

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. STANISŁAW KOPCZYŃSKI. Przypadek izolowanej niemoty zmysłowej (*aphasia sensorialis*) z zachowaną zdolnością czytania. Str. 147. II. H. GOLDBERG. Współczesny stan nauki o znieczuleniu lędźwiowym z podaniem stu własnych przypadków. (Dok.) Str. 150. *Dział sprawozdawczy.* 23. L. KUTTNER. O napadowych bólach brzucha. Str. 154. 24. KUTTNER. Rozpoznawanie i leczenie raka żołądka, nie nadającego się do operacji. Str. 162. 25. JABOULLAY, DOLLINGER, DOYEN. Leczenie chirurgiczne nerwobólów twarzowych. Str. 164. 26. BLEU-LEL. Wzmogożona euforya i ruchliwość, jako początkowy objaw chorób zakaźnych Str. 165. 27. R. KRAUS. O stanie obecnym rozpoznawania etyologicznego i leczenia antytoksycznego cholery azyatyckiej. Str. 165. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Sekcja oto-laryngologiczna. Posiedzenie dnia 7-go stycznia 1909 r. Str. 167. *Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.* XXII posiedzenie naukowe dnia 18. XII. 1908. Str. 168. I posiedzenie naukowe dnia 22-go stycznia 1909 r. Str. 169. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

## I. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA.

### Przypadek izolowanej niemoty zmysłowej (*aphasia sensorialis*) z zachowaną zdolnością czytania.

Podał

**Dr Stanisław Kopczyński,**

p. o. ordynatora oddziału.

Na kilku posiedzeniach Towarzystwa neurologicznego paryskiego, odbytych w czerwcu i w lipcu r. z., jak o tem doniosły nam specjalne pisma <sup>1)</sup> i wiele ciekawe listy neurologiczne z Paryża kol. F. JAROSZYŃSKIEGO <sup>2)</sup>, usiłowano poddać rewizji naukę o niemocie. Poddano pod dyskusję szereg zasadniczych pytań, dotyczących stosunku niemoty ruchowej do zmysłowej, do ogólnej niemoty, do aleksyi i agrafii, poddano pod roztrząsanie sprawę umiejscowienia rozmaitych postaci niemoty, sprawę różnych ośrodków [wzrokowych, słuchowych] mowy, sprawę zaburzeń intelligencji w pewnych postaciach niemoty i t. p.

<sup>1)</sup> Patrz *Neurologisches Centralblatt* 1908, Nr. 17, str. 843—848.

<sup>2)</sup> *Medycyna* 1908.

W nadzwyczaj ożywionej dyskusji starły się ze sobą dwa obozy: jeden z DÉJÉRINE'm na czele, to zwolennicy ścisłych umiejscowień, zwolennicy klasycznych pojęć o niemocie w myśl nauki BROCA' i WERNICKE'go, a drugi, którego przedstawicielem jest MARIE, to rewolucyoniści naukowcy, chcący burzyć aż do podstaw dawną naukę o lokalizacji ośrodków mowy. Wyniki dyskusji nie były wprawdzie bardzo owocne, gdyż do wspólnych porozumień pomiędzy obozami nie doszło, jednak bez wątpienia MARIE i jego zwolennicy [SOUQUES, MONTIER, DUPRÉ i inni] wywołali szczyby i rysy w murach zwłaszcza dawnych pojęć o niemocie ruchowej. Przedewszystkiem zakwestyjonowali oni rolę, jaką do tej pory odgrywał ośrodek BROCA' i chcą ją przelać na pas ciała soczewicowego (*nucleus lentiformis*). Najbardziej względnie cało wyszło z tych sporów pojęcie o niemocie zmysłowej w sensie WERNICKE'go, choć i tu MARIE uznanej powszechnie lokalizacji nie uważa „za zbyt ścisłą“.

Kiedy przypadki niemoty zupełnej lub niemoty przeważnie ruchowej łącznie z porażeniem prawostronnem połowiczem należą do dość częstych, przypadki izolowanej niemoty zmysłowej bez jakichkolwiek porażen należą do bardzo rzadkich. Z tych względów i wobec powstającej już rewizji nauki o niemocie wogóle uważaliśmy za właściwe opisać spostrzegany przez nas przypadek izolowanej niemoty zmysłowej i poddać go szczegółowej analizie.

W. M. <sup>1)</sup>, lat 29, sklepikarz, został przyprowadzony do mnie d. 16-go września r. b. przez swego kolegę, jako człowiek „ogłuchły i mówiący od rzeczy“. Z wywiadów okazało się, iż 5 dni temu, chory, siedząc na ławce przed domem, nagle zmienił się, zbladł, z wyrazem przestachu zaczął pokazywać na uszy, dając do zrozumienia, iż nie słyszy, a może też nie rozumie, co do niego mówią, i mówił przytem niezrozumiale. Chorego ułożono do łóżka, wezwano lekarza, który stwierdził udar apoplektyczny, zapisał jod, i rozkazał choremu leżeć w łóżku. Chory jednak czując się na siłach dobrze, na drugi dzień wstał i począł z żoną obchodzić doktorów, specjalistów chorób uszu i chorób nerwowych. 5-go dnia przybył do mnie i został skierowany na mój oddział chorób nerwowych w szpitalu Św. Ducha.

Badanie, dokonane dnia następnego, wykazało to, co trwało niemal bez zmian w ciągu następnych dwu miesięcy aż do tej pory [29. XI], a mianowicie:

Chory błądy, anemiczny, nie gorączkuje. Tętno 96, nierówne, arytmiczne. Szmer skurczowy u wierzchołka serca. Lewa komora powiększona. Czynność serca wzmożona. [W wywiadach przed kilku laty ostry reumatyzm stawowy]. Inne narządy wewnętrzne zmian nie wykazują. Wątroba niebolesna. Zastoiny w nerkach nie stwierdzono. Białka, ani cukru moczu nie wydziela. W układzie nerwowo-psychicznym zmiany następujące:

---

<sup>1)</sup> Chory był przedstawiony w Towarzystwie Lekarskim dwukrotnie: raz 6-go października na posiedzeniu ogólnem i drugi raz w d. 21-ym października na posiedzeniu sekcji neurologiczno-psychiatrycznej.

Sfera czuciowa, ruchowa i odruchowa nigdzie zmian nie wykazuje. Siła ruchowa wszędzie zachwiana. W pierwszych dniach pobytu w szpitalu można było zauważyć nieznaczne osłabienie inervacji dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego, co zresztą po paru dniach znikło bez śladu.

Wszystkie zmysły funkcjonują prawidłowo. Chory widzi dobrze, hemianopsyi nie ma. Słyszy również dobrze tik tak zegarka z odległości kilku metrów, szmery, hałasy, kłaśnięcie w dłonie rozróżnia dobrze, potakując głową, lub mówiąc „ja słyszę“. Chory jednak utracił absolutnie zdolność rozumienia wyrazów słyszanych. Język polski brzmi dla niego również niezrozumiale, jak język chiński. Nie tylko zdań, lecz i znaczenia najprostszych wyrazów pojedynczych chory nie rozumie. Jednym słowem, ani jeden wyraz, słyszany przez chorego, nie budzi w nim odpowiedniego wyobrażenia. Dźwięki instrumentu muzycznego, składające się na jakąś melodię, śpiew znanych powszechnie piosenek nie wywołuje w chorym żadnych wyobrażeń, związanych z treścią melodi: chory daje do zrozumienia, że słyszy jeno niezrozumiałe dlań dźwięki.

Odczuwając mowę ludzką, jako chaotyczne dźwięki, chory oczywiście nie jest w stanie powtórzyć ani jednego słyszanego wyrazu. Porozumiewanie się z chorym odbywa się dzięki temu, że chory doskonale pojmuje gesty i że do pewnego stopnia odczytuje prostsze wyrazy z ruchu warg.

Mowa dowolna wogóle zachowana. Chory, nawiasem mówiąc, skłonny do gadatliwości, niekiedy cały szereg wyrazów wiąże w zdania bez błędu, częściej jednak przestawia sylaby, a nawet całe wyrazy. Np. słysząc mowę naszą, mówi „ja słyszę, że pan doktor, tylko że słaba to ciężko mnie wyjcie“.

Zachowanie mowy dowolnej, świadczące o nieuszkodzeniu ośrodka ruchowego mowy, widać jeszcze stąd, że chory 1) bez błędu nazywa otaczające go przedmioty [np: „poduszka, atrament, woda“ i t. p.] i 2) że chory bez błędu swobodnie czyta. Tego jednak, co czyta, chory zupełnie niemal nie rozumie. Wyjątkowo tylko, skoro powtórzy kilkakrotnie jakiś wyraz, zwłaszcza rzeczownik, odgaduje jego znaczenie, przyczem wywiera wrażenie, jak gdyby odczytywał je z własnych warg. Np. piszemy choremu „podnieś pan lewą rękę do góry“: chory wyrazy te odczytuje poprawnie, lecz tak, jak gdyby one były napisane w obcym dla niego języku. Po kilkakrotnem powtórzeniu wyrazu „rękę“, pokazuje na własną rękę, czynności jednak, polecanej mu w zdaniu, nie wykonywa. Piszemy choremu wyraz „noga“. Chory go odczytuje, lecz treści jego zupełnie nie rozumie. Przypadkowo narysowaliśmy stół i pytamy się go, oczywiście giestami, co to jest. Chory pokazuje na nogę od stołu, wołając z radością, że rozpoznał „a noga“ i pokazuje nogę od stołu. Tu rysunek ułatwił zrozumienie napisanego wyrazu.

Chory pisze dowolnie poprawnie. W dłuższych zdaniach popełnia błędy, polegające na przestawianiu sylab, na powtarzaniu tych samych wyrazów. Np. „Kochanie bracie zebys zebys bo ja zebys uście zebys usze i w kochanie w szpitalu Sw. Ducha“.

Proste pojedyncze wyrazy, napisane przez siebie, rozumie. Cyfry odczytuje i rozpoznaje dobrze. Przytem druk z książki kopiuje jako pismo

Pod dyktando nie jest w stanie ani jednego wyrazu napisać. Cztery działania arytmetyczne wykonywa bez błędu.

Inteligencya chorego, pomimo zupełnej utraty zdolności rozumienia mowy słyszanej, zmian wyraźnych nie przedstawia. Chory doskonale orientuje się w swem położeniu, postęпки jego są celowe i rozumne [załatwia sprawunki, sam jeździ tramwajami], chory wyraża swe życzenia, aczkolwiek parafatycznie i przy pomocy gestykulacyi, to jednak tak, że otoczenie go rozumie. Z wyrazu twarzy znać, że niezrozumienie mowy sprawia mu wielką przykrość, tem większą, że słyszy on wymawiane dźwięki.

[D. n.]

---

## II. Współczesny stan nauki o znieczuleniu lędźwiowym z podaniem stu własnych przypadków.

Podał

Dr H. Goldberg,

as. chir. szpitala Św. Aleksandra w Łodzi

(Dokończenie — Patrz Nr. 6).

---

Przechodzę teraz do opisu techniki.

Wklucie dokonywano prawie wyłącznie w położeniu siedzącym, z łokciami opartymi na kolanach i kabląkowato zgiętym w tył kadłubem; w pozycji leżącej były tylko dwa nakłucia.

Na znieczuleniu czekano nie dłużej nad 24-y minuty; gdy po tym czasie znieczulenie nie wystąpiło, było to dowodem, że jest niedostateczne lub jednostronne; wtedy stosowano uspienie.

Pod znieczuleniem zupełnem rozumiem takie, które wystarczało dla danego zabiegu; do tejże kategorii zaliczam te przypadki, w których znieczulenie wprawdzie nie osiągało do miejsc operacyi, np. *strumectomy* i *resectio costae*, ale w pierwszym przypadku doszło do szyi, w drugim do brzegu żeber dolnych [NN. 55 i 71].

Do znieczuleń niedostatecznych zaliczyć należy te przypadki, gdzie np. znieczulenie osiągało tylko do kolan [NN. 10, 69, 77], nie przekraczało 15-u minut [N. 45], nakoniec, gdy powłoki zewnętrzne były niewrażliwe, otrzewna jednak oddziaływała (N. 20. *Hernia ing.*).

Przypadek nietrafienia do kanału [N. 57] zaliczam do braku znieczulenia, przypadek złamania igły w kanale przy pierwszym wkluciu i zastosowanie natychmiast uspienia ogólnego [N. 42], zupełnie wykluczam ze swojej statystyki. Trzymając się tego podziału, otrzymamy: znieczuleń zupełnych 80, niezpełnych 6, braku znieczulenia 14.

Porównywając pierwsze 50 przypadków z taką liczbą następnych, gdy technika zabiegu stała się lepszą, widzimy:

pierwsze 50:	+ 38	$\pm 4$	— 5
następne 50:	+ 42	$\pm 2$	— 6.

Ogółem, bez uspienia wykonano 81 operacji: gdy dodamy tutaj przytoczone dwa przypadki wysokiego, choć niewystarczającego znieczulenia, otrzymamy + 80%, [ew. 84%, gdyż przypadek Nr. 42 (złamanie igły) jest spornym]. Co się tyczy przetworu, porównamy 15 przypadków tropakokainizacji preparatem MERCK'a, z 50-u przypadkami preparatem GESSNERA, biorąc z nich 15 poprzedzających i tyleż następujących po użyciu preparatu zagranicznego; w ten sposób usuniemy możliwy zarzut co do wpływu techniki zabiegu na wyniki znieczulenia. Trzymając się tej zasady, otrzymamy:

MERCK	+ 73%	$\pm 7\%$	— 20%
GESSNER	+ 73%	$\pm 10\%$	— 17%.

Łatwo pojąć, że wobec zbyt małej liczby przypadków, nasze wyniki porównawcze nie mogą być uważane za bezwzględnie miarodajne.

Baczną uwagę zwracałem na wyciek płynu mózgowordzeniowego, gdyż szybki prąd dowodzi, według utartego zdania, że wkłucie było wykonane prawidłowo. Pod tym względem odróżniałem wypływ cieczy rzadkimi kroplami, gęstymi kroplami, i strumieniem, to znaczy, gdy oddzielnych kropli nie można było zliczyć.

Otóż, znieczuleń dobrych otrzymaliśmy, gdy płyn wyciekał rzadkimi kroplami [28 razy]—60%, gęstymi [33 razy]—100%, strumieniem [16 razy]—63%; w 18-u przypadkach nie notowano szybkości wycieku.

Rzuci się w oczy fakt, że właśnie wtedy, gdy ciecz mózgowordzeniowa wypływała strumieniem, gdy więc technika była bez zarzutu, procent znieczuleń był niski. Czy to przypadek zrządził—nie wiem. Nasuwa się jednak teoretyczne objaśnienie tego zjawiska. Wiemy, że środek znieczulający działa miejscowo, a rozprzestrzenia się od miejsca wkłucia igły drogą dyfuzji. Jeżeli teraz uprzytomnimy sobie, że kanał rdzeniowy podobny jest do wąskiego i długiego naczynia, w którym ciśnienie zwiększa się w kierunku z góry na dół, przypuścić wtedy można, że różnica w ciśnieniu wytwarza pewien prąd z góry ku dołowi, który przeciwdziała dyfuzji środka znieczulającego w kierunku odwrotnym. Im większą jest ilość płynu, zawartego w kanale mózgowordzeniowym, tem większą będzie ta różnica w ciśnieniu<sup>1)</sup>.

Przechodzimy teraz do najważniejszego pytania, mianowicie zaburzeń podczas i po operacji.

Do pierwszej kategorii zaliczam zaburzenia, które wystąpiły na stole operacyjnym, jako wynik trującego działania tropakokainy. Do ostatnich zaś

<sup>1)</sup> Możliwym jest i inne objaśnienie: przy wielkiej ilości cieczy też sama ilość środka znieczulającego działać będzie w większym rozcieńczeniu, a zatem słabiej.

te, które występują, prawdopodobnie, w związku ze zwiększonym ciśnieniem

Otóż, co się tyczy pierwszych, zauważyliśmy je w 11%; liczymy wszystkie przypadki zaburzeń, nie bacząc na to, czy znieczulenie wystąpiło, lub nie. Łatwo pojąć, że będąc zmuszeni uciec się do uśpienia ogólnego, mogliśmy w niektórych razach przeoczyć zaburzenia, choć, z drugiej strony, jest to mało prawdopodobnem, gdyż 1) zaburzenia wskutek trującego wpływu tropakokainy występują na ogół bardzo szybko, myśmy zaś czekali z uśpieniem ogólnem przynajmniej 10 do 15-u minut, 2) gdyby podobne zaburzenia istniały, uśpienie ogólne powinno się tylko przyczynić do ich spotęgowania.

Do takich zaburzeń należą: dreszcze i uczucie zimna [2 razy], dreszcze i sinica [4 razy], zapaść lekkiego natężenia [4 razy], i raz stan podniecony; ciężkich postaci zapaści dotąd nie mieliśmy. Prócz tego widzieliśmy ograniczone krótkotrwałe [do dwu godzin] porażenia, mianowicie: 21 razy kończyn dolnych [z nich 4 razy tylko lewej, 1 raz prawej, reszta zaś—obustronne], 1 raz porażenie zwieracza odbytu, i po jednym razie mrowienie rąk i nóg.

Zaburzenia pooperacyjne występowały w postaci bólów głowy, nudności i wymiotów, bólów karku i krzyża w miejscu nakłucia. Spotykaliśmy również skargi na bole w barkach i ramionach.

Tutaj nadmienić muszę, że spostrzeżenia nad krótkotrwałymi objawami, t. j. trwającymi parę godzin, mogły być nie dość ściśle, gdyż szpital, w którym pracuję, pozbawiony lekarza miejscowego, zdany jest na opiekę felczera. Musiałem więc opierać się na opowiadaniach chorych. Co się jednak tyczy zaburzeń, trwających dłużej nad dobę, były one skrzętnie notowane. Nie należy chyba dodawać, że ścisłość ostatniej kategorii ma daleko większe znaczenie, niż pierwszej.

Wracając do interesującego nas pytania, widzimy, że zaburzenia pooperacyjne wystąpiły razem u 35-u chorych, mianowicie: bole głowy u 27-u, nudności i wymioty u 4-ch, bole karku i ramion u 6 u, omdlenia u 2-u, podniesienie ciepłoty u 5-u.

Co się tyczy czasu trwania bólów głowy, to: mniej niż 1 dzień trwały w 3 ch przypadkach, jednodniowe były w 9-u, dwudniowe w 6-u, kilkodniowe [do 12] w 9-u.

Połączenie uporczywych bólów głowy z nudnościami, wymiotami, podniesieniem nieznaczem ciepłoty, przy dobrym zresztą stanie ogólnym, słowem t. zw. *meningismus* widziałem raz tylko [Nr. 94]. W innych przypadkach uporczywych bólów głowy były one względnie słabe, tak, iż ani sen, ani samopoczucie, ani ogólne odżywienie chorych nie ucierpiały na tem widocznie. Wymioty trwały 2—3—7 dni, podniesienia ciepłoty dochodziły do 37,5° C i trwały dwa razy po jednym dniu, dwa razy po dwa dni i raz 3 dni.

Gdy zechcemy porównać wpływ trujący przetwórcy krajowego i zagranicznego, znajdziemy, że gdy ogólny procent zaburzeń podczas operacji równał się 11%, przy stosowaniu preparatu Merccka stanowił 13% [nie wliczamy porażen]. Co się tyczy powikłań pooperacyjnych, stosunek ten wynosi 35% i 40%. Na podstawie swego materiału muszę przyjąć do wniosku,

że tropakokałna GESSNERA nie ustępuje takież MERCK'a. Na zakończenie zatrzymam się dłużej nad kilku przypadkami, zasługującymi na uwagę ze względu na towarzyszące im powikłania.

Nr. 42. G. J. 73 lata. *Prostatectomia*. Przy wkluciu igła ułamała się, i część jej, długości  $3\frac{1}{2}$  ctm., pozostała pomiędzy 2-im i 3-im wyrostkiem ciernistym. Do kanału igła widocznie nie doszła, gdyż przez nią nie wypłynęło ani kropli płynu. Chory został uspijony dokonano operacji wyłuszczenia sterczu; po skończonej operacji zaczęły się poszukiwania igły, wobec jednak słabego tętna wkrótce ich zaniechano. Odłamek igły nie dawał żadnego odczynu, a po trzech tygodniach rana w okolicy wyrostków zablizowała się zupełnie.

Nr. 59. N. A., lat 21. *Caries pedis dextri*. Płyn przezroczysty wypływał rzadkimi kroplami. Po 10-u minutach wystąpiło znieczulenie w lewej nodze poza kolano, połączone z porażeniem kończyny od palców do biodra. Na prawej nodze znieczulenia nie było zupełnie, słabe jednak oznaki niedowładu były widoczne. Operację po 15-u minutach dokończono w uspieniu. Poprzednie znieczulenie lędźwiowe u tejże chorej [Nr. 31] udało się wymienić.

Nr. 96. G. S., lat 26. *Vulnus conquassatum pedis utriusque*. Przywieziony został do szpitala przez Pogotowie Ratunkowe z silnym krwawieniem ze zmiażdżonej stopy, gdyż uległ przejechaniu przez tramwaj. W godzinę po uszkodzeniu krwawienie było jeszcze tak silne, że krew z opatrunku ściekała na podłogę. *Injectio Tropacocaini 0,06* [GESSNER]; w kilka minut potem, już podczas przygotowań do operacji, rana przestała krwawić. Po obmyciu nie można było podwiązać ani jednego naczynia z powodu braku krwawienia. Podczas operacji wystąpiły objawy zapaści: sinica, brak tętna przy wolnym oddechu. *Injectio Camphorae 2,0*, roztworu soli 1000 na stole operacyjnym, zabiegu jednak nie przerywano. Dokonano usunięcia zmiażdżonych części w złotych tkankach. Krwawienia nie było do końca operacji.

Żadnych zaburzeń pooperacyjnych nie było.

Nr. 101 [nieobjęty statystyką]. 50 lat. *Hernia inguinalis libera*.

Pierwszy przypadek ciężkiej zapaści. Po 5-u minutach [0,06 *Tropacocaini* GESSNER] znieczulenie, po 8-u uduności i ruchy wymiotne, sinica, oddech stał się powierzchownym i urywanym (*saccadée*), puls zniknął. 4,00 *Ol. Camphorae*, 1000 roztworu soli, masaż serca. Stan ten trwał 20 minut, poczem objawy groźne zaczęły znikać; naprzód sinica, potem oddech stał się głębszym i miarowym, nakoniec zjawilo się tętno. Operacja dokonana bez uspienia.

---

## L I T E R A T U R A.

---

- 1) BRAUN.
- 2) H. WOLFF. Berliner kl. Woch. 1907, Nr. 41.
- 3) BARKER. Britisch med. Joura. Februar. Ref. Centr. f. Chir. 1907, Nr. 29 i 1908, str. 513.

- 4) MICHELSON. Münch. med. Woch., 1907, Nr. 50.
- 5) KOFFSTEIN. Zentr. f. Chir. 1907 str. 187 (oryg.).
- 6) Deutsche med. Woch. 1907, Nr. 37.
- 7) Zentr. f. Chir. 1906, Nr. 14 (oryg.).
- 8) Bull. et mém. de la Société de Chir. de Paris. T. XXXII, p. 131.
- 9) Ther. der Gegenwart 1906, Nr. 7.
- 10) Beiträge zur klin. Chir. t. LIII, s. 413.
- 11) Münch. med. Woch. 1908, Nr. 3.
- 12) Tokio Tgakwai Zasshi. Ref. Zentr. 1908, str. 381.
- 13) Presse méd. 1907, Nr. 94.
- 14) Münch. med. Woch. 1907, Nr. 4.
- 15) Med. Klinik 1907, str. 384.
- 16) Zentr. f. Chir. 1907, str. 651.
- 17) Deutsch. Zeit. f. Chir. t. XC, s. 557.
- 18) Zentr. f. Chir. 1908, Nr. 3 (oryg.).
- 19) Zentr. f. Chir. 1908, str. 191.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 23. L. Kuttner. O napadowych bólach brzucha.

Podobne do kurczów, występujące napadowo i powtarzające się następnie bole w rozmaitych okolicach brzucha należą do bardzo częstych skarg, z jakimi chorzy zwracają się do lekarza. W każdym podobnym przypadku należy odpowiedzieć sobie na dwa pytania: 1) w jakim narządzie ból ma swoje siedlisko i 2) czy ból ten powstaje na gruncie czysto nerwowym, czy też jest on w zależności od jakiegoś cierpienia mającego podkład anatomiczny? Odpowiedzieć na te oba pytania jest nieraz bardzo trudno. Pomijając już stosunkowo dużą liczbę narządów jamy brzusznej, często mamy do czynienia z chorobami po przeminięciu napadu, t. j. w czasie, kiedy nawet najdokładniejsze badania nie wykrywa żadnych, choćby najmniejszych zmian w narządach jamy brzusznej. Ważne niekiedy wskazówki może nam dać umiejscowienie bólu i jego promieniowanie. Tak np. wiadomo, iż bole pochodzenia żołądkowego zwykle odzowane bywają w okolicy wyrostka mieczykowatego; kolki kiszkowe — w dolnej części brzucha głównie w okolicy śród- i podbrzuszej; bole przy kamieniach żółciowych — z prawej strony brzucha i w okolicy pęcherzyka żółciowego, promieniują zaś do prawego ramienia; kolki nerkowe — w okolicy lędźwiowej, promieniują zaś wzdłuż moczowodów do pęcherza i cewki moczowej; bole pochodzenia pęcherzowego — powyżej i za spojeniem łonowym. Należy jednakże pamiętać, iż w wielu przypadkach bole są tak silne, iż chorzy odnoszą je do miejsc najrozmaitszych, nieraz bardzo oddalonych od źródła rzeczywistego ich powstawania. W literaturze opisane są liczne pochodzące stąd pomyłki.

Pod względem klinicznym najlepiej odróżniać bole napadowe w zależności od tego, w jakim narządzie mają one swoje siedlisko. Rozpocznijmy od bólów wychodzących z okolicy żołądka. W rozmaitych pojęciach noszą one różne nazwy: *cardialgia*, *gastralgia*, *gastrodynia*, *gastrospasmus*. Jak z nazwy wynika, chodzi tutaj o zaburzenia w sferze czuciowej, włącznie ruchowej żo-



ładka. Wręcz odrębnego zdania trzyma się Buch, który jedyną przyczynę w powstawaniu bólów przypisuje nerwowi współczulnemu. Dla lekarza praktyka jednakże daleko jest ważniejsze odróżnianie bólów pochodzenia czysto nerwowego, czyli t. zw. popularnie „kurczów żołądka“ od bólów, wywołanych przez anatomiczne cierpienie żołądka. Występowanie wyraźnych paroksyzmów z wolnymi od bólów odstępami, obojętne zachowanie się chorego względem ucisku lub nawet złagodzenia bólu przy ucisku, zwykle są to cechy, jakie się podaje za charakterystyczne dla stanów czysto nerwowych. Cech tych jednakże w żadnym razie nie można uważać za pewne, a to z powodu zbyt licznych wyjątków. Mając do czynienia z chorym na t. zw. kurcz żołądka, należy zawsze przedewszystkiem myśleć o cierpieniu organicznem i na pierwszym miejscu o okrągłym wrzodzie żołądka. Za charakterystyczne dla bólów w tem cierpieniu przytaczają, iż występują one przeważnie zaraz po jedzeniu, silniejsze są wogóle przy spożywaniu pokarmów stałych aniżeli płynnych, ustępują po opróżnieniu żołądka. W większości przypadków rzeczywiście tak bywa. Zdarza się jednakże wcale nie tak rzadko, że bole są silniejsze właśnie przy pustym żołądku, to znów przy używaniu pokarmów płynnych. Przy rozpoznaniu okrągłego wrzodu żołądka, jakoby duże znaczenie ma umiejscowienie bólu. Zdaniem RIEDEL'a przy *ulcus pylori* ból bywa umiejscowiony z prawej strony; przy wrzodzie w okolicy *antrum pylori* — na linii środkowej; przy wrzodzie wreszcie w środku żołądka ból odczuwają chorzy po stronie lewej. I umiejscowienie jednakże bólu bynajmniej nie stanowi objawu pewnego, przy rozpoznaniu tak samo, jak i obecność bólu przy ucisku. Większe daleko znaczenie dla odróżnienia bólów przy wrzodzie żołądka od czysto nerwowych ma obecność dolegliwości dyspeptycznych i innych objawów zaburzeń czynnościowych żołądka. Z powyższego wynika, jak trudnem jest nieraz rozpoznanie wrzodu żołądka, zwłaszcza w przypadkach nietypowych. Obok wrzodu żołądka powód do tak zw. kurczów żołądka mogą dać pewne stany towarzyszące temu cierpieniu lub zjawiające się następnie, a więc nadmierna kwasność zawartości żołądkowej (*hyperchlorhydria*), zapalenie otrzewnej żołądka (*perigastritis*) i przewlekłe zapalne zbliznowacenia w okolicy odźwiernika. Bole napadowe przy nadmiernej kwasności występują zwykle w nieprawidłowych odstępach czasu, zawsze w zależności od jakości i ilości pokarmów, w godzinę lub kilka po jedzeniu. Badanie zawartości żołądkowej pozwala zawsze zrobić prawidłowe rozpoznanie; należy tylko wykluczyć wrzód okrągły żołądka, co rzeczywiście niekiedy bywa bardzo trudne. Ze powierzchowne zrosty żołądka mogą wywoływać nadzwyczaj silne bole napadowe, nie ulega żadnej wątpliwości. Rozpoznanie jednakże zrostów żołądka prawie nigdy nie można postawić kategorycznie, można się tylko ich domyślać, chyba że mamy do czynienia z tą postacią *perigastritidis*, przy której wrzód, drażąc stopniowo, wywołuje w napotykanym tkankach zgrubienia, dające się wyczuwać jako guz. Niekiedy przyczyną bardzo silnych bólów są zwężenia w okolicy odźwiernika, wywołane przez owrzodzenia lub też przewlekłe zmiany zapalne. Szybko zmieniający się stan napięcia powłok w okolicy żołądka, występująca zwłaszcza w prawej połowie nadbrzusza (*epigastrium*) odporność przy omacywaniu, ta okoliczność, że żołądek staje się niejako widocznym i wyczuwalnym, okolica zaś odźwiernika naprzemian to twardą, to znów miękką, szmery dające się słyszeć i wyczuć przy palpacji, jak również i w wysokim stopniu rozwinięta ruchowa niedomoga żołądka — wszystkie te objawy wskazują wyraźnie, że mamy do czynienia z t. zw. kolką wskutek zwężenia odźwiernika.

Rozumie się, że rozpoznając zwężenie odźwiernika, należy odpowiedzieć sobie na pytanie, jaka jest tego przyczyna, gdyż oprócz wyżej wzmiankowanych przyczyn istnieje jeszcze cały szereg innych. Często jednakże musimy się zadowolić tylko rozstrzygnięciem, czy w danym przypadku zwężenie wy-

wołane zostało wskutek sprawy łagodnej, czy też złośliwej, co, rozumie się, ma pierwszorzędne znaczenie zarówno dla leczenia, jak zwłaszcza dla prawidłowego wskazania do zabiegu chirurgicznego. Na ogół można powiedzieć, że bole przy zwężeniach oddźwiernika natury łagodnej są częstsze i większego natężenia, aniżeli przy zwężeniach pochodzenia złośliwego. Pomimo omawianych powyżej cierpień żołądka istnieje jeszcze cały szereg innych chorób, przy których bole w okolicy żołądka stanowią mniej lub więcej objaw wybitny. Przy rozmaitych postaciach histero-neurastenii, zwłaszcza przy blednicy i niedokrwiistości młodych panien i kobiet często spotykamy bole napadowe w okolicy żołądka, które same chore określają jako kurcz żołądka.

NOORDEN na 250 przypadków blednicy zauważył owe bole napadowe 17 razy. Bole owe zostają wywołane często przez mechaniczne podrażnienie błony śluzowej żołądka przy przyjmowaniu pokarmów i zwiększają się do tego stopnia, że dalsze przyjmowanie pokarmów staje się niemożliwym. Ustępują one bądź powoli, bądź raptownie i mogą się powtarzać w mniejszych lub większych odstępach czasu. Obok wzmiankowanego powyżej czynnika powód do występowania owych bólów dają silne afekty albo wysiłki fizyczne, niekiedy wręcz bole zjawiają się podczas lub zaraz po miesiączkowaniu. Należyte ocenienie powyższych przypadków niekiedy napotyka na bardzo poważne trudności. Zarówno badanie zawartości żołądka, jak i czynności ruchowej zwykle nie wykazują ważniejszych uchybień od stanu normalnego. STRICHER podaje wprawdzie, że na korzyść histerycznego pochodzenia bólów stanowczo przemawia nadmierna wrażliwość na dotyk okolicy żołądka; autor jednakże nie sądzi, aby na owej wrażliwości można opierać rozpoznanie.

W przebiegu moczołwki cukrowej i podagry również występują niekiedy silne bole w okolicy żołądka o charakterze skurczowym: przy moczołwce bole owe występują po większej części zrana, połączone są z pewnym niepokojem, nudnościami lub wymiotami, kurczami w mięśniach łydek i nieznacznym podwyższeniem ciepłoty. Napady te występują bez zwiastunów, ciągną się kilka godzin, niekiedy do dwu dni i pozostawiają po sobie silne znużenie. Co się tyczy podagry, to VON BALL, CHARCOT i EBSTEIN opisują w przebiegu tego cierpienia nadzwyczaj silne bole, występujące w postaci kolek w okolicy żołądka, które nie tylko nie zwiększają się, lecz przeciwnie łagodnieją przy ucisku i są połączone z wymiotami uis śluzowych, żółciowych lub wodnistych. Zdaniem wzmiankowanych autorów „*la goutte est pour l'estomac ce que le rhumatisme au coeur.*”

W miejscowościach malarycznych często spotykamy się z bólami w okolicy żołądka, które należy prawdopodobnie objaśniać trującym działaniem jadu na układ nerwowy. Taka sama etiologię mają też i bole, występujące przy przewlekłym zatruciu nikotyną. Daleko ważniejsze są przypadki, w których bole napadowe żołądka i kiszek występują na gruncie stwardnienia tętnic. Bole owe, umiejscawiane zwykle w okolicy nadbrzusza, trwają zaledwie kilka minut, rzadko dłużej, nie zależą od jakości, a od ilości pokarmów, jak również i od wysiłków fizycznych i mogą się powtarzać nawet kilka razy dziennie. Bole owe często występują wśród nocy i towarzyszy im silne wzdęcie brzucha, niekiedy zaś krwawienia z żołądka i kiszek. Napady, o których mowa, bywają po większej części wywołane przez skurcz drobnych naczyń w ścianach kiszek i połączone z tem wzmoczenie ciśnienia krwi. Prawidłowe rozpoznanie powyższych przypadków jest możliwe tylko wtenczas, gdy jednocześnie mamy wyraźne objawy stwardnienia tętnic. Niekiedy wrażliwość aorty na ucisk, szmery naczyniowe, tętnienie i rytmiczne ruchy powłok brzusznych, to znów izolowany skurcz prostego mięśnia brzucha z prawej strony wskazują, iż cierpienie w danym przypadku zależy od stwardnienia tętnic; na to samo wskazuje również znaczna poprawa pod wpływem stosowania diuretyny, zgodnie

zalecanej przez rozmaitych autorów w leczeniu sklerozy naczyń brzusznych. Oprócz opisanych powyżej postaci nerwobólów w okolicy żołądka istnieje jeszcze jedna, spotykana w cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego. Mamy na myśli t. zw. napady żołądkowe (*crises gastriques*), występujące we władze rdzenia niekiedy we wczesnym okresie tego cierpienia. W przypadkach typowego przebiegu mamy, co następuje: 1) raptowny początek bez jakichkolwiek zwiastunów i także raptowne ustąpienie objawów; 2) napad sam polega na silnych, niekiedy nie do wytrzymania bólach w okolicy żołądka, promieniujących do pleców i brzucha, i ustawicznych wymiotach, które nie przynoszą żadnej lub tylko chwilową ulgę. Napady, których czas trwania wynosi od kilku godzin do kilku dni, silnie odbijają się na ogólnem samopoczuciu chorego: widzimy apatyę, niekiedy wyraźny stan odrętwienia (*stupor*) i znaczny upadek sił. Bezpośrednio po ustąpieniu napadu chory zaczyna uczuwać silny głód. *Crises gastriques* niekiedy powtarzają się w prawidłowych odstępach czasu 1-, 2-, 3- miesięcznych. Od powyżej nakreślonego typowego przebiegu istnieją, rzecz prosta, liczne uchylenia. CHARCOT oblicza 5 takich nietypowych postaci w zależności od stopnia natężenia oddzielnych objawów, od obecności lub braku jednego z objawów i wreszcie od częstości napadów i od długości trwania każdego z nich. Co się tyczy rozpoznania, jest ono, rzecz prosta, łatwe tam, gdzie mamy również inne odjawy, spotykane przy władze rdzenia. Tam, gdzie objawów tych niema, należy pamiętać, że napady żołądkowe we władze rdzenia przebiegają zawsze bez gorączki i dreszczów; na wysokości napadu tętno bywa przyspieszone; brzuch bądź płaski, bądź wciągnięty, na ucisk bolesny lub nie, co właśnie odróżnia napady żołądkowe od cierpień zapalnych w jamie brzusznej, przy których, jak wiadomo, bywa silne wzdęcie brzucha i znaczna bolesność. Niekiedy pomocnymi przy rozpoznaniu mogą być pomiary ciśnienia krwi, które, jak wykazały nowe badania PAHL'a i H. CURSCHMANN'a, przy napadowych bólach brzucha u tabetyków bywa znaczne wzmożone [170—210 mm. Hg RIVA-ROCCI]. Limfocytoza mniej lub więcej znaczna płynu rdzeniowego i serodysgnotyczny odczyn WASSERMAN'a, który wypadła dodatnio w 50% przypadków władu rdzenia, są to wreszcie dwie najnowsze zdobycze naukowe, któremi przy okazji możemy się posilkować dla prawidłowego rozpoznania.

Dopiero kiedy będą wykluczone wszystkie wyluszczone dotychczas przyczyny, mogące wywoływać bole napadowe w okolicy żołądka, możemy myśleć o czysto nerwowem pochodzeniu bólu. Niezależność owych bólów od przyjmowania pokarmów, ustępowanie ich pod wpływem ucisku, mięsienia lub prądu elektrycznego, przeciwnie—zwiększanie się przy wszelkiego rodzaju podnieciach i zmniejszanie się przy odwróceniu uwagi, obciążenie dziedziczne, brak czynnościowych zaburzeń żołądka—wszystkie te objawy mogą przemawiać za tem, że w danym przypadku mamy do czynienia z czystym nerwobolem; należy jednakże pamiętać dobrze, że nerwoból taki—*gastralgia idiopathica*, spotyka się nadzwyczaj rzadko i tylko niedokładnemu badaniu należy przypisać wielką stosunkowo częstość takiego rozpoznawania w praktyce codziennej. Ból, odczuwany w okolicy żołądka, często pochodzi z innego, nieraz bardzo oddalonego narządu. Niedawno LE BRUN zwrócił uwagę na bole w okolicy nadbrzusza przy rozedmie płuc; bole te, zdaniem jego, spotykają się bardzo często i przyczynę ich LE BRUN upatruje we wzmożonem ciśnieniu w prawej komorze. Chodzenie, wysiłki fizyczne, a zwłaszcza ucisk zwiększają owe bole; przyjmowanie pożywienia pozostaje bez wpływu; często ustępują one bardzo szybko pod wpływem podawania jodku potasu. Bólów owych nie należy utożsamiać z t. zw. *colica arteriosclerotica*. W etyologii t. zw. odruchowych nerwobólów żołądka poważne znaczenie odgrywają cierpienia narządów płciowych kobiecych. Już fizjologicznym czynnościami płciowym kobiety, jak oto: mie-

sączkowanie, ciąża, mogą towarzyszyć silne „kurcze żołądka.” Zwłaszcza często spotykamy silne bole w okolicy żołądka z zaburzeniami miesiączkowania u cierpiących na blednicę młodych osób w pierwszych latach dojrzałości. Przy tyłozgięciach macicy, przy guzach macicy i jajników, przy cierpieniach jajowodów również często spotykamy silne bole w okolicy żołądka. Odruchowe cierpienia przewodu pokarmowego, zwłaszcza nerwobole w okolicy żołądka należą do bardzo częstych objawów neurastenii płciowej u mężczyzn. Nerwobole te, zdaniem PEYER'a, po większej części powstają przy nadużyciu płciowem, samogwałcie i częstym *coitus reservatus*; pod względem patologo-anatomicznym w tych przypadkach mamy do czynienia z przewlekłymi zmianami zapalnymi śluzówki cewki moczowej w jej części sterczowej. Jako charakterystyczną cechą dla owych bólów podają, iż występują one na czczo, łagodnieją zaś po spożyciu czegokolwiek. Przy rozpoznaniu tych postaci miarodajnym być może, oprócz objawów nerwowych, badanie moczu, w którym znajdujemy nitki i nasienie. Podobnie, jak przy zmianach położenia macicy, i przy opuszczeniu innych narządów jamy brzusznej u kobiet powstawać mogą silne, na podobieństwo kurczów, bole w okolicy żołądka: zwłaszcza często się to zdarza przy nerce wędrującej. Następnie bardzo częsty powód do odruchowych bólów żołądka dają przepukliny wszelkiego rodzaju. W jednych przypadkach mamy do czynienia z przemijającymi uwężnieniami małych, często zaledwie wielkości wiśni przepuklin biodrowych, które zwykle odprowadzają się same przez się, ale nim to nastąpi mogą sprawiać bardzo znaczne bole. W innych znowu przypadkach szeroko otwartego kanału pachwinowego przy kaszlu, silnem nadymaniu się, podnoszeniu ciężarów, bieganiu i t. d. pętlica kiszki zostaje trochę wypchnięta i uciśnięta przez wewnętrzny pierścień pachwinowy, co na zewnątrz może nie być namacalnym. Przy przepuklinach powłok brzusznych, zwłaszcza na kresie białej, często spotykamy bardzo silne bole w okolicy żołądka. Bole występują napadowo po większej części po wysiłkach fizycznych, po silnym kaszlu, po przyjmowaniu pożywienia lub bez żadnej widocznej przyczyny, zwiększają się pod wpływem ucisku, umiejscowione bywają w zupełnie określonym, odpowiadającym przepuklinie miejscu, a stąd rozprzestrzeniają się w kierunku żołądka lub promieniują nakształt pasa naokoło klatki piersiowej. Za charakterystyczną cechą dla tego rodzaju nerwobólów można uważać, iż zmieniają się one w większości przypadków pod wpływem pozycji chorego: ustępują mianowicie w pozycji leżącej, zwiększają się zaś przy zgięciu lub wyprostowywaniu ze zajętej pozycji. Niekiedy bole, mające swe źródło w innych narządach, rozprzestrzeniając się w kierunku żołądka, mogą dać powód do omyłek rozpoznawczych, zwłaszcza może to nastąpić przy nerwobolach międzybrownych.

Podobnie, jak w okolicy żołądka bole napadowe mogą, rzecz prosta, występować w okolicy innych narządów jamy brzusznej, między innymi w okolicy wątroby, trzustki i nerek. Czy istnieje samoistny nerwoból, *neuralgia hepatis, hepatalgia*—dotychczas nie jest stanowczo rozstrzygniętem. Autorowi wydaje się to wątpliwem. Za miarodajne dla rozpoznania *neuralgiae hepaticae* podają niektórzy [FUERBRINGER, PARISER] obecność następujących momentów: okresowe występowanie po większej części bardzo silnych bólów, bezskuteczność środków skierowanych przeciwko kamykom żółciowym, nerwowe usposobienie chorego, obecność innych objawów nerwowych, brak jakichkolwiek zmian zapalnych, żółtaczkę, obrzmienia wątroby, kamyczków w stolcu, zależność napadów od spożywania drażniących pokarmów. Wszystkie jednakże powyższe objawy bynajmniej nie wykluczają organicznego cierpienia wątroby; dlatego, nie zaprzeczając zupełnie istnienia nerwobolu wątroby, autor zaleca jedynie wielką ostrożność przy takim rozpoznaniu. Co się tyczy kolki wątrobowej, to przy różniczkowem rozpoznaniu przede wszystkim należy pamiętać o nerwobolu

przy okrągłym wrzodzie żołądka. Wszystkie cechy, jakie rzekomo mają służyć do odróżnienia dwu tych cierpień, nie są zbyt pewne. Ani charakter bólów, ani ich natężenie i promieniowanie nie wystarczają do stanowczego rozpoznania kolki wątrobowej. Co się tyczy umiejscowienia, to ból, rozpoczynający się w okolicy pęcherzyka żółciowego i promieniujący naokoło z prawej strony do pleców i pomiędzy łopatki, ma oznaczać ostre zamknięcie wspólnego przewodu żółciowego; przy zwężeniu przewodu pęcherzykowego ból często bywa umiejscowiony tylko w okolicy prawego podżebrza; w innych przypadkach chorzy na kamienie żółciowe odczuwają bole po linii środkowej powyżej pępka, to znów tylko w plecach, niekiedy zaś wyłącznie z lewej strony tak, że można myśleć o okrągłym wrzodzie żołądka. Zależność bólów od jakości i ilości pożywienia, jakkolwiek wyraźniej rzeczywiście występuje przy wrzodzie żołądka, zdarza się jednakże i przy kamieniach żółciowych. I ta okoliczność, że ból przy kamieniach żółciowych po większej części występuje w porze nocnej, nie może być również przyjętą bez zastrzeżeń. Bardzo ważne znaczenie dla różniczkowego rozpoznania wrzodu żołądka i kamieni żółciowych posiadają krwawe wymioty. Objaw ten, jak wiadomo powszechnie, często spotyka się przy wrzodzie żołądka. Pominąwszy jednakże, iż oba wzmiankowane cierpienia mogą istnieć równocześnie, krwawienia z żołądka zdarzają się i przy kamieniach żółciowych. Przy długo istniejącej znacznej żółtaczce pod wpływem zmian w ściankach naczyń powstać może skłonność krwotoczna; następnie powstać może ostry zakrzep żyły wrotnej i zastoinowe przekrwienie błony śluzowej żołądka; wreszcie pomiędzy drogami żółciowymi a żołądkiem mogą powstawać przetoki, a wrzodziejące przedziurawienia dają okazyję do znacznych nieraz krwawień. Również i wszystkie inne objawy, nie wyłączając żółtaczki, mają dla różniczkowego rozpoznania tylko względną wartość. Nie wynika jednakże z powyższego bynajmniej, ażeby pewne rozpoznanie kamyków żółciowych nie było możliwe. W większości przypadków na zasadzie istnienia kilku rozmaitych objawów, na zasadzie wywiadów i przebiegu cierpienia można postawić prawidłowe rozpoznanie. W przypadkach wątpliwych brak jakichkolwiek zaburzeń trawiennych w okresie wolnym od napadów, dłuższe trwanie samego napadu, dłuższa przerwa pomiędzy dwoma napadami [u kobiet specjalnie przypadanie napadów na okres miesięczkowania, ciąży lub po operacjach brzucha] ześrodkowanie bólów w prawej połowie ciała, nieustępowanie bólów nawet po kilkakrotnych wymiotach, występowanie dreszczeń i nieznaczne podwyższenie ciepłoty, powiększenie prawego płata wątroby i wrażliwość na ucisk pęcherzyka żółciowego, względnie sąsiedniego brzegu wątroby — wszystko to przemawia na korzyść rozpoznania kamyków żółciowych. Niekiedy wielkie usługi przy rozpoznaniu mogą nam oddać promienie ROENTGEN'a; dla lekarza praktyka jednakże ta metoda dotychczas nie jest dostępna. T. zw. kolka wątrobowa może być wywołana nie tylko przez kamyki żółciowe, lecz także przez zapalenie pęcherzyka żółciowego, przez zrosty, które przeskadzają prawidłowemu opróżnieniu się tegoż pęcherzyka przez nowotwór (*carcinoma*) na *papilla Vateri* i t. d. Nawet bez żadnych zmian w pęcherzyku żółciowym, a tylko przy przewlekłych zmianach zapalnych wątroby spotykamy bardzo silne bole napadowe. Niekiedy bardzo trudno odróżnić kolkę wątrobową od rozmaitych postaci t. zw. kolki kiszkowej, zwłaszcza gdy ta umiejscowiona bywa na przebiegu okrężnicy poprzecznej. Obecność śluzu w stolcu w niektórych przypadkach pomaga do rozpoznania zapalenia okrężnicy, względnie błonicy śluzowej jelita (*colica mucosa*).

O kolce kiszkowej panuje wielka różnorodność zdań. NOTHAGEL pomiędzy napadowo występującymi, a mającymi swe źródło w kiszkach, bolami odróżnia „kolkę kiszkową” — cierpienie pochodzenia ruchowego i czysty

nerwoból—, enteralgii.“ Teoria NOTHNAGEL'a co do kolki głosi, że ból powstaje w samej kiszce; przy powstawaniu tego bólu główną rolę, jako czynnik pierwotny, odgrywa tężcowy skurcz mięśni kiszki; skurcz ten prowadzi do niedokrwienia ściany kiszki; niedokrwienie ze swej strony jest właściwym bodźcem, wskutek którego nerwy czuciowe kiszki przychodzą w stan podrażnienia, co się przejawia w postaci bólu. LENNANDER na zasadzie własnych doświadczeń nie zgadza się z powyższą teorią: jedyną przyczynę bólów upatruje on w przekręcaniu i rozciąganiu się otrzewnej ściennej i w ucisku na ową otrzewną. Przy ostrych i przewlekłych cierpieniach zapalnych często wrażliwość otrzewnej bardzo się powiększa wskutek zapalenia naczyń chłonnych: wzdęcie kiszki wywołuje ból wskutek rozciągania. Przy tężcowym skurczu kiszki odruchowo powstaje skurcz przeciwległej ściany brzusznej, co także wywołuje ból. WILMS sądzi, że rozciągająca się część kiszki wywołuje pewne, jakby naderwanie miejsca przyczepu krezki, co właśnie jest przyczyną bólu. Zdaniem MELTZER'a przy powstawaniu kolki odgrywają rolę dwa ściśle ze sobą związane czynniki. silny skurcz pewnego odcinka kiszki i silny ruch robaczkowy w sąsiednim, powyżej leżącym odcinku; w powstawaniu bólu główną przyczynę odgrywa znaczne rozciągnięcie ściany kiszki. BUCH wreszcie sądzi, iż podobnie jak przy powstawaniu t. zw. skurczu żołądka, i w większości przypadków bólów brzucha źródło bólu nie znajduje się w kiszkach, a tylko w umieszczonych wzdłuż kręgosłupa splotów nerwu współczulnego. Z powyższego wynika, że bole w kiszkach mogą być wywołane przez najrozmaitsze czynniki. Wiadomo, iż u niektórych osób nawet błahe powody mogą spowodować silne bole charakteru skurczowego (*colica saburrhalis*). Nadmierne pożywienie, spożywanie pokarmów ciężko strawnych, nie mówiąc już o zepsutych, zbyt niska ciepłota pokarmów, nadmierna ilość gazów w kiszkach (*colica flatulenta*), nagromadzenie się kału w większej ilości (*colica stercoralis*), kamyki żółciowe i kiszkowe (*colica calculosa*), obecność tasiemców lub glist, niektóre środki czyszczące, wpływ zimna (*colica rheumatica*), wszystkie te czynniki mogą spowodować silne bole w kiszkach, t. zw. kolkę kiszkową. Jest niemożliwym wyszczególniać tutaj wszystkie cierpienia kiszki, w jakich spotykamy bole napadowe.

Na szczególną jednakże uwagę zasługują sprawy zapalne w okolicy krętniczno-kątniczej, a to ze względu na bardzo znaczne niekiedy trudności rozpoznawcze. Przy ostrej postaci zapalenia wyrostka robaczkowego bole w początku cierpienia często bywają odnoszone do okolicy żołądka; jeżeli zjawią się wtedy wymioty, to w pierwszych dniach trudno odróżnić tę postać od kataru żołądka i kiszki. Zwłaszcza należy pamiętać o tem u dzieci. Złe samopoczucie ogólne, odruchowe napięcie powłok brzusznych, żebrowy typ oddechania, porażenie kiszki mogą nas naprowadzać na właściwe rozpoznanie. Często i przewlekłe zapalenia wyrostka robaczkowego przebiegają pod postacią cierpienia żołądka: niejednokrotnie po usunięciu wyrostka robaczkowego ustępowały zupełnie uporczywe bole żołądka, co wskazuje, że chodziło w tych przypadkach o bole odruchowe, wywołane przez wyrostek robaczkowy. Również łatwo bole, źródło swe mające w wyrostku robaczkowym, można mieszać z bolami przy kamykach żółciowych lub odwrotnie. Zdaniem NAUNY'n'a miarodajnym niekiedy dla rozpoznania może być badanie moczu: przy zapaleniu wyrostka robaczkowego prawie zawsze znajdujemy indykan w moczu, co znowu rzadko tylko spotyka się przy kamieniach żółciowych.

T. zw. kolka nerkowa rozumie się w przypadkach nietypowych, t. j. tam, gdzie badanie moczu nie wykazuje zmian charakterystycznych, może niekiedy dać powód do mylnego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego, tem bardziej, że niezawsze tak łatwo odróżnić zgrubiały wyrostek do zgrubiałego i wrażliwego na ucisk moczowodu. Zwiększenie się liczby białych ciałek

ma znaczenie dla rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego tylko przy uwzględnieniu zachowania się tętna i ciepłoty. Pomimo wyżej wzmiankowanych cierpień do mylnego rozpoznania mogą dać jeszcze powód: rak w okolicy krętniczko-kątniczej, gruźlica kiszki ślepej, wglóbieenie jelit, ropnie mięśnia lędźwiowo-udowego i powłok brzusznych, u kobiet wreszcie sprawy zapalne przydatków z prawej strony.

Owrzodzenia i czynniki mechaniczne, podobnie jak i sprawy zapalne, mogą powodować bardzo silne bole. Przy owrzodzeniach kiszek zwykle mamy objawy przewlekłe przebiegającego cierpienia kiszek: bolesność na określonym, często ograniczonym miejscu, zaburzenia działalności kiszek, domieszka w stolcach krwi, ropy, śluzu, drobnych strzępków tkanki. Jeżeli można wykluczyć anatomiczne cierpienie kiszek, źródło zaś bólu niewątpliwie znajduje się w kiskach, wtedy mówimy o nerwowym pochodzeniu bólu. Bol ten powstaje przez skurcz toniczny mięśni kiszek; skurcz taki może być rozlany, t. j. dotyczyć wszystkich kiszek, lub też ogranicza się jednym jakowymś od-cinkiem. Tego rodzaju częściowy skurcz często spostrzegamy u osobników nerwowych, neurasteników, histeryczek; rozlany skurcz kiszek występnie zwykle przy zatruciu ołowiem. CURSCHMAN i w tych przypadkach, jak i przy napadach u tabetyków, stwierdził wzmożenie ciśnienia krwi, które ustępowało po napadzie. Przewlekłe przebiegające sprawy zapalne w rozmaitych narządach jamy brzusznej i powstające stąd zrosty, powodując organiczne zwężenia kiszek, mogą wywoływać nieraz bardzo silne bole.

Obok żołądka, kiszek i pęcherzyka żółciowego najczęstszy powód do napadowych bólów brzucha dają nerki. W typowych przypadkach kolki nerkowej występują w okolicy nerki bardzo silne bole, ciągnące się wzdłuż moczowodów do pęcherza i ujścia cewki moczowej i promieniujące w najrozmaitszych kierunkach; przy silnem parciu na mocz występuje kilka kropel skoncentrowanego, po większej części krwawego i dającego obfity osad mocz. Napadowi zwykle towarzyszą wymioty i dreszcze. Niezawsze jednakże kolka nerkowa przebiega tak typowo. W niektórych przypadkach na pierwszy plan występują objawy ze strony przewodu pokarmowego; w przypadkach wątpliwych, zwłaszcza przy różniczkowaniu między kolką nerkową a zapaleniem wyrostka robaczkowego, na korzyść pierwszego rozpoznania przemawia promieniowanie bólu w okolice pośladka, biodra, goleni i do żołądki.

Niekiedy trudno jest bardzo odróżnić, czy bole pochodzą z nerek, czy też z pęcherza moczowego: przy różniczkowaniu należy pamiętać, iż przy cierpieniach pęcherza bole powstają początkowo w okolicy pęcherza i dopiero później w okolicy nerek. W każdym przypadku podejrzewanej kolki nerkowej należy starać się poznać istotną przyczynę bólu; najczęstszą z tych przyczyn są właśnie kamyki, jednakże należy mieć na względzie także i nowotwory, gruźlicę, rzadziej pasorzyty. Duże znaczenie dla rozpoznania kamyków nerkowych mają promienie ROENTGEN'a: przy doskonalącej się ciągle technice można już teraz nie tylko rozpoznać, że mamy do czynienia z kamykami, ale dokładnie określić miejsce w nerkach, gdzie znajdują się owe kamyki. Istnienie nerwobólu nerki w ścisłem znaczeniu tego słowa (*neuralgia renalis, nephralgia*) jest co najmniej wątpliwem. Brak zmian anatomicznych w kawałkach nerki, wyciętych podczas operacji, nie wyklucza jeszcze całkowicie anatomicznej podstawy cierpienia, gdyż w niektórych przypadkach ogniska chorobne mogą być zbyt małe.

Oprócz kamieni nerkowych bole w okolicy nerek może wywoływać także rozlane zapalenie nerek: w tych przypadkach bólu towarzyszą zwykle obfite krwawienia.

Bardzo trudno wreszcie jest rozpoznać bole napadowe, mające swe źródło w trzustce. Nie tylko kamyczki, ale także przewlekłe śródmięszkowe zapalenia trzustki mogą dać powód do silnych bólów, które bardzo trudno nieraz odróżnić od bólów, powstających przy kamkach żółciowych. Na cierpienie gruczołu trzustkowego mogą wskazywać między innymi następujące objawy: cukrzyca, przejściowy lub stały cukromocz pokarmowy, zaburzenia w trawieniu tłuszczów i węglowodanów; w przypadkach wątpliwych niejaki wskazówki do rozpoznania może nam dać stosowanie przetworów trzustkowych: jeżeli następuje w tych warunkach poprawa, przemawia to za tem, iż mamy do czynienia z cierpieniem trzustki.

*(Sammlung zwingloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Zeszyt 3 ci). W. Breszel.*

## 24. Kuttner. Rozpoznawanie i leczenie raka żołądka, nie nadającego się do operacji.

Dla wczesnego rozpoznawania raka żołądka ważne jest uwzględnienie początku choroby. Według twierdzenia Leube'go, o raku żołądka można myśleć już wtedy, gdy choroba żołądka nie poddaje się żadnemu leczeniu wewnętrznemu, a nawet postępuje wciąż naprzód u osobnika, który miał w ciągu lat 50-u—60-u żołądek zdrowy: choć go nie oszczędzał, a jednak zawsze wychodził cało. Rak żołądka może przez czas długi przebiegać skrycie, a potem naraz ujawnić się przez mocne krwawienie, w postaci krwawych wymiotów, lub krwawego stolca, *resp.* oba pomienione objawy mogą wystąpić jednocześnie; zazwyczaj atoli choroba zaczyna się ogólnymi przejawami niestrawności. Oprócz nagłego początku choroby, istnieje drugi objaw, który może potwierdzać podejrzenie na raka—to upadek łaknienia, zwłaszcza względem mięsa, dochodzący nieraz do wstrętu do wszelkich pokarmów mięsnych, jakkolwiek nieraz przy tej chorobie apetyt dopisuje bardzo długo. Przy wczesnym rozpoznawaniu należy mieć też na względzie i usposobienie rodzinne. Wiek chorego nie odgrywa przy rozpoznawaniu żadnej roli, albowiem rak żołądka spotyka się często i u ludzi młodych. Poza dziedzicznością w pewnym stopniu należy mieć też na względzie uraz, wrzód żołądka, ogólny upadek odżywienia, obrzęki. Często w raku żołądka dają się spostrzeżać uporczywe swędzenie skóry, niekiedy powiększenie lewostronnych gruczołów nadobojczykowych [o ile nie są gruczołce] i pępkowych. Wszystkie wspomniane dotychczas objawy w odpowiednim przypadku budzą pewne podejrzenie, że mamy do czynienia z rakiem. W przebiegu dalszym choroby mogą przyłączyć się inne jeszcze objawy, które coraz to więcej potwierdzają pierwotne przypuszczenie. Zaslugują tu na wymienienie w pierwszym rzędzie smrodliwie, jakby gnilne, odbijania i wymioty mas, przypominających fesy kawowe. Bólów często nie bywa wcale, a jeśli i są, to dla rozpoznania nie przedstawiają wielkiej wartości. Poważne potwierdzenie rozpoznania stanowi wykrycie guza rakowego, o ile stwierdzoną zostanie jego przynależność do żołądka i złośliwość. Niezawsze jednak udaje się wymacać guz już istniejący; aby sobie to ułatwić, układamy chorego na prawym boku i szukamy guza pod lewym łukiem żebrowym, lub pomiędzy łukiem a pępkiem. Jeżeli nie jesteśmy pewni, czy wyczuwany guz wychodzi z żołądka, należy żołądek rozdać powietrzem: o ile guz przy mocniejszym rozdęciu żołądka zmienia swe położenie, to możemy twierdzić, że wychodzi z tego narządu. Dla rozpoznania guza odźwiernika [o ile sam guz jest niewyczuwalny] posiada wielkie znaczenie obecność widocznych ruchów robaczkowych z lewej strony ku prawej, lub, co ważniejsza, ruchów przeciwraczkowych.



Oczywiście stwierdzenie obecności guza nie oznacza jeszcze złośliwości tegoż. Dlatego należy przystąpić do badania czynności żołądka, a więc najpierw czynić poszukiwania nad zaburzeniami wydzielania. Tutaj należy podkreślić, że brak kwasu solnego nie jest bynajmniej cechą patognomoniczną dla raka żołądka, ten sam bowiem objaw udaje się stwierdzić przy całym szeregu innych chorób. Również i obecność kwasu mlecznego w żołądku nie oznacza istnienia raka żołądka, chyba, że znajdujemy go stale. I zachowanie się fermentów [pepsyna, podpuszczka] posiada tylko względne znaczenie dla rozpoznania raka żołądka. Poza czynnością wydzielniczą, badamy wydolność ruchową tego narządu, albowiem ta czynność przy raku jest mocno upośledzona. Według oznak rozpoznawczych zawartości żołądka odróżniamy: 1. Raki z dobrze zachowaną wydolnością ruchową: brak kwasu solnego i mlecznego, również niema laseczek kwasu mlecznego i czworniaków (*sarcina*). 2. Raki z daleko posuniętą niewydolnością ruchową: a) obecny wolny kwas solny, czworniki, niema kwasu mlecznego, długich laseczek niema lub też jest ich bardzo mało; b) wolnego kwasu solnego niema zupełnie, jest silna fermentacja kwasomlekowa. Widoczne są długie laseczki, lecz czworniaków bardzo niewiele. Wreszcie należy czynić jeszcze inne badania, które mogą rzucić pewne światło w przypadkach mniej czy więcej wątpliwych. A więc—poszukiwanie krwi w zawartości żołądka i w kale, pamiętając jednakże, że jednokrotne wykrycie krwi nie posiada żadnej wartości rozpoznawczej. Dalej—badania zawartości żołądka na czczo: stałe znajdowanie ropy, lub ropy ze śluzem, albo ropy z krwią przemawia za rakiem. Szukamy również małych cząstek guza w zawartości żołądka na czczo, w wymiocinach. Szukamy pełzaków (*amoeba*) i wiciowców (*flagellata*), cieczy obfitującej w białko [oczywiście—na czczo] według metody SALAMONA; badamy, czy niema lewostronnego zapalenia opłucnej [przy rakach małej krzywizny]. Promienie ROENTGEN'a, jakkolwiek mogą ujawnić guz niewymacalny, nie posiadają, zdaniem autora, większego znaczenia dla rozpoznania i postępowania leczniczego.

Co do leczenia, to jedynie racjonalną rzeczą jest operacja, o ile możliwe jest jej wykonanie w każdym poszczególnym przypadku. O jakimkolwiek leczeniu specyficznem raka, niema mowy: kankroinę ADAMKIEWICZA i surowicę DOYEN'a złożyć śmiało można do archiwów. Radioterapia okazała się zawodną, metoda KEATING-HART'a (leczenie iskrami elektrycznymi—*fulguratio*) jest mało obiecująca. Leczenie trypsyną w myśl teorii BEARD'a, rozwijanej przez LEYDEN'a i BERGELL'a, również nie prowadzi do wyników pożądaných. Wobec tego leczenie raków żołądka, już nie nadających się do operacji, winno być wyłącznie objawowe. Zatem, na pierwszym planie należy uregulować dyetę, która w swych szczegółach winna mieć na uwadze, czy w danym przypadku istnieją zaburzenia tylko wydzielnicze, czy też i ruchowe; wogóle pożywienie ma być dostateczne, smaczne i łatwostrawne. Nie trzeba zniewalać chorego do spożywania potraw mięsnych, o ile sam ich nie zażąda. Ze środków farmaceutycznych zaleca autor dla poprawy łaknienia korę kondurango w formule EWALD'a: *Rp. Cortic. Condurango 20,0—30,0. Macera per horas XII c. Aquae 300,0. Digere ten. calor. ad Colaturae 250,0. Adde Resorcini resublim. 5,0. Acid. muriat. dil. 3,0; Sir. Zingiber. ad 300,0. MDS.* Co 2—3 godziny łyżkę stołową. Przeciwno wymiotom najlepiej jest podawać lód w małych ilościach, ew. wodę lodową, nasyconą kwasem węglowym, lub szampańską, *Anaesthesia* [0,25—0,5 trzy razy dziennie], kokainę (*Cocaini mur. 0,1 Aq. amygd. amar. 10,0. MDS.* 3 razy dziennie po 10 kropel), chloroform [2—5-u kropel z lodem] lub morfinę. Jeżeli te środki nie skutkują, trzeba przepłukać żołądek. Przy fermentacji można do wody przy płukaniu dodawać środki dezynfekujące, jak kwas bor-

ny [2—3<sup>o</sup>], rezorcynę [1—2<sup>o</sup>] i t. d. Przy krwawych wymiotach—pęcherz z lodem lub zimne okłady na żołądek, dyeta wyłącznie płynna; czasami przez 2 do 3-ch dni żywienie wyłącznie *per anum*. Przy bólach—*narcotica*. Zaparcie stolca zwalczać lauwatywami lub rabarbar, sagraada, lecz nigdy—*salina*.

(*Deutsch. med. Woch. 1909, Nr. 2*).

W. Dobrowolski.

**25. Jaboulay, Dollinger, Doyen. Leczenie chirurgiczne nerwobólów twarzowych** [według posiedzeń Kongresu chirurgicznego w Paryżu, 7—12-go października 1908 r.].

Nerwoból twarzowy, który okazał się opornym na leczenie wewnętrzne, elektryczne, galwaniczne, naświetlaniami, który daje nawroty po zastrzykiwaniu 80° alkoholu, podlega leczeniu chirurgicznemu. Z pośród wielkiej liczby operacji, zalecanych przeciw temu cierpieniu, jedne działają bezpośrednio na nerw trójdzielny, drugie zaś mają na celu drogami pośrednimi zmniejszyć jego drażliwość lub drażliwość ośrodków, z których on bierze początek.

Do rzędu operacji pierwszej kategorii [bezpośrednich] należy przede wszystkim wycięcie gałązek i pnia nerwu szczękowego górnego, a więc: proste wyjęcie zęba, wycięcie łuku zębowego, czasami może być wskazane całkowite wycięcie górnej szczęki. Wszakże, jakiegokolwiekbyśmy stosowali zabiegi, aby osiągnąć nerwu, należy go przeciąć pomiędzy dwójgiem kleszczyków i każdy z odcinków wyrwać możliwie najdalej. Wogóle jednak podobne zabiegi na nerwie trójdzielnym powinny być wykonywane tylko w przypadkach rwy obwodowej: tylko rwa *sine materia*, albo *neuritis* pierwotna górnego nerwu szczękowego może być leczona przez wycięcie.

Istnieje też sporo zabiegów dla wycinania gałęzi każdej odnogi zwoju GASSER'a. Wycięcie samego zwoju GASSER'a prawie zawsze sprowadza wyleczenie rwy nerwu trójdzielnego, o ile jest ona pochodzenia obwodowego; jednak jest to operacja bardzo poważna i wielu operowanych umiera nagle, w dzień operacji lub nazajutrz. Pomijając już krwawienia, które powoduje gasserektomia, mogą powstać inne powikłania, mianowicie obrażenia mózgowo-traumatyczne lub zakaźne, przypadłości wzrokowe i bezwład mięśni żuchwy. Wreszcie spostrzegano zaburzenia troficzne twarzy i oczu. Według ogłoszonych statystyk, na 4—5-u gasserektomii jedna kończy się śmiercią; w rzadkich stosunkowo przypadkach są nawroty [6,5% według PRATA], wreszcie wyleczenie określa się 70—79%. Pomimo tych dobrych wyników, chirurgia stara się odnaleźć zabieg równie skuteczny, lecz znacznie łatwiejszy i nie przedstawiający tak wielkiego niebezpieczeństwa. Rezultatem tych dążeń jest operacja przecięcia grubej odnogi nerwu trójdzielnego. Na 6 takich operacji otrzymano 6 dodatnich wyników operacyjnych, z jednym tylko ujemnym wynikiem terapeutycznym. Czy jednak wyniki tej metody są trwałe, pokaże przyszłość.

Drugą grupę, czyli operacje pośrednie nad nerwem trójdzielnym, stanowią: 1) podwiązanie *carotidis*: w 10-u przypadkach, zebranych przez WRETH'a, otrzymano 8 wyleżeń, 2 pozostały bez poprawy, i 2) *sympathectomia* z rozmaitymi wynikami, t. zw. wyzdrowienie, poprawa i niepowodzenie zupełne.

Reasumując wyniki, otrzymane drogą rozmaitych metod leczniczych, należy przyjąć za zasadę, że leczenie trzeba zawsze zaczynać od środków prostych, jak np. wstrzykiwania alkoholu, powtarzać je kilkakrotnie przez czas pewien, a dopiero gdy one zaczęły zupełnie zawodzić, próbować środków energiczniejszych, które jednakże nie stanowią niebezpieczeństwa dla życia chorego. Operacje wewnątrzczaszkowe, pomiędzy którymi najlepszą zdaje się

być przecięcie grubej odnogi n. trójdzielnego, należy pozostawić dla przypadków nadzwyczaj uporczywych, nieraz wprost rozpaczliwych. Taką jest opinia JABOULAY'a w tej sprawie.

DOLLINGER, który wykonywał wyłuszczenie zwoju GASSER'a w 22-u przypadkach, zwraca uwagę na trudności tej operacji, a mianowicie—poważny krwotok z zatoki jamistej, która zwykle ulega otwarciu przy wyłuszczeniu zwoju. Aby tego uniknąć, autor u dwu chorych wyciągnął odnogi trójdzielnego, po odcięciu od zwoju, mianowicie drugą i trzecią, poczem starał się przeciąć w pobliżu zwoju nerw wzrokowy, nie otwierając zatoki jamistej. Wyniki, tą metodą otrzymane, były bardzo zadowalające.

VILLAR dla dokonania gasserektomii idzie drogą *temporo-basilaris*, ponieważ, jego zdaniem, w ten sposób osiąga się najlepszy dostęp do zwoju GASSER'a i operacja zyskuje na bezpieczeństwie. BROECKAERT uważa, że anatomiczne wyłuszczenie zwoju GASSER'a jest o wiele trudniejsze, niż—fizjologiczne.

DOYEN jest zwolennikiem wycięcia zewnątrzczaszkowego, jeżeli cierpi tylko jedna gałąź nerwu trójdzielnego. Gdy zaś mamy do czynienia z nawrotem, lub jeżeli cierpi cała powierzchnia, unerwiona przez n. trójdzielny, wtedy od razu trzeba wykonać rezekcję zwoju GASSER'a. Metoda otwierania sobie odnogi przez skroń (*via temporalis*), proponowana przez KRAUSS'a, dała dużo wyników śmiertelnych, które D. przypisuje zbyt mocnemu uciskowi na płat skroniowy, który trzeba znacznie unosić ku górze, aby dotrzeć do zwoju. Wobec tego D. powrócił do drogi *temporo-basilaris*, po uprzedniej całkowitej rezekcji łuku jarzmowego. Kierując się przebiegiem nerwu szczękowego dolnego, który jest dosyć gruby, otwieramy dziurę owalną i łatwo dochodzimy do miejsca, gdzie się znajduje zwoj GASSER'a. Wystarczy wtedy przeprowadzić po nad zwojem specjalną małą zakrzywioną kleszczyki, aby przeciąć pień nerwu trójdzielnego. D. mniema, że wycięcie zwoju wcale nie jest trudniejsze od prostego przecięcia nerwu trójdzielnego; zranienie wewnętrznej tętnicy szyjnej w kanale szyjnym oznacza jedynie niezłarność operatora.

(*Revue de Chir.*, 1908, Nr. 11).

W. Dobrowolski.

## 26. Bleuler [Zurich]. Wzmązona euforia i ruchliwość, jako początkowy objaw chorób zakaźnych.

Autor w pewnej liczbie przypadków u dzieci i dorosłych na 2--3 dni przed wybuchem chorób zakaźnych (*anjina, influenza, bronchitis*) zauważył niezwykle ruchliwość, wesołość, dobre samopoczucie (*euphoria*). Spostrzeżenie to potwierdzają i inni lekarze. Podczas samej choroby zakaźnej choroby, jak wiadomo, przeważnie czują się źle, są osłabieni, przygnębieni, smutni. To naprowadza autora na myśl, czy jady organiczne nie działają w ten sposób, jak inne trucizny, z początku pobudzające, potem paraliżujące układ nerwowy, czy nie mamy tu do czynienia jakby ze stanem maniakalnym, występującym na początku niektórych chorób zakaźnych. Jest to naturalnie rzecz do sprawdzenia, ale zasługująca na uwagę.

(*Münch. med. Woch.* 1908. Nr 52).

A. Puławski.

## 27. R. Kraus. O stanie obecnym rozpoznawania etyologicznego i leczenia antytoksycznego cholery azjatyckiej.

Do ostatnich czasów uchodziło za fakt niezbity, że rozpoznawanie przecinka cholerycznego daje się na pewno uskatecznić jedynie na drodze biolo-

gicznej, a mianowicie zapomocą aglutynacji. Tymczasem JORTSCHLICH w El-Tor w Arabii z zawartości kiszek pielgrzymów, zmarłych nie na cholere, wyhodował bakterye, które pol względem hodowlanym i biologicznym w zupełności odpowiadały cholerycznym. Ponieważ jednak nie wywoływały one epidemii, wszczął się spór, czy można uważać je za prawdziwe wibriony choleryczne. KRAUS dowodził, że stanowią one swoistą postać drobnoustrojów, poddając w ten sposób w wątpliwość tezę, że dyagnoza biologiczna jest nieomylna. Jakoż według badań autora wspomniane t. zw. El-Tor-wibriony rozpuszczają czerwone ciała krwi barana lub kozy, posiadają więc własność wytwarzania hemotoksyny, gdy właściwe wibriony choleryczne zdolności tej nie wykazują. Ponownie przedsięwzięte badania nad materiałem, dostarczonym przez ostatnią epidemię rosyjską, stwierdziły teorię KRAUS'a, więc od-tąd metoda biologiczna [aglutynacja] musi być bezwarunkowo uzupełniana przez metodę KRAUS'a, jeżeli chcemy rozpoznać właściwą naturę danego wibriona, a w niektórych przypadkach [np. sporadycznych i t. d.] wątpliwych jest rzeczą pierwszorzędnej wagi.

Co się tyczy seroterapii, to pogląd PFEIFFER'a, że surowica bakteryobójcza mieć może znaczenie lecznicze, został zarzucony i powszechnie przyjęto zdanie, że tylko surowica, zawierająca antytoksyny, może mieć wartość pod tym względem, co też zostało stwierdzone doświadczalnie nad zwierzętach. Mysz jeszcze w godzinę po zakażeniu cholera może być uratowana przez zastrzyknięcie odpowiedniej surowicy antytoksycznej; morską świnkę natomiast już w pół godziny po zarażeniu nie można uchronić od śmierci, jakkolwiek w niektórych przypadkach udawało się osiągnąć wynik dodatni przez dożylny zastrzyknięcie wielkiej ilości surowicy. Ta rozbieżność wyników zależy od rozmaitej wrażliwości tkanek na toksynę choleryczną, a specjalnie odporność czerwonych ciałek krwi gra pod tym względem wybitną rolę to też wszelkie uogólnienia należy czynić z ogromną ostrożnością.

Podczas epidemii petersburskiej stosowano w szpitalach surowicę i jakkolwiek czyniono to w najcięższych tylko przypadkach śmiertelność była tu niższą o kilka procentów. HALPER z Saratowa odniósł z prób swoich tego samego rodzaju wrażenie. KRAUS jest zdania, że należy możliwie wcześniej stosować wielkie ilości surowicy, najlepiej dożylnie [60 ctm sz. w 1000,0 rozczy-nu fizyologicznego] i wyraża nadzieję, że przyszłe badania wydadzą wyniki pomyślne.

Mimo tych wszystkich usiłowań terapeutycznych pozostaje dotychczas najważniejszą profilaktyka, a najskuteczniejszą broń w walce z epidemią stanowią racjonalnie zaprowadzone wodociągi, kanalizacja i być może szcze-pienie ochronne zapomocą zabitych hodowli. Co się tyczy ich, to ZŁAROGOROW w północnej Persyi zanotował w r. 1904, że liczba zmarłych wśród szcze-pionych była 4 razy, a liczba zachorowań 5 razy mniejszą od takichże liczb osób nieszczepionych; ZABOŁOROW z Astrachania w 1907 r. podaje, że na 1000 mieszkańców nieszczepionych zachorowało 8, zmarło 4, a wśród szcze-pionych zachorowało 4, zmarła zaś 1; szczepili oni 2 do 3-ch razy w przer-wach 5—8-dniowych.

(Wiener klin. Wochenschr. 1909, Nr. 2).

A. Lande.

# Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

## SEKCJA OTO-LARYNGOLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 7-go stycznia 1909 r.

OPPENHEIM przedstawia chorą z owrzodzeniem podstawy języka i krta-  
ni; chora ta była przedstawiona na grudniowym posiedzeniu; rozpoznanie waha  
się pomiędzy gruźlicą a syfilisem krtani.

A. SOKOŁOWSKI przedstawia przypadek zgorzeli migdałka podniebienne-  
go, spostrzegany w szpitalu. przypomina przytem swe dwa poprzednie przy-  
padki, z których jeden znikł z obserwacji, drugi zmarł bez autopsyi.

Chory, dorożkarz, lat 56, nie alkoholik. zgłosił się na ambulans do ER-  
BRICHA, który rozpoznawał ropień okołomigdałkowy.

Chorego umieszczono w szpitalu, tu znaleziono szary cuchnący nalot na  
prawym migdałku i zmiany ogniskowe w płucach, gruczoły chłonne powiększo-  
ne, tętno 136, w moczu ślad białka, krwi nie badano; rozpoznano zgorzel migdał-  
ka i ogniskowe zapalenie płuc.

Chory na drugi dzień zmarł. Autopsyę wykonał prof. PRZEWOSKI i zna-  
lazł szary nalot na migdale, nalot ten przechodził na błonę śluzową policzka,  
na tylny łuk i wgłęb tkanki.

W tchawicy i oskrzelach podobny nalot, w lewym płucu—ognisko za-  
palne.

W nalotach z migdałka i tchawicy wykryto pod mikroskopem laseczniki  
dyfterytu.

LUBLINER opisuje jeden przypadek zgorzeli migdałka.

16-letni chory przybył na oddział; oddech cuchnący, nalot gangrenowy  
na prawym migdałku; w 1-szym dniu pobytu w szpitalu chory dostał silnego  
krwotoku z migdałka; po 10-cio dniowym pobycie w szpitalu, chory wyzdrow-  
niał. Badania z nalotu nie robiono.

ERRICH pół roku temu spostrzegał 70-letnią staruszkę z cuchnącym  
nalotem na migdałku, ciepłota 38°; w nalocie wykryto przeumokoki.

Z. DOBROWOLSKI zaznacza, że nazwa „gangrena migdałka“ oznacza tyl-  
ko formę anatomo-patologiczną, etyologicznie zaś zgorzel migdałka może być  
spowodowana różnymi czynnikami: zarazkami dyfterytu, szkarlatyny i. t. p.

DĘBIŃSKI potwierdza to, dodając, że nieraz, być może, zgorzel migdałka  
mogą powodować aneroby.

SREBNY twierdzi, że i *bacillus fusiformis anginae Vincenti* może wy-  
wołać zgorzel. S. spostrzegał podobny przypadek.

LUBLINER mówi, że w przypadku SOKOŁOWSKIEGO bez hodowli nie mo-  
żna rozpoznawać dyfterytu.

DOBROWOLSKI i DĘBIŃSKI przeczą temu, twierdząc, że badanie mikro-  
skopowe często wystarcza.

W dyskusji nad przypadkiem OPPENHEIM'a tenże zaznacza, że zastrzy-  
knął chorej 6 szprycek *Hydrargyri sozjodolici*.

A. SOKOŁOWSKI widzi u chorej syfilis i radzi dla potwierdzenia zrobić  
reakcyę WASSERMAN'a.

LUBLINER i DOBROWOLSKI stwierdzają u chorej w ciągu miesiąca pewną  
poprawę.

PRZYGODA radzi próbę CALMETTE'a.

SREBRNY sprzeciwia się próbie CALMETTE'a, a radzi wstrzyknięcia tuberkuliny.

OPPENHEIM jest przeciwny próbie CALMETTE'a i wstrzyknięciu tuberkuliny, ponieważ u chorej są wyraźne zmiany gruźlicze.

Z. Dobrowolski.

## Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXII posiedzenie naukowe dnia 18. XII. 1908.

Przewodniczący poświęca kilka słów gorącym wspomnieniu pośmiertnemu kol. BARZYCKIEGO i BADERA. ZIEMBICKI W. z ramienia komisji bojkotowej przedstawia mikroskop franc. firmy VÉRICK [obecnie STÉASSNE] i polarymetr FRIÛA z Pragi.

WYHOWSKI a) przedstawia wykonaną przezeń próbę na fenol-ftaleinę. Polega ona na dodaniu do wodno-alkoholowego dowolnego roztworu fenol-ftaleiny kroplami 5%-owego ługu sodowego, poczem występuje zabarwienie fioletowe z odcieniem purpurowym. Przedstawia ten odczyn w moczu chorego po zażyciu 4-ch tabletek purgeny. Fakt ten świadczy o wessaniu się tego składnika w przewodzie pokarmowym do krwi. W dyskusji ZIEMBICKI W. zauważył objaw zatrucia w jednym przypadku po zażyciu dużej ilości purgeny. b) O znaczeniu nitroprusydkowego odczynu ARNOLDA.

II. ZIEMBICKI W. mówi o ilościowym oznaczaniu białka w moczu i innych płynach, w szczególności o nowym odczynniku, jaki do tego celu podał TSUCHIGA. Odczynnik ten nadaje się bardzo do codziennego użytku.

Dyskusya: HORNOWSKI i prym. PISEK.

III. Prof. WICZKOWSKI. *Polyserositis* na podstawie 95-u przypadków obserwowanych na oddziale wewn. II szpitala powsz. we Lwowie. W. stara się wykazać w swej pracy, że *polyserositis serosa* występuje na tle gruźliczem i że ze względu na charakterystyczne cechy zasługuje na osobny podział w dziale gruźlicy. W wywiadach swych oparł się na 4-ch przypadkach sekcyjnych i 30-u klinicznie obserwowanych, nadto przedstawia jedną chorobę. Omówił krytycznie ogólny obraz choroby *polyserositis*, a więc daty anamnestyczne, objawy ogólne i szczególne, podstawy do rozpoznania, opierające się także na badaniach chemiczno-mikroskopowych i bakteriologicznych, podał rozpoznanie różniczkowe, sposób leczenia i roztrząsał istotę choroby. Starał się dowieść, że w tej chorobie jest tylko wyłącznie zajęty narząd chłonny, a więc błony surowicze i gruczoły, że choroba tylko tym szlakiem prowadzi dzieło zniszczenia, oszczędzając do końca życia główne etapy prątku gruźliczego, t. j. narząd oddechowy i pokarmowy. Uważa przeto zapalenie błon surowiczych jako skutek działania nie prątków, ale ich endotoksyn.

Dyskusya. Prof. GLUZIŃSKI zaznacza, że dziś już ogólnie zgadzamy się na tło gruźlicze tej sprawy: nowa myśl tu poruszona, to brama wtrągnięcia sprawy. Podnosi młody wiek i częstsze występowanie sprawy tej u kobiet, gdzie bramą wyjścia niejednokrotnie może być narząd płciowy. Końcowe objawy *polyserositis* nie muszą być takie, jak je przedstawia prelegent. Jedni przychodzą ze zwężeniem jelit, inni z marskością wątroby, z niedomogą serca i t. p. Ze w płynach badanych nie znajdował prątków, to ni-

czego nie dowodzi. W końcu zauważa, że nie wszystkie przedstawione przypadki uważałby za pochodzenia gruźliczego. Wspomina wreszcie o leczeniu.

STANLER wspomina o pokrewieństwie tej sprawy ze zolzami, sprawę, którą CZERNY nazywa *diathesis exsudativa*. Prof. RACZYŃSKI uważa ją za dziecięcą postać gruźlicy u dorosłych. *Diathesis exsudat.* uważa za sprawę inną. Co do toksyn gruźlicy, to nie porównywałby ich z błonicą, jak to czyni prelegent.

ZIEMBICKI W. zgadza się z prof. Gr., że nie należy operować zapaleń otrzewnej w tej sprawie u gorączkujących. Co do inoskopii, to przekona się kilkakrotnie, że nie jest ona sposobem bardzo pewnym. Nowicki zaзнача, że *polyserositis* i jej tło już od dawna znana jest anatomowi. Gdy w początkowych okresach rzeczywiście niejednokrotnie wykazanie zmian gruźliczych jest b. trudne, to w okresach dalszych już b. często się je spotyka. Co do zmian, to przypomina w wysokim stopniu gruźlicę dziecięcą. Zajęcie narządu płciowego przy zajęciu otrzewnej w *polyserositis* spotykamy nie prędko. Mówi o roli jaką w tego rodzaju sprawach odgrywają toksyny a nie same prątki. Wspomina odnośnie do inoskopii o kilku własnych ciekawych spostrzeżeniach.

HORNOWSKI co do inoskopii nie może się zgodzić z poprzednimi mówcami. Metoda daje bardzo dokładne wyniki, musi być tylko dokładnie wykonaną.  
*Nowicki.*

---

### I posiedzenie naukowe dnia 22-go stycznia 1909 r.

Doc. NOWICKI przedstawia: 1) preparat pękniętej wątroby noworodka; omawia pęknięcie takie ze stanowiska anatomo-patologicznego i jego przyczyny na zasadzie znanej mu literatury.

Doświadczenia, wykonane przez prelegenta na zwłokach noworodków, wykazują, iż potrzeba bardzo silnego szarpnięcia za pępownię, ażeby wywołać pęknięcie wątroby, oraz, że szarpnięcie to powinno być pionowe do osi ciała.

Odnosnie do przedstawionego przypadku jest zdania, że pęknięcie podtorebkowe nastąpiło prawdopodobnie w czasie porodu, potem zaś przy gwałtowniejszym ruchu pęklä torebka i nastąpił wylew krwi do jamy brzusznej, który w 24 godziny po porodzie spowodował śmierć. W dyskusji zabrał głos KWIATKIEWICZ, prof. HERMAN i prelegent.

2) Preparat nowotworu mózgu, wyglądający makroskopowo jak trzustka, a mikroskopowo wykazujący utkanie naczyń i akomiasa k a ze zwyrodnieniem ścian naczyń szklistem.

MAZURKIEWICZ opisuje przebieg kliniczny przypadku nowotworu mózgu, zaznaczając brak drgawek pomimo zniszczenia ośrodków ruchowych, a w odpowiedzi drowi PISEKOWI wyjaśnia, dlaczego wykluczał w danym przypadku gumat mózgu.

Prof. BARĄCZ wygłasza odczyt o leczeniu promienicy, omawiając krytycznie na zasadzie własnego doświadczenia różne dotąd stosowane metody.

Poleca zastrzykiwania mięszone 1% siarkanu miedzi w ognisko chorobne i pokazuje chorych wyleczonych tą metodą. Metoda ta jest zmodyfikowaną przez prelegenta metodą, podaną w roku 1905 przez BEVAN'a z Chicago.  
*Józef Hornowski.*

## Wiadomości bieżące.

— Choroby zakaźne w Warszawie. Choroby zakaźne stanowią dziedzinę, którą u nas zbyt mało interesuje się zarówno społeczeństwo, jak i ogół lekarzy; tymczasem nigdzie chyba w Europie zachodniej nie szerzą się one w takim stopniu, jak u nas. Dokładne informowanie ogółu o szerzących się w danej chwili w Warszawie chorobach zakaźnych jest niewątpliwie jednym z pierwszych warunków skuteczności walki z niemi, jak bowiem zwykle, tak i w walce z chorobami zakaźnymi trzeba przedewszystkiem znać wroga, wiedzieć co i w jakim stopniu nam zagraża. Niestety jednak w naszych warunkach zebranie dokładnych danych o panujących chorobach zakaźnych, o liczbie zachorowań, śmierci i t. p. jest niemożliwe już choćby dlatego, że z powodu braku szpitali, ogromna większość chorych musi pozostawać w mieszkaniach prywatnych, lecząc się w domu lub nawet całkowicie będąc pozbawioną pomocy lekarskiej. Możliwy więc mieć dane jedynie o części chorych, mianowicie o tych, którym udało się dostać do szpitali, ale i to nie jest rzeczą łatwą, gdyż wobec szczupłości szpitali dla chorych zakaźnych, chorzy ci w obecnej chwili są porozdzielani wszędzie, trzeba więc zbierać wiadomości niemal ze wszystkich szpitali. Nie traćmy nadziei, że z czasem uda się i to zrobić, zanim jednak to nastąpi, mamy zamiar co tydzień podawać dane liczbowe o ruchu chorych w szpitalu Św. Stanisława, uzupełniając je co kwartał więcej szczegółowem sprawozdaniem z tegoż szpitala. W ten sposób na początek będziemy informowali czytelników przynajmniej o tych rodzajach chorób zakaźnych, które są w danej chwili przyjmowane do szpitala Św. Stanisława; a choć są okresy takie, że szpital ten jest przepelniony chorymi, dotkniętymi wyłącznie tylko jedną chorobą, to jednakże i wtedy nawet wiadomości podawane o takiej, w każdym razie dominującej w mieście epidemii, nie pozostaną również bez pożytku dla czytelników.

Obecnie podajemy dane ze szpitala Św. Stanisława za czas od 1-go stycznia do 1-go lutego r. b. W tym okresie przybyło chorych: na ospę 23, odrę 4, różę 19, tyfus brzuszny 8, tyfus wysypkowy 15, gorączkę powrotną 22, błonicę 2, grypę 1, zapalenie płuc 1, na różne choroby niezakaźne 17. Razem w ciągu miesiąca ubiegłego przybyło do szpitala 113 chorych, zmarło zaś w tym okresie czasu 5-u chorych, mianowicie: na ospę 2, na tyfus brzuszny 2 i na zapalenie nerek 1.

— W Towarzystwie Pirogowa w Moskwie D. POSPOLITAKI ustanowił nagrodę imienia swego zmarłego syna za najlepszą pracę o leczeniu szkarlatyny i za najlepszą metodę walki z tą chorobą, oraz za zastosowanie praktyczne tej metody. Zarząd Towarzystwa i komisja konkursowa przyznały w tych dniach jednogłośnie pierwszą nagrodę pracy zmarłego dra GABRYCZEWSKIEGO.

— Na posiedzeniu Zarządu Zjazdu międzynarodowego do badania raka, które odbyło się w Berlinie 4-go stycznia r. b., na wniosek prof. CZERNY'ego postanowiono zwołać we wrześniu 1910 roku w Brukseli międzynarodową konferencję w sprawie badania raka. Celem przygotowania materiału do tego Zjazdu, zwołane będzie między 14-ym a 18-ym kwietnia r. b. w Berlinie posiedzenie międzynarodowego biura Związku rakowego. Do biura tego należy Komitet warszawski w osobach kolegów: JAWORSKIEGO, REJCHMANA i W. ŻURAKOWSKIEGO.