

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 42.

Warszawa d. 2 (15) Października 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Nowa metoda mierzenia miednicy przyrządem własnym. Podał S. Gaszyński. — Kilka uwag o znieczulaniach ogólnych ze specjalnem uwzględnieniem narkozy eterem. Podał d-r W. Hertz. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 144. Badanie doświadczalne ruchomej czynności nerwu błędnego. 145. Przyczynę do kliniki i bakterjologii anginae ulcerosae membranaceae, czyli t. zw. anginae Vincent'a lub Plaut'a. 146. W kwestyi rozpoznawania zwężenia odźwiernika. 147. O zatruciach przetworami wileczej jagody w praktyce okulistycznej. 148. Enuresis u dzieci. 149. Erythroцитosis (hyperglobulia) cum splenomegalia. 150. Zapalenie nerwu wzrokowego w paratyfusie. 151. Możliwa przyczyna tętna o wysokiem napięciu w zapaleniu nerek. 152. Odruch żołądkowy i opukiwanie żołądka. 153. O siódmym żebrze szyjowem. 154. Dna u siedmioletniego dziecka. 155. Hetralina, nowy wewnętrzny antyseptyczny środek moczowy. 156. Niedomoga sercowa i podskórne zastrzykiwanie morfiny. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. GASZYŃSKI — Une nouvelle méthode de pelvimétrie. 2) D-r W. HERTZ — Quelques remarques sur l'anesthésie générale et en particulier sur l'anesthésie par l'éther.

Redaction Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r S. GASZYŃSKI — Eine neue Methode der Beckenmessung. 2) D-r W. HERTZ — Einige Bemerkungen über allgemeine Narkosen und speciell über die Aethernarkose.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Nowa metoda mierzenia miednicy przyrządem własnym.

Podał

Stefan Gaszyński.

Podług odczytu, wygłoszonego na kongresie przyrodników i lekarzy niemieckich, odbytym w Wrocławiu między 19—22 września r. b.

Zestawiając teoretyczne wiadomości, jakie posiadamy o budowie miednicy, z temi praktycznymi wskazówkami, jakie potrafimy z nich wyciągnąć przy łóżku rodzącej, widzimy rażąco

kontrast, który każdemu bezstronnemu badaczowi rzuca się w oczy.

Tomy całe prac anatomicznych nad budową miednicy wykazują całą jej różnorodność. MICHAELIS¹⁾, LITZMANN²⁾, SCHAUTA³⁾, TARNIER-BUDIN⁴⁾, BREUS-KOLISKO⁵⁾ i wielu innych całe

1) G. A. MICHAELIS. Das enge Becken nach eigenen Beobachtungen und Untersuchungen. Leipzig. 1865.

2) LITZMANN. Die Formen des engen Beckens 1861.

3) SCHAUTA. P. Müller's Handbuch der Geburtshülfe. II Band I Hälfte. 1888.

4) TARNIER-BUDIN. Traité de l'art des accouchements. 1898.

5) BREUS-KOLISKO. Die pathologischen Beckenformen. I Band I Theil 1900 — 1904.

systematy wadliwości budują, a przy łóżku rodzącej z całej tej filozofii akuszerijnej jedna tylko praktyczna wylania się wskazówka, a mianowicie, poznanie, jaką jest sprzężna akuszerijna.

Czyżby w istocie tylko ten jeden wymiar miednicy odgrywał tak decydującą rolę w całym przebiegu porodu?

Już w roku 1881 w pracy „Zwei Typen des normalen Beckens“ zwrócił FRORIEP uwagę na istnienie dwóch odmian miednicy o budowie prawidłowej, cóż dopiero za różnorodność odmian istnieje w miednicach o formach wadliwych.

Anatomo - patologowie wiedeńscy Karol BREUS i Aleksander KOLISKO w kilkatomowym dziele z dni ostatnich „Die pathologischen Beckenformen“ wykazują całe szeregi odmian w każdym niemal typie wadliwości.

Czyżby wszystko to zmierzało tylko do określenia rozmiarów sprzężny?

Nie myślę dowodzić, aby długość sprzężny nie grała roli ważnej w mechanizmie porodu, chcę tylko powiedzieć, że przeceniamy jej wartość z pominięciem innych składników budowy.

Zaniedbanie to przy łóżku rodzącej ma swoje arcyważne usprawiedliwienie w tej okoliczności, że nie posiadamy możliwości dokładnego zbadania całego kanału miednicy, że nie mamy przyrządu, któryby nam to zbadanie na rodzącej umożliwił.

Umiejąc doskonale określić typ i odmianę danego ścieśnienia miednicy kostnej na szkieletcie, nie umiemy na żywej z pożądaną dokładnością ścieśnienia tego określić i z konieczności zadawaliśmy się bardzo ogólnymi wnioskami co do budowy architektonicznej miednicy, ztąd błąd w rokowaniu, ztąd rozdźwięk między nauką a życiem.

Czyż wreszcie sprzężną prawdziwą mierzyć umiemy?

Zatrzymaliśmy się i stoimy ciągle na ręko-czynie MICHAELIS'a, podanym przed pół wiekiem przez autora pracy „Das enge Becken“.

Wszelkie przyrządy, wcześniej lub później obmyślane, zawiodły oczekiwania i nie utrzymały się w praktyce. Przyrządy STEIN'a⁶⁾, van HUEVEL'a⁷⁾, KABERSKE'go⁸⁾, SKUTSCH'a⁹⁾ i parę innych, mające na celu bezpośrednio lub pośrednio mierzenie sprzężny, w praktyce okazały się niewystarczającymi i po dłuższym lub krótszym czasie wyszły z użycia.

Obecnie sprawa tak stoi, że francuscy autorowie, jak PINARD i VARNIER oraz ich szkoła, w pracach swych statystycznych zarzucili zupełnie wykazywanie wielkości sprzężny prawdziwej, tam gdzie ona nie jest wymierzana bezpośrednio, a niemieccy autorowie podzielili się pod tym względem na dwa obozy, które wiodą obecnie klasyczny spór w omawianym przedmiocie na szpaltach swego popularnego wydawnictwa Centralblatt für Gynaekologie.

KRÖNIG¹⁰⁾ dla określenia sprzężny prawdziwej odrzuca od wymiaru sprzężny przekątnej 2 cm. bez względu na charakter miednicy, nie przywiązując zresztą większej wagi do tej cyfry¹¹⁾. SELLHEIM¹²⁾ i jego zwolennicy starają się indywidualizować wadliwość miednicy przy obliczaniu sprzężny prawdziwej. SELLHEIM, autor wysoce zasłużony i ścisły, dochodzi nawet do istnego fantazyowania w odnośnym przedmiocie.

Większość zatem ginekologów wraca do określania sprzężny przekątnej, nie mając możliwości ścisłego określenia sprzężny prawdziwej.

6) STEIN. Kurze Beschreibung eines Pelvimeters. Kessel 1775.

7) Mémoire sur la pelvimétrie. Gand. 1841.

8) KABERSKE. Ueber die Bestimmung der Conjugata vera und ein neues Instrument hierzu. Breslau. 1833.

9) SKUTSCH. Die Beckenmessung an der lebenden Frau. Jena. 1836.

10) KRÖNIG. Die Therapie beim engen Becken. 1901.

11) Centralblatt für Gynaecologie 1904 r. N. 16.

12) Centralblatt für Gynaecologie 1904 r. N. 11.

Określenie sprężny prawdziwej na zasadzie wymiaru, otrzymanego dla sprężny zewnętrznej, znanym powszechnie sposobem BAUDELOCQUE'a, tem mniej jeszcze budzi zaufania.

Jak widzimy zatem, i owa sprężna prawdziwa, na której budujemy całe horoskopy w przebiegu porodu, wymyka się z rąk naszych.

Pozostaje doświadczenie, nabyte latami przy łóżku rodzących.

Bez wątpienia doświadczenie jest podstawą każdej umiejętności. Ale doświadczenie oparte być musi na wiedzy ścisłej. Im więcej bowiem ścisłe są odnośne przesłanki, tem bliższem prawdy staje się wnioskowanie.

Zestawiając krytycznie ten olbrzymi materiał teoretyczny, jaki został nagromadzony przez wieki całe, z temi względnie małemi wskazówkami praktycznymi, jakie umiemy z materiału tego wydobyć z jednej strony; z drugiej zaś, starając się wnikać w istotę przeżytych przy porodach niespodzianek pod względem rokowania w oddzielnych przypadkach — doszedłem do przekonania, że, właściwie mówiąc, miednicy rodzących dokładnie mierzyć nie umiemy.

Dla usprawiedliwienia tego twierdzenia uprzytomnijmy sobie, jakie właściwie dane możemy osiągnąć na drodze dotychczasowego badania miednicy.

O wartości mierzenia wymiaru sprężny, mówiliśmy powyżej, popierając nasze poglądy szeregiem prac, zaczerpniętych z literatury obcej (PINARD, VARNIER, KRÖNIC, SELLHEIM).

Ponad to wymierzamy jeszcze zwykle różnicę, jaka zachodzi między wymiarem grzebików i kołców kości biodrowych, i to jest bodaj czy nie największą wskazówką, jaką otrzymujemy, gdyż otrzymana wielkość, aczkolwiek w grubych zarysach, mówi jednak o rodzaju istniejącego ścieśnienia. Oto i wszystko.

Możemy zatem posiadać bardzo względne dane o długości sprężny przekątnej, czyli o wejściu do miednicy, oraz wyrobić sobie pojęcie o samym typie ścieśnienia, nie mogąc jednakże

pojęcia tego ująć w jakiegokolwiek konkretne kształty dla danego przypadku.

Wniknijmy bliżej jeszcze w otrzymane dane.

Po pierwsze, mierząc sprężną przekątną, dowiadujemy się, jaką jest ona w swej długości, bynajmniej jednak nie określamy jej w przestrzeni, czyli w nachyleniu do ścian danego kanału miednicy. Osiągnęliśmy zatem wymiar w oderwaniu od całości. A jednak jest to olbrzymia różnica posiadać dany wymiar w jego absolutnej wielkości lub też w zestawieniu do całej przestrzeni, jaką ten wymiar ilustruje.

Nachylenie tylnej do przedniej ściany miednicy jest bardzo różne, i śmiało rzec można, iż niema dwóch miednic sobie podobnych. Może zatem otrzymana dla sprężny wielkość być bardzo dostateczna przy pewnem nachyleniu ścian miednicy, przy innem zaś może być absolutnie mała. Ztąd w jednym przypadku otrzymana wielkość dla danego rozmiaru miednicy okaże się wystarczającą, w drugim zaś zbyt małą. Ta sama uwaga tyczy się nie tylko wymiaru sprężny, ale i wszystkich wogóle wymiarów miednicy.

Po drugie, poza wejściem do miednicy całej jej kanał pozostaje niezbadanym ani w swej długości wzdłuż osi kierunkowej, ani we wzajemnem nachyleniu ku sobie całych ścian miednicy.

A jednak są to niezbędne wiadomości, które potrzebujemy posiadać dla dokładnego orientowania się przy porodzie. Jeżeli bowiem dana siła porodowa jest w możności przetłoczyć płód przez ścieśnione wejście w miednicy o osi kierunkowej krótkiej i o względnie dobrej budowie całego poniżej wejścia leżącego kanału porodowego, to ta sama praca porodowa nie wystarczy do przetłoczenia płodu przy warunkach zgoła odmiennych.

Aby zatem w poszukiwaniu prawdy zbliżyć się do pożądanego celu, nie możemy po-

przestać na dotychczasowych metodach badania rodzajnych.

Nie możemy również zgodzić się na to, aby, jak mówiliśmy, jedynie wymiar sprzężny miał być miarodajny w przebiegu porodu.

Dla nas również ważną przy porodzie rolę gra wzajemny stosunek całych ścian miednicy jednej względem drugiej, wzajemne ku sobie ich nachylenie, ustawienie spojenia łonowego względem przedgórza, stosunek górnego kąta spojenia łonowego do kąta, wytworzonego dolnym brzegiem spojenia, a płaszczyzną HODGE'go, wyższe lub niższe ustawienie przedgórza ponad płaszczyzną odgraniczającą (Terminalebene FRORIEP's), wielkość łuku, względnie kąta, jaki zakreśla kość krzyżowa w średniej lub dolnej swej części (Sacralwinkel), stosunek dolnej części kości krzyżowej do dolnej części spojenia, wreszcie wymiary wyjścia.

W razach, gdzie tego zajdzie potrzeba, pożądane jest ściśle określenie, na jak duże powiększenie przedmiotowych wymiarów wejścia liczyć możemy przez ułożenie rodzącej w położeniu WALCHER'a lub innem, oraz jakiej zmianie ulegnie przy tem przedmiotowy wymiar wyjścia.

Jednym słowem, wszystko to, co anatomia patologiczna, co niezliczone prace tylu uczonych działały dla pelikologii, chcielibyśmy uwzględnić i zastosować do poszczególnego przypadku przy porodzie.

(D. n.).

KILKA UWAG O ZNIECZULANIACH OGÓLNYCH ze specjalnem uwzględnieniem narkozy eterem.

Podał

D-r Włodzimierz Hertz

b. asystent d-ra Jansen'a w Berlinie.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 41).

W końcu niniejszego artykułu poświęcam jeszcze słów kilka opisowi aparatu do znieczulania chloroformem w połączeniu z tlenem lub też ze ścieśnionem powietrzem d-ra ROTH-DRAEGER'a. Aparat ten został, o ile mi wiadomo, pierwszy raz zastosowany przed kilkunastu miesiącami. Już dawniej zjawily się w handlu podobne aparaty, lecz z powodu mniej praktycznej konstrukcyi szerszego zastosowania w praktyce znaleźć nie mogły. Jakkolwiek kwestya, czy i o ile narkoza w połączeniu z tlenem jest mniej niebezpieczna od zwykłej narkozy samym chloroformem, dotychczas rozstrzygnięta nie została, przyznać musimy, że już aparat, który umożliwia nam ściśle dozowanie tego narkotyku, ma pewne niezaprzeczone zalety. Przypuszczam, że tlen w połączeniu z chloroformem wywiera na przebieg narkozy pewne dodatnie wpływy, o których pomówię później. Dla aparatu ROTH-DRAEGER'a jest to kwestyą podrzędną, czy używamy chloroformu w połączeniu z tlenem, czy też cylinder z tlenem zamieniamy na takiż ze ścieśnionem powietrzem. W jednym, jak w drugim przypadku aparat ten pracuje równie dokładnie. Aparat, o którym mowa, składa się z cylindra z lanego żelaza, zawierającego tlen lub też ścieśnione powietrze. Cylinder ten po opróżnieniu przez nowy zastąpiony być może. Do górnej części w mowie będącego cylindra przykręca się przyrząd zegarowy, który pozwala nam odczytać z cyferblatu ilość znajdującego się jeszcze tlenu, *resp.* ścieśnionego powietrza w cylindrze. Cylinder ten

łączy się przez rurkę gumową lub też metalową z drugim przyrządem, który umożliwi nam za pomocą wentylu wypuszczanie dowolnej ilości tlenu, *resp.* ścieśnionego powietrza w ciągu ściśle określonego czasu (minuty). Pośrodku całego aparatu znajdujemy dosyć skomplikowany przyrząd, do którego wstawiamy buteleczkę z chloroformem. Mechanizm jest tego rodzaju, że nie tylko widzieć możemy spadające krople chloroformu w szklanym cylindrze, lecz nawet słyszeć możemy równomierne ich uderzanie o dno miseczki, znajdującej się w dolnej części cylindra. Liczbę spadających kropli regulujemy za pomocą wskazówki, nastawianej na cyfrę, wykazującą żadaną liczbę kropli, zużytych w ciągu minuty. Nastawić możemy aparat tak, by spadało 5—80 kropli w ciągu jednej minuty. Chloroform miesza się następnie z tlenem czy też ścieśnionem powietrzem i zostaje wprowadzony do worka gumowego, z którego przez rurkę metalową elastyczną dostaje się do maski metalowej inhalacyjnej, szczelnie przylegającej do twarzy. Powietrze zużyte zostaje wydzielane przez specjalny wentyl w masce. Dla mężczyzn, kobiet i dzieci są specjalne maski, które dokładnie do konfiguracji twarzy dopasowane i przed każdorazowym użyciem wygotowane być mogą. Worek gumowy ma jeszcze tę stronę dodatnią, że podług jego ruchów ocenić możemy głębokość, jakość i częstość oddechów. Usuwając chloroform, użyć możemy tego samego aparatu do wyłącznego oddychania tlenem.

Aparat ten widziałem po raz pierwszy w użyciu w klinice JANSEN'a w Berlinie. Obecnie używają go w Berlinie w wielu klinikach. Zwrócono też nań uwagę na kongresach lekarskich. Ponieważ miałem sposobność obserwować i prowadzić nim cały szereg narkoz, postaram się w krótkości opisać jego strony dodatnie. Narkoza jest dla pacjenta, jak zawsze się o tem przekonać mogłem, mniej przykra od zwykłej, ponieważ dozowanie chloroformu łatwiej usku-

tecznić można. Być może, że i tlen wywiera i pod tym względem skutek dodatni; pacjenci zasypiają o wiele spokojniej, oddech nie podlega tak wielkim wahaniom i zmianom, jak przy zwykłej narkozie. Kolor twarzy nie zmienia się podczas uśpienia, nie przybiera tej trupiej bladeści, którą zwykle przy narkozach chloroformem widzimy. *Stadium excitationis* jest krótsze i słabsze. Przebudzenie się o wiele prędzej, gdyż po zamknięciu kranu od chloroformu pacjent samym tlenem do zupełnego przebudzenia się oddychać może. Objawy zatrucia, jak ból głowy, wymioty i t. p., o wiele mniej odczuwać się dają. Ponieważ chloroform doprowadzony zostaje do dróg oddechowych w formie gazu, nastąpić nie może oparzenie twarzy lub oczów przez nieumiejętne stosowanie chloroformu.

Dla narkotyzującego przedstawia również aparat ten wielkie dogodności. Umożliwia on przez łatwe regulowanie zużytego chloroformu uśpienie chorego prędzej i utrzymanie go w tej samej głębokości narkozy przez cały czas operacji, zmniejszając dawkę chloroformu od chwili uśpienia do 5 *respect.* 10 kropli na minutę. Ponieważ aparat z chloroformem znajduje się daleko od twarzy operowanego oraz lekarzy, a maska metalowa szczelnie przylega, nie daje się podczas uśpienia odczuwać zapach chloroformu, będący przykrym dla pracujących, a po przebudzeniu się nie pożądanym dla pacjenta. Ponieważ chloroform nie może się ulatniać, a cała ilość, wydzielona z aparatu, zostaje zużyta przez pacjenta, ilość potrzebna do narkozy o połowę jest mniejsza, niż przy zwykłym uśpieniu.

O ile ze 100 narkoz obliczyć mogłem—wynosiła ilość przeciętna chloroformu, zużytego do jednej narkozy, trwającej w przecięciu 40—45 minut—20,0 gramów. Niestety, aparat ten jest dotychczas jeszcze dosyć drogi: kosztuje w Berlinie od 250—300 marek. Cylinder, napełniony tlenem (1000 litrów), kosztuje od 8—10 marek.

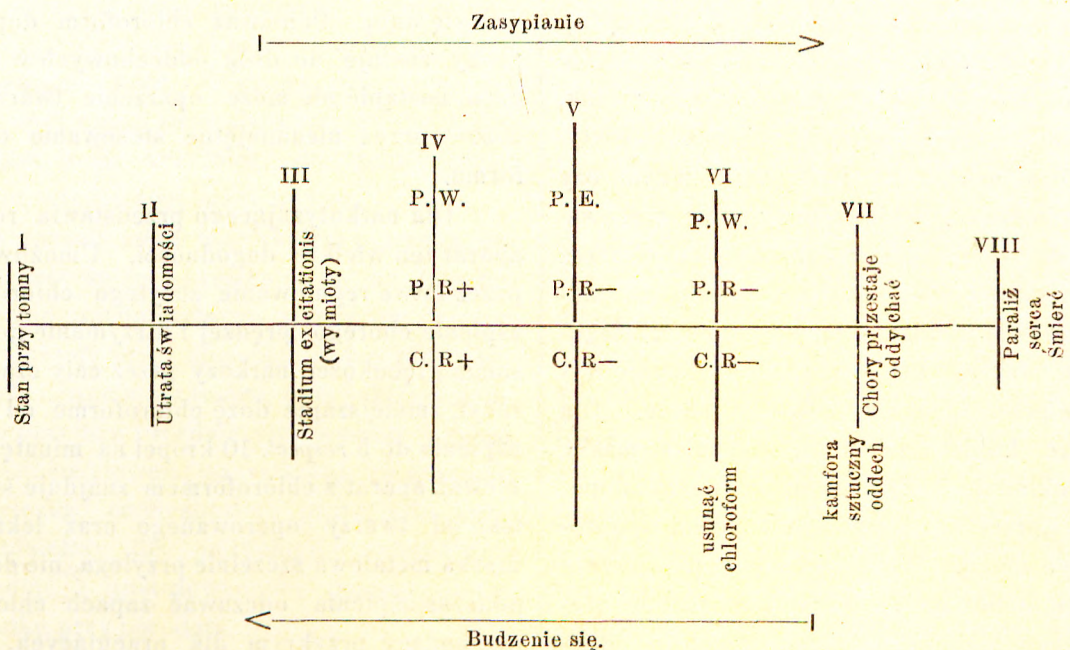
Aparat zużywa na minutę 3 litry tlenu dla dorosłego, ilość więc, zawarta w cylindrze, mającym 1000 litrów, wystarcza na 5½ godziny, czyli na 7—8 narkoz.

Jeżeliby ktokolwiek z kolegów pragnął zasięgnąć bliższych szczegółów w kwestyi opisanej przeze mnie maski JANSEN'owskiej lub też aparatu d-ra ROTH-DRAEGER'a, chętnie mu ich udzielić mogę.

Pisząc o znieczulaniu chloroformem, uważam za pożyteczne umieszczenie w referacie

III okres cechuje obrona organizmu od trucizny: pacjent zaczyna się rzucać, następują częste wymioty.

w IV przyzwyczajają się organizm do chloroformu. Narkotyzowany przechodzi w stan odrętwienia. Źrenice w okresie tym są jeszcze rozwarte, wielkie (Pupillen Weit) *P. W.* Pod wpływem światła kurczą się jednak (Pupillen-Reaction) *P. R. +*. Przy dotknięciu się palcem do błony śluzowej oka widzimy skurcze (Corneal-Reflex) *C. R. +*.



swym małej tabelki, skopiowanej z pracy d-ra CZEMPIN'a, w której z łatwością w każdej chwili uśpienia o głębokości narkozy przekonać się możemy. Pacjent przechodzi podczas uśpienia chloroformem od stanu zupełnej przytomności do śmierci 7 okresów.

Okres I przedstawia nam chorego w chwili, gdy kładziemy mu na twarz maskę.

w II następuje utrata świadomości przy zachowaniu się względnie biernem chorego.

V okres przedstawia nam uśpienie głębokie. Jest to stadium, po za które podczas uśpienia wychodzić nie powinniśmy. Wszelkie ruchy i odruchy, nawet nieświadome, ustają. Źrenica zwężona (Pupillen Eng) *P. E.* Pod wpływem światła źrenice już się nie zmniejszają, lecz i w ciemności się rozszerzają (Pupillen Reaction) *P. R. -*. Również przy dotknięciu się palcem błony śluzowej oka nie otrzymujemy żadnych drgań, ani skurczów (Corneal-Reflex) *C. R. -*.

Gdy, nie zważając na te objawy, podajemy choremu jeszcze więcej chloroformu, następuje okres

VI. Źrenice się rozszerzają (są więc podobne, jak w okresie IV), lecz nie zmieniają się pod wpływem światła (Pupillen-Reaction) *P. R.*— Nieczuła jest również błona śluzowa na dotknięcie (Corneal-Reflex) *C. R.*— Wiadomą jest rzeczą, że przy objawach podobnych niezwłocznie chloroform usunąć musimy. Gdy z tem zwlekamy, następuje okres

VII. Chory przestaje oddychać. Uratować go jeszcze może kamfora, stosowana pod skórę,

sztuczny oddech etc. Pacjent jest jednak w wielkiem niebezpieczeństwie, i łatwo nastąpić może okres

VIII. Serce przestaje działać — następuje śmierć.

Niezależnie od tego, w jakim okresie odurzenia znajduje się pacjent, podlega przebudzenie się tym samym prawidłom. Te same zmiany widzimy w zachowaniu się źrenic oraz błon śluzowych, jak przy zasypianiu. Okresy następują tylko w odwrotnym kierunku strzały.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

144. H. STAROK. Badanie doświadczalne ruchowej czynności nerwu błędnego.

Nervus vagus odgrywa ważną rolę w akcie połykania i dalszego posuwania się kęsa pokarmowego w przełyku aż do żołądka. Wykazały to doświadczenia CLAUDE BERNARD'a, SCHIFF'a, MELTZER'a, KRONECKER'a i innych. Pogląd ten w nauce jest ogólnie przyjęty; zachodzą jednak różnice zdań co do niektórych szczegółów, które jaśniej nieco się zarysowały przy badaniu przyczyn powstawania rozlanej rozstrzeni przełyku. Aczkolwiek ta ostatnia nie przedstawia już klinicznej rzadkości, patogeneza i etiologia jej jednak, jak dotąd, nie jest dostatecznie wyjaśniona.

Trzy są główne momenty, które — powodując — z jednej strony brak prawidłowego rozwarcia się wpustu w czasie posuwania się kęsa pokarmowego, a z drugiej strony — osłabienie muskulatury przełyku, wpływają na powstawanie omawianej sprawy patologicznej, mianowicie: 1) *Cardiospasmus*, wykazany przez

MIKULICZA za pomocą oesofagoskopu oraz przez innych badaczy przy oględzinach pośmiertnych; 2) porażenie ściany przełyku (ROSENHEIM, NETIER) i wreszcie 3) *paralysis resp. atrophia nervi vagi* (KRAUS).

Autor obrał sobie za zadanie eksperymentalne zbadanie wpływu nerwu błędnego na przełyk i wpust, względnie na powstawanie rozstrzeni. Doświadczenia robił na psach; przecinał, *resp.* wycinał bądź to oba nerwy błędne, bądź jeden tylko — na różnych wysokościach ich przebiegu. Wyniki zabiegu badał w czasie operacji, w jakiś czas po operacji — oesofagoskopem, wreszcie przy oględzinach pośmiertnych. Dla łatwiejszego zorientowania się w tych doświadczeniach nie należy zapominać, że KRONECKER, MELTZER i OPENCHOWSKI wykazali, że nerw błędny jest nie tylko nerwem ruchowym przełyku, lecz że wysyła on też włókna do wpustu (*cardia*), działające hamująco na skurez tegoż; że *cardia* posiada oprócz tego jeszcze swój własny narząd

komórek zwojowych, łączący się za pośrednictwem *nervi vagi* a prawdopodobnie i *nervi sympathici* z ośrodkowym układem nerwowym.

Przy obustronnej vagotomii w okolicy szyi następuje porażenie muskulatury przełyku, skurecz wpustu bywa słabo wyrażony — oesofagoskop daje się łatwo przesunąć do żołądka, ciśnienie, przy którym woda przedostaje się przez wpust, równa się 14—22 ctm. (normalnie tylko 4—12 ctm.). Vagotomia jednak szyjowa nie nadaje się do badania rozstrzeni, ponieważ zwierzęta giną zbyt prędko, t. j. zanim rozstrzeń mogłaby się wytworzyć. Wskutek osłabienia perystaltyki i zalegania pokarmów w przełyku ulegają one t. zw. aspiracyjnemu zapaleniu płuc (Aspirationspneumonie).

Przy przecięciu jednego nerwu błędnego na szyi a drugiego poniżej odejścia *nervi recurrentis* (a więc przy zachowaniu jednego tylko *n. recurrent.*) psy zwykle ginęły wskutek ropnego zapalenia opłucny — po dniach kilku — albo też w ciągu dni 10—15, pomimo że w ostatnim razie ani zapalenia opłucny, ani też innej widocznej przyczyny śmierci wykazać się nie udawano. U jednego w ten sposób operowanego psa, który przy ośmiu oddechach i 160 uderzeniach tętna na minutę żył przez dni 12 i zdechł nagle bez dającej wykazać się przy oględzinach pośmiertnych przyczyny, autor znalazł wrzeczionowatą rozstrzeń przełyku, w *cardia* jednak widocznych zmian zauważyć się nie dało. Za życia u psa tego twarde kęsy zalegały w przełyku, płyny zaś łatwo przechodziły.

W następnych doświadczeniach pominiętemi zostały wyżej wzmiankowane konieczne dla życia włókna *nervi vagi*, a przecinano nerwy poniżej, t. j. poniżej wnęki płuc. Tutaj w razie udania się zabiegu zwierzę na drugi dzień już mogło bez trudności połykać zarówno kęsy stałe, jak i płyny, i w następstwie prawie że żadnych zmian w stanie jego odżywiania nie znajdowano. W tych przypadkach ani jakichkolwiek zmian we wpuscie, ani rozstrzeni przełyku wykazać się nie dawało.

Takież same wyniki dawała *vagotomia* powyżej wpustu (*vagotomia supradiaphragmatica*). Pojawiała się jedynie pewna trudność w połykaniu twardych kęsów, które zatrzymywały się w *oesophagus* i były często zwracane (*regurgita-*

tio), lecz stan taki po kilku już dniach ustępował.

Przy oględzinach pośmiertnych we wpuscie i przełyku zmian nie znajdowano. Zresztą powyższe objawy autor skłonny jest przypisywać raczej samemu zabiegowi operacyjnemu: oddzieleniu przełyku od przepony oraz silnemu pociąganiu tegoż przy operacji.

Jednostronna *vagotomia*, w miejscach powyżej wymienionych dokonywana, nie dawała żadnych pozytywnych wyników.

Wnioski, jakie autor wysnuwa z powyższych doświadczeń, dają się streścić w ten sposób, że usunięcie hamującego działania nerwu błędnego na wpust nie ma wielkiego znaczenia, nie powoduje trwałego skureczu jego (płyny i oesofagoskop przechodzą), a nawet choćby skurecz i występował przejściowo — jak to chce mieć SINNHUBER — to i tak nie byłby dostateczny dla wywołania trwałych zmian (rozstrzeni) w przełyku. Co do wpływu na muskulaturę, to tenże okazuje się jedynie znamienym przy vagotomii w odcinku nerwu powyżej wnęki płuc. Muskulatura wtedy ulega porażeniu, kęsy zalega w przełyku — płyny jednak przechodzą. Ze względu jednak na to, że psy, poddane doświadczeniu, zbyt prędko giną, trwałej rozstrzeni spostrzec się tu nie dało.

Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że sprawy patologiczne w tym odcinku nerwu u człowieka rozstrzeń spowodowałyby mogły, gdyby nie jednoczesne zaburzenia ze strony serca i oddechania, które sprowadzają zejście śmiertelne. Przypuszczeniu, jakoby chorobie mogły uleżeć jedynie te włókna nerwu błędnego, które zaopatrują przełyk, możnaby zarzucić, że na takiego rodzaju eklektywną sprawę patologiczną równie trudno się zgodzić, jak np. na zmiany jedynie we włóknach czuciowych z pominięciem ruchowych w *neuritis peripherica*.

Możliwszem się raczej wydaje autorowi pojmowanie tej kwestyi w ten sposób, że przy pierwotnem porażeniu mięśni przełyku odnośne włókna nerwu błędnego ulegają zwyrodnieniu w kierunku wstępującym. Wreszcie *vagotomia* wykazały, że ruchowe włókna *n. vagi* dla przełyku wnikają weń wysoko ponad wnęką płuc, że więc uszkodzenie tych włókien ma jedynie wpływ na ruchową czynność przełyku.

Cięcia poniżej wnąki wpływu tego już nie okazują, sprawy więc chorobowe nerwu tutaj nie mogą się stać powodem rozstrzeni.

(Münch. mediz. Woch. N. 34—1904 r.).

F. Gr.

145. UFFENHEIMER. Przyczynki do kliniki i bakterjologii *anginae ulcerosae-membranaceae*, czyli t. zw. *anginae Vincent'a* lub *Plaut'a*.

Obraz kliniczny wrzodziejąco-błoniastego zapalenia gardła nie jest jednostajny. Sprawa ciągnie się zazwyczaj długo, trwa tygodnie i miesiące pomimo leczenia. Przebieg najczęściej nie jest ciężki, jakkolwiek zdarzają się niekiedy przypadki z bardzo ciężkim przebiegiem, znacznym zniszczeniem gardzieli oraz zejściem śmiertelnym (Stöcklin, Baron, Lämmerhirt i t. d.).

Autor spostrzegł 5 typowych przypadków *anginae ulcerosae-membranaceae*. W 2 pierwszych cierpienie można było rozpoznać dopiero po zbadaniu bakterjologicznym, w 3 pozostałych rozpoznano cierpienie tuż przy pierwszym badaniu, przyczem rozpoznanie później potwierdzone zostało przez badanie bakterjologiczne. W obu pierwszych przypadkach nalot był wrzodkowo-błoniasty, owrządzenie nie drażyło głęboko i stało się wyraźniejszym dopiero po zniknięciu nalotów. Pozostałe 3 przypadki miały jednakowy przebieg, dotyczyły dzieci, a matki zgłosiły się z dziećmi do lekarza głównie z powodu długiego trwania choroby i nieprzyjemnego zapachu z ust. Znaczniejszych dolegliwości w żadnym z tych przypadków nie było. Utrudnienie łykania było niewielkie. Gorączka nie wystąpiła. Gruczoły podszczękowe były nieznacznie powiększone. Często dotknięty jest tylko jeden migdał.

We wszystkich przypadkach znalezione zostały *bac. fusiformis* i *spirochaete*.

Lasecznik wrzecionowaty przedstawia dość długą pałeczkę, u obu końców zaostrzoną. Układ oddzielnych laseczników przypomina układ laseczników Löffler'a. Pałeczki są niekiedy zagięte. Barwią się dobrze błękitem metylenowym i fuksyną. Przyjmują zabarwienie Gram'a, lecz od wysoku znowu się odbarwiają. Laseczniki nie są ruchome wbrew twierdzeniu niektórych autorów. Przeciwnie, spiryle są bardzo ruchliwe. Barwią się one zwykle słabo, a pod-

ług Gram'a wcale się nie zabarwiają. Liczba oddzielnych obrotów wynosi 3 — 12.

B. fusiformis i *spirochaete* występują niekiedy również w rozmaitych innych cierpieniach gardła, nie mających nic wspólnego z *angina ulcerosa-membranacea*. Autor znalazł je w jednym przypadku odry w małym nalocie na migdale oraz w przypadku *bronchopneumoniae*, w którym na migdale istniały 2 ropne punkciki, wreszcie raz w lekkiej *angina follicularis* w przebiegu szkarlatyny. Omawiane bakterje występują w takich przypadkach zwykle przez czas krótki, a z ich obecności nawet w dużej liczbie nie można jeszcze wyciągnąć żadnych wniosków dyagnostycznych, nie uwzględniając przytem obrazu klinicznego. Tak nierzadko znajdujemy na preparacie *b. fusiform.* i *spiroch.* w prawdziwych przypadkach błonicy lub torebkowego zapalenia gardzieli, najczęściej jednak w niewielkiej liczbie.

We wszystkich tych przypadkach wzmiankowane drobnoustroje nie mają najpewniej żadnego znaczenia etiologicznego.

Po za tem autor znalazł jeszcze spiryle w kilku innych przypadkach, między innymi w jednym przypadku *otitidis mediae perforativae* z cuchnącą wydzieliną.

Fakt ten autor stawia w związku z zaobserwowaną przez siebie zależnością nieprzyjemnej woni z ust w *angina ulcerosa-membranacea* od obecności spiryl: zniknięcie woni zbiegało się w czasie ze zniknięciem spiryl w preparatach mikroskopowych. Jeszcze bardziej utwierdza autora w tem mniemaniu okoliczność, że w tych przypadkach, w których udało mu się wyhodować *bac. fusiformem*, hodowle nigdy nie odznaczały się wybitniejszym zapachem.

Dotychczas nie udało się wyhodować *spirochaete* na żadnym podłożu. Co się tyczy lasecznika wrzecionowatego, to na zwykłych stałych podłożach udaje się niekiedy otrzymać rozrost tegoż (w wodzie kondensacyjnej). Autor podaje nadto metodę, za pomocą której stale udawało się otrzymać las. wrzecionowatego w dużej ilości. Metoda polega na zastosowaniu, jako odżywki, wyjałowionej ludzkiej śliny. Wyhodowane na tem podłożu laseczniki wrzecionowate mają bardzo charakterystyczny układ kiściasty. Laseczniki leżą często jeden na dru-

gim lub obok siebie, tworząc figury X lub V, albo też układają się w postaci promieni. Laseczniki szczególnie skupiają się w sąsiedztwie małych kłaczek śluzu lub nabłonka i często do nich przylegają.

Otrzymane hodowle lasecznika wrzecionowatego nie są czyste, gdyż znajdujemy tam także domieszki koków. Drugie pokolenie laseczników rozmnaża się jeszcze dość obficie, ale już w 3-ciem spostrzegamy znaczne osłabienie wzrostu. Już po 5 dniach tracą one tu zdolność rozmnażania się i nie mogą być dalej przeszezpiane.

Nad kwestyą chorobotwórczości *b. fusiformis* i *spirochaete* pracowali już NICLOT i MAROTTE. Badacze ci wstrzykiwali wzmiankowane drobnoustroje pod skórę, do mięśni i do jamy otrzewny. Otrzymywali przytem ropnie z typowo cuchnącą ropą, w której te drobnoustroje były obecne. Podobne wyniki otrzymał także GRAUPNER.

Klinicznie dotychczas nie znamy ani jednego przypadku bezpośredniego przeniesienia zapalenia wrzodziejąco-błoniastego ze zdrowego na chorego. Przypadek PLAUT'a nie jest przekonywający. Dodać tu należy, że w wielu przypadkach owrzodzeń migdałków, w których niema ani gruźlicy, ani przymiotu, ani raka, nie znajdujemy *b. fusif.* i *spirochaete*. W takich przypadkach znaleźć możemy *staphylococcum* albo inne drobnoustroje.

Celem przekonania się o zaraźliwości *anginae ulcerosae-membranaceae* autor dał sobie wetrzeć w migdałek podniebienny nalot z jednego przypadku *ang. ulc. membr.* w tym okresie, gdy istniały jeszcze bardzo liczne laseczniki i spiryle. Wynik był zupełnie ujemny. Drugie takie doświadczenie nad studentem dało również wynik ujemny. Dalsze doświadczenia polegały na wprowadzeniu hodowli zwierzętom do jamy otrzewny. Rozwinęło się zapalenie ropne, lecz w wydzielinie znaleziono tylko kokki, szczególnie diplokoki bez *b. fusiformis* i *spirochaete*.

Ważna jest kwestya mieszanego zakażenia *anginae ulcerosae-membranaceae* z błonicą. Możliwości takiego mieszanego zakażenia początkowo zaprzeczano (VINCENT i inni). Istnieje jednak cały szereg spostrzeżeń, w których autorzy (BERNHEIM, STÖCKLIN, BARON, BEITZKE, MAFAN i GROSS) znajdowali w nalotach laseczniki

LÖFFLER'a. W przypadku BEITZKE'go laseczniki LÖFFLER'a okazały się jadowite dla świnek morskich, podczas gdy inni badacze spostrzegali nieznaczne tylko objawy chorobowe u zakażonych świnek. Autor (UFFENHEIMER) znalazł w jednym przypadku obok spiryli i laseczników wrzecionowatych liczne typowe laseczniki błonicy. W drugim przypadku udało się autorowi wyosobnić laseczniki pseudoblonicze.

W 2 przypadkach autor wyciął dotknięty owrzodzeniem migdałek w tym okresie, gdy już spiryle pozniwały. Gojenie szło gładko i szybko. Autor jest zdania, że wycięcie migdałków oddaje dobre usługi i skraca ostatni okres zapalenia wrzodziejąco-błoniastego. Operacji nie należy robić, gdy w nalocie są jeszcze obecne spiryle. Ostatnie znajdujemy zawsze w okresie postępowania owrzodzeń, przyczem należy się obawiać, że rana operacyjna mogłaby się zamienić w postępujący wrzód wskutek przeniesienia na nią spiryli.

(Münch. med. Woch. 27 i 28. 1904).

S. P.

146. DECKER. W kwestyi rozpoznawania zwężenia odźwiernika.

Rozszerzenie żołądka zależne jest w przeważnej większości przypadków od zwężenia odźwiernika. Rozpoznanie tego ostatniego jest jednak najczęściej tylko prawdopodobne, lecz nie pewne. Okoliczność ta wstrzymuje nas w wielu razach od zakwalifikowania chorego do wykonania zabiegu operacyjnego z wielką szkodą dla chorego, gdyż jedynie zabieg chirurgiczny uwolnić go może od wszystkich dolegliwości i cierpień. Przy rozpoznawaniu zwężenia odźwiernika kierujemy się zwykle następującymi danymi: wywiadami, które wspominają o byłych krwotokach żołądkowych oraz innych objawach wrzodu żołądka; występowaniem widocznych ruchów robaczkowych i przeciwrabczkowych (prężeniem żołądka) w okolicy żołądka, wyczuwalnym odźwiernikiem, silnymi i długo trwającymi wymiotami, brakiem żółci w wymiocinach i płynie, użytym do przemywania żołądka, uporczywym zaparciem stolca i zmniejszonym wydzielaniem moczu. Bardzo ważną oznaką zwężenia *pylori* jest zaleganie zawartości w żołądku, co łatwo stwierdzić możemy za pomocą zgłębnika.

Niewątpliwie wywiady, wspominające o zaślężonych krwotokach żołądkowych lub czarnych,

dziegiowych wypróżnieniach, mają wielką wartość rozpoznawczą. Wiemy jednak, jak często wrzód żołądka przebiega bez tych objawów i wogóle przy objawach tak słabo wyrażonych, że nie budzą bynajmniej podejrzenia istnienia wrzodu w żołądku. Występowanie widocznych ruchów robaczkowych żołądka w związku z obfitymi wymiotami uważać można za pewną oznakę zwężenia odźwiernika. Objaw ten występuje jednak tylko wtedy, gdy żołądek zachował jeszcze swą zdolność ruchową, jak to bywa szczególnie przy ostro rozwijających się zwężeniach. Przeciwnie zaś, przy dłużej trwających i zwolna rozwijających się zwężeniach odźwiernika sprawność ruchowa żołądka stopniowo obniża się, tak, że wzmożona perystaltyka już więcej nie występuje. Przypadki z wzmożoną perystaltyką dają o wiele lepsze rokowanie po operacji, niż przypadki drugiej kategorii.

Wymioty występują zazwyczaj tylko w przypadkach ze znacznym zwężeniem odźwiernika. Gdy zwężenie jest nie wielkie, wymioty przy ostrożnej diecie mogą się nie zjawiać albo też występują po długich przerwach. Przypadki takie dają obraz kliniczny, zbliżony do przewlekłego nieżytu żołądka. I w tym okresie choroby bardzo ważne jest rozpoznanie istnienia przeszkody mechanicznej w części odźwiernikowej żołądka. Przy przemywaniu żołądka naczeczko znajdujemy często w podobnych przypadkach wszystkiego kilka łyżek resztek pokarmowych. Pamiętać jednak należy, że zaleganie zawartości żołądka utrzymuje odźwiernik w stanie ciągłego podrażnienia i prowadzić przez to może do powtarzających się krwawień, już pomijając to, że zabliznianie się wrzodu sprowadza coraz silniejsze zwężenie odźwiernika. Czy przy takich zwężeniach lekkiego stopnia należy operować? Autor jest zdania, że leczenie zachowawcze zastosować wolno jedynie w takich przypadkach, w których możemy mieć pewność, że chory sumiennie wypełniać będzie wszystkie przepisy dietetyczne, w przeciwnym zaś razie należy zalecić zabieg operacyjny. Do wczesnej operacji skłonić nas może także wzgląd na możliwość powstania sprawy złośliwej (raka) na dnie starego wrzodu. O skuteczności stosowania oliwy podług przepisów COHNHEIM'a (3 razy dziennie po 50 ctm. sz. oliwy na godzinę przed każ-

dym posiłkiem) w przypadkach zwężenia odźwiernika autor nie mógł się przekonać.

Wychudnięcie, zmniejszenie wydzielania moczu, uporczywe zaparcie stolca, brak odpływu żółci do żołądka: wszystkie te objawy mają znaczenie podrzędne i potwierdzają tylko rozpoznanie, zrobione na zasadzie innych objawów.

Co do wyczuwalnego guza w części odźwiernikowej żołądka, to zauważyć należy, że krytyki nie wytrzymuje zdanie PICK'a, ażeby bez obecności tego objawu nie można było napewno rozpoznać zwężenia odźwiernika. W bardzo wielu przypadkach odźwiernik leży nie w zwykłym miejscu, lecz ukryty jest pod wątrobą i zupełnie niedostępny jest wymacywaniu. To przemieszczenie odźwiernika uwarunkowane jest najczęściej przez zrosty żołądka z wątrobą (*perigastritis*). Dokładne badanie polega na rozdzieleniu żołądka i określeniu jego granic, szczególnie zaś położenia dolnej krzywizny.

Stwierdzenie w czym żołądku mniej lub więcej sporych ilości spożytych poprzedniego dnia pokarmów słusznie uważane jest za najważniejszy objaw upośledzonej sprawności ruchowej żołądka. W takich warunkach znajdujemy w żołądku, nawet przy prawidłowej drożności odźwiernika, dość duże niestrawione resztki pokarmowe, gdyż niedostateczne natężenie ruchów robaczkowych nie zdolne jest rozdrobnić zupełnie mas pokarmowych. W przeciwieństwie do tego znajdujemy często przy przemywaniu żołądka naczeczko zupełnie przetrawioną papkowatą miazgę pokarmową. Zjawisko to, na które dotychczas nie zwrócono uwagi, czyni rozpoznanie zwężenia odźwiernika pewnem. Żołądek, którego zdolność ruchowa jest tak wysoka, że w ten sposób przerobić może masy pokarmowe, musi wszak posiadać dostateczną siłę ruchową, ażeby przeprowadzić miazgę do kiszek, skoro tylko w części odźwiernikowej niema żadnej przeszkody mechanicznej. Obwiniać tu niedostateczną sprawność ruchową żołądka nie można.

Niesłusznem byłoby utrzymywać, że tylko w takich przypadkach istnieć może zwężenie odźwiernika. Znajdujemy często zwężenia, przy których zawartość żołądka naczeczko jest mało przetrawiona. Zjawisko to zależy od zwioteczenia mięśni żołądka, które występuje w zastarza-

łych przypadkach zwężenia odźwiernika. Prócz tego gra tu rolę sprawność wydzielnicza żołądka, gdyż w podobnych przypadkach istnieje zazwyczaj zmniejszenie lub brak kwaśności soku żołądkowego (*subaciditas, anaciditas*). Ze stanem tym spotykamy się zwykle w tych razach, gdy na przedniej lub tylnej ścianie żołądka usadowiony jest rak, który przechodzi na odźwiernik i wywołuje zwężenie.

Różniczkowanie zwężenia złośliwego od łagodnego nie napotyka zwykle na większe trudności. Prawidłowy lub nadkwaśny sok żołądkowy przemawia za zwężeniem łagodnym, bezkwaśny — za złośliwym. Zdarzają się jednak przypadki wątpliwe, i w takich razach ogólne wrażenie, wygląd chorego, ma niekiedy większe znaczenie, niż dane badania chemicznego. Dla rozpoznania zwężenia złośliwego ma jeszcze znaczenie obecność wyczuwalnego twardego, nierównego guza. Guz ten jednak, nawet wielkości pięści, może być ukryty pod wątrobą, tak że wyczuć go niepodobna. Z drugiej zaś strony obecność umiarkowanego twardego, nawet nieco nierównego, nie bardzo dużego guza nie świadczy jeszcze o nowotworze złośliwym, gdyż guz taki może być uwarunkowany przez silnie rozwinięty przerost muskulatury części odźwiernikowej żołądka.

Po otwarciu jamy brzusznej znajdujemy niekiedy twarde, nierówny guz w części odźwiernikowej żołądka oraz powiększone gruczoły chłonne w otoczeniu. Rozpoznaje się sprawę rakową i robi się gastroenterostomię. Chory poprawia się coraz więcej, żyje szereg lat bez wszelkich dolegliwości i dostaje się do literatury, jako wyleczony przypadek raka żołądka. Tymczasem jest to zwykły przypadek przerostu odźwiernika z zapalnym obrzmieniem okolicznych gruczołów chłonnych. Bez badania drobnostkowego rozpoznać raka w takich razach nie wolno. Pytanie, czy w danym przypadku istnieje zwężenie złośliwe, czy łagodne, ma dla chirurga znaczenie o tyle, że po otwarciu jamy brzusznej musi zdecydować się na wybór zabiegu: czy zastosować rezekeję, czy też gastroenterostomię? W przypadkach nowotworu rezekeja daje trwalsze wyniki, podczas gdy w razie istnienia zwężenia łagodnego pierwszeństwo należy się gastroenterostomii.

Zwrócić należy uwagę jeszcze na jeden objaw, który w razie bezskuteczności zastosowa-

nego leczenia budzić musi podejrzenie, że istnieje zwężenie odźwiernika: jest to wzmożone wydzielanie soku żołądkowego (*hypersecretio*) z nadkwaśnością lub bez niej, połączone z codziennymi, obfitymi wymiotami. W 2 takich przypadkach autora wykonana została operacja, która potwierdziła rozpoznanie i sprowadziła zupełne wyleczenie. Hipersekrecja w tych razach zależy od ciągłego drażnienia nerwów wydzielniczych żołądka przez stagnującą zawartość tegoż.

Co do stosunku rozszerzenia żołądka do zwężenia odźwiernika, zauważyć należy jeszcze, co następuje. W większej części przypadków, w których istnieje przeszkoda mechaniczna w okolicy odźwiernika, niezależnie od tego jaka jest natura tej przeszkody (wrzód, skurcz odźwiernika, załamanie lub zrost), rozwija się wtórne rozszerzenie żołądka. Dzieje się jednak tak tylko wówczas, gdy zwężenie jest starej daty, gdy chory dużo je i stosunkowo mało wymiotuje. Gdy jednak chory jest wstrzemięźliwy, stosuje się ściśle do przepisów dyetetycznych, a pomimo to często wymiotuje, rozszerzenie żołądka nie rozwija się. Możemy uważać za przesadne i niezgodne z rzeczywistością zdanie niektórych autorów, którzy utrzymują, że każde rozszerzenie żołądka zależne jest od zmniejszenia drożności odźwiernika. Pewnym jednak jest, że tak bywa w przeważającej większości przypadków. Skutkiem tego uprawnieni, a nawet obowiązani jesteśmy wykonać próbne cięcie brzuszne w tych przypadkach rozszerzenia żołądka, w których leczenie wewnętrzne nie dało pomyślnego wyniku.

(Münch. med. Woch. 28 1904).

S. P.

147. J. FEYER. O zatruciach przetworami wilczej jagody w praktyce okulistycznej.

Zanotowawszy, że atropina, stosowana miejscowo w postaci wkraplań do oka, już w minimalnych ilościach wywołuje niekiedy silne kataralne zapalenie łącznicy, nieraz nawet z obrzękiem powiek, i że te objawy nie dają się objaśnić inaczej, jak szczególną jakąś idiosynkrazją chorego albo też zanieczyszczeniem użytego preparatu, autor przechodzi do właściwego tematu swej pracy.

Zatrucie przetworami wilczej jagody powstaje w dwojaki sposób: albo drogą wkraplań

atropiny do oka albo też drogą wewnętrznego ich stosowania.

Przy ostrem zatruciu tą czy ową drogą o-bok objawów ze strony *sensorium* (rozdrażnienie, omamy, bredzenie) i serca, ze strony oczów przedewszystkiem zauważyć się dają zmiany wzroku, spowodowane niedowładem *m. sphincteris iridis* i *m. ciliaris*. Żrenica rozszerza się, tęczęwka przestaje oddziaływać na światło, chory widzi niewyraźnie, jakby przez mgłę; wskutek niedowładu *m. ciliaris*, względnie napięcia *zonulae Zinni* staje się nadwzrocznym—zbliska może rozróżniać większe litery jedynie za pomocą szkieł wypukłych (3—5 D). Widzenie na odległość pozostaje normalnem albo też wymaga korekcyi słabemi szklami wypukłemi. Zupelne zaniewidzenie bardzo rzadko jedynie się zdarza.

Interesujące są te przypadki, w których lekarz, wezwany do chorego, znajduje ze strony oczów objawy wyżej wymienione, których przyczyny jednak na razie trudno się doszukać. Raz np. u chorego kolegi autor znalazł widzenie jakby przez mgłę, porażenie akomodacyi i t. d., przy braku jakichkolwiek zmian patologicznych w oku. Po skrupulatnych wywiadach okazało się, że przyczyną tych objawów był proszek, zawierający *Extr. Bellad.* (*Extr. Bellad.* 0,1 + *Natr. hydrocarb.* 5,0 + *Pulv. r. Rhei* 5,0), który chory ze względu na przypadłości żołądkowe przyjmował szczyptami.

Innym znów razem u chorej, która nagle zaniewidziała, a u której badanie oftalmoskopowe wykazało normalny stan oka, przyczyną nagłego zaniewidzenia okazał się również wyciąg wilezej jagody, który chora przyjmowała w proszkach (*Extr. Bellad.* 0,6 + *Bismuth. subnit.* 10,0 *Div. in dos.* 20. S. 3 proszki na dzień), zaleconych jej z powodu wrzodu okrągłego żołądka.

W obydwóch więc tych przypadkach trujące działanie Belladonny ograniczyło się do oka i w obydwóch ustąpiło wraz z jej usunięciem.

Belladonna, *resp.* atropina działa porażająco na zakończenia nerwów. W przytoczonych więc przypadkach substancya trująca, wessana w żołądku, podziałała na wewnętrzne mięśnie oka albo raczej na ich nerwy, nie powodując żadnych zaburzeń ze strony *sensorium*, serca lub oddechania. W przypadku drugim po wy-

łączeniu histeryi, białaczki i mocznicy nie pozostawało żadnej wątpliwości, że ona to właśnie była jedyną przyczyną wymienionych objawów, tembardziej że wraz z usunięciem jej z organizmu objawy te też szybko ustąpiły. Dłaczego trucizna wywołała jedynie zaburzenia ze strony oka, szcędząc inne narządy, objaśnić trudno; należy więc chyba przypuszczać, że oko pod tym względem stanowi *punctum minoris resistentiae*.

W danym przypadku autor skłonny jest przypisać przemijającą ślepotę albo ostrym zmianom zapalnym nerwu wzrokowego (*interstitielle Entzündung*), albo też zaburzeniom cyrkulacyjnym w nim (*anaemia, oedema nervi optici*), przyczem przewodnictwo nerwu na krótki czas jedynie uległo zawieszeniu.

W drugiej kategorii przypadków zatrucie powstaje przy wkraplaniu atropiny do oka. U chorej, u której zastosowano je z powodu ekskoryacji na rogówce i bólów, niemi spowodowanych, na drugi dzień nagle pojawiły się przypadłości ostrego zatrucia atropiną: niepokój, suchość w gardle, czerwoność twarzy, omamy, tętno 130. Po podskórnem zastrzyknięciu 0,02 morfiny objawy te szybko ustąpiły.

Autor bardzo powątpiewa, aby przy wkraplaniu roztworu atropiny trochę żeń przez kanaliki łzowe miało się dostać do nosa i tą drogą uleść wessaniu. Sądzi on, że przyczyną wspomnianych oójawów otrucia była raczej szczególna idiosynkrazia pacyentki względem atropiny, co wogóle stosunkowo dość często spostrzegać się daje. Na poparcie tego twierdzenia przytacza fakt, że dziecko, któremu wkraplano atropinę do oka, za każdym razem po wkropleniu skarżyło się na uczucie silnej suchości w gardle, co zmuszało do wielkiej ostrożności w stosowaniu tego leku.

Wreszcie zwraca uwagę, że atropina należy do środków, które lekarz nieraz bywa zmuszony wydawać chorym na ręce, i że z tego powodu też często zdarzają się przypadki otrucia wskutek nieoględnego lub mylnego jej stosowania.

Zdarzały się też przypadki, gdzie przez pomyłkę zastrzykiwano pod skórę atropinę zamiast morfiny, powodując objawy otrucia.

(Berlin. klin. Wochenschr. N. 32. 1904 r.).

F. Gr.

148. J. G. REY. **Enuresis u dzieci.**

Ssawey do końca pierwszego roku życia czy to w dzień, czy w nocy, oddają mocz bezwiednie. U dzieci do końca drugiego roku spostrzega się to jedynie w nocy. U dzieci, które chorowały na zaburzenia trawienia, stan taki przeciąga się po za drugi rok. Wogóle jednak do lat dwóch moczoceki uważa się za leżący w granicach fizyologicznych—po za tym okresem stanowi on już objaw chorobowy. Z zakresu niniejszej pracy wyłączają się wszelkie przypadki *incontinentiae*, powodowane chorobami mózgu, rdzenia, *Athyreosi*, *Infantilismo* a także spostrzegane u idiotów.

Zapatrywania na przyczyny tego zaburzenia są podzielone. Jedni uważają je jedynie za zбочenie czynnościowe narządu moczowego u zdrowego skądinąd dziecka, inni widzą w niem wyraz rozmaitych stanów patologicznych—inni wreszcie zajmują tu stanowisko pośrednie, uznając obie te możliwości.

Autor jest zwolennikiem zapatrywań drugiej grupy, t. j. objaw omawiany uważa za zaburzenie, mające podłoże patologiczne, zastrzegając się jedynie, że liczne bywają przypadki, gdzie zaburzenie to, choć istnieje, przy powierzchownem badaniu jednak zwykle się przeocza. Twierdzenie to popiera wynikami badań 52-ch przypadków moczoceku, w których przy skrupulatnem badaniu zawsze wykazać się dawały albo patologiczne zmiany w narządzie moczowym, albo przynajmniej mocz o silnie drażniących błonę śluzową pęcherza i cewki własnościach. Po za tem autor nie zaprzecza, że pewne momenty nerwowe, psychiczne (osłabienie woli) wpływ swój na omawiane zaburzenie wywierają, lecz zarazem utrzymuje, że wpływ ten pojmować należy w ten sposób, że przy jeszcze istniejącem zapaleniu pęcherza lub przy pewnej drażliwości tegoż, pozostałej po zapaleniu, odgrywają one więcej rolę czynników sprzyjających, niż powodujących, a nawet że bywają one nie tyle przyczyną, ile raczej skutkiem długiego trwania sprawy patologicznej.

U dzieci, dotkniętych moczocekiem, bardzo często wykazać się daje cierpienie narządu moczowego—zwłaszcza pęcherza, zależne od infekcyi *bact. coli*—co najczęściej miewa miejsce w przebiegu *colienteritidis*. Ponieważ jednak takie cierpienie pęcherza nie wyraża się wybit-

nemi przypadłościami subiektywnemi, więc też najczęściej uchodzi uwagi. W 19-u z 52-ch badanych przez siebie przypadków autor w świeżo wypuszczonym moczu stwierdzał mocne i znamienne jego zmętnienie, zależne od wielkiej obfitości w nim *bact. coli* (a według MELLIN'a także i *staphylococci albi*). W moczu takim, prawie że niezawierającym komórek ropnych—bakterye, zmętnienie owo powodujące, występują w postaci drobniutkich kłaczek, które okazują się jedynie czystymi hodowlami *bact. coli*. Kłaczki te przy przechodzącem świetle przedstawiają się w postaci zlekka opalizujących ziarenek. Przy centryfugowaniu opadają one bardzo wolno na dno. Mocz ma odczyn bardzo kwaśny i nieprzyjemny mdły zapach. Cierpienie takie jest bardzo uparte, trwa nieraz lata—i zwykle dopiero po długiem podawaniu salolu i przy odpowiedniej dyecie (mlecznej) z trudnością jedynie ustępuje. Taka *colicystitis* szczególnie często zdarza się u dziewczynek i powoduje mizerny ich wygląd.

Oprócz takiej utajonej postaci *colicystidis* moczoceki wywołuje też i zwykła kataralna postać *cystidis*, jaka często się zdarza u źle odżywianych lub przekarmianych, a zwłaszcza krzywiczych dzieci. Lecz i tu objawy ze strony pęcherza też pozostają niewyraźnymi i ograniczają się najczęściej do obecności w moczu niewielkiej ilości śluzu, komórek nabłonkowych i przejściowego pojawiania się białych ciałek krwi. Od czasu do czasu mocz bywa nawet zupełnie czysty.

Przy tak zwanej zaś kwaśnej skazie (*Säureintoxication des Organismus*), w moczu obficie pojawiają się łatwo ulegające rozkładowi połączenia amoniakalne. Mocz taki, wskutek żrącego działania swojego, powoduje ekskoryacje na *praeputium* i skórze pośladków, silnie drażni błonę śluzową pęcherza, a zwłaszcza jego szyi i na tej drodze staje się przyczyną moczoceku. I tutaj u ssawców i małych dzieci podawanie salolu, obok stosownej diety, usuwa często gwałtowne przypadłości albo przynajmniej znacznie je łagodzi. Z liczby wspomnianych 52-ch przypadków moczoceku—24 (z tych 17 u chłopców) spowodowanych było właśnie omawianemi amoniakalnemi właściwościami moczu. Mocz taki znamionuje się ostrym amoniakalnym zapachem i łatwo ulega rozkładowi.

Przyczyną moczoćcieku może być *phosphaturia*. Tej kategorii przypadków autor widział trzy: jeden u chłopca, dwa u dziewcząt (10-cio i 15-letniej). Mocz u chłopca od czasu do czasu bywał zupełnie mętny, mleczny; męt po krótkim odstaniu się moczu opadał na dno w postaci białego osadu. Pozatem u wszystkich trojga mocz wydzielal się względnie przezroczystym z drobnymi, punkcikowatymi kłaczkami, jak przy wspomnianej wyżej postaci *colicystidis*. Kłaczkami te bardzo szybko tworzyły biały osad, w którym mikroskop wykazywał bardzo liczne trumienkowate kryształki tripelfosfatów. Tu więc, zdaje się, że fosfaturia bądź to przez silną koncentrację moczu, bądź też przez drażnienie wprost owymi kryształkami (?) była powodem enurezy, lata całe trwającej (dziewczyny 10—15-letnie).

W jednym wreszcie przypadku przyczyną enurezy u trzyletniego chłopca było obfite wydzielanie się kwasu moczowego, które ujawniało się obfitem osadzaniem się kryształków jego po dodaniu kwasu solnego.

Zauważyć należy, że moczoćciek we wszystkich wspomnianych wyżej przypadkach, spowodowanych bądź to sprawą patologiczną pęcherza, bądź też jedynie jego podrażnieniem, łagodnieje podczas suchej i ciepłej pory roku i—przeciwnie—potęguje się w zimnej i wilgotnej porze, a zwłaszcza w listopadzie.

Dalej godnem jest uwagi, że raz przebyte cierpienie pęcherza moczowego pozostawia pewną drażliwość jego, co wyraża się skłonnością do nawrotu przy łada powodzie.

Wreszcie autor notuje tu 3 przypadki, w których moczoćciek, od którego dzieci się już uwolniły, powrócił wskutek drażnienia wydzielaną tłuszczową (*smegma*), która zbierała się pod *praeputium* w *corona glandis*, oraz dwa przypadki, spowodowane drażnieniem ze strony glistnicy robaczkowej (*oxyuris vermicularis*) w znacznej ilości.

(Berlin. Klin. Wochenschr. N. 35—1904 r.)
F. Gr.

149. ZAUDY. Erythrocytosis (hyperglobulia) cum splenomegalia.

Przypadek, spostrzegany przez autora, ślanowi dotychczas *unicum* w piśmiennictwie. Dotyczy on kobiety, 28 lat mającej, która skarżyła się na bóle brzucha, i którą traktowano, jako do-

tkniętą wrzodem żołądka. Przy badaniu autor zauważył olbrzymie powiększenie śledziony, która była umiarkowanie twarda i bardzo bolesna na ucisk. Chora zeznała, że już przed 8 laty, po gorączce gastrycznej, lekarz stwierdził u niej powiększoną śledzionę. Przy wywiadach okazało się dalej, że chora skłonna jest do obfitych krwawień (z dziąseł, macicy), lecz już od pewnego czasu krwawień nie miała. W ostatnich czasach nieraz się zdarzało, że chora ukłuła się w palec, przyczem krwawienie natychmiast ustawało. Hemofilii w rodzinie nie było. Ukłucie w palec, wykonane celem zbadania krwi, wykazało, że krew była gęsta, szybko krzepła i posiadała niezwykle wysoką siłę barwiącą, co najmniej 100% podług TALLQUIST'a. Liczba białych ciałek krwi wynosiła około 18000, liczba zaś erytrocytów — 9,400,000, a więc dwa razy tyle, co w warunkach prawidłowych u kobiet. Podjęte w kilka dni później badanie krwi dało 9 i 9½ miliona czerwonych krążków. Czerwone krążki były wogóle niezmiennione: nie było makrocytów, mikrocytów, poikilocytów, ani też erytroblastów (zawierających jądro czerwonych krążków krwi). Krew, oglądana w kropli wiszącej, nie okazywała zwiększonej zawartości tłuszczu i włóknika; czerwone krążki układały się w rolki. Przy późniejszym badaniu niektóre erytrocyty miały kształt gruszkowaty i różniły się nieco wielkością.

Wygląd chorej był kwitnący. Śladu sinicy nie udało się zauważyć. W narządach nie nieprawidłowego nie znaleziono: nie było obręzków, wyczuwalnych gruczołów, powiększenia wątroby, białkomoczu, bolesności w kościach, gorączki i t. d. Wrzód żołądka należało również wyłączyć, gdyż chora mogła zaraz po pierwszym badaniu spożywać befsztyki, kartofle, sałaty i t. d.

Hyperglobulia spostrzega się wogóle niezrządco. Widujemy ją często we wrodzonych wadach serca.

Przypadek podobny do powyższego ogłosił niedawno COMINOTTI. Liczba erytrocytów nie przewyższała tu 7½ mil., zawartość hemoglobiny nie była wyższa, niż w normie. Powiększoną śledzionę wycięto, i chora po kilku tygodniach zmarła na posocznicę. Przypadek OSLETT'a różni się od przypadku ZAUDY'ego obecnością sinicy.

W przypadku autora uderzające jest znaczne powiększenie śledziony. Mimowoli przychodzi na myśl możliwość związku hyperglobulii ze splenomegalią. Wiemy wszak, że funkcyja śledziony polega między innymi na niszczeniu czerwonych krążków krwi. Otóż autor w następujący sposób przedstawia sobie patogenezę wzmoczonej liczby czerwonych krążków krwi w swoim przypadku. Chora miała przed 8 laty gorączkę gastryczną, być może zatem, lekki tyfus brzuszny. Śledziona mogła potem zostać powiększona, jak to się dość często spostrzega, skutkiem czego lekarz mógł po pewnym czasie jeszcze stwierdzić powiększenie tego narządu. W następstwie powiększenia śledziony, być może, także wskutek *perisplenitis* lub innej sprawy zapalnej, względnie zrostów, żyła śledzionowa mogła zostać uciśnięta, i w ten sposób powstała odosobniona zastoinowa śledziona. Wskutek tego zastoju funkcyja śledziony, polegająca na niszczeniu czerwonych krążków krwi, została upośledzona. W ten sposób możnaby sobie wytłumaczyć wzrost liczby erytrocytów, nie uciekając się do przyjęcia wzmoczonego nowotworzenia tych składników krwi.

(Münch. med. Woch. N. 27. 1904).

S. P.

150. G. FLATAU. Zapalenie nerwu wzrokowego w paratyfusie.

Laseczniki paratyfusowe różnią się od laseczników tyfusowych EBERTH'a zarówno pod względem morfologicznym, jak i biologicznym. Do rozpoznawania różniczkowego służą własności hodowli oraz odczyn WIDAL'a. Odróżnić tyfus od paratyfusu na mocy danych czysto klinicznych, bez uciekania się do badania bakteriologicznego i serodyagnostyki, niepodobna. W przebiegu paratyfusu nie spostrzegamy ani jednego objawu, któryby nie występował także w tyfusie. Skutkiem tego podział chorych tyfusowych na prawdziwych tyfusowych i paratyfusowych ma znaczenie tylko naukowe, nie zaś praktyczne; z poznania paratyfusu nie wynikły dla lekarza praktyka żadne nowe zadania lecznicze. Podług dość rozpowszechnionego poglądu, różni się tyfus od paratyfusu pod względem prognostycznym, gdyż paratyfus ma dawać pomyślniejsze rokowanie. Podobieństwo, identyczność niemal przebiegu

klinicznego tyfusu i paratyfusu przejawia się także w tem, że rzadko zdarzające się powikłania pierwszego przytrafić się mogą także w przebiegu paratyfusu.

Za doskonałą ilustrację tego służyć może spostrzeżenie autora, dotyczące młodej kobiety, która przywieziona została do kliniki (w Kielu) z ciężkimi objawami tyfusowymi: zamroczeniem świadomości, bólami głowy, silną gorączką (39,8°), osłabieniem czynności serca przy tętnie 120 i sinicy, obfitą różyczką, popękaniami wargami, silnie obłożonym językiem, rozlanym niezłym oskrzeli, nieco wzdętym brzuchem i przelewaniem w okolicy biodrowo-krzyżowej, płynnymi grochówkowatymi wypróżnieniami, powiększeniem śledziony, dodatnim odczynem dyagnostycznym oraz poczynającą się odleżyną. Odczyn aglutynacyjny dał możność rozpoznania tego przypadku, jako paratyfusu (B).

Badanie za pomocą wziernika ocznego stwierdziło przekrwienie tarczy, zatarcie brzegu tejże ze strony nosowej, silnie napelnione i wężykowato przebiegające żyły, a zatem oznaki *neuritidis opticae*. Chora po oprzytomnieniu utrzymywała, że widzi, jak przez mgłę. Po jakichś 2 tygodniach objawy zapalenia nerwu wzrokowego znikły. W omawianym przypadku *neuritis optica*, czyli podług GRAEFE'go *neuritis descendens*, była obustronna.

O częstości występowania tego powikłania w tyfusie dają pojęcie cyfry UHTHOFF'a: na 253 przypadki *neuritidis opticae* w następstwie chorób zakaźnych w 17 przypadkach zapalenie to wystąpiło w tyfusie. GROENOUW zebrał z literatury wszystkiego 20 przypadków tyfusowego zapalenia nerwu wzrokowego. W większości przypadków powikłanie to występuje w 2—3-cim tygodniu choroby, wywołuje mniejsze lub większe obniżenie siły wzroku, niekiedy wybroczy ny w siatkówce, wylew krwi do pochwy nerwu wzrokowego, wreszcie częściowy lub zupełny zanik tego nerwu. Według poszukiwań doświadczalnych ROSENBERG'a, który wstrzykiwał królikom do przestrzeni podpajęcznej toksyny tyfusowe i w ten sposób wywoływał zapalenie nerwu wzrokowego, powikłanie to uwarunkowane jest bezpośredniem działaniem jadu tyfusowego na nerw wzrokowy. Ta sama przyczyna działa prawdopodobnie także w paratyfusie.

Jak często występuje *neuritis optica* w paratyfusie, okazał dopiero przyszłe badania.

(Münch. med. Woch. N. 24. 1904).

S. P.

151. W. H. THOMSON. **Możliwa przyczyna tętna o wysokim napięciu w zapaleniu nerek.**

Autor jest zdania, że tętno o wysokim napięciu, jako jeden z najstarszych objawów spraw chorobowych w nerkach, *ex re* wczesnego bardzo występowania swojego nie może być zrazu następstwem strukturalnych zmian ścian tętniczych — podobnie jak skurez mięśnia nie jest jeszcze wyrazem strukturalnych zmian w nim; że istnieje potężny czynnik, który po za wpływem na nerwy, zwężające naczynia, działa wprost na tkankę mięśniową tych ostatnich. Za przyczynę więc tego objawu uważa obecność we krwi jakiejś sybstaneyi, oddziaływającej szczególnie podrażniająco na ściany naczyń, *resp.* ich warstwę mięśniową i pobudzającej ją do skurezu, trwającego tak długo, jak długo owa substancja znajduje się w krwiobiegu. To też w licznych przypadkach zapalenia nerek, bądź to ostrego, bądź też przechodzącego następnie w chroniczne, stwierdzał on ustawicznie istnienie wysokiego napięcia w tętnicach w ciągu całego przebiegu choroby; jeśli następowało wyzdrowienie, to z pomiędzy ustępujących objawów ten z kolei bywał zawsze ostatni.

Zastanawiając się nad zmianami patologicznymi ścian naczyń, spowodowanymi *endarteritide, deg. atheromatosa*, autor dochodzi do wniosku, że nie są one przyczyną, lecz raczej skutkiem spotęgowanego ciśnienia. Patologiczne zgrubienie ścian naczyń a zwłaszcza drobniejszych tętnic, stawiając przeszkodę obiegowi krwi, powoduje wzmożenie ciśnienia, lecz pamiętać tu należy, że zmiany te strukturalne w ścianach pojawiają się dopiero następczo.

Oczywiście przeszkoda dla krwiobiegu, spowodowana ogólnym zwężeniem tętnic i tętniczek, musi z kolei wywołać niezmiernie spotęgowaną czynność lewej komory serca. To też autorowi nieraz udawało się wykazać najbardziej typowe objawy ostrego rozszerzenia serca przy wysokim napięciu w tętnicach, które, choć zwężone t. j. skurczone (*contracted*), pozostawały jednak zupełnie gładkimi. W jednym z najbardziej wybitnych przypadków tego rodzaju — najstaranniejszym badaniem i obmacy-

waniem dostępnych tętnic nie można było wykazać najmniejszych śladów wężkowatości albo innych zmian miażdżycowych.

Jakiej natury jest ów czynnik, powodujący zwężenie naczyń, czy wytwarza się on w samych nerkach, czy też w innym jakim narządzie — jak dotąd, pozostało niewyjaśnionem. Autor jest skłonny do przypuszczenia, że niepoślednią tu rolę może odgrywać wewnętrzna wydzielina nadnerczy, które ze względu na położenie anatomiczne w tak bliskim znajdują się związku z nerkami. Toć wyciąg nadnerczy w minimalnych już ilościach (około $\frac{1}{1000}$ grana) wywołuje ogólne zwężenie (*contractio*) tętnic. Nadto powszechnie zgadzają się na to, że adrenalina nie działa na naczynia za pośrednictwem nerwów, lecz że działa wprost na ich muskulaturę — oraz że działanie jej nie ogranicza się na muskulaturze ścian naczyń, lecz wogóle rozszerza się nawet na mięśnie ustroju.

(Med. Rec. N. 1763. 1904 r.).

F. Gr.

152. A. ABRAMS. **Odruch żołądkowy i opukiwanie żołądka.**

Rozmaite są sposoby określenia pojemności i kształtu żołądka, lecz są one albo niedokładne, albo zbyt skomplikowane. Do celów dyagnostycznych wystarcza najczęściej określenie granic wielkiej krzywizny żołądka, lecz okazuje się ono trudnem ze względu na to, że odgłos wypukowy żołądka nie różni się od odgłosu wypukowego sąsiednich kiszek, a zwłaszcza *coli*. Daje się jednak ono osiągnąć przy posługiwaniu się odruchem żołądkowym.

W tym celu opukujemy silnie młotkiem po plesymetrze okolicę brzucha, odpowiadającą przestrzeni TRAUBE'go, która prawidłowo daje odgłos wypukowy bębnekowy z powodu znajdującej się tu *partis cardiacae ventriculi*. Następnie przechodzimy szybko do opukiwania przedniej powierzchni żołądka — przyczem otrzymujemy odgłos wypukowy przytłumiony lub przytłumiono-bębnekowy, znamienne odgraniczający żołądek od części sąsiednich o czysto bębnekowym odgłosie wypukowym. Otóż to przytłumienie odgłosu wypukowego, wywołane wstrząśnieniem perkusyjnym w przestrzeni TRAUBE'go, stanowi właśnie odruch żołądkowy (właściwiej, zależne jest od tegoż).

Odruch ten trwa nie długo—pół do jednej minuty, i dlatego należy się bardzo spieszyć z określeniem granicy żołądka. Jeśli jednak nie zdążyło się, i odruch minął, to tenże w sposób, powyżej opisany, znów wywołać można. Uderzenie epigastrii młotkiem albo palcami odrazu objaw ten odruchowy usuwa.

Odruch ten można też wywołać bez posługiwania się młotkiem i plesymetrem — wprost uderzając płaską powierzchnią palców przykniętej ręki w okolice TRAUBE'go.

W zjawisku odruchu żołądkowego posiadamy nie tylko cenny sposób określenia granicy żołądka, lecz zarazem i ruchowej energii tegoż. Ta ostatnia określa się stopniem przytłumienia odgłosu wypukowego.

Prawidłowo żołądek daje odgłos wypukowy bębnekowy, którego wysokość i charakter ulegają zmianie zależnie od zawartości w żołądku gazów (powietrza) i napięcia ścian. Jeśli z jakiego bądź powodu ściany żołądka ulegają napięciu (skurezowi), to opukiwanie wprawia w drganie nie tylko gazy, w nim zawarte, lecz i ściany jego. Drgania te wzajemnie sobie przeszkadzają, a wskutek tego normalny bębnekowy odgłos wypukowy żołądka ustępuje miejsca odgłosowi bębnekowemu przytłumionemu (według SKODA'Y).

Ponieważ właśnie w odruchu żołądkowym ściany żołądka ulegają skurezowi, *resp.* napięciu, a *eo ipso* gaz, czy też powietrze w nim większemu ciśnieniu — przy zjawisku więc tem mamy wszelkie dane dla przejścia odgłosu wypukowego bębnekowego w przytłumiony.

(Med. Record. N. 1765. 1904 r.).

F. Gr.

153. M. TALON. O siódmym żebrze szyjowym.

Autor opisuje tu dwa przypadki omawianej nieprawidłowości i zarazem przedstawia ich odbitki radiograficzne. Rzecz zasługuje na uwagę chociażby ze względów dyagnostycznych.

W przypadku pierwszym u podstawy szyi danego osobnika (mężczyzny lat 23) na granicy lewej okolicy nadobojczykowej i okolicy tętnicy szyjowej zauważyć się daje lekkie wygórowanie, zmieniające zwykły wygląd tej części ciała. Przy badaniu wyczuwa się guz twardy, trudny do wymacania na całej swej długości, biegnący od dołu ku górze i zdający się wycho-

dzić z kręgosłupa; jest on zupełnie niebolesny, nieruchomy i nieprzyrosły do części sąsiednich.

Radioskopia wykazała, że opisany guz jest t. zw. siódmym żebrzem, biorącym początek w dolnej trzeciej części bocznej powierzchni 7 kręgu szyjowego; w danym przypadku dąży ono ku przodowi, w odległości 12—15 ctm. od miejsca swojego wyjścia łączy się z przednią częścią pierwszego żebra grzbietowego w ten sposób, że nadaje mu postać litery Y.

W przypadku drugim (żołnierz lat 30) guz wyczuć się daje w okolicy nadobojczykowej prawej i wymacać aż do kolumny kręgowej; część jego odśrodkowa okazuje się zlekka ruchomą. Wogóle zachowuje się on biernie i w niczem na ruchy części sąsiednich nie wpływa.

Radiografia wykazuje, że mamy tu do czynienia też z 7 żebrzem szyjowym. W danym przypadku składa się ono z dwóch części, złączonych u zagięcia pasmami włóknisto-chrząstkowymi; część odśrodkowa wnika w tkankę otaczającą i pozostaje ruchomą. Długość całego żebra około 15 ctm.

Zanotowawszy dwa powyższe spostrzeżenia, autor przypomina kilka odmian omawianej nieprawidłowości, a mianowicie:

1) Nadliczbowe żebro od 7 kręgu szyjowego dąży do mostka i utwierdza się pomiędzy obojczykiem i pierwszym żebrzem grzbietowym.

2) Przednia część żebra szyjowego łączy się z chrząstką pierwszego żebra grzbietowego.

3) Żebro składa się z dwóch części — przedniej i tylnej — połączonych pasmami włóknisto-chrząstkowymi (jak w przypadku drugim).

4) Tylny i przedni odcinek istnieją od siebie niezależnie t. j. nie łączą się żadnymi więzadłami.

5) Żebro szyjowe spaja się końcem przednim z pierwszym żebrzem grzbietowym, nadając mu przez to wygląd litery Y z rozwidleniem, zwróconem ku tyłowi (jak w przypadku pierwszym).

(Archives Generales de Medecine. N. 32. 1904)

F. Gr.

154. R. LUNZ. Ona u siedmiolatniego dziecka.

Przypadki dny u dzieci należą do wielkich rzadkości. W literaturze lekarskiej notuje się jeden przypadek TROUSSEAU, jeden COMBY'ego, MINKOWSKI cytuje znanych mu tylko ośm przy-

padków; doliczyć tu jeszcze należy kilka BOERHAVE'a, DEBAULT'a, GAIRDNER'a i wreszcie i tutaj omawiany. Oto i cały materiał znany. Zaznaczyć tu jeszcze trzeba, że wszystkie wymienione powyżej przypadki tyczyły się dzieci od lat 7 do 12. Jeśli więc pominąć nader rzadkie przypadki, które GAIRDNER spostrzegł u ssawców, to chory autora, leżący obecnie lat siedm, a u którego napady dny rozpoczęły się już przed półrokiem, należałby chyba do najmłodszych.

W czasie wymienionym, 2 — 3 razy na miesiąc, śród nocy chłopczyk budzi się z płaczem, narzekając na bóle w rękach i nogach; umiejscowić ich jednak nie potrafi. Pomiędzy napadami bólów czuje się dobrze, względnie jest zdrow, choć w ogóle wątpy, źle odżywiany, z rodziców słabowitych (ojciec zmarł na gruźlicę, matka małokrwista, siostra dotknięta gruźlicą kości, stawów i płuc). Przy badaniu go pewnego rana—po napadzie—można było stwierdzić na stawach międzypalangowych obu rąk (szczególniej jednak 3 i 4 palca lewej ręki) typowe złogi wielkości grochu, jakie się zwykle w subchronicznej postaci dny napotyka. Skóra, pokrywająca stawy, prawidłowa, nie gorąca, brak dolegliwości przy ucisku; ruchy jednak tutaj, czynne czy bierne, nieco bolesne. Na paluchach nóg zmian jakichkolwiek zauważyć się nie daje, ruchy tu jednak, według słów małego pacjenta, mają być zlekka dolegliwe. Pozatem wszystkie narządy prawidłowe, gorączki brak.

Mocz mętny, odczynu mocno kwaśnego, ciężaru właściwego 1023. *Sedimentum lateritium* przy postaniu moczu występuje bardzo obficie. Cukru, białka brak. Badanie drobnowidzowe wykazuje dużo niekryształicznego moczanu sodu oraz kryształków szczawianu wapnia. Wszystko to razem składa się na bardzo interesujący obraz dny.

Godne tu zaznaczenia jest zajęcie sprawą chorobową rąk, z zupełnym prawie pominięciem paluchów nóg.

Leczenie polegało na podawaniu alkaliów w dużych dawkach bez ograniczania przytem i tak już niedostatecznej diety. Przy takim postępowaniu ataki zlagodniały szybko, złogi ustąpiły już w 1½ tygodnia, lecz zupełna poprawa nastąpiła dopiero po wielu tygodniach.

(Deut. med. Wochenschr. N. 33. 1904 r.).

F. Gr.

155. L. EBSTEIN. Hetralina, nowy wewnętrzny antyseptyczny środek moczowy.

Hetralina czyli — ze względu na budowę chemiczną *dioxybenzolhexamethylentetramin* jest derywatem urotropiny. Przedstawia się w postaci śnieżno-białych igiełkowatych kryształków, dobrze przechowujących się na powietrzu, rozkładających się dopiero przy 160° C. Łatwo rozpuszcza się w wodzie i alkoholu—w gorącej wodzie w stosunku 1:4, w zimnej 1:14. Nie ma nieprzyjemnego, a raczej słodkawego smaku. Autor podawał ją w tabletkach, zawierających po 0,5 grm.

Od czasu pojawienia się jej w handlu stosowana była wielokrotnie przez lekarzy w cierpieniach dróg moczowych, a zwłaszcza w zapaleniu pęcherza, którego przyczyny bywały jaknajrozmaitsze (*gonorrhoea*, *hypertrophiea prostatae*, *katheterismus*, *typhus*, choroby mleczna i t. d.)

Autor stosował ją w 10 przypadkach. Z tych w 8 chorzy środek ten przyjmowali chętnie, niepożądanego działania ubocznego zauważyć się nie dawało. Objawy, czy to ostrego, czy też chronicznego zapalenia pęcherza bądź to zupełnie ustępowały, bądź też ulegały znacznej poprawie, bez względu na to, czy mocza oddziaływała kwaśno, czy alkalicznie, czy się miało do czynienia z ludźmi starymi, dotkniętymi chronicznym zapaleniem pęcherza, czy też z diabetykami lub z chorymi tyfusowymi, niem dotkniętymi.

Z przytoczonych przypadków zaznacza szczególnie dwa (*Cystitis* i *Pyelitis*), w których pod wpływem hetraliny gorączka stopniowo się zmniejszała, bóle szybko ustąpiły, i mocza po kilku dniach okazał się już zupełnie czystym, odczynu kwaśnego i bez zawartości białka.

Takoż zachwala działanie jej w jednym przypadku *cystitidis* u chorego, dotkniętego *myelitide*, gdzie przy podawaniu hetraliny—grm. 3,0 *pro die* — objawy zapalenia pęcherza prędko ustąpiły.

W dwóch tylko innych przypadkach hetralina zawiodła. Były to sprawy gruźlicze: w jednym przypadku nerek i jajowodu, w drugim nerek i pęcherza.

W ogóle autor zadowolony jest z otrzymanych wyników, zaleca użycie hetraliny, jako doskonałego antyseptycznego środka moczowe-

go, i twierdzi, że działanie jej jest równoznaczne z działaniem urotropiny, a niekiedy je nawet przewyższa.

(Deut. med. Woch. N. 35—1904 r.).

F. Gr.

156. O. ROSENBACH (Berlin). **Niedomoga sercowa i podskórne zastrzykiwanie morfiny.**

Autor na zasadzie 15-letniego doświadczenia usilnie zaleca stosowanie morfiny, zwłaszcza w postaci podskórnych zastrzykiwań przy groźnych objawach dusznicy bolesnej, ostrego obrzęku płuc, towarzyszących bądź to ostrej, bądź to chronicznej niedomodze serca, i dziwi się, że wielu lekarzy obawia się ordynowania iniekcji jej we wspomnianych przypadkach, aczkolwiek w wewnętrznym jej stosowaniu nie widzą takiego niebezpieczeństwa. Utało się mniemanie, że zastrzyknięcie morfiny przy takich objawach staje się nieraz przyczyną nagłego skonu, że powoduje ono nagle obniżenie ciśnienia krwi, (według doświadczeń na zwierzętach), co ma być przyczyną fatalnego zejścia. Otóż autor zaprzecza takiemu pogładowi i na zasadzie własnego doświadczenia utrzymuje, że ciśnienie krwi nie tylko nie obniża się, lecz przeciwnie, podnosi się, krwiobieg się ożywia; twierdzi, że, jeśli zdarzają się przypadki nagłego skonu po zastrzyknięciu, to z tego nie należy jesz-

cze wnioskować, że *post hoc—propter hoc*. Toć po zastrzyknięciu kamfory też zdarzają się przypadki śmierci, a jednak nikomu do głowy nie przyjdzie—obwiniać o to kamforę.

Na sprawę tę należy się zapatrywać z innego punktu widzenia, a mianowicie, że chory zmarł wskutek choroby, a nie wskutek zastrzyknięcia, albo raczej że zmarł pomimo zastrzyknięcia morfiny.

Autorowi nieraz się zdarzało widzieć, że u chorych z ciężkimi objawami dusznicy bolesnej, obrzękiem płuc, sinicą i nikłym pulsem lekarze nie mieli odwagi zalecić zastrzyknięcia morfiny z obawy mogącego nastąpić nagłego skonu; gdy jednak po naradzie dali się wreszcie przekonać i godzili się na nie, otrzymywano najczęściej doskonałe wyniki.

Wogóle w podobnych razach autor zapatruje się na morfinę w średnich dawkach, jako na środek krzepiący, pobudzający—względnie dzielniejszy, niż kamfora.

Zdaniem jego, żałować należy, że lekarze, powodując się obawą odpowiedzialności lub innymi względami, wyrzekają się często użycia leku, który choremu ulgę przynosi, a nie w jednym przypadku i życie mógłby uratować.

(Münch. mediz. Wochenschr. N. 33. 1904 r.).

F. Gr.

Od Administracyi.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi

o każdym niedoręczonym numerze.