% wyzdrowienia (25% śmiertelności); od trzeciego dnia odsetka wyzdrowień szybko się zmniejsza aż do 35—40% (65—60% śmiertelności).

(D. n.).



## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

102. L. PERRIN. **Plamica u dzieci w świetle najnowszych badań.** Plamica polega na tem, że na skórze zjawiają się plamy krwawe rozmaitej wielkości i kształtu; czasem są one małe, owalne, na poziomie gruczołów łojowych (postać petociowa), czasem są o wiele obszerniejsze (wynaczynienia); jeśli te wynaczynienia są wydłużone i nieco wzniesione, mamy t. zw. *vibices*; niekiedy petocie mogą się wznosić nad poziom skóry, i otrzymujemy obraz plamicy pokrzywkowej (*purpura urticans*). Te plamy są umiejscowione na kończynach, szczególnie dolnych, najczęściej symetrycznie, czasem są rozsiane bez ładu i zachodzą na tułów. Zjawiają się stopniowo, tak że jednocześnie możemy znaleźć starsze i młodsze. Plamy powstają z nagromadzenia czerwonych ciałek krwi w skórze, przyczem albo ciałka są zawarte w rozszerzonych naczyniach włosowatych z nieznaczną diapedezą (*purpura ectasique*), lub ciałka są wynaczynione przy świetle naczyń zwykłym (*purpura extravasif*); w tej ostatniej postaci stwierdzano stłuszczenie ścian lub stan zapalny, a także zatory z ciałek krwi i ogromnej ilości drobnoustrojów. Przy tych krwawych plamach bywają podniesienie ciepłoty i krwawienia z rozmaitych narządów. Na tej zasadzie powstał podział na plamicę zwykłą i krwotoczną, gorączkową i bezgorączkową, który zresztą nie ma żadnego znaczenia. Prócz wskazanych objawów spółistniejących bywają rumienie, zapalenia gruczołów i naczyń chłonnych; obrzęk skóry, a nawet zgorzel.

Klinicznie plamica przebiega tak różnorodnie, że trudno było określić stałe jej postaci; jednakże MAREFAN w swem „*Traité des maladies de l'enfance*“ w ten sposób podział plamic ułożył.

I. Plamice pierwotne: *a*) p. reumatyczna (*purpura rhumatoïde*), *b*) p. zakaźna pierwotna (*p. infectieux primitif*) i *c*) choroba WERLHOF'a.

II. Plamice wtórne: *a*) p. powstałe z przyczyn miejscowych np. w kokluszku i padaczce, *b*) p. powstałe z przyczyn ogólnych, jak zatrucia lekami (chininą, jodkiem potasu, antypiryną, chloralem), jadami, surowicą i *c*) p. w chorobach zakaźnych (wysypki, dur, influenza, cholera, róża, zapalenie nagminne opon mózgowych, zapalenie gardła, pasorzytowy nieżyt kiszek i żołądka) w zapaleniach różnych organów (nerek, płuc), w stanach charłacznych i t. d.

Grupa plamic pierwotnych nie ma racji bytu, gdyż plamice, jak i rumienie nie mogą powstawać samodzielnie; wszystkie plamice są pochodzenia wtórnego, i różnią się jedynie stopniem natężenia. Główne znaczenie przy rozpoznaniu, rokowaniu i przebiegu ma nie sama postać plamicy, lecz jej geneza. Choroba ta powstaje wskutek zatrucia ustroju bądź przez bakterye, bądź przez związki chemiczne, a ilość jadu ma duży wpływ na przebieg choroby.

Dla plamicy reumatycznej (*purpura rhumatoïde, peliose rhumatismale de SCHÖENLEIN*) charakterystyczna jest tryada objawów SCHÖENLEIN'a, a mianowicie, wysypka plamicowa, objawy reumatyzmu i zaburzenia przewodzenia pokarmowego. Na początku choroby mamy zaburzenia żołądkowe w lżejszym lub silniejszym stopniu lub bóle stawów i mięśni; ciepłota lekko podniesiona (38°—38,5°). Wysypka występuje później, poprzedzana zwykle przez okres zwiastunów w postaci uczucia ociężałości, łamania, darcia w miejscach późniejszej wysypki. Objawy reumatyczne mogą się ograniczać jedynie na bólu, choć widzimy także obrzęki stawów; bóle nie przenoszą się z jednego stawu na drugi, jak to bywa w reumatyzmie właściwym. Ta choroba często daje nawroty, obostrzenia,



zjawiające się zupełnie dowolnie, pod wpływem lekkiego zmęczenia lub zbyt wczesnego opuszczenia łóżka; w ten sposób choroba, trwająca zwykle 2 tygodnie, może się przeciągnąć na miesiące; często nawroty ograniczają się tylko do wysypki plamicowej i obrzęków; mogą też występować w zupełnie typowej postaci. Ta typowa postać może ulegać pewnym zmianom: raz najbardziej zajęte są stawy, drugi raz znów najsilniej jest porażony przewód pokarmowy [wymioty, a nawet żółtaczka (HENOCH)], czasem na pierwszy plan występują krwawienia z nosa, kiszek, łącznic, dziąseł; niekiedy wynaczynienia są tylko na błonach śluzowych, i mamy t.zw. *purpura haemorrhagica sine purpura cutanea*; z powikłań notować należy zapalenia opłucny, osierdzia i wsierdzia, nerek; czasem bywają powikłania ze strony wątroby.

Niekiedy plamica przebiega nader groźnie, tak że w przeciągu 3—4 dni następuje zejście śmiertelne. Ta postać, zwana plamicą piorunującą, rozpoczyna się nagle, zjawiają się konwulsje, wymioty; chory wpada w stan odrętwienia, zapaści; po kilku godzinach występuje wysypka plamicowa symetryczna na przedniej i wewnętrznej powierzchni ud, następnie ukazuje się na tułowiu i na twarzy; po za tem dość często mamy rozmaite krwawienia, i wreszcie chory umiera przy objawach ostrej niedomogi serca; bywa przy tem bredzenie, obrzmienie śledziony i gruczołów pachwinowych. Podobne przypadki często bywają przyjmowane za postać krwotoczną szkarlatyny lub ospy; jednakże w przypadkach, obserwowanych przez 7—8 dni, nie zauważono najmniejszych śladów szkarlatynowej lub ospowej wysypki.

W razie słabszego przebiegu wymienionej postaci plamica przybiera charakter tyfusowy (*forme typhoïde de purpura*), początek powolny, ogólne niedomaganie, łamanie, ból głowy, brak łaknienia i zaparcie; przytomność zachowana zupełnie; podmiotowo stan bardzo przykry; ciepłota dochodzi do 39°; krwawienia z kanału pokarmowego, białkomocz. Zejście choroby najczęściej śmiertelne przy objawach niedomogi serca; trwanie 3—4 tygodnie; niekiedy w tej postaci spotykamy zgorzele na miejscach plam, ropnie i zapalenia stawów.

Jeszcze lepszą postać przedstawia choroba WERLHOFF'a, kiedy nagle, przy zupełnie dobrym stanie zdrowia występują wybroczyny pod skórą i pod błonami śluzowymi bez podniesienia ciepłoty. Zdrowienie następuje po kilku dniach. Wysypka jest umiejscowiona nieprawidłowo, na błonach śluzowych tworzą się pęcherzyki, napełnione krwią, które pękają i zostawiają owrzodzenia; krew w wymiocinach i w moczu nader rzadko.

Rokowanie w opisanych postaciach plamicy jest bardzo trudne, z tego względu, że postać najłżejsza może nagle przybrać niebezpieczny charakter i *vice versa*, tak że ani morfologiczne różnice wysypki, ani stan ciepłoty nie dają tu żadnych wskazówek.

Plamica w jednych przypadkach powstaje z przyczyn czysto miejscowych, w innych z ogólnej skazy ustroju, w innych zaś jeszcze przedstawia zbiór objawów pierwotnego lub wtórnego zakażenia. Wzruszenia, zimno, uraz, nędzka i przepracowanie mogą jedynie odgrywać rolę okoliczności sprzyjających.

Najczęściej plamica się zdarza w młodym wieku, między 4 a 10 rokiem, rzadziej u młodszych lub starszych; po 20-ym roku prawie nie notowana. Gdy plamicę znajdujemy u zarodków (*p. foetal*) lub u nowonarodzonych (*p. des nouveau-nés*), należy przypuszczać przymiot dziedziczny; w nadzwyczaj rzadkich przypadkach plamicę podobne mogą być pochodzenia urazowego. W plamicy noworodków znajdowano czasami we krwi gronkowce, co obala pochodzenie tej postaci



ze skazy hemoflicznej. Rokowanie w tych razach jest bardzo złe, gdyż dzieci, o ile nie przychodzą na świat martwe, umierają po 24—48 godzinach.

O pochodzeniu plamicy wtórnej mówiliśmy już przy podziale plamicy.

Co się tyczy powstawania plam, to obecnie główną rolę przypisujemy toksynom, które drogą nerwów działają na naczynia i wywołują odpowiednie objawy. BOUCHARD przypuszcza istnienie dwóch gatunków toksyn, „*anectasine*“, paraliżujący ośrodki rozszerzające naczynia, i „*ectasine*“ o działaniu przeciwnym; te toksyny wywołują plamy krwawe, działając bądź bezpośrednio na skórne zakończenia nerwów naczynioruchowych, bądź pośrednio przez ośrodki rdzeniowe; od wrażliwości osobnika i zdolności reakcyi ze strony nerwów zależy charakter i natężenie plamicowej wysypki. Dość znaczną rolę odgrywają też okoliczności sprzyjające, takie, jak wzruszenie, nędza i t. p., oraz samozatrucie, tak często spotykane u dzieci.

Kwestya pochodzenia i powstawania plamicy nie jest jeszcze rozwiązana, i niezbędne są nowe badania, któreby więcej światła na rzecz tę rzuciły.

(*Archiv de Medecine des Enfants*. 1899. Nr. 9).

Z. Prechmer.

103. **Dwa głosy w kwestyi tracheotomii i intubacyi.** S. BORBELY, przeciwnik leczenia zwężenia krtani za pomocą intubacyi, dotknął świeżo tej kwestyi i w artykule swoim gorąco przemawia za oddaniem palmy pierwszeństwa tracheotomii, szczególnie w praktyce prywatnej.

Zarzuty stawiane przez niego intubacyi, są dość liczne. Przedewszystkiem zwraca uwagę na częste wykrztuszanie rurki, szczególnie zaś zatkanie jej przez błony rzekome — ta okoliczność wymaga, jego zdaniem, ciągłej obecności lekarza przy chorym intubowanym, co w praktyce prywatnej nie da się wykonać. Tracheotomii natomiast przyznaje autor zupełną rację bytu pomimo większych trudności w wykonaniu tej operacyi i w następczem wyjmowaniu rurki, szczególnie zaś zaleca operację w praktyce prywatnej. Do zalet jej zalicza autor łatwość dobrania pomocników, w najgorszym razie akuszerki; przy tem daleko lepsze jest rokowanie, gdy operujemy wśród części zupełnie zdrowych, nie w tkance chorej, jak przy intubacyi. Przy tracheotomii unikamy niebezpiecznego zatkania się rurki, gdyż w razie jej zatkania się, rurkę wewnętrzną wyjmie z łatwością dozorczyńni, a przy intubacyi dokonać tego może jedynie lekarz, a i temu się to czasem niełatwo udaje. Dotykając następnie kwestyi wielkiej śmiertelności przy tracheotomii, widzi autor jej przyczynę w tem, że operacya się odbywa zwykle zbyt późno, gdy krew jest przeładowana kwasem węglanym i serce mocno osłabione. W ostatecznej konkluzyi oświadcza się autor kategorycznie za stosowaniem w praktyce prywatnej, a szczególnie wiejskiej, tracheotomii, gdyż leczenie następcze i wyniki jego nie podlegają tylu wahaniom, co przy intubacyi.

W obronie intubacyi staje M. BEREND, który odpowiada na zarzuty BORBELY'ego i roztrząsa dwa zasadnicze pytania: 1) jakiej operacyi podejmie się lekarz w praktyce prywatnej, i na jaką operację prędzej zezwolą rodzice? oraz 2) która operacya daje cięższe powikłania, przy której jest trudniejsze leczenie następcze, i kiedy bardziej potrzebna nieustanna obserwacya lekarska?

W praktyce prywatnej mamy dużo okoliczności, przemawiających przeciw tracheotomii. Na każdym kroku spotykamy opór rodziców, którzy dopiero w ostateczności się na operację zgadzają (niemożność usunięcia najpoważniejszej przyczyny dużej śmiertelności operowanych dzieci); nie zawsze mamy pewnych i dobrych pomocników do operacyi, wobec czego chirurg sam zwleka zwykle w nadziei, że zwężenie samo ustąpi pod wpływem zastrzykniętej surowicy. O wiele zatem lepiej z tego punktu widzenia stosować leczenie intubacyjne.



Co się tyczy drugiego zasadniczego pytania, to i tu oczywiście wszystko przemawia za intubacją.

O wiele łatwiej jest wykonać intubację, niż tracheotomię, i z tem się sam BORBELY zgadza, szczególnie gdy nie ma wprawnego asystenta; proponując do asystencyi akuszerkę, zapomniał BORBELY, że powinna ona z powołania surowo wystrzegać się wszelkiego stykania z chorymi zaraźliwymi. Następnie warunki operacji są niedogodne: przy wielkiem zwężeniu układ żylny jest przepelniony, a ciśnienie to jeszcze się zwiększa, gdy do operacji odchylamy główkę dziecka do tyłu— często dziecko zostaje na stole operacyjnym, zanim operator wzięł nóż do ręki.

Z powikłań odnotujemy krwawienie oraz przecięcie tchawicy na linii bocznej, co powoduje skręcanie się jej. Bywają także krwawienia wtórne i zsuniecie w dół błon wrzekomych, co znów oddech ogromnie utrudnia.

O wiele lżejsze są powikłania przy intubacji. Tu może rurka wejść do przełyku: to rozpozna najmniej wprawny lekarz i wykona rękoczyn po raz drugi i trzeci. Zdarzy się również zsunąć błonę rzekomą, i zwężenie nie ustąpi — wtedy ekstubujemy i błona, uruchomiona przez poprzednią intubację, łatwo się z kaszlem wydzieli; wreszcie jako *ultimum refugium* mamy tracheotomię, gdy nawet *écouvillonage* (kilkakrotne wkładanie i wyjmowanie rurki) w celu wywołania kaszlu przez silne podrażnienie — do celu nie doprowadzi. W praktyce prywatnej takie zsuniecie błony nie może być przeciwwskazaniem do intubacji: duszność powraca zaraz po wykonaniu intubacji, jeszcze w obecności lekarza, który zawsze odpowiednie środki zarządzi. Wogóle ze swoich 200 przypadków intubacji autor wyciąga wniosek, że obecnie, przy stosowaniu surowicy, obawy przed przykrymi skutkami zsunienia się błon są bezzasadne.

Zaletą tracheotomii, podniesiona przez BORBELY'ego, że operujemy w tkance zdrowej, upada, gdy zważymy, że przy intubacji nie kaleczymy tkanek, lecz rozszerzamy tylko przyrodzony otwór. Stosowanie intubacji w praktyce prywatnej nie wymaga wcale stałej obecności lekarza, jak to wnioskuje BORBELY, gdyż nitka przy rurce wystarcza do wyciągnięcia tubusa przez kogoś z otoczenia, gdy objawy duszności się zjawiają — i to jest jednak zbyt cenne: dziecko intubowane ma zwykle jeszcze dość siły, by samą rurkę wykrztusić mogło. Nawet, przy wyjęciu rurki, gdy znów występuje zwężenie, dziecko nie dusi się tak prędko, i zawsze mamy czas na wezwanie lekarza; prędkiemu zaduszeniu podlegają jedynie dzieci mniej niż roczne lub z odleżynami na błonie śluzowej krtani. W tych ostatnich przypadkach obecność lekarza jest rzeczywiście niezbędna, lecz teraz dzięki surowicy i „*tubage intermittente*“ częstość tworzenia się odleżyn znakomicie zmalała.

Ostatecznie oświadczają się autor za szerokiem stosowaniem intubacji przy każdej laryngostenozie; gdy chory oddycha spokojnie, może go lekarz po pół godzinnej obserwacji opuścić, owiązawszy mu ręce, by sam sobie rurki nie wyjął; rodzicom należy powiedzieć, by w razie wykrztuszenia rurki lub powrotu duszności natychmiast po lekarza posłali, który, ma się rozumieć, musi być w pobliżu; dzieci mniej niż roczne, powinny być pod nieustanną kontrolą lekarską.

(*Ungar. Medic. Presse.* 1899. Nr. 30 i 31).

Z. Prechner.

104. A. FOURNIER. **Przyczyny trzeciorzędnych objawów przymiotu.** Jakkolwiek dalecy jeszcze jesteśmy od zupełnego wyświetlenia licznych i rozmaitych warunków, mogących wywoływać trzeciorzędne objawy przymiotu, to jednak niektóre z tych warunków są nam znane.



Według autora, istnieją cztery rodzaje przyczyn, sprzyjających powstawaniu trzeciorzędnych objawów przymiotu.

I. Przyczyny, wynikające z samej istoty choroby. Jakkolwiek tajemnicze i nie dające się określić, przyczyny tego rodzaju są jednak rzeczywiście i niezaprzeczalne. Istnieją przecie postacie przymiotu, powstające z początkową już skłonnością do objawów trzeciorzędnych. Dowodem są postacie t. zw. wczesnego złośliwego przymiotu z występującymi odrazu objawami trzeciorzędnymi, jak również te szczególnie uporczywe przypadki, które, pomimo odpowiedniego i wczesnego leczenia, rozwijają się ciągle i dochodzą do ciężkich objawów trzeciorzędnych, bez żadnej widocznej i możliwej do wyjaśnienia przyczyny.

I naodwrot, są postacie przymiotu, które się zaczynają łagodnie i pozostają takimi, nie dochodząc do objawów trzeciorzędnych, nawet przy średnim leczeniu.

Tu należy zwrócić uwagę na ten bardzo ważny fakt, że trzeciorzędne objawy przymiotu występują tu najczęściej po łagodnych lub umiarkowanych objawach wtórnych. Na 2188 spostrzeganych przez autora przypadków trzeciorzędnego przymiotu 1990 (90%) wystąpiło po bardzo lekkich lub żadnych objawach wtórnych, a tylko 98 (9%) było poprzedzonych przez silne lub ciężkie objawy wtórne. Wynika stąd, że sądzić z początkowej łagodności przymiotu o jego przyszłej łagodności jest błędem bezwzględnym i zabronionym przez doświadczenie kliniczne.

II. Następnie idą liczne i rozmaite przyczyny, niezależne od istoty choroby, jakby pomocnicze i wywołujące.

Na pierwszym miejscu stoi tu to, co można nazwać wpływem podłoża, t. j. warunki właściwe danemu choremu. Klinika uczy nas, że skłonność do trzeciorzędnych objawów musi się zwiększać wskutek wszelkiego rodzaju przyczyn, zmniejszających życiową odporność i osłabiających ustrój.

Przyczyny te dadzą się sprowadzić do następujących 6 działów: *a)* warunki wieku; *b)* warunki zdrowia, wrodzonej budowy ciała i t. p.; *c)* skłonności dziedziczne lub nabyte; *d)* wszelkiego rodzaju wpływy przygnębiające; *e)* alkoholizm *f)* zimnica.

Co do warunków wieku, to wiadomo ogólnie, że przymiot, nabyty w starości, bywa często ciężki i sprowadza przeważnie mózgo-rdzeniowe trzeciorzędne przypadłości. Zdarza się to niekiedy już bardzo wcześnie, bo nawet w pierwszym roku choroby. To samo da się powiedzieć o przymiocie dziedzicznym, gdzie objawy trzeciorzędne występują w pierwszym okresie życia, a niekiedy odrazu.

Stwierdzono również niezaprzeczalną skłonność do bardzo złośliwych objawów trzeciorzędnych przy wszelkich wadliwych warunkach zdrowia, w stanach małokrwistości, zołzów, gruźlicy, charłactwa i t. p.

Należy tu jednak zauważyć, że, jeżeli zły stan zdrowia jest czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu objawów trzeciorzędnych, to z drugiej strony dobry stan zdrowia nie wytwarza odporności i wcale nie zabezpiecza od objawów trzeciorzędnych. W większości nawet przypadków ofiarami tych przypadłości trzeciorzędnych są osobniki zdrowe i dobrej nawet budowy ciała.

Nie mniej jest dowiedzionem, że dziedziczność chorobowa, w szczególności zaś nerwowa, daje dużo ofiar przymiotu mózgo-rdzeniowego.

Co do alkoholizmu, to wywiera on pierwszorzędny wpływ na powstawanie objawów trzeciorzędnych. Z jednej strony sprowadza on przedwcześnie, na wstępie samego zakażenia, t. zw. wczesne złośliwe postacie przymiotu trzeciorzędnego; z drugiej, wywołuje on i później postacie przedewszystkiem mózgo-rdzenio-



we: porażenie ogólne, wiał mlecza i t. p. Na 57 przypadków przymiotu, powikłanego alkoholizmem, miał autor 29 przypadków z objawami mózgo-rdzeniowymi, czyli więcej niż jeden na dwa.

Następnie alkoholizm wywołuje niekiedy jedną z najgorszych postaci przymiotu, tak zwaną ciągłą, gdzie choroba nie ustępuje w ciągu długich lat i ponawia się coraz, pomimo wszelkiego leczenia.

Jeszcze bardziej szkodliwy jest wpływ zimnicy. Jej to zawdzięcza swą smutną sławę przymiot podzwrotnikowy, którego doświadczają marynarze i wojska kolonialne.

Co do wszelkiego rodzaju wpływów przygnębiających, to są nimi: wszelkie wadliwe warunki zdrowotne (niezdrowe mieszkanie i pożywienie, brud, siedzący tryb życia; przebywanie w chłodnym klimacie, nadużycia wszelkiego rodzaju i t. p.), nędza, przygnębenie ogólne, wynikające z poprzednich lub teraźniejszych chorób, wpływy duchowe, a nadewszystko wszelkiego rodzaju przepracowania (cielesne, umysłowe, płciowe i t. zw. światowe).

Co do przepracowań, to sprowadzają one zwykle nerwowe objawy trzeciorzędne, głównie zaś trzy postaci: przymiot mózgowy, porażenia ogólne i wiał rdzenia.

Wpływy miejscowe mogą również, choć rzadziej, sprzyjać powstawaniu objawów trzeciorzędnych. Wiadomo bowiem, że narządy, dotknięte poprzednio jakimkolwiek cierpieniem, bywają często miejscem wyboru dla objawów trzeciorzędnych, np. jądra po rzeżączkowym zapaleniu, złamane kości, gruczoły żółtawe, żylaki na nogach i t. p.

III. Mniej ważne, ale grające jednak pewną rolę, są przyczyny zewnętrzne.

Pierwowzorem jest tu wpływ tytoniu na trzeciorzędne obrażenia jamy ust, a szczególnie języka. Na drugim miejscu stoi uraz, sprzyjający powstawaniu przymiotowych kostniaków, miękczaków skórnych i t. p. Niekiedy podrażnienia lub obrażenia skórne (oparzenie, pryszczydła) wywołują miejscowe objawy trzeciorzędne. To samo da się powiedzieć o urazach krwawych; niekiedy bowiem rany zwyrodniają się w prawdziwe swoiste wrzody.

IV. Najogólniejszą jednak i najbardziej wpływową przyczyną występowania objawów trzeciorzędnych jest brak lub niedostateczność swoistego leczenia w pierwszych latach choroby. Z zebranych przez autora 2348 przypadków trzeciorzędnych przymiotu 1830 (78%) chorych nie leczono wcale lub niedostatecznie, 455 (19%) leczono się od 1 do 3 lat, a 63 (3%) leczono się 3 lub więcej lat. Liczby te wykazują dobitnie, że sprawa odpowiedniego leczenia jest podstawową w przyczynach powstawania objawów trzeciorzędnych.

(*La semaine médicale* Nr. 51. 1899).

*St. Rostan.*

105. F. AUBERT. **Czy należy przewiązywać łożyskowy koniec pierwszej pępowiny przy porodzie bliźniętami.** Wiadomo, że przy jednojajeczkowej ciąży bliźniętami istnieją naczyniowe połączenia między dwoma krążeniami płodów. W podobnym przypadku znajdujemy jedno tylko łożysko z jedną lub dwiema owodniami, lecz zawsze z jedną tylko naczyniówką.

Ponieważ niemożliwym jest wiedzieć, przed opróżnieniem macicy, czy ma się do czynienia z jednojajeczkową, czy też z dwujajeczkową ciążą, to prawidłem jest robić w każdym porodzie bliźniętami podwójne przewiązanie na pępowinie pierwszego dziecka i przecinać między dwoma przewiązkami, dla tego, aby, w przypadku pojedynczego łożyska ze wspólnym krążeniem, krew drugiego płodu nie mogła wyciekać przez przeciętą pępowinę, należącą do pierwszego dziecka.



Otóż autor wykazuje, że ostrożność ta, oparta na teoretycznym rozumowaniu, wcale nie jest konieczna. Opiera on się w tem na 40 porodach bliźniętami, spostrzeganymi przez siebie, w ciągu których przez niezawiązany łożyskowy koniec pierwszej pępowiny wypłynęła nieznaczna tylko ilość krwi (średnio 6 gramów). Pomiędzy temi spostrzeżeniami było 8 ciąży jednojajczkowych. W jednym szczególnie przypadku, gdzie istnienie jednej wspólnej owodni, zawierającej dwa płody i umocowanie pępowin w odległości 2 centymetrów jednej od drugiej zdawało się przedstawiać wszelkie warunki konieczne dla obfitego krwotoku przez przeciętą popowinę, krew nie wypływała wcale.

Zdaje się przeto niepotrzebnem przewiązywać łożyskowy koniec pierwszej pępowiny i, ponieważ ten mały rękoczyn, jakkolwiek łatwy do wykonania, zmusza jednak akuszerza do straty czasu, to lepiej jest zarzucić go zupełnie. Takie jest prawidło, jakie prof. PINARD zastosował w swej praktyce.

(*La semaine médicale. Nr. 55. 1899.*)

*St. Rostan.*

## Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

W Berlińskim Towarzystwie lekarskiem d-r CURT PARISER wygłosił odczyt o nadżerkach krwotocznych błony śluzowej żołądka. Liczba takich uszkodzeń jest zwykle znaczna, lecz nie posiadają one żadnego umiejscowienia uprzywilejowanego. Dotąd ogłoszono sporą liczbę spostrzeżeń, z których wynika, że nadżerki owe mogą stać się przyczyną krwotoków śmiertelnych, pomimo to jednak nie udało się nigdy rozpoznać ich w klinice, dopiero badanie zwłok wyjaśniło istotną sprawę chorobową. Wogóle klinicytom aż do ogłoszenia pracy EICHHORN'a w roku 1884 cierpienie to było mało znane. Zmiany anatomo-patologiczne opisał niedawno NAUWERCK. Co się tyczy obrazu chorobowego, to chorzy skarżą się zwykle na dojmujące bóle, zjawiające się mniej więcej w pół godziny po spożyciu pokarmu; trwają one około dwóch godzin, są określane jako palenie lub pieczenie, nigdy jako bóle kurczowe; obejmują całą okolicę żołądka, nie ulegają zmianie pod wpływem ucisku lub zmiany położenia ciała i znikają natychmiast po przepłukaniu żołądka. Wskutek obawy przed napadem bólu, chorzy częstokroć powstrzymują się od jedzenia, w następstwie czego chudną i tracą siły. Obmacywanie i sondowanie żołądka nie wykazuje żadnych zmian szczególnych, pluskania również nie bywa. Czynność chemiczna żołądka nie ulega upośledzeniu; ilość kwasu solnego bywa zwykle prawidłowa; czasami spostrzegano nadmierną kwasotę, czasami znów kwasu solnego było nieco mniej (*hypaciditas*). Po przemyciu żołądka naczczu w wodzie, nieco zabarwionej krwią, udaje się zwykle znaleźć drobne płatki błony śluzowej, wielkości ziarna soczewicy. Objaw ten należy uważać za stały. Należy wnosić, że bóle zależą od stykania się soku żołądkowego i miazgi pokarmowej z temi małymi nadżarciami, tworzenie się których mówca widzi w zaburzeniach miejscowego krążenia krwi. Dla tego też nie poczytuje ich za cierpienie *sui generis*, lecz za powikłanie nieżytu przewlekłego żołądka. Nadżerki te, w przeciwieństwie do wrzodów, goją się bez pozostawiania blizn; przechodzenie zaś ich we wrzód żołądka istotny, aczkolwiek niezmiernie rzadko, zostało jednak stwierdzone przez NAUWERCK'a w dwóch przypadkach, w których doszło do przedziurawienia. Mówca również widział podobne zejście. Leczenie polega na przemywaniu żołądka roztworem lapisu (1 : 2000, 1500 i 1000).



Zwykle używa się dwóch porcyi takiego roztworu po pół litra każdy i następnie przepłukuje się żołądek roztworem soli kuchennej. Leczenie tego rodzaju daje wyniki dobre, natomiast faradyzacja błony śluzowej żołądka, zalecona przez EICHHORN'a, okazała się za mało skuteczną. Znaczenie niepoślednie posiada przestrzeganie przepisów dyetetycznych; w ogóle w tych przypadkach dyeta powinna być taka sama, jak we wrzodzie żołądka.

Odczyt powyższy wywołał ożywione rozprawy. Treść ich obracała się głównie koło nazwy, której mówca użył w tytule swego odczytu. Streszczają się one w przemówieniu VIRCHOW'a. Uczony ten twierdzi, że nazwa „nadżerka krwotoczna“ stanowi pojęcie anatomo-patologiczne, mówca zaś użył go jako nazwy klinicznej. Patologowie nazywają nadżerką nieznaczne uszkodzenie błony śluzowej, które goi się bez śladu blizny. Co się tyczy pochodzenia tego cierpienia, to należy pamiętać o tem, że naciek krwawy może dać początek tak dobrze nadżerce jak i wrzodowi, dla tego też anatomo-patolog nie jest nigdy w stanie orzec stanowczo, co w danym przypadku rozwinąć się może, zwłaszcza że każda nadżerka w gruncie rzeczy stanowi wrzodzik (*ulcusculum*). Dla czego zaś w jednym przypadku powstaje blizna, a w drugim nie, to przyczynę tego trzeba kłaść na karb szczególnych własności naczyń krwionośnych. Tworzenie się wrzodu znajduje się w ścisłym związku z cierpieniem naczyń, mianowicie z powstawaniem zawału krwotocznego, który stanowi przyczynę istotną tej postaci klinicznej. Pod względem klinicznym obydwie sprawy chorobowe, t. j. wrzód okrągły żołądka i nadżerkę, trudno odróżnić, należałoby więc starać się o to, żebyśmy w rozpoznawaniu tych spraw chorobowych byli w stanie oprzeć się na czemś bardziej istotnem, a nie na etymologii.

K. Z.

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LÖWIT utrzymuje, jakoby białaczka zależała od pasorzyta, nazwanego przezeń haemamoeba. W białaczce szpikowej i gruczołowej znajdował dwie różne odmiany tego pasorzyta. Zdarzają się i postaci mieszane, cechujące się obecnością obu odmian. Pasorzyt może być przeniesiony na zwierzęta, u których wywołuje chorobę przewlekłą, podobną do białaczki człowieka. Ameby mieszczą się w białych ciałkach krwi. (Ctbl. f. Bacter. T. 24).

= Przy oparzeniach przełyku i żołądka ciałami żrącymi przepłukiwanie żołądka bywa, jak wiadomo, dość niebezpieczne, z powodu obawy przedziurawiania. Dla zapobieżenia temu KRÖNIG zaleca wstrzykiwanie do prze-

łyku ogrzanej oliwy przez miękki cewnik, zwilżony również oliwą. Tym sposobem udaje się bez szkody wprowadzić cewnik do żołądka. Wprowadzanie oliwy do przełyku zaleca K. także przy zwężeniach bliznowych lub rakowych. (Sem. méd. 8. 3. 99).

= Przeciw uporczywej pryszczycy u dzieci, z trudnością poddającej się leczeniu, NEUBERGER zaleca arsen, nie stosując przytem żadnych środków zewnętrznych. Dzieciom, od 2 lat począwszy, N. przepisuje roztwór FOWLER'a napół z wodą, po 1 kropli raz dziennie w ciągu 1—2 tygodni. Następnie przez 2 tygodnie daje się 2—3, a później 6—7 kropel. Dzieciom poniżej 2 lat N. daje (roztwór 1,5 : 3,5 wody) 1 kroplę, do-



chodząc stopniowo do 5. Leczenie trwa około 2 miesięcy. (Archiv. für Derm. T. 47.

— MATHIEU opisuje przypadek wydalania z wymiotami 3 dużych kawałków raka żołądka, ważących razem 2 drachmy; największy z nich był 2 cale długi i  $\frac{1}{3}$  szeroki. Podobny przypadek opisał w r. 1896 O'NEILL; wydany kawałek tkanki rakowej ważył 8—10 uncyi. (Lancet 11. 3. 99).

— MACFARLAND opisuje przypadek całkowitego oddzielenia się warstwy nabłonkowej pochwy u kobiety 35 letniej, która dwa razy rodziła i raz poroniła. Po poronieniu właśnie zaczęły oddzielać się błony, z początku rzadko, później co 5 dni, przy czym były gwałtowne bóle. Błony miały kształt cylindrów. (Wracz 13—99).

P.

### Wiadomości bieżące.

— Z rozporządzenia pruskiego ministra oświaty lekcje w szkołach nie powinny trwać dłużej po nad 4 po sobie następujące godziny, jeżeli termometr Celsjusza o godzinie 10-ej przed południem wskazuje w cieniu 25°. W dni takie nie należy zmuszać dzieci do dwukrotnego przychodzenia do szkoły. Nawet przy niższej, niż powyższa, cieplecie, czas trwania lekcyj ma być skrócony, jeżeli klasy szkolne są niskie, ciasne lub przepełnione. Jeżeli wykłady w danej klasie nie są skrócone, to i w tym razie należy dzieci, które mają do przebycia długą, pozbawioną cienia drogę, uwalniać od dwukrotnego chodzenia do szkoły. Pozostawia się do uznania zarządzającego szkołą, czy w pewnych warunkach w zakładach naukowych, posiadających obszerne, cieniście place, wykłady nie mogłyby być przerywane przez odpowiednie zabawy dla młodzieży.

— Cesarski urząd zdrowia w Berlinie wydał „Uwagi o gruźlicy“, mające na celu zapoznanie szerokich sfer ludności z drogami szerzenia się gruźlicy i sposobami uchronienia się od niej.

— W Londynie w kwietniu 1901 roku odbędzie się zjazd przeciwgruźliczy.

— W Paryżu powstało międzynarodowe stowarzyszenie studentów, mające na celu pomoc materyalną przez do-

starczanie zajęcia w zakresie kompetencji każdego z jej członków, pod nazwą „Solidarność uniwersytecka“. Sprawami towarzystwa zajmuje się wybrany przez ogół członków komitet. Towarzystwo podejmuje się wykonywania rozmaitych robót, np. tłumaczeń naukowych i literackich w rozmaitych językach, pomocy przyjezdnym chorym referatów, artykułów, planów i t. p. Oprócz członków czynnych, do towarzystwa należą i członkowie honorowi, w liczbie których towarzystwo liczy wielu profesorów paryskich fakultetów. Sekretarzem towarzystwa jest p. D. FLAMM. Adres Solidarności uniwersyteckiej: Hôtel des Sociétés Savantes 28 rue Serpente Paryż.

— Prof. KOSIŃSKI został mianowany członkiem honorowym Królewskiego kolegium chirurgów w Londynie, a to z powodu stuletniego jubileuszu tej instytucji.

— W Hamburgu zdarzył się przed niedawnym czasem przypadek dżumy, który dotychczas pozostał odosobnionym, natomiast w Glasgowie, prawdopodobnie skutkiem nierozpoznania pierwszego przypadku, dżuma zabrała już kilka ofiar, liczba zaś zachorowań jest dosyć znaczna. Bliższych wiadomości o przebiegu tej małej epidemii dotychczas nie ogłoszono.